



Sokol A. F., Shurupova R.V.

The Israeli Independent development Academy of Sciences, Haifa.

The first Moscow state medical University named after I.M.. Sechenov, Department of theory and technology of training in the higher school. Moscow.

IATROGENIC VERSION OF THE METABOLIC SYNDROME

The work is devoted to features Somogyi syndrome in diabetes mellitus type II. The authors present a new conceptual assessment Somogyi syndrome: its broad interpretation, clinical evaluation, the choice of adequate therapy and the need for long-term clinical and sociological observation of this group of patients.

Key words: quality of life, the syndrome of Somogyi, clinical and sociological observation.

Сокол А. Ф., Шурупова Р.В.

Израильская Независимая Академия развития наук, г. Хайфа,

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра теории и технологии обучения в высшей школе

ЯТРОГЕННЫЙ ВАРИАНТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Работа посвящена особенностям синдрома Сомоджи при сахарном диабете II типа. Авторы представляют новую концептуальную оценку синдрома Сомоджи: его расширительное толкование, клиническую оценку, выбор адекватной терапии и необходимость длительных клинических и социологических наблюдений за этой группой больных.

Ключевые слова: качество жизни, синдром Сомоджи, клинические и социологические наблюдения.

Концепция интегральной медицины (В.М.Дильман) [1] позволила описать комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных метаболических, гормональных и соматических нарушений, объединенных понятием «Метаболический синдром» (МС). Подробный анализ клиники МС не является предметом настоящего сообщения. Укажем только, что его основными проявлениями являются абдоминальное ожирение, глубокие нарушения липидного и углеводного обмена, артериальная гипертензия. По сути МС – клубок факторов риска тяжелых заболеваний и осложнений, ухудшающих качество жизни и увеличивающих смертность населения. Согласно данным ВОЗ, число больных МС составляет в Европе 40-60 млн. человек. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди больных МС в 2-3 раза выше, а риск сахарного диабета (СД) в 5-9 раз превышает таковой у лиц без МС [2].

Основой патогенеза МС является инсулино-резистентность, ведущая к ряду метаболических, гормональных и соматических нарушений (гипергликемия, увеличение ЛПНП, триглицеридов, гиперинсулинемия, артериальная гипертензия [3]). Следовательно МС является не только, точнее, не столько клинической, сколько проблемой

медико-социальной. Прогресс в борьбе с МС может быть достигнут только на основе содружества клиницистов, психологов, социологов.

На основе многолетнего изучения более 3 тыс. больных СД установлено, что у 80% больных, поступивших в стационар, декомпенсация СД была вызвана хронической передозировкой инсулина (синонимы: рикошетная гипергликемия, синдром Сомоджи)[4]. Нами впервые описаны особенности синдрома Сомоджи при СД II типа. Передозировка инсулина вызывает каскад причинно-следственных нарушений (резкие колебания уровня глюкозы крови, абдоминальное ожирение, гиперхолестеринемия, увеличение ЛПНП, артериальная гипертензия [4]). В патогенезе артериальной гипертензии можно выделить следующие составляющие: 1) повышение внутриклеточного содержания Na^+ Ca^{++} , уменьшение содержания K^+ , что приводит к увеличению чувствительности сосудистой стенки к прессорным воздействиям; 2) повышение реабсорбции Na^+ в проксимальных и дистальных канальцах нефрона, вызывающие задержку жидкости, гиперволемию и повышение содержания Na^+ и Ca^{++} в стенках сосудов; 3) стимуляция пролиферации гладкомышечных клеток сосудистой стенки, вызывающая сужение артериол и увеличение периферического сосудистого





сопротивления; 4) стимуляция ренин-ангиотензиновой системы. Аналогичный механизм артериальной гипертензии наблюдается при МС [5].

При сравнении патогенеза и клиники МС и синдрома Сомоджи обнаруживается их патогенетическая и клиническая схожесть. При каждом из этих состояний наблюдаются абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, схожие нарушения углеводного и липидного обмена, артериальная гипертензия. Различие в том, что при хронической передозировке инсулина первичным фактором является экзогенная гиперинсулинемия, которая в конечном итоге приводит к инсулинорезистентности. Между тем, при МС инсулинорезистентность вызывает компенсаторную гиперинсулинемию со всеми исходящими последствиями. В остальном же патогенез МС и синдрома Сомоджи совпадают. Следовательно с достаточным основанием можно считать, что синдром Сомоджи (синдром хронической передозировки инсулина) является ятрогенным вариантом МС. Дело не в формальной схожести сравниваемых состояний, а в новой концептуальной оценке синдрома Сомоджи, влекущей за собой его расширенное толкование, клиническую оценку, выбор адекватной терапии и необходимость длительных

клинических и социологических наблюдений за этой группой больных. Оценка синдрома Сомоджи только в рамках СД обусловлена стандартной моделью мышления. По справедливому замечанию Уильяма Ослера, «наша мысль сбивается с пути, потому что соскальзывает в колею, накатанную одним-двумя известными нам случаями» [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дильман В.М. Большие биологические часы. – М. 1981.
2. Интернет: [http:// happydoktor.ru](http://happydoktor.ru)
3. Казека Г.Р. Метаболический синдром. – Новосибирск.- 2000.
4. Сокол А.Ф. О синдроме Сомоджи. В кн: Инновационные технологии в области образования и медицины. – Арад.- 2011.
5. Бутрова С.А. Метаболический синдром // Российский медицинский журнал. – 2001. - № 2.
6. Сокол А.Ф. Медицина из глубины веков до наших дней. – Беер-Шева.-2012.