

Метаболический синдром: реальность или красивая гипотеза

Р.Г. Оганов

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. Москва, Россия

Metabolic syndrome: reality or nice hypothesis?

R.G. Oganov

State Research Center for Preventive Medicine. Moscow, Russia

В 2008г исполнилось 20 лет существования термина “метаболический синдром” (МС), который появился во многом благодаря работам американского ученого Reaven G. Этот синдром вызвал большой интерес кардиологов, эндокринологов и других специалистов. Было выполнено большое количество научных исследований, ему посвящались конференции, публиковались клинические рекомендации. Однако вопросов пока больше, чем ответов, основанных на клинических исследованиях, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины.

1. До настоящего времени отсутствуют единые критерии диагноза МС (почему?). Кластеры факторов риска (ФР), которые согласно критериям американских и российских экспертов, можно объединить под общим термином “метаболический синдром” (МС), могут содержать разные компоненты, например: абдоминальное ожирение, гипертриглицеридемия, низкий холестерин липопротеидов высокой плотности или абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия, соответственно риск сердечно-сосудистых событий может существенно различаться. Поэтому просто поставить диагноз МС недостаточно, нужна его расшифровка, что и предлагается в российских рекомендациях под рубрикой “Примеры диагностических заключений”. К тому же диагноз “метаболический синдром” отсутствует в МКБ-10 (ВОЗ, 1998). В то же время эпидемиологическими исследованиями давно доказано, что чем больше у конкретного человека ФР, тем выше риск сердечно-сосудистых событий; в клиническую практику прочно вошел термин “суммарный риск”, появились методы его количественного определения, и при лечении сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется ориентироваться на суммарный риск, а не на уровни отдельных ФР. В таком

случае возникает вопрос: эти два термина взаимно дополняют или исключают друг друга?

2. Существует точка зрения, что общим патогенетическим фактором, объединяющим отдельные компоненты МС, является инсулинорезистентность (ИР). Однако не у всех пациентов с МС выявляется ИР, ее прямое определение в клинике практически не реально, и о ней судят по косвенным показателям. Препараты, непосредственно влияющие на ИР, (тиазолидиндионы) теоретически должны были бы влиять на все компоненты МС, но этого не происходит. Они не нашли широкого применения в практике, что ставит вопрос о реальности существования единого патогенетического механизма в виде ИР.

3. В рекомендациях по лечению МС подчеркивается важность оздоровления образа жизни, как и при всех других сочетаниях ФР, а при медикаментозной коррекции рекомендуются группы препаратов для лечения отдельных компонентов МС (антигипертензивные, гиполипидемические, нормализующие углеводный обмен, снижающие массу тела и др.) с учетом ФР, составляющих МС у конкретного человека. Поэтому возникает вопрос, какую дополнительную информацию практическому врачу дает диагноз МС, кроме того, что у этого пациента высокий риск сердечно-сосудистых событий, но это и так очевидно, т.к. у него имеется как минимум 3 ФР.

Эти вопросы не означают, что я выступаю против диагностики МС, в ГНИЦ профилактической медицины проводились и проводятся научные исследования по данной проблеме, но такие вопросы задают практические врачи и научные сотрудники, и было бы полезно получить на них ответы от специалистов, имеющих наибольший опыт в данной проблеме.

Поступила 29/09–2008