

УДК 613.25:616.366-002:613.24

І.А. Якубовська, Л.Ф. Матюха

Вплив комплексного лікування із застосуванням дієтотерапії на харчовий статус та функціональний стан жовчного міхура хворих на хронічні захворювання біліарної системи на тлі ожиріння

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Визначення компонентного складу тіла важливе при лікуванні хворих з ожирінням. За допомогою цього методу можна оцінити, за рахунок якої тканини втрачається маса тіла.

Мета – розробити та оцінити вплив індивідуального лікувального комплексу.

Матеріали та методи. Обстежено 124 хворих на хронічні захворювання біліарної системи на тлі ожиріння.

Результати. Розроблений лікувальний комплекс сприяє зменшенню маси тіла за рахунок переважно жирової тканини, збереженню м'язової маси та нормалізації компонентного складу тіла.

Висновки. Лікувальний комплекс має позитивний вплив на функціональний стан жовчного міхура та компонентний склад тіла хворих, про що свідчить підвищення співвідношення М/Ж.

Ключові слова: харчування, компонентний склад тіла, ожиріння, жовчний міхур, м'язова маса, жирова маса.

Вступ

Ожиріння, яке є серйозною медико-соціальною та економічною проблемою сучасного суспільства характеризується значною поширеністю. В загальній популяції кількість людей із ожирінням складає 24% чоловіків та 27% жінок [1–3, 5, 7, 9, 13, 14]. Ця патологія є невід'ємною складовою метаболічного синдрому – симптомокомплексу поєднаних між собою патологічних станів, таких як інсулінорезистентність, порушення вуглеводного та ліпідного обмінів, артеріальна гіпертензія та ін. Ожиріння є фактором ризику розвитку захворювань гепатобіліарної системи, включаючи неалкогольну жирову хворобу печінки, гіпотонічну дискінезію жовчного міхура (ДЖМ) та холелітіаз [5, 6, 10–12, 14]. Серед етіологічних чинників розвитку хронічних захворювань біліарної системи (ХЗБС) на тлі ожиріння доведений негативний вплив нераціонального харчування, порушень режиму прийому їжі, зловживання великою кількістю жирних, смажених та надмірно солоних страв [4, 8, 11, 15, 16]. Важливим фактором ризику ХЗБС на тлі ожиріння є гіподинамія, при якій вірогідність розвитку запального процесу в жовчному міхурі (ЖМ) на 20–50% вище, ніж у осіб із високою фізичною активністю [4, 12, 14]. Одним із інтегральних показників будови тіла є відносний вміст компонентів маси тіла кожної конкретної людини. Жировий компонент маси тіла людини є одним із показників її харчового статусу, який може динамічно змінюватись під впливом різних факторів [4, 6, 9, 12, 13, 15, 16]. М'язовий компонент маси тіла людини є одним із індикаторів його структурно-функціонального стану. Зміни м'язового компоненту тіла можуть бути транзиторними або стійкими, що визначається станом

метаболічних процесів, аліментарним забезпеченням нутрієнтного гомеостазу, режимом рухової активності та станом соматичного здоров'я людини [4, 10, 14–16].

Метод біоелектричного імпедансу на даний час вважається найбільш точним методом оцінки компонентного складу тіла, який виконується в рутинній клінічній практиці. Визначення складу тіла базується на більшій провідності загальної маси тіла (ЗМТ) у порівнянні з жировою, що пов'язано з різним вмістом рідини в цих тканинах. Високогідратовані тканини (м'язова тканина) – хороші провідники, а погано гідратована жирова тканина – ізолятор. Таким чином, імпеданс обернено пропорційний вмісту рідини в тканинах організму. Нормальним вмістом жиру в організмі вважається для чоловіків 15–25%, для жінок – 18–30% від загальної маси тіла, хоча ці показники можуть варіювати. Скелетна мускулатура в середньому становить 30% від ЗМТ, маса вісцеральних органів – 20%, кісткова тканина – 7%. Коефіцієнт м'язи/жир (М/Ж) становить у нормі 1,2 [10, 11, 13, 16].

Визначення компонентного складу тіла важливе при лікуванні хворих із ожирінням. За допомогою цього методу можна оцінити за рахунок якої тканини втрачається маса тіла. Позитивним є втрата жирової тканини і збереження м'язової частини маси тіла [12–16].

Мета роботи – розробити та оцінити вплив індивідуального лікувального комплексу на функціональний стан жовчного міхура, характер харчування, особливостей харчової поведінки, антропометричні показники, включаючи компонентний склад тіла, за допомогою методу біоелектричного імпедансу у хворих на хронічні захворювання біліарної системи на тлі ожиріння.

Матеріали та методи

Обстежено 124 хворих на хронічні захворювання біліарної системи (ХЗБС) на тлі ожиріння віком від 31 до 55 років. Обстежено 21 практично здорова особа, які не перебували на диспансерному обліку з приводу соматичної патології, не мали хронічних захворювань біліарної системи та мали нормальну масу тіла. Хворі на ХЗБС на тлі ожиріння були розподілені на дві групи – основну (62 хворих) та контрольну (62 пацієнти). Обидві групи були рандомізовані за віком та статтю. Серед обстежених хворих переважали жінки – 80 (64,5%), чоловіків було 44 (35,5%). Найбільша кількість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння була у віці від 41 до 50 років – 48,4% в основній та 51,6% в контрольній групі. У віці від 31 до 40 років відсоток хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі склав 14,5%, в контрольній групі – 12,9%, у віці 51–55 років кількість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі склала 37,1%, в контрольній групі – 35,5%. Проведені дослідження показали, що серед обстежених хворих найчастіше виявлялась дисфункція жовчного міхура (ДЖМ) по гіпотонічному типу. Відсоток хворих на ХЗБС на тлі ожиріння із ДЖМ в основній групі склав 46,8%, в контрольній групі – 48,4%. Хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) був виявлений у 30,6% хворих основної групи і у 32,3% пацієнтів контрольної групи, а холестероз жовчного міхура (ХЖМ) мав місце у 22,6% хворих основної групи і у 19,3% пацієнтів контрольної групи.

Діагноз захворювання біліарної системи було встановлено відповідно до протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального обстеження (УЗД органів черевної порожнини, багатofракційного дуоденального зондування – БФДЗ). Характер харчування оцінювали методом анкетування найбільш типових харчових раціонів пацієнтів за три дні (два робочих і один вихідний) за допомогою триденного щоденника, схваленого МОЗ України 27.10.2014 р. В анкеті хворі вносили всі продукти харчування та страви, які вони вживали протягом трьох днів. Проводився аналіз анкет з визначенням енергетичної цінності, вмісту білків, вуглеводів, жиру раціонів харчування. Отримані дані порівнювались із рекомендованими потребами в енергії та основними компонентами з урахуванням статі та фізичної активності хворих. Антропометричні дослідження включали

визначення ОТ за допомогою сантиметрової стрічки, визначення відсотку жирової та м'язової маси тіла за допомогою ваг Tanita методом біоелектричного імпедансу.

Хворим основної групи з ХЗБС на тлі ожиріння (62 особи) рекомендували індивідуальне дієтичне харчування з помірним обмеженням енергії за рахунок значного зменшення в раціоні вуглеводів, помірного обмеження жиру та збільшення квоти тваринного білку, збільшення фізичної активності в залежності від компонентного складу тіла, призначення L-карнітину по 1 г вранці та по 1 г перед фізичними навантаженнями, УДХК у дозі 500 мг на ніч протягом 4 місяців.

Відмінність харчування хворих основної групи полягала у значному збільшенні квоти білку (до 1,6–1,8 г на 1 кг маси тіла), за рахунок нежирного м'яса, птиці та риби, ясного білку, зменшення в раціоні вуглеводів (до 3 г на 1 кг маси тіла) та нижню норму жиру (1,0–1,2 г на 1 кг маси тіла). Фізична активність полягала у рекомендаціях виконувати вправи, які направлені на збільшення м'язової маси тіла (фітнес) у поєднанні з аеробними навантаженнями.

Пацієнтам контрольної групи (62 хворих) призначали харчування з помірним обмеженням енергетичної цінності за рахунок всіх інгредієнтів, УДХК у дозі 500 мг на ніч протягом 4 місяців. Їх раціон відповідав рекомендаціям наказу МОЗ від 29.10.2013 р. № 931 «Про удосконалення лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні»; фізична активність збільшувалась за рахунок аеробних навантажень (ходьба).

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка ознак порушень харчової поведінки показала, що через 4 місяці від початку лікування у більшості хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі сформувались здорові харчові звички (табл. 1).

Подолання харчової залежності є найбільш важливим для лікування хворих із ожирінням, оскільки дозволяє хворому контролювати всі аспекти харчування, включаючи об'єм страв, характер харчування, режим прийому їжі та сприяє утриманню зниженої маси тіла протягом тривалого часу. Дані, наведені в таблиці 1, показують, що більшість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи подолали через 4 місяці значну кількість ознак харчової залежності.

Таблиця 1

Клінічні ознаки порушень харчової поведінки у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння

Симптоми	Основна група (n=62) (абс., %)		Контрольна група (n=62) (абс., %)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Швидкий прийом їжі	57 (91,9%)	8 (12,9%)	56 (90,3%)	40 (64,5%)
Втрата контролю за кількістю з'їденого	49 (79%)	10 (16,1%)	46 (74,2%)	38 (61,3%)
Вживання їжі в нічний час	38 (61,3%)	5 (8,1%)	40 (64,5%)	28 (45,2%)
Надмірна їда під час стресу	41 (66,1%)	6 (9,7%)	42(67,7%)	35 (56,5%)

Продовження таблиці 1

Надмірна їда при надлишку вільного часу	60(96,8%)	9 (14,5%)	59 (95,2%)	49 (79%)
Залежність від солодоців	47 (75,8%)	11 (17,7%)	46 (74,2%)	40 (64,5%)

Після проведеного курсу лікування в основній групі хворих на ХЗБС кількість хворих, які швидко їли зменшилася із 91,9% до лікування до 12,9% після лікування; кількість хворих із втраченим контролем за кількістю з'їденої їжі після лікування зменшилась в основній групі в 4,9 рази із 79% до 16,1%. Питома вага хворих із синдромом нічної їди у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі хворих зменшився з 61,3% до 8,1%. Після проведеного лікування кількість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі, які підвищували вживання їжі під час стресових ситуацій, зменшилась з 66,1% до лікування до 9,7% після лікування.

До лікування питома вага хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі, які у вихідні та святкові дні займали вільний час вживанням їжі зменшилась із 96,8% до 14,5%. Якщо до лікування залежність від солодоців відмічало 75,8% пацієнтів основної групи, то після лікування тільки у 17,7% мала місце харчова залежність від солодкого.

Дані антропометричних показників у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння до та після лікування наведені в таблиці 2. До лікування обстежені групи хворих на ХЗБС на тлі ожиріння мали ожиріння, про що свідчили підвищені показники індексу маси тіла (ІМТ) та обводу талії (ОТ) ($P < 0,05$ в обох випадках).

Таблиця 2

Антропометричні показники у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння до та після лікування

Група	ІМТ (кг/м ²)	ОТ (см)	% м'язів	% жиру	Коефіцієнт М/Ж
Здорові (n=21)	24,3±0,7	74,5±1,2	35,4±0,9	26,1±0,5	1,48±0,1
Основна група (n=62)					
до лікування	36,8±1,3*	112,3±3,9*	40,7±1,1*	45,3±1,5*	0,98±0,05*
після лікування	30,1±1,1#	96,5±2,1#	38,4±1,5	34,1±0,7#	1,21±0,07#
Контрольна група (n=62)					
до лікування	35,1±1,2*	110,3±3,4*	41,2±1,2*	44,1±1,6*	0,94±0,06*
після лікування	32,5±1,1	105,5±2,1	37,1±1,1	42,9±0,6	0,85±0,04

Примітка: * – вірогідно порівняно із здоровими; # – вірогідно порівняно із даними до лікування.

Визначення антропометричних показників у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння після лікування показало, що у хворих основної групи має місце суттєве зменшення ІМТ – в 1,2 рази порівняно із показниками до лікування ($P < 0,05$), а у хворих контрольної групи після лікування зниження ІМТ було невірогідним – в 1,1 рази ($P > 0,05$).

У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи в результаті проведеного лікування зменшився ОТ в 1,2 рази ($P < 0,05$), у хворих контрольної групи ОТ зменшився в 1,04 рази ($P > 0,05$).

У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи вміст м'язової тканини зменшився в 1,05 рази ($P > 0,05$), а жирової тканини в 1,3 рази ($P < 0,05$). Про позитивні зрушення компонентного складу тіла хворих на ХЗБС на тлі ожиріння свідчило підвищення коефіцієнта М/Ж (рис.).

Так, якщо до лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи коефіцієнт М/Ж складав 0,98±0,05, що означало переважання маси жирової тканини над м'язовою, то після лікування коефіцієнт дорівнював 1,21±0,07 ($P < 0,05$). У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння контрольної групи зниження ІМТ було

зумовлене зменшенням м'язової тканини, про що свідчать показники коефіцієнта М/Ж, який зменшився після лікування ($P > 0,05$).

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність розробленого лікувального комплексу, який сприяв зменшенню маси тіла за рахунок переважно жирової тканини, збереженню м'язової маси та нормалізації компонентного складу тіла.

Після лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі зменшилась кількість пацієнтів, у яких під час дуоденального зондування при виділенні міхурової жовчі у великій кількості була присутня печінкова жовч з 62,9% до 11,3%. Отримані дані свідчили про покращення функціонального стану жовчного міхура, підвищилась його чутливість до введеного подразника, скоротлива та концентраційна функції. Незважаючи на деяку позитивну динаміку показників дуоденального зондування, у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння контрольної групи вірогідного покращення показників не спостерігалось.

Розподіл хворих на ХЗБС на тлі ожиріння за результатами мікроскопічного дослідження міхурової порції жовчі після лікування наведено в таблиці 3.

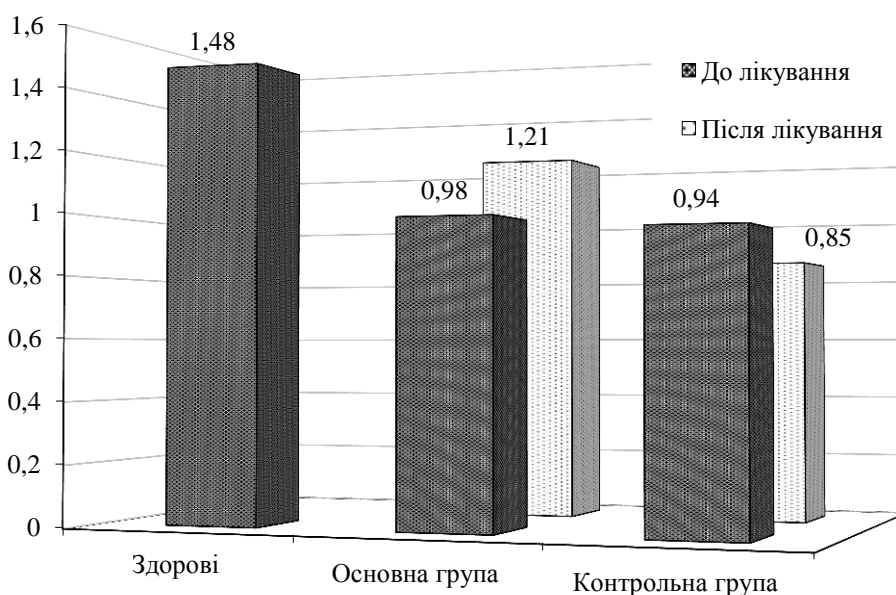


Рис. Коефіцієнт M/Ж у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння до та після лікування

Таблиця 3

Розподіл хворих згідно з мікроскопічним дослідженням центрифугату міхурової порції жовчі

Вміст в полі зору	Здорові (n=21)	Основна група (n=62)		Контрольна група (n=62)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Лейкоцити та лейкоцитоїди					
-поодинокі	15 (71,4%)	12 (19,4%)	48 (77,4%)	13 (20,9%)	20 (32,3%)
-більше 10	6 (28,6%)	37 (59,7%)	14 (22,6%)	37 (59,7%)	40 (64,5%)
-все поле зору	-	13 (20,9%)	-	12 (19,4%)	2 (3,2%)
Кришталіки білірубінату кальцію					
-поодинокі	15 (71,42%)	4 (6,5%)	28 (45,2%)	5 (8,1%)	8 (12,9%)
-більше 10	5 (23,8%)	26 (41,9%)	32 (51,6%)	25 (40,3%)	42 (67,7%)
-все поле зору	1 (4,76%)	32 (51,6%)	2 (3,2%)	32 (51,6%)	12 (19,4%)
Кришталіки холестерину					
-поодинокі	16 (76,19%)	6 (9,7%)	38 (61,3%)	4 (6,4%)	16 (25,8%)
-більше 10	5 (23,8%)	16 (25,8%)	23 (37,1%)	20 (32,3%)	21 (33,9%)
-все поле зору	-	40 (64,5%)	1 (1,6%)	38 (61,3%)	25 (40,3%)
Мікроліти					
-поодинокі	-	10 (16,1%)	-	11 (17,7%)	18 (29%)
-більше 10	-	15 (24,2%)	8 (12,9%)	14 (22,6%)	12 (19,4%)
-все поле зору	-	6 (9,7%)	-	5 (8,1%)	1 (1,6%)

Повторне дослідження жовчі через 4 місяці від початку лікування виявило покращення мікроскопічної картини центрифугату міхурової порції жовчі в обох групах хворих, проте більш значним воно було у хворих основної групи. Як видно із таблиці 3, після лікування при мікроскопічному дослідженні у жодного хворого на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи не виявлено покриття всього поля зору лейкоцитами та

лейкоцитоїдами центрифугату міхурової порції жовчі, в той час у 3,2% хворих контрольної групи після лікування все поле зору центрифугату міхурової порції жовчі було покрито лейкоцитами та лейкоцитоїдами.

Після лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі збільшилась питома вага хворих з поодинокими лейкоцитами та лейкоцитоїдами в полі зору центрифугату міхурової порції жовчі і склав 77,4%, у

хворих контрольної групи аналогічний показник дорівнював 32,3%. Після лікування в основній групі хворих до 22,6% зменшилась кількість хворих, у яких виявляли в центрифугаті міхурової порції жовчі більше ніж 10 лейкоцитів та лейкоцитоїдів, в той час як у хворих контрольної групи у 64,5% хворих в центрифугаті міхурової жовчі кількість лейкоцитів та лейкоцитоїдів при мікроскопічному дослідженні в полі зору перевищувала 10.

Після лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння обох груп в центрифугаті міхурової порції жовчі зменшилась кількість білірубінату кальцію, кришталіків холестерину та мікролітів. В основній групі хворих на ХЗБС на тлі ожиріння після лікування збільшилась питома вага хворих з поодинокими кришталіками білірубінату кальцію в центрифугаті міхурової жовчі з 6,5% до 45,2%, при цьому зменшилась питома вага хворих, у яких все поле зору було покрито кришталіками білірубінату кальцію з 51,6% до 3,2%.

Серед хворих на ХЗБС на тлі ожиріння контрольної групи, не зважаючи на позитивну динаміку, після лікування питома вага пацієнтів, у яких все поле зору центрифугату міхурової порції жовчі було вкрите кришталіками білірубінату кальцію, була в 6 разів більшою і склала 19,4%, а кількість хворих із поодинокими кришталіками білірубінату кальцію була в 3,5 разу нижчою порівняно з основною групою хворих.

Порівнювальний аналіз вмісту кришталіків холестерину в центрифугаті міхурової порції жовчі у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння після лікування виявив, що у хворих основної групи питома вага пацієнтів, у яких до лікування все поле зору було вкрите кришталіками холестерину зменшився із 64,5% до 1,6%, а у хворих контрольної групи після лікування питома вага пацієнтів із високим вмістом кришталіків холестерину (все поле зору) зменшилась невірогідно і склала 40,3%.

Мікроліти відносять до найбільш патогенних утворень жовчі, які вказують на наявність початкової стадії формування жовчних каменів. Як видно із даних, наведених в таблиці 3, у пацієнтів з ХЗБС на тлі ожиріння основної групи після лікування в жодному випадку не виявлено в центрифугаті міхурової жовчі великої кількості мікролітів (все поле зору). У хворих контрольної групи при мікроскопічному дослідженні центрифугату міхурової жовчі після лікування в 1,6% мала місце наявність мікролітів, які покривали все поле зору.

У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи, у яких мали місце поодинокі мікроліти в полі зору центрифугату міхурової жовчі після лікування, мікроліти не були виявлені взагалі. У хворих на ХЗБС на тлі

ожиріння контрольної групи після лікування збільшилась питома вага пацієнтів із мікролітами в жовчі з 17,7% до 29%, що можна вважати тенденцією до покращення. Збільшення кількості хворих із поодинокими мікролітами в центрифугаті жовчі хворих контрольної групи можна пояснити тим, що хворі із вмістом кришталіків холестерину більше 10 і все поле зору перейшли в групу з наявністю поодиноких кришталіків холестерину.

Висновки

Оцінка критеріїв харчової залежності після лікування показала зменшення проявів харчової залежності у хворих основної групи, що свідчить про формування здорових харчових звичок. Це є найбільш позитивним у лікуванні хворих на ХЗБС на тлі ожиріння, оскільки дозволить пацієнтам зберегти отримані результати протягом тривалого часу.

Аналіз антропометричних показників після лікування показав більш суттєве зниження ІМТ, ОТ у хворих основної групи. Про позитивний вплив на компонентний склад тіла хворих розробленого лікувального комплексу свідчило підвищення співвідношення М/Ж. Це означає, що розроблений нами лікувальний комплекс сприяв втраті маси тіла переважно за рахунок жирової тканини та збереження м'язової маси тіла під час схуднення на відміну від хворих контрольної групи, в яких співвідношення М/Ж після лікування було дещо нижчим порівняно із показниками до лікування. Це дозволяє зробити висновок про те, що застосування традиційних методів зменшення маси тіла має негативний вплив на компонентний склад тіла, оскільки схуднення супроводжується більшими втратами м'язової тканини.

Лікувальний комплекс мав позитивний вплив на функціональний стан жовчного міхура, сприяв зменшенню розмірів стінки жовчного міхура, зниженню часу закритого сфінктера Одді, підвищенню реакції жовчного міхура на подразник, зменшенню в центрифугаті міхурової жовчі вмісту білірубінату кальцію, кришталіків холестерину та мікролітів.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи, що у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи спостерігалась позитивна динаміка мікроскопічної картини центрифугату міхурової жовчі, розроблений нами лікувальний комплекс можна використовувати для профілактики холелітіазу у пацієнтів груп підвищеного ризику по розвитку ЖКХ та на ранніх стадіях мікрохолелітіазу.

Література

1. Беловол А. Н. Ожирение: терапевтические подходы к ведению пациентов / А. Н. Беловол, И. И. Князькова // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 2. – С. 30–38.
2. Берштейн Л. М. “Метаболически здоровые” лица с ожирением и метаболические признаки ожирения у лиц с нормальной массой тела: что за этим стоит? / Л. М. Берштейн, И. Г. Коваленко // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 3. – С. 47–51.
3. Биомпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения / Н. П. Соболева, С. Г. Руднев, Д. В. Николаев [и др.] // Рос. мед. журнал. – 2014. – № 4. – С. 4–13.
4. Косовцова Г. В. Особливості фізичного і статевого розвитку в підлітків з ожирінням / Г. В. Косовцова, Л. Д. Нікітіна, О. І. Юдченко // Укр. журн. дит. ендокринології. – 2014. – № 2. – С. 81–82.
5. Красноперова О. И. Факторы, приводящие к развитию ожирения у детей и способствующие его трансформации в метаболический синдром / О. И. Красноперова, Е. Н. Смирнова, Н. Б. Мерзлова // Фундам. исследования. – 2012. – № 4, ч. 2. – С. 306–310.
6. Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс] : информ. бюл. № 311 / ВОЗ. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>. – Название с экрана.
7. Циммерман Я. С. Гастроэнтерология : руководство / Я. С. Циммерман. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 813 с.
8. Combining body mass index with measures of central obesity in the assessment of mortality in subjects with coronary disease: role of “normal weight central obesity” / T. Coutinho, K. Goel, D. Correa de Sa [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2013. – Vol. 61, N 5. – P. 553–560.
9. Competact, a fixed combination of pioglitazone and metformin, improves metabolic markers in type 2 diabetes patients with insufficient glycemic control by metformin alone – results from a post-marketing surveillance trial under daily routine conditions / T. Schondorf, E. Karagiannis, R. E. Posseldt [et al.] // Diabetes Technol. Ther. – 2009. – Vol. 11, N 6. – P. 379–383.
10. Evaluation of ultrasonographic fatty liver and severity of coronary atherosclerosis, and obesity in patients undergoing coronary angiography / M. Acikel, S. Sunay, M. Koplay [et al.] // Anadolu Kardiyol. Derg. – 2009. – Vol. 9, № 4. – P. 273–279.
11. Executive summary: standards of medical care in diabetes – 2011 / American Diabetes Association // Diabetes Care. – 2011. – Vol. 34, Suppl. 1. – P. S4–S10.
12. Executive summary: standards of medical care in diabetes – 2013 // Diabetes Care. – 2013. – Vol. 36, Suppl. 1. – P. S4–S10.
13. Perazzo H. The interactions of nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular diseases / H. Perazzo, T. Poynard, J. F. Dufour // Clin. Liver Dis. – 2014. – Vol. 18, № 1. – P. 233–248.
14. Sun L. Association between non-alcoholic fatty liver disease and coronary artery disease severity / L. Sun, S. Z. Lu // Chin. Med. J. (Engl.). – 2011. – Vol. 124, № 6. – P. 867–872.
15. Targher G. Non-alcoholic fatty liver disease, the metabolic syndrome and the risk of cardiovascular disease: the plot thickens / G. Targher // Diabet. Med. – 2007. – Vol. 24, № 1. – P. 1–6.
16. The “obesity paradox”, frailty, disability, and mortality in older men: a prospective, longitudinal cohort study / T. E. Strandberg, S. Stenholm, A. Y. Strandberg [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 2013. – Vol. 178, № 9. – P. 1452–1460.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.08.2017 р.

Влияние комплексного лечения с использованием диетотерапии на пищевой статус и функциональное состояние желчного пузыря больных хроническими заболеваниями билиарной системы на фоне ожирения

И.А. Якубовская, Л.Ф. Матюха

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Определение компонентного состава тела важно при лечении больных с ожирением. С помощью этого метода можно оценить, за счет какой ткани теряется масса тела.

Цель – разработать и оценить влияние индивидуального лечебного комплекса.

Материалы и методы. Обследованы 124 больных хроническими заболеваниями билиарной системы на фоне ожирения.

Результаты. Разработанный лечебный комплекс способствует уменьшению массы тела за счет преимущественно жировой ткани, сохранению мышечной массы и нормализации компонентного состава тела.

Выводы. Лечебный комплекс оказывает положительное влияние на функциональное состояние желчного пузыря и компонентный состав тела больных о чем свидетельствует повышение соотношения М/Ж.

Ключевые слова: питание, компонентный состав тела, ожирение, желчный пузырь, мышечная масса, жировая масса.

Influence of complex treatment with the use of dietotherapy on nutritional status and functional state of gallbladder in patients with chronic diseases of the biliary system against the background of obesity

I.A. Yakubovska, L.F. Matykha

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Determining compositional analysis of the body is important in treating patients with obesity. With the help of this method it is possible to estimate due to what tissue the body weight is lost.

Purpose – development and evaluation of the influence of individual therapeutic complex.

Materials and methods. There were examined 124 patients with chronic diseases of the biliary system against the background of obesity.

Results. The developed therapeutic complex contributes to the loss in body weight due to predominantly adipose tissue, the preservation of muscle mass and the normalization of compositional analysis of the body.

Conclusions. The therapeutic complex has a positive effect on the functional state of the gallbladder and compositional analysis of the body of patients, as evidenced by an increase in the ratio of M F.

Key words: nutrition, compositional analysis of the body composition, obesity, gallbladder, muscle mass, fat mass.

Відомості про авторів

Якубовська Інна Андріївна – аспірант кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Матюха Лариса Федорівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.