

Урунбаева Д.-А.,
Нажмутдинова Д.К.,
Артыкова Д.М.,
Садыкова Н.Г.,
Закирова Ф.Ш.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ташкентская медицинская академия

Непрерывный рост распространенности сахарного диабета (СД) 2 типа представляет колоссальную проблему не только для здравоохранения, но и для общества в целом. Об этом свидетельствуют цифры: в 2006 г. около 194 миллионов человек в мире страдали данной патологией, а прогнозируемая распространенность в 2025 г. составит более 300 миллионов человек. К этому следует добавить, что риск развития инфаркта миокарда и инсульта в 2-4 раза выше у пациентов с диабетом, чем при его отсутствии. Кроме того, само течение диабета связано с повышенной смертностью. Лица, страдающие диабетом подвержены большему риску развития ИБС, чем не имеющие его. Данные, которые приведены авторами M. Dellborg, A. Svensson, D.K. Mcguire, получены в результате длительного наблюдения с 1987 по 1999 г. Так, у больных с развившейся нестабильной стенокардией (НС) при сопутствующем сахарном диабете за последующие пять лет в полтора раза увеличивается частота случаев инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, инсульта и внезапной смерти, чем у больных с НС и без сопутствующего СД. Это убедительно подтверждает высокий риск развития сосудистых осложнений у больных с сахарным диабетом.

Частота развития ИБС у мужчин, страдающих сахарным диабетом, в 2 раза, а у женщин в 3 раза превышает частоту заболеваемости ИБС в общей популяции. В возрасте от 30 до 55 лет от ИБС погибают 35 % больных СД, в то время как в общей популяции ИБС является причиной смерти только у 8 % мужчин и 4 % женщин этой же возрастной категории. Клиническими особенностями ИБС у больных СД являются:

- одинаковая частота развития у мужчин и у женщин;
- высокая частота безболевых форм ИБС (безболевая ишемия, безболевой инфаркт миокарда), влекущих за собой высокий риск внезапной смерти;
- высокая частота развития постинфарктных осложнений;
- смертность в остром АО дней) и подостром D—8 нед) периодах инфаркта миокарда в 2 раза превышает таковую у лиц без СД.

У больных СД в 10—25 % случаев, т.е. в 2 раза чаще, чем обычно, встречается острый инфаркт миокарда. Нарушение восприятия ишемических болей связывают с автономной кардиальной невропатией. Внезапное появление признаков сердечной недостаточности, аритмий, необъяснимые гипогликемии, а также появление болей в

эпигастральной области и тошноты — ситуации, требующие обязательного проведения ЭКГ и исследования ферментного спектра. Точные причины ускоренного развития коронарного атеросклероза у больных СД 2 типа остаются не выясненными. С одной стороны, СД 2 типа, как у мужчин, так и у женщин, представляет собой важный и независимый фактор риска заболеваний, обусловленных атеросклеротическим поражением сосудистого русла. С другой стороны, показана тесная связь между СД 2 типа и другими факторами риска ИБС, как общепризнанными, так и теми, прогностическая значимость которых пока не установлена [4]. По данным Фрамингемского исследования, традиционные факторы риска ИБС у больных СД обнаруживают в 1,4⁴,1 раза чаще, чем у населения, не имеющего этого заболевания [7]. Наличие СД сопряжено с существованием не одного, а сразу нескольких факторов риска ИБС [8]. Каждый из них независимо друг от друга неблагоприятно влияет на развитие сердечнососудистых заболеваний у больных СД [4,6]. Связью между общепринятыми факторами риска ИБС и СД 2 типа объясняют до 50% повышенного риска возникновения у этих больных ИБС [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение течения и фармакотерапии ИБС у больных СД типа 2.

Пациенты и методы. В исследование включен 56 больной с СД типа 2 и ИБС. Средний возраст больных составил 58,48±1,01 лет. Среди обследованных больных мужчин было 25 больных (45%), женщин 31 больных - (55%). На момент включения в исследование число больных с компенсированным СД составляло 7%, с декомпенсированным СД отмечен у 93%. По длительности до 5 лет страдали 29 (51,8%), более 5 лет, но менее 10 лет - 27 (48,2%). Для компенсации углеводного обмена 45 (80,3%) больных принимали препараты сульфанилмочевины, остальные 11 (19,7%) больных получали инсулинотерапию. Контрольную группу составляли • 10 пациентов с

ИБС, но без СД типа 2.

Таблица 1

Исходная характеристика больных (М±т)		
Показатель	основная группа n=56 '	контроль n=10
Возраст, годы	58,48±1,01	56.7±0.6
Длительность СД, годы	6.51±0.71	СД не диагностирован
ИМТ, кг/м ²	31.6±1.25	27.0±1.1
А/Д систолическое, мм.рт.ст.	142.5±14.04	111.5±13.5
А/Д диастолическое, мм.рт.ст.	96.5±9.12	87.1±11.5
Гликемия] натощак, моль/л	7.Ш.37	4.15±0.19
Гликемия ₂ , моль/л	9.2±1.33	6.2±1.25
HbA1c	8,9±1.03	5,8±0.98

1 - натощак; 2 - через 2 часа после приёма пищи

Наиболее частым клиническим проявлением ИБС у больных, включенных в исследование, была стенокардия напряжения. При этом стенокардию высокого функционального класса (3-4 ФК) имели 15% пациентов, 2 ФК стенокардии - 85% больных.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование. Гликемия натощак и пост- прандиальная исследовалась глюкозо- оксидазным методом. Исследование гликированного гемоглобина проводилась по методике Fluchiger. В течение первых часов после поступления всем пациентам было проведено электрокардиографическое исследование (ЭКГ), ЭхоКГ на аппарате Mindrov MC-7. Для определения автономной нейропатии проводили тест Шелонга (ортостатическую пробу). Состояние липидного обмена расценивалось по уровню общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП крови. Показатели липидного обмена определяли энзиматическим методом с помощью набора реактивов фирмы

Пациенты СД типа 2 и

«Human» (Германия) на анализаторе «Randox» (Великобритания).

Полученные данные обработаны на компьютере с использованием пакета статистических программ «Statistika-6».

Результаты и обсуждение. Группы обследованных больных были сопоставимы по возрасту и полу. В исследовании показано, что сочетание ИБС и сахарного диабета характеризуется более продолжительным анамнезом заболевания, более старшим возрастом больных, большим числом перенесенных инфарктов миокарда.

Среди обследованных острый инфаркт миокарда перенесли 14 (25,3%) пациентов. Из них 10 человек - 1 инфаркт, 4-2 инфаркта, (табл. 3). Из этих пациентов типичная картина ОИМ наблюдалось у 5(35,7%) больных, у 3 (21,4%) превалировала эпигастральная боль, тошнота и у остальных 6 (42,8%) нарастание одышки, головокружения и отсутствие болевой симптоматики.

Таблица 3

ИБС, данные анамнеза	
	n %
Женщины	5 35,8%
Мужчины	9 64,2%
Перенесшие ОИМ	14 25,3%
1	10 71,4%
2	4 28,6%

Были проанализированы сопутствующие заболевания у больных СД типа 2. Большая часть пациентов страдает артериальной гипертензией, среди которых 14,2% - изолированная систолическая АГ, 21,5% - I степень АГ, 38,5% - II степень и 25,8% - III степень АГ.

Дислипидемия диагностирована у больных СД, чем без него. У больных СД имелись типичные изменения липидного профиля, как называемая триада

дислипидемии - гипертриглицеридемия, низкий уровень липопротеидов высокой плотности, высокий уровень липопротеидов низкой плотности. При анализе липидного спектра у больных СД типа 2 наблюдалось гиперлипидемия - достоверное увеличение показателей липидного обмена по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2

Биохимические показатели крови у больных СД типа 2

Показатель	Г руппы	
	основная n=56	контроль n=10
ОХ, мг/дл	237.6±9.5*	134.7±8.3
ХС ЛПНП, мг/дл	175.7±8.8*	94.0±3.4
ХС ЛПОНП, мг/дл	32.7±1.57*	23.5±2.4
ХС ЛПВП, мг/дл	39.3±1.15*	58.3±1.86
ТГ, мг/дл	154.3±13.5*	98.3±8.4
Коэффициент атерогенности	4.71±0.25	2.02±0.09

Как видно из таблицы, содержание в крови ОХ на 43,4% выше, чем в контрольной группе, ЛПНП повысились на 46,5%, ТГ на 36,3%. Содержание ЛПВП на 20% оказалось ниже в группе больных с СД типа 2, по сравнению с контрольной группой.

У всех больных диагностирована стабильное течение ИБС и в 1-й группе и во 2-й группе. В связи с тем, что при сахарном диабете происходит поражение вегетативной нервной системы - (диабетическая нейропатия), особенностью течения ИБС при этом является более частая встречаемость безболевой формы ишемии миокарда. Необходимо отметить, что у 43% больных диагностирована положительная проба Шелонга, что указывает на развитие автономной нейропатии с поражением симпатической иннервации. У обследованных нами больных с ИБС и СД безболевая ишемия миокарда встречалась намного чаще, чем у больных без СД (26% против 2%, $p=0,001$).

Аритмических осложнений ИБС у больных с сахарным диабетом было больше, чем у больных без него. Это было обусловлено, по-видимому, не только ишемией миокарда, но и развитием диабетической кардиомиопатии.

Дилатация полости левого желудочка (ДЖ) выявлена нами у 58% больных с СД, у 42% размеры ЛЖ были в

пределах нормы. У больных без сахарного диабета соотношение было обратным: у 41% больных определялась дилатация ЛЖ, а у 59% больных ее не было. У пациентов с сахарным диабетом при таком же множественном поражении коронарных артерий отмечено большее поражение миокарда левого желудочка, проявляющееся в меньшей фракции выброса (ФВ) ($p=0,007$), большем значении индекса нарушения сегментарной сократимости (ИНСС) ($p=0,002$) за счет преобладания количества сегментов с асинергией (68% в 1-й группе против 56% во 2-й группе).

Диастолическая дисфункция ЛЖ была распространена больше у больных с сахарным диабетом. Не исключается, что диастолическая дисфункция является результатом первичного поражения миокарда сердца при хронической гипергликемии (Александров А.А., 2001; Deng Y.B. et al., 2005). Более того, Poirier P. и соавторы (2003) показали, что у больных с сахарным диабетом диастолическая дисфункция может иметь место даже при отсутствии явных клинических признаков ИБС и других осложнений диабета наряду с кардиальной автономной нейропатией. Эти два состояния, по мнению авторов, могут рассматриваться как проявление диабетической кардиомиопатии.

Таблица 4

Анализ повседневной фармакотерапии пациентов ИБС

Препараты	n %
Валидол/корвалол	29 51
Антиагреганты	51 91
Р-блокаторы	14 25
Статины	9 16
Нитраты	35 62
Антагонисты кальция	23 41
ИАПФ	47 83
АРА	8 14
Антиаритмики	5 8
Диуретики	34 60

При анализе фармакотерапии у больных СД типа 2 отмечено, что наиболее часто применяемой группой препаратов для купирования приступов стенокардии и для повседневного лечения являются малоэффективные препараты, такие как валидол, валокордин, корвалол и пр. И наибольший процент пациентов, отметивших большую «эффективность» данных препаратов - женщины.

Среди лекарственных препаратов, принимаемых в качестве повседневной терапии (табл. 4), после препаратов с сомнительной эффективностью, лидирующие позиции занимают нитроглицериды - 62%. Хотя в современных рекомендациях нитраты показаны в качестве препаратов для купирования приступов стенокардии, в добавление к β -блокаторам, статинам и антиагрегантам, а также ингибиторам АПФ и антагонистам кальция.

Как видно из таблицы, большинство больных принимают антиагреганты - 91%, затем иАПФ - 83%, диуретики - 60% и 51% больных принимают препараты сомнительной эффективности, такие как валидол или корвалол. Следует отметить, что достаточно невысокий особое значение скрининговым кардиологическим обследованиям этих больных, а также необходимо диагностировать наличие ДАН кардиоваскулярной формы, развитие которого часто приводит к безболевым процент пациентов принимают статины - 16%, что и объясняет отсутствие лечения дислипидемии у пациентов с СД типа 2, также прогрессирование атеросклероза и сердечнососудистых заболеваний.

Ввиду малосимптомного течения ИБС у больных СД типа 2, сложностью диагностики ИБС на ранних стадиях, следует придавать

формам ИМ или острой коронарной смерти.

Выводы

1. Среди обследованных больных СД типа 2 и ИБС 25,3% больных перенесли ОИМ, из них 10 человек - 1 инфаркт, 4-2 инфаркта. Среди них типичная картина с загрудинной болью ОИМ наблюдалось у 35,7% больных, у 21,4% преобладавала эпигастральная боль, тошнота и у остальных 42,8% нарастание одышки, головокружения и отсутствие болевой симптоматики.

2. Все обследованные больные страдают артериальной среди которых 14,2% - изолированная систолическая АГ, 21,5% - I степень АГ, 38,5% - II степень и 25,8% - III степень АГ.

У больных СД типа 2 наблюдалось гиперлипидемия - ОХ был повышен на 43,4%, чем в контрольной группе, ЛПНП повысились на 46,5%, ТГ на 36,3%. Содержание ЛПВП на 20% ниже по сравнению с контрольной группой.

4. Большинство больных СД типа 2 и ИБС принимают антиагреганты - 91%, затем иАПФ - 83%, диуретики - 60%, при появлении приступов стенокардии препараты с сомнительной эффективностью, такие как валидол или корвалол - 51%.

Литература

1. American Heart Association. Women and cardiovascular diseases: statistics. Statistical fact sheet-popularions (Cited Dec 2005)
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics - 2003 update. Dallas, Tex: American Heart Association; 2002
3. World Health Organization Statistical Information System 2004. Available at: www.who.int/whosis/
4. Mosca L., Jones W.K., King K.B., Ouyang P., et al. Awareness, perception, and knowledge of heart disease and stroke risk and prevention among women in the United States. American Heart Association Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force. Arch Fam Med 2000; 9: 506-16.
5. Eaker E.D., Cheserbo J.N., Sacks F.M., Wenger N.K., Whisnant M. Cardiovascular disease in women. Circulation 1996; 112:673-98
6. Терновская Е. А. Особенности клинического течения и хирургического лечения ИБС у ' женщин.// канд.дисс. - 2003
7. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Интернет-ресурс: <http://www.cardiosite.ru/medical/recom-stabsten.asp>
8. Бадин Ю.В., Егорова И.С., Щербина Е.В., Фомин И.В. Гендерные различия в распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Проблемы женского здоровья, 2006, № 1, Том 1
9. Глезер М.Г. Антигипертензивная терапия и сахарный диабет. Сообщение I. Проблемы женского здоровья, 2007, №2, Том 2
10. Терновская Е.А. Особенности клинического течения и хирургического лечения у женщин.// канд.дисс. - 2003