

они чаще являются фоном для медикаментозной терапии, которая рекомендуется при САД > 140 мм рт.ст. и/или ДАД > 90 мм рт.ст.

Снижение АД антигипертензивными препаратами – иАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, β-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция – приводит к уменьшению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных СД. Прогностическая польза активной антигипертензивной терапии у больных с впервые выявленным СД2 установлена в исследовании UKPDS.

Наиболее часто АГ и сердечно-сосудистые заболевания развиваются на фоне уже существующего СД2, поскольку органы-мишени для АГ и СД одни и те же: миокард, венечные артерии, сосуды мозга, почек и сетчатки. При подобном сочетании частота развития ИБС возрастает в 3,5-4 раза, острого нарушения мозгового кровообращения – в 3 раза, хронической почечной недостаточности – в 30 раз, полной потери зрения вследствие ретинопатии – в 4-5 раз по сравнению с изолированным эффектом АГ. Контроль уровня АД, по данным Международной федерации по диабету (1999), способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных СД2 на 51%.

Основной причиной взаимоусиливающего воздействия АГ и СД на органы-мишени является повышенная ранимость сосудистого эндотелия, который в условиях сопутствующего СД подвергается действию не только повышенного АД, но и хронической гипергликемии, конечных продуктов гликозилирования и влиянию окислительного стресса.

Выработаны более жёсткие требования к контролю АД при СД. Величина АД при СД не должна превышать 130/80 мм рт.ст., а при наличии выраженной нефропатии – 125/75 мм рт.ст. При таких требованиях удаётся затормозить прогрессирование сосудистых осложнений при СД.

В исследовании DIGAMI инфузия глюкозоинсулиновой смеси с последующим 3-месячным курсом подкожных инъекций высоких доз инсулина приводила к значительному улучшению прогноза больных СД, перенёсших инфаркт миокарда.

Целью антилипидного лечения является достижение уровня общего ХС < 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП < 2,6 ммоль/л. Оптимальный уровень ХС ЛПВП > 1,02 ммоль/л у мужчин, > 1,28 ммоль/л у женщин. Существенным считается достижение концентрации триглицеридов < 1,7 ммоль/л.

Результаты собственных исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности применения ряда β-адреноблокаторов у больных с СД. Предпочтительно использование высокоселективных препаратов. Они не оказывают негативного влияния на чувствительность тканей к инсулину и липидный обмен. Следовательно, не обладают диабетогенным действием.

У больных СД с ИБС применение высокоселективных Р-адреноблокаторов эффективно и способствует снижению смертности при остром коронарном синдроме (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда). Ведущая роль принадлежит статинам в плане снижения ХС ЛПНП; фибраты особенно эффективны в уменьшении уровня триглицеридов и увеличении уровня ХС ЛПВП. Пациентам со смешанной гиперлипидемией показано назначение комбинированной терапии (статины + фибраты).

Учитывая выраженность нарушения сократительной функции сердца при СД (ФВ < 50-45%), частоту наступления токсических явлений, нами ограничено использовались сердечные гликозиды. Была показана возможность их рациональной замены иАПФ, антагонистами рецепторов ангиотензина блокаторами кальциевых каналов и др. Основными средствами лечения сердечной недостаточности при СД являются иАПФ и антагонисты

рецепторов ангиотензина, эффективность которых превосходит, по данным ФАСОН, терапию декомпенсации кровообращения у пациентов без СД.

В метаанализе (исследование CAPPP), посвящённом сравнению эффективности иАПФ, β-адреноблокаторов, антагонистов кальция и диуретиков при лечении больных с сердечной недостаточностью и СД2, было показано, что назначение иАПФ достоверно снижает риск острого инфаркта миокарда на 48% и сердечно-сосудистых осложнений на 32%.

Представители класса антагонистов рецепторов ангиотензина имеют определённые предпочтения при ряде клинических ситуаций: гипертрофии левого желудочка, АГ, микроальбуминурии, поражении почек, инфаркте миокарда, хронической сердечной недостаточности, метаболическом синдроме, СД, побочных эффектах при приёме иАПФ. Широкий набор заболеваний и состояний, многие из которых имеются при СД, делают использование антагонистов рецепторов ангиотензина весьма рациональным при осложнённых формах СД.

Принципиальные отличия блокаторов рецепторов ангиотензина от иАПФ

- Дают альтернативный путь воздействия на ренин-ангиотензин – альдостероновую систему на рецепторном уровне
- Не влияют на систему брадикинина и других пептидов
- Селективно воздействуют только на рецепторы ангиотензина-1 (АТ1) и тем самым блокируют его негативные эффекты, не подавляя активности АТ2-рецепторов
- Улучшают липидный профиль крови через снижение концентрации атерогенных липидов и увеличение ХС ЛПВП
- Снижают толерантность к глюкозе через увеличение чувствительности клеточных рецепторов к инсулину, что ведёт к снижению вязкости крови.

Применяют также β-адреноблокаторы. Приоритетными являются современные кардиоселективные и неселективные β-адреноблокаторы со свойствами не прямых вазодилаторов. Гемодинамические их эффекты заключаются в снижении общего периферического сопротивления сосудов и преднагрузки, в увеличении сердечного выброса без рефлекторной тахикардии. Кроме того, препараты данной группы обладают антиоксидантной и антиаритмической активностью, имеют вазопротекторный эффект. Перечисленные свойства делают эти медикаменты весьма полезными при сочетании СД и хронической сердечной недостаточности.

Антагонисты кальция снижают частоту и продолжительность безболевой ишемии миокарда. Предпочтительнее использование вазоселективных и долгодействующих антагонистов кальция, не вызывающих рефлекторную тахикардию, увеличение уровня катехоламинов и проишемического эффекта. Кроме того, антагонисты кальция метаболически нейтральны, обладают антиатерогенным действием.

Среди диуретиков используются калийсберегающие средства; осторожно следует назначать петлевые и тиазидные диуретики под контролем показателей углеводного обмена и уровня калия в крови. Целесообразно также применение метаболических средств.

Таким образом, лечение ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности у пациентов с СД имеют определённые патогенетические особенности, которые следует учитывать при проведении рациональной терапии.

Михаил ГУРЕВИЧ, профессор кафедры терапии факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук.

Ситуация

Оперировать или нет?

«Агрессивный» подход не всегда оправдан даже при хирургической патологии

Практикуемые в российской панкреатологии подходы к лечению больных хроническим панкреатитом с кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки (ранее использовался термин «дуоденальная дистрофия») могут и должны быть пересмотрены. Убедительные доказательства этого получили специалисты Института хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России, которые провели первое в нашей стране научное исследование, посвящённое применению консервативных методов лечения при дуоденальной дистрофии. Подробнее о данной научной работе и её результатах рассказывает заведующий отделением абдоминальной хирургии № 1 Института хирургии им. А.В.Вишневского, доктор медицинских наук, профессор Андрей КРИГЕР.

– Мы начали заниматься этой темой 10 лет назад, и за это время в отделении пролечены более 90 пациентов с кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки. Накопленный материал даёт нам возможность делать научно обоснованные выводы.

Изначально перед нами стояла задача выяснить, является ли дуоденальная дистрофия самостоятельной патологией, либо же это осложнение хронического панкреатита. Как мы теперь понимаем, от ответа на данный вопрос зависит, каким может быть арсенал методов лечения.

Клинические проявления кистозно-воспалительной трансформации у всех наших пациентов не отличались от проявлений хронического панкреатита: болевой и диспепсический синдромы, сопровождающиеся потерей массы тела. Микроскопическое исследование операционного материала с учётом нашего опыта и данных литературы позволяет расценивать строение двенадцатиперстной кишки у данной категории больных как вариант нормы. При морфологическом исследовании препаратов ткани поджелудочной железы, полученных нами после 78 операций, сопровождавшихся её резекцией, оказалось, что изменения во всех случаях соответствовали классической картине хронического панкреатита.

Таким образом, можно с уверенностью говорить, что кистозно-воспалительная трансформация двенадцатиперстной кишки – это не самостоятельное заболевание, а осложнение хронического панкреатита. Именно такой ответ является обоснованием для возможности приме-

нения консервативной тактики лечения больных с дуоденальной дистрофией.

В нашей стране традиционно основным вариантом в отношении данной патологии является хирургическое вмешательство. Но всегда ли «агрессивный» подход необходим и оправдан, учитывая высокий процент послеоперационных осложнений?

В своих рассуждениях мы опирались на анализ большого массива данных лучевой диагностики и морфологических исследований. В том случае, если имеются только изменения стенки двенадцатиперстной кишки, а поджелудочная железа не изменена, вероятность возникновения послеоперационного панкреатита близка к ста процентам, поскольку железа ферментативно активна. А послеоперационный панкреатит – это несостоятельность швов и, как следствие, кровотечение. Одним словом, все усилия хирургов и страдания пациентов напрасны.

Следовательно, когда железа не изменена, можно лечить больного консервативно. Именно такой тактики мы придерживаемся в отношении части пациентов с дуоденальной дистрофией, если у них нет других осложнений хронического панкреатита. К настоящему времени пролечены консервативно 10 больных. Схема лечения стандартная: противовоспалительная терапия, подавление внешнесекреторной функции поджелудочной железы и строгая диета. У 4 пациентов удовлетворительный клинический эффект достигнут после выполнения минимально-инвазивных внутрипросветных эндоскопических вмешательств.



Отдалённые результаты (срок наблюдения 2-3 года) во всех случаях хорошие. Большинство этих пациентов – люди трудоспособного возраста, после лечения они по-прежнему социально активны.

Кстати, в поисках ответа на вопрос, возможна ли альтернатива агрессивному подходу, мы стали изучать мировой опыт и выяснили, что клиники в Вероне (Италия) и Клиши (Франция), являющиеся признанными европейскими лидерами в лечении больных хроническим панкреатитом, тоже практикуют не только хирургические, но и консервативные методы. Это может служить дополнительным аргументом для наших оппонентов, которые настаивают на хирургическом подходе как единственно возможном в отношении пациентов с кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки.

Часть больных с дуоденальной дистрофией мы всё же оперируем. Показанием к операции является наличие помимо кистозной трансформации стенки двенадцатиперстной кишки ещё и других осложнений хронического панкреатита: вирсунголитиаза, билиарной, портальной гипертензий. В этих случаях нет предмета для спора, необходимо выполнять панкреатодуоденальную резекцию.

Подготовила Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Сотрудничество

Медиков связал телемост

Для представителей первичного звена учреждений в Южно-Сахалинске состоялась научно-практическая конференция «Скрининг, диагностика и лечение социально значимых форм злокачественных новообразований», сообщили в Минздраве Сахалинской области. С докладами выступили профессор Тихоокеанского государственного медицинского университета (ТГМУ). Длительность конференции – 6 часов. В ходе лекций была возможность пообщаться с коллегами из Владивостока – в режиме телемоста на связь выходили преподаватели вуза.

– Социально значимые – это наиболее часто встречаемые, те, которые приносят больше всего негативных последствий, – объяснил профессор института хирургии ТГМУ Владимир Апанасевич. – Рак

молочной железы, шейки матки, поджелудочной железы, печени, лёгкого, ободочной кишки, желудка. В большинстве случаев мы можем вовремя диагностировать это заболевание и успешно лечить. Самая главная задача – вовремя поставить диагноз. Онкологи все эти вещи знают, а врачи первичного звена смогут почерпнуть для себя много значимого. Как поступать в определённых ситуациях. Вот мы и рассказываем об этом терапевтам, хирургам, врачам других специализаций. Также знакомим их с основными положениями лечения.

Система видеосвязи позволила присоединиться к процессу и представителям центральных районных больниц региона. А в зале Южно-Сахалинской городской больницы им. Ф.С.Анкудинова вместе с врачами лечебных учреждений с особенностями диагностики онкологических заболеваний

закомились студенты сахалинской базовой кафедры ТГМУ.

– От хорошей и грамотной работы первичного звена очень многое зависит, – подчеркнул В.Апанасевич. – И здесь очень велика роль врачей первичного звена. Одно дело, когда человеку могут установить верный диагноз в своей поликлинике, и другое, когда ему надо ехать только за консультацией сотни километров. Замечательно, что в отличие от многих регионов у нас есть система дистанционного консультирования. На связи с ЦРБ находятся врачи консультативно-диагностического центра. Есть возможность обсудить каждый сложный случай и поставить диагноз.

Конференция организована в рамках соглашения о сотрудничестве между правительством Сахалинской области и ТГМУ.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».
Южно-Сахалинск.