

ISSN 2077-6594

Україна. Здоров'я нації № 1-2 (37-38), 2016

УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

№ 1-2 (37-38), 2016

Україна. Здоров'я нації
Ukraine. Nation's Health

НАУКОВО-
ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

ISSN 2077-6594

Міжнародна науково-практична конференція
«Можливості превентивного та лікувального впливу
на соціально значимі захворювання в умовах
первинної медико-санітарної допомоги».
12-13 квітня 2016, м. Ужгород

групи детально визначено триденний раціон харчування (два будні та один вихідний день), а також індекс маси тіла (ІМТ). З метою вивчення найбільш вживаних страв і продуктів харчування використано спеціально розроблені щоденники, які заповнювалися батьками учнів молодших класів або учнями старших класів самостійно. У щоденники внесено дані щодо кількості кожного продукту зі щоденного раціону. Харчову цінність раціону підраховано за допомогою спеціальної комп'ютерної програми Dietplan 6 (Велика Британія), адаптованої до норм і стандартів України. Аналіз проведено за такими показниками: добова калорійність, кількість спожитих білків, жирів, вуглеводів, макроелементів, вітамінів тощо. Отримані результати порівняно з нормою.

Результати. Серед учнів 1–4-х класів м. Львів не виявлено жодної особи з надмірною вагою. Серед учнів 10,0% мали недостатній ІМТ і вірогідно менше забезпечення енергією, пов'язане з меншим споживанням жирів (47,8 г/добу) і білків (40,7 г/добу), ($p < 0,01$). Харчовий раціон учнів із недостатнім ІМТ характеризувався дефіцитом насичених жирних кислот і мікронутрієнтів через нестачу в добовому раціоні тваринного м'яса. Дефіцит фосфору асоціювався з майже цілковитою відсутністю рибних страв. Неадекватним у харчовому раціоні було недостатнє споживання сирих овочів, фруктів, молока і кисломолочних продуктів, що корелювало з дефіцитом цинку 5,0 мг/добу ($p < 0,01$), кальцію 571,3 мг/добу ($p < 0,01$), магнію 158,7 мг/добу ($p < 0,005$), заліза 5,5 мг/добу ($p < 0,05$), фруктози (в 1,3 разу), мальтози (у 0,6 разу), лактози (в 1,1 разу) тощо. За нашими даними, учні з недостатньою вагою споживали меншу кількість солодоців, цукерок, соків тощо, що корелювало з меншим надходженням в організм глюкози (в 1,5 разу) і сахарози (в 1,4 разу).

На відміну від учнів початкової школи, серед школярів 5–8-х класів виявлено 20,0% осіб із надмірною вагою, яка асоціювалася з надлишковим споживанням вуглеводів 427,0 г/добу ($p < 0,005$). Аналіз щоденного харчового меню показав, що учні споживали в середньому на 11,8% більшу кількість їжі порівняно з однолітками, а надлишок вуглеводів у цих осіб корелював зі споживанням великої кількості хлібобулочних, кондитерських виробів і страв мережі «фаст-фуд» тощо. Серед учнів із надмірною вагою виявлено дефіцит надходження натрію 2524,7 мг/добу ($p < 0,05$), натомість, вірогідно більше надходження фолієвої кислоти 403,2 мкг/добу ($p < 0,01$), біотину 43,6 мг/добу ($p < 0,05$) і вітаміну С 136,5 мг/добу

($p < 0,05$). Визначено також тенденцію до більшого надходження глюкози (в 1,4 разу) на тлі меншої кількості фруктози (в 1,5 разу), сахарози (в 1,4 разу), мальтози (в 1,2 разу). Серед учнів 5–8-х класів виявлено 3,3% із недостатньою масою тіла. У даних осіб спостерігалась тенденція до дефіциту енергії за рахунок меншого надходження білків (в 1,3 разу), жирів (в 1,6 разу), вуглеводів (в 1,2 разу), жирних кислот 1,4 г/добу, холестерину 129,9 мг/добу. Низки важливих мікроелементів порівняно з однолітками з нормальною масою тіла. За даними харчового щоденника, меню цих учнів характеризувалось недостатньою кількістю тваринного м'яса, кисломолочних продуктів, свіжих овочів і фруктів. Натомість, часто вживаними були печиво і цукерки, надлишок яких корелював із підвищеними в 2 рази рівнями надходження цукрів ($p < 0,01$).

Серед учнів 9–11-х класів виявлено 20,0% осіб із надмірною вагою і жодної особи з недостатньою вагою тіла. В осіб із надмірною вагою визначено більше надходження енергії 3763,0 ккал/добу ($p < 0,05$), пов'язане з більшим споживанням білкової їжі 105,3 г/кг/добу і крохмалу 383,6 ($p < 0,05$), що корелювало зі споживанням великої кількості картопляних, бобових виробів, а також білкових інгредієнтів (наприклад, яєць). Кількісний вміст харчового меню на 10–12,7% перевищував аналогічний показник у школярів із нормальною масою тіла. У таких дітей виявлено більше надходження кальцію 1481,8 мг/добу ($p < 0,001$) і магнію 450,8 мг/добу ($p < 0,005$) на тлі дефіциту цинку 8,5 мг/добу ($p < 0,01$). Окрім цього, визначено більшу кількість глюкози 32,9 г/добу ($p < 0,01$) на тлі тенденції до меншого споживання фруктових і молочних цукрів. За даними харчового щоденника, учні старшої школи надавали перевагу печиву, хлібобулочним виробам і солодоцям над фруктами, овочами і молочними продуктами.

Висновки. Серед учнів різного віку загальноосвітніх шкіл м. Львів визначено 13,3% осіб з надвагою, яку порівню становили учні 5–8 і 9–11-х класів. Група учнів із недостатньою масою тіла (4,4%) виявлена більшою мірою серед учнів початкової школи (3,3%) і в 3 рази менше серед учнів середньої школи. Харчовий раціон більшості учнів різних груп дослідження не був збалансованим як за якісним, так і за кількісним вмістом. Виявлені відхилення нутритивного статусу можуть призвести до формування метаболічних порушень і вказують на необхідність розробки і запровадження заходів щодо їх профілактики.

О.А. Рішко, М.М. Блецкан, Т.М. Ганич, Г.Ю. Машура

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНА ПРОБЛЕМА: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Метаболічний синдром – це цивілізаційна хвороба, яка виникає в генетично схильних

осіб при нездоровому способі життя та харчування, проявляється комбінацією патогенетично пов'язаних

абдомінального ожиріння, підвищення артеріального тиску, порушень метаболізму (вуглеводного, ліпідного, пуринового, гемостазу), основою яких є інсулінорезистентність і зумовлена нею компенсаторна гіперінсулінемія, котра призводить до прогресуючого атеросклерозу та зростання серцево-судинної смертності.

Понад 50% дорослих українців мають зайву вагу чи ожиріння, а для чоловіків характерним є абдомінальне ожиріння. Саме з цим пов'язують збільшення кількості хворих на гіпертонічну хворобу, цукровий діабет і смертність від їх ускладнень.

Метаболічний синдром – це проблема не тільки ендокринологів і кардіологів, але й загальної медицини та соціальної проблеми: ревматологів (подагра), пульмонологів (синдром Піквіка), гінекологів (кисти яєчників, безпліддя), урологів (сечокам'яна хвороба, еректильна дисфункція), нефрологів (дисметаболічні нефропатії), гастроентерологів (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, жовчнокам'яна хвороба, неалкогольна жирова хвороба печінки).

Найчастіше проблема метаболічного синдрому виявляється вже на стадії його ускладнень, тому актуальною є його профілактика, рання діагностика та лікування, провідна роль у цьому відведена сімейним лікарям.

Мета – звернути увагу сімейних лікарів на їх провідну роль у профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні метаболічного синдрому як важливої складової профілактичної медицини, а також на необхідність комплексного вивчення та корекції порушень всіх видів метаболізму у практично здорових осіб з абдомінальним ожирінням.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано результати обстежень 36 чоловіків з абдомінальним ожирінням (об'ємом талії понад 102 см), які амбулаторно зверталися за консультацією з різних причин: профілактичне обстеження, передопераційне обстеження, артеріальна гіпертензія, аритмія, кардіалгія, артралгія, печія тощо. Жоден із пацієнтів не палив, попередньо на обліку в сімейного лікаря чи дільничного терапевта не знаходився, хворим себе не вважав. Пацієнти були віком 28–56 років без клінічно виражених проявів серцево-судинного захворювання.

Поряд із загальноклінічним обстеженням вивчено стан серця (у всіх – електрокардіограма, у 28 – ехокардіоскопія), судин (у 17 – ультразвукове дослідження екстракраніальних судин), нирок (у всіх – загальний аналіз сечі та креатинін крові, у 17 – ультразвукове дослідження, у 2 – радіоізотопна ренографія), печінки (у 17 – ультразвукове дослідження), проведено комплексне вивчення вуглеводного (глюкоза крові натще, гликозильований гемоглобін, інсулін крові, індекс інсулінорезистентності), ліпідного (загальний холестерин, ліпопротеїди низької та високої щільності, тригліцериди) та пуринового (сечова кислота крові) обмінів.

Результати. Троє пацієнтів були практично здоровими без порушень метаболізму та уражень серцево-судинної системи (всі – віком до 32 років). У п'яти пацієнтів виявлено інсулінорезистентність із

проявами гіперсимпатикотонії без уражень серця і нирок (усі – віком до 36 років).

У 28 (78%) пацієнтів виявлено інсулінорезистентність із різного ступеня порушеннями метаболізму та ураженнями серцево-судинної системи, нирок і печінки.

У 12 із них інсулінорезистентність компенсувалась гіперінсулінемією з нормоглікемією, були відсутні органічні ураження серцево-судинної системи, однак мали місце різного ступеня атерогенна дисліпідемія, гіперурикемія при клінічних проявах артеріальної гіпертензії (у 9 хворих), стеатогепатозу (8 хворих), нічного апное (5 хворих), гастроєзофагеального рефлюксу (4 хворих), сечокам'яної хвороби (4 хворих), екстрасистолії (2 хворих) та подагри (1 хворий). Усі 12 хворих були віком до 42 років.

У 16 (44%) хворих виявлено різного ступеня органічні ураження серцево-судинної системи (гіпертрофія лівого шлуночка, дилатація лівих відділів серця, потовщення інтими-медії сонних артерій чи наявність у них атеросклеротичних бляшок, у 2 хворих – електрокардіографічні та ультразвукові ознаки перенесеного інфаркту міокарда). З них у 7 хворих інсулінорезистентність компенсувалась гіперінсулінемією, тому мала місце нормоглікемія. У 6 хворих навіть при гіперінсулінемії (2 пацієнти) чи нормоінсулінемії (4 пацієнти) відмічалася гіперглікемія натще при нормальних показниках глікозильованого гемоглобіну. У 3 хворих вперше виявлено цукровий діабет: в 1 пацієнта 38 років – з артеріальною гіпертензією II стадії та сечокам'яною хворобою; в 1 хворого 46 років – з артеріальною гіпертензією II стадії, сечокам'яною хворобою та подагрою; в 1 пацієнта 56 років – з артеріальною гіпертензією на фоні перенесеного інфаркту міокарда невідомої давності. В 1 хворого перенесений інфаркт міокарда діагностовано на фоні артеріальної гіпертензії, атерогенної дисліпідемії, гіперурикемії, сечокам'яної хвороби, при нормоглікемії, однак унаслідок компенсаторної гіперінсулінемії, зумовленої інсулінорезистентністю.

У цілому серед обстежених пацієнтів у 26 осіб виявлено артеріальну гіпертензію, у 18 – симптоми нічного апное, у 12 – гастроєзофагеальний рефлюкс, у 24 – атерогенну дисліпідемію з підвищеним коефіцієнтом атерогенності, у 23 – гіперурикемію (з них у 3 – подагру). В 11 хворих із 17 обстежених, яким проведено ультразвукове обстеження нирок, виявлено сечокам'яну хворобу, у всіх 17 обстежених, яким проведено ультразвукове обстеження печінки, – ознаки стеатогепатозу (з них у двох – жовчнокам'яну хворобу).

Таким чином, у 28 хворих із 36 обстежених з абдомінальним ожирінням виявлено метаболічний синдром. Погоджуючись з експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я, які рекомендують розглядати метаболічний синдром як преморбідний стан і не включати осіб з розвинутим серцево-судинним захворюванням чи цукровим діабетом 2-го типу, у 6 з них (у 2 – з подагрою, в 1 – з перенесеним інфарктом міокарда, в 1 – з цукровим діабетом та перенесеним інфарктом міокарда, у 2 – з

цукровим діабетом) діагностовано власне не метаболічний синдром, а вже його ускладнення.

Висновки. У переважній більшості чоловіків з абдомінальним ожирінням з часом розвиваються порушення вуглеводного, ліпідного та пуринового обмінів, у прогресуванні яких певну роль відіграють зумовлені ними стеатогепатоз та сечокам'яна хвороба. Підтверджується провідна патогенетична роль інсулінорезистентності у формуванні та прогресуванні метаболічного синдрому. Тривалий час інсулінорезистентність компенсується гіперінсулінемією і не проявляється гіперглікемією, тому рутинне обстеження не виявляє порушень навіть вуглеводного обміну, а ліпідний та пуриновий рутинно не вивчаються. Метаболічний синдром і навіть його серцево-судинні, ниркові та печінкові ускладнення тривалий час

можуть перебігати безсимптомно, що зумовлює необхідність профілактики, ранньої діагностики та лікування вже абдомінального ожиріння. З метою ранньої діагностики метаболічного синдрому та профілактики його ускладнень при обстеженні пацієнтів із абдомінальним ожирінням слід проводити комплексне та повне обстеження вуглеводного, ліпідного та пуринового обмінів, а також стану серцево-судинної системи, печінки та нирок, не обмежуючись визначенням глюкози крові натще та вимірюванням артеріального тиску. Провідна роль у профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні метаболічного синдрому належить сімейним лікарям, які, за потреби чи вже при ускладненнях, мають залучати кардіологів, ендокринологів та інших вузьких спеціалістів.

*О.А. Рішко, М.І. Фатула, В.В. Свистак, М.М. Блецкан,
М.М. Шютєв, М.І. Лазорик, А.А. Трохимович, Г.Ю. Машура*

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ПОЕТАПНОГО ПІДБОРУ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) є основним фактором ризику серцево-судинної та загальної смертності, оскільки підвищує ризик смертності в 4,5 разу в чоловіків та у 2 рази в жінок. В Україні АГ зареєстрована у 30–35% дорослого населення. Однак ефективність її лікування становить лише 19% у міській та 8% у сільській місцевості. Застосування антигіпертензивних препаратів не завжди є оптимальним і часто не дає стійкої нормалізації артеріального тиску (АТ).

Мета – запропонувати швидкий і доступний спосіб оптимізації підбору ефективної індивідуальної антигіпертензивної фармакоterapiї пацієнта з метою її здешевлення, зменшення ризику негативного впливу медикаментів на хворого, поліпшення прихильності до тривалого лікування, що сприятиме швидшому досягненню та утриманню клінічного ефекту і знизить ризик серцево-судинних ускладнень.

Матеріали та методи. На основі вітчизняних (2012 р.) та європейських (2013 р.) клінічних рекомендацій з АГ, нами запропоновано таблицю «Вибір оптимальної антигіпертензивної фармакоterapiї». У лівій частині таблиці вказано основні клінічні стани, які слід враховувати при виборі антигіпертензивних препаратів, знизу – абсолютні протипоказання та найчастіші побічні ефекти, а зверху – основні та додаткові групи антигіпертензивних препаратів. У квадратах, що утворюються на перетині певних клінічних станів з окремими групами препаратів, цифрами «1», «2» та «3» позначено препарати відповідно першого, другого та третього вибору при даному клінічному стані; позначкою «±» – препарати, не бажані при даному клінічному стані; позначкою «!» – препарати, протипоказані при даному

клінічному стані; позначкою «⊗» – протипоказану комбінацію препаратів.

Користуючись запропонованою таблицею, лікар відмічає в її лівій колонці клінічні стани, виявлені в пацієнта, знаходить і виділяє ті, які унеможливають призначення препаратів певної групи (абсолютні протипоказання), наприклад, бета-блокатори при бронхіальній астмі, і викреслює їх. Потім лікар враховує ті клінічні стани, які роблять небажаними призначення препаратів відповідної групи (можливі побічні ефекти), наприклад, інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту при кашлі, і переводить їх у групу третього вибору. Далі проводить пошук конкретних оптимальних препаратів для лікування хворого: для кожного відміченого в лівій колонці таблиці клінічного стану знаходить в квадратах препаратів обох груп препарати першого вибору, позначені цифрою 1. Якщо такий препарат один і хворому планується монотерапія, лікар обирає єдиний оптимальний антигіпертензивний препарат. За наявності кількох препаратів першого вибору, перевагу надає тому, який показаний при більшій кількості клінічних станів у хворого, має менше побічних ефектів і є дешевшим, а за необхідності комбінації двох препаратів – отримує оптимальну їх комбінацію. Якщо немає препаратів першого вибору, або вони використані, а водночас існує потреба у збільшенні кількості препаратів для комбінованого лікування, лікар послідовно обирає препарати другого та третього вибору. За наявності кількох препаратів будь-якого вибору, перевагу надає тим, які показані при більшості клінічних станів у хворого, мають менше побічних ефектів і дешевші.

Підібравши за таблицею препарати для індивідуального лікування пацієнта, лікар контролює стан