

КОРРЕКЦИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

©2016 Х.Т. Хамраев, Н.Э. Дониёров, П. Хамракулова, Д.Х. Хамраева, О.Б. Муминов
Самаркандский Государственный медицинский институт

Ключевые слова: метаболический синдром, абдоминальное ожирение, холестерин, триглицериды, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия.

Таянч сўзлар: метаболик синдром, абдоминал семизлик, холестерин, триглицеридлар, инсулинрезистентлиги, артериал гипертензия.

Keywords: metabolic syndrome, abdominal obesity, cholesterol, triglycerider, insulin resistance, arterial hypertension.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности Омакора и α -липоевой кислоты на биохимических показателях больных абдоминальным ожирением с проявлениями метаболического синдрома. Под нашим наблюдением находилось 105 больных, которые были разделены на 3 группы: 1 группа (30 больных) получала традиционную терапию, 2 группа (37 больных) - традиционную терапию + Омакор, а 3 группа (38 больных) - традиционную терапию + Омакор с Берлитионом. Результаты исследования показали высокую эффективность в улучшении углеводного и липидного обмена сочетание Омакора и альфа-липоевой кислоты.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМИ АБДОМИНАЛ СЕМИЗЛИК БИЛАН КЕЧГАН БЕМОРЛАРДА БИОХИМИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИГ КОРРЕКЦИЯСИ

Х.Т. Хамраев, Н.Э. Дониёров, П. Хамракулова, Д.Х. Хамраева, О.Б. Муминов

Ишни олиб борилишидан мақсад Омакор ва α -липоид кислотасини корин билан семирган беморларда биохимиявий ўзгаришни метаболик синдромда эффективлигини аниқлаш. Бизнинг кузатувда 105 та бемор бўлиб, улар 3 гуруҳга бўлинган: 1 гуруҳ анъанавий терапия билан даволанган (30 бемор), 2 гуруҳ эса анъанавий даволаш билан биргаликда Омакор қабул қилган (37 бемор), 3 гуруҳ – анъанавий даволаш билан биргаликда Омакор ва Берлитион билан даволанди. Текшириш натижалари шуни кўрсатдики Омакор ва Берлитион билан даволанган беморларда юқори натижаларига эришилди.

CORRECTION OF BIOCHEMICAL INDEXES IN PATIENTS WITH ABDOMINAL OBESITY WITH MANIFESTATIONS OF METABOLIC SYNDROME

H.T. Hamraev, N.E. Doniyorov, P. Hamrakulova, D.H. Hamraeva, O.B. Muminov

The aim of the present research was to study the efficacy of Omakor and α -lipoic acid on biochemical indexes of patients with abdominal obesity with manifestations of metabolic syndrome. 105 patients were divided into 3 groups and they have been under our observation: the 1st group (30 patients) received traditional therapy, the 2nd group (37 patients) received traditional therapy + Omakor, and the 3rd group (37 patients) received traditional therapy + Omakor and Berlition. The results of the research showed high efficacy in improvement of carbohydrate and Lipid exchange of Omakor and α -lipoic acid combination.

Актуальность. В последние годы отчетливо прослеживается тенденция неуклонного роста и распространения метаболического синдрома (МС) среди населения развитых стран в том числе и в Узбекистане [1,3,5]. Неуклонный рост заболеваемости и смертности от составляющих МС требует поиска новых превентивных способов борьбы с ним на популяционном уровне. Так по данным ВОЗ (2006), в долевом участии 10 главных факторов риска общей летальности три ведущих места занимают компоненты метаболического синдрома: артериальная гипертензия, высокое содержание холестерина крови, высокий индекс массы тела [9].

В настоящее время ожирение относится к наиболее актуальным проблемам здравоохранения. Ожирение стало «глобальной эпидемией», так как за последние десятилетия произошло резкое увеличение количества людей с этой патологией [6]. Ожирением страдают 10-25% европейского населения и почти одна треть жителей США [4].

Ожирение – независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний [8]. Известно, что развитие ожирения и, прежде всего, абдоминального ожирения (АО), приводит к возникновению артериальной гипертензии, дислипидемии, инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа, то есть к формированию кластера факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [10].

Метаболический синдром (МС) определяется как комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия (ГИ). В англоязычной литературе в качестве синонима встречается термин «синдром Х» [7].

Повышенное внимание к данной проблеме обусловлено, прежде всего, нарастающей распространённостью МС. За последние 15 лет было проведено более 20 эпидемиологических исследований, посвященных распространённости МС.

Таким образом, актуальность проблемы обусловлена, прежде всего, тем, что МС играет значимую роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), смертность от которых занимает лидирующие позиции среди причин смерти людей трудоспособного возраста. Своевременное выявление МС имеет большое клиническое и прогностическое значение, поскольку данное состояние при адекватной терапии потенциально обратимо.

В рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена для профилактики и лечения атеросклероза и лечению метаболического синдрома гиполипидемическая терапия представлена статинами, фибратами, никотиновой кислотой, секвестрантами желчных кислот, ω -3 полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК) и ингибитором поглощения холестерина в кишечнике (эзетимиб) [2]. Лекарственными средствами первой линии для снижения уровня холестерина являются статины. В последнее время появились работы о том, что комбинация статинов и Омакор ПНЖК является наилучшей липид корригирующей терапией, которая снижает риск смерти от кардиоваскулярных осложнений, особенно при метаболическом синдроме, в то время как фибраты повышают риск смерти от некардиоваскулярных причин.

Известно, что Омакор ПНЖК оказывают многофакторное действие на организм: антиагрегантное, гиполипидемическое, противовоспалительное, мембраностабилизирующее, иммуномодулирующее и так далее, в связи с чем при метаболическом синдроме назначение Омакор ПНЖК целесообразно не только для снижения гипертриглицеридемии, но и для уменьшения риска других осложнений ишемической болезни сердца (ИБС). В свою очередь действие α -липоевой кислоты в первую очередь связано с действием на углеводный обмен.

Гиполипидемическое и гипогликемическое действие Омакор ПНЖК и α -липоевой кислоты оценивается по биохимическим показателям липидного спектра – общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности и триглицериды, а также в частности по уровню гликемии натощак и постпрондеальной гликемии, гликированного гемоглобина HbA_{1c}.

В связи с этим перед нами была поставлена **цель** по изучению эффективности Омакор и α -липоевой кислоты на биохимических показателях больных абдоминальным ожирением с проявлениями метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 105 больных с абдоминальным ожирением, которые были выявлены при диспансерном осмотре в поликлиниках № 1-2-7 города Самарканд. Наблюдаемые пациенты были в возрасте от 25 до 60 лет. Из них 71 – мужчины и 34 – женщины. Из общего числа пациентов были составлены группы, которые распределились следующим образом: 1 группа – 30 больных с проявлениями МС, которые получили традиционную терапию, включающую метформин, диету со снижением употребления жиров животного происхождения, калорийности пищи, а также ежедневные физические нагрузки средней интенсивности.

2 группа пациентов (37 больных) помимо традиционной терапии, получила дополнительно Омакор (1000 мг) по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 12 недель. 3 группа пациентов (38 больных) получила традиционную терапию в сочетании Омакор и α -липоевой кислоты (300), который применялся per os по 1 капсуле (300 мг) 2 раза в день в течение 12 недель. Оценка клинических и биохимических показателей была проведена в сроки 6 и 12 недель после проведенной терапии. Всем пациентам было проведено клинко-лабораторное исследование, которое включало: измерение линейного роста и веса, с последующим определением индекса массы тела, измерение окружности талии, уровня гликемии натощак и постпрандиальная гликемия, определение уровня общего холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов, измерение артериального давления.

Результаты исследования. При оценивании результатов исследования в первую очередь мы оценили динамику веса пациентов, так как снижение массы тела является центральным аспектом всей терапии больных МС, потому что ее снижение на 5-10% от исходного, способствует существенному улучшению показателей углеводного и липидного обмена.

При первичном осмотре индекс Кетле в 1 группе составил $33,9 \pm 1,8$ кг/м², во 2 группе данный индекс не отличался от массо-ростового показателя больных 1 группы и составил в среднем $33,1 \pm 1,3$ кг/м². При этом средний уровень массы тела больных 3 группы был выше по сравнению с остальными хотя статистически достоверно между ними не отличался $34,2 \pm 1,6$ кг/м².

Динамический контроль через 6 недель от начала терапии показал отсутствие динамики индекса Кетле в 1 и 2 группах, тогда как в 3 группе отмечалась положительная динамика в весе больных. При оценке индекса Кетле через 12 недель было отмечено существенное его снижение у больных 3 группы в среднем на $2,7 \pm 0,6$ кг/м², тогда как у больных 2 группы несмотря на снижение массы тела, она не входила в пределы доверительных границ. Уменьшение массы тела больных у 1 группы не отмечалось также и через 12 недель терапии.

Исследование в динамике данного параметра показало, что в определенных группах выявлялся положительный регресс объема талии.

Так, изначальный средний объем талии у больных женского пола 1 группы составил $97,1 \pm 2,2$ см, а у мужчин $107,5 \pm 4,1$ см, динамическое наблюдение за объемом талии, у больных этой группы выявило отсутствие положительной динамики, так через 6 недель данный параметр составил $96,1 \pm 2,1$ см и $106,9 \pm 3,9$ см соответственно у женщин и мужчин, а через 12 недель у женщин $98,0 \pm 1,8$ см, а у мужчин $107,6 \pm 3,8$ см.

При проведении анализа динамики данного параметра у больных получивших в составе Омакор было выявлено, что 6 недельное применение данного препарата существенно не сказалось на объеме талии пациентов, так ее параметры составили $94,4 \pm 1,5$ см у женщин и $105,6 \pm 3,5$ см у мужчин (при изначальном уровне $96,5 \pm 1,6$ см, а у мужчин $107,1 \pm 3,2$ см). Тогда как через 12 недель применения данного препарата параметры имели доверительные границы - $93,1 \pm 1,2$ см, а у мужчин $104,5 \pm 1,7$ см ($P < 0,01$ и $P < 0,05$).

Особую положительную динамику имели показатели в 3 группе, где на фоне диетотерапии, изменения образа жизни было назначено сочетание Омакор и α -липоевой кислоты. Так при изначальном объеме талии $98,4 \pm 1,8$ см у женщин и $107,9 \pm 3,8$ см у мужчин, через 6 недель применения сочетанной терапии объем талии составлял $93,2 \pm 1,3$ см у женщин и $104,2 \pm 2,7$ см у мужчин ($P < 0,01$ и $P < 0,05$). Показатели объема талии через 12 недель применения показали, что данная терапия имела значительный успех, что выразилось в показателях $91,3 \pm 1,2$ см у женщин и $102,2 \pm 2,9$ см у мужчин ($P < 0,001$ и $P < 0,01$ по сравнению с первичными показателями).

Данные показатели сопровождались улучшением качества жизни пациентов, что выразилось в уменьшении слабости и утомляемости. Так если данные параметры наблюдались почти у всего контингента больных с АО, то через 12 недель у больных 3 группы уменьшение слабости наблюдалось у 82,6% (31) пациентов, снижение утомляемости у 73,9% (28) пациентов. У 66,2% (25) больных из 3 группы отмечалось повышение работоспособности, у 57,5% (22) улучшился сон, и у 60,8% (23) улучшилось настроение, тогда как данные параметры у больных 1 и 2 групп не отличались особой положительной динамикой.

Динамическое наблюдение через 12 недель от момента первичного осмотра показало, что в 2 и 3 гр. произошло достоверное снижение систолического и диастолического давления по сравнению с 1 группой больных.

При оценке биохимических показателей липидного спектра было выявлено: уровень общего холестерина исходно во всех группах превышал приемлемый показатель и составил в среднем $6,2 \pm 1,2$ ммоль/л; $6,3 \pm 1,6$ ммоль/л и $6,3 \pm 1,4$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группе соответственно, а через 6 недель приема Омакор уровень общего холестерина составил $5,7 \pm 1,5$ ммоль/л, а через 12 недель наблюдался в пределах $5,1 \pm 1,3$ ммоль/л. Лучший результат был

констатирован у больных получивших комбинацию ω -3 жирных кислот и α -липовоей кислот - его значительное снижение через 6 и 12 недель: $5,6 \pm 1,4$ ммоль/л и $4,9 \pm 1,4$ ммоль/л соответственно, тогда как уровень холестерина в 1 группе оставался почти на тех же цифрах. Динамический анализ уровня ХС ЛПНП показал, его положительную динамику во всех группах. Так через 6 недель данный показатель составил $4,0 \pm 0,3$ ммоль/л; $3,9 \pm 0,5$ ммоль/л и $3,7 \pm 0,4$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группах соответственно, а через 12 недель терапии также показали положительные результаты у больных 2 и 3 групп, их уровень имел доверительные границы и составил в среднем $3,5 \pm 0,2$ ммоль/л и $3,4 \pm 0,3$ ммоль/л, тогда как снижение данного показателя у больных 1 группы имело недостоверное снижение и составило $3,9 \pm 0,5$ ммоль/л. У абсолютного большинства больных с АО, сопровождающегося проявлениями МС, был констатирован факт снижения ХС ЛПВП. Так, его изначальный уровень составил $0,98 \pm 0,07$ ммоль/л; $0,99 \pm 0,05$ ммоль/л и $0,99 \pm 0,08$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группах соответственно. А через 12 недель уровень ХС ЛПВП находился в нормальных пределах только в 3 гр. и составил $1,32 \pm 0,09$ ммоль/л (при исходном $0,99 \pm 0,08$ ммоль/л).

Положительная динамика отмечалась в уровне триглицеридов (ТГ). Так, при изначальном уровне ТГ $2,3 \pm 0,17$ ммоль/л у больных, получивших ω -3 жирные кислоты, через 12 недель применения данного препарата наблюдалось его снижение до $1,6 \pm 0,14$ ммоль/ (P<0,001)

Аналогичная картина наблюдалась и у больных 3 группы, где при начальном уровне ТГ $2,4 \pm 0,18$ ммоль/л, через 12 недель применения терапии наблюдалось его снижение до $1,6 \pm 0,12$ ммоль/ (P<0,001). Тогда как тенденции к улучшению данного показателя больных 1 группы не наблюдалось ($2,4 \pm 0,12$ ммоль/л в начале исследования и $2,1 \pm 0,15$ ммоль/л – через 12 недель).

Изучение уровня глюкозы натощак в общем контингенте больных показало ее колебания в пределах $6,1 \pm 0,5$ ммоль/л, а постпрандиальной гликемии в пределах $7,2 \pm 1,1$ ммоль/л.

При анализе динамики тощачовой глюкозы в сравниваемых группах было выявлено, что во всех группах имела положительная динамика, наиболее выразившаяся в 3 группе, где был применен Берлитион обладающий гипогликемическим действием. Так уровень тощачовой глюкозы составил $5,2 \pm 1,6$ ммоль/л через 12 недель применения препарата, что сопровождалось значительным снижением постпрандиальной гликемии в пределах $7,3 \pm 1,5$ ммоль/л.

В отличие от 3 группы во 2 группе на фоне снижения тощачой глюкозы до $5,5 \pm 1,7$ ммоль/л, постпрандиальная гликемия находилась в пределах $8,2 \pm 1,1$ ммоль/л, т.е. нарушения в углеводном обмене еще сохранялись.

В 1 группе, несмотря на базисную терапию, включающая диету, применение метфогаммы, уровень тощачой глюкозы был незначительно снижен и находился на границе с нормальными величинами ($6,3 \pm 1,3$ ммоль/л), а постпрандиальная гликемия находилась в пределах $8,8 \pm 1,2$ ммоль/л.

Выводы: Таким образом, данные проведенного нами исследования позволяют сделать вывод об эффективности проводимых терапевтических мероприятий, что выразилось в значительной положительной биохимической динамике, достоверным снижением уровня ТГ и повышением ХС ЛПВП и нормализацией углеводного обмена у больных получивших сочетание препаратов Омакор и α -липовоей кислоты.

Использованная литература:

1. Аляви А.Л. Особенности нарушения липидного обмена у больных артериальной гипертонией в сочетании с метаболическим синдромом // Кардиология Узбекистана. 2008. №2. С. 65-66.
2. Адашева Т.В., Демичева О.Ю. Метаболический синдром – основы современной терапии // Лечащий врач. 2003. № 10. С. 24-28.
3. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю. Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы // Consilium medicum. 2005. №9. С. 3-10.
4. Кылбанова Е.С., Щербакова А.В., Симонова Г.И., Малютин С.К. Избыточная масса тела и ожирение среди пришлого населения Якутии // Материалы Российского Национального Конгресса кардиологов. М., 2005. С. 184.
5. Козиолова Н.В., Конради А.О. Оптимизация критериев метаболического синдрома. Российский институт

- метаболического синдрома согласованная позиция // Артериальная гипертензия. 2007. №3. С.197-198.
6. Оганов Р.Г., Перова Н.В., Мамедов М.Н., Метельская В.А. Сочетание компонентов метаболического синдрома у лиц с артериальной гипертензией и их связь с дислипидемией // Терапевтический архив. 2008. №12. С. 19-23.
 7. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия // Сердце. 2003. Т2, №3. С. 102-144.
 8. Alberti G. Introduction to the metabolic syndrome // European Heart Journal. 2005. Vol.7. Suppl. D. P. D3-D5.
 9. Alberti K.G., Zimmet P., Shaw J. The metabolic syndrome a new worldwide definition // Lancet. 2005. Vol.366. №9. P. 1059-1062.
 10. Capewell S., Ford E.S., Croft J.B. et al. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America // Bull World Health Organ. 2010. Vol.88. №2. P.120-130.