

5. Синьков, А. В. Синдром удлинённого и укороченного интервала QT в клинической практике / А. В. Синьков // РМЖ. – 2014. – Т. 22, № 23. – С. 1732–1736. – <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22934591> – Дата доступа: 23.05.2024.

УДК 577.161.2-022.252:616-036.2(476.2)

*Н. М. Турченко<sup>1</sup>, Н. С. Брановицкая<sup>1</sup>, И. В. Пальцев<sup>1</sup>,  
Я. А. Боровец<sup>2</sup>, Я. Л. Навменова<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

### *Введение*

Витамин D является важным фактором нормального развития и функционирования организма человека, поскольку способствует абсорбции кальция в кишечнике и поддерживает необходимые уровни кальция и фосфатов в крови для обеспечения минерализации костной ткани и предотвращения гипокальциемической тетании. Он также необходим для роста костей и процесса костного ремоделирования. Дефицит витамина D выявляется достаточно часто как у детей, так и у взрослых в различных географических зонах нашей планеты. Вклад в развитие дефицита витамина D в нашей стране может вносить географическое расположение, сравнительно небольшое количество солнечных дней, неадекватное поступление с пищей. Кроме того, к состояниям, предрасполагающим к недостаточности и дефициту витамина D, относятся заболевания костей, возраст (лица старше 60 лет), ожирение, беременность и кормление, хроническая болезнь почек (ХБП), печеночная недостаточность, синдром мальабсорбции, гранулематозные заболевания, прием лекарственных препаратов (глюкокортикостероиды, холестирамин и др.) [1, 2].

Диагностика дефицита витамина D, согласно действующим национальным, а также международным клиническим рекомендациям, основана на определении уровня 25(ОН)D в сыворотке крови, и адекватными принято считать уровни 25(ОН)D  $\geq 30$  нг/мл; уровень 25(ОН)D в сыворотке крови  $< 20$  нг/мл расценивается как дефицит витамина D, диапазон 20–29 нг/мл трактуется как недостаточная обеспеченность организма витамином [2, 3].

### *Цель*

Оценить уровни витамина D в крови пациентов, проживающих на территории Гомельской области.

### *Материал и методы исследования*

В ходе работы были проанализированы результаты лабораторного определения уровня общего витамина D у 75 лиц, проживающих в Гомельской области, из них 18 (24%) человек мужского пола и 57 (76%) – женского пола в возрасте от 18 до 70 лет. Все испытуемые были проинформированы о целях исследования и предстоящих процедурах, было получено информированное письменное согласие на участие в исследовании.

Полученные в ходе исследования результаты анализировались при помощи программы STATISTICA 10.0. Для сравнения данных в двух независимых выборках использовался критерий Манна – Уитни.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе работы проведен анализ результатов лабораторного определения уровней витамина D (рисунок 1).

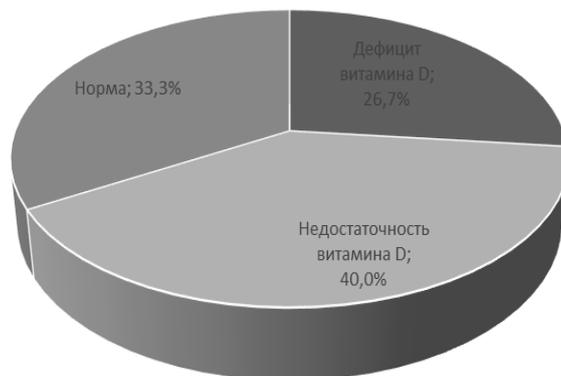


Рисунок 1– Уровни витамина D среди обследованных пациентов

Как видно из данных, представленных на рисунке 1, только треть пациентов имели нормальный уровень витамина D (30–100 нмоль/л). Недостаточный уровень витамина D (20–30 нмоль/л) был выявлен в 40% случаев, дефицит витамина D (<20 нмоль/л) обнаружен у 26,7% обследованных. Полученные данные свидетельствуют о существенном недостатке витамина D среди населения Гомельской области.

Далее был выполнен анализ уровней витамина D у пациентов в зависимости от пола (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели уровней витамина D у мужчин и женщин

Показатель	Пол	Me	Min	Max	Q1	Q3	95% ДИ	p
Уровень витамина D, нмоль/л	Мужчины	25,5	9,9	84,0	20,5	30,0	20,8–29,8	0,65
	Женщины	27,0	9,1	50,0	19,4	31,8	22,9–29,4	

Как и мужчин, так и у женщин медиана уровня витамина D была ниже нормы (25,5 нмоль/л и 27,0 нмоль/л), статистически значимой разницы выявлено не было (p=0,65).

Также была выполнена сравнительная оценка уровня витамина у лиц двух возрастных категорий: младше и старше 30 лет (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели уровней витамина D у пациентов разных возрастов

Показатель	возраст	Me	Min	Max	Q1	Q3	95% ДИ	p
Уровень витамина D, нмоль/л	<30 лет	26,1	9,1	84,0	15,6	29,5	17,0–28,9	0,108
	≥30 лет	28,0	10,8	50,0	20,9	33,8	23,1–30,0	

Согласно полученным данным, возраст пациентов не влиял на уровни витамина D, поскольку статистически значимых отличий обнаружено не было (p=0,108).

### **Заключение**

В ходе выполненной работы выявлено, что только у одной трети обследованных пациентов был диагностирован нормальный уровень витамина D. Во всех остальных случаях обнаружен либо дефицит (26,7%), либо недостаточность (40%) витамина. Полученные данные говорят о высокой распространенности данной проблемы и необходимости профилактики и лечения дефицита витамина D среди населения.

Медианы уровней витамина D не имели статистически значимых различий при сравнительной оценке в зависимости от возраста и пола пациентов, что указывает на низкую роль данных факторов в формировании дефицита витамина D.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике, лечению и профилактике дефицита витамина D у взрослых / Е. А. Пигарова [и др.] // Проблемы Эндокринологии. – 2016. – Т. 62. – № 4. – С. 60–84.

2. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline / M. F. Holick [et al] / J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2011. – Vol. 96(7). – P. 1911–1930.

3. Пигарова, Е. А. Терапевтические возможности коррекции дефицита витамина D у взрослых / Е. А. Пигарова, А. А. Петрушкина // Consilium Medicum. – 2018. – Т. 20. – № 4. – С. 68–71.

УДК 616.25-002.37-07

**О. А. Ярмоленко<sup>1</sup>, Д. А. Зиновкин<sup>1</sup>, С. А. Смолицкий<sup>2</sup>, С. Б. Тонкой<sup>2</sup>,  
И. Л. Мамченко<sup>1</sup>, Т. В. Алейникова<sup>1</sup>, М. А. Дука<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

## **АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ**

### **Введение**

Спонтанный пневмоторакс – синдром, характеризующийся скоплением воздуха в плевральной полости, не связанным с травмой легкого, инфекционной или опухолевой деструкцией легочной ткани или врачебными манипуляциями [1]. Несмотря на наличие собственного кода в международной классификации болезней 10 пересмотра, может являться осложнением другого заболевания или патологического процесса. Первичный спонтанный пневмоторакс не ассоциируется с наличием предшествующего заболевания, в генезе вторичного могут фигурировать такие болезни как, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, интерстициальные заболевания легких, экстрагенитальный эндометриоз, лимфангиолейоматоз, туберозный склероз и др. При обоих видах предшествующим патологическим состоянием, на фоне которого происходит разрыв легочной ткани, нередко является буллезная или кистозная трансформация легких. Сведения о частоте встречаемости спонтанного пневмоторакса и половозрастной структуре пациентов значительно варьируют по данным разных авторов [2]. В последние десятилетия широко обсуждается участие и роль недифференцированной дисплазии/наследственных нарушений соединительной ткани в генезе буллезной эмфиземы легких. Спонтанный пневмоторакс в клинических рекомендациях по недифференцированным дисплазиям соединительной ткани РНМОТ 2022 г. расценивается как один из диагностических критериев с коэффициентом достоверности 5,63 [3].