

Секция 9. Медицинские науки

Альмуханова Айжан Болатовна

*PhD-докторант, Казахский Национальный медицинский
университет им. С. Д. Асфендиярова,
Алматы, Республика Казахстан;*

Барменбаева Майра Олжабаевна

*Аспирант, Кыргызская Государственная
медицинская академия им. Ахунбаева*

Толеу Есбол Тынысбекулы

*PhD-докторант,
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,
Алматы, Республика Казахстан;*

Жангелова Шолпан Болатовна

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,
Казахский Национальный медицинский
университет им. С. Д. Асфендиярова,
Алматы, Республика Казахстан;*

Сахов Оразбек Сраилович

*К.м.н., заведующий рентгенопреационным отделением
Городского кардиологического центра,
Алматы, Республика Казахстан;*

Туякбаева Алина Геннадьевна

*Заведующая кардиологическим отделением №5,
Городской кардиологический центр,
Алматы, Республика Казахстан;*

**К АНАЛИЗУ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У
БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и некомпенсированных форм сахарного диабета (СД) характеризуется: нестабильностью течения

заболевания; многофакторным поражением миокарда левого желудочка с нарушением диастолической функции и сравнительно низким миокардиальным резервом и большей распространенностью безболевой формы ишемии миокарда[1, с. 35-39]. Согласно данным доказательной медицины более высокие уровни повторной реваскуляризации после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в сравнении с коронарным шунтированием (КШ), у больных СД [2, с.78-84].

Цель исследования: определение удельного веса больных с СД среди пациентов подвергшихся реваскуляризации, особенности поражения коронарных артерий на фоне СД.

Материалы и методы исследований: проанализировали 4216 истории болезни пациентов, которым была проведена коронароангиография, по результатам которой было проведено стентирований в 1291 случае, было рекомендовано операций АКШ в 807 случаях, остальным пациентам рекомендовано консервативное лечение. Проведено КШ в кардиоцентре 304 пациентам, из которых СД был у 201 пациентов. Средний возраст больных составил $60 \pm 1,02$ лет. Среди обследованных больных мужчин было 71%, женщин – 29%. Все пациенты были госпитализированы с острым коронарным синдромом (ОКС). ОКС с подъемом ST сегмента выявлен у 37,2% пациентов, а ОКС без подъема ST сегмента – у 62,8% больных. Все обследованные пациенты имели многососудистое поражение коронарных артерий, в среднем на одного больного приходилось $3,5 \pm 0,4$ пораженных артерий. На момент включения в исследование число больных с компенсированным СД составляло 14%, с субкомпенсированным СД – 72% и декомпенсированный СД отмечен у 14%. Таким образом, обследованная группа больных представляла собой достаточно тяжелый контингент с выраженной клиникой коронарной недостаточности, многососудистым поражением. Все больные, перенесшие АКШ были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные ИБС и сахарным диабетом (n-201), 2-я группа – ИБС без диабета (n-103).

Таблица 1. Сравнительная характеристика клинико-анамнестических данных сравниваемых групп, которым проведена АКШ

Показатели	Пациенты с СД	Пациенты без СД
Количество больных- 304, из них:	201	103
Возраст	64,4±2,1	52±1,8*
Мужской пол/Женский пол, в %	62,7/37,3	88,6/11,4
Курение,%	35,8	68,9*
Гиперлипидемия, %	47,8	90,3*
Артериальная гипертензия,%	96,5%	69,9%
Избыточный вес, %	27,9	23,3
Ожирение, %	10,4	12,6
Острый инфаркт миокарда	20,4	14,6*
Нестабильная стенокардия	60,2	84,5*
Безболевая ишемия	33,3	5,8*
Перенесенный ранее инфаркт миокарда	69,5	47,6*

*достоверная разница $P \leq 0,05$ между сравниваемыми группами.

Результаты исследований и их обсуждение: Распространенность факторов риска среди 304 пациентов, которым было выполнено коронарное шунтирование: преобладали мужчины, курение в 3 раза чаще наблюдалось в группе пациентов без сахарного диабета, дислипидемия у больных 2-й группы встречалась гораздо чаще, чем у больных с сахарным диабетом ($p=0,05$). У больных сахарным диабетом имелись типичные изменения липидного профиля, так называемая триада дислипидемии – гипертриглицеридемия, низкий уровень липопротеидов высокой плотности, высокий уровень липопротеидов низкой плотности.

По результатам теста на тропонин I (AXSYM SYSTEM, ИФА) ОКС в 70,6% случаев трансформировал в инфаркт миокарда (ИМ) и в 28,2% - в нестабильную стенокардию (НС) в 1-й группе, а в группе пациентов без сахарного диабета 61,4% в ИМ и 30,2% - в НС.

У обследованных нами больных с ИБС и СД безболевая ишемия миокарда встречалась намного чаще, чем у больных без СД (33,3% против 5,8%, $p=0,001$) (табл. 1).

По данным эхокардиографического исследования дилатация полости левого желудочка (ЛЖ) выявлена нами у 59% больных с СД, у 41% размеры

ЛЖ были в пределах нормы (табл. 2). У больных без сахарного диабета соотношение было обратным: у 42% больных определялась дилатация ЛЖ, а у 58% больных ее не было. У пациентов с сахарным диабетом при таком же множественном поражении коронарных артерий отмечено большее поражение миокарда левого желудочка, проявляющееся в меньшей фракции выброса (ФВ) ($p=0,007$), (46% в 1-й группе против 54% во 2-й группе). Диастолическая дисфункция ЛЖ была распространена больше у больных с сахарным диабетом.

Таблица 2. Эхокардиографические показатели больных ИБС с сахарным диабетом и без него

Показатели	Пациенты с СД	Пациенты без СД
КДО,мл (средняя по группе)	139±6,1	121±5,7
КСО,мл (средняя по группе)	70±7,2	58±4,4
Фракция выброса,% (средняя по группе)	44±1,4	56±1,5*
Нормокинез, (количество больных в %)	30,3	52,4
Гипокинез (количество больных в %)	63,7	39,8
Акинез (количество больных в %)	19,4	10,5
Диастолическая дисфункция (количество больных в %)	85,1%	49,5%

Гемодинамически значимое стенозирование коронарных артерий у больных с СД составляло $3,9±0,3$ и $2,7±0,2$ у больных без СД. Стеноз ствола левой коронарной артерий – в 54,2% (60,1%), правой межжелудочковой ветви – 76,6% (78,6%), правой коронарной артерий – 41,7% (70,8%) и огибающей ветви – в 73,6% (75,7%) случаев в 1-й и 2-й группе соответственно. При многососудистом поражении у больных ИБС многоуровневое поражение коронарных артерий не всегда зависит от наличия или отсутствия сахарного диабета. У больных с СД характерно диффузное поражение коронарных артерий (без образования локальных гемодинамически значимых стенозов при характерной неровности контуров и поражение коронарных артерий малого диаметра). У больных с СД частота встречаемости такого диффузного характера поражения была больше, по сравнению с лицами без диабета (36,8% в 1-й группе против 14,6% во 2-й группе, $p=0,01$). При ИБС наличие сахарного

диабета сопровождалось преобладанием поражения средней и дистальной трети коронарных артерий и диффузным гемодинамически незначимым их изменением. Наибольшая степень сужения коронарных артерий у больных с диабетом наблюдалась в ветвях второго порядка.

Таким образом, сочетание сахарного диабета и ишемической болезни сердца характеризуется повышением риска ИБС у женщин более, чем в 3 раза, нестабильностью течения заболевания; большей распространенностью безболевого формой ишемии миокарда и многофакторным поражением миокарда левого желудочка с нарушением диастолической функции. Преобладание поражения средней и дистальной трети коронарных артерий и диффузным гемодинамически незначимым их изменением и наибольшей степенью сужения коронарных артерий в ветвях второго порядка и артерий малого калибра.

Список литературы

1. Бузиашвили Ю.И., Асымбекова Э.У., Мацкеплишвили С.Т., Тугеева Э.Ф., Нерсесьянц Л.Г., Баркалая Л.Р., Шуваев И.П. Кардиоинтервенционное лечение больных сахарным диабетом 2 типа с ИБС / Научно-практический медицинский журнал «Сахарный диабет», №1, 2008-С.35-39
2. Токсанбаева Г. Т., Бекболатова Ш. Б., Сейтсултанова Ж. М., Рысбекова А. А., Айкынқызы Г., Сауранова Ж. Т. ОСОБЕННОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ / International Scientific and Practical Conference "WORLD SCIENCE"- ISSN 2413-1032-№ 2(2), Vol.2, October 2015.-С. 78-84.