



*Рисунок 1 – Патология щитовидной железы у пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией*

### **Выводы**

Среднегодовая заболеваемость первичной иммунной тромбоцитопенией у детей Гомельской области составила 19 случаев. Пик заболеваемости пришелся на возраст 7 лет, чаще болели мальчики. Превалировало острое течение ИТП и сухая форма.

Патология щитовидной железы выявлена у 25,7% детей с ИТП. Превалировали зоб (53,1%) и аутоиммунный тиреоидит (24,5%). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости мониторинга состояния и функции щитовидной железы у детей с первичной иммунной тромбоцитопенией. Кроме того, косвенно подтверждается взаимосвязь ИТП с аутоиммунным тиреоидитом.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Ходулева, С. А.* Распространенность и структура заболеваемости идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей Гомельской области Республики Беларусь / С. А. Ходулева, Т. И. Козарезова // Гематология и трансфузиология. – 2005. – № 2. – Т. 50. – С. 25–28.
2. *Новикова, И. А.* Клиническая и лабораторная диагностика : учебное пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск : Выш. шк., 2023. – 400 с.
3. *Ризакова, Д. П.* Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, вопросы патогенеза // Мирская наука. – 2023. – № 6 (75). – С. 112–115.
4. Геморрагические диатезы : учебно-методическое пособие для студентов 5–6 курсов всех факультетов медицинских вузов, врачей общей практики, терапевтов / З. В. Грекова [и др.] – Гомель : Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2017. – 76 с. – ISBN 978-985-506-976-9. – EDN ZSEPXJ.

**УДК 616.127-005.8-08:616.379-008.64**

**Н. С. Денисенко, И. А. Селиванов**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА**

### **Введение**

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре летальности во всем мире, а острый инфаркт миокарда представляет собой одну из актуальнейших проблем современной медицины [1].

Инфаркт миокарда – острый некроз участка сердечной мышцы, обусловленный нарушением коронарного кровотока.

Одним из факторов развития инфаркта миокарда является сахарный диабет, поскольку он является причиной развития множества микро- и макрососудистых осложнений. Было отмечено, что у пациентов с сахарным диабетом 7-летний риск развития инфаркта миокарда составляет 20,2%, в то время как у пациентов без диабета 3,5% [2]. Доказано, что при повышении уровня глюкозы в крови, острый инфаркт миокарда сопровождается более тяжелыми клиническими проявлениями и имеет менее благоприятный прогноз.

Также известно, что при инфаркте миокарда в результате стрессовой ситуации в организме возникает транзиторная гипергликемия. У пациентов с такой ответной реакцией наблюдается более тяжелое течение данного заболевания [3].

### ***Цель***

Проанализировать течение инфаркта миокарда у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, транзиторной гипергликемией и нормальным уровнем содержания глюкозы в крови.

### ***Материал и методы исследования***

Материалами исследования явились карты стационарного больного 48 пациентов УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Статистическая обработка данных проведена с использованием приложения Statistica v.10. Так как полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, согласно критерию Шапиро – Уилка, они были представлены в формате Me (Q1; Q3), где Me – медиана, Q1; Q3 – верхний и нижний квартили. Так как данные являются непараметрическими, для оценки различий между не зависимыми группами применялся критерий Манна – Уитни. Результаты исследования считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В ходе исследования нами были сформированы 3 группы пациентов, перенесших инфаркт миокарда. В первую группу вошли 10 пациентов, имеющих сопутствующий диагноз сахарный диабет 2 типа. Вторую группу составили 9 пациентов, у которых наблюдалась транзиторная гипергликемия. Третью группу составили 29 пациентов с нормальным содержанием глюкозы в крови.

В первой группе 30% пациентов – женщины, 70% – мужчины. Во второй и третьей группе женщин 22 и 3%, а мужчин 78 и 97% соответственно.

Средний возраст пациентов из первой группы – 62 года, из второй – 63,5, из третьей – 59 лет.

В ходе исследования нами была проведена оценка лабораторно-инструментальных показателей, позволяющих наиболее точно оценить течение инфаркта миокарда у сформированных групп, данные представлены в таблице 1.

Нарушения проводимости (СА-блокады, АВ-блокады, блокады правой или левой ножки пучка Гиса) в первой группе отмечались у 20% пациентов, в то же время как во второй и в третьей у 44 и у 7% соответственно.

Нарушения ритма (наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы, пароксизм желудочковой тахикардии, пароксизм фибрилляции предсердий) были отмечены у 20% пациентов из первой, 56% – из второй и 34% из третьей группы.

В общем анализе крови (ОАК) на первые и третьи сутки нами отмечено, что у пациентов в группе с сахарным диабетом значения лейкоцитов и СОЭ выше, чем значения этих же показателей у пациентов с нормальным содержанием глюкозы в крови. Это может быть обусловлено уже имевшимися, хронически текущими воспалительными процессами, сопровождающими сахарный диабет.

В ОАК на 14-е сутки в каждой группе наблюдается тенденция к повышению СОЭ, однако наиболее резко выраженные изменения в ОАК у пациентов с сахарным диабетом.

Таблица 1 – Лабораторно-инструментальные показатели у пациентов с инфарктом миокарда

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	p-value1,3	p-value1,2	p-value2,3
Возраст	62[54-71]	63,5[60-68]	59[52,5-65,5]	0,595436	0,761935	0,238859
ИМТ	33[ 27,9-36,3]	29,9[27,2-31,9]	26,35[24,05-28,9]	0,007605 *	0,226302	0,018560 *
6-мин тест (улучш в %)	11,4[ 2,5-26]	13[2,4-14,2]	16,15[7,55-24,95]	0,618355	0,898327	0,267897
ИЛС	1,3125[1,13-1,38 ]	1,5625[ 1,38-1,75]	1,25[1,09-1,44]	0,695411	0,145970	0,015425 *
			ОАК 1 СУТКИ			
Палочкоядерные нейтр	5[3-6]	3,5[3-5]	4[2-5]	0,509445	0,356357	0,936391
Лейкоциты	8,15[6,6-10,7]	9,5[7,4-11]	9,4[8,1-11,8]	0,187792	0,705352	0,431308
СОЭ	20[13-25]	12[5-28]	14[8-20]	0,164233	0,161500	0,497652
Гемоглобин	141[135-149]	140[134-155]	147[138-157]	0,273278	1,000000	0,607682
			ОАК 3 СУТКИ			
Палочкоядерные нейтр	3[ 3-4]	4[3-4]	3[2-5]	0,948653	0,694255	0,656752
Лейкоциты	6,9[5,7-7,7]	7,8[7,2-9,1]	8,3[7-10,9]	0,012510 *	0,121086	0,382826
СОЭ	30,5[21-47 ]	18[10-39]	15[10-23]	0,003652 *	0,074013	0,583011
	140[ 123-155]	142,5[125-146]	141[133-146]	0,864099	0,909519	0,837248
			ОАК 14 СУТКИ			
Палочкоядерные нейтр	3[ 3-4]	3[2-4]	3[2-4]	0,500147	0,798041	0,717440
Лейкоциты	7,7[ 6,2-9,1]	7,3[6,6-8]	7,5[6,8-9]	0,840640	0,934897	0,693742
СОЭ	36[23-38 ]	30[25-34]	17[13-33]	0,034800 *	0,595450	0,159252
Гемоглобин	130[ 125-148]	142[135-147]	146[138-151]	0,129020	0,682697	0,312459
			БАК 1 СУТКИ			
Общий белок	72,2[ 67,4-74,9]	73,4[70,2-79,25]	73,25[67,5-74,4]	0,866591	0,561276	0,336241
Креатинин	85,4[ 68,3-97]	87,4[73,5-91,5]	83,5[75,7-90]	0,784660	0,791082	0,968862
Общий билирубин	13,2[8,75-16 ]	13[9,9-21,8]	12,3[9,7-15,1]	0,941617	0,494837	0,393038
АЛТ	35,2[32-80,1 ]	32,35[ 27,6-38,5]	26,55[19,6-49,1]	0,282079	0,437742	0,367758
АСТ	54,2[ 34-268]	78,9[41,6-103,5]	45[26,6-73,7]	0,370724	0,902523	0,150874
			ЭхоКГ			
ЛП в б-режиме мм	41,5[ 40-44]	41[39-44]	38[36-40]	0,037778 *	1,000000	0,011760*
ФВ%	58[ 53-60]	56[48-63]	59[52-65]	0,631805	0,879650	0,320789

Также нами была выявлена корреляционная зависимость между показателем ИМТ у лиц из первой и второй группы относительно третьей. В первой и второй группе средний показатель ИМТ значительно превышает норму, что, вероятнее всего, будет являться причиной аналогичной зависимости по показателю Размер левого предсердия в В-режиме.

В группе лиц с транзиторной гипергликемией наблюдается более высокий уровень индекса локальной сократимости, также в данной группе у 100% пациентов диагностирован трансмуральный инфаркт миокарда. Следовательно, можно предположить, что транзиторная гипергликемия вызвана более серьезными ишемическими повреждениями в миокарде.

### **Выводы**

Таким образом, в результате проведенного исследования, нами были выявлены:

1. Выраженные изменения в показателях общего анализа крови (лейкоциты и СОЭ) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и имеющих сопутствующий диагноз сахарный диабет второго типа.
2. Зависимость между показателями ИМТ и Размер левого предсердия в В-режиме.
3. Факторы, влияющие на развитие транзиторной гипергликемии – увеличенный ИМТ, повышенный ИЛС, нарушения проводимости и ритма, глубина поражения миокарда.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Телкова, И. Л. Диагностическая и прогностическая значимость гликемии в остром периоде инфаркта миокарда / И. Л. Телкова, Р. С. Карпов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Т. 6, № 8. – С. 46–51. – EDN IJWXZR.
2. Зацепина, М. Н. Особенности течения и осложнений острого инфаркта миокарда при сахарном диабете 2 типа / М. Н. Зацепина, Ф. О. Ушанова, Т. Л. Богачева // Focus Эндокринология. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 42–47. – DOI 10.15829/1560-4071-2023-25. – EDN ZBIIJG.
3. Транзиторная гипергликемия при острых формах ишемической болезни сердца / Н. А. Никулина [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2023. – № 20(2). – С. 49–58.
4. Гипергликемия как фактор риска осложненного инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста / А. А. Голикова [и др.] // Клиническая медицина. – 2014. – Т. 92, № 11. – С. 65–71. – EDN SXJFKJ.