



## СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА С ТРАЕКТОРИЯМИ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ИБС И СД-2

Мухтарова Ш.Ш., Алимова Д.А., Тригулова Р.Х.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

**Введение.** Поддержание стабильного уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) рассматривается как залог профилактики микро- и макроваскулярных осложнений.

**Цель.** Анализ взаимосвязей клинико-anamnestических параметров в результате вариантов чередования HbA1c у больных ИБС и СД-2.

**Материал и методы.** В исследование включено 130 больных с ИБС (ЕОК) и СД-2 (ВОЗ, 1999) в возрасте  $63,9 \pm 8,8$  лет, стаж ИБС и СД-2 составил  $9,69 \pm 0,49$  и  $7,3 \pm 3,89$  года соответственно. Проанализированы демографические параметры: возраст, ОИМ, ОНМК/ТИА, COVID в анамнезе, стаж СД2, ФП (пароксизм), ЧКВ, КШ, КЭ, БА в анамнезе. **Базисная терапия:** антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы, блокаторы РААС, статины, антигипергликемические препараты, ингибиторы ДПП-4, агонисты ГПП. Больные распределены на группы до: HbA1c  $<7,0$  (n-27, 20,7%; группа А);  $7,0 < \text{HbA1c} < 8,0$  (n-25, 19,2%; группа В); HbA1c  $> 8,0$  (n-78, 60%; группа С). Длительность наблюдения 2 года.

**Результаты.** Отмечены варианты чередования HbA1c с последующим перераспределением: А n-41; В n-34; С n-55. При этом в группе А (n-23) сохранили HbA1c  $<7$ , с переходом из групп В и С (n-10 и n-8) соответственно. Из группы А перешли в группы В и С (n-3 и n-1) соответственно. В группе В осталось 11, а (n-10 и n-4) перешли в группы А и С соответственно. В группе С уровень HbA1c  $>8,1$  (n-50), и в нее добавились пациенты из А (n-1) и В (n-4) соответственно, а n-8 и n-20 распределились в подгруппы А и В соответственно. Определены пациенты у которых поддерживался стабильно HbA1c  $>8,1$  (С, n-50) и HbA1c  $<8$  (А+В, n-47) и группы чередования HbA1c  $>8,1$  (С', n-5) и был HbA1c  $>8,1$ , стал  $<8$  (С-(А+В), n-28). Частота встречаемости ОИМ, ЧКВ, КШ не имеет прямой связи с уровнем HbA1c. Частота возникновения пароксизмов ФП и ОНМК (ТИА) возрастает при снижении HbA1c. Число больных перенесших COVID выше при HbA1c  $<8$ , и в 2,2 раза чаще нестабильном его уровне. В группе (С) отмечена при исходном САД -149,1 [120,00-157,50] и ДАД- 89,1 [80,00-90,00] наибольшая эффективность снижения 115,1 [120,00-140,00] ( $p=0,0357$ ); и 78,4 [80,00-80,00] ( $p=0,0003$ ) соответственно.

**Заключение.** Двухлетняя оценка динамики HbA1c показала, что в 75% случаев наблюдается стабильное поддержание его уровня с различным его целевым значением, в частности в 38,4% случаев  $>8,1\%$  и 36,15%  $<8\%$ . Число пациентов перенесших COVID выше в группе с HbA1c  $<8$  и 2,2 раза чаще при «переходах» пациентов. Частота возникновения пароксизмов ФП и ОНМК (ТИА) возрастает при снижении HbA1c, но при ФП зависит от переходов HbA1c, а при ОНМК нет. Частота встречаемости ОИМ, ЧКВ, КШ не имеет прямой связи с уровнем HbA1c.