

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Леушина К.В., Артемова Н.Э., Сайфутдинов Р.И.

*Оренбургский государственный медицинский университет,
кафедра факультетской терапии и эндокринологии, г. Оренбург*

Ключевые слова: инфаркт миокарда, сахарный диабет 2 типа, факторы риска, коронароангиография, опросник SF-36.

Резюме: Проведен анализ особенностей клиники и морфологических изменений у больных с острым инфарктом миокарда при его сочетании с сахарным диабетом и без. Осуществлена оценка качества жизни у этой категории пациентов согласно опросника SF-36.

Актуальность. Сахарный диабет (СД) занимает третье место по распространенности среди населения РФ после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. В некоторых источниках СД называют «неинфекционной эпидемией» XXI века, который относится к факторам, увеличивающим риск развития ССЗ и значительно отягощающим их течение. Так, у больных СД частота возникновения инфаркта миокарда (ИМ) в несколько раз выше, чем у лиц с нормальным гликемическим профилем, при этом первые характеризуются также более низкой выживаемостью [2].

В Оренбургской области на 100 тысяч населения на 2014 год приходилось 216,52 человек больных СД 2 типа, что по данным Государственно регистра, соответствует высокой распространенности заболевания на нашей территории [1].

Цель настоящего исследования определить особенности клинических и морфологических проявлений острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Для достижения цели сформулированы следующие

Задачи:

1. Выявить клинические проявления ОИМ у больных с сахарным диабетом 2 типа и без него.
2. Определить изменения биохимических показателей крови у больных ОИМ с сахарным диабетом 2 типа и без него.
3. Сравнить данные коронароангиографии (КАГ) у больных ОИМ с сахарным диабетом 2 типа и без него.
4. Провести анализ опросника качества жизни SF-36 у больных ОИМ с сахарным диабетом 2 типа и без него.

Материалы и методы. Проведено обследование 14 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении для больных с острым инфарктом миокарда регионального сосудистого центра (кардОИМ РСЦ) ГБУЗ «ООКБ». Все

обследованные пациенты с ИМ были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – сочетание ИМ с СД 2 типа – (n=7), 2-я группа (контрольная) - ИМ без предшествующего СД (n=7).

Подавляющее большинство пациентов составляли женщины – 8 (57%) человек. Средний возраст обследованных больных составил $64,1 \pm 8,4$ лет.

У всех больных оценивались факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний. В 100% случаев развитию ИМ предшествовала артериальная гипертония (АГ) 3 степени и 4 степени риска (средняя продолжительность АГ - $15,4 \pm 4,9$ лет).

Сахарный диабет (СД) имелся у 10 (71%) обследованных, причем у 3 (21%) – впервые выявленный.

По формуле СКД-ЕРІ рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ), стадия хронической болезни почек (ХБП) определялась по Номограмме определения стадии ХБП по формуле СКД-ЕРІ (2009 г.), модификация 2011 г.

Для оценки гемодинамических показателей и исследования морфофункциональных параметров сердца всем пациентам проводилось ЭХО-КС исследование в день госпитализации и в динамике, расчёт индекса массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ). Визуализация сосудов сердца осуществлялась с помощью метода коронароангиографии (КАГ). Проводилась комплексная оценка качества жизни пациентов с помощью неспецифического опросника SF-36.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ «Statistica 6.0» (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст в обеих группах практически не отличался - $64,7 \pm 5,9$ и $63,6 \pm 10,9$ лет соответственно. В первой группе преобладали женщины - 5 (71%), а во второй мужчины – 4 (57%).

Наличие ожирения отмечалось одинаково в обеих группах в 71% случаев, преимущественно 1 степени (80% и 60% соответственно).

СКФ также мало отличалась в обеих группах: $68,4 \pm 11,4$ и $69,3 \pm 17,4$ мл/мин соответственно. По уровню СКФ выявлена ХБП преимущественно 2 стадии у 6 (86%) пациентов в основной группе и у 4 (57%) – в контрольной группе. ХБП 3 стадии обнаружена у 1 (14%) больного в 1 группе и у 2 (29%) – во 2 группе.

При анализе клинической картины заболевания ИМ получены следующие данные.

В 1 группе преобладала безболевая форма ИМ (у 4 - 57%), болевая - у 1 (14%), у 2 (29%) ИМ протекал по астматическому типу с клиникой отека легких, при этом данные больные были доставлены в стационар в бессознательном состоянии приблизительно через 17 часов после начала острой фазы ИМ.

В 86 % случаев (6 человек) преобладал Q-позитивный ИМ, в 14% (1 человек) - Q-негативный ИМ. Причем, для данной пациентки это был

повторный ИМ, предшествовал ему Q-позитивный ИМ в 2005 году без сопутствующего СД.

По локализации ИМ: более половины случаев (5-71%) преобладал нижний ИМ, у 1 (14%) - поражение ниже-боковой стенки ЛЖ и у 1 (14%) - поражение передне-перегородочно-верхушечно-боковой области ЛЖ.

Среди постинфарктных осложнений у одной больной (14%) по результатам ЭХО-КС была диагностирована аневризма нижней стенки ЛЖ, у второй больной (14%) на ЭКГ в день поступления в РСЦ регистрировалась пароксизмальная фибрилляция предсердий, у третьей больной (14%) на ЭХО-КС диагностирован перикардит, и у четвертой (14%) - наблюдалось сочетание перикардита и полной блокады правой ножки пучка Гиса. Таким образом, выявлено 2 случая (29%) экссудативного перикардита. Также у 2 (29%) пациентов имелось тяжелое осложнение – острая левожелудочковая недостаточность. Преобладал 3 функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) у 5 (71%) и 4 ФК – у 2 (29%).

Во 2 группе у всех обследуемых (100%) отмечена болевая форма ИМ с соответствующей типичной клинической картиной.

В 71% случаев (5 человек) преобладал Q-позитивный ИМ, в 29% (2 человека) - Q-негативный ИМ. Причем, у одной пациентки Q-негативный ИМ сочетался с впервые выявленным СД.

По локализации ИМ: у пятерых (71%) преобладало поражение передне-перегородочно-верхушечно-боковой области ЛЖ, у 1 (14%) – вовлечение передне-перегородочной области ЛЖ и у 1 (14%) - перегородочно-верхушечной области ЛЖ.

Среди постинфарктных осложнений у одной больной диагностирован перикардит и у второй больной на ЭКГ в день поступления в РСЦ регистрировались множественные желудочковые экстрасистолы в сочетании с перикардитом (2- 29%).

При оценке острофазовых показателей крови выявлено достоверное повышение уровня Тропонина-Т в основной группе по сравнению с контрольной группой ($641,5 \pm 686,6$ ЕД/л и $310,6 \pm 274,6$ ЕД/л соответственно, $p < 0,02$). Причем данный показатель тесно коррелировал с наличием острой ЛЖ недостаточности ($r = 0,74$, $p < 0,05$). Концентрация КФК и АСТ была достоверно выше у пациентов 2 группы: $147,1 \pm 134,2$ и $56,5 \pm 43,6$ ЕД/л ($p < 0,004$) и $108,0 \pm 111,4$ и $62,4 \pm 27,0$ ЕД/л ($p < 0,04$) соответственно. Уровень АЛТ в обеих группах не отличался.

Данные ЭХО-КС и росто-весовые показатели позволили рассчитать индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ), который в обеих группах существенно не отличался: $216,6 \pm 46,6$ г/м² (1 гр.) и $221,3 \pm 86,4$ г/м² (2 гр.). Однако, выявлена прямая корреляционная связь этого показателя с ФК ХСН ($r = 0,63$, $p < 0,05$).

Проанализирован характер поражения сосудов по данным КАГ. По количеству пораженных сосудов в основной группе у троих больных наблюдалось поражение 1 сосуда – передней нисходящей артерии (ПНА) или

правой коронарной артерии (ПКА). У троих больных выявлено поражение 3 сосудов – ПНА, огибающей артерии (ОА), ПКА или ветви тупого края. У 1 обследуемой наблюдались изменения в 4 сосудах - ПНА, ОА, ПКА и задней нисходящей артерии (ЗНА).

В контрольной группе одной обследуемой не было проведено коронариографическое исследование. Поражение 1 сосуда наблюдалось у одной пациентки с впервые выявленным СД – стеноз ПНА. Поражение 2 сосудов наблюдалось также у одной больной с впервые выявленным СД – стенозы ПНА и ОА. На долю трехсосудистых поражений пришлось 2 больных с повторным ИМ – стенозы ПНА, ОА, ПКА, причем одному процедура стентирования не была показана. У 1 больного было выявлено поражение 4 сосудов – стеноз ПНА, ОА, ПКА, левой коронарной артерии (ЛКА). Поражение 5 сосудов – критический стеноз ПНА, ОА, ПКА, ЛКА, ветви тупого края, ЗНА также наблюдалось у одного обследуемого.

Все обследованные больные были опрошены согласно опроснику SF-36 для оценки качества жизни. В 1 группе физический компонент здоровья (PH) был достоверно выше, а психологический компонент здоровья (MH) достоверно ниже по сравнению с 2 группой (таблица 3), что свидетельствует о хорошем состоянии здоровья пациентов СД, но ухудшенным психическим здоровьем и эмоциональным состоянием.

Выводы. 1. У пациентов с СД преобладала безболевая форма ИМ. Только в этой группе наблюдалось развитие отека легких, что является одним из тяжелых осложнений ИМ.

2. В основной группе имелось достоверное повышение острофазового фермента Тропонина-Т, однако достоверно ниже был уровень таких цитолитических ферментов, как КФК и АСТ.

3. Многососудистое поражение по данным КАГ (3 сосуда и более) выявлено более чем у половины пациентов в обеих группах (57% в основной и 66% в контрольной).

4. Физический компонент здоровья достоверно выше, а психический компонент здоровья достоверно ниже в основной группе. В контрольной группе психический компонент здоровья достоверно выше физического.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития. Сахарный диабет, 2015.-N 3.-С.5-22.

2. Buse J.B., Ginsberg H.N., Bakris G.L. et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. Circulation. 2007; 115:114–126.