

Современные подходы к лечению больных с метаболическим синдромом: взгляд гастроэнтеролога



Г.А. Анохина

В рамках III Национального конгресса «Человек и Лекарство – Украина», проходившего в г. Киеве 24–26 марта, обсуждались актуальные вопросы современной фармакотерапии заболеваний желудочно-кишечного тракта. На секционных заседаниях прозвучало множество интересных и содержательных докладов; модераторами заседаний выступили известные украинские ученые-гастроэнтерологи – главный гастроэнтеролог МЗ Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталия Вячеславовна Харченко и заведующий кафедрой гастроэнтерологии и терапии ФПО ДГМА, доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов. Следует отметить разнообразие тематики выступлений, прозвучавших во время работы гастроэнтерологических секций конгресса. Так, были рассмотрены вопросы комплексного лечения пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, гельминтозами, сложной сочетанной патологией и др. В этой статье представлен краткий обзор доклада доктора медицинских наук, профессора кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика Галины Анатольевны Анохиной, посвященный проблеме метаболического синдрома.

– Метаболический синдром сегодня привлекает огромное внимание врачей самых разных специальностей, что в первую очередь связано со стремительным увеличением распространенности ожирения в популяциях развитых стран. Поликомпонентность метаболического синдрома обуславливает высокую частоту обращения пациентов к врачам различных специальностей: кардиологам, эндокринологам, терапевтам, врачам общей практики и, конечно же, гастроэнтерологам. Согласно классификации, предложенной экспертами Международной диабетической федерации (IDF, 2005), диагноз метаболического синдрома может быть установлен при наличии у пациента висцерального ожирения в сочетании с двумя или более из нижеприведенных критериев:

- инсулинорезистентность;
- глюкоза крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л;
- артериальное давление $\geq 130/85$ мм рт. ст. или медикаментозная коррекция артериальной гипертензии;

- окружность талии у мужчин ≥ 94 см, у женщин ≥ 80 см;

- холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) у мужчин $\leq 1,03$ ммоль/л, у женщин $\leq 1,29$ ммоль/л или медикаментозная коррекция дислипидемии;

- триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л или медикаментозная коррекция дислипидемии.

Следует подчеркнуть, что простым и доступным любому врачу методом верификации наличия у больного абдоминального ожирения является измерение окружности талии.

Гастроэнтерологам следует обратить особое внимание на роль печени в патогенезе метаболического синдрома и тип ее поражения при данной патологии. Показано, что неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) встречается у 90% пациентов с метаболическим синдромом. Поэтому сравнительно недавно в качестве одного из компонентов метаболического синдрома многие ученые и научные общества стали рассматривать

неалкогольный стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит, объединенные общим термином НАЖБП. Так, Американской ассоциацией клинических эндокринологов в 2003 г. НАЖБП была признана неотъемлемым компонентом метаболического синдрома.

Изменения липидного обмена при метаболическом синдроме носят системный характер и сопровождаются нарушением функции печени.

До сих пор продолжается дискуссия о том, что же развивается у больных первично – метаболический синдром или НАЖБП? Это обусловлено тем, что печень выполняет множество важнейших функций – по сути, она является универсальной биохимической лабораторией организма, ответственной, в частности, и за состояние липидного обмена.

Поэтому вполне логично предположить, что нарушение функции печени может само по себе способствовать развитию метаболического синдрома, и напротив, отмечаемые при данной патологии изменения липидного обмена обязательно приводят к жировой инфильтрации гепатоцитов и формированию НАЖБП.

Поражение печени при метаболическом синдроме благодаря сложным патогенетическим механизмам (в том числе из-за снижения инактивации инсулина и нарушения захвата глюкозы гепатоцитами) может приводить к развитию инсулинорезистентности, гипергликемии и формированию сахарного диабета 2 типа. Кроме того, при метаболическом синдроме нарушается метаболизм углеводов и липидов в гепатоцитах, что сопровождается повышенным синтезом триглицеридов, усугублением стеатоза и развитием атерогенной дислипидемии. Все липидные фракции, определяемые в крови, имеют эндогенное происхождение, и синтез этих липопротеинов происходит в печени. Поэтому именно печень при метаболическом синдроме становится ключевым органом, ответственным за развитие атерогенной дислипидемии.

Принципы комплексной терапии метаболического синдрома определяются основными причинами, обуславливающими развитие данной патологии. Прежде всего это особенности образа жизни таких больных: низкая физическая активность, нарушения пищевого поведения, питание в фастфудах, систематическое употребление высококалорийной пищи и переизбыток. Исходя из этого, ключевыми направлениями комплексного лечения метаболического синдрома должны быть диетотерапия, повышение физической активности пациента, коррекция дислипидемии и обязательное применение гепатопротекторных препаратов для улучшения функционального состояния печени.

Диетотерапия при метаболическом синдроме и НАЖБП имеет свои особенности. Прежде всего следует подчеркнуть,

что таким больным ни в коем случае не следует ограничивать количество белка – напротив, его «квоту» в суточном рационе следует увеличить до 1,8–2 г на 1 кг идеальной массы тела. Это обусловлено тем, что из всех основных компонентов питания именно белок в наименьшей степени способствует развитию метаболического синдрома. Белок является источником аминокислот и используется для восстановления структуры тканей и органов, синтеза ферментов, иммунокомпетентных факторов и др. Некоторые содержащиеся в белках аминокислоты (триптофан, глутамин) оказывают нормализующее действие на центральную нервную систему и уменьшают пищевую зависимость. Белки способны замедлять переваривание и всасывание углеводов в желудочно-кишечном тракте, тем самым предупреждая гипергликемию и гиперинсулинемию. При выборе углеводного компонента рациона больных с метаболическим синдромом и НАЖБП следует учитывать гликемический индекс продуктов, отдавая предпочтение продуктам питания с низким значением этого показателя. Количество потребляемых углеводов не должно превышать 2–3 г/кг идеальной массы тела в сутки; его следует равномерно распределить на 3–4 приема пищи. Количество жиров в рационе необходимо уменьшить, поскольку они имеют наиболее высокую энергетическую ценность. Обязательно следует принимать меры по обогащению суточного рациона микронутриентами – витаминами, макро- и микроэлементами.

В целом в комплексной терапии пациентов с метаболическим синдромом и НАЖБП можно выделить два этапа: на первом проводят мероприятия, направленные на постепенное снижение массы тела, на втором существенное внимание отводится нормализации функционального состояния печени. При этом на обоих этапах целесообразно и патогенетически обосновано применение гепатопротекторов, влияющих на метаболизм гепатоцитов. Среди таких препаратов внимания клиницистов заслуживает Гепадиф® – комбинированный препарат, фармакологические эффекты которого обусловлены комплексным действием его компонентов. Гепадиф® стимулирует метаболизм жиров – компонентов бета-окислительного превращения свободных жирных кислот в митохондриях гепатоцитов, биосинтетические процессы; предупреждает некроз печеночных клеток, нормализует процессы пролиферации гепатоцитов и состояние системы печеночных ферментов. В состав капсул Гепадиф® входят следующие компоненты: карнитина оротат (150 мг), антиоксидантная фракция экстракта бычьей печени (12,5 мг), аденина гидрохлорид (2,5 мг), пиридоксина гидрохлорид (25 мг), цианокобаламин (0,125 мг) и рибофлавин (0,5 мг). В инфузионном растворе препарата Гепадиф® содержится в 2 раза больше карнитина оротата

ГЕПАДИФ®

- СПРИЯЄ ЗБЕРЕЖЕННЮ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ ПРИ ГОСТРІЙ КІЛІТІННІЙ НЕДОСТАТНОСТІ
- УСУВАЄ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ЦИТОЛІТИЧНОГО, ХОЛЕСТАТИЧНОГО СИНДРОМІВ
- ЗАПОБІГАЄ ЗАГИБЕЛІ ГЕПАТОЦІТІВ
- МАЄ ПРОТИНАБРЯКОВУ ТА ЛІПОТРОПНУ ДІЮ
- НОРМАЛІЗУЄ ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ
- МАЄ МЕТАБОЛІЧНУ ТА ОРГАНОПРОТЕКТОРНУ ДІЮ
- ПОКРАЩУЄ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНІЙ ТЕРАПІЇ ЗА РАХУНОК НІВЕЛЮВАННЯ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ
- ШВИДКО НІВЕЛЮЄ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХОЛЕСТАТИЧНОГО ТА ЦИТОЛІТИЧНОГО СИНДРОМІВ

Гепадиф®
ФОРМУЛА ЗДОРОВОЇ ПЕЧІНКИ

ЛІКУВАННЯ:

- гострого і хронічного гепатиту (у складі комплексної терапії)
- цирозу печінки
- жирової дистрофії (стеатозу) печінки
- алкогольних уражень печінки
- інтоксикації внаслідок прийому антибактеріальних, протипухлинних та інших засобів

Ексклюзивний представник:
ТОВ «Універсальне агентство «Про-Фарма»,
03115, Київ, вул. М. Котельникова, 1, тел. 8 (044) 495 76 80

PRC PHARMA

НОВОСТИ

Физические упражнения снижают риск возникновения желчных камней

Желчные камни формируются у большинства жителей мира, однако клинически проявляются лишь в 30% случаев. Обследование 25 тыс. мужчин и женщин учеными Университета Восточной Англии показало, что у физически активных людей жалоб на заболевание было на 70% меньше. Как отмечают авторы исследования в издании *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, одной из причин этого может быть то, что благодаря физическим упражнениям уровень холестерина липопротеидов высокой плотности повышается, нормализуя проходимость желчи. Ранее было установлено, что употребление алкоголя в умеренных количествах также снижает риск образования желчных камней (примерно на 30%).

Считается, что риску развития желчных камней подвержены каждая третья женщина и каждый шестой мужчина мира. Среди других факторов, вызывающих заболевание, называют беременность, ожирение, резкую потерю веса, прием некоторых лекарственных средств. В большинстве случаев наличие желчных камней протекает бессимптомно, иногда развиваются интенсивный болевой синдром и воспалительные явления. Только в Великобритании ежегодно 50 тыс. человек нуждаются в проведении холецистэктомии.

В настоящее время гастроэнтерологами не предоставлены конкретные данные о том, насколько физические упражнения снижают риск возникновения желчных камней и сколько часов в день следует уделять подобной активности. Тем не менее специалисты призывают всех вести активный образ жизни, поскольку это является отличной профилактикой множества заболеваний, причем не только связанных с данной проблемой.

Кофе оказывает гепатопротекторное влияние

У пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, потребляющих более 308 мг кофеина в день, снижается риск развития фиброза печени. Количество кофеина, обеспечивающее такой положительный эффект, содержится в двух чашках кофе. Другие источники кофеина не обладают подобными терапевтическими свойствами, утверждают медики National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK, США).

Ранее ученые предполагали, что потребление кофе позволяет снизить риск болезни печени, включая рак и осложнения цирроза. Пока неясно, сам напиток или кофеин в его составе оказывает положительное действие.

В течение двух лет гепатологи рассматривали уровни потребления различных источников кофеина группой из 177 пациентов, большинство из которых имели диагностированный гепатит С. Среди различных видов чая, какао, горячего шоколада, шоколадных конфет, других напитков и продуктов, содержащих кофеин, только кофе продемонстрировал протекторное влияние в отношении фиброза печени. При повышении потребления кофеина на 67 мг (примерно полчашки кофе) зафиксировано снижение на 14% риска фиброза. Врачи подсчитали, что для максимального эффекта надо выпивать две чашки кофе ежедневно.

www.medlinks.ru

и антиоксидантного экстракта бычьей печени, а также карнитина гидрохлорид (184 мг), аденозин (5 мг) и нет-рибофлавина. Каждый из этих компонентов выполняет свою физиологическую роль и способствует улучшению функционального состояния гепатоцитов. Так, карнитина оротат усиливает белково-синтетическую функцию гепатоцита и улучшает его функциональное состояние, способствует расщеплению длинноцепочечных жирных кислот, уменьшает интенсивность процессов перекисного окисления липидов, транспортирует жирные кислоты в митохондрии и снижает их содержание в цитоплазме гепатоцита, улучшает усвоение пищи. Кроме того, карнитина оротат повышает интенсивность биосинтетических процессов в миокарде и мышцах, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам. Аденина гидрохлорид и аденозин являются неотъемлемыми структурными компонентами нуклеозидов и коэнзимов, улучшают энергетический баланс клетки, усиливают трансформацию метионина в S-адометионин, который, в свою очередь, обладает липотропными, мембраностабилизирующими, противовоспалительными и детоксицирующими свойствами. Входящие в состав препарата Гепадиф® витамины группы В регулируют окислительно-восстановительные процессы в организме, участвуют в белковом, жировом и углеводном обмене, а также в обмене ряда аминокислот. Пиридоксина гидрохлорид (витамин В₆) образно называют королем всех витаминов группы В, так как он улучшает состояние белкового обмена, способствует нормализации липидного обмена и обладает детоксицирующим эффектом. Цианкобаламин участвует в процессе метилирования, синтезе метионина, нуклеиновых кислот, холина и креатина. Витамин В₂ оказывает детоксицирующее действие, способствует нормализации углеводного и белкового обмена. Важнейшим компонентом препарата Гепадиф® является антиоксидантная фракция экстракта бычьей печени, обладающая выраженным детоксикационным эффектом.

Таким образом, благодаря положительному действию входящих компонентов препарат Гепадиф® оказывает мощный гепатопротекторный эффект, уменьшает выраженность стеатоза печени, нормализует белковый, углеводный и липидный обмен, улучшает состояние миокарда, повышает толерантность к физическим нагрузкам и улучшает состояние пищеварительной системы у пациентов с метаболическим синдромом. Как правило, течение НАЖБП у большинства пациентов с метаболическим синдромом носит доброкачественный характер. Однако у некоторых больных НАЖБП с течением времени переходит в фиброз, а затем и в цирроз печени. Кроме того, важно помнить о том, что у больных с метаболическим синдромом и выраженным стеатозом печени на фоне злоупотребления алкоголем или приема гепатотоксических препаратов возможно развитие печеночной энцефалопатии, причем у таких пациентов к этой опасной клинической ситуации может привести употребление алкоголя даже в сравнительно небольшом количестве. Лечебная тактика при развитии печеночной энцефалопатии у больных с метаболическим синдромом и выраженным стеатозом печени предполагает полный отказ от употребления алкоголя, соблюдение фруктово-овощной диеты, проведение мероприятий по очищению кишечника (прием лактулозы, очистительных клизм) и назначение лекарственных препаратов, содержащих антицеребротоксические аминокислоты с разветвленной боковой цепью (например, L-изолейцин, L-лейцин, L-валин).

Подготовила Юлия Клименко



АНОНС

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика

ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»
НАМН України

КМКЛ «Київський міський центр серця»

Асоціація кардіологів України

Асоціація фахівців з аритмології
та електрофізіології серця

Дні аритмології в м. Києві

11-12 червня 2010 р.

У конференції братимуть участь професори С.П. Голіцин і К. Давтян (Росія), провідні вітчизняні фахівці: академік Г.В. Дзяк, професори О.М. Пархоменко, О.С. Сичов, Ю.І. Карпенко, Б.М. Тодуров, Н.М. Середюк, О.Й. Жарінов, А.В. Ягенський; фахівці з питань інтервенційної аритмології та електрофізіології серця.

Місце проведення конференції – КМКЛ «Київський міський центр серця» (вул. Братиславська, 5А).

Реєстрація учасників конференції безкоштовна.

Програма розміщена на сайтах www.ukrcardio.org,
www.heart.kiev.ua

Міністерство охорони здоров'я України
Ужгородський національний університет
Обласний центр нейрохірургії та неврології
ВГО "Українська асоціація боротьби з інсультом"

16-18
ЧЕРВНЯ
2010 РОКУ



м. Ужгород
Закарпатський музично-драматичний театр
Толстого, 12

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА ШКОЛА
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

КАРПАТСЬКІ ЧИТАННЯ

НАУКОВА ПРОГРАМА

16 ЧЕРВНЯ

НАУКОВИЙ СЕМІНАР
«Сучасні питання
нейрореабілітації у
пацієнтів після інсульту»

17 ЧЕРВНЯ

ПАНЕЛЬНА ДИСКУСІЯ ЕКСПЕРТІВ
«Вертебро-базиллярна хвороба.
Експертні питання»
ОСВІТНЯ ЛЕКЦІЯ
«Хвороба Паркінсона»
(за матеріалами закордонних наукових програм)
НАУКОВИЙ СІМПОЗІУМ
З РОЗГЛЯДОМ КЛІНІЧНИХ
ВИПАДКІВ
«Нейродегенеративні
захворювання»

18 ЧЕРВНЯ

ОСВІТНЯ ЛЕКЦІЯ
«Травматична хвороба
головного мозку, медико-соціальні проблеми»
ШКОЛА КЛІНІЧНИХ
НЕЙРОНАУК
«Онкологічні проблеми
в неврології»

В рамках заходу відбудеться майстер-клас
«Діагностичне обстеження пацієнта із скаргами на головокружіння»



Науково-практична школа з міжнародною участю "Карпатські читання" проводиться згідно Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, затвердженого МОЗ і АМН України

Додаткову інформацію про участь у конгресі можна отримати на сайті

WWW.UABI.ORG.UA

Організатор Школи: ел. пошта office@uabi.org.ua. Тел. +380674655661, тел./факс +380445305489