

**Целью нашего исследования** являлось выявление распространенности астенических и вегетативных расстройств у больных ХВГ «С» и определение их качества жизни при астено-вегетативном синдроме.

**Материалы и методы.** Обследовано 67 пациентов мужского и женского пола с хроническим вирусным гепатитом «С» легкой и средней степени тяжести в МУЗ «Городской больнице №2 г. Белгорода». Для диагностики астении применялась субъективная шкала оценки астении MFI-20. Для выявления синдрома вегетативной дисфункции (СВД) была использована схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений А.М. Вейна. С целью определения состояния системы вегетативной регуляции был использован метод анализа вариабельности сердечного ритма с помощью приборно-аппаратного комплекса (ПАК) «Омега». Исследование качества жизни проводилось с помощью опросника оценки качества жизни SF-36.

**Результаты и обсуждение.** С помощью анкеты MFI-20, астения среди больных ХВГ была выявлена у 81% пациентов, «схема» позволила выявить синдром вегетативной дисфункции у 76% обследованных. При использовании метода анализа вариабельности ритма сердца вегетативные расстройства выявлены у 87% больных. Астено-вегетативный синдром был диагностирован у 56% пациентов с ХВГ. В группе больных ХВГ с астено-вегетативным синдромом «физический показатель» качества жизни был ниже ( $36,9 \pm 1,6$ ), чем в группе больных без астено-вегетативного синдрома ( $42,2 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ). «Психический компонент» качества жизни в группах не имел отличий. Между средним балом «схемы» выявления СВД и средним балом показателей шкалы оценки астении («общей астении» ( $r=0,43$ ;  $p < 0,001$ ), «снижения активности» ( $r=0,33$ ;  $p < 0,001$ ) и «физической астении» ( $r=0,31$ ;  $p < 0,001$ )) была выявлена корреляционная связь средней силы. Показатели шкалы MFI-20 и «схемы» с показателями опросника SF-36 также имели связь средней силы.

**Выводы.** 1. Астения и вегетативные расстройства среди больных ХВГ широко распространены. 2. Качество жизни больных ХВГ с астено-вегетативным синдромом ниже, чем больных ХВГ без астено-вегетативных расстройств. 3. Данная категория больных нуждается в коррекции астении и вегетативной дисфункции с целью повышения их качества жизни.

## **АССИМЕТРИЧНЫЙ ДИМЕТИЛАРГИНИН И АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ**

*Молодан Д.В.*

**Харьковский национальный медицинский университет, Украина**

Ассиметричный диметиларгинин (АДМА) привлекает внимание учёных, так, как есть весомые основания считать, что это вещество играет важную биологическую роль, и, как минимум, является важным прогностическим маркером. Однако, несмотря на обнаружение механизмов, которые теоретически могут объяснить связь повышения уровня АДМА с

возникновением кардиоваскулярной патологии, причинно-следственная природа этих связей остаётся противоречивой.

**Цель работы:** исследовать связь между уровнем АДМА и абдоминальным ожирением(АО).

**Материалы и методы:** обследовано 68 лиц с избыточной массой тела и разной степенью АО. В контрольную группу были включены 24 человека с нормальной массой тела. В исследование не включались лица имевшие заболевания почек, печени, сердечную недостаточность 4 функционального класса и сахарный диабет 1-2 типа. Всем обследованным, кроме обязательного перечня обследований, проводилось определение АДМА и измерение антропометрических показателей.

**Результаты:** была обнаружена достоверная корреляционная связь между показателями уровня АДМА и окружностью талии ( $r=0.27$ ,  $P=0,02$ ). Уровень АДМА был также достоверно выше у лиц, имевших избыточную массу тела и АО в сравнении с лицами, имевшими нормальную массу тела ( $0,52\pm 3.1$  и  $0,33\pm 1.9$  ммоль/л соответственно;  $P=0,05$ ), но для этого показателя корреляционная связь была слабее.

**Заключение:** АДМА вероятно связан с развитием метаболического синдрома, и, в частности, таким важным показателем его тяжести, как АО. Полученные результаты также показывают важность определения окружности талии в клинической практике.

## ВЫСОКИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК И КОМОРБИДНОСТЬ

*Несен А.А.*

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМНУ», г. Харьков, Украина

Специалистами во всем мире признан факт того, что коморбидность – кардинальная проблема современной клинической медицины. Сегодня исследования разновидностей коморбидности – интерференции (влияния одного заболевания на развитие и течение другого), синтропии (закономерного сочетания двух болезней, которое наблюдается в одном организме) или дистропии (закономерное редкое или невозможное сочетание некоторых патологий в одном организме) имеет ключевое значение в клинической практике. Полиморбидность патологий, как правило, обуславливает значительные изменения классической клинической симптоматики течения заболеваний. Поли- и коморбидность может оказывать существенное влияние на диагностику и лечение. Коморбидность патологий за определенный временной промежуток может радикально определять маркеры риска (risk marker), факторы риска (risk factor), абсолютный риск (absolute risk), конечные точки (end-points), смертность (mortality). Предполагается, даже, что коморбидность – это закономерный процесс и, возможно, следствие генетической адаптации индивидуумов и популяций к современным изменениям окружающей среды. ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой