

ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ

*Исачкина О.Н.¹, Данилова Л.И.², Короленко Г.Г.¹, Черкас А.Н.¹
УЗ «10-я городская клиническая больница»¹, БелМАПО²*

Введение. Гипергликемия развивается у большинства пациентов в критическом состоянии вне зависимости от наличия в анамнезе верифицированного диагноза сахарного диабета. Нарушения гомеостаза глюкозы ассоциировано с увеличением смертности и числа осложнений. Полученные данные свидетельствуют, что качественный гликемический контроль улучшает клинические исходы в этой группе пациентов. Многоцентровые исследования не подтвердили выгоду от жёсткого контроля гликемии. И в настоящее время принято общее положение избегать гипергликемии (более 10,0 ммоль/л) и тяжёлой гипогликемии (менее 2,2 ммоль/л) у пациентов в критическом. Некоторые исследования показали, что время в целевом диапазоне глюкозы в крови (time in targeted blood glucose range (TIR)) также является подходящим предиктором эффективности и безопасности гликемического контроля и может использоваться в качестве маркера тяжести дисгликемии и показателя качества медицинской помощи.

Цель исследования: проанализировать различия в гликемическом контро-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

ле у пациентов с острым инфарктом миокарда с и без сахарного диабета в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ данных историй болезни пациентов, которые проходили лечение по поводу острого инфаркта миокарда (ОИМ) в ОРИТ УЗ "10 ГКБ" г. Минска в 2018 году (январь-июль). Для всех пациентов фиксировались следующие данные: пол, возраст, длительность сахарного диабета (СД), число осложнений инфаркта миокарда, длительность пребывания в стационаре и ОРИТ, показатели гликемии крови. Целевой диапазон глюкозы крови в течение периода исследования составлял от 3,9 ммоль/л до 10,0 ммоль/л для всех пациентов, поступивших в ОРИТ, и от 3,9 ммоль/л до 7,8 ммоль/л для пациентов без диабета. Мониторинг гликемии проводился путем тестирования глюкозы в капиллярной или венозной крови.

Результаты и их обсуждение. В течение периода исследования в отделение интенсивной терапии поступили 267 человек с ОИМ. 27,3% из них имели сахарный диабет 2 типа в анамнезе, а 10,8% - вновь диагностированный диабет. 50,94% пациентов - женщины, средний возраст составлял 72,36 (SD. 10,49) / 69,35 (SD. 11,9) у пациентов с/без СД соответственно. Глюкоза крови при поступлении измерялась у 79,45% пациентов с СД / 48,45% пациентов без СД в анамнезе. HbA1c определялся только у пациентов с СД – у 28,8% (средний HbA1c был 6,9%, SD. 0,93). У пациентов с сахарным диабетом средний уровень глюкозы крови при поступлении / во время пребывания в ОРИТ составил 12,41 ммоль/л (SD. 7,33) / 9,94 ммоль /л (SD 4,57). Более 80% показателей гликемии находились в целевом диапазоне от 3,9 до 10 ммоль/л у 23,3% пациентов с сахарным диабетом. Наиболее распространенным методом лечения была инсулинотерапия, проводимая по методу скользящей шкалы -36,9% пациентов, инсулинотерапия методом скользящей шкалы + инсулинотерапия внутривенно-12,3% пациентов и инсулинотерапия внутривенно- только в 5,6% случаев. У пациентов без диабета средний уровень глюкозы крови при поступлении / во время пребывания в ОРИТ составил 6,72 ммоль/л (SD 2,27) / 6,5 ммоль/л (SD 1,99). У 30 % пациентов без диабета развилась стрессовая гипергликемия, 19% из них получали инсулин (по методу скользящей шкалы). Только у 6,45% пациентов со стрессовой гипергликемией 80% и более значений гликемии находилось в целевом диапазоне от 3,9 до 7,8 ммоль / л. По данным литературы время в целевом диапазоне гликемии от 3,9 до 7,8 ммоль/л > 80% тесно связано с выживанием у критически больных пациентов без сахарного диабета. Что касается исходов ОИМ, смертность в группе пациентов с СД составила 11,7% против 9,1% в группе пациентов без СД ($p < 0,05$). В группе пациентов с ОИМ без СД с нормогликемией внутрибольничная смертность составила 5,5% против 35,5% у пациентов с ОИМ и стрессовой гипергликемией ($p < 0,005$).

Выводы. У пациентов с гипергликемией (как с СД, так и без СД) исходы острого инфаркта миокарда хуже. Наше исследование выявило недостаточное качество контроля гликемии у пациентов с ОИМ и гипергликемией в ОРИТ. Причиной плохого контроля гликемии может быть широкое использование ин-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

сулинотерапии методом скользящей шкалы вместо инсулинотерапии внутривенно по стандартизованному протоколу, что рекомендуется в большинстве международных протоколов. Наши данные подтверждают необходимость измерения гликемии крови на момент поступления в стационар всем пациентам с ОИМ. Измерение гликемии крови, несмотря на лёгкость проведения анализа, тем не менее часто не выполняется у пациентов с ОИМ без анамнеза СД.