

5,7 ммоль/л, при среднем показателе 6,0 ммоль/л у пациентов высокой категории ССР и 6,2 ммоль/л у пациентов очень высокой категории ССР.

Показатель ХС-неЛПВП превышал норму только у 17 % (n = 2) пациентов с высоким ССР (значение нормы для данной категории-2,6 ммоль/л, средний показатель составил 2,1 ммоль/л), а обследуемые с очень высоким ССР снова не достигли целевого показателя (среднее значение составило 4,3 ммоль/л, при норме-2,2 ммоль/л для данной категории).

Уровень мочевой кислоты выходит за пределы целевых значений у 17 % (n = 2) обследуемых с высоким ССР, в то время как все пациенты с очень высоким ССР не находятся в целевых значениях (средний показатель составил 0,4 ммоль/л и 0,42 ммоль/л соответственно, при целевом значении 0,3 ммоль/л для двух категорий).

Так же показатель глюкозы был повышен у 17 % (n = 2) и 67 % (n = 19) пациентов с высоким и очень высоким ССР соответственно.

В ходе исследования были взяты значения роста и веса пациентов для расчета индекса массы тела. По результатам было определено, что у обеих категорий обследованных пациентов имеется избыточная масса тела, при этом у 35 % уже имеется ожирение 1 степени (ИМТ >= 30 И < 35), у 10 % ожирение 2 степени (ИМТ >= 35 И < 40), у 10 % ожирение 3 степени (ИМТ >= 40).

Выводы

Таким образом, большая часть пациентов высокой категории сердечно-сосудистого риска достигают целевых значений ХС-ЛПНП, ХС, ХС-неЛПВП, МК и глюкозы. Пациенты очень высокой категории ССР вообще не достигают целевых параметров. Показатели ИМТ ни у одной из категорий ССР не находятся в пределах нормы. Исходя из этого, очень важно мотивировать пациентов следить за своими целевыми показателями, мониторировать в динамике и информировать о возможных осложнениях, чтобы минимизировать процент сердечно-сосудистых заболеваний и связанной с ними инвалидизацией в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шляхто, Е. В. Система управления сердечно-сосудистыми рисками: предпосылки к созданию, принципы организации, таргетные группы / Е. В. Шляхто // Российский кардиологический журнал. – 2019. – 82 с.
2. Шальнова, С. А. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – 63 с.

УДК: 616-008.09-092-076-052

Е. В. Борисенко

*Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова,
к.м.н., доцент А. В. Кортаев*

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Введение

Метаболический синдром (МС) характеризуется увеличением массы висцерального жира (ожирением), снижением чувствительности периферических тканей к инсулину, что вызывает нарушение углеводного, липидного обмена, а также артериальную гипертензию [1].

МС имеет высокую распространенность. По результатам исследования INTERHEART, (по критериям NCEP ATP III) данный синдром в среднем имеют 26 % взрослого населения планеты. Чаще встречается у лиц среднего и старшего возраста (30–40 %) [2].

МС повышает риск развития сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа), а также артериальной гипертензии (АГ) в – 6 раз.

Заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями существенно выше у пациентов с МС по сравнению с лицами без него.

Ведущие российские и зарубежные ученые, занимающиеся проблемой МС склонны рассматривать его, как предстadium атеросклероза и СД типа 2. Таким образом, в основе ведения МС лежит принцип первичной профилактики СД, атеросклероза и его последствий [3].

Поэтому выявление метаболического синдрома имеет важное медицинское и социальное значение для ранней профилактики ассоциированных с ним осложнений.

Цель

Выявить особенности клинических и лабораторных показателей пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследования

В ретроспективное одномоментное исследование включено 65 пациентов, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» с 2021–2022 терапевтическим отделением для участников ликвидации и потерпевших от последствий катастрофы на ЧАЭС. В ходе исследования нами был проведен ретроспективный анализ 65 историй болезни пациентов с метаболическим синдромом.

Всем обследуемым проводили биохимический анализ крови (БАК) на автоматическом биохимическом анализаторе XL-200. Оценивали уровень триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), гликемии натощак.

Индекса массы тела (ИМТ) определяли по формуле Кетле ($ИМТ = m \text{ (кг)} / (h \text{ (м)})^2$).

Обработка данных проводилась с использованием пакетов программ Microsoft Excel, Statistica 12,0. Количественные значения изучаемых признаков представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (Ме (25; 75), где Ме – медиана, 25 – 25-й процентиль и 75 – 75-й процентиль. Качественные показатели представляли в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам нашего исследования медиана возраста по группе составила 60 (53; 58) лет. Женщин в исследовании было 45 (69,3 %), что значимо больше чем мужчин – 20 (30,7 %) ($p = 0,037$).

Ожирение является ключевым звеном МС и может в последующем способствовать развитию инсулинорезистентности (ИР) у лиц с генетической предрасположенностью. Также ИР и ожирение способствуют проявлению и прогрессированию друг друга и остальных компонентов МС. Однако абдоминальное ожирение может возникнуть вторично в результате инсулинорезистентности и гиперинсулинемии.

Для выявления ожирения и оценки его степени нами рассчитан ИМТ.

Медиана ИМТ составила 34,0 (31,64; 37,1). По данным ИМТ ожирением в нашем исследовании страдает преимущественное количество пациентов 53 (81,5 %) человека, из которых ожирение первой степени выявлено у 24 (37 %), второй степени – у 14 (21,5 %), третьей степени – 15 (23 %).

Ожирению в большей степени были подвержены женщины, ожирение первой степени было у 16 (66,7 %) женщин, второй степени – у 10 (71,4 %), третьей степени – у 9 (60 %).

Гиперинсулинемия в сочетании с инсулинорезистентностью способствует накоплению жиров, депонированию глюкозы и жиров в адипоцитах.

Уровень гликемии натощак у большинства исследуемых 44 (67,7 %) человека превысил 6,1 ммоль/л.

Медиана уровня гликемии составила 8,4 (6,1; 12,0), что требует дальнейших диагностических исследований для подтверждения наличия сахарного диабета у данных пациентов.

АГ – одна из составляющих МС. Увеличение риска развития АГ при висцеральном ожирении связано с функциональными особенностями жировой ткани.

Возникновение АГ патогенетически тесно взаимосвязано с другими симптомами (ИР и нарушение углеводного обмена), она, усугубляя ИР, составляет «порочный круг» патогенеза МС. Кроме того, в отдельных случаях АГ имеет прямое отношение к формированию МС и СД 2-го типа. Значительную роль в патогенезе АГ отводят ИР и компенсаторной гиперинсулинемии.

В результате нашего исследования АГ была выявлена у 64 (98,5 %) пациентов с метаболическим синдромом.

АГ первой степени страдает 12 (18,5 %) человек, из которых 5 (41,67 %) женщин, 7 (58,33 %) мужчин, второй степени – 44 (67,7 %) человека, из которых 31 (70,45 %) женщина, 13 (29,55 %) мужчин, третьей степени – 8 (12,3 %) пациентов, 7 (87,5 %) женщин и 1 (12,5 %) мужчина.

Пациентов с АГ второй степени значимо больше в сравнении с пациентами с АГ первой ($p = 0,028$) и третьей степенью ($p = 0,04$).

Анализ данных липидного обмена у исследуемых пациентов выявил, что уровень ОХ больше 5,0 ммоль/л был зарегистрирован у 28 (43,0 %) человек, медиана данного показателя составила 4,9 (4,2; 5,9) ммоль/л.

Медиана ХСЛПВП составила 1,28 (0,98; 1,53), триглицеридов – 1,49 (1,23; 2,23).

ХСЛПНП является наиболее атерогенным, а соответственно более диагностически значимым, его уровень коррелирует с высоким риском развития атеросклероза и развитием осложнений таких как: инфаркт миокарда, инсульт и окклюзия периферических артерий.

Медиана ХСЛПНП в нашей группе составила 2,68 (2,12; 3,45) ммоль/л. Повышенный уровень ХСЛПНП диагностирован у 20 (30,7 %) человек.

Показатель ХС-не ЛПВП комплексно оценивает все фракции липопротеинов, которые участвуют в атерогенное и включает в себя: ХСЛПНП, ХСЛПОНП, ХСЛППП. ХС-не ЛПВП имеет более высокий уровень прогностической значимости по сравнению с ХСЛПНП у пациентов с метаболическим синдромом и СД. Эти согласуются с данными нашего исследования.

Большинство исследуемых 38 (58,5 %) человек имели повышенный уровень ХС-не –ЛПВП, медиана уровня ХС-не ЛПВП составила 3,7 (2,9; 4,3) ммоль/л.

Выводы

1. Большинство исследуемых 38 (58,5 %) человек имели повышенный уровень ХС-не –ЛПВП, медиана уровня ХС-не ЛПВП составила 3,7 (2,9; 4,3) ммоль/л.

2. Ожирением в нашем исследовании страдает преимущественное количество пациентов 53 (81,5 %) человека, из которых ожирение первой степени выявлено у 24 (37 %), второй степени – у 14 (21,5 %), третьей степени – 15 (23 %).

3. Артериальная гипертензия выявлена у 64 (98,5 %) исследуемых с метаболическим синдромом, пациентов с АГ второй степени значимо больше в сравнении с пациентами с первой ($p = 0,028$) и третьей ($p = 0,04$) степенью.

4. Уровень гликемии натощак у большинства исследуемых 44 (67,7 %) человека превысил 6,1 ммоль/л, медиана уровня гликемии 8,4 (6,1; 12,0).

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Богданова, О. Г. Метаболический синдром: ситуация в мире, клинико-диагностические критерии и факторы риска (обзор литературы) / О. Г. Богданова, И. В. Мыльникова // Гигиена и санитария. – 2020. – № 99 (10). – С. 1165–1169.
2. От индивидуальных особенностей пищевого поведения и хронотипа к формированию абдоминального ожирения / О. В. Квиткова [и др.] // Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2019. – № 8 (3). – С. 22–9.
3. Метаболический синдром: учебное пособие / Ю. П. Успенский [и др.]. – СПб., 2017. – 60 с.

УДК 616.36-003.826:616.379-008.64

М. С. Борисенко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ РАСЧЕТНЫХ ИНДЕКСОВ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Введение

Сахарный диабет 2 типа (СД2) занимает ведущее место в снижении качества жизни и формировании ранней инвалидизации среди населения. Распространенность данной патологии в Республике Беларусь на январь 2022 года составила 4,2 %, и до 94 % – в структуре общей распространенности диабета. Известно, что заболеваемость сахарным диабетом в Беларуси повышается с каждым годом на 8–10 % [1].

Адекватный контроль гликемии является основным фактором в профилактике развития осложнений СД2. Ввиду стремительного роста заболеваемости сахарным диабетом 2 типа среди населения необходима своевременная диагностика патологических состояний, усугубляющих течение СД2. В основе патогенетического механизма СД2 и стеатоза печени лежит инсулинорезистентность, и несомненно взаимно отягощающее влияние данных заболеваний. Неалкогольную жировую болезнь печени (НАБЖ) рассматривают как печеночный компонент метаболического синдрома, который обрел широкое распространение в экономически развитых странах в последние десятилетия и является предиктором снижения уровня качества жизни у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа [2].

Цель

Провести оценку уровня расчетных индексов HSI и ТГ/ЛПВП, а также оценить наличие взаимосвязи данных расчетных показателей с показателями метаболического контроля у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования

В исследование включены 50 пациентов с СД2, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» г. Гомеля. Были определены клинические данные, включая индекс массы тела (ИМТ), и лабораторные данные: гликированный гемоглобин (HbA1c), АЛТ, АСТ, общий холестерин (ОХ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), тромбоциты крови. Биохимические исследования выполнялись на автоматизированной системе Cobas 6000. Индекс HSI (Hepatic steatosis index), расчисли-