

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И КОСТНЫЙ ГОМЕОСТАЗ: ТОЧКИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Андруша А.Б.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Цель – изучение особенностей минерального обмена и костного метаболизма у больных первичной подагрой.

Материалы и методы. Для диагностики подагры использовали критерии SL Wallace и соавторов (1997). Состояние минерального обмена оценивали биохимическим методом по уровню общего кальция и фосфора в сыворотке крови, костного метаболизма – по активности маркера костного формирования (костного изофермента щелочной фосфатазы – КИЩФ) и маркера костной резорбции (ТРКФ – тартратрезистентной кислой фосфатазы).

Результаты. Обследован 41 пациент 50-73 лет (26 мужчин и 15 женщин) с первичной подагрой. У 7 пациентов имела место тофусная подагра. В зависимости от степени гиперурикемии все больные были разделены на 2 группы: I группа (17 пациентов) с гиперурикемией, превышающей 600 мкмоль/л, II группа (24 человека) с урикемией 360-600 мкмоль/л. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц соответствующего возраста. У всех обследованных пациентов были однотипные изменения: нормальный уровень сывороточного кальция и повышенные значения фосфора сыворотки крови, но выраженность данных изменений зависела от степени гиперурикемии. Уровень сывороточного фосфора был существенно выше в первой группе больных ($1,89 \pm 0,06$), чем во второй группе больных ($1,64 \pm 0,05$) при значении в контрольной группе ($1,44 \pm 0,07$ ммоль/л). Мы обнаружили активацию процессов костного ремоделирования за счет недостаточного костного формирования и усиления костной резорбции. Активность КИЩФ была снижена до $48,71 \pm 3,25$ в первой группе больных и во второй – до $59,12 \pm 4,01$, в то время, как в контрольной группе составила $70,25 \pm 4,32$ Ед/л. Значение показателя ТРКФ превышали таковые в первой группе на 34,2%, во второй – на 18,5% по сравнению со значениями в группе практи-

чески здоровых пациентов $12,98 \pm 0,46$ нмоль/(с•л). Мы обнаружили наличие прямой корреляционной ($r = 0,31$) связи между уровнем мочевой кислоты и значением ТРКФ.

Выводы. Минеральный обмен и костный метаболизм у больных с первичной подагрой изменяются, выраженность которых зависит от степени гиперурикемии. Более существенные изменения в гомеостазе наблюдаются при гиперурикемии, превышающей значение 600 мкмол/л .

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Башкова И.Б., Безлюдная Н.В., Прокопьева Т.В.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»,
ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и
эндопротезирования», г. Чебоксары

Цель. Проанализировать адекватность тактики ведения пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ), получающих длительное время глюкокортикоиды (ГК), в отношении профилактики и лечения остеопороза (ОП).

Материалы и методы. Проведено анкетирование 90 пациентов (из них – 18 мужчин), проходивших в 2014 г. лечение в ревматологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Чебоксары и получающих ГК по поводу ревматоидного артрита (53 чел), системной красной волчанки (19 чел), других диффузных болезней соединительной ткани (6 чел), спондилоартритов (12 чел).

Результаты. Все пациенты разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли женщины в постменопаузе и мужчины старше 50 лет (58 чел со средним возрастом $59,6 \pm 10,1$ г., в том числе 11 чел в возрасте 70 лет и старше), во 2-ю – женщины детородного возраста и мужчины моложе 50 лет (32 чел со средним возрастом $40,8 \pm 9,4$ г.). Средняя длительность приема ГК в группах составила $74,6 \pm 69,6$ и $55,0 \pm 66,6$ мес соответственно. Средняя доза ГК в преднизолоновом эквиваленте – $8,6 \pm 4,1$ и $11,1 \pm 6,7$ мг/сут соответственно, при этом 36 пациентов из 1-й группы (62,1%) получали высокую суточную дозу ГК ($\geq 7,5$ мг в пересчете на преднизолон). Низкоэнергетические переломы в анам-