
Метаболический синдром: основные вопросы диагностики, профилактики и лечения



МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: основные вопросы диагностики, профилактики и лечения
Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз. Каландарова Умида Арслановна: старший научный сотрудник – соискатель. Ибадова Махбуба Улугбековна: стажёр преподаватель. Каюмов Улугбек Каримович, д.м.н., профессор, член корреспондент РАЕ prof.kayumov@gmail.com
В статье рассматриваются вопросы этиологии, эволюции представлений и принципы диагностики, профилактики и лечения метаболического синдрома.

Эпидемиологическая ситуация.

В настоящее время на научных форумах и в литературе интенсивно обсуждается проблема метаболического синдрома (МС). Вызвано это тем, что МС катастрофически повышает риск сердечно-сосудистой смертности. Распространённость МС достаточно высока и, по данным различных авторов, встречается у 10-24% населения. В странах запада распространённость МС среди населения составляет 25–35% и более. Среди лиц старше 60 лет МС имеет место у 42–43,5%. Примерно 47 млн. граждан США страдают МС. МС широко распространён как среди мужчин (24%), так и среди женщин (23,4%).

По темпам роста и социально экономическому ущербу МС относится к одной из наиболее важных проблем современной медицины. Вместе с тем, если обратиться к истории, становится ясно, что проблема метаболического синдрома не нова.

Эволюция представлений о метаболическом синдроме.

Ещё в трудах Авиценны имеются упоминания на частое появление диабета среди тучных людей. Уже в 20 годах прошлого века было известно, что ожирение может сопровождаться артериальной гипертонией, изменением липидного состава крови, нарушением переносимости глюкозы и диабетом 2 типа. В монографии Е.М. Тареева "Гипертоническая болезнь" сказано: "Представление о гипертонике особенно часто ассоциируется с ожирелым гипертоником, с нарушением белкового обмена, с засорением крови продуктами неполного метаморфоза – холестерином, мочевой кислотой и т.д."

Интерес к МС стал возрастать к концу прошлого века, когда исследованиями ряда учёных было показано, что этот синдром в 20 и более раз повышает смертность от ССЗ. К основным компонентам МС относили артериальную гипертензию, инсулинорезистентность, ожирение и гиперлипидемию в связи с чем МС называли «смертельный квартет». Начиная с 1966 года, когда J.Samus предложил термин "метаболическим трисиндром", названия его неоднократно менялись: "синдром избытия" (H. Mehnert и H. Kuhlmann), "метаболический синдром" (Henefeld H., Leonhardt W., 1980), "синдром X" (G. Reaven, 1988), "смертельный квартет" (N. Kaplan, 1989), "синдром инсулинорезистентности" (S.M.Haffner, 1992), "генерализованная сердечно-сосудистая метаболическая болезнь" (L.M.Resnick, 1993).

Дальнейшие научные исследования позволили выявить связь МС с рядом других состояний (повышение внутрисосудистой свертываемости крови, гипертрофия левого желудочка, гиперурикемия, микроальбуминурия, гиперандрогения и др.). Вместе с тем, большинство авторов к основным компонентам МС относят инсулинорезистентность, артериальную гипертензию, ожирение или ИМТ, гиперлипидемию. К состоянию инсулинорезистентности относят инсулиннезависимый сахарный диабет и НТГ.

Из всех предложенных терминов наиболее употребляемым является "метаболический синдром". Вместе с тем, принимая во внимание то, что в основе патогенеза этого синдрома лежит резистентность тканей к инсулину, в качестве синонима используют также термин "синдром инсулинорезистентности".

До настоящего времени исследователи не пришли к единому мнению о первопричине метаболических нарушений в патогенезе метаболического синдрома. Согласно мнению одних авторов, ожирение и инсулинорезистентность являются следствием наследственной предрасположенности. Другие авторы считают, что причиной инсулинорезистентности, гиперинсулинемии и других метаболических нарушений является абдоминальный тип ожирения. По-видимому, ответ на вопрос о первопричинности метаболических нарушений дадут последующие исследования.

Обобщая приведенные выше данные, можно заключить, что сегодня имеются все основания говорить о сердечно-сосудистом метаболическом континууме. Вместе с тем, следует заметить, что в последние десятилетия появляется всё больше работ об участии МС в патогенезе многих внутренних болезней.

Критерии диагностики.

Критерии диагностики МС неоднократно менялись. В разные годы были предложены критерии ВОЗ (1999 г.), критерии Европейской группы по изучению инсулинорезистентности (EGIR 1999 г.), критерии Adult Treatment Panel III (ATP III, 2001), модифицированные критерии ATP III (ГНИЦ профилактической кардиологии, Москва) и др.

К удачным критериям диагностики МС следует отнести критерии, предложенные Международной диабетической федерацией (IDF) в 2005 г. (табл. 1). Таблица 1.

Критерии Международной диабетической федерацией (IDF)

Показатель	Уровень
Обязательный критерий	
Абдоминальное ожирение	Окружность талии: > 94 см. для мужчин > 80 см. для женщин
Любые два из нижеследующих критериев	
Артериальная гипертензия	>130/85 мм рт ст
Триглицериды	> 155 мг/дл (1,69 ммоль/л) > или проводится гиполипидемическая терапия
Холестерин липопротеидов высокой плотности	> 39 мг/дл (1,03 ммоль/л) для мужчин > 50 мг/дл (1,29 ммоль/л) для женщин
Глюкоза в плазме крови, положительный ГТТ или СД 2 типа	> 101 мг/дл (5,6 ммоль/л)

Согласно этим критериям МС можно диагностировать при наличии абдоминального ожирения в сочетании с любыми двумя из следующих критериев – АГ, гипертриглицеридемия, гипоальфахолестеринемия, гипергликемия. В критериях IDF предусмотрен также дифференцированный подход к оценке окружности талии у различных этнических групп, а также и углублённые критерии для научных исследований.

Вопросы профилактики и лечения МС.

Профилактика МС включает раннее выявление, коррекцию имеющихся нарушений, определение факторов риска и проведение профилактических мер, направленных на предупреждение возникновения и прогрессирования компонентов МС, а также формирования связанных с ним заболеваний.

К контролируемым факторам риска метаболического синдрома относятся:

- артериальная гипертензия, сахарный диабет II типа, нарушенная толерантность к глюкозе;
- стрессы, гиперактивность симпатической нервной системы;
- ожирение или избыточная масса тела;
- погрешности в диете (повышенное потребление жиров, поваренной соли, углеводов, повышенная калорийность пищи);
- вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем);
- нарушение режима труда и быта;
- гиподинамия.

Лечение и профилактика МС достаточно непростой вопрос. Лечение МС, фактически вторичная профилактика этого синдрома, должно быть направлено на коррекцию основных проявлений МС – ожирение, АГ, гиперлипидемию и гипергликемию. При этом необходимо учитывать, как наличие компонентов МС, так и степень их выраженности.

Лечение МС предусматривает применение как медикаментозных, так и не медикаментозных методов:

Не медикаментозные методы включают:

- рекомендации по снижению веса и нормализации дисметаболических процессов - физическая активность, рекомендации по питанию: снижение каллоража и потребления поваренной соли, жиров, режим питания и рациональный подход к потреблению углеводов и другие.

Медикаментозное лечение включает:

Устранение инсулинорезистентности

- патогенетически (бигуаниды, тизолидинедионы), агонисты имидазолиновых рецепторов;
- симптоматически (инсулин).

Нормализацию артериального давления и поддержание целевых значений (<130/85 мм.рт ст) с помощью препаратов первой группы (агонисты имидазолиновых рецепторов, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики, бета-блокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина 2).

Устранение дис- и гиперлипидемии поддержание целевых значений с применением препаратов группы ингибиторов КоА-редуктазы (статинов, фибратов).

Устранение ожирения с помощью препаратов ингибиторов липазы кишечника и препаратов, регулирующих аппетит центрального действия.