

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ ДО ТА ПІСЛЯ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ\*

Біловол О. М., Кравчун П. П., Кадикова О. І., Ринчак П. І., Габісонія Т. Н.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків  
kadikova.olga@mail.ru*

Одним із основних факторів, що визначають прогноз пацієнтів із гострим коронарним синдромом (ГКС), є адекватність медичної допомоги в перші години захворювання, оскільки саме в цей період спостерігається найвища летальність [1].

Ключовим завданням у лікуванні хворих на ГКС із підйомом сегмента ST є проведення реперфузійного втручання. Пріоритетність перкутанного коронарного втручання (ПКВ) над стратегією фармакологічного тромболілізу для більшості клінік залишається поки важко здійсненим завданням, зважаючи на різні чинники. Виконання тромболітичної терапії (ТЛТ) на догоспітальному етапі здійснюється досить успішно за умови потрапляння в «золоту годину» від початку ГКС [2, 3]. ТЛТ входить до переліку обов'язкових заходів за

наявності показань та відсутності протипоказань згідно з Рекомендаціями з діагностики, профілактики та лікування серцево-судинних захворювань Української асоціації кардіологів (2014) [5].

Інноваційним напрямком є вивчення особливостей клінічного перебігу, структурно-функціональних параметрів міокарда та впливу на зазначені показники реперфузійної терапії у хворих із синтропічною патологією, а саме гострим інфарктом міокарда (ГІМ), цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та ожирінням, обтяжлива дія котрих обумовлена єдністю патогенезу.

Метою нашої роботи було проведення ретроспективного аналізу до та після реперфузійної терапії шляхом оцінки особливостей перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих на цукровий діабет 2 типу та ожиріння.

---

\*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України «Нейрогуморальні ефекти в прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом» (№ держреєстрації 0108U007051).

Дослідження фінансується за власні кошти авторів статті.

Автори гарантують колективну відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 26.01.2015.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження включено 58 хворих, що перенесли ГІМ, з супутнім ЦД 2 типу та ожирінням. У дослідження не залучали хворих із тяжкою супутньою патологією органів дихання, травлення, нирок та осіб з онкологічними захворюваннями.

Діагноз ГІМ визначали за критеріями ESC/ACCF/АНА/WHF (2012) [4]. Діагноз ЦД 2 типу встановлювали відповідно до сучасних рекомендацій American Diabetes Association (ADA) та Європейської Асоціації з вивчення ЦД (EASD) згідно критеріїв діагностики діабету. При діагностиці хронічної серцевої недостатності (ХСН), що виникла на тлі перенесеного ГІМ, й формуванні клінічних груп використовували класифікацію Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA,

1964) з урахуванням рекомендацій Української асоціації кардіологів (2014) з визначенням клінічної стадії ХСН, її варіанта й функціонального класу (ФК) [5].

Для характеристики ожиріння визначали індекс маси тіла (ІМТ) (індекс Кетле), який розраховували за формулою:

$$\frac{\text{маса тіла, кг}}{\text{площа тіла, м}^2}$$

Клінічна характеристика хворих, яким проводили реперфузійну терапію, наведено у табл. 1.

У якості невідкладної реперфузійної терапії (не пізніше, ніж через 30 хвилин після доставки хворого в лікарню) 58 хворим було проведено системний ферментний тромбо-

Т а б л и ц я 1  
Клінічна характеристика хворих із гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням, яким проводилась реперфузійна терапія

Показник		$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$ , n, (%)
Середній вік, рік		58,29 ± 7,64
Стать	Чоловіки	39 (67,24 %)
	Жінки	19 (32,76 %)
Вік	Зрілий	37 (63,79 %)
	Похилий	21 (36,21 %)
Термін захворювання ІХС	відсутня	29 (50,00 %)
	до 1 року	12 (20,69 %)
	1–5 років	3 (5,17 %)
	більше 5 років	14 (24,14 %)
Фактори ризику ІХС	АГ	58 (100 %)
	Паління	46 (79,31 %)
	ЦД 2 типу	58 (100,00 %)
	Ожиріння	58 (100,00 %)
	Анамнез	51 (87,93 %)
САТ, мм рт. ст.		137,00 ± 12,00
ДАТ, мм рт. ст.		81,00 ± 8,00
ЧСС, ударів за 1 хвилину		79,00 ± 10,00
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>		35,89 ± 3,46

Примітка. n — кількість обстежених осіб, АГ — артеріальна гіпертензія, ІХС — ішемічна хвороба серця, САТ — систолічний артеріальний тиск, ДАТ — діастолічний артеріальний тиск, ЧСС — частота серцевих скорочень.

лізис із урахуванням протипоказань [5] та неможливості проведення первинного перкутанного коронарного втручання (ПКВ).

ТЛТ проводили тенектеплазою у дозах згідно з [5] наступним чином: одне внутрішньовенне болюсне введення у дозі 30 мг, якщо вага пацієнта менше 60 кг; у дозі 35 мг, якщо вага пацієнта 60–70 кг; у дозі 40 мг, якщо вага пацієнта — 70–80 кг; 45 мг, якщо вага 80–90 кг; 50 мг — якщо вага понад 90 кг.

Нами також було використано додаткову антитромбоцитарну й антикоагулянтну терапію: усі хворі отримували ацетилсаліцилову кислоту в першій дозі 300 мг з наступним використанням дози — 75 мг на добу; клопідогрель у першій дозі 300 мг з наступним використанням дози — 75 мг на добу; еноксапарин у пацієнтів віком понад 75 років: 30 мг внутрішньовенно болюсно, а через 15 хв. — 1 мг/кг підшкірно кожні 12 год. до виписки з лікарні (максимум 8 днів). Перші дві дози не перевищували 100 мг у пацієнтів віком понад 75 років. Внутрішньовенно болюсно не призначали; починали з першої дози 0,75 мг/кг підшкірно (максимум 75 мг для перших двох доз) у пацієнтів із кліренсом креатиніну < 30 мл/хв. (незалежно від віку) підшкірно вводили один раз на добу.

Тенектеплаза, ацетилсаліцилова кислота, еноксапарин і клопідогрель є антитромботичною комбінацією, яка найбільш активно вивчалась як складова фармакоінвазивної стратегії, зокрема, у дослідженні стандартної ангіопластики та стентування після фібринолізу для посилення реперфузії при ГІМ (дослідження «TRANSFER») [6], норвезькому дослідженні лікування ГІМ з елевацією сегмента ST в умовах оточуючої місцевості (дослідження «NORDISTEMI»),

дослідженні «GRACIA-2» [7] і дослідженні «GRACIA-3».

У випадку невеликого фібринолізу або за наявності ознак повторної оклюзії чи повторного ІМ (з рецидивом підйому сегмента ST) 32 пацієнтам було проведено негайну ангіографію та екстрене ПКВ.

Усім хворим проводили загальноклінічні та інструментальні обстеження. Ехокардіографічні дослідження проводили за стандартною методикою Фейгенбаум Х. на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). У М-режимі визначали наступні параметри лівого шлуночка (ЛШ): кінцевий діастолічний розмір (КДР) (см), кінцевий систолічний розмір (КСР) (см), товщину задньої стінки (ТЗСЛШ) (см), товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП) (см). Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) і систолічний об'єм (КСО) (мл) ЛШ розраховували за методом Simpson (1991), після чого обчислювали фракцію викиду (ФВ) ЛШ (%). Також визначали розмір лівого передсердя (ЛП) (см) та аорти (см).

Отриманий цифровий матеріал проаналізовано статистично. Аналізували показники абсолютного ризику (АР; %), відносного ризику (ВР), відносини шансів (ВШ), з розрахунком довірчого інтервалу (ДІ) для ВР і ВШ, а також достовірності частотного розподілу за критерієм  $\chi^2$  з поправкою Мантеля-Хенцеля. Кількісні ознаки при нормальному розподілі були представлені у вигляді середнього арифметичного та його похибки ( $\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$ ), для порівняння середніх двох вибірок використовували t-критерій Ст'юдента. Для всіх видів аналізу відмінності вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх хворих, яким проводили реперфузійну терапію, реєстрували больовий та аритмічний синдроми. З приводу больового синдрому наркотичні анальгетики використовували у 26 (81,25%) пацієнтів, а ненаркотичні — у 6 (18,75%). Найбільш представленим був аритмічний синдром. Так, екstrasistolію реєстрували у 10 (31,25%) хворих, синусову тахікардію та фібриляцію перед-

сердь — у 8 (25,00%), синусову брадикардію — у 4 (12,50%) (табл. 2). Часто реєстрували: асistolію — у 2 (6,25%) осіб та ідіоventрикулярний ритм — у 8 (25,00%).

Описуючи агіографічну характеристику обстежених хворих (табл. 3), слід зазначити, що найчастіше зустрічались 2- та 3-судинне ураження вінцевого русла (40,63% та 46,88%, відповідно), при цьому односудинне

ураження виявлено лише у 12,5 % хворих. У 56,25 % випадків локалізація симптом-обумовлюючого стенозу відповідала проксимальному характеру ураження, дещо рідше спостерігалась локалізація атеросклеротичного ураження на рівні середньої треті (34,38 %), а дистальні та множинні ураження мали ще меншу розповсюдженість (6,25 % та 3,12 %, відповідно).

Лівий тип кровопостачання виявлено у 14 хворих (43,75 %), проти 11 хворих (34,38 %) з правим типом та 7 хворих (21,87 %) із збалансованим типом кровопостачання.

Ангіографія показала наявність звуження просвіту артерій різного ступеня у всіх 32 хворих. Із них у 2 пацієнтів (6,25 %) було

виявлено гемодинамічно незначущі стенози, які мали звуження просвіту судин менше 50 %. У 30 пацієнтів (93,75 %) встановлено звуження просвіту судин понад 50 %. У хворих з гемодинамічно значущими стенозами виявлено наступні звуження просвіту віцевих судин: у 5 (15,63 %) осіб — на 51–75 % та у 18 (56,25 %) хворих — на 75–95 %. Субтотальні/тотальні стенози та оклюзії встановлено у 7 хворих (21,87 %).

Ангіографічне дослідження, яке було проведено, мало не лише діагностичний, а і терапевтичний характер. Усім хворим проведено ПКВ (n = 32) та встановлено стенти у коронарні судини.

Після застосування реперфузійної терапії покращився клінічний стан хворого за ра-

Т а б л и ц я 2

**Структура аритмічного синдрому у хворих із гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням**

Структура аритмічного синдрому	n, (%)
Екстрасистолія	10 (31,25 %)
Синусова тахікардія, фібриляція передсердь	8 (25,00 %)
Синусова брадикардія	4 (12,50 %)
Асистолія	2 (6,25 %)
Ідіовентрикулярний ритм	8 (25,00 %)

П р и м і т к а. n — кількість обстежених осіб.

Т а б л и ц я 3

**Ангіографічні параметри хворих із гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням**

Параметр	n, (%)	
Ураження коронарних судин	без стенозів	0 (0,00 %)
	1-судинне	4 (12,50 %)
	2-судинне	13 (40,63 %)
	3-судинне	15 (46,88 %)
Характер ураження	проксимальне	18 (56,250 %)
	середня третина	11 (34,30 %)
	дистальне	2 (6,25 %)
	множинні	1 (3,12 %)
Тип кровопостачання	лівий	14 (43,750 %)
	правий	11 (34,38 %)
	збалансований	7 (21,87 %)

П р и м і т к а. Як у табл. 2.

хунок відсутності больового синдрому. Визначено наявність лише реперфузійних аритмій, які не потребують лікування. За даними електрокардіографічного дослідження встановлено зниження елевації сегменту ST.

Динаміка ехокардіографічних показників у хворих на ГІМ із супутнім ЦД 2 типу та ожирінням до та після реперфузійної терапії представлена в табл. 4. Реперфузійна терапія мала позитивний вплив на всі показники ЕхоКГ, проте щодо таких показників, як КДО, КСО, ТМШП та ТЗСЛШ — відзначено лише тенденцію до зниження їх рівня. Значущих змін зазнали ЛП (значення цього показника знизилось на 13,72%), КДР (на 17,44%), КСР (на 11,72%) та ФВ підвищилась на 14,83% після реперфузії міокарда. І хоча даний показник не є «жорсткою» кінцевою точкою, цей ефект можна також розглядати в якості клінічно значущого, так як існує прямий причинно-наслідковий зв'язок між ФВ і системною гемодинамікою та прогресуванням ІХС. Таким чином, відновлення коронарного кровотоку у хворих із ГІМ, ЦД 2 типу та ожирінням значно збільшує скорочувальну функцію міокарда та сприяє адаптивному ремоделюванню ЛШ.

Спираючись на той факт, що використання принципів доказової медицини є основною методологією сучасного дослідника, на більшість питань, які виникають перед клініцистами, можна отримати відповідь, ви-

ходячи з аналізу частоти клінічних подій. Ефективність двох різних підходів лікування ми оцінювали, у першу чергу, шляхом підрахунку частоти «позитивних» і «негативних» результатів протягом періоду спостереження. Виходячи з принципу розрахунку, при всіх довірчих інтервалах ВР та ВШ більше «1», можна стверджувати про переваги ревазуляризації за даним клінічним результатом (медикаментозне лікування — це метод контролю по відношенню до ревазуляризації у нашому випадку). При аналізі частоти серцево-судинної смертності і, відповідно, ймовірності виживання протягом 1-го року після ревазуляризації можна відзначити, що в групі після ПКВ абсолютний ризик загальної смертності знизився на 4,2% порівняно з групою після ТЛТ, що склало так звану «терапевтичну користь» даного методу [8]. Переважання «відносної ймовірності» і «Шансів виживання» пацієнтів після ревазуляризації склало, відповідно, 1,03 (0,95–1,09) і 1,83 (1,64–2,53), що свідчить про деяку перевагу ПКВ над ТЛТ (табл. 5).

Виразний абсолютний ефект був встановлений щодо покращення якості життя хворих похилого та старшого віку у вигляді суттєвого зниження частоти госпіталізації на 17% після коронарного стентування в порівнянні з ТЛТ, що підтверджується значущим покращенням ВР 1,52 (1,19–1,93) та ВШ 3,16 (1,52–7,43) на користь хірургічного

Таблиця 4

Динаміка ехокардіографічних показників до та після проведення реперфузійної терапії, ( $\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$ )

Показник	До реперфузійної терапії	Після реперфузійної терапії	p
ЛП, см	5,03 ± 0,06	4,34 ± 0,04	p < 0,05
КДР, см	6,71 ± 0,08	5,54 ± 0,06	p < 0,05
КСР, см	4,18 ± 0,07	3,69 ± 0,06	p < 0,05
КДО, мл	198,36 ± 3,40	181,29 ± 3,60	p > 0,05
КСО, мл	94,18 ± 1,70	88,35 ± 2,10	p > 0,05
ФВ, %	41,86 ± 0,80	49,15 ± 0,70	p < 0,05
ТМШП, см	1,48 ± 0,03	1,47 ± 0,02	p > 0,05
ТЗСЛШ, см	1,44 ± 0,01	1,41 ± 0,02	p > 0,05

методу та більш високим ризиком і «Шансами» на повторну госпіталізацію у хворих з ТЛТ ( $p < 0,001$ ). Клінічно важливим результатом для аналізу якості життя хворих вважався перехід ХСН в більш низький ФК (IV в III, IV в II, III в II). Таким чином, хворих аналізували за принципом ефекту «є — не має». У підсумку нами отримані результати, що свідчать про абсолютну користь реваскуляризації міокарда з даного результату. Так, позитивні результати в групі ПКВ були відзначені в 95 % клінічних спостережень, у той час як у групі ТЛТ — тільки 15 %, тобто ефект хірургічного методу склав 80 %. Ймовірність поліпшення класу ХСН була значущою: ВР 8,74 (3,69–19,37) та ВШ 91,5 (20,2–328,6);  $p < 0,001$ .

Ефективність реваскуляризації міокарда оцінювали також з позиції впливу на деякі додаткові клініко-інструментальні показники. За такими показниками, як рівень артеріального тиску (АТ) та ЧСС значущих відмінностей досягнуто не було. Цільове значення АТ було досягнуто у 75 % пацієнтів після ТЛТ і 76 % хворих після ПКВ.

При аналізі частоти серцево-судинної смертності та ймовірності виживання після ПКВ відзначено зниження ризику «загальної смертності» на 4,2 %. Було встановлено суттєве зниження частоти госпіталізацій, по-

ліпшення клінічного перебігу ХСН, приріст коронарного резерву серця після ПКВ в порівнянні з ТЛТ. За даними ехокардіографії, після коронарного стентування відзначений значущий приріст ФВ ЛШ в кінці періоду спостереження у пацієнтів проти хворих, яким проводилась ТЛТ.

Дана проблема вимагає подальшої розробки з метою вироблення чіткої клінічної оцінки.

Слід зазначити, що подібні дані про перевагу коронарного стентування перед ТЛТ підтверджуються результатами низки досліджень [9, 10]. Так, у дослідженні АСІР протягом дворічного спостереження смертність у групах хворих, які отримували медикаментозне лікування, склала 6,6 %, у групі хворих, яким була проведена реваскуляризація міокарда, цей показник дорівнював 1,1 %. У дослідженні RITA 2 за період спостереження кількість смертей та інфарктів міокарда в групі ПКВ склали 6,3 %; у групі медикаментозного лікування — 3,3 % ( $p = 0,02$ ), також виконання ПКВ викликало більш значне зменшення симптоматики у хворих з вираженою стенокардією. З іншого боку, за даними дослідження TIME, довгострокова виживаність у хворих зі стабільною стенокардією класу II і вище (по Канадській класифікації) у віці понад 75 ро-

Т а б л и ц я 5

**Ефективність перкутанного коронарного втручання проти тромболітичної терапії у хворих із гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням**

Група	АР, %	ВР (95 % ДІ)	ВШ (95 % ДІ)
Вживаність			
ПКВ (n = 32)	96,4	1,03 (0,95–1,09)	1,83 (1,64–2,53)
ТЛТ (n = 58)	92,2	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Зменшення частоти госпіталізацій			
ПКВ (n = 32)	81	1,52 (1,19–1,93)	3,16 (1,52–7,43)
ТЛТ (n = 58)	64	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Зменшення ФК			
ПКВ (n = 32)	95	8,74 (3,69–19,37)	91,5 (20,2–328,6)
ТЛТ (n = 58)	15	$p < 0,001$	$p < 0,001$

Примітка. n — кількість обстежених осіб.

ків була схожою в групах ПКВ і медикаментозного лікування, хоча в обох групах спостерігалось зменшення симптоматики стенокардії та поліпшення якості життя [11]. У дослідженні COURAGE, одному з найбільш масштабних, завершених до даного часу, не було виявлено значущих відмінностей в частоті розвитку основних серцево-судинних ускладнень за винятком меншої

частоти нападів стенокардії в групі інвазивного лікування в перші роки спостереження. Однак необхідно відзначити, що в дослідженні COURAGE не включали пацієнтів з високим ризиком. Таким чином, можливість поширення даних дослідження COURAGE на загальну популяцію хворих із хронічною формою ІХС представляється досить обмеженою [12].

## ВИСНОВКИ

1. Відновлення коронарного кровотоку шляхом реперфузійної терапії у хворих з гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням позитивно впливає на клінічний стан хворого, значно збільшує скорочувальну функцію міокарда та сприяє адаптивному ремодельованню лівого шлуночка.
2. У хворих з гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням встановлено значуще зниження частоти госпіталізацій, поліпшення клінічного перебігу хронічної серцевої недостатності, приріст коронарного резерву серця після перкутанного коронарного втручання в порівнянні з тромболітичною терапією.

## ЛІТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Shilov AM, Melnyk MV, Osea SA. *Bulletin of Anesthesiology and Intensive Care* 2010; 7(5): 36–42.
2. Bonnefoy E, Lapostolle F, Leizorovicz A, et al. *Lancet* 2002; 360: 825–829.
3. Danchin N, Coste P, Ferrieres J, et al. *Circulation* 2008; 118: 268–276.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. *Circulation* 2012; 126: 2020–2035.
5. Sirenko YM, Stepanenko AV, Morozov AM, et al. Acute coronary syndrome with elevation segment ST. Graded clinical guidelines based on evidence, *Kyiv*, 2014:112 p.
6. Cantor WJ, Fitchett D, Borgundvaag B, et al. *N Engl J Med* 2009; 360:2705–2718.
7. Fernandez-Aviles F, Alonso JJ, Pena G, et al. *Eur Heart J* 2007; 28: 949–960.
8. Fletcher RW, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical epidemiology. 3 Sub ed. *Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins*; 1996.
9. Pepine CJ, Bourassa MG, Chaitman BR, et al. *J Card Surg* 1999; 14(1):1–8.
10. Henderson RA, Pocock SJ, Clayton TC, et al. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42:1161–1170.
11. Pfisterer M. *Circulation* 2004; 110(10): 1213–1218.
12. Boden WE, O'rourke RA, Teo KK, et al. *Am J Cardiol* 2007; 99(2):208–212.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ ДО ТА ПІСЛЯ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Біловол О. М., Кравчун П. П., Кадикова О. І., Ринчак П. І., Габісонія Т. Н.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків  
kadikova.olga@mail.ru*

На основі обстеження 58 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням оцінено особливості клінічного перебігу та параметри центральної гемодинаміки до та після реперфузійної терапії у даній категорії пацієнтів. Доведено, що відновлення коронарного кровотоку шляхом реперфузійної терапії у хворих з гострим інфарктом міокарда, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням позитивно впливає на клінічний стан хворого, значно збільшує скорочувальну функцію міокарда та сприяє адаптивному ремоделюванню лівого шлуночка. У хворих встановлено значуще зниження частоти госпіталізацій, поліпшення клінічного перебігу хронічної серцевої недостатності, приріст коронарного резерву серця після перкутанного коронарного втручання в порівнянні з тромболітичною терапією.

**Ключові слова:** гострий інфаркт міокарда, цукровий діабет 2 типу, ожиріння, реперфузійна терапія.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Беловол А. Н., Кравчун П. П., Кадыкова О. И., Рынчак П. И., Габисония Т. Н.

*Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, г. Харьков  
kadikova.olga@mail.ru*

В статье оценены особенности клинического течения и параметры центральной гемодинамики у больных с острым инфарктом миокарда, сахарным диабетом 2 типа и ожирением до и после реперфузионной терапии. Было обследовано 58 пациентов с острым инфарктом миокарда, сахарным диабетом 2 типа и ожирением. Восстановление коронарного кровотока путем реперфузионной терапии у больных с острым инфарктом миокарда, сахарным диабетом 2 типа и ожирением положительно влияет на клиническое состояние больного, значительно увеличивает сократительную функцию миокарда и способствует адаптивному ремоделированию левого желудочка. У больных с острым инфарктом миокарда, сахарным диабетом 2 типа и ожирением установлено достоверное снижение частоты госпитализаций, улучшение клинического течения хронической сердечной недостаточности, прирост коронарного резерва сердца после перкутанного коронарного вмешательства по сравнению с тромболитической терапией.

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, сахарный диабет 2 типа, ожирение, реперфузионная терапия.

## THE FEATURES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND OBESITY BEFORE AND AFTER REPERFUSION THERAPY

O. M. Bilovol, P. P. Kravchun, O. I. Kadykova, P. I. Rynchak, T. N. Gabisoniia

*Kharkiv National Medical University  
kadikova.olga@mail.ru*

The features and central cardiohemodynamics indexes were estimated in patients with acute myocardial infarction, type 2 diabetes and obesity before and after reperfusion therapy. It was examined 58 patients with acute myocardial infarction, type 2 diabetes and obesity. Restoration of coronary blood flow by reperfusion therapy in patients with acute myocardial infarction, type 2 diabetes and obesity positive impacted on the clinical condition of the patient, increases the contractile function of the myocardium and promotes adaptive left ventricular remodeling. In patients with acute myocardial infarction, type 2 diabetes and obesity was found a significant reduction in the incidence of hospitalizations, improve the clinical course of chronic heart failure, coronary reserve increase of the heart after percutaneous coronary intervention compared with thrombolytic therapy.

**Keywords:** acute myocardial infarction, type 2 diabetes, obesity, reperfusion therapy.