

сердечного ритма в увеличении NN50 ($17,10 \pm 3,50$ и $37,50 \pm 5,10$ соответственно, $p < 0,05$), увеличении МО ($828,00 \pm 14,80$ и $895,70 \pm 19,80$ соответственно, $p < 0,05$), увеличении парасимпатических влияний HF ($36,40 \pm 2,10$ и $43,60 \pm 1,30$ соответственно, $p < 0,05$), а также нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ($0,74 \pm 0,03$ и $0,57 \pm 0,02$ соответственно, $p < 0,05$). У пациентов контрольной группы статистически достоверных изменений показателей ВСР в процессе лечения выявлено не было.

При исследовании жирно-кислотного состава плазмы крови у пациентов в основной группе наблюдается статистически достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (C14:0, C15:0, C16:0, C17:0, C18:0, C20:0, C21:0, C23:0 ($p < 0,05$)), а также отмечалось статистически достоверное увеличение концентрации в плазме крови ненасыщенных жирных кислот (C16:1, C17:1, C18:1n9t, C20:1, C18:2n6c, C22:2, C20:3n6, C20:5n3 ($p < 0,05$)). У пациентов контрольной группы в процессе лечения выявлено статистически достоверное увеличение C18:0 и снижение C16:0, C18:1n9t, C18:2n6t, C20:1.

Нами установлено, что после прохождения комплексного лечения отмечается статистически достоверное снижение эпизодов госпитализаций на фоне продолжающейся медикаментозной терапии в основной группе ($n=98$), по сравнению с группой контроля ($n=45$). У пациентов основной группы за 4 месяца после прекращения лечения у 18 человек были зарегистрированы эпизоды повышения артериального давления, в группе контроля у 26 ($\chi^2=9,759$, $p=0,002$). 2 человека из 18 в основной группе нуждались в госпитализации, в группе контроля нуждались в госпитализации 17 из 26 человек ($\chi^2=3,916$, $p=0,048$).

Из приведенных данных видно, что за 4-х месячный период статистически достоверно снизилось количество гипертонических кризов и связанных с ними эпизодов госпитализации у пациентов основной группы по сравнению с группой контроля.

Вывод. Комплексное лечение на порядок эффективнее обычной медикаментозной терапии.

Семененкова А.Н., Штонда М.В.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

ЧАСТОТА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Введение. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) в настоящее время рассматривается как печеночное проявление мультисистемной метаболической дисфункции и представляет собой самое частое хроническое заболевание печени в развитом мире, поражающее от 24 до 48% взрослого населения, глобальная распространенность которого во всем мире составляет 32,4%. НАЖБП – значимый фактор риска (ФР) развития и прогрессирования не только заболеваний печени, но и

сердечно-сосудистой системы, а также является независимым ФР хронической болезни почек. НАЖБП рассматривается среди дополнительных клинических состояний и коморбидности, определяющих риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией.

Цель. Оценить частоту неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В соответствии с запланированным дизайном и критериями включения/невключения, в исследование было включено 150 пациентов с МС (согласно критериям IDF 2005 года), из них 89 мужчин (59,3%) и 61 женщина (40,7%), Ме возраста 56,0 (46,0; 61,0) лет, в том числе мужчин 53,0 (43,0; 60,0), женщин 58,0 (52,0; 65,0), находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях УЗ «2-я городская клиническая больница г. Минска». Обследование пациентов проводили на основе полученного информированного добровольного согласия, одобренного комитетом по этике ГУО «БелМАПО». Всем пациентам проведен расчет индекса стеатоза печени FLI (Fatty Liver Index) и сопоставление с результатами определения стеатоза методом УЗИ.

Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи программы Portable Statistica 6.0 (StatSoft, Inc., США).

Результаты и обсуждение. При расчете индекса FLI у пациентов с МС (n=150) установлено, что индекс FLI достигал диагностически значимого уровня (≥ 60) у всех пациентов, что указывает на высокую вероятность стеатоза печени. Методом транс-абдоминального УЗИ стеатоз печени был установлен у 110 из 150 пациентов (73,3%; 95% ДИ: 66,2-80,4). После обследования согласно Клиническому протоколу МЗ РБ №54 «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» от 01.06.2017 2 пациента были исключены из исследования (у 1 пациента индекс ANI составил 1,73, что свидетельствовало о смешанной (метаболически ассоциированной и алкогольной) этиологии стеатоза печени, а у другого пациента были выявлены положительные маркеры вирусного поражения печени). Таким образом, частота НАЖБП у пациентов с МС составила 73,0% (95% ДИ: 65,9–80,2). Были сформированы 2 селективные группы – с/без НАЖБП.

Среди пациентов с НАЖБП (n=108) мужчин было 67 (62,0%) и 41 женщина (38,0%). Частота НАЖБП из обследованных 89 мужчин с МС составила 75,3% (95% ДИ: 65,0–85,6), из числа обследованных 59 женщин – 67,2% (95% ДИ: 55,2–79,2) без статистически значимых различий ($\chi^2=0,60$, $p=0,438$).

Медиана возраста пациентов с НАЖБП составляла 55,0 (47,0;61,0) лет. По возрасту женщины с НАЖБП (Ме=58,0; (52,0; 65,0) лет) были старше мужчин (Ме=53,0; (43,0; 60,0) лет), однако различия не были статистически значимыми (U=28,5, $p=0,31$).

Анализ частоты НАЖБП в разных возрастных группах пациентов, в том числе у мужчин и женщин, представлен в таблице.

Частота НАЖБП в различных возрастных группах пациентов с МС

Возраст, лет	Частота НАЖБП в разных возрастных группах						χ^2 (p) (мужчины/ женщины)
	Пациенты с МС n=148		Мужчины n=89		Женщины n=59		
	n	абс. (%; 95% ДИ)	n	абс. (%; 95% ДИ)	n	абс. (%; 95% ДИ)	
≤49	48	36 (75,0; 62,8–87,3)	35	26 (74,3; 59,8–88,8)	13	10 (76,9; 54,0–99,8)	0,04 (0,585)
50–59	54	39 (72,2; 60,3–84,2)	31	25 (80,6; 66,7–94,5)	23	14 (60,9; 41,0–80,8)	2,57 (0,097)
60–69	33	25 (75,8; 61,2–90,4)	19	12 (63,2; 41,5–84,9)	14	13 (92,9; 79,5–100,0)	3,87 (0,056)
≥70	13	8 (61,5; 35,1–87,9)	4	4 (100)	9	4 (44,4; 11,9–76,9)	3,61 (0,098)

Как видно из представленных данных, НАЖБП отмечалась во всех возрастных группах, а у половины, за исключением малочисленной подгруппы женщин 70 лет и старше, частота НАЖБП превышала 50%.

Выводы. Частота НАЖБП у пациентов с МС составила 73,0% (95% ДИ: 65,9–80,2). Частота НАЖБП у мужчин с МС составила 75,3% (95% ДИ: 65,0–85,6), у женщин – 67,2% (95% ДИ: 55,2–79,2) без статистически значимых различий ($\chi^2=0,60$, $p=0,438$). Медиана возраста пациентов с НАЖБП составила 55,0 (47,0; 61,0) без статистически значимых различий у мужчин и женщин ($U=28,5$, $p=0,31$).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025