

**Выводы.** Использование НХТ не вызывает серьезных кардиоваскулярных осложнений, в то же время ЛТ достоверно снижает ФВ и приводит к развитию субэндокардиальной ишемии; у большинства больных кардиоваскулярные осложнения развиваются в раннем послеоперационном периоде.

## ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Слохова Н.К., Тотров И.Н., Медоева А.С., Албегова З.А., Антониади И.В.*

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40,  
кафедра внутренних болезней № 1

Широкое распространение гастроэнтерологических заболеваний является причиной развития остеопороза.

**Цель:** изучение состояния костной ткани у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

**Методы исследования:** в исследование включено 62 больных с заболеваниями ЖКТ (из них 22 больных страдающих язвенной болезнью 12-перстной кишки и 40 больных хроническим гастритом). Средний возраст пациентов составил  $51,4 \pm 2,17$ . Контрольную группу (КГ) составили 30 практически здоровых лиц, идентичных по возрасту и полу.

Изучение МПКТ у всех обследованных было проведено с помощью двухэнергетической абсорбциометрии. Оценивался Т-критерий в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и проксимальном отделе бедренной кости. Согласно рекомендациям ВОЗ снижение МПКТ по Т-индексу более чем на одно стандартное отклонение (SD) рассматривается как остеопения, а более 2,5 SD – как остеопороз. У больных и лиц КГ определялась концентрация витамина D (25 (ОН) D3) в сыворотке крови, методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS 13.0 for Windows с вычислением средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m). О значимости различий в группах судили по вычислению критерия Стьюдента – t и степени вероятности – p. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты:** Показатели содержания кальция в сыворотке крови у больных с заболеваниями ЖКТ ( $2,4 \pm 0,02$  ммоль/л) достоверно не различались с данными КГ ( $2,39 \pm 0,03$  ммоль/л).

При изучении концентрации витамина D в сыворотке крови больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта обнаружено достоверное снижение ( $25,61 \pm 3,13$  нмоль/л,  $p < 0,001$ ) в сравнении с КГ ( $57,08 \pm 2,37$  нмоль/л). Исследование указывает на дефицит витамина D в данной группе больных.

Изучение МПКТ в группе больных выявило достоверное снижение Т-критерия в L1-L4 –  $1,45 \pm 0,22$ ,  $p < 0,001$  (КГ –  $0,12 \pm 0,19$ ) и в проксимальном отделе бедренных костей –  $1,47 \pm 0,15$ ,  $p < 0,001$  (КГ  $0,22 \pm 0,09$ ) до значений остеопении.

Низкие значения витамина D свидетельствуют о дисрегуляции кальциевого обмена. Нормальное содержание кальция в сыворотке крови, по-видимому, поддерживаются за счет кальциевого депо в костях, что также отражается на состоянии костной ткани.

**Выводы:** Развитие остеопенического синдрома у больных с заболеваниями ЖКТ вызвано дефицитом витамина D в сыворотке крови, возможно, обусловленного основным заболеванием. Низкие концентрации регулятора кальциевого обмена могут быть причиной прогрессирования ремоделирования костной ткани у этой категории больных.