

но, что пациенты женского пола и лица с высшим образованием в большей степени следуют рекомендациям врача о приеме антигипертензивных препаратов. Полученные результаты соответствуют литературным данным о влиянии образования и социального статуса на приверженность к терапии. Пациенты с хорошим самочувствием, имеющие более высокий балл по визуально-аналоговой шкале, менее привержены к антигипертензивной терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козловский, В. И. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные / В. И. Козловский, А. В. Симанович // Вестник ВГМУ. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 6–16.
2. Приверженность к лечению и эффективность антигипертензивной терапии среди больных артериальной гипертензией в Тюменской области / А. Ю. Ефанов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 4 (156). – С. 43–48.

УДК 616.36-003.826-037:616.379-008.64

А. Ю. Денисенко

Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РИСК РАЗВИТИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Введение

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – спектр характерных изменений печени преимущественно с крупнокапельным стеатозом у пациентов, не употребляющих алкоголь в количествах, вызывающих повреждение печени [1]. То есть НАЖБП – патологическое изменение состояния печени, возникающее при избыточном отложении жировых капель в гепатоцитах. Существует множество факторов развития НАЖБП, одним из которых является сахарный диабет (СД) 2 типа. На фоне инсулинорезистентности (ИР) увеличивается липолиз, растет концентрация свободных жирных кислот (СЖК) в сыворотке крови вследствие увеличения синтеза и угнетения их окисления в митохондриях с накоплением триглицеридов и снижением экскреции жиров гепатоцитами. Таким образом, возникают условия для формирования жировой дистрофии печени – стеатоза [2].

Неалкогольная жировая болезнь печени находится в центре внимания не только врачей терапевтов и гастроэнтерологов, но и кардиологов, эндокринологов, нефрологов, что связано с существованием тесной взаимосвязи между наличием НАЖБП и высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, хронической болезни почек.

Особое внимание специалисты уделяют скринингу НАЖБП при избытке массы тела, акцентируя внимание на том, что у пациентов с индексом массы тела (ИМТ) $> 30 \text{ кг/м}^2$ (или $> 25 \text{ кг/м}^2$), но с накоплением висцерального жира или дисфункциональной жировой тканью может проявляться НАЖБП с отклонением от нормы ферментов печени или без такового.

В настоящее время механизмы взаимно отягощающего влияния НАЖБП и сердечно-сосудистых заболеваний рассматриваются как компоненты метаболического синдрома. Доказано, что биохимические маркеры атеросклероза и преатерогенные поражения у пациентов с НАЖБП встречаются чаще, чем у лиц без стеатоза, и связаны с повышенным риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в долгосрочной перспективе.

Эксперты сходятся во мнении, что при НАЖБП необходимо выявлять сердечно-сосудистые заболевания независимо от традиционных факторов риска. И наоборот: у лиц, подверженных высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний, должен проводиться скрининг на НАЖБП.

Широкая распространенность и рост частоты неалкогольной жировой болезни печени обуславливают необходимость своевременной профилактики и раннего выявления стеатоза печени, что, безусловно, должно проводиться преимущественно с использованием неинвазивных методов диагностики.

В настоящее время для определения наличия и выраженности стеатоза печени предлагаются расчетные формулы, он-лайн калькуляторы, которые широко представлены в свободном доступе. Одним из достаточно новых неинвазивных и удобных диагностических тестов на НАЖБП является расчет St-index. Актуальность скрининга пациентов на наличие НАЖБП является важным звеном в предупреждении развития осложнений сахарного диабета, а также осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [3].

Цель

Выявить риск развития жирового гепатоза у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

На базе отделения эндокринологии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» было проведено клиническое обследование пациентов. В группу исследуемых вошли 25 пациентов, из них 12 (48 %) мужчин и 13 (52 %) женщин. Все пациенты имеют такие ассоциативные состояния, как избыточная масса тела, сахарный диабет и метаболический синдром. Определялся риск жирового гепатоза St-index. Расчет стеатоиндекса производился по формуле:

$$Y (\text{индекс стеатоза или St-index}) = -3,5856 + 0,0141 \times \text{возраст} + 0,4711 \times \text{СД2} + 4,4373 \times \text{T/P},$$

где T/P – соотношение талии (см)/рост (см) [3].

При интерпретации результатов сравнивались референсные и полученные значения индекса стеатоза, при этом, если $Y > 0,405$, то риск развития стеатоза считается высоким, а если $Y < -0,847$, то риск развития стеатоза – низкий.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа полученных данных было выяснено, что высокий риск развития жирового гепатоза среди пациентов с СД 2 типа имеют 13 человек, что составляет 65 % от общего числа исследуемых. При этом у данных пациентов индекс стеатоза варьировал от 0,44 до 1,48. Пациенты, имеющие средний риск развития НАЖБП с СД 2 типа, занимают 35 % от общего числа пациентов, которые подвергались статистическому анализу. St-index у данных пациентов имеет разбегку от 0,08 до 0,38. Из пациентов, имеющих СД 1 типа, среднюю степень риска развития жирового гепатоза имеют 60 %, а низкий риск – 40 % исследуемых пациентов. При этом среди пациентов с СД 2 типа не было выявлено людей, которые имели бы низкий уровень риска развития стеатоза, что связано с наличием у них 2 типа сахарного диабета, который в свою очередь является одним из факторов риска развития НАЖБП.

Таблица 1 – Средние значения стеатоиндекса у пациентов с СД 1 и 2 типа

St-index	СД 1 типа	СД 2 типа
Мужчины	-0,62	0,46
Женщины	-1,02	0,85

Из данных представленных в таблице видно, что мужчины и женщины, имеющие СД 2 типа, в среднем имеют высокий риск развития жирового гепатоза, при этом женщины более подвержены к развитию НАЖБП, чем мужчины из данной выборки. Пациенты же с СД 1 типа имеют меньше риск к развитию НАЖБП. При этом следует отметить, что у женщин, у которых есть СД 1 типа, в среднем отмечается низкий риск развития стеатоза.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования было выяснено, что St-индекс позволяет с высокой долей вероятности заподозрить НАЖБП. После расчёта данного индекса по формуле, можно сделать вывод о том, что от данных, которые используются для расчёта стеатоиндекса, будет зависеть степень риска развития жирового гепатоза. Сравнивая частоту риска развития стеатоза среди пациентов с СД 1 и 2 типов, можно сказать, что большинство пациентов из данной выборки, у которых был выявлен высокий риск развития жирового гепатоза, имеют сахарный диабет именно 2 типа, что подтверждает его роль как фактора риска в развитии НАЖБП.

Диагностика наличия НАЖБП у пациентов из групп риска является ранним этапом скрининга и позволяет прогнозировать и в дальнейшем предупредить различные осложнения, в том числе сердечно-сосудистые осложнения и осложнения СД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приложение 4 к Клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 01.06.2017 № 54 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_838640_54gastro.pdf. – Дата доступа: 01.04.2023.
2. Пашенцева, А. В. Инсулинорезистентность в терапевтической клинике / А. В. Пашенцева, А. Ф. Вербовой, Л. А. Шаронова // Ожирение и метаболизм. – 2017. – № 14 (2). – С. 9-17.
3. Maev, I. V. A new, non-invasive scale for steatosis developed using real-world data from Russian outpatients to aid in the diagnosis of non-alcoholic fatty liver disease / I. V. Maev [et al.] // Advances of therapy. – 2020. – № 3. – P. 37-42.

УДК 616.36-004-07-055

М. Ю. Деркач, Д. С. Невмержицкая

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Введение

Гендерная медицина является новым направлением, специализирующимся на биологических и физиологических различиях, существующих между мужчиной и женщиной. Гендерный подход в медицине предполагает взгляд на заболевание с точки зрения пола. В современном обществе в связи с ростом потребления алкоголя в популяции и, в том числе, женщинами, возникает проблема изучения гендерных аспектов [1].

Цирроз печени (ЦП) – хроническое прогрессирующее диффузное полиэтиологическое заболевание с поражением гепатоцитов, фиброзом и перестройкой архитектоники печени, приводящее к образованию структурно аномальных регенераторных узлов, портальной гипертензии и развитию печеночной недостаточности [2].

Цель

Оценить течение цирроза печени у пациентов в Гомельской области, учитывая гендерные различия.