



# ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО РЕЖИМА ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Мухин И.В., Поважная Е.С., Миминошвили В.Р., Зубрицкий К.С., Паламарчук Ю.С.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»  
(Украина, г.Донецк, проспект Ильича, 16)

**Введение.** Нарушения ритма сердца при сахарном диабете 2-го типа (СД 2-го типа) практически всегда рассматриваются с позиции одновременно существующей ишемической болезни сердца (ИБС) и метаболических изменений миокарда. Частыми причинами возникновения аритмий при диабете является малосимптомное течение ИБС и частое отсутствие/извращение восприятия боли из-за развития нейрокардиопатии.

**Цель исследования:** заключалась в выявлении вариантов желудочковых нарушений сердечного ритма и разработке оптимального противоритмического лечения, направленного на профилактику жизнеопасных нарушений ритма.

**Материал и методы.** В исследование включено 126 пациентов СД 2-го типа в возрасте  $53 \pm 1,5$  года (73 мужчины и 53 женщины). Средний возраст больных в дебюте заболевания/выявления диабета составил  $47,9 \pm 1,3$  лет, а средняя продолжительность заболевания -  $5,1 \pm 0,1$  лет.

Критериями включения были: СД 2-го типа средней тяжести в стадии суб-/компенсации без инсулина. Критериями исключения явились клинически значимые признаки ИБС.

После скринингового и инициализирующего этапов, методом случайной выборки больные были рандомизированы в 3 группы наблюдения, статистически однородные по возрасту, полу, длительности диабетического синдрома.

Пациенты 1-ой группы (42 человека) получали двухкомпонентную оральную противодиабетическую терапию, амиодарон 200-600 мг/сутки, ингибитор АПФ или сартан независимо от наличия и тяжести артериальной гипертензии и исходного уровня артериального давления, ингибитор ГМГ-Ко редуктазы или фибрат (при гипертриглицеридемии), бета-адреноблокатор, дезагрегант. При наличии артериальной гипертензии к лечению добавляли дигидропиридиновые антагонисты кальция. Представители 2-ой группы получали такое же лечение, но в сочетании с омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (препарат «Омакор», Abbott Laboratories GmbH) в суточной дозе 1000 мг. Представители 3-ей группы получали только базисное лечение без амиодарона и омакора.

Суточное мониторирование ЭКГ проводили дважды (до начала противоритмического лечения и в среднем через 3,5 месяца) при помощи кардиомонитора «Кардиотехника-04-АД-3», Россия. Желудочковые нарушения ритма классифицировали по Lown B. и Wolf M. (1971).

Для статистической обработки применялся пакет статистических программ Statistica 6,0. Достоверность различий между группами больных, а также между показателями в динамике в каждой из групп, оценивали при помощи критерия Стьюдента для зависимых или не зависимых выборок. При сравнении качественных показателей использовался критерий  $\chi^2$ . Уровень значимости соответствовал величине  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Исходными доминирующими вариантами в группах больных были аритмические классы 3 и 4А по Lown B. и Wolf M.

Терапия с включением амиодарона (группа 1) способствовала достоверному ( $p < 0,05$ ) снижению частоты 2 и 3 классов с 14,3 до 9,5 и с 28,6 до 23,8% и исчезновению класса 1 (с 4,7% до 0). (Таблица №1).

Сочетанная антиаритмическая терапия омакором и амиодароном (группа 2) приводила к достоверному ( $p < 0,05$ ) росту класса 1 (с 4,7 до 9,3%), класса 2 (с 13,9 до 20,9%), класса 3 (с 27,9 до 30,2%) за счет снижения частоты 4Б класса (с 11,6 до 2,3%). (Таблица №2).

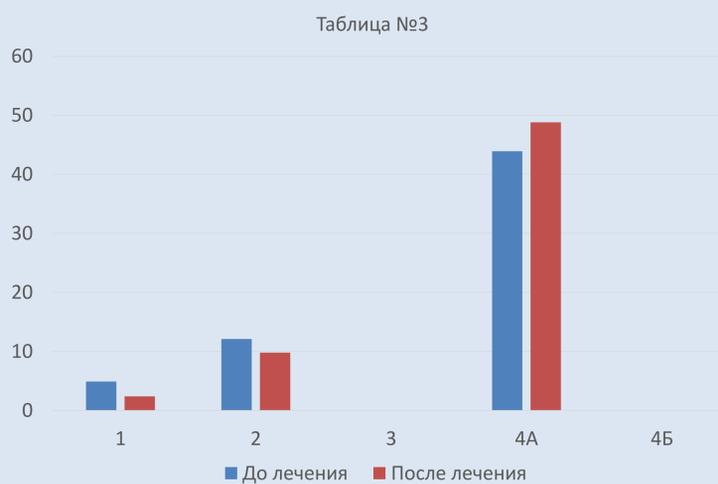
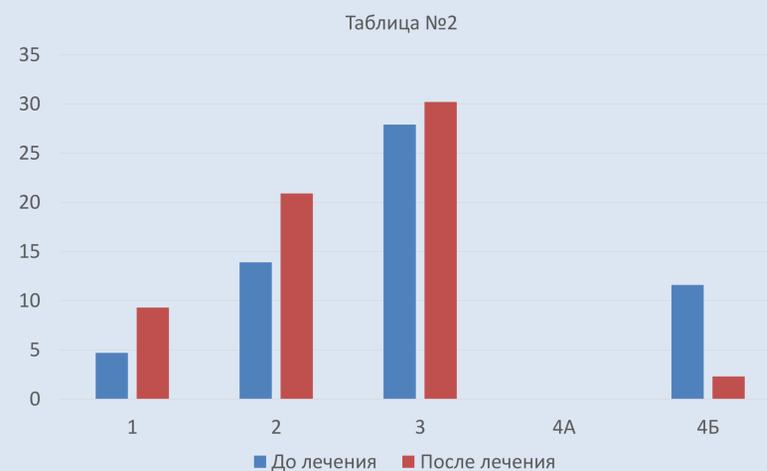
Лечение в группе 3 преимущественно позиционировалось относительно снижения частоты не жизнеопасных вариантов нарушения ритма - классов 1 (с 4,9 до 2,4%) и 2 (с 12,1 до 9,8%) за счет возрастания прогностически более неблагоприятного класса 4А (с 43,9 до 48,8%). (Таблица №3).

## Выводы:

1. Желудочковые нарушения ритма сердца возникают у больных СД 2-го типа вне зависимости от наличия клинически значимой ИБС, что, вероятно, обусловлено метаболическими миокардиальными нарушениями, лежащими в основе процессов возбудимости.

2. Преобладающими классами желудочковых нарушений ритма при СД 2-го типа являются 3 и 4А.

3. Терапия без амиодарона (3-я группа) приводила лишь к уменьшению частоты классов 1 и 2 и увеличению 3 и 4А, что свидетельствует об увеличении частоты жизнеопасных нарушений ритма и риска внезапной аритмической смерти. Использование амиодарона (1-я группа) приводило к достоверному снижению частоты 1-3 классов, но не оказывало значимого влияния на аритмии более высоких градаций (4А и 4Б). Комбинация амиодарона с омакором позволила более интенсивно снижать частоту 3 и 4А классов за счет перераспределения больных в не жизнеопасные категории 1 и 2. Включение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в комплексную противоритмическую терапию позволило потенцировать противоритмический эффект амиодарона при желудочковых нарушениях ритма.



Источник финансирования отсутствует.