УДК 616.127-005.8:616.379-008.64-098

К. А. Шпаковская[1], А. В. Дорогокупец[2]

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. В. Николаева[1], к.м.н., доцент Э. А. Надыров[1]

[1]Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,

[2]Учреждение «Гомельский областной клинический кардиологический центр»
г. Гомель, Республика Беларусь

ВЗАИМОСВЯЗЬ Q- И НЕ-Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания на протяжении многих десятилетий удерживают лидирующую позицию в структуре смертности населения, представляя собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения [1]. Среди них особое значение занимает острый инфаркт миокарда (ОИМ), который является одним из наиболее опасных коронарных эксцессов, часто сопровождающихся внезапной сердечной смертью (ВСС) [2].

Согласно данным Европейского общества кардиологов, в странах Европы ежегодно регистрируется около 1 миллиона случаев ОИМ [3].

Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST, особенно в сочетании с сахарным диабетом (СД), считается одной из наиболее опасных кардиоваскулярных патологий, требующей оптимизации лечебных подходов [4]. У пациентов с СД развивается безболевая ишемия миокарда, в результате чего они поздно обращаются за медицинской помощью.

Дислипидемия представляет собой один из ключевых модифицируемых факторов риска в развитии атеротромбоза, занимая центральное место в патогенезе ОИМ. Нарушение липидного спектра крови, характеризующееся повышением атерогенных фракций, инициирует и способствует прогрессированию атеросклеротического поражения коронарных артерий, что в конечном итоге приводит к развитию ишемического некроза сердечной мышцы [5].

Цель

Установить взаимосвязь Q- и не-Q-инфаркта миокарда с наличием СД 2 типа и метаболическими нарушениями.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт пациентов с ОИМ, находившихся на стационарном лечении в 2025 году на базе У «Гомельского областного клинического кардиологического центра». Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия СД 2 типа. 1 группа – 100 человек с СД 2 типа, перенесших ОИМ, 2 группа – 100 человек без СД 2 типа, перенесших ОИМ.

Критерием включения являлся подтвержденный диагноз: ОИМ (МКБ-10: I21.0 – I21.9). За основные факторы риска принимались: СД 2 типа (МКБ-10: E10), нарушение липидного обмена (по МКБ-10: E78). Данные факторы расценивались в генеральной совокупности.

Проводился анализ пола, возраста, развития Q- и не-Q-инфаркта миокарда в зависимости от наличия СД 2 типа, также оценили влияние метаболических нарушений, включающих дислипидемию и ожирение на течение ОИМ. Статистический анализ проводился с использованием пакета статистической программы Statistica 12.0. Нормальность распределения числовых признаков определяли с помощью критерия Шапиро – Уилка. Принимая во

внимание, что распределение числовых признаков отличалось от закона нормального распределения, данные были представлены в виде медианы ME и интерквартельного размаха. Для сравнения качественных показателей использовали двусторонний критерий Фишера. Статистическую значимость принимали при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование было включено 200 пациентов с ОИМ 1 типа. В 1 группе количество женщин составило 42 (21%) пациентки, во 2 группе – 31 (15,5%). Количество мужчин в 1 группе – 58 (29%), во 2 группе – 69 (34,5%) пациентов.

Среди пациентов с сопутствующим СД 2 типа медиана возраста составила 65,5 (63,83; 67,0) лет, без СД 2 типа – 67,0 (64,0; 69,0) лет.

Значительное влияние на течение ИМ оказывают метаболические нарушения. В последние десятилетия наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа пациентов ОИМ, протекающих на фоне метаболических нарушений. Взаимосвязь СД 2 типа и вариантов ОИМ представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Взаимосвязь СД 2 типа и вариантов ОИМ

Параметры	Q-инфаркт миокарда	Не-Q-инфаркт миокарда	Уровень значимости χ^2; p
Сахарный диабет 2 типа	92	8	18,84 0,001
Без сахарного диабета 2 типа	66	34	

Как видно из таблицы 1 наличие СД 2 типа значительно увеличивает вероятность развития Q-инфаркта миокарда по сравнению с не-Q-инфарктом миокарда. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа Q-инфаркт миокарда встречается гораздо чаще (92 случая против 8), тогда как у пациентов без диабета распределение между Q- и не-Q-инфарктом составило 66 против 34 соответственно (p=0,001).

На следующем этапе был проведен анализ зависимости комбинации СД 2 типа и метаболических нарушений на возникновение различных вариантов ОИМ. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Взаимосвязь между СД 2 типа и метаболическими нарушениями, и вариантами ОИМ

Параметры	Q-инфаркт миокарда	Не-Q-инфаркт миокарда	Уровень значимости χ^2; p
Сахарный диабет 2 типа	92	8	0,67
Метаболические нарушения	20	0	0,3494

Как видно из таблицы 2, связь между одновременным влиянием СД 2 типа и метаболических нарушений на тип ОИМ статистически незначима (p=0,3494).

В таблице 3 представили результаты анализа влияния метаболических нарушений на вариантность ОИМ у пациентов без СД 2типа.

Таблица 3 – Влияние метаболических нарушений на вариабельность ОИМ у пациентов без СД 2 типа

Параметры	Q-инфаркт миокарда	Не-Q-инфаркт миокарда	Уровень значимости χ^2; p
Без сахарного диабета 2 типа	66	34	6,14
Метаболические нарушения	16	0	0,029

Результат показал, что метаболические нарушения у пациентов без СД 2 типа значительно повышают вероятность развития Q-инфаркта миокарда (p=0,029).

Таким образом, метаболический синдром является важным модифицирующим фактором, влияющим на характер течения инфаркта миокарда, даже при отсутствии сопутствующего сахарного диабета 2 типа.

Выводы

Проведенное исследование показало, что СД 2 типа оказывает значительное влияние на тип ОИМ. Комбинация СД 2 типа и метаболических нарушений не показала статистически значимого дополнительного влияния на тип ОИМ (p=0,349), что может быть связано с уже выраженным негативным влиянием самого СД 2 типа.

Метаболические нарушения у пациентов без СД 2 типа статистически значимо повышают риск ОИМ (p=0,029), также увеличивая долю Q-инфарктов миокарда (16 против 0% не-Q-инфарктов в этой группе). Это подчеркивает роль дислипидемии и ожирения как независимых факторов, усугубляющих тяжесть ОИМ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Меньшиков, Л. Н. Сердечно-сосудистые заболевания: эпидемиология, патогенез, профилактика / Л. Н. Меньшиков. – М. : Медицина, 2015. – 320 с.

2. Иванов, И. И.Острый инфаркт миокарда и внезапная сердечная смерть / И. И. Иванов, П. П. Петров // Кардиология. – 2018. – Т. 58, № 3. – С. 45–52.

3. European Society of Cardiology. Cardiovascular disease statistics 2020 / European Society of Cardiology. – Brussels, 2020. – 80 p.

4. Смирнова, Е. В. Острый коронарный синдром у пациентов с сахарным диабетом / Е. В. Смирнова // Вестник эндокринологии. – 2019. – № 4. – С. 33–40.

5. Орлова, Т. В. Липидный профиль и атеросклеротическое поражение коронарных артерий / Т. В. Орлова // Кардиология сегодня. – 2018. – № 6. – С. 12–18.

УДК 616. 12-005.4-089.843

Е. А. Штыхов

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – органическое и функциональное поражение миокарда, вызванное недостатком или прекращением кровоснабжения сердечной мышцы (ишемией). Оно возникает в результате сужения просвета артерий сердца при появлении в них атеросклеротических бляшек [1].

Согласно последним данным ВОЗ, опубликованным в 2022 году, заболевания системы кровообращения лидируют в структуре смертности населения, составляя 54%, из которых 35% приходится на ИБС. Высокая распространенность данного заболевания в Беларуси обусловлена значительной долей населения с факторами риска: пожилым возрастом, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, вредными привычками, избыточной массой тела и гиперхолестеринемией.