

и псевдотуберкулез не обнаружены. Бактериологическое исследование кала на кишечно-патогенную группу отрицательное.

С февраля по сентябрь 2017 года пациент принимал месалазин не постоянно, иногда в дозе 2 г в день.

Был поставлен диагноз: «Болезнь Крона, терминальный илеит. Хронический конъюнктивит как системное проявление болезни Крона. Синдром раздраженной толстой кишки». При выписке общее состояние удовлетворительное. В настоящее время пациент находится на дообследовании у офтальмолога.

Выводы:

Воспалительные заболевания кишечника – это хронические системные заболевания, приводящие, в том числе, к глазной патологии, этиопатогенез которых до сих пор не до конца изучен. В данном случае болезнь Крона дебютировала неспецифической внекишечной симптоматикой, что создало трудности в своевременной постановке диагноза. На основании ранних исследований о патогенезе внекишечной симптоматики глазные проявления могут возникать чаще при колите и илеоколите, чем при участии только тонкой кишки [1].

Согласно данным литературы, конъюнктивит относится к случайным осложнениям и не может быть соотнесен только с ВЗК. Однако, в настоящем исследовании подтверждается тот факт, что рецидив хронического конъюнктивита связан с активностью болезни Крона. Междисциплинарный подход с участием офтальмолога, терапевта и гастроэнтеролога наилучшим образом поможет своевременно поставить диагноз и назначить эффективное лечение.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона, 2017 г.
2. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / под ред. Воробьева Г.И., Халифа И.Л. – М.: Миклош, 2008. – 400с.
3. McGovern DP, Kugathasan S, Cho JH. Genetics of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2015;149(5):1163-1176.e2.
4. Rogler G., Scholmerich J. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease // *Med. Clin.* — 2004. — Vol. 99, № 3. — P. 123 – 130

УДК 616.12

**Исакова А.П., Шамбатов М. А., Вишнева Е.М.
РОЛЬ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА В КОРРЕКЦИИ
ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Isakova A.P., Shambatov M. A., Vishneva E.M.

**THE ROLE OF THE BODY MASS DECREASE IN DYSLIPIDEMIA
CORRECTION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES AND
TYPE 2 DIABETES**

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: anya_isaka@mail.ru

Аннотация. Взаимовлияние ожирения и дислипидемии (ДЛП) как двух значимых факторов кардиоваскулярного риска (КВР) приводит к ускоренному течению атеросклероза и его осложнений. У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) вторичная профилактика имеет крайне высокое значение, поскольку у данной категории больных суммарный КВР имеет нарастающий характер. Исследовано влияние снижения массы тела (МТ) на липидный спектр пациентов высокого и очень высокого КВР, получающих полноценную медикаментозную терапию ССЗ. В исследование было включено 130 пациентов (30 мужчин и 100 женщин, средний возраст $68,3 \pm 7,3$) с избыточной МТ или ожирением, СД 2 типа и ССЗ. Выявлено, что уменьшение индекса массы тела (ИМТ) более 10% от исходного уровня сопровождалось снижением уровня триглицеридов (ТГ), $p=0,05$, в сочетании с повышением уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), $p=0,03$. Снижение МТ у пациентов, получающих эффективную терапию, может дополнительно улучшить состояние липидного профиля.

Annotation. The interaction of obesity and dyslipidemia as two significant risk factors leads to an accelerated course of atherosclerosis and its complications. For patients with cardiovascular diseases, secondary prophylaxis is necessary, as the total cardiovascular risk is increasing. This research work is devoted to the study of the weight loss influence on the lipid spectrum of high and very high cardiovascular risk patients receiving high-grade drug therapy for cardiovascular diseases. The study included 130 patients (30 men and 100 women, mean age 68.3 ± 7.3) with excess weight or obesity, type 2 diabetes mellitus and cardiovascular diseases. It was revealed that the body mass index has decreased for more than 10% from the initial level and it was accompanied by the decrease in the level of triglycerides, $p = 0.05$, in combination with an increase in the level of high density lipoproteins, $p = 0.03$. The reduction in body mass may additionally improve the lipid profile of the patients receiving effective therapy.

Ключевые слова: ожирение, дислипидемия, ИМТ, сердечно-сосудистый риск.

Key words: obesity, dyslipidemia, BMI, cardiovascular risk.

Введение

Современная кардиология в России стремительно развивается. Достигнуто снижение смертности от ССЗ в Российской Федерации (РФ). За 13 лет, с 2005 по 2018 гг., общий коэффициент смертности от болезней системы кровообращения (число умерших на 100 000 населения) снизился более чем на 36% (905,4 против 573,6) [2]. Однако, летальность от ССЗ остается высокой [1]. В связи с этим актуально проведение первичной и вторичной профилактики факторов КВР.

Высоко значение ожирения как фактора риска развития ССЗ. В РФ количество людей с ожирением в 2016 году возросло на 57% по сравнению с данными 2010 года (2010 год – 1161,7 тыс. человек, 2016 год – 1825,4 тыс. человек) [2]. Ожирение как компонент метаболического синдрома часто ассоциировано с артериальной гипертензией (АГ), СД 2 типа, ДЛП [5].

Снижение МТ сопряжено со снижением риска ССЗ [6]. Изучен положительный эффект снижения ИМТ на течение АГ. Так, уменьшение МТ на 1 кг приводит к снижению систолического (САД) на 2,4 мм рт. ст. и диастолического артериального давления (ДАД) на 1,5 мм.рт.ст. [3]. Показано, что ИМТ положительно коррелирует с уровнями общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и ТГ и отрицательно коррелирует с уровнями ЛПВП [4, 9]. У пациентов с/без КВР при снижении МТ на 3 кг концентрация ТГ уменьшается $\geq 0,17$ ммоль/л, а при снижении МТ на 5-8 кг происходит понижение уровня ЛПНП на 1,3 ммоль/л и повышение ЛПВП на 0,5-0,8 ммоль/л [6]. Указанные данные имеют высокое клиническое значение: снижение МТ может положительно влиять на прогноз заболевания и уменьшить медикаментозную нагрузку. Особое значение ожирение в данном контексте имеет у пациентов с СД 2 типа, так как скорость и выраженность атерогенеза у них очень высока.

Цель исследования – оценка влияния снижения ИМТ у пациентов с ССЗ и СД 2 типа на динамику показателей липидного спектра.

Материалы и методы исследования

Дизайн исследования: неинтервенционное продольное исследование пациентов с избыточной МТ или ожирением, СД 2 типа и ССЗ, получающих полноценную комбинированную терапию ССЗ, у которых ужесточен контроль немедикаментозных мер профилактики (коррекция калорийности пищи, соблюдение питьевого режима, модификация физической активности) с целью снижения МТ. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. По признаку эффективности снижения МТ через 6 месяцев выборка была разделена на 2 группы. Проведено сравнительное исследование полученных групп методом «случай-контроль».

Критерии включения: пациенты обоих полов в возрасте ≥ 18 лет, индекс массы тела ≥ 25 кг/м², ДЛП в анамнезе, СД 2 типа в анамнезе, для контроля которого используется монотерапия метформином, диапазон HbA1c 7,0-10,5%, ССЗ в анамнезе.

Критерии исключения: тяжелая неконтролируемая АГ, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака или инсульт в течение 3 месяцев до начала исследования, тяжелая застойная сердечная недостаточность (IV класс по шкале NYHA, беременность и кормление грудью, неспособность или нежелание соблюдать рекомендации по питанию, быстрое снижение МТ (более 5 кг в месяц).

Выполнялся сбор анамнеза, клинико-демографических данных, проводились антропометрическое измерение и исследование липидного спектра плазмы крови двукратно с интервалом 6 месяцев. Приверженность пациентов к терапии контролировалась посредством телефонных контактов. Антропометрическое исследование включало определение роста (м), массы тела (кг), ИМТ по формуле Кетле. Критериями избыточной МТ считалось ИМТ 25-30 кг/м², ожирения – ИМТ ≥ 30 кг/м². Лабораторное исследование включало определение уровня ОХС, ТГ, ЛПВП плазмы крови на биохимическом анализаторе ChemWell-bio 2902, «AwarenessTechnology» (США). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 10.0». Для парных сравнений использованы методы сравнительной статистики (U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Уилкоксона). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование было включено 130 пациентов (30 мужчин и 100 женщин, средний возраст $68,3 \pm 7,3$) с избыточной МТ или ожирением, СД 2 типа и ССЗ, госпитализированных в кардиологическое отделение МАУ ГКБ №14 г. Екатеринбурга. Возрастная и гендерная структура выборки соответствует естественной структуре и коррекции не подвергалась.

С целью коррекции АГ, лечения ССЗ пациенты получали комбинированную терапию: блокаторы рецепторов ангиотензина II принимали 112 (86,2%) пациентов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 18 (13,8%) пациентов, β -адреноблокаторы – 95 (73,1%) пациентов, тиазидные диуретики – 73 (56,2%) пациента; петлевые диуретики – 21 (16,1%) пациент, антогонисты минералкортикоидных рецепторов – 19 (14,6%) пациентов, дезагреганты – 83 (63,8%) пациента. Гиполипидемическую терапию ингибиторами ГМГ-КоАредуктазы (статины) принимали 130 (100%) пациентов. Также 130 (100%) пациентов получали сахароснижающую монотерапию метформином.

По признаку эффективности снижения МТ через 6 месяцев выборка была разделена на 2 группы.

I группа включала 53(40,8%) пациента, у которых ИМТ уменьшился более 10% от исходного уровня и снижение МТ считалось эффективным: 11 мужчин и 42 женщины, возраст 58–77 лет (ср. возраст 65,8±7,5лет). АГ страдали 53 (100%) пациента, ишемической болезнью сердца (ИБС) – 32 (60,4%) пациента, цереброваскулярной болезнью (ЦВБ)– 10 (18,9%) пациентов.

II группа включала 77 (59,2%) пациентов, у которых ИМТ уменьшился менее 10% от исходного уровня и снижение МТ считалось недостаточно эффективным: 19 мужчин и 58 женщин, возраст 61 – 81 лет (ср.возраст 69,9±7,2 лет). АГ страдали 77 (100%) пациентов, ИБС – 28 (36,4%) пациентов, ЦВБ – 19 (24,7,9%) пациентов.

Пациенты групп I и II на момент начала исследования не имели статистически значимых различий по возрасту, гендерному составу, ИМТ и показателям липидного спектра (табл. 1). Следует отметить удовлетворительную коррекцию липидного профиля в изученной выборке на фоне медикаментозной терапии, что отражает качество лечения и комплаентность больных.

Таблица 1.

Характеристика исследуемых групп исходно

Параметр	I группа (n=53)	II группа (n=77)	p
Возраст (лет)	65,8±7,5	69,9±7,2	0,30
Пол (м/ж)	11/42	19/58	0,60
ИМТ (кг/м ²)	34,29 [30,23; 34,88]	30,84[28,62; 40,72]	0,83
ОХС(ммоль/л)	3,66 [3,41; 4,05]	4,12 [3,45; 5,26]	0,62
ТГ(ммоль/л)	1,61 [1,29; 1,62]	1,99 [1,63; 3,39]	0,35
ЛПВП(ммоль/л)	1,32 [1,25; 1,46]	1,00 [0,97; 1,33]	0,17
ЛПНП(ммоль/л)	1,44 [1,6; 1,77]	1,72 [1,47; 3,00]	0,72
ХС-неЛПВП(ммоль/л)	2,34 [2,20; 2,51]	2,67 [2,36; 4,28]	0,44

При сравнении исследуемых групп после 6 месяцев выявлена тенденция к снижению уровня ТГ у пациентов I группы(0,79 [0,76; 1,47] ммоль/л), который стал на 1,25 ммоль/л ниже, чем у пациентов II группы (2,04 [1,43; 2,99]ммоль/л), различия статистически значимы, p=0,05.

Выявлено повышение уровня ЛПВП у пациентов I группы (1,57 [1,20; 1,62] ммоль/л), который стал на 0,49 ммоль/л выше, чем у пациентов II группы (1,08 [1,02; 1,25] ммоль/л), различия статистически значимы (p=0,03).

Различий других показателях липидного спектра в I и II группах выявлено не было (табл. 2).

Таблица 2.

Характеристика исследуемых групп через 6 мес наблюдения

Параметр	I группа	II группа	p
ИМТ (кг/м ²)	26,60 [26,29; 30,90]	30,03 [28,32; 39,52]	0,03*
ОХС(ммоль/л)	3,47 [3,42; 3,76]	4,13 [3,75; 5,92]	0,22
ТГ(ммоль/л)	0,79 [0,76; 1,47]	2,04 [1,43; 2,99]	0,05*
ЛПВП(ммоль/л)	1,57 [1,20; 1,62]	1,08 [1,02; 1,25]	0,03*

ЛПНП(ммоль/л)	1,56 [1,33; 1,63]	1,84 [1,50; 3,74]	0,22
ХС-неЛПВП(ммоль/л)	1,90 [1,80; 1,98]	3,05 [2,43; 4,86]	0,09

* при расчете U-критерия Манна-Уитни различие статистически значимое.

Выводы:

1. У комплаентных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями дополнительный контроль немедикаментозных мероприятий по снижению массы тела приносит значимый результат.

2. Снижение индекса массы более 10% от исходного уровня может привести к снижению уровня ТГ, повышению уровня ЛПВП.

3. ССЗ являются не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой. Коррекция таких факторов риска, как избыточная масса тела, ожирение и дислипидемия, может способствовать снижению смертности лиц трудоспособного возраста от ССЗ и сокращению экономического ущерба.

Список литературы:

1. Бойцов С. А. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации / С.А. Бойцов, Н.В. Погосова, М.Г. Бубнова//Российский кардиологический журнал. – 2018.– Т. 23. – №. 6. – С. 7-122

2. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./ Л.И. Агеева, Г.А. Александрова, Н.М. Зайченко, под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю.Никитина. Росстат. - М., 2017. – 170 с.

3. Недогода С. В. Ожирение и артериальная гипертензия. Часть I: снижение веса и нормализация артериального давления / С.В. Недогода, И.Н. Барыкина, У.А. Брель, Л.В. Бутрина, Т.А, Чаляби//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7. – №. 5. – С. 105-115.

4. Хайбуллина З. Р. Биомаркеры системного воспаления и динамика липидного профиля при различной степени ожирения / З.Р. Хайбуллина, З. К. Зиямутдинова, Г.Г. Сулейманова, И.В. Косникова //Universum: медицина и фармакология. – 2015. – №. 12. – С. 1-1.

5. Чернышов В. А. Дислипидемия при абдоминальном ожирении: современные взгляды на патогенез и коррекцию / В.А. Чернышов //Укр. терапевт.журн. – 2010. – №. 1. – С. 60-67.

6. Шляхто Е. В., Недогода С. В., Конради А. О. Национальные клинические рекомендации. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. 2017. – 2017.

7. Halade G. V. Obesity and cardiometabolic defects in heart failure pathology / G.V. Halade, V. Kain //Comprehensive Physiology. – 2011. – Т. 7. – №. 4. – С. 1463-1477.

8. Klop B. Dyslipidemia in obesity: mechanisms and potential targets/ B. Klop, J. Elte, M. Cabezas // Nutrients. – 2013. – Т. 5. – №. 4. – С. 1218-1240.

9. Zaid M. Anthropometric and metabolic indices in assessment of type and severity of dyslipidemia / M. Zaid, F. Ameer, R. Rashid, N. Farooq, S. Hasnain, N. Zaidi // Journal of physiological anthropology. – 2017. – Т. 36. – №. 1. – С. 19.

УДК: 616.72-039.75

Исламова К.А., Тоиров Э.С.
ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Кафедра внутренние болезни № 1
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Islamova K.A., Toirov E.S.
THE IMPORTANCE OF RISK FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE
OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

Department of Internal Medicine No. 1
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

E-mail: kamola.islamova@mail.ru

Аннотация. Обследованы 160 больных (28,8% мужчин, 71,2% - женщин, средний возраст 58,5±0,8 лет) остеоартрозом (ОА) коленных суставов. У 27,5% пациентов индекс массы тела (ИМТ) соответствовал нормальному показателю, у 28,8% – избыточной массе тела, у 25,0% – ожирению I, у 12,2% – II степени. Повышение массы тела больных способствовало повышению тяжести ОА. У больных ОА ухудшаются качество жизни по всем параметрам опросника EQ-5D (EuroQol), показатели индексов WOMAC, Лекена и экспертные признаки.

Annotation. Examination of 160 patients (28.8% of men, 71.2% of women, average age 58.5±0.8 years) with osteoarthritis (OA) of the knee joints. In 27.5% patients, body mass index (BMI) corresponded to a normal indicator, in 28.8% overweight, in 25.0% obesity I, in 12.2% II degrees. Increased body weight of patients contributed to the increase in the severity of OA. In patients with OA, the quality of life is deteriorating in all respects to the EQ-5D (Euro Qol) questionnaire, indicators of the WOMAC, Lekena indices and expert evidence.

Ключевые слова: Остеоартроз, факторы риска, качество жизни, ожирение, индекс WOMAC, индекс Лекена, экспертные признаки.

Key words: Osteoarthritis, health risk, quality of life, obesity, WOMAC index, Leken index, expert signs.