

донуклеазы *Hin1II (NlaIII)* (МВІ Fermentas, Литва). Продукты рестрикции проанализировали с помощью электрофореза в 2% агарозном геле. В качестве маркера молекулярной массы использовали ДНК рUC19, гидролизованую эндонуклеазой *MspI* (МВІ Fermentas, Литва). Проверка статистических гипотез о соответствии фактического и теоретического распределений проведена с помощью критерия χ^2 на уровне значимости $p < 0,05$.

Распределение генотипов в контрольной группе соответствует равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=0,05$, $p > 0,05$), значимо не отклоняясь от теоретически ожидаемого (в скобках): *GG* – 24,49% (24,74%), *GC* – 51,02% (49,49%) и *CC* – 24,49% (24,74%). Поскольку разница частот аллелей между группами мужчин и женщин оказалась статистически не значимой ($\chi^2=2,46$; $df=2$, $\chi^{2st}=3,84$; $p > 0,05$), их объединили, вычислив частоты аллелей для общей группы ($p_c=0,5$; $p_c=0,5$). Соотношение генотипов в группе больных составило (в скобках теоретически ожидаемое при панмиксии): *GG* – 15,00% (18,33%), *GC* – 55,00% (48,33%) и *CC* – 30,00% (33,33%), что соответствует равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=1,85$, $p > 0,05$). Частоты аллелей в группе больных СД 2 типа составили: для мужчин $p_c=0,47$ и $p_c=0,53$, для женщин $p_c=0,37$ и $p_c=0,63$ ($\chi^2=1,19$; $df=2$, $\chi^{2st}=3,84$; $p > 0,05$). Распределение генотипов в группе больных не отличается от контрольной ($\chi^2=1,64$, $\chi^{2st}=3,84$; $p > 0,05$). Однако обращает на себя внимание, что в группе больных чаще встречаются носители аллеля *C*, как гомозиготы (30 vs 24,5%), так и гетерозиготы (55 vs 51%). Всего носители аллеля *C* в группе больных составляют 85%, а в группе здоровых 75,5% ($F=1,55$; $F_{0,05(1)}=3,9$; $p > 0,05$), то есть, почти на 13% выше (ОШ=1,84, 95%ДИ: 0,70-4,81 $p > 0,05$). Для того, чтобы доказать наличие этой связи, необходимо повысить мощность исследования, увеличив выборку. Проведен анализ частот генотипов полиморфного участка 174 *G>C* гена *IL6* у больных СД 2 типа и в контрольной группе с учетом пола. Значимые различия выявлены только в частоте носительства -174 *GG* генотипа у женщин (ОШ=0,18, 95%ДИ: 0,03-0,99 $p < 0,05$), что позволяет рассматривать его как прогностический генотип относительно риска развития СД 2 типа для женского пола.

Полученные нами данные по харьковской популяции свидетельствуют о возможной ассоциации ОНП 174*G>C* гена *IL-6*, вовлеченного в процесс воспаления, с риском развития СД 2 типа. При этом обнаружена потенциальная прогностическая роль гомозиготного генотипа *GG* для женщин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ГУАРЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

В.Ю. Приходько, Е.А. Кононенко, Д.Ю. Морева, Т.Р. Волощук, В.М. Приходько

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Ожирение ассоциируется с развитием сахарного диабета, артериальной гипертензии, дислипидемии, атеросклероза, жировой дистрофии печени, подагры, синдрома ночного апноэ, остеоартроза, варикозного расширения вен. У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском наличие ожирения отягощает течение основного сердечно-сосудистого заболевания и приводит к увеличению частоты кардио-васкулярных осложнений.

Целью настоящего исследования было изучение эффек-

тивности включения в комплексную терапию пациентов умеренного и высокого кардио-васкулярного риска препарата Гуарем. Гуарем (смола гуаровая) - пищевая клетчатка, которую получают из эндосперма семян *Suamopsis tetragonolobus*. По рекомендациям Американской диетологической ассоциации, ежедневная потребность в пищевых волокнах составляет 25-30 г в сутки. Смола гуаровая является полисахаридом, образующим с водой вязкий гель. Гуарем значительно продлевает опорожнение желудка, а также абсорбцию углеводов в тонком кишечнике, этим он снижает уровень гипергликемии и концентрацию инсулина. При длительном применении смола гуаровая снижает исходный уровень глюкозы в крови приблизительно на 1-2 ммоль. При монотерапии смолой гуаровой снижаются уровни общего ХС и ЛПНП в плазме крови приблизительно на 10-15%. Смола гуаровая не абсорбируется в пищеварительном тракте, частично разлагается бактериями в ЖКТ и приблизительно на 20% увеличивает объем каловых масс.

Гуарем принимали 36 пациентов в возрасте 40-65 лет в дозе 15 г в сутки. У всех пациентов был диагностирован метаболический синдром согласно критериям IDF. Масса тела у всех пациентов превышала нормальные показатели (ИМТ был выше 25 кг/м²). Часть пациентов получали антигипертензивную терапию. В результате терапии Гуаремом на протяжении 2,5 месяцев, отмечена тенденция к снижению массы тела (в среднем на 4 кг), снижению показателей липидограммы (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицеридов) в среднем на 7-10%, к улучшению качества жизни и снижению тревожных проявлений.

Таким образом, прием препарата Гуарема способствует, в первую очередь, облегчению изменения пищевых привычек у людей с избыточной массой тела, привыкших много есть. Используя Гуарем, пациенты легче ограничивали себя в питании, уменьшали объем и калорийность рациона.

Прием препарата Гуарем обязательно должен сочетаться с модификацией образа жизни: увеличение физических нагрузок, исключение легкоусваиваемых углеводов, оптимизация режима приема пищи (исключение «перекусов» и позднего приема пищи). В этом случае удается достичь более значимых результатов по уменьшению массы тела.

Комплексный подход к коррекции избыточной массы тела с включением в схему терапии препарата Гуарем приводит к уменьшению выраженности нарушений углеводного (снижает пик постпрандиальной гликемии, поддерживая глюкозу в крови на стабильном уровне) и жирового обмена, коррекции показателей липидограммы (общий холестерин, ЛПНП, ТГ).

Препарат хорошо переносится и при соблюдении режима приема (200 мл воды на каждые 5 г Гуарема) побочные эффекты в виде запоров не наблюдаются.

Гуарем можно рекомендовать людям без ожирения, но склонным к полноте, для лучшего контроля количества потребляемой пищи и профилактики развития ожирения. Также можно рекомендовать Гуарем людям, которые питаются преимущественно легкоусваиваемыми углеводами и не потребляют должного количества пищевой клетчатки (30 г, рекомендованных Американской диетологической ассоциацией). В таком случае дополнительные 15 г Гуарема в сутки является адекватной коррекцией несовершенного рациона современного человека.