

D может улучшить приверженность пациентов к лечению, что следует учитывать при необходимости коррекции витамина D.

Ключевые слова: фармакокинетика; колекальциферол; недостаточность и дефицит витамина D.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: КОМОРБИДНОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА

*Акимова А.В., Попов А.А., Аристархова К.Н., Машканцева М.Ю.,
Кондрашова Е.В.*

*Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация*

Введение. Метаболический синдром (МС) является наиболее распространенным примером коморбидности в клинике внутренних болезней. Среди пациентов терапевтического стационара многие имеют одновременно несколько хронических заболеваний, связанных общностью патогенеза (коморбидность), или не имеющих взаимосвязи (полиморбидность или мультиморбидность) [1].

МС признан «пандемией XXI века». По данным ВОЗ, около 30% жителей планеты имеют избыточный вес, причем численность людей, страдающих ожирением, возрастает каждые 10 лет на 10%. С наступлением менопаузы треть женщин страдает ожирением, 85% из них имеет абдоминальную форму, 43% имеют избыток массы тела [2].

МС включает в себя артериальную гипертензию (АГ), абдоминальное ожирение, нарушения липидного обмена (атерогенные дислипидемии) и инсулинорезистентность (ИР). Наличие такого сочетания патологии увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета (СД), а также способствует развитию таких заболеваний, как неалкогольный стеатогепатит, желчнокаменная болезнь, синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). МС ассоциирован с развитием поликистоза яичников, а также — с некоторыми формами рака: рак груди, предстательной железы, поджелудочной железы, колоректальный рак.

Ключевую роль в развитии АГ у больных с МС играют ИР и гиперинсулинемия. ИР способствует активации симпатической нервной системы (СНС), развитию вазоконстрикции резистивных артериальных сосудов, повышению сердечного выброса, периферического сопротивления и задержке ионов натрия в почках. Кроме того, инсулин обладает антиадренергиче-

ским эффектом, так как на 30-40% усиливает реабсорбцию ионов натрия на уровне проксимальных и дистальных канальцев нефронов [3].

Коморбидность закономерно приводит к полипрагмазии, что делает невозможным контроль над эффективностью и безопасностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов и снижает их приверженность к терапии и сотрудничеству с врачом. Таким образом, коморбидность является актуальной проблемой в клинике внутренних болезней.

Цель исследования – оценка коморбидности и десятилетней выживаемости пациентов с метаболическим синдромом, находившихся на лечении в неотложном терапевтическом стационаре.

Материалы и методы исследования. Проведено одномоментное исследование на базе отделения неотложной терапии ЦГКБ №6 (г. Екатеринбург). В исследование на основе добровольного информированного согласия включили человек (67 женщин и 24 мужчины). Критерии включения: АГ в сочетании с метаболическими нарушениями (абдоминальное ожирение, нарушения углеводного обмена: повышенная гликемия натощак, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа). Критерии исключения: онкологические заболевания, психические заболевания, отказ от участия в исследовании.

Оценивали уровни артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), индекса массы тела (ИМТ). Выясняли уровень физической нагрузки (часов в сутки, проведенных «на ногах»), Частоту госпитализаций (раз в год), получаемую медикаментозную терапию. Анализировали биохимические показатели крови (холестерин, глюкозу натощак, креатинин), при отсутствии противопоказаний проводили 6-минутную шаговую пробу (6 МШП) с определением функционального класса (ФК) пациента.

Определяли выраженность тревоги и депрессии с помощью Госпитальной шкалы (HADS), выраженность одышки - с помощью 10-балльной шкалы Borg. Рассчитывали индекс курящего человека (пачка/лет). Для каждого пациента произвели расчет индекса коморбидности Чарлсона [4] и процент десятилетней выживаемости с использованием он-лайн калькулятора: [https://www.thecalculator.co/health/ Charlson-Comorbidity-Index-\(CCI\)-Calculator-765.html](https://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-(CCI)-Calculator-765.html)

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Statistica 10.0, применяли непараметрический критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена. Различия признаны достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Из 91 пациентов отделения неотложной терапии женщин - 67 (73,6%), мужчин - 24 (26,4%). Медиана возраста составила 74,5 (64,5÷82) лет, ИМТ - 30,5 (27,2÷34,4) кг/м², окружность талии 109,5 (98÷119) см, 6 МШП 350 (240÷440)м. Показатели тревоги

8(5÷10) баллов HADS и депрессии 9 (6÷11) баллов HADS соответствуют субклиническим уровням. Индекс коморбидности Чарлсона 5 (4÷6).

В настоящем исследовании мужчины были моложе ($p=0,04$), имели меньшие значения ИМТ ($p=0,019$), реже госпитализировались ($p=0,04$), имели более легкие функциональные классы ($p=0,011$), хотя значения индекса курящего человека были достоверно выше ($p=0,000$). Можно предположить, что в генезе АГ у мужчин более выражена роль никотина, а у женщин – роль метаболических нарушений.

Наличие сахарного диабета 2 типа зарегистрировано у 25 пациентов (27,5%) и ассоциировалось с тенденцией к большему весу ($p=0,09$), с более высоким индексом полиморбидности Чарлсона ($p=0,012$) и низкой 10-летней выживаемостью ($p=0,013$).

Повышение возраста пациентов коррелировало со снижением диастолического АД ($r=-0,22, p=0,04$), ЧСС ($r=-0,23, p=0,02$), уменьшением дистанции 6 МШП ($r=-0,41, p=0,009$), утяжелением ФК ($r=0,33, p=0,039$), нарастанием креатинина ($r=0,31, p=0,035$), показателей депрессии ($r=0,39, p=0,007$), индекса коморбидности Чарлсона ($r=0,44, p=0,000$). При этом с возрастом закономерно снижалась 10-летняя выживаемость ($r=0,37, p=0,00$). Выявлена сильная корреляция выживаемости со степенью физической активности ($r=0,53, p=0,000$).

Из медикаментозной терапии более 60 процентов пациентов получают ингибиторы АПФ, и более 50 процентов – диуретики. Бета-адреноблокаторы получают 45,1% исследуемых, по 25,3%- блокаторы рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Статины назначены 12,1%, и 7,7% – агонисты имидазолиновых рецепторов. Таким образом, ингибиторы АПФ или сартаны получают около 85% пациентов, что представляется недостаточным в данной группе. Вместе с тем достаточно высокая частота назначения бета-адреноблокаторов, вероятно, обусловлена наличием ХСН.

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у лиц с МС оказались желчнокаменная болезнь (29,7%), хронический панкреатит (29,7%), которые имеют общие звенья патогенеза. Бронхиальная астма (18,7%), хроническая обструктивная болезнь легких (18,7%), хронический гастрит (15,4%), мочекаменная болезнь (10,9%), остеоартрит (9,9%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (8,8%), хроническая венозная недостаточность (6,6%) и гипотиреоз (6,6%) составили структуру полиморбидности МС.

Выводы:

1. Метаболический синдром часто выявляется у пациентов терапевтического стационара, преимущественно у женщин пожилого возраста.

2. Низкая 10-летняя выживаемость у пациентов с АГ и метаболическими нарушениями коррелирует с тяжестью функционального класса, наличием отеков, одышки и сахарного диабета, что свидетельствует о необходимости профилактики и адекватной терапии ХСН, своевременного контроля показателей углеводного обмена и адекватной терапии СД.

3. Сильная положительная корреляция 10-летней выживаемости и уровня физической активности свидетельствует о необходимости поддержания толерантности к физической нагрузке и активной пропаганды здорового образа жизни среди данной группы пациентов.

Список литературы

1. Журавлев Ю.И. Современные проблемы измерения полиморбидности / Ю.И. Журавлев, В.Н. Тхорикова // Научные ведомости, Медицина. Фармация. 2013. №11(154). Выпуск 22.
2. Изможерова Н.В. Артериальная гипертония, нарушения углеводного и липидного обмена у женщин с ожирением в перименопаузе/ Н.В. Изможерова, А.Н. Андреев, Т.А. Обоскалова, А.А. Попов, Л.Н. Сергеева, А.В. Акимова, О.Ю. Стрюкова, Н.В. Тагильцева // Терапевтический Архив. - 2005. - № 3. - С. 67-69.
3. Оганов Р.Г. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. / И. Н. Денисов, В. И. Симаненков, Бакулин И. Г. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(6)
4. Frenkel W.J. Validation of the Charlson Comorbidity Index in acutely hospitalized elderly adults: a prospective cohort study / Jongerius E.J., Mandjes-van Uitert M.J., van Munster B.C., de Rooij S.E. // J Am Geriatr Soc, 2014; 62(2):342-6.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА У МУЖЧИН – ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ И ВЫЯВЛЕНИЯ.

Вайчулис И.А.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Данные о распространенности гипотиреоза существенно варьируют в зависимости от исследуемой группы лиц и критериев включения (манифестный, субклинический). Распространенность первичного клинически выраженного гипотиреоза в популяции составляет 0,2-1%. Распространенность субклинического гипотиреоза, по данным различных исследователей, колеблется в широком диапазоне: 4—10% в общей популяции и 7—26% у пожи-