

5. Fukumoto S, Yamashita T. Fibroblast growth factor-23 is the phosphaturic factor in tumor-induced osteomalacia and may be phosphatonin// Curr. Opin. Nephrol. Hypertens. – 2002. – Vol. 11 (4).- P. 385-389.

ЭКЗОГЕННЫЙ ГИПЕРКОРТИЦИЗМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Чжен Т.Р.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г.Екатеринбург.*

ООО Медицинский центр «Шанс III», г.Екатеринбург

Цель работы: описать клиническое наблюдение экзогенного гиперкортицизма, развившегося при экзогенном применении глюкокортикоидов.

Объект исследования: пациентка Г. 1997 г р. с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое течение с частыми приступами и ДН II степени в период приступов. Аллергический ринит. Болеет в период с 1.5 лет, с 6 лет имеет II инвалидность. С 2.5 лет получает ингаляционные глюкокортикостероиды. Получала: бекотид 100 мкг/сут – серетид 50/250 мкг/сут – симбикорт 160/9 мкг/сут – серетид 100/500 с 8 лет (или симбикорт). В период до 2014г ежегодно получала стационарное лечение в отделении пульмонологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Принимает левотироксин натрия в заместительной дозе с коррекцией по ТТГ. Наблюдается в поликлинике по месту жительства в г. Екатеринбург (Детская ГКБ №9 до 18 лет, затем ЦГКБ №23 и ООО Медицинский центр «Шанс III»). Результаты: в период наблюдения 2008-2014г биохимический профиль: гликемия варьировала в пределах 4.6 – 5.2 ммоль/л, повышение уровня триглицеридов до 2.66 ммоль/л, ЛПНП до 3.01 и холестерина до 5.7., щелочной фосфатазы до 706 (N до 644 МЕ/л). Верифицирован субклинический гипотиреоз: ТТГ 0 – 5.91, гиперинсулинемия (инсулин 24.4 – 42.6 мкМЕ/мл), а также периодическое повышение уровня кортизола до верхних границ нормы 19.4 (3.7 – 19.4 мкг/дл), тестостерона до 4.07 нмоль/л, однократное повышение паратиреоидного гормона до 91.9 (N 9.5 – 75пкг/мл). С 2009г – метаболический синдром, диффузная остеопения, перелом голени в 2010г, гипоталамический синдром в 2013г, вторичный гиперпаратиреоз в 2014г. Клинически: нарушение менструального цикла с момента его установления, часто рецидивирующие носовые кровотечения, ОРВИ, периодическое повышение систолического АД до 140 мм.рт.ст., с ухудшением дыхательной функции легких, что требовало увеличения дозы ГКС, врожденная катаракта.

Особенности клинического случая: длительный анамнез применения ГКС, в связи с тяжелыми заболеваниями (bronхиальная астма, врожденная

катаракта) и адекватное диспансерное наблюдение не исключает такие системные осложнения ГКС – терапии как рецидивирующие носовые кровотечения, выраженные изменения костно-мышечной системы (диффузная остеопения), периодическое повышение артериального давления, нарушение менструального цикла, багровые стрии, волнообразное течение гиперинсулинемии и субклинического гипотиреоза.

Вывод: длительное использование ГКС у детей может привести к ятрогенному синдрому Кушинга и его осложнениям. Родители детей, получающих стероиды, должны быть хорошо осведомлены о потенциальных побочных эффектах для своевременной коррекции прогрессирования осложнений ГКС – терапии.

Ключевые слова: гиперкортицизм, гиперинсулинемия, метаболический синдром.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ WIFI ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА АМПУТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Южакова А.Е., Нелаева А.А., Хоботова Е.С.,

*ГАУЗ ТО «Консультативно-диагностический центр «Эндос», г.Тюмень
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г.Тюмень*

Цель: оценить риск ампутации нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) с помощью классификации WIFI.

Материалы и методы: ретроспективно проведен анализ 15 амбулаторных карт пациентов с СДС, осмотренных в кабинете «Диабетическая стопа» в 1 квартале 2018 года. Диагностика СДС проводилась в соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (8-й выпуск, 2017г.). В дальнейшем проводилась оценка риска ампутаций нижней конечности при помощи классификации WIFI (2017г.).

Результаты: в соответствии с классификацией WIFI, пациенты распределились следующим образом: клиническая стадия 1 – у 18% очень низкий риск (W 1I 0FI 0); клиническая стадия 2 – у 63,6% низкий риск (W 1I 0FI 1); клиническая стадия 3 – у 9,4% средний риск (W 1I 1FI 1) и клиническая стадия 4 – у 9% высокий риск ампутации нижней конечности (W 1I 2FI 2).

Таким образом, у 81,6% пациентов отмечался низкий риск, у 9,4% – умеренный, и у 9% – высокий риск ампутации конечности.

Выводы: классификация WIFI отвечает требованиям, предъявляемым к таковой при оценке степени поражения стоп при сахарном диабете. Позволяет оценить тяжесть и глубину поражения, произвести дифферен-