

**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. Корригированная дисперсия у больных имела тенденцию к увеличению в сравнении со здоровыми  $(351 \pm 32)$  и составила  $(365 \pm 35)$ . 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 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухолей- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 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 $\beta$ , ИЛ-6 и TNF- $\alpha$  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/м<sup>2</sup>).

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