

роприятий первичной и вторичной профилактики ССЗ. Первичная профилактика включает в себя снижение уровней воздействия вредных производственных факторов риска, наиболее раннее выявление признаков их воздействия на работающих при проведении медицинских осмотров.

Комплекс мер по вторичной профилактике состоит из своевременной и качественной диагностики с определением степени выраженности нарушений, выделением групп диспансерного наблюдения и обязательных регулярных и дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ЛЕПТИН И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Я. А. ГОРБАТОВСКИЙ¹, Н. В. МАЛЬЦЕВА¹, А. В. МОРОЗОВА¹, С. В. АРХИПОВА²

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

² Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Городская клиническая больница № 29», Новокузнецк, Россия

Введение. Известна неблагоприятная роль злоупотребления алкоголем в развитии артериальной гипертензии (АГ) и патологии печени. Метаболический синдром (МС) является фактором риска повышения артериального давления (АД) и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Установлено, что лептин участвует в патогенезе алкогольной болезни печени (АБП) и НАЖБП и его уровень в сыворотке крови сопряжен с АГ.

Цель. Сравнительная оценка параметров МС и сывороточного уровня лептина у пациентов с АБП и НАЖБП с повышенным и нормальным АД по сравнению с лицами без патологии печени.

Материалы и методы. Обследованы 204 человека, среди которых 100 человек – группа контроля (лица без патологии печени, 42 мужчины и 58 женщин), 31 – пациенты с АБП (20 мужчин и 11 женщин), 73 – пациенты с НАЖБП (12 мужчин и 61 женщина). АБП диагностировали на основании сбора алкогольного анамнеза (опрос пациента и его родственников), наличия характерных стигм заболевания (одутловатость лица, контрактура Дюпюитрена, телеангиоэктазии, гинекомастия, периферическая полинейропатия и др.), по лабораторным показателям (повышение уровня ГГТ, АсАТ/АлАТ>2), характерным УЗ-признакам (жировой гепатоз/гепатомегалия/признаки цирроза печени). Диагноз НАЖБП устанавливали при исключении вирусного, алкогольного, аутоиммунного и лекарственного поражений печени по наличию у пациентов абдоминального ожирения и других компонентов МС (нарушение углеводного и липидного обменов), признаков стеатоза печени по данным УЗИ органов брюшной полости. У обследуемых измеряли: АД по методу Короткова, индекс массы тела (ИМТ) в кг/м² и размер окружности талии (ОТ) в см. Сывороточную концентрацию лептина

определяли иммуноферментным методом с помощью набора реагентов DRG Leptin (Sandwich) ELISA (Germany), а содержание общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови – ферментным колориметрическим методом. Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью статистических программ InStatII, Microsoft Excel. Результаты представлены как среднее значение ± стандартная ошибка среднего, для сравнительных оценок использовали непараметрический критерий Манна – Уитни (P), n – число обследованных лиц. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты. В группе с АБП у гипертоников по сравнению с нормотониками обнаружено увеличение: ИМТ (29,7±1,8 кг/м², n=13, против 25,9±1,3 кг/м², n=18, P=0,0163), ОТ у мужчин (102,5±2,1 см, n=6, против 88,8±3,5 см, n=14, P=0,02), уровня ХС (6,5±0,8 ммоль/л, n=12, против 4,8±0,3 ммоль/л, n=17, P=0,03) и ТГ (2,2±0,4 ммоль/л, n=12, против 1,3±0,2 ммоль/л, n=17, P=0,0253), а также тенденция к повышению уровня лептина как у мужчин (15,9±3,5 нг/мл, n=6, против 9,5±2,9 нг/мл, n=14, P=0,0622), так и у женщин (37,6±12,0 нг/мл, n=7, против 20,2±3,6 нг/мл, n=4). В группе с НАЖБП и группе контроля соответствующих различий не выявлено, за исключением ОТ, которая была увеличена у женщин-гипертоников по сравнению с женщинами-нормотониками в группе контроля (84,5±2,3 см, n=19, против 75,6±2,4 см, n=22, P=0,0135).

Заключение. Алкоголь-обусловленная АГ при АБП так же ассоциирована с ожирением и нарушением липидного обмена, как АГ при НАЖБП. Для выявления связи лептина с АГ при АБП необходимы дополнительные исследования.