

АОА на 17,4% ($p>0,017$), а к 20—23-м суткам отмечался максимальный его подъем, но все же этот показатель оставался ниже контроля на 15%, хотя и не отличался от него статистически значимо ($p>0,017$).

Таким образом, проведенными исследованиями показано, что ОС играет одну из ведущих ролей в патогенезе острых сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и ИМ, а определение отдельных показателей ферментного звена АОЗ крови, соотношения их активности относительно друг друга и общей АОА плазмы может служить важным инструментом мониторинга течения заболевания и проводимого лечения.

Поступила 30.05.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Галенко-Ярошевский П. А. (ред.) Ишемическая болезнь сердца. М.: издательство РАМН, 2007. 516 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. М.: Практика, 1998. 459 с.
3. Голиков А. П., Голиков П. П., Давыдов Б. В. и др. Перекисное окисление липидов при ишемической болезни сердца // Физиология человека. 1996. № 6. С. 49—57.
4. Королюк М. А., Иванова Л. И. и др. Метод определения активности каталазы // Лабор. дело. 1988. № 1. С. 16—19.
5. Костюк В. А., Потапович А. И., Ковалева Ж. В. Простой и чувствительный метод определения активности супероксиддисмутазы, основанный на реакции окисления кверцетина // Вопр. мед. химии. 1990. № 2. С. 88—91.
6. Ланкин В. З., Тихазе А. М., Беленков Ю. Н. Свободнорадикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Кардиология. 2000. № 7. С. 48—61.
7. Павлюченко И. И., Басов А. А., Орлова С. В., Быков И. М. Изменение активности ферментов антирадикальной защиты как прогностический критерий развития и прогрессирования сахарного диабета // International Journal on Immunorehabilitation. 2004. Т. 6, № 1. С. 14—19.

8. Судаков К. В. Физиология. Основы и функциональные системы: Курс лекций. М., 2000, 784 с.

9. Murray R. K., Granner D. K., Mayes P. A., Rodwell V. W. Harpers biochemistry. Prentice-Hall Intern. Pakistan. 1995.

10. Sack M. N., Rader T. A., Park S. et al. Fatty acid oxidation enzyme gene expression is downregulated in the failing heart // Circulation. 1996. Vol. 94, № 11. P. 2837—2842.

**E. A. GUBAREVA, A. H. KADE,
I. I. PAVLUCHENKO, I. M. BIKOV,
K. B. ZINGILEVSKY, A. A. BASOV,
M.O. MAKAROVA, V. G. BORISENKO,
A. G. STARICKY**

PROGNOSTIC SIGNIFICANS OF DEFINITION OF ANTIRADICAL PROTECTIVE ENZYME'S ACTIVITY AT ERYTHROCYTES AT THE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

It is carried out comparative research of activity of enzymes of the first and second line of system antioxidant protection of an organism — superoxide dismutase and catalase in erythrocytes, and also a condition of antioxidizing activity of plasma of blood at therapeutic patients during the various periods of myocardial infarction on a background of conservative treatment. For an estimation of a degree pro/antioxidant imbalance has been offered integrate parameter «catalase/ superoxide dismutase» which dynamics of change serves important forecast an attribute of an outcome of critical conditions including a myocardial infarction is used.

Л. А. ИВАНОВА, Л. А. ФОМЕНКО

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

**Кафедра эндокринологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета,
МУЗ «Темрюкская городская поликлиника»**

Введение

Эффективность и безопасность применения ксеникала (орлистата) в лечении ожирения доказаны в крупных исследованиях [1, 2, 5, 6]. Но, пожалуй, наиболее сложная задача при лечении ожирения — поддержание стабильного веса после прекращения приема препарата, снижающего вес. При этом необходимо, чтобы пациент оставался сыт и имел удовлетворение от принимаемой пищи для предотвращения депрессии. Другой не менее важной задачей является выработка такого подхода к лечению больного ожирением, который бы предотвращал развитие сахарного диабета, атеросклероза, артериальной гипертензии. Исследований, сравнивающих влияние на эти параметры ксеника-

ла [4], метформина (сиофора) [6] и их комбинации, проведено недостаточно.

Цель исследования — сравнить эффективность лечения диетой и физнагрузкой в течение 12 месяцев; диетой и физнагрузкой в сочетании с 3-месячным приемом орлистата в начале 12-месячного исследования с последующим переходом на диету + физнагрузку; диетой, физнагрузкой, орлистатом и метформином (сиофором) с 3-месячным приемом орлистата по 120 мг утром и в обед, сиофора 500 мг в ужин в начале 12-месячного исследования с последующим переходом только на диету, физнагрузку, сиофор в дозе 500—2000 мг утром и вечером на вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), аппетит, состояние

углеводного и жирового обмена, артериальное давление (АД), инсулинорезистентность у пациентов с ожирением.

Материалы и методы исследования

В открытое исследование с параллельными группами вошли 62 больных с ожирением от 34 до 56 лет (средний возраст 45 ± 11 лет; 51 женщина и 11 мужчин). Методом рандомизации больных распределили на лечение только диетой и физнагрузкой (ходьба от 3 до 7 км в день) — I группа — 20 человек; диета + физнагрузка + орлистат по 120 мг 3 раза в день (последний назначался только на первые 3 месяца наблюдения) — II группа — 21 человек. Пациенты III группы — 21 человек — лечились диетой + физнагрузкой + орлистатом (120 мг в завтрак и 120 мг в обед) и сиюфором 500 мг в ужин в первые 3 месяца лечения с последующим переходом на диету + физнагрузку + сиюфор в дозе 500—2000 мг в сутки назначался методом титрования. Критерием повышения дозы служила хорошая переносимость сиюфора.

Больные всех 3 групп получали одинаковую высокобелковую (не менее 1,2 г/кг массы тела белка), гиполипидемическую диету с полным устранением легкоусвояемых углеводов в чистом виде (сахар, мед, конфеты с чаем и кофе). Натуральный кофе без сахара и сахарозаменителей принимался после завтрака и через 3 часа после завтрака. Для предотвращения множественных перекусов в вечернее время пациенты на ужин ели отварное или духовое мясо. В ежедневном рационе обязательно присутствовали творог, крутое яйцо при нормальном уровне липидов (при гиперлипидемии 1 крутое яйцо разрешалось лишь 2 раза в неделю). Молоко, кефир применялись 0,5—1,0%-ные, 200 мл перед сном (четвертый прием пищи).

Исходно через 3 и 12 месяцев определяли вес, индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), артери-

альное давление (АД), оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ), уровень инсулина в ходе ОГТТ с расчетом НОМА-IR, общий холестерин, триглицериды. Из группы орлистата через 1 месяц выбыл 1 человек по причине диареи, из группы орлистат + сиюфор — 2 человека по причине непереносимости сиюфора. Из 1-й группы 2 человека не были обследованы через 12 месяцев по причине смены места жительства.

Изменение аппетита определялось по количеству перекусов и съеденной пищи, необходимой пациенту для насыщения.

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS 6.0. Значения считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Через 3 месяца во II и III группах по сравнению с I отмечалась достоверно более выраженная положительная динамика веса ($-7,0 \pm 0,6$ кг; $-6,2 \pm 0,3$ кг; $-3,6 \pm 0,7$ кг соответственно; $p < 0,001$), ИМТ ($-2,2 \pm 0,7$; $-1,9 \pm 0,6$; $-1,0 \pm 0,1$ соответственно; $p < 0,05$), ОТ ($-4,1 \pm 0,6$ см; $-3,9 \pm 0,3$ см; $-2,0 \pm 0,5$ см соответственно; $p < 0,05$) без достоверной разницы между II и III группами ($p = 0,05$). Во всех 3 группах обнаруживалось достоверное снижение АД. Уровни холестерина, триглицеридов достоверно более снизились во II и III группе по сравнению с I ($p < 0,001$) без достоверной разницы между II и III группами ($p = 0,05$). Снижение числа перекусов до полного их отсутствия в вечернее время было более выражено во II и III группах. В III группе НОМА-IR достоверно снизился: с $5,8 \pm 2,7$ до $3,9 \pm 1,7$ ($p < 0,05$), в I и II группах средний НОМА-IR недостоверно снизился: с $5,1 \pm 3,6$ до $4,9 \pm 3$ ($p = 0,5$) в I группе и с $5,7 \pm 3,4$ до $5,3 \pm 2,9$ ($p = 0,5$) во II группе. Через 12 месяцев стабильный вес имели в I, II и III группах соответственно 60, 80 и 100% больных (таблица). Полное отсутствие вечерних перекусов было

Влияние различных видов лечения на массу тела и обмен липидов

Показатель	I группа (n=20)	II группа (n=21)	III группа (n=21)
Вес (кг): перед лечением через 3 месяца	$111,7 \pm 16,7$ $-3,6 \pm 0,7$	$98,7 \pm 19,7$ $-7,0 \pm 0,6^{**}$	$97 \pm 18,6$ $-6,2 \pm 0,3^{**}$
Индекс массы тела (кг/м): перед лечением через 3 месяца	$36,0 \pm 4,7$ $-1,0 \pm 0,1$	$34,8 \pm 6,3$ $-2,2 \pm 0,7^{*}$	$36,2 \pm 3,6$ $-1,9 \pm 0,6^{*}$
Объем талии (см): перед лечением через 3 месяца	$107,2 \pm 13,4$ $-2,0 \pm 0,5$	$100,7 \pm 11,1$ $-4,1 \pm 0,6^{*}$	$103,6 \pm 9,8$ $-3,9 \pm 0,3^{*}$
Общий холестерин (ммоль/л): перед лечением через 3 месяца	$6,7 \pm 2,0$ $-0,7 \pm 1,5$	$6,9 \pm 1,5$ $-1,2 \pm 1,1^{**}$	$6,5 \pm 2,7$ $1,0 \pm 1,1^{**}$
Триглицериды (ммоль/л): перед лечением через 3 месяца	$2,3 \pm 1,3$ $-0,3 \pm 0,7$	$2,4 \pm 1,7$ $-0,5 \pm 1,0^{**}$	$2,4 \pm 1,4$ $-0,6 \pm 0,9^{**}$
НОМА-IR: перед лечением через 3 месяца	$5,1 \pm 3,6$ $4,9 \pm 3,3$	$5,7 \pm 3,4$ $5,3 \pm 2,9$	$5,8 \pm 2,7$ $3,9 \pm 1,7^{*}$

Примечание: * — $p < 0,05$ по сравнению с группой I;
** — $p < 0,001$ по сравнению с группой I.

в III группе, 42% больных II группы имели один перекус в 21.00—22.00, а пациенты I группы имели от 2 до 3 перекусов в день. ОГТТ от плоского, пирамидального до нормального изменился в I, II, III группах в 36, 72, 97% соответственно. По сравнению с данными через 3 месяца от начала лечения в I группе произошло недостоверное увеличение HOMA-IR: с $4,9 \pm 3,3$ до $5,2 \pm 3,5$ ($p=0,5$), во II группе HOMA-IR не изменился, в III группе этот показатель достоверно снизился: с $3,9 \pm 1,7$ до $2,8 \pm 1,7$ ($p<0,05$).

Обсуждение

Результаты нашего исследования показали, что лечение ожирения диетой + физнагрузкой + орлистатом + сиофором по сравнению с комбинацией диета + физнагрузка + орлистат в течение 3 месяцев не имеет преимуществ в отношении снижения веса, но предпочтительнее, так как приводит к достоверному снижению инсулинорезистентности.

Последующий переход на диету + физнагрузку + сиофор более способствует поддержанию стабильного веса, нормализации ОГТТ, снижению аппетита, дальнейшему снижению HOMA-IR, что, несомненно, снижает как риск развития сахарного диабета, атеросклероза, артериальной гипертензии [4], так и стоимость лечения. При необходимости больной безболезненно может вновь повторять курс лечения диетой + физнагрузкой + орлистатом + сиофором многократно в течение жизни.

Поступила 28.05.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Ivanova L. Comparison of treatment of adiposity by different methods // Intern. J. of Obes. 2004. Vol. 28. Suppl. 1. P. 138.
2. Hauptman J. Orlistat is a well-tolerated, long-term treatment for obesity // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 1998. Vol. 22. Suppl. 3. P. 678.
3. Standi E. Metformin: drug of choice for the prevention of type 2 diabetes and cardiovascular complications in high-risk subjects // Diabetes Metab. 2003. Vol. 29. Suppl. 6. P. 121—122.

4. Torgerson J. S., Hauptman J., Boldrin M. N., et al. Xenical in the prevention of Diabetes in Obese Subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients // Diabetes Care. 2004. Vol. 27. P. 155—161.

5. Torgerson J. S., Sjostrom L., Boldrin M., et al. Safety and tolerability of orlistat over 4 years: results of XENDOS — a landmark study // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 2003. Vol. 27. Suppl. 1. P. 124.

6. Van Dam R. M. et al. Coffee consumption and incidence of impaired fasting glucose, impaired glucose tolerance, and type 2 diabetes: the Hoorn Study // Diabetologia. 2004. Vol. 47. P. 2152—2159.

7. Yamaji T. et al. Coffee consumption and glucose tolerance status in middle-aged Japanese men // Diabetologia. 2004. Vol. 47. P. 2145—2151.

L. A. IVANOVA, L. A. FOMENKO

COMPARATIVE ASSESSMENT OF TREATMENT OF ADIPOSITY BY DIFFERENT METHODS

Aims: to compare efficiency of treatment with a diet, physical activity; with a diet, physical activity, Orlistat; with a diet, physical activity, Orlistat, Metformin. Methods: 62 patients 34—56 years with adiposity have divided on 3 groups: I—20 persons were treated with a diet, physical activity; II—21 persons — a diet, physical activity, Orlistat; III—21 persons — a diet, physical activity, Orlistat, Metformin with subsequent transition to a diet, physical activity (I, II) and Metformin (III). All patients received high-protein, hypolipidemic diet. A weight, body mass index, waist circumference, appetite, a carbohydrate and lipid metabolism, blood pressure, HOMA-IR, oral glucose tolerance test were measured initially, in 3 and 12 months. Conclusions: treatment of adiposity with a diet, physical activity, Orlistat, Metformin in comparison with a diet, physical activity, Orlistat within 3 months has no advantages concerning weight reduction, but it is preferable because more significant reduce of insulin resistance, weight, appetite.

А. А. КАСТАНЯН, Е. МУТЬЕН ПИЛЛАЙ, Н. В. ДРОБОТЯ, Е. Н. КАПЛИНА,
Е. А. КАРТАШОВА, Е. А. НЕДУРУБА, Э. Ш. ГУСЕЙНОВА, А. Ю. КОРЕЦКАЯ

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кафедра внутренних болезней № 2
Ростовского государственного медицинского университета

Введение

Идиопатический старческий кальциноз определяется у 25% людей пожилого и старческого возраста и является ведущей причиной клапанной болезни сердца в этой возрастной популяции. Кальциноз аортального клапана (КАК) в течение примерно 7 лет приводит к аортальному стенозу (АС), который выявляется

у 2—7% населения в возрасте старше 65 лет и является наиболее частой причиной замены аортального клапана [11, 16].

Причины и патогенез кальциноза клапанов сердца остаются до конца не изученными, однако за последние годы получены убедительные данные о том, что в основе этой патологии лежит не дегенеративный,