

Медиана рСКФ 77,50 мл/мин/1,73м², что соответствует ХБП С2. Медиана МАУ – 13,00 мг/л, и соответствует немного повышенной альбуминурии. Медиана мочевой кислоты соответствует бессимптомной гиперурикемии (0,38ммоль/л). Медиана ТГИ составила 4,63, что соответствует наличию ИР.

Для выявления возможных взаимосвязей между показателем ТГИ и показателями метаболического контроля проведен корреляционный анализ методом Спирмена. В результате определена прямая умеренная взаимосвязь между показателем ТГИ и HbA1c ($r_s=0,42$; $p < 0,05$), ХС не-ЛПВП ($r_s=0,39$; $p < 0,05$) и обратная умеренная взаимосвязь с возрастом пациентов ($r_s=-0,35$; $p < 0,05$), ЛПВП ($r_s=-0,49$; $p < 0,05$). Достоверной взаимосвязи ТГИ и мочевой кислотой, ИМТ, ЛПНП, рСКФ, МАУ получено не было ($p > 0,05$).

Для оценки взаимосвязи ТГИ и метаболически ассоциированной КП проведено ранжирование значений ТГИ по четырем квартилям (Q1–Q4). По результатам корреляционного анализа Спирмена, обнаружена умеренная обратная связь ($r_s=-0,63$; $p < 0,05$) между увеличением значений ТГИ и количеством случаев ИБС и АГ у пациентов с КП и сильная прямая связь ($r_s=0,80$; $p < 0,05$) между увеличением значений ТГИ и количеством случаев СД2 и ожирения.

Выводы

1. Индекс ТГИ, отражающий степень выраженности инсулинорезистентности, положительно взаимосвязан с такими показателями метаболического контроля, как ЛПВП, ХС-неЛПВП и уровнем HbA1c.

2. С увеличением значений ТГИ отмечается снижение случаев ИБС и АГ, но увеличение количества случаев СД2 и ожирения, что свидетельствует о значимости роли ТГИ в оценке инсулинорезистентности при метаболически ассоциированной КП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демидова, Т. Ю. Роль триглицеридно-глюкозного индекса в определении сердечно-сосудистого и метаболического прогноза у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / Т. Ю. Демидова, М. Я. Измайлова, К. М. Белова // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 9. – С. 47–57.
2. Методы оценки инсулинорезистентности при гестационном сахарном диабете / Н. И. Волкова, И. Ю. Давиденко, Ю. А. Сорокина [и др.] // Медицинский вестник Юга России. – 2022. Т. – 13, № 1. – С. 5–12.

УДК [616.152.915+616.153.455]:616.12-098-037

А. В. Хорольский

Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова, к.м.н., доцент Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ ХС-НЕЛПВП У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ НА ФОНЕ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Введение

В последнее время, большой интерес представляют результаты популяционных исследований, которые привлекли большое внимание к дополнительному параметру – холестерину, не связанному с липопротеидами высокой плотности (ХС-неЛПВП) как к лучшему предиктору развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы по сравнению с использованием только холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП). ХС-неЛПВП рассчитывается как разница между общим холестерином

и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и представляет собой объединение липопротеидов, характеризующихся атерогенным потенциалом, среди которых ХС-ЛПНП, холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП), холестерин липопротеидов промежуточной плотности (ХС-ЛППП), липопротеин А, хиломикроны, а также их остатки, содержащие триглицериды. Согласно Европейской ассоциации кардиологов (ESC) в качестве вторичной цели следует проводить коррекцию показателя ХС-неЛПВП пациентам с метаболическими нарушениями: сахарным диабетом, ожирением и гипертриглицеридемией. Согласно рекомендациям Международного общества по изучению атеросклероза (IAS) и Национального института здравоохранения и качества медицинской помощи (NICE) расчет ХС-неЛПВП может быть использован в качестве первичной терапевтической цели у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском [1].

Цель

Оценить уровень достижения целевых значений (ЦЗ) ХС-неЛПВП пациентами умеренного, высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска на фоне проводимой липидснижающей терапии.

Материал и методы исследования

В исследование включены 45 пациентов терапевтического отделения ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» г. Гомеля. Среди них 32 мужчины (71%) и 13 женщин (29%). Возраст пациентов, в среднем, составил 69 лет. Материалом для исследования послужили медицинские карты стационарных пациентов. Для исследования были выбраны следующие параметры: рост, масса тела пациента для расчета индекса массы тела (ИМТ); основной диагноз, осложнения основного диагноза, данные о сопутствующей патологии, рСКФ (рассчитанная по формуле СКД-ЕРІ с использованием данных об уровне креатинина, возраста, пола, расы), данные анамнеза, данные лабораторных и инструментальных исследований, используемые для определения категории сердечно-сосудистого риска; результаты биохимического анализа крови: холестерин-не-ЛПВП. Биохимические исследования выполнялись на автоматизированной системе Cobas 6000.

Статистическая обработка массива данных выполнена с помощью статистического пакета Microsoft Excel 2016. Распределение количественных признаков оценивалось с помощью теста Шапиро-Уилка. Количественные признаки, не имеющие приближения нормального распределения, оценивали с использованием методов непараметрической статистики – критериев Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса и Вилкоксона. Средние величины представлены в формате медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). В качестве критерия статистической достоверной значимости результатов рассматривается уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным расчетов ИМТ пациентов были получены следующие значения: Медиана (Me) – 30,10 кг/м², нижний квартиль (Q1) – 26,80 кг/м², верхний квартиль (Q3) – 33,97 кг/м². Таким образом, согласно классификации ожирения [2], пациенты имеют избыточную массу тела и ожирение 1 степени. Средние показатели ХС-неЛПВП: Me: 3,1 ммоль/л; Q1: 2,4 ммоль/л, Q3: 4,15 ммоль/л. Если учесть, что норма ХС-неЛПВП составляет менее 3,8 ммоль/л, то большая часть исследуемых пациентов, казалось бы, остается в пределах референсных значений по данному показателю.

Однако, следует учитывать наличие градации допустимых значений для различных категорий сердечно-сосудистого риска (КССР) у пациентов. ЦЗ представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Целевые значения ХС-неЛПВП в зависимости от КССР

КССР	Уровень ХС-неЛПВП, ммоль/л
Очень высокая	<2,2
Высокая	<2,6
Умеренная	<3,4

Совокупность из 45 пациентов была разделена на 3 группы в зависимости от КССР. В категорию умеренного риска вошло 6 пациентов, высокого риска – 16 человек, очень высокого риска – 23 пациента. Данные сравнения средних величин показателей ХС-неЛПВП, характеризующие группу пациентов каждой категории с соответствующими ЦЗ, отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Достижение ЦЗ ХС-неЛПВП группами пациентов различных КССР

КССР \ ХС-неЛПВП, ммоль/л	Умеренная	Высокая	Очень высокая
ЦЗ	<3,4	<2,6	<2,2
Верхний квартиль	4,70	4,625	3,6
Медиана	3,95	3,3	2,8
Нижний квартиль	3,18	2,625	2
Минимальное	2,5	1,8	1,3
Максимальное	5,9	5,6	4,6

Исходя из данных таблицы можно сказать, что в среднем, пациенты каждой из рассмотренных групп не достигают ЦЗ в отношении ХС-неЛПВП. Поэтому было принято решение провести более детальный анализ данной проблемы.

При использовании функции подсчета аргументов, удовлетворяющих интервалу ЦЗ, было выявлено следующее количество пациентов: с умеренной КССР – 16,67% (1 пациент), с высокой КССР – 18,75% (3 человека), с очень высокой КССР – 30,43% (6 пациентов).

Таким образом из 45 человек лишь 10 (22,22%) пациентов достигли целевых значений. Из этого факта возникает закономерный вопрос о приеме пациентами гиполипидемических препаратов.

В ходе анализа анамнестических данных и записей в листах назначений, выяснилось, что пациенты в группе умеренной КССР до поступления в стационар гиполипидемические препараты не принимало 33,33% (2 человека), высокой КССР – 43,75% (7 пациентов), очень высокой КССР – 17,39% (4 человека). Следовательно, 28,89% (13 пациентов) не принимали гиполипидемических средств на амбулаторном этапе. В отношении остальных можно заключить следующее: вероятно, отсутствует должная приверженность к лечению, не соблюдается режим питания и физической активности, данным пациентам необходима корректировка дозы принимаемых липидснижающих препаратов (статинов).

Выводы

1. Большинство пациентов умеренной, высокой и очень высокой КССР не достигают ЦЗ в отношении ХС-неЛПВП.

2. Несмотря на проводимую на амбулаторном этапе гиполипидемическую терапию у большинства пациентов, и одновременном отсутствии должного эффекта статинов, необходимо провести модификацию образа жизни, корректировать дозу принимаемых препаратов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демидова, Т. Ю. Роль триглицеридно-глюкозного индекса в определении сердечно-сосудистого и метаболического прогноза у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / Т. Ю. Демидова, М. Я. Измайлова, К. М. Белова // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 9. – С. 47–57.
2. Об утверждении клинических протоколов. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с ожирением (взрослое население)»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.06.2021, №85. // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – URL: <http://minzdrav.gov.by/> (дата обращения: 13.03.2025).

УДК 616.127-07:616.132.2-091

М. П. Храньков, А. А. Лытко

Научный руководитель: ст. преподаватель Т. А. Курман

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОРОНАРНОГО РУСЛА НА ДИНАМИКУ УРОВНЯ КФК-МВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Введение

Распространенность неинфекционных заболеваний (НИЗ), а также факторов риска их развития, является значимой проблемой в области здравоохранения Республики Беларусь. Среди четырех основных НИЗ главной причиной смертности населения трудоспособного возраста являются болезни системы кровообращения (БСК) (в 2009 г. – 54,1%, в 2014 г. – 55,5% и в 2019 г. – 58,5% от общего числа умерших от всех причин). Более чем в половине случаев этот показатель определяется непосредственно ишемической болезнью сердца (ИБС) [1]. За период с 2009 по 2019 год был отмечен статистически значимый рост показателя смертности населения Гомельской области от ИБС на 20,05% (с 604,0±6,46 в 2009 году до 724,9±7,22‰ в 2019 году на 100 тыс. населения Гомельской области) ($t=12,50$; $p<0,001$) [2].

Повреждение миокарда изучается довольно долгое время с различными подходами к динамической оценке креатинфосфокиназы фракции МВ (КФК-МВ). Ранее в исследованиях была доказана связь уровней КФК-МВ с объемом ишемического некроза миокарда при МРТ сердца и фракцией выброса левого желудочка при ЭХО-КГ после инфаркта миокарда (ИМ), в т.ч. в отдаленные сроки наблюдения. В ряде клинических исследований было установлено, что более чем 3-кратное превышение верхней границы нормы (ВГН) для КФК-МВ было связано с более частым развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и повышением частоты развития первичной конечной точки [3].

Цель

Провести анализ влияния особенностей анатомии коронарного русла и локализации инфаркт-связанной артерии на динамику уровня КФК-МВ после выполнения интервенционных вмешательств относительно исходного показателя при поступлении у пациентов среднего и пожилого возраста с острым коронарным синдромом.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни лиц среднего и пожилого возраста (45–65 лет) с острым коронарным синдромом, госпитализированных с июня по октябрь 2023 года в Гомельский областной клинический кардиологический центр.