5. Корниенко Е.А., Суворов А.Н., Ткаченко Е.И. и др. Критический рост резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину в педиатрической и взрослой гастроэнтерологической практике // Справочник поликлинического врача, 2010, № 12, с. 54-56
6. Саблин О.А., Михайлов Н.В., Юрин М.В. и др. Факторы, определяющие эффективность эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний // Гастроэнтерология, 2011, № 2, с. 8-12
7. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht IV Florence Consensus Report // Gut., 2012, v. 61, pp.646-664
8. Zhou X. Lv.Z., Wang B., Et al. Efficacy and safety of probiotics as adjuvant for *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. Exp Ther Med 2015;9:707-16
9. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain CA, J.P.Gisbert, E.J.Kuipers et al. Management of *Helicobacter pylori* infection- the Maastricht V/Florenence Consensus Report. Gut 2017;66:6-30
10. Szajewska H. et al. Meta-analysis: the effects of *Saccharomyces boulardii* supplementation on *Helicobacter pylori* eradication rates and side effects during treatment // Aliment. Pharmacol. Ther., 2010, v.32, No 9, pp.1069-1079
11. Sakarya S., Gunay N. *Saccharomyces boulardii* expresses neuraminidase activity selective for a 2,3-linked sialic acid that decreases *Helicobacter pylori* adhesion to host cells // APMIS, 2014, v. 122, No 10, pp.941-950
12. Gao Q.Y., Wang Z.N., Fang J.Y. Meta-analysis of the efficacy and safety of *Lactobacillus*-containing and *Bifidobacterium*-containing probiotic compound preparation in *Helicobacter pylori* eradication therapy. J Clin Gastroenterol 2013;47:25-32

Губанова Е.И.¹, Глухова Т.А.²

Влияние культуры питания и индекса массы тела на развитие остеопороза у женщин 50-59 лет Волгоградского региона

¹ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

²ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1»

(Россия, Волгоград)

doi 10.18411/gq-30-11-2019-05

idsp sciencerussia-30-11-2019-05

Аннотация

Остеопороз является многофакторным заболеванием, причем среди факторов риска существенное значение имеет неправильный рацион питания и низкая масса тела. Представляется, что выявление модифицированных факторов риска развития остеопороза позволит определить стратегию профилактики этого заболевания у пожилых женщин.

Ключевые слова: остеопороз у пожилых женщин, культура питания, индекс массы тела, факторы риска остеопороза.

Abstract

Osteoporosis is a multifactorial disease, and among the risk factors is essential improper diet and low body weight. It seems that the identification of modified risk factors for osteoporosis will determine the strategy for the prevention of this disease in elderly women.

Key words: osteoporosis in elderly women, nutrition culture, body mass index, risk factors for osteoporosis.

Введение

Остеопороз – системное хроническое заболевание скелета, приводящее к нарушению прочности костной ткани, которое ведет к переломам и деформации костей [1]. Рост заболеваемости остеопорозом обусловлен увеличением продолжительности жизни современного человека, поскольку отмечается общая тенденция старения населения, в частности, к 2020 г. прогнозируется удвоение числа жителей старше 50 лет [3]. Остеопороз является многофакторным заболеванием, причем среди факторов

риска существенное значение имеет неправильный рацион питания и низкая масса тела [2]. Представляется, что выявление модифицированных факторов риска развития остеопороза позволит определить стратегию профилактики этого заболевания у пожилых лиц.

Цель: оценить ранговое положение показателей индекса массы тела и культуры питания как факторов риска развития остеопороза.

Материалы и методы

В настоящем исследовании принимали участие женщины (n=91), проживающие в г. Волгограде и в Волгоградской области, в возрасте от 50 до 59 лет. У всех женщин получено добровольное информированное согласие на использование материалов их обследования для статистической обработки. Всем женщинам на базе ГБУЗ «ВОКБ№1» проведено анкетирование по вопросам, выявляющим риски остеопороза путем оценки культуры питания и рассчитан индекс массы тела. Для определения костной плотности выполнена остеоденситометрия на аппарате GE Lunar iDXA. Обследуемые женщины были разделены на две группы наблюдения: с нормальной костной массой (контрольные данные, n=40) и признаками остеопороза (n=51). Достоверность полученных данных определена по критерию Фишера.

Результаты и обсуждение

При анализе индекса массы тела (табл. №1), выявлено, что у женщин с низкой костной массой тела преобладает нормальная масса тела (таких женщин в 3,1 раза больше, чем в группе контроля) и ожирение I степени.

Таким образом для женщин данной возрастной группы нормальные значения массы тела также, как и ожирение I степени, являются предикторами остеопороза.

Таблица 1

Индекс массы тела, кг/м ²	Остеопороз, %	Норма, %
Недостаток массы тела (менее 18,5)	1,9	–
Нормальная масса тела (18,5 – 24,9)	31,4*	10,0*
Избыточная масса тела (25 – 29,9)	23,5	32,5
Ожирение I степени (30 – 34,9)	33,3	25,0
Ожирение II степени (35 – 39,9)	5,9	7,5
Ожирение III степени (более 40)	3,9	22,5

* - достоверные значения критерия Фишера

Был проведен анализ режима и рациона питания женщин 50-59 лет.

Установлено, что большинство женщин, страдающих остеопорозом, принимают пищу 1-2 раза в сутки (их в 2,2 раза больше, чем женщин с нормальной костной массой).

Завтракают женщины, в основном, ежедневно. Однако женщины, страдающие остеопорозом, завтракают ежедневно в 1,5 раза реже, чем женщины с нормальной костной массой. В группе женщин, страдающих остеопорозом, многие завтракают от случая к случаю (их в 1,7 раза больше, чем в группе с нормальной костной массой).

У большинства женщин с нормальной костной массой прием пищи приходится на обед. Женщины, страдающие остеопорозом, принимают пищу в обед реже в 1,6 раза по сравнению с женщинами, у которых наблюдается нормальная костная масса (рис. 1).

Рис. 1. Режим питания женщин 50-59 лет.

Анализ полученных данных показал, что женщины в возрасте от 50 до 59 лет, страдающие остеопорозом, питаются нерегулярно.

Нами проведен анализ рациона питания в этой возрастной категории женщин.

В группе женщин с нормальной костной массой отмечается ежедневное употребление мяса (их в 1,8 раза больше, чем в группе женщин с остеопорозом), в то время как среди, страдающих остеопорозом, в 2,1 раза больше женщин, употребляющих мясо только 1-2 раза в неделю. Очевидно, что у женщин с низкой костной массой нарушение режима приема пищи и недостаточное потребление рыбы, богатой кальцием и витамином D, мяса приводят к снижению костной массы.

Ежедневно употребляют кофе женщины с низкой костной массой в 2,6 раза больше, чем женщины с нормальной костной массой. Менее одного раза в неделю употребляют кофе в 2,6 раза меньше женщин с низкой костной массой, по сравнению с женщинами с нормальной костной массой (рис. 2).

Рис. 2. Рацион питания женщин 50-59 лет.

Факторы риска были распределены по ранговому значению.

Ранжирование факторов риска остеопороза (рис. 3) показало, что на первом месте располагается употребление мяса 1-2 раза в неделю, на втором – ожирение I степени, на третьем – нормальные значения индекса массы тела, на четвертом – употребление пищи 1-2 раза в день, на пятом – ежедневное употребление кофе. Первое место занимает фактор режима питания, далее следуют факторы индексу массы тела и затем – показатели рациона питания.

Рис. 3. Ранжирование показателей питания и индекса массы тела женщин, страдающих остеопорозом (% от общего числа женщин 50-59 лет, страдающих остеопорозом).

Выводы

1. Оценивая индекс массы тела у всех обследованных лиц, можно сделать вывод, что остеопороз у женщин 50-59 лет, проживающих в Волгоградском регионе, развивается не только у тех, кто имеет низкий индекс массы тела, но и у женщин с нормальным индексом массы тела и ожирением I степени.
2. Нами установлено, что проведение профилактических мероприятий, включающих изменение условий употребления пищи и распорядка дня (факторы режима питания являются модифицированными), способны улучшить качество жизни пожилых женщин и тем самым снизить у них риски развития остеопороза.

1. Вербовой А.Ф., Пашенцева А.В., Шаронова Л.А. Остеопороз: современное состояние проблемы. Терапевтический архив. 2017;05:90-97.
2. Лукьянчикова Н.С., Шарапова Е.И. Комплексный подход к реабилитации пациентов с остеопорозом. Остеопороз и остеопатии. 2017;20(1):39-43.
3. Мкртумян А.М., Бычков А. Остеопороз как важная проблема современного здравоохранения. Стронция ранелат (Бивалос) – инновационный препарат для лечения постменопаузального остеопороза и остеопороза у мужчин. "Эффективная фармакотерапия. Эндокринология 2011;6:22-29.