

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НАЛИЧИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Колесникова А.А., Долгушин И.И.,
Тарабрина Ю.О., Смирнова Т.Г., Маркова В.А.,
Батурина И.А.

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

e-mail: oleko108@rambler.ru

Цель исследования — изучить влияние наличия тяжелых осложнений на состояние больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

Материал и методы. Обследованы 24 пациента с диагнозом СД2, которые были разделены на две группы: 1-я группа — без тяжелых осложнений, 2-я группа — имеющие тяжелые осложнения. Средний возраст больных 1-й группы составил $59,0 \pm 2,5$ года, во 2-й группе — $61,2 \pm 2,7$ года ($p > 0,05$). Проводили определение индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), показателей углеводного и липидного обмена. Изучали гемолитическую активность комплемента (СН50), состояние нейтрофилов и моноцитов по способности к фагоцитозу, продукции активных форм кислорода (по НСТ-тесту), формированию внеклеточных ловушек. Использован пакет прикладных статистических программ SPSS. Данные представлены в виде: средняя арифметическая $\pm$ стандартная ошибка средней. Достоверность различий между группами определяли с помощью критерия Манна—Уитни.

Результаты исследования. Исследование показало, что у пациентов, имеющих тяжелые осложнения, статистически значимо более высокие ИМТ и ОТ. ИМТ в 1-й группе составил $32,9 \pm 1,17$ кг/м², а во 2-й группе — $40,46 \pm 3,62$ кг/м² ($p = 0,024$). ОТ изменялась от $110,26 \pm 2,12$ до $123,20 \pm 2,48$ см соответственно ($p = 0,004$). Показатели углеводного обмена не зависели от наличия тяжелых осложнений. Так, концентрация глюкозы натощак в крови у больных 1-й группы была равна $7,49 \pm 0,43$ ммоль/л, $7,14 \pm 0,74$ ммоль/л у пациентов 2-й группы. Уровень гликированного гемоглобина в указанных группах составил $8,23 \pm 0,36$ и $7,83 \pm 0,27\%$. Таким образом, в обеих группах не достигнуты адекватные показатели углеводного обмена. В исследуемых группах концентрация общего холестерина практически не различалась и составила $5,22 \pm 0,28$ и $4,75 \pm 0,94$ ммоль/л. При этом в обеих группах не достигнут целевой уровень общего холестерина. У всех пациентов отмечалась дислипидемия, однако наличие тяжелых осложнений сопровождалось более выраженными нарушениями липидного обмена: уровень ЛПОНП в 1-й группе — $1,02 \pm 0,14$ ммоль/л, во 2-й группе — $2,17 \pm 0,47$ ($p = 0,021$). Моноциты больных СД2 с тяжелыми осложнениями при стимуляции пирогеналом формировали значимо большее количество внеклеточных ловушек. Этот показатель в 1-й группе составил $58,95 \pm 3,79\%$, а во 2-й группе — $72,20 \pm 3,44\%$ ($p = 0,042$). Наличие тяжелых осложнений СД2 сопутствует увеличенной способности нейтрофилов к выработке активных форм кислорода. Интенсивность индуцированного НСТ-теста была равна $0,673 \pm 0,074$ и $1,02 \pm 0,14$ в 1-й и 2-й группах соответственно ($p = 0,05$). Общая гемолитическая активность системы комплемента, наоборот, значимо снижалась при наличии тяжелых осложнений СД2.

Вывод. У больных СД2 с тяжелыми осложнениями отмечается более выраженное ожирение, достигающее III степени. Наличие тяжелых осложнений СД2 сопровождается более выраженными нарушениями липидного обмена. У пациентов с СД2 и тяжелыми осложнениями повышена функциональная активность нейтрофилов и моноцитов при снижении активности системы комплемента.

ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Комиссарова Е.С., Стронгин А.Г., Тезяева С.А.,
Беляева Н.Г.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Н. Новгород

e-mail: kayash3@yandex.ru

Цель исследования — сравнить влияние двух целевых уровней гликемии ($6,5$ — $8,5$ и $8,6$ — $11,0$ ммоль/л) у больных хирургического профиля с сопутствующим СД2 в период пребывания в отделении интенсивной терапии (ОИТ) на тяжесть течения и 90-дневную выживаемость.

Материал и методы. В исследование включены 88 больных, госпитализированных в ОИТ по поводу различной хирургической патологии и имеющих либо СД2 в анамнезе, либо гипергликемию >11 ммоль/л. При поступлении в ОИТ пациенты рандомизированы на две группы. В 1-й группе ($n=45$) поддерживался уровень гликемии $6,5$ — $8,5$ ммоль/л, во 2-й группе ($n=43$) — $8,6$ — $11,0$ ммоль/л. Исследуемые группы не различались по возрасту, полу, характеру хирургической патологии, исходной тяжести состояния, длительности диабета и степени декомпенсации. Контроль инсулина в первые 72 ч осуществлялся инсулином короткого действия путем внутривенной инфузии через инфузомат или подкожных инъекций (в равных пропорциях в обеих группах). Мониторинг гликемии осуществлялся с частотой 1 раз в 1—3 ч. Оценивались 72-часовая динамика тяжести по шкале АРАСНЕ II, количество гипогликемий, госпитальная летальность и 90-дневная выживаемость.

Результаты и обсуждение. В первые 24 ч целевые уровни гликемии были достигнуты у всех пациентов. В 1-й группе это потребовало 8 ч (3 — 9), во 2-й группе — 21 ч (8 — 24) ($p = 0,05$). Среднесуточная гликемия составила $7,1$ в 1-й группе и $9,4$ ($p = 0,021$). Средняя амплитуда колебаний гликемии в течение суток составила $0,9$ ммоль/л в 1-й группе и $1,4$ ммоль/л во 2-й группе. В 1-й группе число симптоматических гипогликемий составило $8,8\%$, во 2-й группе — $2,3\%$ ($p = 0,06$). Показатели по шкале АРАСНЕ II снизились в 1-й группе на $7,0$ ($5,3$ — $11,1$), во 2-й группе — на $7,3$ ($5,6$ — $11,6$) балла ($p = 0,6$). Летальность в стационаре составила соответственно $13,3$ и $9,3\%$ ($p = 0,1$), 90-дневная выживаемость $84,5$ и $81,4\%$ ($p = 0,1$).

Вывод. У больных СД2, находящихся в ОИТ хирургического профиля, не выявлено преимущества поддержания гликемии на уровне $6,5$ — $8,5$ ммоль/л по сравнению с уровнем $8,6$ — $11,0$ ммоль/л в отношении исходов основной патологии, но отмечена достоверно большая частота гипогликемических событий.
