

© М.О. РИБИЦЬКА, 2015

М.О.Рибицька

РОЛЬ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ПРИЗНАЧЕНОЇ ТЕРАПІЇ У ВИРАЖЕНОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика

Вступ. Кардіоваскулярні захворювання (КВЗ) - найбільш часті ускладнення цукрового діабету 2 типу (ЦД2), в основі яких лежить розвиток атеросклерозу.

Мета. Оцінити роль прихильності до призначеної терапії у вираженості факторів ризику (ФР) КВЗ та атеросклерозу (АС) у хворих на ЦД2.

Матеріали та методи. Ми проаналізували анамнестичні дані 105 хворих на ЦД2 (50 жінок і 55 чоловіків, віком $(52,90 \pm 7,80)$ роки). В 1 групу увійшли 32 пацієнта з комплаєнсом вище 80%, у 2 групу - 47 пацієнтів з комплаєнсом від 50 до 80%, в 3 групу - 26 пацієнтів з комплаєнсом менше 50%. Оцінено динаміку протягом 2 років артеріального тиску (АТ), ХС-ЛПНЩ, С-реактивного білка (СРБ), сечової кислоти (СК), HbA1c; ультразвукове дослідження(УЗД) сонних артерій (СА). Статистичний аналіз був проведений за допомогою SPSS Statistics.

Результати. У ході дослідження було виявлено, що середня товщина комплексу інтима-медіа(ТКІМ) в 2 і 3 групах $(0,87 \pm 0,14)$ і $(0,92 \pm 0,14)$ мм, відповідно, достовірно вища показників в 1 групі $(0,79 \pm 0,18)$ мм ($p < 0,05$). Середній рівень ХС-ЛПНЩ в 3 групі $(4,32 \pm 1,41)$ ммоль/л достовірно вище показника 1 групи $(3,42 \pm 1,11)$ ммоль/л; середні показники АТ в динаміці в 2 і 3 групах $(138,25 \pm 13,67/85,28 \pm 6,71)$ і $(143,78 \pm 13,65/86,09 \pm 8,19)$ мм рт.ст., відповідно, були статистично вищі, ніж в 1 групі $(129,64 \pm 12,31/79,84 \pm 5,81)$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Середні показники СРБ і СК також були вищі в 3 групі, але статистичних рівнів не досягли. У 2 і 3 групах близько 80% пацієнтів мали $ТКІМ > 0,9$ мм, тоді як в 1 групі - 46,8%; атеросклеротичні бляшки були виявлені у 76,9% пацієнтів 3 групи. Також, в 3 групі 7,7% пацієнтів в анамнезі перенесли інфаркт міокарда (ІМ), тоді як в 1 групі таких пацієнтів виявлено не було.

Висновок. Виявлено, що у пацієнтів з недостатньою прихильністю до призначеної терапії (комплаєнс менше 80%) захворювання на ЦД2 супроводжується більш вираженими ФР і частим виникненням АС з можливим розвитком ІМ. Ведення пацієнтів з ЦД2 вимагає поліпшення контролю виконання лікарських рекомендацій з метою профілактики ускладнень КВЗ.

Ключові слова: цукровий діабет 2-го типу, комплаєнс, атеросклероз, фактори ризику, товщина комплексу інтима-медіа.

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших захворювань із неухильною тенденцією до зростання. За даними МОЗ України, станом на 2012 рік на диспансерному обліку в Україні по ЦД перебувало понад 1 млн. 330 хворих [1]. При цьому майже 90% припадає на хворих із ЦД 2 типу. Серед дорослого населення в Україні біля 10% людей страждають на ЦД 2 типу, а серед населення старше 65 років – 20% [2]. Як відомо, найбільш частими ускладненнями ЦД є кардіоваскулярні захворювання (КВЗ). За даними ВООЗ

до 75% хворих на ЦД 2 типу гинуть внаслідок саме серцево-судинних подій (ССП). Доведено, що в основі частого ураження серцево-судинної системи у хворих на ЦД лежить розвиток атеросклерозу судин різної локалізації [3]. Така статистика тісно пов'язана з тим, що ЦД є самостійним і незалежним фактором ризику (ФР). А з іншого боку, ФР КВЗ саме при ЦД вважають: вік > 45 років, рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) > 7 %, систолічний артеріальний тиск (САТ) > 135 мм рт.ст., рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС-ЛПНЩ) > 3,12 ммоль/л [4]. Також в світі активно розглядається питання віднесення до основних ФРКВЗ сечової кислоти (СК) та С-реактивного білка (СРБ), які є не лише показниками метаболічних порушень, але й відіграють важливу роль у патогенезі атеросклерозу [5,6].

Для достовірної оцінки атеросклеротичного ураження, згідно з рекомендаціями Американської асоціації серця (АНА), можливе використання неінвазивного ультразвукового дослідження (УЗД) сонних артерій (СА) із визначенням товщини комплексу інтима – медіа (ТКІМ) СА [7]. Сучасний комплексний підхід до проблеми профілактики ССП у хворих на ЦД 2 типу висуває, водночас із аналізом наявності ФР розвитку КВЗ, цілком актуальне питання щодо залежності між успіхом корекції стану пацієнтів та їх прихильності до призначеної терапії. Успішна профілактика розвитку і прогресування атеросклерозу у хворих на ЦД 2 типу залежить не тільки від правильного призначення препаратів, а й від належного слідування пацієнтом лікарських рекомендацій (комплаєнсу) і, в досить великій мірі, від бажання пацієнта співпрацювати з лікарем.

Серйозні медичні наслідки виникають у разі невиконання хворими лікарських рекомендацій. Це, насамперед, значно знижує ефективність лікування, призводить до розвитку ускладнень, неодноразового перегляду схем лікування, а неефективна терапія породжує у пацієнта недовіру до лікаря та сучасної медицини в цілому [8,9]. Отже, у зв'язку з високим ризиком розвитку ССП, що призводять до ранньої інвалідизації та передчасної смерті у хворих на ЦД 2 типу, важливим питанням постає оцінка комплаєнсу пацієнтів та його вплив на ФР КВЗ і атеросклероз.

Мета. Оцінити роль прихильності до призначеної терапії у вираженості ФР КВЗ та атеросклерозу у хворих на ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на кафедрі сімейної медицини на базі ендокринологічного диспансеру КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» та КНП «ЦПМСД № 3» Шевченківського району м. Києва протягом 2012-2015 рр.

В дослідження було включено 105 пацієнтів із встановленим діагнозом ЦД 2 типу, середнього ступеня тяжкості в стадії субкомпенсації, з них 55 чоловіків (52,4%) і 50 жінок (47,6%), середній вік хворих склав (52,90±7,80) роки. Усі хворі були розділені на три групи залежно від прихильності до призначених раніше лікарських рекомендацій (комплаєнса). Так, в 1-шу групу увійшли 32 пацієнта (30,5%), у котрих комплаєнс становив вище 80%, з них 21 чоловік та 11 жінок, середній вік – (53,41±7,63) роки. У 2-гу групу увійшли 47 хворих (44,7%), із комплаєнсом 50-80%, 23 чоловіка та 24 жінки, середній вік – (52,13±7,94) роки. Третю групу склали 26 осіб (24,8%) із комплаєнсом менше 50% – 11 чоловіків та 15 жінок, середній вік – (53,69±7,94) роки. В дослідження не включалися хворі з тяжкою серцевою недостатністю,

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

ураженням нирок, аутоімунними та ревматичними захворюваннями, гострими запальними захворюваннями та іншими тяжкими станами і захворюваннями.

Згідно з метою даної роботи всім хворим, включеним в дослідження, проводилося комплексне дослідження з урахуванням даних за останні 2 роки: оцінка даних анамнезу шляхом аналізу даних медичних карток пацієнтів за останні 2 роки, фізикальне обстеження хворих із урахуванням скарг, біохімічне дослідження крові (СРБ, СК, ХС-ЛПНЩ, НbA1c), інструментальне обстеження (вимірювання АТ, ЕКГ, ФГ, УЗД СА та органів черевної порожнини). Статистичний аналіз даних та обробка результатів були виконані за допомогою IBM SPSS Statistics.

Результати та їх обговорення. В ході дослідження було виявлено, середній рівень АТ на протязі 2 останніх років серед обстежених пацієнтів становив (136,99±14,20/83,83±7,29) мм рт.ст., рівень СРБ – (4,86±5,54) мг/л, СК – (310,95±99,27) мкмоль/л, ХС-ЛПНЩ – (3,84±1,29) ммоль/л. Середній показник ТКІМ серед обстежених пацієнтів – (0,86±0,16) мм, атеросклеротичні бляшки (АБ) в просвіті СА мали 57 пацієнтів (54,3%). Обстежені пацієнти знаходилися в стадії субкомпенсації ЦД і середній показник НbA1c складав (8,76±1,65) %. Також було виявлено, що жінки мали достовірно вищі показники ХС-ЛПНЩ порівняно з чоловіками ($p < 0,05$).

Загальна характеристика обстежених пацієнтів із ЦД 2 типу та їх прихильність до призначеної терапії представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Загальна характеристика обстежених пацієнтів із ЦД 2 типу

Показники	Всі хворі, n=105	Жінки, n=50	Чоловіки, n=55
Вік, роки	52,90±7,80	53,48±6,86	52,38±8,61
САТ, мм рт.ст.	136,99±14,20	138,55±15,44	135,58±12,95
ДАТ, мм рт.ст.	83,83±7,29	84,00±8,34	83,67±6,26
НbA1c, %	8,76±1,65	9,12±1,39*	8,44±1,81
СРБ, мг/л	4,86±5,54	6,10±7,29	3,74±2,85
Сечова кислота, мкмоль/л	310,95±99,27	304,23±109,76	317,05±89,27
ХС-ЛПНЩ, ммоль/л	3,84±1,29	4,24±1,43*	3,47±1,03
Товщина КІМ (середнє), мм	0,86±0,16	0,86±0,14	0,85±0,17
Кількість хворих із АБ, абс. (%)	57 (54,3%)	29 (58,0%)	28 (50,1%)
Хворі на гіпертонічну хворобу, абс.(%)	79 (75,2%)	42 (84,0%)	37 (67,3%)
Приймають гіпотензивні засоби, абс.(%)	65 (82,3%)	40 (95,2%)	25 (67,5%)
Мають покази до гіполіпідемічної терапії, абс.(%)	73 (69,5%)	37 (74,0%)	36 (65,4%)
Приймають гіполіпідемічну терапію, абс.(%)	9 (12,3%)	3 (8,1%)	6 (16,7%)
Мають покази до антитромботичної терапії, абс.(%)	64 (60,9%)	35 (70,0%)	29 (52,7%)
Приймають антитромботичну терапію, абс. (%)	33 (51,5%)	20 (57,1%)	13 (44,8%)

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

За результатами дослідження встановлено, що серед обстежених пацієнтів на гіпертонічну хворобу страждали 79 (75,2%) пацієнтів, з них 65 (82,3%) приймали гіпотензивну терапію; 73 (69,5%) пацієнта мали покази до прийому гіполіпідемічної терапії, з них її дотримувалися лише 9 (12,3%) осіб. Серед обстежених нами хворих покази до антитромботичної терапії мали 64 (60,9%) особи, а приймали лише 33 (51,5%) [10]. Гіпоглікемічні препарати приймали всі 105 обстежених пацієнтів (100%). З вище описаного констатовано, що лікарські рекомендації пацієнтами виконувалися не в повному обсязі. Для глибокого аналізу ролі прихильності до призначеної терапії у вираженості ФР КВЗ та атеросклерозу розглянемо результати аналізів по зазначених вище групах пацієнтів, хворих на ЦД 2 типу.

Так, серед пацієнтів 3 групи з прихильністю до призначених лікарських рекомендацій нижче 50% були виявлені з достовірною різницею найбільша ТКІМ ($0,92 \pm 0,14$) мм та найвищі показники АТ ($143,78 \pm 13,65/86,09 \pm 8,19$) мм рт.ст. і ХС-ЛПНЩ ($4,32 \pm 1,41$) ммоль/л. Найбільша частка хворих із ТКІМ $>0,9$ мм була присутня серед пацієнтів 2 та 3 груп (біля 80%). Також серед пацієнтів 3 групи частка хворих із наявністю АБ в просвіті СА складала 76,9%, тоді як серед пацієнтів 1 та 2 груп – 40,0% та 51,1%, відповідно. Рівні НbA1c, СРБ та СК теж були найвищі серед пацієнтів 3 групи, але статистичного рівня різниця не досягла. Біля 30% пацієнтів 3 груп мали скарги на стенокардію, а 7,7% хворих перенесли інфаркт міокарда (ІМ) в анамнезі. Показники лабораторних аналізів та УЗД СА обстежених пацієнтів по групах представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Показники лабораторних аналізів та УЗД СА обстежених хворих із ЦД 2 типу по групах

Показники	Хворі на ЦД 2 типу		
	1 група, n=32	2 група, n=47	3 група, n=26
Вік, роки	53,41±7,63	52,13±7,94	53,69±7,94
САТ, мм рт.ст.	129,64±12,31	138,25±13,67*	143,78±13,65*
ДАТ, мм рт.ст.	79,84±5,81	85,28±6,71*	86,09±8,19*
НbA1c, %	8,50±1,83	8,64±1,45	9,33±1,71
СРБ, мг/л	4,24±5,63	4,72±5,61	6,17±5,26
Сечова кислота, ммоль/л	291,27±84,67	319,50±98,92	319,70±73,30
ХС-ЛПНЩ, ммоль/л	3,42±1,11	3,86±1,27	4,32±1,41*
Товщина КІМ (середнє), мм	0,79±0,18	0,87±0,14*	0,92±0,14*
Кількість хворих із ТКІМ $>0,9$ мм, абс. (%)	15 (46,8%)	38 (80,8%)	20 (76,9%)
Кількість хворих із АБ, абс. (%)	13 (40,0%)	24 (51,1%)	20 (76,9%)
Кількість хворих із стенокардією, абс. (%)	4 (12,5%)	13 (27,7%)	8 (30,8%)
Кількість хворих із ІМ, абс. (%)	0	2 (4,2%)	2 (7,7%)

*Примітка: * – ($p < 0,05$) – достовірність розбіжностей порівняно з 1 групою.*

Були проаналізовані причини, що змусили хворих відмовитися від терапії. Причини недостатньої прихильності до лікування були різними,

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

але виділені найрозповсюджені з них. Найчастіше мотивацією відмови від постійного прийому препаратів були економічні труднощі (57,1%), відсутність явних клінічних проявів КВЗ (56,2%), «байдужість» до стану власного здоров'я (46,7%). Також значна кількість обстежених відмічали, що «просто забули прийняти» призначений препарат (25,7%) та «мають побоювання нашкодити організму тривалим вживанням ліків» (19,1%). Важливе місце у недотриманні профілактичної терапії хворими на ЦД 2 типу посідає недостатня освітленість пацієнтів у питанні профілактики ССП. Причини недостатньої прихильності до призначеної терапії представлені у таблиця 3.

Таблиця 3

Причини недостатньої прихильності до призначеної терапії

Причина недостатньої прихильності до призначеної терапії	Кількість осіб, абс.(%)
Економічні питання, висока вартість препаратів	60 (57,1%)
Відсутність явних клінічних проявів ССЗ (ІМ, стенокардія, гіпертензивні кризи)	59 (56,2%)
«Байдужість» до стану власного здоров'я	49 (46,7%)
«Забув прийняти»	27 (25,7%)
Наявність побоювання нашкодити організму тривалим вживанням ліків	20 (19,1%)
Низька поінформованість пацієнтів щодо рекомендацій профілактики КВЗ	15 (14,3%)

З огляду на важливу роль оцінки прихильності пацієнтів до призначеної терапії у хворих на ЦД 2 типу перспективним є подальше дослідження причин низького комплаєнса та поліпшення контролю виконання лікарських рекомендацій на етапі ПМСД з метою поліпшення освітньої роботи з пацієнтами та профілактики ускладнень КВЗ.

Висновок. Виявлено, що у пацієнтів з недостатньою прихильністю до призначеної терапії (комплаєнс менше 80%) захворювання на ЦД 2 типу супроводжується більш вираженим впливом ФРКВЗ та атеросклерозом із можливим розвитком ІМ. Ведення пацієнтів з ЦД 2 типу вимагає поліпшення контролю виконання лікарських рекомендацій з метою профілактики ускладнень КВЗ.

Література

1. Новини УНІАН 14.11.2013. В Україні зростає кількість хворих на цукровий діабет [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://health.unian.ua/country/851984-v-ukrajini-zrostaє-kilkist-hvorih-na-tsukrovij-diabet.html>
2. Харченко Т.А. Проблемні питання сучасної ендокринології / Т.А. Харченко // Український медичний часопис. – 2012. – №1 (87). – С. 70-72.
3. Рання діагностика 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. Зубкова С.Т. Серце при ендокринних захворюваннях / С.Т. Зубкова, Н.Д. Тронько. – К. : Бібліотека практикуючого лікаря, 2006. – С.12-98.
5. Cerezo C. Uricacid and cardiovascular risk considered: anupdate / C. Cerezo, L.M. Ruilope // E-Journalofthe ESC. – 2012. – Vol. 10. – №21.
6. Sander D., Schulze-Horn C., Bickel H., Gnahn H. Combined Effects of Hemoglobin A1c and C-Reactive Protein on the Progression of Subclinical Carotid Atherosclerosis. The INVADE Study. // Stroke. – 2006. – Vol.37. – P.351-357.
7. Greenland P., Alpert G. S., Beller G. A. Et al. American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. 2010 ACC/AHA guidelines for assessment of cardiovascular risk in a symptomatic adults: executive summury: a report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // J. Amer. Coll. Cardiology. - 2010. - Vol. 56. - P.2182-2199.
8. Бурси́ков А. В. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность лечению в дебюте гипертонической болезни / А. В. Бурси́ков, Ю. С. Тетерин, О. В. Петрова // Клини. медицина.-2007.-Т. 85., № 8. — С. 44 — 46.
9. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия.-2008.-Т. 10., № 1.-С. 13-20.
10. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD) / European Heart Journal. - 2013. - №34. – P.3035–3087. Режим доступу: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/39/3035.full.pdf>

М.А.Рыбickaя

Роль приверженности к назначенной терапии в выраженности факторов риска сердечнососудяльных заболеваний и атеросклероза у больных сахарным диабетом 2 типа

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Введение. Кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) - наиболее частые осложнения сахарного диабета 2 типа (СД2), в основе которых лежит развитие атеросклероза (АС).

Цель. Оценка роли приверженности к назначенной терапии в выраженности факторов риска (ФР) КВЗ и АС у больных СД2.

Материалы и методы. Мы проанализировали анамнестические данные 105 больных на СД2 (50 женщин и 55 мужчин, в возрасте (52,90±7,80) года). В 1 группу вошли 32 пациента с комплаенсом выше 80%, во 2 группу - 47 пациентов с комплаенсом от 50 до 80%, в 3 группу - 26 пациентов с комплаенсом менее 50%. Проанализирована динамика на протяжении 2 лет артериального давления (АД), ХС-ЛПНП, С-реактивного белка (СРБ), мочевого кислоты (МК), HbA1c; ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий (СА). Статистический анализ был произведен с помощью SPSS Statistics.

Результаты. В ходе исследования было обнаружено, что средняя толщина комплекса интима-медиа(ТКИМ) во 2 и 3 группах (0,87±0,14) и (0,92±0,14) мм,

соответственно, достоверно выше показателей в 1 группе (0,79±0,18) мм (p<0,05). Средний уровень ХС-ЛПНП в 3 группе (4,32±1,41) ммоль/л достоверно выше показателя 1 группы (3,42±1,11) ммоль/л; средние показатели АД в динамике во 2 и 3 группах (138,25±13,67/ 85,28±6,71) и (143,78±13,65/86,09±8,19) мм рт.ст., соответственно, статистически выше, чем в 1 группе (129,64±12,31/79,84±5,81) мм рт.ст. (p<0,05). Средние показатели СРБ и МК также были выше в 3 группе, но статистическое значение не достигли. Во 2 и 3 группах порядка 80% больных имели ТКИМ >0,9 мм, тогда как в 1 группе - 46,8%; атеросклеротические бляшки были обнаружены у 76,9% пациентов 3 группы. Так же, в 3 группе 7,7% в анамнезе перенесли инфаркт миокарда (ИМ), тогда как в 1 группе таких пациентов обнаружено не было.

Вывод. Выявлено, что у пациентов с недостаточной приверженностью к назначенной терапии (комплаенс менее 80%) заболевание на СД2 сопровождается более выраженными ФР и частым возникновением АС с возможным развитием ИМ. Ведение пациентов с СД2 требует улучшения контроля исполнения врачебных рекомендаций с целью профилактики осложнений КВЗ.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, комплаенс, атеросклероз, факторы риска, толщина комплекса интима-медиа.

М. А. Рыбытска

Role of adherence to prescribed therapy in the severity of risk factors for cardiovascular disease and atherosclerosis in patients with type 2 diabetes

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Cardiovascular diseases (CVD) are the most frequent complications of type 2 diabetes (D2), which are based on the development of atherosclerosis.

The aim. To assess the role of adherence to prescribed therapy in the expression of risk factors (RF) of CVD and atherosclerosis in patients with D2.

Materials and methods. We analyzed the medical history of 105 patients with D2 (50 women and 55 men, aged (52.90±7.80) years). The 1st group consisted of 32 patients with more than 80% of compliance, the 2nd group - 47 patients with compliance from 50 to 80%, the 3rd - 26 patients with compliance less than 50%. We studied the mean definition in the last 2 years of observation: blood pressure (BP), LDL-C, C-reactive protein (CRP), uric acid (UA), HbA1c; ultrasonography (USG) of the carotid artery (CA). Statistical analysis was performed by using SPSS Statistics.

Results. The mean intima-media thickness (IMT) in 2nd and 3rd groups (0.87±0.14) and (0.92±0.14) mm, respectively, was significantly higher than in 1st group (0.79±0.18) mm (p <0.05). The average level of LDL-C in 3rd group (4.32±1.41) mmol/L was significantly higher than in 1st group (3.42±1.11) mmol/L. The average BP in 2nd and 3rd groups (138.25±13.67/85.28±6.71) and (143.78±13.65/86.09±8.19) mmHg respectively, were statistically higher than in 1st group (129.64±12.31/79.84±5.81) mmHg (P <0.05). The averages of CRP and UA were also higher in 3rd group, but without statistically difference. In 2nd and 3rd groups about 80% of patients had IMT > 0.9 mm, whereas in 1st group - 46.8%; atherosclerotic plaques were detected in 76.9% of patients in 3rd group. Besides, in 3rd group 7.7% of patients had a history of myocardial infarction (MI), without such patients in 1st group.

Conclusion. In patients with D2 with poor adherence to prescribed therapy (less than 80% compliance) the disease is accompanied by more severe effect of RF and frequent development of atherosclerosis, more often accompanied by the development of MI. The management of patients with D2 requires better control performance of medical recommendations for the prevention of CVD complications.

Key words: diabetes mellitus type 2, compliance, atherosclerosis, risk factors, intima-mediathickness.

Відомості про автора:

Рибницька Марія Олександрівна – очний аспірант кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: 04107, м.Київ, вул.Баговутівська 1.

УДК 616.36+616.1

© О.М. Рудь, 2015

О.М.Рудь

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ

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

Вступ. Дані доказової медицини підтверджують висновок про те, що наявність субклінічного атеросклерозу незалежно від інших факторів асоціюється з підвищенням кардіоваскулярного ризик у[2].

Методи. В статті наведено аналіз результатів дослідження ліпідного спектру крові, вуглеводного та пуринового обміну, та товщини комплексу інтима – медіа сонних артерій (ТКІМ СА) як сурогатного маркера субклінічного атеросклерозу у 22 хворих з надлишком маси тіла та ожирінням.

Результати. Аналіз результатів дослідження показав, що група молодих людей з надлишком маси тіла та ожирінням достовірно відрізняється від групи контролю за деякими показниками ліпідного обміну, рівнями глюкози та інсуліну плазми крові, а також статусом інсулінорезистентності ($p < 0,001$). Кореляційний аналіз даних виявив пряий кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем високочутливого С-реактивного протеїну та ТКІМ СА у групі хворих з надлишком маси тіла та ожирінням ($r=0,58$). Також було встановлено наявність позитивного кореляційного зв'язку середньої сили між показниками ліпідного обміну та станом СА в групі хворих та групі контролю ($r=0,33$ та $r=0,42$) відповідно.

Ключові слова: субклінічний атеросклероз, комплекс інтима – медіа, ліпідний обмін, високочутливий С-реактивний протеїн.

Вступ. За даними світової медичної статистики атеросклероз – це одне з найбільш поширених захворювань в усьому світі, від якого помирає більше людей, ніж від інших патологій. Процес атерогенезу лежить в основі розвитку більшості серцево-судинних патологій, таких як ішемічна хвороба серця (ІХС), гострий коронарний синдром (ГКС), інфаркт міокарда (ІМ), цереброваскулярні події. На сучасному етапі саме серцево-судинні захворювання, патогенетично пов'язані із атеросклерозом, залишаються головною причиною смертності в Україні і становлять 68,5 % [1].

Мета. Встановити значення процесу запалення, дисліпідемії та гіперурикемії в прогресуванні атеросклерозу серед осіб молодого віку з надлишком маси тіла та ожирінням.

Матеріали і методи. Дослідження проведено у групі пацієнтів із надлишком маси тіла та ожирінням і у порівнюваній за демографічними показниками групі контролю.