

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 1

М.П. Каплиева¹, О.А. Пасмурцев²

*¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь*

*²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека»,
г. Гомель, Беларусь*

Сахарный диабет типа 1 (СД типа 1), патогенетически связанный с аутоиммунной деструкцией β -клеток, сопровождается абсолютным дефицитом эндогенного инсулина в организме. Обязательная заместительная терапия в режиме базал-болюсного введения человеческих инсулинов или их аналогов в идеале должна обеспечивать состояние компенсации метаболизма, то есть оптимальный баланс между концентрацией вводимых препаратов инсулина и количеством потребляемых углеводов в виде хлебных единиц.

По данным наблюдения у пациентов с СД типа 1 отмечаются скрытые и манифестные гипогликемии от 2 до 5 раз в день, что верифицировано при длительном мониторинге концентрации глюкозы в интерстициальной жидкости. Гипогликемии характеризуются повышенной концентрацией инсулина, что сопровождается изменением липидного метаболизма с усилением липогенеза, а, следовательно, и липидного сывороточного спектра организма.

Целью исследования явилось изучение содержания липидов в сыворотке крови у пациентов с СД типа 1 в зависимости от степени компенсации заболевания.

Для исследования были отобраны 50 пациентов с СД типа 1 в возрасте от 40 до 72 лет, находившихся на обследовании и лечении в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». У всех пациентов для изучения липидного спектра сыворотки крови выполнено лабораторное определение показателей липидограммы: ХС, триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициента атерогенности (КА) с помощью биохимического анализатора «Architect c8000 (ABBOTT, USA).

Пациенты с СД типа 1 были разделены на возрастные группы (40-49 лет, 50-59 лет, 60-69 лет, 70-79 лет). Средний возраст пациентов с СД типа 1 составил $57,14 \pm 6,17$ лет. Наибольшее число пациентов с СД имело стаж заболевания до 10 лет.

Средние значения показателей липидограммы в обследованной группе были следующими: ХС – $5,89 \pm 0,36$ ммоль/л, ТГ – $1,85 \pm 0,54$ ммоль/л, ЛПВП – $1,39 \pm 0,07$ ммоль/л, ЛПНП – $1,22 \pm 0,16$ ммоль/л, ЛПОНП – $0,85 \pm 0,26$ ммоль/л, КА – $3,23 \pm 0,54$.

В группе пациентов с СД типа 1 была зарегистрирована следующая частота встречаемости отклонений липидограммы от референсных значений: повышение уровня ХС у 24 человек (47%); повышение уровня ТГ у 18 человек (36%); снижение уровня ЛПВП у 6 человек (11%); повышение уровня ЛПОНП у 21 человека (42%); повышение КА у 22 человек (43%). В результате исследования было установлено, что для пациентов с СД типа 1 наибольшая частота отклонений от референсных норм касалась уровней ХС (47%), ЛПОНП (42%), КА (43%).

Из 50 пациентов, страдающих СД 1 типа, у 17 человек (34%) имелись значительные изменения в липидограмме (отклонение от референсного значения по трём и более показателям), у 6 человек (12%) – незначительные изменения (отклонение от референсного значения по двум показателям), у 8 человек (16%) – минимальные (отклонение от референсного значения по одному показателю), у 19 человек (38%) изменения в липидограмме отсутствовали.

При оценке степени компенсации углеводного обмена среди пациентов с СД 1 типа не было выявлено ни одного пациента в состоянии компенсации, 11 человек (22%) находились в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, 39 человек (78%) – в состоянии декомпенсации. Нами были изучены показатели липидного спектра сыворотки крови в зависимости от степени компенсации углеводного обмена.

Анализ данных показал, что пациенты с СД типа 1 в состоянии декомпенсации имели более высокие значения всех показателей липидограммы, чем пациенты, находящиеся в состоянии субкомпенсации. Максимальные значения ХС ($5,96 \pm 0,64$ ммоль/л), ТГ ($2,55 \pm 0,23$ ммоль/л), ЛПОНП ($1,20 \pm 0,11$ ммоль/л), КА ($4,14 \pm 0,14$ ммоль/л) наблюдались у пациентов, находящихся в стадии декомпенсации углеводного обмена. Данные значения статистически значимо различались с показателями липидного спектра у пациентов в стадии компенсации и субкомпенсации ($p < 0,05$). При изучении показателей липидограммы в зависимости от возраста было установлено, что в возрастной группе 70-79 лет уровень ХС был наибольшим ($6,21 \pm 0,17$ ммоль/л), в группе 40-49 лет он составил $6,02 \pm 0,14$ ммоль/л, а в группе 60-69 лет – $5,12 \pm 0,13$ ммоль/л соответственно. Наибольшие значения уровня ТГ были отмечены в возрастной группе 40-49 лет ($2,03 \pm 0,14$ ммоль/л).

Для оценки зависимости липидного обмена от стажа заболевания пациенты с СД типа 1 были разделены на 3 группы: I группа – стаж за-

болевания 0-10 лет; II группа – стаж заболевания 11-20 лет и III группа – стаж заболевания 21-30 лет.

Во всех подгруппах не зависимо от стажа заболевания концентрация холестерина превышала верхнюю границу референсных значений, а максимальный уровень ХС ($6,07 \pm 0,69$ ммоль/л) наблюдался у пациентов со стажем заболевания 11-20 лет.

Анализ результатов показал, что уровень ТГ так же превышал верхние референсные значения у пациентов всех возрастных групп, однако максимальная концентрация уровня ТГ отмечалась у пациентов со стажем заболевания 21-30 лет ($2,43 \pm 0,42$ ммоль/л).

Оценка липидного метаболизма в зависимости от фенотипических особенностей, различающихся по индексу массы тела, оцениваемому согласно классификации ВОЗ так же была проведена в обследованной группе пациентов. Для этого все пациенты были разделены на 3 группы: I группа – нормальный ИМТ ($20-24,9$ кг/м²), II группа – пограничный ИМТ ($25-29,9$ кг/м²), III группа – ожирение (30 кг/м² и более).

Максимальный уровень ХС ($6,12 \pm 0,58$ ммоль/л) наблюдался у пациентов с пограничным ИМТ, а максимальный уровень ТГ ($2,66 \pm 0,38$ ммоль/л) наблюдался у пациентов с ожирением.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ С ПРЕДРАКОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

О.В. Карпенко, Е.Н. Сницаренко

*ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Беларусь*

Предраковые изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ) – это морфологически доказанные изменения последней, достоверно свидетельствующие о развитии процесса в сторону злокачественного роста. Истинными предраковыми изменениями являются тяжелая дисплазия и неполная незрелая кишечная метаплазия эпителия. Желудочный канцерогенез принято рассматривать как многоступенчатый процесс. Основные предраковые изменения СОЖ являются этапами «каскада Согтеа»: атрофия, кишечная метаплазия, дисплазия эпителия. Впоследствии эта парадигма была модифицирована самим автором с включением *Helicobacter Piloni* (HP) в начало указанной последовательности патологических изменений.

Выявление предраковых изменений СОЖ и их динамическое наблюдение является приоритетным направлением для раннего выявле-