

над ней, редко – под правой долей печени, когда отсутствует восходящая ободочная кишка. СК человека имеет весьма вариабельную форму – мешкообразную, воронкообразную или коническую (Ошкадеров В.И., 1927); воронкообразную, мешковидную или асимметрично экстагическую, т.е. с право- или левосторонними выпячиваниями (Лисицын М.С., 1925). В среднем длина СК человека составляет 5–7 см, а ширина – 5,5 см (Максименков А.Н., 1972), т.е. отношение ширины к длине (h/l) колеблется около 1. Чаще всего ширина СК преобладает над ее длиной. Гораздо реже СК узкая и высокая (Максименков А.Н., 1972).

СК у дегу относительно самая узкая (h/l) в следующем ряду: человек – около 1; белая крыса – 0,24–0,3; морская свинка – 0,2; дегу – 0,13. При этом относительно самой крупной и деформированной СК оказывается у морской свинки (СК дегу «занимает» второе место), а самой маленькой и наименее изогнутой – у человека. По форме и топографии СК дегу находится ближе

всего к СК морской свинки (оба грызуна – травоядные животные): 1) располагается преимущественно в левой части каудальной 1/2 брюшной полости, но занимает гораздо меньше места; 2) не охвачена петлей восходящей ободочной кишки, а поэтому и не собрана ею в складки, не связанные с продольными мышечными лентами; 3) напоминает виток растянутой спирали, но гораздо более узкой. СК белой крысы «гладкая», без вздутий, чаще имеет форму углообразно изогнутого вправо конуса или рога (выпуклость СК у дегу и морской свинки обращена влево), илеоцекальный угол располагается по средней линии или рядом с нею (у дегу и морской свинки – влево от средней линии). Реже СК крысы находится (почти) целиком влево от средней линии и образует полукольцо в более плотном окружении, в таком случае петли подвздошной кишки находятся справа от СК крысы. Этот вариант строения и топографии СК белой крысы близок к СК у самца дегу.

Медицинские науки

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПРЕМОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Амелина Т.К., Ждановская Т.Ю.,
Паско О.В., Сапожников Ю.А.

Краевая клиническая больница № 2,
Дальневосточный Государственный медицинский
университет, Хабаровск, e-mail: youris1971@mail.ru

Проблема метаболического синдрома (МС) все чаще привлекает внимание клиницистов различных специальностей. Это обусловлено, с одной стороны, его высокой распространённостью, с другой – значительностью вклада, вносимого МС в патогенез большого количества заболеваний. По данным различных авторов, частота встречаемости МС среди населения старше 30 лет составляет от 10 до 30% (E.S. Ford, 2002; P.W. Wilson, 2005; Дзидзария М.И., 2007; Ройтберг Г.Е., 2007; Zimmet P. et al, 2003), и эта цифра постоянно растёт. Вопросы профилактики, диагностики и лечения МС представляют собой острейшую медико-социальную проблему современности (И.И. Дедов, 2004; G. Alberti, 2005). При этом большинство пациентов с МС – это популяция людей активного трудоспособного возраста, наиболее продуктивная и значимая для общества. Согласно современным концепциям, метаболический синдром – это кластер гормональных и метаболических нарушений, взаимосвязанных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, объединенных общим патофизиологическим механизмом – инсулинорезистентностью.

Целью настоящей работы стало раннее выявление больных с признаками МС в группе пациентов с преморбидным абдоминальным ожирением на основании клинико-лабораторных данных.

В соответствие с поставленной целью были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить особенности состояния липидного обмена, системы гемостаза и соноскопические возможности диагностики типа ожирения у больных с преморбидным ожирением.

2. Выявить зависимости между показателями липидного обмена и гемостазиологическими показателями в группе с преморбидным ожирением.

3. На основе полученных данных предложить методики ранней диагностики артериальной гипертензии, как одного из серьёзных осложнений, связанных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали пациенты в удовлетворительном состоянии, находившиеся на лечении в хирургическом и терапевтическом стационарах ГКБ № 10 и в хирургическом стационаре ККБ № 2. Все пациенты были разделены на основную группу – пациенты с абдоминальным преморбидным ожирением (ИМТ > 30), 33 человека, и группу сравнения – пациенты с нормальной массой тела (ИМТ < 25), 9 человек. Фиксировались антропометрические, анамнестические данные, исследовались показатели углеводного обмена, липидного обмена и состояния системы гемостаза, фиксировались степень и стадия гипертонической болезни (ГБ), а также соноскопически определялись толщина подкожного жира, внутреннего жира (ВЖ) и предбрюшинного жира. Полученные данные подвергались сравнительному статистическому

анализу с использованием t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Манна-Уитни. Также выполнен корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение.

При сравнительном анализе выявлены статистически значимые межгрупповые различия по антропометрическим данным, что подтверждает корректность разбиения пациентов на группы, а также по уровню глюкозы и триглицеридов плазмы крови. Анализ проводился с использо-

ванием t-критерия Стьюдента (см. табл. 1) и непараметрического критерия Манна-Уитни (см. табл. 2), при этом были получены практически идентичные результаты. Иные достоверные различия при непосредственном сравнительном анализе изучаемых параметров выявлены не были. Этот факт, вероятно, подтверждает необходимость поиска более чувствительных критериев, позволяющих выявлять патологические изменения у больных с преморбидным ожирением на ранних стадиях.

Таблица 1

Статистически значимые межгрупповые различия, выявленные на основании критерия Стьюдента

	Основная группа, M ± m	Группа сравнения, M ± m	Уровень значимости, p
Объём талии (ОТ)	121,16 ± 16,6	81,6 ± 10,5	0,000001
Объём бёдер (ОБ)	118,21 ± 12,2	95,4 ± 4,1	0,000012
Масса тела	104,98 ± 20,7	68,4 ± 10,6	0,000036
ИМТ	34,0 ± 4,06	23,67 ± 2,31	< 0,0000001

Таблица 2

Статистически значимые межгрупповые различия, выявленные на основании критерия Манна-Уитни

	Уровень значимости, p
Объём талии (ОТ)	0,000029
Объём бёдер (ОБ)	0,000040
Отношение ОТ/ОБ	0,000823
Масса тела	0,000083
ИМТ	0,000029
Внутренний жир (ВЖ)	0,029712
Триглицериды крови (ТГ)	0,015664
Глюкоза крови	0,044391

При корреляционном анализе в основной группе выявлены статистически значимые сильные зависимости между толщиной внутреннего и предбрюшинного жира и степенью ГБ (коэффициенты корреляции > 0,75). Также выявлены статистически значимые сильные зависимости между щелочной фосфатазой и ЛПВП (коэффициент корреляции – 0,9), и между щелочной фосфатазой и индексом атерогенности (коэффициент корреляции 0,9). Кроме того, выявлены сильная зависимость между бета-липопротеидами плазмы крови и фибриногеном (коэффициент корреляции 0,89), а также между бета-липопротеидами плазмы крови и АЧТВ (коэффициент корреляции – 0,76). Аналогичные корреляционные связи в группе контроля выявлены не были.

Учитывая выявленную зависимость между толщиной внутреннего жира (ВЖ) и степенью ГБ у больных с преморбидным ожирением, предложено использование индекса «масса-жир», рассчитываемый по формуле $I = \text{ВЖ} / \text{Масса тела}$. При дальнейшем исследовании выявлена сильная статистически значимая связь между указанным индексом и степе-

нью ГБ (коэффициент корреляции 0,63), а также стадией ГБ (коэффициент корреляции 0,62).

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**:

1. У больных с преморбидным ожирением не выявляются значимые изменения в показателях липидного обмена и показателях системы гемостаза.

2. Выявленные зависимости между показателями липидного обмена и гемостазиологическими показателями в группе с преморбидным ожирением позволяют предположить появление нарушений в системе гемостаза на ранних стадиях развития метаболического синдрома, что требует их адекватной и своевременной диагностики и коррекции.

3. Предложенный индекс «масса-жир» хорошо коррелирует со стадией и степенью ГБ, что позволяет его использовать с целью раннего выявления пациентов, относящихся к группе риска по этому заболеванию, в то время как однократное измерение АД не всегда даёт адекватный результат, а многократное его измерение, также как и суточное мониторирование АД, достаточно трудоёмки и не всегда возможны.