

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Савчук Ксения Сергеевна

эндокринолог, аспирант

МБУЗ ГКП №8, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный
медицинский университет»

г. Челябинск, Челябинская область

Рябова Лиана Валентиновна

д-р мед. наук, профессор, сотрудник

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный
медицинский университет»

г. Челябинск, Челябинская область

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

***Аннотация:** статья посвящена проблеме ежегодного увеличения темпов роста заболеваемости людей кардиоваскулярной патологией и сахарным диабетом (СД) 2 типа. Авторами статьи проведено исследование, направленное на обследование больных сахарным диабетом 2 уровня. Сделаны выводы о нарушении трудоспособности исследуемых больных, высоком уровне подверженности сердечно-сосудистыми заболеваниями.*

***Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, стенокардия напряжения, атеросклероз артерий нижних конечностей.*

В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечаются высокие темпы роста заболеваемости кардиоваскулярной патологией и сахарным диабетом 2 типа. Распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) встречается в 2–4 раза чаще, чем в общей

популяции, что связано с более ранним началом и агрессивным течением атеросклероза [4, с. 23, 6, с. 40]. Результаты современных популяционных и фармако-экономических исследований показали, что на сегодняшний день сахарный диабет 2-го типа в сочетании с ИБС – это большая медицинская и социальная проблема. Несмотря на значительный прорыв в лечении этой категории больных, инвалидизация и смертность от сердечно-сосудистых осложнений до сих пор остается на лидирующих позициях [3, с. 24, 7, с. 32].

Материалы и методы: Обследован 21 больной СД 2 типа в сочетании с ИБС: стабильной стенокардией напряжения 2-3 ф.к., из них 15 женщин и 6 мужчин в возрасте от 44 до 71 года. Группу сравнения составил 21 больной СД 2 типа без ИБС: 14 женщин и 7 мужчин в возрасте от 50 до 71 года. Критерием включения являлось наличие атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей по данным дуплексного сканирования. Всем пациентам проводилось стандартное обследование в соответствии с нозологическими формами.

Статистическая обработка: корреляционный анализ внутри групп проводили с помощью вычисления ранговой корреляции Спирмена. Различия распределения величин между группами определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни. Все вычисления произведены в ПО IBM SPSS Statistics, Version 21.

Результаты и их обсуждение: пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту, стажу СД 2 типа (в группе пациентов с сочетанной патологией длительность СД 2 типа составила $12,60 \pm 5,113$, в группе с изолированным СД 2 типа $12,21 \pm 5,912$). Индивидуальный целевой уровень гликемического контроля у данных больных не был достигнут (целевые уровни гликированного гемоглобина не достигнуты). Уровень инвалидизации был достоверно выше в группе сочетанной патологии ($p < 0,05$), у 52% больных с сочетанной патологией установлена третья группа инвалидности, в группе с изолированным СД 2 типа лишь у 10% (90% группу инвалидности не имели), что ещё раз подчёркивает медико-социальную значимость данной проблемы. При обследовании окружности талии (ОТ) была достоверно меньше в группе с изолированным СД 2 типа и со-

ставила $101,62 \pm 11,766$ см против $107,52 \pm 8,316$ см в группе сочетанной патологии ($p = 0,044$). По данным ряда авторов это различие возможно связано с более частым применением метформина. Выявлена обратная корреляционная связь между приёмом метформина и ОТ ($p = 0,013$) [2, с. 1970].

При анализе лабораторных данных было выявлено статистически значимое повышение уровня RDW (Red cell Distribution Width, ширина распределения эритроцитов по объёму – показатель заключения автоматического гематологического анализатора) в группе сочетанной патологии ($p = 0,012$). Увеличение этого показателя ряд авторов рассматривает как предиктор сердечно-сосудистой смертности в различных группах больных [1, с. 142].

По данным ЭХО-КГ в группе сочетанной патологии увеличение индекса массы миокарда левого желудочка тяжёлой степени встречалось чаще (у 52% больных) в сравнении с группой изолированного СД (38%). Нормальная геометрия ЛЖ не обнаружена. В группе сочетанной патологии у 9% больных наблюдалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, у 48% – концентрическая гипертрофия, у 43% – эксцентрическая гипертрофия. В группе с изолированным СД 2 типа 14% больных имели концентрическое ремоделирование ЛЖ, 34% – концентрическую гипертрофию, 52% – эксцентрическую гипертрофию.

При анализе особенностей ремоделирования сердечно-сосудистой системы получено достоверное увеличение КДРЛЖ и КДОЛЖ в группе сочетанной патологии ($p = 0,02$). При проведении корреляционного анализа выявлена значимая корреляция с окружностью талии, что ещё раз подтверждает вклад не только артериальной гипертензии, но и ожирения в развитие ремоделирования левого желудочка. По данным литературы увеличение степени ожирения у пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией способствует более частому развитию концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ, обладающей наименее благоприятным прогностическим значением [5, с. 20].

По результатам дуплексного сканирования артерий нижних конечностей средняя толщина комплекса интима-медиа у больных группы СД составила $1,34 \pm 0,22$ мм, сочетанной патологии – $1,36 \pm 0,22$ мм. Различия между группами были статистически не значимы.

Выводы:

1. Больные с сочетанной патологией имели достоверно чаще стойкое нарушение трудоспособности ($p < 0,05$).
2. В группе больных СД 2 типа в сочетании с ИБС более выражено абдоминальное ожирение ($p = 0,044$).
3. Показатель ширины распределения эритроцитов по объёму, как предиктор сердечно-сосудистой смертности, достоверно выше в группе сочетанной патологии ($p = 0,012$).
4. Гипертрофические типы ремоделирования ЛЖ (концентрическая и эксцентрическая гипертрофия) доминируют как у пациентов с изолированным СД 2 типа, так и в сочетании с ИБС: стенокардией напряжения.

Список литературы

1. Cavusoglu E. [Текст]: Relation between red blood cell distribution width (RDW) and all-cause mortality at two years in an unselected population referred for coronary angiography / Cavusoglu E., Chopra V., Gupta A. et al., – Int.J. Cardiol. – 2010. – С. 141–146.
2. Charles A. [Текст] Effect of weight change and metformin on fibrinolysis and the von Willebrand factor in obese nondiabetic subjects / Charles A., Vague P., Morange P. et al., – The BIGPROI Study. Diabetes Care. – 1998; 11: 1967 – 1972.
3. Дедов И.И. [Текст]: Сахарный диабет / Дедов И.И., Шестакова М.В., – М., 2003 – Сахарный диабет. – 2003. – С. 456.
4. Демидова Т.Ю. [Текст]: CardioСоматика. Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика: научно-практический рецензируемый медицинский журнал / Демидова Т.Ю., – MEDIA MEDICA, 2011 – Атеросклероз и сахарный диабет типа 2: механизмы и управление. – 2011. – С. 22–30.

5. Королева Е.В., Кратнов А.Е., Тимганова Е.В. [Текст]: Вестник современной клинической медицины // Диастолическая дисфункция и ремоделирование левого желудочка у больных сахарным диабетом 2 типа с коморбидным ожирением и артериальной гипертензией. – 2014. – №3. – Том 7. – С. 20–24.

6. Куликова А.Н. [Текст]: Грудная и сердечно-сосудистая хирургия // Оценка факторов риска развития атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом 2 типа. – 2008. – №4. – С. 40–43.

7. Петина М.М., Гороховская Г.Н., Мартынов А.И. Российский кардиологический журнал // Эндотелиальная дисфункция у больных ишемической болезнью сердца с сахарным диабетом 2 типа. – 2011. – №2 (88). – С. 32–36.