

між рівнем сечової кислоти в сироватці крові та вмістом тригліцеридів.

Висновки. Таким чином, асимптоматична гіперурикемія у жінок з ІХС та АГ може розглядатися як фактор ризику розвитку фібриляції передсердь. Особливе значення має прямий кореляційний зв'язок між гіперурикемією та підвищеним вмістом тригліцеридів, які на теперішній час розглядають як проміжну ланку між підвищеним рівнем сечової кислоти та холестерином. Застосування уратзнижувальної терапії у цих пацієнтів може призвести до зниження частоти розвитку фібриляції передсердь, що потребує подальшого вивчення.

Випадок критичної гіперкаліємії під маскою гострого коронарного синдрому

Л.О. М'якінькова, Д.Д. Баклицький

Українська медична стоматологічна академія, Полтава
КП «Полтавський обласний клінічний медичний
кардіоваскулярний центр ПОР»

Гострий коронарний синдром (ГКС) є сукупністю клініко-лабораторних та електрокардіографічних змін, які дозволяють запідозрити розвиток гострого ішемічного пошкодження міокарда. В клінічній практиці можливий розвиток клінічних станів та ЕКГ-феноменів, що при первинній діагностиці розглядаються як симптоми ГКС. Такі пацієнти госпіталізуються у відділення невідкладної кардіології – інтервенційної радіології. Розуміння некоронарогенних причин, що імітують прояви ГКС, дозволяє запобігти стратегічних помилок в призначенні медикаментозної терапії та розвитку життєво небезпечних ускладнень.

Мета – аналіз особливостей клініко-лабораторного та інструментального перебігу декомпенсованого цукрового діабету 1-го типу, кетоацидозу (КА), гіперкаліємії (ГКЕ), надання невідкладної допомоги та ведення хворого.

Матеріали і методи. Розглянуто рідкісний клінічний випадок, первинно діагностований як ГКС, що супроводжувався порушеннями ритму, артеріальною гіпотензією, ознаками гострої серцево-судинної недостатності та елевацією сегмента ST у пацієнта з ЦД 1-го типу, КА та ГКЕ.

Результати. При обстеженні виявлено серцево-судинний варіант діабетичного КА на тлі неконтрольованого ЦД 1-го типу з артеріальною гіпотензією, ознаками гострої серцево-судинної недостатності, фібриляцією передсердь та елевацією сегмента ST. За результатами коронарографії – інтактні коронарні судини. Виявлено: глюкоза крові – більше 40 ммоль/л, креатинін крові – 310 мкмоль/л, K^+ – 7,2 ммоль/л. ЕКГ-зміни розглядалися як наслідок гіповолемічної транзиторної креатинінемії, ГКЕ, на тлі дефіциту інсуліну, що імітували картину гострої преренальної ниркової недостатності, маскованої під ГКС. Розглянутий алгоритм менеджменту хворого.

Висновки. 1. ГКЕ може супроводжувати цукровий діабет, критичну стадію хронічної ниркової недостатності, гостре пошкодження нирок, серцеву недостатність. 2. Рівень K^+ , вищий за 5 ммоль/л, асоціюється з підвищеною смертністю, а рівень калію в плазмі, вищий за 5,5 ммоль/л, потребує термінового втручання. 3. ГКЕ на ЕКГ виявляється загостренням зубця Т, відсутністю зубця Р, розширенням комплексу QRS, елевацією сегмента ST, при значному підвищенні К синусоїдальною кривою з переходом в асистолію. 4. Застосування ААП I, III класів з метою відновлення синусового ритму у пацієнтів з ГКЕ поглиблює електролітні порушення та може викликати розвиток фатальних аритмій. 5. Пацієнтам з ГКЕ, які мають ЕКГ-зміни, призначення кальцію глюконату в/в зменшує ЕКГ-порушення та ризик розвитку фатальних аритмій. 6. З метою ургентного зниження ГКЕ використовують в/в інсулін та глюкозу, β_2 -агоністи, у деяких випадках – діуретичну терапію петльовими діуретиками.

Взаємозв'язок тригліцерид-глюкозного індексу з метаболічними факторами у пацієнтів з гіпертонічною хворобою

А.О. Несен, В.А. Чернишов, В.Л. Шапо,
І.А. Валентинова

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої
НАМН України», Харків

Мета – вивчити взаємозв'язок тригліцерид-глюкозного індексу (ТГГІ) з метаболічними факторами серцево-судинного ризику у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи. Проведено обстеження 255 пацієнтів – 123 (48,2 %) жінок і 132 (51,8 %) чоловіків віком від 23 років до 79 років (середній вік $59,39 \pm 1,09$ років) з ГХ II–III стадії за даними історій хвороб, і які за тригліцерид-глюкозним індексом розподілено на дві групи: ТГГІ $\leq 4,81$ од. ($n=134$) і ТГГІ $> 4,82$ од. ($n=121$). Для обчислення ТГГІ використовували дані про вміст глюкози і ТГ в сироватці крові пацієнтів. Величину ТГГІ $> 4,82$ од. вважали ознакою інсулінорезистентності (ІР) в м'язах. Про відсутність ІР свідчила величина ТГГІ $\leq 4,81$ од. Ліпідограма хворих містила 6 показників ліпідного обміну. Додатково визначали вміст холестерину (ХС) у складі не-ліпопротеїдів високої щільності (не-ЛПВЩ) та обчислювали величини ліпідних співвідношень, що висвітлюють функціонування ліпідотранспортних систем: системи прямого транспорту ХС, зворотного транспорту ХС і системи ліпопротеїдліполізу. Визначався вміст сечової кислоти (СК) в сироватці крові.

Результати. У разі наявності ІР за показником ТГГІ у хворих на ГХ простежувалася залежність між сироватковими концентраціями глюкози і ТГ ($r=0,382$; $p<0,0001$) та