ДИАГНОСТИКА БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Пащенко Л.С., Ковалев Д.В.*,
Белоножкин С.Л.*, Иванова Н.В., Лысенко М.А.
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар,
**МУЗ ГБ N 2 "КМЛДО"*

Сахарный диабет (СД) относится к числу наиболее распространенных, социально значимых заболеваний. Высокий риск сосудистых осложнений при СД типа 2 дал основание Американской ассоциации кардиологов причислить диабет к сердечно-сосудистым заболеваниям. Выраженная ишемия миокарда и нарушение сократительной и релаксационной функций сердца у больных СД обусловлены не только стенозирующим атеросклерозом крупных коронарных артерий и уменьшением коронарного резерва за счет поражения микроциркуляторного русла, но и специфическими нарушениями обмена в сердечной мышце – "метаболической ишемией", что определяет особенности течения и диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) при СД (A.Avogaro et al.,1990). В частности, диабетическая автономная нейропатия и ранняя десимпатизация миокарда приводят к высокой распространенности (30-48 % по G.Zuanetti et al.,1993) безболевых и атипичных вариантов течения ИБС при СД. Согласно мнению многих авторов (А.Л.Верткин с соавт.,1995) наличие безболевой ишемии миокарда является неблагоприятным фактором, повышающим риск внезапной коронарной смерти в 5-6 раз, аритмий – в два, развития инфаркта миокарда и хронической сердечной недостаточности – в полтора раза. Поэтому своевременная диагностика ИБС у больных СД типа 2 является чрезвычайно важной задачей. В связи с этим целью настоящей работы явилось изучение возможностей выявления ишемии миокарда у больных СД типа 2.

Материал и методы. Обследован 21 больной СД типа 2 без клинических признаков ИБС, но с наличием 2-5 факторов риска. Все пациенты были мужского пола в возрасте от 37 до 72 лет (54,2±11,1 лет). Продолжительность заболевания составляла 8,8±5,4 года. Больным записана электрокардиограмма (ЭКГ) в покое, с целью выявления ишемии миокарда проведен тредмил-тест (ТТ). Критерием остановки были электрокардиографические или клинические признаки ишемии миокарда или достижение субмаксимальной (90 % от максимальной) частоты сердечных сокращений. Полученные данные обработаны методами непараметрической статистики с использованием пакета Statistica 5.0 (StatSoft, США).

Результаты. У трех больных (14,3 %) результат нагрузочного теста оказался положительным, причем у одного пациента ЭКГ-признаки ишемии миокарда сопровождались типичным приступом стенокардии, а у двух других наблюдалась безболевая ишемия миокарда. Еще у 9 пациентов (42,9 %) при отрицательном результате ТТ были отмечены депрессия сегмента ST менее 0,1 мВ, или/и желудочковая или суправентрикулярная экстрасистолия при нагрузке, или/и нарушение внутрижелудочковой проводимости в виде расщепления комплекса QRS. Согласно данным W.Kannel с соавторами (1987), А.Л.Верткина с соавторами (1995), эти изменения могут быть признаками "скомпрометированного" коронарного кровотока, поскольку при сопоставлении результатов холтеровского мониторирования ЭКГ и нагрузочной сцинтиграфии миокарда у 35 % этих больных авторами отмечен дефект перфузии миокарда, а при наблюдении за этой группой в течение года выявлено около 25 % случаев клинических проявлений ИБС. Учитывая вышесказанное, а также тот факт, что частота ложноотрицательных результатов нагрузочного ЭКГ-тестирования составляет, по данным разных авторов, от 10 до 37 %, логично полагать, что у части пациентов с подобными "малыми признаками" ограничения коронарного кровотока на самом деле при физической нагрузке развивается ишемия миокарда, не имеющая общепринятых ЭКГ-проявлений, а другая часть больных данной группы имеет повышенный (по сравнению с пациентами с неизмененной ЭКГ) риск развития ИБС в ближайшие годы. Таким образом, по результатам ТТ оказалось возможным разделить больных на две группы: I – с отрицательным результатом ТТ и неизмененной ЭКГ (n=9) и II (n=12), в которую вошли лица с положительной пробой или с наличием "малых признаков". Пациенты II группы имели достоверно (двусторонний критерий Манна-Уитни) более низкую по сравнению с I группой толерантность к физической нагрузке, что выражалось в меньшем уровне (7,2±2,3 против 9,5±1,6 МЕТ, $p<0,05$) выполненной нагрузки. Этот факт, на наш взгляд, свидетельствует об определенном клиническом сходстве больных II группы.

Заключение. В диагностике ИБС у больных СД типа 2, помимо традиционной оценки ТТ, целесообразно выделять группу пациентов с отрицательным результатом нагрузочной пробы, но наличием "малых признаков" скомпрометированного коронарного кровотока. Можно полагать, что часть ее составляют лица с ложноотрицательным результатом ТТ, а также доклиническими формами ИБС. В обеих ситуациях данные пациенты требуют повышенного внимания: проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования в динамике, а в случае повторного получения неоднозначных результатов – применения стресс-эхокардиографии или нагрузочной сцинтиграфии миокарда, коронарной ангиографии.

НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО, ЦИТОКИНОВОГО И ОКСИДАНТНОГО СТАТУСОВ НА СИСТЕМНОМ И МЕСТНОМ УРОВНЯХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Петров С.В., Конопля А.А.,
Газазян М.Г., Конопля А.И., Гаврилюк В.П.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Лидирующее место среди воспалительных заболеваний женских половых органов продолжает занимать хронический сальпингоофорит (ХСО), в возникновении и развитии которого большое место занима-