

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Л. И. Левина

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф. А. А. Кедров) Ленинградского ордена Трудового Красного Знамени педиатрического медицинского института

Реферат. Обследованы 185 больных сахарным диабетом в возрасте от 17 до 60 лет, а также 88 человек, составивших контрольную группу. У мужчин сахарный диабет не оказывает заметного влияния на возникновение коронарного атеросклероза, о чем свидетельствует отсутствие разницы в частоте обнаружения коронарной недостаточности у больных сахарным диабетом и в контрольной группе. Это подтверждается также отсутствием зависимости между частотой выявления коронарной недостаточности и тяжестью и длительностью заболевания сахарным диабетом. У женщин, больных сахарным диабетом, коронарный атеросклероз наблюдается чаще, чем у мужчин, страдающих сахарным диабетом, и женщин контрольной группы, что, по-видимому, обусловлено не столько сахарным диабетом, сколько ожирением, а также, возможно, гормональными нарушениями вследствие климактерических расстройств.

Чтобы установить, в какой степени сахарный диабет влияет на частоту развития коронарного атеросклероза, мы обследовали 185 больных сахарным диабетом (мужчин — 92, женщин — 93; возраст — от 17 до 60 лет). Контрольную группу составили 88 человек того же возраста. Для выявления коронарной недостаточности проводили ЭКГ-исследование, в качестве физической нагрузки применяли велоэргометрию. Лицам до 40 лет мы давали непрерывно возрастающую ступенчатую нагрузку в течение 5 мин. (на 1-й мин.—50 *вт*, на 2-й—75, на 3-й—100, на 4-й—150 и на 5-й—200 *вт*), лицам старше 40 лет—постоянную нагрузку в течение 5 мин. мощностью 50—75 *вт* для женщин и 75—100 *вт* для мужчин. Эту нагрузку следует считать субмаксимальной, так как частота сердечных сокращений во время физической нагрузки превышала исходную на 75% и более. Электрокардиограмму регистрировали в отведениях по Небу в покое, в конце каждой минуты нагрузки и в восстановительном периоде в течение 10 мин. Реакция на нагрузку расценивалась как положительная, если во время нагрузки или в восстановительном периоде появлялась горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм.

Для установления связи между велоэргометрическим выявлением коронарной недостаточности и клиникой все больные сахарным диабетом были разделены на 3 подгруппы: 1-я — 102 чел., у которых боли в области сердца отсутствовали; 2-я — 49 чел. с болями в области сердца, не типичными для стенокардии; 3-я — 34 больных с типичной стенокардией.

Наиболее часто коронарная недостаточность выявлялась у больных со стенокардией (как у женщин, так и у мужчин). Во 2-й и 1-й подгруппах больных она регистрировалась преимущественно у женщин (в 2—3 раза чаще, чем у мужчин). Всего в основной группе обследованных (страдающие сахарным диабетом) коронарная недостаточность

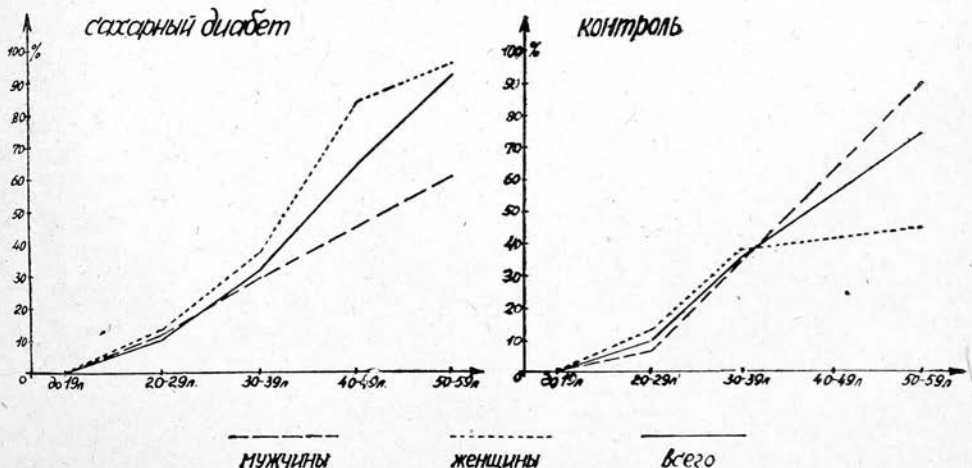


Рис. 1. Частота выявления коронарной недостаточности в контрольной группе и у больных сахарным диабетом в зависимости от пола и возраста (объяснение в тексте).

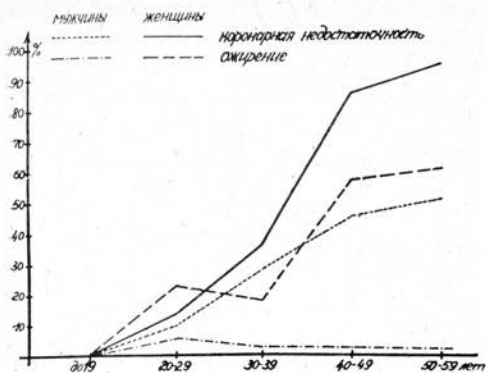


Рис. 2. Частота выявления коронарной недостаточности и ожирения у больных сахарным диабетом мужчин и женщин в зависимости от возраста (объяснение в тексте).

ски не встречалось, у женщин оно наблюдалось чаще всего в возрасте 40 лет и старше.

Таким образом, констатирована прямо пропорциональная зависимость частоты коронарной недостаточности от ожирения у женщин. По-видимому, ожирение у женщин, страдающих сахарным диабетом, является фактором, способствующим развитию коронарного атеросклероза.

Как видно из рис. 3, у мужчин с различной длительностью заболевания сахарным диабетом (до 4 лет, от 5 до 9 лет, 10 лет и более) частота выявления коронарной недостаточности существенно не отличается. Учитывая, что увеличение возраста является основным фактором, способствующим развитию атеросклероза, мы проанализировали возраст в исследованных группах с различной длительностью заболевания. Оказалось, что число больных в возрасте 40 лет и старше было примерно одинаковым во всех группах. Такая же закономерность получена и у женщин, с той лишь разницей, что возраст у них был выше, чем у мужчин, поэтому и частота коронарной недостаточности была выше.

На рис. 4 представлены результаты сопоставления частоты коронарной недоста-

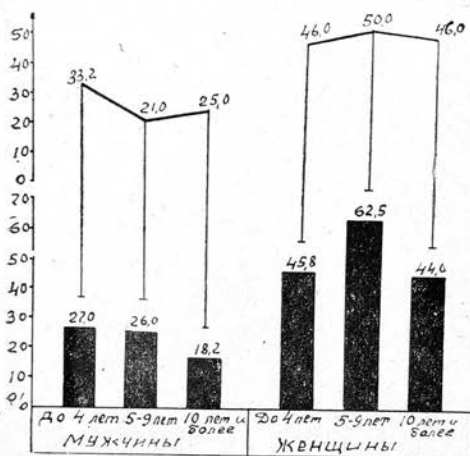


Рис. 3. Частота выявления коронарной недостаточности в зависимости от длительности заболевания сахарным диабетом с учетом возрастного состава (объяснение в тексте).

в покое и при физической нагрузке выявлена у 35,2%, в контрольной группе — у 21,6%.

Мы провели анализ частоты обнаружения коронарной недостаточности у мужчин и женщин основной группы по возрастам и данные сравнили с показателями, установленными в контрольной группе (рис. 1). В возрасте до 39 лет как в основной, так и в контрольной группе процент выявления коронарной недостаточности у мужчин и женщин одинаков. Начиная с 40 лет и старше частота коронарной недостаточности в контрольной группе значительно выше у мужчин, а в основной группе, напротив, наоборот выше у женщин.

Пытаясь найти объяснение этому факту, мы решили исследовать роль ожирения. Была проанализирована частота ожирения больных сахарным диабетом и сопоставлена с частотой выявления коронарной недостаточности по возрастным десятилетиям (рис. 2). Оказалось, что у мужчин ожирение практиче-

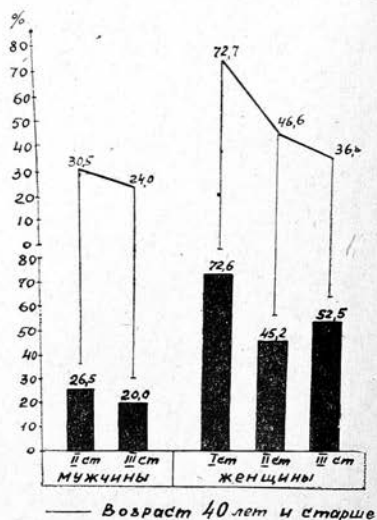


Рис. 4. Частота выявления коронарной недостаточности в зависимости от степени тяжести сахарного диабета с учетом возрастного состава (объяснение в тексте).

точности и тяжести сахарного диабета. Все больные были разделены на три группы в соответствии со степенью тяжести заболевания, согласно классификации В. Г. Баранова. Как видно из рисунка, особенно демонстративные данные наблюдаются у женщин. У них коронарная недостаточность встречается чаще при легкой степени сахарного диабета. Это объясняется тем, что больные с I степенью тяжести сахарного диабета имели самый большой возраст; в группах больных диабетом средней и тяжелой степени число лиц в возрасте 40 лет и старше было значительно меньшим. Это и понятно, так как тяжелым диабетом чаще заболевают в молодом возрасте. Что касается мужчин, то у них коронарная недостаточность при тяжелом диабете обнаруживалась реже, чем при диабете средней степени тяжести.

Следовательно, отсутствие существенной разницы в частоте выявления коронарной недостаточности у мужчин, больных сахарным диабетом, и в контрольной группе свидетельствует о том, что сахарный диабет не влияет на возникновение коронарного атеросклероза. Это подтверждается также тем, что увеличение длительности и степени тяжести сахарного диабета не сказывается на частоте коронарной недостаточности.

Более частое выявление коронарной недостаточности у женщин старше 40 лет обусловлено не столько сахарным диабетом, сколько наличием ожирения, а также, возможно, гормональными нарушениями, вызванными климатическими расстройствами, способствующими развитию атеросклероза коронарных артерий. Не исключена роль и других, еще не изученных, факторов.

Поступила 22 февраля 1977 г.

УДК 615.874.2:616.153.915+616.37]:616.127—005.4

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ВНУТРИСЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

М. А. Самсонов, А. Д. Зубенко, В. А. Мещерякова, Л. А. Редзюк

Институт питания АМН СССР

Реферат. Исследования, проведенные у 138 больных ишемической болезнью сердца II стадии, выявили у 70% из них повышение содержания инсулина в сыворотке крови. Обнаружена также тесная взаимосвязь между гиперинсулинемией и гиперлипемией. После нагрузки глюкозой у значительной части больных наблюдалась гиперреакция инсулярного аппарата поджелудочной железы. Лечение противоатеросклеротической диетой способствовало снижению липемии, но не влияло на уровень базального инсулина в сыворотке крови обследованных больных.

Нарушение толерантности к углеводам наблюдается по данным разных авторов [1, 3] у 78—84% больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Рост частоты ИБС многие исследователи связывают с повышением квоты рафинированных углеводов в пище современного человека [6, 8], способствующим развитию гиперинсулинизма и липемии. Нами было установлено, что повышение квоты рафинированных углеводов в противоатеросклеротической диете приводит к нарастанию липемии у больных ИБС, в основном за счет фракции глицеридов [5].

Задачей настоящей работы явилось определение уровня базального инсулина в сыворотке крови и выяснение возможной взаимосвязи между уровнем инсулина и содержанием различных липидных фракций в сыворотке крови у больных ИБС, а также изучение ответной реакции инсулярного аппарата на нагрузку глюкозой в особенности влияния диетотерапии на показатели липидного и углеводного обмена.

Под нашим наблюдением было 138 больных ИБС (мужчины в возрасте от 39 до 60 лет), перенесших инфаркт миокарда от 1 до 6 лет назад. У 122 из них на ЭКГ фиксировались постинфарктные рубцовые изменения. У 56 чел. рубец локализовался по передней и передне-боковой стенке, у 5 — по задней и задне-боковой стенке левого желудочка, у 7 — в области межжелудочковой перегородки. У 16 больных констатированы выраженные диффузные изменения в миокарде без определенной локализации постинфарктного рубца. У 136 больных выявлены клинические и рентгенологические признаки атеросклероза аорты, у 47 диагностирован атеросклероз церебральных сосудов, а у 19 — периферических.

У 73 больных ИБС протекала на фоне избыточной массы, на 7—20 кг превышающей идеальную массу тела, рассчитанную по номографу А. А. Покровского. Из сопутствующих заболеваний у 11 больных установлена гипертоническая болезнь I—IIa стадии, у 98 — деформирующий спондилез позвоночника, у 6 — дискинезия желчных путей. Наличие других сопутствующих заболеваний служило противопоказанием для отбора больных на тематические исследования. Гиперлипемия различной степени выраженности зарегистрирована у 121 больного, у остальных липидный спектр сыворотки крови не был изменен. Нарушение толерантности к углеводам, выражавшееся в изме-