

## **Метаболічний синдром в практиці сімейного лікаря**

**Т.А.Трибрат, С.В.Шуть , В.Д. Сакевич**

**Вищий державний навчальний заклад України**

**«Українська медична стоматологічна академія»,м. Полтава**

Огляд літератури є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Особливості перебігу та прогнозу метаболічного синдрому з урахуванням генетичних, вікових, гендерних аспектів хворих, наявності у них різних компонентів метаболічного синдрому і конкретної супутньої патології та шляхи корекції виявлених порушень».

№ держреєстрації 0114U001909

На сучасному етапі метаболічний синдром (МС) є однією з найактуальніших проблем медицини. Поширеність цієї патології, яка характеризується поєднанням безлічі чинників ризику розвитку цукрового діабету (ЦД) і серцево-судинних захворювань, викликає серйозну стурбованість медичної громадськості. Сьогодні дослідники вивчають особливості МС у різних категорій населення.

Сучасна медицина надає великі можливості в області корекції метаболічних порушень за умови своєчасного виявлення та чіткого дотримання алгоритму лікування МС. Актуальною проблемою в усьому світі, зокрема в Україні, залишається рання діагностика цього стану. Саме на підвищення настороженості практичних лікарів, на усвідомлення ними всієї серйозності наслідків і ускладнень МС спрямована освітня робота.

Метаболічний синдром є станом високого ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Крім того, поширеність метаболічного синдрому зростає з кожним роком, приймаючи характер епідемії, і зустрічається в

середньому у кожного п'ятого дорослої людини серед населення розвинених країн[1]. Частота та терміни прояви МС є різними залежно від етнічних, вікових даних та критеріїв, що вибрані для ідентифікації, накопичення чинників ризику, стадії онтогенезу, ступеня генетичної схильності, стану компенсаторних систем організму, вираженості чинників зовнішнього середовища.

Це обумовлено зневагою здоровим способом життя, вживанням їжі, багаті легкозасвоюваними вуглеводами, переїданням, постійними стресами, малорухливим способом життя.

Ефективна боротьба з МС - можлива тільки за умови глибокого розуміння основ патогенезу даного стану та розробки патогенетичних підходів до лікарської терапії та профілактики.

У всьому світі і нашій країні, зокрема, актуально підвищення рівня ранньої діагностики МС. Для України ця проблема стоїть особливо гостро у зв'язку з відсутністю скринінгових програм, спрямованих на виявлення порушень вуглеводного обміну у населення. У зв'язку з цим не тільки МС, але і ЦД виявляється у більшості пацієнтів випадково, при зверненні до лікаря або госпіталізації з приводу ускладнень цього захворювання.

МС розвивається поступово і тривалий час протікає без явної клінічної симптоматики. Наявність МС можна припустити вже при зовнішньому огляді пацієнта і зборі анамнезу. Абдомінальне ожиріння (АО) можна розпізнати за характерним перерозподілом жирової тканини. Це андроїдний тип ожиріння, з переважним відкладенням жиру в області живота і верхнього плечового поясу (тип «яблуко»), на відміну від гіноїдного (тип «груша») з відкладенням жиру в області стегон і сідниць. Для кількісної оцінки типу розподілу жирової тканини в організмі використовують окружність талії. За норму в Європі вважається

окружність талії <94 см у чоловіків і <80 см у жінок, в США — <102 см та <88 см, відповідно[2].

Відомо, що жирова тканина — ендокринний орган, який секретує низку біологічно активних гормоноподібних речовин — адипоцитокінів: ади- понектин, лептин, резистин, фактор некрозу пухлин-альфа (ФНП- $\alpha$ ) та ін. [3]. Дисбаланс між адипоцитокінами, що виникає при АО, може призводити до порушень ліпідного та вуглеводного обміну, що згодом зумовлює пошкодження печінкових клітин, розвиток запалення, апоптозу та фіброзу, а також формування МС і його компонентів [4, 5, 6, 7].

У чоловіків з метаболічним синдромом в 4 рази зростає ризик фатальної

ішемічної хвороби серця (ІХС), в 2 рази — цереброваскулярних захворювань та смерті від всіх причин. Метаболічний синдром у жінок супроводжується підвищенням ризику ІХС. У пацієнтів з метаболічним синдромом в 5–9 разів частіше розвивається цукровий діабет. Враховуючи високий ризик ускладнень, що розвивається на тлі метаболічного синдрому, цей симптокомплекс потребує лікування. Його метою є зменшення ваги тіла, нормалізація АТ, поліпшення показників ліпідного та вуглеводного обміну [2].

У хворих з подібним типом ожиріння часто (до 70%) може бути присутнім синдром обструктивного апное сну (СОАС), про який хворі можуть не підозрювати. Пацієнт може відзначати тільки наявність хропіння.

При зборі анамнезу рекомендується проводити детальне опитування пацієнта на виявлення скарг на денну сонливість, порушену концентрацію уваги, на неосвіжаючий та тривожний сон, епізоди задухи та/або зупинки дихання під час сну, голосне уривчасте хропіння, ніктурію, дратівливість, зміни особистості, зниження лібідо, встановлення подій та/або ризику

транспортних пригод (встановлення фактів мікросну та засинання за кермом). Особливу увагу потрібно приділяти виявленню скарг або факту зупинок дихання уві сні. Якщо пацієнт не може відповісти на це запитання, необхідно ретельно розпитати родичів або знайомих пацієнта [2]. Лікар поліклініки може запідозрити порушення дихання під час сну за допомогою простого опитування пацієнта.

Найпоширенішою шкалою для оцінки симптомів СОАС є Epworth Sleepiness Scale [2].

При наявності у пацієнта АО необхідно докладно з'ясувати анамнез захворювання, життя, спадковості і провести додаткові вимірювання. Це може мати значення не тільки для діагностики МС, оцінки прогнозу, але і при визначенні тактики лікування.

Рекомендовані дослідження:

- Зважування пацієнта і вимір росту для обчислення індексу маси тіла (ІМТ).
- Найбільш простий метод непрямого визначення АО - антропометричні заміри.
- Для виявлення порушень вуглеводного обміну застосовується визначення глюкози в крові натще і через 2 години після перорального прийому 75г глюкози .
  - Визначення в крові параметрів ліпідного обміну (рівень холестерину та тригліцеридів в плазмі крові).
  - Оцінка рівня сечової кислоти.
  - Вимірювання артеріального тиску за методом Короткова.
  - Електрокардіограма.
  - Опитування хворого для визначення прихованих порушень дихання під час сну (опитувальник).

Таких пацієнтів - більшість серед хворих з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця , що звертаються до сімейних лікарів.. Саме сімейний лікар повинен направити пацієнта з серцево-судинним захворюванням та ожирінням на дослідження ліпідного спектра крові, визначення рівня глюкози крові та при необхідності - на подальшу консультацію та лікування у кардіолога та ендокринолога.

Немає нічого складного у виявленні пацієнтів з МС, головне - уважне і небайдуже ставлення до хворих, постійний аналіз їх стану та можливих ускладнень наявних захворювань.

Недооцінка МС призводить до негативних наслідків: розвитку ЦД і його важких ускладнень, виникнення серйозних серцево-судинних захворювань, а також до потреби в проведенні аортокоронарного шунтування або стентування. Таким чином, лікування наслідків МС обходиться набагато дорожче в усіх відношеннях, ніж своєчасне виявлення і лікування метаболічних порушень.

Для відображення реальної епідеміологічної ситуації в Україні з поширеності метаболічних захворювань із метою їх профілактики та своєчасного лікування , необхідно впровадити моніторинг метаболічного синдрому.

### **Список використаної літератури**

1. Митченко Е.И. Метаболический синдром, диабет и сердечно-сосудистые заболевания // Руководство по кардиологии / Под ред. В.Н. Коваленко. — К.: МОРИОН, 2008. — С. 228-243.
2. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії

3. Polyzos S.A. Adipocytokines in insulin resistance and non-alcoholic fatty liver disease: the two sides of the same coin / S.A. Polyzos , J. Kountouras , C. Zavos et al. // *Med. Hypotheses*. — 2010. — N 74 (6). — P. 1089–1090.
4. Procaccini C. Leptin: the prototypic adipocytokine and its role in NAFLD/ C.Procaccini, M. Galgani, V. De Rosa et al. // *Curr. Pharm. Des.* — 2010. — Vol. 43. — P. 119—123.
5. Reinehr T. Fetuin-A and Its Relation to Metabolic Syndrome and Fatty Liver Disease in Obese Children Before and After Weight Loss / T Reinehr., L. Roth Christian // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2008. — Vol. 93. — P. 4479—4485.
6. Zhuo Q. Comparison of adiponectin, leptin and leptin to adiponectin ratio as diagnostic marker for metabolic syndrome in older adults of Chinese major cities / Q.Zhuo , Z. Wang, P Fu. et al. // *Diabetes Res. Clin. Pract.* — 2009. — Vol. 84 (1). — P. 27—33.
7. Zobaiz M. Panel for obesity (relate steatohepatitis (NASH)) / M. Zobaiz, M. Younossi, Jarar, C. Nugent // *Obes. Surg.* — 2008. — Vol. 18. — P. 1430—1437.

УДК 616+578.344

### **Метаболічний синдром в практиці сімейного лікаря**

**Трибрат Т.А., Шуть С.В., Сакевич В.Д.**

Актуальною проблемою в усьому світі, зокрема в Україні, залишається рання діагностика метаболічного синдрому. Саме на підвищення настороженості сімейних лікарів, на усвідомлення ними всієї серйозності наслідків і ускладнень МС спрямована освітня робота. Для відображення реальної епідеміологічної ситуації в Україні з поширеності метаболічних

захворювань з метою їх профілактики та своєчасної корекції, необхідно запровадити моніторинг метаболічного синдрому.

Ключові слова: метаболічний синдром, критерії діагностики, сімейний лікар

УДК 616+578.344

### **Метаболический синдром в практике семейного врача**

**Трибрат Т.А., Шуть С.В., Сакевич В.Д.**

Актуальной проблемой во всем мире, в частности в Украине, остается ранняя диагностика метаболіческого синдрома. Именно на повышение настороженности семейных врачей, на осознание ими всей серьезности последствий и осложнений МС направлена образовательная работа. Для отображения реальной эпидемиологической ситуации в Украине с распространенности метаболіческих заболеваний с целью их профилактики и своевременной коррекции, необходимо внедрить мониторинг метаболіческого синдрома.

Ключевые слова: метаболіческий синдром, критерии диагностики, семейный врач

UDC 616+578.344

### **Metabolic syndrome in the practice of family doctor**

**Trybrat T.A., Shut S.V. Sakevich V.D.,**

At the present metabolic syndrome (MS) is one of the most urgent problems of medicine. The prevalence of this disease, which is characterized by a combination of many risk factors for diabetes mellitus (DM) and cardiovascular disease, causes serious concern of the medical community. Today, researchers are studying the features of metabolic syndrome among different groups of population.

Modern medicine provides a great opportunity concerning the correction of metabolic disorders if timely detection and efficient MS treatment algorithm are

provided. The mentioned problem is worldwide and actual, particularly in Ukraine and the early diagnosis of it is real problem. So the educational work should provide first of all the increasing attention of practitioners, the awareness of the seriousness of the consequences and complications of MS.

Metabolic syndrome is a condition of high risk of cardiovascular disease. In addition, the prevalence of metabolic syndrome is increasing year by year, taking the nature of the epidemic, and it occurs on average at every fifth adult in high developed countries . Frequency and terms of MS occurrence is different depending on ethnic, age data and criteria selected for identification, the accumulation of risk factors, stages of ontogeny, the degree of genetic predisposition, state compensation systems, the severity of environmental factors.

This is due to neglect the healthy lifestyle, eating rich food contained the digestible carbohydrates, overeating, constant stress and sedentary lifestyle.

An effective fight against MS is possible only on condition of deep understanding of the pathogenesis of this condition and development of pathogenetic approaches to drug therapy and prevention.

MS develops gradually and long runs without obvious clinical symptoms. The presence of MS can be assumed even when external examination and patient history collection. Abdominal obesity (AO) is recognized by its characteristic redistribution of adipose tissue.

Patients with a similar type of obesity often (70%) have the syndrome of obstructive sleep apnea (OSA), about which patients may be unaware. The patient may mark only the presence of snoring.

When the patients` history are collected the detailed survey should be done to identify the patients` complaints on daytime sleepiness, the impaired concentration and anxious, choking episodes and / or stop breathing during sleep, loud cracked snoring, nocturia, irritability and personality changes,



decreased libido, indentifying the events and / or risk of accidents (fact of dozens of short sleeps during driving). Particular attention should be paid to the fact of occurring complaints or stops of breathing during sleep. If the patient cannot answer this question, you must carefully ask relatives or friends of the patient . Clinic doctor may suspect the respiratory failure during sleep using a simple survey of the patient.

The most common scale for evaluation of OSA symptoms is the Epworth Sleepiness Scale .

If the patient suffers for AO you should clarify in detail the history of the disease, life, heredity and take the additional measurements. This can be important not only for the diagnosis of MS, prognosis, but also for determining the treatment.

Most such patients are the majority of patients with hypertension and coronary heart disease, who refer to family doctors. So it is a family doctor who should refer the patients with cardiovascular disease and obesity research in lipid profile, determination of blood glucose and, if it is necessary to refer the patient to further consultation and treatment of a cardiologist and endocrinologist.

It is not difficult to identify the patients with MS, the main thing is to be attentive and indifferent to patients, continuous analysis of their condition and possible complications of existing diseases.

Underestimating MS leads to negative consequences. Treatment of MS effects is much more expensive in every respect than the early detection and treatment of metabolic disorders.

To reflect the current epidemiological situation in Ukraine with the prevalence of metabolic diseases with the aim of prevention and early treatment should introduce monitoring of metabolic syndrome.

**Keywords:** metabolic syndrome, diagnostic criteria, family physician

