

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.

Результаты и их обсуждение. У 52,8% (122±7,9 баллов) респондентов определено высокая стрессочувствительность и достоверные отличия качества жизни по шкалам физического функционирования ($p<0,05$), ролевого эмоционального функционирования ($p<0,05$), социальной функции ($p<0,05$) и общего здоровья ($p<0,05$).

Средние показатели шкал удовлетворенности КЖ найдены у 73,2% (67,8±2,4 баллов) лиц с динамической чувствительностью и достоверным отличием качества жизни по шкалам физического функционирования ($p<0,05$), ролевого эмоционального функционирования ($p<0,05$), психического здоровья ($p<0,05$) и жизнеспособности ($p<0,05$).

Показатели пожилых больных с повышенной чувствительностью к стрессу прямо коррелировали с показателями общего здоровья ($r=0,61$; $p<0,05$) и жизнеспособностью ($r=0,54$; $p<0,05$), обратная связь средней силы установлена с ролевым эмоциональным функционированием ($r=-0,51$; $p<0,05$). Также установлена средней силы обратная связь динамической чувствительности с физическим функционированием ($r=-0,34$), психическим здоровьем ($r=-0,42$; $p<0,05$) и жизнеспособностью ($r=-0,43$; $p<0,05$).

Заключение. Таким образом, у пожилых больных с ишемической болезнью сердца установлены высокая стрессочувствительность и снижение качества жизни. Образовательные программы способствуют высокому уровню снижения стресса.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

ДЕДОВ Д.В.¹, КОВАЛЬЧУК А.Н.¹, ЭЛЬГАРДТ И.А.², МАСЛОВ А.Н.¹

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России;

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», г. Тверь. Россия

Введение. Хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) до сих пор остаются самыми распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в большинстве стран мира. Известно, что ожирение (Ож) признается одной из наиболее важных медико-социальных проблем. По данным многоцентрового наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ с участием 25224 человек в возрасте 25–64 лет распространенность Ож в популяции составила 29,7%. Отмечено, что частота избыточной массы тела (МТ) и Ож в мире выросла почти на 30–50%. Кроме этого, Ож рассматривается как важнейший фактор риска ССЗ и сахарного диабета 2-го типа. Наряду с этим, повышенная МТ и Ож определяют развитие до 17–23% случаев ИБС и АГ. В конечном итоге Ож приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза. На основании вышеизложенного можно заключить, что вопрос анализа клинических данных больных ИБС, АГ и сопутствующим Ож до конца не изучен и нуждается в более детальном освещении.

Цель работы. Изучить взаимосвязь клинических характеристик и показателей ремоделирования миокарда у больных ИБС и АГ с сопутствующим Ож.

Материал и методы. Всего были обследованы 140 мужчин и женщин (средний возраст – 61,5±6,9 лет) с ранее верифицированными хронической ИБС и АГ. Исследование было одобрено Этическим комитетом Тверского государственного медицинского университета и проведено на базе Тверского областного клинического

кардиологического диспансера. Выполнено: изучение жалоб и анамнеза, определение роста в метрах (м) и МТ в килограммах (кг), измерение систолического (С) и диастолического (Д) артериального давления (АД), стандартная электрокардиография, эхокардиография (ЭхоКГ), доплер-ЭхоКГ. Индекс массы тела (ИМТ) был рассчитан по формуле: $ИМТ = МТ / \text{рост}^2$ в $кг/м^2$. На основании значений ИМТ из вышеуказанных пациентов были сформированы 3 группы: 1 – обследованные с ИБС и АГ, имевшие нормальную МТ; 2 – больные ИБС и АГ с избыточной МТ; 3 – мужчины и женщины с ИБС, АГ и сопутствующим Ож (ИМТ: 19,0 – 24,9 $кг/м^2$; 25,0 – 29,9 $кг/м^2$ и более 30,0 $кг/м^2$ соответственно). При проведении ЭхоКГ анализировались: конечный диастолический размер и объем левого желудочка (КДР и КДО ЛЖ); размер левого предсердия (ЛП); масса миокарда (ММ) ЛЖ в граммах (г); толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП); толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ. Площадь поверхности тела (ППТ) пациентов в $м^2$ рассчитывалась по формуле Дюбуа. Индекс (И) ММЛЖ получали по формуле: $ИММЛЖ = ММЛЖ / ППТ$ в $г/м^2$. Для сравнения непрерывных параметров в изучаемых группах использовался Н-критерий Краскелла – Уоллиса. Исследование связи между показателями проведено при помощи коэффициента ранговой корреляции по Спирмену (r_s). При значении r_s менее или равным 0,3 связь признавали слабой, а при r_s более 0,4 – умеренной силы. Уровень значимости всех статистических тестов был принят на уровне p меньше 0,05.