**УДК: 616.127-005.8-036.11:616.379-008.64**

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТа 2 ТИПА**

Д.А.Фельдман 1,  Н.Г. Рындина 1, П.Г.Кравчун 1, В.И.Леонидова 2, Нарижная А.В.1

1Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии имени академика Л.Т.Малой, г. Харьков, Украина.

2Коммунальное некоммерческое предприятие «Городская клиническая больница №27» Харьковского городского совета, г. Харьков, Украина.

**Введение.** Дестабилизация течения ишемической болезни сердца (ИБС) в виде развития острого инфаркта миокарда (ОИМ) остаётся важной причиной инвалидизации и смертности во всем мире. ОИМ является ведущей нозологической формой в структуре ИБС в течение многих лет [1]. Ежегодно в мире отмечается более 15000000 новых случаев ОИМ. В 2015 году в Украине заболеваемость ОИМ составила 120,6 на 100 000 населения, а смертность - 10063 с 594796 человек [2]. На современном этапе лечения ОИМ согласно приказам Министерства охраны здоровья Украины № 164 от 03.03.2016 г. и № 455 от 02.07.2014 г. с использованием тромболитической терапии, перкутанных вмешательств существенно улучшились результаты лечения. Однако в ряде случаев прогноз остается неблагоприятным, что обусловлено в значительной степени наличием коморбидной патологии. Сахарный диабет (СД) 2 типа является фактором, обусловливающим неблагоприятное течение ИБС. На сегодняшний день, в мире, 347 млн ​​человек болеют сахарным диабетом, 90% из них составляет СД 2 типа. Распространенность СД в Украине составляет 1264500 человек [3]. Таким образом, СД 2 типа является глобальной проблемой не только в Украине, но и во всем мире. Риск смертности повышается у больных ОИМ с сопутствующим СД 2 типа. Осложнения ОИМ у больных с сопутствующим СД 2 типа - актуальные вопросы современной кардиологии [4]. По результатам REACH-реестра (реестр клинических признаков атеросклероза) установлено, что летальность больных с ОИМ без сопутствующего СД 2 типа составляет лишь 8,6% по сравнению с 16,1% больными ОИМ с сопутствующим СД 2 типа соответственно (р˂0,01) [5]. **Цель.**Проанализировать особенности клинического течения  острого инфаркта миокарда в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего сахарного диабета  2 типа. **Материалы и методы.**Дизайн исследования составили 120 больных, которые были разделены на 2 группы: 1 группу составили больные ОИМ с сопутствующим СД 2 типа (n = 70), 2 группа - больные ОИМ без сопутствующего СД 2 типа (n = 50). Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу (60 мужчин (50%) и 60 женщин (50%), средний возраст - 66,35 ± 0,91 лет, р <0,05). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, среди которых 12 женщин (60%) и 8 мужчин (40%). Средний возраст составил 45,17 ± 2,88 лет. Все пациенты, которые были включены в исследование, подписали добровольное информированное согласие на участие. Диагнозы были установлены согласно действующим критериям. Диагноз ОИМ был определен согласно приказам Министерства охраны здоровья Украины №455 от 02.07.2014 года, № 436 от 03.07.2006 года. Диагноз СД 2 типа был определен в соответствии с совместимыми рекомендациям Американской диабетической ассоциации (ADA-American diabetes association) и Европейской ассоциации по изучению СД (EASD-European association for the study of diabetes) - 2015 год. Всем больным проводили общие клинические и инструментальные обследования. Статистическая обработка полученных проведена с помощью программного пакета «Statistica 6,0» (StatSoft Inc, США). **Результаты и обсуждение.**Исследование индекса массы тела (ИМТ) у обследуемых пациентов показал, что у больных 1-ой группы среднее значение ИМТ соответствовало 31±6,08 кг/м 2 , у больных 2-ой группы - 27,08±4,62 кг/м 2 (U -1007,5; р - 0,00008), что продесонстрировано на графике 1.



График 1. Среднее значение ИМТ у больных 1-ой и 2-ой групп.

Среднее значение ИМТ больных 1-ой группы соответствует ожирению 1-ой степени.

Исследование сократительной функции левого желудочка по параметру фракции выброса (ФВ), показало, что среднее значение ФВ у больных 1–ой группы соответсвовало-44,9±9,81%, у больных 2-ой группы - 47,8±9,24 % (U -1297,5; р - 0,02), что продемонстрировано на графике 2.

****

График 2. Среднее значение ФВ у больных 1-ой и 2-ой групп.

Обследование больных по шкале GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events), которое позволяет оценить риск летальности и развития ОИМ на госпитальном этапе и в течение 6 месяцев после ОИМ, а также определить оптимальный способ лечения, продемонстрировало следующие результаты: среднее значение шкалы GRACE у больных 1-ой группы соответствовало 153,24±43,97 б., у больных 2-ой группы - 136,5±36,84 б. (U -1026,5, р-0,04), что продемонстрировано на графике 3.

****

График 3. Среднее значение по шкале GRACE у больных 1-ой и 2-ой групп.

Исходя из вышеописанного, оценка риска по шкале GRACE у больных 1-ой группы соответствует высокому риску внутрибольничной смертности (>3%) и высокому риску смертности в течении первых 6-ти месяцев после выписки из стационара (>8%); оценка риска по шкале GRACE у больных 2-ой группы соответствует промежуточному риску внутрибольничной смертности (1-3%) и высокому риску смертности в течении первых 6-ти месяцев после выписки из стационара (>8%). Все пациенты были распределены на 4 группы по классу тяжести ОИМ по Killip. В таблице продемонстрированы классы тяжести ОИМ по Killip.

Таблица 1. Классы тяжести обследуемых больных с ОИМ по Killip.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Класс тяжести ОИМ по Кillip | І группа | ІІ группа |
| І | 41,43% | 70% |
| ІІ | 15,71% | 14% |
| ІІІ | 28,57% | 6% |
| ІV | 14,29% | 10% |

Пациенты 1-ой группы: І класс был выявлен у 29 человек (41,43%), ІІ класс – у 11 больных (15,71%), ІІІ класс – у 20 больных (28,57%), ІV класс – у 10 больных (14,29%). Пациенты 2-ой группы: І класс был выявлен у 35 больных (70%), ІІ класс – у 7 больных (14%), ІІІ класс – у 3 больных (6%), ІV класс – у 5 больных (10%).

 Из вышеперечисленного, следует отметить, что прогностически неблагопритными в отношении класса тяжести ОИМ по Killip были больные 1-ой группы, у которых был диагностирован сопутствующий СД 2 типа, у которых чаще, по сравнению с больными 2-ой группы, встречались такие осложнения, как сердечная астма, острая левожелудочковая недостаточность и кардиогенный шок.

Летальные случаи имели место у 9 больных, которые входили в состав 1-ой группы, что составляет 12,86%  и у 4 больных 2 й группы , что составляет 8%.

**Выводы.**Таким образом, проведенное исследование показало, что у больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа имело место осложнённое клиническое течение острого инфаркта миокарда  по сравнению с изолированным инфарктом миокарда, что делает актуальным данный вопрос для кардиологов, эндокринологов и медицинских представителей других отраслей, а также требует дальнейшего изучения патогенетических механизмов этих коморбидных состояний для выбора современных методов терапевтических мероприятий.

**Литература**

1. A Comparison of Intracoronary with Intravenous Glyco-protein IIb/IIIa Inhibitors During Percutaneous Coronary Intervention in 157 Patients with Acute Coronary Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials / G. Fu, L. Jia, Y. Wang [et al.] //Journal of Interventional Cardiology. – 2012. – Vol. 25, N 3. – P. 223–234.

2.Проблеми здоров’я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах . / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Д. М Мороз [та ін.] ; за ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацького ; ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України. – 2016. – 261 с.

3. Заклади охорони здоров’я та захворюваність населення України у 2013 році. Державна служба статистики України. Статистичний бюл., м. Київ, 2014 [Електроний ресурс]. URL:www.ukrstat.gov.ua (дата звернення: 28.12.2014).

4. Ryden L. et al. Guideline on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases,executive summary. Europ Heart J. 2007. Vol. 28. P. 88-136.

5. Zeymer U. Diabetes as coronary artery disease equivalent revisited. Results of the prospective REACH-registry / U. Zeymer // European Heart Journal. - 2011. - Vol. 32. - P.65