

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКЛАСТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ

Смоленская О.Г., Смоленна С.С., Зенин Д.М., Курьидина А.А.
ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, ООО «ГБ №41».

Остеопороз в России, как и во всем мире представляет одну из важнейших проблем здравоохранения, так как частота его развития в последнее время резко возрастает и оказывает выраженное отрицательное влияние на качество жизни пациентов, а в ряде случаев является причиной тяжелых длительной инвалидности и смертельных исходов болезни. При денситометрическом обследовании лиц старше 50-н лет, остеопороз выявляется у каждой третьей женщины и у каждого пятого мужчины. Наиболее тяжелые последствия обусловлены переломами проксимального отдела бедренной кости и позвонков. Распространенность их колеблется от 7% до 12% у мужчин и от 7% до 16% у женщин, и возрастает при наличии факторов риска развития снижения минеральной плотности кости. В настоящее время разработано несколько групп препаратов для лечения остеопороза, среди них группа бисфосфонатов является наиболее эффективной. Одним из представителей группы бисфосфонатов является золендроновая кислота (Акласта, Novartis Pharma LLC). Золендроновая кислота относится к классу аминокислотных бисфосфонатов, действует преимущественно на кость, подавляя ее резорбцию и активность остеокластов.

Целью данного исследования был анализ воздействия золендроновой кислоты на различные виды остеопороза, как первичного, так и вторичного, при длительном регулярном применении.

Материалы и методы

В рамках профилактического осмотра на базе ООО «Городская больница №41» г. Екатеринбурга в течение 2008 – 2010 годов проведено обследование 730 пациентов в возрасте 50 лет и старше с факторами риска развития остеопороза для уточнения диагноза. Диагностика остеопороза проводилась на основании компьютерной денситометрии на томографе Somatom Sensation 16 (Siemens) с количественным определением состояния минеральной плотности кости по критериям T и Z.

Результаты лечения остеопороза были проанализированы у 142 больных. Основную группу составили 86 больных, лечение которым проводили препаратом золендроновой кислоты (Акласта, Novartis Pharma LLC) в дозе 5 мг внутривенно 1 раз в год в течение двух лет. В группу сравнения вошли 56 больных, принимавших другие препараты для лечения остеопороза (27 человек принимали фосаванс в дозе 70 мг в неделю per os, 16 – миакальцик в дозе 200 МЕ в сутки интраназально, 13 больных – бонвива в дозе 150 мг 1 раз в месяц per os). Кроме этого все участники исследования получали рекомендации по модификации образа жизни, питания, физических нагрузок.

Результаты исследования и обсуждение

При сравнении основных характеристик к моменту включения в исследование не выявлено существенных различий пациентами основной группы больных и группы сравнения.

При проведении контрольной денситометрии через первый год лечения были обнаружены следующие изменения в минеральной плотности кости. У больных основной группы T-индекс стал $-1,8 \pm 0,10$ SD, что достоверно меньше, чем исходно $-2,5 \pm 0,12$ SD, $p < 0,05$. У больных группы сравнения остеопороз тоже стал менее выраженным, но изменения были не столь значимыми, T – индекс стал $-2,3 \pm 0,14$ SD, при исходном значении $-2,4 \pm 0,16$ SD, $p > 0,05$. В основной группе достоверно увеличилось количество больных (21 человек, 24,42%), у которых нарушение минеральной плотности кости трактовалось как остеопения относительно группы сравнения (7 человек, 12,50%), $p < 0,05$. Вместе с тем в основной группе было зарегистрировано 7 случаев (8,14%) изменения T-критерия в отрицательную сторону, в группе сравнения этот показатель составил 5 случаев (8,93%), $p > 0,1$. Все исследуемые отметили улучшение самочувствия – уменьшение жалоб на боли в

суставах, слабость. Никто из обследуемых не отменял препарат из-за нежелательных явлений, хотя у 13 человек (15,12%), получавших акласту, были подъемы температуры до 38° С после введения препарата. За время проведенного исследования не произошло ухудшения соматического здоровья пациентов, что подтверждено методами клинического обследования.

Большой клинический интерес представляет влияние препарата Акласта на проявления остеопороза у больных женщин, находящихся в менопаузе, и сочетание применения Акласты с гормоно - заместительной терапией эстроген-прогестероновым комплексом. В основной группе было 48 женщин, получавших гормоно - заместительную терапию по поводу патологического климакса и менопаузы, у которых обнаружили остеопороз. Результаты лечения в сравнении с теми пациентками, которые не получали гормоно- заместительную терапию (24 человека), представлены в таблице 1.

Таблица 1. Эффективность Акласты у больных получающих ГЗТ и без таковой.

Показатель	ГЗТ, n=48	Без ГЗТ, n=24	P _{1,2}
	1	2	
Возраст, лет	56,28±3,25	55,59±4,14	>0,05
T-критерий исходно, SD	-2,8±0,16	-3,25±0,68	>0,05
T-критерий после лечения, SD	-1,9±0,18	-2,55±0,59	<0,05

Исходно проявления остеопороза на фоне приема ГЗТ были несколько менее выражены, T – критерий -2,8±0,16SD на фоне ГЗТ против -3,25±0,68 SD без ГЗТ, p>0,05. Через год лечения показатели минеральной плотности кости улучшились в обеих группах больных, но различия получились достоверными в пользу группы с ГЗТ (-1,9±0,18 SD в группе ГХТ и -2,55±0,59 SD в группе без ГЗТ, <0,05), что свидетельствует о благоприятном сочетании ГЗТ с Акластой в лечении женщин с остеопорозом, связанным с климаксом и менопаузой.

Наличие переломов в анамнезе больных является существенным фактором риска развития остеопороза как у мужчин, так и у женщин. В связи с этим эффективность Акласты у этой категории больных особенно важна для определения прогноза и возможности развития инвалидности. В таблице 2 представлены результаты применения Акласты у этой категории больных.

Таблица 2. Применение Акласты у больных с переломами в анамнезе.

Показатель	Женщины, n=25	Мужчины, n=9	P _{1,2}
	1	2	
T-критерий исходно, SD (а)	-2,7±0,15	-2,9±0,18	>0,05
T-критерий после лечения, SD (б)	-2,0±0,13	-2,4±0,14	<0,05
P _{а,б}	<0,05	<0,05	

Положительный результат лечения отмечен, как в женской, так и в мужской группе, хотя исходно остеопороз был недостоверно более выражен у мужчин. T-критерий снизился у женщин с -2,7±0,15 SD до -2,0±0,13 SD, p<0,05, а у мужчин с -2,9±0,18 SD до -2,4±0,14 SD, p<0,05. Через год лечения по результатам компьютерной денситометрии показатель остеопороза у женщин был достоверно лучше, чем у мужчин, что свидетельствует о более высокой эффективности препарата у женской популяции с переломами костей в анамнезе.

Выводы

1. Распространенность остеопении и остеопороза у людей с факторами риска значительно превосходит показатели в популяции.

2. Терапия акластой имеет высокую эффективность, превосходящую другие препараты, применяемые для лечения остеопороза.
3. Женщины с остеопорозом в менопаузе, не получавшие ранее ГЗТ, хуже отвечают на лечение Акластой, чем те, которые предварительно принимали ГЗТ.
4. Длительная терапия акластой позволяет поддерживать постоянный уровень значений минеральной плотности кости как у мужчин, так и у женщин с переломами в анамнезе.

AKLASTA EFFICIENCY IN OSTEOPOROSIS TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS RISK FACTORS.

O.Smolenskaya, S. Smolina, D. Zenin.

It was examine zoledronic acid influents on different kinds of osteoporosis. Osteoporosis diagnostic based on computer densitometria with Somaton Sensation 16 (Siemens). The results of osteoporosis treatment were analise in 142 patients. Aklasta efficiency was higher then other methods of osteoporosis treatment. Aklasta efficiency was higher in menopausal women with hormone substitution therapy then without it. The long aklasta therapy supports the constant level of mineral bone density both in men and women with bone fracture in anamnesis.

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Смоленская О.Г.

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России

Не смотря на большие успехи в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями ишемический инсульт остается важной проблемой в связи с широким распространением среди населения и неудовлетворительными результатами лечения. Инсульт значительно повышает смертность от сердечно-сосудистой патологии: во всем мире ежегодно инсульт развивается более чем у 15 миллионов человек, 5 миллионов из которых погибает, что выводит проблему на второе место в структуре смертности во всем мире. В США инсульт развивается приблизительно у 795,000 человек, данные 2006 года говорят о том, что инсульт является причиной каждой восемнадцатой смерти. Во всем мире из 10 миллионов выживших после перенесенного инсульта, многие остаются длительно и тяжело инвалидизированными, что делает инсульт ведущей причиной инвалидности: инвалидизация после инсульта может затрагивать как соматическое, так и психическое состояние больных. К таким нарушениям относят параличи, боль, речевые, мнестическо-интеллектуальные и эмоциональные расстройства.

Заболееваемость инсультом во многих развитых странах снижается (в основном, из-за лучшего контроля артериальной гипертензии и борьбы с курением), однако абсолютное количество инсультов продолжает расти из-за увеличения продолжительности жизни.

Риск ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий увеличен в 5 раз. Это подтверждается результатами Фрамингемского исследования, в котором у 5070 людей за 34 года наблюдения появились различные сердечно-сосудистые заболевания. 2-х годичный риск развития инсульта у тех, кто имел фибрилляцию предсердий был в 4,8 раза выше по сравнению с больными с синусовым ритмом ($p < 0,001$).

В последнее десятилетие хорошо изучены и факторы риска, увеличивающие вероятность развития инсульта при фибрилляции предсердий. К ним относятся перенесенный инсульт или ТИА, пожилой возраст, артериальная гипертензия, дисфункция левого желудочка, сахарный диабет, женский пол, сосудистое заболевание. Удельный вес этих факторов в относительном риске различный, наиболее значимыми являются перенесенный инсульт или ТИА, дисфункция левого желудочка и женский пол (таблица 1).