

5. Михайлов Е. Е., Беневоленская Л. И., Аникин С. Г. Частота переломов проксимального отдела бедренной кости и дистального отдела предплечья среди городского населения России // Остеопороз и остеопатии. 1999, № 3. С. 2–6.

6. Рожинская Л. Я. Постменопаузальный и сенильный остеопороз: современные возможности диагностики, профилактики и лечения // Consilium-medicum. 2003. № 12. Том 05.

7. Торопцова Н. В. Профилактика постменопаузального остеопороза: роль препаратов кальция и витамина D // Consilium-medicum. Гинекологическая эндокринология. 2005, № 9. Том 07.

8. Рожинская Л. Я., Дзеранова Л. К., Марова Е. И. и др. Применение кальция и витамина D для профилактики остеопороза у женщин в постменопаузе // Остеопороз и остеопатии. 2001, № 1. С. 29–33.

9. Маличенко С. Б. Постменопаузальный симптомокомплекс: роль кальция и витамина D в развитии, профилактике и лечении клинических проявлений эстрогенного дефицита // Consilium-medicum. Ревматология, 2005, № 8. Том 07.

10. Клинические рекомендации: Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. проф. Л. И. Беневоленской и проф. О. М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. С. 171.

11. Oelkers W. Drospirenone, a progestagen with antimineralecorticoid properties: a short review // Molecul Cell Endocrinol 2004. Vol. 217. P. 255–261.

12. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Prevention and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis: 2001 edition, with selected updates for 2003 // Endocrine Practice. 2003. Vol. 9 (6). P. 545–564.

V. A. NOVIKOVA

THE POSSIBILITY OF BONE DENSITY RECONSTRUCTION AFTER DRUG-DEPENDENT HYPOESTROGENIA

The alteration of bone metabolism depend from different factors such as drug-dependent hypoestrogenia, result in decrease bone mineral density. The main aim of the investigation was to evaluate pathological changes in bone metabolism in woman with drug-dependent hypoestrogenia.

V. A. НОВИКОВА

ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЭСТРОГЕНОВ

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ

Остеопороз (ОП) отражает системное нарушение метаболизма кости, характеризующееся снижением массы костей и нарушениями микроархитектоники костной ткани, которое приводит к значительному увеличению хрупкости костей и возможности их переломов [4].

В организме женщины ключевую роль в обменных процессах костной ткани играют эстрогены. Многие авторы называют костную ткань «третьим органом-мишенью» для половых гормонов. Эстрогены оказывают непосредственное влияние на костную ткань посредством воздействия на высокоспецифичные к ним рецепторы. Однако эстрогены способны модулировать взаимоотношение «остеокласт – остеобласт», активность костных клеток через такие факторы, как ТФР-β, ИПФР, интерлейкины 4, 10, 12 и др. Например, эстрогены стимулируют синтез ТФР-β, который, в свою очередь, ингибирует костную резорбцию за счет снижения активности остеокластов, усиления их апоптоза. Также эстрогены угнетают образование ТФР-α, который участвует в дифференцировке и усилении активности остеокластов. Эстрогены способны в течение нескольких часов инактивировать лизосомальную активность остеокластов [2–5].

Основные задачи лечения ОП: предотвращение возникновения новых переломов костей; замедление или прекращение потери массы кости (в идеале ее

прирост); нормализация процессов костного ремоделирования; уменьшение болевого синдрома, расширение двигательной активности; улучшение качества жизни пациента.

Согласно Клиническим рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу (2005), выбор препарата для восстановления минеральной плотности кости зависит от степени тяжести остеопении, остеопороза (табл. 1).

Согласно проведенным исследованиям (МАТ Q3 2005, RMBC), существует препараты, которым в мировой практике отдается предпочтение при лечении ОП: кальцитонин (миакальцик, «Новартис»); бисфосфонаты (фосамакс, MSD); альфа-кальцидол (альфа-Д3-тева, «Тева»); препараты кальция (кальций-Д3-никомед, никомед); препараты стронция (бивалос, сервье); эстрогены (ливиал, органон, климара, шеринг и др). Лидерами продаж в России считаются кальций-Д3-никомед и миакальцик.

С 2006 года в России зарегистрирован новый препарат группы бисфосфонатов бонвива (ибадронат). Исследования BALTO I и II продемонстрировали большее предпочтение и удобство приема лекарственного средства 1 раз в месяц: 71% больных предпочли прием бонвивы 1 раз в месяц (p<0,0001), 77% больных нашли прием бонвивы 1 раз в месяц удобным (p<0,0001) (Emkey R., et al. Curr Med Res Opin. 2005; vol. 21,

Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу, 2005 г.

МПК (Т-критерий)	Диагноз	Риск переломов	Рекомендации
+2 до -1 SD	Норма	Низкий	Диета, упражнения, Ca ²⁺ и вит. Д3 (>60 лет + факторы риска)
-1 до -2,5 SD	Остеопения	Умеренный	Препараты Ca ²⁺ и вит. Д3, ЗГТ, СМЭР, БФ
<-2,5 SD	Остеопороз	Высокий	БФ, СМЭР, КТ, СР, АК (или вит. Д3) + Ca ²⁺
<-2,5 SD + переломы	Тяжелый остеопороз	Очень высокий	БФ, ПТГ, КТ, СР, АК – максимально интенсивно + Ca ²⁺

БФ – бисфосфонаты;
 ЗГТ – заместительная гормонотерапия;
 СМЭР – селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов;
 КТ – кальцитонин;
 СР – стронция ранелат;
 АК – альфакальцидол.

Таблица 2

Исходное состояние минеральной плотности кости

Группа	Норма		Остеопения		Остеопороз	
	Кол-во женщин		Кол-во женщин		Кол-во женщин	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Ia n=30	20	66	8	27	2	7
Ib n=30	18	60	6	20	6	20
Ic n=30	24	80	4	13	2	7
II n=30	26	87	2	6	2	7

№ 1895. 903 p. Hadji P., et al. Osteoporos Int 2006; vol. 17 (Suppl. 1). P. 69 (Abstract. P. 259).

Цель исследования: оценить критерии эффективности ранней профилактики развития остеопении у женщин с гипозестрогией медикаментозного генеза.

Материалы и методы исследования

Обследовано 120 женщин в возрасте от 35 до 42 лет (средний и поздний репродуктивный возрастные периоды). В зависимости от препарата, обуславливающего гипозестрогению, выделено 3 клинические группы и 1 группа сравнения.

I группа – 45 женщин с гипозестрогией медикаментозного генеза,

Ia – 30 женщин – агонисты Гн-РГ; Ib – 30 женщин – антагонисты гонадотропных гормонов; Ic – 30 женщин – гестагены;

II группа – 30 практически здоровых женщин.

Диагностика ОП основывалась на определении минеральной плотности кости (МПК) методом денситометрического исследования позвоночника, которая оценивалась до лечения и через год на основании двухлучевой абсорбциометрии (DEXA), аппарат LUNAR.

Коррекция минеральной плотности кости проводилась различными группами препаратов: фосамакс 70 мг/нед.; бонвива 150 мг/мес.; кальций-Д3-никомед 2 таблетки в сутки, курс 25 дней, 3 раза в год; ЗГТ; кальцитонин 200 МЕ/сут.

Анализ полученных результатов

В результате проведенного исследования выяснено, что у женщин среднего и позднего репродуктивных периодов до проведения эстрогеносупрессорной терапии отмечается снижение минеральной плотности

Состояние костной ткани через 6 месяцев

Группа	Норма		Остеопения		Остеопороз	
	Кол-во женщин		Кол-во женщин		Кол-во женщин	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Ia n=30	10	33	6	20	14	47
Ib n=30	10	33	12	40	8	27
Ic n=30	26	87	4	13	0	0
II n=30	26	87	2	6	2	6

Таблица 4

Критерии эффективного лечения

Критерии / Препарат	Фосамакс 70 мг/нед.	Бонвива 150 мг/мес.	Кальций-Д3-никомед 2 таблетки в сутки, курс 25 дней, 3 раза в год	ЗГТ	Кальцитонин 200 МЕ/сут.
Длительность терапии (проведен полный курс лечения)	40%	100%	80%	50%	60%
Комплаентность (соблюдение терапевтического режима)	60%	100%	45%	90%	50%
Переносимость (отсутствие побочных эффектов)	0%	80%	100%	40%	0%

кости различной степени тяжести. Нормальное состояние кости выявлено у 88 (73%) женщин, остеопения – у 20 (17%) женщин, остеопороз – у 12 (10%) женщин (табл. 2).

Проведение эстрогеносупрессорной терапии в различной степени отразилось на состоянии минеральной плотности кости. У женщин Ia группы произошло значительное снижение МПК: у 14 (47%) обнаружен остеопороз; в Ib группе остеопения выявлена у 12 (40%) женщин и остеопороз у 8 (27%). У женщин Ic группы отмечено улучшение показателей МПК: ни у одной женщины не выявлен остеопороз (табл. 3).

Критерии потенциальной эффективности лечения, направленного на восстановление МПК, расценивались по следующим параметрам: проведение полного курса лечения; соблюдение терапевтического режима; отсутствие побочных эффектов.

Эффективность применения фосамакса ограничивалась прекращением приема препарата ранее положенного времени, обусловленным побочными эффектами, несоблюдением терапевтического режима, финансовыми трудностями.

Прием кальция-Д3-никомед только в 45% случаев соответствовал терапевтическому режиму. Снижение комплаентности объяснялось загруженностью на работе, необходимостью двукратного ежедневного приема. Побочные эффекты женщинами не выделялись.

ЗГТ признана эффективным методом восстановления костной массы, однако полный курс лечения был выполнен только у 1/2 пациенток. Отказ от приема препарата аргументировался нежеланием ежедневного приема препарата, зависимостью от режима приема.

Кальцитонин, являясь препаратом, не только улучшающим костное ремоделирование, но и обладающим анальгетическими свойствами, только в 60% случаев применялся в течение необходимого времени и в 100% случаев сопровождался побочными эффектами (гиперемия лица, шей, ушей, тошнота и др.).

Единственный препарат, который в абсолютном большинстве соответствовал всем критериям эффективного лечения, – бонвива, который был применен всеми женщинами согласно рекомендациям и не обладал выдающимися побочными эффектами.

Выводы

Женщинам с гипоэстрогенией медикаментозного генеза необходима ранняя профилактика развития остеопении/остеопороза.

Гипоэстрогения медикаментозного генеза, обусловленная приемом гестагенов, значительно улучшает МПК.

Основными принципами лечения ОП является не только нормализация процессов костного ремоделирования, уменьшение болевого синдрома, расширение двигательной активности, но и выбор препарата с наиболее эффективными критериями приема.

Препарат бонвива является не только эффективным в плане восстановления МПК, но и соответствует всем критериям оптимальной терапии остеопороза.

Поступила 29.11.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации: Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. проф. Л. И. Беневоленской и проф. О. М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. С. 171.
2. Лазебник Л. Б., Малаченко С. Б. Остеопороз: Методическое руководство. М., 1997. О. М. Медикаментозные методы лечения остеопороза // Consilium-medicum. 2005, № 1. Том 07.
3. Лесняк О. М. Остеопороз позвоночника // Consilium-medicum, 2004. № 8. Том 06.

4. Руководство по остеопорозу / Под ред. Л. И. Беневоленской. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003.
5. Роузвиза Сильвия К. Гинекология / Под ред. Э. К. Айла-мазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2004.
6. Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. JAMA 285:785-795, 2001.
7. DM et al. Vertebral Fractures and Mortality in Older Women. Archives of Internal Medicine. Vol. 159, № 11, June 1999.
8. 3International Osteoporosis Foundation (IOF) website 4International Osteoporosis Foundation (IOF). Osteoporosis in Europe: Indicators for Progress. 10 November 2004.
9. American Heart Association, 1996.
10. American Cancer Society, 1996.
11. Riggs B. L. & Melton L. J. 3rd, Bone. 1995, № 17 (5 suppl). P. 505-511.

V. A. NOVIKOVA

ESTIMATION OF EFFICACY CRITERIONS OF RECONSTRUCTIVE BONE DENSITY TREATMENT DURING DRUG-DEPENDENT HYPOESTROGENIA

Mineral bone density depends from estrogen level. Drug-dependent hypoestrogenia results in bone loss. Prevention of mineral bone loss decrease the risk of osteoporosis depended bone fracture.

С. А. ПАВЛИЩУК, Н. В. ЛАБИНЦЕВА

СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ АСТМЫ В ПОЛИКЛИНИКАХ Г. КРАСНОДАРА И СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ КРАЯ

*Кафедра внутренних болезней ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета*

Анализ эффективности плановой (базисной) терапии астмы в трех поликлиниках г. Краснодара обнаружил наличие инвалидности по астме у 39% пациентов, состоящих на учете [3, 4]. Наряду с высоким показателем инвалидизации в ряде медицинских карт амбулаторного больного было отмечено несоответствие тактики базисной терапии регламентирующим этот процесс российским и международным документам [2, 5].

Целью настоящего исследования явилось сопоставление эффективности планового исследования астмы в городских поликлиниках, имеющих в штатном расписании специалиста-пульмонолога, и в амбулаторной сети сельских районов края, где наблюдение и лечение больных астмой осуществляют участковые терапевты.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 300 медицинских карт амбулаторного больного, полученных методом сплошной выборки в трех городских (182 человека) и двух сельских (118 пациентов) поликлиниках. Произведена выкопировка данных анамнеза, клинических проявлений болезни,

временной и стойкой утраты трудоспособности, характера базисной терапии астмы.

Поскольку настоящее исследование посвящено оценке эффективности именно плановой терапии астмы, наиболее адекватным критерием признан показатель стойкой утраты трудоспособности, а не временные трудовые потери. В расчет принимали общее число инвалидов в выборке больных астмой, а не показатель первичного выхода на инвалидность. Последний чаще используют при проспективных исследованиях, тогда как наша работа предусматривала одномоментный срез данных.

Полученный числовой материал подвергался статистической обработке посредством определения критерия согласия, предложенного Карлом Пирсоном [1]. Данный критерий применяется для выяснения наличия или отсутствия достоверной связи между явлениями или несколькими статистическими совокупностями путем сравнения теоретических («ожидаемых») и эмпирических частот их распределения. Преимуществом критерия является возможность выражения одним числом степени соответствия многих выборочных совокупностей.