

Результаты. У обследованных больных выявлена тенденция к гиперкоагуляции: уровень фибриногена был увеличен до $(4,15 \pm 0,34)$ г/л, АЧТВ сокращено до $(29,0 \pm 5,3)$ с (у здоровых — $(3,42 \pm 0,43)$ г/л и $(35,0 \pm 6,5)$ с соответственно). Конъюнктивный индекс у больных ХП в сочетании с МС был повышен до $(5,11 \pm 0,54)$ ($p < 0,05$) в сравнении с контролем $(1,88 \pm 0,23)$. Дисперсия интервала QT у больных ХП в сочетании с МС значительно превышала таковую у контрольной группы — $(47,3 \pm 7,0)$ мс и $(28,4 \pm 6,0)$

мс соответственно. Корректированная дисперсия у больных имела тенденцию к увеличению в сравнении со здоровыми (351 ± 32) и составила (365 ± 35) . При этом выявлена прямая умеренная связь между конъюнктивным индексом и дисперсией интервала QT ($r = 0,42$).

Заключение. При ХП в сочетании с МС выявляется увеличение электрической нестабильности миокарда, патогенетически обусловленное нарушением микроциркуляции.

Особенности течения хронического панкреатита у больных с различной акцентуацией характера

Цель работы: изучение акцентуации характера у больных хроническим панкреатитом (ХП) и особенностей клинического течения заболевания при разных акцентуациях.

Материалы и методы. Нами обследованы 46 больных ХП, среди них 9 мужчин и 25 женщин в возрасте от 18 до 67 лет. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2010). Акцентуацию характера определяли с помощью опросника Карла Леонгарда (1976). Контрольную группу составили 32 здоровых человека в возрасте 19–25 лет.

Результаты. При определении акцентуации характера выявлено, что больных ХП преобладали эмотивный (39 %), гипертимный (22 %) и циклотимный (13 %) типы, в контрольной группе чаще встречались экзальтированный и циклотимный типы (36 % и 24 % соответственно). У пациентов с эмотивным типом акцентуации преобладали проявления диспепсического синдрома в виде изжоги у 67 %, тошноты у 56 %, вздутия живота у 56 %, поносов у 44 % больных, боли в животе в той или иной степени беспокоили 100 % больных. При гипертимном типе акцентуации у всех обследованных отмечался болевой абдоминальный синдром с локализацией боли в эпигастральной области, правом подреберье, либо опоясывающего характера, при этом явления диспепсии были не выражены. Среди пациентов с циклотимным типом акцентуации жалобы на боли в животе предъявляли 67 % больных, на тошноту и рвоту — 83 %, на вздутие живота — 67 % опрошенных. Различными были и причины обострения: если пациенты с гипертимным типом акцентуации характера ни с чем не связывали ухудшение самочувствия, то больные с эмотивным и циклотимным типами указывали на связь с эмоциональными нагрузками и, реже, нарушениями питания.

Заключение. Выявлены клинические особенности течения ХП при различных акцентуациях характера, имеющие значение в использовании дифференцированной терапии при обострении ХП.

Михайлова О. Д., Козинава Г. П., Тебенькова А. А., Григус Я. И., Булычев П. В. Ижевская ГМА, Россия

Нарушения функции эндотелия у больных неалкогольной жировой болезнью печени

Цель исследования: установить степень выраженности и роль эндотелиальной дисфункции (ЭД) в возникновении и прогрессировании неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных с ожирением, проанализировать роль провоспалительных цитокинов.

Материал и методы. Обследованных больных НАЖБП (130) разделили на четыре группы: больные стеатозом печени (30), стеатогепатитом (СГ) (38), стеатозом печени и ожирением I–III степени (32), СГ и ожирением I–III степени (30). Группой сравнения были практически здоровые лица (15). Изучали содержание цитокинов в крови — интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухолей- α (TNF- α) методом иммуноферментного анализа. Для оценки инсулинорезистентности использовался индекс НОМА-IR. Функциональное состояние эндотелия определяли по содержанию в крови стабильных метаболитов оксида азота (NO) и эндотелина-1 (ЭТ-1) иммуноферментным методом.

Определяли эндотелий-зависимую (ЭЗВД) вазодилатацию плечевой артерии.

Результаты. Выявлено статистически значимое повышение концентрации глюкозы, инсулина, индекса НОМА, ИЛ-1 β , ИЛ-6 и TNF- α у больных НАЖБП. Показатель концентрации ЭТ-1 в крови в группе больных СГ и ожирением превышал показатель в контроле в 2,5 раза, в группе больных стеатозом печени и ожирением — в 2,2 раза, в группе СГ — в 1,7, в группе больных стеатозом печени — в 1,2 раза. Уровень NO имеет сильную отрицательную корреляционную связь с перечисленными группами больных. ЭЗВД оказалась минимальной у пациентов со СГ и ожирением. Повышение уровня цитокинов в крови больных НАЖБП прямо коррелирует с тяжестью болезни, со степенью ожирения, величиной индекса НОМА, со степенью ЭД.

Выводы. Возникновение и прогрессирование ЭД у больных НАЖБП патогенетически связано с инсулинорезистентностью, ростом содержания провоспалительных цитокинов.

Пивторак Е. В. Винницкий НМУ им. Н. И. Пирогова, Украина, e-mail: ek3727@gmail.com

Особенности липидного обмена при стеатозе печени и поджелудочной железы у больных с ожирением

Цель исследования: установить изменения липидного спектра крови и особенностей регуляции липидного обмена у больных стеатозом печени (СП) и стеатозом поджелудочной железы (СПЖ) в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы. Обследованы 68 больных с избыточной массой тела и ожирением. Среди них 32 пациента со СП, 24 — стеатозом ПЖ и 12 — со стеатозом обоих органов. Группа сравнения представлена пациентами со СП (15) и СПЖ (12), которые имели нормальную массу тела (ИМТ=18–24,9 кг/м²).

Пивторак Е. В., Феджага И. В. Винницкий НМУ им. Н. И. Пирогова, Украина, e-mail: ek3727@gmail.com