

данные, свидетельствующие о сопряженности метаболического синдрома с рядом заболеваний органов пищеварения.

*Цель исследования.* Оценить взаимосвязь индекса массы тела (ИМТ) с частотой заболеваний ЖКТ.

*Материал и методы исследования.* Обследовано 630 сотрудников органов внутренних дел, проходивших военно-врачебную комиссию (ВВК) в 2002 – 2009 гг.

*Результаты исследования.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) была диагностирована у 256 человек (мужчины, средний возраст  $43,8 \pm 4,6$  года), при этом избыточная масса тела была выявлена в 64,5% случаев. Эрозивные формы среди лиц с ИМТ  $> 25 \text{ кг/м}^2$  встречались чаще по сравнению с неэрозивными (72% vs 62%). Из 65 человек с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), проходивших ВВК (17 женщин и 48 мужчин, средний возраст 46 лет), избыточную массу тела имели 81,5%. Из них дислипидемия выявлена в 77,7% случаев. Среди 149 человек с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), проходивших ВВК (17 женщин, 142 мужчин, средний возраст  $45 \pm 5,4$  года), избыточную массу тела имели 94,6% лиц.

*Выводы.* Выявлена взаимосвязь избыточной массы тела с такими заболеваниями, как неалкогольная жировая болезнь печени, желчнокаменная болезнь, ГЭРБ. Учитывая имеющиеся данные, можно сделать вывод, что влияние избыточной массы тела на развитие заболеваний органов ЖКТ опосредуется через различные эффекты и прежде всего через метаболические и требует дальнейшего изучения.

## ДИЕТИЧЕСКАЯ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Дашкевич О. В., д. м. н.; Низов А. А., к. т. н.; Гершунская В. В.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России,  
 ГБУ РО «Городская больница № 6», Рязань;  
 ФГУП «ВНИРО», Москва, Россия

E-mail: apre14@live.ru

*Цель исследования.* Изучить безопасность и эффективность нового диетического продукта — джема из морской капусты, обогащенного хромом, и метформина в комплексной амбулаторной терапии больных метаболическим синдромом (МС).

*Материал и методы исследования.* В исследование включен 81 пациент с МС, средний возраст  $50,3 \pm 1,9$  лет. Продолжительность наблюдения —  $2,6 \pm 0,9$  года. В группе сравнения (30 человек) пациенты получали рекомендации по моделированию образа жизни. В первой группе (31 человек) дополнительно назначался метформин в суточной дозе 1500 – 2000 мг; пациенты второй группы (20 человек) получали в течение 6 месяцев диетический продукт, разработанный ФГУП «ВНИРО» — джем

из морской капусты, обогащенный хромом (20 г/сут). Изучали динамику массы тела, ИМТ, окружности талии, АД, показателей липидного и углеводного обмена.

*Результаты исследования.* Пациенты, принимавшие метформин, оценили переносимость препарата как хорошую (80%) и удовлетворительную (20%). Все пациенты, принимавшие джем, отмечали хорошую переносимость лечебного продукта. Среднее относительное снижение массы тела в первой группе составило 7,5 кг (8,0%); во второй группе — 4,7 кг (5,1%) и 2,8 кг (3,0%) в группе сравнения. Положительная динамика ОТ у пациентов первой группы — 7,3 см (6,9%); во второй группе — 6,1 см (5,9%); в группе сравнения — 3 см (3,1%). Среднее снижение уровней САД и ДАД в первой группе — 17,1 и 17,3%; во второй группе — 20,5 и 24,2%; в группе сравнения — 10,5 и 13,3%. В первой группе зарегистрировано снижение уровня ХС ЛПНП (34,2%), ТГ (31,6%), базальной (12,5%) и постпрандиальной гликемии (14,9%). Во второй группе снижение ХС ЛПНП составило 28,3%, ТГ — 18,9%, перорального глюкозотолерантного теста — 13,1%. В группе сравнения отмечено снижение ХС ЛПНП на 11,4%, ТГ — на 3,7%.

*Выводы.* Проведенное исследование показало безопасность и хорошую переносимость метформина и джема из морской капусты, обогащенного хромом, в составе комплексной терапии МС. Включение метформина или диетического продукта в терапию больных МС приводит к существенной положительной динамике антропометрических и клинико-лабораторных показателей.

## О РОЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В НАРУШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ЖКБ)

Сучкова Е. В., к. м. н.; Хохлачева Н. А., д. м. н.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Россия

E-mail: e\_suchkova@mail.ru

*Цель:* изучение сопряженности изменений психологического статуса, сократительной функции желчного пузыря и биохимического состава желчи при ЖКБ.

*Материал и методы исследования.* Обследовано 396 больных ЖКБ в возрасте от 21 до 67 лет. При верификации заболевания (УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей, биохимическое исследование желчи) у всех больных установлена физико-химическая стадия ЖКБ. Психологический статус изучался по уровню личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). Сократительную функцию желчного пузыря (СФЖП) исследовали методом динамической эхохолестиографии. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

**Результаты исследования.** При биохимическом исследовании желчи у всех больных выявлено повышение уровня холестерина, снижение уровня желчных кислот и холато-холестеринового коэффициента (ХХК) в порциях В и С желчи, что свидетельствует о ее литогенности. Установлено, что у 100% обследованных уровень ЛТ и РТ превышал показатели контрольной группы ( $32,5 \pm 2,8$  и  $29,4 \pm 3,7$  соответственно) и составил  $47,4 \pm 3,2$  и  $42,5 \pm 2,4$  соответственно. Скорость опорожнения желчного пузыря (СОЖП) была ниже показателей контрольной группы ( $1,02 \pm 0,41\%/мин$ ), составив  $0,85 \pm 0,04\%/мин$ . Для уточнения механизмов желчного камнеобразования, проведен корреляционный анализ между показателями психоэмоционального состояния больных ЖКБ и показателями функционального состояния желчного пузыря, а также между показателями психоэмоционального состояния больных ЖКБ и показателями биохимического исследования желчи.

Между СОЖП и уровнями ЛТ и РТ выявлена отрицательная корреляция ( $r = -0,41$  и  $r = -0,46$ ), что позволяет констатировать факт влияния ЛТ и РТ на СФЖП. Между СФЖП и ХХК желчи порций В и С выявлена прямая зависимость ( $r = 0,54$  и  $r = 0,61$ ), то есть при нарушении СФЖП повышается литогенность желчи.

**Заключение.** При ЖКБ установлена сопряженность ЛТ и РТ, СФЖП и ХХК: наблюдаются последовательные нарушения психологического статуса, функционального состояния желчного пузыря, приводящие к формированию литогенной желчи. Таким образом, психоэмоциональная дезадаптация, коррелирующая с нарушением функционального состояния гепатобилиарной системы и биохимическим составом желчи, дает основание рассматривать ее как патогенетический фактор желчного камнеобразования.

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СИНДРОМ ИЗЖОГИ У ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Литвинова Н. В., к. м. н., ассистент; Осипенко М. Ф., д. м. н., профессор; Волошина Н. Б., д. м. н., профессор; Холин С. И., к. м. н., доцент*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия*

*E-mail: Lina-2007@list.ru*

**Цель исследования.** Оценить клинические проявления и прогностические факторы развития синдрома изжоги через 6 месяцев после холецистэктомии (ХЭ) по поводу желчнокаменной болезни (ЖКТ).

**Материал и методы исследования.** Работа — фрагмент проспективного обсервационного открытого когортного многолетнего наблюдения за больными после холецистэктомии по поводу ЖКБ. Сформирована группа больных с ЖКБ ( $N =$

145) в возрасте от 21 до 83 лет (средний возраст  $56,8 \pm 14,18$  года, медиана — 58 лет), поступивших для холецистэктомии в Городские клинические больницы г. Новосибирска. Через 6 месяцев опрос удалось провести у 126 человек (отклик составил 86,9%). Для диагностики гастроинтестинальных синдромов использованы Международные рекомендации по функциональным заболеваниям (Рим II, 1999). Результаты обработаны с применением пакета статистических программ SPSS 11.5.

**Результаты исследования.** Через 6 месяцев после ХЭ число больных у которых возникла изжога, увеличилось с 5,5% до 24,3% ( $p = 0,0001$ ). При этом лишь у 4 больных (14,3%) синдром изжоги был до операции, а у 24 человек (85,7%) появился впервые. При симптомном течении ЖКБ чувство изжоги у больных возросло с 6,4% до 24%. Напротив, у больных с бессимптомным течением заболевания жалоб на изжогу до ХЭ не было и они в 15,4% впервые испытали чувство изжоги через 6 месяцев после операции. Значимое увеличение числа больных, предъявляющих жалобы на изжогу, очевидно связано с нарушением моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что приводит к возрастанию частоты ГЭРБ, как известно, что изжога является ведущей жалобой у подавляющего большинства больных этим заболеванием. Не было выявлено корреляционной зависимости изжоги с курением ( $p > 0,05$ ). Выявлена корреляционная взаимосвязь симптома изжоги с сопутствующими заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ), коэффициент корреляции равен 0,297 ( $p = 0,003$ ). Методом логистического регрессионного анализа выявлен высокий шанс появления симптома изжоги у больных через 6 месяцев после операции в случае наличия сопутствующими заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ) (OR 5,2; 95% CI 2,28 – 11,91;  $\chi^2 = 15,2$ ;  $p = 0,006$ ). Выявлена корреляционная взаимосвязь симптома изжоги у больных при выполнении ХЭ из мини-доступа, коэффициент корреляции равен 0,195 ( $p = 0,038$ ). Методом логистического регрессионного анализа выявлен высокий шанс появления симптома изжоги у больных через 6 месяцев после операции при выполнении ХЭ из мини-доступа (OR 4,5; 95% CI 1,98 – 20,38;  $\chi^2 = 3,7$ ;  $p = 0,053$ ).

Среди пациентов, испытывающих чувство изжоги после ХЭ, преобладали женщины — 89,3% (мужчины соответственно — 10,7%). Не отмечено корреляционной связи изжоги с полом пациентов ( $p > 0,05$ ). Среди женщин не получено достоверной корреляционной зависимости изжоги после ХЭ с числом беременностей и родов, возрастом и наличием избыточной массы тела, сопутствующими заболеваниями ( $p > 0,05$ ).