

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., Козинова 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

Критериями постановки диагноза «стеатоз» были: снижение денситометрических показателей ткани печени или ПЖ на 3–5 НУ, полученные методом компьютерной томографии брюшной полости. Оценивали липидный профиль крови — показатели липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП) и высокой плотности (ЛПВП), а также индекс атерогенности. Определяли содержание общих липидов, общего холестерина (ХС) и триглицеридов в крови.

Результаты. Во всех группах больных установлено статистически значимое повышение содержания в крови общих липидов, ЛПНП, ЛПОНП по сравнению с группой сравнения. Показатель ЛПВП был достоверно снижен во всех группах больных.

Вычисленные индексы атерогенности указывали на существенный рост риска развития атеросклеротического поражения сосудов у больных во всех группах. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между показателями содержания в крови инсулина и лептина, лептина и НОМА IR, лептина и ЛПНП ($p < 0,05$). Наиболее значимыми маркерами и абсолютными факторами риска развития и прогрессирования СП и СПЖ, а также синдрома ИР является повышение показателей общих липидов крови, общего ХС крови, ЛПНП, триглицеридов и снижение ЛПВП.

Выводы. Исследуемые показатели в группе больных с избыточной массой тела и ожирением достоверно отличались от показателей в группе больных с нормальной массой тела.

Потапова Е. А., Харитонов Л. А.
РНИМУ им. Н. И. Пирогова,
Москва, Россия

Динамика наблюдения за показателями углеводного и липидного обмена у детей с холестериозом желчного пузыря и холелитиазом как профилактика метаболического синдрома у детей

Цель исследования: оптимизировать диагностику ЖКБ и ХЖП у детей путем изучения обменных нарушений в катамнезе.

Материал и методы. Обследован 61 ребенок с ХЖП и ожирением (SDS по ИМТ более 1,99, средний возраст $(12,06 \pm 0,37)$ года), 52 ребенка с ЖКБ и ожирением (SDS по ИМТ более 1,87, средний возраст $(13,06 \pm 0,39)$ года), контрольную группу составили 35 детей без ожирения в возрасте от 3 до 15 лет (SDS по ИМТ — 0,99, средний возраст $(9,68 \pm 0,52)$ года). Всем детям проводились трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов брюшной полости (ТАУЗИ), биохимическое исследование сыворотки крови с определением показателей углеводного и липидного обмена (глюкозы, инсулина, С-пептида, холестерина и его фракций: высокой, низкой, очень низкой плотности, триглицеридов). Для диагностики МС использовались критерии ВОЗ (1999). Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета STATISTIKA 5.5.

Результаты. Определено, что в I группе у 37 (60,6 %) детей имелись признаки

экзогенно-конституционального ожирения, у 24 (39,4 %) — гипоталамического ожирения. У 11 (18,0 %) больных определялась I степень, у 27 (44,3 %) — II, у 11 (18,0 %) — III, а у 12 (19,6 %) детей — IV степень ожирения. Признаки МС имелись у 39 (63,9 %) детей I группы и 21 (40,4 %) II группы. Значения глюкозы сыворотки крови натощак, инсулина, С-пептида и индекса инсулинорезистентности (НОМА) были также выше у детей I группы ($145,57 \pm 96,79$; $3,16 \pm 1,53$; $4,85 \pm 2,81$ и $25,54 \pm 24,43$; $0,56 \pm 1,13$; $1,40 \pm 0,67$ соответственно, $p < 0,05$). Все дети с МС были подросткового возраста.

Выводы. У детей с ЖКБ и ХЖП, протекающих на фоне ожирения, с высокой частотой выявляются лабораторные и клинические признаки МС, что указывает на то, что корни последнего уходят в ранний детский возраст. Все это в совокупности приводит к необходимости динамического наблюдения за показателями холестерина и индекса НОМА от момента выявления первых изменений до 15 лет, что позволит выявлять МС на ранней (обратимой) стадии патологического процесса.

Розумбаева Л. П., Козлова И. В., Бакулев А. Л., Быкова А. П.
Саратовский ГМУ им.
В. И. Разумовского, Россия

Клинические и инструментальные особенности гепатобилиарной системы при псориазе

Цель исследования: оценить частоту встречаемости изменений гепатобилиарной системы у больных с различными формами псориаза.

Примененные методы: биохимическое исследование крови, УЗИ, эластометрия, у части больных — дуоденальное зондирование с исследованием биохимического состава желчи.

В исследование включены 60 больных в возрасте 18–60 лет с распространенным псориазом в стадии прогрессирования, группу сравнения составили 30 пациентов с ограниченным вульгарным псориазом. Критерии исключения: заболевания печени алкогольной, вирусной и иммуногенной природы.

При биохимическом исследовании крови повышение показателей АСТ и АЛТ в основной группе отмечено у 63,3 % исследуемых, в группе

сравнения — у 20 %, изменения уровня холестерина и липопротеидов имели место в основной группе у 71,7 % исследуемых, в группе сравнения — у 36,7 %. Признаки микролитиаза при биохимическом исследовании состава желчи выявлены у 68,3 % в основной группе и у 26,7 % в группе сравнения. Признаки калькулезного холецистита при УЗИ органов брюшной полости обнаружены в основной группе у 56,7 % исследуемых, в группе сравнения — у 10 %. У 18 % исследуемых из основной группы не выявлено отклонений от нормы при использовании указанных методов обследования, в группе сравнения — у 59 %.

Выводы. Таким образом, выявляется корреляция между тяжестью кожных проявлений псориаза и выраженностью патологических изменений в гепатобилиарной системе.

Ройтберг Г. Е., Шархун О. О.
Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия,
e-mail:
olga_sharkhun@mail.ru

Диагностические возможности мониторинга фиброза печени при неалкогольной жировой болезни печени

«Золотым стандартом» диагностики стадии фиброза неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) остается пункционная биопсия печени,

однако для динамической оценки состояния печени чрезвычайно важным является поиск надежных неинвазивных методов диагностики фиброза.