*в продолжение темы*

# Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с ИБС и СД

## практический опыт отечественных специалистов

**Пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД), актуальные вопросы ведения которых обсуждались в рамках заседания Украинского общества атеросклероза в конце 2009 г., относятся к очень сложной категории больных; их лечение представляет серьезную проблему не только для эндокринологов и кардиологов, но и для кардиохирургов. К сожалению, в рамках краткого освещения мероприятия невозможно достаточно полно раскрыть данную проблему, поэтому с просьбой подробнее рассказать о том, какие наработки существуют на сегодня в области мультидисциплинарного ведения таких больных и какие результаты достигнуты в этом направлении отечественными специалистами, мы обратились к участникам конференции – заведующей отделом дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктору медицинских наук, профессору Елене Ивановне Митченко и заведующему отделением хирургического лечения ишемической болезни сердца Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова, члену-корреспонденту НАН Украины, доктору медицинских наук, профессору Анатолию Викторовичу Руденко.**

**– Елена Ивановна, существуют ли какие-либо особенности течения ИБС у пациентов с СД?**

– СД – коварное заболевание, и трагедия таких больных состоит в том, что ИБС на фоне СД нередко протекает без типичных приступов стенокардии, которые являются для пациента первым сигналом, указывающим на наличие сердечно-сосудистого заболевания и необходимость проведения обследования. По нашим данным, порядка 80% больных СД не отмечают приступов боли в сердце при наличии ИБС. На протяжении 10-15 лет ИБС развивается у таких больных бессимптомно вследствие формирования диабетической полинейропатии, для которой характерно повышение порога болевой чувствительности. Таким образом, пациенты с СД зачастую впервые встречаются с кардиологом в кардиореанимационной палате после манифестации ИБС в виде развития острого инфаркта миокарда. Подобные ситуации связаны, прежде всего, с отсутствием настороженности со стороны врачей, осуществляющих ведение пациентов с СД. Действенная профилактика сердечно-сосудистых катастроф у таких больных заключается в проведении своевременной медикаментозной терапии, направленной на снижение атерогенного потенциала, уровень которого всегда очень высок при этом заболевании. Липидоснижающая терапия на определенном этапе ведения таких больных должна становиться неотъемлемым аспектом их комплексного лечения.

Однако, несмотря на то что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти больных СД, украинские врачи еще и сегодня недооценивают степень их риска, и результатом бездействия становятся тяжелейшие множественные поражения сосудистого русла, включая коронарные сосуды. В результате рано или поздно для таких больных приходится решать вопрос о проведении хирургического вмешательства на коронарных сосудах. Однако проблема состоит в том, что послеоперационные результаты у пациентов с СД традиционно были намного хуже по сравнению с пациентами с ИБС без СД. Любое хирургическое вмешательство способствует манифестации атеросклеротического поражения, которая у больных СД реализуется в более быстром развитии рестенозов и более высокой послеоперационной смертности.

**– Анатолий Викторович, с какими трудностями сталкиваются кардиохирурги при проведении оперативных вмешательств у пациентов с ИБС и СД?**

– Поражения коронарных артерий при СД анатомически отличаются от таковых у пациентов без этого заболевания. Особенность таких поражений заключается, во-первых, в отсутствии локального поражения коронарных артерий (стенозы образуются зачастую на всем протяжении сосуда); во-вторых, при СД стенки коронарных сосудов в значительной степени утолщены, а просветы сосудов очень сужены, что обусловливает технические трудности при проведении аортокоронарного шунтирования (АКШ). Кроме того, перфузия миокарда существенно снижается из-за отсутствия возможностей для создания коллатерального кровообращения, а также из-за низкого миокардиального резерва у больных СД. Дополняет перечень проблем сниженная фракция выброса левого желудочка сердца и сопутствующие поражения сосудов головного мозга, почек, легких. Все это создает предпосылки для худших послеоперационных результатов у таких пациентов, частого развития рестенозов и развития осложнений в виде сердечной и почечной недостаточности и ряда других грозных состояний. Кроме того, у больных СД всегда очень высок риск гнойно-септических осложнений и плохого заживления послеоперационных ран. Поэтому послеоперационная летальность у них всегда выше по сравнению с пациентами, не имеющими СД.

У больных с СД проведение АКШ действительно является более эффективным в плане снижения риска возникновения рестенозов по сравнению со стентированием. Но для того чтобы АКШ обеспечило долгосрочные результаты в этой ситуации, необходимо выполнение определенных условий. В настоящее время доказано, что риск операционных и послеоперационных осложнений в большей степени зависит от уровня гликемии, чем от выраженности микроангиопатии и нейропатии. Результаты исследований продемонстрировали, что повышение уровня глюкозы на 1 ммоль/л выше значения 6,0 ммоль/л увеличивало риск нежелательных послеоперационных исходов – инсульта, инфаркта миокарда, гнойно-септических осложнений и смерти – на 17%.

Необходимым условием оптимизации результатов лечения таких пациентов является внедрение в практику протокола ведения больных с ИБС и СД до и после АКШ. По данным R. Menaka (2007), внедрение такого алгоритма, который предусматривал строгий контроль гликемии в периоперационном периоде в пределах 80-110 мг/дл, позволило снизить показатели смертности больных ИБС и СД с 4 до 1,3%.

Поскольку в последние годы количество пациентов с СД, обращающихся в наш институт для осуществления АКШ, значительно увеличилось (до 15-20% в структуре всех больных), возникла необходимость скорейшего внедрения в практику современной стратегии ведения таких больных в периоперационном периоде. В этом направлении мы сегодня тесно сотрудничаем со специалистами отдела дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины.

**– Каким образом реализуется совместное сотрудничество двух институтов и интегрированы ли в эту работу другие профильные учреждения?**

– Начиная с января 2008 г. при обращении в наш институт пациентов с СД в анамнезе либо при выявлении повышенного сахара крови в ходе обследования мы направляем больных на консультацию и предоперационную подготовку в отдел дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско», поскольку в хирургическом стационаре отсутствуют возможности для госпитализации пациентов с целью их предоперационной подготовки. Таким образом, пациентам в терапевтическом стационаре в течение нескольких дней проводится медикаментозная терапии по стабилизации уровня артериального давления, глюкозы крови и других показателей, назначается пожизненная медикаментозная терапия, после чего они направляются для проведения АКШ в нашу клинику. В наиболее сложных случаях больные с СД предварительно направляются на консультацию и лечение в Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко или в Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей. Необходимо отметить, что благодаря использованию такого мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с ИБС и СД, строгому выполнению совместно разработанных протоколов, а также проведению операций на работающем сердце без аппарата искусственного кровообращения (АИК) нам удалось добиться существенного уменьшения частоты послеоперационных осложнений у этих больных, в том числе гнойно-септических, и снижения у них показателей госпитальной смертности с 1,1% в 2006 г. до 0% на протяжении 2008-2009 гг.

Отмечу, что использование АИК – это всегда колоссальный стресс для организма любого пациента, вызывающий резкий подъем уровня глюкозы крови в послеоперационный период. Для больных СД это очень опасно, поэтому отказ от использования АИК является еще одним способом профилактики у них послеоперационных осложнений. В абсолютных цифрах 1,1% госпитальной смертности у пациентов с ИБС и СД означает очень большое количество смертей, учитывая распространенность этой патологии и все возрастающее количество АКШ. В связи с этим результаты нашей совместной работы должны стать очередным аргументом для широкого внедрения в практику мультидисциплинарного ведения таких сложных пациентов, как пациенты с ИБС и СД.

**– Елена Ивановна, каковы отдаленные результаты у пациентов с ИБС и СД, у которых было осуществлено АКШ?**

– Мы обследуем таких пациентов через 3, 6 и 12 месяцев после проведения АКШ. Через 12 месяцев мы проводим им повторное ангиографическое исследование, в этом и состоит еще одна важная задача нашего исследования – проанализировать риск развития рестенозов у больных ИБС и СД, получающих адекватную медикаментозную терапию в послеоперационный период. Результаты такого повторного ангиографического исследования очень показательны, поскольку они очень отличаются в зависимости от того, насколько пациенты соблюдали все врачебные рекомендации. Согласно нашим наблюдениям только порядка 30% пациентов строго соблюдают назначения по проведению гиполипидемической, гипогликемической и антитромботической терапии. Именно у этих больных отмечается наименьшая частота развития рестенозов и практически отсутствует прогрессирование атеросклеротического процесса на протяжении первого года наблюдения. У пациентов, принимающих медикаментозную терапию курсами либо прекративших ее вскоре после проведения АКШ, через 12 месяцев наблюдается резкое увеличение частоты возникновения рестенозов, ухудшение самочувствия. Таким образом, при несоблюдении назначений врача по приему необходимых препаратов результаты самой блестящей операции на коронарных сосудах могут быть сведены на нет. Это еще раз свидетельствует в пользу идеи, согласно которой хирургические и медикаментозные методы лечения пациентов с ИБС высокого риска являются не конкурирующими, а взаимодополняющими и их разумное сочетание позволяет увеличить продолжительность жизни таких больных и улучшить ее качество.

*Подготовила* ***Наталья Очеретяная***