

25(OH)D (3,1 [2,8; 3,7] против 10,9 [9,9; 11,7] пг/мл,  $p < 0,001$ ), тогда как уровни DBP значимо не различались между группами. При этом, соотношение  $25(OH)D_3/24,25(OH)_2D_3$  было более высоким (36,6 [17,3; 40,8] против 10,9 [9,5; 12,4],  $p < 0,001$ ), что соответствовало снижению активности 24-гидроксилазы, тогда как соотношение  $25(OH)D_3/1,25(OH)_2D_3$  было ниже, чем среди лиц с нормальными уровнями витамина D (201 [144; 272] против 816 [667; 956],  $p < 0,001$ ), и указывало на более высокую продукцию активного метаболита витамина D –  $1,25(OH)_2D_3$ .

**Выводы:** в условиях нехватки субстрата, наблюдаемой при выраженном дефиците витамина D, продукция основного активного метаболита витамина D ( $1,25(OH)_2D_3$ ) преобладает над образованием других метаболитов.

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

## ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПАЦИЕНТОВ

Повзун А.С.<sup>1,2</sup>, Щемелева Е.В.<sup>1</sup>, Повзун К.А.<sup>1</sup>, Ковальчук Е.Ю.<sup>1</sup>, Рысев А.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

**Цель исследования:** Оценить динамику клинических и лабораторных показателей у пациентов с острым суставным синдромом (ОСС) с верифицированным остеоартритом (ОА) на фоне проводимой терапии в зависимости от пола пациентов.

**Материалы и методы:** Обследовано 175 пациентов с острым суставным синдромом, причиной которого являлся ОА, поступивших на лечение в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе с ОСС. На фоне проводимой комплексной терапии ОА при ОСС с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, симптоммодифицирующих препаратов медленного действия проведена оценка динамики показателей, характеризующих течение суставного синдрома, у мужчин ( $n=53$ ) и женщин ( $n=122$ ).

**Результаты:** Оценка динамики клинических показателей у мужчин до начала лечения и перед выпиской выявила статистически достоверное уменьшение количества болезненных суставов ( $5,88 \pm 1,28$  и  $1,51 \pm 0,39$ , соответственно;  $p < 0,0001$ ) и количества припухших суставов ( $0,77 \pm 0,21$  и  $0,09 \pm 0,04$ , соответственно;  $p < 0,01$ ).

Оценка лабораторных показателей у мужчин при сравнении данных до начала лечения и перед выпиской показала наличие достоверных различий в динамике количества лейкоцитов ( $9,78 \pm 0,91$  vs  $7,97 \pm 0,53 \cdot 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,01$ ), удельного количества сегментоядерных лейкоцитов ( $66,04 \pm 1,87$  vs  $57,67 \pm 1,78\%$ ;  $p < 0,001$ ) и лимфоцитов ( $21,74 \pm 1,99$  vs  $29,07 \pm 1,68\%$ ;  $p < 0,01$ ).

Оценка динамики клинических показателей у женщин до начала лечения и перед выпиской ( $n=122$ ) выявила статистически достоверное уменьшение количества болезненных суставов ( $6,03 \pm 0,85$  и  $1,66 \pm 0,19$ , соответственно;  $p < 0,0001$ ) и количества припухших суставов ( $0,71 \pm 0,19$  и  $0,11 \pm 0,03$ , соответственно;  $p < 0,01$ ).

Оценка лабораторных показателей у женщин при сравнении данных до начала лечения и перед выпиской ( $n=58$ ) показала наличие достоверных различий в динамике уровня гемоглобина ( $123,50 \pm 2,64$  vs  $119,8 \pm 2,53$  г/л;  $p < 0,01$ ), количества лейкоцитов ( $7,87 \pm 0,34$  vs  $7,03 \pm 0,30 \cdot 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,05$ ), удельного количества сегментоядерных лейкоцитов ( $65,17 \pm 1,30$  vs  $59,07 \pm 1,35\%$ ;  $p < 0,001$ ) и лимфоцитов ( $23,19 \pm 1,37$  vs  $29,11 \pm 1,32\%$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы:** Несмотря на исходно различающиеся клинические и лабораторные показатели, характеризующие суставной синдром в группе мужчин и женщин, эффективность проводимого лечения подтверждалась статистически достоверным уменьшением количества болезненных и припухших суставов, количества лейкоцитов в обеих группах.

## ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ

Повзун А.С.<sup>1,2</sup>, Щемелева Е.В.<sup>1</sup>, Повзун К.А.<sup>1</sup>, Ковальчук Е.Ю.<sup>1</sup>, Рысев А.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

**Цель исследования:** Оценить динамику клинических и лабораторных показателей у пациентов с острым суставным синдромом (ОСС) с верифицированным остеоартритом (ОА) на фоне проводимой терапии в зависимости от возраста пациентов.

**Материалы и методы:** Обследовано 175 пациентов с острым суставным синдромом, причиной которого являлся ОА, поступивших на лечение в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе с ОСС. На фоне проводимой комплексной терапии ОА при ОСС с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов,

симптоммодифицирующих препаратов медленного действия проведена оценка динамики показателей, характеризующих течение суставного синдрома, у пациентов моложе 50 лет (n=30) и больных 50 лет и старше (n=145).

**Результаты:** Оценка динамики клинических показателей до начала лечения и перед выпиской в группе больных моложе 50 лет выявила статистически достоверное уменьшение количества болезненных суставов ( $4,87 \pm 1,16$  и  $1,37 \pm 0,39$ , соответственно;  $p < 0,01$ ) и количества припухших суставов ( $1,03 \pm 0,36$  и  $0,07 \pm 0,05$ , соответственно;  $p < 0,05$ ).

Оценка динамики клинических показателей до начала лечения и перед выпиской в группе пациентов 50 лет и старше выявила статистически достоверное уменьшение количества болезненных суставов ( $6,03 \pm 0,85$  и  $1,66 \pm 0,19$ , соответственно;  $p < 0,0001$ ) и количества припухших суставов ( $0,71 \pm 0,19$  и  $0,11 \pm 0,03$ , соответственно;  $p < 0,01$ ).

Оценка лабораторных показателей у женщин при сравнении данных до начала лечения и перед выпиской (n=58) показала наличие достоверных различий в динамике уровня гемоглобина ( $123,50 \pm 2,64$  vs  $119,8 \pm 2,53$  г/л;  $p < 0,01$ ), количества лейкоцитов ( $7,87 \pm 0,34$  vs  $7,03 \pm 0,30 \cdot 10^9$ /л;  $p < 0,05$ ), удельного количества сегментоядерных лейкоцитов ( $65,17 \pm 1,30$  vs  $59,07 \pm 1,35\%$ ;  $p < 0,001$ ) и лимфоцитов ( $23,19 \pm 1,37$  vs  $29,11 \pm 1,32\%$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы:** Полученные статистически достоверные различия свидетельствовали об эффективности проводимой терапии в обеих возрастных группах, при этом в старшей возрастной группе помимо улучшения клинических показателей отмечалось и достоверное снижение показателей, характеризующих выраженность воспалительной реакции.

## ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ

Повзун А.С.<sup>1,2</sup>, Щемелева Е.В.<sup>1</sup>, Повзун К.А.<sup>1</sup>, Ковальчук Е.Ю.<sup>1</sup>, Рысев А.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

**Цель исследования:** Оценить динамику клинических и лабораторных показателей у пациентов с острым суставным синдромом (ОСС) с верифицированным остеоартритом (ОА) на фоне проводимой терапии.

**Материалы и методы:** Обследовано 175 пациентов с острым суставным синдромом, причиной которого являлся ОА, поступивших на лечение в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе с ОСС. На фоне проводимой комплексной терапии ОА при ОСС с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, симптоммодифицирующих препаратов медленного действия проведена оценка динамики клинических и лабораторных показателей, характеризующих течение суставного синдрома.

**Результаты:** Анализ динамики клинических показателей группы больных ОА (n=175) до начала лечения и перед выпиской выявил статистически достоверные уменьшение количества болезненных суставов ( $5,98 \pm 0,71$  и  $1,62 \pm 0,18$ , соответственно;  $p < 0,0001$ ) и количества припухших суставов ( $0,73 \pm 0,15$  и  $0,10 \pm 0,03$ , соответственно;  $p < 0,0001$ ).

Анализ динамики лабораторных показателей до начала лечения и перед выпиской выявил статистически достоверные уменьшение уровней лейкоцитов ( $8,54 \pm 0,38$  и  $7,33 \pm 0,27 \cdot 10^9$ /л соответственно;  $p < 0,001$ ), удельного количества сегментоядерных лейкоцитов ( $65,46 \pm 1,09$  и  $58,60 \pm 1,10\%$  соответственно;  $p < 0,0001$ ), увеличение удельного количества лимфоцитов ( $22,70 \pm 1,1$  и  $29,09 \pm 1,06\%$  соответственно;  $p < 0,0001$ ).

Отмечено снижение уровней общего белка ( $70,38 \pm 0,99$  и  $68,20 \pm 0,87$  г/л соответственно;  $p < 0,01$ ), холестерина ( $5,52 \pm 0,31$  и  $5,15 \pm 0,22$  ммоль/л соответственно;  $p < 0,01$ ), билирубина ( $11,88 \pm 0,90$  и  $10,15 \pm 0,68$  мкмоль/л соответственно;  $p < 0,05$ ) и протромбина ( $92,23 \pm 3,41$  и  $87,69 \pm 3,42\%$  соответственно;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Полученная динамика показателей в группе больных ОА свидетельствует об эффективности проводимого лечения как в отношении клинических проявлений суставного синдрома (уменьшение количества болезненных и припухших суставов), так и в отношении характеристики показателей выраженности воспалительной реакции (уменьшения количества лейкоцитов, удельного количества сегментоядерных лейкоцитов и увеличения удельного количества лимфоцитов).

## РАЗВИТИЕ СИНДРОМА «ГОЛОДНЫХ КОСТЕЙ» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТКИ С ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В ВИДЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОГО ОСТЕИТА

Погосян К.А., Яневская Л.Г., Семенова А.Н., Молоткова М.А., Рыжкова Д.В., Цой У.А., Каронова Т.Л.

НЦМУ «Центр персонализированной медицины»

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

**Введение.** Фиброзно-кистозный остит (ФКО) является редким проявлением первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ), несвоевременное лечение и диагностика которого могут привести к снижению качества жизни, а также спровоцировать развитие тяжелой послеоперационной гипокальциемии – синдрома «голодных костей».