

Prof. Dr. Pados Gyula

Bevezető a metabolikus rizikófaktorok témakörhöz

A Hippocrates mai számában metabolikus rizikófaktorokról lesz szó. A metabolikus szindrómáról Halmos professzor, a Magyar Diabetes Társaság elnöke, az elhízásról Halmy professzor, az Elhízás Ellenes Alapítvány elnöke, a lipid rizikófaktorokról pedig Audikovszky Mária főorvos, a legnagyobb kórházi Lipid Am-

bulancia munkatársa írt összefoglalót. A szerzők és dolgozataik a metabolikus rizikófaktorok négyesfogatót fogják át, a kardiovaszkuláris betegségek megelőzésének mindinkább előtérbe kerülő területét. Amíg ugyanis a hypercholesterinaemia kezelésében – különösen a statinok megjelenésével – nagy lépést tettünk előre, a hipertónia kezelése szintén jelentős eredményeket hozott, a dohányzás visszaszorítása előreladt a civilizált országokban,

addig az elhízás prevalenciája, incidenciája egyaránt nő, és vele együtt a diabetes, sőt a hipertónia incidenciája, az új esetek felfedezése is. Így az egészségügynek a XXI. század elejére új kihívásokkal kell szembenézni. Meg kell találni az elhízás kezelésének módját és hatékony gyógyszeres kezelését, ezáltal visszaszorítva az elhízással együtt előbb-utóbb fellépő dyslipoproteinaemia, hipertónia és glukoz intolerancia elterjedését.

Prof. Dr. Pados Gyula

Szent Imre Kórház

IV. Belgyógyászati Osztály

1115 Budapest, Tétényi út 12–16.

Prof. Dr. Halmos Tamás

A metabolikus (X) szindróma koncepciója

Összefoglalás:

A szerző áttekinti a metabolikus szindróma eredeti koncepcióját, melynek kiváltó okául eredetileg a hiperinzulinizmust/inzulinrezisztenciát tartották. Az utóbbi években e szemlélet módosult, mert a mérsékelt posztprandiális hiperglikemia feltételezett aterogén effektusa került előtérbe, míg a hiperinzulinizmus patogén szerepe ma sokan megkérdőjelelik

Ugyanakkor az inzulinrezisztencia patogén voltát általában ma sem vitatják. A postprandiális állapot nemcsak hiperglikémiát, hanem emelkedett vérzsírszintet, gyorsult véralvadást is jelent, így „komplex” rizikótényezőnek minősül. Fontos a kóros metabolikus és haemoreológiai, illetve keringési paraméterek korai, korszerű kezelése.

A Háziorvosi Szolgálat fontos feladata a metabolikus szindróma jegyeit hordozó egyének megtalálása, s a preventív szemléletű betegvezetés.

Régi klinikai megfigyelés,

hogy a -mai nomenklatura szerinti- 2 típusú (nem inzulin-dependens) diabetes gyakran jár együtt magas vérnyomással, zsíranyagcsere zavarral, s az ebben a diabeteses kórfarmában megbetegedett egyének között szignifikánsan több a súlyos szív-és érrendszeri katasztrófa állapot, mint a hasonló korú, nem cukorbeteg lakosságban¹.

Az 1980-as években számos országban végeztek nagyszabású epidemiológiai vizsgálatokat, ahol azt elemezték, hogy a szívinfarktus mortalitás és morbiditás milyen tényezőkkel mutatott kapcsolatot. A pár éve publikált eredmények akkor arra utaltak, hogy a szérum inzulin szintje (részint éhomi, részint posztprandiális) lineáris korrelációt mutatott a szívizominfarktus prevalenciájával^{2,3}.

Állatkísérletek eredményei is arra utaltak, hogy az inzulin, bizonyos állatokban és meghatározott kísérletes körülmények között aterogén hatású^{4,5}.

Modan, Ferrannini és mások is szoros összefüggést találtak a hiperinzulinaemia (HI) illetve inzulin rezisztencia (IR) és a hipertónia között Modan egyenesen úgy fogalmazott, hogy a hiperinzulina-

emia az összekötő kapocs a magas vérnyomás a szénhidrátintolerancia és az IR között^{6,7}.

Mindezen klinikai észlelések, epidemiológiai megfigyelések és állatkísérletes vizsgálatok eredményei arra utaltak, hogy az inzulin anyagcsere és/vagy hatékony kóros állapota meghatározó szerepet játszik az ateroszklerotikus folyamatok kialakulásában.

Ezen észlelések birtokában ismertette Reaven kaliforniai kutató elhíresült koncepcióját⁸. Ennek lényege, hogy -még ismeretlen genetikai, valamint jólismert környezeti tényezők (inaktív, ülő-életmód, egészségtelen, zsírdús, kalóriadús táplálkozás) hatására inzulin rezisztencia, majd talán-kompenzatórikus HI alakul ki. Ezek ok-okozati kapcsolódásban vezetnek magas vérnyomáshoz, a cukoranyagcsere, illetve a zsíryanycsere zavarához, s végül szív-és érrendszeri katasztrófa állapotokhoz. E tünetegyüttest később jéghegyhez is szokás volt hasonlítani, ahol a jéghegy csúcsait a szénhidrátanyagcsere-zavar, a hipertónia, a dislipidémia, később a véralvadás felgyorsulása alkotja, míg a mélyben az IR/HI helyezkedik el, mint a tü-

Prof. Dr. Halmos Tamás

Országos Korányi Tbc.

és Pulmonológiai Intézet

1529 Budapest, Pihenő út 1.