

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 клиничко-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 клиничко-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

одышки, уровень мотивации, статус курения. Объективизация функционального состояния показывает, что определенного успеха можно достигнуть у больных с различной степенью тяжести ОА и ХОБЛ. Исходный уровень реабилитационного потенциала должен характеризовать способности больного к реализации многофакторных механизмов восстановления нарушенного здоровья и нормализации различных форм жизнедеятельности. При этом совместное применение современных средств фармакотерапии и реабилитации может обеспечить у коморбидного больного повышение толерантности к физической нагрузке и позитивно изменить результаты заключительного этапа суставной и легочной реабилитации. ЛФК является классической программой медицинской реабилитации больных ОА с ХОБЛ. Это связано с корригирующим влиянием ЛФК на биомеханику движения и дыхания, улучшением бронхиальной проходимости, ускорением обратного развития воспалительного процесса и увеличением резервов ФВД. доступными методами физиотерапии при ОА и ХОБЛ являются ультрафиолетовое облучение, ультравысокочастотная терапия, индуктотерапия, микроволновая терапия сантиметрового и дециметрового диапазонов, крайне высокочастотная терапия, амплипульстерапия, магнитотерапия. Все вышеперечисленные методы уменьшают воспалительные явления в суставах и бронхах, улучшают подвижность суставов и бронхиальную проходимость, снижают экссудативные реакции в легочной паренхиме, оказывают бактериостатическое действие и обеспечивают иммуномодулирующий эффект. При этом можно подключать иглорефлексотерапию, электро- и лазеропунктур, точечный массаж. Лазерное излучение обладает противовоспалительным эффектом, повышает реактивность организма, улучшает реологические свойства крови. Клинические проявления данного эффекта – разрешение воспаления, в том числе синовита и уменьшение отека слизистой бронхов. Гирудотерапия может широко применяться на амбулаторном этапе реабилитации. Применение комбинированного хондропротектора в лечении больных ОА в сочетании с ХОБЛ, приводит к более быстрому уменьшению болевого синдрома, укорачиванию срока пребывания больного в стационаре и восстановлению повседневной активности. Полученные результаты показали эффективность комбинированного хондропротектора в терапии ОА и возможность его применения в общеврачебной практике. Помимо проведения физической реабилитации всем больным рекомендуется проведение также дыхательной гимнастики по 20 минут 2-3 раза в день, включающей в себя следующие упражнения: дыхание через сомкнутые губы, выдох с сопротивлением, дыхание в согнутом положении с наклоном вперед, упражнения на диафрагмальное дыхание.

Выводы. Больным ОА с ХОБЛ с целью улучшения качества жизни, повышения толерантности физической нагрузки и уменьшения выраженности клинических симптомов рекомендуется применение комбинированных программ суставной и легочной реабилитации. Современное лечение и реабилитация ОА с ХОБЛ направлено не только на уменьшение боли и улучшение функционального состояния пораженных органов, но и на замедление прогрессирования заболевания с помощью комплексного воздействия нефармакологических и медикаментозных методов, способствующих снижению инвалидизации и улучшению качества жизни больных.

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Александров В.А.^{1,2}, Гунаева А.О.², Мулдагалиева Э.Ю.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского», Волгоград

²Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии, Волгоград

Остеопороз (ОП) и повышенный риск переломов являются широко наблюдаемыми сопутствующими заболеваниями при хронических воспалительных ревматических заболеваниях. Потеря костной массы и повышение хрупкости костей характеризуются от высокой распространенности среди больных ревматоидным артритом (РА) до противоречивых данных у пациентов с псориатическим артритом (ПсА). Тем не менее, ОП, наряду с другими сопутствующими патологиями (кардио-ренальные нарушения, метаболический синдром, ожирение, инфекции, депрессия и др.), могут влиять как на клинические исходы, так и на тактику ведения таких пациентов.

Цель: изучить особенности оценки риска переломов, ассоциированных с остеопорозом, у пациентов с РА и ПсА при сопутствующих метаболических нарушениях.

Материалы и методы. Было обследовано 46 больных РА по критериям ACR/EULAR (2010 г.) в возрасте от 40 до 76 лет (средний возраст $56,7 \pm 8,85$ лет, женщин – 80,4%) и 43 пациента с ПсА по критериям CASPAR (2006 г.) в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $58,0 \pm 8,1$ лет, женщин – 67,4%).

Наличие у пациентов метаболического синдрома (МС) диагностировали по критериям Национальной образовательной программы по холестерину (National Cholesterol Education Program / Adult Treatment Panel III; NCEP/ATPIII; 2004 г.). Гармонизированные критерии NCEP/ATPIII включали: (1) увеличение окружности талии ≥ 102 см для мужчин и ≥ 88 см для женщин; (2) уровень глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л или медикаментозное лечение повышенного уровня глюкозы; (3) уровень триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л; (4) уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) менее $<1,0$ ммоль/л у мужчин или $<1,3$ ммоль у женщин; (5) АД $\geq 130/85$ мм рт. ст. или антигипертензивное лечение в анамнезе. В соответствии с этими показателями всем участникам исследования была присвоена бинарная оценка МС («есть/нет») и рассчитана категориальная оценка МС по всем доступным критериям (от 0 до 5).