

1. Берснев, В. П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. — СПб.: Специальная литература, 1998. — 368 с.
2. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. рекомендации / Бел. гос. ин-т усоверш. врачей / Л. С. Гиткина [и др.]. — Минск, 1995. — 20 с.
3. Пушкарев, А. Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / А. Л. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. — Минск: БНИИЭТИН, 2002. — 16 с.

УДК [616.71 -007.234:616-007.251 +616-06]-071

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

*Степанец О. В.*

**Научный руководитель: к.м.н. Г. Н. Романов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

По частоте заболеваемости остеопороз стоит на четвертом месте после сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии и сахарного диабета [1]. Достоверными факторами риска являются возраст старше 50 лет, женский пол и перенесенные переломы в анамнезе. При этом проблемным остается вопрос о влиянии сопутствующей патологии на течение остеопороза и, как следствие, частоту переломов у пациентов с остеопорозом.

### **Цель**

Анализ структуры сопутствующей патологии на фоне тяжелого остеопороза с учетом наличия переломов в анамнезе.

### **Методы исследования**

Проведен анализ частоты перенесенных переломов (предплечье, позвоночник, проксимальные отделы бедра) и основной соматической патологии у женщин старше 50 лет с тяжелым остеопорозом, проходивших обследование в ГУ «РПНЦ РМиЭЧ». Физикальное обследование включало измерение веса (кг), роста (см) и ИМТ ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ). Диагностика остеопороза проведена с применением метода осевой рентгеновской денситометрии (Prodigy Lunar, США) [2]. Значимость различий частоты встречаемости сопутствующей патологии в группах оценена с помощью теста по Хиллу. На момент включения в исследование никто из пациентов антиостеопоротической терапии не получал.

### **Результаты исследования**

Всего проанализировано 1969 женщин, из них 1780 с основной соматической патологией: сахарный диабет ( $n = 177$ ), острый инфаркт миокарда ( $n = 68$ ), рак различной локализации ( $n = 146$ ), язвенная болезнь ( $n = 315$ ), острое нарушение мозгового кровообращения ( $n = 83$ ), хроническая обструктивная болезнь легких ( $n = 55$ ), хроническая сердечная недостаточность ( $n = 193$ ), ревматоидный артрит ( $n = 127$ ), ожирение ( $n = 616$ ). В группе исследуемых женщин средний возраст составил  $65,8 \pm 8,4$  лет (от 50 до 88 лет). Средний вес составил  $69,8 \pm 13,1$  кг (ДИ 95 % 69,2–70,3), рост  $157,7 \pm 6,2$  см (ДИ 95 % 157,4–158,0), при этом ИМТ рассчитан на уровне  $28,1 \pm 5,1$   $\text{кг}/\text{м}^2$  (ДИ 95 % 27,8–28,3). Средний возраст наступления менопаузы составил  $48,4 \pm 4,8$  лет (ДИ 95 % 48,2–48,6).

### **Результаты исследования**

Соотношения частоты встречаемости у пациентов переломов и сопутствующей патологии, а также результаты оценки значимости различий частоты встречаемости патологии в группах с помощью теста по Хиллу представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости основной соматической патологии в группах пациентов в зависимости от наличия остеопоротических переломов в анамнезе

Сопутствующая патология	Без перелома	С переломом	t	P
-------------------------	--------------	-------------	---	---

	n = 1519		n = 450			
	n	%	n	%		
Сахарный диабет	132	8,7	45	10,0	-0,83	0,406
Острый инфаркт миокарда	47	3,1	21	4,7	-1,54	0,124
Рак различной локализации	118	7,8	28	6,2	1,17	0,243
Язвенная болезнь	250	16,5	65	14,4	1,08	0,279

Окончание таблицы 1

Сопутствующая патология	без перелома		с переломом		t	P
	n = 1519		n = 450			
	n	%	n	%		
Острое нарушение мозгового кровообращения	63	4,1	20	4,4	-0,28	0,782
Хроническая обструктивная болезнь легких	38	2,5	17	3,8	-1,39	0,166
Хроническая сердечная недостаточность	133	8,8	60	13,3	-2,67	0,008
Ревматоидный артрит	99	6,5	28	6,2	0,23	0,819
Ожирение	495	32,6	141	31,3	0,52	0,604

### **Выводы**

В группе пациентов с тяжелым остеопорозом и переломами в анамнезе значительно чаще ( $p < 0,05$ ) регистрируется хроническая сердечная недостаточность в качестве сопутствующей патологии в сравнении с пациентами без переломов в анамнезе.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010, 2010, [http://www.who.int/chp/ncd\\_global\\_status\\_report/](http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/); (accessed 05.3.2014).
2. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis / J. Kanis [et al.]; Report of a WHO Study Group // WHO Technical Report. — 1994. — Vol. 843. — P. 1–129.

УДК 616.36-002-071:[577.115+577.121.7]

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ**

*Суденко Ю. В.*

**Научный руководитель: д.м.н., доцент А. Л. Калинин**

**Учреждение образования**

**Гомельский государственный медицинский университет  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Неалкогольная болезнь печени — заболевание, признаком которого является жировая дистрофия печени различной степени выраженности (от стеатоза до стеатогепатита с элементами фиброза) и возможным развитием цирроза печени. Термин «неалкогольный стеатогепатит — НАСГ» используется для обозначения печени у лиц, не употребляющих алкоголь в гепатотоксических дозах, при наличии сходных с алкогольной болезнью печени гистологических признаков (стеатоза, лейкоцитарной инфильтрации в центролобулярной зоне) [1]. Эпидемиологических исследований в России не проводилось. Исследования, проведенные в Японии и Италии, показали, что распространенность жирового гепатоза в общей популяции колеблется от 3 до 58 % (в среднем 23 %) [2]. Оксидативный стресс (перекисное окисление липидов — ПОЛ) — важнейший универсальный патогенетический механизм развития стеатогепатита на фоне жировой печени различной этиологии. ПОЛ повреждает мембраны гепатоцитов, приводит к некро-