

ко она не была статистически значимой. Так, уровень общий холестерина в группе 1 составил $4,8 \pm 0,2$ ммоль/л, в группе 2 — $5,3 \pm 0,3$ ммоль/л, в группе 3 — $5,2 \pm 0,6$ ммоль/л. Уровень ХС-ЛПНП в группе 1 — $2,8 \pm 0,2$ ммоль/л, в группе 2 — $3,1 \pm 0,3$ ммоль/л, в группе 3 — $3 \pm 0,5$ ммоль/л. Уровень триглицеридов в группе 1 составляют — $1,4 \pm 0,1$ ммоль/л, в группе 2 — $1,6 \pm 0,2$ ммоль/л, в группе 3 — $1,7 \pm 0,2$ ммоль/л. Мы объясняем отсутствие значимости небольшим объемом выборки и приемом статинов пациентами.

Выводы

На основании полученных данных установлено, что средний возраст пациентов пролиферативной стадией ДР — $47,5 \pm 5,1$ лет. Пациенты с пролиферативной стадией ДР характеризуются более высокими цифрами гликированного гемоглобина ($9 \pm 0,9$ %) и самой большой длительностью СД ($22 \pm 5,2$ года). Дислипидемия и ожирение встречаются у 33 и 62 % пациентов с ДР, соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Частота ретинопатии у пациентов с сахарным диабетом по данным центра диабета / А. Ш. Сейдинова [и др.] // Вестник КазНМУ. 2017. № 1. С. 328.
2. Пирогова, И. А. Распространенность диабетической ретинопатии в зависимости от типа сахарного диабета / И. А. Пирогова // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2018. № 4. С. 56.
3. Бирюкова, Е. В. Роль гликированного гемоглобина в диагностике и улучшении прогноза сахарного диабета / Е. В. Бирюкова // Медицинский совет. 2017. № 3. С. 49.

УДК 577.125:616.127-005.8-036.11

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Тюрин В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

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

Введение

Под ишемической болезнью сердца (ИБС) понимают хроническое заболевание, объединяющее стенокардию, инфаркт миокарда (ИМ) и атеросклеротический кардиосклероз. В 97 % случаев ИБС является следствием дислипидемии, нередко возникающей на фоне повышенного индекса массы тела. Холестерин (ХС) ЛПНП является наиболее важной подгруппой, связанной с риском ИБС, хотя есть несколько других аномалий, повышающих коронарный риск: низкий уровень ХС ЛПВП, гипертриглицеридемия, повышенное отношение общего ХС к ХС ЛПВП и повышенный уровень липопротеина А. При наличии других факторов риска (таких как высокое кровяное давление и табачный дым) вероятность ИБС возрастает в несколько раз. Доказательство важности сывороточно-го ХС было получено в результате рандомизированных исследований, которые показали, что снижение общего уровня ЛПНП снижает риск коронарных осложнений и смертности [1–3].

Цель

Исследование данных липидограммы у пациентов с острым инфарктом миокарда до начала липидемической терапии и на момент выписки пациента.

Материал и методы исследования

Ретроспективное исследование проводилось на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Были проанализированы данные 47 карт пациентов за 2017–2022 гг., среди которых 38,3 % ($n = 18$, $N = 47$) имели крупноочаговый инфаркт миокарда (трансмуральный) (КИМ), 61,7 % ($n = 29$, $N = 47$)

мелкоочаговый инфаркт миокарда (субэндокардиальный) (МИМ). Для оценки липидограммы использовались такие лабораторные показатели как: общий холестерин (ОХС), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), коэффициент атерогенности (КАГ), триглицериды (ТГ). Пациентам проводили гиполипидемическую терапию с применением статинов [4]. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с помощью табличного редактора «Microsoft Office Excel 2019» и программного обеспечения «Statistica 10.0». Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. В качестве статистических методов использовались U-критерии Манна — Уитни и χ^2 — критерий Пирсона, поправка Бонферрони. Статистически значимым уровнем ошибки считали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе данных пациентов, установлено, что средний возраст пациентов с КИМ составил $60,9 \pm 5$ лет, с МИМ — $58,2 \pm 5,6$ лет. В обеих группах отмечался избыток массы тела, о чем говорит среднее значение ИМТ в 1-й группе, равное $30 \pm 4,9$ и во 2-й — $33,1 \pm 5,4$.

Далее рассматривались показатели липидного спектра пациентов с КИМ до и после начала гиполипидемической терапии (таблица 1).

Таблица 1— Липидный спектр у пациентов с крупноочаговым инфарктом миокарда до и после начала гиполипидемической терапии, ммоль/л $\pm \sigma$

Крупноочаговый ИМ (N = 18)	ОХС	ЛПВП	ЛПНП	ТГ
До лечения	$6,2 \pm 1,2$	$1,3 \pm 0,6$	$4,6 \pm 1,1$	$3,3 \pm 1,1$
После лечения	$4,3 \pm 0,5$	$1,6 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,4$	$2 \pm 0,3$
Уровень значимости	$p < 0,01$ $\chi^2 = 19,314$	$p > 0,05$ $\chi^2 = 0,499$	$p < 0,01$ $\chi^2 = 7,602$	$p < 0,05$ $\chi^2 = 5,461$

При изучении липидограммы у пациентов с КИМ, установлено достоверное влияние гиполипидемической терапии на снижение ОХС, ЛПНП, ТГ, при $p < 0,05$.

На фоне применения статинов, у пациентов с крупноочаговым ИМ установлено статистически доказанное снижение систолического АД (САД), которое до и после лечения составило $154,7 \pm 14,2$ и $119,2 \pm 8,1$ соответственно ($p < 0,01$, $\chi^2 = 21,236$); и диастолического АД (ДАД), уровень которого до лечения составил $105,8 \pm 7,5$ и после гиполипидемической терапии — $87,2 \pm 5$ ($p < 0,01$, $\chi^2 = 21,236$).

Пациентам с крупноочаговым ИМ был рассчитан КАГ, динамика изменения которого на фоне применения статинов составила $4,4 \pm 2,1$ до лечения и $1,8 \pm 0,5$ после лечения ($p < 0,01$, $\chi^2 = 15,840$).

Также были рассмотрены показатели липидограммы у пациентов с МИМ до и после начала приема статинов, данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Липидный спектр у пациентов с мелкоочаговым инфарктом миокарда до и после начала гиполипидемической терапии, ммоль/л $\pm \sigma$

Мелкоочаговый ИМ (N = 29)	ОХС	ЛПВП	ЛПНП	ТГ
До лечения	$6,0 \pm 1,4$	$1,3 \pm 0,4$	$4,5 \pm 1,3$	$2,6 \pm 0,9$
После лечения	$4,3 \pm 0,5$	$1,7 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,5$	$1,8 \pm 0,3$
Уровень значимости	$p < 0,01$ $\chi^2 = 24,726$	$p < 0,05$ $\chi^2 = 4,419$	$p < 0,01$ $\chi^2 = 10,989$	$p < 0,01$ $\chi^2 = 12,083$

Исходя из табличных данных, выявлена статистически значимая тенденция к снижению ОХС, ЛПНП, ТГ и повышению ЛПВП, на фоне применения гиполипидемической терапии, при $p < 0,05$. Проводимое пациентам с мелкоочаговым ИМ лечение достоверно повлияло на снижение систолического АД (САД), средний показатель которого составил $151,4 \pm 14,8$ до терапии и $117,4 \pm 9,6$ после лечения ($p < 0,01$, $\chi^2 = 32,919$); и диастолического АД (ДАД), которое до и по-

сле гиполипидемической терапии составило $101,4 \pm 8,2$ и $85,2 \pm 7,5$ соответственно ($p < 0,01$, $\chi^2 = 14,958$). КАГ $4,3 \pm 1,7$ и $1,6 \pm 0,4$ ($p < 0,01$, $\chi^2 = 12,083$).

Данные о применяемой гиполипидемической терапии представлены на рисунке 1.

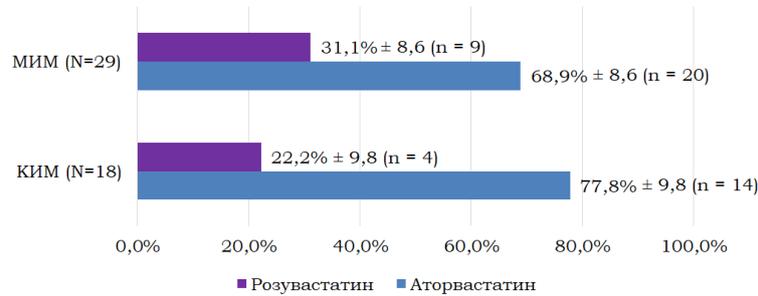


Рисунок 1 — Применяемая гиполипидемическая терапия

Статистически значимых различий в применяемой гиполипидемической терапии препаратами Аторвастатин и Розувастатин у пациентов с КИМ и МИМ не выявлено при $p > 0,05$, $\chi^2 = 0,052$.

Выводы

Можно сделать вывод об эффективности применения гиполипидемической терапии у пациентов с крупноочаговым и мелкоочаговым инфарктом миокарда и определении достоверно значимых ($p < 0,05$) улучшений лабораторных показателей липидограммы (снижение общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, коэффициента атерогенности, триглицеридов и повышение липопротеинов высокой плотности).

Выявлены статистически незначимые различия между уровнем показателей липидного обмена и объемом поражения миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рекомендации ЕОК/ЕОА ПО диагностике и лечению дислипидемий 2019 (European Heart Journal (2019) 00, 1–78 doi:10.1093/eurheartj/ehz455).
2. Оганов, Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство / Р. Г. Оганов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина. М., 2009. 216 с.
3. Sharmal, A. M. Adipose tissue: a mediator of cardiovascular risk / A. M. Sharmal // International Journal of Obesity. 2018. Vol. 26, Suppl. 4. P. 5–7.
4. Приложение 2 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь 06.06. 2017 № 59 Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии.

УДК 616.132.2-008.6-089:[557.125.8+557.124.8]

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ

Ушкевич О. Д., Владимирова А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Гулинская

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — одна из главных причин развития острого инфаркта миокарда (ОИМ), является ведущей причиной смертности — 1,8 млн смертей ежегодно и составляет 20 % от всех летальных исходов в Евро-