

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, первичная медицинская помощь, унифицированный клинический протокол, оценка внедрения.

V.Tkachenko

Assessing the implementation of standardized clinical protocol for type 2 diabetes patients primary care

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Aim. The own data on assessment of the implementation of new clinical protocol for type 2 diabetes patients primary care in Ukraine are presented in the article.

Materials and methods. 112 general practitioners (age=38,3±1,18 years, employment history =5,93±0,52 years) were involved into the questionnaire study to assess the knowledge about the use of new protocol for type 2 diabetes care. Results. The adherence of the general practitioners to the use of the new clinical protocol as well as quality of care which were assessed at the early stage of protocol implementation, were found to be insufficient. Achieving the target performance levels was seen in a small percentage of patients. This is partly due to the lack of knowledge related to the protocol. The results are similar to the European experience of the implementation of new guidelines for diabetes management at early stages.

Conclusion. The situation in Ukraine requires further analysis and search for the ways to optimize diabetes primary care. For this purpose, we published the manual for diabetes primary care.

Key words: type 2 diabetes, primary care, standardized clinical protocol, assessment of implementation.

Відомості про автора

Ткаченко Вікторія Іванівна - доцент кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика. Адрес: Київ, вул. Дорогожицька 9, тел.: (044) 536-01-06.

УДК 616.1/4

© Л.В. ХІМІОН, М.О. РИБИЦЬКА, 2014

Л.В. Хіміон, М.О. Рибіцька

**ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА
ВИРАЖЕНІСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН
СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ
ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ**

**Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика**

Вступ. Підвищений артеріальний тиск (АТ) зустрічається в 50-80% пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2). За даним UKPDS з підвищенням АТ на кожні 10 мм.рт.ст. ризик кількості ускладнень зі сторони серцево-судинної системи (ССС) збільшується на 10%.

Мета. Визначити вплив артеріальної гіпертензії (АГ) на вираженість атеро-склеротичних змін у хворих на ЦД 2-го типу та оцінити реальну прихильність (комплаєнс) пацієнтів до призначеної терапії.

Матеріали та методи. В дослідження включено 52 пацієнта із ЦД 2 (29 чоловіків, 23 жінки, середній вік ($57,3 \pm 1,21$) років). Проведено вивчення медичних карток пацієнтів із визначенням середнього АТ за останні 2 роки спостереження, ультразвукове дослідження (УЗД) сонних артерій (СА), опитування з метою визначення реальної прихильності до призначеної медикаментозної терапії. Статистичний аналіз даних та обробка результатів були виконані за допомогою Excel 2010.

Результати. АГ була виявлена у 49 хворих (94,2%), ішемічна хвороба серця (ІХС) – у 35 хворих (67,3%) (основна група), в 11 (21,2%) з них в анамнезі інфаркт міокарда (ІМ). У 17 пацієнтів (32,7%) не було ІХС (група порівняння). Середній АТ основної групи становив ($166,2 \pm 2,3/88,5 \pm 1,1$) мм.рт.ст., що достовірно вище за групу порівняння ($157,3 \pm 3,5/87,1 \pm 0,8$) мм.рт.ст. ($p < 0,05$). Середня товщина комплексу інтима-медіа (ТКІМ) основної групи складала ($1,24 \pm 0,02$) мм, що є достовірно вищим показником за групу порівняння ($0,88 \pm 0,06$) мм, $p < 0,05$. Рівень середнього АТ у хворих із атеросклеротичними бляшками (АБ) ($157,3 \pm 3,5/87,1 \pm 0,8$) мм.рт.ст. достовірно вищий порівняно з хворими з ТКІМ до 0,9 мм ($149,3 \pm 7,2/86,2 \pm 3,1$) мм.рт.ст. ($p < 0,05$). За результатами аналізу опитування встановлено комплаєнс $>80\%$ лише у 15 хворих (28,8%).

Висновки. У пацієнтів із ЦД 2 з гіршим контролем АТ більш виражене потовщення КІМ і більша частка формування АБ у СА, що частіше супроводжується розвитком ІМ; для більш ефективного контролю ведення пацієнтів із ЦД 2 рекомендоване застосування командного підходу сімейного лікаря та лікаря-ендокринолога; для покращення ефективності надання профілактичної медичної допомоги необхідне подальше вивчення результатів УЗД СА при ЦД 2.

Ключові слова: цукровий діабет 2-го типу, артеріальна гіпертензія, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, комплекс інтима-медіа.

ВСТУП

Цукровий діабет (ЦД) займає третє місце серед всіх хронічних неінфекційних захворювань у світі після серцево-судинної та онкопатології [1].

За даними експертів ВООЗ у світі в 2010 році хворих на ЦД нараховувалося біля 360 млн. За даними МОЗ України, станом на 2012 рік на диспансерному обліку по ЦД перебувало понад 1 млн. 250 тисяч осіб. Більш того, на основі даних епідеміологічних досліджень можна припустити, що дійсна розповсюдженість ЦД в Україні в 2-2,5 рази вища. Серед дорослого населення біля 10% людей страждають на ЦД 2-го типу, а серед населення старше 65 років – 20% [2]. Зростання захворюваності на ЦД відбувається в основному за рахунок хворих на ЦД 2-го типу, на долю якого припадає біля 6-7% загальної популяції [1,3].

Як відомо, найбільш частими ускладненнями ЦД являються серцево-судинні захворювання (ССЗ). Ця патологія відмічається більш ніж у половини осіб, хворих на ЦД [3]. За даними ВООЗ до 75% хворих на ЦД 2-го типу гинуть внаслідок саме серцево-судинних катастроф. ЦД 2-го типу є одним із головних незалежних факторів ризику серцево-судинної патології (ССП), що часто визначає прогноз, в тому числі для життя, у хворих даної категорії. ССП у пацієнтів із ЦД 2-го типу як причина смертності посідає лідируюче місце практично у всіх країнах світу. Серед хворих на ЦД поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) в 2-4 рази, ризик розвитку гострого інфаркту міокарда (ІМ) – в 6-10 разів вище, ніж серед осіб без ЦД у загальній популяції хворих [4].

У 50-80% хворих ЦД 2-го типу поєднується з артеріальною гіпертензією (АГ), що істотно збільшує ризик розвитку ускладнень. У таких хворих значно підвищений ризик передчасної смерті, на 1/3 знижена тривалість життя. Підвищення систолічного артеріального тиску (САТ) на кожні 10 мм.рт.ст. у хворих з ЦД збільшує ризик розвитку серцево-судинних подій на 20% [1,5].

АГ може бути як наслідком ЦД 2-го типу, так і причиною його розвитку. У ряді робіт показано, що при тривалому перебігу АГ внаслідок хронічного зниження периферичного кровотоку відбувається зниження чутливості тканин до інсуліну з подальшим розвитком ЦД 2-го типу. ЦД і АГ незалежно від того, що первинне, взаємно посилюють тяжкість перебігу захворювання [6].

Доведено, що в основі частого ураження ССС у хворих на ЦД лежить розвиток атеросклерозу судин різної локалізації, фактором ризику прогресування якого є також АГ [3]. На доклінічних стадіях у пацієнтів із ЦД 2-го типу атеросклеротичні зміни в судинах не супроводжується гемодинамічними розладами і такий стан досить часто недооцінюється практичними лікарями, особливо у нормотензивних пацієнтів.

Згідно з рекомендаціями Американської асоціації серця (American Heart Association), для достовірної оцінки атеросклеротичного ураження можна використовувати неінвазивне ультразвукове дослідження (УЗД) сонних артерій (СА) із визначенням товщини комплексу інтима – медіа (KIM) СА [7]. В ряді досліджень [8,9] продемонстровано, що товщина KIM кореляційно пов'язана з факторами ризику ССЗ (дисліпідемією, АГ, ЦД) і станом вінцевих судин серця. Товщина KIM СА надійно відображає вираженість системного атеросклерозу [10].

Враховуючи відому ефективність застосування профілактичних програм щодо розвитку ІХС, актуальним є одержання нових наукових даних щодо впливу АГ на вираженість атеросклерозу і частоту розвитку ІХС у хворих на ЦД 2-го типу.

Отже, у зв'язку з високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, що призводять до ранньої інвалідизації та передчасної смерті, важливим питанням постає дослідження впливу АГ на вираженість ССП у пацієнтів, хворих на ЦД 2-го типу.

Мета дослідження. Визначити вплив АГ на вираженість атеросклеротичних змін у хворих на ЦД 2-го типу та оцінити реальну прихильність (комплаєнс) пацієнтів до призначеної терапії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження проведено на кафедрі сімейної медицини на базі КНП «ЦПМСД Русанівка» (м. Київ) та КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» в 2012-2014 рр.

В дослідження було включено 52 пацієнта (середній вік (57,3±1,21) років) із встановленим діагнозом ЦД 2-го типу, середнього ступеня тяжкості в стані субкомпенсації: 29 чоловіків (55,8%) (середній вік (56,55±1,7) років) і 23 жінки (44,2%) (середній вік (58,35±1,7) років). 38,5% пацієнтів (20 пацієнт) постійно спостерігалися сімейним лікарем, а 61,5% (32 пацієнта) – ендокринологом.

В дослідження не включалися хворі з недостатнім контролем глікемії, серцевою недостатністю, неконтрольованою дисліпідемією, аутоімунними та ревматичними захворюваннями, гострими запальними захворюваннями та іншими тяжкими станами і захворюваннями.

Всім хворим, включеним в дослідження, проводилося комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження (аналіз динаміки артеріального тиску (АТ) на протязі останніх 2 років спостереження, еходоплерографія СА), оцінка даних анамнезу, шляхом аналізу даних медичних карток пацієнтів із визначенням середнього АТ за останні 2 роки спостереження, опитування з метою визначення реальної прихильності до призначеної медикаментозної терапії.

Всі, включені в дослідження, пацієнти одержували належне медичне лікування згідно діючих протоколів ведення хворих із ЦД 2-го типу за Наказом МОЗ України від 21.12.2012р. № 1118, Наказом МОЗ України від 05.08.2009 р. № 574, Наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384 у відповідності до клінічного діагнозу.

Для оцінки вираженості атеросклеротичних змін всім хворим проводилося дуплексне сканування СА на ультразвуковому апараті "Ultima Pro-30" лінійним датчиком з частотою 5–10 МГц. Згідно з рекомендаціями сканування каротид проводилося у трьох площинах – двох поздовжніх (передній і задній) і одній поперековій. Датчик розташовували по передньому краю *m.sternocleidomastoideus*. Для оцінки атеросклеротичних змін внутрішніх і зовнішніх СА отримували зображення біфуркації загальної СА, якій відповідає ділянка з більш широким діаметром судини. При дослідженні внутрішньої СА датчик повертали у латеральний бік, а зовнішньої СА – у внутрішній бік. Товщину КІМ визначали на 1–1,5 см вище біфуркації правої та лівої загальної СА по задній стінці, враховуючи розташування цієї ділянки під прямим кутом до ультразвукового променя. Товщину КІМ оцінювали у зоні його максимального візуального потовщення при орієнтації площини сканування паралельно поздовжній вісі судини. В подальшому розраховували середню товщину КІМ правої та лівої загальної СА як середнє з усіх 3-ьох вимірювань і враховували середній показник товщини КІМ хворого, враховуючи значення правої та лівої загальної СА. Діагностичним критерієм потовщення КІМ вважали, згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів, показник $\geq 0,9$ мм, наявність

атеросклеротичної бляшки (АБ) визнавали при локальному потовщенні комплексу інтима – медіа на 1,5 мм і більше [11].

Статистичний аналіз даних та обробка результатів були виконані за допомогою Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед обстежених хворих на ЦД 2-го типу ІХС була діагностована у 35 хворих (67,3%), в тому числі 11 хворих (21,2%) в анамнезі перенесли ІМ; артеріальна гіпертензія – у 49 хворих (94,2%); хронічний панкреатит – у 34 хворих (65,4%); хронічний холецистит – у 32 хворих (61,5%), в тому числі некалькульозний – 18 хворих (34,6%), калькульозний – 13 хворих (25,0%); ХОЗЛ – у 5 хворих (9,6%).

Всі обстежені пацієнти поділені на 2 групи. В 1-шу групу увійшли пацієнти, яким в анамнезі був встановлений діагноз ІХС (35 хворих, 21 чоловік і 14 жінок, середній вік (59,8±1,26) років), які склали основну групу хворих. До 2-ої групи (група порівняння) увійшли 17 пацієнтів – 8 чоловіків і 9 жінок (середній вік (52,2±2,2) роки), у яких не було клінічних проявів чи підтвердженого діагнозу ІХС в анамнезі та на момент початку дослідження.

Результати ультразвукового дослідження СА та середні показники АТ за останні 2 роки спостереження у включених в дослідження пацієнтів представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Результати ультразвукового дослідження сонних артерій та середні показники артеріального тиску за останні 2 роки спостереження у групах

Показник	Всі хворі (n=52)	Основна група (n=35)	Група порівняння (n=17)
Товщина КІМ, мм	1,12±0,03	1,24±0,02*	0,88±0,06
Кількість осіб із потовщенням КІМ ≥0,9 мм	43 (82,7%)	35 (100%)	8 (47%)
Наявність АБ	17 (32,7%)	17 (48,6%)	-
САТ, мм рт.ст.	163,8±1,9	166,2±2,3*	157,3±3,5
ДАТ, мм рт.ст.	88,9±0,9	88,5±1,1	87,1±0,8

Примітка: * – (p<0,05) – достовірність розбіжностей порівняно з групою порівняння.

Аналіз результатів УЗД СА показав, що максимальна товщина КІМ виявлялася у пацієнтів з діагностованою ІХС (1,24±0,02) мм, що достовірно перевищує показник середньої товщини КІМ у пацієнтів без ІХС (0,88±0,06) мм (p<0,05).

За даними медичних карток середній АТ на протязі останніх 2 років спостереження серед всіх обстежених пацієнтів із ЦД 2-го типу дорівнював (163,8±1,9/88,9±0,9) мм.рт.ст. При цьому серед пацієнтів основної групи середній АТ на протязі останніх 2 років спостереження становив

(166,2±2,3/88,5±1,1) мм.рт.ст. і середній рівень САТ був достовірно вищим від показника групи порівняння (157,3±3,5/87,1±0,8) мм.рт.ст. ($p<0,05$), що підтверджує негативний вплив недостатнього контролю АГ у хворих на ЦД 2-го типу на ССС.

Для оцінки впливу АТ на товщину КІМ проведено співставлення результатів УЗД СА і середніх показників АТ на протязі останніх 2 років спостереження (таблиця 2): 1 підгрупа – АТ ($\leq 139/\leq 89$) мм.рт.ст., 2 підгрупа – АТ (140-159/90-99) мм.рт.ст., 3 підгрупа – АТ (160-179/100-109) мм.рт.ст. Пацієнтів із середнім рівнем АТ, що перевищував 180/110 мм.рт.ст., на протязі останніх 2 років спостереження виявлено не було.

Таблиця 2

Товщина комплексу інтима-медіа сонних артерій в залежності від середніх рівнів артеріального тиску на протязі останніх 2 років спостереження

Показник	1 підгрупа (n=14)	2 підгрупа (n=28)	3 підгрупа (n=10)	p
Товщина КІМ, мм	0,77±0,08	1,08±0,04	1,19±0,02	p1-p2<0,05 p1-p3<0,05 p2-p3<0,05

Таким чином, максимальна товщина КІМ спостерігалася у хворих із три-валним підвищенням АТ ($p<0,05$).

Проаналізувавши дані середніх рівнів АТ за останні 2 роки спостереження пацієнтів із різною товщиною КІМ та наявністю АБ виявлено достовірно вищі рівні серед хворих із наявністю АБ (157,3±3,5/87,1±0,8) мм.рт.ст. порівняно з хворими з товщиною КІМ до 0,9 мм (149,3±7,2/86,2±3,1) мм.рт.ст. ($p<0,05$). Середній рівень АТ на протязі останніх 2 років у пацієнтів із потовщенням КІМ >0,9 мм становив (151,2±6,9/92,5±2,5) мм.рт.ст., але не досяг достовірної різниці порівняно з хворими на ЦД 2-го типу із товщиною КІМ до 0,9 мм. Отримані дані свідчать, що АГ є фактором ризику прогресування атеросклерозу судин.

Середні рівні АТ за останні 2 роки спостереження та частка хворих із ІХС у пацієнтів із різною товщиною КІМ і наявністю АБ представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Середні рівні артеріального тиску за останні 2 роки спостереження та частка хворих із ІХС з різною товщиною комплексу інтима-медіа і наявністю атеросклеротичних бляшок

Показник	Товщина КІМ<0,9мм (n=9)	Товщина КІМ>0,9мм (n=43)	Наявність АБ (n=17)
САТ, мм.рт.ст.	149,3±7,2*	151,2±6,9*	163,3±12,8
ДАТ, мм.рт.ст.	86,2±3,1*	92,5±2,5	98,33±6,1
Кількість осіб із ІХС	-	35 (81,4%)	9 (52,9%)
Кількість осіб із ІМ	-	11 (25,6%)	8 (47,0%)
Кількість осіб із АГ	6 (66,7%)	43 (100%)	17 (100%)

Примітка: * – ($p<0,05$) – достовірність розбіжностей порівняно з наявністю АБ.

В ході дослідження було виявлено, що найбільша частка хворих на ЦД 2-го типу з ІХС (81,4%) припадає на пацієнтів із середньою товщиною КІМ \geq 0,9мм, а хворих, які перенесли ІМ в анамнезі (47,0%) – на пацієнтів із наявністю АБ. АГ не була відмічена лише у 3 пацієнтів з усіх включених у дослідження, які, як виявилось, мали середню товщину КІМ $<$ 0,9мм.

Аналіз даних прихильності пацієнтів до медикаментозної терапії показав, що більшість хворих на ЦД 2-го типу не усвідомлюють справжній ступінь небезпеки наявності факторів ризику ІХС і, за різними причинами, не дотримуються необхідного режиму прийому гіпотензивних засобів.

Так, за результатами аналізу опитування включених в дослідження хворих щодо прихильності до призначеного медикаментозного лікування АГ, встановлено комплаєнс $>$ 80% у 15 хворих (28,8%) (із них осіб із нормальними показниками середнього рівня АТ за останні 2 роки спостереження – 93,3% (14 хворих), 20-80% у 31 хворого (59,6%) (осіб з нормальними показниками середнього рівня АТ за останні 2 роки спостереження не було), $<$ 20% у 6 хворих (11,6%), що свідчить про важливість моніторингу прихильності пацієнтів до гіпотензивної терапії.

Важливо відзначити, що всі пацієнти із високим рівнем прихильності до медикаментозного лікування АГ (15 хворих) лікувалися у сімейного лікаря та одержували рекомендації лікаря-ендокринолога, що свідчить про ефективність сумісного ведення пацієнтів, хворих на ЦД 2-го типу, сімейними лікарями з лікарями-ендокринологами: повніший моніторинг основних факторів ризику серцево-судинних захворювань у цієї когорти хворих.

ВИСНОВКИ

Виявлено, що у пацієнтів із ЦД 2-го типу і гіршим контролем АТ, порівняно із пацієнтами з кращим контролем АТ, захворювання супроводжується більш вираженим потовщенням КІМ і більшою часткою формування АБ у СА, що в свою чергу частіше супроводжується розвитком ІМ ($p<0,05$).

Для забезпечення ефективного контролю факторів ризику ІХС (зокрема, АГ) та високого рівня прихильності хворих на ЦД 2-го типу, середнього ступеня тяжкості в стані субкомпенсації до прийому гіпотензивних засобів рекомендоване застосування командного підходу до ведення цієї групи хворих (постійне спостереження сімейним лікарем із регулярними консультаціями лікаря-ендокринолога).

Подальше вивчення значущості результатів ультразвукового дослідження сонних артерій у хворих на ЦД 2-го типу для визначення ризику ССЗ може покращити якість та ефективність надання профілактичної медичної допомоги даному контингенту хворих.

Література

1. Дедов І.І. Сахарный диабет и артериальная гипертензия / Дедов І.І., Шестакова М.В. – М.: Изд-во МИА, 2006. – С. 329.

2. Харченко Т.А. Проблемні питання сучасної ендокринології / Харченко Т.А. // Український медичний часопис. – 2012. – №1 (87). – С. 70-72

3. Ранняя диагностика цукрового діабету та його ускладнень: методичні рекомендації // Зубкова С.Т., Тронько М.Д., Єфімов А.С., Маньковський Б.М. — К.: Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України, 2001 — С.35.

4. Сосудистые осложнения у больных сахарным диабетом (альтернативные методы диагностики и лечения) / Заславская Р.М., Тулемисов Е.У., Смирнова Л.В., Айт-магамбетова Б.А. — М. - 2006. — С. 34-36.

5. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight Blood Pressure Control and Risk of Macrovascular and Microvascular complications in Type 2 Diabetes: UKPDS 38 // BMJ. — 1998. — Vol. 317. — P. 703-713.

6. Relationship of office, home, and ambulatory blood pressure to blood glucose and lipid variables in the population in PAMELA (Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni) study / Mancia G., Facchetti R., Bombelli M. [et al.] // Hypertension. — 2005. — Vol. 45(6) — P.1072-1077.

7. American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. 2010 ACC/AHA guidelines for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation / Greenland P., Alpert G. S., Beller G. A. [et al.] // J. Amer. Coll. Cardiol.— 2010.— Vol. 56.— P.2182–2199.

8. Carotid atherosclerosis intima media thickness and risk factors-an analysis of 1781 asymptomatic subjects in Taiwan / Sun Y., Lin C. H., Lu C. J. [et al.] // Atherosclerosis.—2002.— Vol. 164.— P.89–94.

9. Relevance of common carotid intima-media thickness and carotid plaque as risk factors for ischemic stroke in patients with type 2 diabetes mellitus / Lee E. J., Kim H. J., Bae J. M. [et al.]// Am. J. Neuroradiol.— 2007.— Vol. 28 (5).— P.916-919.

10. B-Mode ultrasound assessment of Pravastatin treatment effect on carotid and femoral artery wall and its correlations with coronary angiographic findings: a report of the regression growth evaluation statin study (REGRESS) / De Groot E., Jukema W., Montauban van Swijndregt A. D. [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol.— 1998.— Vol. 31.— P.1561–1567.

11. American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. 2010 ACC/AHA guidelines for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation / Greenland P., Alpert G. S., Beller G. A. [et al.] // J. Amer. Coll. Cardiol.— 2010.— Vol. 56.— P. 2182–2199.

Л.В. Химион, М.А. Рыбickaя

Влияние артериальной гипертензии на выраженность атеросклеротических изменений сонных артерий у больных сахарным диабетом 2-го типа

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Введение. Повышенное артериальное давление (АД) встречается в 50-80% пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2). По данным UKPDS с повышением АД на каждые 10 мм рт.ст. риск количества осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) увеличивается на 10%.

Цель. Определить влияние АГ на выраженность атеросклеротических изменений у больных СД 2-го типа и оценить реальную приверженность (комплаенс) пациентов к назначенной терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 52 пациента с СД 2 (29 мужчин, 23 женщины, средний возраст ($57,3 \pm 1,21$) лет). Было проведено изучение медицинских карт пациентов с определением среднего АД за последние 2 года наблюдения, ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий (СА), опрос с целью определения реальной приверженности к назначенной медикаментозной терапии. Статистический анализ данных и обработка результатов были выполнены с помощью Excel 2010.

Результаты. АГ была выявлена у 49 больных (94,2%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 35 больных (67,3%) (основная группа), в 11 (21,2%) из них в анамнезе инфаркт миокарда (ИМ). У 17 пациентов (32,7%) не было ИБС (группа сравнения). Среднее АД основной группы составило ($166,2 \pm 2,3/88,5 \pm 1,1$) мм.рт.ст., что достоверно выше группы сравнения ($157,3 \pm 3,5/87,1 \pm 0,8$) мм.рт.ст. ($p < 0,05$). Средняя толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) основной группы составляла ($1,24 \pm 0,02$) мм, что является достоверно более высоким показателем за группу сравнения ($0,88 \pm 0,06$) мм ($p < 0,05$). Уровень среднего АД у больных с атеросклеротическими бляшками (АБ) ($157,3 \pm 3,5/87,1 \pm 0,8$) мм.рт.ст. достоверно выше по сравнению с больными с ТКИМ до 0,9 мм ($149,3 \pm 7,2/86,2 \pm 3,1$) мм.рт.ст. ($p < 0,05$). По результатам анализа опроса установлено комплаенс $>80\%$ всего у 15 больных (28,8%).

Выводы. У пациентов с СД 2 с худшим контролем АД более выражено утолщение КИМ и большая частота формирования АБ в СА, чаще сопровождается развитием ИМ; для более эффективного контроля ведения пациентов с СД 2 рекомендовано применение командного подхода семейного врача и эндокринолога; для улучшения качества и эффективности оказания профилактической медицинской помощи необходимо дальнейшее изучение результатов УЗИ СА при СД 2.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, комплекс интима-медиа.

L. Khimion, M. Rybytska

Influence of arterial hypertension on expression of atherosclerotic lesions of the carotid arteries in patients with type 2 diabetes Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. High blood pressure (BP) occurs in 50-80% of patients with diabetes type 2 (D2). According to the UKPDS data, every 10 mmHg increase in BP increase the risk of cardiovascular events by 10 %.

The aim. To determine the influence of arterial hypertension (AH) on expression of atherosclerotic lesions in patients with D2 and examine patients' compliance with antihypertensive treatment (AT).

Materials and methods. The study included 52 patients with type 2 diabetes (29 men, 23 women, average age - 57.3 ± 1.2 years). We studied patients' medical records taking into account mean arterial pressure over the past 2 years of observation, ultrasonography (USG) of the carotid artery (CA) findings, results of the survey to determine the actual compliance with prescribed medication. Statistical analysis and processing of the results were performed using Excel 2010.

Results. AH was found in 49 patients (94.2%), coronary heart disease (CHD) – in 35 patients (67.3%) (main group), 11 (21.2%) individuals had a history of myocardial infarction (MI). 17 patients (32.7%) did not have CHD (comparison group). The average BP in the main group was $166.2 \pm 2.3 / 88.5 \pm 1.1$ mmHg, which is statistically higher than in the comparison group ($157.3 \pm 3.5 / 87.1 \pm 0.8$ mmHg) ($p < 0.05$). The average Intima-Media Thickness (IMT) in the main group was 1.24 ± 0.02 mm, which is statistically higher than in the comparison group (0.88 ± 0.06 mm) ($p < 0.05$). The average BP in patients with atherosclerotic plaques (AP) ($157.3 \pm 3.5 / 87.1 \pm 0.8$ mmHg) was statistically higher than in patients with $IMT < 0.9$ mm ($149.3 \pm 7.2 / 86.2 \pm 3.1$ mmHg) ($p < 0.05$). According to questionnaires analysis, treatment compliance $> 80\%$ was in 15 patients (28.8%).

Conclusions. D2 patients with worse BP control showed more marked IMT thickening and greater frequency of AP formation in the CA, more often occurrence of MI. To better control of D2 patients, a team approach involving family physician and endocrinologist is recommended. To improve the quality and effectiveness of preventive health care, further study of USG findings in CA of patients with D2 is required.

Key words: diabetes mellitus type 2, arterial hypertension, atherosclerosis, coronary heart disease, intima-media thickness.

Відомості про авторів:

Хіміон Людмила Вікторівна - д.мед.н., професор, зав. кафедрою сімейної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Рибницька Марія Олександрівна - очний аспірант кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616.1/4

© О.Б.ЯРЕМЕНКО, Г.М.МИКИТЕНКО, 2014

О.Б.Яременко, Г.М.Микитенко

**ПЕРЕНОСИМІСТЬ ОСНОВНИХ НЕБІОЛОГІЧНИХ
БАЗИСНИХ ПРЕПАРАТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ
ТА ІНШИХ КЛІНІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК
РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ**

**Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця**

Вступ. Тривалий, зазвичай протягом усього життя, прийом базисних препаратів (БП) хворими на ревматоїдний артрит (РА), нерідко супроводжується розвитком побічних ефектів (ПЕ).