

Специвцева В. С.

**ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ НА ФОНЕ
ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА**

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. Трушина А. С.

Кафедра поликлинической терапии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Остеопороз (ОП) является возраст-ассоциированным заболеванием, распространенность которого растет вместе с увеличением числа пожилых людей в современном обществе.

Цель: определить динамику минеральной плотности кости (МПК) у женщин с постменопаузальным ОП на фоне приема алендроната с учетом приверженности к лечению.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включена 151 пациентка, состоящая на учете в Городском центре остеопороза. Основная группа: 100 женщин от 45 до 65 лет с диагнозом ОП, имеющих два и более заключения денситометрии (ДХА), проведенных с интервалом в 1 год. Критерии включения: женский пол, наличие физиологической менопаузы длительностью не менее 3 лет, прием алендроната более 12 месяцев без смены препарата. Контрольная группа: женщины без ОП, сравнимые с основной группой по возрасту и сопутствующим заболеваниям ($n = 22$). Группа сравнения – пациентки с инволютивным ОП ($n=29$). Точки наблюдения: до начала лечения, через 1 год, 2 года, 3 года, 5 лет и 7 лет от начала лечения. ДХА выполнялась на денситометре Lunar Prodigy Advance. Оценка приверженности к лечению оценивалась проспективно у 71 женщины с постменопаузальным ОП на протяжении первых трех лет приема алендроната.

Результаты и их обсуждение. Из 100 женщин, начавших лечение алендронатом, ДХА которых оценивались ретроспективно, через год обратилось в центр 95 человек, через 3 года ДХА выполнены 53 женщинам, через пять лет – 22 женщинам. Спустя 7 лет продолжали получать алендронат 6 человек.

Через 12 месяцев лечения алендронатом ($n=95$), выявлен достоверный прирост МПК поясничного отдела позвоночника на $+0,048$ ($+0,028$; $+0,073$), который составил $+5,50$ ($+3,39$; $+7,96$) от первоначального уровня МПК ($p < 0,001$).

После 1-го года лечения среди пациентов, у которых проспективно проводилась оценка приверженности к лечению ($n=71$), прирост МПК достоверно не отличался от прироста МПК во всей основной группе и составил $+0,048$ ($+0,031$; $+0,089$) при высокой приверженности ($n=51$). Прирост МПК бедренной кости в течение 1-го года среди пациентов с высокой приверженностью к лечению ($n=51$) не значим, $p>0,01$. За 2 года лечения алендронатом у пациенток с высокой приверженностью к лечению ($n = 26$) прирост МПК составил $+10,96$ ($+6,26$; $+13,02$) % в поясничном отделе ($p < 0,001$) и $+5,10$ ($+1,47$; $+6,67$) % в бедренной кости ($p < 0,001$).

За 3 года лечения алендронатом в основной группе в целом ($n=53$) динамика МПК составила $+0,073$ ($+0,042$; $0,106$), соответственно $+8,24$ ($+5,13$; $+11,47$) %. Однако, прирост за 2-й и 3-й год лечения алендронатом в сумме составил лишь $+0,024$ ($+0,005$; $+0,042$), что практически в 2 раза ниже прироста в течение первого года лечения $+0,048$ ($+0,028$; $+0,073$).

При высокой приверженности к лечению алендронатом в течение трех лет ($n = 16$) прирост МПК в поясничном отделе позвоночника составил $+12,75$ [$+7,79$; $+15,66$] %, в шейке бедренной кости — $+5,85$ [$+2,22$; $+7,78$] % ($p < 0,001$).

Выводы. Прием алендроната в течение 1 года вызывает достоверное увеличение МПК поясничного отдела позвоночника. При высокой приверженности к лечению достоверное увеличение МПК бедренной кости достигается через 2 года от начала терапии. Высокая приверженность к лечению алендронатом позволяет сохранять стойкий прирост на протяжении не менее 3 лет. Однако прирост МПК, полученный за 2-й и 3-ий год лечения в сумме, оказался достоверно ниже в сравнении с 1-м годом лечения, что может быть связано как с потерей эффекта препарата, так и со снижением приверженности пациентов к лечению.