



чином, з огляду на відмінності рівня адіпонутріна в залежності від статі необхідно продовжити дослідження в даному напрямку.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АДІПОНУТРИНА З ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

<sup>1</sup>Д.мед.н., проф. Кравчун П. Г., <sup>1</sup>д.мед.н., проф. Кадикова О. І.,  
<sup>2</sup>к.мед.н., доц. Дунаєва І. П., <sup>1</sup>Герасимчук У. С.

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет МОЗ України,

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

**Вступ.** Одним із найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи залишається гіпертонічна хвороба (ГХ). Передбачається, що до 2025 року 1,56 мільярдів дорослого населення планети буде страждати даною патологією. Не можна не відзначити, що поширеність даного захворювання помітно збільшується з віком і наявністю ожиріння. Адіпонутрін (ADPN) – це білок, який може розглядатися як маркер метаболічних порушень в коморбідній патології.

**Мета.** Оцінити характер взаємозв'язку показників ліпідного обміну та рівня адіпонутріна у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та ожирінням.

**Матеріали та методи.** У дослідженні було обстежено 127 осіб, з яких 107 – пацієнти з даною коморбідною патологією і 20 – група контролю. Вік пацієнтів становив від 32 до 79 років (середній вік  $58,6 \pm 9,88$ ) років і істотно не відрізнявся від такого в контрольній групі – ( $45,6 \pm 13,2$ ) років. Рівень ADPN визначали у 58 хворих із ГХ 1-го-3-го ступенів, у віці від 32 до 79 років (середній вік  $57,5 \pm 10,11$  років), котрим раніше не проводили регулярну антигіпертензивну терапію.

При цьому ГХ 1 ступеня діагностована у 12 (20,7 %) пацієнтів, ГХ 2 ступеня – у 16 (27,6 %), а ГХ 3 ступеня – у 30 (51,7 %) обстежених хворих. Обстежені пацієнти мали нормальну масу тіла, надлишкову масу тіла або ожиріння 1, 2, 3-го ступенів. Пацієнти були поділені на групи: без ожиріння (n=40) – 1 група, з ожирінням 1 ст. (n=36) – 2 група, з ожирінням 2 і 3 ст. (n=31) – 3 група.

З 58 пацієнтів, обстежених на вміст ADPN з нормальною масою тіла було 10 осіб (група I), з надмірною масою тіла – 9 осіб (група II), з ожирінням 1-го ступеня – 17 (група III), 2-го – 13, (група IV) 3-го – 9 (група V) осіб.

Для визначення рівня ADPN застосовувався імуноферментний метод з використанням набору реагентів The RayBio® Adiponutrin Enzyme Immunoassay (EIA) Kit, (USA). Рівень загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) і тригліцеридів (ТГ) визначалися ферментативним методом за стандартною біохімічною методикою. Рівень холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) розраховували за формулою:  $\text{ХС ЛПДНЩ} = \text{ТГ} / 2,2$ . Холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) визначали за формулою Friedewald:  $\text{ХС ЛПНЩ} = \text{ХС} - (\text{ХС ЛПВЩ} + \text{ТГ} / 2,2)$ . Коефіцієнт атерогенності (КА) розраховували за формулою Клімова:  $\text{КА} = (\text{ХС} - \text{ХС ЛПВЩ}) / \text{ХС ЛПВЩ}$ .

Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету «Statistica 10». При цьому визначали середнє значення (Mean), стандартне відхилення (SD). Аналіз даних проводили методами непараметричної статистики. Дані результати представлені у вигляді медіана [нижній кuartиль; верхній кuartиль]. Для порівняння результатів використовували критерії Краслера- Уолліса (H) та Манна-Уїтні. Для оцінки ступеня взаємозв'язку між вибірками використовували кое-



фіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ). Нульову гіпотезу відкидали при рівні достовірності ( $p < 0.05$ ).

**Результати.** В ході проведеного дослідження нами було з'ясовано, що більшість показників ліпідного спектра всіх обстежених 107 осіб мали тенденцію до зростання відповідно збільшення показника індексу маси тіла (ІМТ).

У всіх групах хворих з ГХ показники були достовірно підвищеними в порівнянні з контрольною групою: ХС – (5,28 [4,21-5,65] – 5,48 [4,16-6,18] – 6,23 [4,79-6,92] – 4,1 [3,9-4,2] (ммоль/л) ( $p < 0.001$ ), відповідно, 1, 2, 3 і контрольна групи; ХС ЛПНЩ – (3,15 [2,2-3,72] – 3,62 [2,33-4,21] – 4,0 [3,0-5,1] – 2,32 [2,2-2,45] (ммоль/л) ( $p < 0.05$ ), відповідно, 1, 2, 3 і контрольна групи; ХС ЛПДНЩ – (0,49 [0,40-0,69] – 0,66 [0,43-0,91] – 0,67 [0,53-1,12] – 0,33 [0,28-0,57] (ммоль/л) ( $p < 0.05$ ), відповідно, 1, 2, 3 і контрольна групи; КА – (3,16 [2,3-3,6] – 3,3 [2,4-3,8] – 3,5 [3,0-4,4] – 2,04 [1,9-2,19] ( $p < 0.001$ ), відповідно, 1, 2, 3 і контрольна групи; ТГ – (1,14 [0,93-1,63] – 1,46 [0,97-2,03] – 1,7 [1,19-2,49] – 0,73 [0,61-1,25] (ммоль/л) ( $p < 0.05$ ), відповідно, 1, 2, 3 і контрольна групи; за винятком ХС ЛПВЩ – 1,28 [1,19-1,38] ( $p > 0.05$ ); - 1,27 [1,17-1,33] – 1,19 [1,10-1,33] – 1,35 [1,23-1,45] ( $p < 0.001$ ), відповідно, 1, 2, 3 і контрольна групи;

## ДО ПИТАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДИХ МІСЬКИХ МЕШКАНОК – ПРЕДСТАВНИЦЬ УКРАЇНСЬКОЇ ПОПУЛЯЦІЇ

**Манська К. Г., д.мед.н., с.н.с. Місюра К. В., Варавін В. П.**

*ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», Харків*

**Вступ.** Сьогодні не викликає сумніву, що для розвитку такого розповсюдженого захворювання як ожиріння (ОЖ), яке має не тільки медичне, але й соціальне та економічне значення для теперішнього соціуму, необхідне поєднання генетично детермінованих факторів із зовнішніми (провокуючими), які доволі часто пов'язані з поведінкою людини. До останніх, в першу чергу, відносять аліментарний фактор, що виражається в порушенні режиму і структури харчування, а саме, в розладах харчової поведінки (ХП). Як відомо, на сьогодні в медицині виділяють наступні типи розладів ХП: обмежувальний, емоціогенний та екстернальний. За даними літератури, серед представників популяцій європейських країн до 73 % дорослого міського населення має порушення ХП, у тому числі по емоціогенному типу – 36%, по екстернальному – 25 %, по обмежувальному – 12 %. За даними науковців із близького зарубіжжя, у населення їх країн, аналогічного по соціальним та ментальним характеристикам населенню України, у пацієнтів із ОЖ найчастіше (в 60 % випадків) діагностується емоціогенна ХП. Детальна інформація про спектр порушень ХП у населення – основа оптимізації профілактики не тільки ОЖ, але й коморбідних йому важких патологій, в першу чергу, цукрового діабету 2 типу.

**Мета.** Уточнення особливостей харчової поведінки міських мешканок м. Харкова із різною масою тіла.

**Матеріали та методи.** Обстежено 130 жінок із різною масою тіла без супутньої патології, які не отримували медикаментозну терапію на момент обстеження, – мешканок м. Харкова, середній вік яких склав (28,64±6,91) років.

Для діагностики надлишкової маси тіла (надІМТ), ОЖ та визначення його ступеня застосовували класифікаційні критерії ВООЗ (1997). Було сформовано чотири групи пацієнток: група 1 – з надІМТ ( $n=20$ ); група 2 – з ОЖ 1 ступеня ( $n=29$ ); група 3 – з ОЖ 2 ступеня ( $n=23$ ); група 4 – з ОЖ 3 ступеня ( $n=33$ ). Контрольну групу склали