

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТЯЖЕЛЫМИ ЛИПИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**Бадамшина Л.Ф.<sup>1</sup>, Кашталал В.В.<sup>2</sup>, Воробьев А.С.<sup>1</sup>,Кудрявцева О.В.<sup>1</sup>, Урванцева И.А.<sup>1</sup><sup>1</sup>БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,

ХМАО, г. Сургут, Российская Федерация

<sup>2</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Кемерово, Россия**Введение (цели/ задачи):**

Ведение пациентов со сложными нарушениями липидного обмена (НЛО), в том числе с генетическими дислипидемиями, а также с непереносимостью и резистентностью к лечению должно осуществляться в специализированных липидных клиниках. Однако многие пациенты получают помощь в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и соответственно оказываются без соответствующей гиполипидемической терапии (ГЛТ). Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности ведения пациентов с тяжелыми НЛО в условиях стандартного амбулаторного наблюдения и липидного центра.

**Материал и методы:**

В исследование включены взрослые пациенты (старше 18 лет) с ХС-ЛНП более 4,9 ммоль/л (n=905). Проанализированы данные истории болезни и амбулаторных карт пациентов, обратившихся в БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии». Были выделены две группы: группа пациентов с НЛО, наблюдавшихся в условиях специализированного липидного центра (n=264) и группа сравнения стандартного амбулаторного ведения, сходная по половозрастной и клинико-анамнестическим характеристикам с пациентами группы изучаемого вмешательства (n=641). Временной период наблюдения составил с января 2021 по июль 2024 г. (до 3,5 лет).

**Результаты:**

Исходно большинство пациентов ГЛТ не получали: 85% пациентов в первой группе и у 63% больных во второй (p<0,001), а из тех, кто лечение получал, высокоинтенсивную ГЛТ принимали менее 7% и 17% в обеих группах (p<0,001), комбинированную терапию – менее 1% больных (p<0,34). По показателям эффективной ГЛТ группа ведения пациентов с тяжелыми НЛО в условиях липидного центра опережала пациентов группы стандартного амбулаторного ведения, что осуществлялось в виде значимо более низкого достигнутого среднего значения ХС-ЛНП (стандартное ведение – 3,6 vs ведение в липидном центре – 2,3 ммоль/л, p<0,001). Однако снижения ХС-ЛНП от исходного уровня более чем на 50% удалось достичь только в группе ведения в условиях липидного центра (стандартное амбулаторное ведение – снижение на 36% от исходного уровня vs ведение в липидном центре – снижение на 63%, p<0,001). В группе ведения в условиях липидного центра значимо чаще назначалась комбинированная терапия, в том числе с включением PCSK9-таргетную терапию (p<0,001). До 19% пациентов достигли целевой ХС-ЛНП (<0,001). Количество неблагоприятных событий комбинированной конечной точки было статистически значимо больше в группе стандартного амбулаторного ведения пациентов с НЛО, по сравнению с группой наблюдения в условиях специализированного липидного центра (p=0,014). Значимых различий между группами в отношении частоты плановых реваскуляризации сосудистых бассейнов не было (p>0,05).

**Заключение:**

Таким образом, сравнительные данные двух моделей ведения за пациентами с тяжелыми НЛО демонстрирует различия в отношении назначения схем ГЛТ. Благоприятный контроль уровня липидов и улучшение отдаленного прогноза у таких пациентов можно добиться при наблюдении в специализированном липидном центре. Вместе с тем, необходимы дополнительные мероприятия по оптимизации (актуализации) маршрутизации пациентов в специализированный ЛЦ и обеспечение преемственности между специалистом специализированного центра и врача-терапевта.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЙ АЗИЛСАРТАН С ИНДАПАМИДОМ И АЗИЛСАРТАНА С НИТРЕНДИПИНОМ В МОДУЛЯЦИИ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ И СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Машкурова З.Т., Розиев Б.И., Махматкулов

И.А., Сафаров Ш.Б., Садикова Н.Х.

Республиканский специализированный научно-практический

медицинский центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

**Введение (цели/ задачи):**

Эссенциальная гипертензия сопровождается не только повышением артериального давления, но и нарушениями липидного обмена проявляющимися в повышении уровня триглицеридов, а так нарастанием жесткости артериальных стенок, которую отражает скорость пульсовой волны и которая служит независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений. В связи с этим целью настоящего исследования заключалась в сравнительной оценке эффективности комбинаций азилсартана с индапамидом азилсартана с нитрендипином в снижении уровня триглицеридов уменьшении скорости пульсовой волны у пациентов с эссенциальной гипертензией. Для достижения этой цели были определены исходные показатели триглицеридов и скорости пульсовой волны, проведен шестимесячное наблюдение за динамикой этих параметров в двух рандомизированных группах, выполнено статистическое сравнение изменений между группами, осуществлен кластерный анализ для выявления подгрупп пациентов с различной степенью ответа на терапию, исследована взаимосвязь между снижением уровня триглицеридов и улучшением эластичности сосудов, а по результатам проведенной работы разработаны рекомендации по индивидуализации комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости липидного и сосудистого профиля пациентов.

**Материал и методы:**

В исследование включены 101 пациент (средний возраст 53,1±11,2 года) с I-II степенью эссенциальной артериальной гипертензии по классификации ESC/ESH (2018), проходивших амбулаторное наблюдение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии. Критерия включения были подтвержденный диагноз эссенциальной гипертензии без острых сердечно-сосудистых осложнений и отсутствия изменений в терапии в течение предыдущего месяца; критерии исключения — вторичные причины гипертензии, тяжелая почечная или печеночная дисфункция, недавний инфаркт миокарда и инсульт, беременность и непереносимость исследуемых препаратов. Пациенты были рандомизированы в две группы: первая (A+I, n=51) получала азилсартан в среднем дозе 49,3±6,0 мг/сут и индапамид 1,69±0,5 мг/сут, вторая (A+N, n=51) — азилсартан 49,3±6,0 мг/сут нитрендипин 10,88±4,3 мг/сут. Длительность терапии — 6 месяцев. У всех пациентов на исходном уровне и по завершении 6 месяцев периода определяли уровень триглицеридов (биохимический анализатор Daytona™) и скорость пульсовой волны (система Sphygmocor). Для оценки различий внутри групп использовали парный t-тест или непараметрический тест Уилкоксона (при ненормальном распределении), для сравнения между группами — однофакторный ANOVA с пост-хоком по Тьюки. Кластерный анализ выполняли методом k-средних для выявления паттернов ответа на терапию, коррелируя между изменениями TG и PWV оценивали с помощью линейной регрессии. Статистическая значимость принималась при p<0,05.

**Результаты:**

После шестимесячной терапии в группе азилсартан + индапамид средний уровень триглицеридов снизился с 2,34±0,92 до 1,71±0,84 ммоль/л (p=0,012), тогда как в группе азилсартан + нитрендипин снижение составило с 2,29±0,88 до 1,95±0,65 ммоль/л (p=0,041); межгрупповое различие в снижении триглицеридов было статистически значимым (p=0,038). Скорость пульсовой волны в первой группе уменьшилась с 10,2±2,1 м/с до 9,7±2,5 м/с (p=0,127), тогда как во второй группе сокращение оказалось более выраженным — 10,1±2,0 м/с до 8,9±1,8 м/с (p=0,009); сравнение величин изменений PWV показало значимое преимущество комбинации с нитрендипином (p=0,026). Кластерный анализ методом k-средних выявил 1

подгруппы пациентов с высоким, умеренным и низким ответом на терапию, при этом распределение пациентов по кластерам в группе азилсартан + нитрендипин было более однородным. Линейная регрессия не продемонстрировала значимой взаимосвязи между величиной снижения триглицеридов и улучшением эластичности сосудов (R<sup>2</sup>=0,014; p=0,239).

**Заключение:**

Обе исследованные комбинации азилсартан + индапамид и азилсартан + нитрендипин показали эффективность в снижении уровня триглицеридов и уменьшении

место у взрослого населения, несмотря на достигнутый прогресс кардиологии и медицины в целом. На втором месте были работотерапевты по причине повышения температуры тела – 889 человек. Преимущественной причиной повышения температуры являются инфекционные заболевания, при этом причинами в работе на смену с признаками заболевания могут являться недооценка своего состояния или социальные вопросы (финансовое положение, недовольство руководством, невозможность оформления временной нетрудоспособности). Все это повышает риск разви