

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ С УЧЁТОМ АНАМНЕЗА, ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И ГЕМОСТАЗА

Исмадова М.Н.¹, Каюмов Н.², Ибадова М.У.³

¹Бухарский государственный медицинский институт,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,

³Ташкентский институт усовершенствования врачей

e-mail: malaka@inbox.ru

В последние годы всё более интенсивно обсуждается проблема метаболического синдрома (МС). Связано это с тем, что при МС смертность в 20 и более раз выше, чем без МС [1]. Распространённость МС достаточно высока и, по данным различных авторов, встречается у 20-52% населения. При этом, на показатели распространённости МС могут влиять критерии выявления этого синдрома [2], а также этнические и возрастные характеристики популяции [3].

Одним из ведущих патогенетических механизмов МС является инсулинорезистентность, которая может проявляться в виде явного сахарного диабета 2 типа или его скрытой формы, в виде нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ). К наиболее опасным характеристикам НТГ следует отнести длительное бессимптомное или клинически маловыраженное течение. Однако, при этом состоянии, несмотря на нормальные уровни гликемии натощак, имеет место повышенное содержание глюкозы в крови которое обусловлено инсулинорезистентностью. Поэтому, в отличии от манифестирующего сахарного диабета 2 типа при НТГ происходит менее выраженное, но постоянно прогрессирующее повреждающее действие на сердечно-сосудистую систему (ССС), почки, гемостаз.

В этих условиях большое значение имеют анамнестические сведения, ибо у больных задолго до выявления сахарного диабета могли отмечаться

боли в груди, аритмия, головокружения, повышенная свёртываемость крови, патология почек. Если появление симптомов подобных состояний у больных диабетом сразу вызывают настороженность врачей и последующее обследование, то у больных с НТГ такие проявления не всегда наводят на мысль о наличии у пациента гипергликемии.

Роль сахарного диабета 2 типа в формировании хронической болезни почек (ХБП) сомнений не вызывает. Распространенность снижения СКФ у больных СД достаточно высока и достигает 77% [4,5]. Однако, в отношении скрытой инсулинорезистентности в виде НТГ ещё нет единого мнения. В связи с этим, были обследованы больные с ХБП до III стадии включительно (скорость клубочковой фильтрации до 30 мл/мин при наличии различных компонентов метаболического синдрома [6]. Компоненты МС выявлялись на основании критериев Международной федерации диабета (IDF) принятых в 2005 г.

Показано, что на снижение скорости клубочковой фильтрации отрицательное влияние оказывает не только наличие НТГ, но и её категория. Так СКФ в большей степени снижается при нарушении вагоинсулярной фазы гликемической кривой (гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой), чем при нарушении симпатoadреналовой фазы (гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой). Вместе с тем, при наличии таких компонентов МС как абдоминальное ожирение, гипертриглицеридемия и артериальная гипертензия, также снижается скорость клубочковой фильтрации [6]. Тщательный анамнез и некоторые клинические признаки скрытой гипергликемии позволили установить связь НТГ с различными заболеваниями. В частности, установлено, что у больных с сахарным диабетом и НТГ может иметь место гиперкортизолемиа [7], которая тесно связана с основными компонентами метаболического синдрома. Имеются сведения о том, что не только явный сахарный диабет, но и НТГ является фактором риска кишечного дисбиоза [8]. При этом, снижение резистентности

к инсулину может существенно повлиять на улучшение кишечной микрофлоры. Поэтому, у лиц с дисбактериозом кишечника в анамнезе следует активно выявлять НТГ.

В настоящее время имеются данные о том, что в условиях инсулинорезистентности существенно страдает система гемостаза. Наиболее неблагоприятными факторами риска нарушения системы гемостаза является абдоминальное ожирение, взаимосвязанное с комплексом факторов и маркеров риска ССЗ и сахарного диабета 2 типа – метаболическим синдромом. Этот синдром связан с высоким риском атеротромбоза, поскольку для него характерны такие процессы как нарушение фибринолиза, протромбогенные сдвиги коагуляционного и тромбоцитарного звеньев гемостаза [9].

Таким образом, МС и его основные компоненты тесно связаны с нарушениями в системах коагуляции и фибринолиза, которые приводят к формированию протромбогенного статуса. Механизмы этих процессов ассоциируются с инсулинорезистентностью и ожирением, они разнообразны и не однозначны, но, вместе с тем, они занимают значительное место в повышении риска развития ССЗ [9].

Библиографический список

1. Симонова, Г. И. 23-летние тренды смертности в городской Сибирской популяции / Г. И. Симонова, С. Н. Богатырев, Т. Г. Опенко [и др.] // Бюл. Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук. – 2011. – № 1. – С. 96–101.
2. Каюмов У.К. Изучение некоторых внутренних болезней при метаболическом синдроме и различных категориях гипергликемии // Евразийский научный журнал. –2017. - №2.–С. 405-408.
3. Болотова Н.В., Лазебникова С.В., Аверьянов А.П.. Педиатрия.-2007.-Том 86.-№3.-с. 24-27.
4. Добронравов В.А., Смирнов А.В., Трофименко И.И., Галкина О.В., Дроздова Ю.В., Быстрова Н.Н. Распространенность снижения скорости клубочковой фильтрации у больных сахарным диабетом. Терапевтический архив. 2008; 6: 48-52.

5. Warwick G., Mooney A., Russon L., Hardy R. Planning, Initiating and Withdrawal of Renal Replacement Therapy/ Renal Association of UK, February 2014, - <http://www.renal.org/guidelines/modules/planning-initiating-and-withdrawal-of-renal-replacement-therapy#sthash.mjjBpYan.dpuf>

6. Каримов М.М., Даминов Б.Т. Каюмов У.К. Состояние клубочковой фильтрации у больных хронической болезнью почек при наличии некоторых основных компонентов метаболического синдрома // «Медицинский журнал Узбекистана». Ташкент. – 2015. - №2 - Стр. 24-27.

7. Черныш П.П., Акбаров З.С., Каюмов У.К. и др. Взаимосвязь степени инсулинорезистентности и уровня эндогенного кортизола у больных сахарным диабетом 2-го типа // Международный эндокринологический журнал. 2011.- № 4 (36). - С.119-122.

8. Холбаев С.Б., Комилов А.А., Каюмов У.К. Состояние микрофлоры толстого кишечника при сахарном диабете и нарушенной толерантности к глюкозе // Врач-аспирант. – 2009. - №2 (29). – С.139-144

9. Берковская М.А., Бутрова С.А. Метаболический синдром как протромбогенное состояние //Ожирение и метаболизм. – 2009. - №3. - С.3-9