

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.

Результаты. Анализ непрерывных данных в трех группах с помощью H-критерия Краскелла – Уоллиса выявил, что САД у пациентов 2 и 3 групп оказалось выше, чем в 1 (на 6,8 и 9,2% соответственно; $H=9,6 - 11,7$; оба $p=0,003$). Помимо этого, у больных 3 группы ИММЛЖ был выше, чем в 1 (на 7,1%; $H=9,5$; $p=0,009$). В дальнейшем, в 3 группе был выполнен корреляционный анализ по Спирмену. В результате нашли прямую связь между размером ЛП и ММЛЖ ($r_s=0,71$; $p=0,001$), ТЗСЛЖ ($r_s=0,56$; $p=0,001$), КДО ЛЖ ($r_s=0,35$;

$p=0,009$), ТМЖП ($r_s=0,68$; $p=0,005$), а также ИММЛЖ и КДО ЛЖ ($r_s=0,52$; $p=0,046$).

Заключение. Можно полагать, что повышение ИМТ у больных ИБС и АГ ассоциировалось с увеличением САД. У пациентов с Ож ИММЛЖ был выше, чем у обследованных с нормальным ИМТ. У больных с Ож размер ЛП и КДО ЛЖ оказался больше, чем у обследованных с нормальной ИМТ. Таким образом, выявлена взаимосвязь между Ож и развитием ремоделирования ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЖИЛЯЕВА Ю.А., МИХИН В.П., ВАСИЛЬЕВА Д.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия

В настоящее время одними из основных антиатерогенных препаратов являются статины, обладающие гипохолестеринемическими свойствами. Однако, наряду с этим, они обладают и рядом плейотропных эффектов, в частности противовоспалительным.

Цель работы. Определить влияние дженерических препаратов аторвастатина – Торвакарда (Zentiva a.s., Чехия) и симвастатина – Симвакарда (Zentiva a.s., Чехия) в составе комплексной терапии на уровень и С-реактивный белок (СРБ) у пациентов хронической ИБС с гиперхолестеринемией.

Материал и методы. В исследование включены две группы пациентов (I группа – 32 человека, II группа – 20 человек), страдающих ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III ФК. ХСН I–IIА стадии, в сочетании с гиперхолестеринемией в возрасте от 53 до 65 ($58,2 \pm 6,5$) лет, из которых 32 пациента имели артериальную гипертензию легкой и средней степени. Критериями рандомизации служили уровень ХС (от 6,5 ммоль/л до 8,0 ммоль/л) и возраст.

Все пациенты получали стандартную терапию, включающую кардиоселективный β -блокатор (бисопролол 2,5–5 мг/сут); ингибитор АПФ (периндоприл – 10 мг/сут.); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин – 2,5–5 мг/сут); антиагреганты (кардиомагнил – 75 мг/сут), при необходимости лечение дополнялось пролонгированными нитратами (изосорбид-мононитрат 20–40 мг/сут).

В течение 12 недель пациенты первой группы получали гиполипидемическую терапию аторвастатином в виде препарата Торвакард – 20 мг/сут. Пациенты второй группы получали симвастатин – Симвакард – 20 мг/сут.

Уровень СРБ определяли количественно иммунотурбидиметрическим методом с использованием многоточечной калибровки, набором

(«Analiticon», Германия), интервал линейности набора – 1,0–20,0 мг/л.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась статистическими программами «StatSoft Statistica 6,0» и Microsoft Excel 2003 с расчетом средних значений и ошибки средней величины ($M \pm m$); парного t-критерия Стьюдента; χ^2 (достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты. С-реактивный белок (СРБ) служит интегральным параметром, отражающим воспалительный процесс в организме и прежде всего в сосудистом русле.

Уже через 4 недели приема Торвакарда в дозе 20 мг/сут уровень СРБ уменьшился на 17,2%, а к концу 12 недели терапии – на 44,5% от исходных значений. В группе пациентов, принимающих Симвакард – 20 мг/сут, этот показатель снизился на 16,4% и на 25,0% через 4 недели и 12 недель, соответственно.

По мнению исследователей, этот плейотропный эффект аторвастатина вносит существенный вклад в улучшение прогноза у тяжелых больных с ИБС. В исследовании «ФАРВАТЕР» было получено достоверное снижение уровня СРБ у больных, принимавших аторвастатин в дозах 10 и 20 мг/сут. на 15–20%. Вполне вероятно, что влияние аторвастатина на величину СРБ зависит от клинического состояния пациента (ОКС или стабильная ИБС), а также от используемой дозировки этого статина.

Заключение. Таким образом, за 12 недель терапии дженерическими статинами были доказаны плейотропные свойства статинов, в частности противовоспалительный эффект. Применение препаратов группы аторвастатина и симвастатина сопровождалось выраженным противовоспалительным эффектом, проявляющимся значительным снижением уровня С-реактивного белка у пациентов, страдающих ИБС.