

Тригуб Ю. В., Косенко А. М.

**ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ФАКТОРЫ
КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ильченко И. А.

Кафедра клинической фармакологии

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Актуальность. У больных с коморбидностью артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета 2 типа (СД-2) частота развития кардиоваскулярных (КВ) осложнений значительно увеличивается. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) позволяют детально оценить изменения артериального давления (АД) и сердечной деятельности. Колебания АД и ВСР зависят от многих факторов и особенно от состояния эндокринной и вегетативной систем.

Цель: оценить факторы КВ риска в зависимости от профиля СМАД и степени компенсации углеводного обмена у больных с АГ и СД-2.

Материал и методы. Обследовано 53 больных (24 женщины и 29 мужчин) с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии 2 степени и СД-2. Средний возраст больных - 59,4±5,2 года; длительность ГБ - 8,5±2,5 года; длительность СД - 9,5±1,5 года. Оценивались данные: СМАД, суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), показатели свертывающей системы, липидный спектр крови, состояние компенсации углеводного обмена (по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c)). Степень КВ риска оценивали по показателю стандартного отклонения от средней длительности всех синусовых интервалов (SDNN), являющегося интегральным показателем, характеризующим ВСР в целом за период записи, и зависящего от воздействия как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Контрольную группу составили 12 практически здоровых людей (циркадный ритм АД – тип «dipper»; HbA1c- 5,4±0,2%; SDNN-134,4±9,4 мс).

Результаты и их обсуждение. В зависимости от типа циркадного ритма АД (достаточное или недостаточное ночное снижение АД – тип «dipper» и «non-dipper» соответственно) и степени компенсации СД-2 было выделено 4 группы больных: 1-я группа (15 больных): тип «dipper» и субкомпенсированный СД-2 (HbA1c 7,7±0,5%); 2-я группа (13 больных): тип «dipper» и декомпенсированный СД-2 (HbA1c 9,5±0,6%); 3-я группа (13 больных): тип «non-dipper» и субкомпенсированный СД-2 (HbA1c 7,8±0,6%); 4-я группа (12 больных): тип «non-dipper» и декомпенсированный СД-2 (HbA1c 10,3±0,7%).

При оценке показателей ВСР установлено: SDNN у больных 1-й группы практически не отличался от нормальных значений и был 122,5±8,5 мс; во 2-й группе он был снижен и составлял 80,4±6,8 мс; в 3-й группе был незначительно снижен – 96,7±7,8 мс; в 4-й группе был значительно снижен по сравнению со здоровыми людьми – 78,4±6,3 мс.

Выводы. У больных с АГ и СД-2 риск КВ был наибольшим у больных с неудовлетворительным гликемическим контролем и стойкой ночной гипертензией. По результатам СМАД и ВСР у больных с АГ и СД-2 значительно увеличивается риск развития КВ осложнений, частота которых возрастает по мере нарастания ночной гипертензии и декомпенсации СД-2. У больных с АГ и СД-2 риск КВ осложнений в большей мере зависит от степени компенсации углеводного обмена, чем от колебаний суточного АД.