

оксидантной защиты, С-реактивный белок (СРБ), фактор Виллебранда (ФВ)) у больных в течение острого периода ИМ (1-е и 15-е сутки).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Наблюдение за клиническим течением заболевания у 65 пациентов (5 больных вошли в группу госпитальной летальности) проводилось в течение 1 года, по истечении которого определялось достижение жестких конечных точек: смерть (кардиальная, некардиальная), повторная госпитализация, обусловленная рецидивом ИМ, повторным ИМ, желудочковыми нарушениями ритма высоких градаций, клиникой нестабильной стенокардии, острое нарушение мозгового кровообращения, стенокардия высоких функциональных классов, хроническая сердечная недостаточность высоких функциональных классов. Исход оценивался как благоприятный при отсутствии достижения больным через 1 год одной из конечных точек. Выявлено достоверное улучшение клинического течения и прогноза пациентов с ИМ в «группе альтеплазы», по сравнению с больными «группы стрептокиназы» ($\chi^2 = 9,33$ при $p = 0,0023$). Объяснением этому лишь частично служила большая эффективность медикаментозной реперфузии в «группе альтеплазы» ($\chi^2 = 8,2$ при $p = 0,004$). По результатам настоящего исследования было выявлено дополнительное — «плейотропное» — действие альтеплазы в отношении метаболических предикторов раннего и отдаленного течения ИМ: пациенты с применением альтеплазы характеризовались большей концентрацией стабильных метаболитов NO, более благоприятным прооксидантным статусом и большей активностью антиоксидантной защиты, меньшей активностью системного воспаления и эндотелиоза (СРБ и ФВ) на 15-е сутки первичной госпитализации, по сравнению с группой пациентов с использованием в качестве тромболитического агента стрептокиназы. Таким образом, по результатам настоящего исследования выявлено аддитивное действие альтеплазы в отношении метаболических предикторов течения ИМ с элевацией ST, которое может влиять на ранний и отдаленный исход заболевания.

М.А. Когай, Б.Б. Пинхасов, В.Г. Селятицкая

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ГУ НЦ клинической и экспериментальной медицины СО РАМН (Новосибирск)

Метаболическим синдромом (МС) называют сложный симптомокомплекс, представляющий собой сочетание абдоминального ожирения (АО), нарушенной толерантности к глюкозе и сахарного диабета 2 типа, дислипидемии (ДЛ), артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и т.д. Центральным звеном патогенеза МС выступает инсулинорезистентность (ИР).

Результаты масштабных исследований в США и Европе показали, что частота развития МС достоверно связана с возрастом, полом и избыточным накоплением жира. В США, где в исследовании приняли участие 12 363 человек, МС был выявлен у 22,8 % мужчин и 22,6 % женщин в возрасте старше 20 лет. Большая по сравнению с мужчинами частота МС у женщин в старших возрастных группах обусловлена наступлением менопаузы («менопаузальный» МС). Это объясняется особенностью распределения жира в организме мужчин и женщин и связано с уровнем половых гормонов, которые влияют на тип жировоголожения. По этой причине изучение патогенеза МС, особенностей его клинического течения у лиц разного пола и возраста, методов ранней диагностики в клинко-амбулаторных условиях и возможных путей коррекции его проявлений является актуальной задачей практической медицины.

Целью исследования было проведение сравнительного анализа встречаемости и сочетания компонентов МС у лиц разного пола с избыточной массой тела и ожирением.

Было обследовано 68 мужчин (1 группа) и 154 женщины (2 группа) с избыточной массой тела и ожирением, которые поступили в терапевтическую клинику ГУ НЦКЭМ СО РАМН (Новосибирск) для снижения массы тела. В зависимости от значений индекса массы тела (ИМТ) пациенты обоего пола были разделены на 3 подгруппы: подгруппу 1 составили пациенты с избыточной массой тела ($ИМТ = 25 - 29,9 \text{ кг}\cdot\text{м}^{-2}$), группу 2 — с ожирением I степени ($ИМТ = 30 - 34,9 \text{ кг}\cdot\text{м}^{-2}$), группу 3 — с ожирением II и III степени ($ИМТ > 35 \text{ кг}\cdot\text{м}^{-2}$).

Всем пациентам проводили антропометрическое обследование, включавшее измерение массы тела (кг), роста (м), обхватов талии и бедер (см), толщины кожно-жировых складок (см). Все линейные размеры и обхваты определяли с точностью до 0,5 см, толщину складок — до 1 мм, массу тела — до 0,1 кг, для чего использовали модифицированный ростомер и стандартные антропометрические инструменты: калипер, откалиброванный на усилие $1 - 1,5 \text{ г}\cdot\text{мм}^{-2}$, сантиметровую ленту и медицинские весы. Процентное содержание жира в организме (жир, %) измеряли методом импедансометрии с помощью прибора фирмы «OMRON» со встроенной программой расчета указанного показателя.

Наличие и степень ожирения определяли путем расчета индекса массы тела (ИМТ) как отношение массы тела (кг) к росту (м) в квадрате (кг/м²). Характер распределения жировой ткани в организме оценивали с помощью вычисления отношения обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ), при значениях которого $\geq 0,9$ для мужчин и $\geq 0,85$ для женщин фиксировали наличие абдоминального (висцерального) ожирения. Биохимическое обследование включало определение уровней глюкозы натощак, холестерина общего (ХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВС), триглицеридов (ТГ) и активности аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) в сыворотке крови ферментными методами на анализаторе «Photometer 5010», Boehringer Mannheim. На основании данных УЗИ и биохимического исследования сыворотки крови у обследованных пациентов выявляли наличие жирового гепатоза (ЖГ).

Пациенты в обеих группах не отличались по возрасту (средний возраст мужчин — $39,4 \pm 1,3$ лет, женщин — $39,2 \pm 0,9$ лет). Увеличение ИМТ у женщин и у мужчин сопровождалось накоплением общего жира в организме, причем, это происходило за счет увеличения количества как подкожного (увеличение толщины кожно-жировой складки), так и висцерального жира (увеличение значений индекса ОТ/ОБ). У женщин было отмечено более высокое процентное содержание жира в организме ($33,35 \pm 0,41$; $39,04 \pm 0,35$ и $44,07 \pm 0,56$, 1–2,3 и 2–3; $p < 0,01$), чем у мужчин во всех подгруппах ($24,27 \pm 1,23$; $29,35 \pm 0,68$ и $35,46 \pm 0,70$ соответственно, 1–2,3 и 2–3; $p < 0,01$), причем в большей степени это было связано с равномерным увеличением подкожного жира в организме, особенно при избыточной массе тела и начальной степени ожирения. Следует отметить, что у мужчин средние значения индекса ОТ/ОБ превышали нормативные показатели, рекомендованные специалистами ВОЗ, во всех подгруппах, а у женщин — только при ожирении 2–3 степени. Это свидетельствует о том, что накопление висцерального жира у мужчин происходило уже при избыточной массе тела.

У женщин увеличение массы тела статистически значимо сопровождалось увеличением концентраций глюкозы натощак, ТГ, активности АЛТ и снижением уровня ХС ЛПВП. Интересно, что у мужчин с увеличением ИМТ имели тенденцию к повышению лишь уровень глюкозы натощак и активности АЛТ. Несмотря на то, что уровень ХС превышал нормативные значения и у мужчин, и у женщин, он существенно не менялся при нарастании массы тела. При сравнительном анализе было выявлено, что для мужчин характерны более высокие значения уровня глюкозы натощак преимущественно при ожирении 2–3 степени и активности АЛТ во всех подгруппах. У мужчин также был отмечен более высокий уровень ТГ, чем у женщин, и средние значения этого показателя при ожирении 1–3 степени превышали нормативные практически в 2 раза. Уровень ХС ЛПВП был значительно ниже у мужчин, нежели у женщин, особенно при начальных стадиях ожирения.

Следует отметить, что у мужчин даже при избыточной массе тела в 5 раз выше частота встречаемости АО, в 2 раза — ДЛ и в 10 раз — ЖГ, чем у женщин. Поэтому, если у женщин при нарастании массы тела было отмечено прогрессивное увеличение частоты встречаемости АО, ДЛ, ЖГ и АГ, то у мужчин эти показатели уже изначально были выше, и с нарастанием ИМТ значительно увеличилась только доля пациентов с ДЛ. Частота НУО была незначительна во всех подгруппах и существенно не зависела от нарастания ИМТ и пола. Это свидетельствует о преобладании у обследованных пациентов варианта МС без НУО с доминированием нарушений липидного обмена.

Таким образом, несмотря на накопление избыточной массы тела в равной степени при одинаковом среднем возрасте обследованных пациентов, у мужчин уже при избыточной массе тела начинается формирование МС, и его развернутая форма у пациентов данной подгруппы диагностируется в 10 % случаев. В то же время у женщин накопление висцерального жира и наличие ассоциированных с ним патологических состояний преимущественно отмечается только при ожирении 2–3 степени.

Н.В. Корнакова

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

ГУ НЦ медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Целью данного исследования явилась оценка состояния липидного обмена у женщин с различными формами эндокринного бесплодия.

Материалом исследования служили плазма крови и гемолизат. Показатели липидного спектра определяли с помощью стандартных наборов. Содержание продуктов липопероксидации определяли спектрофотометрическими и спектрофлуориметрическими методами. Были обследованы 30 здоровых женщин и 71 женщина с эндокринным бесплодием. Больные женщины были разделены на 4 группы