

2. Ефременко, Е.С. Рециклирование глутатиона при алкогольном абстинентном синдроме / Е.С. Ефременко // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 53 (1). – С. 97-100.
3. Особенности обмена гамма-аминомасляной кислоты в печени крыс при разных режимах алкогольной абстиненции / Лелевич В.В. [и др.] // Биомедицинская химия. – 2014. – Т. 60, Вып. 5. – С. 561-566.
4. Камышников, В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностики: в 2 т. / В.С. Камышников. – 2-е изд. – Мин.: Беларус. – 2002. – Т.2. – С. 205-209.
5. Ismoilov, K.I. Antioxidant protection and features of lipid peroxidation in children with bronchial asthma / K.I. Ismoilov, A.M. Saburova, M.M. Sharipova // Avicenna Bulletin. – 2017. – № 19 (1). – С.73-7.
6. Сабурова, А.М. Особенности свободнорадикального окисления и метаболической активности эндотелия сосудов у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких / А.М. Сабурова [и др.] // Вестник авиценны. – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 38-42.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР РИСКА СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ**

**Андраша А.Б.**

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность.** Согласно данным экспертов ВОЗ, ОП занимает четвёртое место среди неинфекционных заболеваний после болезней ССС, онкологической патологии и СД. По результатам исследования распространённости остеопороза, проведенного сотрудниками Института геронтологии, каждая пятая женщина после 60 лет имеет нарушение костной ткани. По прогнозам ученых, в ближайшем будущем каждая вторая женщина и каждый восьмой мужчина в мире будут страдать остеопорозом [2,5,7].

Остеопороз характеризуется отсутствием симптоматики вплоть до возникновения переломов костей. Социальная значимость остеопороза обусловлена именно последствиями его переломов, которые ухудшают качество жизни больных, приводят к смерти или инвалидизации пациентов. Так, например, в результате переломов бедренной кости до 20% больных умирают в течение 6-12 месяцев, около 50% пациентов не могут передвигаться без посторонней помощи, и каждый третий пациент теряет способность к самообслуживанию. Кроме того, в ходе многочисленных исследований было установлено, что остеопороз способствует прогрессированию атеросклероза и

повышает риск кардиоваскулярных событий [6]. Таким образом, остеопороз является глобальной медико-социальной проблемой.

В возникновении остеопороза играют роль различные факторы риска. К немодифицируемым факторам риска относятся европеоидная или монголоидная раса, женский пол, пожилой возраст, астеническое телосложение, низкая масса тела, наследственная предрасположенность к остеопорозу. Конечно же, с вышеуказанными факторами риска бороться, к сожалению, практически невозможно, но существуют и управляемые факторы, устранение которых значительно уменьшает риск возникновения остеопороза и степень выраженности остеодефицита [1,3,4].

**Цель.** Проанализировать ведущие модифицируемые факторы риска остеопороза у пациентов с различной степенью остеодефицита.

**Методы исследования.** Обследовано 37 пациентов (23 женщины и 14 мужчин возрастом 45-67 лет) из группы высокого риска системного остеопороза. Для изучения факторов риска остеопороза мы использовали «Минутный тест», разработанный Международной ассоциацией остеопороза, для оценки вероятности остеопоротических переломов мы использовали унифицированные расширенные опросники: IOF, Osteoporotic Fracture Risk Questionnaire, Adult Osteoporosis Risk Assessment, он-лайн калькуляторы FRAX, QFracture. Так как основным механизмом развития остеопороза любого типа является отрицательный баланс кальция и витамина D в организме, мы особое внимание уделяли анализу потребляемых пациентами продуктов. Инструментальная диагностика остеопороза осуществлялась методом ультразвуковой денситометрии (аппарат ультразвуковой денситометр LUNAR Achilles express, США, 2008). Диагноз остеопороза устанавливался по Т-критерию, а именно при его значении от -2,5 SD и ниже; значение Т-критерия от -1,1 до -2,4 SD соответствует остеопении, Т- показатель в пределах +2,5 до -1 является нормой. Мы выявили различную степень остеодефицита у 83,8% обследованных больных.

**Результаты и их обсуждение.** Среди обследованных пациентов ведущими модифицируемыми факторами риска остеопороза были курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, прием некоторых медикаментов, недостаточное употребление продуктов, богатых кальцием и витамином D3. При детальном анализе особенностей питания у 29,7% больных мы выявили недостаточное потребление (в том числе из-за непереносимости) молочных продуктов, овощей, зелени, морской рыбы, бобовых культур, кунжута и орехов. 10,8% пациентов оказались сторонниками современной гипогалактозной диеты, они осознанно исключили из своего рациона молочные продукты.

Возможными объяснениями дефицита витамина D в организме обследованных больных были: у 18,9% пациентов - недостаточное пребывания на солнце вследствие фотосенсибилизации или медицинских противопоказаний; употреблением малого количества продуктов с высоким содержанием витамина D

(в том числе и по причине высокой стоимости и недоступности для основной категории пациентов).

Изучая пищевые привычки обследуемых пациентов, у 37,8% мы обнаружили злоупотребление полуфабрикатами, содержащими красное мясо (в виде колбасных изделий), и напитками с повышенным содержанием фосфатов.

Другими пищевыми пристрастиями у наших пациентов были: употребление замороженных продуктов, консервов, солений и маринадов, сала и гидрогенизованных жиров (маргарина, спреда, майонеза). 24,3% обследуемых пациентов указали на чрезмерное употребление соли.

Подавляющее большинство пациентов ведут сидячий образ жизни. Лишь 1/3 часть опрошенных увлекаются различными видами спорта (как любители) или же посещали спортзал.

**Выводы.** Основными модифицируемыми факторами риска системного остеопороза у обследованных больных являются определенные особенности питания и образа жизни. К ним относятся употребление недостаточного количества молочных продуктов, осознанный отказ от молока вследствие индивидуальной непереносимости или как дань «модной» диеты. Недостаточное пребывание на солнце вследствие различных обстоятельств, пристрастие к определенным продуктам и напиткам, которые нарушают усвоение кальция, чрезмерное употребление соли и гиподинамия также являются факторами риска, которые ассоциированы с нарушением минеральной плотности костной ткани. С целью улучшения эффективности мероприятий по первичной профилактике системного остеопороза целесообразно повышение осведомленности населения о современных факторах риска остеопороза, связанных с особенностями питания и образом жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеенко, С. Н. Профилактика заболеваний / Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. - Москва: Изд. дом Акад. естествознания, 2015. - Гл. 14.
2. Білко, Т.М. Значення кальцію в метаболічних процесах організму та шляхи подолання його остеодефіциту/ Т.М. Білко // Превентивна медицина. - 2013.- №3 (33).- С. 31.
3. Григор'єва, Н.В. Лікувальна фізкультура в профілактиці й лікуванні остеопорозу та його ускладнень / Н.В. Григор'єва, С.В. Юнусова, В.В. Поворознюк // Боль. Суставы. Позвоночник. - 2011. - №1 (01). - с. 108.
4. Демешко, О.Н., Чурина С.К. Чувствительность к поваренной соли и некоторые показатели кальциевого и натриевого обмена у больных эссенциальной гипертензией/ О.Н Демешко, С.К. Чурина //Артериальная гипертензия. - Т.9.- №2. - С.64.
5. Лесняк, О.М. Остеопороз / под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 272 с.

6. Скрипников, И.А. Взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом, и остеопороза у женщин в постменопаузе / И.А. Скрипникова // Современная ревматология. – 2008. – №1. – С.41–47.
7. Черницына, Н.В. Оценка минеральной плотности костной ткани скелета спортсменов различных специализаций методом двухэнергетической рентгенографической абсорбциометрии/ Н.В. Черницына, Н.Д. Нененко, Р.В. Кучин // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. - 2014. - №4 (33) – С. 135.

## ПОДОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКВИНО-ПОЛОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ

**Аносов В.С., Михович М.С., Соколовский О.А.**  
*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Характер оперативных вмешательств при эквино-полых деформациях стоп у детей зависит от возраста ребенка, степени деформации стопы, причины ее, а также от степени ее ригидности [1, 3].

Использование динамической фотоплантографии при данной деформации позволяет уточнить степень тяжести деформации, изучить изменение ее при нагрузке во время ходьбы и стояния, тем самым определяя характер корrigирующей процедуры, а также изучить результаты лечения [2].

**Цель.** Использование динамической подографии для уточнения степени тяжести эквино-полых деформаций стоп и определения показаний к характеру оперативного вмешательства; изучение эффективности методов оперативного лечения.

**Методы исследования.** В течение последних 7 лет оперировано 16 детей в возрасте от 3-х до 16 лет с различной нейро-ортопедической патологией (болезнь Фредрейха, спинно-мозговая грыжа, последствия перенесенного энцефалита, травма седалищного и малоберцового нерва, синдром Стерджа-Вебера, болезнь Шарко-Мари, интерстициальный полиневрит). 12 детей были старше 10 лет. Произведено 34 операции. Всем больным перед операцией проводилась рентгенография стоп в стандартных укладках для определения степени деформации и ее локализации, тестирование мышц, изучалась возможность пассивной коррекции деформации, проводилась динамическая подография [4, 5, 7].

В каждом случае план лечения был индивидуальным, хотя основные принципы поэтапной коррекции соблюдались. На первом этапе устраивались основные компоненты деформации стопы операциями на мягкотканых структурах, которые в 4 случаях сопровождались корректирующими остеотомиями [6]. При тяжелых степенях деформации мобилизация подошвенных структур с