

Проводилось антропометрическое исследование, лабораторные исследования. При УЗИ брюшной полости измерялась толщина интраабдоминального жира (ИАЖ) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Пациенты с ХСН II – III ст., злоупотребляющие алкоголем в исследовании не включались.

Результаты исследования. У всех пациентов имел место МС (критерии ВНОК, 2009). ИМТ составил $34,17 \pm 0,8$ кг/м². У 44 больных (88%) выявлена артериальная гипертензия, у 19 (38%) — ИБС. Нарушения углеводного обмена (НУО) выявлены у 20 (40%) больных (сахарный диабет 2-го типа у 16 пациентов, у 4 нарушенная толерантность к глюкозе). Патология гепатобилиарной системы была представлена: ЖКБ — 17 (34%) больных (у 13 в анамнезе холецистэктомия), хронический бескаменный холецистит — у 13 (26%). При УЗИ брюшной полости у 26 пациентов выявлено повышение эхогенности печени, КВР правой доли печени составил $154,7 \pm 3,3$ мм. Толщина ИАЖ колебалась от 32 до 88 мм, в среднем $52,8 \pm 2,4$ мм.

Выявлены корреляционные связи толщины ИАЖ с окружностью талии (ОТ) ($r = 0,69$, $p = 0,000004$), с КВР печени ($r = 0,38$, $p = 0,02$), с размерами желчного пузыря ($r = 0,48$, $p = 0,016$ и $r = 0,74$, $p = 0,000026$ соответственно), с наличием НУО ($r = 0,34$, $p = 0,037$). Также ИАЖ ассоциировался с количеством компонентов МС ($r = 0,36$, $p = 0,035$), которое в свою очередь коррелировало с КВР печени ($r = 0,37$, $p = 0,024$) и гиперэхогенностью печени ($r = 0,38$, $p = 0,019$). Кроме того, толщина ИАЖ коррелировала с уровнем ЛПВП ($r = -0,38$, $p = 0,027$), уровнем мочевой кислоты ($r = 0,62$, $p = 0,05$), глюкозы крови натощак ($r = 0,37$, $p = 0,03$).

Выводы. ИАЖ коррелирует с компонентами МС, оказывая негативное влияние на формирование стеатоза печени и патологии желчного пузыря. Толщина ИАЖ лучше, чем ОТ прогнозирует развитие гепатобилиарной патологии при МС.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Нурмаханова Ж. М., к. м. н., доцент; Бедельбаева Г. Г., д. м. н., профессор; Мухамбетярова С. А., к. м. н., доцент

Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, Алматы

E-mail: bedelbaeva@mail.ru

Цель исследования: изучение состояния гепатобилиарной системы с ожирением и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы исследования. Обследованы 200 больных с ожирением в возрасте от 23 до 56 лет: 102 мужчин и 98 женщин. У 53% больных определялись признаки МС (ВОЗ, 1999). Неалкогольная

жировая болезнь печени (НЖБП) диагностирована у 54% больных, у 17% из них отмечалось повышение уровня аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в 1,5 раза и более, что свидетельствовало о течении стеатогепатита. У 41% выявлены изменения (утолщение и/или уплотнение) стенки желчного пузыря (ЖП). У 4% обнаружены камни, а у 2% — билиарный сладж в ЖП. Еще у 18% больных определялось много рыхлого осадка в полости ЖП.

Результаты исследования. Выявлена положительная корреляция между НЖБП и МС ($r = 0,37$ при $p < 0,05$). У больных НЖБП в отличие от больных без нее был выше уровень АЛТ — ($45,1 \pm 10,8$) ЕД/л и ($23,01 \pm 11,1$) ЕД/л соответственно, $p < 0,05$, мочевой кислоты — ($432,1 \pm 82,3$) мкмоль/л и ($359,1 \pm 84,5$) мкмоль/л, $p < 0,05$, фибриногена — ($4,30 \pm 0,72$) г/л и ($3,47 \pm 0,55$) г/л, $p < 0,05$, инсулина — ($163,40 \pm 103,18$) пмоль/л и ($114,1 \pm 80,7$) пмоль/л, $p < 0,05$ и индекса инсулинорезистентности (НОМА) — ($5,28 \pm 3,74$) и ($3,39 \pm 1,98$), $p < 0,05$. Уровень инсулина и НОМА был выше у больных, имеющих изменения стенки ЖП: инсулин у них составил ($188,4 \pm 78,2$) пмоль/л, у больных с неизменным ЖП — ($161,0 \pm 44,3$) пмоль/л ($p < 0,05$), а индекс НОМА — ($6,1 \pm 0,5$) и ($3,9 \pm 2,7$) соответственно ($p < 0,05$). НЖБП выявлялась у 70% больных с МС и 35% больных без МС ($p < 0,005$). Изменение стенки ЖП выявлены у 46% больных МС и 35% больных без него, осадок в ЖП — у 21 и 14% соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты свидетельствуют о этиопатогенетической взаимосвязи патологии гепатобилиарного тракта и метаболического синдрома.

ОЖИРЕНИЕ И БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Осипенко М. Ф., д. м. н., проф.; Казакова Е. А., к. м. н.; Бикбулатова Е. А., доцент; Шакалите Ю. Д., к. м. н. Новосибирский государственный медицинский университет, МСЧ МВД России, Новосибирск
E-mail: elenabik@ngs.ru

Влияние избыточной массы тела на возникновение и течение заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) активно изучается в настоящее время. Проблема взаимосвязи ожирения и заболеваний ЖКТ освещается со следующих позиций: сочетание компонентов метаболического синдрома (МС) и заболеваний ЖКТ, влияние метаболических нарушений на функциональное состояние и морфологию органов системы пищеварения, роль патологии ЖКТ в формировании дисметаболического статуса. Ожирение прежде всего ассоциировано с метаболическим синдромом и в ряде исследований получены