

женщин, 11 мужчин) в возрасте от 35 до 60 лет с СД 2 типа и абдоминальным ожирением (ИМТ =  $36,8 \pm 1,9$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ =  $102,5 \pm 7,5$  см, ОТ/ОБ =  $0,97 \pm 0,06$ ). Стаж заболевания СД 2 типа от 3 до 10 лет. Уровень гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>) составил  $6,7 \pm 1,2\%$ . Критерии исключения: диабетическая нефропатия 4-5 ст., тяжелая энцефалопатия, пролиферативная ретинопатия, почечная и печеночная недостаточность, хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью. Диагностика МС проводилась по критериям АТР III. С учетом проводимой сахароснижающей терапии были сформированы 3 группы по 10 человек: 1 — больные, принимающие препараты сульфаниламочевин (ПСМ); 2 — получающие комбинацию ПСМ и бигуанидов; 3 — терапию препаратами инсулина среднего или пролонгированного действия и ПСМ. В процессе исследования коррекция сахароснижающей терапии не проводилась. Пациенты в течение 6 месяцев получали орлистат по 120 мг 3 раза в сутки с основными приемами пищи. Критериями эффективности лечения являлись антропометрические показатели (индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), ОТ/ОБ) и лабораторные данные — концентрация глюкозы в капиллярной крови натощак и через 2 часа после приема пищи (глюкозооксида-

ный метод), уровень HbA<sub>1c</sub> (метод аффинной хроматографии).

**Результаты:** при проведении антропометрического исследования выявлено, что пациенты 3 группы исходно имели достоверно меньшую степень ожирения (ИМТ =  $35,8 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$ ) по сравнению с больными 2 группы (ИМТ =  $38,8 \pm 0,8$ ). В 1 группе ИМТ =  $36,9 \pm 0,7$  и достоверно не отличался от ИМТ 3 группы. ОТ/ОБ не имел достоверных внутригрупповых различий. В процессе лечения у 74,5% больных отмечалось снижение массы тела на  $7,3 \pm 1,8$  кг, при этом наибольшее снижение ИМТ (на  $3,3 \pm 1,8$  кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ ) наблюдалось во 2 группе пациентов. В других группах данные изменения были статистически недостоверными. Снижение массы тела сопровождалось улучшением показателей углеводного обмена. Во 2 группе исходно уровень гликемии натощак составил  $5,3 \pm 0,2$  ммоль/л, а HbA<sub>1c</sub> —  $6,5 \pm 0,4\%$ . Через 6 месяцев эти показатели достигли  $4,6 \pm 0,1$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ) и  $4,6 \pm 0,3\%$  ( $p < 0,05$ ) соответственно.

**Выводы:** применение орлистата у пациентов с СД 2 типа и МС привело к снижению массы тела, которое сопровождалось улучшением показателей углеводного обмена. При этом максимальный эффект наблюдался в группе пациентов, получающих бигуаниды и ПСМ.

**Борушнова О.В. Морозова А.М. Касняцкая Л.С.**

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Владивостокский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 2, Владивосток

**Цель:** оценить эффективность мотивационного обучения больных в комплексной терапии ожирения.

**Методы:** в течение 12 месяцев под наблюдением находились 36 пациентов (31 женщина и 5 мужчин) в возрасте  $36,8 \pm 5,6$  лет с индексом массы тела (ИМТ) более 30. Стаж ожирения в среднем составил 18 лет (от 8 до 25 лет). Из исследования были исключены больные с эндокринными формами ожирения, булимией, психическими расстройствами, морбидным ожирением. Все пациенты в течение 7 дней прошли курс обучения в школе ожирения. 1 группу (18 человек) составили больные, которым первоначальный расчет гипокалорийного питания проводился с учетом предварительного проанализированного пищевого дневника, с поэтапным снижением суточного калоража. В данной группе мониторинг проводился ежемесячно. 2 группа (18 человек) — пациенты, которым расчет суточной калорийности был проведен по формуле без учета пищевых привычек и поведенческой коррекции. Мониторинг был проведен однократно, по окончании наблюдения. Оценка эффективности проводилась по антропометрическим (ИМТ, ОТ), поведенческим (опросник DEBQ) критериям и дневнику питания.

**Результаты:** анкетирование показало, 95% пациентов ранее

предпринимали попытки снижения веса с кратковременным эффектом. Предварительный анализ дневников питания показал, что 85% исследуемых превышали свою норму суточного калоража на 45-50%, при этом потребление жиров составило в среднем 47% от калорийности суточного рациона. В процессе обучения больные были обучены навыкам подсчета калорий, ведения пищевого дневника. К концу наблюдения в 1 группе 54% больных регулярно вели пищевые дневники, 48% — эпизодически. Во 2 группе — 11% периодически вели подсчет калорийности пищи без учета потребляемого жира. Анализ питания через 1 год после обучения показал, что сумели изменить свои пищевые привычки 70% пациентов 1 группы и 12% — 2 группы. В 1 группе к окончанию наблюдения ИМТ снизился с  $36,8 \pm 3,8$  до  $32,5 \pm 4,6$  ( $p < 0,001$ ), тогда как во 2 группе изменения ИМТ были недостоверными (с  $36,6 \pm 3,8$  до  $35,7 \pm 4,9$ ).

**Выводы:** таким образом, в программе мотивационного обучения больных ожирением ключевым звеном является индивидуальный подход с учетом личностного фактора, системный характер вносимых коррекций с мониторингом на первых этапах снижения веса и формированием медицинской мотивации на длительное лечение.

**Брицин В.Д., Ковальчук Л.В., Васильева С.В., Сарванова Э.А., Хлудеева Е.А., Поликутин А.В., Барвинский В.А., Надводский Д.В., Фёдоров И.Г.**

## КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Многие сердечно-сосудистые заболевания вызывающие структурные или функциональные изменения миокарда заканчиваются Хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Многочисленная армия больных 1-2% общей популяции, не всегда эффективная медикаментозная терапия заставляет искать новые нетрадиционные методы лечения. Одним из новых методов является кардиоресинхронизационная терапия (КРТ), основной целью которой является снижение функционального класса сердечной недостаточности.

Нарушение внутри- и межжелудочкового проведения приводит к десинхронизации работы желудочков, снижению выброса, потери гемодинамического вклада предсердий, митральной регургитации к дальнейшему ремоделированию левого желудочка и тем самым к усугублению ХСН. Расширение на ЭКГ комплекса QRS является маркером десинхронизации работы желудочков сердца. Имплантация бивентрикулярной стимуляционной системы позволяет за счёт электрической коррекции добиться коррекции механической. Координированное сокращение желудоч-

ков снижает давления заклинивания в лёгочной артерии, увеличивает время диастолического наполнения ЛЖ, в результате этого уменьшается конечно-систолический и конечно-диастолический объёмы, повышается ФВ ЛЖ.

**Материалы и методы:** с марта 2005 года в отделении выполнены имплантации бивентрикулярных кардиостимуляторов INSYNC III производства Medtronic двум больным с III ФК СН по NYHA. Прямое наблюдение 2-3 месяца. Больные после операции отметили улучшение самочувствия, уменьшение одышки, увеличение дистанции шестиминутной ходьбы, исчезли отёки на нижних конечностях и уменьшились размеры печени. По данным ЭХО КГ увеличилась ФВ ЛЖ с 19 до 27 % у первого, с 33 до 42 % у второго за счёт уменьшения конечно-систолического и конечно-диастолического объёмов. На ЭКГ отмечалось уменьшение электрической систолы желудочков с 160 мсек до 130 мсек у первого, с 240 мс до 200 мс у второго.

**Выводы:** представленные данные говорят о высокой эффективности и роли сердечной ресинхронизации в лечении больных с ХСН.

**Васильев С.В., Григорян В.В., Комяк К.Н.**

## ВОЗМОЖНОСТЬ ЦИРКУЛЯРНОЙ АППАРАТНОЙ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

**Цель:** оценка ближайших и отдаленных результатов циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижеампулярного от-

дела прямой кишки в лечении хронического геморроя. Настоящая методика разработана профессором А.Лонго в 1993 году и