

ID: 2014-05-257-A-3483

Клинический случай

Спицына М.Ю.

Пуэрперальная форма остеомалации

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Научные руководители: доцент Михайлова Ю.В., к.м.н. Паршин А.В.

Резюме

Представлено клиническое наблюдение за пациенткой 30 лет с пуэрперальной формой остеомалации, возникшей на поздних сроках беременности. Проведена оценка клинико-лабораторных показателей, как со стороны матери, так и со стороны плода. Сделаны выводы о ранней диагностике, профилактике и лечению пуэрперальной формы остеомалации у женщин на любых сроках беременности.

Ключевые слова: пуэрперальная форма, остеомалация

Актуальность

Остеомалация — системное заболевание, характеризующееся нарушением минерального обмена с преимущественным поражением костной ткани, в виде перестройки скелета, размягчения и деформации костей вследствие обеднения организма солями кальция, фосфора, повышения активности щелочной фосфатазы и нарушения образования активных метаболитов витамина D.

Одной из форм этого заболевания является пуэрперальная форма остеомалации. Данная форма заболевания встречается крайне редко. Обычно возникает в детородном возрасте женщины (20—35 лет), начинается во время беременности, осложняет её течение и продолжается в послеродовом периоде.

Цель исследования: провести анализ клинического случая с пуэрперальной формой остеомалации проксимальных отделов бедренных костей у беременной женщины, возникшей на сроке 32 недель беременности.

Задачи исследования: определить тактику ведения беременных с угрозой развития пуэрперальной остеомалации на любых сроках беременности.

Материал и методы

Проводилось клиническое наблюдение за беременной женщиной. Использовались история родов, история болезни пациентки.

Описание клинического случая

Больная Н., 30 лет поступила в родильное отделение 1 ГКБ им. Ю.Я. Гордеева с диагнозом: Беременность 36 недель в головном предлежании. Возрастная первородящая. Отягощенный гинекологический анамнез. Двухсторонняя остеомалация проксимальных отделов бедренных костей. Соматический анамнез не отягощен. Из анамнеза заболевания известно: на 32 недели беременности, больная стала отмечать боли в области тазобедренных суставов и ограничение движения в них, к врачам за помощью не обращалась, связывала данное состояние с прибавкой в весе на 12 кг. Последние 3 недели перед родами передвигалась с помощью трости. 21.10.13 было выполнено абдоминальное родоразрешение. Ребенок родился весом 2800 г., рост 50 см, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Объективно: отмечается асимметрия тазобедренных суставов. Осевая нагрузка умеренно болезненна. Сгибание в тазобедренном суставе до 70 градусов, отведение бедер до 25 градусов, внутренняя ротация 0 градусов, наружная ротация 6-7 градусов. Нейротрофических изменений в нижних конечностях нет.

Был выставлен диагноз: Асептический некроз головок обоих бедренных костей.

Несмотря на выраженную пуэрперальную остеомалацию у пациентки, патологических изменений у плода со стороны костно-мышечной системы не наблюдалось.

Из лабораторных и инструментальных методов исследования: в общем анализе крови- лейкоциты- $10 \times 10^9/\text{л}$ (норма $4 \times 10^9/\text{л}$ - $8,9 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ-35 мм/ч (норма 2-15 мм/ч), электролиты сыворотки крови: кальций - 0,645 ммоль/л (норма-1,15-1,29 ммоль/л). Рентгенография тазобедренных суставов: на фоне выраженного распространенного остеопороза определяется остеолит (рассасывание костных структур) головок обеих бедренных костей. Суставные щели вертлужных впадин не дифференцируются. Заключение: остеолит головок обеих бедренных костей, распространенный остеопороз.

Находилась в послеродовом отделении ГКБ№1 им.Ю.Я. Гордеева 21.10.13 с диагнозом: Роды I срочные, в головном предлежании. Возрастная первородящая. Отягощенный гинекологический анамнез. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Пуэрперальная форма остеомалации проксимальных отделов бедренных костей. Во время наблюдения отмечено: состояние удовлетворительное, жалобы на тупые боли в области тазобедренных суставов, положение- пассивное, со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем жалоб нет. Движения в нижних конечностях умеренно болезненны.

Со стороны репродуктивной системы: состояние без ухудшения, жалоб нет, t тела в норме. Язык влажный, АД 120/80 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, безболезненные, послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии. Наклейка сухая. Матка плотная. Лохии кровянистые, скудные.

Больная из послеродового отделения была переведена в отделение травматологии, для дальнейшего наблюдения, обследования и проведения адекватной терапии.

Консилиумом в составе врачей акушер-гинекологов и травматологов Саратовского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии рекомендовано: строгий постельный режим, лактацию прекратить, тугое бинтование молочных желез,

прием препаратов кальция, динамическое наблюдение врача, УЗИ гениталий, для контроля восстановления женской половой системы после абдоминального родоразрешения.

На 12-е сутки больная выписана для амбулаторного лечения и динамического наблюдения врачами поликлиники по месту жительства.

Выводы

Данная больная, несмотря на тяжелый прогноз и течение заболевания смогла доносить до оптимального срока беременности и родить здорового ребенка, но все же требуется более ранняя диагностика и лечение основного заболевания, вызвавшего изменения в скелете. Кроме того, рекомендуется полноценное питание, богатое витаминами А, D, С, солями кальция и фосфора с дополнительным введением белка. Для исправления искривлённых конечностей рекомендуется корригирующая остеотомия. При пуэрперальной форме остеомалация в случае неэффективности консервативных методов лечения показано прерывание беременности, а в случае родов — прекращение кормления грудью, что и было порекомендовано нашей пациентке.

Профилактика пуэрперальной формы остеомалация заключается в соблюдении беременной правильного гигиенические режима и диеты. Особое значение имеет полноценное питание с достаточным содержанием солей кальция и витамина D. А также необходима ранняя диагностика и лечение выявленной остеомалации у беременных.

Литература

1. Айламазян Э.К., Кулаков В. И. Национальное руководство. Акушерство.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 1200 с.- (Серия «Национальные руководства»);
2. Савельева Г.М.Акушерство: учебник- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009.-656 с.:ил.
3. Каплан А.Л. Акушерство:учебник- М.: МЕДГИЗ-1956.- 610 с.№7
4. http://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus12_Osteomalyatsiya.html