

Спосіб, що пропонується, відноситься до галузі медицини, а точніше до терапії і такого її розділу, як ендокринологія.

Відомий спосіб діагностики інсулінорезистентності (ІР) за непрямою ознакою ґрунтується на встановленні абдомінального ожиріння: індекс маси тіла (ІМТ) понад 25 кг/м<sup>2</sup>, та відношення окружності талії (ОТ) до окружності стегон (ОС) понад 0,85 в жінок і понад 0,9 в чоловіків, або ОТ понад 100 см [1].

Недоліком цього способу діагностики ІР за непрямою ознакою є те, що встановлюється не кількість інтраабдомінальної жирової тканини - основного підґрунтя інсулінорезистентності, а прояв, зумовлений збитком інтраабдомінальної жирової тканини - абдомінальне ожиріння.

Найближчим прототипом способу, що пропонується, є спосіб діагностики ІЗ за непрямою ознакою оснований також на встановленні абдомінального ожиріння за поєднанням ІМТ понад 30кг/м<sup>2</sup> та величини ОТ понад 94см в чоловіків і понад 80см в жінок [2].

Недоліками відомого способу діагностики ІР, обраного за прототип, є те, що ІР за непрямою ознакою, як і в аналогу, визначається за допомогою встановлення наявності абдомінального ожиріння - наслідку збільшення кількості інтраабдомінальної жирової клітковини, а не самого факту збільшення її кількості, як підґрунтя ІР.

В основу винаходу поставлена задача шляхом усунення недоліків прототипу забезпечити достовірну діагностику ІР за непрямою ознакою з метою первинної і вторинної профілактики складових метаболічного синдрому Х, головною ланкою патогенезу якого саме і є ІР.

Суть винаходу в способі діагностики ІР за непрямою ознакою полягає в тому, що діагностується причина ІР - збільшення кількості інтраабдомінальної жирової клітковини, а не її наслідок - абдомінальне ожиріння.

Порівняння технічного рішення, яке заявляється, із прототипом дозволяє зробити висновок, що спосіб діагностики ІР за непрямою ознакою, який заявляється, відрізняється тим, що чітко діагностується причина ІР - збільшення кількості інтраабдомінальної жирової клітковини при абдомінальному ожирінні.

Таким чином, спосіб діагностики ІР, який заявляється, відповідає вимогам критерію винаходу "новизна".

Спосіб діагностики ІР за непрямою ознакою, який заявляється, реалізується таким чином.

Встановлюється наявність абдомінального ожиріння і товщина інтраабдомінальної жирової тканини, як безпосередня причина цього ожиріння. При ожирінні (ІМТ понад 25кг/м<sup>2</sup>) вимірюється ОТ гнучкою сантиметровою смугою на середині відстані між пупком та мечоподібним відростком та вимірюється товщина підшкірного жиру на животі за допомогою ультразвукового дослідження в проекції черевця правого прямого м'язу на рівні пупка. Якщо коло талії становить понад 90см, а товщина підшкірного жиру на животі не перевищує 5см, то робиться висновок про абдомінальний тип ожиріння за рахунок збільшення інтраабдомінальної клітковини. Це є свідченням про наявність ІР, оскільки в адипоцитах інтраабдомінальної жирової клітковини, внаслідок їх більш крупних розмірів і підвищеної чутливості до катехоламінів, інтенсивніше протікають процеси ліполізу. Це призводить до підвищення рівня вільних жирних кислот в крові, ІР та до компенсаторного гіперінсулінізму, що є головною ланкою патогенезу метаболічного синдрому Х.

В період з листопада 2001 року по жовтень 2002 року у стаціонарному сертифікаційному і реабілітаційному відділенні Державного медичного і сертифікаційного центру цивільної авіації України запропонованим способом діагностовано ІР у 46 випадках з 50 обстежень у пацієнтів, в яких ІР з метою контролю було діагностовано за відпрацьованою достовірною ознакою (за величиною співвідношення глюкоза (мг/д) інсулін (мкОд/мл) меншою 6,0 натще [3] та через 2 години після прийому 75г глюкози [4] (помилка 8%).

Таким чином, даний спосіб досить точний для оцінки ІР та зручний і дешевий в користуванні.

Підвищення ефективності застосування способу діагностики ІР, який заявляється, у порівнянні з прототипом, полягає в тому, що визначається першопричина ІР - збільшення кількості інтраабдомінальної жирової клітковини, а не прояв цієї збільшеної кількості - абдомінальне ожиріння. Ця дешева й зручна методика може бути виконана в будь-якій лікувально-профілактичній установі України, що дозволить ефективно здійснювати первинну і вторинну профілактику небезпечних складових метаболічного синдрому Х.

Джерела інформації

1. Шубина А.Т., Демидова И.Ю., Чернова Н.А., Карпов Ю.А. Метаболический синдром: возможности применения метформина // Русский мед. журнал. -2001. -Т.9, №2. - С.77-82 (аналог).

2. Перова Н.В., Метельская В.А., Мамедов М.Н., Оганов Р.Г. Методы раннего выявления и коррекции метаболического синдрома // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. -2001. -№4(1). - С.18-31 (прототип).

3. Caro JF. Insulin resistance in obese and nonobese men. // J. Clin. Endocrinol. And Metab. -1991. -Vol.73. -P.691-695.

4. Metelskaya V., Serdyuk A., Mamedov M. et al. Insulin resistance markers for coronary heart disease high risk subjects selection // In Advances in Lipoprotein and Atherosclerosis Research, Diagnostics and Treatment. Proc. 9<sup>th</sup> Intern. Dresden Lipid. Symp., 1997. -P.691-695.