Оригінальні дослідження

УДК 616-008.9:616.1

Метаболічний синдром і серцево-судинний ризик

В.М. Ждан, В.Ю. Штомпель, Л.М. Шилкіна, І.В. Іваницький, М.В. Ткаченко, В.Г. Лебідь

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Ключові слова: метаболічний синдром, сердцево-судинний ризик, дисліпідемія, порушення толерантності до глюкози, надмірна вага .

Україна займає одну з провідних позицій у світі щодо поширеності та смертності від серцево-судинних захворювань. Це пов›язано з наявністю високого кардіоваскулярного ризику у значного контингенту населення та недостатніми заходами з його профілактики, діагностики та модифікації. Серед факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) важливе значення в теперішній час надається метаболічному синдрому (МС), що продемонстровано в проспективних дослідженнях. Але в нових європейских рекомендаціях з цукрового діабету (ЦД), преддіабету та серцево-судинними захворюваннями підкреслюється, що за інформативністю він може не мати переваг перед таблицями оцінки ризику, що складені на основі серцево-судинних факторів ризику (клас рекомендацій II, рівень доказовості B).

Метою дослідження було визначення переваг і обмежень оцінки серцево-судинного ризику (ССР) за європейською шкалою SCORE у пацієнтів з метаболічним синдромом.

Робота є фрагментом теми «Розробка методів профілактики та лікування хвороб, які походять із метаболічного синдрому препаратами, що стимулюють рецептори, які активують проліферацію пероксисом (PPAR-γ) шляхом удосконалення критеріїв діагностики», номер державної реєстрації 0107U001555.

Для виділення приоритетних груп для профілактики ССЗ лікар повинен оцінити ризик їх розвитку. У відповідності з Європейськими рекомендаціями виділяють 3 групи пацієнтів, у яких ризик виникнення ССЗ оцінюється як високий. В першу чергу це хворі зі встановленою ішемічною хворобою серця (ІХС) та/або з клінічними проявами атеросклерозу іншої локалізації. Вони в найбільшій мірі потребують активних заходів з вторинної профілактики з включенням медикаментозного і немедикаментозного лікування.

В другу чергу, мова йде про пацієнтів без клінічних проявів ІХС та її еквівалентів, але з наявністю декількох факторів ризику (ФР), у яких ризик розвитку ССЗ на протязі 10 років складав 5 % і вище. Такі люди потребують активних профілактичних заходів: дієта, відмова від паління, підвищення фізичної активності, корекція ваги.

Небезпека розвитку судинних ускладнень також висока у осіб зі значним підвищенням хоча б одного з ФР: це може бути ізольована гіперхолістеринемія (ГХС) або виражена артеріальна гіпертензія (АГ), або ЦД. Такі хворі потребують терапії, направленої на корекцію виявлених порушень.

До третьої категорії пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку ССЗ відносяться ті, у яких серед найближчих родичів (батьки, брати або сестри) було відмічено ранній розвиток ІХС або інших судинних захворювань (у чоловіків молодших 55 років, у жінок - 65).

Для оцінки ризику фатального розвитку ССЗ запропонована нова європейська модель, розроблена проектом SCORE. Передумовою для розробки нової моделі оцінки ризику були наступні обставини: по-перше, американська модель, яка базувалась на результатах фремінгемського дослідження і тривалий час використовувалась у всьому світі, оцінювала ризик розвитку тільки ІХС. При цьому ІХС включала в себе і нефатальні випадки, діагностика яких суттєво відрізнялась в різних країнах і популяціях. В зв'язку з цим вона не відповідала ситуації в європейських країнах і суттєво підвищувала ризик розвитку ІХС.

Модель SCORE розроблена на основі багатоцентрових, популяційних, проспективних досліджень, про-

ведених в 12 країнах Європи. Принциповою відмінністю цієї моделі від фремінгемської являється те, що в ній встановлюється ризик розвитку не тільки ІХС, але і всіх захворювань, пов'язаних з атеросклерозом. При цьому враховуються лише смертельні випадки, що суттєво підвищує об'єктивність оцінки ризику. Таким чином, нову модель можна застосовувати для визначення ризику розвитку ССЗ в європейських популяціях, так як вона була побудована з урахуванням національної статистики смертності кожної з європейських країн. За таблицями SCORE можна оцінити 10-річний ризик смерті від захворювань, пов'язаних з атеросклерозом. Для визначення ризику використовують наступні фактори: стать, вік, паління, САТ і холестерин. За системою SCORE критерієм високого ризику розвитку фатальних ССЗ слугує величина «5» і вище, тоді як в американській моделі, яка використовувалась раніше, високий ризик був визначений величиною «20» і вище. Але поряд з визнанням переваг використання таблиць SCORE для прогнозування серцево-судинних подій виникає питання, чи всі пацієнти з МС мають високий ССР згідно такої стратифікації. Це питання ми поставили ключовим у нашому дослідженні. В нього було включено 76 чоловіків і жінок у віці 40 - 59 років з аг і-ІІ ступеня (ESH, 2007). Всім пацієнтам проводилося анкетування, визначення росту, маси тіла, об'єма талії, АТ, ЧСС, ліпідний спектр, рівень цукру натще та через 2 години після прийому 75 г глюкози. Метаболічний синдром діагностували за критеріями ncep atpiii (2001). Сумарний ССР визначали за європейською шкалою SCORE.

Результати: серед пацієнтів з аг і-ІІ ступеня у 29,5 % виявлено високий сумарний ризик розвитку серцево-судинних подій за таблицями SCORE. Метаболічний синдром виявлено у 32,5 % пацієнтів.

У осіб з різними варіантами МС високий ССР виявлено тільки у кожного другого пацієнта. Серед пацієнтів з абдомінальним ожирінням, дисліпідемією і порушенням толерантності до глюкози (ПТГ) у 44,5 %, серед осіб з АГ, абдомінальним ожирінням і ПТГ у 31,5 %, серед осіб з АГ, абдомінальним ожирінням, дисліпідемією і ПТГ у 53,1 % виявлено високий і дуже високий ССР. Паралельно на момент дослідження у 61 % осіб з метаболічним синдромом виявлено серцево-судинні події (інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу, стенокардія напруги).

Висновки: тільки у 44 % осіб з метаболічним синдромом за таблицями SCORE виявляється високий серцево-судинний ризик за наявністю 5 його факторів. Важливе значення для прогнозу ССЗ мають і такі його компоненти, як абдомінальне ожиріння, ПТГ, низький холестерин ліпопротеїдів високої щільності, гіпертригліцеридемія, які теж необхідно враховувати.

Література

1. Ждан В.М. Аспекти профілактичної медицини в програмах підготовки сімейного лікаря/ В.М. Ждан, Л.М. Шилкіна, З.О. Борисова, В.Ю. Штомпель та ін. // Актуальні проблеми сучасної медицини. - 2010. - Т.10, № 2. - С.151-152.

2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів щодо профілактики серцево-судинних захворювань// Раціональна фармакотерапія. - 2008. - № 2/1. - С.1-12.

3. Рекомендации ESC/EASD 2007 г.: лечение больных сахарным диабетом с целью снижения кардиоваскулярного риска// Рациональная фармакотерапия. - 2007. - № 2 (03). - С.71-82.

4. McFariane S.J., Banerji M., Sowers J.R. Insulin resistance and cardiovascular disease / McFariane S.J., Banerji M., Sowers J.R.// J.Clin.Endocrinol.Metab. - 2001. - Vol.130. - P.191-197.

Метаболический синдром и сердечно-сосудистый риск.

В.М. Ждан, В.Ю. Штомпель, Л.М. Шилкина, И.В. Иваницкий, М.В. Ткаченко, В.Г. Лебедь

В статье рассмотрена роль дислипидемии, нарушения толерантности к глюкозе и избыточной массы тела в оценке выраженности кардио-васкулярного риска.

Metabolic syndrome and cardiovascular RISK

V.M. Zhdan, V.Y. Shtompel, L.M. Shylkina, I.V. Ivanitsky, N.V. Tkachenko, V.G. Lebed'

In the article observed role dyslipidemy, violations to the glucose tolerance and body overweight in kardio-vascular risk.