ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кузнецова С.А., Гладкая И.И.

Государственный медицинский университет

Курск, Россия

Одним из наиболее тяжелых состояний при сердечно-сосудистой патологии признается хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Прогрессирующее постарение населения РФ неуклонно ведет к тому, что к 2010 году, по данным Беленкова Ю. Н. с соавт. (2006), распространенность ХСН у лиц старше 70 лет повысится на 20%. Основной причиной ее прогрессирования и декомпенсации, ведущей к смерти, считается сердечно-сосудистая коморбидность особенно при сочетании ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертонии (АГ). ХСН при ИБС приводит к декомпенсации у 19% больных, при АГ - у 30%, а при их сочетании уже у 40%. Согласно Фремингемской модели средняя продолжительность жизни с момента установления диагноза ХСН у женщин составляет 3,17, у мужчин - 1,66 года. Установлено, что АГ повышает риск развития ХСН в 4 раза.

Цель настоящего исследования - провести оценку клинической симптоматики ХСН у больных старшей возрастной группы, страдающих ИБС и сочетанием ИБС с АГ.

Проведено обследование 38 больных старшего возраста: 19 страдающих ИБС, стабильной стенокардией II функционального класса (средний возраст - 77,3±2,8 года) и 19 лиц с сочетанием ИБС и АГ, осложненной ХСН II-III ФК по NYHA (средний возраст - 73,2±1,8 года) с помощью шкалы оценки клинического состояния (ШОКС в модификации Мареева В.Ю., 2000), позволяющей определить развитие бессимптомной дисфункции миокарда и косвенно судить об адаптивном и дезадаптивном ремоделировании сердца по толерантности больного к физической нагрузке. Результаты исследования обработаны статистически с использованием параметрических методов и критерия Стъюдента. Установлено, что в обследованных группах больных, сопоставимых по полу, возрасту с помощью ШОКС диагностированы I-II ФК ХСН, причем балл шкалы интегрально отражал выраженность нарушений в подгруппах с различным функциональным классом. У лиц с коморбидностью в виде ИБС с АГ ХСН развивалась раньше в среднем на 3,5±0,3 года, чем у больных ИБС. Одышку в покое ощущали 21% лиц с сочетанием ИБС с АГ, тогда как при изолированной ИБС ее отметили 16% больных. Перебои в работе сердца отмечали 26% больных ИБС и 21% - лиц с сочетанной патологией. Затруднение дыхания в горизонтальном положении в постели испытывали 63% больных с ИБС и только 26% с сочетанием ИБС и

АГ. Застойные хрипы в нижних отделах легких чаще выявлялись у больных с коморбидным состоянием - 53%, отеки наблюдались чаще у лиц с ИБС. Их появление на ногах отметили 37%, у лиц с сочетанной патологией - у 26%. Уровень систолического АД превосходил 120 мм рт. ст. у 84% больных с сочетанием ИБС и АГ, в то время как при ИБС только у 44,7%. В обеих группах не выявлено изменений массы тела, набухания шейных вен, ритма галопа и увеличения печени, что еще раз подтверждает начальные стадии формирования ХСН по типу моновентрикулярной дисфункции сердца в обследованных группах. ШОКС позволяет детально оценить раннюю симптоматику проявлений ХСН на фоне ИБС и при ее сочетании с АГ. Несмотря на более продолжительный период прогрессирования ХСН при ИБС, ее течение у больных старшего возраста осуществляется более быстрыми темпами, что подтверждается более частыми нарушениями ритма и большей частотой встречаемостью отеков на нижних конечностях, в то время как хрипы в нижних отделах легких чаще вывлялись у больных с сочетанием ИБС и АГ, что можно объяснить развитием гипертензии в малом круге кровообращения по типу сердечной астмы. Дифференцированная детальная оценка клинической симптоматики ХСН на ранних стадиях ее развития позволяет прогнозировать прогрессирование дисфункции сердца и своевременно применить адекватную терапевтическую коррекцию.