

опрошенных, среди тех, кто имеет переломы в анамнезе – 21 человек, что составляет 38,9% из группы и 22 человека – 28,6% пациенток из группы без переломов в анамнезе. Курсовой прием витамина D3 осуществляют еще 18 (33,3%) и 20 женщин (26%) из пациенток указанных групп соответственно. Препараты кальция постоянно и курсами принимают 25 (46,3%) женщин, перенесших переломы костей и 30 пациенток (39 %) без переломов в анамнезе.

Выводы:

1. Большая часть женщин исследованной группы (62%) знает об остеопорозе и его последствиях, однако 17% не имеют представления о заболевании.
2. По данным анкетирования, 41% женщин клинически имеет остеопороз и нуждается в лечении заболевания.
3. Менее 20% женщин 50 лет и старше, участвовавших в исследовании, были обследованы с помощью рентгеновской остеоденситометрии.
4. Антирезорбтивные препараты принимают всего 27,8% от нуждающихся.
5. Прием витамина D3 на постоянной основе осуществляют только третья часть от опрошенных женщин, еще 29% принимают витамин D3 курсами.
6. Препараты кальция принимают 42% пациенток, участвовавших в анкетировании.
7. В связи с малочисленностью группы оценить вклад факторов риска остеопороза в развитие переломов костей не удалось.
8. Создание службы профилактики повторных переломов является настоятельной необходимостью в регионе.

АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ДЕБЮТА БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА

Башкова И.Б.^{1,2}, Безлюдная Н.В.¹, Шутова И.И.¹, Киндякова Н.В.¹

¹ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ (Чебоксары),

²ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» (Чебоксары)

Целью исследования явился анализ поражения костно-суставной системы у пациентов с болезнью Педжета (БП) на стадии клинической манифестации.

Материалы и методы. В исследование включено 24 пациента с БП (из них 22 больных с впервые диагностированным заболеванием) из числа пациентов, обратившихся на первичный прием к травматологу-ортопеду или нейрохирургу ФГБУ «ФЦТОЭ» МЗ РФ (г. Чебоксары). Соотношение мужчин и женщин составило как 1,4:1,0. Средний возраст пациентов – 60,9±12,1 года (здесь и далее М±δ). Диагноз БП устанавливался на основании характерной рентгенологической картины и повышения активности щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. В 83,3% случаев имела место поздняя диагностика заболевания – в среднем спустя 7,9±6,1 года после появления первых клинических симптомов. Только 4 пациента (16,7%) обратились к врачу в первый год заболевания. Средний возраст дебюта БП составил 53,9±10,9 года. При анализе клинической картины в дебюте заболевания выделены следующие варианты поражения костно-суставной системы у пациентов с БП: поражение костей периферического скелета – у 18 чел (75%), поражение аксиального скелета – у 5 чел (20,8%), одновременное поражение осевого скелета и костей тазового пояса – у 1 чел (4,2%). Наиболее часто отмечалось поражение бедренной кости (у 15 больных), которое во всех клинических наблюдениях носило асимметричный характер с тенденцией к правостороннему поражению. При этом у 10 больных имело место в дебюте заболевания изолированное поражение бедренной кости, чаще проксимального эпифиза, у 3 пациентов – одновременное поражение бедренной кости и костей таза, по 1 случаю – одновременное поражение дистального эпифиза бедренной кости и проксимального эпифиза большеберцовой кости и сочетанное вовлечение в патологический процесс бедренной кости и поясничных позвонков соответственно. Изолированное поражение костей таза наблюдалось в 1 случае. Среди длинных трубчатых костей вовлечение большеберцовой кости на этапе клинической манифестации отмечено у 3 пациентов (также носило асимметричный характер), плечевой кости – в 1 случае. Изолированное поражение позвоночника, чаще поясничного отдела, на этапе дебюта БП, выявлено у 5 больных. Поражение костей мозгового черепа отмечено в 1 наблюдении.

Необходимо отметить, что на момент верификации диагноза БП монооссальная форма заболевания установлена только в 16,7% случаев, тогда как полиоссальная – у 83,3% пациентов, что может быть связано не только с особенностями течения заболевания, но и в первую очередь с его поздней диагностикой.

Пациенты чаще предъявляли жалобы на постоянные боли в длинных трубчатых костях и смежных с ними периферических суставах. Артралгии были следствием развития вторичного остеоартрита в тазобедренном (75%) или коленном (25%) суставах. На этапе постановки диагноза саблевидно-варусная деформация голеней обнаружена практически у каждого 2-го (45,8%) пациента, в 3-х случаях (12,5%) наблюдалось значимое укорочение нижней конечности.

Больные чаще всего наблюдались у врачей по месту жительства по поводу кокс- или гонартроза в случае поражения костей тазового пояса и периферического скелета либо с «остеохондрозом позвоночника» или «остеопорозом» при вовлечении в патологический процесс позвонков.

При проведении рентгеновских инструментальных методов исследования выявлены один/несколько очагов резорбции костей с истончением кортикального слоя со стороны эндоста, разволокнение кортикального слоя, грубо trabecularная и кистовидная перестройка структуры костной ткани.

На момент постановки диагноза БП вторичный кокс- и/или гонартроз II-III рентгенологической стадии был выявлен у 20 больных (83,3%), что явилось показанием для проведения тотального эндопротезирования (ТЭП) суставов нижних конечностей в 17 клинических наблюдениях, однако во всех случаях операция была отложена до достижения стойкой нормализации лабораторных маркеров ремоделирования костной ткани. Проведение вертебропластики предполагалось у 2 пациентов, что также было отложено.

В сыворотке крови у всех пациентов с БП на момент постановки диагноза выявлено повышение активности ЩФ, превышавшее верхнюю границу референсного интервала в 1,5-9,5 раз. Так, среднее значение активности ЩФ составило $752,1 \pm 575,9$ Ед/л. Необходимо подчеркнуть, что у всех больных оценка уровня ЩФ была проведена впервые только в условиях ФГБУ «ФЦТОЭ» МЗ РФ (г. Чебоксары), несмотря на среднюю продолжительность болезни, равную $7,9 \pm 6,1$ года. Среднее содержание общего кальция в сыворотке крови у пациентов с БП составило $2,39 \pm 0,21$ ммоль/л. В 2-х случаях у пациентов с полиоссальной формой БП и патологическими переломами наблюдалась гиперкальциемия ($2,65$ ммоль/л и $2,92$ ммоль/л в отсутствие повышения паратгормона). Гиперурикемия и нефролитиаз выявлены у 16,7% пациентов. Выраженное снижение слуха отмечено у 61-летней пациентки. У 3 пациентов по данным ЭхоКГ обнаружена кальцификация створок аортального клапана, в 1-м случае (женщина 64 лет) – увеличение фракции выброса левого желудочка до 79%.

У каждого 2-го пациента с БП (54,2%) в анамнезе имелось указание на наличие патологических переломов. Компрессионные переломы тел позвонков выявлены у 7 чел, переломы проксимального отдела бедренной кости – у 4 чел, костей таза – у 1 чел, хирургической шейки плечевой кости – у 1 чел. У 8 из 13 пациентов с низкоэнергетическими переломами в анамнезе последние носили множественный характер (клиническое наблюдение пациента 70 лет с 8 компрессионными переломами тел позвонков) или имелось указание на повторные переломы одной кости (клиническое наблюдение больного с трехкратным переломом проксимального отдела бедра и двукратным переломом диафиза той же кости в разные промежутки времени). У одного пациента с ранее установленным диагнозом БП, но в отсутствие антирезорбтивной терапии, через 2 года после проведенного ТЭП развилась асептическая нестабильность бедренного компонента эндопротеза.

Выводы. Обращение пациентов к врачу в первый год заболевания и раннее установление диагноза БП отмечено только в 16,7% клинических наблюдений. В остальных случаях имела место поздняя диагностика заболевания (в среднем через 9,3 года). В дебюте БП определялись следующие варианты поражения костно-суставной системы: поражение костей периферического скелета – у 18 чел (75%), поражение аксиального скелета – у 5 чел (20,8%), одновременное поражение осевого скелета и костей тазового пояса – у 1 чел (4,2%). Наиболее часто отмечалось поражение бедренной кости (у 15 больных; 62,5%), которое во всех клинических наблюдениях носило асимметричный характер с тенденцией к правостороннему поражению. Далее в порядке убывания: поражение позвоночника (6 пациентов; 25%), костей таза (4 больных; 16,7%), большеберцовой кости (3 пациента; 12,5%), плечевой кости (1 пациент) и мозгового черепа (1 пациент). Полиоссальная форма БП на момент постановки диагноза выявлена у 83,3% пациентов. Большинство клинических проявлений БП напрямую связано с поражением опорно-двигательного аппарата: боли в костях, деформация костей, остеоартрит смежных суставов, патологические переломы. Во всех клинических случаях наблюдалось повышение активности ЩФ. Метаболические и кардиоваскулярные проявления отмечались у 16,7% пациентов.

ОПЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У МУЖЧИН

Башкова И.Б.^{1,2}, Безлюдная Н.В.¹, Шутова И.И.¹, Киндякова Н.В.¹, Тарасов А.Н.¹

¹ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ (Чебоксары),

²ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» (Чебоксары)

Целью исследования явилась оценка оперативной активности по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) у мужчин в ФГБУ «ФЦТОЭ» МЗ РФ (г. Чебоксары) за пятилетний период.

Материалы и методы. В исследование включено 466 пациентов мужского пола, доставленных в ФГБУ «ФЦТОЭ» МЗ РФ (г. Чебоксары) в период с 01.01.2016 г. по 31.12.2020 г. по поводу перелома ПОБК. Средний возраст пациентов составил $66,9 \pm 11,8$ г. (минимальный – 19 лет, максимальный – 93 года).

Результаты и обсуждение. У 91,6% пациентов (427 чел) перелом ПОБК носил низкоэнергетический характер (при падении с высоты собственного роста и ниже), и только в 8,4% случаев (39 чел) перелом кости произошел при падении с высоты выше собственного роста (высокоэнергетический) или в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП). Средний возраст пациентов с патологическим переломом оказался достоверно выше возраста мужчин, получивших перелом при падении с высоты более 1,5 м или в результате ДТП ($67,8 \pm 11,5$ г. и $57,7 \pm 11,5$ г. соответственно, $p < 0,001$).

Операция была отложена у 9 из 39 пациентов (23,1%) с высокоэнергетическим переломом по причине активной фазы язвенной болезни желудка (4 чел), обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (2 чел), декомпенсации сахарного диабета 2 типа (1 чел), наличия инфицированной гематомы бедра (2 чел). В последующем в среднем через $68,9 \pm 58,9$ дней все 9 пациентов были прооперированы.