

20 лет. В многочисленных рандомизированных исследованиях показан положительный эффект тромболитической терапии как на ближайший, так и на отдаленный прогноз пациентов с инфарктом миокарда. Однако большая часть этих исследований не предполагала рандомизации в зависимости от возраста больных. Тем не менее, патогенез инфаркта миокарда у больных старческого возраста имеет свои особенности, что должно выражаться в разработке дифференцированного подхода к лечению больных данной возрастной группы.

Одним из наиболее тяжелых и фатальных осложнений инфаркта миокарда является разрыв. Основным механизмом патогенеза разрыва миокарда является формирование в области участка некроза межмышечной гематомы, вызывающей расслоение окружающих тканей. В нашей работе мы проанализировали влияние тромболитической терапии на частоту разрывов миокарда в зависимости от возраста среди больных крупноочаговым инфарктом миокарда, поступивших в стационар за 1,5 года. Тромболитическая терапия производилась стрептокиназой по стандартной методике пациентам, поступившим в первые 12 часов от начала развития инфаркта миокарда.

Всего за полтора года пролечено 395 больных с крупноочаговым инфарктом миокарда, из которых большую часть (282, 71, 4%) составляли пациенты моложе 75 лет. Госпитальная летальность значительно различалась в зависимости от возраста: у пациентов моложе 75 лет составила 6,4%, у пациентов старческого возраста 19, 5%. Непосредственными причинами смерти пациентов до 75 лет с проведением ТЛТ были: разрыв миокарда (32, 6%), фатальные аритмии (14,3%), кардиогенный шок (53,1%), без тромболитической терапии – фатальные аритмии (12, 4%), кардиогенный шок (87,6 %).

При проведении тромболитической терапии у пациентов старческого возраста непосредственной причиной смерти служил разрыв миокарда (62,8 %, достоверно выше, чем у пациентов без тромболитической терапии), кардиогенный шок (37,2%). У пациентов старше 75 лет, не получивших тромболитическую терапию, чаще развивался кардиогенный шок (78, 4 %, достоверно выше, чем у пациентов с проведением тромболитической терапии), разрыв миокарда (21,6 %). У пациентов старческого возраста применение тромболитической терапии сопровождалось недостоверным увеличением госпитальной летальности по сравнению с группой, у которой тромболитическая терапия не использовалась (24% и 17% соответственно).

Результаты нашего наблюдения подтверждают необходимость разработки дифференцированного подхода к лечению пациентов в зависимости от возраста, в том числе и в неотложной кардиологии.

## **СТРУКТУРА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЙНОЙ ВЫБОРКИ Г. БЕЛГОРОДА**

Камышникова Л.А.<sup>1</sup>, Ефремова О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>) Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №2»

<sup>2</sup>) Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия

Целью исследования явилось определение частоты диастолической дисфункции и факторов, влияющих на диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого возраста.

Обследовано 80 больных с ХСН I—III функционального класса (ФК) и фракцией выброса (ФВ) >45% (41 женщина, 39 мужчин) в возрасте 65—84 лет (средний возраст 72,5 ± 6,7 года). Причинами ХСН у 13 (16%) из них была ишемическая болезнь сердца, у 18 (23%) — артериальная гипертония, у 49 (61%) — их сочетание. Ожирение выявлялось у (47%). Сахарный диабет 2-го типа имел место у 12 (15%) пациентов,



постоянная или пароксизмальная фибрилляция предсердий у 20 (25%). Блокады ножек пучка Гиса 13 (16%) Длительность первичного заболевания 11 лет. Всем больным выполнена ЭхоКГ и доплер-ЭхоКГ.

ГЛЖ концентрического типа обнаружена у 35 пациентов (44%), эксцентрического типа - у 13 (16%). Концентрическое ремоделирование имели 21 больной (26 %), нормальная структура левого желудочка обнаружена у 11 (14%) пациентов. Из 80 человек у 67 (84%) обнаружен первый тип ДД (с замедленной релаксацией), а у 13 человек (16%) рестриктивный тип ДД. Проведенные результаты показали, что функциональный класс ХСН имел среднюю корреляцию с возрастом (-0,43). При этом между ФК ХСН выявлены слабые корреляции в обеих группах с индексом массы тела, числом лет первичного заболевания, ФК стенокардии, систолическим артериальным давлением (САД), диастолическим артериальным давлением (ДАД), частотой сердечных (ЧСС). Со степенью АГ корреляция ФК ХСН была средней силы и составила (-0,31).

Таким образом, диастолические нарушения являлись основной причиной ХСН у больных с артериальной гипертензией. Преобладающим типом диастолических нарушений был тип замедленной релаксации (I тип). Исследование показало, что проведение ЭхоКГ лицам пожилого возраста, до появления клинических явлений СН, позволит выявить диастолическую дисфункцию левого желудочка и рекомендовать соответствующий режим и адекватную терапию для профилактики прогрессирования СН.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА**

Камышникова Л.А.<sup>1</sup>, Ефремова О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>) Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №2»

<sup>2</sup>) Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия

Цель работы - изучить особенности лечения пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от функционального класса (ФК) и фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Объектом исследования явились больные пожилого возраста, с различными стадиями и функциональными классами ХСН в сочетании с другими сопутствующими патологическими состояниями. Для реализации поставленной цели исследования проводилась выборка 60 больных ХСН из кардиологического отделения областной клинической больницы г. Белгорода и были сформированы 2 группы (1 гр. с ФВ до 45% - 14 человек, 2 гр. с ФВ выше 45% - 46 человек. Всем больным выполнена ЭхоКГ и доплер-ЭхоКГ. Все больные проходили стандартную медикаментозную терапию, согласно последним рекомендациям по лечению ХСН. Получены следующие данные: ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы в обеих группах получали чуть более 70% пациентов, спиронолактон назначался достоверно чаще в 1-ой гр. (85,7% против 21,7% во 2-ой гр.), что объяснимо с точки зрения доказательной медицины и в последних рекомендациях по лечению ХСН говорится о необходимости назначения блокаторов альдостероновых рецепторов при тяжелой систолической ХСН. Диуретики (92,6%) и сердечные гликозиды (35,7%) достоверно чаще назначались в 1-ой гр. (против 65,3% и 6,5%), что соответствует мировым исследованиям и стандартам. Блокаторы рецепторов ангиотензина II назначались сравнительно редко, всего в 6,5% во 2-ой гр. Антагонисты кальция достоверно чаще назначались во 2-ой группе (50% против 35,7% в 1-ой группе), что