

Результаты:

При сравнении уровня висфатина с нормальной толщиной КИМ ОСА, было выявлено достоверное его увеличение лишь у больных ГБ с АО. Анализируя уровень висфатина с разной толщиной КИМ ОСА, достоверное увеличение данного адипоцитокина было обнаружено только при патологическом утолщении сосудистой стенки - (39,49±1,55) нг/мл при ГБ с АО и (24,46±1,51) нг/мл при ГБ без АО (p<0,05). Также была обнаружена положительная корреляционная связь между уровнем висфатина и толщиной КИМ при ГБ с АО (r=0,49, p<0,05) и без него (r=0,41, p<0,05). При сравнении уровня ИЛ-6 с толщиной КИМ ОСА, была установлена положительная корреляционная связь между последними у больных ГБ с АО (r=0,42, p<0,05). Одним из атерогенных показателей, который вызывает существенное увеличение висфатина в крови, является гипертриглицеридемия, что подтверждается обнаруженной положительной корреляционной связью между уровнем висфатина и триглицеридов у больных ГБ с АО при утолщенные КИМ ОСА (r=0,43, p<0,05).

Заключение:

По данным проведенного анализа отмечается достоверное повышение уровня висфатина и ИЛ-6 при увеличении толщины КИМ ОСА у больных с ГБ в независимости от наличия АО.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ибатов А. Д.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить влияние различных факторов на качество жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

Обследовано 276 больных, страдающих стенокардией напряжения II-IV ФК в возрасте от 36 до 75 лет (средний возраст 56,9±0,5 лет), Больным проведено общеклиническое обследование, ЭКГ, нагрузочные пробы. Качество жизни оценивали по Сизтлскому опроснику для больных стенокардией. Для изучения влияния факторов на качество жизни использовали многофакторный дисперсионный анализ ANOVA/MANOVA статистического пакета «Statistica 5,0».

Результаты:

При анализе качества жизни у больных ИБС, по данным Сизтлского опросника, выявлено общее умеренное снижение качества жизни по всем анализируемым показателям, так по шкале физической активности количество баллов составило 56,8±1,1 (min 20; max 100), по шкале стабильность стенокардии - 46,7±1,4 (min 20; max 100), по шкале тяжесть стенокардии - 55,4±1,4 (min 16,7; max 93,3), по шкале оценка лечения - 64,3±0,8 - (min 11,1; max 95,2), по шкале восприятия болезни - 51,0±0,9 (min 17,8; max 93,3), итоговый показатель качества жизни составил 57,2±0,9 (min 25,6; max 90,8). Таким образом, наиболее низкий показатель был выявлен по шкале стабильности стенокардии, наиболее высокий – по шкале оценки проводимого лечения. Методом многофакторного дисперсионного анализа установлено, что на итоговый пока-

затель качества жизни влияли следующие факторы: функциональный класс стенокардии напряжения (F=18,7; p=0,0000), уровень личностной тревожности (F=13,3; p=0,000003), степень депрессивных проявлений (F=11,1; p=0,00003), уровень реактивной тревожности (F=10,1; p=0,00006), выраженность вегетативных нарушений (F=7,9; p=0,0053), нарушения ритма (F=5,8; p=0,016), курение (F=5,4; p=0,02), возраст пациента (F=4,4; p=0,012), степень поражения коронарного русла атеросклерозом (F=3,5; p=0,017). Наличие сопутствующего сахарного диабета, избыточной масса тела, артериальной гипертензии, постинфарктного кардиосклероза, нетяжелой хронической сердечной недостаточности не оказывали статистически значимого влияния на итоговый показатель качества жизни.

Заключение:

На качество жизни в большой степени влияет не только тяжесть стенокардии (функциональный класс), но и эмоциональное состояние пациента (уровень тревоги, депрессии), степень вегетативных нарушений, что необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий.

ВЛИЯНИЕ АУРИКУЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ВАГУСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Огуркова О. Н., Сулова Т. Е., Павлюкова Е. Н.,
Кузьмичкина М. А.

НИИ кардиологии Томский НИМЦ

Введение (цели/ задачи):

Цель: была проведена оценка возможности использовать курс аурикулярной электростимуляции центральных ядер n. vagus для коррекции вегетативного статуса при СН ишемического генеза тяжелых функциональных классов и исследовать влияние АЭВС на уровни С-реактивного белка, фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина-6 в сыворотке крови.

Материал и методы:

Исследование было выполнено у 50 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 60,0±8,9 лет с функциональным классом СН III-IV (по NYHA) и фракцией выброса левого желудочка менее 35%. Критериями включения были: стабильное клиническое состояние в отношении симптомов ХСН в течение не менее 4 недель; оптимальная и неизменная терапия по поводу СН в течение последнего месяца; подписанное информированное согласие; ЧСС≥60удмин; ФК СН III-IV по NYHA; отсутствие диссинхронии ЛЖ (по данным Эхо-КГ) и клапанной болезни сердца. АЭВС проводилась с использованием прибора «Вагус» (МПК "Электропульс", г. Томск), длительность курса-15 дней. Поскольку показателем симпатической гиперактивности является повышенная ЧСС, то состояние вегетативной регуляции оценивали именно по изменению этого показателя. ЧСС всех пациентов оценивали по суточным записям ЭКГ (исходно, через сутки и через 3 месяца после курса АЭВС). Для определения активности воспалительного процесса использовали показатели С-реактивного белка. Участие цитокинового звена воспаления оценивалось по данным содержания в сыворотке крови ФНО-альфа и ИЛ-6, определяемых иммуноферментным методом с помощью

диагностических наборов фирмы Biomedica. Образцы крови брали на этапе включения пациентов в исследование, через сутки и через 3 месяца после последнего сеанса АЭВС. Пациенты были разделены на две группы с ЧСС > 80 уд/мин (n=12) и с ЧСС < 80 уд/мин (n=38).

Результаты:

У всех обследованных пациентов, которым был проведен курс АЭВС, установился новый баланс симпатической и парасимпатической иннервации, что выражалось в урежении ЧСС до 10% от исходного уровня на фоне неизменной базовой терапии. При исследовании показателей воспалительных реакций было обнаружено, что уровень СРБ в сыворотке крови пациентов с начальной ЧСС > 80 уд/мин был достоверно выше, чем в группе с начальной ЧСС < 80 уд/мин до вагусной стимуляции, после и через 3 месяца после окончания курса АЭВС. После проведения процедуры, уровень СРБ в обеих группах достоверно снизился, но через 3 месяца после курса содержание СРБ вернулось к исходному уровню. Важное место в современной нейроэндокринной теории развития сердечной недостаточности цитокиновому звену. Повышенная активность нейрогуморальной системы стимулирует выработку ФНО-альфа, интерлейкина-6, обладающих провоспалительным действием, это ведет к развитию патологических изменений в периферических тканях, нарушению функции энергорепреципторов, что приводит к их сверхстимуляции и к гиперактивации симпато-адреналовой системы, замыкая порочный круг. Содержание в сыворотке крови ФНО-альфа в группе с ЧСС > 80 уд/мин было достоверно выше, по сравнению с группой с ЧСС < 80 уд/мин до, после и через 3 месяца АЭВС, при этом не было отмечено динамики изменения содержания ФНО-альфа в сыворотке крови после проведенной вагусной стимуляции. Интерлейкин-6 обеспечивает важные регуляторные функции не только в реализации воспалительных реакций, но и в регуляции определенных звеньев метаболизма, нейроиммунных и нейровегетативных взаимодействий. При исследовании уровня ИЛ-6 были получены следующие результаты: в группе с ЧСС > 80 уд/мин содержание ИЛ-6 было значительно повышено по сравнению с содержанием данного цитокина в группе с ЧСС < 80 уд/мин до, после и через 3 месяца после процедуры АЭВС. При этом было отмечено снижение уровня ИЛ-6 к 3 месяцу после окончания курса АЭВС по сравнению с начальным уровнем в обеих группах, независимо от исходной ЧСС.

Заключение:

Снижение ЧСС после АЭВС может быть отражением установления нового баланса между симпатической и парасимпатической иннервацией, которое должно способствовать улучшению функционального состояния сердечной мышцы. Чем выше исходная ЧСС, тем сильнее выражена воспалительная реакция организма, характеризующаяся высокими уровнями СРБ, ФНО-альфа, интерлейкина-6, при этом положительное влияние АЭВС было отмечено для таких показателей, как СРБ и ИЛ-6.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ИЛОПРОСТА НА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Николаева Е. В., Курмуков И. А., Юдкина Н. Н., Волков А. В.

ФГБНУ НИИР им В.А.Насоновой

Введение (цели/ задачи):

Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) на фоне системной склеродермии (ССД) – жизнеугрожающее проявление этого системного заболевания, в ряде случаев требующее интенсификации терапевтических подходов или их полной смены. Простациклин и его аналоги – мощные вазодилаторы, синтез и метаболизм которых нарушается у пациентов с ЛАГ различной этиологии. Это является обоснованием для использования этой группы препаратов в терапии ЛАГ. В последние годы применение простаноидов расширилось за счет создания его стабильных аналогов с различными фармакокинетическими особенностями. В настоящее время в РФ зарегистрирована только одна форма простаноидов (ингаляционный илопрост), однако, несмотря на широкое использование и эффективность, доказательная база для применения этой формы препарата у пациентов с IV функциональным классом (ФК) недостаточна (класс рекомендаций IIБ, уровень доказательности С). В тоже время опубликованы результаты трех открытых исследований эффективности внутривенного илопроста у пациентов с ЛАГ, авторы которых этот препарат считают сопоставимым по эффективности с эпопростенолом. В нашей стране эта форма препарата зарегистрирована для заболеваний периферических артерий и может использоваться у пациентов с ССД.

Материал и методы:

В исследование были включены 8 пациентов ЛАГ-ССД (4 из них IV ФК, остальные 4 – III ФК). У всех пациентов были признаки правожелудочковой сердечной недостаточности, требовавшие назначения парентеральных диуретиков. Пятерым проводилась непрерывная терапия добутамином или допаминотом длительностью от 1 до 10 суток. Всем пациентам назначалась или интенсифицировалась ЛАГ-специфическая терапия. Всем больным проводилось обследование в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению легочной гипертензии 2007 и 2014 года. До и после курса внутривенного илопроста проводился тест 6-минутной ходьбы (6-МТХ), исследовался уровень мочевой кислоты (МК) и проводилась катетеризация правых отделов сердца и легочной артерии с измерением давления в правом предсердии (ДПП), среднего давления в легочной артерии (СрДЛА), сердечного выброса (СВ) методом термодилуции, расчетом ударного индекса (УИ), легочного сосудистого сопротивления (ЛСС) и других параметров. Во время катетеризации всем пациентам проводилась проба на вазореактивность. Проба считалась положительной в соответствии с общепринятыми критериями: снижение СрДЛА не менее чем на 10 мм рт. ст. с достижением абсолютного значения ниже 40 мм рт. ст. с увеличением или отсутствием динамики СВ. Настоящее исследование было начато до внесения изменений в Европейские рекомендации о неинформативности пробы на вазореактивность у пациентов с ЛАГ на фоне ССД. Исследование было одобрено