

Остеопения выявлена у 38 (59%) женщин: с преимущественным снижением МПК в позвоночнике – у 15, в шейке бедра – у 9, в обоих регионах – у 14 пациенток. Остеопороз диагностирован у 15 (23%) женщин, он проявлялся снижением МПК в обоих регионах у 11 из них, преимущественно в шейке бедра – у 4. Нормальные показатели МПК отмечены только у 12 (18%) женщин. Частота остеопении и остеопороза, а также их преимущественная локализация достоверно не различалась у лиц с различной массой тела, у женщин с метаболическим синдромом и без него ($p > 0,05$). Вместе с тем, получены корреляции, отражающие взаимосвязи метаболических нарушений и изменений МПК: ИМТ с Т-критерием в позвоночнике ($r = 0,35$, $p < 0,05$), уровня холестерина ЛПВП с уровнем кальция сыворотки крови ($r = 0,47$, $p < 0,05$) и значениями Т-критерия в шейке бедра ($r = 0,27$, $p < 0,05$). Выявлена также обратная корреляционная зависимость между значением Т-критерия в проксимальном отделе бедра и длительностью менопаузы ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

Большинство женщин среднего возраста в периоде постменопаузы даже в отсутствие серьезной сопутствующей патологии имеет нарушения МПК в виде остеопении или остеопороза, которые обнаруживаются независимо от наличия или отсутствия ожирения, его типа и признаков метаболического синдрома. Данные нарушения у большинства женщин локализуются не только в области позвоночника, но также отмечаются в шейке бедра, сопряжены с низким уровнем ионизированного кальция в сыворотке крови и прогрессируют на фоне менопаузы. Выявленные корреляции ИМТ и холестерина ЛПВП с изменениями МПК и уровнем кальция крови позволяют предполагать возможную роль метаболических нарушений в развитии у лиц с ожирением остеопенических состояний. Их высокая частота обосновывает более активную профилактику остеопороза и переломов у данной категории женщин, включающую коррекцию гипокальциемии и нарушений МПК.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Кирпикова М. Н.,
Назарова О. А.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Во всем мире остеопороз (ОП) постепенно выходит на одно из ведущих мест в структуре заболеваний лиц пожилого возраста. ВОЗ подчеркивает необходимость создания глобальной стратегии по профилактике этого заболевания и контролю над ним.

В многоцентровых исследованиях засвидетельствована высокая эффективность ряда современных препаратов в профилактике переломов при ОП. Однако выбор того или иного препарата в конкретном случае остается прерогативой врача. Представляется актуальным сравнить их эффективность на практике.

Цель исследования – сравнить эффективность различных видов антиостеопоротической патогенетической терапии пациенток с постменопаузальным ОП.

Проведено проспективное открытое сравнительное параллельное обследование 122 пациенток с постменопаузальным ОП, прошедших терапевтическое обучение в «школе для больных остеопорозом». Пациентки были разделены на группы в зависимости от вида лечения: 1 группа – 18 па-

циенток, получавших алендронат (фосамакс®) в дозе 70 мг 1 раз в неделю в течение года; 2 группа – 22 больные, принимавшие кальцитонин лосося (миакальцик®) в дозе 200 МЕ/сут интраназально в прерывистом режиме (2 мес. – лечение и 1 мес. – перерыв) в течение года; 3 группа – 38 человек, для лечения которых применялся стронций ранелат (бивалос®) в дозе 2 г/сут в течение года; 4 группа – 11 женщин, которым назначалась золедроновая кислота (акласта®) внутривенно капельно в дозе 5,0–100 мл 1 раз в год). Патогенетическая терапия проводилась в сочетании с приемом препарата кальция (карбонат кальция 2500 мг/сут) и витамина D₃ (800 МЕ/сут). Группа сравнения из 33 пациенток принимала только препараты кальция и витамин D₃ (пациентки, отказавшиеся от патогенетической терапии). Группы не различались по основным антропометрическим, клиническим характеристикам, показателям лабораторного и инструментального обследования.

Эффективность лечения оценивалась клинически, а также по динамике минеральной плотности кости (МПК). Клинически болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Всем пациенткам проводилась рентгеновская остеоденситометрия (DXA) до начала терапии и через год лечения. Для определения динамики МПК использовали программу сравнения сканов и определяли прибавку МПК (в %) и число достоверных положительных результатов (в позвоночнике и шейке бедра). Обследование проводилось через 2 недели, 3 и 6 месяцев после начала лечения.

Во всех группах уменьшение выраженности болевого синдрома наблюдалось уже через 3 месяца. Однако наиболее эффективным оказался кальцитонин лосося. Достоверное снижение выраженности боли в спине отмечалось уже через 2 недели лечения, существенное уменьшение произошло через 3 месяца (исходно – $6 \pm 0,8$ балла, через 2 нед. – $4,1 \pm 0,7$ балла; через 3 мес. – $3,1 \pm 0,9$ балла; через 6 мес. – $2,5 \pm 1,2$ балла).

В результате лечения во всех группах была достигнута положительная динамика МПК. Выявлены достоверные различия в прибавке МПК в разных группах (ANOVA = 0,005 по методу Краскела – Уоллиса, медианный тест). Наиболее выраженная положительная динамика МПК в позвоночнике зафиксирована в группах больных, принимавших алендронат и золедроновую кислоту, в среднем более чем на 5,5%. Наибольший прирост МПК шейки бедра отмечен в группе пациенток, получавших бивалос, в среднем более чем на 3%.

Проведено парное сравнение групп по числу случаев достоверной (на 2–3% и более) прибавки МПК. Наибольшее число положительных достоверных результатов в позвоночнике получено в группе женщин, которым назначался алендронат, в шейке бедра – в группе пациенток, принимавших стронция ранелат ($p < 0,05$). Самый плохой результат по данному показателю как в позвоночнике, так и в проксимальном отделе бедра получен в группе больных, для лечения которых применялся кальцитонин лосося.

Таким образом, наибольшая прибавка костной массы, а следовательно, снижение риска переломов получены при лечении бисфосфонатами (фосамакс, акласта) и стронция ранелатом (бивалос). Результаты сравнительного исследования подтверждают высокую эффективность современных препаратов для лечения ОП в условиях практики и указывают на возможность дифференцированного их применения в зависимости от результатов DXA: у пациенток с высоким риском перелома шейки бедра предпочтительнее лечение бивалосом, а с высоким риском переломов тел позвонков – бисфосфонатами. Согласно полученным результатам, кальцитонин лосося можно рассматривать как препарат выбора при необходимости получения быстрого анальгетического эффекта.

СПОСОБ ОБЪЕКТИВНОГО НАЗНАЧЕНИЯ ИЗДЕЛИЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Королева С. В.

ФГОУ ВПО «Ивановский институт Государственной противопожарной службы» МЧС России, г. Иваново

Остеоартроз (ОА) вследствие значительной распространенности и неуклонного ее роста представляет сложную медико-социальную проблему, которая в значительной степени затрагивает женщин. В настоящее время наблюдается дефицит исследований в области консервативной ортопедической коррекции биомеханических нарушений при гонартрозе при очевидной их актуальности.

Цель исследования – разработать технологию, включающую дифференцированные подходы к лечению больных ОА коленных суставов (КС) на основе выявления характера кинематических нарушений и способов их коррекции с применением консервативных ортопедических изделий.

Обследовано 216 стационарных больных ОА КС в возрасте 30–75 лет (средний возраст –

$53,2 \pm 0,9$ года), 165 женщин и 51 мужчина. Контрольная группа состояла из 40 человек в возрасте $49,7 \pm 2,5$ года, не предъявлявших жалоб на состояние суставов. Диагноз ОА КС устанавливали по классификационным критериям R. D. Althman et al. (1991), рентгенологическую стадию – по классификации J. Kellegren и J. Lawrence (1957). Специальные обследования включали стабилometriю с тестом Ромберга и степ-тестом (стабилметрический комплекс НМФ «МБН», г. Москва); для выявления степени компенсации состояния опорно-двигательной системы выполнялась плантография.

В основу предложенной технологии назначения ортопедических изделий при ОА КС положено понятие кинематической нестабильности (КН) КС, выявляемой при стабилметрическом исследо-