

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 16 აგვისტოს № 256/თ ბრძანებით

მეტაბოლური სინდრომის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

მეტაბოლური სინდრომი ზოგად საექიმო პრაქტიკაში პროტოკოლი

1. განმარტება

მეტაბოლურ სინდრომს უწოდებენ სხეულის ჭარბ წონასთან და სიმსუქნესთან დაკავშირებულ რისკის ფაქტორთა ჯგუფს (მათ შორის: სიმსუქნე და მისი ცენტრალური განაწილება, მომატებული პლაზმის გლუკოზა, მომატებული პლაზმის ტრიგლიცერიდები, დაბალი ქოლესტერინი და მომატებული სისხლის წნევა), რომელიც ზრდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, დიაბეტისა და თავის ტვინის ინსულტის განვითარების რისკს.

მეტაბოლური სინდრომი აერთიანებს პათოგენეზურად დაკავშირებულ შემდეგ კომპონენტებს:

ინსულინრეზისტენტობა/ჰიპერინსულინემია

სიმსუქნე და/ან ვისცერული სიმსუქნე

დისლიპიდემია

არტერიული ჰიპერტენზია

დარღვეული ნახშირწყლოვანი ცვლა

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

2.1. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი

- **ნორმალური ნახშირწყლოვანი ცვლის შემთხვევაში** – 3 ნიშნის თანაარსებობისას – სიმსუქნე და/ან ვისცერული სიმსუქნე, არტერიული ჰიპერტენზია და დისლიპიდემია
- **დარღვეული ნახშირწყლოვანი ცვლის შემთხვევაში** – 3 ნიშნიდან 2-ის თანაარსებობისას – სიმსუქნე და/ან ვისცერული სიმსუქნე, არტერიული ჰიპერტენზია და დისლიპიდემია

ბ) გამომრიცხავი

- **ნორმალური ნახშირწყლოვანი ცვლის შემთხვევაში** – 2 ან ნაკლები ნიშნის თანაარსებობისას – სიმსუქნე და/ან ვისცერული სიმსუქნე, არტერიული ჰიპერტენზია და დისლიპიდემია;
- **დარღვეული ნახშირწყლოვანი ცვლის შემთხვევაში** – 3 ნიშნიდან 2 ან მეტი ნიშნის თანაარსებობისას – სიმსუქნე და/ან ვისცერული სიმსუქნე, არტერიული ჰიპერტენზია და დისლიპიდემია.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები	ინტერპრეტაცია
ანამნეზი	მიუთითებს მეტაბოლური სინდრომის მაღალ რისკზე
ანამნეზში არტერიული ჰიპერტენზია	მაღალი რისკი
ანამნეზში შაქრიანი დიაბეტი ან გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა	მაღალი რისკი
ფიზიკური აქტივობა	ადინამია/სახლს მიჯაჭვული
დიეტა	მაღალი გლიკემიური ინდექსის საკვების ჭარბად მოხმარება
ფიზიკალური მონაცემები	სხვა კრიტერიუმების თანაარსებობისას ადასტურებს დიაგნოზს
ცენტრალური სიმსუქნე: წელის გარშემოწერილობა >102 სმ მამაკაცებში >88 სმ ქალებში (NCEP-ATP III –ის დეფინიციით)	მაღალია მეტაბოლური სინდრომის ალბათობა
ცენტრალური (ინტრააბდომინალური) სიმსუქნე: ეთნიკური ფაქტორის გათვალისწინებით წელის გარშემოწერილობა ≥ 94 სმ ევროპეიდულ მამაკაცებში ≥ 80 სმ ევროპეიდულ ქალებში (დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის (IDF) „კონსენსუსის პანელის“ უახლესი დეფინიციით)	მაღალია მეტაბოლური სინდრომის ალბათობა
ცენტრალური სიმსუქნე: გავა-წელის პროპორცია >0.90 მამაკაცებში >0.85 ქალებში და/ან სმი >30კგ/მ ² (WHO ჯანრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დეფინიციით)	მაღალია მეტაბოლური სინდრომის ალბათობა
მომატებული სისხლის წნევა: $\geq 130/85$ მმ.ვწყ.სვ	მაღალია მეტაბოლური სინდრომის ალბათობა
გამოკვლევები	სხვა ნიშნების თანაარსებობისას ადასტურებს დიაგნოზს
უზმოზე გლიკემიის განსაზღვრა	უზმოზე პლაზმის გლუკოზა ≥ 6.1 მმოლ/ლ (≥ 110 მგ/დლ) [≥ 5.6 მმოლ/ლ (≥ 100 მგ/დლ)] ან ადრე დადგენილი ტიპი 2 დიაბეტი.
უზმოზე ლიპიდური სპექტრის განსაზღვრა	მომატებული ტრიგლიცერიდები: ≥ 1.7 მმოლ/ლ (≥ 150 მგ/დლ) დაბალი HDL ქოლესტერინი: <1.03 მმოლ/ლ (<40 მგ/დლ) მამაკაცებში <1.29 მმოლ/ლ (< 50 მგ/დლ) ქალებში.
მიკროალბუმინურიის განსაზღვრა	მიკროალბუმინურია: შარდით ალბუმინის გამოყოფის დონე ≥ 20 $\mu\text{g}/\text{წთ}$ ან ალბუმინ/კრეატინინის პროპორცია ≥ 30 მგ/გ

მეტაბოლურ სინდრომთან ასოცირებულია შემდეგი სიმპტომები:

1. Acantosis nigrans (კანის პიგმენტაცია/გასქელება კისრის და სიმრუდეების არეში);
2. მეორადი ანოვულაცია/ამენორეა/თავისუფალი ტესტოსტერონის დონის მატება ჭარბი წონის ქალებში;
3. ვისცერული სიმსუქნე;
4. სისხლის არტერიული წნევის მომატება;
5. მეტაბოლური სინდრომის განვითარების მომდევნო ფაზაში ჩამოყალიბებული დაავადებათა გართულებების (დიაბეტი, ჰიპერტონია, პოლიკისტოზი და ა.შ.) ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული სიმპტომები.

2.2. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და მეტაბოლური სინდრომით პირთა იდენტიფიკაცია

მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოზი ანამნეზს, ფიზიკალურ გასინჯვასა და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს ემყარება. ექიმმა შეფასების დროს უნდა გაითვალისწინოს ის ფაქტი, რომ მიუხედავად სხეულის მასის ინდექსის ერთნაირი მაჩვენებლებისა, მეტაბოლური რისკი მომატებულია პაციენტებში აბდომინალური ტიპის სიმსუქნით, გლუტეო-ფემორალური ტიპის სიმსუქნით პაციენტებთან შედარებით. ზოგადსაქიმიო პრაქტიკაში ყველა პაციენტს, სიმსუქნისა და მასთან დაკავშირებული რისკის იდენტიფიცირების მიზნით, უნდა დაუდგინდეს სხეულის მასის ინდექსი და წელის გარშემოწერილობა. მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია სისხლში გლუკოზის დონისა და ლიპიდური სპექტრის განსაზღვრა და მეტაბოლური და ანთროპომეტრიული პარამეტრების მუდმივი მონიტორინგი.

- მეტაბოლური სინდრომის შეფასება არ უნდა ჩაენაცვლოს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის მქონე პაციენტის იდენტიფიცირების აღიარებულ მეთოდებს, როგორცაა SCORE სისტემა.
- მეტაბოლური სინდრომის არსებობა არ ზრდის არსებითად SCORE სისტემით ნაჩვენებ რისკს, ამდენად, მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოზით ხდება პაციენტთა იდენტიფიცირება მათ შორის, ვინც გულ-სისხლძარღვთა რისკის შეფასების ტრადიციული ინსტრუმენტებით კლასიფიცირდებოდა, როგორც დაბალი რისკის მქონენი. (II,B)
- მეტაბოლური სინდრომი წარმოადგენს შაქრიანი დიაბეტისა და ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკ-ფაქტორების კლასტერს, რომლის ერთი კომპონენტის იდენტიფიცირების შემთხვევაში, ნაჩვენებია დანარჩენი კომპონენტების სისტემატური კვლევა, ყველა ამ რისკ-ფაქტორის მართვის საჭიროების გათვალისწინებით (B).
- ექიმმა შეფასების დროს უნდა გაითვალისწინოს ის ფაქტი, რომ მიუხედავად სხეულის მასის ინდექსის ერთნაირი მაჩვენებლებისა, მეტაბოლური რისკი მომატებულია პაციენტებში აბდომინალური ტიპის სიმსუქნით, გლუტეო-ფემორალური ტიპის სიმსუქნით პაციენტებთან შედარებით. (III,C)

სიმსუქნის კლასიფიკაცია

კლასიფიკაცია	სხეულის მასის ინდექსი (კგ/მ ²)	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და დიაბეტის რისკი	
		წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში 94-102 სმ ქალებში 80-88 სმ	წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში >102 სმ ქალებში >88 სმ
წონის ნაკლებობა	<18.5	-	-
ჭარბი წონა	25.0-29.9	-	მომატებული
სიმსუქნე	30.0-39.9	მაღალი	მაღალი
მძიმე სიმსუქნე	>40.0	ძალიან მაღალი	ძალიან მაღალი

- ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ყველა პაციენტს, სიმსუქნისა და მასთან დაკავშირებული რისკის იდენტიფიცირების მიზნით, უნდა დაუდგინდეს სხეულის მასის ინდექსი და წელის გარშემოწერილობა.(A)
- სიმსუქნეზე სკრინინგი რეკომენდებულია 2 წელიწადში ერთხელ. (D)
- ნებისმიერ პაციენტს, სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის მიუხედავად, უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება ჯანსაღი კვებისა და ვარჯიშის თაობაზე.(C)
- პაციენტებს, რომელთა სმი>25 კგ/მ², ხოლო წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში 94 სმ-ს და ქალებში 80 სმ-ს აღემატება, ესაჭიროებათ შემდგომი კონსულტაცია და გამოკვლევები სიმსუქნის მიზეზების დადგენისა და მისი მართვის ადეკვატური გეგმის შემუშავების მიზნით. (C)

დისლიპიდემიის შეფასება შრატში ლიპიდების შემცველობის მიხედვით

საერთო ქოლესტერინი მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<200 (<5.2) 200 - 239 (5.2 to 6.1) ≥240 (≥ 6.2)	ნორმა მომატებული მაღალი
დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<100 (<2.6) 100 -129 (2.6 -3.3) 130 - 159 (3.4 -4.0) 160 - 189 (4.1- 4.8) ≥190 (≥4.9)	ნორმა ოპტიმალურზე მაღალი მომატებული მაღალი ძალიან მაღალი
მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<40 (<1.0)	დაბალი

≥60 (≥1.6)	მაღალი
ტრიგლიცერიდები მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<150 (<1.7) 150 - 199 (1.7 - 2.2) 200 - 499 (2.3 - 5.6) ≥500 (≥5.6)	ნორმა მომატებული მაღალი ძალიან მაღალი

- თუ დსლ ქოლესტერინი >3.4 მმოლ/ლ-ზე, მსლ-ის ქოლესტერინი <1 მმოლ/ლ-ზე, ან ტრიგლიცერიდები >2.3 მმოლ/ლ-ზე, საჭიროა პაციენტის მდგომარეობის შემდგომი შეფასება და მკურნალობის სქემის შერჩევა. (D)
- ჯანმრთელი პირების სკრინინგი დისლიპიდემიაზე, სხვა რისკ-ფაქტორების არარსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია 45 წლის ასაკიდან 5 წელიწადში ერთხელ ქალებში (A); მამაკაცებში(D).
- მაღალი რისკის პაციენტებში დისლიპიდემიაზე სკრინინგი ტოტალური კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასების ნაწილია და რეკომენდებულია შედარებით მოკლე ინტერვალებით. (A)

დისლიპიდემიაზე სკრინინგის პერიოდულობა კარდიო-ვასკულური რისკის პროფილის გათვალისწინებით

ვის აქვს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ან დისლიპიდემიის მაღალი რისკი	ინტერვენცია	ინტერვალი
რისკის მომატება ასაკი<45 წელი	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	5 წელიწადში ერთხელ
მაღალი რისკი ასაკი≥45 წელი და <ul style="list-style-type: none"> • რისკ ფაქტორები (თამბაქო, ჰიპერტენზია, ჭარბი წონა) • ნაადრევი გსდ-ის ოჯახური ანამნეზი პირველი რიგის ნათესავებში (60 წლის ასაკამდე) 	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	ყოველ 1-2 წელიწადში ერთხელ
ძალიან მაღალი რისკი გსდ აბსოლუტური 5- წლიანი რისკი>15%-ზე - პაციენტები <ul style="list-style-type: none"> - შაქრიანი დიაბეტით ან გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესებით - გსდ, პერიფერიული არტერიების ან იშემიური ცერებროვასკულური დაავადებებით - ოჯახური ჰიპერქოლესტერინემია ან ოჯახური კომბინირებული ჰიპერლიპიდემია - თირკმლის ქრონიკული დაავადებები 	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	12 თვეში ერთხელ

დისლიპიდემიის შეფასებისა და ინტერვენციების სქემა

ინტერვენცია	ტექნიკა
<p>უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა</p>	<p>უზმოზე (საკვების მიღებიდან გასულია 9-14 საათი) სისხლში: საერთო ქოლესტერინი დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი ტრიგლიცერიდები</p> <p>თუ საერთო ქოლესტერინი (>5 მმოლ/ლ) ან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი (>2.5 მმოლ/ლ) მომატებულია, დიაგნოზის დასადასტურებლად საჭიროა განმეორებითი ანალიზი.</p>
<p>აბსოლუტური კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასება</p>	<p>კორონარული მოვლენებისა და ინსულტის 10 წლიანი რისკის შეფასება</p>
<p>დიეტური რეკომენდაციები</p>	<p>ყველა პაციენტს ქოლესტერინის დონის მიუხედავად ესაჭიროება კონსულტირება ჯანსაღი კვების თაობაზე.</p> <p>საერთო ქოლესტერინის დონის მომატების შემთხვევაში ფასდება აბსოლუტური კარდიო-ვასკულური რისკი.</p> <p>პაციენტებისთვის რისკის დაბალი ან ზომიერად მომატებული მაჩვენებლით რეკომენდებულია კონსულტირება დიეტისა და ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე.</p>
<p>ჰიპერლიპიდემიის მედიკამენტური მკურნალობა</p>	<p>მედიკამენტური მკურნალობა ნაჩვენებია, თუ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ცხოვრების წესის მოდიფიცირების შედეგად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება ვერ მიიღწევა პაციენტებში, მაღალი კარდიო-ვასკულური აბსოლუტური რისკით. • ქოლესტერინის დონე ≥ 5 მმოლ/ლ-ზე ან დსლ ≥ 3 მმოლ/ლ-ზე და, ამასთანავე, წარმოდგენილია ორი ქვემოთ აღნიშნული რისკ-ფაქტორებიდან: <ul style="list-style-type: none"> - მსლ < 1.0მმოლ/ლ-ზე - ოჯახური ანამნეზი - არტერიული ჰიპერტენზია - ჭარბი წონა - თამბაქოს მოწევა - გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება - მიკროალბუმინურია და/ან თირკმლის ფუნქციათა გაუარესება - ასაკი 45 წელი ან მეტი - ოჯახური ჰიპერლიპიდემია

გარდა ზემოაღნიშნულისა:

- ქალებში საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომის არსებობისას აუცილებელია მეტაბოლური სინდრომის კომპონენტების შეფასება (B).

- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოსტიკისას აუცილებელია პოსტტრავმული რისკის ფაქტორების გათვალისწინება (C).

რეკომენდაციები (I, A)

- თუ სისხლში გლუკოზის დონე (უზმოზე) < 5.6 mmol/l (≥ 100 mg/dl), ტრიგლიცერიდები < 1.7mmol/l (<150 mg/dl), HDL ქოლესტერინი: >1.03 mmol/l (>40 mg/dl) მამაკაცებში და >1.29 mmol/l (> 50 mg/dl) ქალებში განსაკუთრებულ მეთვალყურეობა საჭირო არ არის;
- თუ სისხლში უზმოზე გლუკოზის დონე ≥ 5.6 mmol/l (≥ 100 mg/dl), ტრიგლიცერიდები: ≥ 1.7 mmol/l (≥ 150 mg/dl) და HDL ქოლესტერინი <1.03 mmol/l (<40 mg/dl) მამაკაცებში და <1.29 mmol/l (< 50 mg/dl) ქალებში არსებობის მეტაბოლური სინდრომით დაავადების ძალიან მაღალი ალბათობა

რეკომენდაცია:

- ინდივიდუალური პაციენტის შემთხვევაში წელის ფართო გარშემოწერილობის საფუძველზე აუცილებელია მეტაბოლური სინდრომის კომპონენტების შეფასების გათვალისწინება. (III, D)

მეტაბოლური სტატუსის დამატებითი შეფასება

ცხიმის არანორმალური განაწილება	სხეულის ცხიმის ზოგადი განაწილება (DEXA) ცხიმის უპირატესად ცენტრალურად განლაგება (CT/MRI) ცხიმოვანი ქსოვილის ბიომარკერები: ლეპტინი, ადიპონექტინი, ცხიმის შემცველობა ღვიძლში (MRS)
ათეროგენული დისლიპიდემია (მომატებული ტრიგლიცერიდებისა და დაქვეითებული მსლ-ქოლესტეროლის გარდა)	ApoB (ან არა მსლ - ქოლესტეროლი) დსლ მცირე ნაწილაკები
დისგლიკემია	გლუკოზტოლერანტობის ტესტი
ინსულინრეზისტენტობა (უზმოდ მაღალი გლუკოზის გარდა)	უზმოდ ინსულინის/პროინსულინის დონეები HOMA-IR ინსულინრეზისტენტობა ბერგმანის მინიმალური მოდელის მიხედვით მომატებული თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავები (უზმოდ და გლუკოზტოლერანტობის ტესტის ეკლამფსიის შემდგომ მნიშვნელობა
სისხლძარღვოვანი დისრეგულაცია (მაღალი არტერიული წნევის გარდა)	ენდოთელური დისფუნქციის შეფასება მიკროალბუმინურია

ანთებითი სტატუსი	მომატებული მაღალი მგრძობიარე „C“-რეაქტიული ცილა მომატებული ანთებადი ციტოკინები (მაგ. TNF-alfa, IL-6) ადიპონექტინის დაქვეითებული დონე პლაზმაში
პროთრომბინული სტატუსი	ფიბრინოლიზური ფაქტორები (PAC-1, და ა.შ.) შედეგების ფაქტორები (ფიბრინოგენი და ა.შ.)
ჰორმონული ფაქტორები	ჰიპოფიზარულ-ადრენალური ღერძი

3. მკურნალობა/პრევენცია

ცხოვრების წესს დიდი გავლენა აქვს მეტაბოლური სინდრომის ყველა კომპონენტზე და მნიშვნელოვანია, რომ მეტაბოლური სინდრომის მქონე ადამიანთა რისკის მენეჯმენტში განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდეს ცხოვრების წესის ცვლილების მართვაზე, განსაკუთრებით ჭარბი წონის შემცირებასა და ფიზიკური აქტიურობის მომატებისკენ.

რეკომენდაცია:

- მეტაბოლური სინდრომით დაავადებულ პირებს უნდა შევთავაზოთ ფიზიკური აქტივობა და წონის კონტროლი, რადგანაც ამ გზით შესაძლოა რადიკალურად შემცირდეს მათთვის შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკი. (II,B)
- ქრონიკული დაავადებების ეტიოპათოგენეზში დიეტის მნიშვნელობის გათვალისწინებით კვების რეჟიმის შეფასება და ჯანსაღი კვების თაობაზე მაღალი რისკის პაციენტების კონსულტირება პირველად ჯანდაცვაში პრევენციული პრაქტიკის აუცილებელი ნაწილია. (A)
- ყველა მოზრდილი ადამიანს უნდა მიეცეს რჩევა კვირის დღეების უმეტესობაში 30 წუთის მანძილზე ზომიერი ფიზიკური დატვირთვის შესახებ. (D)
- შედარებით აქტიური დატვირთვა, კვირაში, სულ მცირე 3-4 ჯერ და 30 წუთის განმავლობაში სასარგებლოა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და კიბოს პრევენციისათვის. (B)

ადინამიის რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

ადინამიის რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა
ზომიერი პაციენტები, რომლებიც იცავენ კვირაში, სულ მცირე 5 დღე 30 წუთიანი ვარჯიშის რეჟიმს.	შეკითხვები აქტივობის დონის შესახებ	12 თვეში ერთხელ
მომატებული პაციენტები, ქრონიკული დაავადებებით ან სხვა კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორებით	შეკითხვები აქტივობის დონის შესახებ აქვს თუ არა პაციენტს სურვილი გაზარდოს აქტივობის დონე?	ყოველ ვიზიტზე

რეკომენდაცია:

- მეტაბოლური სინდრომის დროს ოპტიმალური სპეციალური დიეტა უნდა პასუხობდეს 2 ძირითად მოთხოვნას:

ა) ნაჯერი ცხიმების რაოდენობის შემცირება;

ბ) დაბალი გლიკემიური ინდექსის (glycemic index) ბოსტნეულის, პარკოსნების, ხილის, სახამებლის შემცველი საკვების მოხმარება. (B)

ამ დიეტის ორი დამატებითი და აუცილებელი მოთხოვნაა:

1. მარილის დაბალი შემცველობა და
2. ალკოჰოლის შეზღუდული მოხმარება

რეკომენდაციები:

- ალკოჰოლის მიღების რაოდენობისა და სიხშირის განსაზღვრა რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის 18 წლის ასაკიდან. (B)
- პაციენტებს ალკოჰოლთან დაკავშირებული გართულებების მაღალი რისკით ესაჭიროებათ კონსულტირება ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარების თაობაზე (A)

ალკოჰოლთან დაკავშირებული რისკის შეფასება და მიმდინარე მეთვალყურეობის სქემა

ალკოჰოლთან დაკავშირებული გართულებების რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა
<p>ზომიერი</p> <p>ყველა პაციენტი 18 წლის ასაკიდან</p>	<p>შეკითხვა ალკოჰოლის მიღების სიხშირისა და რაოდენობის შესახებ.</p> <p>შეკითხვის სენსიტიურობის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია არაგანმსჯელი ტონის შენარჩუნება.</p>	<p>3 წელიწადში ერთხელ</p>
<p>მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტები ჰიპერტენზიით, ღვიძლის დაავადებებით, ორგანოთა მიმღე დაზიანებით; • ორსულები; • პაციენტები პირველი ან მეორე რიგის ნათესავებში ალკოჰოლიზმის ან ფსიქიკური დაავადებების ანამნეზით; • პაციენტები, რომლებიც მედიკამენტურ მკურნალობას იტარებენ 	<p>შეკითხვა ალკოჰოლის მიღების სიხშირისა და რაოდენობის შესახებ.</p> <p>შეკითხვის სენსიტიურობის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია არაგანმსჯელი ტონის შენარჩუნება.</p> <p>რჩევა ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარების მნიშვნელობის თაობაზე.</p>	<p>წელიწადში ერთხელ</p>

ყურადღება უნდა მიექცეს ცილის, მათ შორის მცენარეულ ცილების და თევზის მოხმარებას. ენერგეტიკული მოხმარების დაახლოებით 45% უნდა გადანაწილდეს უჯერ ცხიმებსა და დაბალი GI ნახშირწყლებს შორის. ვინაიდან, თითოეული პროდუქტის გადაჭარბებული მოხმარება ურყოფით გავლენას ახდენს, საჭიროა მიეთითოს ამ პროდუქტის მოხმარების ზედა ზღვარი. ეს შეზღუდვა უნდა განისაზღვროს მაღალი GI-ის სახამებლის შემცველი საკვებისთვის 25%-ით და უჯერი ცხიმებისთვის 20%-ით. ცხიმის მოხმარების საერთო რაოდენობა შეიძლება მერყეობდეს 30-40%-მდე და ნახშირწყლების საერთო მოხმარება 45-55%-მდე. მკურნალობის ეფექტის მისაღწევად მოცემულ შეზღუდვებში შეიძლება გარკვეული ვარიაციები იმისდა მიხედვით, თუ რა არის მკურნალობის მიზანი.

მედიკამენტური მკურნალობა

მეტაბოლური სინდრომის მედიკამენტური თერაპიის მიზანია წონის დაქვეითება, ინსულინისადმი სენსიბილიზაცია ან ორივე ერთად.

სენსიტიზაცია ინსულინის მიმართ

1. მეტფორმინი

მეტფორმინი¹ არ არის მხოლოდ ინსულინის სენსიტიზაციის პრეპარატი.

იგი აქვეითებს გლუკონეოგენეზს ღვიძლში და გლუკოზას სისხლში, შესაბამისად, მოცირკულირე ინსულინს, იაფია და ათწლეულების განმავლობაში გამოიყენებოდა დიაბეტის სამკურნალოდ.

პაციენტების 20%-ში მეთფორმინმა, შესაძლოა, გამოიწვიოს შემდეგი გვერდითი მოვლენები: დისკომფორტი მუცლის არეში, კრუნჩხვები, დიარეა, გულისრევა.

ზოგიერთ კვლევაში აღნიშნულია წონის დაქვეითება.

პრეპარატი ინიშნება მზარდი დოზით: საწყისი დოზაა 500 მგ დღეში, რომელიც ყოველკვირეულად მატულობს (ტოლერანტობის გათვალისწინებით) მაქსიმუმ 2500 მგ-მდე დღეში.

მეტფორმინი უკუნაჩვენებია პაციენტებში თირკმლის უკმარისობით, რადგან ფიქრობენ, რომ მაღალია ლაქტაციდოზის რისკი.

პრეპარატის მოქმედება გრძელდება მხოლოს მისი მიღების პერიოდში, მაგრამ იგი აუმჯობესებს მეტაბოლური სინდრომის სხვადასხვა გამოვლინებას.

2. თიაზოლიდინედიონები

თიაზოლიდინედიონები ადიპოციტებში არსებული ბირთვის რეცეპტორების აგონისტებია.

მათი სტიმულაცია იწვევს ადიპოციტების პროლიფერაციას, წონის მომატებას და ინსულინ-რეზისტენტობის დაქვეითებას და მეტაბოლიზმის გაუმჯობესებას.

თიაზოლიდინედიონების ზემოქმედებით ადიპოციტები გამოყოფს ადიპონექტინს – ინსულინისადმი სენსიტიზაციის მძლავრ გამომწვევ ბუნებრივ ნივთიერებას. პაციენტს უბრუნდება ტოლერანტობა ცხიმოვანი მჟავების მიმართ, რის შედეგად ტრიგლიცერიდებისა და გლუკოზის დონე კლებულობს.

თიაზოლიდინედიონები, ასევე, ბეტა უჯრედებზე ზემოქმედებენ, იცავს რა მათ მს-ის თანმხლები აპოპტოზის დაჩქარებისაგან. მათმა გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს სითხის შეკავება, იშვიათად – გულის უკმარისობა და ღვიძლის პათოლოგია.

ვიდრე ინსულინ-რეზისტენტობის კლინიკური გაზომვა ხელმისაწვდომი გახდება, ინსულინის სენსიტიზაციის გამომწვევ მედიკამენტებზე რეაქცია ყველაზე უკეთ მეტაბოლური სინდრომის პირველადი კომპონენტების გაუმჯობესებით ფასდება – გლუკოზა უზმოდ, ტრიგლიცერიდები და მსლ ქოლესტერინი, სასქესო ჰორმონის შემაკავშირებელი გლობულინი და „C“-რეაქტიული ცილა.

3. ქსენიკალი

ქსენიკალი წარმოადგენს პანკრეასის ლიპაზას ანტაგონისტს აბსორბციისათვის საჭირო საკვები ცხიმის მეტაბოლიზმის პროცესში.

იგი იწვევს ჭარბი ცხიმის გამოყოფას სწორი ნაწლავიდან და შესაბამისად საკვები ცხიმის მიღების ეფექტურ რეგულირებას.

ქსენიკალის სისტემური აბსორბცია არ ხდება, მოიცავს ცხიმში ხსნადი ვიტამინების დონის დაქვეითების თეორიულ რისკს და კვლევების მიხედვით ეფექტურია.

მნიშვნელოვანია, რომ რანდომიზებულ საკონტროლო კვლევებში წონის დაქვეითება უკავშირდება მეტაბოლიზმის გაუმჯობესებას.

ქსენიკალის გამოყენების ხანგრძლივობაზე შეზღუდვა აღარ არსებობს, მაგრამ პრეპარატი უნდა მოიხსნას, თუ პაციენტის წონის დაქვეითების მაჩვენებელი სხეულის მასის 5%-ზე ნაკლებია 3 თვის განმავლობაში, ან 10%-ზე ნაკლები 6 თვის განმავლობაში.

ქსენიკალი გამოდის 120 მგ კაფსულების სახით. რეკომენდებულია ერთი კაფსულის მიღება ჭამის დროს ან საკვების მიღებიდან 1 საათის შემდეგ (დღიური დოზა – 3 კაფსულა დღეში).

პაციენტების დაახლოებით 27%-ს აღენიშნება ცხიმოვანი გამონადენი სწორი ნაწლავიდან, 25%-ს მეტეორიზმი, 22%-ს გაუფორმებელი განავალი, 20%-ს ცხიმოვანი ან ზეთოვანი განავალი. ეს პრობლემები მცირდება საკვები ცხიმის შემცირებით რაციონში.

4. სიბუტრამინი

სიბუტრამინის მოქმედების მექანიზმია თავის ტვინის ორი ძირითადი ნეიროტრანსმიტერის, სეროტონინისა და ნორადრენალინის უკუმიტაცების დათრგუნვა, რისი შედეგიც არის სიმძლავრის შეგრძნება.

იგი, ასევე, ხელს უშლის ძირითადი ცვლის დაქვეითებას, რაც ხშირად თან სდევს წონის დაქვეითების მცდელობას საკვების მიღების შემცირებით.

პრეპარატი ლიცენზირებულია წონის დასაკლებად მხოლოდ იმ პაციენტებში, რომელთა სმი არის 30 ან მეტი, ასევე მათთვის, ვისი სმი არის 27 და მეტი და აქვთ მეტაბოლური სინდრომის გამოხატული სიმპტომები.

წონის დაქვეითება დაკავშირებულია მეტაბოლიზმის გაუმჯობესებასთან, ხოლო სიბუტრამინი ხელს უწყობს დაქვეითებული წონის შენარჩუნებას.

პრეპარატი უნდა მოიხსნას, თუ პაციენტის წონის დაქვეითების მაჩვენებელი სხეულის მასის 5%-ზე ნაკლებია 3 თვის განმავლობაში, ან თუ მოხდა წონის მომატება მინიმუმ 3 კგ-ით წონის მნიშვნელოვანი დაქვეითებიდან გარკვეული პერიოდის განმავლობაში.

სიბუტრამინის საწყისი დოზაა 10 მგ დღეში ერთხელ; დოზის მატება ხდება 15 მგ-მდე (მაქსიმალური დოზა), თუ წონის კლება 2 კგ-ზე ნაკლებია ერთი თვის განმავლობაში.

პაციენტების დაახლოებით 10%-ს უვითარდება მადის დაქვეითება, ყაზობა, პირის სიმშრალე, ძილის პრობლემები, შესაძლოა განვითარდეს პროფუზული ოფლდენა, გულისცემის გახშირება, გულისრევა, ჰიპერტენზიამ შესაძლოა მოიმატოს. სიბუტრამინის გამოყენება ორსულობის დროს უკუნაჩვენებია.

5. რიმონაბანტი

რიმონაბანტი წარმოადგენს კანაბინოიდ 1 ტიპის (CB(1)) რეცეპტორის ანტაგონისტს; იგი, ამჟამად, შემუშავების სტადიაშია და როგორც ჩანს, კვებით ქცევაზე იმოქმედებს.

„მეტაბოლური სინდრომის“ დროს გამოყენებული პრეპარატები

1. ბიგუანიდები (მეტფორმინი). ქართულ ბაზარზე არსებული პრეპარატებია: გლუკოფაჟი, სიოფორი, სიორალი, მეტზოგამა
2. თიაზოლდიონების ჯგუფი (როზინგლიტაზონი). ქართულ ბაზარზე არსებული პრეპარატებია: ავანდამეტი, როგლიტი
3. ჰიპოტენზიური საშუალებები
4. ლიპიდური სპექტრის მომაწესრიგებელი საშუალებები
5. მადის დამთრგუნავი საშუალებები (მერიდია).. ქართულ ბაზარზე არსებული პრეპარატია - სიბუტრამინი
6. ცხიმის შეწოვის მახლოკირებელი. (ორგლისტატი, ქსენიკალი, ორლიპი)

4. მეთვალყურეობა

მეტაბოლური სინდრომის გამოვლენა და მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში არის რესურსების ეფექტიანი და ეფექტური გამოყენების წინაპირობა.

- o მეტაბოლური სინდრომით პაციენტები, მათი ოჯახის წევრები, ოჯახის ექიმი და სხვა ჯანმრთელობის დამკვიდრების სამსახურები უნდა ერთად ქმნიდნენ ინტერდისციპლინურ გუნდს პაციენტის მართვის გეგმის შემუშავების მიზნით.

- მართვის გეგმა მოიცავს თვითმენეჯმენტის სტრატეგიის განვითარებას, მხარდამჭერი გარემოს შექმნასა და ამბულატორიულად საპაემანო ვიზიტების დანიშვნას.
- ოჯახის ექიმმა, რუტინული სამედიცინო მონიტორინგის დროს, უნდა მიმართოს პაციენტი საჭიროების შემთხვევაში ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალებთან.
- მეტაბოლური სინდრომით ყველა პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს ოჯახის ექიმთან აღრიცხვაზე, რომელიც რეგულარულად მოახდენს დაავადების რისკ-ფაქტორებსა და პაციენტის პრობლემებზე ხანგრძლივ და უწყვეტ მეთვალყურეობას. ოჯახის ექიმის, საჭიროების შემთხვევაში, დროულად მიმართავს პაციენტს კვების და სხვა სპეციალისტთან, თუკი იგი ხელმისაწვდომია.
- ლოკალურად შემუშავებული პროტოკოლები და გზამკვლევი და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ორგანიზაცია უნდა იძლეოდეს იმის საშუალებას, რომ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ხდებოდეს მეტაბოლური სინდრომით პირთა დროული იდენტიფიკაცია და მართვა.

5. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

მეტაბოლური სინდრომის გამოვლენა და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში.

6. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

მეტაბოლური სინდრომით პაციენტთა მართვის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ქვემოთ ცხრილში.

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ფიზიოთერაპევტი	ვარჯიშის ადეკვატური რეჟიმის შერჩევა	
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება (მ.შ. ანამნეზი, წელის გარშემოწერილობა და სხეულის მასის ინდექსი) დიეტის და სხვა რისკ-ფაქტორების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	

რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	ლოკალური გაიდლაინისა და პროტოკოლის შექმნა დანერგვის ხელშეწყობა დანერგვაზე მეთვალყურეობა აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
მატერიალურ-ტექნიკური		
სიმაღლის მზომი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სასწორი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სანტიმეტრი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ჯანსაღი ცხოვრების წესის თაობაზე პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
მულტიდისციპლინური გუნდი	პაციენტის ქცევის შეცვლის ხელშეწყობა	სასურველი

მეტაბოლური სინდრომი

ინფორმაცია პაციენტებისათვის

რა არის მეტაბოლური სინდრომი?

მეტაბოლური სინდრომი წარმოადგენს მოსახლეობის მნიშველოვან ნაწილში ფართოდ გავრცელებულ მდგომარეობას, რომელიც მჭიდროდაა დაკავშირებული დიაბეტთან, სიმსუქნესა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან. ის იწვევს ინსულინ-რეზისტენტობას ანუ საკუთარი ინსულინისადმი ორგანიზმის დაბალ მგრძობელობას, რაც უმეტესად ჭარბი წონის, საკვების ჭარბად მიღებისა და ცხოვრების არააქტიური წესის შედეგია.

სიმსუქნე, რომელიც ფართოდაა დაკავშირებული ცხოვრების წესთან, წარმოადგენს მთავარ რისკ-ფაქტორს პაციენტისათვის. ამიტომ საჭიროა გამოვლენილი მეტაბოლური სინდრომის მკურნალობა დაავადების გამოვლინებისთანავე, დასაწყისშივე, საბოლოო სტადიის განვითარებამდე.

მეტაბოლური სინდრომი არის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მრავლობითი რისკ-ფაქტორების ჯგუფი, სახელდობრ იგი მოიცავს:

- სიმსუქნეს (განსაკუთრებით „ცენტრალური“ სიმსუქნე)
- ინსულინ-რეზისტენტობას
- ჰიპერგლიკემიას (მომატებული გლუკოზა, შაქარი სისხლში)
- დისლიპიდემიას (ცხიმების ცვლის დარღვევა)
- მაღალი არტერიული წნევა

არსებობს მოსაზრება, რომ დიდ ბრიტანეთში მოსახლეობის 25%-ს მეტაბოლური სინდრომის აშკარა ნიშნები აქვს. მაჩვენებელი უფრო მაღალია კონკრეტულ ეთნიკურ ჯგუფებში, კერძოდ, აზიური და აფრიკულ-ამერიკული წარმოშობის მოსახლეობაში. ამავე დროს, აშშ-ში მეტაბოლური სინდრომი აქვს 5 ზრდასრული ადამიანიდან ყოველ მეხუთეს, ხოლო სიმსუქნით დაავადებული 5 მოზრდილიდან 3-ს. მიუხედავად იმისა, რომ მეტაბოლური სინდრომის გავრცელების პროცენტული მაჩვენებელი საქართველოში შედარებით დაბალია, ეს არ არის დამამშვიდებელი. ჩვენი მოსახლეობის დიდი ნაწილის არაჯანსაღი ცხოვრების წესი, არასწორი კვება და პრევენციული მედიცინის განვითარების დაბალი დონე არასახარბიელო პროგნოზის საფუძველს იძლევა.

მეტაბოლური სინდრომის გამომწვევები მიზეზები, განვითარების მექანიზმები

კლინიცისტებისათვის უფრო მარტივია მეტაბოლური სინდრომის განსაზღვრა, ვიდრე ჩვეულებრივი ადამიანებისათვის, მაგრამ მისი გართულებების პრევენცია და ზოგჯერ, უკუგანვითარებაც კი შესაძლებელია სათანადო წესების დაცვის შემთხვევაში.

მასიურმა კვლევამ დაადგინა კვების კავშირი მეტაბოლური სინდრომის განვითარებასთან. კერძოდ,

- ვინც უფრო მეტად მოხმარდა ხორცის პროდუქტს, აღენიშნებოდა მეტაბოლური სინდრომის განვითარების 26%-ით მაღალი რისკი.
- შემწვარი საკვების მოხმარების თვალსაზრისით 25%-ით მაღალია მეტაბოლური სინდრომის განვითარების რისკი იმ პირებში, რომლებიც მეტად იკვებებიან შემწვარი საკვებით.
- სუფრის მარილის მოხმარების თვალსაზრისით 34%-ით მაღალია მეტაბოლური სინდრომის განვითარების რისკი იმ პირებში, რომლებიც მეტად მოიხმარენ სუფრის მარილს.
- პირიქით, რძის ნაწარმის მოხმარების მიხედვით დაბალი მოხმარების ჯგუფთან შედარებით, მაღალი მოხმარების ჯგუფს აღენიშნებოდა მეტაბოლური სინდრომის განვითარების 13%-ით დაბალი რისკი.

დაახლოებით სამოცი წლის წინ მარსელის საუნივერსიტეტო საავადმყოფოს კლინიცისტ-პედაგოგმა ჯინ ვეიგმა აღნიშნა მომატებული ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის შედარებით მაღალი რისკი იმ პაციენტებში, რომლებსაც მამაკაცი (ე.წ. „ვაშლის ფორმის“) სიმსუქნე აღენიშნებოდა, ქალური (ე.წ. „მსხლის ფორმის“) სიმსუქნის მქონე პაციენტებთან შედარებით, მიუხედავად სხეულის მასის ინდექსის - სმი-ის (წონის თანაფარდობა სიმაღლის კვადრატთან) ერთნაირი მაჩვენებლებისა.



სიმსუქნის ტიპები



მამაკაციური, აბდომინალური,
„ვაშლისებური“
(ცხიმი დაგროვებულია მუცლის არეში)

ქალური, გლუტეო-ფემორალური,
„მსხლისებური“
(ცხიმი დაგროვებულია გავა-წელისა და
ზარბაყების, მკერდის არეში)

ვისცერალური ცხიმოვანი ქსოვილი („ცენტრალური“ სიმსუქნე), როგორც ჩანს, იწვევს ინსულინ-რეზისტენტობას, ხოლო კანქვეშა – არა. ახლახანს განხორციელდა ამის მკაფიო დემონსტრირება, როდესაც კანქვეშა ლიპოსაქციით (ცხიმის „ამოტუმბვა“) წელის არეში, ინსულინ-რეზისტენტობის დაქვეითება ვერ მოხერხდა.

ვისცერული ცხიმოვანი ქსოვილის მასაზე მსჯელობა პრაქტიკულად შესაძლებელია წელის გარშემოწერილობის გაზომვით ჩვეულებრივი სანტიმეტრიანი ლენტის საშუალებით.

ვისცერული ცხიმოვანი ქსოვილი კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილთან შედარებით უფრო აქტიურია და მისი ქსოვილიდან ე.წ. „მავნე ცხიმები“ – ტრიგლიცერიდები უფრო ადვილად გადადის მოცირკულირე სისხლში.

აღნიშნული პროცესის პროფილაქტიკისათვის შემდგომში საჭირო ხდება ინსულინის კონცენტრაციის გაზრდა, ხოლო თავად ცხიმოვანი მჟავები უშუალო ზეგავლენას ახდენს ღვიძლსა და ჩონჩხის კუნთებზე, სადაც ისინი ზრდიან ინსულინ-რეზისტენტობას.

ცხიმოვანი უჯრედები გამოყოფს ცილის მსგავს ნივთიერებებს, რომლებიც იწვევენ მრავალფეროვან პროცესებს, მათ შორის, ანთებას და ავითარებენ ღვიძლის, კუნთისა და თვით ცხიმოვანი უჯრედის დაქვეითებულ მგრძობელობას ინსულინის მიმართ.

ამის შედეგად სისხლში არ კონტროლდება გლუკოზა და ხდება მისი დონის მომატება. პანკრეასი უაღრესად მგრძობიარეა გლუკოზის უმნიშვნელო ცვლილებების მიმართ და ამის პასუხად იწყება მოცირკულირე ინსულინის დონის მატება.

ამერიკელმა მეცნიერებამა დაადგინეს, რომ ნებისმიერი ტრავმული, დეპრესიული, ან მასიური კატაკლიზმური შემთხვევები ხშირად იწვევენ შესაბამის სტრეს-ფაქტორის ზემოქმედებას, რაც თავის მხრივ განაპირობებს მეტაბოლური სინდრომისათვის დამახასიათებელ ბიოქიმიურ ცვლილებებს ორგანიზმში.

მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოსტიკა:

მთავარი ამოსავალი კომპონენტია „ცენტრალური სიმსუქნე“, რომელშიც შედის:

1. მასა-სიმაღლის ინდექსი (სმი - წონა გაყოფილი სიმაღლის კვადრატზე) ($18.5 \text{კგ/კვ.მ} < \text{ნორმალური სმი} < 24.9 \text{კგ/კვ.მ}$)
2. გავა-წელის ინდექსი (გწი – ნორმა მამაკაცისათვის < 0.9 ; ქალისათვის < 0.85)
3. წელის გარშემოწერილობა (ნორმა მამაკაცისათვის $< 95 \text{სმ}$; ქალისათვის $< 80 \text{სმ}$)

სამივე პარამეტრის მომატება ექვს აღარ იწვევს „ცენტრალურ სიმსუქნეზე“.

პირველი და მესამეს მომატება ადასტურებს „ცენტრალურ სიმსუქნეს“ და ითვლება დამაჯერებელ კრიტერიუმად.

პირველი – მეორის, ან მეორე – მესამეს, ან ცალკეული პარამეტრის იზოლირებულად მომატება მიუთითებს მაღალ რისკს „ცენტრალურ სიმსუქნეზე“.

გახსოვდეთ! თუ თქვენი სხეულის ზემოდაღნიშნული ნორმატიული მონაცემები დარღვეულია, თქვენ დასნებოვნების რისკი გაქვთ და იზრუნეთ წონის დაკლებაზე!



მთავარ კომპონენტს საკმარისია დაემატოს 2 კომპონენტი, რომ დაისვას „მეტაბოლური სინდრომის“ წინასწარი დიაგნოზი, რომლის დადასტურებაც შესაძლებელია მინიმალური ლაბორატორიული გამოკვლევებით:

1. არტერიული წნევის მომატება (სისტოლური >130 მმ ვწყ.სვ, დიასტოლური >85 მმ ვწყ.სვ.);
1. შაქრიანი დიაბეტი ნებისმიერი ტიპის;
2. ნებისმიერი სისხლძარღვოვანი დაავადება;
3. მემკვიდრეობითი რისკი შაქრიან დიაბეტთან მიმართებაში, ან ერთხელ მაინც თუ აღმოაჩნდა ნორმიდან გადახრა სისხლში – გლუკოზის კონცენტრაციაზე.

გახსოვდეთ! თუ თქვენი სხეულის ზომა-წონის დარღვეულ მონაცემს დაემატა ერთი სიმპტომიც კი ოთხიდან – აუცილებლად მიმართეთ ოჯახის ექიმს.

გახსოვდეთ! დადებითი ლაბორატორიული ტესტი შემდგომი აუცილებელი მკურნალობისათვის შენგან მოწესრიგებულ რეჟიმს და მაღალ პასუხისმგებლობას მოითხოვს, რათა პროცესი არ გაღრმავდეს და შეუქცევადი არ გახდეს.

არსებობს მტკიცებულება, რომ კავშირი სხეულის მასასა და ინსულინ-რეზისტენტობას შორის, რომელიც ასე მკაფიოდ არის გამოხატული მოზრდილებში, უკვე სახეზეა მცირეწლოვან ბავშვებში, და რომ ინსულინ-რეზისტენტობის შედეგები უფრო მძიმეა ერთი და იმავე ასაკის ბავშვობიდანვე ჭარბწონიან მოზრდილებში, იმათთან შედარებით, ვინც მოგვიანებით გასუქდა.

როგორ ავიცილოთ თავიდან დაავადება

მეტაბოლური სინდრომით დასნებოვნებისაგან თავის დაცვა შესაძლებელია ორი მიმართულებით ვაწარმოოთ:

1. დაავადების პროფილაქტიკა (პრევენცია), რომელიც იძლევა საშუალებას, რომ არ დასნეულდეთ ამ სინდრომით;
2. პრობლემის დროული გამოვლენა და მართვა, რაც პროცესს შეაჩერებს და ქრონიკულ მიმდინარეობაში არ გადაიყვანს.

ცხოვრების წესს დიდი გავლენა აქვს **მეტაბოლური სინდრომის** ყველა კომპონენტზე და ძალიან მნიშვნელოვანია მისი ცოდნა და შესაბამისი წესების დაცვა აქცენტი უნდა გაკეთდეს ცხოვრების წესის ცვლილებზე, განსაკუთრებით ჭარბი წონის შემცირებისა და ფიზიკური აქტიურობის მომატებისკენ.

ფიზიკურ აქტივობითა და წონის კონტროლით შესაძლოა რადიკალურად შემცირდეს მეტაბოლური სინდრომით პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკი!

ვარაუდობენ, რომ ადრეული გადაჭარბებული კვება სიცოცხლის პირველი რამდენიმე კვირის განმავლობაში იწვევს ზრდის ტემპის დაჩქარებას და ნაკლებად სასურველ მეტაბოლურ სტატუსს 15 წლის შემდეგ.

ეს ძალზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა, თუ გავითვალისწინებთ ბებიაქალებისა და ჯანმრთელობის ვიზიტორების მიერ მიცემულ რჩევებს დაბალი წონით დაბადებული ბავშვების „გადაჭარბებული კვების“ თაობაზე, რადგან დაბალი წონით დაბადებულ ბავშვებს აქვთ დაჩქარებული ზრდის ბუნებრივი მიდრეკილება. არსებობს მტკიცებულება, რომ ინსულინ-რეზისტენტობა შესაძლოა პირდაპირ იყოს დაკავშირებული **სწრაფი საკვების მოხმარებასთან**.

ცნობილია, რომ ფიზიკური აქტივობის პროგრამები აქვეითებს ინსულინ-რეზისტენტობას სხეულის წონაზე მათი ზემოქმედების მიუხედავად. სწრაფი ვარჯიში აქვეითებს ინსულინ-რეზისტენტობას და სწრაფად აქვეითებს მიღებული კალორიების რაოდენობას, მაგრამ რეკომენდაციები ფიზიკური აქტივობის კონკრეტული ხანგრძლივობის შესახებ ინდივიდუალურია.

ცხოვრების წესის შეცვლას დაუყოვნებელი ეფექტი აქვს ინსულინ-რეზისტენტობასთან დაკავშირებულ მეტაბოლურ დარღვევებზე – **არ არის საჭირო წონის დაქვეითების ლოდინი!**

ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული ფაქტორებიდან, თამბაქოს მოწევის უდიდესი წვლილი აქვს მეტაბოლური სინდრომისა და დიაბეტის შერწყმის დროს, სისხლძარღვოვანი გართულებების აბსოლუტური რისკის ზრდაში.

მეტაბოლური სინდრომის პროფილაქტიკისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ცხოვრების ჯანსაღი წესის უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს – **სწორ, ჯანსაღ კვებას**.

ჯანმრთელი კვებით ადამიანი სიამოვნებას უნდა იღებდეს. ამასთან, ჯანსაღი საკვები შეიძლება უფრო იაფი და ხელმისაწვდომიც აღმოჩნდეს. ზოგიერთი

შეხედულება ჯანმრთელი რაციონისა და კვების რეჟიმის შესახებ ნამდვილად მისაღებია, თუმცა არსებობს ისეთი ტრადიციული შეხედულებებიც, რომლებიც შეიძლება დაავადების განვითარებას უწყობდნენ ხელს. მაგალითად, ყოველდღიურად დიდი რაოდენობით ცხიმიანი ხორცის გამოყენება. **რაც ნაკლებ ხორცსა და ცხოველურ ცხიმს მივირთმევთ, მით უკეთესია!**



გასათვალისწინებელია ის, რომ არ არის საკმარისი გქონდეთ მხოლოდ წონასა და სიმადლეს შორის სწორი შეფარდება. ჯანმრთელობა დაკავშირებულია აგრეთვე იმასთან, თუ რითი იკვებებით, ანუ კვების სასურველი პროდუქტების შერჩევასთან.



- მარცვლეული
- ბოსტნეული
- ხილი
- ცხიმები
- რძე
- ხორცი, პარკოსნები

ჯანმრთელი და ბალანსირებული რაციონის შედგენა შესაძლებელია «კვების პირამიდის» გამოყენებით.

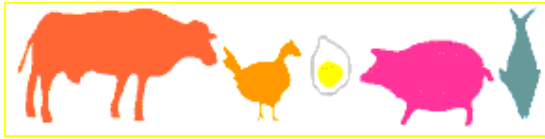
კარტოფილი, პური, ბრინჯი და მარცვლეული პროდუქტები





ხილი ასევე წარმოადგენს მინერალური ნივთიერებებისა და ვიტამინების მნიშვნელოვან წყაროს. ეცადეთ გამოიყენოთ «სეზონური» ხილი.

ხორცი, თევზი და პარკოსნები



ჯანმრთელობის შერყევის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს განსაკუთრებით დიდი რაოდენობის ცხოველური ცხიმის მოხმარება წარმოადგენს. ჩვენი ორგანიზმის მოთხოვნილება ცხოველური წარმოშობის ცხიმზე ძალიან მცირეა. მიუხედავად ამისა, ადამიანების უმრავლესობა მას დიდი რაოდენობით მოიხმარს. ასეთია **ნაჯერი ცხიმები**. ისინი ძირითადად შედიან ძროხის, ღორისა და ცხვრის ხორცის შემადგენლობაში და, აქედან გამომდინარე, ასეთი ხორცისაგან დამზადებულ პროდუქტებში (მაგალითად, ძეხვი, ხორცის პეროგი, ბუტერბროდი ხორცი და სხვ.) ნაჯერი ცხიმების დიდი რაოდენობით მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს გულის იშემიური დაავადება და ჭარბი წონა.

რაც შეეხება **უჯერ ცხიმებს**, მათ წყაროს წარმოადგენს თევზი, ქათამი, ინდაურისა და ბატის კვერცხი და მათგან დამზადებული პროდუქტები. უჯერი ცხიმები შეიძლება შედარებით სასარგებლო იყოს თქვენთვის, თუმცა **ნებისმიერი სახის დიდი რაოდენობის ცხიმს** შეუძლია წონის შესამჩნევი მატების გამოწვევა. ამიტომ უმჯობესია ნაკლები რაოდენობის მჭლე ხორცის ყიდვა და საკვებად თევზის ყველა სახის კერძების გამოყენება.

არ დაგავიწყდეთ! რაციონში რკინის შემცველობის გაზრდა საკვებად ღვიძლის გამოყენების გზით.

ბარდისა და პარკოსნების შემცველი კვების ტრადიციული რაციონებით კარგი კვების უზრუნველყოფა შესაძლებელია.

კერძის მომზადებისას გახსოვდეთ ნებისმიერი ცხოველური ცხიმის შემცირების აუცილებლობის შესახებ: **რაც ნაკლებია ცხიმი – მით უკეთესი!**

რძე და რძის პროდუქტები



რძე, ყველი, მაწონი, იოგურტი, კეფირი წარმოადგენენ ცილების, ვიტამინებისა და მინერალური ნივთიერებების წყაროს, თუმცა მათთვის ასევე დამახასიათებელია ცხოველური ცხიმების მაღალი შემცველობა. ადამიანისათვის აუცილებელია რძისა და რძის პროდუქტების გარკვეული რაოდენობის მიღება. თუ რძე მოხდილია, ის უნდა მიეცეს მოზრდილებს, ცხიმის ნაკლები შემცველობის გამო.

ახალშობილთათვის და ადრეული ასაკის ბავშვებისათვის საუკეთესოა დედის რძე, რომელიც შეიცავს ყველაფერს, რაც საჭიროა სიცოცხლის პირველ თვეებში მათი ჯანმრთელი «სტარტისათვის» ცხოვრებაში (ეს პროცესი შეიძლება გაგრძელდეს 2 წლის ასაკამდე).

ცხიმები, ზეთები და შაქარი



პირამიდის «მწვერვალი» მისი ყველაზე მცირე ნაწილია. ეს მიუთითებს იმაზე, თუ რამდენად მცირე რაოდენობით უნდა მოიხმაროთ ამ ჯგუფში შემავალი პროდუქტები. **რაც ნაკლები რაოდენობით – მით უკეთესი!** თუ თქვენ საკვების დამზადებისას იყენებთ ცხიმებსა და ზეთს, ეცადეთ მინიმუმამდე შეზღუდოთ მათი მოხმარება. საკვების ორთქლზე დამზადება, მოხარშვა ან შეწვა ზედმეტი ცხიმის გარეშე ხელს უწყობს თქვენს ორგანიზმში ცხიმის შემცველობის შემცირებას. შეამცირეთ ცხიმის რაოდენობა ყველა თქვენს საკვების რეცეპტში. ეცადეთ ნაკლებად მოიხმაროთ შაქარი, რადგან მას შეუძლია კბილის კარიესი და წონის მომატება გამოიწვიოს. ამასთან, ის არ წარმოადგენს არანაირი კვებითი მიკროელემენტების წყაროს

ალკოჰოლი

მცირე რაოდენობით ალკოჰოლის მოხმარება მრავალი ადამიანისათვის შეიძლება სოციალური ურთიერთობების სასიამოვნო ატრიბუტი იყოს. ამასთან, ალკოჰოლის მცირე რაოდენობების მოხმარებამ შეიძლება შეამციროს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი ხანდაზმულ ასაკში, თუ ეს ხელს არ უშლის წამლების მიღებას.

თუმცა ალკოჰოლის რაოდენობისა და მოხმარების სიხშირის გაზრდისას, შესაბამისად, იზრდება რისკი.

ალკოჰოლის ერთი **ერთეული** შეიცავს დაახლოებით 10 გ ალკოჰოლს და დაახლოებით ეკვივალენტურია: ერთი ბოთლი (250 მლ) ჩვეულებრივი/საშუალო სიმაგრის (4-5% ალკოჰოლი) ლუდის, ერთი ჭიქა (100 მლ) ღვინის; **ერთი მცირე ზომის** ჭიქის არყის (25 მლ არაყი).

არ დაგავიწყდეთ! მხოლოდ ერთი ჭიქა ხშირად შეიცავს ალკოჰოლს **ორი ან მეტი ერთეულის** რაოდენობით!



მეტაბოლური სინდრომის მკურნალობა



დიეტოთერაპია

მეტაბოლური სინდრომის მკურნალობა პირველ რიგში ორიენტირებული უნდა იყოს წონის დაკლებაზე. ამ მიდგომამ შეიძლება გააუმჯობესოს მგრძნობელობა ინსულინის მიმართ და დადებითად იმოქმედოს ყველა სხვა დარღვევაზე, რომელიც გამოვლინდება.

მეტაბოლური სინდრომის დიეტა უნდა ატარებდეს საერთო ხასიათს და ამავე დროს იყოს სპეციფიური კონკრეტული ავადმყოფობისათვის (ჰიპერტონია, დიაბეტი, დისლიპიდემია).

მეტაბოლური პროფილის გაუმჯობესებისათვის არ არის აუცილებელი იდეალური წონის მიღწევა. უმეტეს შემთხვევაში, 5-10%-ით წონის დაკლება საკმარისია კლინიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტის მისაღებად. ინსულინის მიმართ მგრძნობელობის გაუმჯობესება 30-60%-ით დამოკიდებულია წონაში დაკლებაზე. დადებითი ეფექტი გრძელდება მანამ, სანამ წონა კვლავ არ მოიმატებს.

გახსოვდეთ, მეტაბოლური სინდრომი – ინსულინ-რეზისტენტობა არის თანამედროვე ცივილიზაციის არაჯანსაღი კვებით გამოწვეული სენი

მეტაბოლური სინდრომის დიეტის ძირითადი პრინციპები:

1. ნაჯერი ცხიმების შემცირება (10%-ის ქვევით)
2. დაბალ გლუკონდექსიანი სპეციფიური სამკურნალო კვება
3. ნახშირწყლების (ლევნიანები, უჯრედისიანი), ბოსტნეულის, ხილის მომატება (50%-ზე ზევით)
4. სუფრის მარილის მინიმუმამდე შემცირება (არა უმეტეს 3-5 გრამისა)
5. ალკოჰოლის ამოღება რაციონიდან
6. ცილა ძირითადად თევზისა და ბოსტნეულისაგან
7. მიზანი: წონის დაკლება 5-10%-ით

მეტაბოლური სინდრომის მედიკამენტური მკურნალობა

„მეტაბოლური სინდრომის“ დროს გამოყენება სპეციფიკური პრეპარატები, რომლის მიღება შეიძლება მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით!

გახსოვდეთ! ამ პრეპარატების თვითნებურმა მოხმარებამ შეიძლება ჯანმრთელობის სერიოზულ, არასასურველ ცვლილებამდე მიგიყვანოთ!
