

Секция «Метаболический синдром и ожирение»

По материалам V Всероссийского конгресса эндокринологов

30 октября – 2 ноября 2006 года, г. Москва

Проходивший под девизом «Высокие медицинские технологии в эндокринологии», российский форум собрал более 1000 ведущих специалистов со всех уголков России и ближнего зарубежья. Среди самых животрепещущих вопросов обсуждалась распространенность метаболического синдрома (МС) в свете новых критериев диагностики и методы его терапии.

Несколько сообщений было посвящено патогенетическим механизмам развития метаболического синдрома, роли висцеральной жировой ткани в этом процессе. Актуальные данные представлены С.А. Бутровой, Е.В. Ершовой и соавторами (Москва). У мужчин с висцеральным ожирением, подтвержденным с помощью МРТ, выявлена гипoadипонектинемия, ассоциируемая с метаболическими нарушениями, что позволяет рассматривать ее как показатель высокого риска развития сахарного диабета типа 2 (СД 2) и сердечно-сосудистых заболеваний. Н.А. Крапивина с соавторами (Кемерово) анализировали взаимосвязь различных типов пищевого поведения с уровнем инсулина, грелина и лептина. По результатам обследования 130 пациенток уровень инсулина у женщин с экстернальным типом пищевого поведения (ПП) достоверно выше, чем при эмоциогенном и ограничительном типах ПП. Уровень лептина и грелина при ограничительном типе ПП был статистически значимо ниже, чем при других типах пищевого поведения.

Избыток жировой ткани в организме, особенно в висцеральной области, оказывает негативное влияние на уровень половых гормонов. По данным Л.И. Даниловой и Н.В. Мурашко (Минск), формирование проявлений МС у мужчин сопровождается снижением концентрации дегидроэпиандростерон сульфата (ДГЭАС) и общего тестостерона крови. И.В. Мадянов с соавторами (Чебоксары), исследуя методом случайной выборки 152 жителей Чувашии репродуктивного возраста, получили следующие результаты. Для женщин с абдоминальным ожирением

более характерна повышенная реакция ДГЭАС (в плане снижения концентрации) в тесте подавления дексаметазоном. У мужчин указанной реакции не наблюдалось. Авторами выдвинуто предположение, что данный тест может рассматриваться в качестве одного из гормонально-метаболических маркеров МС у женщин.

В основе метаболического синдрома лежит развитие инсулинорезистентности, которая, в свою очередь, по многочисленным экспериментальным данным очень тесно взаимосвязана с висцеральным ожирением. Эксперимент А.Н. Дмитриева с соавторами (Екатеринбург), проводившийся на 26 нелинейных крысах с моделью метаболического синдрома, показал, что по мере нарастания ИР и увеличения потребности «периферии» в инсулине сокращается время для внутриклеточного созревания инсулина и увеличивается составляющая инкретируемого β -клетками проинсулина, что может лежать в основе истощения поджелудочной железы. В.В. Потемкин и С.Ю. Троицкая (Москва) в своем исследовании, охватившем 95 женщин репродуктивного возраста с ожирением, показали, что один из механизмов формирования инсулинорезистентности и компенсаторной гиперинсулинемии у больных с ожирением — увеличение микровязкости крови.

Изучая роль ожирения в механизмах развития метаболического синдрома, Я.В. Благосклонная с соавторами (Санкт-Петербург) обследовали 600 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), 650 — с сахарным диабетом 2 типа и 150 больных ожирением. Исследователями выявлена патогенетическая общность развития артериальной гипертензии (АГ), ожирения, дислипидемии, ИБС и СД 2. Аналогичные результаты были получены Т.В. Супрядкиной с соавторами: у мужчин репродуктивного возраста степень висцерального ожирения коррелирует с более высокой частотой поражения ствола левой коронарной артерии и окклюзии корона-

рных артерий. Данные Е.Н. Абдалкиной и Н.И. Швецов (Самара), полученные на основании 6-летнего проспективного исследования 101 пациента с ИБС и предшествующим повышением гликемии натощак, показали, что в конце наблюдения у 18% пациентов развился СД 2. Все эти результаты ещё раз подтверждают взаимосвязь липидного и углеводного обмена и необходимость проведения активного комплексного лечения у пациентов с дислипидемией, особенно в сочетании с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы.

В основе лечения метаболического синдрома лежит уменьшение массы висцеральной жировой ткани и снижение инсулинорезистентности. В исследовании Н.М. Алихановой (Ташкент) продемонстрировано положительное влияние орлистата на висцеральное ожирение и сопутствующие ему нарушения, характерные для МС. Новый аспект лечения орлистатом освещен в сообщении С.А. Бутровой, О.В. Чигарьковой и соавторов (Москва). Прием этого препарата в группе менопаузальных женщин по 360 мг в день в сочетании с диетотерапией в течение 1 года способствовал эффективному и устойчивому снижению массы тела за счет потери жировой ткани. Такая длительность применения орлистата не оказывала отрицательного воздействия на метаболизм и минеральную плотность костной ткани.

Препараты из группы бигунидов давно применяются для лечения СД 2, так как один из механизмов их действия — повышение чувствительности периферических тканей к инсулину. На конгрессе отечественных исследователей представлены позитивные результаты применения этих препаратов в комплексе терапевтических мероприятий при метаболическом синдроме. Так, Я.В. Благодосклонная с соавторами (Санкт-Петербург), по данным лечения метформином 75 больных ожирением сделали вывод, что производные бигуанидов — основа профилактики всех составляющих метаболического синдрома. Схожие данные получили В.И. Новиков и соавторы (Смоленск), изучавшие воздействие метформина на массу тела, окружность талии, показатели липидного и углеводного обмена, уровни лептина, инсулина и С-реактивного белка у 120 больных метаболическим синдромом.

Актуальность превентивных мероприятий, направленных на лечение преддиабета, не раз обсуждалась на крупных международных форумах. Не стал исключением и V Всероссийский конгресс эндокринологов. По данным А.А. Плохой и соавторов (г. Москва), позитивное воздействие метформина на составляющие метаболического синдрома в группе больных с нарушением толерантности к

глюкозе было доказательно продемонстрировано в сравнительной оценке с контрольной группой. Аналогичные результаты были получены в исследовании М.Г. Пау и Л.М. Шукшина.

В ситуации, когда терапевтические методы лечения метаболического синдрома при выраженном ожирении не оказывают должного эффекта, рекомендуется оперативное вмешательство. В связи с этим актуальны результаты 326 оперативных вмешательств, представленные на конгрессе Ю. И. Яшковым (Москва). Введение внутрижелудочного баллона, вертикальная гастропластика, лапароскопическое бандажирование желудка переносятся больными легче, но сложные оперативные вмешательства — такие как гастрощунтирование и билиопанкреатическое шунтирование — обеспечивают более значительные и стабильные результаты при меньшей частоте поздних осложнений, и именно эти вмешательства более эффективны при метаболическом синдроме.

Практикующие врачи часто сталкиваются со сложной проблемой коррекции массы тела в детском и юношеском возрасте: именно эта категория пациентов в дальнейшем потенциально может пополнить численность больных метаболическим синдромом. Так, по данным И.В. Полубояриновой и Т.И. Романцовой (Москва), ожирение с дебютом в пубертатном возрасте сопровождается более выраженной прибавкой массы тела, гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью, чем ожирение, дебютировавшее у лиц старше 20 лет. Особенно актуальны эти результаты в свете многоцентрового исследования, проводимого под руководством Г.А. Мельниченко, о распространенности избыточного веса и ожирения в популяции российских подростков (12–18 лет). Частота ожирения среди них соответствует результатам эпидемиологических исследований, проведенных в странах Европы. Высококалорийное питание и снижение физической активности в сочетании с прогрессированием метаболических нарушений, с одной стороны, и отсутствие медикаментозной поддержки, с другой стороны, может привести к тому, что в скором времени число пациентов с метаболическим синдромом в этой возрастной группе резко возрастет.

Раннее же начало активных мероприятий, способствующих профилактике метаболического синдрома у пациентов всех возрастных категорий, активное внедрение высоких медицинских технологий, направленных на оздоровление нации в целом, поможет уменьшить стремительный рост сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.