

Лечение хронической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом типа 2 в клинической практике

Литяева Т.Ю.

The treatment of the chronic cardiac failure in patients with type 2 diabetes mellitus in clinical practice

Lityaeva T.Yu.

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

© Литяева Т.Ю.

Среди основных этиофакторов хронической сердечной недостаточности (ХСН) — сахарный диабет типа 2 (СД-2). Лечение пациентов с СД и ХСН ставит много вопросов. Цель: выявить распространенность ХСН у больных СД-2 в репрезентативной выборке респондентов г. Оренбурга и оценить их лечение. Обследовано две группы больных с СД-2: 1-я — пациенты из неорганизованной городской популяции, 2-я — больные, находившиеся на стационарном лечении. Распространенность ХСН у больных из 2-й группы (78%) была сопоставима с аналогичными показателями в 1-й группе пациентов (82%). Анализ эффективности лечения ХСН в репрезентативной выборке показал, что медикаментозное лечение с позиций кардиолога проводилось не в должном объеме. ХСН осложняет течение СД-2 у большинства взятых на учет пациентов. Терапия, направленная на коррекцию нарушений сердечно-сосудистой системы у больных СД и СН, проводимая врачами системы практического здравоохранения, требует оптимизации в соответствии с национальными рекомендациями.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет типа 2, лечение.

Ethnofactors of chronic cardiac failure (CCF) include type 2 diabetes (D-2). The treatment of patients with diabetes and chronic cardiac failure is very problematic. The aim is to reveal the CCF prevalence rate among D-2 patients in a representative sample of respondents in Orenburg and to assess their treatment. Two groups of D-2 patients were analyzed: the first group consisted of unorganized urban population patients, and the second group consisted of hospital patients. The CCF prevalence rate in patients of the second group (78%) was quite comparable with that in the first group (82%). The analysis of efficiency of CCF treatment in the representative sample has shown that drug treatment was not sufficient from the cardiologist's point of view. CCF complicates D-2 in most patients. The current therapy aimed at the correction of cardiovascular disorders in patients with diabetes and cardiac failure calls for optimization in accordance with national recommendations.

Key words: chronic cardiac failure, type 2 diabetes, treatment.

УДК 616.379-008.64-02:616.12-008.46-036.12-08

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из важнейших проблем современной кардиологии. Среди этиофакторов ХСН сахарный диабет типа 2 (СД-2) делит 3—4-е место с хронической обструктивной болезнью легких согласно Национальным рекомендациям третьего пересмотра (2010) [4]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что от 15 до 26% больных ХСН страдают СД-2 [6]. Около 12% больных СД-2 имеют признаки ХСН [9]. При наличии СД относительный риск смерти

от сердечно-сосудистых заболеваний в 2,2—13,3 раза выше, чем у лиц без СД [2, 5].

В рекомендациях по лечению ХСН у больных СД за последние 10—15 лет произошли значительные изменения [1, 7]. Современные (вазодилатирующие) β-блокаторы не только перестали быть противопоказанными таким пациентам, но, наоборот, вошли в группу основных медикаментов. Оказался преувеличенным риск применения небольших доз тиазидовых и тиазидоподобных диуретиков в качестве не только мочегонных средств, но и как антигипертензивных препаратов. Данные литературы по соблюдению современ-

ных стандартов лечения в различных территориях Российской Федерации достаточно противоречивы.

Все это определяет актуальность изучения ХСН у больных СД-2 для своевременной диагностики и оптимизации стратегии профилактики и лечения ХСН у этой категории больных. Вместе с тем в отечественной литературе таких сведений, полученных при целенаправленном исследовании, не обнаружено.

Таким образом, цель работы — клинико-эпидемиологическое исследование распространенности ХСН у больных СД-2 типа в репрезентативной выборке респондентов г. Оренбурга и сравнительный анализ эффективности лечения у них ХСН в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН второго пересмотра (2007) [3].

Материал и методы

В исследование были включены две группы больных: 1-я — 128 больных СД-2, попавшие в случайную 5%-ю выборку из городского регистра; 2-я — 136 больных СД-2, поступившие на стационарное лечение в течение 3 мес в специализированное эндокринологическое отделение областной клинической больницы г. Оренбурга.

Диагностика ХСН осуществлялась согласно отечественным рекомендациям второго пересмотра, включающим клиническую симптоматику (одышка при ранее привычной физической нагрузке, сердцебиение, немотивированный кашель, признаки задержки жидкости в организме; данные ШОКС в модификации В.Ю. Мареева (2000), результаты теста 6-минутной ходьбы (Т6МХ) и данные инструментальных исследований, обращалось особое внимание на признаки систолической и (или) диастолической дисфункции левого желудочка по результатам эхокардиограммы в В- и М-режимах (аппарат Acuson 128 XR, США). При оценке Т6МХ учитывали возрастные, гендерные особенности и индекс массы тела (ИМТ) пациентов по формулам:

— для мужчин: $1\,140 - 5,61 \cdot \text{ИМТ} - 6,94 \cdot \text{возраст}$;

— для женщин: $1\,017 - 6,24 \cdot \text{ИМТ} - 5,83 \cdot \text{возраст}$ [8].

Оценку диагностики ХСН на этапе наблюдения пациента в системе практического здравоохранения проводили путем изучения поликлинической медицинской документации: медицинской карты амбулаторного больного (МКАБ) — форма № 025, обращая

особое внимание на лист уточненных диагнозов и, при наличии, выписки из медицинских карт стационарного больного (форма № 027).

Лекарственные препараты, принимаемые респондентами, были подразделены на основные средства для лечения ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), β -блокаторы, диуретики, сердечные гликозиды, антагонисты альдостерона) и медикаменты для лечения различных проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, т.е. вспомогательные средства: аспирин, нитраты, блокаторы кальциевых каналов и др.

Статистическая обработка данных осуществлялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Excel и пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows (StatSoft, США). Для оценки направленности и выраженности связей между различными признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверность различий между группами по альтернативным признакам оценивалась с помощью критерия соответствия χ^2 . Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенного исследования показали, что распространенность ХСН в группе больных, находящихся на лечении в эндокринологическом отделении (78%), была сопоставима с аналогичными показателями в группе пациентов, попавших в 5%-ю случайную выборку из регистра больных СД-2 г. Оренбурга (82%, $p > 0,05$).

Подавляющее большинство обследованных больных составили женщины как среди амбулаторных (женщин — 82%, мужчин — 18%), так и стационарных больных (66 и 34% соответственно). В городском регистре больных СД-2 женщин — 76,4%, мужчин — 23,6%. Эти показатели значимо не отличались от гендерного распределения амбулаторных и стационарных больных, взятых под наблюдение.

Признаки ХСН выявлены у 20 (87,0%) мужчин из 23 и у 85 (81,0%) женщин из 105, наблюдаемых амбулаторно ($p > 0,05$), и у 70,0% мужчин и 81,7% женщин — среди больных стационара ($p > 0,05$). Стандартизованная по возрасту распространенность ХСН среди мужчин и женщин не выявила статистически значимых различий.

У всех пациентов с верифицированным диагнозом ХСН отмечался повышенный уровень гликозилированного гемоглобина ($HbA_{1c} > 7,0\%$ у больных, принимающих пероральные гипогликемические препараты, $HbA_{1c} > 6,5\%$ у респондентов, находящихся на инсулинотерапии) при нормальном уровне глюкозы крови на момент обследования.

Среди причин развития ХСН на фоне СД у лиц, обследованных амбулаторно, лидирует сочетанное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) (51,56%), а у стационарных больных преобладает АГ (52,0%). Интересно, что в большинстве случаев (более 70,0% больных) развитие АГ и ИБС предшествовало СД, а у оставшейся части данные заболевания развивались практически одновременно. Целенаправленное обследование больных показало, что диагностика ХСН в амбулаторных условиях приводит к недодиагностике ХСН в 17,0% случаев в мужской популяции и почти в 15% случаев — в женской и к гипердиагностике ее у 5% женщин.

Распределение обследованных по функциональному классу (ФК) ХСН представлено в табл. 1.

Таблица 1

Выраженность ХСН у обследованных больных, %

| ФК ХСН | Амбулаторные пациенты | | Стационарные пациенты | |
|--------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| | Мужчины (20 человек) | Женщины (85 человек) | Мужчины (36 человек) | Женщины (75 человек) |
| I | 35,0 | 21,2 | 58,3 | 42,6 |
| II | 50,0 | 70,6 | 28,0 | 42,6 |
| III | 15,0 | 8,2 | 14,0 | 14,6 |

Как видно из табл. 1, в амбулаторной популяции преобладали пациенты и пациентки со II ФК синдрома, а не с I ФК, как следовало бы ожидать. Ближе к ожидаемому распределение по ФК ХСН оказалось среди больных стационара.

Среди обследованных лиц (17,9% амбулаторных и 22,3% стационарных), которым диагноз ХСН поставлен не был, преобладали пациенты моложе 55 лет. В данную группу вошли респонденты с легкой или средней тяжестью диабета, часть из которых не имеют ни АГ, ни ИБС, регулярно получающие гипотензивную терапию (иАПФ), имеющие нормальную массу тела либо больные с предожирением (жалующиеся на одышку, в том числе в покое, периодическое сердцебиение и повышение АД или АГ в анамнезе). Анализ эффективности лечения ХСН в репрезентативной вы-

борке показал, что при удовлетворительном проведении терапии нарушений углеводного обмена (сахароснижающие препараты — 81,1%, инсулинотерапия — 18,9%) медикаментозное лечение с позиций кардиолога проводилось не в должном объеме (рисунок).



Лидером по назначению являются иАПФ (66,40% — амбулаторно, 89,0% — стационарно; $p < 0,05$), т.е. если в стационаре при коррекции терапии частота назначения золотого стандарта в лечении ХСН соответствовала нормативам (около 90%), то примерно 25% амбулаторно наблюдаемых пациентов необоснованно были лишены основного патогенетического средства терапии ХСН.

Частота назначения β-адреноблокаторов (БАБ) участковыми терапевтами и в стационаре также существенно отличалась (20,1 и 77,0% соответственно; $p < 0,0001$). Это можно объяснить долгими спорами о возможности и целесообразности назначения БАБ на фоне СД. Учитывая, что положительные эффекты современных БАБ с вазодилатирующими свойствами (метопролол, бисопролол, карведилол, небиволол) при СД сохраняются, отказываться от такой терапии у больных, имеющих симптомы ХСН, нецелесообразно.

Практически не применяется у амбулаторных больных альдактон (3,3%), хотя этот препарат является одним из основных средств лечения ХСН.

Следует отметить, что амбулаторно респонденты, имеющие симптомы ХСН, лишь в 12,0% случаев получали два препарата из основной группы лекарственных средств (иАПФ и диуретики), три (иАПФ, диуретик, β-адреноблокатор) — только 16,0%.

Обращает на себя также внимание факт, что дозы основных лекарственных средств, направленных на лечение ХСН, у амбулаторных пациентов в ряде случаев не соответствовали предлагаемым стандар-

там лечения и были существенно меньше рекомендуемых. Вместе с тем средние суточные дозы лекарственных средств, принимаемых больными ХСН тяжелой степени, не отличались от таковых в группе пациентов ХСН I—II ФК, что свидетельствует об отсутствии коррекции дозового режима в зависимости от ФК ХСН.

В стационаре большинству больных (72,0%) назначили три и более препарата, относящихся к основной группе лекарственных средств по лечению ХСН согласно национальным рекомендациям с титрованием их дозы.

Эта коррекция способствовала достоверному улучшению самочувствия и состояния пациентов без роста количества нежелательных явлений лечения (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Динамика состояния пациентов на фоне коррекции медикаментозной терапии ХСН, абс. (%)

| Жалобы | До коррекции | После коррекции (через 2—3 нед) |
|--|--------------|---------------------------------|
| Одышка при ранее привычной физической нагрузке | 133 (97,8) | 70 (51,5)* |
| Быстрая утомляемость | 130 (95,6) | 58 (42,6)* |
| Немотивированный кашель | 14 (10,3) | 10 (7,3)** |
| Периферические отеки | 13 (9,5) | 3 (2,2)*** |
| Тахикардия (90 уд./мин) | 47 (34,5) | 5 (3,6)**** |

* $p < 0,001$.** $p > 0,05$.*** $p < 0,05$.**** $p < 0,01$.

Выводы

1. Хроническая сердечная недостаточность осложняет течение сахарного диабета типа 2 у большинства взятых на учет пациентов.

2. Целенаправленное обследование способствует повышению выявления данного синдрома на 15—17%.

3. Терапия, направленная на коррекцию нарушений сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом и сердечной недостаточностью, проводимая врачами системы практического здравоохранения, требует оптимизации в соответствии с национальными рекомендациями.

Литература

1. Атрощенко Е.С. Сердечная недостаточность у больных сахарным диабетом 2 типа: проблемы и решения // Сердечная недостаточность. 2008. № 9 (6). С. 300—303.
2. Джанашия П.Х., Мирина Е.Ю. Нарушения липидного обмена при сахарном диабете 2-го типа и варианты его коррекции // РМЖ. 2008. № 16 (11). С. 1561—1566.
3. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // Сердечная недостаточность. 2007. № 8 (2). С. 1—31.
4. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Сердечная недостаточность. 2010. № 11 (1). С. 3—62.
5. Auni G., Seppo L., Japari R. et al. Similarity of the impact of type 1 and type 2 diabetes on cardiovascular mortality in middle-aged subjects // Diabetes Care. 2008. № 31 (4). С. 714—719.
6. Bauters C., Lamblin N., Fadden E.R. et al. Influence of diabetes mellitus in heart failure risk an outcome // Cardiovasc. Diabetol. 2003. V. 2. № 1.
7. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators // Lancet. 2000. № 355. С. 253—259.
8. Enright P.L., Sherill D.L. ATS Statement: Guidelines for the six-minute walk test // Am. J. Resp. Crit. Care Med. 1998. № 158 (5). С. 1384—1387.
9. Nichols G.A., Hillier T.A., J.R.Erbey et al. Congestive Heart Failure in type 2 diabetes. Prevalence, incidence, and risk factors. <http://care.diabetesjournals.org>.

Поступила в редакцию 28.10.2010 г.

Утверждена к печати 01.04.2011 г.

Сведения об авторах

Т.Ю. Литяева — ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ОрГМА (г. Оренбург).

Для корреспонденции

Литяева Татьяна Юрьевна, тел.: 8 (353-2) 77-61-03.