

Метаболический синдром. Чего можно еще ждать? Кому и как лечить?

Образ жизни современного человека далек от идеального: гиподинамия, вредные привычки, хронический стресс, нерациональное питание и др. – все это приводит к повышению риска возникновения ожирения, дислипидемии, артериальной гипертензии (АГ), нарушению толерантности к глюкозе или сахарному диабету (СД) – кластерам, которые лежат в основе метаболического синдрома (МС).



О МС наш корреспондент беседовала с руководителем отдела дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Еленой Ивановной Митченко.

? Каковы гендерные особенности формирования МС?

– Особенность гендерной природы МС у женщин нередко состоит в том, что эта патология чаще ассоциируется с естественной инволюцией эндокринной системы либо радикальными оперативными вмешательствами на придатках матки, которые сопровождаются снижением уровня эстрогенов в крови. Поскольку эстрогены обладают мощнейшим атеросклеротическим, антигипертензивным, противодиабетическим и гиполипидемическим действием, резкое уменьшение их концентрации в крови может привести к манифестации нарушений углеводного обмена, развитию кардиоваскулярной патологии и др. Установлено, что 50% пациентов с АГ составляют женщины в период менопаузы, частота выявления СД 2 типа у женщин в 40-50 лет составляет 3-5%, а в возрасте 60 лет увеличивается до 10-20%, т. е. с возрастом нарушения углеводного обмена только прогрессируют. У мужчин вне зависимости от возраста формирование МС находится в прямой зависимости от степени абдоминального ожирения.

? Какова роль заместительной гормональной терапии (ЗГТ) при «менопаузальном» МС?

– Тщательный анализ многочисленных научных работ, посвященных влиянию менопаузы на чувствительность к инсулину, показатели липидного и углеводного обмена, распределение жировой ткани и системный гемостаз, воздействие ЗГТ на состояние здоровья женщин, позволяет дополнительно выделить «менопаузальный» МС как патогенетический комплекс факторов риска кардиоваскулярной патологии (прежде всего ишемической болезни сердца – ИБС).

У женщин с целью коррекции гормональных нарушений в ряде случаев показано проведение ЗГТ, применение которой имеет свои особенности. Например, в некоторых исследованиях было показано, что ЗГТ не только не устраняет кардиоваскулярный риск, но и приводит к развитию онкопатологии. Это было связано с тем, что средний возраст пациенток, которые были обследованы, составлял 62 года. В случае применения ЗГТ в адекватной пропорции в перименопаузальный период можно добиться хороших субъективных и объективных результатов. Важно подчеркнуть, что согласно современным представлениям целесообразно назначение моноварианта терапии прогестеронами, поскольку это может инициировать развитие атеросклеротического поражения сосудов. В то же время монотерапия эстрогенами может спровоцировать развитие онкопатологии. В целом в настоящее время промотируется сбалансированная низкодозовая комбинированная ЗГТ.

? Насколько сегодня актуальны вопросы ведения молодых пациенток с МС?

– Безусловно, сегодня особенно злободневной является проблема устранения манифестации всех факторов риска у молодых трудоспособных пациенток. Это обусловлено тем, что в последнее время МС часто встречается у женщин молодого репродуктивного возраста, которые обращаются к акушеру-гинекологу с проблемой первичного бесплодия и эстрогенной недостаточности, поликистоза яичников, гипотиреоза, сопряженных с формированием избыточной массы тела, АГ и развитием МС. Устранение МС нередко позволяет таким женщинам восстановить их репродуктивную функцию и таким образом благополучно решить свою основную жизненную задачу – ощутить счастье материнства. Следует отметить, что к решению этого вопроса мы активно подошли только в конце прошлого года по просьбе акушеров-гинекологов, которые нуждаются в нашей совместной работе, поскольку эта проблема требует системного подхода к терапии.

? Какие существуют предикторы неблагоприятного прогноза лечения МС?

– К неблагоприятным предикторам относят недостаточное устранение факторов риска – клиническая манифестация плохо контролируемой АГ, нарушений углеводного обмена вплоть до фатальных осложнений СД и др. Терапия

такой патологии должна быть комплексной, систематической и длительной с целью модификации факторов риска. Так, к примеру, достоверно установлено, что уменьшение массы тела на 1 кг снижает уровень систолического артериального давления (АД) на 1 мм рт. ст.

? Каковы особенности антигипертензивной терапии у пациентов с СД?

– Одним из наиболее важных аспектов лечения больных СД является нормализация уровня АД. Целевым рекомендованным уровнем АД для пациентов с СД и АГ является показатель <130/80 мм рт. ст., поэтому риск развития кардиоваскулярной патологии у таких больных может быть эффективно снижен за счет проведения антигипертензивной терапии. Для удовлетворительного контроля уровня АД обычно необходима комбинация нескольких гипотензивных препаратов. Золотым правилом стартовой терапии таких пациентов является назначение ингибиторов ренин-ангиотензиновой системы. Препаратами первого выбора считаются ингибиторы АПФ (ИАПФ) и блокаторы рецепторов к ангиотензину II. В больших многоцентровых исследованиях было убедительно доказано их метаболически нейтральное и органопротекторное действие. Прекрасно себя зарекомендовали антагонисты кальция пролонгированного действия (амлодипин), поскольку их метаболически нейтральное влияние на углеводный обмен, кардио- и ренопротекторный эффект установлены в многочисленных исследованиях. Успешно могут применяться β-блокаторы с высокой селективностью, которые избирательно блокируют β₁-адренорецепторы (карведилол, бисопролол, метопролол). Из тиазидных диуретиков показаны тиазидоподобные с метаболически нейтральными свойствами (индапамид). Клинически оправданно назначение активаторов имидазолиновых рецепторов (моксонидина). Эта группа средств обладает свойством улучшать чувствительность тканей к инсулину, имеет выраженное кардиопротекторное действие и способность уменьшать гипертрофию левого желудочка, по эффективности уступая лишь ИАПФ. В целом можно назначать практически любые антигипертензивные препараты (кроме неселективных β-блокаторов типа атенолола), соблюдая их метаболическую нейтральность.

? Что является золотым стандартом выявления инсулинорезистентности? Каковы современные рекомендации по выбору гипогликемической терапии с учетом глюкометаболической ситуации?

– Основой формирования МС является инсулинорезистентность, которая запускает каскад метаболических нарушений, приводя к появлению тяжелых кардиоваскулярных осложнений – инфаркта миокарда, мозгового инсульта, сердечной недостаточности.

Золотым стандартом выявления инсулинорезистентности является эугликемическая клемп-методика с использованием биостатора. Ее суть состоит в том, что пациенту в вену одновременно вводят раствор глюкозы и инсулина, при этом количество инсулина постоянное, а количество глюкозы титруют, чтобы поддерживать определенный (нормальный) уровень глюкозы в крови. Значение вводимой глюкозы оценивают в динамике. Кроме того, к непрямой, но достоверным признакам инсулинорезистентности относят:

- уровень базальной инсулинемии;
- критерий НОМА – [инсулин натощак (мкЕд/мл) × глюкоза натощак (ммоль/л)/22,5]; в норме он не превышает 2,77;
- индекс Саго – отношение глюкозы (ммоль/л) к уровню инсулина натощак (мкЕд/мл); в норме этот индекс не превышает 0,33.

Могут использоваться и другие индексы.

В случае постпрандиальной гипергликемии показано назначение ингибиторов α-глюкозидазы, производных сульфаниламочевин короткого действия, глинидов, инсулина короткого действия или его аналогов.

Для устранения состояния гипергликемии натощак применяют бигуаниды, производные сульфаниламочевин длительного действия, глитазоны, ингибиторы α-глюкозидазы, инсулин длительного действия и др.

При наличии резистентности к инсулину хорошо себя зарекомендовало применение бигуанидов, глитазонов, ингибиторов α-глюкозидазы, а при дефиците инсулина – производных сульфаниламочевин, глинидов, инсулина.

? Какие препараты показаны в случае неудачи коррекции дислипидемии с помощью диеты?

– Пациентам с выраженной дислипидемией, не поддающейся коррекции с помощью диетотерапии, назначают гиполипидемические препараты – статины (симвастатин, аторвастатин, розувастатин) или фибраты (фенофибрат).

Принятие решения о начале медикаментозной терапии дислипидемии должно основываться на результатах определения уровня липидов после соблюдения гиполипидемической диеты в течение не менее 3 мес и оценки суммарной степени риска развития атеросклероза.

В случае отсутствия эффекта после проведенной статинотерапии по устранению гипертриглицеридемии или недостаточности целевых уровней триглицеридов, при отсутствии оправданности назначения максимальных доз статинов возможна комбинация последних и фибратов. При наличии изолированной гипертриглицеридемии и низкого уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) целесообразно начинать терапию с назначения фибратов.

? Какова тактика ведения пациентов с СД 2 типа и сопутствующей кардиоваскулярной патологией, например с патологией мозговых и периферических сосудов?

– Всем больным с СД 2 типа и сопутствующей кардиоваскулярной патологией рекомендуется проводить терапию ацетилсалициловой кислотой в низких дозах. В некоторых случаях пациентам с СД и поражением периферических артерий показан клопидогрель или низкомолекулярный гепарин. По возможности больным с критической ишемией конечностей проводят реваскуляризационные процедуры. Как альтернатива реваскуляризации может рассматриваться инфузия простаглицлина.

? Какие существуют диагностические критерии МС, которые помогут специалистам разного профиля (эндокринологам, гинекологам и др.) осуществить эффективную его диагностику?

– В 2009 г. эксперты ВОЗ, Американской и Европейской ассоциаций диабетологов, Международной диабетической федерации пришли к заключению о том, что для критериев диагностики абдоминального ожирения существует национальная приверженность. К критериям МС согласно Международной диабетической федерации относят:

- наличие центрального ожирения, определенного по окружности талии в сантиметрах (для европейцев: у мужчин ≥94 см, у женщин ≥80 см);
- наличие хотя бы 2 факторов из 4 нижеперечисленных:
 - повышенный уровень триглицеридов (≥1,7 ммоль/л или 150 мг/дл) или специфическая гиполипидемическая терапия;
 - сниженный уровень холестерина ЛПВП (<1,03 ммоль/л, или 40 мг/дл, – у мужчин; <1,29 ммоль/л, или 50 мг/дл, – у женщин) или специфическая терапия дислипидемии;
 - АГ – уровень систолического АД ≥130 мм рт. ст. или уровень диастолического АД ≥85 мм рт. ст. либо гипотензивная терапия ранее диагностированной АГ;
 - повышенный уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥5,6 ммоль/л (100 мг/дл) или ранее диагностированный СД 2 типа. При уровне показателя >5,6 ммоль/л (100 мг/дл) рекомендуется проведение перорального глюкозотолерантного теста для верификации нарушений углеводного обмена, однако это не является необходимым для определения наличия МС.

? В чем суть многофакторного подхода к терапии МС? Какова главная цель лечения МС?

– Профилактика всех кардиоваскулярных событий должна заключаться в возможном устранении модифицируемых факторов риска, которые лежат в основе МС, – ожирения, дислипидемии, АГ, СД. Основная идея, лежащая в основе концепции МС, заключается в определении пациентов с высоким кардиоваскулярным риском, у которых проведение профилактических мероприятий по модификации образа жизни, адекватного медикаментозного лечения может значительно улучшить показатели состояния здоровья и предупредить возникновение, прогрессирование атеросклеротического поражения сосудов, СД 2 типа, которые ассоциируются с повышением смертности и заболеваемости в популяции. Необходимо отметить, что, с одной стороны, СД – состояние, которое способствует развитию ИБС, с другой – множество пациентов с ИБС страдают СД или находятся в предиабетическом состоянии, а главная цель лечения МС – снизить глобальный кардиометаболический или кардиоваскулярный риск; при этом кардиоваскулярный риск представляет собой риск развития основных сердечно-сосудистых событий – мозгового инсульта, инфаркта миокарда, кардиоваскулярной смерти или фатальных аритмий. Кардиометаболический риск – совокупность всех факторов риска, которые приводят к прогрессированию кардиоваскулярной патологии и СД.

Безусловно, рост заболеваемости СД и МС вызывает серьезные опасения большинства специалистов – терапевтов, кардиологов, эндокринологов и др. Можно надеяться, что полисистемный подход позволит решить эту проблему.

Подготовила **Наталья Пятница-Горпинченко**

