

ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Волохов І. В., Рибак В. А., Король В. В.

Національний фармацевтичний університет,

м. Харків, Україна

viktoriarybak2@gmail.com

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смертності похилих хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу. Небезпеку в похилому віці визначають «німі» (безбольові) форми ішемічної хвороби серця (ІХС) і інфаркту міокарда, що супроводжуються високою смертністю. Клінічними еквівалентами безбольового інфаркту міокарда є раптова слабкість, пітливість, задуха. Люди похилого віку повинні проходити кожного року кардіологічне обстеження: ЕКГ у спокою і при навантажувальних пробах. Факторами ризику швидкого розвитку і прогресування атеросклерозу у хворих з ЦД є не тільки гіперглікемія, але в більшій ступені артеріальна гіпертонія і дисліпідемія, які є у 50 % хворих вже в дебюті ЦД 2-го типу. Тому, корекція артеріального тиску і ліпідного спектру сироватки крові є обов'язковим компонентом у лікуванні хворих ЦД 2-го типу.

Мета. Визначення факторів ризику ССЗ та механізмів їх корекції, щодо застосування антигіпертензивної, гіполіпідемічної та антитромботичної терапії у пацієнтів похилого віку з ЦД 2-го типу.

Матеріали та методи. У роботі використано аналітичний, логічний, узагальнювальний методи.

Результати дослідження. Препаратами першого ряду у похилих людей є тiazидні діуретики, які довели свою ефективність, щодо зниження серцево-судинної смертності та призначаються в низьких дозах (12,5-25 мг/добу), так як не надають негативного впливу на вуглеводний і ліпідний обмін. Тiazиди є препаратом вибору в лікуванні ізольованої систолічної гіпертонії у похилих хворих з ЦД 2-го типу, оскільки знижують переважно систолічний артеріальний тиск і не надають негативних метаболічних ефектів.

Показанням, щодо призначення β-блокаторів хворим з ЦД 2-го типу є ІХС, перенесений інфаркт міокарда. Крім того, з обережністю треба застосовувати ці препарати у хворих з брадікардією, порушеннями провідної системи серця, захворюваннями периферичних судин, серцевою недостатністю, обструктивними захворюваннями легень.

Антогоністи кальція дигідропиридинового ряду тривалої дії в останній час викликали багато суперечок, щодо безпечності їх застосування у хворих з ЦД.

Інгібітори ангіотензинпереворюючого ферменту (АПФ) у хворих з ЦД окрім виразної кардіопротективної активності надають потужну нефропротективну дію. Цей ефект інгібіторів АПФ не залежить від їх гіпотензивної дії і має специфічний характер.

Тому, ці препарати є засобами першого ряду у хорих з патологією нирок. Інгібітори АПФ добре переносяться в похилому віці. Однак, обережність при їх призначенні визначається при підозрі на двосторонній стеноз ниркових артерій, при важкій стадії ниркової недостатності, гіперкаліємії. Ці препарати не можна призначати разом з нестероїдними протизапальними лікарськими засобами.

У кожного другого похилого пацієнта з ЦД 2-го типу виявляється дисліпідемія змішана або ізольована (підвищення рівня тригліцеридів і/або холестерину сироватки крові). Перш за все, розпочинаючи активну медикаментозну гіполіпідемічну терапію у цієї категорії хворих, необхідно оцінити та скорегувати склад їх дієти (обмеження жирної їжі, багатой холестерином і насиченими жирними кислотами), а також виключити найбільш розповсюджені інші причини дисліпідемії (наприклад, гіпофункція щитоподібної залози).

Якщо, через два місяці після скорегованої дієти відсутня тенденція до нормалізації ліпідного спектру крові, то призначають медикаментозну терапію. Вибір препарату залежить від характеру дисліпідемії: при переважному підвищенні рівня тригліцеридів сироватки крові препаратами вибору є фібрати (фенофібрат, гемфіброзил) при виразному підвищенні рівня холестерина (за рахунок фракції ліпопротеїдів низької щільності) призначають статини (ловастатин, правастатин, симвастатин, церивастатин). При змішаній дисліпідемії можливе призначення аторвастатину.

Терапія переліченими препаратами потребує моніторингу кожного року функції печінки (печінкових трансаміназ), але в цілому добре переносяться похилими хворими.

Найбільш передбачений ефект попередження серцево-судинної смертності проявляється через 2-3 роки постійної терапії. Нерегулярний прийом даних препаратів призводить до зворотнього ефекта – більш високими показниками ліпідного спектра крові після відміни лікування, ніж до його початку.

Для профілактики тромбозів і тромбоемболій похилим хворим, які мають фактори ризику ССЗ, рекомендують постійний прийом невеликих доз аспірину. При неперенесенні або неефективності аспірину призначають тиклопідин, клопідогрель або курантил.

Висновки. Знання особливостей клініки, діагностики та лікування цієї категорії пацієнтів необхідно для надання грамотної медичної допомоги таким хворим, кількість яких зростає кожного року. Вивчаючи проблеми людей похилого населення, лікар-діабетолог стає спеціалістом найширшого профілю. Оскільки, одночасно з корекцією метаболічних порушень пізнає проблеми кардіології, неврології, нефрології, й інших медичних напрямлень.

Нажаль, на сьогодні залишається велика кількість прогалин у розумінні патофізіологічних особливостей старіючого організму, знання яких допомогло б більш ефективно надавати медичну допомогу похилим людям, побороти вікові зміни, зберігати та продовжувати життя людей.

Ключові слова: фактори ризику, серцево-судинні захворювання, ЦД 2-го типу, антигіпертензивні, гіполіпідемічні, антитромботичні препарати.