

подразумевающую оценку функциональных резервов организма. Согласно этой шкале, до 30% пациентов пожилого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости имеют системную патологию, требующую постоянного лечения для поддержания стабильности витальных функций.

Для выбора оптимального метода лечения (хирургического, терапевтического и анестезиологического) в каждом конкретном случае должна быть слаженная работа команды специалистов с пониманием целесообразности назначения каждого исследования и консультации всеми участниками междисциплинарной бригады. Объем исследований должен быть пропорционален анамнезу заболевания и объективным данным на момент поступления больного в стационар. Например, пациенты с продромальными симптомами, такими как боль в груди, сердцебиение или потеря сознания, скорее всего, потребуют более полного обследования, чем пациенты, которые упали только из-за воздействия внешних факторов.

Всем членам бригады необходимо понимать, что существуют потенциально устранимые состояния, увеличивающие операционный или анестезиологический риск (например, гиповолемия, анемия, острые нарушения сердечного ритма, бронхиальная обструкция, гипергликемия, артериальная гипертензия), и не устранимые за 48 часов (хроническая почечная, сердечная, дыхательная недостаточность, пролежни). Таким образом, всю когорту коморбидных пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости можно разделить на две категории: больных, которые имеют перспективы компенсации в течение 48 часов, и пациенты, состояние которых на фоне предоперационной терапии существенно улучшаться не будет. При этом логичным представляется подход, при котором больным с перспективой компенсации проводится предоперационная подготовка, а второй категории больных операция выполняется без предварительной подготовки. Исключение могут составлять пациенты с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, принятие решения об операции у которых должно осуществляться консилиумом.

Отдельно следует остановиться на пациентах, рутинно принимающих антикоагулянты и клопидогрель. Эти обстоятельства могут быть причиной задержки оперативного вмешательства из-за высокого риска клинически значимых кровотечений. В подобных случаях выбор сроков оперативного вмешательства зависит от результатов лабораторных данных и вида используемых препаратов. При этом вид анестезии также может повлиять на сроки операции, так как для выполнения нейроаксиальных методов анестезии применяются наиболее жесткие требования.

Таким образом, лечение пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости представляет собой достаточно сложную задачу. Успеха в лечении этой категории больных можно добиться только путём налаживания командной работы травматологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов. При этом все усилия команды должны быть направлены на скорейшее выполнение операции.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЗМА ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА В ОТВЕТ НА ЛЕЧЕНИЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛОМ В ДОЗЕ 150 000 МЕ

Поваляева А.А., Богданов В.П., Пигарова Е.А., Жуков А.Ю., Дзеранова Л.К., Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А., Мокрышева Н.Г.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: оценить метаболизм витамина D у пациентов с болезнью Иценко-Кушинга (БИК) по сравнению со здоровыми людьми на фоне болюсной нагрузки колекальциферолом.

Материалы и методы: в основную группу вошли 30 взрослых пациентов с активной БИК, в контрольную группу вошли 30 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту, полу и ИМТ. Все участники получили однократную дозу (150 000 МЕ) водного раствора колекальциферола перорально. Метаболиты витамина D в крови ($25(\text{OH})\text{D}_3$, $25(\text{OH})\text{D}_2$, $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$, 3-epi- $25(\text{OH})\text{D}_3$ и $24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$), свободный $25(\text{OH})\text{D}$, витамин D-связывающий белок (DBP) и паратиреоидный гормон (ПТГ), а также биохимические показатели крови и мочи определяли до и на 1, 3 и 7 сутки после приема колекальциферола.

Результаты: у пациентов с БИК на протяжении всего исследования уровни $25(\text{OH})\text{D}_3$ были аналогичными таковым у здоровых людей ($p > 0,05$), однако наблюдались более высокие соотношения $25(\text{OH})\text{D}_3/24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ ($p < 0,05$). У них также был более низкий исходный уровень свободного $25(\text{OH})\text{D}$ ($p < 0,05$), несмотря на сопоставимый уровень DBP ($p > 0,05$) и более низкий уровень альбумина ($p < 0,05$). Уровень свободного кортизола в суточной моче коррелировал с исходным соотношением $25(\text{OH})\text{D}_3/24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ ($r = 0,36$, $p < 0,05$). Прирост $25(\text{OH})\text{D}_3$ к 7-му дню после приема колекальциферола у пациентов с БИК был одинаковым при наличии и отсутствии ожирения и не коррелировал с ИМТ ($p > 0,05$), в отличие от контрольной группы.

Выводы. В целом у пациентов с БИК соотношение $25(\text{OH})\text{D}_3/24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ стабильно выше, что указывает на сниженную активность 24-гидроксилазы. Измененная активность основного фермента катаболизма витамина D у пациентов с БИК может влиять на эффективность лечения колекальциферолом. Наблюдаемая разница в исходных уровнях свободного $25(\text{OH})\text{D}$ не совсем ясна и требует дальнейшего изучения.

Работа выполнена при поддержке Российского Научного Фонда (проект № 19-15-00243).