

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД- ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТЕОПОРОЗА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник

ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины»

Резюме. В статье представлен случай больной вульгарной пузырчатки, которая длительно находилась на больших дозах глюкокортикостероидов, что привело к развитию стероид-индуцированного остеопороза. Показана необходимость применения корректоров метаболизма костной ткани и средств, регулирующих кальциевый обмен у таких больных.

Ключевые слова: вульгарная пузырчатка, остеопороз, глюкокортикостероиды, корректоры метаболизма костной ткани.

ВСТУПЛЕНИЕ

Лечение больных распространенными, часто рецидивирующими дерматозами являются сложной задачей клиницистов, поскольку при назначении комплексного лечения приходится максимально учитывать не только звенья патогенеза, клиническую картину заболевания на момент осмотра, но и развитие возможных побочных эффектов и осложнений в процессе этого лечения. Главная заповедь врача – «не навреди».

Особую группу больных составляют больные вульгарной пузырчаткой, так как в лечении этих пациентов применяются большие дозы кортикостероидов, а поддерживающая терапия глюкокортикостероидными гормонами проводится в течение длительного срока, порой пожизненно, при этом в подавляющем числе случаев не имеет альтернативы.

50-е годы прошлого столетия ознаменовались целым рядом достижений фармакологической науки, в частности созданием кортикостероидных препаратов, без которых на сегодняшний день немыслима терапия таких тяжелых больных, как больных вульгарной пузырчаткой. Необходимым компонентом мониторинга этих больных в процессе саногенеза, наряду с изучением состояния функциональных проб печени, почек, углеводного обмена, работы сердечно-сосудистой и нерв-

ной систем, склонности к тромбообразованию и других компонентов гомеостаза, является динамическое наблюдение за состоянием костно-суставной системы и опорно-двигательного аппарата. При этом целесообразно учитывать не только клиничко-анамнестические данные (жалобы на боли в костях, переломы, изменения осанки и деформации скелета), но и динамику маркеров костеобразования (остеокальцин, костную щелочную фосфатазу) и резорбции костной ткани (С-концевой телопептид, оксипролин), а также показателей кальциевого обмена.

Остеопороз – это прогрессирующее системное заболевание скелета, которое характеризуется потерей общей костной массы и ухудшением микроархитектуры костной ткани, что приводит к повышенной хрупкости и ломкости костей [1]. В развитии этого состояния играют роль различные факторы, в том числе, наряду с генетической предрасположенностью и конституциональными особенностями, образом жизни и питания, заболевания, патогенетическим звеном которых является развитие остеопороза [2]. Это нарушение менструального цикла (длительная вторичная аменорея, преждевременная менопауза – до 45 лет, позднее начало менструации), эндокринные болезни (первичный гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, сахарный диабет, синдром Кушинга), воспалительные ревматические забо-

левания (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, системная красная волчанка), заболевания желудочно-кишечного тракта (нарушение всасывания, вызванное заболеваниями ЖКТ), болезнь Крона, хронические заболевания печени, хронические обструктивные заболевания легких, хронические неврологические заболевания, застойная сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность. Кроме того, в развитии остеопороза играет большое значение прием ряда лекарственных средств (глюкокортикоиды, тиреотропные препараты, антикоагулянты, противосудорожные препараты, фосфатосвязывающие антациды) [3].

Предотвратить развитие глюкокортикоид-индуцированного остеопороза можно, назначая больным, длительно находящимся на больших дозах стероидов, корректоры метаболизма костной ткани, которые стимулируют остеогенез, восстанавливают положительный баланс между резорбцией и образованием кости, увеличивают минеральную плотность костей позвоночника, таза и способствуют формированию костной ткани с нормальной гистологической структурой.

Приводим случай из практики. Больная М., 33 лет, жительница Ровенской области, поступила в отделение дерматологии 13.01.09г. с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела, поражение всего кожного покрова, слизистой полости рта, красной каймы губ, болезненность при глотании, затрудненное носовое дыхание из-за массивных корок, невозможность передвижения.

Болеет с февраля 2008 года, когда впервые появились высыпания в полости рта. Лечилась по поводу стоматита по месту жительства. Получала имудон, циклоферон, полоскание. 20.07.08 в центральной районной больнице г. Ровно поставлен диагноз вульгарная пузырчатка с поражением слизистой полости рта. В комплексном лечении применяли полькортолон 48 мг/сутки, плазмаферез № 3, витамины. В связи с недостаточным терапевтическим эффектом больная переезжает в г. Харьков, где больной отменяют полькортолон и назначают БАД и усиленный бальнеорежим. Состояние больной ухудшалось. Больная лихорадила до 39°C, отказывалась от еды и питья, перестала двигаться.

Анамнез жизни без особенностей. Росла и развивалась крепкой, безболезненной. Имеет троих детей.

При поступлении общее состояние тяжелое. Отмечается выраженная кахексия, универсальное поражение видимых слизистых и всего

кожного покрова, подвижность резко ограничена за счет болевого синдрома. Движения в суставах затруднены из-за наличия массивных серозно-гнойных корок и обширных эрозий. Лимфоузлы пропальпировать не удавалось из-за универсального поражения кожных покровов. Дыхание в легких везикулярное. Тоны ритмичные, пульс до 100 уд./мин. Живот плоский. Пропальпировать органы брюшной полости не удалось из-за поражения передней брюшной стенки. Аускультативно прослушивалась умеренная перистальтика кишечника. Со слов больной физиологические отправления были не нарушены.

Патологический кожный процесс носил генерализованный характер. Отмечалось поражение слизистой носа, полости рта, половых органов, где имелись эрозивные кровоточащие очаги, обрывки эпидермиса. Дно эрозий покрыто тянущимся серозно-гнойным налетом с гнилостным запахом. Красная кайма губ, верхние и нижние веки покрыты множеством обильных гнойных корок, кровоточащих трещин. Носовое дыхание затруднено из-за наличия массивных желто-коричневых корок. В области больших и малых половых губ, в перианальной области – эрозии, поверхностные пузырьки с тонкими стенками, мутным содержимым, серозно-геморрагические корки.

На коже всего туловища множественные эрозивные поверхности, обрывки эпидермиса, пузыри с мутным содержимым, массивными серозно-гнойными, местами гнойно-геморрагическими слоистыми корками. Отмечалась отечность правой конечности с перетяжкой в области лучезапястного сустава и у основания каждого пальца. В области копчика гигантская кровоточащая эрозивная поверхность. По задней поверхности голени гигантские пузыри с гнойным содержимым. Резко выражен симптом Никольского.

В цитологических препаратах с очагов поражения определяются пласты акантолитических клеток на фоне огромного количества нейтрофильных гранулоцитов.

На основании вышеизложенного, поставлен диагноз вульгарная пузырчатка, осложненная пиодермией, кахексия.

При обследовании: в клиническом и биохимическом анализе крови обращало на себя внимание гипохромная анемия (гемоглобин – 103 г/л, эритроциты – 3,5, цв. пок. – 0,88), лейкоцитоз (13,7), умеренный нейтрофильный сдвиг влево, токсогенная зернистость в гранулоцитах, гипоальбуми-

немия (51,7 г/л). В клиническом анализе мочи без особенностей.

Лечение: дексаметазон по 12,0 мг в/м (3,0 мл), медрол по 12 мг. Кроме того, кальций по 1 т. 2 раза в день, гентамицин, микосист, ретаболил, строфантин, рибоксин, тиотриазолин.

Наружно: анилиновые красители, антибактериальные наружные препараты.

На 42-й день лечения на фоне выраженного клинического улучшения основного процесса на меньшей дозе костикостероида достичь стабилизации процесса не представлялось возможным, больная предъявила жалобы на боли в области позвоночника, усиливающиеся при активных движениях, чувство тяжести в межлопаточной области, мышечную слабость. При обследовании выявлена болезненность при пальпации и поколачиванию позвоночника, напряжение мышц спины. Обращало на себя внимание изменение осанки больной – появление сутулости, «позы просителя» (рис. 1).

Учитывая длительное применение в комплексном лечении больших доз глюкокортикоидов и наличие указанных выше жалоб, у больной был заподозрен диагноз кортикоид-индуцированный остеопороз. В комплексной терапии применен препарат Алендра (по 70 мг 1 раз в неделю) в ком-

бинации с Альфафоркалом плюс (по 1 капсуле 2 раза в день) длительно.

В результате комплексного лечения к концу первой недели назначенной схемы антиостеопоретической терапии исчезли жалобы на боли в межлопаточной области и острые боли в области позвоночника при активном движении, продолжала беспокоить мышечная слабость. Лечение больная переносила хорошо, побочных явлений не отмечалось. В настоящее время больная находится в состоянии значительного клинического улучшения на поддерживающей терапии глюкокортикостероида – получает метипред (по 8 мг в сутки) и продолжает получать Алендру (по 70 мг в неделю) и Альфафоркал плюс (по 2 капсулы в сутки).

Таким образом, описанное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что при длительном курсовом назначении больших доз кортикостероидных препаратов у больных тяжелыми хроническими дерматозами, в том числе вульгарной пузырчаткой, необходим мониторинг состояния костно-суставной системы, а также применение препаратов, предотвращающих активность остеокластов и положительно влияющих на тканевый метаболизм, сохраняющих минеральную плотность костной ткани и ее микроархитектонику.



Рис. 1. Больная М., 33 года, диагноз: вульгарная пузырчатка, глюкокортикостероид-индуцированный остеопороз

ЛИТЕРАТУРА

1. Біохімічні маркери метаболізму кісткової тканини / В.В. Поворознюк, С.В. Малишкіна, Л.Д. Горідова, Л.М. Сторожук // Проблеми остеології. – 2000. – Т. 3, № 1. – С. 4-14.
2. Рожинская Л.Я. Остеопороз: диагностика нарушений метаболизма костной ткани и кальций-фосфорного обмена (лекция) / Л.Я. Рожинская // Клиническая лабораторная диагностика. – 1998. – № 5. – С. 25–32.
3. Руководство по остеопорозу / Под ред. Л.И. Беневоольской. – М.: Бином лабораторных знаний, 2003. – 524 с.

**НЕОБХІДНІСТЬ
ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇД-
ІНДУКОВАНОГО ОСТЕОПОРОЗА.
ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ**

Я.Ф. Кутасевич, І.О. Олійник

Резюме. У статті наведено випадок хворої на вульгарну пухирчатку, що тривало перебувала на великих дозах глюкокортикостероїдів, що призвело до розвитку стероїд-індукованого остеопорозу. Показано необхідність застосування коректорів метаболізму кісткової тканини і засобів, що регулюють кальцієвий обмін у таких хворих.

Ключові слова: вульгарна пухирчатка, остеопороз, глюкокортикостероїди, коректори метаболізму кісткової тканини.

**NECESSITY OF PROPHYLAXIS
AND TREATMENT
OF GLUCOCORTIKOSTEROID-INDUCED
OSTEOPOROSIS. THE CASE
FROM PRACTICE**

J.F. Kutasevich, I.O. Oliinyk

Resume. In article is presented the case of the patient with vulgar pemphigus which is long was on the big doses of glucocorticosteroid therefore the steroid-induced an osteoporosis has developed. Necessity of application of correctors of osteal tissue metabolism and the agents regulating calcium exchange at such patients is shown.

Keywords: vulgar pemphigus, osteoporosis, glucocorticosteroids, correctors of osteal tissue metabolism.