

**ОМАКОР И α -ЛИПОНОВАЯ КИСЛОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Х.Т. ХАМРАЕВ, Н.Э. ДОНИЁРОВ, П. ХАМРАКУЛОВА, Д.Х. ХАМРАЕВА, О.Б. МУМИНОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд.

**АБДОМИНАЛ СЕМИЗЛИК БИЛАН КЕЧАДИГАН МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ
КОМПЛЕКС ДАВОСИДА ОМАКОР ВА α -ЛИПОНОВАЯ КИСЛОТАНИНГ РОЛИ**

Х.Т. ХАМРАЕВ, Н.Э. ДОНИЁРОВ, П. ХАМРАКУЛОВА, Д.Х. ХАМРАЕВА, О.Б. МУМИНОВ
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

**OMACOR AND ALPHA-LIPOIC ACID IN COMPLEX TREATMENT OF METABOLIC
SYNDROME WITH ABDOMINAL OBESITY**

H.T. KHAMRAEV, N.E. DONIYOROV, P. KHAMRAKULOVA, D.H. KHAMRAEVA, O.B. MUMINOV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ишнинг олиб борилишидан мақсад Омакор ва α - липон кислотасини абдоминал тур билан семирган беморларда биохимиявий ўзгаришнинг метабolik синдромда эффективлигини аниқлаш. Бизнинг кузатувда 105 нафар бемор бўлиб, улар 3 гуруҳга бўлинган: 1 гуруҳ анъанавий терапия билан даволанган (30 бемор), 2 гуруҳ эса анъанавий даволаш билан биргаликда Амакор қабул қилган (37 бемор), 3 гуруҳ – анъанавий даволаш билан биргаликда Амакор ва Берлитион билан даволанди. Текшириш натижалари шуни кўрсатдики Омакор ва Берлитион билан даволанган беморларда самарали натижаларга эришилди.

Калит сўзлар: *метабolik синдром, абдоминал семирлик, холестерин, триглицеридлар, инсулинрезистентлиги, артериал гипертензия.*

The aim of the present research was to study the efficacy of Omacor and α – lipoic acid on biochemical indexes of patients with abdominal obesity with manifestations of metabolic syndrome. 105 patients who were divided into 3 groups: have been under our observation; the 1 st group (30 patients) received traditional therapy, the 2 d group (37 patients) received traditional therapy+Omacor, and the 3 d group (37 patients) received traditional therapy+Omacor and Berlition. The results of the research showed high efficacy in improvement of carbohydrate and Lipid exchange of Omacor and α – lipoic acid combination.

Keywords: *metabolic syndrome, abdominal obesity, cholesterol, triglycerider, insulin Resistance, arterial hypertension.*

Актуальность. В настоящее время ожирение относится к наиболее актуальным проблемам здравоохранения. Ожирение стало «глобальной эпидемией», так как за последние десятилетия произошло резкое увеличение количества людей с этой патологией [6]. Ожирением страдают 10-25% европейского населения и почти одна треть жителей США [4,9].

Ожирение – независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний [8]. Известно, что развитие ожирения и, прежде всего, абдоминального ожирения (АО), приводит к возникновению артериальной гипертензии, дислипидемии, инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа, то есть к формированию кластера факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [10].

Метаболический синдром (МС) определяется как комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия (ГИ). В англоязычной литературе в качестве синонима встречается термин «синдром Х» [7,3]. Патогенез развития метаболического синдрома до настоящего

времени не вполне определен. Большинство экспертов придерживается точки зрения, что абдоминальное ожирение – ключевое звено этого синдрома [1,5]. Вместе с тем, роль многочисленных факторов, которые участвуют в возникновении и прогрессировании метаболического синдрома, не вполне идентифицирована.

Таким образом, актуальность проблемы обусловлена, прежде всего, тем, что МС играет значимую роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), смертность от которых занимает лидирующие позиции среди причин смерти людей трудоспособного возраста. Своевременное выявление МС имеет большое клиническое и прогностическое значение, поскольку данное состояние при адекватной терапии потенциально обратимо.

В рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена для профилактики и лечения атеросклероза и лечению метаболического синдрома гиполипидемическая терапия представлена статинами, фибратами, никотиновой кислотой, секвестрантами желчных кислот, ω -3 полиненасыщенными

жирными кислотами (ПНЖК) и ингибитором поглощения холестерина в кишечнике (эзетимиб) [2]. Лекарственными средствами первой линии для снижения уровня холестерина являются статины. В последнее время появились работы о том, что комбинация статинов и Омакор ПНЖК является наилучшей липид корригирующей терапией, которая снижает риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений, особенно при метаболическом синдроме, в то время как фибраты повышают риск смерти от некардиоваскулярных причин.

Известно, что Омакор ПНЖК оказывают многофакторное действие на организм: антиагрегантное, гиполипидемическое, противовоспалительное, мембраностабилизирующее, иммуномодулирующее и так далее, в связи с чем при метаболическом синдроме назначение Омакор ПНЖК целесообразно не только для снижения гипертриглицеридемии, но и для уменьшения риска других осложнений ишемической болезни сердца (ИБС). В свою очередь действие α -липовой кислоты в первую очередь связано с действием на углеводный обмен.

Гиполипидемическое и гипогликемическое действие Омакор ПНЖК и α -липовой кислоты оценивается по биохимическим показателям липидного спектра – общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности и триглицериды, а также в частности по уровню гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, гликированного гемоглобина HbA_{1c}.

В связи с этим перед нами была поставлена цель по изучению эффективности Омакор и α -липовой кислоты на биохимических показателях больных абдоминальным ожирением с проявлениями метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 105 больных с абдоминальным ожирением, которые были выявлены при диспансерном осмотре в поликлиниках № 1-2-7 города Самарканда. Наблюдаемые пациенты были в возрасте от 25 до 60 лет. Из них 71 – мужчины и 34 – женщины. Из общего числа пациентов были составлены группы, которые распределились следующим образом: 1 группа – 30 больных с проявлениями МС, которые получили традиционную терапию включающую метформин, диету со снижением употребления жиров животного происхождения, калорийности пищи, а также ежедневные физические нагрузки средней интенсивности. 2 группа пациентов (37 больных) помимо традиционной терапии, получила дополнительно Омакор (1000 мг) по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 12 недель. 3 группа пациентов (38 больных) по-

лучила традиционную терапию в сочетании Омакор и α -липовой кислоты (300) который применялся per os по 1 капсуле (300 мг) 2 раза в день в течение 12 недель. Оценка клинических и биохимических показателей была проведена в сроки 6 и 12 недель после проведенной терапии. Всем пациентам было проведено клинико-лабораторное исследование, которое включало: измерение линейного роста и веса, с последующим определением индекса массы тела, измерение окружности талии, уровня гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, определение уровня общего холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов, измерение артериального давления.

Результаты исследования. При оценивании результатов исследования в первую очередь мы оценили динамику веса пациентов, так как снижение массы тела является центральным аспектом всей терапии больных МС, потому что ее снижение на 5-10% от исходного, способствует существенному улучшению показателей углеводного и липидного обмена.

При первичном осмотре индекс Кетле в 1 группе составил $33,9 \pm 1,8$ кг/м², во 2 группе данный индекс не отличался от массо-ростового показателя больных 1 группы и составил в среднем $33,1 \pm 1,3$ кг/м². При этом средний уровень массы тела больных 3 группы был выше по сравнению с остальными хотя статистически достоверно между ними не отличался $34,2 \pm 1,6$ кг/м².

Динамический контроль через 6 недель от начала терапии показал отсутствие динамики индекса Кетле в 1 и 2 группах, тогда как в 3 группе отмечалась положительная динамика в весе больных. При оценке индекса Кетле через 12 недель было отмечено существенное его снижение у больных 3 группы в среднем на $2,7 \pm 0,6$ кг/м², тогда как у больных 2 группы не смотря на снижение массы тела, она не входила в пределы доверительных границ. Уменьшение массы тела больных у 1 группы не отмечалась также и через 12 недель терапии.

Исследование в динамике данного параметра показало, что в определенных группах выявлялся положительный регресс объема талии.

Так, изначальный средний объем талии у больных женского пола 1 группы составил $97,1 \pm 2,2$ см, а у мужчин $107,5 \pm 4,1$ см, динамическое наблюдение за объемом талии, у больных этой группы выявило отсутствие положительной динамики, так через 6 недель данный параметр составил $96,1 \pm 2,1$ см и $106,9 \pm 3,9$ см соответственно у женщин и мужчин, а через 12 недель у женщин $98,0 \pm 1,8$ см, а у мужчин $107,6 \pm 3,8$ см.

При проведении анализа динамики данного параметра у больных получивших в составе

Омакор было выявлено, что 6 недельное применение данного препарата существенно не сказалось на объеме талии пациентов, так ее параметры составили $94,4 \pm 1,5$ см у женщин и $105,6 \pm 3,5$ см у мужчин (при изначальном уровне $96,5 \pm 1,6$ см, а у мужчин $107,1 \pm 3,2$ см). Тогда как через 12 недель применения данного препарата параметры имели доверительные границы - $93,1 \pm 1,2$ см, а у мужчин $104,5 \pm 1,7$ см ($P < 0,01$ и $P < 0,05$).

Особую положительную динамику имели показатели в 3 группе, где на фоне диетотерапии, изменения образа жизни было назначено сочетание Омакор и α -липоевой кислоты. Так при изначальном объеме талии $98,4 \pm 1,8$ см у женщин и $107,9 \pm 3,8$ см у мужчин, через 6 недель применения сочетанной терапии объем талии составлял $93,2 \pm 1,3$ см у женщин и $104,2 \pm 2,7$ см у мужчин ($P < 0,01$ и $P < 0,05$). Показатели объема талии через 12 недель применения показали, что данная терапия имела значительный успех, что выразилось в показателях $91,3 \pm 1,2$ см у женщин и $102,2 \pm 2,9$ см у мужчин ($P < 0,001$ и $P < 0,01$ по сравнению с первичными показателями).

Данные показатели сопровождались улучшением качества жизни пациентов, что выразилось в уменьшении слабости и утомляемости. Так если данные параметры наблюдались почти у всего контингента больных с АО, то через 12 недель у больных 3 группы уменьшения слабости наблюдалось у 82,6% (31) пациентов, снижение утомляемости у 73,9% (28) пациентов. У 66,2% (25) больных из 3 группы отмечалось повышение работоспособности, у 57,5% (22) улучшился сон, и у 60,8% (23) улучшилось настроение, тогда как данные параметры у больных 1 и 2 групп не отличались особой положительной динамикой.

Динамическое наблюдение через 12 недель от момента первичного осмотра показало, что в 2 и 3 гр. произошло достоверное снижение систолического и диастолического давления по сравнению с 1 группой больных.

При оценке биохимических показателей липидного спектра было выявлено: уровень общего холестерина исходно во всех в группах превышал приемлемый показатель и составил в среднем $6,2 \pm 1,2$ ммоль/л; $6,3 \pm 1,6$ ммоль/л и $6,3 \pm 1,4$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группе соответственно, а через 6 недель приема Омакор уровень общего холестерина составил $5,7 \pm 1,5$ ммоль/л, а через 12 недель наблюдался в пределах $5,1 \pm 1,3$ ммоль/л. Лучший результат был констатирован у больных получивших комбинацию ω -3 жирных кислот и α -липоевой кислот - его значительное снижение через 6 и 12 недель: $5,6 \pm 1,4$ ммоль/л и $4,9 \pm 1,4$ ммоль/л соответственно, тогда как уровень холе-

стерина в 1 группе оставался почти на тех же цифрах. Динамический анализ уровня ХС ЛПНП показал, его положительную динамику во всех группах. Так через 6 недель данный показатель составил $4,0 \pm 0,3$ ммоль/л; $3,9 \pm 0,5$ ммоль/л и $3,7 \pm 0,4$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группе соответственно, а через 12 недель терапии показали также положительные результаты у больных 2 и 3 групп, их уровень имел доверительные границы и составил в среднем $3,5 \pm 0,2$ ммоль/л и $3,4 \pm 0,3$ ммоль/л. Тогда как снижение данного показателя у больных 1 группы имело не достоверное снижение и составило $3,9 \pm 0,5$ ммоль/л. У абсолютного большинства больных с АО сопровождающегося проявлениями МС был констатирован факт снижения ХС ЛПВП. Так его изначальный уровень составил $0,98 \pm 0,07$ ммоль/л; $0,99 \pm 0,05$ ммоль/л и $0,99 \pm 0,08$ ммоль/л в 1, 2 и 3 группах соответственно. А через 12 недель уровень ХС ЛПВП находился в нормальных пределах только в 3 гр. и составил $1,32 \pm 0,09$ ммоль/л (при исходном $0,99 \pm 0,08$ ммоль/л).

Положительная динамика отмечалась в уровне триглицеридов (ТГ). Так при изначальном уровне ТГ $2,3 \pm 0,17$ ммоль/л у больных, получивших ω -3 жирных кислоты, через 12 недель применения данного препарата наблюдалось его снижение до $1,6 \pm 0,14$ ммоль/л ($P < 0,001$).

Аналогичная картина наблюдалась и у больных 3 группы, где при начальном уровне ТГ $2,4 \pm 0,18$ ммоль/л, через 12 недель применения терапии наблюдалось его снижение до $1,6 \pm 0,12$ ммоль/л ($P < 0,001$). Тогда как тенденции к улучшению данного показателя больных 1 группы не наблюдалось ($2,4 \pm 0,12$ ммоль/л в начале исследования и $2,1 \pm 0,15$ ммоль/л – через 12 недель).

Изучение уровня глюкозы натощак в общем контингенте больных показало ее колебания в пределах $6,1 \pm 0,5$ ммоль/л, а постпрандиальной гликемии в пределах $7,2 \pm 1,1$ ммоль/л.

При анализе динамики тощаковой глюкозы в сравниваемых группах было выявлено, что во всех группах имелась положительная динамика, наиболее выразившаяся в 3 группе где был применен Берлитион обладающий гипогликемическим действием. Так уровень тощаковой глюкозы составил $5,2 \pm 1,6$ ммоль/л через 12 недель применения препарата, что сопровождалось значительным снижением постпрандиальной гликемии в пределах $7,3 \pm 1,5$ ммоль/л.

В отличие от 3 группы во 2 группе на фоне снижения тощаковой глюкозы до $5,5 \pm 1,7$ ммоль/л, постпрандиальная гликемия находилась в пределах $8,2 \pm 1,1$ ммоль/л, т.е. нарушения в углеводном обмене еще сохранялись.

В 1 группе несмотря на базисную терапию включающая диету, применение метфогааммы уровень тощаковой глюкозы был незначительно снижен и находился на границе с нормальными величинами ($6,3 \pm 1,3$ ммоль/л), а постпрандиальной гликемии находилась в пределах $8,8 \pm 1,2$ ммоль/л.

Выводы. Таким образом, данные проведенного нами исследования позволяют сделать вывод об эффективности проводимых терапевтических мероприятий, что выразилось в значительной положительной биохимической динамике, достоверным снижением уровня ТГ и повышением ХС ЛПВП и нормализацией углеводного обмена у больных получивших сочетание препаратов Омакор и α -липоевой кислоты.

Литература:

1. Аляви А.Л. Особенности нарушения липидного обмена у больных артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом // Кардиология Узбекистана. -2008. - N2. - С. 65-66
2. Адашева Т.В., Демичева О.Ю. Метаболический синдром – основы современной терапии // Лечащий врач.- 2003.- № 10.- С. 24-28.
3. Alberti G. Introduction to the metabolic syndrome // Eur. Heart J. 2005. -Vol.7, Suppl. D. - P. D3-D5.
4. Alberti K.G., Zimmet P., Shaw J. The metabolic syndrome a new worldwide definition // Lancet. - 2005. - Vol.366, N 9491. - P. 1059-1062
5. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю. Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы // J. Consilium medicum. 2005. №9. С. 3-10.
6. Кылбанова Е.С., Щербаклова А.В., Симонова Г.И., Малюткина С.К. Избыточная масса тела и ожирение среди пришлого населения Якутии // Материалы Рос. Нац. Конгресса кардиологов. М., 2005. - С. 184.
7. Козиолова Н.В., Конради А.О. Оптимизация критериев метаболического синдрома. Российский институт метаболического синдрома согла-

сованная позиция // Артер. гипертенз. 2007. №3. С. 197-198.

8. Оганов Р.Г., Перова Н.В., Мамедов М.Н., Метельская В.А. Сочетание компонентов метаболического синдрома у лиц с артериальной гипертензией и их связь с дислипидемией // Терапевт, арх. 2008. - №12. - С. 19-23.

9. Capewell S., Ford E.S., Croft J.B. et al. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America // Bull World Health Organ. 2010. - Vol.88, N 2. - P. 120-130.

10. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия // Сердце. 2003. - Т2, №3. - С. 102-144.

ОМАКОР И А-ЛИПОНОВАЯ КИСЛОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Х.Т. ХАМРАЕВ, Н.Э. ДОНИЁРОВ,
П. ХАМРАКУЛОВА, Д.Х. ХАМРАЕВА,
О.Б. МУМИНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд.

Целью данного исследования явилось изучению эффективности Омакора и α -липоевой кислоты на биохимических показателях больных абдоминальным ожирением с проявлениями метаболического синдрома. Под нашим наблюдением находилось 105 больных, которые были разделены на 3 группы: 1 группа (30 больных) получала традиционную терапию, 2 группа (37 больных) - традиционную терапию + Омакор, а 3 группа (38 больных) - традиционную терапию + Омакор с Берлитионом. Результаты исследования показали высокую эффективность в улучшении углеводного и липидного обмена сочетание Омакора и альфа-липоевой кислоты.

Ключевые слова: метаболический синдром, абдоминальное ожирение, холестерин, триглицериды, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия.