



ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

В.И. Коломиец, А.М. Одуд, Ю.С. Одуд

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, Российская Федерация

ВВЕДЕНИЕ

Эндотелий синтезирует субстанции, необходимые для контроля и регуляции многих функций в организме. Он обладает функциональной способностью эндокринного органа, регулируя сосудистый тонус, гемостаз, иммунный и воспалительный ответ, неоваскуляризацию.

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) в сочетании с окислительным стрессом являются важными патологическими механизмами сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) атеросклеротического генеза и сосудистых осложнений при сахарном диабете (СД). Перенесенная коронавирусная инфекция (КВИ) ускоряет атерогенез, усугубляет ЭД и приводит к развитию новой или прогрессированию существующей ишемической болезни сердца (ИБС), являясь иницирующим фактором в развитии диабетических сосудистых осложнений.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Установить влияние КВИ на развитие ЭД у больных хронической ИБС, сочетанной с СД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находился 61 пациент с хронической ИБС и СД. Диагностика базировалась на стандартах обследования больных ИБС и СД, а также включала холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ в течение 24 часов, пробу с реактивной гиперемией на плечевой артерии (ПА) для определения эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Основную группу исследуемых составил 41 больной с хронической ИБС, сочетанной с СД, которые перенесли КВИ различной степени тяжести, подтвержденную лабораторно.

В группу сравнения вошли 20 пациентов с аналогичной сочетанной патологией, но без КВИ в анамнезе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиническая картина хронической ИБС у больных СД, перенесших КВИ, характеризовалась симптомами нарушения вегетативной нервной системы сердца. У них выявлялись: сердцебиение (75,6%), одышка (70,7%), перебои в работе сердца (29,2%) и астенический синдром (65,8%). При ХМ ЭКГ в 46,3% случаев была обнаружена диагностически значимая депрессия сегмента ST по ишемическому типу без болевых ощущений (ББИМ). По результатам пробы с реактивной гиперемией исходный диаметр ПА в сравниваемых группах достоверно не различался (3,7±1,2 мм и 4,2±1,0 мм соответственно; $p>0,05$). У всех больных основной группы была диагностирована вазомоторная ЭД. При этом ЭД в виде недостаточного прироста диаметра ПА (<10% от исходного) была выявлена в 41,4% случаев, в виде отсутствия прироста диаметра ПА – в 24,6%, а патологическая вазоконстрикция обнаруживалась у 34% пациентов.

У больных группы сравнения также выявлялись признаки нарушения регуляции вегетативной системы сердца, но степень выраженности и частота возникновения симптомов были значительно меньше. Так, сердцебиение обнаруживалось в 35% случаев, перебои в работе сердца – в 20%, одышка – в 40%, астенический синдром у 30% больных. Среди пациентов группы сравнения эпизоды ББИМ выявлены в 30% случаев. По данным пробы с реактивной гиперемией у 45% больных не выявлено нарушений вазомоторной функции эндотелия (ЭЗВД > 10%). У 55% обнаружено нарушение ЭЗВД: у 30% из них в виде недостаточного прироста диаметра ПА, у 15% – в виде отсутствия прироста диаметра ПА и в виде патологической вазоконстрикции – у 10%.

ВЫВОДЫ

Сравнительный анализ результатов исследования больных основной и группы сравнения указывает на то, что течение хронической ИБС, сочетанной с СД, при КВИ в анамнезе сопровождается дисфункцией вегетативной нервной системы сердца на 28-30% более выраженной при увеличении частоты ББИМ (46,3% и 30% соответственно; $p<0,05$) и усугублении ЭЗВД в виде недостаточного прироста диаметра ПА (41,4% и 30% соответственно; $p<0,05$), отсутствия прироста диаметра ПА (24,6% и 15% соответственно; $p<0,05$) и патологической вазоконстрикции (34% и 10% соответственно; $p<0,03$).

У пациентов с хронической ИБС, сочетанной с СД, перенесших коронавирусную инфекцию, в 1,5 – 2,0 раза чаще выявлена вазомоторная ЭД, проявляющаяся недостаточным приростом диаметра ПА или его отсутствием, либо патологической вазоконстрикцией. При коморбидной патологии в 1,5 раза чаще встречается ББИМ, проявляющаяся неспецифической клинической симптоматикой в виде слабости, сердцебиения, одышки при малой физической нагрузке и перебоев в области сердца. Выявленные особенности ББИМ и ЭД у больных СД, перенесших КВИ, требуют дальнейшего уточнения механизмов их возникновения и взаимосвязи, а также разработки методов терапевтической коррекции.

