

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ РЕВМАТОЛОГИИ УЗ «2-Я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Адамович И.Э., Дегтерева О.В., Гаврилова Е.Н.

*Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь*

ИПКиПКЗ УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность: Асептический некроз (АН) – это тяжелое заболевание, связанное с гибелью костных клеток в определенном участке костной ткани сопровождаемое нарушением кровоснабжения, быстро приводящее к развитию вторичного остеоартрита прилежащих суставов. Наиболее частой локализацией являются головка бедренной кости, на втором месте по распространению находятся мыщелки бедренной и большеберцовой кости, реже – головка плечевой кости, таранная кость и др. Вторичный АН встречается чаще, чем идиопатический. Причиной возникновения вторичного АН может быть прием глюкокортикоидов, алкогольная интоксикация, лучевая или химиотерапия, различные коагулопатии, иммуновоспалительные ревматические заболевания, дайвинг и другие гипербарические состояния, травмы. Так же, по последним данным, лица с повышенным уровнем липидов значительно чаще имеют системную потерю костной ткани, что предрасполагает к развитию АН. Особую роль в развитии остеонекроза ряд авторов отводят системному остеопорозу и локальному повышению резорбции костной ткани и рассматривают эти процессы как ключевой фактор в патогенезе АН. Эти отклонения снижают прочность кости, что при нагрузке приводит к увеличению количества микропереломов трабекул, которые сдавливают мелкие сосуды. Как следствие механического сдавления сосудистого русла возникает венозный, а затем и артериальный стаз, что определяется при измерении внутрикостного давления и интрамедуллярной венографии. Особенностью АН является то, что чаще болеют молодые работоспособные люди (средний возраст 33-45 лет), соотношение мужчин и женщин - 3:1. При отсутствии лечения АН на ранних стадиях у 80% пациентов в течение 3-4 лет развивается коллапс головки бедренной кости, что требует операции эндопротезирования. В то же время, АН является фактором последующей нестабильности импланта.

Основой консервативного лечения АН является базисная остеотропная терапия метаболических нарушений костной ткани в зоне остеонекроза, предусматривающая, в частности, использование препаратов кальция и витамина Д3 и, в качестве антирезорбтивной терапии, бисфосфанатов. Их назначение направлено на снижении интенсивности резорбции как в зоне

остеонекроза так и в окружающей костной ткани и, как результат, снижение коллапса субхондральной кости, что показано в ряде исследований. Однако в связи с отсутствием в аннотации к БФ указаний на возможность их использования при АН назначение данной группы препаратов при данной патологии с юридической точки зрения является применением off label. Одним из недостатков приема пероральных БФ является низкая комплаентность пациентов к их приему. Золендроновая кислота, учитывая кратность ведения (5 мг 1 раз в год внутривенно капельно) рассматривается как наиболее перспективный препарата из группы БФ для пациентов с АН в течение всего периода лечения. Помимо стандартного антирезорбтивного действия и, как следствие, снижения отека костной ткани, ЗК обладает значительным обезболивающим действием, что улучшает качество жизни пациентов.

Цель: улучшение результатов консервативного лечения АН головки бедренной кости за счет включения в комплексную терапию инфузий золендроновой кислоты.

Материалы и методы: За 6 мес 2024 года в отделении ревматологии УЗ «2я ГКБ» пролечено 39 пациентов с диагнозом «АН головки бедренной кости». Стадия АН оценивалась в соответствии с классификациями Ficat и Steinberg, разработанными для МР-исследований.

Пол м/ж 16/23 (41%/39%), средний возраст пациентов - 49,7 лет

Инфузии золендроновой кислоты 5 мг внутривенно капельно выполнены 12 пациентам. Инфузии золендроновой кислоты назначались при достаточном уровне кальция и вит Д в сыворотке крови пациентов.

Оценка эффективности лечения, в частности, динамики болевого синдрома производилась с помощью ноцицептивной оценочной (НОШ) для оценки при движении и в покое. Эти показатели регистрировались до начала лечения и после проведения курса консервативной терапии.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного лечения у 10 пациентов (83,3 %) болевой синдром был значительно снижен после курса лечения, что отразилось на показателях ноцицептивной оценочной шкалы (НОШ) по оценке боли.

Выводы: Полученные результаты достоверно показывают, что использование золендроновой кислоты в качестве антирезорбтивного препарата в составе комплексного консервативного лечения АН патогенетически обосновано, эффективно в плане снижения болевого синдрома и улучшения процессов остеогенеза.