

Рассчитанный при поступлении, в течение 20 мин., показатель ГЛИ, наряду с анамнезом, физикальным осмотром и данными ЭКГ, может стать наиболее ранним критерием риск-стратификации больного с острым коронарным синдромом. Его значение выше 0,9 у.е. с большой вероятностью предсказывает риск таких осложнений ОИМ как кардиогенный шок, отек легких, фатальные нарушения ритма сердца, летальность, что должно мотивировать врача к более активной и агрессивной тактике наблюдения и лечения пациентов. Высокие значения ГЛИ при поступлении сопряжены с большим объемом и тяжестью поражения симптом-связанной артерии при ОИМ и характеризуются худшими результатами тромболитической терапии и операций по реваскуляризации миокарда интервенционными методами.

СТРЕССОВАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Х. А. Бацигов, С. В. Жернаков, С. В. Козлов, В. В. Коробов, А. З. Шарафеев (Екатеринбург, Казань)

Нарастание нарушений углеводного обмена в популяции обусловило интенсивное его изучение в последнее десятилетие при острой коронарной патологии.

Цель работы и задачи. Изучить параметры гипергликемии как фактора риска и прогноза течения при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Материал и методы. Обследовано 164 пациента с ОИМ в первые сутки заболевания без сахарного диабета в анамнезе. Возраст от 22 до 84 лет, в среднем $55,7 \pm 0,95$ лет. Удельный вес мужчин составил 79% (130 человек), женщин – 21% (34 человека). У 70% больных регистрировался инфаркт миокарда с зубцом Q, а в 29% случаев он имел характер повторного поражения. В 60% (99 пациентов) зона локализации инфаркта была по передней стенке. Первичные чрескожные коронарные вмешательства (коронарография, ЧТКА, стентирование) проведены 51 больному (30%), фибринолитическая терапия – 41 больному (25%). Общая летальность в выборке – 17%.

Диагноз верифицирован клинически, электрокардиографически, определялись ранние и поздние маркеры некроза миокарда (тропонин Т, КФК, МВ-КФК, ЛДГ). Сывороточная глюкоза определялась при поступлении, на вторые и третьи сутки.

Полученные результаты и обсуждение. Содержание глюкозы крови при остром инфаркте миокарда по времени имеет фазовый характер, принимая максимальные значения в период пика действия стрессовых факторов, снижаясь к норме по мере их модификации или изменения амплитуды воздействующих факторов (лечение, течение заболевания).

Дисперсионный анализ с высокой степенью достоверности выявил большие значения глюкозы крови в первые сутки ОИМ у умерших пациентов ($9,03 \pm 0,54$ ммоль/л у умерших, против $7,3 \pm 0,22$ ммоль/л у выживших, $p=0,0032$), с кардиогенным шоком ($9,05 \pm 0,5$ ммоль/л с шоком, против $7,0 \pm 0,22$ ммоль/л без него, $p=0,00003$), отеком легких ($8,9 \pm 0,52$ ммоль/л, против $7,2 \pm 0,22$ ммоль/л без отека, $p=0,0011$) и пациентов с 3-й и 4-й степенями острой сердечной недостаточности по Killip ($p=0,00015$ $p=0,00012$, соответственно). Более высокий уровень гликемии регистрировался также у пациентов с желудочковой тахикардией (ЖТ) ($9,6 \pm 0,64$ ммоль/л с ЖТ, против $7,2 \pm 0,21$ ммоль/л без ЖТ, $p=0,00002$), фибрилляцией желудочков (ФЖ) ($9,64 \pm 0,70$ ммоль/л с ФЖ, против $7,24 \pm 0,22$ ммоль/л без ФЖ, $p=0,00003$). При анализе ангиографических данных отмечены большие значения глюкозы крови у пациентов с феноменом невосстановления кровотока (no-reflow) ($9,7 \pm 0,40$ ммоль/л при no-reflow, против $8,4 \pm 0,41$ ммоль/л без нее, $p<0,05$). Впервые выявлено, что значения глюкозы нарастают параллельно количеству пораженных сосудов. Так, при однососудистом поражении уровень глюкозы крови составил в среднем $7,7 \pm 0,40$ ммоль/л, при двухсосудистом поражении – $8,3 \pm 0,60$ ммоль/л, трехсосудистом – $9,3 \pm 0,60$ ммоль/л ($p1-3<0,05$). При большей степени исходного стеноза коронарных артерий регистрировались и большие значения глюкозы крови ($p<0,05$). Достоверно высокие значения гликемии регистрировались и у больных, которым была проведена срочная реваскуляризация миокарда интервенционными методами ($p=0,005$).

При корреляционном анализе выявлены умеренные и средние уровни взаимосвязи глюкозы крови с фибрилляцией желудочков ($r=-0,53$ при $p<0,0001$), кардиогенным шоком ($r=-0,4$, $p<0,0001$), отеком легких ($r=-0,4$, $p<0,0001$), с третьей и четвертой степенью ОСН ($r=0,45$ и $r=0,46$, $p<0,0001$ и $p<0,001$, соответственно), желудочковой тахикардией и формированием аневризмы ЛЖ ($r=-0,41$, $r=0,30$ при $p<0,0001$ и $p<0,01$, соответственно), летальностью ($r=0,31$, при $p<0,01$).

Выводы:

1. Тяжесть течения инфаркта миокарда, частота развития тех или иных осложнений статистически достоверно связаны с уровнем концентрации глюкозы крови при поступлении.
2. При значениях глюкозы крови в первые сутки более 8,0 ммоль/л наблюдается статистически достоверное увеличение случаев кардиогенного шока, отека легких, желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков и летальности.
3. Концентрация глюкозы крови при поступлении коррелирует с исходно большей степенью стеноза симптом-связанной артерии и меньшим ангиографическим успехом при проведении реваскуляризации миокарда интервенционными методами.