

УРСОДЕОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Танченко О.А., Нарышкина С.В.

Амурская государственная медицинская академия, кафедра факультетской терапии,
г. Благовещенск

Патогенез, клинические проявления, особенности терапии метаболического синдрома остаются предметом исследований и дискуссий в современной медицине. Особую тревогу вызывает прогрессивное увеличение заболеваемости сахарным диабетом, абдоминальным ожирением, артериальной гипертензией, приводящим к ранней инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистой патологии. Печень, как и сердечно-сосудистая система, принимает активное участие в развитии метаболического синдрома. Абдоминальное ожирение приводит к уменьшению связывания и распаду инсулина в гепатоцитах, снижению восприятости инсулина на уровне печени, что является мощным стимулятором атеросклеротического поражения сосудов при метаболическом синдроме. На сегодняшний день урсодексихолевая кислота активно используется как гепатопротекторный препарат, обладающий также антиоксидантным, противовоспалительным действием. Цель исследования - оценка степени влияния урсодексихолевой кислоты на значения иммунореактивного инсулина, клинико-биохимические показатели при метаболическом синдроме. В комплексное исследование включено 87 больных с метаболическим синдромом (48 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 38 до 67 лет. Индекс массы тела (ИМТ) у пациентов составил $34,61 \pm 2,53$ кг/м². Ожирение I степени диагностировано у 39 пациентов (44,8%), ожирение II степени - у 32 больных (36,8%), ожирение III степени - у 16 пациентов (18,4%). Сахарный диабет 2 типа при обследовании впервые выявлен у 9 больных (10,3%), нарушенная толерантность к глюкозе - у 5 пациентов (5,8%), нарушенная гликемия натощак - у 4 больных (4,6%), сахарный диабет в анамнезе был у 69 пациентов (79,3%). Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на две группы. Программа лечения больных опытной группы (66 больных) включала присоединение к общепринятой схеме лечения урсодексихолевой кислотой в суточной дозировке 15 мг/кг веса в течение 8 недель. В динамике определялись вес, ИМТ. С использованием иммуноферментного метода в динамике у больных опытной группы изучались показатели инсулина, определялись показатели холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), аспаратаминотрансферазы (АСАТ) и аланинаминотрансферазы (АЛАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), данные ультразвукового исследования печени. У 96,9% пациентов опытной группы с абдоминальным ожирением исходно выявлено достоверное повышение показателя иммунореактивного инсулина, который в среднем составил $18,64 \pm 2,15$ мкЕД/мл. На фоне проводимой терапии в течение 8 недель у больных опытной группы выявлено достоверное уменьшение показателя иммунореактивного инсулина на 20,1% по сравнению с исходным уровнем. В опытной группе выявлено снижение содержания общего холестерина, индекса атерогенности, тенденция к повышению холестерина ЛПВП. В группе больных, получавших урсодексихолевую кислоту, показатель ТГ, являющийся основным компонентом гепатоцеллюлярных липидов, уменьшился на 39,8% от исходного уровня, а в контроле снизился только на 16,6% ($p < 0,05$). Снижение содержания ТГ, общего холестерина, холестерина ЛПНП и повышение холестерина ЛПВП в сыворотке крови было более выраженным у пациентов опытной группе. У пациентов, получающих на фоне общепринятой терапии метаболического синдрома урсодексихолевую кислоту отмечалась достоверная положительная динамика со стороны показателей холестатического (ГГТП, ЩФ) и цитолитического (АЛАТ, АСАТ) синдромов. На фоне терапии метаболического синдрома с включением урсодексихолевой кислоты отмечено достоверное улучшение клинических показателей по сравнению с результатами лечения в контрольной группе. Так, уменьшилась выраженность болевого и диспепсического синдромов. Таким образом, применение урсодексихолевой кислоты в течение 8 недель в суточной дозировке 15 мг/кг веса способствует уменьшению гиперинсулинемии, коэффициента атерогенности, приводит к улучшению функции печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 2. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.

13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.