



## Профессор Л.А. ЗВЕНИГОРОДСКАЯ: «Назрела необходимость выработать единый подход к ведению больных с сочетанными заболеваниями»

*Сегодня разработкой современных методов диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с метаболическим синдромом, занимаются врачи различных специальностей. В отдельную группу можно выделить пациентов гастроэнтерологического профиля, поскольку ряд заболеваний органов желудочно-кишечного тракта встречается у больных с метаболическим синдромом так же часто, как и заболевания сердечно-сосудистой системы. Как считают специалисты, эффективная терапия у больных с метаболическим синдромом невозможна без коррекции пищевого поведения и нормализации содержания гормонов, ответственных за пищевое поведение. О том, какая научно-исследовательская работа проводится в этом направлении, какие новые методы применяются в диагностике и лечении больных с метаболическим синдромом, рассказывает доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделом изучения метаболического синдрома ЦНИИ гастроэнтерологии Москвы Лариса Арсентьевна ЗВЕНИГОРОДСКАЯ.*



## Тема номера: заболевания ЖКТ и метаболический синдром

– Существует ли связь между метаболическим синдромом и полиморбидностью?

– Проблема метаболического синдрома (МС), несмотря на давность ее изучения, привлекает пристальное внимание клиницистов. В настоящее время, пожалуй, нет ни одного специалиста, который бы не сталкивался с заболеваниями, ассоциированными с метаболическим синдромом. Понятие метаболического синдрома появилось в 1960-е гг. Наиболее удачное и понятное для клиницистов определение этого состояния дал в 1988 г. Г. Риван (G. Reaven). Метаболический синдром, или «синдром X», или синдром инсулинорезистентности, является основой полиморбидности и коморбидности. Кроме этого основного признака в числе других обязательных критериев МС – повышенное артериальное давление, атерогенная дислипидемия, и, конечно же, основной составляющей МС является абдоминальный тип ожирения. Висцеральная жировая ткань представляет собой эндокринный орган, обладающий аутокринной и паракринной функциями.

У больных с МС в первую очередь повышен риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. С МС также ассоциируются сахарный диабет, заболевания печени, в частности неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП); синдром поликистозных яичников; заболевания опорно-двигательного аппарата – артрозы, артриты; заболевания бронхолегочной системы, например, угрожающее больному состояние – синдром ночного апноэ, и целый ряд других серьезных заболеваний. Таким образом, МС и до настоящего времени таит в себе больше вопросов, чем ответов.

– Какие аспекты выходят на первый план в терапии метаболического синдрома?

– Главной целью лечения больных с МС является снижение массы тела. К сожалению, в последние

десятилетия ожирение приобрело характер неинфекционной эпидемии. Избыточный вес сегодня имеют более 60% населения планеты. Те же статистические данные приводятся и по Москве. Немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела, изменение стереотипов пищевого поведения, пищевой аддикции эффективны, только когда больной и врач постоянно взаимодействуют. Особенно это важно в период реабилитации после снижения веса. Однако реально помочь пациенту с индексом массы тела (ИМТ) выше 40 кг/м<sup>2</sup> может, на мой взгляд, только бариатрическая хирургия – проведение шунтирующих, например билиопанкреатического шунтирования, рестриктивных операций с целью уменьшения активной зоны пищеварения и т.д. Так, в США, где ежегодно регистрируется 300 000 смертей от заболеваний, связанных с ожирением, бариатрические операции нашли широкое применение. У нас к этому методу пока настороженное отношение, однако уже в ближайшее десятилетие бариатрическая хирургия найдет широкое применение и в нашей стране. Дело в том, что терапевтические методы лечения ожирения, как правило, имеют кратковременный эффект по причине низкой приверженности пациентов лечению. Через некоторое время больные возвращаются к прежним пищевым привычкам, к прежнему ритму питания, в результате чего они набирают, как правило, еще большую массу тела, чем до коррекции веса. Изменить образ жизни, навсегда отказавшись от привычных и любимых пищевых пристрастий, очень сложно. В этой связи хочу подчеркнуть: ожирение – это хроническое, рецидивирующее заболевание с очень серьезными, опасными осложнениями, вплоть до острых сердечно-сосудистых событий, и требует постоянного, пожизненного наблюдения.

Все эти факты заставляют ученых-клиницистов изменить вектор своих исследований и больше

Разработка наиболее оптимальных схем лечения при сочетанной патологии – одна из актуальнейших задач современного здравоохранения. Наиболее часто встречающиеся сочетанные заболевания – это болезни органов пищеварения и сердечно-сосудистые заболевания.

внимания уделять профилактике и раннему выявлению групп риска развития МС, профилактике ожирения. В последнее время мы изучаем особенности пищевого поведения, гормоны, ответственные за чувство голода и насыщения, – лептин, грелин, холецистокинин, оцениваем состояние эндоканнабиноидной системы, ее роль в развитии морбидного ожирения.

– Лариса Арсентьевна, расскажите о тех научных исследованиях, которые проводятся в ЦНИИ гастроэнтерологии по вопросам диагностики и лечения абдоминального ожирения и связанных с ним заболеваний.

– Согласно результатам исследований, проводимых ЦНИИ гастроэнтерологии совместно с РМАПО, основные факторы ожирения формируются уже в детском возрасте. Родители пухленьких розовощеких ребятшек порой даже не подозревают, что подкрадывается серьезное заболевание, что именно в этот период закладываются механизмы метаболических нарушений. Полнота ребенка, как правило, не признак здоровья, а свидетельство нарушений жирового обмена, развития жировой болезни печени. Поскольку ожирение носит полигенный характер, если в семье хотя бы один из родителей имеет абдоминальное ожирение и/или сахарный диабет, ребенка нужно как можно раньше обследовать. Однако генетическая предраспо-



## Тема номера: заболевания ЖКТ и метаболический синдром

ложенность лишь предопределяет тенденцию к избыточному накоплению жировой ткани, а насколько она будет реализована, зависит от целого ряда факторов. В этой связи очень важны правильное формирование пищевого поведения у детей, стиль жизни родителей. Родители нередко прибегают к так называемому пищевому вознаграждению детей: походы в «Макдональдс», поощрения в виде шоколадок, киндер-сюрпризов, тортиков и т.д.; часто родители устраивают обильные застолья в присутствии детей, в семьях полных людей бытует культ обильной еды, так называемые «пищевые кутежи» – все это формирует па-

ча более охотно и педантично. Это свидетельствует о том, что профилактику МС следует начинать в детском и подростковом возрасте.

**– В чем опасность НАЖБП? Как нужно лечить это заболевание?**

– Уже вошло в практику позиционировать неалкогольную жировую болезнь печени как следствие безобидного переедания. Как правило, болезнь диагностируется по результатам УЗИ в стадии стеатоза. Напомню: термин «неалкогольная жировая болезнь печени» как нозологическая форма стал применяться не так давно, еще тридцать лет назад мы говорили о неалкогольном стеатогепатите, а стадия стеатоза трактовалась как безобидное состояние, которое развивается самостоятельно и может иметь регрессивное течение. В 2004 г. было введено понятие НАЖБП, включающее несколько патогенетически связанных механизмов поражения печени, или стадий заболевания: стеатоз, неалкогольный стеатогепатит, фиброз и цирроз печени.

Известно несколько факторов риска развития ожирения печени, главные из которых – избыток жиров в пище в сочетании с дефицитом белков и витаминов, лекарственная терапия глюкокортикоидными, нестероидными противовоспалительными препаратами, эстрогенами, амиодароном и др. Однако можно считать доказанным, что в большинстве случаев НАЖБП представляет собой компонент метаболического синдрома. У большинства больных НАЖБП выявляется атерогенная дислипидемия, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность. Дело в том, что печень не только становится органом-мишенью нарушений липидного обмена, но и сама участвует в патогенезе атерогенной дислипидемии. Специалисты Национального института здоровья США рассматривают НАЖБП как основной фактор риска и причину сердечно-сосудистых заболеваний. Атерогенная дислипидемия, в свою очередь, является важнейшим фак-

тором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, но все процессы, связанные с развитием атерогенной дислипидемии, осуществляются на уровне гепатоцита. Известно, что «золотым стандартом» лечения атерогенной дислипидемии являются статины. Во избежание такого осложнения терапии статинами, как гепатотоксичность, обязательно следует провести глюкозотолерантный тест. При выявлении инсулинорезистентности в первую очередь необходимо восстановить чувствительность клеток к инсулину и уже после этого или параллельно с этим назначать статины. Современные представления о лечении атерогенной дислипидемии основываются на двойном ингибировании синтеза холестерина и его абсорбции. Именно поэтому у больных с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний для достижения целевых уровней холестерина ЛПНП и снижения побочных гепатотоксичных эффектов наиболее эффективна комбинация статина с ингибитором абсорбции холестерина + терапия сопровождения – гепатопротекторы.

Гиполипидемическую терапию следует проводить с учетом стадии НАЖБП. При НАЖБП в стадии стеатоза целесообразна комбинация гиполипидемической терапии с эссенциальными фосфолипидами. При НАЖБП в стадии неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) необходимо сочетать прием препаратов, снижающих холестерин, с препаратами урсодезоксихолевой кислоты (Урсосан). У больных с высоким уровнем гиперхолестеринемии для достижения целевых уровней ХС ЛПНП и снижения побочных эффектов оптимальной является комбинация статинов с ингибитором абсорбции холестерина – эзетимибом. При изолированной гипертриглицеридемии препаратами выбора являются фибраты (Трайкор). В комплекс гиполипидемической терапии у больных с НАЖБП необходимо включать препараты, нормализующие ки-

Необходимо объединить усилия всего медицинского сообщества: педиатров, кардиологов, терапевтов, гастроэнтерологов и других специалистов. Целью консолидации должна быть выработка единого подхода к ведению больных с сочетанными заболеваниями.

тологические типы пищевого поведения в семье в целом и у детей в частности. Кстати, у наших педиатров очень низкая настороженность в отношении детского ожирения. А ведь у таких ребятшек наблюдается и эпизодическое повышение давления, и нарушения липидного обмена, развивается инсулинорезистентность. К примеру, у моей пациентки 14 лет уровень триглицеридов – 1,9 ммоль/л, пропорции тела уже формируются по абдоминальному типу.

Кстати, корректировать пищевое поведение и избыточный вес у детей легче, чем у взрослых. Девочка мечтает вырасти и стать красивой девушкой, добиться карьерного роста, быть успешной, поэтому она выполняет все рекомендации вра-



## Тема номера: заболевания ЖКТ и метаболический синдром

печеную микрофлору: кишечные антисептики (Альфа Нормикс), пре- и пробиотики (Бактистатин, Бифиформ, Споробактерин и др.).

### – В чем актуальность проблемы сочетанных заболеваний?

– Когда я читаю лекции практическим врачам, мне часто задают вопросы, касающиеся терапии сочетанных заболеваний. К примеру, больной с ишемической болезнью сердца перенес инфаркт, он принимает кардиоселективные бета-блокаторы, дезагреганты, препараты, нормализующие свертываемость крови, антикоагулянты, противоритмические препараты, средства для снижения артериального давления, всего 5–8 наименований. И вдруг у этого больного развивается язвенное кровотечение на фоне приема антикоагулянтов, дезагрегантов или обостряется язвенная болезнь. Как следствие, ко всем вышеперечисленным добавляются еще 3–5 препаратов. Ситуация отнюдь не редкая. К слову, наиболее часто встречающиеся сочетанные заболевания – это болезни органов пищеварения и сердечно-сосудистые заболевания.

Наша медицина сегодня находится в плену существующих стандартов. Есть стандарты лечения язвенной болезни, гепатита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ишемической болезни сердца и др. Формальное, но вместе с тем обязательное следование этим стандартам в клинической практике приводит к полипрагмазии или недостаточно эффективной терапии конкурирующих заболеваний. Разработка наиболее оптимальных схем лечения при сочетанной патологии – одна из актуальнейших задач современного здравоохранения.

### – Отмечены ли какие-нибудь закономерности в развитии гастроэнтерологических заболеваний у пациентов с метаболическим синдромом?

– Первое место по частоте возникновения у больных с МС занимает гастроэзофагеальная рефлюксная

болезнь (ГЭРБ), причем, как правило, эндоскопически негативная. Далее: НАЖБП, билиарная патология, холестероз желчного пузыря, желчнокаменная болезнь, липогенный панкреатит, а также дивертикулярная болезнь кишечника. Дивертикулярная болезнь толстой кишки, ГЭРБ и НАЖБП выявляются практически у 80% больных с абдоминальным ожирением.

Как я уже упоминала выше, часто встречается сочетание патологии органов пищеварения и сердечно-сосудистых заболеваний, например ГЭРБ и ишемической болезни сердца. Пищевод и коронарные сосуды имеют одну иннервацию и идентично реагируют на бета-блокаторы: препараты, снимая спазм коронарных артерий, снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливая рефлюкс. Наиболее ярко это действие выражено у препаратов нитрогруппы. Таким образом, облегчая одни симптомы, мы провоцируем развитие других, поэтому мы должны внимательно относиться к выбору терапии. Так, больным с МС не рекомендуется назначать прокинетики центрального действия (метоклопрамид), которые показаны при лечении ГЭРБ. У больных с МС повышается уровень пролактина, что вызывает гиперпролактинемия. Не всем больным ГЭРБ показан длительный прием ингибиторов протонной помпы. И таких нюансов много, поэтому необходим, с одной стороны, индивидуальный подход, а с другой – комплексный подход к лечению больного с полиморбидностью, к тому же при условии соблюдения стандартов. А это бывает очень сложно.

### – Чем чревато отсутствие единой терапевтической тактики и согласованных действий между врачами в лечении больных с сочетанными заболеваниями?

– Полипрагмазия приводит к проблеме лекарственных поражений. И это отнюдь не единичные случаи, ведь сегодня большинство пациентов с полиморбидностью. Назначение

препаратов в таком количестве, которое можно на данный момент наблюдать в историях болезни, ведет к возникновению целого ряда побочных эффектов, прежде всего к токсическим поражениям печени. При этом речь идет не только о пациентах старшего возраста. Это острые токсические гепатиты и тяжелые холестатические гепатиты у молодых людей, возникающие на фоне употребления энергетических и слабоалкогольных напитков, у спортсменов – на фоне приема анаболических. Тяжелейшие осложнения дают ряд контрацептивов. Как упоминалось выше, существует целый ряд препаратов с заведомо гепатотоксичным действием, к примеру те же статины. Это не означает, что врач назначил «плохой» препарат, а говорит о том, что своевременно не была выявлена тяжелая патология, которая привела к тому, что на фоне больной печени реализуются все негативные последствия препарата, которые у здорового человека не разовьются.

### – Как же все-таки лечить пациентов с сочетанными заболеваниями?

– Необходимо объединить усилия всего медицинского сообщества: педиатров, кардиологов, терапевтов, гастроэнтерологов и других специалистов. Целью консолидации должна быть выработка единого подхода к ведению больных с сочетанными заболеваниями. В целом вопросы полиморбидности следует более широко обсуждать, в том числе на конференциях, и разрабатывать терапевтические, физиотерапевтические, хирургические подходы к лечению. Думаю, что должны быть также созданы центры семейной медицины, школы по лечению ожирения, реабилитационные центры с активным привлечением различных специалистов, в том числе и педиатров. Безусловно, существует много социальных аспектов этой проблемы, которая должна решаться на государственном уровне. ☺

Беседовала Алла Князева

гастроэнтерология