

60 лет (3,8%). К моменту выписки из стационара более 40% пожилых больных и 66% больных старше 75 лет имели III и IV функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности.

Оценка лекарственной терапии, проводимой в стационаре и рекомендуемой при выписке, показала: у больных ОКС старших возрастных групп достоверно чаще использовались ингибиторы АПФ, диуретики, антагонисты альдостерона и сердечные гликозиды, что, вероятно, было связано с сопутствующей застойной сердечной недостаточностью. У пациентов с ОКС старше 60 лет достоверно реже применялись β -адреноблокаторы и статины.

Летальность больных ОКС пожилого и старческого возраста в 3 раза превышала таковую в группе пациентов моложе 60 лет. Случаи повторной госпитализации в течение 1 года регистрировались у каждого второго пациента пожилого и старческого возраста (48,6 и 51,2% случаев соответственно), при этом ведущей причиной повторного поступления в стационар во всех воз-

растных группах являлась нестабильная стенокардия. Вместе с тем, у пациентов старше 60 лет был достоверно выше процент госпитализаций по поводу повторного инфаркта миокарда (16%) в течение года по сравнению с более молодыми пациентами (4,2%).

Таким образом, ОКС у больных пожилого и старческого возраста чаще протекает на фоне исходной сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии, приводит к большей частоте развития осложнений (кардиогенного шока, нарушений ритма сердца) и застойной хронической сердечной недостаточности высоких ФК, а также повторных госпитализаций и случаев повторного инфаркта миокарда. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости коррекции медикаментозной терапии пациентов пожилого и старческого возраста на амбулаторном этапе их ведения в сторону назначения препаратов, улучшающих прогноз заболевания: β -адреноблокаторов, статинов, ингибиторов АПФ – периндоприла, рамиприла.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ НАЛИЧИИ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ СЕГМЕНТОВ В ЗОНЕ ПОРАЖЕНИЯ

**Солнышков С.К.¹, кандидат медицинских наук,
Новожилов А.Е.²**

¹ Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 22

* Ответственный за переписку: тел.: 8-910-987-31-22

Вариабельность ритма сердца (ВРС) считается признанным критерием неинвазивной оценки особенностей функционирования вегетативной нервной системы. Ранее установлено, что некоторые показатели ВРС, измеренные в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ), являются предикторами таких неблагоприятных исходов, как смерть (в т.ч. внезапная и от сердечно-сосудистых заболеваний) и появление угрожающих жизни желудочковых аритмий. Клиническое и прогностическое значение ВРС у больных ИМ, получающих современную терапию, исследовано недостаточно, а имеющиеся данные противоречивы. В частности, не изучены особенности вегетативной регуляции сердечной деятельности после острого ИМ при наличии дисфункционального, но жизнеспособного миокарда (ЖМ) в зоне поражения.

Цель работы – оценить связь между параметрами ВРС и объемом ЖМ у больных ИМ в подостром периоде заболевания.

Обследовано 82 больных – 65 мужчин и 17 женщин в возрасте от 29 до 67 лет (в среднем $50,5 \pm 8,63$ года) с первым неосложненным ИМ с подъемом сегмента ST. Передняя локализация ИМ отмечена в половине случаев. Все пациенты получали антитромботические препараты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; большинство больных – статины. 16 пациентам (20%) был проведен системный тромболизис. ЖМ выявляли на 3-й неделе заболевания (в среднем на 14-е сутки) по данным стресс-эхокардиографии с добутамином по стандартному протоколу с применением малых (5–10 мкг/кг/мин) и больших (до 40 мкг/кг/мин)

доз препарата. За наличие ЖМ принималось улучшение локальной сократимости как минимум двух дисфункциональных сегментов левого желудочка при введении малых доз добутамина. До проведения стресс-эхокардиографии в тот же день оценивали ВРС по 5-минутным участкам ЭКГ в покое и при выполнении ортостатической пробы с помощью компьютерного комплекса «Полиспектр 12» (ООО «Нейрософт», Иваново). Рассчитывались общепринятые параметры временного и спектрального анализа ВРС. Бета-адреноблокаторы отменялись за 48 часов до исследования.

ЖМ выявлен у 40 пациентов (49%). Группы больных с наличием и отсутствием ЖМ были сопоставимы по возрасту, полу, частоте передней локализации ИМ, величине фракции выброса левого желудочка (в среднем 58 и 61% соответственно), индексу нарушения локальной сократимости левого желудочка ($1,46 \pm 0,22$ и $1,37 \pm 0,27$ соответственно), числу а- и дискинетичных сегментов ($1,6 \pm 1,96$ и $1,4 \pm 1,89$ соответственно) и оценке риска по шкале GRACE ($95 \pm 16,4$ и $92 \pm 14,4$ балла соответственно).

При исследовании ВРС в покое отмечена умеренная прямая корреляция только средних значений интервалов RR с числом жизнеспособных сегментов в зоне дисфункционального миокарда ($r = 0,25$; $p < 0,05$). Достоверной связи других фоновых параметров ВРС с объемом ЖМ не выявлено. Напротив, при ортостатической пробе увеличение числа оживающих сегментов сопровождалось увеличением средней стандартных отклонений интервалов RR (SDNN), общей мощности спектра (TP) и мощности в области колебаний очень низкой частоты (VLF). Коэффициенты корреляции составили 0,26; 0,25 и 0,29 соответственно (все $p < 0,05$). У обследованных с боль-

шим объемом ЖМ (3–5 сегментов) в сравнении с лицами без ЖМ (0–1 сегмент) в ортостазе отмечены высокие значения SDNN ($40 \pm 6,4$ против $30 \pm 8,4$ мс; $p < 0,05$) и TP ($1542 \pm 411,7$ против $980 \pm 418,3$ мс², $p < 0,05$).

При расчете операционных характеристик диагностического метода оказалось, что показатель TP в ортостазе, равный 950 мс и более, обладает наилучшими среди других параметров чувствительностью, специфичностью и прогностической ценностью положительного результата для выявления ЖМ – 69, 64 и 66% соответственно.

Итак, у больных с первым неосложненным острым ИМ при наличии ЖМ в зоне поражения отмечается фоновая ВРС, сопоставимая по большинству параметров с таковой у пациентов без ЖМ. Тем не менее, ортостатическая проба выявляет более выраженную реакцию вегетативной нервной системы при наличии ЖМ. Высокие значения в ортостазе таких интегральных показателей ВРС, как SDNN и TP, свидетельствуют о лучшей сохранности вегетативного обеспечения сердечной деятельности у больных с ЖМ при стрессе. Полученные данные, однако, не позволяют сделать определенное заключение о преимущественном вкладе симпатического или парасимпатического отделов в регуляцию данного процесса. Учитывая невысокие чувствительность и специфичность параметров ВРС, исследованных по коротким фрагментам ЭКГ, диагностические возможности использованной методики оценки ВРС для прогнозирования объема ЖМ у больных ИМ следует считать ограниченными. Не исключено, что для решения данной задачи требуется оценка ВРС в комбинации с другими электрофизиологическими параметрами работы миокарда.