

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ

Ярова О.В., Островська А.М., Васильєва І.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Цукровий діабет (ЦД) - одне з найбільш поширених захворювань в сучасному суспільстві, являє собою не тільки медичну, а й соціальну проблему. В індустріально розвинених країнах поширеність ЦД становить 2 - 4% загальної популяції, а в групі осіб старше 65 років величина даного показника зростає до 10%. За даними експертів ВООЗ, сьогодні у світі налічується понад 100 млн хворих на ЦД і приблизно у такої ж кількості пацієнтів це захворювання не діагностовано.

Проблема ЦД - надзвичайно актуальна і для України, де число хворих на діабет становить близько 1 млн осіб. З іншого боку, основною причиною смертності в Україні в даний час є захворювання серцево-судинної системи. За останній час смертність безпосередньо від захворювань системи кровообігу зросла на 30%. За даними ВООЗ більше 75% хворих помирають внаслідок судинних катастроф. Відомо, що захворюваність на ішемічну хворобу серця (ІХС) наростає поступово зі збільшенням віку. З огляду на тенденцію до старіння населення, відзначають в останні роки в індустріальних країнах, в тому числі і в Україні, проблема ІХС набуває ще більшої актуальності. Разом з тим, слід підкреслити, що ІХС при ЦД не є «привілеєм» тільки людей літнього і похилого віку. За даними J. Stamler, встановлено, що у віці від 30 до 55 років від ускладнень ІХС гине 35% хворих на ЦД, в той час як в загальній популяції кардіоваскулярні ускладнення є причиною смерті тільки у 8% чоловіків і 4% жінок цієї вікової категорії. Встановлено, що у 45-річного чоловіка, який хворіє на ЦД, очікувана тривалість майбутнього життя приблизно на 10 років менше, ніж така у чоловіка такого ж віку без ЦД при однаковому ступені впливу будь-яких чинників ризику.

Припускають, що у пацієнтів з ЦД у розвитку прискореного атеросклерозу відіграють роль як традиційні, властиві і особам без ЦД, фактори ризику (такі як артеріальна гіпертензія, дисліпопротеїнемія, ожиріння, куріння, малорухливий спосіб життя, які, в свою чергу, набагато частіше зустрічаються у хворих на ЦД, ніж в загальній популяції), так і специфічні для СД механізми атерогенезу - гіперглікемія, гіперінсулінемія і / або інсулінорезистентність, ендотеліальна дисфункція, порушення коагуляційних властивостей крові. Підтвердженням значення перерахованих вище факторів ризику розвитку атеросклерозу з'явилися результати дослідження UKPDS, в якому проводилося тривале спостереження над хворими з ІНЦД. У 11% з цих хворих протягом 10 років розвинулася клінічно значуща ІХС. В результаті цього дослідження виявлено, що основними факторами ризику розвитку атеросклерозу коронарних судин при ЦД є: збільшення вмісту ЛПНЩ, зниження вмісту ЛПВЩ,

артеріальна систолічна гіпертензія, гіперглікемія і куріння. Класичним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань у хворих на ЦД є артеріальна гіпертензія, частота якої значно вище у осіб з ЦД в порівнянні із загальною популяцією. Збільшення систолічного тиску на 10 мм рт. ст. призводить до збільшення частоти розвитку кардіоваскулярних захворювань на 15%.

У ряді робіт показано значне зростання захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань у хворих на ЦД з мікроальбумінурією. Таким чином, мікроальбумінурія виступає не тільки як прояв початкових стадій діабетичної нефропатії, а й як маркер розвитку макроангіопатій. Припускають, що мікроальбумінурія тісно пов'язана з ризиком розвитку атеросклерозу, оскільки вона є відображенням генералізованого ураження ендотелію судин, в тому числі коронарних, а порушення функціональних властивостей ендотеліальних клітин відіграє важливу роль в патогенезі атеросклеротичного процесу. З іншого боку, мікроальбумінурія пов'язана з інсулінорезистентністю як у хворих на ЦД, так і в осіб, які не страждають на ЦД.

Показано також, що проліферативна діабетична ретинопатія виступає маркером розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на ЦД, що може вказувати на певну спільність патогенезу ураження дрібних і великих судин при ЦД. Більш того, наявність діабетичної ретинопатії в поєднанні з мікроальбумінурією, за даними G. Ioannidis, можна вважати фактором, що підтверджує наявність у хворих на діабет ІХС.

Одним з невирішених питань епідеміології гострих ускладнень ІХС у хворих на ЦД залишається питання про вплив ступеня компенсації вуглеводного обміну на розвиток первинних і повторних інфарктів міокарда. В останні роки в результаті декількох великих епідеміологічних досліджень отримані досить переконливі дані, що говорять про тісний причинно-наслідкового зв'язку між тривалою декомпенсацією ЦД, хронічною гіперглікемією, тривалістю перебігу захворювання, з одного боку, і розвитком серцево-судинних захворювань, з іншого. Зростання рівня глікозильований гемоглобін на 1% призводить до збільшення захворюваності клінічно значущої ІХС на 11%. Таким чином, ці результати дозволяють припустити, що досягнення стійкої компенсації ЦД сприяє запобіганню розвитку як мікро-, так і макроангіопатій у хворих на ЦД.

В даний час в літературі активно обговорюється питання про роль оксидативного стресу в розвитку діабетичних макроангіопатій. Вважають, що гіперглікемія *per se* може призводити до посиленого накопичення вільних радикалів, які порушують функцію ендотелію і ведуть до прискореного розвитку атеросклерозу.