

$p < 0,05$) молекул адгезии, маркеров миокардиального стресса (NTproBNP – (74,00 (26,00; 149,00); 40,00 (24,00; 60,00) пг/мл, $p < 0,05$)) и атерогенных липидов (Аполипопротеин β – 101,50 (52,00; 119,00); 66,00 (30,00; 124,00) мг/дл, $p < 0,05$) по сравнению с лицами, перенесшими операцию, но без признаков ишемии на ЭКГ, соответственно.

Заключение. Более высокие концентрации сосудистых (VCAM-1) и межклеточных (ICAM-1) молекул адгезии у пациентов после холецистэктомии основной группы свидетельствует о более активном повреждении интимы сосудов с активацией эндотелиальных клеток, усиленной миграцией лейкоцитов и усугублением эндотелиальной дисфункции. В условиях статистически значимого повышения уровня аполипопротеина β данные процессы могли способствовать патологической модификации сосудистой реакции, снижая вазодилатационный потенциал коронарных артерий и усиливая агрегационно-тромботический и вазоконстрикторный эффект в зонах атеросклеротического поражения повышая тем самым риск возникновения ишемии миокарда.

Григоренко Е.А.^{1,2}, Невмержицкий В.С.², Руммо О.О.³, Митьковская Н.П.^{1,2}

¹ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

³ Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

Grigorenko E.^{1,2}, Nevmerzhitskiy V.², Rummo O.³, Mitkovskaya N.^{1,2}

¹ Republican Scientific and Practical Centre "Cardiology", Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

³ Minsk Scientific and Practical Center for Surgery, Transplantology and Hematology, Minsk, Belarus

Posttransplant Dyslipidemia as a Risk Factor for Chronic Coronary Heart Disease in Liver Transplant Recipients

Введение. Продолжительность жизни реципиентов трансплантата печени является высокой, а среди причин их смерти, по данным трансплантационных центров, на первые позиции вслед за отторжением и инфекционными осложнениями выходят хронические неинфекционные заболевания, в частности сердечно-сосудистая патология. Совершенствование тактики ведения реципиентов трансплантата печени в отдаленном послеоперационном периоде, своевременное выявление болезней

системы кровообращения и факторов риска их развития является актуальной медико-социальной задачей.

Цель. Оценить липидный профиль реципиентов трансплантата печени и вероятность выявления хронической ишемической болезни сердца у данной категории пациентов при изменении его показателей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 116 медицинских карт стационарных пациентов, которым была выполнена ортотопическая трансплантация печени. Через $5,4 \pm 3,29$ года после проведенного вмешательства оценивались результаты антропометрических измерений, инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы, развернутого биохимического анализа крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), индекс атерогенности (ИА). Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – реципиенты трансплантата печени с метаболическим синдромом (МС, $n=74$), вторая – с метаболическим синдромом и хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС, $n=42$). Статистический анализ данных проводился в программе Statistica 12.

Результаты. Средний уровень ХС у реципиентов трансплантата печени с ХИБС составил $6,97 \pm 1,03$ ммоль/л, что было выше, чем у реципиентов с МС без ХИБС – $5,97 \pm 0,78$ ммоль/л, $Z=4,730$, $p<0,01$. Уровни ТГ и ЛПНП также достоверно превышали показатели в группе реципиентов трансплантата печени с изолированным МС – $2,27$ ($0,70-11,60$) ммоль/л против $1,74$ ($0,40-1,60$), $Z=2,566$, $p<0,01$ и $5,26 \pm 1,27$ ммоль/л против $4,48 \pm 1,13$ ммоль/л, $p<0,01$, соответственно. Уровень ЛПОНП у реципиентов с ХИБС составил $1,02$ ($0,02-5,57$) ммоль/л и превышал значения данного показателя в группе реципиентов с МС – $0,74$ ($0,06-3,17$) ммоль/л, $p<0,05$.

Частота встречаемости гипертриглицеролемии была выше в группе реципиентов трансплантата печени с ХИБС, чем в группе реципиентов с МС – $61,9\%$ ($n=26$) против $32,4\%$ ($n=24$), $\chi^2=9,49$, $p<0,05$. Выявлено, что шанс обнаружения у реципиентов трансплантата печени с гипертриглицеролемией ХИБС составил $1,083$, среди реципиентов без повышения уровня триглицеролов – $0,320$, отношение шансов – $OR=3,385$ ($1,536-7,462$).

ИА больше $3,5$ чаще встречался у реципиентов трансплантата печени с ХИБС, чем у реципиентов с МС – $80,9\%$ ($n=34$) против $62,2\%$ ($n=46$), $\chi^2=4,42$, $p<0,05$. Шанс обнаружения у реципиентов трансплантата печени ХИБС при $IA >3,5$ составил $0,739$, среди реципиентов без повышения – $0,286$, отношение шансов – $OR=2,587$ ($1,050-6,377$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют, что шансы выявления хронической ишемической болезни сердца у реципиентов трансплантата печени в отдаленном послеоперационном периоде при наличии гипертриглицеролемии в $3,4$ раза выше, чем у реципиентов, не имеющих повышения уровня триглицеролов, при наличии повышения ИА $>3,5$ в $2,6$ раза выше, чем у реципиентов с $IA \leq 3,5$.