



ОСТЕОПРОТЕКТОРЫ «ОСТЕОМЕД» С ОСТЕОБИОТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА

*Струков, В.И., Елистратов Д.Г., Вихрев Д.В., Алексеева Н.Ю.,
Галеева Р.Т., Котовский А.В., Радченко Л.Г., Астафьева А.В.
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза
Пенза ООО Парафарм, г. Пенза*

Актуальность. С коморбидностью сталкиваются практически все врачи. Узкие специалисты часто закрывают глаза на это, и занимаются лечением только «своего» заболевания. При таком подходе неизбежны ошибки в диагностике и терапии остеопороза (Ор). Пациенты получают массу препаратов, включая антибиотики, что нередко приводит к ятрогенной патологии, повторным переломам. Поэтому остро ощущается необходимость в препаратах позволяющих эффективно устранять негативное воздействие различных медикаментов.

Цели работы: изучить структуру коморбидности остеопороза (КОП), разработать новые подходы в его терапии остеопротекторами Остеомед с остеобиотическими свойствами.

Материалы и методы. С 2006 по 2019 годы на базе научно-консультативного центра остеопороза ПИУВа на КОП обследовано 1400 женщин в возрасте 45–88 лет. Критерии включения в исследование - пациентки с остеопорозом (Ор), с минеральной плотностью костной ткани (МПК) менее - 2,5 СО. Определение МПК проводилось рентгенабсорбционным методом, исследование гормонов иммунохемилю-минесцентным методом. Для исследования антибактериальной активности «Остеомеда» были использованы бактерии группы кишечной палочки (4 штамма), бактерии *Staphylococcus* (*S. aureus* и *Staphylococcus epidermidis* 30 MRSA метициллин устойчивый). Результаты исследований. При верификации Ор, у большинства пациенток выявлены различные коморбидные заболевания, которые условно выделены следующие группы: 1. эндокринные болезни (у 79%); 2. У 70% выявлены проблемы здоровья ротовой полости: пародонтит, рецессии десен и потеря зубов; 3. В 56% - сердечнососудистые заболевания; 4. У 53% отмечен недостаток или дефицит витамина D; 5. болезни ЖКТ (74). В среднем на 1 пациентку приходилось 4,33 заболевания (ИК). Параллельно увеличению индекса коморбидности (ИК) возрастала частота полипрагмазии, когда назначалось до 5-8 и более лекарств (77%). Практически все женщины (99%) перечисленных групп неоднократно получали антибиотики (А). Как известно злоупотребление (А) негативно влияет на метаболизм костной ткани. Установлено, что дисбиоз кишечной микробиоты при приеме А вызывает подавление



остеобласт-опосредованного костеобразования и/или усиление резорбции костной ткани [1-2]. Негатив от А распространяется и на другие органы человека – печень, почки, мозг, сердце, скелет. После выявления столь разной этиопатогенетической структуры Ор осуществлялся второй этап - персонализирующий подход в его лечении с учетом коморбидности. При кальций дефицитных состояниях (недостаточное потребление молочных продуктов, хронические заболевания ЖКТ) назначался «Остеомед», содержащей цитрат кальция. При снижении в крови 25(OH) D в сыворотке крови (дефиците витамина D) пациенту назначали «Остео-вит D3», при тяжелом Ор назначается «Остеомед форте».

При изучении остеобитических свойств в зависимости от получаемого препарата 80 пациенток были распределены в 3 сравнимые группы. 1-я (37) получали «Остеомед форте» перорально (в 1 таблетке цитрат Ca 500 мг, трутневый расплод 100 мг, витамин D3 500 ME) по 1 таблетке утром и на ночь, трехмесячными курсами 3 раза в год с месячными перерывами. 2-я группа (33 женщины) получали «Кальций D3 Никомед», (витамин D3 500 ME, Ca 0,5 г по 1 таблетке 2 раза в день такими же курсами). 3-я группа (10 женщин) – препарат «Бивалос» (стронция ранелат) в дозе 1 саше (2 г/сут) постоянно на ночь. До назначения препаратов и по завершении терапии определяли МПК, размеры полостных образований. Через 10 мес. лечения в группе женщин получавших Остеомед форте отмечен положительный клинический эффект, у 29 (78±7%) больных - уменьшение и закрытие размеров полостей. У получавших «Кальций D3 Никомед» (2-я группа) положительные сдвиги были у 12 (36±8%) женщин, при сравнении результатов с 1-й группой ($M \pm m = 78 \pm 7\%$), $p < 0,05$. В 3-й группе (препарат «Бивалос») положительная динамика в размерах полостей была отмечена у 2 (20±13%) пациенток из 10, в сравнении с 1-й группой $p < 0,05$.

Большая эффективность в лечении Ор «Остеомедом форте» можно объяснить содержанием в этом препарате гормонов трутней – субстрата для синтеза в организме собственных гормонов. В пользу этого свидетельствует анализ гормональных показателей, при котором выявлено, что концентрация общего тестостерона у женщин обследованных групп до лечения составляла: в 1-й группе – $1,1 \pm 0,4$ нмоль/л; во 2-й – $1,2 \pm 0,5$ нмоль/л ($p > 0,05$). При терапии «Остеомедом форте» через 10 мес отмечалось повышение концентрации общего тестостерона в сыворотке крови с $1,1 \pm 0,4$ до $2,3 \pm 0,6$ нмоль/л ($p < 0,05$). Во 2-й и 3 группах положительных сдвигов в содержании тестостерона не отмечалось. Эффективность лечения препаратом «Бивалос» (3 группа) была низкой. Кроме того, отмечены побочные реакции у 4 пациентов (40±16%) в виде диареи (2), обострения гастрита (2), при терапии «Остеомед Форте» данных жалоб не было, что мы объясняем его остеобиотическими свойствами. Результаты исследования *in vitro* показали, что Остеомед Форте, а так же



его компоненты - цитратата кальция, витамина В6, Витамина D3 и трутневого гомогената, не оказывают в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий *E. coli* антибактериальная активность не выявлена, что указывает на хорошие биотические свойства препарата.

Вывод: «Остеомед Форте» - новый остеопротектор, снижает негативное влияние на организм полипрагазии и антибиотиков, обладает хорошим остеопротекторным и остеобиотическим действием, значительно повышает эффективность лечения у больных с коморбидным остеопорозом. Необходимо шире его использовать в практическом здравоохранении.

Список литературы

1. Венчиков А. И. Биотики: (- 2-е изд., перераб. – Ашхабад. Ылым, 1978. - 279 с.
2. Zaidi M. Skeletal remodeling in health and disease // 2007. Vol. 13. P. 791–801.

ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Трушина Е.Ю.

ПНИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Больной И., 36 лет обратился на прием к пульмонологу 11.05.2019 г. с жалобами на кашель, боль и чувство дискомфорта в горле, повышение температуры тела до 37,8 С в вечернее время.

Из анамнеза: С сентября 2018 г. появился кашель, гнойные выделения из глаз, за медицинской помощью не обращался. Отмечал снижение массы тела на 10 кг за полгода. В конце марта 2019 г. появился кашель, повысилась температура тела до 38 С, лечился самостоятельно принимал жаропонижающие, сохранялась повышенная температура тела до 38 С, появилась одышка. Выполнена РГ ОГК 20.03.19 г. – деструктивная пневмония справа. Лечение в торакальном отделении с 20.03.19 по 04.04.19 гг. с диагнозом: Внебольничная двусторонняя деструктивная пневмония. Выписан с улучшением. Через несколько дней после выписки вновь беспокоит повышение температуры тела в вечернее время до 38 С, кашель, кровохарканье. Лечился антибактериальными препаратами, без эффекта. Консультирован фтизиатром 19.04.19 г. (мокрота на МБТ и DST отрицательные), данных за ТБС не выявлено. СКТ ОГК 22.04.19 г. признаки полисегментарного инфильтративного процесса в обоих легких с наличием множественных полостей распада, лимфоаденопатия ВГЛУ. Консультирован онкологом 26.04.19 г.: данных за онкопатологию не выявлено. Повторная госпитализация в торакальное отделение 26.04.19-16.05.19 гг., выполнена торакотомия с резекцией верхней доли правого легкого (гистология: скопления мелких эпителиоидно-клеточные гранулемы с примесью гигантских многоядерных клеток, без казеофикации, по периферии фиброз, фокусы лимфоцитарной инфильтрации, скопления гемосидеррфагов). Мазки