

УДК: 616.12-608.331.1-08 + 616.4

НОВИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРОГРАМИ КОНТРОЛЬ МЕТАБОЛІК®**І.В. ШУМЛЯНСЬКИЙ¹, Н.І. КОЗИЙ²**¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького²Український інститут пластичної хірургії та естетичної медицини, Київ

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК СОСТАВНОЙ ЧАСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАММЫ КОНТРОЛЬ МЕТАБОЛИК®**И.В. ШУМЛЯНСКИЙ¹, Н.И. КОЗИЙ²**¹Львовский национальный медицинский университет имени Данилы Галицкого²Украинский институт пластической хирургии и эстетической медицины, Киев

Сочетание артериальной гипертензии и ожирения рассматривается в концепции метаболического синдрома (МС), который увеличивает частоту сердечно-сосудистых болезней и смертность. Поэтому целью данного исследования стал анализ клинических, антропометрических и лабораторных показателей пациентов с ожирением, которые проходили комплексную программу коррекции метаболизма. Было обследовано 223 пациента с диагнозом “Метаболический синдром, ожирение I-II ст.” до и после прохождения ими программы Контроль Метаболик® (медицинский центр “Анико”, г. Ровно). Позитивная динамика антропометрических, лабораторных и клинических показателей после прохождения программы наблюдалась у 71,5 % пациентов. Уменьшение степени ожирения и ликвидация избыточной массы тела сопровождалась улучшением показателей липидограммы, снижением уровня глюкозы натощак, нормализацией артериального давления и гармонизацией типа личности пациентов с МС.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, метаболический синдром, комплексное лечение, Контроль Метаболик®.

UDC: 616.12-608.331.1-08 + 616.4

NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AS A PART OF METABOLIC SYNDROME WITH THE HELP OF CONTROL METABOLIC® PROGRAM**I.V. SHUMLYANSKIY¹, N.I. KOZIY²**¹- Danylo Halytsky national medical university, Lviv²- Ukrainian Institute of plastic surgery and esthetic medicine, Kyiv

Coexistence of arterial hypertension and obesity is now considered a part of metabolic syndrome (MS), which increases frequency of cardiovascular diseases and morbidity. That's why the aim of this research was to analyze clinical, anthropometric and laboratory parameters in patients with obesity, which underwent a complex program of metabolism correction. We examined 223 patients with diagnosis “Metabolic syndrome, obesity of Ist-2nd grade” before and after completion of the Control Metabolic® program (medical centre “Aniko”, Rivne). Positive dynamics of anthropometric, laboratory and clinical parameters after completion of the program was revealed in 71,5 % patients. Decrease of obesity grade and liquidation of overweight were accompanied by improvement of lipid metabolism parameters, decrease of fasting glucose level, normalization of arterial blood pressure and harmonization of the personality type in patients with MS.

Keywords: arterial hypertension, metabolic syndrome, complex treatment, Control Metabolic®.

Поєднання артеріальної гіпертензії та ожиріння розглядається сучасними науковцями у концепції метаболічного синдрому (МС), що включає також дисліпідемію, порушення толерантності до глюкози та інсулінорезистентність [1]. З часу виділення в окремий кластер факторів ризику (1981 р.) метаболічний синдром набув характеру пандемії [6]. Цей симптомокомплекс є надзвичайно загрозливим, оскільки збільшує частоту кардіоваскулярних хвороб та смертність [11]. За результатами досліджень в Україні, гіпертонічна хвороба (ГХ) у хворих з ожирінням зустрічається у

УДК: 616.12-608.331.1-08 + 616.4

І.В. Шумлянський, Н.І. Козій

Новий підхід до лікування артеріальної гіпертензії як складової метаболічного синдрому із використанням програми контроль метаболік

5-6 разів частіше, ніж за умов нормальної маси тіла [2]. Популяційне дослідження CRISPS2 свідчить, що ГХ супроводжується метаболічними порушеннями проатерогенного характеру [10], тому спроби нормалізації артеріального тиску (АТ) без врахування патологічних змін обміну речовин суттєво не впливають на розвиток атеросклерозу та ішемічної хвороби серця. Доведено, що розвиток інсулінорезистентності теж тісно пов'язаний з ГХ [13]. У хворих на артеріальну гіпертензію I та II стадій відмічають гіперінсулінемію натщесерце та підвищення індексу інсулінорезистентності НОМА-IR, тому гіпотензивна терапія повинна базуватись не тільки на досягненні цільового рівня АТ, а й на врахуванні метаболічного статусу пацієнта [4]. Згідно з Рекомендаціями асоціації кардіологів України та асоціації ендокринологів України, лікування МС має включати нормалізацію маси тіла, збільшення фізичної активності, регуляцію вуглеводного метаболізму та адекватну медикаментозну терапію [6]. Наявна доказова база свідчить, що першим кроком в лікуванні пацієнтів з МС має бути модифікація способу життя [11,12].

В світі протягом тривалого часу застосовуються комплексні програми немедикаментозної корекції МС. Наприклад, програма Met Fit (США) складалась з 12 щотижневих сесій по 45 хвилин фізкультурних занять і 45 хвилин навчання. Цільові рекомендації цієї програми включали 150-200 хвилин фізичного навантаження щотижня та втрату 5% ваги за допомогою середземноморської дієти. Після завершення програми в учасників було відмічене істотне зменшення обводу талії, об'єму жирової тканини, систолічного та діастолічного АТ, рівнів тригліцеридів та глюкози натще. До проведення програми у 51% осіб відмічались ознаки депресії, після Met Fit депресію було діагностовано тільки у 24,7% учасників. Після повного завершення програми у 18 пацієнтів (19,4%) не діагностувався МС, а 39 осіб (41,9%) втратили хоча б один його критерій ($p < 0,0001$) [14].

В університеті м.Сеула (Корея) проводилась програма модифікації способу життя TLM (therapeutic lifestyle modification), в якій брали участь 32 жінки з МС. Програма TLM включала 4 тижні скринінгових обстежень, навчання, фізичного навантаження, дієти та психологічного консультування. Після програми в учасниць спостерігалось істотне зниження маси тіла, обводу талії та рівня тригліцеридів в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,01$). Також в цих жінок зріс рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), а систолічний АТ, рівень глюкози натще і рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності зменшились [8]. E.G. Oh та співав. (2007) провели аналіз 16 різних досліджень щодо модифікації способу життя і виявили такі закономірності: загальний період спостереження складав 12-24 тижні, частота занять – 3-5 разів на тиждень, тривалість одного заняття – 45-60 хвилин. Найчастіше виявлялись позитивні ефекти в антропометричних та серологічних показниках, а зміни параметрів функції ендотелію та аналізу сечі були непостійними [13].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз клінічних, антропометричних та лабораторних показників у пацієнтів з ожирінням, що проходили комплексну програму корекції метаболізму Контроль Метаболік®.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було обстежено 223 пацієнти віком від 35 до 55 років з діагнозом “Метаболічний синдром, ожиріння I-II ступеня” до та під час проходження ними програми Контроль Метаболік® (медичний центр “Аніко”, м. Рівне). Програма складалась з чотирьох етапів: підготовчого, строгої перебудови, розширеної перебудови та збереження досягнутих результатів [5]. Обстеження проводились через 3 місяці та через рік після початку програми. Серед хворих було 135 (60,5 %) жінок та 88 (39,5 %) чоловіків. Усім хворим були проведені антропометричні виміри (визначення росту, маси тіла, обводів талії та стегон з наступним розрахунком їх співвідношень), ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, ЕхоКГ, ЕКГ, визначено рівень толерантності до фізичних навантажень, проведено біоімпедансометрію, діагностику порушень сну та виявлення обструктивного апное сну, визначено рівень електролітів та глюкози натще, показники функції нирок та печінки, параметри ліпідного метаболізму, коагулограми, загальних аналізів крові та сечі за стандартними методиками, а також рівні деяких гормонів (тиреотропний гормон, Т3 та Т4, естрадіол, тестостерон, інсулін, кортизол). Також методика програми передбачала визначення генетичного поліморфізму обміну жирів (аналіз Lipidgen), вивчення амінокислотного складу крові та виявлення харчової

непереносності (NATGE-test) для призначення відповідної дієти. Найвність ожиріння визначали на основі індексу маси тіла (ІМТ): 30,0–34,9 кг/м² – I ступінь та 35,0–39,9 кг/м² – II ступінь. Середнє значення ІМТ обстежених пацієнтів дорівнювало 33,95 кг/м². Рівень кардіоваскулярного ризику хворих визначався згідно з Європейськими рекомендаціями з профілактики серцево-судинних захворювань [3]. Крім перерахованих вище обстежень, програма Контроль Метаболік® включала індивідуальне призначення збалансованого харчування, системи детоксикації, рекомендації щодо фізичного навантаження, аналіз психовегетативного стану за методикою проф. О. О. Хаустової та проф. О. С. Чабана (авторська методика, яка включає тест Люшера, модифікований тест діагностики особистості, мотивації та схильностей людини, а також тест на визначення рівня самооцінки) та його корекцію [7]. Статистичну обробку результатів проводили в системі “Microsoft Office Excel” за допомогою пакета програм.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Середнє значення маси тіла на початку дослідження складало 107,97 кг. Обвід талії у чоловіків коливався від 94 см до 157 см (у середньому 120,16 см), у жінок – від 82 см до 138 см (середнє значення 106,15 см). Середнє значення рівня тригліцеридів складало 2,44 ммоль/л, глюкози натще – 5,94 ммоль/л, ЛПВЩ у чоловіків – 0,93 ммоль/л, у жінок – 1,08 ммоль/л. Середні значення систолічного та діастолічного АТ до початку програми дорівнювали відповідно 135,8 мм рт.ст. та 85,7 мм рт.ст. Через три місяці перебування на програмі Контроль Метаболік® пацієнти були обстежені повторно. Маса тіла пацієнтів знизилась до 95,10 кг, обвід талії у чоловіків – до 110,21 см, у жінок – до 98,00 см. Зменшення маси тіла супроводжувалось зниженням рівня глюкози крові натще до 5,76 ммоль/л та нормалізацією як систолічного, так і діастолічного АТ (125,73/79,8 мм рт.ст.). Рівень ЛПВЩ лише незначно знизився (середнє значення у чоловіків – 0,97 ммоль/л, у жінок – 1,03 ммоль/л).

Через 12 місяців від початку програми середнє значення маси тіла пацієнтів, що брали участь в дослідженні, ще більше зменшилось - до 87,96 кг, обвід талії в чоловіків становив 87,31 см, а в жінок – 74,50 см. Це супроводжувалось нормалізацією ліпідного складу крові: середнє значення тригліцеридів досягло 0,97 ммоль/л, глюкози крові натще 5,10 ммоль/л, а рівень ЛПВЩ зріс до 1,50 ммоль/л у чоловіків та 1,90 ммоль/л у жінок. Артеріальний тиск при цьому повністю нормалізувався: систолічний АТ 122,86 мм рт.ст., діастолічний – 73,1 мм рт.ст., що супроводжувалось покращенням загального стану пацієнтів.

За результатами дослідження психологічних аспектів до проведення програми у 70 % пацієнтів було виявлено депресивний, у 25 % – іпохондричний, у 5 % – психастенічний провідний компонент в структурі особистості. Крім того, в 93 % пацієнтів визначили занижений рівень самооцінки. Після проведення комплексного лікування у 67 % пацієнтів спостерігалось підвищення рівня самооцінки, а депресивний провідний компонент змінився гармонійним типом особистості у 45 % учасників дослідження.

Загалом, позитивна динаміка антропометричних, лабораторних та клінічних показників після проходження програми Контроль Метаболік® спостерігалась у 71,5 % пацієнтів з метаболічним синдромом. Низька ефективність програми спостерігалась у 28,5 % пацієнтів, що можна пояснити недотриманням основних рекомендацій та недостатньою мотивацією пацієнтів.

ВИСНОВКИ

Зменшення ступеня ожиріння та ліквідація надмірної маси тіла супроводжуються покращенням показників ліпідограми, зниженням рівня глюкози крові натще, нормалізацією АТ та гармонізацією типу особистості у пацієнтів з МС. Програма корекції обмінних процесів та модифікації способу життя Контроль Метаболік® приводить до зниження маси тіла у пацієнтів з ожирінням I-II ступеня, зменшення обводу талії, рівнів тригліцеридів та глюкози крові, зростання рівня ЛПВЩ, а також сприяє нормалізації артеріального тиску.

ВІДПОВІДНІСТЬ ЕТИЧНИМ СТАНДАРТАМ

Дослідження пацієнтів проведені відповідно до положень Гельсінкської Декларації 1975 року, переглянутої та доповненої в 2002 році, директив Національних Комітетів з етики наукових досліджень.

Під час проведення тестів від всіх учасників отримано інформовану згоду і вжиті всі заходи для забезпечення анонімності учасників.

У всіх авторів відсутній будь-який конфлікт інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В. В. Ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром: фундаментальные и клинические аспекты // В. В. Братусь, Т. В. Талева, В. А. Шумаков – Киев: Четверта хвиля, 2009. – 413 с.
2. Горбась И. М. Ожирение: в поисках решения проблемы / И. М. Горбась // Здоров'я України. – 2009. – № 17. – с. 64.
3. Європейські рекомендації з профілактики серцево-судинних захворювань 2012. Переклад кишенькового варіанту // Артеріальна гіпертензія. – 2012. – № 6 (26). – С.82 – 89.
4. Ільницька Л. А. Порушення ліпідного, вуглеводного та пуринового обміну у хворих на артеріальну гіпертензію //Л. А. Ільницька, О. В. Кректун // Медична хімія. – 2010. – т.12, № 4. – с.94 – 97.
5. Козий Н.И. Системный подход к диагностике и лечению метаболического синдрома на примере комплексной программы «Контроль Метаболик»®/ Н. И. Козий, Н. Г. Шумлянская // Збірник тез IV міжнародної конференції Української спілки естетичної медицини. – 2013. – С.20.
6. Рекомендації асоціації кардіологів України та асоціації ендокринологів України «Діагностика і лікування метаболічного синдрому, цукрового діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань» // Серцево-судинні захворювання. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування за ред. В.М.Коваленка, М.І.Лугая. – К.: Моріон, 2011. – С. 68 – 78.
7. Хаустова О. О. Характеристика розладів фону настрою у пацієнтів з метаболічним синдромом. Програма діагностики і терапії / О. О. Хаустова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний, психоаналітичний журнал. – 2013. – № 4. – С. 86 – 88.
8. A randomized controlled trial of therapeutic lifestyle modification in rural women with metabolic syndrome: a pilot study / E. G. Oh, S. S. Hyun, S. H. Kim [et al.] // Metabolism. – 2008. – № 57[2]. – P. 255–261.
9. Cheung B. M. Relationship between the metabolic syndrome and the development of hypertension in the Hong Kong Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study-2 [CRISPS2] / B. M. Cheung, N. M. Wat, Y. V. Man // Amer. J. Hypertens. – 2008. – 21, № 1. – P. 17–22.
10. Deedwania P.C. Current Treatment Options for the Metabolic Syndrome / P. C. Deedwania, N. Volkova // Curr. Treat. Options. Cardiovasc. Med. – 2005. – V. 7. – P.61–74.
11. Giugliano D. Are there specific treatments for the metabolic syndrome? / D. Giugliano, A. Ceriello, K. Esposito // Am. J. Clin. Nutr. – 2008. – V. 87. – P.8–11.
12. Ishizaka N. Association between serum uric acid, metabolic syndrome and carotid atherosclerosis in Japanese individuals / N. Ishizaka, Y. Ishizaka, E. Toda // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. – 2005. – V.25, № 5. – P. 1038 – 1044.
13. The analysis of intervention studies for patients with metabolic syndrome. [Article in Korean] / E. G. Oh, S. H. Kim, S. S. Hyun [et al.] // Taehan Kanho Hakhoe Chi. – 2007. – V. 37. – P.72–80.
14. The metabolic fitness program: lifestyle modification for the metabolic syndrome using the resources of cardiac rehabilitation / M. Rubenfire, L. Mollo, S. Krishnan [et al.] // J. Cardiopulm. Rehabil. Prev. – 2011. – V. 31. – P.282 – 289.

Дата поступлення: 03.10.2013 р.