

ЛИТЕРАТУРА

1. Step by step: managing the complications of cirrhosis / I. Perez [et al.] // *Hepat Med.* — 2021. — Vol. 13. — P. 45–57. — Режим доступа: doi: 10.2147/HMER.S278032.
2. Силивончик, Н. Н. Декомпенсированный цирроз печени в таблицах и схемах (по материалам международных согласительных документов): учеб.-метод. пособие / Н. Н. Силивончик, Е. И. Адаменко. — Минск: БелМАПО, 2020. — 53 с.
3. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan Italy 2021. — Дата обращения: 2021 октябрь 01. — Режим доступа: <https://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>.
4. Малаева, Е. Г. Инфекции мочевыводящих путей и микробиота / Е. Г. Малаева // Проблемы здоровья и экологии. — 2021. — № 18(3). — С. 5–14.
5. Стома, И. О. Микробиом в медицине: руководство для врачей / И.О. Стома. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 320 с.

УДК 616.1-037:616.36-003.826

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Мамченко И. А., Малаева Е. Г., Ярмоленко О. А.

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

Введение

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — хроническое метаболическое заболевание печени, развивающееся при отсутствии токсического поражения печени, обусловленное накоплением липидов в клеточных элементах печеночной дольки, подтверждаемое морфологически стеатозом, стеатогепатитом, фиброзом, циррозом или аденокарциномой.

Распространенность НАЖБП в различных странах варьирует от 17 до 46 % с ростом заболевания в последние годы. Чаще заболевание регистрируется в Соединенных Штатах Америки, Европе, Южной Америке [1].

ССЗ и НАЖБП имеют сходные факторы риска развития патологий.

Факторами риска прогрессирования НАЖБП являются: возраст старше 50 лет, метаболический синдром (МС), атерогенная дислипидемия, инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа (СД 2), повышенный уровень ферритина и мононуклеотидный полиморфизм гена PNPLA3 [2].

Исследования последних лет доказывают повышение риска развития ССЗ на фоне НАЖБП. Наличие НАЖБП является не только маркером сердечно-сосудистой патологии, но и фактором ее патогенеза [2].

При НАЖБП нарушается вазодилатация, повышается кальцификация коронарных артерий, увеличивается толщина комплекса интима-медиа сонных артерий, нарушаются распад инсулина и утилизация глюкозы, создаются условия для синтеза атерогенных фракций холестерина и триглицеридов, что способствует раннему появлению атеросклероза и связанных с ним ССЗ [3]. При НАЖБП в стадии фиброза смертность повышается на 69% от общей смертности за счет смертности от ССЗ [1].

В связи с этим необходимо раннее выявление факторов риска ССЗ у пациентов с НАЖБП с целью предупреждения развития патологии сердечно-сосудистой системы.

Цель

Выявить факторы риска ССЗ у пациентов с НАЖБП.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовало 65 пациентов, находившихся на стационарном лечении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» (УЗ «ГТКБ № 3») в период 2019–2020 гг. Проведены клинические и лабораторно-инструментальные

исследования с определением индекса массы тела (ИМТ), липидного спектра, гликемии, измерением артериального давления (АД), проведением ультразвукового исследования (УЗИ) печени и электрокардиографии (ЭКГ).

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании участвовали 14 мужчин и 51 женщина в возрасте от 19 до 69 лет. Все пациенты прошли анкетирование на выявление злоупотребления алкоголем по анкете AUDIT. У всех опрошенных результат не превышал 4 баллов у женщин и 5 баллов у мужчин, что говорит об отсутствии отрицательного влияния употребляемой дозы алкоголя на организм.

В исследование были включены пациенты со стажем заболевания НАЖБП не более 5 лет в стадии стеатоза. У всех обследуемых уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) был в пределах нормы. По УЗИ выявлена гиперэхогенность печеночной ткани, нечеткость сосудистого рисунка, диффузная жировая инфильтрация печени.

В зависимости от возраста были выделены следующие группы пациентов (таблица 1).

Таблица 1 — Распространенность НАЖБП в зависимости от возраста и пола

Возрастная группа (лет)	Мужчины (n, %)	Женщины (n, %)
19–29	2 (14,3 %)	—
30–39	4 (28,5 %)	7 (13,8 %)
40–49	5 (35,7 %)	12 (23,5 %)
50–59	3 (21,4 %)	18 (35,3 %)
60–69	—	14 (27,5 %)

Из таблицы 1 видно, что НАЖБП чаще встречалась у мужчин в возрасте от 40 до 49 лет — 5 (35,7 %) пациентов; у женщин от 50 до 59 лет — 18 (35,3 %) пациенток. Среди женщин 19–29 лет НАЖБП не зарегистрирована.

Одним из факторов развития НАЖБП и ССЗ является избыточная масса тела. Частота встречаемости НАЖБ у пациентов с избыточным весом представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Встречаемость НАЖБ в зависимости от ИМТ

Индекс массы тела (кг/м ²)	Мужчины (n, %)	Женщины (n, %)
18,5–24,9	—	4 (7,8 %)
25–29,9	9 (64,3 %)	32 (62,7 %)
30–34,9	5 (35,7 %)	11 (21,7 %)
35–39,9	—	4 (7,8 %)
40 и более	—	—

Наличие НАЖБП превалировало у пациентов мужского и женского пола с избыточной массой тела (ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²). В данной группе у 9 (64,3 %) мужчин и 32 (62,7 %) женщин выставлен диагноз НАЖБП. Так же НАЖБП выявлена у 4 (7,8 %) женщин с нормальной массой тела.

Проводился анализ лабораторных показателей липидного спектра, глюкозы (таблица 3).

Таблица 3 — Анализ нарушений липидного спектра

Показатель	Мужчины (n, %)	Женщины (n, %)
Общий холестерин > 5,0 ммоль/л	10 (71,4 %)	47 (92,2 %)
Триглицериды > 1,7 ммоль/л	9 (64,3 %)	40 (78,4 %)
ЛПНП > 2,3 ммоль/л	9 (64,3 %)	36 (70,6 %)
ЛПВП мужчины < 1,0 ммоль/л женщины < 1,2 ммоль/л	9 (64,3 %)	33 (64,7 %)

Повышение общего холестерина отмечено у 10 (71,4 %) мужчин и 47 (92,2 %) женщин, триглицеридов — у 9 (64,3 %) мужчин и 40 (78,4 %) женщин, ЛПНП — у 9 (64,3 %) мужчин и 36 (70,6 %) женщин. Снижение ЛПВП — у 9 (64,3 %) мужчин и 33 (64,7 %) женщин.

Среди пациентов с НАЖБП сахарный диабет 2 типа встречался у 2 (14,3 %) мужчин и 6 (11,8 %) женщин, нарушение толерантности к глюкозе — у 4 (28,6 %) мужчин и 12 (23,6 %) женщин.

При измерении АД наличие АГ I степени наблюдалось у 3 (21,4 %) мужчин и 11 (21,6 %) женщин. АГ II степени встречалась у 4 (28,6 %) мужчин и 18 (35,3 %) женщин. АГ III степени зарегистрирована у 1 (7,1 %) мужчины и 5 (9,8 %) женщин.

Изменения на ЭКГ в виде гипертрофии левого желудочка выявлено у 1 (7,1 %) мужчины и 7 (13,7 %) женщин, частой желудочковой экстрасистолии у 6 (11,8 %) женщин. У мужчин нарушений ритма зарегистрировано не было.

Заключение

Факторами риска развития ССЗ являются возраст, пол, наследственная предрасположенность, курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса, снижение физической активности, дислипидемия, повышение уровня глюкозы, психоэмоциональный стресс.

У пациентов с НАЖБП выявлены такие факторы риска ССЗ, как избыточная масса тела — 64,3 % мужчин и 62,7 % женщин; дислипидемия — 64,3 % мужчин и 70,6 % женщин; нарушение толерантности к глюкозе — 28,6 % мужчин и 23,6 % женщин; сахарный диабет 2 типа — 14,3 % мужчин и 11,8 % женщин, что соответствует литературным данным связи НАЖБП и ССЗ [2].

Своевременное предупреждение, выявление факторов риска и воздействие на них играет решающую роль в профилактике развития и прогрессирования ССЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мязин, Р. Г. НАЖБП и сердечно-сосудистые риски: клиника, диагностика, особенности терапии / Р. Г. Мязин // Медицинский совет. — 2019. — № 12. — С. 82–86.
2. Широкова, Е. Н. Неалкогольная жировая болезнь печени, гиперлипидемия и сердечно-сосудистые риски / Е. Н. Широкова // Фарматека. — 2017. — № 2. — С. 74–76.
3. Пальгова, А. К. Группы риска по развитию неалкогольной жировой болезни печени: кому и как проводить скрининг / А. К. Пальгова // Эффективная фармакотерапия. — 2017. — Т. 16, № 24. — С. 26–30.

УДК 612.397.81:616.379-008.64

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Махлина Е. С., Кононова О. Н., Навменова Я. А., Василевич Н. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет (СД) является наиболее быстро распространяющимся заболеванием в мире и число больных диабетом неуклонно растет. Диабетическая дислипидемия представляет собой сочетание нарушений содержания в плазме липидов и липопротеидов, которые взаимосвязаны на уровне метаболизма [1]. Современная стратегия ведения пациентов с СД направлена на достижение не только целевых индивидуализированных значений показателей гликемии, но и достижение целевых значений показателей липидного профиля [1, 2, 3].

Цель

Провести оценку показателей метаболического контроля у пациентов с СД и определить наличия взаимосвязи между показателями липидного профиля и показателями углеводного обмена.