

Эгамова Н. Т.,
Бахронов У.Ш.,
Шаринов У.У.,
Батырбаев Э.А.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Навойский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и МСЧ «Кизилкумцемент»

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе, гипертония, стенокардия.

По данным ВОЗ около 30% жителей планеты страдают избыточным весом. Численность людей страдающих ожирением прогрессивно увеличивается каждые 10 лет на 10%. Эксперты ВОЗ следующим образом оценили ситуацию по распространенности метаболического синдрома: «Мы сталкиваемся с новой пандемией XXI века, охватывающей индустриально развитые страны. Это может оказаться демографической катастрофой для развивающихся стран. Распространенность метаболического синдрома в два раза превышает распространённость сахарного диабета и в ближайшие 25 лет ожидается увеличение темпов его роста на 50%». Актуальность изучения проблемы метаболического синдрома в современной медицине объясняется, прежде всего, большим медикосоциальным значением. С одной стороны, это обусловлено высокой распространенностью метаболического синдрома (МС) в общей популяции, с другой стороны, МС играет существенную роль в ускорении развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, и сахарным диабетом, а также повышает риск коронарных осложнений и смерти. [1,2,7,8,9,10]

Кроме того, метаболический синдром обуславливает 6-7% общей смертности от всех причин, 12-17% смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний и 30-52% по причине сахарного диабета. [3,6,8,9,11,12] Практически все компоненты, составляющие метаболический синдром, являются клинически значимыми факторами риска развития кардиоваскулярных заболеваний, чем любой из его компонентов. Так при МС вероятность риска развития ИБС превышала в 2,96 раз, ОИМ-2,63 раза, мозговой инсульт-2,27 раз. Риск развития этих же осложнений при наличии лишь одного компонента МС колебался в пределах 0,76-1,73 раз. Выделение МС имеет большое клиническое значение еще и потому, что это состояние является обратимым, и, при соответствующем лечении, можно добиться уменьшения или исчезновения основных его симптомов. [4,5,6,9,11]

По данным Фрамингемского исследования установлено, что сердечно-сосудистые заболевания возрастают с увеличением массы тела, как у мужчин, так и у женщин. В исследование Nurses Health Study у женщин с ИМТ в пределах 25,0-28,9 риск ИБС повышался в 2 раза, а при ИМТ > 29 в 3 раза. Во всех предложенных руководствах абдоминальное ожирение рассматривается в качестве основного компонента МС. Висцеральное ожирение сочетается с повышением содержания в плазме крови свободных жирных кислот, что снижает

чувствительность периферических тканей к инсулину, тем самым усугубляя инсулинорезистентности и компенсаторную гиперинсулинемию. Повышение уровня триглицеридов в крови на 1 ммоль/л сопровождается повышением риска развития ИБС на 32% у мужчин и на 76% у женщин. [4,6,9,12,13]

Цель исследования. Оценить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их клинико-функциональные проявления у лиц среднего и пожилого возраста с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследование были включены 66 пациентов, находящихся на диспансерном учете у кардиолога: это больные - 35 (основная или 1 группа) с метаболическим синдромом, который устанавливался в соответствии с критериями Международной Федерации Диабета (IDE 2005г), Всероссийского Научного Общества Кардиологов (второй пересмотр, 2009г.) и Консенсуса российских экспертов по проблеме метаболического синдрома в Российской Федерации (2010г) и контрольная группа без метаболического синдрома-31 (2 группа).

Обследование указанных пациентов проводилось в амбулаторных условиях, во время которых оценивали выраженность и характер субъективной симптоматики, проводили клинические и лабораторные исследования, согласно протокола.

Возраст больных колебался от 45 до 70 лет. Среди всех исследованных мужчины-69,7%, женщины-30,3%. В 1 группе; мужчины-22, средней возраст которых составил - 65 лет, женщины-13 средний возраст которых составил - 63года. Во 2 группе: мужчины-24, средний возраст которых составил - 67 лет. женщины - 7, средний возраст которых составил - 62 года. Сравнимые между собой группы были сопоставимы и по возрасту, и полу.

Протокол исследования включал:

Физикальное обследование (антропометрию с определением окружности талии для определения типа ожирения, индекса массы тела (ИМТ) по формуле:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{вес (кг)}}{\text{рост (м)}}.$$
 Оценка жалоб и общего состояния, клиническое измерение АД на обеих руках по стандартной методике с использованием специальной манжеты у лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Изучение состояния углеводного и липидного обмена (глюкоза в крови натощак, тест толерантности к глюкозе, общий холестерин (ХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды).

С целью верификации ИБС исследовавшим были проведены велоэргометрическая проба,

электрокардиография (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях «Валента» МН 02-8. (г.Санкт Петербург).

Изучение суточного ЭКГ методом суточного мониторирования ЭКГ. Для исследования использовали 3х канальный комплекс суточного мониторирования ЭКГ «Валента» МН 02-8. (г.Санкт Петербург). Проводился анализ болевой, безболевой ишемии миокарда и нарушение ритма сердца.

Оценка морфофункционального состояния миокарда и центральной гемодинамики проводилась с помощью эхокардиографии.

Обработка полученных данных проводилась на компьютере IBM PC "Pentium-IV" с использованием электронных таблиц Excell фирмы Microsoft.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что с возрастом число больных с метаболическим синдромом увеличивалось, 85% из всех наших пациентов составляли больные пожилого возраста и лишь 15% - среднего возраста, что вполне закономерно. Чёткой связи частоты МС с социальным статусом или образованием не отмечалась (что соответствовало исследованиям ПРИМА).

При опросе из анамнеза было установлено, что среди наших обследуемых: наследственность по ожирению составила 84,4% в 1 группе и лишь 29% во 2 группе.

В основной группе ИМТ превышал норму, как минимум, в 1,5 раза. При опросе было выяснено, что в 1 группе лишь 25% наблюдавшихся вели активный образ жизни, во 2 группе людей ведущих активный образ жизни оказалось гораздо больше - 42%.

Из всех обследованных 63% работали на производстве простыми рабочими, 7% - временно не работали, 30% - пенсионеры. Однако, при этом, достоверных межгрупповых различий мы не обнаружили.

Проведенные нами исследования выявили, что у пациентов основной группы: у 2 имело место - нарушение толерантности к глюкозе, у 4 - вновь выявленный диабет и 9 состояли на диспансерном учёте по поводу сахарного диабета. В то же время - в контрольной группе: лишь у 1 имелось нарушение толерантности к глюкозе и 2 состояли на диспансерном учёте по поводу сахарного диабета. Как видно, из выше указанных НТГ и СД выявляется в обеих группах, но в группе больных с метаболическим синдромом эта цифра достоверно оказалась выше.

Изучение липидного спектра крови выявило, что гипертриглицеридемия была у 88% в 1 группе и только 34% во 2 группе. Низкий уровень ХСЛПВП в 1 группе наблюдайся у 65% пациентов, тогда как этот показатель во 2 группе был отмечен лишь у 10% (таблица-1). Как видно повышение общего холестерина, гипертриглицеридемия, повышение СЛПОНП достоверно отличались и были выше в основной группе, чем в контрольной.

При исследовании глазного дна ангиопатия сосудов сетчатки было более выражено в основной группе (10 больных), чем в контрольной группе (6 больных).

При анализе показателей коагулограммы

достоверных межгрупповых различий мы не выявили.

Артериальная гипертензия самая распространённая составляющая МС, которая в основной группе наблюдалась у 60,3% пациентов, в контрольной группе их число оказалось гораздо ниже и составила - 41%. Проведенная эхокардиография показало следующее: в основной группе показатели массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) достоверно отличались и были выше по сравнению с контрольной группой, что свидетельствовало о гипертрофии левого желудочка. По остальным же показателям ЭхоКГ существенных различий мы не наблюдали.

Ишемические изменения в миокарде регистрировались чаще в основной группе.

Таблица 1

Показатели липидного спектра, коагулограммы и ЭхоКГ

Показатели		Группы	
		I (35)	II(31)I
Липиды крови	Общий холестерин	199,4	167,9 I
	Триглицериды	181	169,4
	ХСЛПВП	34	34,2
	ХСЛПОНП	40,2	35 I
	ХСЛНП	125,8	148
Коагулограмма	ПТИ	90,4	93,6
	ПТВ	15	14,64
	ПТО	1,08	1,06
	МНО	1,09	1,07
ЭхоКГ	АО	32,9	32,9
	ЛП	32,89	35,2
	ММЛЖ	224,34	193,8
	ТМЖП	10,45	10,44
	ТЗПЖ	9,8	9,58
	КДР	53,28	50,86
	КСР	33,28	32,89 I
	ФВ	67,68	65,5

Таблица 2

Ишемические изменения в миокарде

	ЭКГ		ВЭМ		Суточный ЭКГ	
	да	нет	да	нет	да	нет
I группа n=35	9	26	10	25	12	23
II группа n=31	2	29	3	28	4	28

Выявление ишемических изменений, нарушений ритма по сравнению с ЭКГ, чаще регистрировались при исследованиях на ВЭМ, ещё чаще они выявлялись с помощью Холтер суточного мониторирования ЭКГ.

Холтеровское мониторирование ЭКГ позволяло выявлять безболевою ишемию миокарда, причем оно достоверно чаще регистрировалось в основной группе.

Среди всех обследованных инфаркт миокарда перенесли 5 в первой и 2 во второй группе, причем двоим из основной группы были произведены операции на коронарных сосудах.

41% из общего числа обследованных - имели стаж курения более чем 1 год или на момент обследования являлись курильщиками. Причём в 1 группе таковых оказалось - 45,7%, а во 2 группе - 67,7%. В отношении приема алкогольных напитков наблюдали примерно такую же закономерность: 45,7% из 1 группы принимают алкогольные напитки чаще 1 раза в неделю, во 2 группе

это цифра составила - 51,6%. Вредные привычки как курение, приём азкоголя был более выражен в контрольной группе, чем в основной, Это показывает что, метаболический синдром является значительным независимым предиктором развития сердечно-сосудистых осложнений, независимо от других факторов риска.

Заключение. Таким образом, при анализе проведенного когортного ретроспективного исследования выявлено, что у больных среднего и пожилого возраста с метаболическим синдромом кардиоваскулярные нарушения наблюдаются наиболее часто по сравнению с теми, у кого отсутствовали указанные признаки. Следует подчеркнуть, что частота наблюдаемых осложнений в целом соответствует их встречаемости в общей популяции больных с метаболическим синдромом.

Литература

1. Алмазов В.А., Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечнососудистый синдром. СПб: Изд-во СПбГМУ, 1999.-208с.
2. Дедов И.Ю Мельниченко Г.А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты-М.: Медицинское информационное агентство, 2006.- 456с.
- 3.Зиямухаммедов М.М., Каюмов У.К., Нарзикулов С.П., Адилова М.С., Саипова М.Л. Общая

смертность при наличие компонентов метаболического синдрома в различных возрастных группах. Проблемы биологии и медицины.-Самарканд, 2005.-№2. 35-38с. 4. Жернакова Ю.В., Чазова И.Е. Влияние числа одновременно встречающихся компонентов метаболического синдрома на тяжесть артериальной гипертензии, распространённость и выраженность поражения органов-мишеней у данных больных. Системные гипертензии 2011 .№3:47-51с. 5. Конради А.О. Изменение концепции лечения АГ при метаболическом синдроме: от препаратов выбора к оптимальной лекарственной комбинации. Артериальная гипертензия 2008. том 12: № 1: 65-70с. 6. Котовская Ю.В. Метаболический синдром: прогностическое значение и современные подходы к комплексной терапии. Сердце Том 4 №5:236-242с. 7. Мамедов М.Н. Метаболический синдром: практические аспекты, диагностика и лечения в амбулаторных условиях. Пособие для врачей.-М.: Фас-медиа 2005.-35с. 8. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром.-М.: Медиа Медика, 2004.-168с. 9. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Открытая, многоцентровая, рандомизированная, научно-практическая программа МИНОТАВР: промежуточный анализ результатов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2006. -№2. 81-88с. 10. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation task force on epidemiology and prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation 2009; 120: 1640с. 11.

Mamedov M, Suslonova N, Lisenkova I., et al. Metabolic syndrome prevalence in Russia: Preliminary results of a cross-sectional population study. Diabetic and Vascular Disease research 2007. 4. 46-47с. 12. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. Jama. 2002; 287(3):356-359с. 13. The report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel of detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. Circulation. 2002; 106:3143-3421.