

Хроническая сердечная недостаточность у лиц старческого возраста с хронической обструктивной болезнью легких

И. В. Сосновских, С. П. Синицын, А. Л. Пирогов

Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь ветеранов войн, г. Челябинск;
ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», г. Челябинск

Резюме

Цель работы: выявление особенностей течения и прогрессирования ХСН у лиц старческого возраста с ИБС в сочетании с ХОБЛ. Обследовано 190 пациентов старческого возраста с признаками ХСН II-III ФК. После проведения спирографии все пациенты были разделены на две группы: 1 группа (n=61) больные ХСН в сочетании с ХОБЛ, 2 группа (n=129) больные с ХСН без ХОБЛ. Средний возраст пациентов составил $82 \pm 2,5$ года. Всем пациентам проведено комплексное клиническое и инструментальное обследование, включающее общий анализ крови, липидограмму, коагулограмму; рентгенологическое исследование органов грудной клетки, Эхо ДКГ с последующим контролем через три месяца. Выводы. У больных старческого возраста с сердечной недостаточностью преобладает ХСН с сохраненной систолической функцией. У больных с ИБС и ХОБЛ, осложненных ХСН, процессы ремоделирования миокарда более выражены, чем у больных без сопутствующей ХОБЛ, эти больные имеют более тяжелый ФК сердечной недостаточности. Наиболее информативной при оценке степени тяжести ХСН у лиц старческого возраста является шкала оценки клинического состояния (Мареев В. Ю., 2000).

Ключевые слова: ХСН, старческий возраст, ХОБЛ.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является актуальной проблемой геронтологической кардиологии. По данным популяционных исследований, в развитых странах мира средний возраст больных с ХСН колеблется от 70 до 75 лет. В то время как в возрасте от 45 до 65 лет ХСН встречается у 1-3% населения, среди лиц старше 65 лет она достигает 6-15% [1, 2]. Основные данные зарубежной литературы, посвященные проблемам ХСН, отражают анализ особенностей этого патологического состояния у лиц пожилого возраста (от 65 до 75 лет). Сведения относительно пациентов старческого возраста (старше 75) встречаются сравнительно редко. [3, 4, 5] Особенностью больных старческого возраста являются полиморбидность, инволютивные процессы естественного старения, изменяющие общую клиническую картину процесса, ухудшающие качество жизни больного, влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику препаратов, а также низкая привержен-

ность к лечению [6, 7]. Вероятно, именно поэтому пациенты старческого возраста исключались из крупных исследований, посвященных ХСН. Заболеваемость и смертность у пациентов в возрасте старше 65 лет с ХСН выше, чем у пациентов младше 65 лет [8, 9]; они чаще госпитализируются и их койко-день в 10-15 раз выше [9]. Среди больных с ХСН пожилого и старческого возраста 1-годичная смертность колеблется от 10 до 50% в зависимости от возраста больного, этиологии ХСН, состояния сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), наличия сопутствующих заболеваний. Таким образом, возраст сам по себе является предиктором возникновения и нарастания симптомов ХСН [10, 11]. Учитывая, что на 20% пожилых людей расходуется 1/3 средств, выделяемых на здравоохранение, требуется особое внимание к проблеме ХСН, которая является одной из наиболее частых причин госпитализации лиц старческого возраста. Полиморбидность является одной из наиболее характерных особенностей течения ХСН у лиц старших возрастных групп. Существенное место в структуре болезней пожилого и старческого возраста занимает хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). По

И. В. Сосновских – врач-терапевт первого терапевтического отделения Челябинского областного клинического терапевтического госпиталя ветеранов войн. Соискатель кафедры факультетской терапии ЧелГМА.

некоторым данным, симптоматика ХОБЛ наблюдается у 40% мужчин и 20% женщин старческого возраста [12]. ХОБЛ сопровождается изменениями, как правого, так и левого отделов сердца и формированием хронического легочного сердца [13]. ХСН и ХОБЛ оказывают взаимное влияние друг на друга, которое приводит к прогрессированию изменений в сердечно-сосудистой и дыхательной системах. [14, 15, 16, 17, 18]

Целью исследования было выявление особенностей течения и прогрессирования ХСН у лиц старческого возраста с ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы

Нами было обследовано 190 пациентов старческого возраста с признаками ХСН II-III функционального класса (ФК), находящихся на лечении в 1-м терапевтическом отделении Челябинского Областного клинического терапевтического госпиталя ветеранов войн. Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОСН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр), диагноз ХОБЛ — в соответствии с практическим руководством для врача 2004 год «Хроническая обструктивная болезнь легких». После проведения спирометрии у 61 (32%) больного были выявлены признаки обструкции дыхательных путей. В дальнейшем все пациенты были поделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия ХОБЛ: 1 группа (n=61) больные ХСН в сочетании с ХОБЛ, 2 группа (n=129) больные с ХСН без ХОБЛ. Средний возраст пациентов в 1 группе составил $82 \pm 2,5$ года, во 2 группе — $82 \pm 2,7$ года. Среди обследованных пациентов с ХОБЛ основную массу составляли мужчины 50 (81,97%) человек, женщины — 11 (18,03%) человек. Во 2 группе — 85 (66%) человек — мужчин и 44 (34%) человека — женщины. Хотя половой состав в этом возрасте имеет малое значение. У всех больных для объективизации степени выраженности ХСН использовались тест 6-ти минутной ходьбы, шкала оценки клинического состояния В. Ю. Мареева, 2000 год (ШОКС), для оценки качества жизни (КЖ) — Миннесотский опросник. Тест 6-минутной ходьбы проводился в период ремиссии ХОБЛ и не проводился больным с выраженным вестибулярным синдромом и нарушением функции суставов 2-3 степени. Всем лицам, включенным в исследование, проведено комплексное клиническое и инструментальное обследование на фоне проводимой терапии согласно национальным рекомендациям ВНОК и ОСН по диагностике и лечению ХСН и практическому руководству для врачей

«ХОБЛ» (2004 год) с последующим контролем показателей через три месяца. Клиническое обследование больных включало общий анализ крови, биохимическое исследование крови с определением содержания общего холестерина (ХС), ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, коэффициента атерогенности (КА), коагулограмму; рентгенологическое исследование органов грудной клетки; исследование показателей функции внешнего дыхания (ФВД): спирометрия с бронходилатационным тестом; Эхо ДКГ. Статистический анализ полученных результатов проводили при помощи пакета статистических программ «Microsoft Excel». Данные приведены в виде средних и их ошибки ($M \pm \sigma$). Для оценки достоверности различий (p) использовали критерии Уилкоксона и Манна-Уитни; при $p < 0,05$ различия считались статистически достоверными.

Результаты

Наиболее часто в обеих группах из сопутствующей патологии встречались: гипертоническая болезнь, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК), сахарный диабет (СД) 2-го типа, заболевания опорно-двигательного аппарата, атеросклероз сосудов головного мозга. При этом стенокардия напряжения II-III ФК у больных с ХОБЛ была выявлена в 80,3% (49 чел.) случаев, у больных 2 группы в 79,8% (103 чел.) случаев. Постинфарктный кардиосклероз встречался в 40,98% (25 человек) и 38,8% (50 человек) случаев соответственно. Нарушения ритма сердца встречались в 1 группе в 57,4% (35 человек) и 48,8% (63 человека) случаев во 2 группе. Наиболее частыми нарушениями ритма явились фибрилляция предсердий как пароксизмальная, так и перманентная формы (40% в первой группе и 41,85% во второй группе больных), наджелудочковая экстрасистолия (20% и 4,65% соответственно), желудочковая экстрасистолия (16% и 10%). Артериальная гипертензия в 1 группе встречалась у 53 (86,9%), во второй — у 115 (89%) больных. СД 2-го типа в 13% и 16,28% случаев соответственно. ОАСНК составил в 1 группе 32%, во 2 группе 31%. Ожирение в 1 группе было выявлено у 27% во второй 28,8% больных. Курьльщики в 1 группе составили 77% (47 чел, индекс курящего человека $46,4 \pm 32$), во второй — 36% (46 чел, индекс курящего человека 35 ± 22). Большинство больных имели стаж курения более 20 лет. По результатам ФВД в 1 группе у 12 (19,67%) больных выявлена легкая степень, у 41 (67%) больного — средняя степень тяжести и у 8 (13%) человек тяжелое течение ХОБЛ. В 8,2% (5 человек) случаев имела место дыхательная недостаточность

первой степени, в 90% (55 человек) — второй степени и в 1,6% (1 человек) — третьей степени. При этом преобладали смешанные нарушения легочной вентиляции, характеризующиеся снижением $ОФВ_1$ и ФЖЕЛ. Во 2 группе все показатели ФВД были изменены по рестриктивному типу.

При оценке выраженности ХСН установлено, что в 1 группе ХСН II А стадии составила 84% (51 человек), ХСН II Б — 16% (10 человек), во 2 группе 85% (110 человек) и 15% (19 человек) соответственно. В обеих группах преобладали больные с III ФК ХСН (75% и 67%), II ФК составил 25% и 33% соответственно. Дистанция ТШХ в первой группе колебалась от 74 до 370 м ($195,2 \pm 79$ м), во второй — от 90 до 369 м ($231,5 \pm 66,7$ м). Значения ШОКС в обеих группах колебались от 2 до 11 баллов и составили в среднем у больных 1 группы $6,05 \pm 2,2$, второй группы $4,8 \pm 2,1$, при этом разница показателей в группах оказалась достоверной ($p < 0,0005$). Результаты анкетирования по Миннесотскому опроснику у больных с ХОБЛ варьировали в пределах 18-76 баллов (в среднем — $45,5 \pm 17$ балла), у больных 2 группы от 17 до 85 баллов (в среднем $47,4 \pm 18$ балла). (табл. 1).

При анализе лабораторных и инструментальных данных выявлено, что у больных ХСН с ХОБЛ достоверно ($p < 0,0005$) выше уровень эритроцитов и гемоглобина. В обеих группах

было выявлено повышение уровня ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, достоверной разницы в показателях липидного спектра в группах получено не было. (табл. 2). При анализе данных гемостазиограммы в 1 группе оказалась повышенным уровень фибриногена (ФГ). В обеих группах наблюдалось увеличение количества растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК) достоверно более выраженное у больных с ХОБЛ. У больных 1 группы выявлено удлинение Хагеман-зависимого фибринолиза (ХФ), что свидетельствует о депрессии внутреннего механизма фибринолиза. Показатели зуглобулинового фибринолиза и АПТВ приближались к верхней границе нормы в обеих группах, но не превышали ее. Уровень антитромбина III в обеих группах не превышал нормальных значений. Полученные изменения гемостазиограммы говорят о наличии у больных обеих групп хронического гиперкоагуляционного синдрома более выраженного у больных с сопутствующей ХОБЛ. (табл. 3)

При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки наиболее часто выявлялся пневмофиброз (в 72% и 65% случаев соответственно), эмфизема легких (в 19,7% и 10%), склероз дуги аорты (в 78,7% и 73,6%), гипертрофия левого (в 91,8% и 91,5%) (ЛЖ) и правого (в 5% и 3%) желудочков (ПЖ).

По данным Эхо ДКГ показатели фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у боль-

Таблица 1. Результаты оценки клинического состояния больных ($M \pm \sigma$).

Показатели	1 группа		2 группа	
	исходно, n=26	через 3 месяца	исходно, n=61	через 3 месяца
Тест 6-ти минутной ходьбы, метры	$195,2 \pm 79$	$228,56 \pm 79$	$231,5 \pm 66,7$	$230,5 \pm 76$
Миннесотский опросник, баллы	$45,5 \pm 17$	45 ± 12	$47,4 \pm 18$	44 ± 16
ШОКС, баллы	$6,05 \pm 2,2$	$5,15 \pm 2,3$	$4,8 \pm 2,1^*$	$3,97 \pm 2^{**}$

Примечание. $p < 0,05^*$ — достоверность между группами исходно,

$p < 0,05^{**}$ — достоверность между группами при контроле через три месяца.

Таблица 2. Данные лабораторного обследования больных старческого возраста ($M \pm \sigma$)

Показатели	1 группа		2 группа	
	исходно	через 3 месяца	исходно	через 3 месяца
Эритроциты	$4,8 \pm 0,6$	$4,79 \pm 0,6$	$4,6 \pm 0,6^*$	$4,6 \pm 0,57^*$
Гемоглобин, г/л	$143,6 \pm 16$	$143,9 \pm 20$	$139,7 \pm 16^*$	$139 \pm 14^*$
ОХ	$5,01 \pm 1,06$	$4,8 \pm 1$	$5,4 \pm 1,3$	$4,8 \pm 1^{***}$
ТГ	$1,34 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,6$	$1,62 \pm 1,2$	$1,3 \pm 0,6^{***}$
ХС ЛПВП	$1,18 \pm 0,3$	$1,17 \pm 0,3$	$1,17 \pm 0,6$	$1,2 \pm 0,4$
ХС ЛПНП	$3,28 \pm 0,9$	$3,03 \pm 0,9$	$3,6 \pm 1,3$	$3,03 \pm 0,8$
ХС ЛПОНП	$0,64 \pm 0,4$	$0,6 \pm 0,27$	$0,8 \pm 0,99$	$0,6 \pm 0,28^{***}$
КА	$3,38 \pm 1,05$	$3,2 \pm 0,99$	$3,94 \pm 1,37$	$3,3 \pm 1,26$

Примечание. $p < 0,05^*$ — достоверность между группами,

$p < 0,05^{**}$ — достоверность внутри первой группы,

$p < 0,05^{***}$ — достоверность внутри второй группы.

Таблица 3. Некоторые показатели гемостазиограммы у больных старческого возраста ($M \pm \sigma$).

Показатели	1 группа		2 группа	
	исходно	через 3 месяца	исходно	через 3 месяца
АПТВ, сек.	37,9±6,7	42,56±9,4	37±6,4	36,98±7,4**
Фибриноген, г/л	4,6±3,9	3,59±1,09	3,95±2,2	3,8±1,7**
АТ111, %	90,46±22,4	95,3±14	91,12±21,7	94,8±15
Эуглобулиновый фибринолиз, мин	221±69	230±68	209±73*	214±85**
ХФ, мин.	13,99±16,2	9,03±5,76	9,98±11,6*	8,2±5,2**
РФМК, %	15,26±6,7	12,5±6,2	14,8±5,7*	14,7±5,8

Примечание. $p < 0,05^*$ — достоверность между группами исходно,
 $p < 0,05^{**}$ — достоверность между группами при контроле через три месяца.

Таблица 4. Показатели ЭХО ДКГ ($M \pm \sigma$).

Показатели	1 группа		2 группа	
	исходно	через 3 месяца	исходно	через 3 месяца
Размеры ПП, см	4,65±0,8	4,66±1,02	4,3±0,86*	4,52±1,03**
Размеры ЛП, см.	4,17±0,68	4,27±0,7	4,15±0,7*	4,10±0,65**
Толщина ЗСЛЖ, см.	1,13±0,13	1,16±0,14	1,15±0,15	1,3±0,14
Толщина МЖП, см.	1,17±0,14	1,43±1,39	1,19±0,18	1,36±1,23
КСР ЛЖ, см	2,96±0,6	3,85±0,9	2,86±0,6	3,85±0,9
КДР ЛЖ, см	3,86±0,86	5,3±0,9	3,82±0,81	5,5±0,8
ПЖ, см.	5,4±0,8	3±0,6	5,4±0,8	2,9±0,4
СДПЖ, мм. рт. ст.	33,8±22,4	39,3±19,4	27,5±14,9	31,9±15,8**
Фракция выброса, %	55,2±9,9	55,9±10,3	56±10,2	56,5±10,6
МК Е/А	0,68±0,5	0,74±0,48	0,83±0,45*	0,87±0,41

Примечание. $p < 0,05^*$ — достоверность между группами исходно,
 $p < 0,05^{**}$ — достоверность между группами через 3 месяца.

ных с ХОБЛ варьировали от 28 до 70% (в среднем 55,2±9,9%), соотношение пациентов со сниженной (менее 45%) ФВ ЛЖ и сохраненной ($\geq 45\%$) составило 8:53. Во 2 группе ФВ ЛЖ варьировала от 32% до 76% (в среднем 56,4±10,2%), соотношение пациентов со сниженной (менее 45%) ФВ ЛЖ и сохраненной ($\geq 45\%$) составило 11:118. Уменьшение отношения скоростей МК Е/А в обеих группах менее 1,0 свидетельствует о нарушении диастолической функции ЛЖ. Это не противоречит данным других исследований, согласно которым у лиц старческого возраста с ХСН преобладает диастолическая дисфункция сердца [19, 20]. Следует отметить, что данный показатель определялся только у больных с синусовым ритмом. В обеих группах выявлена дилатация левого (ЛП) и правого предсердий (ПП), гипертрофия межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ). Размеры ПП, правого желудочка (ПЖ) и систолическое давление в ПЖ (СДПЖ) у больных с сопутствующей ХОБЛ были достоверно ($p < 0,005$) выше. (табл. 4) У больных обеих групп были выявлены инволютивные изменения аортального клапана с формированием аортальной недостаточности (в

54% и 52,7% случаев соответственно) или стеноза аортального клапана (13% и 21,7% случаев соответственно).

В условиях стационара и в течение последующих 3 месяцев все больные получали терапию согласно национальным рекомендациям ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН, а больные с ХОБЛ дополнительно терапию бронхолитиками, муколитиками, мукорегуляторами, при необходимости антибактериальными препаратами. При анализе терапии оказалось, что по частоте назначения у больных ХСН и ХОБЛ на первом месте находились аспирин (80%), ИАПФ (77%), мочегонные (77%), на втором месте — верошпирон (58%), атровент (57%), высокоселективные β -адреноблокаторы (45%), беродуал (41%), антагонисты кальция (38%) и нитраты (35%), дигоксин (30%), статины (26%). Во 2 группе больных на 1 месте по частоте назначения находились мочегонные (77%), ИАПФ (74%), аспирин (71%), β -адреноблокаторы (70%), на 2 месте — нитраты (43%), верошпирон (35%), дигоксин (28%), статины (26%).

В течение 3 месяцев наблюдения из обследования выбыло в 1 группе четыре человека

(6,6%) из-за развившегося ОИМ у 3-х (4,9%) больных, один с летальным исходом, и ОНМК у одного (1,6%) больного. Во 2 группе 18 человек (13,95%): у 10 человек (7,75%) развился ОИМ, один с летальным исходом, ОНМК у двух человек (1,6%), с летальным исходом у одного человека, у одного (0,8%) пациента выявлена опухоль кишечника.

При оценке выраженности ХСН в динамике установлено, что в 1 группе ХСН IА стадии (по классификации ОССН 2002 г.) составила — 79%, ХСН IБ — 21%, во 2 группе 85% и 15% соответственно. Таким образом, в 1 группе увеличилось количество больных с ХСН IБ стадией. В обеих группах по-прежнему преобладали больные с III ФК ХСН (65% и 58%), II ФК составил 31% и 42% соответственно, в 1 группе 4% составили больные с IV ФК. Следует отметить уменьшение в группах количества больных с III ФК ХСН на 10% и 9% соответственно и появление больных с IVФК в 1 группе.

Дистанция ТШХ в 1 группе колебалась от 100 до 364 м ($228,56 \pm 79$ м), во второй — от 66 до 368 м ($230,5 \pm 76$ м), что несколько превысило исходные показатели, достоверности в динамике показателей получено не было. Значения ШОКС в обеих группах уменьшились и колебались от 0 до 9 баллов в 1 группе и от 2 до 10 баллов во 2 группе, в среднем составили у больных 1 группы $5,15 \pm 2,3$, у больных 2 группы $3,97 \pm 2$, при этом разница показателей в группах была достоверной ($p < 0,0005$), а во 2 группе было отмечено достоверное снижение данного показателя в динамике ($p < 0,006$). Учитывая то, что при контроле через три месяца из исследования в обеих группах выбыли больные, у которых ХСН исходно могла протекать наиболее тяжело, мы рассчитали показатели ШОКС, исключив данные анкетирования выбывших пациентов, в результате были получены следующие показатели. В 1 группе значения ШОКС в среднем составили $6,18 \pm 2$, при контроле через три месяца $5,08 \pm 2$, во 2 группе $4,76 \pm 2$, а через 3 месяца $3,9 \pm 1,8$. Таким образом, существенной разницы показателей получено не было. Результаты анкетирования по Миннесотскому опроснику у больных с ХОБЛ варьировали в пределах 15–69 баллов (в среднем 45 ± 12 балла), у больных 2 группы от 13 до 78 (в среднем 44 ± 16), таким образом, качество жизни больных на фоне проводимой терапии существенно не изменилось. Результаты представлены в табл. 1.

При анализе лабораторных данных у больных с сопутствующей ХОБЛ сохранялся достоверно выше уровень эритроцитов ($4,79 \pm 0,6$ и $4,6 \pm 0,57$, $p < 0,0005^*$) и гемоглобина ($143,9 \pm 20$

и 139 ± 14 , $p < 0,0005^*$). По данным липидограммы в обеих группах уменьшился уровень общего ХС, причем во 2 группе разница оказалась достоверной ($p < 0,0003$). В обеих группах уменьшился уровень ХС ЛПНП. Во 2 группе достоверно снизился уровень ТГ, ХС ЛПОНП. При этом средние показатели липидного спектра через три месяца в обеих группах друг от друга практически не отличались. (табл. 2) При контроле гемостазиограмм в обеих группах сохранялся повышенный уровень РФМК, при этом в 1 группе было отмечено достоверное ($p < 0,03$) снижение данного показателя ($p < 0,03$). Показатели ХФ и ФГ ($p < 0,03$) у больных с ХОБЛ снизились до нормальных значений. Скорость АПТВ в 1 группе в динамике достоверно увеличилась ($p < 0,004$). В связи с чем, можно говорить об уменьшении выраженности хронического гиперкоагуляционного синдрома у больных с сопутствующей ХОБЛ. (табл. 3). При контроле Эхо ДКГ через 3 месяца у больных 1 группы увеличились толщина МЖП, размеры ЛП, СДПЖ, уменьшилась выраженность диастолической дисфункции. Во 2 группе увеличились размеры ПП, толщина ЗСЛЖ и МЖП. Достоверности в динамике показателей получено не было. Во 2 группе достоверно ($p < 0,02$) возросло СДПЖ. У больных с ХОБЛ низкая ФВ ЛЖ (менее 45%) была выявлена лишь у 3 человек. Во 2 группе количество пациентов со сниженной (менее 45%) ФВ ЛЖ по-прежнему составляло 11 человек. (табл. 4)

Обсуждение

У больных старческого возраста с сердечной недостаточностью преобладает ХСН с сохраненной систолической функцией. Использование ТШХ в качестве маркера тяжести ХСН у больных старше 75 лет, вероятно, приведет к завышению ФК СН [21], так как на показатели теста значительное влияние оказывает сопутствующая патология. [22]. Наиболее информативной в этом случае является шкала оценки клинического состояния (Mareev В. Ю., 2000). Больные с ХСН и сопутствующей ХОБЛ имеют более тяжелый ФК сердечной недостаточности, чем больные без ХОБЛ. В динамике на фоне проводимой терапии у пациентов с ХОБЛ отмечается нарастание легочной гипертензии и уменьшение выраженности диастолической дисфункции ЛЖ в результате изменения диастолического расслабления. У больных 2 группы в динамике произошло прогрессирование хронической сердечной недостаточности в виде присоединения недостаточности кровообращения по большому кругу. У больных с ХСН имеет место хронический гиперкоагуляционный синд-

ром, более выраженный при наличии ХОБЛ и уменьшающийся при проведении терапии направленной на компенсацию как ХСН, так и ХОБЛ. Результаты анкетирования больных в наших группах по Миннесотскому опроснику значительно превышают аналогичный показатель у больных ХСН в Европе (30,9-36,9 балла) [23], что свидетельствует о худшем КЖ пациентов из нашей выборки, существенно не меняющемся на фоне проводимой терапии. Обращает на себя внимание отсутствие достоверной разницы в КЖ у больных ХСН с ХОБЛ и без нее.

Выводы

У лиц старческого возраста преобладает ХСН с сохраненной систолической функцией. У больных с сопутствующей ХОБЛ процессы ремоделирования миокарда более выражены, чем у больных без ХОБЛ, а также эти больные имеют более тяжелый ФК ХСН. В динамике происходит прогрессирование ХСН у больных обеих групп. Наиболее информативной при оценке степени тяжести ХСН является шкала оценки клинического состояния (Mareev В. Ю., 2000). У больных с ХСН имеет место хронический ДВС синдром, более выраженный при наличии ХОБЛ, который уменьшается при проведении терапии направленной на компенсацию как ХСН, так и ХОБЛ.

Литература

- Преображенский Д. В., Сидоренко Е. А., Тарыкина Е. В. и др. Хроническая сердечная недостаточность у лиц пожилого возраста: особенности этиопатогенеза и медикаментозного лечения. *Consilium-medikum*. 2005; 07: 12: 1022-1028.
- McKee PA, Castelli WP, McNamara PM et al. The Natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med*. 1971; 285 (26): 1441-1446.
- Enright PL; McBurnie MA, Bittner V et al. The 6-min walk test: a quick measure of functional status in elderly adults. *Chest*. 2003; 123 (2): 387-98.
- Varuch L, Glaser R. D, Aknay N. et al. Morbidity, mortality, physiologic and functional parameters in elderly and non-elderly patients in the valsartan heart failure trial (Val-HeFT). *Am Heart J*. 2004; 148 (6): 951-957.
- Krumholz HM, Chen Y-T, Wang Y et al. Predictors of Readmission among elderly survivors of admission with heart failure. *Am Heart J*. 2000;139 (1 Pt 1): 72-77.
- Остроумова О. Д. Особенности лечения сердечно сосудистых заболеваний в пожилом возрасте. *Журнал Сердечная Недостаточность*. 2004; 5 (2): 98-99.
- Лазебник Л. Б., Постникова С. П. Хроническая сердечная недостаточность у больных пожилого возраста. *Русский медицинский журнал*. 1996; 6: 21: 1373-1380.
- Parameschwar J, Poole-Wilson PA, Sutton GC. Heart failure in a district general hospital. *J R Coll Physicians Lond*. 1992; 26 (2): 139-142.
- Mc Murray J, Hart W, Phodes G. An evaluation of the economic cost of heart failure to the National Health Service in the United Kingdom. *Br J Med Econ*. 1993; 6: 99-110.
- Cowie MR, Wood DA, Coats AJ et al. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. *Eur Heart J*. 1999;20 (6): 421-428.
- Krum H. The Task Force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: full text (update 2005). *Eur Heart J*. 2005;26 (22): 2472.
- Дворецкий Л. И. Пожилой больной хронической обструктивной болезнью легких. *Пульмонология*. 2001; 3: 105-119.
- Козлова Л. И., Чучалин А. Г., Айсанов З. Р. Принципы формирования функционального диагноза у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца. *Пульмонология*. 2003; 3: 37-42.
- Свиридов А. А., Грихиди В. П., Задонченко В. С., Шмелев Е. И. Особенности легочной вентиляции, гемореологии и гемодинамики у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких в сочетании с ишемической болезнью сердца. *Пульмонология*. 1999; 2: 9-13.
- Чучалин А. Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких. М., 2001; 39.
- Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких. М. СПб: Бином, 1998.
- Sandford A. J., Weir T. D., P. Dp. Pare. *Eur. Respir. J*. 1997; 10: 1380-1391.
- Toren K. *Int. J. Epidemiol*. 1996; 25: 3: 617-620.
- Havranek EP, Masoudi FA, Westfall KA et al. Spectrum of heart failure in older patients: results from the National Heart Failure project. *Am Heart J*. 2002. 143 (3): 412-417.
- Havranek EP, Wolfe P; Masoudi FA et al. Provider and hospital characteristics associated with geographic variation in the evaluation and management of elderly patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2004; 164 (11): 1186-1191.
- Ситникова М. Ю., Лелявина Т. А., Шляхто Е. В., Смирнов Б. И., Вологодина И. В. Особенности клиники, диагностики и прогноза хронической сердечной недостаточности у госпитализированных пациентов старческого возраста. *Журнал Сердечная Недостаточность* Том 7: 2: 85-87.
- Reybrouck T. Clinical usefulness and limitations of the 6-minute walk test in patients with cardiovascular or pulmonary disease. *Chest*. 2003;123 (2): 325-327.
- Luskin F, Reitz M, Newell K. et al. A controlled pilot study of stress management training of elderly patients with congestive heart failure. *Prev Cardiol*. 2002;5 (4): 168-172.