

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ И РОЗУВАСТАТИНОМ ПО ВЛИЯНИЮ НА КАЛЬЦИНОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ОСТЕОПЕНИЕЙ

БЛАНКОВА З.Н., САМСОНОВА Н.С., ФЕДОТЕНКОВ И.С., ШАРИЯ М.А., ТЕРНОВОЙ С.К., РЯБЦЕВА О.Ю., МАСЕНКО В.П., АГЕЕВ Ф.Т.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Данные об эффективности ингибиторов костной резорбции бисфосфонатов на сосудистую кальцификацию противоречивы.

Цель исследования. Оценить влияние комбинированной терапии алендроновой кислотой и розувастатином на прогрессирование кальциноза коронарных артерий (КА) и грудного отдела аорты (ГА) у пациентов высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) со сниженной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ).

Материал и методы. 48 пациентов высокого риска ССО с остеопенией (возраст 64 (56; 72) года) с высоким риском ССО и остеопенией (Т-критерий от -1 до $-2,5$ SD по результатам денситометрии, DEXA), без ишемической болезни сердца, с гемодинамически незначимым атеросклерозом брахиоцефальных артерий, преимущественно с гипертонической болезнью ($n=42$ (88%)) и достигнутым целевым уровнем артериального давления (АД) рандомизированы в 2 группы: А ($n=26$) – комбинированная терапия розувастатином (средняя доза 19 ± 7 мг) и алендронатом (70 мг 1 раз в нед) и Б ($n=22$) – терапия розувастатином (средняя доза 14 ± 7 мг). Исходно и через 12 мес. определены уровни холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), маркеров костной резорбции: С-концевого телопептида коллагена I типа (СITP),

N-концевого пропептида проколлагена I типа (PINP), остеокальцина; DEXA поясничного отдела позвоночника; мультиспиральная компьютерная томография КА и ГА (кальциевый индекс).

Результаты. Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, уровню АД. Средняя доза розувастатина, исходные и финальные значения уровня ХС-ЛПНП в группах сравнения не отличались. У всех больных были достигнуты целевые значения ХС-ЛПНП менее 2,5 ммоль/л. Спустя 12 мес. терапии наблюдались статистически значимые межгрупповые отличия по динамике МПКТ, $p<0,05$ (0,02 (0,0; 0,03) г/см², и $-0,01$, ($-0,2$; 0,22) г/см² для групп А и Б соответственно) и снижению сывороточной концентрации маркеров костного обмена: CITP, $p<0,05$ ($-0,07$ ($-0,26$; 0,03) г/мл, и 0,02 ($-0,11$; 0,24) для групп А и Б соответственно), PINP, $p<0,05$ (-9 (-18 ; 1) г/мл, $p<0,05$ и 1 (-8 ; 20) для групп А и Б соответственно), остеокальцина -2 (-5 ; -31) нг/мл и 3 (2; -23) нг/мл для групп А и Б, соответственно). Не выявлено статистически значимой разницы по динамике кальциевого индекса КА и ГА в группах сравнения.

Заключение. Эффективная по влиянию на МПКТ комбинированная терапия алендроновой кислотой и розувастатином у пациентов высокого риска ССО с остеопенией не сопровождалась снижением прогрессирования кальциноза КА и ГА.

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГАБРУСЕНКО С.А., МАЛАХОВ В.В., КУХАРЧУК В.В.

ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Наружная контрпульсация (НКП) – современный лечебный метод неинвазивной реваскуляризации миокарда, позволяющий добиваться повышения перфузионного давления в коронарных артериях во время диастолы и снижения сопротивления сердечному выбросу во время систолы, определяемый как метод неинвазивной реваскуляризации миокарда. Основной областью применения НКП является ишемическая болезнь

сердца с рефрактерной к медикаментозному лечению стенокардии, а также сердечная недостаточность различного происхождения.

Цель работы. Оценка влияния программной НКП на клинико-функциональный статус, «качество жизни» больных с сердечной недостаточностью ишемической природы, стабильной стенокардией II–IV Ф.К., рефрактерной к медикаментозной терапии.

Материал и методы. 60 больным ИБС (10 женщин и 50 мужчин, ср. возраст – 64,8 лет) проведен лечебный курс УНKP, включавший 35 часовых процедур 5–6 раз в неделю в течение 6–7 недель. Использовался кардиотерапевтический комплекс EECР® Therapy System Model TS3 (Vasomedical Inc., USA). У всех пациентов, несмотря на проводимую лекарственную терапию, сохранялась стабильная стенокардия II–IV Ф.К., положительный нагрузочный тест на велоэргометре (ВЭМ). По данным коронароангиографии у 49 больных выявлено трехсосудистое, у 11 – двухсосудистое поражение коронарного русла. 58% пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда, у 50% – проведена операция аортокоронарного шунтирования, у 33% – баллонная ангиопластика со стентированием. У всех пациентов отмечались явления СН: II Ф.К. (NYHA) – у 38, III–IV Ф.К. – у 22. У 25% больных фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) не превышала 35%. До и после курса НКП больным проводились общеклиническое обследование с оценкой «качество жизни» с использованием Миннесотского опросника, ВЭМ-проба с сцинтиграфией миокарда, суточное ЭКГ-мониторирование.

Результаты. Процедуры хорошо переносились больными, в ходе и после проведения лечения не было отмечено каких-либо побочных и нежелательных эффектов. Все больные отметили субъективное улучшение самочувствия при достоверном ($p < 0,001$) улучшении «качества жизни». Не менее, чем вдвое уменьшилось количество

приступов стенокардии и потребность в нитратах. Достоверно ($p < 0,001$) повысилась толерантность к физической нагрузке. Эти эффекты были сопоставимы у больных с сохраненной и сниженной (ФВ < 35%) сократительной функцией ЛЖ. У большинства пациентов отмечено улучшение перфузии миокарда (уменьшение глубины и распространенности дефектов перфузии). Наблюдалась умеренно выраженная тенденция к увеличению фракции выброса ЛЖ, преимущественно у больных с исходно значительно нарушенной сократительной функцией миокарда ($p < 0,01$). По данным суточного ЭКГ-мониторирования отмечено достоверное ($p < 0,001$) уменьшение средней частоты сердечных сокращений. Кроме того, в результате курсового лечения НКП отмечена достоверная тенденция к уменьшению содержания в плазме мозгового (ср. 887,0 до 523,5 фмоль/л, $p < 0,01$) и предсердного (ср. с 4017,6 до 3188,6 фмоль/л, $p < 0,03$) натрийуретических пептидов, как известно, являющихся биохимическими маркерами миокардиальной дисфункции и предикторами неблагоприятного прогноза у больных ИБС и СН.

Заключение. Собственный опыт применения НКП свидетельствует о высокой ее эффективности и безопасности в комплексном лечении больных с СН ишемического генеза, стабильной стенокардией, рефрактерной к лекарственной терапии при невозможности использования, в том числе повторного, методов реваскуляризации миокарда.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГОРШУНОВА Н.К., ГРИГОРЬЯН М.Ф.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к часто встречающимся заболеваниям сердечно-сосудистого континуума. Это один из тяжелых видов кардиоваскулярной патологии, резко снижающих качество жизни пациентов.

Среди многочисленных факторов его ухудшающих, большое значение принадлежит стрессам, тяжелым эмоциональным переживаниям, способным вызывать различные соматические нарушения, снижать жизнеспособность, нарушая общее благополучие больного.

Цель исследования. Определение выраженности стресса у больных пожилого возраста с ишемической болезнью сердца и его влияние на качество жизни.

Материал и методы исследования. Обследованы 47 слушателей Университета Сеньоров пожилого возраста (средний возраст – $66,3 \pm 1,4$ года), с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения II ФК, оформив-

ших информированное согласие. Стресс определяли с помощью теста стрессоустойчивости по 10-ти балльной шкале (Щербатых Ю.В., 2006г.), по которой базовая стрессоустойчивость (БСУ) в пределах от 70 до 100 баллов считается удовлетворительной. Рассчитывался показатель динамической чувствительности (ДЧ) к стрессам. Оценку качества жизни респондентов проводили с помощью международного опросника – SF-36 по 8 шкалам: физического (ФФ), ролевого физического (РФФ), ролевого эмоционального (РЭФ) и социального (СФ) функционирования, психологического (ПЗ) и общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (Ж). Результаты исследования обработаны с помощью параметрических методов, о достоверности различий между группами судили по t-критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони, они признавались значимыми при $p < 0,05$. Для определения зависимости качества жизни использован корреляционный анализ по Пирсону.