

Эффективность терапии НМГ оценивали по динамике уровней маркеров тромбофилии. Безопасность терапии НМГ в плане риска развития геморрагий контролировали с помощью общеоценочных тестов, развития гепарининдуцированной тромбоцитопении (ГИТ) — подсчитывая количество тромбоцитов до назначения НМГ и на фоне терапии. Ни одного случая развития ГИТ и геморрагических осложнений не зафиксировано.

Проведенное исследование свидетельствует о высокой частоте генетической и приобретенной тромбофилии у женщин с СПКЯ и бесплодием.

Согласно нашим данным, назначение антикоагулянтов и при необходимости антиагрегантов у женщин с СПКЯ с момента выявления тромбофилии позволяет предотвратить развитие тромботических и тромбоэмболических осложнений в пери- и послеоперационном периодах.

С нашей точки зрения, все пациентки с СПКЯ особенно при наличии обменных нарушений, должны подвергаться скринингу на скрытую тромбофилию (АФА и генетические формы) с целью оптимизации их ведения в периоперационном периоде, поскольку данная категория женщин входит в группу высокого риска по развитию тромботических и тромбоэмболических осложнений, особенно в послеоперационном периоде.

Литература

1. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Синдром поликистозных яичников: факты, теории, гипотезы // Фарматека. – 2003; 11: 8–19.
2. Шилин Д.Е. Синдром поликистозных яичников: роль инсулинорезистентности и ее коррекция. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 50 с.
3. Bhatia V. Insulin resistance in polycystic ovarian disease // South. Med. J. – 2005; 98 (9): 903–910.

VALUE OF THROMBOPHILIA DETECTION DURING PREPARATION OF FEMALE INFERTILITY PATIENTS FOR LAPAROSCOPY

A. Shmakov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Female Medical Center, Moscow

The use of antithrombotic drugs after thrombophilia detection (when preparing female patients with infertility caused by polycystic ovary syndrome) is shown to prevent the development of perioperative thrombotic and thromboembolic events.

Key words: infertility, polycystic ovary syndrome, thrombophilia, laparoscopy, thromboprophylaxis.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У МУЖЧИН СТАРШЕ 70 ЛЕТ

В. Аникин, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Жуков, Т. Николаева, кандидат медицинских наук,
ТГМА, Тверь
E-mail: cardio_83@mail.ru

Установлено, что дебют инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин старше 70 лет проявляется многообразием клинических вариантов начала заболевания и особенностями предшествующих факторов риска. Это необходимо учитывать в целях своевременной диагностики ИМ и оптимизации реабилитационной тактики у данной категории больных.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, варианты начала, мужчины старше 70 лет, факторы риска.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) по-прежнему занимает ведущие позиции в кардиальной патологии [1]. Известно, что частота коронарной болезни увеличивается с возрастом. Из всех клинических форм ИБС у лиц пожилого и старческого возраста наиболее грозная — инфаркт миокарда (ИМ) [2, 4]. На сегодня около 60% всех верифицируемых случаев острого инфаркта миокарда (ОИМ) приходится на долю пациентов старше 65 лет [3]. Несмотря на внедрение в клиническую практику инновационных методов диагностики и лечения, показатели госпитальной летальности у данной категории больных остаются высокими — 18,5–40% [3]. Установлена существенная роль в этом многогранности клинических проявлений заболевания у пожилых пациентов [1, 2, 4, 5], в связи с чем интересно проанализировать предикторы развития, варианты начала и факторы, определяющие трудности диагностики ИМ у мужчин старше 70 лет.

В условиях специализированного кардиологического отделения Городской клинической больницы № 7 Твери проведено углубленное клиничко-функциональное обследование 97 мужчин, перенесших ОИМ в возрасте 70–92 лет (в среднем — 77,16 года), и 50 — в возрасте 35–55 лет (в среднем — 49,76 года). Диагноз у всех больных подтвержден клиническими и лабораторными данными (изменения морфологического состава периферической крови — лейкоцитоз, увеличена ускоренная СОЭ, повышение активности кардиоспецифических ферментов — аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, тропонина I), наличием субфедералитета, характерными изменениями ЭКГ, записанной в покое и при холтеровском мониторировании, результатами ЭхоКГ.

При оценке клинического статуса и сборе анамнестических данных учитывались факторы риска (ФР), анализировались сроки поступления пациентов в стационар с момента появления симптомов заболевания, варианты начала и жалобы на момент поступления, а также предшествующие госпитализации.

Детальный анализ «традиционных» ФР показал (табл. 1), что в структуре предикторов развития ОИМ у мужчин >70 лет преобладали АГ (88,6% случаев), которая отличалась высоким уровнем АД и длительным (>15 лет) течением, а также

курение (87,6%). Стаж курения составил 38,4 года, число выкуренных сигарет в среднем – 17 в день.

Отягощенная по ИБС наследственность встречалась достоверно реже у больных ИМ мужчин в возрасте >70 лет. Это позволяет предположить, что наличие отягощенного семейного анамнеза по ИБС приводит к более раннему развитию этой патологии у мужчин трудоспособного возраста.

СД встречался у каждого 7-го мужчины с ОИМ >70 лет. При этом, несмотря на относительно высокую частоту этого заболевания у мужчин и большую его длительность (~9,2 года), насколько можно было судить по анамнестическим данным и медицинской документации, существенных различий в его выявляемости в сравниваемых группах не отмечено.

Гиперлипидемия и избыточная масса тела встречались в 2 раза чаще, а ожирение – в 7 раз чаще у молодых мужчин. Выраженная гиподинамия наблюдалась преимущественно у мужчин старшей возрастной группы – она отмечалась в 9 раз чаще, чем у более молодых.

Пациентам старшей возрастной группы по поводу сердечно-сосудистого заболевания ранее назначали β-адреноблокаторы, антагонисты Са, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, дезагреганты, статины. Однако лишь 10% больных регулярно принимали назначенные им медикаменты.

Большую роль в развитии ИМ у мужчин >70 лет играло сочетание нескольких ФР. Так, более чем у 3/4 мужчин с ОИМ отмечалась комбинация 3 и более ФР развития ИБС. При этом наиболее часто сочетались АГ, курение и гиперлипидемия. Таким образом, анализ профиля ФР выявил ряд особенностей. Основные предикторы развития ИМ у мужчин >70 лет – длительно текущая АГ, табакокурение, гиперлипидемия, а также низкая приверженность терапии. Своевременное выявление и коррекция этих факторов и их сочетаний, несомненно, будут способствовать повышению эффективности профилактики ИБС у пожилых.

По мнению А. Сыркина: «Инфаркт миокарда прочно ассоциирован в сознании врачей с болями» [5]. Атипичные варианты заболевания, описанные в работах отечественных кардиологов (астматический, абдоминальный, цереброваскулярный, аритмический, малосимптомное течение ИМ), не имеют на сегодня надежного статистического подтверждения [3].

Исследования показали, что лишь у 18,6% пациентов (табл. 2), поступивших в стационар, наблюдались ангинозные боли. При этом у половины больных дебют заболевания проявился не ярким началом в виде интенсивных давящих, сжимающих болей, а их эквивалентами – тяжестью, дискомфортом за грудиной; реже отмечались колющие, ноющие, тупые боли. По-видимому, это можно объяснить совокупностью нарушений функции рецепторного аппарата в миокарде в процессе хронического нарушения венозного кровотока, а также изменением порога восприятия болевого раздражения в центральной нервной системе [1, 3–5].

Нередко ИМ у мужчин >70 лет развивался как внезапная катастрофа без продромальных явлений, однако особого внимания заслуживает то, что у данной категории больных заболевание нередко проявлялось волнообразно нарастающими болями ощущениями. Вместе с тем при тщательном расспросе установлено, что за несколько дней более чем у половины больных наблюдались симптомы, которые ретроспективно расценивались как признаки появления или обострения коронарной недостаточности, однако их серьезность больные недооценивали и не обращались за медицинской помощью. При детальном анализе болевого синдрома у мужчин >70 лет довольно часто выявлялась атипичная локализация болей – в правой половине грудной клетке, правом подреберье. Преимущественными зонами иррадиации были левая рука, левое плечо

Частота встречаемости ФР у мужчин с ОИМ

Таблица 1

Фактор риска	Возраст, годы		p
	≥70	≤55	
АГ	86 (88,6)	37 (74)	<0,05
Гиперлипидемия	43 (44,2)	41 (82)	<0,01
Отягощенная по ИБС наследственность	30 (30,9)	24 (48)	<0,05
Избыточная масса тела (ИМТ – 25–30 кг/м ²)	17 (17,5)	19 (38)	<0,01
Ожирение (ИМТ >30 кг/м ²)	2 (2,1)	7 (14)	<0,05
Гиподинамия	90 (92,8)	11 (22)	<0,001
Сахарный диабет (СД)	12 (12,4)	7 (14)	–
Курение	85 (87,6)	37 (74)	<0,01

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: в скобках указан процент; p – достоверность различий между показателями в сравниваемых группах.

Частота встречаемости вариантов начала заболевания

Таблица 2

Вариант начала заболевания	Возраст, годы		p
	>70	<50	
Болевой	19 (18,6)	34 (68)	<0,01
Астматический	27 (27,2)	4 (8)	<0,01
Абдоминальный	11 (10,7)	7 (14)	–
Аритмический	9 (9,3)	2 (4)	–
Малосимптомный	17 (16,5)	1 (2)	<0,01
Безболевого	14 (13,6)	2 (4)	<0,05
Цереброваскулярный	3 (3,01)	–	–

Сроки госпитализации по поводу ОИМ

Таблица 3

Время поступления в стационар	Возраст, годы		p
	>70	<50	
Через 0–6 ч	18 (18,6)	27 (54)	<0,01
Через 7–24 ч	47 (48,9)	14 (28)	<0,05
Спустя >1 сут	32 (32,9)	9 (18)	<0,05

с распространением в межлопаточную область; нередко боли иррадиировали в правую руку и подложечную область. Болевые эпизоды редко ассоциировались с физической нагрузкой, а наоборот, чаще развивались в состоянии покоя или на фоне психоэмоционального стресса.

Среди жалоб, предъявляемых пациентами, ведущими были не остро возникшая боль за грудиной, а одышка, кашель; нередко первыми проявлениями болезни явились острая левожелудочковая недостаточность в виде приступа кардиальной астмы или отека легких, эмоциональное беспокойство, приступ сердечной аритмии, общая слабость, артериальная гипотония, т.е. среди атипичных вариантов ИМ у лиц данной возрастной группы преобладали астматический, малосимптомный и безболевого, наблюдавшиеся соответственно в 27,2, 16,5 и 13,6% случаев у мужчин >70 лет и в 8; 2 и 4% — у более молодых. Безболевые ИМ нередко были электрокардиографической находкой и диагностировались ретроспективно. У 11 (10,8%) пациентов заболевание протекало под маской *status gastralgicus*. Аритмический вариант болезни наблюдался в 9,8% случаев. При этом наиболее часто ИМ проявлялся пароксизмальной мерцательной аритмией, блокадой левой ножки пучка Гиса, разнообразными желудочковыми аллоритмиями, желудочковой тахикардией. У 3,1% пациентов наблюдался цереброваскулярный вариант заболевания.

Отметим, что у больных с ОИМ, развившимся после 70 лет, вследствие особенностей клинической картины прослеживалась еще одна неблагоприятная тенденция — сроки поступления в кардиологический стационар для оказания специализированной помощи оказались существенно более поздними (табл. 3). Лишь 18,6% пациентов были доставлены в стационар в первые 6 ч от начала заболевания, в то время как более 3/4 госпитализированы во 2-й половине 1-х суток заболевания и даже позже. При этом критерием своевременной верификации диагноза и как следствие — госпитализации послужил именно ангинозный вариант ИМ. Между тем поздняя госпитализация влечет за собой высокие показатели внутрибольничной летальности, теряется «золотой час» кардиологии, уходит время, когда оптимальны активные лечебные вмешательства.

Таким образом, анализ вариантов манифестации ИМ у мужчин >70 лет показал, что у них чаще встречаются астматическая, малосимптомная и безболевого формы заболевания. Необычное течение коронарной болезни сердца, в частности ИМ вследствие многогранности его клинических проявлений, затрудняет на догоспитальном этапе его своевременную диагностику. Кроме того, своевременному оказанию специализированной кардиологической помощи препятствуют психологические факторы (ожидание больным более яркого начала заболевания, позднее обращение за медицинской помощью). Для успешной и своевременной ОИМ у пожилых необходима правильная интерпретация его атипичных проявлений.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru.

MYOCARDIAL INFARCTION IN MEN OVER 70 YEARS OF AGE

Professor V. Anikin, MD; N. Zhukov; T. Nikolayeva, Candidate of Medical Sciences

Tver State Medical Academy, Tver

The onset of myocardial infarction (MI) in men over 70 years of age has been ascertained to be manifested by a variety of clinical variants of the onset of the disease and by the specific features of previous risk factors. This should be kept in mind while making the timely diagnosis of MI and optimizing rehabilitation tactics in this category of patients.

Key words: acute myocardial infarction, onset variants, men over 70 years of age, risk factors.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОКСЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Е. Ахмадова¹, Ш. Раджабова², кандидат медицинских наук, В. Тихонов³, Х. Батаев¹, доктор медицинских наук, профессор, ¹ЧГУ, Грозный, ²ДГМА, Махачкала, ³ОАО «Диод», Москва
E-mail: jnus@mail.ru

Применение гипоксена в дополнение к стандартной терапии у больных ишемической болезнью сердца с разной степенью выраженности хронической сердечной недостаточности улучшает их клиническое состояние, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, улучшает качество жизни и соответственно способствует уменьшению доз применяемых коронароактивных препаратов.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, кардиология, гипоксен, ишемия, полидигидроксибензилтиосульфат натрия, гипоксия, терапия.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стойко занимает 1-е место в структуре смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В России у мужчин 35–64 лет на ИБС приходится 56,6% всех случаев смерти от ССЗ, у женщин того же возраста — 40,4% [2, 5].

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой серьезную проблему современной медицины. Несмотря на все достижения науки, внедрение терапевтических программ, обеспечивающих нейрогормональную регуляцию с применением ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов ангиотензин II-рецепторов и β-адреноблокаторов, снижает риск смерти от этой патологии всего на 6–40% [15]. Поэтому поиск новых и совершенствование традиционных способов лечения и профилактики ХСН является одним из приоритетных направлений современной медицины.

Учитывая, что ХСН — один из заключительных этапов сердечно-сосудистого континуума, а также осложнение большинства болезней сердца, успешное ее лечение можно рассматривать как профилактику развития декомпенсации сердечной деятельности.

Консервативные методы лечения ИБС совершенствуются в направлении медикаментозной стимуляции коронарного кровотока и улучшения переносимости миокардом ишемии. Последнему способствует применение противоишемических средств, оптимизирующих метаболизм и уменьшающих потребность миокарда в кислороде, а также использование энергообеспечивающих препаратов. Поэтому при хронической ИБС и ХСН перспективны кардиопротективные препараты, способные оптимизировать внутриклеточный энергообмен и противостоять окислительному стрессу.

В норме жирные кислоты подвергаются β-окислению (ферментативному) с образованием аденозинтрифосфата (АТФ). Гипоксия миокарда сопровождается патологическими нарушениями внутриклеточного метаболизма: снижением про-