

И.Б. Гайратова^{1,2}, М.Э. Раджабзода², С.У. Асадов¹

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АССОЦИИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

²ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ СЗН РТ

Гайратова Идигул Бороновна – зав. отделением инфаркта миокарда ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»; Тел.: +992005055253; E-mail: idigulgayratova1982@gmail.com

Цель исследования. Изучить клиническую и инструментальную характеристику течения ишемической болезни сердца (стабильная стенокардия и постинфарктный кардиосклероз) в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужила медицинская документация 175 больных с ишемической болезнью сердца, которые соответствовали критерию отбора. Все больные в зависимости от наличия сахарного диабета были разделены на две группы: I группа с сахарным диабетом 2 типа (n=67) и II группа без сахарного диабета 2 типа (n=108).

Результаты исследования и их обсуждение. Больные с ишемической болезнью сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа были старше и составили 38,3% от общей группы. Среди факторов риска артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и ожирение занимали лидирующие позиции в сравниваемых группах. Анализ вариантов течения ишемической болезни сердца в сравниваемых группах показал, что неангинозные или другие симптомы (одышка) чаще наблюдались у диабетиков. По результатам эхокардиографии размер предсердий (левого и правого) были выше в группе больных с диабетом.

Заключение. Проведенное исследование показало, что больные с ишемической болезнью сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа были старше, имели более высокий индекс массы тела и сердечно-сосудистые факторы риска.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, факторы риска, эхокардиография

I.B. Gairatova^{1,2}, M.E. Rajabzoda², S.U. Asadov¹

CLINICAL AND INSTRUMENTAL CHARACTERISTICS OF CORONARY HEART DISEASE IN ASSOCIATION WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

¹State Institution «Tajik Research Institute of Preventive Medicine»

²State Institution «Republican Clinical Center of Cardiology» MH SZN RT

Gairatova Idigul Boronovna – the head department of myocardial infarction. State Institution «Republican Clinical Center of Cardiology»; Tel.: +992005055253; E-mail: idigulgayratova1982@gmail.com

Aim. To study the clinical and instrumental characteristics of the course of coronary heart disease (stable angina and post-infarction cardiosclerosis) in association with type 2 diabetes mellitus.

Material and Methods. The study material consisted of 175 patients with coronary heart disease who met the selection criteria. All patients were divided into two groups according to the presence of diabetes mellitus: group I with type 2 diabetes mellitus (n=67) and group II without type 2 diabetes mellitus (n=108).

Results. Patients with coronary heart disease associated with type 2 diabetes mellitus were older and accounted for 38.3% of the total group. Among the risk factors, arterial hypertension, hypercholesterolemia and obesity were the most important in the compared groups. An analysis of the course of coronary heart disease in the compared groups showed that non-anginal or other symptoms (shortness of breath) were more common in the diabetics. According to the results of echocardiography, the size of the atria (left and right) was larger in the group of patients with diabetes.

Conclusions. The study showed that patients with coronary artery disease associated with type 2 diabetes were older, had a higher body mass index and cardiovascular risk factors.

Keywords: Ischaemic heart disease, diabetes mellitus, risk factors, echocardiography.

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сахарный диабет (СД) представляют собой хорошо известную комбинацию патологических и патофизиологических признаков, которые неизбежно приводят к высокой заболеваемости и смертности и ложатся значительным бременем затрат на любую систему здравоохранения [5, 8].

Сахарный диабет 2 типа является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и имеются убедительные доказательства, демонстрирующие высокую распространенность неблагоприятного сердечно-сосудистого риска у лиц с диабетом [1, 5]. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с диабетом увеличивается более чем в два раза по сравнению с пациентами без диабета [1, 8]. Потенциальный механизм диабета как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний может иметь несколько путей. Так, гипергликемия влияет на коронарные микрососуды путем воспаления и усиливает тем самым активность симпатической нервной системы. При этом, возникает вазоспастическое и структурное ремоделирование кровообращения, что приводит к повышению сердечно-сосудистого риска [2, 6, 7].

Недавние публикации, а также более ранние систематические обзоры не только описывают более высокую частоту атеросклеротических заболеваний у пациентов с диабетом по сравнению с пациентами без диабета сопоставимого возраста и пола, но также соглашаются с тем, что у пациентов с диабетом наблюдается более агрессивно прогрессирующая ИБС с более сложными атеросклеротическими поражениями и бляшками, которые чаще склонны к разрыву [2, 6]. Основные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), связанные с СД 2 типа включают ИБС, сердечную недостаточность, инсульт и заболевания периферических артерий, и эти осложнения могут привести к смерти не менее 50% пациентов с СД 2 типа [3, 4, 7].

Кроме того, мы знаем, что пациенты с диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями имеют худшие исходы по сравнению с населением в целом, независимо от того, страдают ли они острым коронарным синдромом или хроническим коронарным синдромом [7]. Примечательно, что пациенты с диабетом клинически чаще страдают бессимптомной ишемией миокарда, что приводит к поздней диагностике и более высокой смертности [3, 4]. Безболевого ишемия миокарда у больных СД в основном является результатом вегетативной невропатии, и по оценкам, присутствует у 10-20%

пациентов с диабетом по сравнению с 1-4% у недиабетиков [2].

Учитывая осложнения, которые диабет оказывает на сердечно-сосудистую систему совместная оценка диабета и коронарного стеноза имеет клиническое значение для лечения этих пациентов. Следовательно, недавние рекомендации и консенсус экспертов акцентировали внимание на оценке факторов риска в сочетании с очевидными сердечно-сосудистыми патологическими поражениями у пациентов с диабетом [5, 8].

Насколько нам известно, в настоящее время доступно меньше данных о совместном влиянии СД на клинические исходы больных с кардиоваскулярными заболеваниями и их оценка в популяции республики позволит предотвратить жизнеугрожающие состояния и разработать методы их профилактики.

Цель исследования. Изучить клиническую и инструментальную характеристику течения ишемической болезни сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 175 больных с ИБС (стабильная стенокардия и постинфарктный кардиосклероз), которые соответствовали критерию отбора. Диагноз ИБС устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ (1979 г.) [Клинические рекомендации по стабильной ишемической болезни сердца 2020 г.]. На каждого пациента заполнялись данные в карту обследования – анамнез, текущие симптомы и результаты клинико-функционального и инструментального обследования. Клиническая классификация болей в груди проводилась следующим образом:

I. Типичная стенокардия - если выявляются следующие три критерия:

1. сдавливающий дискомфорт в передней части грудной клетки или в области шеи, челюсти, плече или по ходу левой руки;

2. провоцируется боль после физической нагрузки или эмоциональным стрессом;

3. облегчение боли после покоя или приема нитратов в течение 5 мин.

II. Атипичная стенокардия, если она соответствует двум из вышеперечисленных критериев.

III. Неангинозная боль в груди, если она соответствует одному или ни одному из вышеперечисленных критериев.

Всем больным проводили ЭКГ в покое в 12 отведениях и эхокардиография. Наличие или отсутствие ишемии, отвечающей следующим кри-

Таблица 1

Базовая характеристика больных ИБС в зависимости от наличия СД 2 типа

Показатели	ИБС+СД 2 типа (n=67)	ИБС без СД 2 типа (n=108)	p
Возраст, лет (M±m)	65,0±9,01	60,9±8,01	0,0001
Мужчины, n (%)	35 (52,2%)	56 (51,9%)	<0,05
Женщины, n (%)	32 (47,8%)	52 (48,1%)	<0,05
ИМТ, кг/м ² (M±m)	29,1±4,4	27,3±5,6	<0,001
Длительность ИБС, лет	8,4 [2; 16]	6,1 [1,5; 8]	<0,05
Длительность СД 2 типа, лет	7,7 [3; 11]	-	
Средняя ЧСС, уд/мин	69,6±12,4	62,5±11,7	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами ИБС+СД 2 типа и пациентами ИБС без СД 2 типа (по U-критерию Манна-Уитни). ИМТ – индекс массы тела.

териям, оценивалось по функциональным пробам, выполненным в течение предшествующих 6 месяцев:

1. Изменения на ЭКГ, соответствующие ишемии и/или стенокардии при физической нагрузке во время нагрузочного теста на беговой дорожке.

2. При стресс-эхокардиографии – обратимые регионарные аномалии движения стенок.

Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Нормальность распределения выборки оценивали по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Средние значения (M) и их ошибки (±m) применялись для количественных признаков, правильного распределения, медианы (Me) и интерквартильного интервала ([25q;75q])

для неправильно распределенных анализируемых признаков. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при p < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение.

В исследование были включены 175 больных с ИБС, которые соответствовали критерию отбора. Из общей группы были выделены больные (n=67) с ИБС в ассоциации с СД 2 типа, что составило 38,3% от общей группы. Базовая характеристика больных представлена в таблице 1.

Как видно из данных таблицы больные с СД 2 типа были старше (65,0±9,01 лет против 60,9±8,01 лет, p=0,0001). Также в группе больные ИБС+СД 2 типа имели более высокий ИМТ по сравнению с группой ИБС без СД 2 типа (30,1±4,4 против

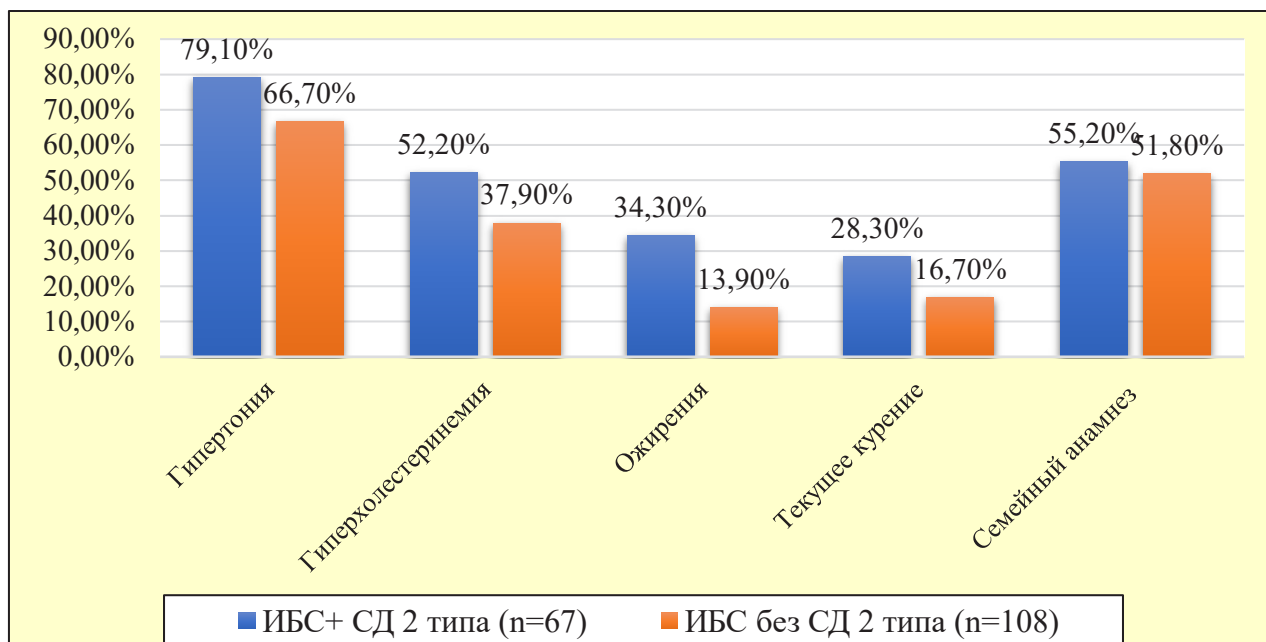


Рисунок 1. Факторы риска (частота и структура) у больных ИБС с СД 2 типа и без.

27,3±5,6 кг/м²; p<0,001). Длительность СД 2 типа в группе с ИБС+СД 2 типа в среднем составила 7,7 [3; 11] года, а продолжительность ИБС в группе с СД 2 типа составила в среднем 8,4 [2; 16] года.

Сердечно-сосудистые факторы риска, такие как ожирение, АГ и дислипидемия, часто встречаются у пациентов с СД 2 типа, что повышает риск сердечно-сосудистых событий. Общее количество факторов риска у больных с ИБС (в группе в целом) составила 2,5±1,2, при этом в группе пациентов ИБС+СД 2 типа количество факторов риска было достоверно выше (2,9±1,2) в сравнении с группой ИБС без СД 2 типа – 2,2±1,4 (p<0,0001). Мы сочли необходимым изучить частоту и структуру факторов риска в сравниваемых группах (рисунок 1).

АГ распространена среди пациентов СД 2 типа и у больных диабетом тесно связана с развитием диабетической нефропатии (ДН). При ДН почечные клетки стимулируются гипергликемией, что приводит к выработке гуморальных медиаторов, цитокинов и факторов роста. Продукция этих факторов часто ответственна за структурные измене-

ния, наблюдаемые в клубочках почек пациентов с диабетом, включая гиалиновый артериосклероз (в первую очередь выносящих артериол). Повышенное отложение коллагена во внеклеточном матриксе и повышенная проницаемость базальной мембраны клубочков, наблюдаемая у пациентов с диабетом с почечной дисфункцией, может способствовать повышенному риску ССЗ. АГ в наших исследованиях занимала лидирующие позиции и в группе пациентов ИБС и СД 2 типа встречалась с частотой 79,1%, против 66,7% в группе ИБС без СД 2 типа.

Больные СД подвержены повышенному риску развития дислипидемии. Одним из механизмов, лежащих в основе этой связи, является повышенное высвобождение свободных жирных кислот, которые способствуют выработке триглицеридов, что в свою очередь стимулируют секрецию аполипопротеина В (АпоВ) и холестерина липопротеина очень низкой плотности (ЛПОНП). Высокие уровни АпоВ и липопротеина низкой плотности (ЛПНП) связаны с повышенным риском ССЗ. Гиперхолестеринемия у наблюдаемых нами больных

Таблица 2

Клиническая характеристика больных с ИБС в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа

Показатели	ИБС+СД 2 типа (n=67), n (%)	ИБС без СД 2 типа (n=108), n (%)	p
Стабильная стенокардия напряжения:			
- I ФК	3 (4,5%)	4 (3,7%)	>0,05
- II ФК	21 (31,3%)	32 (29,6%)	>0,05
- III ФК	43 (64,2%)	72 (66,7%)	>0,05
Постинфарктный кардиосклероз (в анамнезе)	42 (62,7%)	46 (42,3%)	<0,05
Симптомы:			
- Типичная стенокардия	38 (56,7%)	85 (78,7%)	<0,05
- Атипичная стенокардия	12 (17,9%)	14 (12,9%)	<0,001
- Бессимптомная	10 (14,9%)	6 (5,6%)	<0,05
- Неангинозные или др. симптомы	7 (10,4%)	3 (2,8%)	<0,001
Претестовая вероятность ИБС:			
- Низкий	9 (13,4%)	19 (17,6%)	<0,001
- Средний	38 (56,7%)	59 (54,6%)	<0,05
- Высокий	20 (29,9%)	30 (27,8%)	<0,001
ФК ХСН (НУНА):			
- I	4 (9,1%)	11 (15,3%)	<0,05
- II	16 (36,4%)	35 (48,6%)	>0,05
- III	15 (34,1%)	20 (27,8%)	<0,05
- IV	9 (10,4%)	6 (7,3%)	>0,05

Примечение: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами ИБС+СД 2 типа и пациентами ИБС без СД 2 типа (по U-критерию Манна-Уитни). ФК ХСН – функциональный класс хронической сердечной недостаточности.

встречалась у каждого второго больного (52,2%) с ИБС и СД 2 типа, против 37,9% в группе ИБС без СД 2 типа.

Ожирение часто встречается у пациентов с СД, особенно СД 2 типа, и связано с повышенным риском ССЗ. Одним из возможных механизмов, связывающих СД и ожирение с последующим ССЗ, является слабовыраженное воспаление. У пациентов с СД 2 типа также снижена продукция адипопектина, что может привести к снижению функции эндотелия. Адипопектин помогает ограничить дисфункцию эндотелия, увеличивая продукцию NO и снижая экспрессию молекул адгезии. Адипопектин также защищает от атеросклеротического процесса, ингибируя окисление ЛПНП. В группах сравнения ожирение наблюдалось у 34,3% и 13,9% соответственно ($p < 0,05$).

Далее нами изучена клиническая характеристика больных с ИБС в сравниваемых группах в зависимости от наличия СД 2 типа при первичном обращении (рисунок 2).

В группе больных с ИБС+СД 2 типа стабильная стенокардия напряжения I ФК диагностирован в 3 случаях (4,5%) и в 4 случаях (3,7%) ИБС без СД 2 типа; II ФК у 21 (31,3%) и 32 (29,6%) соответственно и III ФК в 43 случаях (64,2%) в группе ИБС+СД 2 типа и 72 случаях (66,7%) в группе с моновариантным течением – ИБС без СД 2 типа. Постинфарктный кардиосклероз (в анамнезе) с высокой частотой 62,7% встречалась у больных

ИБС+СД, против 42,3% – с моновариантным течением.

Анализ вариантов течения (симптомов) ИБС в сравниваемых группах, показал, что атипичная стенокардия (17,9%), бессимптомная (14,9%) и неангинозные или другие симптомы (10,4%) чаще наблюдались у диабетиков (ИБС+СД 2 типа), по сравнению с недиабетиками (12,9%, 5,6% и 2,8% соответственно). В группе больных без СД 2 типа наиболее часто наблюдался типичный вариант течения (симптомов) – 78,7%.

Наблюдаемые больные в плановом порядке прошли функциональные стресс-тесты: беговая дорожка с нагрузкой или фармакологический стресс-визуализирующий тест. Результаты анализа показали, что во всех группах претестовая вероятность ИБС находилась в диапазоне средний и высокий. Так, в группе больных ИБС+СД 2 типа средний риск и высокий встречался у 38 (56,7%) и 20 (29,9%) больных соответственно против 59 (54,6%) и 30 (27,8%) в группе ИБС без СД 2 типа ($p < 0,001$).

При регистрации ЭКГ у больных с ИБС в ассоциации с СД 2 типа ($n=67$) у 10 (14,9%) больных была зарегистрирована ФП, у 4 (5,9%) желудочковые нарушения ритма сердца.

Всем больным была проведена эхокардиография. Данные ЭхоКГ параметров исследуемых групп представлены в таблице 3.

Таблица 3

ЭхоКГ показатели пациентов, участвовавших в исследовании

Показатели	ИБС+СД 2 типа ($n=67$)	ИБС без СД 2 типа ($n=108$)	p
Толщина задней стенки левого желудочка, мм Me (1q-3q)	12,0 (11,0-12,0)	11,0 (10,0-12,0)	<0,01
Толщина межжелудочковой перегородки левого желудочка, мм Me (1q-3q)	12,0 (10,0-12,0)	11,0 (9,5-12,5)	<0,01
Нарушение локальной сократимости, n (%)	17 (25,4%)	15 (13,9%)	<0,05
ФВ,% Me(1q-3q)	58,0 (51,75-62,5)	58,0 (55,0-62,0)	<0,05
Диастолическая дисфункция левого желудочка, E/A Me(1q-3q)	0,69 (0,58-0,96)	0,71 (0,60-1,14)	>0,05
Объем левого предсердия, мл Me(1q-3q)	60,0 (51,5-75,5)	55,0 (42,0-62,75)	<0,001
Объем правого предсердия, мл Me(1q-3q)	52,0 (41,25-63,75)	45,0 (34,5-54,5)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами ИБС+СД 2 типа и пациентами ИБС без СД 2 типа (по U-критерию Манна-Уитни)

Результаты анализа ЭхоКГ параметров свидетельствуют об отсутствии отличий по систолической функции ЛЖ, его диастолической дисфункции и толщине стенок между сравниваемыми группами. При этом размер предсердий (левого и правого) были выше в группе больных ИБС СД 2 типа: 60,0 (51,5-75,5) против 55,0 (42,0-62,75).

Заключение.

1. Больные с ИБС в ассоциации с СД 2 типа были старше ($65,0 \pm 9,01$ лет против $60,9 \pm 8,01$ лет) и имели более высокий ИМТ по сравнению с группой ИБС без СД 2 типа ($29,1 \pm 4,4$ против $27,3 \pm 5,6$ кг/м²).

2. Сердечно-сосудистые факторы риска, такие как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и ожирение занимали лидирующие позиции и в группе пациентов ИБС и СД 2 типа встречалась с частотой 79,1%, 52,2% и 34,3% против 66,7%, 37,9% и 13,9% соответственно в группе ИБС без СД 2 типа.

3. Анализ вариантов течения ИБС в сравниваемых группах показал, что неангинозные или другие симптомы (одышка) чаще наблюдались у диабетиков (ИБС+СД 2 типа), по сравнению с недиабетиками. При проведении функционального стресс-теста (беговая дорожка с нагрузкой или фармакологический стресс – визуализирующий тест) во всех группах претестовая вероятность ИБС находилась в диапазоне средний и высокий с превалированием в группе с СД 2 типа.

4. Результаты анализа ЭхоКГ параметров свидетельствовали об отсутствии отличий по систолической функции ЛЖ, его диастолической дисфункции и толщине стенок между сравниваемыми группами. При этом размер предсердий (левого и правого) был больше в группе больных ИБС с СД 2 типа.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-8 см. в REFERENCES)

1. Ворожцова И.Н. Влияние сахарного диабета 2-го типа на миокард пациентов с ишемической болезнью сердца / И.Н. Ворожцова, О.В. Будникова, С.А. Афанасьев, Д.С. Кондратьева // Сибирский медицинский журнал. – 2018. – №33(1). – С. 14-20.

2. Марданов Б.У. Особенности клинико-гемодинамических параметров и коронарного кровотока больных хронической ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа / Б.У. Марданов, М.А. Кокожева, Ф.Б. Шукуров и др. // Российский кардиологический журнал. – 2021. – №26(12). – С. 39-46.

3. Одинаев Ф.И. Показатели внутрисердечной гемодинамики в оценке сократительной способности миокарда / Ф.И. Одинаев, М.Э. Раджабзода, А.И. Табаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2018. – №3. – С. 20-27.

4. Шукурова С.М. Половозрастной диморфизм коморбидной патологии у больных острым инфарктом миокарда / С.М. Шукурова, Г.М. Раджабов // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – №1. – С. 67-74.

REFERENCES

1. Vorozhtsova I.N. Vliyanie sakharnogo diabeta 2-go tipa na miokard patsientov s ishemicheskoy boleznью serdtsa [Effect of type 2 diabetes mellitus on the myocardium of patients with coronary heart disease]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*, 2018, No. 33 (1), pp. 14-20.

2. Mardanov B.U. Osobennosti kliniko-gemodinamicheskikh parametrov i koronarnogo krovotoka bolnykh khronicheskoy ishemicheskoy boleznью serdtsa i sakharnym diabetom 2 tipa [Features of clinical and haemodynamic parameters and coronary blood flow in patients with chronic coronary heart disease and type 2 diabetes mellitus]. *Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal – Russian Journal of Cardiology*, 2021, No. 26 (12), pp. 39-46.

3. Odinaev F.I. Pokazateli vnutriserdechnoy gemodinamiki v otsenke sokratitelnoy sposobnosti miokarda [Intracardiac haemodynamic parameters in the assessment of myocardial contractility]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 3, pp. 20-27.

4. Shukurova S.M. Polovozrastnoy dimorfizm komorbidnoy patologii u bolnykh ostrym infarktom miokarda [Sex and age dimorphism of comorbid pathology in patients with acute myocardial infarction]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of postgraduate education in the field of healthcare*, 2023, No. 1, pp. 67-74.

5. Das S.R., Everett B.M., Birtcher K.K. Expert Consensus Decision Pathway on Novel Therapies for Cardiovascular Risk Reduction in Patients with Type 2 Diabetes: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *Journal of the American College of Cardiology*, 2020, No. 76 (9), pp. 1117-1145.

6. Liu B., Mason A.M., Sun L. Genetically Predicted Type 2 Diabetes Mellitus Liability, Glycated Hemoglobin and Cardiovascular Diseases: A Wide-Angled Mendelian Randomization Study. *Genes*, 2021, No. 12 (10), pp. 1644.

7. Sattar N., Rawshani A., Franzen S. Age at diagnosis of type 2 diabetes mellitus and associations

with cardiovascular and mortality risks. *Circulation*, 2019, No. 139, pp. 2228-2237.

8. Wright A.K., Carr M.J., Kontopantelis E. Primary Prevention of Cardiovascular and Heart Failure Events with SGLT2 Inhibitors, GLP-1 Receptor Agonists, and Their Combination in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 2022, No. 45 (4), pp. 909-918.

ХУЛОСА

**И.Б. Ғайратова, М.Э. Рачабзода,
С.У. Асадов**

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИ ВА ИНСТРУ- МЕНТАЛИИ БЕМОРИИ ИШЕМИКИИ ДИЛ ДАР ЯҚҚОЯГӢ БО ДИАБЕТИ ҚАНД НАВӢИ 2

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва инструменталии ҷараёни бемории ишемикии дил (стенокардияи фаъолияти ҷисмонӣ ва кардиосклерози пас аз сакта) дар робита бо диабети қанди навъи 2.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи тадқиқот 175 беморони гирифтори бемории ишемикии дил буд, ки ба меъёрҳои интиҳоб ҷавобгӯ

буданд. Ҳама беморон вобаста ба мавҷудияти диабети қанд ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I бо диабети навъи 2 ($n=67$) ва гурӯҳи II бидуни диабети қанди навъи 2 ($n=108$).

Натиҷаҳои таҳқиқот. Беморони гирифтори бемории ишемикии дил дар робита бо диабети қанди навъи 2 калонсол буданд ва 38,3%-ро ғуруҳи умумӣ ташкил доданд. Дар байни омилҳои хавф фишорбандии шараёни, гиперхолестеринемия ва фарбеҳӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда мавқеи пешсафро ишғол карданд. Таҳлили ҷараёни бемории ишемикии дил дар гурӯҳҳои муқоисашуда нишон дод, ки дар беморони гирифтори диабет қанд бештар аломатҳои ғайриангинозӣ ё ди-гар (нафастангӣ) мушоҳида мешаванд. Аз рӯи натиҷаҳои эхокардиография, дар гурӯҳи беморони диабет қанд андозаи даҳлезҳо (чап ва рост) зиёдтар буд.

Хулоса. Тадқиқот нишон дод, ки беморони гирифтори бемории ишемикии дил дар робита бо диабети қанди навъи 2 калонсолтар буда, индекси массаи бадан баландтар ва омилҳои хавфи бемории дилу рағҳо доранд.

Калимаҳои калидӣ: бемории ишемикии дил, диабети қанд, омилҳои хатар, эхокардиография.

УДК: 616.352-008. 22-089

doi: 10.52888/0514-2515-2024-361-2-24-29

Г.А. Гулзода

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Ка-
федра общей хирургии №1 им. проф. А.Н. Каххарова*

Гулзода Ганджина Амиршоҳ - ассистент кафедры общей хирургии №1 им. проф. Каххарова А.Н., ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992908801122; E-mail: gulovagandzina@gmail.com

Цель исследования. Изучить этиологические, патогенетические факторы и распространённость анальной трещины в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. В специализированных колопроктологических центрах нашей Республики ежегодно проходят лечение около 600 больных с анальной трещиной. С 2018 года по 2022 года в медицинских учреждениях с данной патологией госпитализировано 3065 больных.

Все пациенты были подвергнуты осмотру перианальной области, проведено определение анального и ректоанального рефлексов, а также выполнено пальцевое исследование прямой кишки, сфинктерометрия, манометрия и ректороманоскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным звеном патогенеза является образование так называемый порочный круг, в цепочке которого важную роль играет болевой синдром и спазм анального сфин-