

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 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.^{1,2}, Щемелева Е.В.¹, Повзун К.А.¹, Ковальчук Е.Ю.¹, Рысев А.В.¹

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

²ФГБОУ 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».

Клинический случай. Больная 66 лет с анамнезом мочекаменной болезни, нефрокальцинозом (ХБП С4), двумя патологическими переломами в анамнезе. В связи с появлением новых жалоб на неустойчивость походки, появление «утиной» походки, снижение массы тела с 57 кг до 49 кг было выполнено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, по результатам которого выявлены структурные изменения в телах позвонков L3 и L4. Для уточнения диагноза дополнительно проведена МСКТ, по данным которой обнаружены деструктивные изменения в позвонках грудного и поясничного отдела (Th12, L2-L5), в крестце и подвздошной кости слева. Данные изменения изначально расценены как проявление множественной миеломы, однако данные трепанобиопсии костного мозга и исследование моноклонального парапротеина в сыворотке крови и в моче не подтвердили данного диагноза. Учитывая максимальные изменения в теле позвонка L3, больной была выполнена трепанобиопсия этого образования, по результатам которой заподозрена гигантоклеточная опухоль. В этот же период времени была инициирована терапия золедроновой кислотой (4 мг/28 дней), которая продолжалась в течение 4 месяцев. Позже был заподозрен ПГПТ, в связи с чем было выполнено лабораторное исследование уровня паратиреоидного гормона (ПТГ), который составил 2306,9 пг/мл (15,0 – 68,3), уровня ионизированного кальция крови – 2,17 ммоль/л (1,11 – 1,29), общего кальция крови – 3,86 ммоль/л (2,15 – 2,65) и 25(OH)D – 10,80 нг/мл (9,40 – 59,10). В рамках топической диагностики ПГПТ было проведено УЗИ шеи, результаты которого не обнаружили источник гиперпродукции ПТГ. По данным МСКТ и ПЭТ/КТ шеи и грудной клетки с 11С-метионином выявлены два очага, предположительно являющиеся эктопированным образованиям околощитовидной железы (3,0х2,1х4,8 см и 0,8х0,5х0,9 см). Инициирована терапия петлевыми диуретиками, регидратационная терапия и терапия колекальциферолом (2000 МЕ/сутки). Из-за нарастающей гиперкальциемии была выполнена селективная паратиреоидэктомия без нормализации уровня 25(OH)D. Данные послеоперационного гистологического исследования подтвердили наличие двух эктопированных нижних аденом околощитовидных желез. В послеоперационном периоде с третьих суток у больной отмечено быстрое снижение уровня ионизированного кальция крови до 0,85 ммоль/л при нормальном уровне ПТГ (45,83 пг/мл), сопровождающиеся появлением клинической симптоматики гипокальциемии в виде судорог в конечностях, болей в мышцах, появления галлюцинаций, общей слабости, брадикардии. Данное состояние интерпретировано как синдром «голодных костей» на фоне длительно существующего ФКО, а также терапии бисфосфонатами, что потребовало назначения пероральных и парентеральных препаратов карбоната (3000 мг/сут.) и глюконата (максимально до 24 мг/сут.) кальция, нативной и активной форм витамина D (колекальциферол 4000 МЕ/сут. и альфакальцидол до 4 мкг/сут.). Необходимо отметить, что только парантеральное введение больших доз кальция удерживало уровень кальция крови на нижней границе нормы. На четырнадцатый день терапии после замены альфакальцидола на кальцириол (2 мкг/сутки) удалось отказаться от внутривенного введения кальция и последующим уменьшением дозы пероральных препаратов кальция. Спустя 6 месяцев с момента проведения оперативного лечения у больной сохраняется заместительная терапия препаратами кальция и витамином D с наличием минимальных клинических проявлений гипокальциемии.

Выводы. Несвоевременная диагностика длительно существующего ПГПТ, наличие ФКО и терапия бисфосфонатами в высоких дозах обусловили развитие синдрома «голодных костей» в раннем послеоперационном периоде. Тяжелая гипокальциемия потребовала назначения активных и нативных форм витамина D, пероральных и парентеральных препаратов кальция.

Источник финансирования: Министерство науки и высшего образования Российской Федерации (Соглашение № 075-15-2022-301 от 20.04.2022).

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Полякова Е.Ю., Крюкова И.В., Тевосян Л.Х., Ильина А.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель: Провести сравнительный анализ костной плотности у пациенток старшего возраста с ожирением (ОЖ) и без ожирения (БОЖ) в активной фазе первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) и оценить влияние ОЖ на костную ткань.

Материал и методы: Одномоментное поперечное когортное исследование женщин с ПГПТ. Проведен анализ анамнестических, лабораторных и денситометрических данных у женщин 75 лет и старше (n=51). Пациентки были разделены на две группы: с индексом массы тела (ИМТ) <30 кг/м² (БОЖ) и с ИМТ ≥30 кг/м² (ОЖ). Минеральную плотность кости (МПК) поясничных позвонков (L1-L4), проксимального отдела бедра (ПОБ) и шейки бедра (ШБ), а также 1/3 лучевой кости недоминантной конечности (Radius 1/3) определяли методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА). Показатели Z-критерия ≥2,5SD расценивали как «высокую МПК» согласно рекомендациям Международного общества клинической денситометрии (ISCD, 2007). Обеспеченность витамином D оценивали по концентрации 25-гидроксивитамина D (25-OHD) в сыворотке крови (n=43) и уровень <20 нг/мл рассматривали как дефицит витамина D.

Результаты и обсуждение: В общей группе средний возраст составил 78,7±3,5 лет (75÷90), вес 73,3±11,6 кг, ИМТ 29,5±4,1 кг/м². Средние значения ПТГ составили 177,6±76,6 пг/мл, общего кальция 2,79±0,21 ммоль/л, кальция ионизированного 1,4±0,12 ммоль/л, фосфора 0,91±0,17 ммоль/л, 25-OHD 17,4±7,2 нг/мл, СКФ 61,8±4,6 мл/мин/1,73 м² (СКД-EPI), суточная кальциурия 6,22±3,2 ммоль/сут.