

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; Мухамбетьярова 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

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: aprel4@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 эхохолецистографии. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.