

с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. В первой группе у 76 пациентов с избыточной массой тела ОТ более 94 см выявили у 52,6 % мужчин и более 80 см – у 47,4 % женщин, артериальную гипертонию (АГ) уровень артериального давления (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) выявили у 48,7 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 32,5 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 30,6 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л – у 40,8 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л – у 51,3 %, гипергликемию натощак – у 6,5 % и нарушение толерантности к углеводам (НТГ) – у 9,2 %, сахарный диабет (СД) 2-го типа – у 18,4 %. Во второй группе у 78 пациентов с ожирением 1-й степени: ОТ более 94 см диагностировали у 47,4 % мужчин и более 80 см – у 52,6 % женщин, АГ выявили у 64,1 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 35,1 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 29,3 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л – у 47,3 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л – у 53,9 %, гипергликемию натощак – у 10,3 % и НТГ – у 14,1 %, СД 2-го типа – у 23,1 %. В третьей группе у 74 пациентов с ожирением 2-й степени: ОТ более 94 см выявили у 55,4 % мужчин и более 80 см – у 44,6 % женщин, АГ (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) диагностировали у 83,8 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 46,3 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 45,5 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП

$> 3,0$ ммоль/л – у 52,7 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л – у 66,2 %, гипергликемию натощак – у 9,5 %, НТГ – у 8,1 %, СД 2-го типа – у 29,7 %. В четвертой группе у 68 пациентов с ожирением 3-й степени: ОТ более 94 см диагностировали у 44,1 % мужчин и ОТ более 80 см – у 55,9 % женщин, АГ (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) выявили у 92,6 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 46,7 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 52,6 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л – у 60,3 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л у 75 %, гипергликемия натощак – у 13,2 %, НТГ – у 5,8 %, СД 2-го типа – у 39,7 %. У пациентов первой и второй групп чаще наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и двух компонентов МС. У пациентов третьей группы в 59 % случаев было сочетание центрального ожирения и двух дополнительных компонентов МС, в 41 % случаев абдоминального ожирения и трех и более компонентов МС. У пациентов четвертой группы центральный тип ожирения и наличие двух из дополнительных критериев МС выявили у 32,4 % пациентов, у остальных пациентов наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и трех и более дополнительных компонентов МС.

Заключение. С увеличением индекса массы тела у пациентов с абдоминальным ожирением чаще наблюдалось увеличение частоты встречаемости и сочетание большего количества компонентов МС.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Н. С. АЛЕКСЕЕВА

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Цель. Изучить эффективность лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме (МС).

Материалы и методы. Исследование проведено среди 125 пациентов (женщины – 71,2 %, мужчины – 28,8 % в возрасте 25–55 лет) с абдоминальным ожирением при МС. Компоненты МС диагностировали согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Резистентность к инсулину оценивали с помощью индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела Кетле (1997). Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических про-

грамм Statistica 6.0 и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. Центральный тип ожирения, являющийся ведущим клиническим признаком МС (объем талии (ОТ) > 94 см), выявили у 28,8 % мужчин и 71,2 % женщин (ОТ > 80 см). Избыточную массу тела диагностировали у 37,6 %, ожирение 1-й степени – у 30,4 %, 2-й степени – у 20 % и 3-й степени – у 12 %. Артериальную гипертонию (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) зарегистрировали у 62,4 % пациентов. Повышение уровня триглицеридов (ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л) наблюдали у 52,8 % пациентов. Снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) $< 1,0$ ммоль/л диагностировали у 36,1 % мужчин и $< 1,2$ ммоль/л –

у 38,2 % женщин. Повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) $>3,0$ ммоль/л выявили у 44,8 % обследованных. Гипергликемию натощак диагностировали у 6,4 % пациентов, нарушение толерантности к глюкозе – у 5,6 %, сахарный диабет 2-го типа – у 14,4 %. После диагностики у пациентов абдоминального ожирения и основных компонентов метаболического синдрома были рекомендованы диетотерапия и метформин в дозе 850 мг в два приема (утро, вечер). Диетотерапия была пониженной калорийности – 1200 ккал для женщин и 1500 ккал для мужчин, с включением углеводсодержащих продуктов с низким гликемическим индексом (ГИ) – менее 40. При снижении исходной массы тела на 5 % и более от исходного уровня и стабилизации веса в течение двух месяцев калорийность питания поднимали до расчетной величины, рекомендованной ВОЗ. В рацион питания вводили углеводсодержащие продукты со средним ГИ (40–69) до снижения веса до заданного уровня. Длитель-

ность лечения была индивидуальна – от 6 до 18 месяцев. После проведенного лечения у всех пациентов наблюдались снижение объема талии на 5–12 см, индекса массы тела – на 3,2–4,76 кг/м², индекса инсулинорезистентности НОМА-IR – на 2,58–4,85. При этом было отмечено снижение уровня триглицеридов на 0,5–2,3 ммоль/л, снижение ХС ЛПНП на 1,1–2,9 ммоль/л и повышение уровня ХС ЛПВП на 0,3–0,8 ммоль/л. У больных с артериальной гипертензией было зарегистрировано снижение систолического артериального давления на 25–30 мм рт. ст., диастолического артериального давления – на 20–25 мм рт. ст.

Заключение. Диетотерапия с ограничением жиров, включением в рацион углеводов с низким гликемическим индексом и назначением метформина является эффективным методом лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме, с помощью которого можно добиться стойкого и длительного снижения абдоминального ожирения и метаболических нарушений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е. Д. БАЗДЫРЕВ, О. М. ПОЛИКУТИНА, Ю. С. СЛЕПЫНИНА, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

Цель. Оценить распространенность патологии респираторной системы (РС) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), поступивших для планового проведения коронарного шунтирования.

Материалы и методы. В исследование включено 662 пациента со стабильной ИБС, средний возраст – 59,0 (54,0; 65,0) года. Анализ распространения заболевания бронхолегочной системы (БЛС) осуществлялся в несколько этапов. Первый заключался в сборе анамнеза, второй – в проведении инструментального исследования РС, которое включало проведение спирометрии, бодиплетизмографии и определение диффузионной способности легких. Все исследования проведены на бодиплетизмографе Elite DI-220v (Medical Graphics Corporation, США).

Результаты. Согласно данным анамнеза, у 74 (11,2 %) пациентов с ИБС были ранее диагностированы заболевания РС (хронический бронхит – у 50 (67,6 %), ХОБЛ – у 22 (29,7 %) и бронхиальная астма – у 2 (2,7 %)). Проведение исследований БЛС среди 588 пациентов с отсутствием указаний в анамнезе на респираторную патологию по-

зволило выявить подгруппу пациентов с ранее не диагностированной патологией системы дыхания. В результате этого были сформированы три группы: группа I – больные с известными ранее в анамнезе сопутствующими заболеваниями БЛС – 74 (11,2 %), группа II – с впервые выявленной патологией РС – 222 (33,5 %) и группа III – пациенты без заболеваний и инструментальных признаков поражения РС – 366 (55,3 %). Инструментальные признаки нарушения вентиляционной функции легких были лишь у 32 (43,2 %) из 74 пациентов, в анамнезе которых была патология легких. Преобладающими (75 %) были признаки обструкции, тогда как у пациентов группы II данный тип вентиляционных расстройств был верифицирован в 100 % случаев. По частоте выявления основных типов вентиляционных расстройств данные группы статистических различий не имели. Признаки гиперинфляции легочной ткани преобладали у пациентов группы I (50 % против 29,7 % $p=0,036$), несмотря на то, что у пациентов III группы имело место изолированное, не связанное с основными вентиляционными расстройствами снижение (у 64, 17,5 %)