



половина підлітків вживає фрукти і овочі 42,2 % (юнаки) та 51,2 % (дівчатка). 17 % підлітків в усіх статевих-вікових групах регулярно («щодня») вживають (газовані напої та солодощі). Третина (27,9 %) щодня або 5-6 днів на тиждень споживають їжу, переглядаючи телевізор. Було проаналізовано зв'язок наявності МС та ІР, як провідної ознаки цього синдрому, та відхилень ХП у обстежених основної групи методом кореляційного аналізу, який виявив прямий слабкий, статистично значущий зв'язок між ХП та індексом НОМА ($r=0,43$; $p<0,001$). Тобто це підтверджує можливу патогенетичну роль ІР у прогресуванні ожиріння і розвитку відхилень ХП.

Аналіз даних Голландського опитувальника показав, що у більшості підлітків з ожирінням мав місце обмежувальний тип ХП – $81,3\pm 3,2$ %, з достовірною різницею по групах ($-52,5\pm 2,8$ %; $2-28, \pm 3,0$ %) ($\varphi<0,05$), тоді як в групі контролю лише у $16,7\pm 2,4$ % дітей встановлене зазначене порушення ХП ($\varphi<0,05$). Це порушення ХП характеризується надлишковими харчовими самообмежуваннями та безсистемними жорсткими дієтами, які чергуються з епізодами переїдання та прогностично найбільш несприятливе щодо його корекції та розвитку «дієтичної депресії».

Досить розповсюдженим варіантом порушення ХП був екстернальний – у $28,8\pm 3,0$ % обстежених 1 групи та $24,7\pm 2,7$ % 2 групи ($\varphi>0,05$), проти $13,67\pm 2,1$ % в групі контролю ($\varphi<0,05$), який характеризується підвищеною реакцією хворого не на внутрішні стимули приймання їжі, наприклад відчуття голоду, а на зовнішні стимули (реклама харчових продуктів, тощо).

У чверті хворих на ожиріння відзначався емоціогенний тип харчової поведінки – $24,7\pm 2,7$ % у підлітків 1 групи та $17,5\pm 2,9$ % в 2 групі, проти $10,86\pm 1,9$ % у дітей групи контролю ($\varphi<0,05$), без достовірної різниці за статтю ($\varphi>0,05$). За емоціогенної ХП стимулом до прийому їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт: людина їсть не тому що голодна, а тому що стривожена, ображена, роздратована тощо.

Також було встановлено, що взагалі у хворих з ознаками МС статистично значуще частіше відзначались порушення ХП ($71,8\pm 3,7$ %), ніж у хворих без проявів МС ($39,4\pm 4,1$ %), ($p<0,05$). Тобто, розлади ХП, як клінічна ознака, більш поширені у осіб з метаболічними порушеннями на тлі ІР.

Висновки. Таким чином, доцільна рання корекція харчової поведінки у поєднанні з модифікацією способу життя, здоровим збалансованим харчуванням та психологічним консультуванням для покращення ефективності лікування ожиріння й профілактики метаболічного синдрому.

ЕХОКАРДИОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Гріднева О. В., д.мед.н., доц. Кадикова О. І., Ібрагімова Ш.
д.мед.н., проф., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ. Значення ожиріння, як фактора ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) останнім часом значно зросла у зв'язку зі збільшенням поширеності ожиріння у світовій популяції. Ожиріння відноситься до відомих факторів ризику розвитку серцевої недостатності (СН), але механізми зв'язку між ожирінням і СН залишаються й досі невизнаними.

Мета. Оцінити взаємозв'язок ожиріння з розмірами порожнин серця і гіпертрофією міокарда лівого шлуночка у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка.



Матеріали та методи. У дослідження було включено 73 пацієнта віком від 40 до 77 років (середній вік $56,9 \pm 9,8$ років), з них 42, які мають СН I-II А стадії, I-III ФК, що розвинулася на тлі ожиріння та ішемічної хвороби серця (ІХС), були включені в основну групу, інші 31 – пацієнти із загальної популяції, набрані в дослідження методом випадкових чисел, включені в групу контролю. Всім пацієнтам проводилося замір об'єму талії (ОТ) і розрахунок індексу маси тіла (ІМТ) за формулою: вага (кг)/зріст (м)². ЕхоКГ виконувалася на апараті SonoScape в М-, В- і доплеровському режимі з визначенням розмірів лівого передсердя (ЛП), правого передсердя (ПП), правого шлуночка (ПШ), кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка (КДР ЛШ), кінцево-систолічного розміру ЛШ (КСР), товщини міжшлуночкової перегородки (МШП), товщини задньої стінки (ЗС), фракції викиду ЛШ (ФВ), розраховувалася маса міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) і індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ). Статистична обробка проводилася з використанням пакету програм Statistica 8.0

Результати. При порівнянні основної та контрольної групи виявлені достовірні відмінності в наступних показниках: ІМТ – $32,2 \pm 6,1$ проти $27,3 \pm 5,3$ ($p < 0,05$), ОТ – $102,9 \pm 12,4$ см проти $91,2 \pm 13,5$, ПШ – $32,0 \pm 2,1$ мм проти $24,2 \pm 3,5$, ЛП $52,1 \pm 6,2$ проти $37,1 \pm 5,2$, МШП $13,6 \pm 1,3$ проти $12,1 \pm 1,2$, ММЛШ – $272,2 \pm 57,3$ проти $238,7 \pm 56,2$.

В основній групі виявлено кореляційний зв'язок між ІМТ і розмірами міокарда: ПШ ($R=0,45$, $p < 0,05$), ЛП ($R=0,37$, $p < 0,05$), КДР ($R=0,37$, $p < 0,05$), КСР ($R=0,32$, $p < 0,05$), МШП ($R=0,35$, $p < 0,05$), ЗС ($R=0,29$, $p < 0,05$), ФВ ($R=0,27$, $p < 0,05$), ММЛШ ($R=0,41$, $p < 0,05$); між ОП і наступними показниками: ПШ ($R=0,42$, $p < 0,05$), ЛП ($R=0,34$, $p < 0,05$), КСР ($R=0,51$, $p < 0,05$), КДР ($R=0,54$, $p < 0,05$), МШП ($R=0,42$, $p < 0,05$), ЗС ($R=0,34$, $p < 0,05$), ФВ ($R=-0,44$, $p < 0,05$), ММЛШ ($R=0,59$, $p < 0,05$), ІММЛШ ($R=0,31$, $p < 0,05$). У групі контролю виявлено кореляційний зв'язок між ІМТ та КДР ($R=-0,30$, $p=0,06$), КСР ($R=-0,51$, $p=0,04$), ФВ ($R=0,44$, $p < 0,05$), ІММЛШ ($R=-0,58$, $p < 0,05$), ОТ та ФВ ($R=0,41$, $p < 0,05$), ІММЛШ ($R=-0,40$, $p=0,04$).

Виявлено кореляційний зв'язок між віком і ММЛШ ($R=0,94$, $p < 0,05$) як в основній, так і в контрольній групі.

Висновки. На тлі підвищеної маси тіла, збільшених розмірів порожнин серця і гіпертрофії міокарда лівого шлуночка у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка виявлено збільшення розмірів порожнин серця і ступеня гіпертрофії міокарда лівого шлуночка по мірі наростання ступеня ожиріння за даними індексу маси тіла і об'єму талії, тоді як у пацієнтів із нормальною вагою і структурою серця вищевказаних закономірностей не спостерігалося. Як в загальній популяції, так і у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка з віком збільшувалася ступінь гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ОЦІНКИ РІВНІВ РЕНІНУ ТА АЛЬДОСТЕРОНУ У ЦИРКУЛЯЦІЇ МЕТОДОМ ІНТЕГРАЛЬНОЇ РЕОГРАФІЇ ТІЛА

¹Єфіменко Т. І., ¹д.мед.н., с.н.с. Місюра К. В., ¹Столярова Н. В.,
²к.мед.н. Залюбовська О. І.

¹ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», Харків,
²Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ. Натепер у світі з кожним роком стає все більш актуальною проблема катастрофічного зростання розповсюдженості такої ендокринної патології, як ожиріння