

КОМПЛЕКСЕН ПОДХОД В ТЕРАПИЯТА НА ВИСОКОРИСКОВИ БОЛНИ

Доц. Цветелина Танкова

Клиника по диабетология, КЦЕГ, СБАЛЕНГ, София

Сърдечно-съдовите заболявания са водеща причина за смърт в Европа, като честотата им прогресивно се увеличава. Сред модифицируемите сърдечно-съдови рискови фактори са захарен диабет, артериална хипертония, тютюнопушене, дислипидемия, затлъстяване. Хората с метаболитен синдром и захарен диабет, които се приемат за еквивалент на исхемична болест на сърцето (ИБС), се отнасят към групата на високо-рисковите пациенти.

Метаболитният синдром има редица синоними – синдром на инсулинова резистентност, плуриметаболитен синдром, смъртоносен квартет, синдром X. Светът е изправен пред епидемия от метаболитен синдром, честотата му прогресивно се увеличава, обхваща и младата възраст. Най-вероятни причини за това са застаряването на населението, урбанизацията, “западен” начин на живот с намалена физическа активност и нездравословно хранене, наднормено телесно тегло и затлъстяване. Метаболитният синдром е свързан с лоша прогноза – рискът от сърдечно-съдова смъртност е около 4 пъти по-висок при лица с метаболитен синдром в сравнение с останалата популация. Съществуват различни определения на метаболитния синдром, но най-актуално е въведеното от Международната диабетна федерация (IDF) през май 2005 г.

Определение за метаболитен синдром:

обиколка на талията >80 см (жени) и >94 см (мъже) (за европейската раса) + наличие на поне 2 от следните фактори:

- кръвна захар >5.6 mmol/l
- артериално налягане > 130/85 mmHg
- триглицериди >1.7 mmol/l
- HDL-холестерол <1.3 mmol/l (жени) и < 1.0 mmol/l (мъже)

Метаболитният синдром, освен с посочените елементи, се характеризира и с микроалбуминурия, протромботично състояние, намалена фибринолитична активност, ендотелна дисфункция, нискостепенно хронично възпаление, атерогенеза. Той представлява патофизиологична единица, а не случайно съчетание на посочените заболявания.

Задължително условие за метаболитен синдром е наличието на висцерално затлъстяване, което е свързано с редица метаболитни и сърдечно-съдови рискови фактори като артериална хипертония, дислипидемия, захарен диабет, както и с повишен риск от сърдечно-съдова смъртност. През 1998 г. Американската кардиологична асоциация определи затлъстяването като главен модифицируем рисков фактор за исхемична болест на сърцето.

Захарен диабет тип 2 се определя като “ИБС еквивалент”, тъй като рискът от последващ сърдечно-съдов инцидент при хора с диабет е сходен с този на недиабетични с предшестващ сърдечно-съдов инцидент.

При захарен диабет и метаболитен синдром е налице т. нар. атерогенна дислипидемична триада:

- повишено ниво на малките, плътни LDL-частици. Нормалното ниво на LDL-холестерола при захарен диабет може да е подвеждащо, тъй като при тези пациенти са водещи качествените промени – преобладават на брой малките, плътни частици, които са по-атерогенни от големите частици поради повишената си склонност към окисление, повишен съдов пермеабилитет, конформационни промени в apo-B, намален афинитет към LDL-рецептора;
- ниско ниво на HDL-холестерола;
- повишено ниво на триглицеридите.

HDL-холестеролът и триглицеридите са известни като независими сърдечно-съдови рискови фактори. Ниските нива на HDL-холестерола повишават риска от ИБС дори при нормални нива на общия холестерол и на LDL-холестерола .

ПОДХОД ПРИ МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ

При метаболитен синдром е необходим агресивен комплексен подход към всички негови елементи – захарен диабет, затлъстяване, артериална хипертония, дислипидемия. Трябва да се има предвид, че и контролът на захарния диабет не е само контрол на нивото на кръвната захар. В миналото остана т. нар. глюкоцентричен подход към заболяването. Понастоящем се приема, че подходът към захарния диабет трябва да е комплексен и да се контролират всички съпътстващи заболяването рискови фактори.

Контрол на кръвната захар

Основна цел на лечението на захарния диабет (IDF) е постигане на стойности на кръвната захар, тахимално близки до тези на здрави лица:

- плазмена глюкоза на гладно – 4.4-6.1 mmol/l
- постпрандиална плазмена глюкоза – 4.0-7.5 mmol/l
- HbA_{1c} < 6.5%

Различават се следните степени на гликемичен контрол:

Показател	Добър	Задоволителен	Лош
HbA _{1c} (%)	≤6.5%	>6.5%	>7.5%
Плазмена глюкоза на гладно	≤6.1 mmol/l	>6.1 mmol/l	≥7.0 mmol/l
Постпрандиална плазмена глюкоза	<7.5 mmol/l	≥7.5 mmol/l	>9.0 mmol/l

Има данни, че покачването на HbA_{1c} над 6.5% е свързано с риск от макроvascularни усложнения на диабета, а над 7.5% - с риск от микроvascularни усложнения. Ето защо целта на лечението при захарен диабет е постигане на отличен гликемичен контрол - HbA_{1c} под 6.5%.

Данните от Проспективното проучване на диабета във Великобритания (United Kingdom Prospective Diabetes Study – UKPDS) недвусмислено показаха, че подобряването на гликемичния контрол при захарен диабет тип 2, независимо с какви средства е постигнато, значимо намалява риска от поява и прогресиране на усложненията на заболяването. Установено е, че всяко снижение на HbA_{1c} с 1% значимо намалява риска от всички усложнения на диабета.

Препоръчва се при лечението на захарен диабет тип 2 да се прилагат медикаменти, които имат и други благоприятни ефекти извън снижението на кръвната захар, като например метформин, тиазолидиндиони, гликлазид и др. Благоприятното повлияване на инсулиновата резистентност и свързаните с нея рискови фактори при приложение на метформин отнежда място на медикамента при метаболитен синдром, независимо от това дали има нарушения във въглеродния толеранс или не.

Контрол на липидите

Националната програма за обучение относно холестерола (NCEP) и по-специално панелът за лечение на възрастни (ATP III) **определи терапевтични препоръки при метаболитен синдром**, подчертавайки, че тази констелация от рискови фактори, включваща и отклонения в липидите, е свързана с повишен риск от съдови инциденти.

Прицелните терапевтични нива по отношение на липидите при пациенти с ИБС и ИБС еквиваленти са сходни. Поради това прицелните нива на тези показатели при метаболитен синдром и захарен диабет трябва да са:

- LDL-холестерол <2.6 mmol/l
- HDL-холестерол >1.3 mmol/l (жени); >1.0 mmol/l (мъже)
- Триглицериди <1.7 mmol/l

Целта на антилипемичното лечение е нивото на LDL-холестерола да падне <2.6 mmol/l.

С оглед на водещите нарушения се препоръчват:

- За снижаване на нивото на LDL-холестерола - **статин** (сnižението на LDL-холестерола със статин е свързано с намаление на сърдечно-съдовия риск);
- За повишаване на нивото на HDL-холестерола – **никотинова киселина, фибрати**;
- За снижение на нивото на триглицеридите – **фибрати, статини**;

Намалението на триглицеридите и увеличението на HDL-холестерола е свързано с редуциране на сърдечно-съдовия риск при пациенти с клинично проявено сърдечно-съдово заболяване.

Контрол на артериалното налягане

Прицелни нива на артериалното налягане при захарен диабет и метаболитен синдром са:

- При нормална екскреция на албумин <130/80 mmHg
- При наличие на протеинурия (>1g/24 часа) <125/75 mmHg

Поведение при различни стойности на артериалното налягане при метаболитен синдром и захарен диабет

	Систолно (mmHg)	Диастолно (mmHg)
Нормално артериално налягане	<130	<80
Промяна в стила на живот (изчаква се до 3 месеца)	130-139	80-89
Променен стил на живот + включване на медикамент	>140	>90

Началната терапия при артериално налягане >140/80 mmHg трябва да е с **медикамент**, за който е доказано, че намалява сърдечно-съдовите инциденти при захарен диабет и метаболитен синдром – АСЕ-инхибитор, ангиотензин-рецепторен блоккер (АРБ), бета-блоккер, диуретик или калциев антагонист. Всички пациенти с диабет и артериална хипертония трябва да се лекуват с режим, включващ АСЕ-инхибитор или АРБ. Обичайно се започва с монотерапия, но при болшинството от пациентите за постигане на прицелните нива на артериалното налягане се налага приложение на комбинирана терапия (два или повече медикамента в подходящи дози). При исхемична болест на сърцето първи избор са бета-адренергичните блокери. След миокарден инфаркт или левокамерна дисфункция бета-блокери и АСЕ-инхибитори са особено полезни.

Контрол на телесното тегло

Пациентите със захарен диабет трябва да бъдат стимулирани за постигане и поддържане на нормално телесно тегло - ИТМ < 25.0 kg/m². Установено е, че дори

умереното снижаване на телесното тегло (с 5 до 10%) може значимо да намали риска от смъртност сред хората с усложнения на затлъстяването. Има доказателства, че загубата на тегло може да окаже благоприятен ефект по отношение на профилактика на двете от най-честите усложнения на затлъстяването – захарен диабет тип 2 и артериална хипертония.

Контрол на тютюнопушенето

Тютюнопушенето трябва да се спре или поне да се доведе до минимум, тъй като има данни за неблагоприятен ефект върху периферното инсулиново действие, т.е. за загълбочаване на наличната инсулинова резистентност при метаболитен синдром.

Метаболитният синдром е съчетание от сърдечно-съдови рискови фактори. Той е свързан с повишена сърдечно-съдова болестност и смъртност. Среща се във всяка възраст и честотата му прогресивно се увеличава. Необходим е комплексен подход за контрол на множеството рискови фактори, което е изключително важно за подобряване на прогнозата на пациентите.