

Положительный результат лечения отмечен как в женской, так и в мужской группе, хотя исходно остеопороз был недостоверно более выражен у мужчин. Т-критерий снизился у женщин с  $-2,7 \pm 0,15$  SD до  $-2,0 \pm 0,13$  SD,  $p < 0,05$ , а у мужчин с  $-2,9 \pm 0,18$  SD до  $-2,4 \pm 0,14$  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.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИАРТИКУЛЯРНОГО ВВЕДЕНИЯ БЕТАМЕТАЗОНА И ПЕРОРАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТОРИКОКСИБА В ЛЕЧЕНИИ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛИТА**

**В.А. Широков, М.С. Кудрявцева**

ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий», г. Екатеринбург

В ограниченном количестве работ по эпидемиологии адгезивного капсулита показана его значительная распространенность. В частности, в скандинавских странах заболеваемость среди взрослого населения составляет около 2 % в год. В абсолютном большинстве случаев капсулит встречается у лиц в возрасте от 50 до 70 лет. У лиц до 40 лет практически всегда это вторичная форма. Женщины болеют чаще мужчин (соотношение 3:1–5:1).

Поскольку пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст, проблема болей в плече имеет экономическую значимость, которая обусловлена как прямыми потерями в виде непосредственных затрат на оказание медицинской помощи и социальные выплаты (в связи с временной или постоянной потерей трудоспособности), так и непрямыми – в виде ущерба от произведенной работы и снижения работоспособности. Задачей лечения является купирование болевого синдрома и реабилитация, улучшение качества жизни.

**Целью** исследования являлось сравнение эффективности и безопасности периартикулярного введения дипроспана и перорального приема 60 и 120 мг эторикоксиба в лечении больных с адгезивным капсулитом

**Материал и методы.** В ходе рандомизированного (методом случайной выборки) сравнительного исследования с четырьмя параллельными группам пролечено 94 пациента в возрасте 46 до 71 лет (средний возраст 59 лет) с диагнозом адгезивного капсулита, с выраженным болевым синдромом (6-10 баллов по шкале ВАШ), нарушением функции верхней конечности, длительностью заболевания от 3 до 12 мес.

Больным первой группы (n=27) бетаметазон вводился периартикулярно в триггерные зоны № 3 с интервалом 6 – 7 дней. Во второй группе (n=24) после двухкратного периартикулярного введения бетаметазона пациенты получали эторикоксиб в течение 14 дней в дозе 60 мг (1 табл.) в сутки. В 3-ей группе (n=22) больные получали по 60 мг и в 4-ой (n=21) группе 120 мг эторикоксиба в сутки. Всем больным было проведено исследование объема движений, тестирование до, через 1, 6 месяцев после лечения. Использовались: ВАШ, простой Тест для Плеча (Simple Shoulder Test, или SST), оксфордский Опросник для Плеча (Oxford Shoulder Questionnaire), шкала баллов плеча Свансона (Swanson Shoulder Score), рейтинговый Опросник для Плеча (Shoulder Rating Questionnaire), альгезиметрия. Конечной точкой являлось уменьшение/исчезновение болевого синдрома, восстановление объема движений

**Результаты.** В обеих группах субъективно пациенты отмечают уменьшение болевого синдрома. Уменьшение болевого синдрома и нормализация ночного сна отмечалась в 62,9 % (17/27) в 1-й группе после первой инъекции бетаметазона. Анальгетический эффект был более выраженным при назначении 120 мг эторикоксиба и наблюдался на 3 – 4 день назначения (15/22 против 13/21). Стойкое уменьшение болевого синдрома и улучшение объема движений через 6 мес. отмечалось в группе с последовательным приемом бетаметазона и эторикоксиба. При назначении бетаметазона у 3/51 отмечалась преходящая гиперемия лица, в 2/11 – гипергликемия, в 5/51 преходящая артериальная гипертензия. При назначении эторикоксиба в 2-х случаях отмечались диспептические расстройства.

**Заключение.** Периартикулярные инъекции дипроспан в триггерные зоны с последующим пероральным приемом эторикоксиба сопоставимы по анальгезирующему эффекту с приемом 120 мг бетаметазона в течение 2-х недель. Более выраженный анальгетический эффект и улучшение объема движений через 6 мес. был получен в группе с последовательным приемом бетаметазона и эторикоксиба. Данное исследование будет продолжено.