

идиопатической ЖЭС, на фоне приема ААП I С класса, длина интервала PQ и комплекса QRS короче, чем у пациентов, на фоне приема комбинации препаратов I С класса + БАБ и монотерапии БАБ соответственно. ААП I С класса не влияет на величину интервала QT у молодых пациентов с идиопатической ЖЭС. Комбинация препаратов I С класса + БАБ и монотерапия БАБ уменьшают длительность интервала QT. Полученные результаты требуют дальнего изучения в связи с тем, что противоречат проводимым ранее исследованиям.

2. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ ААП I С класса более значимо снижал количество ЖЭС, чем комбинация препаратов I С класса + БАБ и монотерапия БАБ соответственно.

3. Такие предикторы неблагоприятного прогноза развития идиопатической ЖЭС, как боль в груди и одышка в покое, чаще встречались в группах пациентов, на фоне приема комбинации препаратов I С класса + БАБ и монотерапии БАБ, чем у пациентов, на фоне приема I С класса. ASTA является более чувствительным и специфичным опросником для пациентов с идиопатической ЖЭС.

Список литературы.

1. Cheng, H. Idiopathic premature ventricular contractions arising from the proximal right bundle brunch / H. Cheng [et al.] // Journal Electrocadiology. – 2021. –Vol. 28, №7. – P. 698-706.
2. Kasai, Y. Idiopathic premature ventricular contractions originating from the distal Purkinje fiber network of the right bundle brunch / Y. Kasai [et al.] // Journal Arrhythmology. – 2022. –Vol. 41, №7. – P. 56-65.

ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Митьковская Н.П., Невмержицкий В.С.

ГУ Республиканский научно-практический центр "Кардиология"

УО "Белорусский государственный медицинский университет"

Трансплантация печени является радикальным методом лечения пациентов с терминальными стадиями хронических диффузных заболеваний печени, врожденными метаболическими поражениями печени, врожденной атрезией желчных протоков и в ряде случаев с первичным и вторичным опухолевым поражением печени [1]. Согласно клиническому протоколу показаниями к трансплантации печени являются наличие необратимого заболевания печени с прогнозом жизни менее 12 месяцев, отсутствие других альтернативных методов лечения, а также наличие хронического заболевания печени, которое значительно снижает качество жизни и трудоспособность пациента, или прогрессирующее заболевание печени с ожидаемой продолжительностью жизни меньшей, чем в случае проведения трансплантации печени [2]. Результаты клинических и экспериментальных исследований, которые были проведены в последнее десятилетие, свидетельствуют об особом месте нарушения функции эндотелия в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и, в особенности, хронической коронарной недостаточности [3]. Изменение механизмов регуляции структуры и функционального состояния сосудистой стенки, реологических свойств крови, нарушение синтеза медиаторов воспаления, эндотелиальных факторов вазодилатации и вазоконстрикции приводят к нарушению целостности эндотелия, развитию нарушения его функции и формированию ишемического каскада, лежащего в основе хронической ишемической болезни сердца [4].

Была сформирована исследуемая когорта реципиентов трансплантата печени и группы сравнения и их разделение методом простой рандомизации на подгруппы. Первая подгруппа – пациенты с артериальной гипертензией и дислипидемией, не принимающие гиполипидемические лекарственные средства - n=15; вторая подгруппа – пациенты с артериальной гипертензией и дислипидемией, принимающие комбинированную гиполипидемическую терапию (розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг) – n=15; третья подгруппа – пациенты с артериальной гипертензией и дислипидемией, получающие инклисиран – n=15. На данном этапе исследования в группу сравнения включено 45 пациентов с верифицированной артериальной гипертензией и дислипидемией (20 мужчин и 25 женщин). Средний возраст составил 55,2 года.

Показатель эндотелина-1 у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией,

принимающих комбинированную гиполипидемическую терапию (розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг) до начала гиполипидемической терапии составил $0,78 \pm 0,03$ пг/мл, через 3 месяца после - $0,63 \pm 0,03$ пг/мл ($p<0,05$). Показатель эндотелина-1 у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией у реципиентов, получающих инклисиран, до начала гиполипидемической терапии составил $0,84 \pm 0,02$ пг/мл, через 3 месяца после - $0,70 \pm 0,03$ пг/мл ($p<0,05$). Показатель VCAM-1 у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией, принимающих комбинированную гиполипидемическую терапию (розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг) до начала гиполипидемической терапии составил $719,2 \pm 62,54$ нг/мл, через 3 месяца после - $680,3 \pm 42,17$ нг/мл ($p<0,05$). Показатель VCAM-1 у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией, получающих инклисиран до начала гиполипидемической терапии составил $730,4 \pm 63,27$ нг/мл, а, в свою очередь, через 3 месяца после - $651,2 \pm 48,43$ нг/мл ($p<0,05$). Прием инклисирана снижает значение показателя эндотелин-1 на 16,7% за 3 месяца, а прием комбинированной терапии розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг снижает на 19,2% показатель в исследуемой группе реципиентов трансплантата печени. Прием инклисирана снижает значение показателя VCAM-1 на 10,8% за 3 месяца, а прием комбинированной терапии розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг снижает на 5,4% показатель в исследуемой группе реципиентов трансплантата печени.

Гиполипидемическая терапия розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг и прием инклисирана оказывают существенное влияние на улучшение показателей маркеров эндотелиальной дисфункции у реципиентов трансплантата печени и, как следствие, предотвращают как фактор риска развитие у них хронической ишемической болезни сердца. Инклисиран в большей степени снижает значение показателей маркеров эндотелиальной дисфункции.

Список литературы.

1. Григоренко, Е. А. Диагностические возможности применения функциональной пробы с физической нагрузкой при обследовании реципиентов трансплантатов печени / Е. А. Григоренко, Н. П. Митьковская, О. О. Руммо // Кардиология на перекрестке наук : X Международный конгресс кардиологов, Тюмень, 22–24 мая 2019 г. : сборник тезисов – Тюмень, 2019. – С. 240–243.
2. Patel, S.S. The relationship between coronary artery disease and cardiovascular events early after liver transplantation / S.S. Patel, F.P. Lin // Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. – 2019. – Vol. 12, №4. – P.65-76.
3. Григоренко, Е. А. Прогностическая оценка посттрансплантационной выживаемости реципиентов трансплантатов печени / Е. А. Григоренко, О. О. Руммо, Н. П. Митьковская // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2017. – Т. 10, № 4. – С. 72–77.
4. Григоренко, Е. А. Трансплантация печени: оценка перфузии миокарда по данным однофотонной эмиссионной компьютерной томографии в отдаленном послеоперационном периоде / Е. А. Григоренко, Н. П. Митьковская, О. О. Руммо // РКО для профессионалов и пациентов – от первичной помощи к новейшим технологиям : Российский национальный конгресс кардиологов 2019, Екатеринбург, 24–26 сентября 2019 г.: сборник тезисов – Екатеринбург, 2019. – С. 496.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО
МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2024