

97

ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕКОТОРЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*Мартинчик А.Н., Ходырев В.Н., Бабушкин Н.В., Удинцева Т.В., Щеглова Т.П.**ГУ НИИ питания РАМН, Москва; Городская больница №1, Первоуральск***Актуальность**

Цель исследования: изучение характера питания у больных остеопорозом (ОА), остеопорозом (ОП) и ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы

Фактическое питание изучали у больных, наблюдающихся в ревматологических кабинетах города Первоуральска Свердловской области и у здоровых лиц, обратившихся в поликлиники города с профилактической целью, методом анализа частоты потребления пищи с проведением опроса специально обученными интервьюерами из числа врачей. Исследовано 293 человека, из которых больных ОА - 80 (средний возраст - 56,4), ОП - 22 (средний возраст - 62,3), РА - 44 (средний возраст - 54,4). Контрольную группу составили 147 человек (средний возраст - 50,1 года), не имеющих, каких-либо жалоб на момент осмотра. Данные опроса обрабатывались с помощью специально созданного алгоритма для расчета потребления пищевых веществ и энергии на основании анализа частоты потребления 67 групп или индивидуальных пищевых продуктов.

Результаты

Энергетическая ценность рациона питания ревматологических больных достоверно отличалась от контрольной группы. Содержание в пищевом рационе белков так же отличалось от аналогичных показателей в контроле. Белковый дефицит пищевого рациона по сравнению с уровнем белков в контрольной группе по всем нозологиям составил примерно 21%. Дефицит жиров по сравнению с контролем наиболее определялся при ОП (30,2%) и при РА (18,9%). Содержание углеводов в структуре пищевого рациона в группах ревматологических больных менее отличалось от количества углеводов в контрольной группе.

Заключение

Таким образом, фактическое питание больных остеопорозом, остеопорозом и ревматоидным артритом отличается от питания здоровых лиц меньшей энергетической ценностью и сниженным содержанием белков и жиров.

99

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА*Мирзабекова Ж.А., Алиханова Г.А.**Южно-Казахстанская государственная медицинская академия***Актуальность**

Геморрагический васкулит представляет серьезную медико-социальную проблему, являясь одной из наиболее частых форм первичных системных васкулитов и рассматривается как генерализованный микротромбо-васкулит неясной этиологии.

Материалы и методы

Мы изучали факторы риска возникновения и клинического течения геморрагического васкулита у больных находившихся на стационарном лечении (17 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 16 до 60 лет.

Результаты

Из анамнеза больных выявлены факторы риска заболевания: острые инфекции (ОРВИ, ЛОР-инфекции) у 25 больных (58%), обострение хронических инфекций (хронический гайморит, тонзиллит, бронхит) у 8 больных (18,6%); возможность наследственной предрасположенности (родители страдают ревматическими заболеваниями) у 5 больных (11,6%); отягощенный аллергоанамнез у 3 больных (6%), у 2 больных без видимой причины. В случаях геморрагического васкулита связанные с инфекциями в клинике преобладали обострительные реакции: лихорадка, полиартралгии, полиартриты; значительная распространенность кожных высыпаний с экссудативным характером.

Заключение

В развитии геморрагического васкулита триггерными факторами могут быть инфекции, наследственная предрасположенность, отягощенный аллергоанамнез, но может развиваться и без видимой причины, что отражается на клиническом течении.

98

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРОЗА В КАРЕЛИИ*Марусенко И.М., Везикова Н.Н.**Петрозаводский университет***Материалы и методы**

Республика Карелия находится на северо-западе России, за последние годы отмечается снижение численности населения за счет естественной убыли, миграции и снижения рождаемости. В 1995 г. численность населения в республике составляла 789,3 тыс. человек, а к 2004 г. снизилась до 708,7 тыс. человек.

Результаты

В последние 10 лет в Карелии отмечается рост общей заболеваемости ревматическими болезнями: в 2000 г. зарегистрировано более 12 тыс. больных, что на 25,2% больше, чем в 1998 г. Рост первичной заболеваемости ревматическими болезнями составил 17,2% за 3 года. В течение последних 5 лет в Карелии также наблюдается прирост общей заболеваемости ревматоидным артритом (РА). В 2000 г. при регистрации общей заболеваемости выявлено 260 случаев на 100 000 населения, а в 2004 г. - 310 на 100 000 населения, что составляет прибавку в 19,2%. В течение того же отрезка времени первичная заболеваемость РА остается примерно на одинаковом уровне и сопоставима с данными, выявляемыми в Российской Федерации. В 2000 г. первичная заболеваемость РА составила 20 случаев на 100 000 населения, а в 2004 г. - 30 случаев на 100 000 населения. Также последние 5 лет в Карелии наблюдается неуклонный рост заболеваемости остеопорозом (ОА). С 1998 по 2003 год первичная заболеваемость ОА возросла на 41,9%, общая заболеваемость - на 58%. Однако в ряде отдаленных северных районов заболеваемость оказалась в среднем в 6 раз ниже, чем в целом по республике, что говорит о недостаточной диагностике ОА в этих населенных пунктах.

Заключение

В Республике Карелия в течение последних лет на фоне снижения численности населения наблюдается рост первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы, ОА и РА.

100

ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОСТЕОАРТРОЗА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН*Митрофанова Н. В.**Кемеровская государственная медицинская академия***Актуальность**

(ОА) и остеопороз - наиболее часто встречающиеся заболевания у женщин пожилого возраста. Альтернативные отношения между ними были отмечены во многих исследованиях, однако результаты характера взаимосвязи клинических форм ОА и первичного остеопороза противоречивы.

Материалы и методы

Определение минеральной плотности кости (МПК) дистального отдела предплечья проводилось методом рентгеновской абсорбиометрии (денситометр DTX-200, "Osteometer" Дания). В соответствии с рекомендациями ВОЗ степень изменения МПК оценивали по Т-индексу. Для диагностики ОА использованы критерии ACR (1990), рентгенологическая стадия ОА определялась по Kellgren (1957).

Результаты

Проанализированы результаты исследований 124 женщин старше 66 лет, больных ОА. При гонартрозе (35 пациенток) с I стадией Т-критерий составил $-3,13 \pm 0,58$, со II-й - $-1,61 \pm 0,32$, с III - $-0,74 \pm 0,52$ (р I - II = 0,04). При олигоостеоартрозе с поражением коленных и тазобедренных суставов (29 женщин) I стадии соответствовал Т-критерий $-2,93 \pm 0,33$, II-й - $-1,41 \pm 0,42$, а III-й - $-0,54 \pm 0,22$ (р I - II = 0,02). При полиостеоартрозе (60 больных) с преимущественно I стадией Т-критерий составил $-3,12 \pm 0,35$, со II-й - $-2,71 \pm 0,18$, с III-й - $-1,65 \pm 0,36$ (р I - II = 0,03).

Заключение

У 94 (75,8%) из 124 пациенток с ОА, включенных в исследование, выявлено снижение МПК: остеопения - у 32 пациенток (34%), остеопороз - у 62 (66%), в том числе тяжелый - у 25 (26,6%). Независимо от клинической формы ОА у женщин пожилого возраста наименьшей рентгенологической стадии соответствует большее снижение МПК. Нарастание стадии сопровождается увеличением Т-критерия до нормальных