

показатели, липидный и углеводный обмен, плазменный уровень адипонектина (АН), ФНО- α . В зависимости от наличия АО пациенты разделены на группы: 1-я группа (n = 25) с наличием АО, 2-я (n = 20) — без АО.

Результаты. Среди пациентов с АО ожирение I ст. диагностировано у 64,0%, II — у 31,4% и III — у 4,6%. У 63,0% пациентов 2-й группы диагностирована избыточная масса тела, а у 37,0% выявлены нормальные значения индекса массы тела (ИМТ). Нарушения липидного обмена в 2,4 раза чаще встречались у больных с АО, чем в группе сравнения ($p < 0,01$). При этом у 68,4% больных с АО была выявлена гиперхолестеринемия, у 20,7% — увеличение ХС ЛПНП, у 33,1% — снижение ХС ЛПВП, а гипертриглицеридемия — у 42,0% ($p < 0,05$). Индекс НОМА-IR коррелировал с ИМТ ($r = 0,3$; $p < 0,001$), ОТ ($r = 0,4$; $p < 0,001$), ОТ/ОБ ($r = 0,2$; $p < 0,001$), уровнем ТГ ($r = 0,3$; $p < 0,001$). Уровень АН у пациентов без АО был в 1,4 раза выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Уровень ФНО- α у больных с АО был в 2,1 раза выше, чем во 2-й группе ($p < 0,05$), отрицательно коррелировал с уровнем ХС ЛПВП ($r = -0,3$; $p < 0,05$) и АН ($r = -0,3$; $p < 0,05$), а положительно — с ОТ ($r = 0,3$; $p < 0,05$) и НОМА-IR ($r = 0,3$; $p < 0,05$).

Выводы. Течение НАЖБП у пациентов с АО сопровождается более выраженными метаболическими нарушениями, что способствует раннему формированию МС, обусловленному дислипидемией, инсулинорезистентностью, развитием воспаления и гипoadипонектинемией.

40. Изменения липидного профиля при изолированном и сочетанном течении хронического панкреатита и сахарного диабета типа 2

Журавлева Л. В., Шеховцова Ю. А.

Харьковский НМУ, Украина

Цель исследования: изучение липидного профиля у пациентов с сочетанным течением хронического панкреатита (ХП) и сахарного диабета типа 2 (СД-2).

Материалы и методы. Исследовали показатели липидного обмена у 63 пациентов. В 1-ю группу (n = 20) были включены больные с сочетанным течением ХП и СД-2, во 2-ю (n = 21) — с ХП, в 3-ю (n = 23) — с СД-2. Средний возраст составил ($52,1 \pm 2,8$) года, $HbA1C < 7,5\%$.

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил ($25,8 \pm 4,2$) $кг/м^2$ во 2-й и ($33,2 \pm 3,7$) $кг/м^2$ — в 1-й и 3-й группах ($p < 0,05$). Дислипидемии достоверно чаще встречались в 1-й группе (67,4%), чем во 2-й и 3-й (44,2% и 52,3% соответственно; $p < 0,05$). Гипертриглицеридемия выявлялась чаще у пациентов 1-й группы (76,3%) в сравнении с пациентами 2-й и 3-й групп (38,4% и 52,8% соответственно; $p < 0,05$). Уровень ОХС во всех группах повышался пропорционально ИМТ ($r = 0,39$; $p < 0,05$). Соотношение ТГ/ХС ЛПВП в 1-й группе было на 38% выше, чем в 2-й, и на 22% выше, чем в 3-й ($p < 0,05$). Показатель ХСЛПНП коррелировал с уровнем ОХС ($r = 0,67$; $p < 0,001$), с ИМТ ($r = 0,38$; $p < 0,001$), с индексом НОМА-IR ($r = 0,18$; $p < 0,001$).

Выводы. При сочетанном течении ХП с СД-2 наблюдается выраженная дислипидемия, взаимосвя-

занная с другими компонентами метаболического синдрома.

41. Резистин и пигментный обмен у больных с неалкогольной жировой болезнью печени в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Журавлева Л. В., Огнева Е. В.

Харьковский НМУ, Украина

Цель исследования: установить уровень резистина и его связь с показателями пигментного обмена у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и при ее сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) с разным трофологическим статусом.

Материалы и методы. Обследованы 90 больных: 1-я группа (n = 20) — больные с изолированной НАЖБП, 2-я группа (n = 20) — больные с сочетанием НАЖБП и СД-2 с нормальной массой тела и 3-я группа (n = 50) — больные с коморбидной патологией и ожирением (индекс массы тела $ИМТ \geq 30$ $кг/м^2$). Контрольная группа (n = 20) — практически здоровые лица. Показатели пигментного обмена определялись биохимическим методом (реактивы «DaspectroMed»). Уровень резистина определялся иммуноферментным методом (реактивы «BioVendor»).

Результаты. Средний уровень резистина достоверно ($p < 0,001$) повышался во всех группах по сравнению с группой контроля, где он составил ($4,87 \pm 0,11$) $нг/мл$, уровень был наиболее высоким в 3-й группе — ($10,0 \pm 0,1$) $нг/мл$ и значимо отличался от показателей в 1-й и 2-й группе — ($7,56 \pm 0,21$) $нг/мл$ и ($8,06 \pm 0,23$) $нг/мл$ соответственно. В 1-й группе корреляции не выявлены. Во 2-й группе резистин коррелировал с конъюгированным билирубином ($r = 0,46$, $p < 0,05$). В 3-й группе выявлена корреляция резистина с общим ($r = 0,59$; $p < 0,05$) и конъюгированным ($r = 0,71$; $p < 0,05$) билирубином.

Выводы. Полученные корреляционные связи между резистином и показателями пигментного обмена подтверждают роль исследуемого показателя в патогенезе НАЖБП, а именно, в прогрессировании синдрома цитолиза, особенно у больных с сопутствующим СД-2 на фоне ожирения. Повышенный уровень резистина в плазме крови может быть дополнительным фактором, отягощающим течение НАЖБП у больных с метаболическими нарушениями.

3

42. Пожилой возраст как фактор риска полиморбидности у пациентов гастроэнтерологического профиля

Задорожная Н. А., Кьергаард А. В.

НГУ физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: zadorozhnaya_10@mail.ru

Цель исследования: оценить особенности течения заболеваний гастроэнтерологического профиля в гериатрической практике; изучить с учетом полиморбидного фона влияние на функционально-морфологическое состояние ЖКТ применения немедикаментозных факторов у больных пожилого и старческого возраста с кислотозависимыми заболеваниями.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 80 пациентов с кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта в возрасте от 65 до 85 лет (основная группа).

Лечебный комплекс включал: МИЛ-терапию от аппарата «Милта» на БАТ с длиной волны 890 нм, диапазоном излучения 800–900 нм, мощностью импульсов 4–7 Вт, с частотой 5 Гц, 15 мин, 10–12 процедур в сочетании с приемом фитосбора по 50 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 24 дней.

Состав фитосбора: кипрей, звербой продырявленный, тысячелистник, пустырник, мята перечная в соотношении 3:3:2:2:2.

Контрольная группа: 30 пациентов с аналогичной патологией, получавших магнито-лазерную терапию, но без приема фитосбора.

Результаты. На фоне проведенного лечения отмечалось улучшение объективно-клинической симптоматики. Отмечалось снижение уровня НР-инфекции. Исследование кислотообразующей функции желудка выявило отсутствие динамики средних значений базальной и стимулированной секреции, однако в обеих группах не было выявлено кислотостимулирующего действия. В основной группе отмечалось достоверное увеличение концентрации нуклеиновых кислот в полостной слизи с одновременным уменьшением ее в полостном соке ($p < 0,05$) и достоверное увеличение содержания фукозы в желудочном соке, что свидетельствовало об улучшении морфологического состояния слизистой желудочно-кишечного тракта.

Заключение. Эффективность лечения в основной и контрольной группе составила 98,8% и 65,3%. При этом в основной группе не наблюдалось развития патологической бальнеореакции, которая бы ограничивала применение физиофакторов в гериатрической практике.

И

43. Сравнительная эффективность методов определения количества жировой ткани в организме для диагностики недостаточности питания у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Иванов С. В.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность методов биоимпедансного анализа (БИА) и калиперометрии для определения количества жировой ткани у пациентов с обострением воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), имеющих недостаточность питания по типу «алиментарный маразм».

Материалы и методы. В исследование были включены 56 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет с обострением ВЗК, имеющих недостаточность питания по типу «алиментарный маразм». Количество жировой ткани определялось методами двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА), БИА и методом калиперометрии, затем результаты БИА и калиперометрии сравнивались с «золотым стандартом» — ДРА. Для статистического анализа использовались непараметрический парный критерий

Уилкоксона, коэффициент корреляции Спирмена и метод Уилсона.

Результаты исследования. У 16 пациентов определено количество жировой ткани в организме с помощью данных трех методов. Результаты БИА статистически не отличались от данных ДРА ($p = 0,469$), как и результаты калиперометрии ($p = 0,163$), но коэффициент корреляции Спирмена между данными БИА и ДРА ($\rho = 0,94$, $p < 0,001$) был значительно выше, чем между данными калиперометрии и ДРА ($\rho = 0,73$, $p = 0,001$). При оценке динамики количества жировой ткани в организме после курса нутритивной поддержки (у 56 пациентов) установлено, что совпадение направленности изменения количества жировой ткани при использовании методов БИА и калиперометрии наблюдалось в 68% случаев (95% ДИ: 54,8%; 78,6%) — два метода демонстрируют различные результаты мониторинга количества жировой ткани.

Заключение. Метод БИА имеет преимущество в точности по сравнению с методом калиперометрии для исследования компонентного состава организма пациентов с ВЗК, имеющих недостаточность питания по типу «алиментарный маразм», как при однократном определении количества жировой ткани в организме, так и для динамической оценки жировой массы на фоне нутритивной поддержки.

44. Изменения микробиоты тощей кишки при хроническом панкреатите и особенности их коррекции

Изатуллаев Е. А., Савицкая И. С.

КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, Центр гастроэнтерологии и эндоскопии, Алматы, Казахстан

Цель исследования: изучить эффективность применения функционального пробиотического продукта, содержащего аэробы — ацидофильные лактобактерии — при синдроме избыточного бактериального роста (СИБР) у больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Задачи исследования: установить наличие СИБР, его степень, качественный и количественный состав пристеночной и полостной микрофлоры путем микробиологического исследования аспирата и биоптата слизистой оболочки тощей кишки у больных хроническим панкреатитом; изучить проявления хронического панкреатита и эффективность приема исследуемого пробиотического продукта для коррекции микробиоты тощей кишки.

Диагностика. Всем больным проводилась интестиноскопия видеодуоденоскопом «Olympus» Ehexa CV-160 с аспирацией содержимого тонкой кишки и посевом аспирата на питательную среду, что считается «золотым стандартом» диагностики СИБР. Метод позволяет достоверно выявить СИБР, определить степень его тяжести, выявить качественный состав микробиоты.

Дизайн исследования. Исследования проводились до назначения продукта и через 3 недели (по завершении курса лечения). Одновременно оценивалась клиническая симптоматика хронического панкреатита.

В общей сложности в исследование включены 20 пациентов с хроническим панкреатитом и наличием СИБР, которым после принятия информированного