

Результаты исследования. Изучение корреляционных взаимосвязей между процентом жира в печени и ПЛ показало наличие достоверных взаимосвязей между содержанием жира в печени и уровнем триглицеридов (ТГ) ($r=0,589$; $P<0,01$), общего холестерина (ОХС) ($r=0,538$; $P<0,05$). Значимая корреляция существовала и между процентом жира в печени и ХС ЛПОНП ($r= 0,41$; $P 0,04$), индексом массы тела (ИМТ) ($r=0,652$; $P<0,001$), площадью висцерального жира ($r=0,648$; $P<0,001$), подкожного жира ($r=0,40$; $P< 0,03$) и процентом жировой массы тела (ЖМТ) ($r=0,674$; $P<0,001$), постпрандиальными показателями глюкозы, инсулина и С-пептида ($P<0,01$). Отмечена статистически значимая обратная корреляционная связь между уровнями адипонектина и ТГ ($r=-0,467$; $P<0,01$), ОХС ($r=-0,423$; $P<0,05$) после приема пищи; значительная положительная корреляционная связь между процентом ЖМТ, ПЖТ, ВЖТ и постпрандиальным значением инсулина ($P< 0,01$).

Выводы. Пациенты с НАСП в сочетании с СД-2 имеют постпрандиальные изменения липидов в виде гипертриглицеридемии, гиперхолестеринемии и снижения ХС ЛПВП, что связано с повышенным содержанием жира в печени. Степень выраженности ПЛ у больных НАСП и СД-2 определяется высоким содержанием жира в печени и низким уровнем адипонектина сыворотки крови. Высокое содержание жира в печени ассоциировано с ПЛ, что может выступать в качестве потенциального фактора риска развития кардиоваскулярных заболеваний.

Коряк В.В.¹, Пасиешвили Т.М.²

**ДИАБЕТИЧЕСКИЕ АНГИОПАТИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ
ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
«УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ»**

¹Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника» ХНМУ, ²Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Представленный доклад на очередной сессии Всемирной Организации Здравоохранения был посвящен проблеме сахарного диабета (СД). Распространенность заболевания позволяет ему занимать 3 место в структуре общей заболеваемости, уступая первенство только болезням сердечно-сосудистой системы и онкологии.

В настоящее время в мире зарегистрировано более 350 млн. пациентов с СД. В тоже время по прогнозам Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation, IDF) их количество к 2030 году перешагнет полумиллиардный рубеж.

Значительная распространенность СД и высокая смертность таких пациентов (каждые 7 сек в мире регистрируется 2 новых случая и каждые 7 сек умирает 1 больной от его осложнений) позволили говорить о пандемии СД в 21 веке. Украина, к сожалению, не оказалась в стороне от этой проблемы. Так, на 1 января 2016 года в стране на учете состоит 1 млн. 223 тыс. 607 больных. Таким образом, мультифакторный характер заболевания, ведущим звеном которого является генетическая предрасположенность, реализующаяся на фоне предрасполагающих факторов внешней среды, не позволяет предполагать улучшение проблемы в ближайшее время.

Остроту данной проблемы рассматривают не только с позиции распространенности СД, но и быстрого развития осложнений, влияющих на качество жизни пациентов и смертность. Изменяя все виды обменов в организме, «основной удар» заболевания приходится на сосудистое русло. Так, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы проявляются гиперлипидемией с развитием ишемической болезни сердца и, часто, повторного, инфаркта миокарда. Изменение в сосудистом русле могут приводить к цереброваскулярным осложнениям (инсульт), формированию хронической почечной недостаточности, ангиопатии нижних конечностей, офтальмопатии.

Установлено, что при СД структурные изменения при микроангиопатиях характеризуются утолщением капиллярной базальной мембраны. Это приводит к нарушению селективности транспорта продуктов метаболизма и питательных веществ между сосудистым руслом и тканями.

В течение года в эндокринологическом отделении «Университетской клиники» проходили стационарное лечение 694 пациента с СД, что составило - 82,4 % по отношению ко всем лицам данного отделения. Преобладали больные с СД 2 типа (610 человек); среди них было 232 мужчины и 378 женщин. Средний возраст по группе составил 52 года. С учетом длительности заболевания до 5 лет диагноз был установлен 89 случаям. В периоде болезни от 5 до 10 лет было 247 больных. Анамнез СД 2 типа более 10 лет наблюдали у 274 пациентов. У 115 лиц при отсутствии компенсации СД сахароснижающими препаратами дополнительно назначался инсулин.

Среди сопутствующих заболеваний необходимо отметить ожирение 1-2 ст. (387 лиц), хронический холецистит (120), хронический колит с дискинезией кишечника по гипомоторному типу (273), артериальную гипертензию (371).

При поступлении в стационар у 113 пациентов с СД 2 типа заболевание находилось в стадии субкомпенсации, 497 - декомпенсации.

Показатели гликозилированного гемоглобина были в пределах 7,1 – 12,7%.

Всем пациентам проводилась диагностика сосудистых изменений нижних конечностей – УЗИ с последующей консультацией сосудистого хирурга.

Так, ангиопатия сосудов нижних конечностей была установлена в 545 случаях (89,3%). При этом ишемия 1 ст. подтверждена в 427 наблюдениях, 2 ст. – у 79 больных и 3 ст. – у 39 пациентов.

Липидный спектр крови характеризовался гиперлипидемией: отмечалось повышение содержания общего холестерина сыворотки крови ($7,2\pm 0,9$ ммоль/л), триглицеридов ($3,7\pm 1,2$ ммоль/л) и ЛПНП ($5,7\pm 1,3$ ммоль/л) на фоне снижения ЛПВП ($0,6\pm 0,2$ ммоль/л).

Общий белок сыворотки крови в целом по группе составлял – $64,5\pm 2,1$ г/л с преобладанием фракций альфа-2 и гамма-глобулинов.

Одновременно отмечено снижение общего кальция сыворотки крови до $1,9\pm 0,4$ ммоль/л.

В лечении СД 2 типа на фоне диеты и модификации образа жизни, которая подбиралась с учетом массы тела, использовали бигуаниды, препараты сульфонилмочевины, ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (форксига) и аналоги человеческого глюкагоноподобного пептида-1 (виктоза). Наличие гиперлипидемии было основанием к применению статинов в дозе 20 мг/сут.

Проведенная сосудистая терапия в 96% наблюдений оказывала положительный клинический эффект, что проявлялось улучшением показателей при повторном ультразвуковом исследовании сосудов нижних конечностей и повышением качества жизни пациентов. У 24 больных эффекта достигнуть не удалось, что было обусловлено отсутствием компенсации СД или выраженными трофическими нарушениями.

Этап диспансерного наблюдения у таких больных, кроме регулярного контроля уровня сахара в крови и глюкозурии, обуславливает дальнейший прием сосудистой терапии. Обязательным условием ведения нами таких больных была повторная госпитализация (2-3 раза в год) с проведением инструментальных методов исследования (УЗИ) и повторными курсами сосудистой терапии. При декомпенсации заболевания вопросы госпитализации решаются индивидуально. Наблюдение за такими больными в течение 2,5 лет позволило говорить о контроле данного осложнения. В тоже время у 38 пациентов отмечено прогрессирование ангиопатии сосудов нижних конечностей и стадии ишемии, что, по-видимому, явилось результатом агрессивного течения заболевания и отсутствия должного контроля за гликемией.

Таким образом, развитие сосудистых осложнений у пациентов с СД предопределено наличием заболевания. Однако активная диспансеризация

и регулярность курсов терапии позволяет в большинстве случаев контролировать течение нозологии. В тоже время, агрессивность патологического процесса, вовлечение сосудистого русла всех органов и систем, дает основание к поиску новых лекарственных препаратов и разработке схем терапии.

Кравцова Е.Н.¹, Горностаева С.В.¹, Голозубова Е.В.²
ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ФИКСАЦИОННОГО ПОДАВЛЕНИЯ В
ОЦЕНКЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ
ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

**¹ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск, Российская Федерация**

**²Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина**

Вестибулярная система, благодаря наличию обширных связей вестибулярных ядер ствола головного мозга с мозжечком, глазодвигательным аппаратом и спинным мозгом обладает высокой чувствительностью к изменению мозгового кровотока. Вестибулярные реакции, в условиях нарушенной мозговой гемодинамики, характеризуются большим разнообразием и отмечаются в 94% случаев у пациентов с хроническими формами недостаточности мозгового кровообращения.

Гемодинамически значимые (более 60% диаметра сосуда) стенозы экстрацеребральных артерий являются одной из ведущих причин нарушений мозгового кровообращения. Важным диагностическим критерием, позволяющим объективизировать изменение вестибулярной функции и определить уровень поражения вестибулярной системы при проведении отоневрологического обследования у лиц с недостаточностью мозгового кровообращения, является оценка индекса фиксационного подавления (ИФП). Выполнение калорических тестов остается «золотым» стандартом отоневрологического обследования. При этом дается оценка таким показателям как унилатеральная недостаточность, дирекционное преобладание, скорость медленной фазы нистагма, ИФП. Определяется степень возбудимости лабиринта (гипо-, нормо- или гиперрефлексия). При наличии у пациента спонтанного нистагма интерпретация результатов калорических проб представляет значительные трудности. Оценка вызванных реакций производится «сквозь» спонтанный нистагм. ИФП нистагма количественно описывает способность пациента произвольно подавлять нистагм, концентрируясь на определенной цели. Считается, что