ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ТЕРИПАРАТИДОМ НА СКОРОСТЬ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТКИ С СИСТЕМНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

¹Юрова О.В., ²Марченкова Л.А.

СМ-Клиника, г. Москва, Россия

НМИЦ «Реабилитации и курортологии МЗ РФ», Москва

Пациентка Ж., 1963 г.р. направлена к эндокринологу травматологом в связи с отсутствием консолидации перелома правой лодыжки с жалобами на боль, ограничение движений в правом голеностопном суставе.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. 19.09.2018 перенесла сочетанный перелом костей голени при падении с высоты собственного роста после падения дома падении с высоты собственного роста. Выполнена репозиция, наложена циркулярная гипсовая повязка, иммобилизация в гипсе до 24.11.2018. Передвигалась при помощи костылей. 24.12.2018 повторное падение, при осмотре травматолога и контрольной рентгенографии — свежего перелома не выявлено. **ВЫВОДЫ:** неконсолидированный перелом наружной лодыжки, частично консолидированный перелом медиальной лодыжки и заднего края правой большеберцовой кости от 19.09.2018 с подвывихом стопы кнаружи. Контрактура.

ДАННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ЭНДОКРИНОЛОГА: рост — 163 см, вес — 95 кг, ИМТ — 35,0 кг/м², АД 161/91 мм рт ст, пульс 84'.

КОСТНАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПОЗВОНОЧНИКА: Т-критерий L1-L4=-2,61SD.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ОАК норма, СОЭ 27мм/ч, электролиты крови — норма, тиреостатус в норме, HbA1c 5,5%, ПТГ 34 пг/мл (референсные значения 11–67), 25(OH)D 13,1 нг/мл (30–100), СТХ 0,848 нг/мл (0,142–1,351), P1NP 20,3 нг/мл (16,3–73,9), остеокальцин<2,0 нг/мл(0,0– 22,0), кальцитонин-<2,0пг/мл (0,0–14,0).

МСКТ правого голеностопного сустава: 07.01.2019: Определяются переломы дистальных отделов костей правой голени: Неконсолидированный фрагментарный перелом латеральной лодыжки, с диастазом костных отломков до 5 мм. Края костных отломков неровные, местами склерозированные. Неправильно сросшийся перелом медиальной лодыжки, с диастазом в передних отделах до 4 мм. Края отломков четкие, склерозированные, консолидация — в задних отделах. Консолидированный фрагментарный перелом заднего края большеберцовой кости, с деформацией заднего контура кости, без значительного смещения отломков. Параартикулярные мягкие ткани отечны. Отмечается выраженный остеопороз с множественными диффузными участками разряжения структуры всех костей (в том числе малоберцовой и большеберцовой) на исследованном уровне.

ВЫВОДЫ: КТ-картина трехлодыжечного перелома правого голеностопного сустава. Пятнистый регионарный остеопороз в костях, формирующих правый голеностопный сустав, костях правой стопы (синдром Зудека).

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: неконсолидированный перелом наружной лодыжки, частично консолидированный перелом медиальной лодыжки и заднего края правой большеберцовой кости от 19.09.2018 с подвывихом стопы кнаружи. Контрактура. Постменопаузальный остеопороз, осложненный патологическим переломом. Дефицит витамина D. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ: Вигантол 15 капль ежедневно — 6 недель.

Оссеин-гидроксипапатитный комплекс по 2 т. 3 раза в день — 2 месяца.

Терипаратид 20 мкг п/к 1 раз в день.

Лазеро-и магнитотерапия №.15 на поврежденную конечность.

Контроль рентгенографии от 17.02.19 г. На рентгенограммах правого голеностопного сустава в 2-х проекциях определяется консолидированный перелом наружной лодыжки. Костная мозоль сформирована удовлетворительно, отмечается посттравматическая деформация кости на этом уровне. Консолидированный перелом медиальной лодыжки. Консолидированный перелом заднего края большеберцовой кости. 19.02.19 г: P1NP 41,9 нг/мл, СТХ 1,158 нг/мл, 25(OH)D 50,3 нг/мл, кальций общ., фосфор неорг. — норма

ВЫВОД: Клинический случай демонстрирует ускорение консолидации сложного перелома голени с замедленной консолидацией на фоне терапии терипаратидом.