

причины развития болевого синдрома в спине основывается на инструментальной диагностике (ДРА) и тщательной клинической оценке с обязательным учетом факторов риска этого патологического состояния. Лечебные мероприятия сводятся к симптоматической терапии боли и патогенетической терапии остеопороза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поворознюк, В. В. Менопауза и остеопороз / В. В. Поворознюк, Н. В. Григорьева // Репродуктивная эндокринология. — 2012. — № 2 (4). — С. 40–47.
2. Sex steroids, bonemass, and boneloss. A prospective study of pre-, peri-and postmenopausal women / C. Slemenda [et al.] // J. Clin. Invest. — 1996. — № 97(1). — С. 14–21.

УДК 616-098

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

Цырульникова А. Н., Малаева Е. Г., Штанюк Ю. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В начале третьего тысячелетия для человечества, преодолевшего на протяжении многовековой истории эпидемии опасных для жизни инфекций, на первом месте по актуальности среди всех причин заболеваемости и смертности остается проблема сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Существенную роль в этом играет модификация образа жизни, связанная с ограничением физической активности, увеличением калорийности пищевых продуктов и неуклонным ростом эмоционально-стрессовых нагрузок. Все это потенцирует основные факторы риска возникновения ССЗ, которые являются «отрицательным достоянием прогресса», а именно повышение артериального давления (АД), дислипидемия, сахарный диабет (СД) и ожирение. Взаимосвязанное сочетание указанных патологий принято обозначать единым термином «метаболический синдром» (МС). Таким образом, метаболический синдром — это комплекс сцепленных на патохимическом и патофизиологическом уровне факторов, обуславливающих чрезвычайно высокий суммарный риск развития ИБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом [1, 2, 4].

Цель

Определить факторы, влияющие на развитие метаболического синдрома.

Материал и методы исследования

В данном исследовании приняли участие 50 респондентов в возрасте от 31 до 64 лет ($48,04 \pm 2,3$), проходившие обследование и лечение в кардиологическом отделении № 1 и № 2 Гомельского областного кардиологического центра в период с октября 2018 г. — по февраль 2019 г.

С целью выявления МС были использованы критерии, предложенные в 2009 г. Международной диабетической федерацией [3]:

I. Центральным (абдоминальным) типом ожирения: окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин.

II. Повышения уровня триглицеридов (ТГ): $\geq 1,7$ ммоль/л (150 мг/дл) или нормальный уровень триглицеридов при проведении соответствующей терапии.

III. Снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП): менее 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) у мужчин, менее 1,3 ммоль/л (50 мг/дл) у женщин или нормальный уровень ХС ЛПВП при проведении соответствующей терапии.

IV. Артериальная гипертензия: АД \geq 130/80 мм рт. ст. или нормальный уровень АД, контролируемый гипотензивными препаратами.

V. Повышенный уровень глюкозы натощак: \geq 5,6 ммоль/л (100 мг/дл) или медикаментозная терапия гипергликемии.

На первом этапе исследования было проведено анкетирование, по специально разработанной для данного исследования анкете на основании анкет ВОЗ, ARIC. Анкета включала в себя следующие вопросы: семейный анамнез, статус курения, употребление алкоголя, уровень физической активности, характер питания, психологический статус, информированность об уровне глюкозы, липидов, артериального давления, а также принимаемые лекарственные препараты.

На втором этапе всем респондентам были проведены клинично-инструментальные исследования с целью выявления компонентов МС по критериям Международной диабетической федерации, 2009 г.

Антропометрическое обследование: объем талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ) (индекс Кетле), также проводилось измерение АД трижды, для анализа использовалась средняя величина трех измерений.

Лабораторные исследования были выполнены централизованно в лаборатории государственного учреждения здравоохранения «Гомельский областной кардиологический центр».

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного пакета «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных исследований были получены следующие данные. Одним из потенциальных факторов имеющих связь с МС является отягощенный семейный анамнез по СД 2 типа и ССЗ. С целью определения частоты МС среди лиц с отягощенным семейным анамнезом респонденты были подразделены на 4 группы: 1-я группа — семейный анамнез не отягощен, 2-я группа — отягощен по СД 2 типа, 3-я группа — отягощен по ССЗ, 4-я группа — отягощен по СД 2 типа и ССЗ. Результаты исследования показали, что среди респондентов 1-й группы МС выявлен у 26,7 %, 2-й группы — 43,7 %, 3-й группы — 17,9 %, 4-й группы — 56,3 %.

В результате изучения ассоциации частоты МС с образом жизни, было установлено, что среди лиц с нормальным уровнем питания МС диагностирован у 3 респондентов, что составило 10,6 % случаев, среди респондентов с легким нарушением питания МС выявлен у 4 респондентов, что составило 12,8 % случаев, среди респондентов со средним нарушением питания МС выявлен у 9 респондентов, что составило 28,4 %, наиболее часто МС встречается среди респондентов с выраженным нарушением питания — у 14 респондентов, что составило 48,2 %.

Среди респондентов ведущих малоподвижный образ жизни МС был выявлен у 20 респондентов, что составило 34,6 %, а среди лиц с нормальным уровнем физической активности МС был выявлен у 10 респондентов, что составило 17,1 %.

Распространенность МС в зависимости от статуса курения следующая: среди респондентов, выкуривающих от 1 до 10 сигарет в сутки МС был выявлен у 6 респондентов, что составило 20,1 %, среди респондентов выкуривающих более 11 сигарет в сутки — у 6 респондентов, что составило 20,1 % по сравнению с некурящими — МС выявлен у 8 респондентов, что составило 26,7 % и бросившими курить — среди 10 респондентов, что составило 33,3 %.

При анализе ассоциации МС с употреблением алкоголя, было выявлено, что среди лиц, не употребляющих алкоголь (МС был выявлен у 13 респондентов, что составило 21,5 %) или употребляющих в низких дозах (МС был выявлен среди 10 респондентов, что составило 15,8 %) МС встречается чаще по сравнению с лицами, употребляющими выше пороговых доз — МС был выявлен у 7 респондентов, что составило 12,4 %.

Среди лиц, подверженных стрессу средней степени МС был выявлен у 9 респондентов, что составило 30 %, а среди лиц подверженных стрессу высокой степени — у 10 респондентов, что составило 33,3 % случаев, тогда как среди лиц, имеющих низкий уровень стресса основные проявления МС были выявлены у 12 респондентов 40 % случаев.

Среди респондентов об уровне липидов, глюкозы, артериального давления не были информированы 58,35 %; 15,27 % — были информированы о повышенном уровне показателей, однако специфического лечения не принимали; 23,46 % — были информированы о повышенном уровне показателей и принимали специфическое лечение; 3,27 % — были информированы об удовлетворительном уровне показателей (таблица 1).

Таблица 1 — Распространенность МС в зависимости от возраста и пола

Возрастная группа	Мужчины		Женщины	
	общее число, n	лица с МС, n (%)	общее число, n	лица с МС, n (%)
30–39 лет	7	3 (42,85 %)	1	- (0 %)
40–49 лет	3	2 (66,66 %)	5	2 (40 %)
50–59 лет	14	10 (71,43 %)	13	8 (61,53 %)
60–69 лет	4	3 (75 %)	3	2 (66,66 %)

Анализ взаимосвязи ИМТ и ОТ среди респондентов с МС выявил наличие МС среди респондентов с нормальными показателями окружности талии отражен в таблице 2.

Таблица 2 — Взаимосвязь ИМТ и окружности талии среди респондентов с МС

Антропометрические показатели	Мужчины (18 чел.)		Женщины (12 чел.)	
	абс. число, %	окружность талии	абс. число, %	окружность талии
Нормальная масса тела	3 чел (16,6 %)	В норме — 3 чел. Более 94 см — —	2 чел. (16,6 %)	В норме — 2 см Более 80 см — —
Избыточная масса тела	8 чел (44,4 %)	В норме — 7 чел. Более 94 см — 1 чел.	2 чел. (16,6 %)	В норме — — Более 80 см — 2 чел.
Ожирение 1 степени	5 чел (27,7 %)	В норме — 2 чел. Более 94 см — 3 чел.	5 чел. (41,6 %)	В норме — — Более 80 см — 5 чел.
Ожирение 2 степени	2 чел (11,1 %)	Более 94 см — 2 чел.	2 чел. (16,6 %)	Более 80 см — 2 чел.
Ожирение 3 степени	—	—	1 чел. (8,3 %)	Более 80 см — 1 чел.

В результате анализа липидного спектра крови респондентов с МС были выявлены следующие нарушения (таблица 3).

Таблица 3 — Выраженность нарушения липидного обмена среди респондентов с МС

Признак	Мужчины (18 чел.)	Женщины (12 чел.)
Триглицериды > 1,7 ммоль/л	11 (61,1 %) человек	5 (41,6 %) человек
Общий холестерин > 5,0 ммоль/л	12 (66,6 %) человек	8 (66,6 %) человек
ЛПНП > 2,6 ммоль/л	16 (88,8 %) человек	11 (91,6 %) человек
ЛПВП • < 1,0 ммоль/л — мужчины • < 1,3 ммоль/л — женщины	10 (55,5 %) человек	8 (66,6 %) человек

При структурной оценке выявленных нарушений липидного обмена было получено, что наиболее часто среди респондентов с МС встречаются IIa, IIb, IV типы дислипидемии по системе Фридриксона-ВОЗ (рисунок 1).

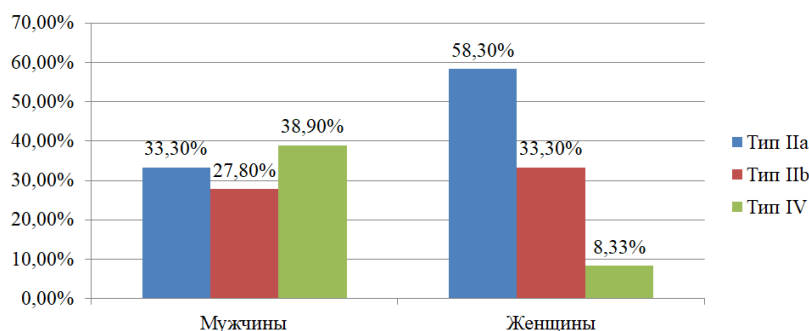


Рисунок 1 — Распространенность основных типов дислипидемии среди респондентов с МС

Распространенность гипергликемии среди респондентов с МС составляет 44 и 33 % для мужчин и женщин соответственно (рисунок 2).

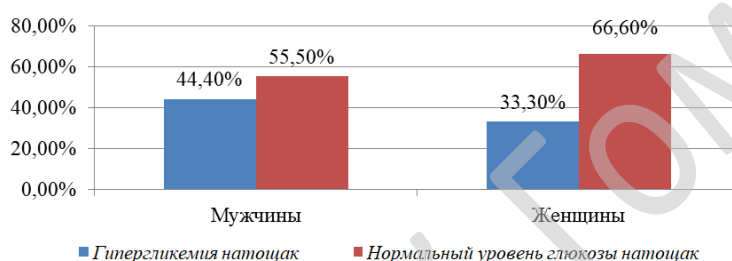


Рисунок 2 — Распространенность гипергликемии среди респондентов с МС

Среди респондентов с МС нормальное АД было выявлено у 4 респондентов мужского пола, что составило 22,2 % и 2 респондентов женского пола, что составило 16,6 %; высокое нормальное АД было выявлено среди 13 респондентов мужского пола, что составило 6,7 %, а также у 1 респондента женского пола, что составило 8,3 %; АГ I степени — выявлена среди 5 респондентов мужского пола, что составило 27,8 %, а также среди 4 респондентов женского пола, что составило 33,3 %; АГ II степени — выявлена среди 5 респондентов мужского пола, что составило 27,8 %, а также среди 4 респондентов женского пола, что составило 33,3 %; АГ III степени была выявлена у 1 респондента мужского и женского пола, что составило 5,55 и 8,3 % соответственно.

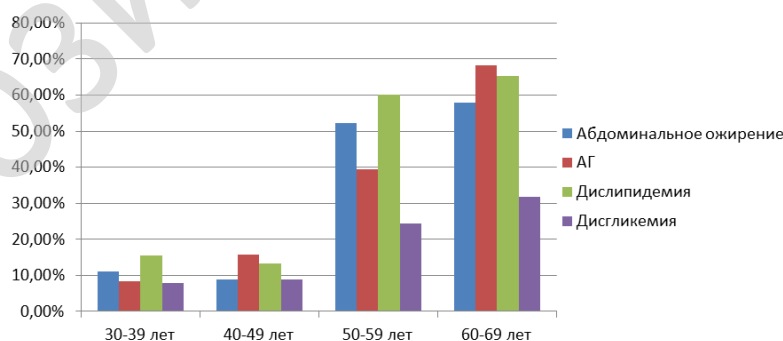


Рисунок 3 — Последовательность развития компонентов метаболического синдрома

Заключение

1. Распространенность метаболического синдрома среди мужчин и женщин увеличивается с возрастом респондентов.

2. На развитие метаболического синдрома оказывают непосредственное влияние нарушение питания, малоподвижный образ жизни, высокий и средний уровень стресса.

3. Метаболический синдром может протекать с нормальными значениями окружности талии как среди мужчин, так и среди женщин.

4. Выявлено достоверное увеличение распространенности гиперлипидемии и дислипидемии среди респондентов с метаболическим синдромом.

5. Уровень гликемии при метаболическом синдроме не имеет гендерных особенностей, и составляет 5,6–6,6 ммоль/л.

6. Выраженность артериальной гипертензии при метаболическом синдроме соответствует артериальной гипертензии 1 и 2 степени.

7. Основные компоненты метаболического синдрома приобретают наибольшую выраженность в возрасте 50–59 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов, М. Н. Метаболический синдром в России. / М. Н. Мамедов. — М.: Известия, 2011. — С. 78–81.
2. Митьковская, Н. П. Сердце и метаболический риск / Н. П. Митьковская, Е. А. Григоренко, Л. И. Данилова. — Минск: Белорусская наука, 2008. — С. 284.
3. Рекомендации по диабету, преддиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. — EASD/ESC. — 2018.
4. Цанова, И. А. Метаболический синдром и сердечно-сосудистые заболевания / И. А. Цанова, Л. А. Шаронова, А. Ф. Вербовой // Русский медицинский журнал. — 2017. — № 11. — С. 785–789.

УДК 616.8:616-036.86

ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

Чапко И. Я., Емельянцева Т. А., Перкова В. Е.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»
пос. Юхновка, Республика Беларусь

Введение

Совершенствование медицинской реабилитации пациентов с неврологическими и когнитивными нарушениями вследствие сосудистых поражений головного мозга (энцефалопатий) обусловлена необходимостью реализации возможности полноценного восстановления повседневной социально-бытовой активности при декомпенсации состояния, малых глубинных инсультах, возвращением к профессиональной деятельности пациентов в раннем пенсионном возрасте с высоким реабилитационным потенциалом [1, 2, 3].

Цель

Разработать программы медицинской реабилитации пациентов с энцефалопатиями в зависимости от вида и тяжести нарушений, стадии сосудистого процесса.

Материал и методы исследования

В основу разработок положены результаты исследования 80 пациентов: 61 (76,3 %) мужчин и 19 (23,7 %) женщин. Большинство обследованных были представлены в возрасте 51–60 лет — 37 чел. (46,2 %), в возрасте 41–50 лет — 31 чел. (38,8 %), от 61 до 64 лет — 9 чел. (11,3 %), старше 65 лет — 3 чел. (3,7 %). Большинство пациентов (63 чел., 78,7 %) имели смешанный генез заболевания, пациенты в возрасте старше 65 лет, проживающие в сельской местности, с первой стадией заболевания имели чисто атеросклеротический генез заболевания — 3 чел., 3,7 %, артериальная гипертензия, как этиологическая причина выступала в 14 (17,6 %) случаях; в первой стадии заболевания — 46 чел., 57,5 %, во второй стадии — 34 чел., 42,5 %, с третьей стадией энцефалопатии пациентов не было.

Результаты исследования и их обсуждение

Медицинская реабилитация проводится пациентам после стабилизации жизненно важных функций в остром и раннем восстановительном периодах заболевания.