

ОЖИРЕНИЕ. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. НА ПОРОГЕ ЭПИДЕМИИ

Санкт-Петербургский государственный университет, alexshishkin@bk.ru

Сегодня ожирение относится к числу наиболее часто встречающихся патологических состояний. В многочисленных исследованиях показано, что ожирение является самостоятельным, независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, характеризующихся высокой смертностью. Степень кардиоваскулярного риска при ожирении зависит от распределения жировой ткани в организме и значительно выше при так называемом центральном, или андроидном, типе, т. е. при преимущественном отложении жира в области туловища по сравнению с бедрами и ягодицами. У пациентов с ожирением увеличен сердечный выброс для восполнения возросших метаболических потребностей, который достигается не за счет увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС), а за счет увеличения ударного объема. Высокий сердечный выброс ведет к развитию эксцентрической гипертрофии левого желудочка и диастолической дисфункции.

В настоящее время не существует единого мнения о патогенезе метаболического синдрома (МС). Принято считать, что генетические факторы в сочетании с низкой физической активностью, избыточным питанием вызывают развитие ожирения и тканевой инсулинорезистентности. В результате компенсаторной гиперинсулинемии в последующем развивается нарушение толерантности к глюкозе и МС.

В последние годы понятие «метаболический синдром» все время расширяется. В него теперь могут включать не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, микроальбуминурию, гипертрофию миокарда, синдром ночного апноэ, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, дисфункцию эндотелия со снижением продукции окиси азота, повышение концентраций некоторых реагентов острофазного ответа, активности ингибиторов тканевого активатора плазминогена, активацию симпатической нервной системы, гиперандрогенизм, поликистоз яичников.

Ожирение является одним из существенных факторов риска ухудшения функции почек. С ростом индекса массы тела на 10% вероятность снижения скорости клубочковой фильтрации до уровня, позволяющего диагностировать хроническую болезнь почек, увеличивается почти в 1,3 раза. Поражение почек при ожирении принято связывать прежде всего с действием сопутствующих обменных нарушений — инсулинорезистентности или сахарного диабета 2-го типа, гиперурикемии, а также артериальной гипертензии. В связи с этим закономерно увеличение частоты диабетической нефропатии, гипертонического нефроан-

гиосклероза и уратной нефропатии, описываемое у больных ожирением. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что адипоциты секретируют большое количество относительно специфических биологически активных веществ, способных непосредственно участвовать в патогенезе поражения органов-мишеней независимо от наличия нарушений углеводного обмена. Сегодня достоверно известно, что метаболические нарушения негативно влияют не только на глобальный сердечно-сосудистый риск, но и на функцию почек.

На пути формирования МС могут быть стадии сочетания не всех, а лишь 2–3-х его компонентов, например, абдоминального ожирения, АГ и гиперлипотеидемии без манифестации инсулинорезистентности в виде нарушения толерантности к углеводам или гиперинсулинемии. Встает вопрос, относятся ли эти сочетания к кластеру компонентов метаболического синдрома? С точки зрения интересов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, ответ, вероятно, должен быть положительным, настраивая врачей на оценку этих сочетаний, как опасных состояний высокого суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний.

В общетерапевтической практике каждый четвертый пациент имеет все основные проявления метаболического синдрома. Это состояние требует более тщательного наблюдения, поскольку неадекватный подход к выявлению и лечению метаболического синдрома может привести к ускоренному развитию ИБС и СД 2-го типа. Мы не должны забывать, что перенесенный инфаркт миокарда или развитие СД не только лишают пациента трудоспособности, но и требуют применения высоких доз большего количества препаратов. Это не только увеличивает стоимость терапии, но и является одной из причин низкой приверженности пациентов к лечению.

Прогнозируемое увеличение случаев развития МС до уровня эпидемии требует серьезных решений не только в поисках эффективной комплексной терапии, но и в вопросах профилактики, борьбы с факторами риска и социальной адаптации таких пациентов.