

предположить наличие ревматологического заболевания, спровоцировавшего разрыв хорды МК.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

*Невмержицкий В. С., Митьковская Н.П.*

Научный руководитель: Митьковская Н.П. - директор ГУ РНПЦ «Кардиология», д.м.н, проф., зав. кафедрой кардиологии и внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

**Введение.** Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, 2019 по дислипидемии, статины являются препаратами первой линии у пациентов после трансплантации. Начинать терапию следует с низких доз с последующим увеличением дозы, соблюдая осторожность в отношении возможных межлекарственных взаимодействий, особенно у пациентов, получающих циклоспорин. При непереносимости статинов, а также при сохранении дислипидемии на фоне приема максимальной переносимой дозы статинов, в качестве альтернативы или дополнительного препарата может быть назначен эзетимиб. В исследовании Patel S.S, et al. (2019) показано, что применение статинов повышает выживаемость у реципиентов печеночного трансплантата (отношение рисков 0,25; 95% доверительный интервал: 0,12-0,49), при этом у 12% исследуемых развивались нежелательные явления, требующие прекращения терапии.

**Цель исследования.** Оценить влияние гиполипидемической терапии на показатели маркеров эндотелиальной дисфункции и показатели липидного профиля у реципиентов трансплантата печени.

**Результаты исследования.** Были сформированы три подгруппы реципиентов трансплантата печени. 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. Средний возраст пациентов составил 55,2 года. 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, через 3 месяца после -  $651,2 \pm 48,43$  нг/мл ( $p<0,05$ ). Уровень VCAM-1 у реципиентов трансплантата печени до начала терапии (розувастатин 10 мг + эзетемиб 10 мг) и через 3 месяца после достоверно отличался и стал ниже на 5,4% ( $p<0,05$ ). Уровень VCAM-1 у реципиентов трансплантата печени до начала терапии (инклисиран) и через 3 месяца после достоверно отличался и стал ниже на 10,8% ( $p<0,05$ ). Показатель ТГ у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией, принимающих комбинированную гиполипидемическую терапию (розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг) до начала гиполипидемической терапии составил  $2,47 \pm 0,09$  ммоль/л, через 3 месяца после -  $1,92 \pm 0,06$  ммоль/л ( $p<0,05$ ). Показатель ТГ у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией, получающих инклисиран до начала гиполипидемической терапии составил  $3,41 \pm 0,05$  ммоль/л, через 3 месяца после -  $2,04 \pm 0,05$  ммоль/л ( $p<0,05$ ). Уровень ТГ у реципиентов трансплантата печени до начала терапии (розувастатин 10 мг + эзетемиб 10 мг) и через 3 месяца после достоверно отличался и стал ниже на 22,3% ( $p<0,05$ ). Уровень ТГ у реципиентов трансплантата печени до начала терапии (инклисиран) и через 3 месяца после достоверно отличался и стал ниже на 40,2% ( $p<0,05$ ).

**Вывод.** Гиполипидемическая терапия розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг и прием инклисирана оказывают существенное влияние на улучшение показателей маркеров эндотелиальной дисфункции и липидного профиля у реципиентов трансплантата печени и, как следствие, предотвращают как фактор риска развитие у них хронической ишемической болезни сердца.

ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

**56 ВСЕРОССИЙСКАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО  
ИТОГАМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

24 октября 2024 г.

*Сборник тезисов*



ИЗДАТЕЛЬСТВО  
ПРИВОЛЖСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Нижний Новгород

2024