**Вернигородський Віктор Сергійович. Клініко-морфологічна характеристика серцево-судинної системи та медико- соціальна реабілітація хворих на цукровий діабет 2 типу : дис... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України. - К., 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Вернигородський В.С. Клініко-морфологічна характеристика серцево-судинної системи та медико-соціальна реабілітація хворих на цукровий діабет 2 типу.– Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.14 - ендокринологія. Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка АМН України, Київ, 2006 р.Дисертація присвячена вивченню індивідуальних особливостей функціонального стану серцево-судинної системи та патоморфологічних змін судин у хворих на цукровий діабет 2 типу з обґрунтуванням нових підходів до медико-соціальної реабілітації на етапах амбулаторного, стаціонарного та санаторно-курортного лікування.На основі комплексного дослідження функції міокарда виявлені вагомі порушення систолічної та діастолічної функції, ексцентричної та концентричної гіпертрофії лівого шлуночка у хворих на ЦД 2 типу в поєднанні з ішемічною хворобою серця та концентричного ремоделювання лівого шлуночка в поєднанні з гіпертонічною хворобоюВивчення особливостей периферичної гемодинаміки та ендотеліальної дисфункції у хворих на ЦД виявило виражені зміни кровообігу, як на макро-, так і на мікроциркуляторному рівні.На основі проведення патоморфологічних та ультраструктурних досліджень судин серця, мозку, легень, підшлункової залози та нижніх кінцівок та співставлення їх з клінічними даними дозволили виявити специфічні ураження при цукровому діабеті 2 типу. При цьому поглиблено вивчення судинного механізму розвитку недостатності секреції інсуліну бета-клітинами підшлункової залози у хворих на цукровий діабет 2 типу.В результаті проведених клініко-інструментальних методів досліджень доведено високу ефективність радоно- та лазеротерапії в реабілітації хворих на цукровий діабет 2 типу. Розроблені показання та методики лікування.Вивчення інвалідності при ЦД показало зростання її за останні 5 років, особливо в поєднанні з серцево-судинними захворюваннями, що стало основою для розроблення індивідуальної програми реабілітації хворих на амбулаторному, стаціонарному та санаторно-курортному етапах лікування. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми, що виявляється в нових підходах до вивчення клініко-морфологічних особливостей змін серцево-судинної системи у хворих на цукровий діабет 2 типу та в розробці комплексу заходів з підвищення ефективності медико-соціальної реабілітації на стаціонарному, амбулаторному та санаторно-курортному етапах.1. Цукровий діабет 2 типу сприяє комплексній структурно-функціональній перебудові серця з виникненням у переважній більшості випадків гіпертрофії міокарда (у 68% хворих) та порушення розслаблення (у 69%) з тенденцією до зменшення скоротливої здатності міокарда.
2. У хворих на ЦД 2 типу в поєднанні з ІХС спостерігаються діастолічна дисфункція за рестрективним типом (у 62,5% хворих) та порушення систолічної функції; зміни геометрії серця формуються переважно у вигляді ексцентричної гіпертрофії (у 80% випадків). Зміни кардіогемодинаміки при ЦД 2 типу в поєднанні з гіпертонічною хворобою характеризуються порушенням систолічної та діастолічної функції за типом розслаблення (у 84,2%) і концентричним типом ремоделювання лівого шлуночка (у 76% хворих). Виявлені зміни є негативним наслідком поєднання атеросклеротичного та діабетичного ураження коронарних судин.
3. Дуплексне сканування судин головного мозку дозволило виявити в сонних артеріях потовщення комплексу інтима-медіа та різні типи атеросклеротичних бляшок (локальні, пролонговані, напівконцентричні та концентричні) на різних стадіях розвитку (атероматоз, атерокальциноз), які стенозують судини на 30-50% і мають двобічний характер. Відзначалось збільшення діаметра яремних вен і утруднення венозного відтоку.
4. За даними реоенцефалографії, у хворих на ЦД 2 типу відзначається порушення тонусу судин за різним типом: гіпертонічний (71,2%), дистонічний (17,7%) і гіпотонічний (11,1% хворих), яке супроводжується змінами кровопостачання головного мозку та венозного відтоку, особливо у вертебро-базилярному басейні.
5. У більшості хворих на ЦД 2 типу виявлено значне порушення периферичного кровообігу (у 92% випадків) за рахунок розвитку раннього медіакальцинозу артерій стоп та гомілок. Для вирішення подальшої тактики лікування необхідне комплексне обстеження хворих з обов’язковим залученням допплерографії та ангіографії.
6. За даними допплерографії плечової артерії виявлено порушення функції ендотелію у 92% хворих на ЦД 2 типу. При збільшенні швидкості кровотоку в 1,5 рази після проби з реактивною гіперемією не відбувалось потрібного зростання ендотелійзалежної вазодилатації.
7. Рівень метаболітів оксиду азоту у хворих на ЦД 2 типу був вищим, ніж в контрольній групі, в 1,5 рази. Підвищення рівня нітратів та нітритів свідчить про органічний характер ураження судин та порушення функції ендотелію у хворих на ЦД 2 типу. Встановлено кореляційний зв’язок між вмістом метаболітів оксиду азоту у сироватці крові та змінами в судинній стінці.
8. У хворих на ЦД 2 типу виявлені значні зміни ліпідного обміну у вигляді гіперхолестеринемії, гіпертригліцеридемії, зниження антиатерогенних ЛПВЩ, активації процесів перекисного окислення ліпідів. Спостерігалось збільшення продуктів окислення білків сироватки крові в 1,7 рази, малонового діальдегіду в 1,8 рази у порівнянні з контрольною групою. Більш значні порушення ліпідного обміну було виявлено у хворих на ЦД 2 типу в поєднанні з гіпертонічною та ІХС.
9. Патоморфологічні зміни судин у хворих на ЦД 2 типу мають генералізований характер та характеризуються більш раннім розвитком атеросклерозу, медіакальцинозу в артеріях еластичного типу та ураженням дрібних судин головного мозку, серця, легень, підшлункової залози з перевагою гіалінозу.
10. Патоморфологічні зміни в судинах підшлункової залози у вигляді плазморагічного просякнення та гіалінозу стінок призводять до порушення кровопостачання та гіпоксії бета-клітин, розвитку в них дистрофічних та дегенеративних процесів, що веде до прогресування інсулінової недостатності, неефективності пероральних цукрознижуючих препаратів та погіршує перебіг ЦД 2 типу.
11. Радоно- та лазеротерапія поліпшують показники церебральної, периферичної гемодинаміки та мікроциркуляції, які проявляються збільшенням пульсового кровонаповнення в судинах нижніх кінцівок, в системі сонних артерій, вертебро-базилярному басейні та полегшенням венозного відтоку, що дає можливість рекомендувати дані методи лікування в реабілітації хворих на цукровий діабет 2 типу на стаціонарному, амбулаторно-поліклінічному та санаторно-курортному етапах.
12. Рівень первинної інвалідності при ЦД 2 типу по Вінницькій області за останні 5 років зріс в цілому в 3,1 рази, причому як в групі хворих на ЦД в поєднанні з ІХС – в 5 разів, так і в групі з гіпертонічною хворобою - в 2,3 рази.
13. Впровадження індивідуальної програми реабілітації позитивно вплинуло на рівень первинної інвалідності за останні 2 роки (2002-2003 р.р.). Спостерігається стабілізація даного показника та зменшення частки інвалідів першої (з 15,3% до 13,8%) та другої груп (з 32,6 до 22,6%), намітилася тенденція до збільшення інвалідів третьої групи (з 52,1% до 59,9%), що свідчить про необхідність подальшого впровадження розробленої комплексної програми реабілітації хворих на ЦД 2 типу в широку клінічну практику.
 |

 |