

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРИПАРАТИДА В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТЕОПОРОЗА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

© Дудинская Е.Н., Мачехина Л.В., Браилова Н.В., Онучина Ю.С., Остапенко В.С., Ткачева О.Н.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Минздрава России, Москва

ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Введение: для лиц пожилого и старческого возраста характерна высокая распространенность остеопороза, что увеличивает риск переломов, в том числе и повторных. При работе с пожилыми пациентами с остеопорозом большое внимание следует уделять их функциональной активности и наличию синдрома старческой астении (СА). Это «все-объемлющий» гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Клинический случай: Пациентка Т., 89 лет, обратилась с жалобами на боли в костях, грудном и поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движениях, трудности при ходьбе, страх падений, снижение памяти, снижение аппетита, недержание мочи.

Из анамнеза: менопауза наступила в 42 года, глюкокортикостероиды не получала, эпизодов плохого питания или синдрома мальабсорбции в течение жизни не было, молочные продукты не ограничивает. С возраста 69 лет перенесла множественные переломы, произошедшие при минимальной травме: в 69 лет – перелом правой лучевой кости, с 70 по 75 лет – компрессионные переломы Th11 и L1, в 78 лет – перелом шейки правой бедренной кости (эндопротезирование), в 83 года – Th9 и L3, в 88 лет – Th12. Диагноз остеопороза установлен в возрасте 78 лет, когда после выявленных компрессионных переломов тел позвонков проведена денситометрия, показавшая снижение МПК по Т-критерию в позвонках до $-4,9\text{ SD}$.

В течение 5 лет пациентка получала антирезорбтивную терапию алендронатом, далее в течение двух лет пероральную форму ибандроната, затем проведены три последовательных инфузии золедроновой кислоты, однако на фоне данной терапии происходили повторные низкотравматичные переломы. Периодически принимала комбинированные препараты кальция и витамина Д.

Пациентка проживает с дочерью в 3-х комнатной квартире (7 этаж 10-ти этажного дома) в отдельной комнате. Передвигается по квартире самостоятельно без трости. Выходит на улицу в сопровождении родственников 1–2 раза в неделю, во время прогулок – использует трость. Приготовление пищи и покупку продуктов осуществляют родственники. Прием пищи – 2–3 раза в день. Прием лекарственных препаратов осуществляется под контролем родственников согласно списку. Образование среднее специальное, по профессии – технолог.

Результаты обследования в возрасте 88 лет (2017 г): 10-летний риск переломов по FRAX составил 46% для всех переломов и 29% для переломов бедра. Рост 153 см (потеря в росте с молодости – 8 см), вес 49 кг, ИМТ = $20,9\text{ кг/м}^2$. Опросник «Возраст не помеха» – 4 балла (наличие травм, связанных с падением, снижение памяти и способности планирования, недержание мочи, трудности в передвижении). Результат комплексной гериатрической оценки (КГО), включающая оценку физического здоровья, функционального статуса, состояния когнитивных функций, эмоционального состояния и социального статуса свидетельствует о наличии у пациентки синдрома СА: 1) оценка физического здоровья показала наличие стрессового недержания мочи, 2 эпизода падений за последний год (дома и вне дома), снижение зрения на оба глаза, наличие ортостатической гипотензии, хронического болевого синдрома с интенсивностью до 8 баллов по ВАШ и наличие риска развития недостаточности питания. Были выявлены трудности при пережевывании пищи, особенно мясной, связанные с плохо подобранными зубными протезами; 2) функциональный статус пациентки соответствовал умеренной зависимости от посторонней помощи (требуется помощь при подъеме по лестнице, передвижении вне дома, ведении домашнего хозяйства, приеме лекарств, приготовлении пищи); 3) результаты тестов для оценки когнитивных функций соответствовали умеренному когнитивному расстройству полифункционального неамнестического генеза в рамках цереброваскулярной болезни. Оценка эмоционального состояния не выявила признаков депрессивного расстройства.

Даны рекомендации по питанию (разнообразное питание с достаточным содержанием белка – не менее 70 грамм в сутки, использование дополнительного питания в форме сиппинга), питьевому режиму (около 1,5 литра в сутки), занятиям с инструктором ЛФК (упражнения для тренировки баланса и мышечной силы), рекомендации по обустройству быта для снижения риска падений, подбору обуви, когнитивному тренингу, рекомендованы консультации окулиста и стоматолога-ортопеда.

Уровень витамина D3 составил 8,9 нг/мл, в связи с чем на первом этапе проведена коррекция колекальциферолом 50 000 МЕ 2 раза в неделю в течение 6 недель. Ежедневно принимались комбинированные препараты карбоната

кальция (500 мг) и витамина D3 (200-400 ME). Остеокальцин - 8,0 нг/мл (11-43), С-терминальный телопептид коллагена 1 типа (Ctx) – 0,01 нг/мл (0,01-0,28), N-терминальный пропептид проколлагена 1 типа (P1NP) – 12,3 нг/мл (15–115).

Диагноз: Сенильный остеопороз тяжелого течения с наличием множественных патологических переломов костей скелета. 10-летний риск переломов по FRAX 46%. Дефицит витамина Д. Синдром старческой астении.

С учетом полного подавления костного метаболизма, сохранением низкой МПК, значимым снижением СТХ на фоне 11-летнего лечения бисфосфонатами и, несмотря на это, произошедшими новыми тяжелыми низкоэнергетическими переломами эффективность дальнейшего применения антирезорбтивных препаратов была расценена как низкая и пациентке назначен Терипаратид 20 мкг ежедневно подкожно.

Результаты лечения: в течение 11 месяцев на фоне лечения новых переломов не было, при этом пациентка отметила повышение толерантности к физической нагрузке и значимое снижение болевого синдрома в области поясничного отдела позвоночника - до 5 баллов по визуально-аналоговой шкале. Было выполнено оперативное лечение по замене хрусталика левого глаза, подобраны очки и проведена замена зубных протезов. У пациентки повысилась физическая активность: стала ежедневно гулять не менее получаса в день.

При проведении комплексной гериатрической оценки в динамике через год было отмечено небольшое увеличение мобильности (скорость ходьбы 0,8 м/с, тест «Встань и иди» 15 сек) и кистевой мышечной силы пациентки (правая рука 24 кг, левая рука 19 кг), а также улучшение статуса питания (пациента набрала 2 кг веса, результат оценки по Краткой шкале питания составил 24/30 баллов). Оценка когнитивных функций не выявила ухудшения. Эмоциональное состояние оставалось стабильным.

При проведении денситометрии отмечено повышение МПК в позвонках +21% (до -3,1 SD), в бедре +4% (-2,3 SD). Остеокальцин повысился на +580%, существенно увеличилось P1NP (+867%) и СТХ +1270%, что отражает активацию костного обмена под действием терипаратида. Принято решение продолжить терапию терипаратидом еще на 6–8 месяцев с последующим переводом пациентки на антирезорбтивную терапию (деносумаб).

Заключение: Основными результатами лечения пациентки терипаратидом стало отсутствие новых переломов, уменьшение болей в спине, повышение функционального статуса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Остеопороз; терипаратид; клинический случай.

USE OF TERIPARATIDE IN TREATMENT OF SEVERE OSTEOPOROSIS IN GERIATRIC PRACTICE: A CLINICAL CASE

© Dudinskaya E.N., Machekhina L.V., Brailova N.V., Onuchina Yu.S., Ostapenko V.S., Tkacheva O.N.

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

KEYWORDS: Osteoporosis; teriparatide; clinical case.