

тяжести инфаркт миокарда. Признаки нефропатии протеинурия, цилиндрурия и снижение клубочковой фильтрации ниже 80 мл/мин являются фоном для развития инфаркта миокарда. Понижение СКФ у больных ИМ с СД 2 типа ниже 60 мл/мин может способствовать фатальным исходам.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ КОМОРБИДНОСТИ У ЛИЦ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Несен А.А., Шкапо В.Л.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Введение. В настоящее время многочисленными клиническими исследованиями подтверждено, что определение наличия (и/или сочетания) и выраженности компонентов метаболического синдрома (патогенетическое триединство - артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД)), позволяет с высокой вероятностью вычислять уровень кардиоваскулярного риска (КВР), а также своевременно определять эффективную лечебную стратегию.

Цель: определить степень влияния ожирения (ОЖ) на риск развития коморбидной патологии в популяции стационарных больных высокого и очень высокого КВР.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные стационарных больных (n=739) высокого и очень высокого КВР (мужчин - 428 (57,9 %) и женщин - 311 (42,1 %)); средний возраст (56,8±9,3) лет. Анализировались показатели артериального давления, состояние липидного обмена, антропометрические данные с определением индекса массы тела (ИМТ) и процента жировых отложений. В зависимости от показателей ИМТ все пациенты были разделены на две группы: I – ИМТ<30 кг/м² (421 пациент (57 %)) и II – ИМТ≥30 кг/м² (318 человек (43 %)). Средние значения ИМТ в группах соответственно составили (26,5±2,3) и (35,1±4,3) кг/м² (p<0,05). Дополнительно вычисляли величины липидных соотношений, которые тесно ассоциируются с инсулинорезистентностью (ИР); индекс коморбидности Чарлсона; уровень риска развития сахарного диабета (СД) 2 типа (шкала DRS); уровень риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа (шкала IRIS II). Статистическая обработка проведена с использованием программ SPSS 17.0.

Результаты. Во группе II по сравнению с группой I достоверно чаще встречались

сопутствующая желчнокаменная болезнь (7,1%) и (12,0%) соответственно, p=0,012, неалкогольная жировая болезнь печени - (68,9 %) и (89,9 %), p<0,001, СД 2 типа - (24 %) и (34 %), p=0,002. Более того, в группе с ОЖ достоверно выше был индекс коморбидности Чарлсона (5,06±2,52), чем в группе I (4,64±2,44), p=0,022. У лиц с СД 2 типа на фоне ОЖ был выше риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (IRIS II составил (77,24±19,53) points, по сравнению с (64,68±17,21) points в группе без ОЖ, p<0,001). В то же время, среди лиц без СД 2 типа риск его развития по шкале DRS также был выше в группе II, чем в группе I ((12,31±1,96) и (9,46±2,19) points, p<0,001). Развитие ИР проявляется не только появлением гипергликемии и нарушениями толерантности к глюкозе, но и существенными сдвигами в липидном спектре с патологическим развитием диабетической дислипидемии.

Заключение. У лиц с ИМТ≥30 кг/м² выявлен более высокий индекс коморбидности, что ассоциируется с достоверным (p<0,001) нарушением липидного и углеводного обменов, а также более высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИПИДОТРАНСПОРТНЫХ СИСТЕМ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С КОМОРБИДНОСТЬЮ

Несен А.А., Чернышов В.А., Шкапо В.Л.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Введение. Сегодня, в эпоху коморбидности (мультиморбидности) заболеваний, использование современных ферментных (иммуноферментных) методов является эффективным и имеет ряд потенциальных преимуществ, а именно: высокое качество и скорость анализа, небольшой объем необходимых образцов крови (сыворотки) и реагентов, возможность проведения замеров в автоматическом режиме.

Цель: исследование степени функционирования липидотранспортных систем при гипертонической болезни, отягощенной коморбидностью патологий.

Материалы и методы исследования. В исследование включены данные (n=123) пациентов – 54 (43,9 %) женщин и 69 (56,1 %) мужчин.

мужчин в возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст $55,3 \pm 11,38$ лет) с коморбидностью патологий: основной диагноз - гипертоническая болезнь (ГБ) I-III стадии. Анализировались антропометрические данные с определением индекса массы тела, процента жировых отложений, индекса массы жира. Клинические исследования проводились в клинко-диагностической лаборатории; биохимические и иммуноферментные исследования проведены в лаборатории биохимических и иммуноферментных методов исследования с клинической морфологией. Осуществлен анализ показателей артериального давления, состояние липидного обмена (общий холестерин (ОХС), холестерин (ХС) липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП), очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), коэффициент атерогенности, содержание ХС в составе не-ЛПВП (разница между уровнями ОХС и ХС ЛПВП), тип дислипидемии. Для более детальной характеристики липидного спектра дополнительно вычисляли величины липидных соотношений, которые определяют уровень функционирования липидо-транспортных систем (ХС ЛПНП/ХС ЛПВП, ХС не-ЛПВП/ОХС – система прямого транспорта ХС и ОХС/ХС ЛПВП – система обратного транспорта ХС) и липопротеидлиполиза (ТГ/ХС ЛПВП и \log (ТГ/ХС ЛПВП) – атерогенный индекс сыворотки крови, который тесно ассоциируется с инсулинорезистентностью (ИР). Определение показателей липидограмм осуществлялось ферментативным методом на автоанализаторе «HUMAN». Определение триглицеридов (ТГ) осуществлялось с использованием тестов «Триглицериды liquidolor». Содержание глюкозы (ммоль/л) в сыворотке крови определялось глюкозооксидазным методом; содержание мочевины (ммоль/л) – фосфорновольфрамным методом. Статистическая обработка проведена с использованием программ SPSS 17.0; достоверными считались результаты при уровне значимости ($P < 0,05$).

Результаты. Критериями дислипидемии у обследованных пациентов считались уровни ОХС $> 4,5$ ммоль/л, ТГ $> 1,7$ ммоль/л, ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у женщин и ХС ЛПНП $> 2,6$ ммоль/л (ESC, 2016, 2018). Исследовано, что наличие ИР у больных с ГБ, отягощенной коморбидностью сопровождается значительными патологическими сдвигами липидного обмена, в частности, усилением атерогенных нарушений в системах обратного транспорта ХС и липопротеидлиполиза ТГ-содержащих ЛПДНП, про что свидетельствует

повышение величин соответствующих липидных соотношений ОХС/ХС ЛПВП на 20,7 % ($p < 0,01$) и ТГ/ХС ЛПВП на 92,2 % ($p < 0,01$) по сравнению с больными без ИР, а также зависимость уровня ХС ЛПВП от величины индекса НОМА-ИР ($r = -0,394$; $p < 0,003$).

Заключение. У пациентов с ГБ и ИР величина атерогенного индекса плазмы крови почти в трижды превышает аналогичный показатель у больных без ИР ($p < 0,01$), что указывает на более выраженные атерогенные нарушения в липидном спектре крови в условиях ИР, в связи с наличием в кровотоке мелких плотных частичек ЛПНП.

ЭКГ-СИНХРОНИЗИРОВАННАЯ КТ-АНГИОГРАФИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Носуля И.Г., Зяблова Е.И.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Введение. У пациентов с аневризмой брюшной существует повышенный риск сердечно-сосудистых событий, не связанных с аневризмой. ИБС является ведущей причиной ранней смертности после операций по поводу АБА. По данным коронароангиографии, до 36% пациентов с аневризмой брюшной аорты имеют сопутствующее поражение коронарных артерий. Инфаркт миокарда является основной причиной пери- и послеоперационных летальных исходов, связанных с хирургическим вмешательством по поводу АБА.

Цель: определение клинического значения ЭКГ-синхронизированной КТ-ангиографии в диагностике коронарного атеросклероза у пациентов с патологией брюшной аорты.

Материалы и методы исследования. 30 пациентам с заболеваниями брюшной аорты из отделения сосудистой хирургии ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» в период с сентября 2018 г. по март 2020 г. выполнили предоперационную КТ-ангиографию с ЭКГ-синхронизацией для одновременной оценки аорты и коронарных артерий. КТ-ангиография проводилась на двухтрубчатом аппарате Siemens Somatom Definition Flash 256.

Результаты. Помимо кардиосинхронизированной КТ-ангиографии, всем 30 пациентам проводилась инвазивная коронарография в качестве «золотого стандарта» с целью определения точного процента стенозов коронарных артерий. У каждого пациента в анализ включено 7 сегментов коронарных артерий, всего – 210 сегментов (30x7). Проводилась посегментная оценка коронарных