

ZABURZENIA METABOLICZNE

Iwona Kazimierska

Zespół metaboliczny – nowa definicja i postępowanie w praktyce

Współistnienie otyłości z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego, zaburzeniami gospodarki węglowodanowej oraz lipidowej, określane jako zespół metaboliczny (ZM), stanowi istotny problem zdrowotny i społeczny w Polsce. Nową definicję ZM stworzyło kilka rodzimych towarzystw naukowych.

Oceny rozpowszechnienia ZM w Polsce dokonano w co najmniej czterech badaniach: NATPOL 2002 i 2011 oraz WOBASZ (2003–2005) i WOBASZ II (2013–2014). Ich wyniki wskazują, że w XXI w. istotnie zwiększa się częstość występowania ZM wśród dorosłych mieszkańców Polski. W 2014 r. ZM występował u 33 proc. kobiet i 39 proc. mężczyzn. W porównaniu z 2003 r. to wzrost o ponad 3 proc. wśród kobiet i o prawie 9 proc. wśród mężczyzn. Szczególnie duży wzrost zaobserwowano u mężczyzn w wieku 60–74 lat (z 43 proc. do 57 proc.). Najbardziej przyczyniło się do tego zwiększenie częstości występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej, a także otyłości brzusznej i zaburzeń lipidowych.

„Zespół metaboliczny – nowa definicja i postępowanie w praktyce” to stanowisko sygnowane przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (PTNT), Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości, Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Polskie Towarzystwo Hepatologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia, sekcję Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), Klub 30 PTK, sekcję Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich. Ukazało się ono jesienią 2022 r.

– Staraliśmy się sformułować nową definicję jako zbiór nieprawidłowych cech związanych z otyłością, wskazując ją jako podstawowy element ZM. Celem dokumentu nie jest tworzenie odrębnej jednostki chorobowej, ale podkreślenie, że pod określeniem „zespół metaboliczny” kryje się częste współwystępowanie istotnych i modyfikowalnych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii, past prezes PTNT.

Autorzy stanowiska proponują definicję ZM, przyjmując jako kryterium jego rozpoznania

obecność otyłości oraz dwóch spośród trzech zaburzeń: podwyższonego ciśnienia tętniczego, nieprawidłowego metabolizmu glukozy i podwyższonego stężenia cholesterolu frakcji nie-HDL (aterogenna dyslipidemia). Oprócz głównych składowych ZM uzasadnione jest wyodrębnienie dodatkowych jego komponentów: upośledzenia funkcji nerek, stłuszczenia wątroby, obturacyjnego bezdechu sennego (OBS), niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową, zespołu policystycznych jajników (polycystic ovary syndrome – PCOS), przewlekłego stanu zapalnego, aktywacji układu współczulnego oraz hiperurykemii.

Chorego, u którego zostanie rozpoznany zespół metaboliczny, należy traktować jako pacjenta z grupy co najmniej wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Zaleca się dokładną ocenę głównych i pozostałych składowych ZM oraz wdrożenie zasad modyfikacji stylu życia i w przypadku wskazań jak najszybsze rozpoczęcie odpowiedniego leczenia farmakologicznego. Wczesna interwencja pozwala na zapobieganie rozwojowi lub zmniejszenie tempa progresji poszczególnych składowych ZM.

– Przygotowaliśmy to stanowisko, żeby pokazać, gdzie i kiedy powinniśmy interweniować. Nie możemy z tym zwlekać. Skrining i interwencja mają znaczenie, kiedy są wczesne, a za nimi idzie dalsze postępowanie – przypomina dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski, prof. Narodowego Instytutu Kardiologii (NIKard), z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego NIKard, kierownik Samodzielnej Pracowni Lipidowej NIKard. – Mamy cztery filary postępowania. Jeżeli głównym wykładnikiem ZM będzie otyłość, musimy interweniować w tym zakresie. Oprócz tego trzeba skutecznie leczyć trzy podstawowe składowe: zaburzenia węglowodanowe, nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia lipidowe – uzupełnia ekspert.

Otyłość jako przyczyna wszystkich nieszczęść

– Tylko u 7 proc. chorych, którzy mają zwiększoną masę ciała, będzie to tzw. zdrowa otyłość, czyli bez ryzyka i składowych zespołu metabolicznego – mówi prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii, past prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.



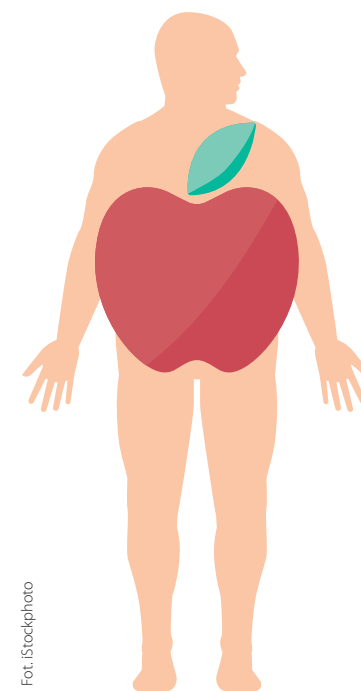
Fot. Tomasz Ntula/Archiwum Prof. Prejbisz

”

prof. Aleksander Prejbisz: Otyłość jest chorobą wieloprzyczynową. Powodują ją czynniki genetyczne, zły styl życia, może być wtórna do innych chorób, przyczyniają się do niej leki, zaburzenia behawioralne i psychiczne. Trzeba pamiętać, że jest to choroba przewlekła, z której w pewien sposób nigdy się nie wychodzi

– Zespół metaboliczny to tak naprawdę zespół czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Jeśli jednak popatrzymy na kartę SCORE2 – najnowsze narzędzie oceniające ryzyko sercowo-naczyniowe – nie znajdziemy w niej ani otyłości, ani stylu życia. Jest wprawdzie cholesterol nie-HDL, ale nie ma żadnego wykładnika glikemii. Stan przedcukrzycowy również nie mieści się w karcie SCORE2 oceniającej 10-letnie ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej. Zgodnie z tą kartą osoba szczupła, niemająca nadmiaru tkanki tłuszczowej, z takim samym ciśnieniem, cholesterolem nie-HDL, w tym samym wieku i tej samej płci, będzie miała takie samo ryzyko jak osoba z BMI 35 i stanem przedcukrzycowym. A to nie jest prawda. Dlatego na kartę SCORE2, szczególnie w populacji polskiej, powinniśmy patrzeć z pewnym dystansem – komentuje prof. Aleksander Prejbisz. Podkreśla przy tym, że otyłość nie jest tylko wyznacznikiem nieprawidłowego stylu życia. To przede wszystkim choroba wywołująca szereg zmian patofizjologicznych, wymagająca prewencji i leczenia.

– Otyłość jest chorobą wieloprzyczynową. Powodują ją czynniki genetyczne, zły styl życia, może



Fot. iStockphoto

być wtórna do innych chorób, przyczyniają się do niej leki, zaburzenia behawioralne i psychiczne. Trzeba pamiętać, że jest to choroba przewlekła, z której w pewien sposób nigdy się nie wychodzi. Odchudzone adipocyty różnią się od adipocytów, które nigdy nie były otyłe. Osoba, która raz miała wysokie BMI i zeszła do BMI 23, ma większą szansę na powrót do BMI 30 niż ktoś, kto nigdy nie osiągnął takiej wartości. Dlatego powinniśmy się przyzwyczaić, że elementem wywiadu lekarskiego jest pytanie o najwyższą masę ciała w życiu – mówi ekspert.

Tkanka tłuszczowa jest tkanką endokrynnie czynną. Liczba hormonów, cytokin i innych substancji wydzielanych przez tkankę tłuszczową, szczególnie trzewną, jest bardzo duża. Wszystkie te substancje powodują ponad 200 chorób powiązanych z otyłością. – Z tego powodu tak ważne jest, byśmy postrzegali otyłość jako przewlekły proces. Powinniśmy też pamiętać, że każde zwiększenie BMI o 5 powoduje wzrost ryzyka sercowo-naczyniowego – zaznacza prof. Aleksander Prejbisz.

Niepodważalny związek otyłości z ZM

Oczywiście znajdują się chorzy na otyłość, którzy nie mają żadnej innej składowej ZM, mają niski

wskaźnik HOMA (uwzględnia on poziom insuliny oraz glukozy na czczo), jednak otyłość bez współistniejących zaburzeń metabolicznych jest rzadka. Taka sytuacja występuje tylko u 7 proc. chorych na otyłość.

– Otyłość otyłości nierówna. Można mieć – nazwijmy to tak – „bardziej zdrową metabolicznie” otyłość, czyli taką z niską zawartością tłuszczu trzewnego, ponieważ to przede wszystkim tkanka trzewna warunkuje „niezdrowość” otyłości. Z drugiej strony osoba z tzw. „zdrową” otyłością, bez innych składowych ZM, nadal ma wyższe ryzyko sercowo-naczyniowe niż osoba szczupła. Oczywiście niższe od osoby z „niezdrową” otyłością, ale nadal wyższe – tłumaczy ekspert.

– Tworząc nową koncepcję ZM, staraliśmy się bardziej skoncentrować na otyłości jako podstawie, z której wywodzą się trzy główne składowe, czyli stan przedcukrzycowy albo cukrzyca, aterogenna dyslipidemia, wysokie prawidłowe ciśnienie tętnicze lub nadciśnienie. Jako podstawowe kryterium rozpoznania ZM przyjęliśmy obecność otyłości brzusznej (obwód talii u kobiet ≥ 88 cm, u mężczyzn ≥ 102 cm) lub otyłości mierzonej BMI (BMI ≥ 30 kg/m²) – mówi prof. Aleksander Prejbisz.

”

prof. Aleksander Prejbisz: Niezmiernie ważne jest rozpoczęcie interwencji u 20–30-latk, a nie u 50-latka, który ma już upośledzoną funkcję nerek, stłuszczeniową chorobę wątroby czy niewydolność serca

Jak rozpoznaje się ZM

Do rozpoznania ZM wystarczy występowanie dwóch z trzech składowych oprócz otyłości brzusznej lub otyłości. Są to stan przedcukrzycowy lub cukrzyca, podwyższone stężenie cholesterolu nie-HDL, wysokie prawidłowe ciśnienie lub nadciśnienie tętnicze.

– Zwracam uwagę na hemoglobinę glikowaną (HbA_{1c}) $\geq 5,7$ proc. Taka wartość wskazuje już na stan przedcukrzycowy będący składową ZM. Diabetolodzy bardzo długo nie chcieli się zgodzić, żebyśmy stosowali HbA_{1c} jako kryterium rozpoznania. Nie dlatego, że to nie jest czuły parametr. Chodziło raczej o jego swoistość, bo można mieć cukrzycę przy wartościach HbA_{1c} $< 6,5$ proc. – przypomina ekspert.

W nowej definicji ZM znalazło się podwyższone stężenie cholesterolu nie-HDL, we wcześniejszych definicjach były to stężenia trójglicerydów i cholesterolu HDL. – Cholesterol nie-HDL jest sumą wszystkich aterogennych cząstek. Wydaje się, że stężenie cholesterolu nie-HDL powyżej 130 mg/dl jest bardzo dobrym, wymiernym wykładnikiem aterogennej dyslipidemii. Poza tym jest też jednym punktem granicznym dla wszystkich pacjentów – wyjaśnia prof. Aleksander Prejbisz.

Inne składowe ZM

Wymienione elementy to dopiero początek ZM. Z czasem pojawiają się kolejne składowe, kolejne choroby. Są to: upośledzenie funkcji nerek, stłuszczeniowa choroba wątroby, niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową, obturacyjny bezdech senny (OBS), zespół policystycznych jajników (polycystic ovary syndrome – PCOS), aktywacja układu współczulnego, hiperurykemia czy przewlekły stan zapalny.

– One wszystkie są konsekwencją otyłości, a co za tym idzie – również elementami ZM. To pokazuje, jak ważne jest oddziaływanie na otyłość jako jego przyczynę. Nasze podejście do ZM trochę się zmienia, m.in. dlatego że są dostępne leki, które pomagają choremu zmniejszyć masę ciała. Do tej pory, kiedy przychodził do nas chory na otyłość, byliśmy trochę bezradni. To nie jest tak, że nie zauważaliśmy problemu, ale mogliśmy tylko zaproponować pacjentowi wizytę u dietetyka i poradzić, żeby mniej jadł, a więcej się ruszał. Nie mieliśmy żadnego narzędzia wsparcia. Teraz już mamy. Przypomnę, że niezmiernie ważne jest rozpoczęcie interwencji u 20–30-latka, a nie u 50-latka, który ma już upośledzoną funkcję nerek, stłuszczeniową chorobę wątroby czy niewydolność serca – podsumowuje prof. Aleksander Prejbisz.

Kryteria rozpoznania zespołu metabolicznego

Kryteria podstawowe rozpoznania zespołu metabolicznego

Otyłość brzuszna

Obwód talii:
 ≥ 88 cm u kobiet i ≥ 102 cm u mężczyzn

TAK

Wskaźnik masy ciała (BMI)

≥ 30 kg/m²

TAK

Kryteria dodatkowe

1. Stany przedcukrzycowe lub cukrzyca:

• stężenie glukozy na czczo ≥ 100 mg/dl lub ≥ 140 mg/dl po 120. min w doustnym teście obciążenia glukozą
lub
• hemoglobina glikowana $\geq 5,7\%$
lub
• stosowanie leczenia hipoglikemizującego

2. Podwyższone stężenie cholesterolu nie-HDL:

• stężenie cholesterolu nie-HDL ≥ 130 mg/dl
lub
• stosowanie leczenia hipoglikemizującego

3. Wysokie prawidłowe ciśnienie tętnicze lub nadciśnienie tętnicze:

• ciśnienie tętnicze ≥ 130 i/lub 85 mm Hg (pomiar gabinetowy)
lub
• ciśnienie tętnicze ≥ 130 i/lub 80 mm Hg (pomiar domowy)
lub
• stosowanie leczenia hipotensyjnego

Do rozpoznania zespołu metabolicznego przy otyłości wystarczą 2 z 3 kryteriów dodatkowych