

**ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА  
В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**М.Л. Гинзбург, В.Я. Иванов, Т.И. Кулинич, Е.В. Даниэльс, И.Д. Колонская**

*Люберецкая районная больница № 2, Московская область*

Цель: оценка клинико-гемодинамической эффективности карведилола у пожилых больных в лечении постинфарктной хронической сердечной недостаточности с сопутствующей патологией (сахарный диабет, хронический обструктивный бронхит).

Материалы и методы исследования: обследованы 23 пациента с постинфарктной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–III функционального класса (ФК) в возрасте от 75 до 90 лет. У всех больных фоновым заболеванием имела гипертоническая болезнь. 5 больных имели сопутствующий сахарный диабет, 3 – хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии, 10 больных – с постоянной формой мерцательной аритмии. По результатам ЭхоКГ фракция выброса составляла 35–50%. Проводилось лечение препаратами группы иАПФ, диуретиками; в группе больных с мерцательной аритмией и низкой ФВ – сердечными гликозидами. Применение карведилола начиналось при уменьшении явлений ХСН с начальной дозы 6,25 мг. Доза увеличивалась до 12,5 мг, а у 10 пациентов до 25 мг в сутки однократно. Эффективность проводимой терапии оценивалась по динамике клинических симптомов.

Результаты: У больных с ХОБЛ явлений бронхообструкции не наблюдалось, прогрессирования сердечной недостаточности не отмечалось. Побочные эффекты – головокружение (3) 13%, брадикардия (1) 0,23%. Летальные случаи в данном исследовании не учитывались. Добавление карведилола привело к достоверному уменьшению явлений сердечной недостаточности, урежению ЧСС у больных с мерцательной аритмией, повышению функционального класса по классификации NYHA, уменьшению астении, одышки, улучшению общего состояния, уменьшению сроков госпитализации. По результатам ЭхоКГ имело место увеличение ФВ на 9%.

Выводы: Данное исследование подтверждает способность карведилола улучшать качество жизни больных, повышать активность и улучшать общее самочувствие, с одновременным увеличением сократительной способности миокарда левого желудочка и повышением толерантности к физической нагрузке. Препарат эффективен при лечении ХСН постинфарктной этиологии у больных пожилого и старческого возраста в сочетании с ХОБЛ, в случаях отсутствия индивидуальной непереносимости.

**ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ  
ПРИ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ**

**А.С. Гладких, Н.М. Савина, С.П. Кудинова, О.И. Байдина, М.А. Бугримова, Б.А. Сидоренко**

*Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва*

Цель: изучить особенности клинического течения ХСН при повторных госпитализациях больных с ХСН в кардиологические и терапевтические отделения Центральной клинической больницы в течение 3 лет.

Методы: Проводился ретроспективный клинико-статистический анализ, выделены две основные группы – больные, однократно госпитализированные (n = 1204) и больные с повторными (2–10) госпитализациями по поводу сердечно-сосудистых причин (n = 473).

Результаты: Группы больных достоверно различались по возрасту, пациенты с повторными госпитализациями были старше (72,3 и 75,5 лет, p = 0,001). Пациенты пожилого возраста составляли подавляющее большинство в обеих исследуемых группах: в группе с повторными госпитализациями 95,4% пациентов были старше 60 лет, в группе сравнения – 94,0%. Мужчины составляли большинство в обеих группах (54,0% и 57,6% соответственно). Средняя продолжительность госпитализации в группах больных достоверно не различалась (15,2 сут и 15,7 сут). Большинство пациентов (67,7%) имели 2 госпитализации в течение 1 года, 22,3% больных госпитализировались 3 раза. Период между повторными госпитализациями у 41,1% больных составил 61–180 сут. Пациенты с повторными госпитализациями достоверно чаще госпитализировались в связи с декомпенсацией ХСН (33,0% по сравнению с 28,0%). Пациенты с обострением ИБС и клиническими проявлениями ХСН составили 56,5% в группе с повторными госпитализациями и 59,0% в группе сравнения. Постинфарктный кардиосклероз имели 64,3% больных в группе с повторными госпитализациями, 40,3% – в группе сравнения (p = 0,001). Постоянная форма мерцательной аритмии выявлена у 31,7% повторно госпитализированных больных (в группе сравнения у 21,9%, p = 0,001). Оценка функционального статуса больных по NYHA показала, что ХСН III–IV ФК имели 52,5% больных с повторными госпитализациями (в группе сравнения – 45,3%, p = 0,01). По данным ЭхоКГ больные с систолической дисфункцией миокарда преобладали в группе с повторными госпитализациями (40,6% по сравнению с 24,1%, p = 0,004).

Выводы: Больные с повторными госпитализациями имеют более тяжелое течение ХСН, ухудшение течения ХСН и ИБС являются основными причинами повторных госпитализаций.

**ОСОБЕННОСТИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА  
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**А.А. Голикова, И.В. Сергиенко, М.В. Ларина**

*Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва*

Несмотря на большие успехи в диагностике и лечении больных инфарктом миокарда (ИМ), протекающем на фоне сахарного диабета (СД), ИМ остается одной из основных причин летальных исходов у больных СД. В настоящее время у больных СД летальность от ИМ в 2–2,5 раза выше, чем у больных без СД. Известно, что среди факторов риска развития ИМ при СД помимо возраста имеет значение и пол больного. Так, по данным ряда авторов летальность у мужчин до 75 лет выше у больных ИМ с СД и не имеет существенных различий после 75 лет. Частота развития ИМ у женщин, имеющих СД в старших возрастных группах выше, чем у мужчин и значительно выше смертность от ИМ у женщин больных СД в старших возрастных группах по сравнению с мужчинами.

Цель исследования. Изучить состояние сократительной функции миокарда в остром периоде крупноочагового и трансмурального ИМ у больных СД 2 типа пожилого и старческого возраста в зависимости от пола.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных СД 2 типа в остром периоде осложненного крупноочагового и трансмурального ИМ. Больные были разделены на две группы в зависимости от пола. В первую группу были включены 30 мужчин среднего возраста которых составил  $73,0 \pm 8,4$  (лет). Вторую группу составили 28 женщин, средний возраст которых –  $74,6 \pm 7,0$  (лет). Продолжительность СД у больных обеих групп колебалась от 5 до 20 лет. Сократительную функцию миокарда изучали методом эхокардиографии.

Результаты. Величина фракции выброса у мужчин в среднем составила  $43,3 \pm 9,1\%$  и не имела достоверных различий по сравнению с показателями у женщин –  $44,8 \pm 6,9\%$  (P > 0,05). Конечный диастолический размер левого желудочка у мужчин составил  $5,3 \pm 0,5$  см и имел тенденцию к повышению по сравнению с теми же показателями у женщин  $5,0 \pm 0,4$  см. Толщина стенок левого желудочка и размеры корня аорты у мужчин и женщин существенных различий не имели. Нарушение сократимости по типу гипокинезии отмечалось в 87% случаев у мужчин и в 86% случаев у женщин. Акинезия встречалась одинаково часто как у больных первой группы (42%), так и у больных второй группы (42%). Дискинезия регистрировалась у 17% мужчин и 10% женщин. Наличие компенсаторного гиперкинеза в зоне интактного миокарда выявлено у 7% мужчин и 7% женщин.

Выводы. В остром периоде ИМ у больных СД выраженные нарушения сократимости миокарда по типу дискинезии чаще отмечались у мужчин. Отсутствие компенсаторного гиперкинеза у 93% больных СД пожилого и старческого возраста в остром периоде ИМ может свидетельствовать о многососудистом поражении как у мужчин, так и у женщин и являться неблагоприятным прогностическим признаком.