

соответственно, число родов через естественные родовые пути выше в два раза среди пациенток с аномалиями родовой деятельности по гипертоническому типу, что, возможно, объясняется чаще встречаемым отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом при развитии аномалий по гипотоническому типу (артифициальные аборты в анамнезе). Наличие абортов, самопроизвольных выкидышей увеличивает в три раза число осложнений в послеродовом периоде, что, несомненно, требует предгравидарной подготовки к последующим беременностям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В., Бойко И. Н. Рациональная фармакотерапия патологии беременности и родов. – СПб: Нормедиздат, 2004. – С. 1–22.
2. Акушерство: национальное руководство / Под редакцией Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – С. 499–510.
3. Бакшеев Н. С., Орлов Р. С. Сократительная функция матки. – 1976. – 184 с.
4. Биохимия родового акта и его регуляция / Е. Т. Михайленко, М. Д. Курский, В. В. Чуб. – Киев: Здоров'я, 1980. – 183 с.
5. Сидорова И. С., Оноприенко Н. В. Профилактика и лечение дискоординированной родовой деятельности. – М.: Медицина, 1987.

6. Сидорова И. С., Макаров И. О. Течение и ведение беременности по триместрам. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – С. 304.
7. Физиология и патология сократительной деятельности матки / Л. С. Персианинов, Б. И. Железнов, Н. В. Богоявленская. – М.: Медицина, 1975. – 360 с. – Библиогр.: с. 348–358.
8. Чернуха Е. А. Родовой блок: Руководство для врачей. – М.: изд-во «Триада-X», 2005.
9. Caldeyro-Barcia R., Alvares H. Abnormal uterine action in labor // J. obstet. gynaec. brit. cwith. – 1952. – Vol. 59. № 5. – P. 646–656.
10. Daelz J. Uterine contractility patterns of outer and inner zones of the myometrium // Obstet. gynec. – 1974. – Vol. 44. № 3. – P. 315–326.
11. Dodic M., Peers A., Coghlan J. P., Wintour M. Can excess glucocorticoid, in utero, predispose to cardiovascular and metabolic disease in middle age? // Trends in endocrinology and metabolism. – 1999. – Vol. 10. № 3. – P. 86–91.
12. Ibáñez L., Potau N., Chacon P. et al. Hyperinsulinemia, dyslipidemia and cardiovascular risk in girls with a history of premature pubarche // Diabetologia. – 1998. – Vol. 41. – P. 1057–1063.
13. Ibáñez L., Potau N., Zampoli M. et al. Hyperinsulinemia and decreased insulin-like growth factor-binding protein-1 are common features in prepubertal and pubertal girls with a history of premature pubarche // J. clin. endocrinol. metab. – 1997. – Vol. 82. № 7. – P. 2283–2288.

Поступила 27.07.2011

**Н. В. ЗОЛОТАРЕВА, А. И. ЧЕСНИКОВА, В. И. КУДИНОВ,
М. С. НИЧИТЕНКО, О. Б. КУЧЕРЕНКО**

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕВУШЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

*Кафедра внутренних болезней № 1 Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
E-mail: maryhome@mail.ru, тел. + 79185892143*

В статье выявлены ранние проявления метаболического синдрома у девушек в возрасте 18–25 лет. Проведен скрининг среди 804 девушек. Индекс массы тела (ИМТ) > 25,0 выявлен у 11,7%, повышенное содержание общего жира (ОЖ) – у 41%, из них у 38,1% – при нормальном ИМТ. Выделено 30 девушек с ИМТ от 18,5 до 29,9, наследственностью по МС и повышенным ОЖ. В обеих группах исследованы тест толерантности к глюкозе, С-пептид, иммунореактивный инсулин, индекс НОМА, липидный спектр крови и объем висцерального жира по данным компьютерной томографии абдоминальной области. Ранними проявлениями МС у девушек могут быть повышенный объем ВЖ и изменения в липидном спектре крови.

Ключевые слова: метаболический синдром, висцеральный жир, индекс массы тела, инсулинорезистентность, гиперхолестеринемия.

**N. V. ZOLOTAREVA, A. I. CHESNIKOVA, V. I. KUDINOV,
M. S. NICHITENKO, O. B. KUCHERENKO**

PRINCIPLES FOR THE FORMATION OF METABOLIC SYNDROME THE GIRLS DEPENDED ON VISCERAL BODY FATS

*Department of internal disease № 1 Rostov state medical university,
Russia, 344022, Rostov-on-Don st., Nahichevansky, 29.
E-mail: maryhome@mail.ru, tel. + 79185892143*

Aim-prevalence of early markers of metabolic syndrome in girls of age group 18–25 years, by screening of 804 young girls have found overweight – 11,7%, obese – 41% in which 38,1% have normal BMI. In a group of girls (30 people) have founded normal bmi and predisposition to metabolic syndrome. For identification of early markers of metabolic syndrome further investigations are: blood

glucose level, c-peptides, immune reactive insulin (cri), lipid profile test, and volume of visceral body fats by ct was done. Diagnostically identified early markers for metabolic syndrome in girls are, increase volume of visceral body fats and change in lipid profile.

Key words: metabolic syndrome, visceral fats, BMI – body mass index, insulin resistance, hypercholesterolemia.

По данным эпидемиологических исследований, в последние годы отмечается прогрессирующее увеличение числа больных с метаболическим синдромом (МС), который, по мнению ведущих российских и зарубежных ученых, является предстадией атеросклероза и сахарного диабета 2-го типа (СД-2) [6]. Основой МС является ожирение, но кардиоваскулярный риск не столько возрастает со степенью увеличения веса, сколько зависит от характера распределения жировых отложений [3]. Наиболее неблагоприятным является накопление жира в висцеральных депо (сальниковый и брыжеечный жир) вследствие высокой метаболической активности висцеральной жировой ткани, что приводит к развитию гормонального дисбаланса и прогрессированию инсулинорезистентности (ИР) [5]. Однако известно, что длительное время нарушения, объединенные рамками МС, протекают бессимптомно и нередко начинают формироваться в подростковом и молодом возрасте, задолго до клинической манифестации основного диагностического критерия МС – абдоминального ожирения [3]. При этом повышенный объем висцерального жира (ВЖ) может иметь место даже у лиц, имеющих нормальный вес [3, 8]. Поэтому важным вопросом профилактики МС является его своевременная диагностика на самых ранних этапах развития, чтобы предотвратить или, по крайней мере, отсрочить его прогрессирование, особенно у лиц молодого возраста женской популяции, ведь репродуктивная функция женщин напрямую зависит от критической массы висцеральной жировой ткани [5]. Кроме того, известно, что отложение ВЖ у женщин имеет свои особенности, мобилизация СЖК у женщин в портальную систему происходит в меньшем объеме, чем у мужчин, и, следовательно, у женщин большее их количество поступает в системный кровоток, формируя несколько иные метаболические нарушения [5, 9]. И именно этот возрастной период представляет особый интерес, так как закладывает основы типичной для взрослых патологии [4].

Целью исследования явились изучение распространенности некоторых компонентов МС у лиц женского пола в возрасте 18–25 лет и определение критериев для ранней его диагностики у девушек с наследственной предрасположенностью к МС или СД-2.

Методика исследования

Исследование проходило в 2 этапа. На 1-м этапе с целью изучения распространенности МС у лиц женского пола проведен скрининг, в котором приняли участие 804 девушки в возрасте от 18 до 25 лет. На всех обследуемых заполнялась специально разработанная анкета, в которой анализировались наследственная отягощенность по МС или СД-2; антропометрические данные – рост, вес, ИМТ, окружность талии (ОТ), бедер (ОБ) и их соотношение (ОТ/ОБ); артериальное давление (АД) по методу Короткова и процентное содержание общего жира (ОЖ) в организме с помощью прибора «OMRON BF 306».

На 2-м этапе с целью определения ранних маркеров МС из всей когорты обследованных выделено 30

девушек с наследственной предрасположенностью к МС или СД-2 и имевших повышенное процентное содержание ОЖ. 1-ю группу составили 16 девушек с нормальным весом (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²), 2-ю группу – 14 девушек с избыточным весом (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²). У лиц 1-й и 2-й групп дополнительно были исследованы показатели липидного и углеводного обмена, инсулинорезистентности (ИР) и объем ВЖ. Липидный спектр крови включал определение общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Состояние углеводного обмена оценивали на основании результатов теста толерантности к глюкозе (ТТГ). Наличие ИР и уровень инсулинемии определяли по показателям С-пептида, иммунореактивного инсулина (ИРИ) с последующим вычислением индекса НОМА (ИР НОМА). Для определения объема ВЖ была выполнена компьютерная томография абдоминально-висцеральной области. Для контроля указанного объема исследований выполнен у 13 здоровых девушек с ИМТ 18,5–24,9 кг/м², нормальным содержанием ОЖ и отсутствием наследственной отягощенности по МС или СД-2.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ «Microsoft Excel 7,0» и «STATISTICA for Windows 6,0». В ходе исследования определяли основные статистические характеристики: среднее значение (М), ошибка среднего значения (m) и стандартное отклонение (SD), при этом количественные значения представляли в виде $M \pm m$. Достоверность различных величин оценивали с помощью параметрического критерия Стьюдента.

Результаты исследования

Результаты 1-го этапа исследования представлены в таблице 1. Как следует из полученных нами данных, среди обследованных девушек в возрасте от 18 до 25 лет ИМТ > 25,0 был выявлен у 11,7% лиц, из которых подавляющее большинство имели избыточный вес (83%). При этом в 64% случаев была диагностирована абдоминальная форма ожирения с ОТ ≥ 80 см. Из числа лиц с ИМТ > 25,0 61,7% имели наследственную предрасположенность к МС или СД-2.

В результате исследования повышенное АД (≥ 130/85 мм.рт. ст.) было выявлено у 2,2% обследованных девушек. Из них в 22,4% случаев ИМТ оказался нормальным, но у 54,8% девушек отмечалось повышенное содержание ОЖ в организме. У лиц с избыточным весом и ожирением АГ выявлялась значительно чаще (77,6%), что еще раз свидетельствует в пользу ожирения как возможного пускового механизма развития целого ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе АГ [6].

Интересные результаты были получены при исследовании процентного содержания в организме ОЖ. Оказалось, что если лица с повышенной массой тела (ИМТ ≥ 25,0) составляли только 11,7%, то повышенное содержание ОЖ выявлено уже у 41% обследованных девушек. При этом важно подчеркнуть, что среди лиц с нормальным ИМТ, но повышенным содержанием ОЖ

Распространенность некоторых компонентов МС у девушек в возрасте 18–25 лет

ИМТ кг/м ²				ОТ ≥ 80 см	↑ ОЖ, %	АД ≥130/85 мм рт. ст.	Нарушения углеводного обмена
<18,5	18,5–24,9	25,0–29,9	≥ 30,0				
92 (11,4%)	618 (76,8%)	78 (9,9%)	16 (1,9%)	60 (7,4%)	330 (41,0%)	18 (2,2%)	4 (0,4%)

наследственную отягощенность по МС или СД-2 имели 68,7%.

Чтобы разобраться в причинах выявленного факта значительного числа девушек с высоким процентным содержанием ОЖ, нами и был проведен 2-й этап исследования в 1-й и 2-й группах девушек. Результаты исследования 1-й и 2-й групп девушек и контрольной группы представлены в таблице 2.

Как следует из представленных в таблице данных, масса тела (МТ), ОТ и соотношение ОТ/ОБ в 1-й группе не отличались от показателей контрольной группы. В то же время содержание ОЖ в 1-й группе оказалось значительно выше контроля (соответственно $33,8 \pm 3,27\%$ и $24,2 \pm 3,1\%$, $p < 0,05$). Как и следовало ожидать, во 2-й группе ИМТ, ОТ и соотношение ОТ/ОБ оказались достоверно выше по сравнению как с контрольной группой, так и с 1-й группой девушек. Обращало на себя внимание, что содержание во 2-й группе ОЖ ($36,5 \pm 4,2\%$) также было существенно выше, чем в контроле ($p < 0,05$), однако с 1-й группой достоверной разницы не наблюдалось. Следовательно, можно предполагать, что определение ОЖ в организме девушек, предрасположенных к МС или СД-2, с помощью прибора «OMRON BF 306» позволяет выявлять повышенный ОЖ, однако оценивать его количественное соотношение при различных клинических ситуациях и различной массе тела не представляется возможным.

Учитывая полученные результаты, важно было выяснить причины повышения ОЖ в 1-й и 2-й группах, особенно в 1-й группе девушек, имеющих нормальный

ИМТ, определить локализацию жировых отложений и по возможности дать количественные характеристики жировой массы. Поэтому и была проведена КТ абдоминальной области с целью уточнения объема ВЖ, так как очевидно было предполагать его повышенное содержание у лиц с наследственной предрасположенностью к МС или СД-2. Кроме того, именно этим можно было бы объяснить выявленное повышенное содержание в организме ОЖ, особенно у лиц с нормальным ИМТ (1-я группа). Тем более что во многих исследованиях последних лет подчеркивается, что с увеличением общей жировой массы тела и, особенно, при накоплении жира в висцеральных депо развивается гормональный дисбаланс и прогрессирует ИР [10].

Как следует из представленных в таблице 3 данных, результаты КТ абдоминальной области выявили существенное повышение объема ВЖ в 1-й и 2-й группах по сравнению с контролем. Если у девушек контрольной группы объем ВЖ составлял только $270,8 \pm 62,4$ см³, то в 1-й группе он достигал $719,6 \pm 70,8$ см³ ($p < 0,001$), а во 2-й группе при наличии избыточного веса этот показатель оказался еще больше ($1170,4 \pm 100,1$ см³). При этом объем ВЖ во 2-й группе в отличие от значений ОЖ был достоверно выше по сравнению не только с контрольной группой, но и с показателем 1-й группы ($p < 0,05$).

Таким образом, можно предполагать, что ранее выявленное нами повышенное процентное содержание ОЖ в 1-й группе (т. е. у лиц с нормальным ИМТ), вероятнее всего, обусловлено повышенным объемом ВЖ, что подтвердили в этой группе результаты

Таблица 2

Результаты исследования антропометрических данных, ОЖ, АД и ЧСС в 1-й и 2-й основных группах и контрольной группе девушек

Показатели	Контрольная группа, n=13	1-я группа, n=16	2-я группа, n=14
Возраст, лет	22,1±1,31	22,6± 2,1	21,5 ± 1,43
МТ, кг	62,5±3,79	61,4± 4,18	75,2±3,62*
ИМТ, кг/м ²	21,7±1,86	22,4±1,19	27,3±1,64*
ОТ, см	72,5±2,43	73±1,87	83,6±3,8*
ОТ/ОБ, см	0,74±0,02	0,74±0,03	0,83±0,03*
ОЖ, %	24,2±3,1	33,8±3,27*	36,5±4,2*
САД, мм рт. ст.	110,3±5,21	112,8±4,3	125,6±4,71
ДАД, мм рт. ст.	74,3±3,17	73,3±2,18	82,1±3,21
ЧСС, уд/мин	73,7±3,67	74,8±4,25	78,2±2,43

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой,
– $p < 0,05$ по сравнению с группой 1.

Результаты исследования показателей углеводного и липидного обмена, объема ВЖ в 1-й, 2-й группах и контрольной группе девушек

Показатели		Контрольная группа, n=12	1-я группа, n=16	2-я группа, n=14
ТТГ, ммоль/л	Натощак	4,36±0,85	4,54±0,62	4,9±0,5
	Через 2 часа	6,42±0,72	6,28±0,68	6,57±0,51
ОХ, ммоль/л		3,72±0,24	5,11±0,97*	5,32±0,24*
ЛПВП, ммоль/л		1,41±0,3	1,22±0,08	1,08±0,09*
ЛПНП, ммоль/л		2,32±0,36	3,89±0,61*	4,24±0,53*
ТГ, ммоль/л		0,93±0,27	0,87±0,36	1,26±0,27
ИА		1,64±0,10	3,2±0,41*	3,93±0,52*
С-пептид, нг/мл		1,8±0,4	2,19±0,3	3,28±0,39*
ИРИ, мкМЕ/мл		8,1±1,12	10,7±1,4	10,3±1,3
Индекс ИР НОМА		1,56±0,16	2,15±0,12*	2,24±0,14*
ВЖ, см ³		270,8±62,4	719,6±70,8*	1170,4±100,1*

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой,
 * – $p < 0,05$ по сравнению с группой 1.

КТ абдоминальной области. Также и во 2-й группе увеличение ИМТ и ОТ > 80 см происходило за счет не только общей жировой массы, но и повышенного объема ВЖ, что подтверждалось результатами КТ абдоминальной области.

Учитывая, что все девушки 1-й и 2-й групп имели отягощенный анамнез по МС или СД-2, можно предполагать, что при формировании МС одним из его ранних проявлений может быть избыточное отложение ВЖ, выявляемое даже у девушек с нормальным ИМТ (1-я группа). В дальнейшем при отсутствии профилактических и лечебных мероприятий у лиц, предрасположенных к МС, на фоне увеличения веса прогрессивно увеличивается и масса ВЖ, о чем свидетельствуют результаты исследования во 2-й группе девушек.

В настоящее время роль абдоминально-висцерального ожирения в развитии атерогенной дислипидемии не вызывает сомнения [5]. Известно, что каждый избыточный килограмм жира увеличивает продукцию холестерина примерно на 20 мг, что способствует развитию дислипидемии и усугубляет патологические процессы, результатом которых может стать прогрессирование ИР [1, 8]. Поэтому изучение показателей липидного спектра крови и инсулинорезистентности в выделенных группах девушек представляло не меньший интерес.

Как следует из полученных нами данных, уровень ОХ был достоверно повышен в обеих основных группах по сравнению с контролем (1-я группа – $5,11 \pm 0,97$ ммоль/л, $p < 0,05$, 2-я группа – $5,32 \pm 0,24$ ммоль/л, $p < 0,01$). При этом разница значений между 1-й и 2-й группами оказалась незначительной. Подобные изменения касались и концентрации ЛПНП. Значения этого показателя в группах 1-й и 2-й были существенно выше ($3,89 \pm 0,61$ ммоль/л, $p < 0,05$ и $4,24 \pm 0,53$ ммоль/л,

$p < 0,02$), чем в контрольной группе ($2,32 \pm 0,36$ ммоль/л), но между собой достоверно не отличались. Средние показатели ТГ в 1-й и 2-й группах принципиально не отличались от значений контрольной группы. Нас также в определенной степени интересовали показатели ЛПВП в анализируемых группах. Однако анализ полученных результатов существенных отклонений в концентрации ЛПВП в 1-й и 2-й группах по сравнению с контрольной группой не выявил.

Тем не менее большинство обследованных 1-й и 2-й основных групп имели значимые изменения параметров липидного спектра крови. По классификации гиперлипидемий ВОЗ, которая позволяет судить о характере нарушений липидного обмена и степени их атерогенности, фенотип IIa нами был выявлен у 62,5% лиц 1-й группы и у 42,9% лиц 2-й группы, а фенотип IIb выявлен у 35,7% лиц 2-й группы, что часто выявляется при уже явных проявлениях МС и СД-2 [6, 8].

В последние годы большое внимание уделяется изучению роли висцеральной жировой ткани не только в развитии дислипидемии, но и в прогрессировании других проявлений МС, в первую очередь ИР. Интенсивный липолиз вследствие избыточного отложения ВЖ приводит к повышенной продукции СЖК, которые поступают в системный кровоток и осуществляют эффект липотоксичности в отношении инсулиновых рецепторов и бета-клеток поджелудочной железы [5].

Поэтому принципиально важное значение для нас имели данные, свидетельствующие об уровне инсулинемии и чувствительности периферических тканей к инсулину в анализируемых группах. Полученные результаты показали, что в 1-й группе средние уровни С-пептида и ИРИ от значений в контрольной группе существенно не отличались. В то же время показатель

индекса ИР НОМА в 1-й группе ($2,15 \pm 0,1$) оказался достоверно выше, чем контрольной группе ($1,56 \pm 0,16$, $p < 0,05$). Во 2-й группе уровень С-пептида ($3,28 \pm 0,39$ нг/мл) оказался достоверно выше не только по сравнению с контрольной группой ($1,83 \pm 0,4$ нг/мл, $p < 0,02$), но и с 1-й группой девушек ($2,19 \pm 0,3$ нг/мл, $p < 0,05$). Отражением этого служило и значение ИР НОМА, который во 2-й группе ($2,22 \pm 0,14$) также был достоверно выше, чем в контрольной группе ($1,56 \pm 0,16$, $p < 0,01$). Следует заметить, что значения ИР НОМА между 1-й и 2-й группами существенно не отличались.

Каких-либо изменений в показателях углеводного обмена на данном этапе формирования МС в 1-й и 2-й группах девушек нами выявлено не было.

Обсуждение

Результаты нашего исследования показали, что у девушек в возрасте 18–25 лет избыточная масса тела и ожирение выявляются только у 11,7%, в то время как процентное содержание ОЖ в организме повышено у 41% девушек. Приоритетной задачей здравоохранения являются раннее выявление и первичная профилактика МС у лиц молодого возраста, особенно из групп риска. Как известно, именно увеличение массы ВЖ признано первопричиной многих гормонально-метаболических последствий МС [4]. К сожалению, количественная оценка ВЖ как раннего маркера МС у молодых лиц с помощью КТ абдоминальной области маловероятна в условиях практического здравоохранения и допустима лишь в исследовательских целях [6]. В то же время уточнение его объема с помощью КТ при наличии уже явных клинических проявлений МС (ожирение, ОТ более 80 см) вряд ли целесообразно. Поэтому нами и были обследованы две группы девушек, чтобы определить критерии для ранней диагностики МС, используя методы, доступные практическому здравоохранению.

Результаты нашего исследования позволили утверждать, что повышенное содержание ОЖ, выявляемое с помощью прибора «OMRON BF 306», можно рассматривать как косвенный признак увеличенного объема ВЖ, а при сочетании с характерными изменениями в липидном спектре крови, показателях инсулинорезистентности и гиперинсулинемии можно с уверенностью судить о наличии начальных проявлений МС, даже при нормальном ИМТ.

Известно, что накопление жира в висцеральных депо не только сопровождается метаболическими и гемодинамическими нарушениями, но и имеет более неблагоприятный сердечно-сосудистый прогноз [7]. Диагностированные нами в обследованных группах девушек фенотипы IIa и IIb гипоальфахолестеринемии, являясь атерогенными, могут иметь важное значение в развитии и прогрессировании раннего атеросклеротического процесса [7, 8]. Поэтому увеличение объема ВЖ наряду с изменениями в липидном спектре крови можно рассматривать не только как важные ранние проявления МС у лиц с наследственной предрасположенностью, но и как показания к началу коррекции выявленных отклонений, в том числе с использованием медикаментозных подходов. Это позволит предотвратить прогрессирование МС и его трансформацию в стадию клинических проявлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асташкин Е. И., Глезер М. Г. Ожирение и артериальная гипертензия // Проблемы женского здоровья. – М., 2008. – Том 3. № 4. – С. 2–14.
2. Балаболкин М. М., Клебанова М. Е., Кремская В. М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство). – М.: Медицина, 2002. – 751 с.
3. β-клетка: секреция инсулина в норме и патологии. Национальная группа по изучению секреции инсулина. Выпуск 11 / Под ред. И. И. Дедова – М., 2009. – 156 с.
4. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Клиника и диагностика эндокринных заболеваний. – М.: Медицина, 2006. – 543 с.
5. Ожирение. Под редакцией И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 449 с.
6. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации (второй пересмотр). Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – М., 2009. – № 6. – С. 4–29.
7. Сторожаков Г. И., Шевченко О. П., Паскурничий Е. А. Артериальная гипертензия и сопутствующие заболевания. – М., 2006. – 112 с.
8. Standl E. Aetiology and consequences of the metabolic syndrome // Eur. heart. j. – 2005. – P. 710–713.
9. N Engl J., Reaven G. M., Lithell H., Landsberg L. Hypertension and associated metabolic abnormalities: the role of insulin resistance and the sympathoadrenal system // Med. – 1996. – № 334. – P. 374–381.

Поступила 08.06.2011

С. Г. КАНОРСКИЙ¹, В. В. БОДРИКОВА²

ПЕРИНДОПРИЛ ПОВЫШАЕТ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОТАЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

¹Кафедра госпитальной терапии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, Россия, 350042, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14. E-mail: kanorskyg@mail.ru;

²НУЗ отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО «РЖД», Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Московская, 96

После кардиоверсии персистирующей фибрилляции предсердий 97 больных были рандомизированы для лечения соталолом в дозе 80–160 мг/сутки (n=49) или соталолом и периндоприлом в дозе 4–8 мг/сутки (n=48) в течение 12 месяцев. При рецидивах фибрилляции предсердий проводилась кардиоверсия с помощью пропафенона и/или амиодарона. Через 12 месяцев синусовый ритм регистрировался в 77,6% и 93,8% (p<0,05) случаев соответственно. Полученные нами результаты