

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ
ФУНКЦИЕЙ ВЫБРОСА**

Хохлова Ю. А., Вахрашина Е. В., Лашук Н. С.

ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет, студентка СГМУ Лечебный факультет

Введение (цели/ задачи):

Своевременная диагностика и терапия сердечной недостаточности с сохранной функцией выброса (СН–СФВ) – актуальная проблема современной кардиологии. Цель исследования – выявить особенности клинического течения и терапии СН–СФВ.

Материал и методы:

В исследование включено 35 пациентов с СН–СФВ и 22 пациента с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (СН–НФВ), находившихся на лечении в стационаре кардиологического профиля. Основным признаком, по которому проводилось разделение между пациентами, стали данные полученные с помощью эхо-кардиографии. Для пациентов с СН–СФВ характерна фракция выброса больше 50–55, а также наличие диастолической дисфункции (обычно 1 типа), в то время как у больных СН–НФВ фракция выброса – меньше 50. Также анализировался пол, возраст больных; структура диагноза; время появления сердечной недостаточности (СН), ее стадия и функциональный класс; лекарственная терапия на стационарном и амбулаторном этапе.

Результаты:

Среди пациентов с СН–СФВ преобладали женщины (74,3%, $p < 0,0001$), у 97% больных была диагностирована артериальная гипертензия (АГ). Вместе с тем, АГ без ассоциированной ишемической болезни сердца (ИБС) наблюдалась в нашем исследовании только у 17% больных. В подавляющем большинстве случаев (80%, $p < 0,05$) на первое место у больных с АГ выступала ИБС, в структуре, которой преобладала стабильная стенокардия (88,6%, $p < 0,05$). Среди пациентов с СН–СФВ преобладали пожилые пациенты (старше 60 лет – 74%, $p < 0,05$). Клапанные пороки встречались у 2,9% больных (стеноз митрального клапана). В группе больных с СН–НФВ наблюдалась тенденция к преобладанию мужчин (63,64%, $p = 0,06$). СН–НФВ страдали пациенты более молодого возраста, чем пациенты с СН–СФВ (старше 60 лет – 45,5%, $p < 0,05$). Основной причиной развития СН–НФВ являлась ИБС с АГ (63,5%) и кардиомиопатии (27%). Однако в структуре ИБС, по сравнению с больными с СН–СФВ, чаще встречался постинфарктный кардиосклероз (соответственно, 41% и 11,4%, $p < 0,05$), которой, вероятно, и привел к более значимому снижению фракции выброса. Одинаково часто больные с СН–СФВ и СН–НФВ страдали сахарным диабетом (27% и 28%, $p > 0,05$), и имели острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (11,5% и 9,1%, $p > 0,05$). Большинство пациентов, отвечая на вопрос о длительности заболевания, не могли вспомнить точно, когда появились первые симптомы СН. Однако, 75% больных с СН–СФВ утверждали, что дыхательный дискомфорт стал их беспокоить десять и более лет назад, в то время как аналогичный ответ дали ответ только 50% больных с СН–НФВ. Кроме того, у большинства пациентов с СН–СФВ наблюдалась только левожелудочковая СН (83%, $p < 0,05$), как правило не тяжелее II

ФК (77%, $p < 0,05$). В группе больных с СН–СФВ преобладал III ФК бивентрикулярной СН (68%, $p < 0,05$). Полученные данные могут говорить о более медленном прогрессировании СН–СФВ и менее тяжелой клинической картине по сравнению с СН–НФВ. Мы проанализировали лечение больных в обеих группах на амбулаторном и стационарном этапе лечения. Как амбулаторно, так и при лечении в стационаре больные с СН–СФВ принимали блокаторы кальциевых каналов (БМКК) чаще, чем пациенты с СН–НФВ (соответственно, амбулаторно – 17,1% и 9%, $p < 0,05$; стационарно – 54,3% и 27,3%, $p < 0,05$). Причем в стационаре количество больных СН–СФВ, получавших БМКК, возросло в 3 раза. В стационаре больные с СН–СФВ, по сравнению с СН–НФВ, чаще получали бета-адреноблокаторы (БАБ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА), тиазидовые диуретики (соответственно, 71,4% и 54,5%, $p < 0,05$; 20% и 9,1%, $p < 0,05$; 62,9% и 27,3%, $p < 0,05$). Больным СН–НФВ чаще, чем больным с СН–СФВ, на всех этапах лечения назначались антагонисты минералкортикоидных рецепторов (АМКР), петлевые диуретики: АМКР – амбулаторно, соответственно, 18,1% и 2,9%, $p < 0,05$; стационарно, соответственно, 63,6% и 17,1%, $p < 0,05$; петлевые диуретики – амбулаторно, соответственно, 13,6% и 5,7%, $p < 0,05$; стационарно, соответственно, 72,7% и 26%, $p < 0,05$. Во время лечения в стационаре больные с СН–НФВ также несколько чаще получали и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) (86,4% по сравнению 57,1% у больных с СН–СФВ, $p < 0,05$). Дигоксин получали больные только с СН–НФВ. Данные особенности терапии, вероятно, можно объяснить тяжелой АГ у больных СН–СФВ, требующей комбинированной гипотензивной терапии, а также наличием у больных СН–НФВ более тяжелой сердечной недостаточности.

Заключение:

Наиболее распространенным заболеванием, способствующим развитию СН–СФВ является АГ, как правило, ассоциированная с ИБС. Более часто СН–СФВ диагностируется у женщин, чаще пожилого возраста. СН–СФВ прогрессирует медленнее и имеет менее тяжелые клинические проявления, чем СН–НФВ. Имеются различия в лечении СН–СФВ, по сравнению с СН–НФВ: наряду с препаратами базисной терапией сердечной недостаточности, чаще используются блокаторы БМКК, БАБ, АРА и тиазидовые диуретики.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, БИОХИМИЧЕСКИХ
И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН И
ЖЕНЩИН В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Кожуховская О. Л.¹, Голикова А. А.¹, Стрюк Р. И.¹,
Сергиенко И. В.², Голиков А. П.²

¹ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, ² ФГБУ ДПО «ЦГМА»
УД Президента РФ

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности анамнеза, клинического течения, лабораторных показателей и функционального состояния миокарда у мужчин и женщин пожилого и старческого возраста с гиперурикемией (ГУ) на фоне острого инфаркта миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST.