

ТЕРИПАРАТИД В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)

© Мазуренко С.О.

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

В лечении остеопороза в качестве лекарств первого выбора в большинстве случаев используются препараты, подавляющие ремоделирование костной ткани: бисфосфонаты и деносумаб, или последовательное назначение. Однако длительное подавление костного обмена или идиосинкразия к действию этих препаратов сопряжены с риском таких побочных эффектов как остеонекроз челюсти и атипичные переломы.

Цель: Разбор клинических случаев лечения терипаратидом остеонекроза челюсти развившегося на фоне длительной терапии бисфосфонатами и деносумабом и атипичного перелома после однократного введения золедроновой кислоты.

Материалы и методы: Представлены разборы клинического случая пациентки 62 лет, получавшей в течение 7 лет антирезорбтивную терапию бисфосфонатами и деносумабом по поводу остеопороза, с остеонекрозом верхней челюсти, развившегося после удаления двух резцов верхней челюсти, и пациентки 82 лет с повторными атипичными переломами бедренных костей, после однократного введения золедроновой кислоты. Для лечения выявленных осложнений обеим пациенткам назначено ежедневное подкожное введение терипаратида в стандартной дозе 20 мкг.

Результаты и обсуждение: Пациентка 62 лет направлена в центр остеопороза стоматологами. Из анамнеза установлено, что в стоматологическую клинику обратилась для протезирования зубов. Для выполнения операции требовалось удаление двух резцов верхней челюсти. Абсолютных противопоказаний к оперативному лечению не было выявлено. Пациентка не курила, не страдала сахарным диабетом. Но в анамнезе было указание на то, что пациентка в течение нескольких лет получала лечение остеопороза: 2 года принимала препараты алендроновой кислоты в таблетках 70 мг в неделю, затем в течение трех лет получала внутривенно ибандоновую кислоту в режиме 3 мг каждые три месяца. Последние 2 года получала лечение препаратом деносумаб в дозе 60 мг в виде подкожных инъекций каждые 6 месяцев. Как и планировалось, пациентке было выполнено удаление двух резцов верхней челюсти. Операция прошла в штатном режиме. Но пациентка обратилась повторно через несколько дней в связи с болями в области удаленных зубов. При обследовании были выявлены незаживающие лунки после удаления зубов с обнажением кости. В клинических анализах и биохимии крови существенных отклонений от нормы выявлено не было. Но было отмечено резкое снижение маркеров костного ремоделирования. Был установлен диагноз остеонекроза верхней челюсти, причиной которого, по-видимому, было значительное снижение костного обмена на фоне терапии остеопороза препаратами, подавляющими костное ремоделирование. После дважды проведенного кюретажа лунок удаленных зубов и курса антибактериальной терапии, лунки заполнились грануляциями и покрылись тонким слоем эпителия. Заживления костных дефектов удалось добиться после 6 месячного курса лечения препаратом терипаратид в стандартной дозе 20 мкг в сутки.

Пациентка 82 лет, после травматического перелома правой плечевой кости (падение с лестницы) и операции – эндопротезирование правого плечевого сустава, для профилактики повторных переломов получила внутривенное введение золедроновой кислоты 5 мг однократно, с последующим назначением препаратов кальция и витамина D в стандартных дозах. Через 6 месяцев после введения золедроновой кислоты во время прогулки почувствовала резкую боль в правом бедре. Выявлен атипичный перелом правой бедренной кости, оперирована – интрамедулярный остеосинтез. Через 5 месяцев после перелома правой бедренной кости во время сеанса массажа почувствовала сильную боль в левой бедре. Диагностирован атипичный перелом левой бедренной кости. Оперирована – металлоостеосинтез. При обследовании выявлено снижение костных метаболитов, включая общую щелочную фосфатазу. В связи в отсутствие признаков консолидации переломов пациентке назначен терипаратид 20 мкг в сутки подкожно, в комбинации с препаратами кальция и витамина D. Результаты через 6 месяцев терапии по данным повторной рентгенографии обнаружены признаки образования костной мозоли в зонах переломов.

Патогенез остеонекроза челюсти и атипичных переломов остается до конца не изученным. Сказывается влияние нескольких факторов, из которых наиболее важными, по-видимому, являются способность бисфосфонатов накапливаться в зонах повреждения костной ткани, резко снижать ремоделирование костной ткани, нарушать ангиогенез. В развитие остеонекроза челюсти значительную роль играет присоединение инфекции. В патогенезе атипичных переломов рассматривается генетическая предрасположенность.

Выводы: Остеонекроз челюсти и атипичные переломы – редкие, но опасные осложнения терапии остеопороза препаратами, замедляющими ремоделирование костной ткани. В случае появления этих осложнений анаболический препарат терипаратид может быть использован как лекарство спасения. В лечении остеонекроза челюсти изучались различные режимы введения препарата (ежедневно или 1 раз в неделю), но как показывают результаты этих исследований, стандартный ежедневный режим введения терипаратида оказывается наиболее эффективным. Атипичные

переломы характеризуются замедленным формированием костной мозоли даже после удовлетворительной интрамедулярной фиксации обломков. Применение терипаратида, восстанавливая костный обмен, помогает ускорить заживление переломов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Остеопороз; терипаратид; лечение.

TERIPARATIDE IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF ANTIRESORPTIVE THERAPY OF OSTEOPOROSIS (ANALYSIS OF CLINICAL CASES)

© Mazurenko S.O.

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg

KEYWORDS: Osteoporosis; treatment; teriparatide.
