

Е.М. Пушилина, Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС

Абдоминальное ожирение (и тесно связанный с ним метаболический синдром) является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. Актуальность проблемы прогрессирования абдоминального ожирения заключается не только в его широкой распространенности, но и в формировании высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа. Основными причинами быстрого развития ожирения считают высококалорийное питание (которое включает в себя не только количество, но и качество употребляемых в пищу продуктов), малоподвижный образ жизни и генетическую предрасположенность. Авторам данной статьи предлагаются новые технологии управления немедикаментозными методами лечения метаболического синдрома в первичной профилактике ИБС

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, диетотерапия, новые технологии, немедикаментозные методы лечения, методические рекомендации.

Актуальность проблемы.

Последние десятилетия характеризуются значительным ростом случаев метаболического синдрома во всем мире и в Республике Казахстан. Метаболический синдром представляет собой комплекс сцепленных на патобиохимическом и патофизиологическом уровне факторов, обуславливающих чрезвычайно высокий риск развития ишемической болезни сердца и других заболеваний, связанных с атеросклерозом. Это отражает актуальность его раннего выявления для врачей клинической практики. Методы диагностики сочетания компонентов метаболического синдрома и индивидуализация подходов к его коррекции отвечают целям профилактики ишемической болезни сердца.

До настоящего времени ведутся жаркие дебаты о методиках быстрого и качественного снижения веса. Существует множество исследований, посвященных лечению различных компонентов метаболического синдрома. Одна из основных причин неудач на данном поприще, является нехватка времени у врача на амбулаторном приеме[1].

Метаболический синдром (МС) в последние годы стал центром дискуссий среди врачей многих специальностей: кардиологов, эндокринологов, гастроэнтерологов, гинекологов и др. Повышенное внимание к данной проблеме обусловлено, прежде всего, нарастающей распространённостью МС. За последние 15 лет было проведено более 20 эпидемиологических исследований, посвященных распространённости МС. Мета-анализ широкомасштабных исследований показал, что в популяции взрослого населения МС выявляется от 10% в Китае до 24% в США. Эксперты ВОЗ назвали МС пандемией XXI века, и в ближайшие 25 лет прогнозируют увеличение темпов роста МС на 50% [2, 3].

В XXI веке для человечества, преодолевшего на протяжении многовековой истории эпидемии опасных для жизни инфекций, на первое место по актуальности среди всех причин заболеваемости и смертности вышла проблема ССЗ. Существенную роль в этом сыграла модификация образа жизни, связанная с ограничением физической активности, увеличением калорийности пищевых продуктов и неуклонным ростом эмоционально-стрессовых нагрузок. Все это потенцирует основные факторы риска возникновения ССЗ, а именно – повышение артериального давления (АД), дислипидемию, СД и ожирение [4].

Проблема развития МС напрямую связана с образом жизни и нерациональным питанием. С годами накопилось сотни и даже тысячи работ, посвященных МС [5].

Фармацевтическими компаниями изобретено огромное количество препаратов, влияющих на различные звенья патогенеза МС. Но, несмотря на успехи, по данному направлению отсутствуют положительные сдвиги в решении этой проблемы в целом.

Основным компонентом МС, запускающим дальнейший патологический механизм метаболических нарушений, является абдоминальное ожирение (АО). Лечение АО приобретает важное медицинское значение, поскольку рост объема талии напрямую связан с рядом нарушений, которые влияют на продолжительность жизни, опережая такие серьезные факторы риска, как курение и злоупотребление алкоголем [7]. Именно нормализация массы тела обуславливает снижение инсулинорезистентности, улучшение чувствительности к инсулину, снижение АД и регресс нарушенных функций.

Несмотря на множество различных фармацевтических препаратов, разработанных для лечения абдоминального ожирения, управление данной проблемой врачом-клиницистом является весьма сложной задачей и не имеет механизмов, особенно в отношении немедикаментозных методов лечения и организация правильного образа жизни.

Трудности возникают и у врачей, рекомендующих пациентам с МС снижение массы тела. Четко прописанных диетических рекомендаций для лечения больных с МС нет. Есть разработанные диетические столы по Певзнеру, общие рекомендации по гипокалорийному питанию, пищевые пирамиды и т.д. Однако, МС – многокомпонентное заболевание, и если назначать диетический стол по Певзнеру, то следует учитывать все компоненты. Также неотъемлемой частью является обучение больных расчету суточной калорийности. Калорийность для каждого пациента рассчитывается индивидуально, используя специальные формулы, учитывая такие составляющие, как пол, возраст, физическую активность [10]. Повышение физической активности – второй по важности метод немедикаментозного снижения массы тела наряду с диетотерапией. Однако физическая нагрузка должна быть дозированной и индивидуальной для каждого пациента. При неэффективности немедикаментозного лечения возникает необходимость назначения медикаментозной терапии снижения массы тела, однако медикаментозное воздействие должно осуществляться только на фоне продолжающихся немедикаментозных мероприятий. При медикаментозной терапии ожирения необходимо помнить о высокой степени риска ССЗ у пациентов с МС и учитывать влияние на него лекарственных средств. Применение медикаментозных препаратов для лечения ожирения строго ограничено рамками побочных действий и противопоказаний: их используют при ИМТ более 30 кг/м² и при 27 кг/м², сопутствующей патологии и/или более 2-х факторов риска ее развития [11].

Актуальность данной проблемы определяется тем, что обновленная законодательная база Республики Казахстан (законы, правовые акты постановления Правительства РК, приказы и распоряжения МЗ РК, позволяет реально осуществлять для казахстанцев конституционные гарантии по охране здоровья граждан в части реализации соответствующих бюджетных программ оказания бесплатной медицинской помощи, в т.ч. дополнительного лекарственного обеспечения и немедикаментозных методов лечения.

Цель исследования – разработать новые технологии управления по оптимизации немедикаментозных методов в профилактике и лечении пациентов с ИБС на фоне метаболического синдрома с последующей разработкой методических рекомендаций в помощь практикующему врачу.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили опрос пациентов в виде выборочного анкетирования. Большинство опрошенных лиц были мужчины и женщины в возрасте (от 39-63 лет) с ИМТ более 28, лица с ожирением I-III степени.

По результатам анкетирования пациенты отмечают о неоднократных попытках снижения массы тела с недостаточной эффективностью ввиду недостаточной мотивации, сопротивлению новому образу активности и сложностью применимых диет. При этом информацию об использовании той или иной диеты пациенты находят в сети интернет, подчеркивая что на приеме у терапевтов и врачей смежных специальностей они лишь слышат рекомендации - «вам нужно похудеть» с приложенным списком рекомендуемых продуктов, не объясняя, зачем и как пациенту необходимо худеть.

В свою очередь со стороны терапевтов и врачей смежных специальностей отмечаются наблюдения что пациентами чаще используется применение различных фармацевтических препаратов и БАД комплексов, сопровождающихся высокой ценой. Однако «нашему» пациенту легче купить «волшебную таблетку» чем выйти за пределы так называемого дискомфорта во имя сохранения и улучшения качества своей жизни. К тому же медицинский персонал акцентирует внимание на отсутствие специальных кабинетов для работы с такого рода пациентами, более того, врач не обладает ни временем для широкого и внятного объяснения методики снижения веса, ни необходимой информацией.

На основании анкетирования были сделаны выводы об отсутствии индивидуального комплексного подхода в профилактике и лечении лиц с метаболическим синдромом, а также о низком авторитетном влиянии врача как наставника в попытке оказания влияния на изменение образа жизни пациента.

В ходе исследования был проведен анализ литературных источников ближнего и дальнего зарубежья, результаты исследований в этой области. Медицинская документация в виде данных амбулаторных и стационарных карт медицинской организации ТОО Институт Хирургии «Mediterra» г. Алматы за 2016-2017 год. В ходе медицинской практики нельзя не сказать о том, что у большинства пациентов отсутствует понятие о здоровом образе жизни. Все знают, что не надо принимать алкоголь в избыточном количестве, вредно курить, но понятие здорового питания размыто даже у образованных людей.

В настоящее время объединенной комиссией по качеству медицинских услуг министерства здравоохранения и социального развития РК от 18 августа 2017 года одобрен Клинический протокол № 26 - Диагностика и лечение «Ожирение у взрослых».

Результаты и их обсуждение.

В Государственной программе Развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы одной из основных направлений деятельности СОЗ станут управление общественным здоровьем, изменения в направлении поддержания здоровья и поведенческих стереотипов населения через просвещение, консультацию, пропаганду, поощрение здорового образа жизни на основе межведомственного взаимодействия ПМСП с заинтересованными государственными органами (санитарно-эпидемиологической, экологической, ветеринарной служб). Развитие системы общественного здравоохранения интегрированного с практическим здравоохранением желает быть лучшим, особенно в отношении немедикаментозных методов профилактики ИБС [2]. На основании данной программы основными функциями СОЗ станут:

- повышение информированности населения и его вовлечение в мероприятия по профилактике и снижению вредного воздействия различных факторов окружающей среды, нездорового питания и поведенческих рисков;
- обеспечение, координация и расширение межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения страны;
- обеспечение контроля за соблюдением законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья;
- внедрение международных систем долгосрочного моделирования и прогнозирования развития заболеваний на региональном и национальном уровнях.

Деятельность СОЗ будет тесным образом интегрирована с системой оказания медицинской помощи населению, особенно с ПМСП, специализированными научно-исследовательскими организациями и программами.

За рубежом первостепенным пунктом в лечении МС является коррекция веса путем пересмотра вредных привычек, специализированной диетотерапии, изменения образа жизни, а также подбора комплекса физических нагрузок через индивидуальный подход. И лишь при малой эффективности данных рекомендаций пациенту предлагается лекарственная терапия. Таким образом существует важная необходимость во внедрении, контроле и управлении системного подхода в отношении немедикаментозных методов лечения Метаболического синдрома с последующим получением результатов в отношении первичной профилактики ИБС.

Выводы:

С целью развития межсекторального взаимодействия необходимо предусматривать комплексные меры:

- 1) повышение уровня информированности населения об ИБС и главного фактора риска как метоболический синдром;
- 2) формирование здорового образа жизни;
- 3) формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность);
- 4) здоровое сбалансированное питание;
- 5) рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом;
- 6) обеспечение постоянного доступа к питьевой воде, уменьшение загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума с учетом данных мониторинга их влияния на состояние заболеваемости населения.

Охрана и укрепление здоровья человека будут нацелены на профилактические мероприятия по снижению внешних и поведенческих факторов риска возникновения заболеваний и их последствий с учетом возрастных и социальных особенностей человека, которые начнутся с первых дней жизни ребенка и будут продолжены во всех возрастных периодах. Будут предприняты меры по поддержанию здорового старения, направленные на сохранение трудовой активности, перераспределение работы в течение жизни и социальную поддержку.

В рамках развития межсекторального взаимодействия будет обеспечено проведение согласованной политики охраны и укрепления здоровья населения на всех уровнях управления, в том числе путем внедрения новых технологий управления немедикаментозными методами лечения метаболического синдрома в первичной профилактике ИБС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стрелкова С.Н., Овсянников К.В., Уткина Н.И. Роль немедикаментозных методов лечения метаболического синдрома: трудности и перспективы // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. - №12(6). – P. 725-732.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы
- 3 Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view // Diabetic medicine. – 2003. - №20(9). – P. 693-702.
- 4 Lakka H. M., Laaksonen D. E., Lakka T. A., Niskanen L. K., Kumpusalo E. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men // JAMA. – 2002. - №4. – P. 2709–2716.
- 5 Chazova I.E., Sliver V. B. Metabolic syndrome. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika. – 2003. - №3. – 328 p.
- 6 Dedov I.I., Melnichenko G.A., Romantsova T.I. Obesity. – М.: MIA, 2004. – 271 p.
- 7 Edvin A.M., Gale E. Should we dump the metabolic syndrome? // BMJ. – NY: 2008. - №336. – P. 6401-6408.
- 8 Kahn R., Buse J., Ferrannini E., Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: jointstatement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes // Diabetes Care. – 2005. - №28(9). – P. 2289-2304.
- 9 Ivashkin V. T., Drapkina O.M., Korneeva O.N. Clinical variants of metabolic syndrome. – М.: Medical Information Agency, 2012. – 364 p.
- 10 Birketvedt G.S., Florholmen J., Sundsfjord J., et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome // JAMA. - 1999. - №282(7). – P. 657-663.
- 11 Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome // Circulation. – 2005. - №112(17). - P. 2735-2752.
- 12 Yeganyan R.A., Kalinina A.M. School of Health. Overweight and obesity. – М.: Geotar Media, 2010. – 129 p.

Е.М. Пушилина, Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

ПРЕПАРАТЫН БАСТАПҚЫ КЕЗДЕ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМДЫ ЕМДЕУДІҢ ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ЕМЕС ӘДІСТЕРІН БАСҚАРУДЫҢ ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

Түйін: Құрсақ семіздік (және тығыз байланысты метаболикалық синдром) әлемдегі ең көп тараған аурулардың бірі болып табылады. Құрсақ семіру прогрессияның проблеманың өзектілігі оның жоғары таралуы, сонымен қатар жүрек-қан тамырлары ауруы және 2 типті қант диабеті дамыту жоғары тәуекел қалыптастыруда ғана емес, семіздік қарқынды дамуының негізгі себептері, отырықшы өмір салтын және тұқымқуалаушылық (саны, сондай-ақ тамақ өнімдерінің сапасын ғана емес, оның ішінде) жоғары калориялы азық-түлік болып саналады. Осы мақаланың авторы бастапқы алдын алу метаболизмдік синдромның жаңа басқару технологиясы емес есірткі емдеу ұсынады

Түйінді сөздер: метаболикалық синдром, семіздік, диета терапиясы, жаңа технологиялар, фармакологиялық емес емдеу әдістері, әдістемелік ұсыныстар.

E. Pushilina, E.S. Uteuliyev, T.Kh. Khabiyeva

Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty

NEW TECHNOLOGIES FOR MANAGEMENT OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PRIMARY PREVENTION OF IHD

Resume: Abdominal obesity (and a closely related metabolic syndrome) is one of the most common diseases in the world. The urgency of the problem of the progression of abdominal obesity lies not only in its widespread prevalence, but also in the formation of a high risk of developing cardiovascular diseases and type 2 diabetes. The main reasons for the rapid development of obesity are high-calorie nutrition (which includes not only the quantity but also the quality of foods consumed in food), a sedentary lifestyle and a genetic predisposition. The author of this article proposes new technologies for management of non-pharmacological methods of treatment of metabolic syndrome in primary prevention of CHD.

Keywords: metabolic syndrome, obesity, diet therapy, new technologies, non-pharmacological methods of treatment, methodical recommendations.