

**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.<sup>1</sup>, КОВАЛЬЧУК А.Н.<sup>1</sup>, ЭЛЬГАРДТ И.А.<sup>2</sup>, МАСЛОВ А.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России;

<sup>2</sup>ГБУЗ 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  $\beta$ -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;  $\chi^2$  (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.