

УДК: 616.379-008.64:616.36(048.8)

*Хамидова М.И.  
ассистент кафедры  
госпитальной терапии и эндокринологии  
Андижанский государственный медицинский институт  
Андижан. Узбекистан*

## **ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЛИПОМАТОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Резюме.** В настоящее время ожирение, а именно абдоминальный тип распределения жира, является главным диагностическим критерием метаболического синдрома (МС), представляющего собой комплекс клинически значимых нарушений, в основе развития которых лежит снижение чувствительности тканей к инсулину. Во многих исследованиях убедительно показано, что висцеральная жировая ткань в большей степени ассоциирована с инсулинорезистентностью (ИР), в то время как подкожный жир метаболически оказывается относительно нейтральным.

**Ключевые слова.** ожирение, метаболический синдром, инсулинорезистентность, неалкогольная жировая болезнь печени, холестероз желчного пузыря, желчнокаменная болезнь, липоматоз поджелудочной железы.

*Hamidova M.I.  
department assistant  
hospital therapy and endocrinology  
Andijan State Medical Institute  
Andijan. Uzbekistan*

## INCIDENCE OF PANCREAS LIPOMATOSIS AND FATTY LIVER HEPATOSIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

**Summary.** Currently, obesity, namely the abdominal type of fat distribution, is the main diagnostic criterion for the metabolic syndrome (MS), which is a complex of clinically significant disorders, the development of which is based on a decrease in tissue sensitivity to insulin. Many studies have convincingly shown that visceral adipose tissue is more associated with insulin resistance (IR), while subcutaneous fat is metabolically relatively neutral.

**Keywords.** obesity, metabolic syndrome, insulin resistance, non-alcoholic fatty liver disease, gallbladder cholesterosis, cholelithiasis, pancreatic lipomatosis.

**Актуальность.** В настоящее время ожирение является одним из наиболее важных критериев диагностики метаболического синдрома. Некоторые другие дополнительные факторы, такие как атерогенная дислипидемия и нарушение толерантности к углеводам (НТГ) и/или сахарный диабет 2 типа, а также неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), могут оказывать влияние на риск развития острого (ОП) и хронического панкреатитов (ХП). Именно оценке данной взаимосвязи и посвящена эта работа.

Распространенность НАЖБП в общей популяции, по данным разных исследований, колеблется в пределах 5,7–17% [17]. С точки зрения клинициста основное внимание целесообразно уделять стеатогепатиту как потенциальной причине развития цирроза печени, однако этим интерес к НАСГ не ограничивается.

**Цель исследования.** Оценить особенности течения жирового гепатоза у лиц с липоматозом и определить взаимосвязь поражения печени и поджелудочной железы у больных ожирением.

**Материалы и методы исследования.** Проведено ретроспективное сравнительное исследование («случай – контроль»), в рамках которого были проанализированы 30 стационарные истории болезней пациентов, пролеченных в соответствии с медико-экономическими стандартами К86,0 или К86,1 (МКБ 10-го пересмотра) в период 2020–2022 гг.

Согласно критерию диагноза К86,0 или К86,1 первично было отобрано 2034 истории болезни, из них в дальнейший анализ включено 30 историй болезни пациентов, удовлетворяющих критериям включения.

При отсутствии указаний на ИМТ последний рассчитывался исходя из ростовесовых показателей ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ). Избыточной массу тела считали при  $\text{ИМТ} > 25 \text{ кг}/\text{м}^2$ , ожирение диагностировали при  $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$ . В первичной медицинской документации проведен анализ физикальных и анамнестических данных, результатов обследования.

**Результаты исследования.** В результате ретроспективного анализа 1930 историй болезни в исследование вошли 55% с высоким ИМТ ( $> 25,1 \text{ кг}/\text{м}^2$ ), в группу сравнения вошли 30% с нормальным ИМТ ( $18,5\text{--}25 \text{ кг}/\text{м}^2$ ). 293 больных с низким ИМТ (15%) исключены из дальнейшего анализа.

У 59,1% из с высоким ИМТ был диагностирован билиарный ХП. У большинства больных, включенных в исследование, присутствовали болевой абдоминальный и диспепсический синдромы, стеаторея по данным копрограммы, характерные для поражения ПЖ. Жалоб, специфичных для поражения печени, больные не предъявляли.

В анализах крови у больных с высоким ИМТ было отмечено статистически достоверное увеличение панкреатических ферментов (амилазы, липазы) ( $p < 0,05$ ), общего холестерина ( $p < 0,01$ ), триглицеридов ( $p < 0,001$ ) по сравнению с результатами у пациентов с нормальной массой тела. Была выявлена положительная корреляционная связь между индексом массы тела и повышением значений триглицеридов в биохимических анализах крови ( $r = 0,78$ ;  $p < 0,05$ ).

Также были зафиксированы повышенные маркеры цитолиза, преимущественно аланинаминотрансферазы (АЛТ) у 10% из 16 пациентов основной и контрольной групп. При этом маркеры цитолиза статистически достоверно чаще регистрировались у больных с высоким ИМТ по сравнению с больными с нормальным ИМТ ( $12,0 \pm 0,99\%$  и  $7,0 \pm 1,1\%$  соответственно;  $p < 0,05$ ). Ретроспективно при анализе анамнестических данных было установлено, что синдром цитолиза регистрировался статистически достоверно чаще у больных ХП и стеатозом печени с высоким ИМТ при резком похудании на фоне атаки панкреатита (1–2 кг за неделю) ( $p < 0,05$ ).

У больных ХП с высоким ИМТ и стеатогепатитом в 20,3% случаев отмечена гипертриглицеридемия. Вышеперечисленные показатели анализов крови свидетельствовали о сочетанном поражении печени и поджелудочной железы у больных ожирением на фоне нарушенного липидного обмена.

Как видно из таблицы 1, по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости у больных с высоким ИМТ статистически достоверно чаще регистрировались увеличенные размеры поджелудочной железы, признаки ее липоматоза и стеатоза печени, также чаще регистрировалась патология билиарного тракта по сравнению с частотой встречаемости признака в контрольной подгруппе лиц с нормальной массой тела ( $p < 0,05$ ). Скорее всего, это обусловлено изменением при ожирении состава желчи – увеличением ее литогенности и развитием билиарногосладжа и холелитиаза, а также жировой инфильтрацией поджелудочной железы и печени.

**Вывод.** У больных ХП с ожирением и НАЖБП достоверно чаще развиваются нарушение углеводного (НТГ или сахарный диабет 2 типа) и липидного обмена (гипертриглицеридемия, гиперлипидемия), что в свою очередь усугубляет течение ХП и значительно увеличивает сроки пребывания в стационаре.

Сочетанное поражение печени у лиц с ожирением, вероятно, усугубляет тяжесть поражения поджелудочной железы.

Использование сочетанного использования высокодозовой терапии минимикросферическими препаратами панкреатина и S-адеметионинном значительно улучшает прогноз у больных ХП и ожирением.

1. Lam DW, LeRoith D. Metabolic Syndrome. South Dartmouth (MA): MDText.com; 2015.
2. Консенсус российских экспертов по проблеме метаболического синдрома в Российской Федерации: определение, диагностические критерии, первичная профилактика и лечение. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2010;6(4):599-606.
3. Hui WS, Liu Z, Ho SC. Metabolic syndrome and all-cause mortality: a meta-analysis of prospective cohort studies. Eur J Epidemiol. 2010;25(6):375-384. doi:10.1007/s10654-010-9459-z
4. Duvnjak L, Duvnjak M. The metabolic syndrome — an ongoing story. J Physiol Pharmacol. 2009;60(7):19-24.
5. Prasenjit Manna, Sushil K Jain. Obesity, oxidative stress, adipose tissue dysfunction, and the associated health risks: causes and therapeutic strategies. Metab Syndrome Related Disorders. 2015;13(10):423-444. doi:10.1089/met.2015.0095
6. Papandreou C, Tuomilehto H. Coronary heart disease mortality in relation to dietary, lifestyle and biochemical risk factors in the countries of the Seven Countries Study: a secondary dataset analysis. J Hum Nutr Diete. 2014;27(2):168-175. doi:10.1111/jhn.12187
7. Grundy SM. Pre-diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk. J Am Coll Cardiol. 2012;59(7):635-643. doi:10.1016/j.jacc.2011.08.080
8. Millar SR, Perry IJ, Phillips CM. Assessing cardiometabolic risk in middle-aged adults using body mass index and waist-height ratio: are two indices better than one? A cross-sectional study. Diabetol Metab Syndrom. 2015;7:73. doi:10.1186/s13098-015-0069-5

9. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., Егорова Е.Г. Метаболический синдром у пациентов с заболеваниями органов пищеварения. Терапевтический архив. 2007;10(79):9-13.