

КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Е. Волошинова, кандидат медицинских наук,

О. Лобанова, кандидат медицинских наук,

М. Куницына, доктор медицинских наук,

Е. Григорьева, кандидат медицинских наук,

К. Цатурова

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

E-mail: voloshinovaelena@mail.ru

DOI: 10.29296/25877305-2018-01-10

Представлены частота и структура коморбидных состояний у пациентов с сахарным диабетом типа 2. Приведены особенности хронической болезни почек и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов этой категории.

Ключевые слова: эндокринология, нефрология, кардиология, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сердечно-сосудистые заболевания, сердечно-сосудистый риск, коморбидность.

Особенностью больных сахарным диабетом (СД) типа 2 (СД2) является большое число коморбидных состояний, которые оказывают отягщающее влияние на течение СД, снижают качество жизни пациентов, являются причиной полипрагмазии [1–3]. Из всех коморбидных состояний наиболее значимыми для пациентов с СД2 являются заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) и почек. Заболевания ССС и почек имеют общие традиционные факторы риска (ФР) – СД, артериальную гипертензию (АГ), ожирение, дислипидемию, курение и др. Высокая распространенность СД и АГ способствует неуклонному росту числа больных с кардиоваскулярной патологией и почечной дисфункцией. Установлено, что даже незначительное снижение функции почек ассоциировано с увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности независимо от других ФР [4]. В связи с этим пациенты с СД2 и хронической болезнью почек (ХБП) относятся к группе высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска (ССР). Среди пациентов с ХБП смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) встречается в 10–20 раз чаще, чем в популяции в целом, а вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений в 25–100 раз выше, чем риск терминальной почечной недостаточности. Принятие стратегии и тактики кардионефропротекции продемонстрировало необходимость преемственного подхода в ведении больных СД врачами-эндокринологами, кардиологами, нефрологами.

Изучена структура коморбидной патологии, оценен ССР у пациентов с СД2, исследованы частота и особенности ХБП у больных СД2.

В исследование включены 780 больных СД2 (средний возраст – 59,9±9,7 года; 70,3% – женщины; продолжительность заболевания – 11 [7; 15] лет), находившихся на лечении в эндокринологическом отделении Областной клинической больницы (Саратов) в течение 1 года. Диагноз СД и достижение целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

устанавливали согласно критериям ВОЗ (1999–2013) и национальным алгоритмам по диагностике и лечению СД (2015) [5], диагноз и стадию ХБП – согласно Российским национальным рекомендациям (2016) [6], суммарный ССР – по Фрамингемской шкале и шкале QRISK2. Производили количественную оценку коморбидного статуса и 10-летней выживаемости путем расчета индекса Charlson.

Для статистической обработки полученных данных пользовались пакетом прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 8.0.

Для обследованных пациентов СД2 на амбулаторном этапе был характерен неудовлетворительный контроль гликемии. Среднее значение HbA1c составило 8,3 [7,2; 8,8] %, индивидуальный целевой уровень HbA1c был достигнут только у 160 (20,5%) пациентов. В качестве медикаментозной терапии СД 240 (33,3%) больных использовали только пероральные сахароснижающие препараты (ПССП), 319 (44,3%) – комбинацию ПССП и инсулинотерапии, 146 (20,3%) больных получали монотерапию инсулином, 15 (2,1%) пациентов не пользовались сахароснижающей терапией.

Коморбидные состояния выявлены у 97,2% больных, при этом у 93,3% отмечено ≥2 таких состояний. ССЗ выявлены у 730 (93,6%) больных. Установлена высокая частота встречаемости АГ – у 92,3%.

Разные формы ишемической болезни сердца (ИБС) диагностированы у 418 (57,3%) пациентов, из них у 51% – стенокардия напряжения, у 25,6% – инфаркт миокарда, у 44,4% – атеросклеротическая болезнь сердца. Хроническая сердечная недостаточность определена у 44,5% больных ССЗ.

Часто (у 81,3%) встречались цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ): у 627 (80,4%) – хроническая ишемия головного мозга, из них 50 (8%) перенесли инфаркт головного мозга. У 179 (22,9%) пациентов установлен облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, из них 14% перенесли ампутации в связи с развитием диабетической гангрены.

Поражение органа зрения в виде диабетической ретинопатии выявлено у 592 (75,9%) больных, из них непролиферативная стадия ретинопатии отмечена у 74,8%, пролиферативная – у 20,1%, пролиферативная – у 5,4%.

У 427 (78,2%) больных индекс массы тела составила ≥30 кг/м². Ожирение I степени выявлено у 43,8% пациентов, II степени – у 32,7%, III степени – у 23,5%; в 97% случаев определен абдоминальный тип ожирения. Отмечена высокая частота (85,9%) неалкогольной жировой болезни печени.

Из ревматических заболеваний наиболее часто встречался остеоартрит – у 168 (21,5%) больных, подагра – у 9 (1,2%), ревматоидный артрит – у 2 (0,3%).

Заболеваниями легких страдали 3,6% больных, из них у 57,1% выявлена бронхиальная астма, у 25% – хроническая обструктивная болезнь легких.

ХБП зафиксирована у 546 (70%) пациентов. В структуре почечной патологии наиболее часто встречались инфекции мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит) – у 46,4% больных, нефропатия смешанного генеза (диабетическая и гипертоническая) – у 41,2%. Диабетическая нефропатия без АГ выявлена у 13,9% больных, мочекаменная болезнь – у 18,3%, кисты почек – у 26,9%. У 6% больных единственным критерием ХБП было стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) – <60 мл/мин/1,73м². У 312 (60,8%) имелось сочетание как минимум 2 форм почечной патологии; в 40% случаев отмечено сочетание диабетической/смешанной нефропатии и хронического пиелонефрита.

ХБП I стадии выявлена у 90 (16,5%) пациентов, II – у 286 (52,4%), III – у 156 (28,6%), IV и V стадий – у 14 (2,5%).

У пациентов с ХБП разные формы ИБС, включая инфаркт миокарда, стенокардию напряжения и атеросклеротическую болезнь сердца, встречались чаще на 24% ($p=0,00002$). При этом снижение СКФ до уровня $<60\%$ приводило к увеличению частоты ССЗ на 12% ($p=0,00641$). ЦВЗ выявлены у 64% пациентов с ХБП и у 21% – без ХБП ($p=0,0002$).

Средняя продолжительность АГ у обследованных составила 15 [8; 25] лет, при этом у пациентов с ХБП III и более высокой стадии длительность АГ была на 5 лет больше, чем у пациентов с ХБП I и II стадий ($p=0,00003$). При АГ ретинопатия выявлена у 82% больных, а у пациентов без АГ – в 66% наблюдений ($p=0,0099$). ЦВЗ встречались у 87% больных с АГ и у 54% – без АГ ($p=0,0000$). Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей у пациентов с АГ выявлен в 25% случаев, без АГ – в 10% ($p=0,0277$).

Антигипертензивную терапию на амбулаторном этапе получали 644 (89,4%) больных с АГ, из них у 73,1% использовалась комбинация лекарственных препаратов; при этом только в 32% случаев был достигнут целевой уровень АД. У 521 (95,4%) пациента с ХБП зафиксирована АГ, при этом антигипертензивную терапию получали 478 (87,5%) больных, из них у 358 (74,9%) использовалась комбинация ≥ 2 лекарственных препаратов. На амбулаторном этапе целевой уровень АД был достигнут лишь у 147 (28,2%) пациентов. У 82 (25%) больных с недостижимым целевым уровнем АД использовали 1 антигипертензивный препарат; двухкомпонентную терапию получали 115 (35%) больных; комбинация ≥ 3 препаратов применялась у 131 (40%) пациента.

Терапия статинами проводилась у 19,9% пациентов. Целевой уровень липопротеидов низкой плотности у пациентов с ССЗ был достигнут только в 6 (0,8%) наблюдениях. В пределах референсных значений уровень общего холестерина находился у 19,7% больных, триглицеридов – у 7,5%. У пациентов с I–II стадиями ХБП без ССЗ целевые показатели липидного обмена достигнуты не были, с III–V стадиями ХБП достигнуты только у 1 больного.

Среди больных с СД2 было 130 (16,7%) курящих.

Низкий суммарный ССР по Фрамингемской шкале установлен у 4% пациентов, средний – у 18%, высокий – у 26% и очень высокий – у 52%. По шкале QRISK2 высокий ССР имели 89% пациентов.

Среди пациентов с ХБП практически отсутствовали больные с низким риском ССЗ. Средний балл ССР по Фрамингемской шкале у всех пациентов составил 28,5 [18,5; 30,0]. При снижении СКФ до уровня <60 мл/мин/1,73м² суммарный ССР возрастал в среднем на 3,7% ($p=0,0017$), при СКФ <45 мл/мин/1,73м² – на 5,2% ($p=0,0135$) по сравнению с пациентами без нарушения функции почек.

Средний индекс Charlson, характеризующий 10-летнюю выживаемость в зависимости от возраста, числа и вида заболеваний, у больных СД2 составил $4,97 \pm 1,86$. Высокие показатели 10-летней выживаемости ($>90\%$, индекс Charlson – 0–2 балла) отмечены у 6,4% больных, показатели 10-летней выживаемости от 53 до 77% (индекс Charlson – 3–4 балла) – у 36,9%, 10-летняя выживаемость $<21\%$ (индекс Charlson – ≥ 5) – у 56,7%.

Чаще всего у пациентов с СД2 имелись ССЗ (у 93,6% больных, из них у 92,3% – АГ), избыточная масса тела (у 74%) и ХБП разных стадий (у 70%). Следует отметить, что кардиоваскулярная патология занимает ведущее место в структуре

коморбидной патологии и при других распространенных заболеваниях [7].

Более половины (56,7%) пациентов имели показатель 10-летней выживаемости $<21\%$ (индекс Charlson – ≥ 5). Большинство обследованных больных СД2 в течение 1 года имели высокий и очень высокий ССР по Фрамингемской шкале и шкале QRISK2. В рекомендациях по ведению пациентов с СД (2017) впервые отмечено, что использование шкал расчета суммарного ССР, в том числе специально разработанных для больных СД, является излишним [8]. Это обусловлено тем, что больные СД при наличии ССЗ, или поражении органов-мишеней (протеинурия), или наличии серьезных ФР (курение, выраженная гиперхолестеринемия, выраженная АГ) уже относятся к пациентам с очень высоким ССР, а большинство остальных больных с СД – к пациентам с высоким ССР, что и было подтверждено в нашем исследовании.

Необходимо отметить, что лишь незначительная часть больных на амбулаторном этапе имели целевые значения АД и HbA1c.

Безусловно, коморбидная патология значительно ухудшает течение и прогноз у пациентов с СД2; требуются дополнительные диагностические и лечебные мероприятия. Тем не менее контроль уровня АД и гликемии с достижением рекомендуемых в настоящее время целевых значений продолжает оставаться актуальной задачей как доказанная мера предупреждения прогрессирования ХБП при СД и снижения риска развития сердечно-сосудистых событий.

Литература

- Du Y., Heidemann Ch., Gößwald A. et al. Prevalence and comorbidity of diabetes mellitus among non-institutionalized older adults in Germany - results of the national telephone health interview survey 'German Health Update (GEDA)' 2009 // BMC Public Health. – 2013; 13: 166.
- Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. и др. Коморбидность // Вестник семейной медицины. – 2011; 3: 40–7.
- Шижкова Ю., Суркова Е., Майоров А. и др. Качество жизни при сахарном диабете // Врач. – 2010; 12: 22–5.
- Go A., Chertow G., Fan D. et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization // N. Engl. J. Med. – 2004; 351: 1296–305.
- Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. 7-й вып. / М., 2015.
- Нефрология. Клинические рекомендации. Под ред. Е.М. Шиловой, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; с. 25–77.
- Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. Коморбидность у больных ревматоидным артритом // Научно-практ. ревматол. – 2015; 53 (2): 149–54.
- Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. 8-й вып. / М., 2017.

COMORBIDITY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

E. Voloshinova, Candidate of Medical Sciences; **O. Lobanova**, Candidate of Medical Sciences; **M. Kunitsyna**, MD; **E. Grigoryeva**, Candidate of Medical Sciences; **K. Tsaturova**

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

The paper presents the frequency and pattern of comorbidities in patients with type 2 diabetes mellitus. It gives the features of chronic kidney disease and the risk of cardiovascular disease in this group of patients. Monitoring intra-abdominal pressure in the postoperative period is necessary to prevent complications and reduce mortality.

Key words: endocrinology, nephrology, cardiology, diabetes mellitus, chronic kidney disease, cardiovascular diseases, cardiovascular risk, comorbidity.