

УДК 616.127-005.8+616.12-008.331.1

І.П.Вакалюк, В.В.Васильчук

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Кафедра терапії №3 з курсом сестринської справи (зав. – проф. І.П.Вакалюк)
Івано-Франківського державного медичного університету

Резюме. Проаналізовано перебіг гострого періоду інфаркту міокарда в 50 хворих, у яких гострий коронарний синдром виник на фоні цукрового діабету. Встановлено, що поєднання гострого коронарного синдрому та цукрового діабету супроводжується більш вираже-

ною дисліпідемією, обширним ураженням серцевого м'яза та високим ризиком виникнення ускладнень.

Ключові слова: інфаркт міокарда, цукровий діабет, гострий коронарний синдром.

Вступ. За останні десятиліття відзначається різке зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД). У 2000 році у світі зареєстровано 171 млн. хворих на ЦД. За прогнозами експертів до 2010 року число таких пацієнтів збільшиться до 239,4 млн., а в 2030 році складатиме 371 млн. чоловік [2]. Поряд з ЦД сьогодні невинно зростає захворюваність на ішемічну хворобу серця (ІХС). У 2000 році в Україні зареєстровано 5,9 млн. хворих на ІХС [1]. Проблема полягає в тому, що поєднання ЦД та ІХС не тільки значно гірше відображається на стані здоров'я хворих, ніж окремий перебіг цих захворювань, але й зумовлює частіший розвиток ускладнень. За даними різних авторів, патологія серцево-судинної системи виявляється у 90–100% хворих на ЦД. На відміну від загальної популяції у хворих на ЦД у 3 рази частіше виникають ураження коронарних судин [3,4]. Гострий коронарний синдром (ГКС), як період вираженого загострення ІХС, має певні особливості клінічного перебігу за наявності супутнього ЦД.

Мета дослідження. Встановити клінічні особливості перебігу ГКС у хворих на ЦД.

Матеріал і методи. Обстежено 100 хворих на ГКС віком $59,5 \pm 2,3$ року. Усі хворі розподілені на 2 групи: у 50 пацієнтів ГКС поєднувався з ЦД, в інших 50 осіб ЦД не було. ГКС проявлявся нестабільною стенокардією (відповідно у 80,0 і 84,0% хворих) або інфарктом міокарда (відповідно у 20,0 і 16,0% осіб). Всі хворі отримували стандартну терапію ГКС, і за показаннями – лікування ЦД.

Досліджували клінічний перебіг ГКС у перші години розвитку захворювання, наявність супутньої артеріальної гіпертензії (АГ), частоту виникнення порушень ритму та провідності, гемодинамічно значущих ознак порушень скоротливості лівого шлуночка (ЛШ) тощо. Визначали величини артеріального тиску (АТ) і частоти серцевих скорочень. Стан ліпідного обміну аналізували за рівнем холестерину та тригліцеридів у сироватці крові з використанням наборів фірми "Lachema". Стан серцевої гемодинаміки оцінювали за показниками ехокардіографії, аналізували стан скоротливості ЛШ за змінами фракції викиду (ФВ,%).

Пацієнтів спостерігали в процесі гострого періоду та в подальшому на стаціонарному етапі реабілітації протягом 3-6 тижнів лікування. Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням програми "Statistica 5,0" (Stat Soft Inc., США).

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз результатів дослідження виявив ряд особливостей клінічного перебігу ГКС у хворих на ЦД. Необхідно відмітити більшу кількість осіб жіночої статі серед хворих цієї групи в порівнянні з групою пацієнтів, що перенесли ГКС без ЦД (відповідно 50 та 24%). Отримані дані свідчать про те, що частота виникнення ГКС у жінок зростає за наявності супутнього ЦД. Середній вік хворих вказаних груп практично не відрізнявся і становив відповідно $59,4 \pm 1,2$ та $61,9 \pm 1,1$ року.

У хворих на ГКС при супутньому ЦД частіше реєструється АГ (90% проти 62% у групі зіставлення). При цьому середні рівні систолічного та діастолічного АТ вищі в основній групі хворих у порівнянні з аналогічними показниками контрольної групи. Систолічний АТ відповідно становив $159,92 \pm 5,03$ та $154,50 \pm 2,20$ мм рт.ст., а діастолічний АТ – $97,88 \pm 3,14$ та $94,70 \pm 2,20$ мм рт.ст. відповідно ($p > 0,05$).

Аналіз даних рівня цукру крові виявив, що в пацієнтів основної групи цей показник складає $10,99 \pm 0,63$ ммоль/л, що майже у 2 рази вище, ніж у пацієнтів без ЦД – $5,63 \pm 0,17$ ммоль/л ($p < 0,01$).

Важливо відмітити, що у хворих на ГКС та із супутнім ЦД достовірно більші розлади ліпідного обміну, ніж у пацієнтів із ГКС без ЦД. Так, при дослідженні біохімічних показників крові було встановлено, що середній рівень загального холестерину в групі хворих на ЦД $5,25 \pm 0,23$, у контрольній групі – $4,39 \pm 0,19$ ммоль/л ($p < 0,01$); рівень β -ліпопротеїнів – $6096,0 \pm 366,3$ та $4749,0 \pm 246,9$ ммоль/л відповідно ($p < 0,01$); рівень тригліцеридів – $1,13 \pm 0,07$ та $0,94 \pm 0,06$ г/л відповідно ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що в організмі пацієнтів із ГКС на фоні ЦД відбуваються комплексні розлади обміну речовин, а не тільки порушення вуглеводного обміну. Такі метаболічні зміни негативно впливають на функціонування пошкодженого при ГКС міокарда та суттєво погіршують як процес видужання, так і прогноз таких пацієнтів.

При аналізі скоротливості ЛШ як за клінічними, так і ехокардіографічними даними виявлено у хворих на ГКС із супутньою патологією зниження показників ФВ, які в середньому становили $49,00 \pm 1,05\%$ ($p < 0,05$). За частотою виникнення порушень ритму і провідності хворі на ГКС з і без ЦД не відрізнялись. Частота виникнення порушень ритму становила у них відповідно 40,6 і 28,4%. Клінічному перебігу ГКС на фоні ЦД властиві більш тривале утримання електрокардіографічних ознак ішемічного пошкодження міокарда та сповільнені темпи фазності ішемічних змін (особливо за наявності Q-некрозу міокарда).

Таким чином, виникнення коронарної недостатності на фоні ЦД характеризується низкою своєрідних клінічних, інструментальних та лабораторних проявів, що може суттєво змінювати перебіг як гострого періоду захворювання, так і стримувати відновні процеси в міокарді. При ЦД виникають нові патогенетичні чинники, які можуть суттєво змінити звичний перебіг захворювання і підвищити ризик виникнення ускладнень. За таких умов виникає необхідність розробки нових методів відновного лікування хворих, визначення оптимальних схем медикаментозної терапії та термінів реабілітації.

Висновок

ГКС на фоні ЦД властивий ряд клінічних, інструментальних та біохімічних змін, які у своїй сукупності створюють передумови більш тяжкого перебігу захворювання, збільшують ризик розвитку ускладнень у ранньому та пізньому періоді захворювання, стримують ефективність відновного лікування та реабілітації.

CLINICAL PECULIARITIES OF ACUTE CORONARY SYNDROMES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

I.P. Vakaliuk, V.V. Vasylychuk

Abstract. The authors have analyzed the course of the acute stage of myocardial infarction in 50 patients who developed acute coronary syndrome against a background of diabetes mellitus. It has been established that a combination of acute coronary syndrome and diabetes mellitus is accompanied by a more pronounced dyslipidemia, an extensive injury of the cardiac muscle and a high risk of the onset of complications.

Key words: myocardial infarction, diabetes mellitus, acute coronary syndrome.

State Medical University (Ivano-Frankivsk)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №3.- P.19-20

Надійшла до редакції 2.06.2006 року

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення чинників перебігу ГКС на фоні ЦД повинно бути спрямоване, з одного боку, на встановлення нових особливих аспектів патогенезу, а з іншого – на розробку вдосконалених методів відновного лікування.

Література

1. Кишко М.М., Росул М.М. Деякі особливості клінічного перебігу ішемічної хвороби серця у хворих за наявності супутнього цукрового діабету 2 типу // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту, серія «Медицина». – 2005. – Вип. 25. – С. 76-79.
2. Тронько М.Д., Паньків В.І. Клінічна ефективність та організація програми скринінгу цукрового діабету в Коломийському районі Івано-Франківської області // Ендокринологія. – 2005. – Т. 10, №1. – С. 5-13.
3. Джахангиров Т.Ш. Сахарный диабет как проблема современной кардиологии // Кардиология. – 2005. – №10. – С. 55-61.
4. Рыбченко Ю.Б., Соколова Л.К. Поражение сердца при сахарном диабете: факторы риска и механизмы развития // Укр. мед. часопис. – 2004. – №4. – С. 92-99.
5. Cordero A., Alegria E. Sex differences and cardiovascular risk // Heart. – 2006. – Vol. 92, N2. – P.146-147.
6. Marwick T.H. Diabetic heart disease // Heart. – 2006. – Vol. 92, N3. – P.296-300.
7. McGuire D., Emanuelsson H., Granger C. et al. Influence of diabetes mellitus on clinical outcomes across the spectrum of acute coronary syndromes. Findings from the GUSTO-III Study // Eur. Heart. J. – 2000. – Vol. 21, N21. – P.1750-1758.