ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА*

Аннамурад Аллабердиев,
заведущий кафедрой госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Государственного медицинского университета Туркменистана имени Мурада Каррыева, кандидат медицинских наук, доцент

Тылла Танрыбердиева,
ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Государственного медицинского университета Туркменистана имени Мурада Каррыева, кандидат медицинских наук

Энеджан Худайгулыева,
ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Государственного медицинского университета Туркменистана имени Мурада Каррыева

Аннотация

Цель исследования: изучить эффективность растительных сборов в лечении метаболического синдрома. Был исследован 31 больной с метаболическим синдромом, которые поступили в отделение внутренних болезней Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии. Больные были разделены на две группы. Первой группе давали гиполипидемические (статины), антигипертензивные средства (ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, антагонисты кальция), препараты, снижающие инсулинрезистентность (метформин). Второй группе помимо основного лечения назначали фитосбор. Совместное использование основного лечения и фитотерапии показывает свою эффективность уже на ранней стадии, улучшает течение заболевания и уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: метаболический синдром, диагностика, фитотерапия.

Метаболический синдром (МС) характеризуется увеличением абдоминального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и повышением в крови содержания инсулина, нарушением углеводного, жирового, пуринового обмена (М.Ф. Калашникова, 2013; В.А. Учамприна, Т.И. Романцова, М.Ф.Калашникова, 2014).

Это заболевание диагностируется на основании абдоминального ожирения (объем талии больше 102 см у мужчин и больше 88 см у женщин) и наличия хотя бы двух из 4 признаков (триглицериды более 1,7 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности менее 1,03 ммоль/л у мужчин, менее 1,29 ммоль/л у женщин, артериальное давление (АД) крови равно или выше 130/85 мм рт.ст., глюкоза крови натощак выше 5,6 ммоль/л или установленный 2 тип сахарного диабета) (В.А. Учамприна, Т.И. Романцова, М.Ф. Калашникова, 2014; B. Falkner, N.D. Cossrow, 2014; Beltrán-Sánchez H. et al. 2013; R.V. Coltuc, V. Stoica, 2016).

Появление МС генетически обусловлено. В настоящее время описано около 50 мутаций гена, расположенного на 19 хромосоме, отвечающего за это патологическое состояние (R.B. Goldberg, K. Mather, 2012; J. Kaur, 2014; J. Kaur, 2014). К внешним факторам относятся

* Танрыбердиева Т.О. e-mail: tyllatanryberdioraz@gmail.com

злоупотребление жирной пищи, гиподинамия, артериальная гипертензия (S. O'Neill, L. O'Driscoll, 2015; S.O. Onesi, U.E. Ignatius, 2014; A. Rodríguez, 2011).

Фитотерапия МС направлена на нормализацию углеводного обмена, снижение ожирения и атерогенной дислипидемии, нормализацию АД и реологических свойств крови, снижение побочного влияния фармакологического лечения (D. Vancampfort et al., 2013; J. Willers, A. Hahn, 2013).

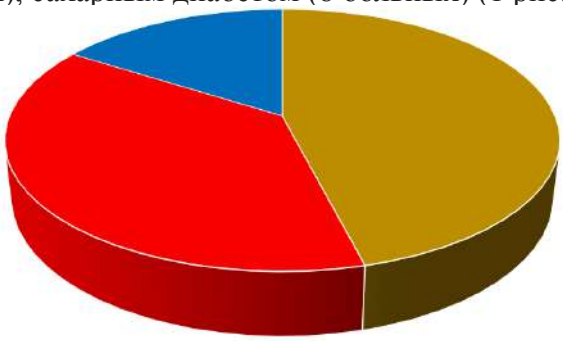
Цель исследования: изучить эффективность растительных сборов в лечении МС.

Материалы и методы исследования: был исследован 31 больной МС (22 женщины и 9 мужчин), которые поступили в отделение внутренних болезней Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии. У них измерялись уровни давления крови, объем талии. У больных определялись количество в крови глюкозы, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности. Больные были разделены на две группы. Первой группе давали гиполипидемические (статины), антигипертензивные средства (ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, антагонисты кальция), препараты, снижающие инсулинрезистентность (метформин). Второй группе помимо основного лечения назначали фитосбор.

Состав фитосбора: плоды шиповника 3 столовые ложки (ст. л), плоды боярышника 2 ст. л., листья крапивы 2 ст. л., фенхель 3 ст. л., зверобой 1 ст. л., корень алтея 2 ст. л., листья одуванчика 2 ст. л., красавка 3 ст. л.

Растения измельчили, смешали. В 2 ст. л. сбора влили 0,5 л кипятка. После завривания в течение ночи в термосе процедили. Затем готовый объем выпивался в течение суток (10 дней).

Результаты исследования: МС проявлялся усталостью, слабостью и сонливостью (89,2%), повышением аппетита (67,3%), полидипсией (25,8%), головной болью и головокружением (41,4%). Это заболевание проявлялось сочетанием с ожирением (23 больных), артериальной гипертензией (19 больных), сахарным диабетом (8 больных) (1 рис.).



1 рисунок. Заболевания, протекающие в сочетании с метаболическим синдромом

На седьмой день в группе, принимавшей только лекарственные средства, отмечались благоприятные результаты в виде снижения головной боли и головокружения (49%), уменьшения полидипсии (36%). Другие симптомы сохранялись. В группе больных, получавших совместно с основным лечением фитотерапию уже на 3 день получены положительные результаты в виде снижения слабости и сонливости (75%), полидипсии (29%), головной боли и головокружения (56%) (2 рис.).

В результате лечения уменьшилось содержание в крови глюкозы крови натощак (56,4% в первой группе и 68,2% во второй группе) и триглицеридов (38,1% и 43,5%), а уровень липопротеидов высокой плотности увеличился (42,3% и 52,1%).

Таким образом, совместное использование основного лечения и фитотерапии показывает свою эффективность уже на ранней стадии, улучшает течение заболевания и уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

2 рисунок. Изменения клинических симптомов в течение лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Калашникова М.Ф. Метаболический синдром: современный взгляд на концепцию, методы профилактики и лечения // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология.-2013.-Том.6.-№55- С. 5.
2. Учамприна В.А., Романцова Т.И., Калашникова М.Ф. Комплексный подход в лечении метаболического синдрома // Ожирение и метаболизм.-2014.-№ 1.-С. 32-37.
3. Учамприна В.А., Романцова Т.И., Калашникова М.Ф. Метаболический синдром: аргументы «за» и «против» //Ожирение и метаболизм.-2014.-№ 2.-С. 17-27.
4. Beltrán-Sánchez H. et al. Prevalence and trends of metabolic syndrome in the adult U.S. population, 1999-2010 // Journal of the American College of Cardiology.-2013.-Vol. 62.-№ 8.-P.697–703.
5. Coltuc R.V., Stoica V. Metabolic syndrome - cardiovascular and metabolic, complex, difficult to quantify risk factor // Modern Medicine.-2016.-Vol.23.-№ 1. P.54-59.
6. Falkner B., Cossrow N.D. Prevalence of metabolic syndrome and obesity-associated hypertension in the racial ethnic minorities of the United States // Current Hypertension Reports.-2014.-Vol.16.-№ 7.-P. 449.
7. Goldberg R.B., Mather K. Targeting the consequences of the metabolic syndrome in the diabetes prevention program //Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology.-2012.-Vol.32.-№9.-P. 2077–2090.
8. Kaur J. A comprehensive review on metabolic syndrome // Cardiology Research and Practice Volume.-2014.-№4.-P.1-21.
9. Kaur J. Assessment and screening of the risk factors in metabolic syndrome // Medical Sciences.-2014.-Vol.2.-№3.-P.140-152.
10. O'Neill S., O'Driscoll L. Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies // Obesity Reviews.-2015.-№16.-P.1–12.
11. Onesi S.O., Ignatius U.E. Metabolic syndrome: Performance of five different diagnostic criterias // Indian Journal of Endocrinology and Metabolism.-2014.-Vol.18.-№ 4.-P.496-501.
12. Rodríguez A. Risk factors associated with metabolic syndrome in type 2 diabetes mellitus patients according to World Health Organization, third report national cholesterol education program, and international diabetes federation definitions // Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy.-2011.-№4.-P.1-4.
13. Vancampfort D. et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of prevalences and moderating variables // Psychol. Med. 2013.-Vol.44.-№3.-P.1–12.
14. Willers J., Hahn A. Risk assessment using two different diagnostic tools: metabolic syndrome and cardiovascular risk Score (SCORE)–Data from a weight reduction intervention study // Food and Nutrition Sciences.-2013.-Vol.4.-№10.-P. 1028-1036.