

Цель: проанализировать клинические особенности остеопороза и результаты лечения связанного с беременностью и лактацией.

Материалы и методы: У женщины в возрасте 34 лет появилась острая боль в спине через две недели после первых родов. Боль локализовалась между лопатками и в нижней части грудного отдела позвоночника. В остальном она была здорова, не курила, придерживалась здорового питания и занималась физическими упражнениями до беременности. Беременность протекала нормально. Роды были несложными, и ребенок был исключительно на грудном вскармливании. Когда боль в спине не исчезла через три месяца, пациентка была направлена в ортопедическую клинику, где при осмотре были выявлены боли при пальпации и движении грудного отдела позвоночника. Магнитно-резонансная томография (МРТ) показала компрессионные переломы и отек костного мозга в верхней концевой пластине тела позвонка Th 7, нижней концевой пластине Th9, а также в верхней и нижней концевых пластинах L1 и L3. У нее не было семейного анамнеза остеопороза и предыдущих переломов. Во время беременности она принимала пищевые добавки для беременных женщин, в состав которых входили кальций и витамин D. Анализ крови показал норму С-реактивного белка, креатинина, витамина D, кальция, паратиреоидного гормона, фосфата, магния, натрия, калия, тиреотропного гормона, тироксина, щелочной фосфатазы. Минеральная плотность кости (BMD) в поясничном отделе позвоночника, измеренная с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, была ниже, чем ожидалась для возраста пациента (Z критерий L1-L4 -2,5). Низкая МПК и множественные переломы позвонков были интерпретированы как остеопороз, связанный с беременностью и лактацией.

Результаты: Пациентке порекомендовали прекратить грудное кормление (с 4 месяца после родов).

Лечение: 1) Терапаратид (Фортео) подкожно 20 мкг в сутки, перорально 1000 мг кальция карбонат и 2000 МЕ витамина D ежедневно. Лечение терапаратидом продолжали в течение двух лет. МПК измерялась ежегодно. Через год L1-L4 МПК Z- критерий: -2,5; общая МПК правой бедренной кости Z критерий -1,6; общая МПК левой бедренной кости Z критерий -1,8, через 2 года МПК была чуть ниже ожидаемого уровня возраста пациента в поясничном отделе позвоночника: L1-L4 BMD Z критерий -1,7 (тренд 3,2%); общая МПК правой бедренной кости: Z критерий -1,0 (тренд 2,5%); общая BMD левой бедренной кости Z критерий -1,0 (тренд 4,9%).

Обсуждение: Во время лактации и беременности, особенно в третьем триместре, повышается потребность в кальции, поэтому существует стресс для материнского гомеостаза кальция. Это увеличение физиологически компенсируется увеличением кишечной абсорбции, снижением экскреции кальция с мочой и повышенной резорбцией кости. Пока не ясно, почему у некоторых женщин развивается остеопороз, вызванный беременностью. На сегодняшний день было сформулировано несколько гипотез для объяснения этиопатогенеза ОБЛ. Было высказано предположение, что резорбция кости в ходе ОБЛ может быть результатом повышенной секреции белка, связанного с гормонами паращитовидной железы, из молочной железы во время лактации. Некоторые авторы подняли вопрос об остеопении до беременности, которую трудно проверить из-за недостатка данных о ОБЛ.

Выводы: Лечение Терапаратидом в комбинации с препаратами кальция, витамином D, показало положительный лечебный эффект, но при этом целевой уровень терапии достигнут не был. Необходимо исследовать маркеры остеорезорбции и остеосинтеза, что позволит оценить эффективность лечения уже через 3 месяца и при необходимости скорректировать терапию.

ОСТЕОПОРОЗ СВЯЗАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ЛАКТАЦИЕЙ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Аббосхужаева Л.С.¹, Алиханова Н.М.², Исмаилов С.И.³, Тахирова Ф.А.², Акрамова Г.Г.¹, Шакирова М.М.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический центр эндокринологии им. акад. Туракулова Ё.Х.

²Центр поддержки здорового образа жизни и повышения физической активности

³Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: проанализировать клинические особенности остеопороза связанного с беременностью и лактацией.

Материалы и методы: 23-х летняя женщина на 5-м месяце своей первой беременности начала жаловаться на боли в спине средней тяжести. Через неделю после родов боль в спине усилилась.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника, выполненная через два месяца после родов, показала компрессионный перелом Th12, L2 и L3. Минеральная плотность кости (BMD) была измерена с помощью рентген абсорбциометрии (DEXA), результаты которого показали, что костная масса поясничного отдела позвоночника по Z-критерию ниже возрастной нормы (-2,2). Минеральная плотность правой и левой бедренной кости соответствовали норме. Лабораторные исследования: Вит Д был 28,2 нг/мл, остеокальцин – 45,94 нг/мл, ПТГ-78,6 pg/ml, щелочная фосфатаза-70 U/l, кальций-2,59 ммоль/л, P1NP-121,3 нг/мл. Сцинтиграфия паращитовидных желез не выявила патологии. До беременности боли в спине никогда не беспокоили. Вредные привычки, хронические заболевания отсутствуют. Семейный анамнез по поводу остеопороза отрицательный. Не было никаких признаков метаболического, мета-статического или инфекционного заболевания костей, основанного на лабораторных и рентгенологических данных, поэтому была диагностирована остеопения, связанная с беременностью и лактацией.

Результаты: Пациентке была назначена терапия на один год: ибандроновая кислота в дозе 3 мг/3 мл внутривенно 1 раз в три месяца, витамин D 50 000 МЕ по 1 капсуле 1 раз в неделю №4, после Витамин Д 2000 МЕ по 1 капсуле ежедневно и препараты кальция карбонат 500 мг 2 раза в день. С целью оценки качества лечения через 6 месяцев

были повторно определены маркёры костного ремоделирования: Вит Д - 45,3 нг/мл, остеокальцин - 26,6 нг/мл, ПТГ-83,4 pg/ml, щелочная фосфатаза - 59,0 U/l, кальций - 2,30 ммоль/л. Через год была проведена рентгенденситометрия: L1-L4 BMD Z- критерий: -0,9 (тренд 17,4%). Лабораторные исследования через год Вит Д - 64,0 нг/мл, остеокальцин - 36,2 нг/мл, ПТГ-57,7 pg/ml, щелочная фосфатаза - 57,0 U/l, кальций - 2,29 ммоль/л, P1NP-20,2 нг/мл. С целью закрепления и улучшения терапии пациентке был назначен Деносумаб в дозе 60 мг подкожно 1 раз в 6 месяцев. После лечения повторно была сделана рентген денситометрия, данные показали следующие результаты: L1-L4 BMD Z- критерий: -1,1; (тренд -1,8%). Лабораторные данные: Витамин Д -56,8 нг/мл, ПТГ-49,7 pg/ml, Остеокальцин - 21,3 нг/мл.

Обсуждение: Связанный с беременностью и лактацией остеопороз является редким состоянием, характеризующимся возникновением переломов, чаще всего позвоночных, на поздних сроках беременности или в раннем послеродовом периоде. Распространенность, этиология и патогенез этого остеопороза неизвестны, хотя существует несколько гипотез, пытающихся объяснить этиопатогенез остеопороза, связанного с беременностью.

Выводы: Связанный с беременностью и лактацией остеопороз выражается в потере губчатой костной ткани (в основном позвоночника). Компрессионные переломы нижнего грудного или поясничного отдела позвоночника являются наиболее распространенными. Боль в спине, возникающая в результате переломов позвонков, может быть выражена с кратковременным или хроническим течением. Комбинированная терапия остеопороза оказывает благоприятное влияние.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Алиахунова М.Ю., Рахимова Д.А., Тагаева Д.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент

Цель - оценка эффективности комплексного лечения и реабилитации больных остеоартритом(ОА) в сочетании с хронической обструктивной болезнью лёгких(ХОБЛ).

Материалы и методы. В исследование были включены больные ОА I-II стадии в сочетании с ХОБЛ 2-3 степени тяжести, из которых 20 пациентов были с ОА коленных суставов, 12 полиостеоартритом и 10 - ОА тазобедренных суставов. Проведены клиническо-функциональные, рентгенологические, биохимические(АЛТ, АСТ, билирубин, С-реактивный белок(СРБ) исследования. Изучали функцию внешнего дыхания(ФВД) данные пикфлоуметрии(ПФМ). При необходимости проводили магнитно-резонансную или компьютерную томографию. Пациенты получали по индивидуально подобранным программам ультрафиолетовое облучение, ультравысокочастотную микроволновую, крайне высокочастотную, магнито- или лазеротерапию. На фоне базисного лечения ХОБЛ в качестве симптом- и структурно-модифицирующего препарата замедленного действия пациенты получали хондропротектор, в состав которого, помимо хондроитина сульфата, входят экстракты лекарственных растений, в течение 6-ти месяцев по 2 таблетке 2 раза в сутки за 5-10 минут до еды.

Результаты и обсуждение. В динамике лечения у обследуемых уменьшилась одышка с $2,9 \pm 0,29$ до $1,3 \pm 0,15$ и кашель с $2,5 \pm 0,14$ до $1,2 \pm 0,16$ баллов. Регресс этих симптомов протекал на фоне уменьшения физических явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по данным ПФМ (с $305,6 \pm 21,9$ до $343,4 \pm 23,1$ л/мин). Установлена положительная динамика показателей ФВД и клиническо-биохимических исследований. Уменьшились или прошли явления воспаления в бронхолегочной системе, что коррелировало с лабораторными показателями(СРБ, лейкоциты, СОЭ, мокрота). Начиная с 1-го месяца лечения, больные стали отмечать уменьшение боли и других клинических признаков ОА, но более значимые изменения наблюдались в группе больных с ОА коленных суставов. Отмечено уменьшение боли при движении по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) к 3-му месяцу наблюдения с $70,7 \pm 11,2$ до $31,7 \pm 3,8$ мм. В этой же группе наблюдалось значительное уменьшение боли в покое по ВАШ с $32,3 \pm 6,7$ до $11,5 \pm 3,2$ мм. Функциональный индекс Лекена(Фил) в этой группе пациентов уменьшился с $6,5 \pm 1,1$ до $4,15 \pm 0,39$. В группе больных с полиостеоартритом уменьшение боли при движении по ВАШ с $72,5 \pm 26,7$ до $28,9 \pm 6,7$ мм к 3-му месяцу наблюдений(в покое боль уменьшилась с $30,4 \pm 7,1$ до $13,4 \pm 4,2$ мм. Фил уменьшился с $6,5 \pm 1,36$ до $4,5 \pm 0,51$. У пациентов с ОА тазобедренных суставов показатель боли при движении уменьшился с $81,0 \pm 10,1$ до $37,9 \pm 6,8$ мм, а индекс боли в покое с $30,3 \pm 6,4$ до $22,2 \pm 5,1$ мм. При этом Фил также уменьшился с $6,8 \pm 1,23$ до $5,2 \pm 0,51$. Во всех трех группах через 3 месяца лечения наблюдалось значительное снижение индекса боли по ВАШ при движении и в покое. Фил после четырех недель приема хондропротектора уменьшился во всех трех группах, однако наиболее значимое снижение этого показателя отмечено в группе с ОА коленных суставов. Хондропротектор позволил уменьшить дозу или полностью отменить прием традиционных нестероидных противовоспалительных препаратов(НПВП). Через 3 месяца после начала терапии 21% пациентов принимали их по требованию, а 79% пациентов отказались от НПВП. Лечение ОА с коморбидной патологией это комплексный процесс с воздействием на патогенетические механизмы заболеваний, а противовоспалительные свойства компонентов хондропротектора благоприятно влияют на течение обоих заболеваний. В оказании реабилитационной помощи больным с коморбидной патологией важна правильная организация самих мероприятий реабилитации. В процессе отбора больных ОА с ХОБЛ для реабилитации принимаются во внимание функциональный статус, болевой синдром, объем движений в суставах, тяжесть