

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.) / Д. Н. Андреев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – Т. 27, № 1. – С. 4–11.
2. *Drossman, D. A.* Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction / D. A. Drossman, W. L. Hasler // *Gastroenterology*. – 2016. – Vol. 150, № 6. – С. 1257–1261.
3. *Есаулов, В. И.* Опыт применения различных психотерапевтических техник в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника [Электронный ресурс] / В. И. Есаулов // *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – № 6. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25468>. – Дата доступа: 12.09.2024.
4. Роль висцеральной гиперчувствительности в патогенезе синдрома раздраженного кишечника / А. А. Макарова [и др.] // *Терапевтический архив*. – 2021. – Т. 93, № 8. – С. 969–974.
5. *Леви, Т. С.* Телесно-ориентированная психотерапия: специфика, возможности, механизмы воздействия / Т. С. Леви // *Научные труды Московского гуманитарного университета*. – 2019. – № 3. – С. 15–22.

УДК 616-056.52-098-055.2

М. Г. Кононов¹, А. В. Коротаев²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»

г.Гомель, Республика Беларусь

ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У ЖЕНЩИН С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Введение

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, инсульт) и сахарный диабет (СД) лидируют среди причин смертности, поэтому профилактика этих заболеваний – важная проблема современного здравоохранения. В основе профилактики любого социально значимого заболевания лежит борьба с факторами риска. Главным и обязательным критерием метаболического синдрома (МС) является абдоминальное ожирение, т. е. ожирение, при котором жировая ткань откладывается преимущественно в области живота. Иногда такое ожирение называют ожирением «по типу яблока», или «андроидным». Отложение жира преимущественно в области бедер и ягодиц («по типу груши», «гиноидное») не имеет столь неблагоприятных последствий и в качестве критерия МС не рассматривается. Диагностика МС имеет большое клиническое значение, поскольку это состояние является обратимым [1, 2].

Известно, что увеличение массы висцерального жира способствует снижению чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемии, которые вызывают развитие нарушений углеводного и липидного

обменов. Следовательно, МС предшествует возникновению таких болезней, как СД 2 типа и атеросклероз, приводящих к инвалидизации населения [3].

Актуальность проблемы МС определяется как широкой его распространенностью – от 14 до 40%, так и высоким риском развития СД 2 типа, артериальной гипертензии (АГ), коронарной болезни сердца и хронической сердечной недостаточности [3].

Изучение взаимосвязи объема и распределения жировой ткани является актуальным в аспекте комплексного подхода к оценке МС. Жировая ткань играет важную роль в прогрессии атеросклероза и углеводных нарушений у пациентов с МС. Распределение жировой ткани определяет риск сердечно-сосудистой патологии и СД у пациентов в ближайшем будущем. Клиническим методом оценки висцерального ожирения является измерение окружности талии, а также соотношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Современный способ измерения толщины подкожного и преперитонеального жира при помощи УЗИ для расчетной оценки и дифференциальной диагностики типов ожирения является общедоступным и высокоинформативным методом.

Цель

Целью нашего исследования явился анализ данных ультразвукового исследования толщины подкожного жира (ТПКЖ) и толщины предбрюшинного жира (ТПБЖ) у женщин с компонентами МС.

Материал и методы исследования

На базе ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» было проведено проспективное когортное исследование 82 женщин в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26; 35) год). Критерием включения женщин в исследование было наличие абдоминального ожирения, МС, подтвержденного лабораторными методами по критериям, принятым в 2009 г. по согласованному заявлению по МС [4].

В соответствии с целью исследования все обследованные женщины были разделены на 3 группы: 1-я основная группа – 34 (41%) женщин, которым был выставлен диагноз МС (3 и более компонентов МС), женщины с МС (ГрМС); 2-я основная группа – 28 (34%) участниц исследования, которые были отнесены в группу риска (наличие 1–2 компонентов МС), группа риска (ГрРМС); 3-я группа – группа контроля (ГрК), была составлена из практически здоровых женщин с нормальной массой тела без компонентов МС – 20 (24%) женщин.

На этапе скрининга проводился сбор данных анамнеза, методом анкетирования подробно изучались жалобы, объективный осмотр, антропометрия. Особое внимание уделялось давности возникновения различных компонентов МС, отягощенной наследственности по ожирению, СД 2 типа, АГ, сердечно-сосудистым заболеваниям и их осложнениям.

После формирования выборки проводилось комплексное антропометрическое (вес, рост, индекс массы тела, отношение ОТ/ОБ) и клинико-лабораторное обследование, включавшее оценку показателей липидного спектра крови, гормонального фона, углеводного обмена и инсулинорезистентности (Homeostasis Model Assessment – НОМА-IR), ультразвуковое исследование (УЗИ), суточное мониторирование артериального давления. Все исследования проводились по стандартным методикам. На основании выполненных исследований создана компьютерная база данных в среде Microsoft Excel. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного статистического пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., США). Для всех приведенных анализов различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлена сравнительная характеристика показателей средней ТПКЖ и ТПБЖ по данным УЗИ в группах пациентов.

Таблица 1 – Сравнение средних значений ТПКЖ и ТПБЖ у женщин исследуемых групп

Показатель, мм	ГрМС (n=34)	ГрРМС (n=28)	ГрК (n=20)	Значимость различий: t; p		
				1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3
ТПКЖ	22,1±4,4	20,4±4,2	15,6±1,4	2,1; 0,038	8,1; <0,05	6,2; <0,05
ТПБЖ	23,4±4,8	20,8±4,4	15,4±1,0	3,0; <0,05	9,1; <0,05	6,8; <0,05

Согласно данным, представленным в таблице 1, наибольшая толщина жировой ткани выявлена в ГрМС в предбрюшинной области и была на 8,2 [6,3; 9,8] мм больше, чем аналогичный показатель в ГрК. В ГрРМС также выявлено значимое увеличение ТПБЖ на 5,5 [3,8; 7,0] мм по сравнению с ГрК. Толщина жировой складки передней брюшной стенки в ГрМС была больше на 6,4 [4,9; 8,1] мм, чем ГрК, и на 1,7 [0,1; 3,3] мм больше, чем в ГрРМС.

Изучение возможной взаимосвязи ТПКЖ и ТПБЖ с антропометрическими параметрами и показателями АД проведено с применением корреляционного анализа. Корреляционная матрица представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты корреляционного анализа УЗИ показателей ТПКЖ и ТПБЖ с антропометрическими параметрами и показателями АД у женщин, включенных в исследование

Показатель	ОТ	ОБ	ОТ/ОБ	ИМТ	САД	ДАД
ТПКЖ	$r_s=0,68$; $p<0,05$	$r_s=0,62$; $p<0,05$	$r_s=0,52$; $p<0,05$	$r_s=0,73$; $p<0,05$	$r_s=0,27$; $p<0,05$	$r_s=0,25$; $p<0,05$
ТПБЖ	$r_s=0,70$; $p<0,05$	$r_s=0,65$; $p<0,05$	$r_s=0,53$; $p<0,05$	$r_s=0,75$; $p<0,05$	$r_s=0,26$; $p<0,05$	$r_s=0,21$; $p<0,05$

Наиболее тесная положительная корреляционная взаимосвязь выявлена между ТПБЖ и ОТ, ИМТ, а также ТПКЖ и ИМТ.

Количество жировой ткани, особенно расположенной висцерально, может быть связано с лабораторными показателями, характеризующими метаболический статус пациента. В анализ корреляционных взаимосвязей ТПКЖ и ТПБЖ были включены значения лабораторных компонентов МС (уровень тощачковой гликемии (ТощГ), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), а также показатели гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR) и маркеров воспаления (СРБ). Результаты анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты корреляционного анализа УЗИ показателей ТПКЖ и ТПБЖ с лабораторными параметрами

Показатель	ТощГ	HbA_{1c}	ТГ	ХС-ЛПВП	НОМА-IR	СРБ
ТПКЖ	$r_s=0,34;$ $p<0,05$	$r_s=0,30;$ $p<0,05$	$r_s=0,42;$ $p<0,05$	$r_s=-0,32;$ $p<0,05$	$r_s=0,45;$ $p<0,05$	$r_s=0,28;$ $p<0,05$
ТПБЖ	$r_s=0,38;$ $p<0,05$	$r_s=0,30;$ $p<0,05$	$r_s=0,49;$ $p<0,05$	$r_s=-0,31;$ $p<0,05$	$r_s=0,46;$ $p<0,05$	$r_s=0,27;$ $p<0,05$

Согласно полученным данным показатели ТПКЖ и ТПБЖ имели положительную значимую взаимосвязь с количественными уровнями ТощГ, HbA_{1c} , маркерами инсулинорезистентности и воспаления, а также значениями ТГ. Показатели ХС-ЛПВП, напротив, были обратно пропорциональны значениям толщины жировой складки на передней брюшной стенке и в предбрюшинной области.

Выводы

В ГрМС у женщин выявлено значимое увеличение толщины жировой ткани в предбрюшинной области на 8,2 (6,3; 9,8) мм в сравнении с ГрК. Аналогичная ситуация отмечена и в ГрРМС, что свидетельствует об увеличении доли висцерального жира в указанной группе.

Показатели ТПКЖ и ТПБЖ имели также значимую взаимосвязь с количественными уровнями ТощГ, HbA_{1c} , маркерами инсулинорезистентности и воспаления, а также значениями ТГ. Показатели ХС-ЛПВП были обратно пропорциональны значениям толщины жировой складки на передней брюшной стенке и в предбрюшинной области.

У женщин репродуктивного возраста с висцеральным ожирением с целью профилактики метаболических нарушений в будущем необходимо проводить мероприятия по снижению массы тела и уменьшению ОТ до наступления беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковалева, О. Н. Проблема ожирения с позиций кардиологии / О. Н. Ковалева // Здоров'я України. – 2006. – Т. 22, № 1. – С. 25–29.
2. Алгоритм лучевого исследования висцерального ожирения у больных с метаболическим синдромом / Н. М. Суляева [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2012. – № 5. – С. 27–33.
3. Метаболический синдром у женщин: две грани одной проблемы / В. И. Подзолков [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 28–33.
4. Harmonizing the metabolic syndrome / K. G. M. M. Alberti [et al.] // Circulation. – 2009. – Vol. 120. – P. 1640–1645.

УДК [616.15+616.25-008.8]:[616.12-005.4:616.132.2-089]-074

Д. Д. Конопляник, О. В. Апинон, Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО И БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО И МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Введение

Одними из главных причин инвалидизации и смертности пациентов являются заболевания, поражающие коронарные артерии [1]. Поэтому улучшение оказания плановой и экстренной помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией является одной из важнейших целей современной медицины и кардиологии [2].

Наиболее опасной и распространенной патологией сердечно-сосудистой системы является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Лечение ИБС включает в себя комплекс мероприятий:

- медикаментозную терапию;
- хирургическую реваскуляризацию миокарда;
- аортокоронарное шунтирование (АКШ);
- маммарокоронарное шунтирование (МКШ);
- эндоваскулярные методы лечения [2].

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) – вид наиболее распространенного хирургического вмешательства, используемый для восстановления кровоснабжения сердца у пациентов с коронарной патологией. Это кардиохирургическая операция, которая проводится для создания обходного пути кровотока при патологии коронарных артерий. Посредством АКШ происходит восстановление перфузии ишемизированного отдела сердечной мышцы [1].