УДК: 616.248.053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Худоёрова Дилноза Ризоевна - ассистент
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *В данной статье проанализированы факторы риска развития ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста. Рассмотрено влияние возрастных изменений сердца и сосудов на клиническое течение ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста. Даны особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста с учетом возрастных изменений.*

Ключевые слова. *ишемическая болезнь сердца, пожилые и старые пациенты, возрастные изменения.*

PECULIARITY OF CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF ISCHEMIC HEART DISEASE OF OLD PATIENTS

Khudoerova Dilnoza Rizoyevna - assistant
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina (Toshkent, O'zbekiston)

Annotation. *In this article risk factors of development of ischemic heart disease of old patients have been analyzed. Influence of age-related overpatchings of heart and vessels on clinical course of ischemic heart disease of old patients was examined. Specific characteristics of diagnostic and treatment of ischemic heart disease with a glance of age-related overpatchings of old patients are given.*

Key words: *ischemic heart disease, elderly and old patients, age-related overpatchings.*

KEKSA ODAMLARDA YURAK ISHEMIK KASALLIGINING O`ZIGA XOS XUSUSIYATLARI VA DAVOLASH TAMOYILLARI

Xudoyorova Dilnoza Rizoyevna - assistent
Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institute (Tashkent, Uzbekistan)

Annotatsiya. *Ushbu maqola keksa va keksa odamlarda yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanishining xavf omillarini tahlil qiladi. Keksa va keksa odamlarda yurak va qon tomirlaridagi yoshga bog'liq o'zgarishlarning yurak-qon tomir kasalliklarining klinik kechishiga ta'siri ko'rib chiqiladi. Yoshga bog'liq o'zgarishlarni hisobga olgan holda keksa va keksa odamlarda yurak ishemik kasalligini tashxislash va davolash xususiyatlari keltirilgan.*

Kalit so'zlar. *ishemik yurak kasalligi, keksa bemorlar, yoshga bog'liq o'zgarishlar,ateroskleroz, stenokardiya.*

Введение. «Состояние здоровья и качество жизни – одни из важнейших проблем пожилых людей» - было отмечено в Республики Узбекистан (РУ) 10 марта 2008 года при презентации Национального отчета о человеческом развитии. В РУ численность пожилого населения за последние 50 лет увеличилась с 12,6 до 14,9 %. Для республики характерен высокий процент заболеваемости, инвалидности и смертности населения пожилого возраста. Данные среднестатистических исследований о причинах смерти престарелых граждан, взятые из отчета Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения РУ, свидетельствуют, что в 30 % ими являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в 20 % - злокачественные опухоли, в 50 % - другие заболевания. Одной из актуальных проблем здравоохранения республики является рост болезней системы кровообращения (БСК) среди лиц пожилого и старческого возраста. Показатель заболеваемости БСК в динамике с 2008 по 2010 годы на 100 тыс. взрослого населения возрос в 1,1 раза. Основными причинами смертности пожилых от БСК являются артериальная гипертензия (АГ), выросшая в 1,4 раза; ишемическая болезнь сердца (ИБС) (в 1,3 раза), цереброваскулярные болезни (снижение в 1,0 раз). Социально-значимые болезни наносят существенный экономический ущерб и снижают ожидаемую продолжительность жизни, уровень которой в 2008 году составил 68,11 лет. «Необходимо на 30 % уменьшить общую смертность…. За этими сухими цифрами стоят тысячи спасенных жизней наших граждан. Это важнейшая цель, и мы должны обязательно ее достичь», - сказал Президент. В связи с этим приобретает важное значение уровень качества оказываемой медицинской помощи геронтологическому населению, в том

числе и на догоспитальном этапе. Информационный модуль: для лиц пожилого и старческого возраста характерно более широкое, в сравнении с молодыми, распространение ИБС. Это связано с увеличением у них частоты и тяжести атеросклеротического процесса, а также со сдвигами в иммунной и эндокринной системах, системе свертывания крови, нарушении липидного и углеводного обменов. ИБС является в настоящее время одной из основных причин потери трудоспособности, инвалидности и смерти [1]. Факторы риска ИБС

1. Сам возраст является своего рода фактором риска у пожилых (если под этим понимать анатомофизиологические особенности пожилого человека) – старение как фактор риска.

2. Нарушение липидного обмена, особенно гиперхолестеринемия. При появлении важнейшего фактора риска ИБС – гиперхолестеринемии – риск развития ИБС увеличивается в 4,5 раза. А, например, повышение в крови триглицеридов увеличивает риск развития ИБС в 3 раза.

3. Системная артериальная гипертензия (САГ) повышает риск развития ИБС в 2-3 раза.

4. Курение (повышает риск возникновения ИБС в пожилом возрасте в 1,4 раза, особенно если чрезмерное, более 10-15 сигарет в день).

5. Гиподинамия (недостаточная физическая активность, малоподвижный образ жизни). Является фактором риска развития ИБС в пожилом возрасте, в старческом возрасте ее влияние на развитие заболевания уменьшается.

6. Гипергликемия – повышение сахара в крови или нарушение толерантности к глюкозе (отсюда СД).

7. Нарушение системы свертывания крови (в сторону тромбообразования). 8. Ожирение (избыточная масса тела, особенно если превышение массы тела от нормы на 30 % и выше).

9. Стрессы (нервно-психическое напряжение). Данный фактор имеет особенное значение – «ударный» фактор при наличии других факторов риска или таких заболеваний, как АГ, СД.

10.Наследственная предрасположенность.

У лиц пожилого возраста к факторам риска относятся также нарушение функции щитовидной железы, хронические обструктивные болезни легких, избыточноепотребление соли, недостаточное содержание в пище ненасыщенных жирных кислот, витаминов, клетчатки, недостаточный синтез естественного антиоксиданта – витамина Е, а также злоупотребление алкоголем. Риск развития ИБС в возрасте 50-60 лет возрастает. При наличии 1-2 факторов вероятность заболеваемости ИБС возрастает в 3-4 раза по сравнению с лицами без факторов риска [2]. Основной причиной развития ИБС является атеросклероз коронарных артерий, которые питают кровьюмиокард (сердечную мышцу). Нарушение кровообращения в сердечной мышце может быть вызвано также резким сужением (спазмом) коронарных сосудов. Ишемия (нарушение кровоснабжения) миокарда возникает, когда потребность миокарда в кислороде превышает возможности доставки его по коронарным артериям. Распознавание стенокардии и ИМ у пожилых и особенно у старых людей часто затруднено в связи со своеобразным течением ишемической болезни сердца. Особенности клинических признаков ИБС у пожилых.

- Течение болезни характеризуется менее резкими, но более длительными болевыми ощущениями. Считают, что это связано с деструкцией нервного аппарата сердца, вовторых с повышением порога болевых восприятий в связи с возрастанием изменений ЦНС.
- Эмоциональная окраска приступа неяркая, вегетативные проявления выражены слабо или вовсе отсутствуют.
- Боли незначительной интенсивности и имеют характер сдавливания, чувство стеснения или тяжести за грудиной или в области сердца, в левом плече, руке, под левой лопаткой. Иногда лица пожилого возраста вместо боли ощущают «чувство тяжести» в левой половине грудной клетки. Боли могут локализоваться и в животе (в верхней его части, под грудиной). При наличии болей в грудной клетке, области шеи и особенно в левом плечевом суставе у пожилых людей необходимо помнить, что это тоже могут быть проявления стенокардии.
- Необычная иррадиация болей (в челюсть, затылок, шею, лоб) или боль ощущается только в зонах иррадиации.
- В момент приступа может наблюдаться повышение АД, или же, наоборот, повышение АД может привести к приступу стенокардии.
- В пожилом возрасте значительно чаще наблюдаются безболевые (атипичные) формы, особенно при ИМ. Эквивалентом боли могут быть приступ одышки, нарушения ритма сердца или неврологическая симптоматика (чаще в вертебробазилярной системе).
- Часто началом приступа может быть расстройство ритма с очень малым (менее 50 в 1 с.) или очень большим (более 120 в 1 с.) числом желудочковых сокращений.
- У многих пожилых людей стенокардия характеризуется своеобразным феноменом «разминки», который заключается в том, что больной утром, после подъема с постели, при выполнении даже небольшой физической нагрузки испытывает боль в области сердца, которая позже, днем, при такой же нагрузке его уже не беспокоит.
- Приступ стенокардии или ИМ у пожилых могут провоцировать: а) метеофакторы (колебания атмосферного давления, температуры и влажности воздуха); б) обильная еда, вызывая переполнение желудочнокишечного тракта,

вздутие кишечника, высокое стояние диафрагмы, обусловливает относительное уменьшение кровоснабжения сердца; в) тяжелая физическая нагрузка, или небольшая физическая нагрузка, но после приема пищи. Промежуток между физической нагрузкой и приступом может быть различным, особенно коротким в хорошую погоду; г) жирная пища провоцирует активизацию процесса тромбообразования. Наибольшая гиперкоагуляция наблюдается через 3- 5 часов после приема жирной пищи, поэтому после ее приема (особенно «на ночь») могут возникать как приступы стенокардии, так и ИМ [3].

Диагностика ИБС Из лабораторных исследований имеет значение определение содержания холестерина, триглицеридов, фосфолипидов, β-липопротеидов, а также уровень повышения трансаминаз и сахара в крови. В острый период болезни определяется ОАК, где может быть повышенная скорость оседания эритроцитов, лейкоцитоз, сдвиг нейтрофилов. Необычное течение, стертые клинические признаки у пожилых делают ненадежными, а поэтому недостаточными обычные клинические обследования и диктуют необходимость использования дополнительных (инструментальных) методов исследования, в первую очередь это ЭКГ. Исследования ЭКГ в условиях покоя не дают для диагностики ИБС достоверных данных. Значение нагрузочных проб в диагностике ИБС у пожилых ограничено. Во-первых, людям пожилого возраста трудно выполнять физическую нагрузку на тредмиле и велоэргометрическую пробу из-за наличия сопутствующих заболеваний легких, опорно-двигательного аппарата, детренированности. Во-вторых, исходное изменение комплекса QRST у пожилых затрудняет интерпретацию полученных данных из-за возрастных и патологических изменений, поэтому немаловажную роль играют различные функциональные пробы, ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца, коронарография, реже рентгеноконтрастное исследование сердца [4]. Общепринятые принципы в терапии ИБС сохраняются и в гериатрической практике. Лечение должно быть комплексным: - медикаментозная терапия, направленная на купирование симптомов; - лекарственные препараты, улучшающие прогноз у больных стенокардией; - устранение факторов риска, регулирование режима труда и отдыха, питания, образа жизни, лечение заболеваний, способствующих развитию и прогрессированию атеросклеротических процессов (повышение АД, ожирение, СД). К важнейшим общим мероприятиям следует отнести назначение низкокалорийной диеты, направленной на устранение избыточного веса. Низкое содержание в диете поваренной соли особенно важно при сопутствующей АГ, сердечной и почечной недостаточности. Прекращение курения устраняет неблагоприятное воздействие никотина на сосуды, кровоснабжающие сердце. Большое значение имеет устранение малоподвижного образа жизни, выработка определенного уровня физической активности, что достигается специальными физическими тренировками. Лечение стенокардии представляет собой постоянный прием лекарственных препаратов, позволяющих уменьшить количество приступов стенокардии, увеличить уровень переносимой физической нагрузки, снизить риск возникновения ИМ [5]. При лечении больных ИБС широко используются следующие основные группы препаратов: а) антиангинальные: - нитраты; - ББ; - антагонисты ионов кальция; б) дезагреганты; в) гиполипидемическая терапия; г) препараты, улучшающие метаболизм ишемизированного миокарда. При использовании нитратов следует помнить, что нитроглицерин вызывает побочные эффекты. Головокружение, головная боль и ортостатическая гипотония у данной категории пациентов встречается чаще, чем у лиц молодого и зрелого возрастов. Кроме того, к нитроглицерину развивается привыкание при приеме в больших дозах. Каждого больного следует обучить правилам приема нитроглицерина, предупредить, что препарат может вызвать ощущение полноты, «давления в голове», головную боль, головокружение, прилив крови к лицу, но при длительном приеме эти ощущения ослабевают. Для предотвращения риска развития привыкания к препаратам их назначают прерывисто с целью создания в течение суток периода, свободного от действия нитрата. Продолжительность такого периода – 6-8 часов. Большей эффекивностью обладают мононитраты – моносан, эфокс, моночинкве. Эти препараты обладают большим временем действия (до суток) и большей эффективностью. Их принимают по 20-50 мг (1-2 таблетки) в сутки за 1-2 приема. Из группы ББ применяют нексиболол, атенолол, бисопролол, карведилол, метопролол. Доза должна подбираться индивидуально (от 25 до 150 мг в сутки), принимаются чаще 2 раза в день. У пожилых людей начальная доза ББ должна быть небольшой, затем дозу повышают. ББ часто плохо переносятся пожилыми пациентами из-за их побочных реакций (бронхоспазм, усугубление признаков СН, головные боли и головокружение, слабость), поэтому предпочтительнее выбирать препараты с менее выраженными отрицательными эффектами: метопролол, бисопролол, небиволол. Доза и кратность назначения отдельных препаратов всегда подбирается индивидуально с ориентацией на клинический эффект, ЧСС, уровень АД. Антагонисты кальция предпочтительнее назначать при сочетании ИБС с АГ (амлодипин, фелодипин). Применяются в лечении стенокардии ограниченно, в

видепролонгированных форм (это кордипин ретард, кордипин XL, верапамил АС) при непереносимости или отсутствии эффекта от действия нитратов. Прием – 1 раз в сутки. В качестве дезагрегантной терапии применяется аспирин, клопидогрель. Аспирин (ацетилсалициловая кислота) принимается в суточной дозе 0,125 мг (1/4 таблетки) 1 раз в день. Существуют формы лекарственных препаратов (тромбо-асс, тромбокард, кардиомагнил), не раздражающих желудок при длительном приеме. Для снижения уровня холестерина назначаются статины: симвастатин, аторвастатин, ловастатин и др. Целевой уровень холестерина у больных ИБС составляет 4,5 ммоль/л, а ЛПНП – 2 ммоль/л. Для улучшения обмена веществ в миокарде – триметазидин (предуктал), милдронат [6,7]. Таким образом, ишемическая болезнь сердца у пожилых протекает с минимальными клиническими проявлениями, но с более частым быстрым развитием осложнений. При лечении ИБС необходимо руководствоваться принципами гериатрической фармакологии, таких как лечение малыми дозами, учет сопутствующей патологии и функционального состояния внутренних органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисова Т.П., Малинова Л.И. Клиническая геронтология "Избранные лекции". - М.:ООО Медицинское информационное агентство, 2008. – 256 с.

2. Погодина А.Б., Газимов А.Х.// Основы геронтологии и гериатрии. - Ростов на Дону: Феникс, 2007.

3. Филатов С.А.// Геронтология. - Ростов н/Д.: Феникс, 2005.

4. Шабалин В.Н. Руководство по геронтологии. - М.: Цитадель-Трейд, 2005.

5. Воробьев П.А. //Геронтология в лекциях: том-2 «Клиническая геронтология». – М., 2004.

6. Филатова С.А., Безденежная Л.П., Андреева Л.С. Геронтология: учебник. – Изд. 5-е, дополн. и переработ. – Ростов н/Д.: Феникс, 2009. – 510 с. – (СПО). 7. Воробьева Т.Е., Куницына А.Я., Малеева Т.Ю.// Гериатрия. - Ростов н/Д.: Феникс, 2009. – 152 с.

7. Белов Ю.В., Вараксин В.А. Современное представление о постинфарктном ремоделировании левого желудочка. // Рос. мед. журн. - 2002. - Т. 10. - № 10. - С. 469-472.

10. Poulsen SH. Jensen SE. Egstrup K. Longitudinal changes and prognostic implications of left ventricular diastolic function in first acute myocardial infarction. // American Heart Journal. - 1999. - v.137. - p. 910-918

11. Vasan R.S., Larson M.G., Benjamin E.J. et al. Congestive heart failure in subjects with normal versus reduced left ventricular ejection fraction: prevalence and mortality in a population-based cohort. // JACC. – 1999. - 33. - p. 1948-5. 11.Candesartan in Heart Failure – Assessment of reduction in Mortality and Morbidity programme. // Journal Hypertens. – 2006. - 24(suppl 1). – p. 9-13.

12. Marvin A. Konstam. Patterns of Ventricular Remodeling After Myocardial Infarction: Clues Toward Linkage Between Mechanism and Morbidity. // J. Am. Coll. Cardiol. Img.- September. – 2008. – 1. – p. 592 - 594.

13. Brutsaert D.L., Sys S.U., Gillebert T.C. Diastolic failure: pathophysiology and therapeutic implications. heart function. // J Am Coll Cardiol. – 1993. – №22. – p.318-25.

14. Sanchis J, Vicente B. Predictors of early and late ventricular remodeling after acute myocardial infarction. // Clin.Cardiol. – 1999. – № 22. – p. 581-586. 12. Мазур Н.А., Викентьев В.В. Постинфарктное ремоделирование ЛП и ЛЖ сердца: влияние длительного лечения β - адреноблокаторами и ИАПФ. // Тер.архив. – 2001. – №2. Т.73. – С.29-33.