



ВІСЦЕРАЛЬНЕ ОЖИРІННЯ ТА САРКОПЕНІЯ: ОСОБЛИВОСТІ АНТИОСТЕОПОРОТИЧНОЇ СТРАТЕГІЇ

К.мед.н., доц. Андруша А. Б.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ. Надмірне накопичення жирової тканини є однією з основних причин, що викликають ендокринні, обмінні та інші хронічні захворювання, які знижують тривалість життя людини і впливають на якість життя в цілому. У зв'язку з цим важливим прогностичним фактором служить контроль кількісних характеристик складу тіла і топографічні особливості розподілу жирової маси. Проведені раніше нами дослідження виявили взаємозв'язок між вісцеральним ожирінням, саркопенією і зміною якості і щільності кісткової тканини (розвитком остеопорозу).

Прогнозування ризику остеопоротичних переломів є критичним для визначення тактики ведення пацієнта та стратегій лікування. Ризик остеопоротичних переломів визначається міцністю кісток та іншими факторами і вторинними захворюваннями, які включені до моделей, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Включення додаткових факторів ризику в алгоритм оцінки ризику перелому також є доцільним у випадках, коли неможливо визначити мінеральну щільність кісткової тканини. Рішення про доцільність рентгенівської абсорбціометрії є виправданим, коли існує доведений високий ризик остеопоротичних переломів.

Мета. Оцінити частоту розвитку остеопорозу та ймовірність остеопоротичних переломів у пацієнтів із вісцеральним ожирінням та саркопенією.

Матеріали та методи. Нами обстежено 38 пацієнтів (середній вік $50 \pm 6,2$ років) із вісцеральним ожирінням та саркопенією. Діагностика саркопенії базувалася на оцінці вмісту м'язової маси (метод біоімпедансу) та визначенні індексу м'язової сили. Окрім загальноприйнятих методів діагностики ожиріння усім пацієнтам проводилася подвійна енергетична рентгенівська абсорбціометрія, яка визначала мінеральну щільність кісток та вміст вісцерального жиру в організмі. Також ми використовували хвилинний тест на остеопороз; алгоритм FRAX, (для обчислення 10-річної ймовірності остеопоротичного перелому); калькулятор QFracture (з додатковою можливістю розрахувати ризик перелому кістки від 1 року до 10 років, включаючи більш розширений перелік станів, пов'язаних з переломами, ніж FRAX, що враховує тенденцію пацієнта до падіння). Оцінка 10-річної ймовірності основного остеопоротичного перелому була зроблена за допомогою моделей FRAX та QFracture, характерних для відповідної етнічної групи. Статистичну значимість відмінностей у досліджуваних параметрах оцінювали непараметричним методом (за критерієм χ^2).

Результати. Усі обстежені хворі із вісцеральним ожирінням були розділені на підгрупи залежно від відсутності/наявності саркопенії. Нами встановлено, що за наявності вісцерального ожиріння ризик остеопоротичного перелому значно нижчий ($\chi^2=8,947$, $df=1$, $p=0,003$), ніж при нормальному вмісті вісцерального жиру в організмі, але остеопороз (остеопенія та остеопороз) є більш поширеним ($\chi^2=7,139$, $df=1$, $p=0,007$). У пацієнтів з саркопенією мінеральна щільність кісткової тканини значно нижча ($\chi^2=4,864$, $df=1$, $p=0,027$), а ймовірність великого остеопоротичного перелому значно вища при оцінці за допомогою калькулятора QFracture ($\chi^2 = 9,01$, $df = 1$, $p = 0,003$).

Висновки. Поєднання вісцерального ожиріння та саркопенії можна розглядати як потенційні фактори, що сприяють розвитку остеопорозу, та як прогностичні показники, що збільшують ймовірність остеопоротичних переломів. У пацієнтів із вісцеральним ожирінням існує невідповідність між зниженим ризиком остеопоротичного перелому та низькими показниками мінеральної щільності кісткової тканини,



тому для цієї категорії пацієнтів рекомендується додаткове визначення мінеральної щільності кісткової тканини. Більш чутливим інструментом для оцінки ймовірності остеопоротичних переломів у хворих із вісцеральним ожирінням та саркопенією є калькулятор QFracture. Можливими механізмами, які можуть впливати на мінеральну щільність кісток та ризик остеопоротичних переломів є ті, що жирова тканина є не тільки джерелом енергії в організмі, а й виконує ендокринні функції. Адипоцити жирової тканини виділяють велику кількість активних речовин, які впливають на тяжкість процесів у багатьох органах безпосередньо або за допомогою нейроендокринних механізмів. Адипоцити взаємодіють з гормонами гіпофізу, інсуліном, катехоламінами. У зв'язку з цим простежується вплив адипокінів на ліпідний обмін, гомеостаз глюкози, запалення та на формування кісток. Патогенетичне обґрунтування зв'язку між підвищеним ризиком переломів у людей із надлишком вісцерального жиру визначається прозапальною активністю адипоцитів, що підтримує резистентність до інсуліну. Очевидно, що зменшення мінеральної щільності кісткової тканини не є абсолютним фактором ризику переломів, і наявність метаболічних порушень запускає інші механізми порушень ремоделювання кісток.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ ХАРЧУВАННЯ ПІДЛІТКІВ З ОЗНАКАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

^{1,2} К.мед.н., доц. Бузницька О. В.

¹Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,

²Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна

Вступ. За визначенням ВООЗ, раціональне харчування – це організоване та своєчасне постачання до організму людини поживної та смачної їжі, яка містить оптимальну кількість харчових речовин, необхідних для підтримування життя, розвитку та підвищення працездатності. На жаль, харчування сучасної української молоді залишається незбалансованим, шкідливим для здоров'я, часто з порушеннями харчової поведінки, що з плином часу призводить до ожиріння та його наслідків, зокрема, метаболічного синдрому (МС).

Мета. Вивчити характер харчової поведінки підлітків на тлі метаболічного синдрому.

Матеріали та методи. Для досягнення мети вибірка підлітків у кількості 200 осіб з ожирінням (віком 14-18 років: 100 юнаків і 100 дівчат) була обстежена в умовах клініки ДУ «ІОЗДП НАМН України». Контрольна група складалась з 30 дітей того ж віку. Комплекс обстеження включав клінічне, лабораторно-інструментальне дослідження (з визначенням показника інсулінорезистентності (ІР) за допомогою моделі НОМА – ІР (Matthews D.R., 1985). На основі проведених досліджень та використаних критеріїв Міжнародної Діабетичної Федерації (IDF, 2007) обстежені були розподілені на групи: 1 – з ознаками МС та 2 – без ознак МС, у кожному з яких увійшли по 100 хворих. Дослідження харчової поведінки (ХП) у підлітків з ожирінням проводилося методом анкетування за допомогою Голландського опитувальника (DEBQ, The Dutch Eating Behaviour Questionnaire). Слід зазначити, що за даними цього тесту, можлива наявність одночасно декількох порушень ХП у одного хворого.

Статистична обробка результатів проводилась з використанням прикладних програм «Stadia-6» (серійний номер ліцензійного паспорту 1218 від 24.05.2000 р., версія «Prof»), Microsoft «Access», «Excel».

Результати. За даними анамнезу було встановлено, що близько 7,8 % дітей 14-річного віку та 15,6 % дітей 15-16-річного віку не снідають у будні дні. Щодня тільки