

$p < 0,05$ ) 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  $\beta$  – 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  $\beta$  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.<sup>1,2</sup>, Невмержицкий В.С.<sup>2</sup>, Руммо О.О.<sup>3</sup>, Митьковская Н.П.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>3</sup> 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.<sup>1,2</sup>, Nevmerzhitskiy V.<sup>2</sup>, Rummo O.<sup>3</sup>, Mitkovskaya N.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Republican Scientific and Practical Centre "Cardiology", Minsk, Belarus

<sup>2</sup> Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

<sup>3</sup> 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 ИА  $\leq 3,5$ .