

ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Расулова З. Д., Тагаева Д. Р.,
Машарипова Д. Р., Джураева В. Х.

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние лозартана на показатели толерантности к физической нагрузке и параметры качества жизни у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Было обследовано 60 больных с ИБС осложненной ХСН I-III ФК. В исследование включались больные в возрасте от 45-60 лет. Из 60 больных с I ФК (18), II ФК (22) и III ФК ХСН (20 больных), принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии (спиронолактон, бета-блокаторы, антиагреганты) – лозартан; доза лозартана титровалась до 50-100 мг в сутки (средняя доза препарата составила $66,3 \pm 25,6$). Всем больным проводился тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка качества жизни (КЖ) с помощью «Миннесотского опросника».

Результаты:

У обследованных больных с ХСН I ФК по результатам ТШХ исходные показатели больных составили $454,4 \pm 21,95$ метров, II ФК $384,17 \pm 25,3$, III ФК $237,3 \pm 33,5$. Исходные показатели КЖ больных ХСН по суммарному индексу КЖ (СИ КЖ) «Миннесотского опросника» показал, достоверное увеличение параметров с увеличением ФК ХСН и составило с I ФК $24,3 \pm 1,32$ баллов, со II ФК $36,8 \pm 2,36$, $44,67 \pm 2,28$. На фоне 6 месяцев лечения с включением лозартана было отмечено достоверное повышение толерантности к физической нагрузке с увеличением дистанции шестиминутной ходьбы у больных с I, II и III ФК на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p < 0,001$). Повышение толерантности к физической нагрузке больных сопровождалось улучшением показателей качества жизни больных с ХСН, что выражалось в уменьшении СИ КЖ: у больных с I, II, III ФК ХСН на 32,4%, 23,8%, 13,9% ($p < 0,001$) соответственно по сравнению с исходными показателями. Была отмечена достоверная обратная корреляционная связь между СИ КЖ с результатами ТШХ с коэффициентом корреляции $r = -0,809$ соответственно.

Заключение:

На фоне 6 месяцев лечения с включением лозартана было отмечено повышение толерантности к физической нагрузке и достоверное улучшение КЖ больных с ХСН.

ВЛИЯНИЕ НИКОРАНДИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ИБС С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ ВЫСОКИХ ГРАДАЦИЙ

Карпова И. С., Манак Н. А., Соловей С. П., Козлов И. Д.

*Республиканский научно-практический центр "Кардиология",
РНПЦ "Кардиология"*

Введение (цели/ задачи):

Общеизвестно о взаимосвязи между электрической не-

стабильностью миокарда и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний. Расстройства коронарного кровообращения при ИБС приводят к ишемическим, некротическим и фиброзным изменениям миокарда, что вызывает электрофизиологическое ремоделирование миокарда и, как следствие, различные нарушения сердечного ритма. Одним из возможных подходов к воздействию на эти процессы считается использование активаторов АТФ-калиевых каналов, которые за счет укорочения потенциала действия и рефрактерного периода могут оказывать антиаритмическое действие. Целью настоящей работы явилось изучение влияния препарата никорандил на показатели электрической нестабильности миокарда (турбулентность сердечного ритма, микровольтную альтернацию зубца Т) при ИБС с желудочковыми аритмиями высоких градаций.

Материал и методы:

Обследованы 80 пациентов среднего возраста $61,1 \pm 5,2$ лет (55 мужчин, 25 женщин) со стенокардией напряжения ФК II-III с желудочковыми аритмиями 3-5 классов по В. Lowen. У 42 из них в анамнезе был инфаркт миокарда, 26 человек перенесли операцию аорто-коронарного шунтирования. 40 пациентам на фоне стандартной терапии ИБС (биспролол, ингибитор АПФ, кардиоаспирин, статины) добавлялся никорандил в дозе 5 мг 2 раза в день с последующим титрованием дозы в течение 5-7 дней до 10 мг 2 раза в сутки (основная группа). Контрольную группу составили 40 лиц сопоставимой тяжести заболевания, которым β -адреноблокатор заменялся на метопролол сукцинат с титрованием дозы до гемодинамически эффективной. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, велоэргометрическое тестирование, выполнялось суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ). Параметры электрического состояния миокарда (турбулентность сердечного ритма, микровольтную альтернацию зубца Т - mTWA) определяли с помощью компьютерной программы «Интекард-7» при записях ЭКГ в течение 5 минут, а турбулентность сердечного ритма также при СМЭКГ. Оценивали следующие показатели турбулентности сердечного ритма: начало турбулентности (turbulence onset – TO), наклон турбулентности (turbulence slope – TS). TO – это величина учащения синусового ритма вслед за желудочковой экстрасистол, TS – интенсивность замедления синусового ритма, следующего за его учащением. За норму принимали значения $TO < 0\%$ и $TS > 2,5$ мс/RR; значения $TO > 0\%$ и $TS < 2,5$ мс/RR расценивались как неблагоприятный предиктор внезапной сердечной смерти. При анализе микровольтной альтернации зубца Т определялись изменения амплитуд зубцов Т в окне из четырех последовательных сердечных сокращений, оценивался процент четырех битовых окон с патологической и непатологической mTWA и рассчитывали среднюю амплитуду альтернации. Повторные исследования проводились через 3 и 6 месяцев лечения.

Результаты:

Наряду со значительным антиангинальным и антиишемическим действием никорандил проявил антиаритмическую активность. На фоне проводимого лечения в целом по группе уже через 3 месяца наблюдалась тенденция к урежению количества желудочковых экстрасистол. К 6 месяцам достоверно снизилось как общее их число ($p = 0,046$), так и количество экстрасистол в виде бигимении ($p = 0,0000$), тригимении, а также стало значительно меньше парных экстрасистол и эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии ($p = 0,0000$). В контрольной группе, начиная с 3-х месяцев терапии, наблю-

далась только тенденция к урежению суправентрикулярных экстрасистол и желудочковой аллоритмии, а через 6 месяцев даже возросло число парных желудочковых экстрасистол (Lown II) ($p=0,02$). На фоне применения никорандила через 6 месяцев нормализовался показатель начала турбулентности сердечного ритма TO по данным коротких записей ЭКГ. В отличие от контрольной группы, значительно улучшился и показатель наклона турбулентности TS ($p=0,003$). По результатам суточного мониторирования ЭКГ уже через 3 месяца произошло достоверное уменьшение показателя начала TO ($p=0,001$) и наклона турбулентности TS сердечного ритма ($p=0,03$), а также уменьшение числа желудочковых экстрасистол с ЭС с $TS < 2,5 \text{ мс/RR}$ ($p=0,002$) и ЭС с $TO > 0$ и $TS < 2,5 \text{ мс/RR}$ ($p=0,018$). Через 6 месяцев этот эффект удерживался. Начиная с 3 месяцев терапии достоверно снизилась амплитуда патологической микровольтной альтернации Т-волны, в последующем она продолжала снижаться к 6 месяцам лечения ($p=0,017$). Через 3 месяца отмечалось достоверное снижение и среднего значения микровольтной альтернации ($p=0,0000$); показатель удерживался с продолжением лечения. К 6 месяцам терапии повысилась амплитуда непатологической альтернации зубца Т ($p=0,0003$). В контрольной группе не было выявлено динамики амплитудных показателей микровольтной альтернации зубца Т и только через полгода снизился усредненный показатель альтернации ($p < 0,05$).

Заключение:

Полученные нами данные свидетельствуют о значимом антиаритмическом эффекте никорандила у пациентов ИБС с желудочковыми аритмиями высоких градаций (III-V классов по B.Lown), а также об уменьшении явлений электрической нестабильности миокарда (улучшении значений турбулентности сердечного ритма, микровольтной альтернации зубца Т).

ВЛИЯНИЕ ОСНОВНЫХ ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кужелева Е. А., Тукиш О. В., Горганеева А. А.

НИИ кардиологии, Томск

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Изучить влияние основных групп лекарственных препаратов (бета-адреноблокаторов, двойной антитромбоцитарной терапии, статинов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)) на отдаленные исходы ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших острый инфаркт миокарда.

Материал и методы:

В исследование включено 439 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и зарегистрированных в базе данных «Регистр острого инфаркта миокарда». Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа ($n=279$) включала больных пожилого и старческого возраста (пациенты 60 лет и старше), 2 группу ($n=160$) составили пациенты моложе 60 лет. Для определения прогностической значимости медикаментозной терапии производился расчет отношения шансов (ОШ) наступления летального исхода в течение пяти лет после перенесенного ОИМ в зависимости от назначения

основных групп лекарственных препаратов в остром периоде заболевания и при выписке из стационара.

Результаты:

Препараты группы бета-адреноблокаторов назначались 68% пациентов старше 60 лет, у пациентов молодого и среднего возраста процент назначения данных препаратов достигал 78% ($p=0,02$). По результатам статистического анализа отношение шансов развития летального исхода у пациентов пожилого и старческого возраста при неназначении бета-адреноблокаторов по сравнению с пациентами, которым препараты данной группы назначались, составило $ОШ=7,2$ (95%ДИ 4,1-12,8; $p<0,001$). Вместе с тем, у пациентов моложе 60 лет аналогичный показатель был значительно ниже и составил $ОШ=4,5$ (95%ДИ 1,9-10,2; $p<0,001$). Двойная антитромбоцитарная терапия применялась только у 28% пациентов в 1 группе и у 44% пациентов – во второй ($p<0,001$). Показатель отношения шансов развития летального исхода в отдаленном постинфарктном периоде при отсутствии назначения двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов старше 60 лет был в 2 раза выше ($ОШ=5,2$; 95%ДИ 2,8-9,8; $p<0,001$), чем у пациентов молодого и среднего возраста ($ОШ=2,5$; 95%ДИ 1,09-5,9; $p=0,01$). Гиполипидемическая терапия статинами имела место только у половины пациентов старше 60 лет (51%). Во второй группе частота применения данных препаратов в остром периоде инфаркта миокарда и при выписке из стационара составила 75% ($p<0,001$). При проведении статистического анализа было выявлено значительно большее влияние отсутствия в лечении препаратов группы статинов на отдаленный прогноз ИБС у больных старших возрастных групп ($ОШ=7,3$; 95%ДИ 4,3-12,6; $p<0,001$) по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста ($ОШ=3,4$; 95%ДИ 1,5-7,7; $p=0,008$). Подобная зависимость была выявлена и в отношении иАПФ: при неназначении препаратов данной группы пациентам пожилого и старческого возраста (36%) отношение шансов развития летального исхода в постинфарктном периоде составило $ОШ=7$ (95%ДИ 4,1-12; $p<0,001$), тогда как у пациентов молодого и среднего возраста выявлена меньшая степень влияния данного фактора на прогноз ($ОШ=3,8$; 95%ДИ 1,4-9,7; $p=0,002$).

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о большем прогностическом значении применения основных групп лекарственных препаратов на отдаленный исход заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста по сравнению с больными моложе 60 лет. Соблюдение существующих клинических рекомендаций по лечению пациентов, перенесших ОИМ, является необходимым условием эффективности медицинской помощи данной категории больных.