

REFERENCES

1. Venevceva YUL, Mel'nikov AH, Avdeeva OS, Bolotskih MV, Saulin AA Komp'yuternaya elektrokardiografiya i holterovskoe monitorirovanie u zdorovykh studentov: ekhokardiograficheskie paralleli. Vestnik aritmologii. 2005; №39–1: 27.
2. Mel'nik SN, Mel'nik VA, Sukach ES, Tkachenko PV Vliyanie fizicheskoy i umstvennoy nagruzki na sostoyanie central'noy i mozgovoy gemodinamiki molodykh lyudej v zavisimosti ot tipa krovoobrashcheniya i cerebral'noj mikrocirkulyacii. Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». 2016; №1: 117-123.
3. Mel'nik SN, Sukach ES, Savchenko OG Sostoyanie central'noj gemodinamiki molodykh lyudej v zavisimosti ot tipa krovoobrashcheniya pri fizicheskikh nagruzkah. Problemy zdorov'ya i ekologii. 2014; №3 (41): 116-120.
4. Zhizhenina LM, Klokova TB Ocenka adaptacii serdechno-sosudistoj sistemy u studentov v usloviyah ekzamenacionnogo stressa Molodoj uchenyj. 2015; №23-2 (103): 123-126.
5. Belaya IY, Kolomiets VI, Vislouh GYe Vector electrocardiography in the diagnostics of focal changes in the myocardium. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2015; T.20, №4S: 41-46.
6. Grechkina LI Donozologicheskaya harakteristika pokazatelej gemodinamiki u mal'chikov-urozhencev goroda Magadana s raznym tipom samoregulyacii krovoobrashcheniya. Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya. 2016; №1 (274): 22-26.
7. Starshov AM, Smimov IV Reografiya dlya professionalov. Metody issledovaniya sosudistoj sistemy. Moskva, Poznavat. kn. Press; 2003. 80 s.
8. Platonov AE Statisticheskij analiz v medicine i biologii: zadachi, terminologiya, logika, komp'yuternye metody. Moskva, Izdvo RAMN; 2000. 52 s.

Адрес для корреспонденции

246000, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Ланге, 5,
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии,
тел. моб.: +375 29 3414820,
e-mail: melniklana26@tut.by
Мельник Светлана Николаевна

Сведения об авторах

Мельник Вероника Викторовна – студентка 2 курса лечебного факультета группы 1203 УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Address for correspondence

246000, The Republic of Belarus,
Gomel, Lange Str., 5,
Gomel State Medical University,
Department of biology with courses of normal and pathological physiology,
Mob. tel.: +375 29 3414820,
e-mail: melniklana26@tut.by
Melnik Svetlana Nikolaevna

Information about the authors

Melnik Veronika Viktorovna – 2nd year student of the Medical Faculty of the group № 1203 of Belarusian State Medical University.

Поступила 03.05.2019

УДК 616.71-007.21-036.86.-053.2:612.6.03/057

**НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,
ПРОЯВЛЯЮЩИМИСЯ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ**

И. Т. Дорошенко

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
г. Минск, Республика Беларусь**

Цель: выделить основные гендерно-возрастные закономерности и нозологические единицы, приводящие к инвалидности среди детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью.

Материалы и методы. Объектом анализа являлась медицинская документация на 2197 детей с низкорослостью.

Результаты. Установлено, что девочки имеют более высокий риск ($p < 0,001$) инвалидизации, чем мальчики, при этом у детей, проживающих в сельской местности, он выше, чем у детей, живущих в городе ($p < 0,05$). Наблюдается линейный рост случаев инвалидности по мере взросления с достижением пика в старшем школьном возрасте ($33,2 \pm 2,0 \%$). Наиболее часто причиной инвалидности у детей с низкорослостью является дефицит гормона роста ($49,8 \pm 2,1 \%$).

Заключение. Структура инвалидности у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, зависит от гендерно-возрастных различий пациентов и обусловлена наличием определенных заболеваний.

Ключевые слова: низкорослость, дети, дети-инвалиды.

Purpose: to distinguish the main gender-age patterns and nosological units leading to disability among children with syndromes and diseases manifested by short stature.

Materials and methods. The object of the analysis was medical documentation for 2197 children with short stature.

Results. It has been established that girls have a higher risk ($p < 0.001$) of disability than boys, while children living in rural areas are higher than in the city ($p < 0.05$). There is a linear increase in disability to the senior school age ($33.2 \pm 2.0 \%$). A pituitarism caused disability most often ($49.8 \pm 2.1 \%$).

Conclusion. The structure of disability in children with syndromes and diseases associated with short stature depends on the gender and age differences of patients and is due to the presence of certain diseases.

Key words: dwarfism, child, disabled children.

I. T. Doroshenko

Nosological and Gender-Age Features of Disability in Children with Syndrome and Disease, Manifested by Short Stature

Problemy zdorov'ya i ekologii. 2019 Apr-Jun; Vol 60 (2): 85–89

Введение

Детская инвалидность представляет собой одну из важных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны, а также служит индикатором состояния здоровья детского населения и качества оказания медицинской помощи детям и их матерям [1, 2]. Одно из лидирующих мест в структуре первичной инвалидности детского населения Республики Беларусь за последние годы принадлежит болезням эндокринной системы, расстройствам питания и нарушениям обмена веществ [3, 4, 5].

Согласно классификации педиатрических эндокринологических диагнозов, низкорослость определяется как рост ниже 2,0 среднего сигмального отклонения роста (ниже 2,3 перцентиля) для данного возраста, пола и в данной популяции, обусловленный нарушением роста кости в предыдущем возрастном периоде, который выражается в виде уменьшенной скорости роста по меньшей мере в течение одного периода жизни [6]. Низкорослость может являться единственным симптомом довольно широкого круга заболеваний, где оценка показателей физического развития ребенка будет иметь важное значение для контроля за состоянием его здоровья [7, 8]. Многие эндокринные, соматические и генетические заболевания сопровождаются задержкой роста, которая в последующем формирует популяцию низкорослых людей. Согласно литературным данным, удельный вес детей с выраженной задержкой роста колеблется в различные возрастные периоды от 2–3 до 8 % [8, 9].

Результаты научных исследований свидетельствуют, что причины приводящие к задержке роста у детей неоднородны. Ученые Республики Узбекистан считают, что в популяции детей раннего и младшего школьного возраста задержка роста чаще обусловлена врожденным гипотиреозом, соматотропной недостаточностью и наследственными заболеваниями, а подросткового возраста — соматогенной низкорослостью, конституциональной задержкой физического и полового развития, синдромом позднего пубертата, синдромом неправильного пубертата и хромосомными заболеваниями [10]. Значительное влияние (18 %) соматической патологии на формирование задержки роста отмечают ученые Республики Казахстан [11]. Анализ причин низкорослости у детей и подростков Ставропольского края показал преобладание неэндокринных форм заболеваний на формирование нарушений роста (73,3 %) [8].

Цель исследования

Выделить основные гендерно-возрастные закономерности и нозологические формы,

приводящие к инвалидности среди детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью.

Материалы и методы

Объектом изучения явилась медицинская документация ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» на 2197 детей с низкорослостью в возрасте от 1 месяца до 18 лет.

Ретроспективный анализ включал медицинскую документацию на 1457 ($66,3 \pm 1,0$ %) мальчиков и 740 ($33,7 \pm 1,0$ %) девочек, средний возраст которых составил $10,0 \pm 4,3$ года: среди мальчиков — $10,3 \pm 4,3$, девочек — $9,4 \pm 4,3$.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Применялись методы описательной статистики. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (р), %, стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Сравнение качественных признаков, в случае отклонения значений от нормального распределения при числе ожидаемого явления $10 \geq$ проводилось с использованием критерия χ^2 , при числе ожидаемого явления < 10 — χ^2 с поправкой Йейтса. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов изучения медицинской документации показал, что среди 2197 детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, ограничение жизнедеятельности и, соответственно, инвалидность имели 579 ($26,4 \pm 0,9$ %) пациентов.

Среди лиц мужского пола инвалидами являлись $23,7 \pm 1,1$ % детей, а среди женского — $31,6 \pm 1,7$ %, что достоверно свидетельствует о более высоком риске инвалидизации среди девочек с низкорослостью по сравнению с мальчиками ($\chi^2 = 15,545$, $p < 0,001$).

Инвалидность была выявлена у $25,2 \pm 1,0$ % детей, проживающих в городской местности, и у $31,5 \pm 2,3$ % — в сельской. Следовательно, риск возникновения инвалидности у сельских детей статистически выше ($\chi^2 = 6,352$, $p < 0,05$).

Среди 2197 детей с верифицированными синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, было 3 случая ($0,1 \pm 0,1$ %) в возрасте до года (грудной возраст), 60 ($2,7 \pm 0,3$ %) — 1–2 лет (преддошкольный возраст), 373 ($17,0 \pm 0,8$ %) — 3–5 лет (дошкольный возраст), 536 ($24,4 \pm 0,9$ %) — 6–9 лет (младший школьный), 662 ($30,1 \pm 1,0$ %) — 10–13 лет (средний школьный), 563 ($25,6 \pm 0,9$ %) — 14–17 лет (старший школьный).

При этом среди данного контингента инвалидами являлись 2 ($0,3 \pm 0,2 \%$) пациента в возрасте до года, 16 ($2,8 \pm 0,7 \%$) — 1–2 года, 92 ($15,9 \pm 1,5 \%$) — 3–5 лет, 116 ($20,0 \pm 1,7 \%$) — 6–9 лет, 161 ($27,8 \pm 1,9 \%$) — 10–13 лет, 192 ($33,2 \pm 2,0 \%$) — 14–17 лет.

В ходе исследования было установлено, что среди детей с низкорослостью наблюдает-

ся линейный рост случаев инвалидности по мере взросления с достижением пика ($33,2 \pm 2,0 \%$) в возрастной группе старшего школьного (14–17 лет) возраста.

Анализ случаев инвалидности у детей с низкорослостью позволил выявить распространенность случаев инвалидности среди данных детей в разных возрастных группах (таблица 1).

Таблица 1 — Распространенность случаев инвалидности у детей с низкорослостью в разных возрастных группах

Возраст		n	Дети, не имеющие инвалидности		Дети-инвалиды		Достоверность различия
			абс.	$p \pm m_p, \%$	абс.	$p \pm m_p, \%$	
1	Грудной	3	1	$33,3 \pm 33,3$	2	$66,7 \pm 33,3$	$\chi^2_{36} = 9,015$, $p < 0,001$; $\chi^2_{4-6} = 20,525$, $p < 0,001$; $\chi^2_{5-6} = 13,722$, $p < 0,001$
2	Преддошкольный	60	44	$73,3 \pm 5,7$	16	$26,7 \pm 5,7$	
3	Дошкольный	373	281	$75,3 \pm 2,2$	92	$24,7 \pm 2,2$	
4	Младший школьный	536	420	$78,4 \pm 2,0$	116	$21,6 \pm 2,0$	
5	Средний школьный	662	501	$75,7 \pm 1,7$	161	$24,3 \pm 1,7$	
6	Старший школьный	563	371	$65,9 \pm 2,0$	192	$34,1 \pm 2,0$	

Доля детей старшего школьного возраста с низкорослостью, имеющих инвалидность ($34,1 \pm 2,0 \%$), была достоверно выше ($p < 0,001$), чем дошкольного, младшего и среднего школьного возраста.

Результаты оценки влияния гендерных различий на формирование инвалидности в разные возрастные периоды свидетельствуют, что среди пациентов дошкольного и старшего школьного возраста инвалидами чаще становились мальчики ($p < 0,05$) по сравнению с па-

циентами младшего школьного возраста (таблица 2). При этом в других возрастных группах влияние на инвалидность гендерных различий установлено не было.

В ходе анализа выявлен факт, что наиболее часто ($49,8 \pm 2,1 \%$) инвалидность имела место у пациентов с низкорослостью, обусловленной дефицитом гормона роста ($52,2 \pm 2,9 \%$ — изолированный дефицит гормона роста, $48,8 \pm 2,9 \%$ — множественная недостаточность гормонов гипофиза) (рисунок 1).

Таблица 2 — Процентное и количественное распределение детей-инвалидов с низкорослостью различного возраста ($n = 579$)

Возраст		n	Мальчики		Девочки		Достоверность различия
			абс.	$p \pm m_p, \%$	абс.	$p \pm m_p, \%$	
1	Грудной	2	2	100,0	—	—	$\chi^2_{3-4} = 5,859$, $p < 0,05$; $\chi^2_{4-6} = 3,915$, $p < 0,05$
2	Преддошкольный	16	8	$50,0 \pm 12,9$	8	$50,0 \pm 12,9$	
3	Дошкольный	92	63	$68,0 \pm 4,8$	29	$31,5 \pm 4,8$	
4	Младший школьный	116	59	$50,9 \pm 4,6$	57	$49,1 \pm 4,6$	
5	Средний школьный	161	92	$57,1 \pm 3,9$	69	$42,9 \pm 3,9$	
6	Старший школьный	192	121	$63,0 \pm 3,5$	71	$37,0 \pm 3,5$	
Всего:		579	345	$66,3 \pm 1,0$	234	$33,7 \pm 1,0$	



Рисунок 1 — Нозологическая структура инвалидности у детей с низкорослостью ($n = 579$)

Несколько реже к инвалидности приводила низкорослость смешанного генеза, которая встречалась в $12,5 \pm 1,4$ % случаев, и генетический нанизм — в $11,9 \pm 1,3$ %. Конституциональная и семейная низкорослость наблюдалась у $8,1 \pm 1,1$ % детей-инвалидов, а соматогенный нанизм — у $7,3 \pm 1,1$ %, но в данных случаях причиной инвалидности послужили сопутствующие пороки развития и хронические заболевания, приводящие к нарушению функций других систем организма.

В то же время гипотиреоз являлся причиной низкого роста у $5,4 \pm 0,9$ % детей-инвалидов, а скелетные дисплазии — у $3,1 \pm 0,7$ %. Другая патология была представлена единичными случаями.

Изучение случаев инвалидности, обусловленной разными видами патологии, относительно случаев инвалидности, обусловленной конституциональной и семейной низкорослостью, позволило установить, что у детей с множественной недостаточностью гормонов гипофиза (100,0 %), изолированным дефицитом гормона роста ($78,2 \pm 3,0$ %), генетическим нанизмом ($75,0 \pm 4,5$ %), соматогенным нанизмом ($59,2 \pm 5,8$ %), гипотиреозом ($29,0 \pm 4,4$ %), скелетными дисплазиями ($52,9 \pm 8,6$ %) и низкорослостью смешанного генеза ($14,8 \pm 1,6$ %) достоверно чаще ($p < 0,001$) встречаются случаи инвалидности по сравнению с детьми, имеющими конституциональную и семейную низкорослость (таблица 3).

Таблица 3 — Распределение случаев инвалидности у детей с низкорослостью в зависимости от нозологии

Нозология		n	Дети, не имеющие инвалидности абс./ $p \pm m_p$, %	Дети-инвалиды абс./ $p \pm m_p$, %	Достоверность различий
1	Конституциональная и семейная низкорослость	1036	989/95,5 \pm 0,6	47/ 4,5 \pm 0,6	—
2	Генетический нанизм	92	23/25,0 \pm 4,5	69/75,0 \pm 4,5	$\chi^2_{1-2}=447,115$, $p < 0,001$
3	Гиперкортицизм	6	—	6/100,0	$\chi^2_{1-3}=93,705$, $p < 0,001$
4	Гипопаратиреоз	1	—	1/100,0	$\chi^2_{1-4}=4,668$, $p < 0,05$
5	Гипотиреоз	107	76/71,0 \pm 4,4	31/29,0 \pm 4,4	$\chi^2_{1-5}=87,269$, $p < 0,001$
6	Изолированный дефицит гормона роста	193	42/21,8 \pm 3,0	151/ 78,2 \pm 3,0	$\chi^2_{1-6}=648,441$, $p < 0,001$
7	Микроаденома гипофиза	22	21/95,5 \pm 4,5	1/4,5 \pm 4,5	—
8	Множественная недостаточность гормонов гипофиза	138	—	138/100,0	$\chi^2_{1-8}=828,835$, $p < 0,001$
9	Низкорослость смешанного генеза	487	415/85,2 \pm 1,6	72/14,8 \pm 1,6	$\chi^2_{1-9}=47,019$, $p < 0,001$
10	Псевдогипопаратиреоз	3	—	3/100,0	$\chi^2_{1-10}=40,496$, $p < 0,001$
11	Психосоциальный нанизм	7	7/100,0	—	—
12	Скелетные дисплазии	34	16/47,1 \pm 8,6	18/52,9 \pm 8,6	$\chi^2_{1-12}=126,830$, $p < 0,001$
13	Соматогенный нанизм	71	29/40,8 \pm 5,8	42/59,2 \pm 5,8	$\chi^2_{1-13}=260,768$, $p < 0,001$

Анализ нозологической структуры инвалидности у детей разного пола показал, что изолированный дефицит гормона роста ($29,9 \pm 2,5$ %) превалировал среди мальчиков-инвалидов, а множественная недостаточность гормонов гипофиза ($26,5 \pm 2,9$ %) — среди девочек-инвалидов.

При анализе влияния гендерных различий на возникновение инвалидности при отдельных видах патологии, приводящих к низкорослости, установлено, что мальчики доминировали среди лиц с изолированным дефицитом гормона роста ($\chi^2 = 5,837$, $p < 0,05$), низкорослостью смешанного генеза ($\chi^2 = 3,986$, $p < 0,05$) и гипотиреозом ($\chi^2 = 7,940$, $p < 0,01$), а девочки — генетическим нанизмом ($\chi^2 = 18,859$, $p < 0,001$). Выявлено отсутствие данной взаимосвязи при множественной недостаточности гормонов гипофиза, конституциональной и семейной низкорослости, соматогенном нанизме, скелетных дисплазиях,

гиперкортицизме, псевдогипопаратиреозе, гипопаратиреозе и микроаденоме гипофиза.

Заключение

Таким образом, на распространенность случаев инвалидности у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, влияют пол ($p < 0,001$), возраст ($p < 0,001$), место жительства ($p < 0,05$) и наличие определенных заболеваний ($p < 0,05$). Структура инвалидности у детей с низкорослостью зависит от гендерно-возрастных различий пациентов и вида патологии, которая привела к инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смычек ВБ. Основы МКФ. Минск, Республика Беларусь: БГАТУ; 2015. 432 с.
2. Смычек ВБ, Голикова ВВ, Исайкина АА, Субель ИВ. Современные подходы к медико-социальной оценке функционирования и ограничения жизнедеятельности у детей-инвалидов. *Медицинские новости*. 2012; 11: 17-23.

3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014 г. Минск, Республика Беларусь: ГУ РНМБ; 2015. 282 с.
4. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. Минск, Республика Беларусь: ГУ РНМБ; 2016. 278 с.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2016 г. Минск, Республика Беларусь: ГУ РНМБ; 2017. 277 с.
6. International Classification of Pediatric Endocrine Diagnoses [Electronic resource]. International Classification of Pediatric Endocrine Diagnoses; 2018. [cited 2019 Jan 9]. Available from: <http://www.icped.org/>
7. Мельник ВА. Морфофункциональные показатели физического развития городских школьников в перипубертатный период: монография. Гомель, Республика Беларусь: ГомГМУ; 2014. 248 с.
8. Атанесян РА, Климов ЛЯ, Углова ТА, Андреева ЕИ, Санеева ГА. Этиологическая и возрастно-половая структура низкорослости у детей и подростков в ставропольском крае. *Практическая медицина*. 2014; 9 (85):135-139.
9. Дедов ИИ, Петеркова ВА Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. Москва, РФ: Практика; 2014. 442 с.
10. Исмаилов СИ, Ибрагимова НШ, Нугманова ЛБ. Частота встречаемости вариантов задержки роста у детей и подростков узбекской популяции. *Сибирский медицинский журнал*. 2011; 4 (2):237-240.
11. Крыкбаева Ж, Дюсенова СБ. Особенности синдрома задержки роста у детей. *Успехи современного естествознания*. 2013; 9: 53.
8. Atanesyan RA, Klimov LYA, Uglova TA, Andreeva EI, Saneeva GA. Etiologicheskaya i vozrastno-polovaya struktura nizkoroslosti u detej i podrostkov v stavropol'skom krae. *Prakticheskaya medicina*. 2014; 9 (85):135-139. (in Russ.)
9. Dedov II, Peterkova VA Federal'nye klinicheskie rekomendacii (protokoly) po vedeniyu detej s endokrinnymi zabolevaniyami. Moskva, RF: Praktika; 2014. 442 s. (in Russ.)
10. Ismailov SI, Ibragimova NSH, Nugmanova LB. CHastota vstrechaemosti variantov zaderzhki rosta u detej i podrostkov uzbekskoj populyacii. *Sibirskij medicinskij zhurnal*. 2011; 4 (2):237-240. (in Russ.)
11. Krykbaeva ZH, Dyusenova SB. Osobennosti sindroma zaderzhki rosta u detej. *Uspekhi sovremennoego estestvoznaniya*. 2013; 9: 53. (in Russ.)

Адрес для корреспонденции

223027, Республика Беларусь,
район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93,
Минский р-н, Минская обл.,
ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»,
лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей,
Тел. моб.: +375 25 9767161,
e-mail: irinadoroshenkot@gmail.com
Дорошенко Ирина Тоймуродовна

Сведения об авторах

Дорошенко И.Т., научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации детей, аспирант ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

Address for correspondence

223027, The Republic of Belarus,
district v. Yuhnovka, Kolodishchansky v/c, 93,
Minsk district, Minsk region,
SI «National scientific and practical center for medical assessment and rehabilitation»,
laboratory of medical assessment and rehabilitation of children,
Mob.tel.: +375 25 9767161,
e-mail: irinadoroshenkot@gmail.com
Doroshenko Irina Toymuradovna.

Information about the authors

Doroshenko I.T., researcher of the laboratory of medical assessment and rehabilitation of children, postgraduate SI «National scientific and practical center for medical assessment and rehabilitation».

Поступила 10.05.2019

УДК 616.4:616.15-053.8(476-25)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А. В. Величко, И. В. Веялкин, А. В. Рожко, Ю. И. Ярец

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель: изучить частоту встречаемости гиперкальциемии (ЧВ ГКЭ) среди взрослого населения Гомельской области.

Материалы и методы. Представлены результаты выборочного исследования распространенности гиперкальциемии у жителей Гомельской области. Обследовано 1366 человек (женщин — 884, мужчин — 482) от 20 до 71 года, которым было выполнено исследование общего кальция сыворотки крови арсеназным методом.

Результаты. Медиана возраста пациентов составила 32,0 [32,0; 54,0] года. Гиперкальциемия выявлена у 41 человека 3,0 (2,16–4,0) % и была значимо выше у мужчин (4,0 (2,55–6,0) %) по сравнению с женщинами (2,0 (1,48–4,0) %), $p=0,07$. Достоверных различий в распространенности гиперкальциемии у лиц старше 45 лет (3,6 (2,2–5,5) %) и более молодых (2,6 (1,6–3,9) %) отмечено не было ($p=0,33$). В то же время статистически значимые различия наблюдались у женщин между возрастными группами 30–39 (1,2 (0,4–2,7) %) и 40–49 лет (10,7 (2,3–28,2) %), $p=0,01$.

Заключение. Полученный нами результат свидетельствует о достаточно большой доле среди населения Гомельской области людей с высоким содержанием кальция в крови, что может говорить о наличии у них определенной скрытой патологии.

Ключевые слова: гиперкальциемия, частота встречаемости, первичный гиперпаратиреоз.