

ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Холжигитов Хушнуда Тоштемирович

Самаркандский государственный медицинский университет

3-й курс +998943572903

Зарнигор Асадова Ильясовна

Самаркандский государственный медицинский университет, 3 курс

+99893 473 21 40

Садыкова Нилуфар Зиёдуллаевна

Самаркандский государственный медицинский университет, 2 курс

+998940027848

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования динамики неврологического статуса в острейшем и остром периодах острого нарушения мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом 2 типа. Проведен анализ 60-ти историй болезней больных сахарным диабетом 2 типа, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Группу сравнения составили пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения без сахарного диабета (60 пациентов). Тяжесть ишемического инсульта у больных сахарным диабетом не отличалась от тяжести ишемического инсульта у больных без сахарного диабета. При сахарном диабете тяжесть инсульта зависела от уровня систолического давления как при поступлении, так и во время госпитализации. Темпы восстановления неврологического статуса в группах не различались. Скорость восстановления неврологического статуса у больных сахарным диабетом была взаимосвязана с уровнем систолического давления, выявлена обратная корреляция с уровнем диастолического давления и триглицеридов. Снижение уровня гликемии менее 6,0 ммоль/л достоверно ухудшало течение реабилитационного периода у больных с острым нарушением мозгового кровообращения при сахарном диабете.

Ключевые слова: сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения.

Официальной статистики заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в стране не существует, по данным ряда регистров ОНМК, она в 1,5–2 раза ниже указанных величин. Показатели смертности от инсульта за последние 15 лет повысились на 18 % и достигли сегодня 280 человек на 100 тыс. населения, в то время как в экономически развитых странах эти цифры прогрессивно снижаются. ОНМК может возникнуть в любом возрасте, но половина всех случаев приходится на людей старше 70 лет. Наряду с общепринятыми факторами риска ОНМК, такими как артериальная гипертензия, дислипидемия, патология сердца (ишемическая болезнь сердца (ИБС), фибрилляция предсердий) и др., отдельное место занимает сахарный диабет (СД). Хотя СД не является основным фактором риска развития ОНМК, он может серьезно осложнить течение и повлиять на возможности реабилитации пациентов, перенесших инсульт. СД приводит к изменениям в деятельности центральной нервной системы в результате острых и хронических сосудистых и метаболических нарушений. У больных СД чаще развиваются ишемические инсульты, приводящие к высокой летальности. Распространенность ОНМК в различных регионах Российской Федерации, по данным Национального регистра, у пациентов с СД 1 типа составляет от 1,2 до 7,6 %, у больных с СД 2 типа — 3,8–10,0 %. Летальность от ОНМК в различных регионах Российской Федерации составляет у больных СД 1 типа 10,5–24,1 %, у больных СД 2 типа — 13,9–38,1 %. К факторам риска ОНМК, специфичным для СД, относятся гипергликемия, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность. Исследование патогенеза СД 2 типа позволило сделать вывод, что в основе сосудистых осложнений лежит активация перекисного окисления липидов с накоплением их первичных и вторичных продуктов. Возрастает активность процессов свободнорадикального окисления в печени, мозговой ткани, легких, сердечной мышце. При СД повышается уровень фибриногена, VII фактора, ингибитора активатора плазминогена-I (РАI-I), что приводит к активации свертывающей системы крови и повышенной тенденции к тромбообразованию и нарушению микроциркуляции органов и тканей. Цель исследования: выявить особенности течения ОНМК и динамики восстановления неврологического статуса при СД 2 типа. Материалы и методы. Проведен анализ 60-ти историй болезней пациентов с СД 2 типа (основная группа), группу сравнения составили 60 пациентов без СД. Все пациенты находились на лечении в неврологическом отделении сосудистого центра ГНОКБ. Критерии включения: острейший или



острый период ОНМК, отсутствие тяжелой соматической патологии. Неврологический статус (НС) оценен с помощью специальных шкал: NIHSS — используется для объективизации степени тяжести ишемического инсульта (ИИ), Рэнкина — предназначена для оценки степени утраты дееспособности пациента перенесшего ИИ, индекса мобильности Ривермида — оценивает функциональную активность пациента. Статистический анализ полученных результатов проведен с использованием программы Statistica 6.0 for Windows. Количественные признаки представлены в виде $M \pm SD$, где M — среднее значение, SD — стандартное отклонение. Корреляционную связь определяли с помощью критерия Спирмена. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. Результаты. Проведен анализ факторов риска ОНМК и их возможное влияние на развитие ИИ и динамику неврологического статуса. Средняя длительность диабета у пациентов основной группы составила $6,9 \pm 5,2$ года. По возрасту и полу группы были сопоставимы (см. табл.). Такие факторы как артериальная гипертензия, ИБС, атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (БЦА), ожирение, избыточный вес, дислипидемия с одинаковой частотой встречались в обеих группах, достоверного отличия не выявлено (см. табл.). По локализации и виду ОНМК различий в группах не обнаружено. Так, у пациентов с СД наиболее частая локализация очага поражения наблюдалась в левой средней мозговой артерии (СМА) — у 45 %, реже в правой СМА — 30 %, в вертебробазиллярном бассейне (ВББ) — 15 %, в задней мозговой артерии (ЗМА) — 10 %. В группе сравнения у пациентов без СД с одинаковой частотой локализация инсульта наблюдалась в левой СМА (38,3 %) и правой СМА (38,3 %), реже в ВББ (16,7 %), ЗМА (6,7 %). Достоверных различий выявлено не было.

Дополнительным фактором риска ОНМК при СД является гипогликемия, которая приводит к спазмированию сосудов, повышению АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульсового давления, а также увеличивает вязкость крови и снижает капиллярный кровоток. Проведен анализ динамики НС у пациентов с СД в зависимости от наличия гипогликемических состояний. Больные СД были разделены на две группы: первую группу составили пациенты, у которых за период госпитализации ни разу не фиксировалось снижение уровня гликемии менее 6,0 ммоль/л; вторую группу составили пациенты, у которых отмечались снижения гликемии менее 6,0 ммоль/л. В первой группе больных (без снижения гликемии ниже пороговых значений) динамика восстановления НС по шкале NIHSS составила $2,9 \pm 2,4$ балла, тогда



как во второй группе пациентов (снижение гликемии ниже 6,0 ммоль/л) — $1,8 \pm 1,5$ балла, $p < 0,05$, по шкалам Рэнкина ($0,74 \pm 0,66$ и $0,71 \pm 0,62$, $p > 0,05$) и Ривермида ($3,1 \pm 2,5$ и $2,5 \pm 1,6$, $p > 0,05$) различий не выявлено. Таким образом, у больных СД 2 типа с ОНМК снижение гликемии ниже 6,0 ммоль/л приводило к замедлению восстановления НС. Гипогликемия существенно осложняет течение инсульта, вызывает нарастание неврологического дефицита. Именно риск развития тяжелой гипогликемии служит главным препятствием для широкого внедрения в повседневную практику использования интенсивной инсулинотерапии. «Коридор» гликемии 4,4–6,1 ммоль/л — зона риска гипогликемии, в особенности на фоне постоянной инфузии инсулина. European Stroke Initiative рекомендует целевые значения гликемии в острейшем и остром периодах ОНМК: 6–10 ммоль/л.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И. Национальное руководство по неврологии / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Симптомы депрессии и тревоги у больных сахарным диабетом 2 типа и цереброваскулярной болезнью / И. И. Дубинина [и др.] // Сахарный диабет. — 2012. — № 4. — С. 59–62.
3. Кононенко И. В. Воздействие на факторы риска — реальный путь профилактики сосудистых осложнений сахарного диабета 2 типа / И. В. Кононенко, О. М. Смирнова // Сахарный диабет. — 2012. — № 4. — С. 103–106.
4. Древаль А. В. Риски общей и сердечно-сосудистой смертности, а также инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от вида стартовой сахароснижающей терапии / А. В. Древаль, Ю. А. Ковалева, И. В. Мисникова // Сахарный диабет. — 2009. — № 4. — С. 72–75.

