

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Елсукова Ольга Сергеевна

канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней Кировской государственной медицинской академии, заведующая эндокринологическим отделением Кировской клинической больницы № 7, РФ, г. Киров

E-mail: oselsukova@mail.ru

Никитина Елена Александровна

студент Кировской государственной медицинской академии, РФ, г. Киров

E-mail: gostya1805@mail.ru

Журавлева Ольга Леонидовна

студент Кировской государственной медицинской академии, РФ, г. Киров

E-mail: miracle_zhuzhu@inbox.ru

RESEARCH OF COMORBID DISEASES AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Elsukova Olga Sergeevna

candidate of Medical Science, assistant of internal diseases department of Kirov State Medical Academy, head of endocrinological department of Kirov clinical hospital № 7, Russia, Kirov

Nikitina Elena Alexandrovna

student of Kirov State Medical Academy, Russia, Kirov

Zhuravleva Olga Leonidovna

student of Kirov State Medical Academy, Russia, Kirov

АННОТАЦИЯ

Изучено влияние коморбидности на течение СД 2 типа, путем обследования 184 пациентов, 66 мужчин и 118 женщин, возрастом 60 [54; 64] лет, длительностью диабета 6,75 [5; 11] лет. Анализировали клинико-лабораторные показатели, используя критерии Манна – Уитни, отношения шансов, достоверным считали различия при $p < 0,05$. При изучении данной популяции установлена широкая распространенность осложнений диабета и сопутствующей патологии. Установлено, что коморбидность утяжеляет течение, ухудшает прогноз СД. Необходим индивидуальный подход к пациенту, реализующий принцип — лечить больного, а не болезнь.

ABSTRACT

The impact of comorbid diseases on diabetes mellitus type 2 was studied by examining 184 patients, 66 men and 118 women, at the age of 60 [54; 64] years

suffering from diabetes mellitus type 2 for 6,75 [5; 11] years. Analyzed clinical and laboratory indices using Mann — Whitney criteria, odds ratio, differences were considered significant in $p < 0,05$. The prevalence of diabetes complications and comorbid diseases was established. Comorbid diseases worsen the course and prognosis of diabetes mellitus type 2. The approach to patients should be individual, realizing the principle to treat the patient, not the disease.

Ключевые слова: коморбидность; сахарный диабет 2 типа.

Keywords: comorbidity; diabetes mellitus type 2.

Коморбидность — (лат. со — вместе, morbus — болезнь) сочетание двух и/или более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента, вне зависимости от активности каждого из них [3, с. 8]. Для обозначения данного состояния в научной зарубежной литературе используются термины коморбидные заболевания (comorbid diseases), коморбидность (comorbidity), мультиморбидность (multimorbidity), в отечественных работах сочетанные, сопутствующие заболевания, ассоциирование состояния [2, с. 44].

Сахарный диабет (СД) — особое заболевание, на фоне которого в последние годы отмечается рост коморбидной патологии. Проявления сопутствующих заболеваний изменяются, искажаются клинической картиной осложнений диабета, что создает определенные трудности в диагностике. Известен факт, что заболевания внутренних органов влияют на течение и прогноз сахарного диабета, что требует особой тактики ведения таких пациентов [6, с. 96]. При этом выраженная сопутствующая патология входит в критерии исключения во многих научных исследованиях, поэтому особенности диагностики и лечения СД в сочетании с сопутствующими заболеваниями изучены недостаточно хорошо.

Цель исследования: изучить характер и роль коморбидной патологии в клинической картине и течении СД 2 типа.

Материалы и методы:

В настоящей работе представлены результаты обследования 184 пациентов с СД 2 типа, 66 мужчин и 188 женщин, возрастом 60 [54; 64] лет (от 22 до 81 года), длительностью диабета 6,75 [5; 11] лет, с выраженным абдоминальным распределением жировой клетчатки и декомпенсированным углеводным и липидным обменами. Сахароснижающую терапию до госпитализации среди исследуемых получали 83,1 % (n=153), из них инсулин 11,1 % (n=17), пероральные сахароснижающие препараты 54,3 % (n=83), комбинированную терапию 34,6 % (n=53). При этом уровень HbA_{1c} составил 9,5 [8, 2; 11] %.

Анализировались клиничко-анамнестические, антропометрические (ОТ и ИМТ), гемодинамические (уровень САД и ДАД), биохимические (углеводный и липидный профиль, микроальбуминурия в утренней порции мочи, СКФ по MDRD) показатели.

Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ SPSS 17.0 for Windows (SPSS Inc.). Результаты представлены в виде Me (Q25;Q75). Статистическую значимость определяли с помощью критерия Манна-Уитни и отношения шансов, статистически значимым считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты:

При анализе данной популяции выявлена макрососудистая патология в виде ИБС 27,1 % (n=50), облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей 35,3 % (n=65), церебрального атеросклероза 44 % (n=81). Среди микроангиопатических осложнений встречались диабетическая ретинопатия 37,5 % (n=69), где непролиферативная стадия 65,2 % (n=45), препролиферативная стадия 21,7 % (n=15), пролиферативная стадия 13,1 % (n=9), диабетическая нефропатия 37,5 % (n=69), где стадия МАУ 26,6 % (n=49), стадия протеинурии 9,8 % (n=18), ХПН 1,1 % (n=2). Наличие диабетической полинейропатии отмечалась у 80,4 % (n=184) пациентов. При этом в среднем у одного пациента диагностировано 3 [2; 4] осложнений.



Рисунок 1. Распространенность осложнений СД 2 типа у исследуемых пациентов

При изучении распространенности сопутствующих заболеваний в исследуемой популяции наиболее часто встречались гипертоническая болезнь 91 % (n=167), неалкогольная жировая болезнь печени 32 % (n=59), гипотиреоз 25,5 % (n=47) и инфекция мочевых путей 17,9 % (n=33).

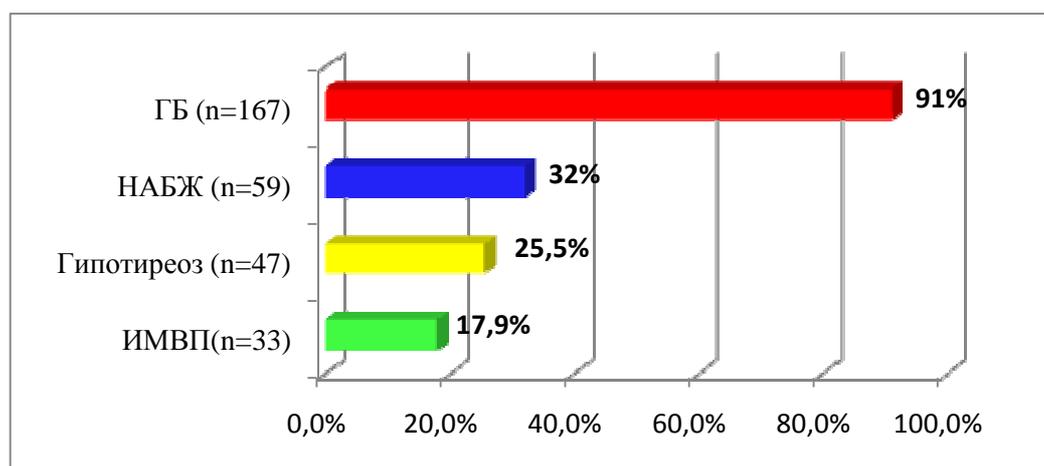


Рисунок 2. Распространенность сопутствующих заболеваний у пациентов с СД 2 типа

При этом в среднем у одного пациента встречалось 3 [3; 4] сопутствующих заболеваний.

При анализе популяции с ГБ отмечается увеличение риска микро- и макроангиопатических осложнений.

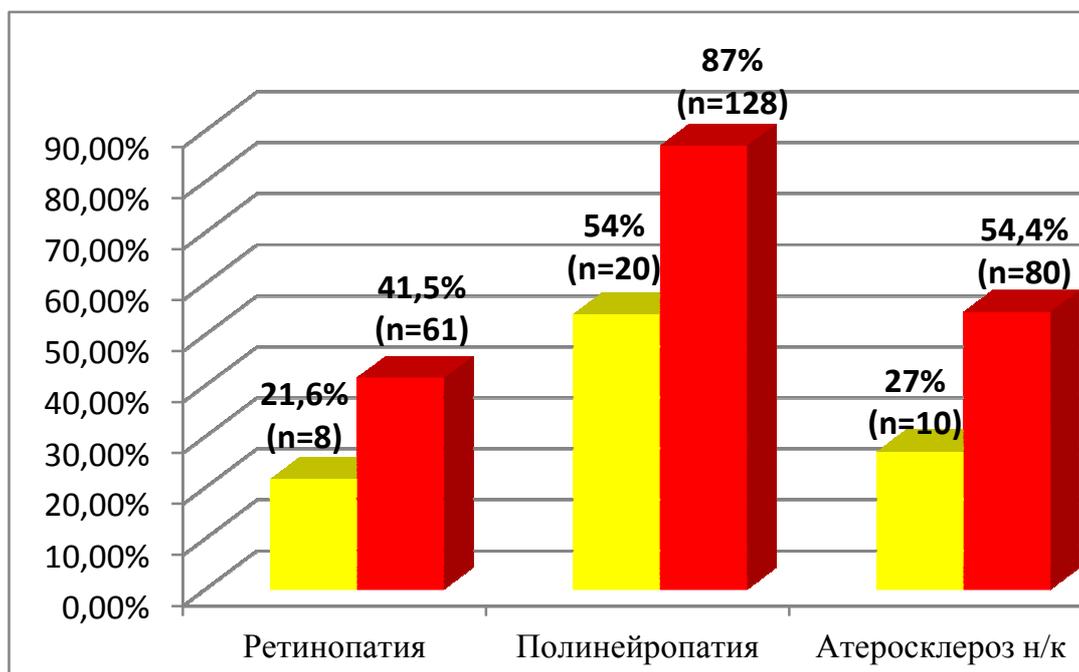


Рисунок 3. Влияние гипертонической болезни на течение СД 2 типа

К тому же, в группе с ГБ выше риск развития в 5,6 раз полинейропатии нижних конечностей, чем в популяции без нее.

При изучении влияния гипотиреоза на углеводный обмен, выявлено увеличение риска гипергликемии почти в 6 раз в условиях гипотиреоза, что свидетельствует о том, что гипотиреоз — дополнительный фактор декомпенсации СД. Также оценено влияние гипотиреоза на течение сосудистой патологии при СД, установлено, что наличие гипотиреоза повышает риск развития микрососудистых осложнений, а именно ДНФП в 2 раза и ОНМК в почти в 8 раз.

При изучение влияния ИМВП на течение СД, выявлено, что наличие ИМВП — фактор декомпенсации СД, так как в популяции с этой патологией риск декомпенсации выше в почти в 3 раза, по сравнению с популяцией без ИМВП, что способствует увеличению риска развития осложнений — в 3 раза ДР и в 3,5 чаще ЦАС в этой популяции.

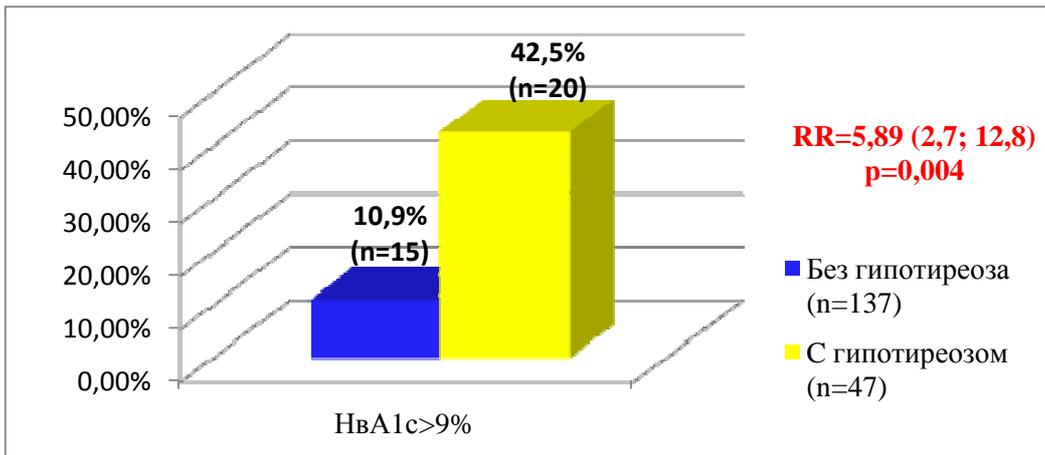


Рисунок 4. Влияние гипотиреоза на углеводный обмен

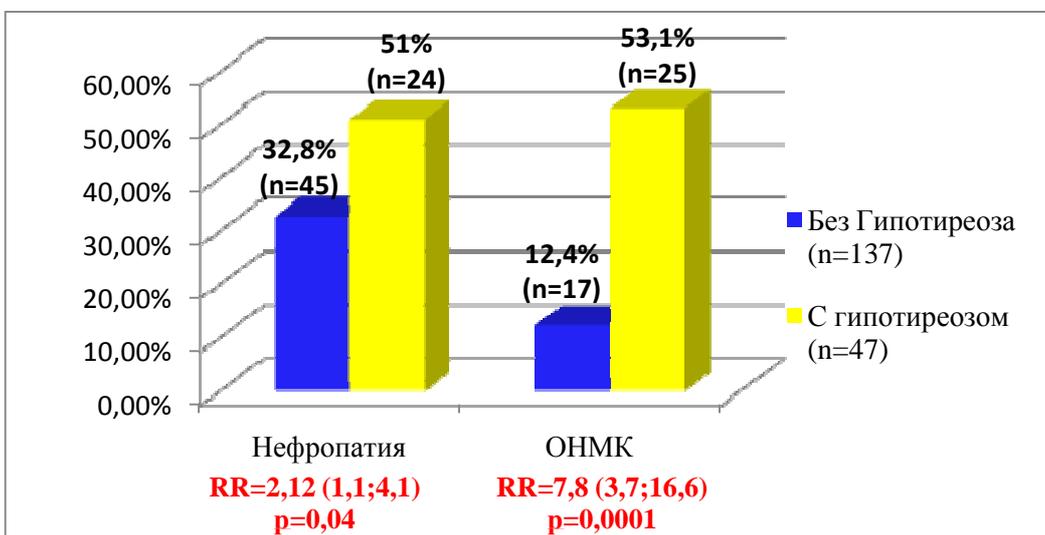


Рисунок 5. Влияние гипотиреоза на течение СД 2 типа

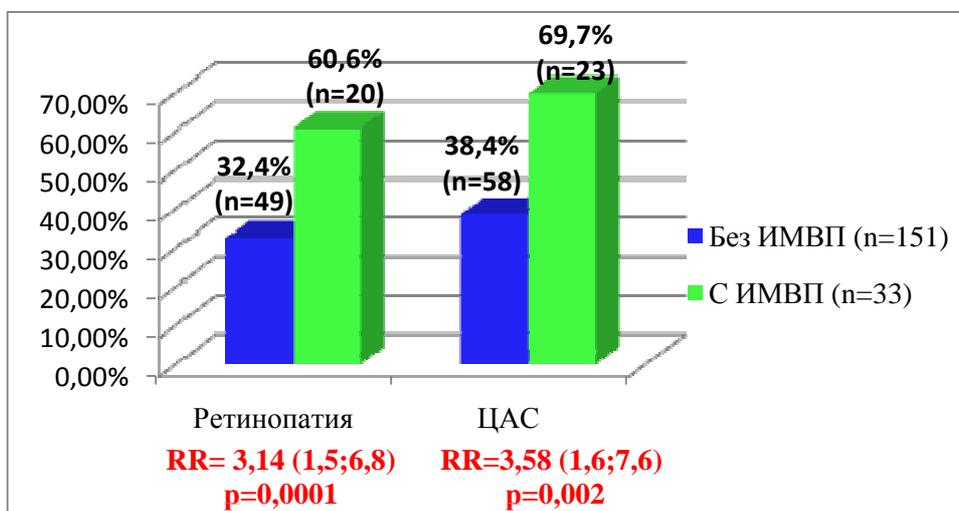


Рисунок 6. Влияние ИМВП на течение СД 2 типа

При изучении влияния НАЖБП на течение СД отмечается наиболее значимое влияние на липидный спектр: увеличение ТГ и снижение антиатерогенных ЛПНП, что является независимым фактором развития макрососудистых осложнений.

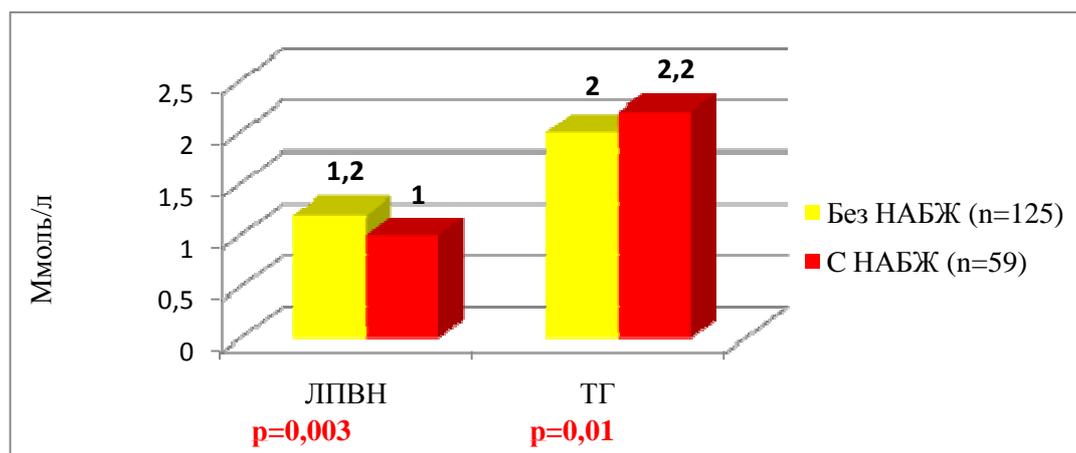


Рисунок 7. Влияние НАБЖ на течение СД 2 типа

То есть у пациентов с СД, выявлено 3 [2; 4] осложнений диабета, 4 [3; 4] сопутствующих заболеваний. Общий индекс коморбидности составил 6 [4; 8] заболеваний в среднем у каждого пациента. При этом каждый пациент в среднем принимал 4 [3; 6] лекарственных препаратов.

Обсуждение:

Сахарный диабет — заболевание характеризующиеся не только гипергликемией, но и наличием разнообразных осложнений, среди которых ведущее место занимают макроангиопатические поражения, атеросклеротического генеза. В связи с этим, основной причиной смерти у данных пациентов является возникновение сердечно – сосудистых катастроф. Так, у пациентов с СД 2 типа в 2—4 раза выше риск смерти от ИБС, в 6—10 раз выше риск развития инфаркта миокарда (ИМ), в 4—7 раз ишемического инсульта и в 3—4 раза чаще развивается недостаточность кровообращения [4, с. 5]. В нашем исследовании ИБС диагностирована у

27,1 % пациентов, перенесенный ИМ в анамнезе отмечался у 14,7 % пациентов, а нарушение мозгового кровообращения встречалось у 34,2 % пациентов.

Не менее серьезными и распространенными являются микрососудистые осложнения СД 2 типа. Почти пятая часть пациентов с СД (17,63 %) имеют проблемы со зрением. Большую часть из них (70—75 %) составляют пациенты с различной степенью диабетической ретинопатии (ДР), меньшую (20—25 %) — с осложненной диабетической катарактой, вторичной неоваскулярной глаукомой, хроническими заболеваниями краев век, синдромом «сухого» глаза и другими проблемами [8, с. 5]. По данным нашего исследования продвинутые стадии ретинопатии (препролиферативная, пролиферативная) были выявлены у 13 % пациентов. Как известно, наличие поражения сосудов сетчатки является фактором риска ее отслойки, заметно снижает качество проводимой лекарственной терапии, снижает социальную активность пациентов.

При скрининге диабетической нефропатии (ДНФП) в 20 регионах РФ выявлено, что распространенность этого осложнения в разных районах варьирует, средняя частота ДНФП составила 43 % (20—50 %) [8, с. 57]. Частота встречаемости поражения почек при СД в нашем исследовании составила 37,5 %. ДНФП — дополнительный фактор прогрессирования сердечно-сосудистой патологии, изменяет метаболизм лекарственных препаратов, снижая элиминацию их из кровотока, что зачастую требует пересмотра дозировок.

Поражение нервной системы при СД встречается с высоким постоянством и, по данным разных авторов, обнаруживается у 30 %—90 % пациентов СД. Диабетическая полинейропатия (ДН) является самым распространенным осложнением СД и проявляется поражением периферической и вегетативной нервной системы [1, с. 29]. По результатам нашего исследования у 80,4 % пациентов отмечается ДН нижних конечностей, являющаяся фактором риска развития синдрома диабетической стопы, предиктором автономной нейропатии, не исключая возможность гастропатии, влияющей на метаболизм и элиминацию ЛС.

СД и гипертоническая болезнь (ГБ) являются двумя взаимоотношающимися заболеваниями, поскольку они поражают общие органы — мишени. В связи с чем, ассоциация СД и АГ повышает риск ССЗ в 7 раз [11, с. 82]. Увеличение риска сердечно-сосудистых осложнений при сочетании СД 2 типа и ГБ в значительной степени связано с патологическими изменениями со стороны сердца и сосудов, которые объединяются термином «ремоделирование» сердечно-сосудистой системы [10, с. 49]. В исследуемой популяции гипертоническая болезнь встречалась у 91 % пациентов СД.

Выявлено влияние гипотиреоза на течение СД: его наличие повышает риск развития осложнений атеросклеротического генеза, таких как инсульт, вследствие нарастания атерогенности липидов. В работах других авторов изучены дополнительные факторы риска сосудистых поражений при сочетании СД с гипотиреозом. К ним относят увеличение показателя тромбокрита, активацию кровяных пластинок, укорочение активированного частичного тромбопластинового времени, которые способствуют повышению прокоагулянтной активности и усугубляют риск тромбообразования [9, с. 62].

Среди основных урологических осложнений при СД наиболее часто встречаются инфекции мочевых путей (ИМП), чему способствует длительная выраженная глюкозурия, ведущая к повреждению серозно-мукоидного слоя уротелия [7, с. 74]. По данным нашей работы ИМП отмечается у 17,9 % пациентов СД. Установлено влияние ИМП на течение СД: ее наличие повышает риск развития церебрального атеросклероза и ретинопатии.

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАБЖП) в настоящее время признана во всем мире распространенным хроническим заболеванием печени, которое может являться компонентом других заболеваний, таких как СД, ожирение [5, с. 55]. В нашем исследовании НАБЖП диагностирована у 32 % пациентов СД. Также было установлено, что у пациентов с поражением печени выше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, вследствие нарушений в липидном обмене в виде повышения триглицеридов и снижения

антиатерогенных липопротеидов, что подтверждается данными исследований других авторов [5, с. 55].

Выводы:

1. Течение СД 2 типа характеризуется высокой распространенностью макро- и микрососудистых осложнений на фоне высокой частоты сопутствующих заболеваний.

2. Коморбидность — мощный фактор декомпенсации СД 2 типа, ухудшающий прогноз и увеличивающий риск полипрагмазии.

3. При лечении пациентов с коморбидной патологией возникает необходимость учета лекарственного взаимодействия и более тщательное изучение фармакокинетики назначенных лекарственных средств.

4. Необходим комплексный подход с учетом всей коморбидности, который ставит условие, что нужно лечить не болезнь, а больного.

Список литературы:

1. Алифирова В.М., Цыренжапова Р.Б. Современные подходы в ранней диагностике диабетической нейропатии // Сибирский медицинский журнал. — 2011. — № 4, — вып. 2.
2. Белялов Ф.И. Проблема коморбидности при заболеваниях внутренних органов // Вестник современной клинической медицины. — 2010. — № 3, — вып. 2.
3. Верткин А.Л. Коморбидность // Конспект врача. 2013. № 13.
5. Кравчук Е.Н., Галагудза М.М. Применение метформина при сочетании ишемической болезни сердца и сахарного диабета: механизмы действия и клиническая эффективность // Сахарный диабет. 2013. № 1.
6. Кособаян Е.П., Смирнова О.М. Современные концепции патогенеза неалкогольной жировой болезни печени // Сахарный диабет. 2012. № 56.
7. Курникова И.А. Оптимизация системного подхода в реабилитации больных сахарным диабетом с высокой коморбидностью // Международный эндокринологический журнал. 2010. № 3.

8. Курбатов Д.Г., Дубский С.А. Симптоматика, диагностика и лечение острых воспалительных заболеваний почек у больных с сахарным диабетом // Урология. 2009. № 4.
9. Липатов Д.В., Александрова В.К. Эпидемиология и регистр диабетической ретинопатии в Российской Федерации // Сахарный диабет. 2014. № 1.
10. Петрик Г.Г. Показатели метаболизма и гомеостаза у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и гипотиреозом // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2011. № 3.
11. Резник Л.А. Эффективность комбинированной антигипертензионной, гиполипидемической и антидиабетической терапии у больных гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа // Научные ведомости. 2013. № 18.
12. Шестакова М.В., Дедов И.И. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. — 482 с.