

Н. Н. КИПШИДЗЕ, Г. Э. ЧАПИДЗЕ, М. Г. ЧИКВАИДЗЕ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В результате многолетних наблюдений было установлено, что в течении инфаркта миокарда в различных возрастных группах имеются существенные различия [3, 4, 8, 10]. Исходя из этого, и терапия больных должна быть несколько различной, хотя общие принципы лечения инфаркта миокарда одинаковы. Особо рекомендованных препаратов для лиц пожилого и старческого возраста не существует, однако различия в течении заболевания обязывают врача дифференцированно подходить к этим больным и осторожно применять медикаментозные средства, так как стареющему организму свойственны качественно измененные реакции [5, 6, 11].

Общими принципами лечения в остром периоде инфаркта миокарда являются: ограничение работы сердца, купирование болей, снятие психического стресса, предупреждение и лечение осложнений.

При проведении обезболивания надо учитывать, что больные пожилого и старческого возраста очень чувствительны к морфию, который часто вызывает угнетение дыхательного центра, задержку выделения мочи, атонию кишечника и желудка, возбуждение рвотного центра. Поэтому морфин необходимо применять в сниженных дозах в комбинации с кордиамином. Менее отрицательное влияние оказывают промедол, пантапон. Целесообразно наркотики комбинировать с анальгетиками и транквилизаторами, которые дают возможность резко сократить дозу наркотиков. Хорошим обезболивающим средством является закись азота с кислородом. Учитывая, что сердечная недостаточность является одним из частых осложнений острого инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста (58%) и причиной летальности, мы считаем целесообразным довольно широкое применение сердечных гликозидов не только в случаях клинически выраженной сердечной недостаточности, но и с профилактической целью там, где нет четко выраженной картины ее. Однако лечение сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда в пожилом и старческом возрасте требует от врача большой настороженности в выборе и применении адекватного количества сердечных гликозидов и диуретиков. Мы, как и большинство авторов [9, 13, 14, 16], считаем, что сердечные гликозиды должны вводиться малыми дозами. Это связано с особой чувствительностью гипо-

асического миокарда, особенно у больных пожилого и старческого возраста, у которых имеются значительные изменения в мышце сердца до развития инфаркта миокарда и у которых при применении сердечных гликозидов легко развиваются явления интоксикации. Интоксикацию сердечными гликозидами на нашем материале в возрастной группе 60—70 лет мы наблюдали в 3% случаев, а в возрасте 75 и выше—в 11% случаев. Большая частота интоксикации и тревожная статистика летальности заставляют обратить большее внимание на ранние симптомы передозировки сердечными гликозидами. Мы больным острым инфарктом миокарда в пожилом и старческом возрасте внутривенно капельно вводим дробные дозы (0,125 мг) строфантина на 50—70 мл физиологического раствора в течение 30—40 минут 2—4 раза в сутки.

Большое значение в лечении больных сердечной недостаточностью в остром периоде инфаркта миокарда имеют мочегонные препараты. Однако их применение требует также большой осторожности. Способствуя выделению калия, мочегонная терапия может спровоцировать аритмию, особенно у больных, получавших сердечные гликозиды. Таким больным наряду с солями калия назначали также антагонисты альдостерона-верошпирона, который усиливает действие мочегонных и в то же время обладает способностью задерживать калий в организме. При применении мочегонных средств больным инфарктом миокарда целесообразно назначение и антикоагулянтов, особенно больным с нарушением ритма. Однако больные пожилого и старческого возраста проявляют повышенную чувствительность и к гепарину, и к антикоагулянтам непрямого действия, поэтому мы, как и многие авторы [1, 9, 14], считаем, что антикоагулянты нужно назначать очень осторожно и в относительно малых дозах только в остром периоде заболевания, особенно при шоке, сердечной недостаточности, повторных инфарктах, тромбоэмболических осложнениях, т. е. в тех ситуациях, когда имеется опасность развития тромбоэмболических осложнений и тромбоцитов.

Течение острого инфаркта миокарда часто осложняется различного рода расстройствами сердечного ритма и проводимости, значительно отягощая течение основного заболевания. На нашем материале нарушение ритма и проводимости у больных пожилого и старческого возраста мы наблюдали в 94% случаев. Особенно часты были сложные нарушения ритма (17%), которые оказывались причиной летальности этих больных. Поэтому лечение и предупреждение аритмий у больных инфарктом миокарда имеет чрезвычайно важное значение. С этой целью мы считаем оправданным применение таких антиаритмических средств, как лидокаин (80—120 мг внутривенно, капельно), панангин (10 мл 1—2 раза в день), обзидан (20 мг 2—4 раза в день), изоптин (40 мг 3—4 раза в день), мекситил (внутривенно, капельно 125—250 мг или внутрь в виде капсул 50—200 мг 4 раза в день), этмозин (200—250 мг внутривенно капельно).

Все антиаритмические средства необходимо применять под контролем ЭКГ, так как иногда нарушения ритма сердца могут возникать при

применении антиаритмических средств у больных пожилого и старческого возраста. Поэтому при применении антиаритмических средств необходимо соблюдать определенную осторожность. На основании наших наблюдений мы можем сказать, что хотя проблему предупреждения и лечения аритмий у больных острым инфарктом миокарда нельзя считать окончательно решенной, однако своевременное и правильное применение антиаритмических средств позволяет снизить летальность больных инфарктом миокарда [15].

Анализируя наш материал, мы убедились, что больные инфарктом миокарда в большинстве случаев страдают гипертонической болезнью, особенно больные пожилого и старческого возраста (60—76%). Известно, что высокие цифры артериального давления у этих больных усиливают явления сердечной недостаточности за счет увеличения нагрузки на сердце из-за высокого периферического сопротивления [7, 12], и нередко являются причиной нарушения мозгового кровообращения или развития острой аневризмы сердца при трансмуральном поражении мышцы сердца. Поэтому мы считаем оправданным назначение этим больным гипотензивных средств—небольшие дозы препаратов Раувольфии в сочетании с тиазиновыми диуретиками. Нет необходимости стремиться к полной нормализации уровня систолического артериального давления. Применение энергичной терапии гипотензивными средствами у таких лиц может не только ухудшить самочувствие, но и вызвать нарушение мозгового или почечного кровообращения, ухудшить коронарный кровоток, поэтому необходимо осторожное и плавное снижение давления (не ниже 160—140) на 90—80 мм рт. ст.

Большое значение в лечении больных инфарктом миокарда имеет стимуляция регенеративных и репаративных процессов, особенно у больных пожилого и старческого возраста [1, 2], у которых эти процессы значительно снижены.

Особенности регенераторной реакции в миокарде определяют принципы ее стимуляции при инфаркте миокарда. Поскольку не происходит заполнения участка некроза полноценной мышечной тканью, главная задача лечебных мероприятий состоит в том, чтобы способствовать скорейшему рассасыванию некротических масс и рубцеванию инфаркта.

Иная целевая установка определяет стимуляцию восстановительных процессов в околоинфарктной зоне т. е. способствует сохранению жизнеспособности мышечной ткани, находящейся в состоянии дистрофии. Активация внутриклеточной регенерации и нормализация строения мышечных волокон в околоинфарктной зоне имеют огромное значение для судьбы больного. Восстановление жизнеспособности околоинфарктной мышечной ткани или ее гибель определяет как размеры инфаркта и площадь рубца после его заживления, так и дальнейшую судьбу больного, которая, в конечном счете, определяется состоянием сохранившейся мышечной ткани.

Таким образом, стимуляция регенераторных процессов в миокарде при инфаркте имеет неодинаковую целевую направленность в разных

зонах сердечной мышцы. Если в районе мертвых тканей и в непосредственной близости к ним следует способствовать процессам организации, т. е. разрастанию соединительной ткани и формированию рубца, то в отношении сохранившейся мышечной ткани нужно стремиться к ускоренной нормализации структуры и функции мышечных клеток путем активирования внутриклеточных регенераторных процессов. Для стимуляции регенераторных процессов и нормализации сократительной способности миокарда широко используются различные биологически активные вещества—витамины, ферменты, аминокислоты, гормоны, сердечные гликозиды, соли калия и т. д.

Врач, используя для этого тот или иной метод лечения, несмотря на различия конечного морфологического эффекта стимуляции восстановительных процессов в зоне инфаркта и за ее пределами, оказывает благоприятное воздействие одновременно в обоих указанных направлениях. Это объясняется тем, что любой метод стимуляции регенераторной реакции основной «точкой приложения» своего действия имеет биосинтетические процессы. Исходя из вышесказанного, становится ясно, что умением регулировать интенсивность этих процессов определяется возможность стойкой компенсации поврежденного миокарда.

Таким образом, проведение комплексного своевременного лечения дает возможность повысить эффективность лечения больных острым инфарктом миокарда и снизить процент летальности.

НИИ экспериментальной и клинической терапии МЗ СССР,
г. Тбилиси

Поступила 14/II 1979 г.

Ն. Ն. ԿԻՊՇԻԶԵ, Գ. Է. ՉԱՊԻԶԵ, Մ. Գ. ՉԻԿՎԱԶԵ

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՏԱՐԻՔԱՎՈՐՆԵՐԻ
ԵՎ ՄԵՐԵՐԻ ՄՈՏ

Ա. մ. փ. n. փ. n. i. մ

Տարիքավորների և ծերերի մոտ սրտամկանի ինֆարկտի բուժման ժամանակ պետք է զգուշորեն օգտագործել հակամակարդիչներ և հակառիթմիկ միջոցներ, որոնք ազդում են էներգետիկական և ռեպարատիվ պրոցեսների վրա:

N. N. Kipshidze, G. E. Chapidze, M. G. Chikvaidze

Treatment of elderly patients with myocardial infarction

S u m m a r y

In treatment of patients with myocardial infarction of the elderly age-group it is necessary to use carefully anticoagulants and antiarrhythmic preparations, affecting on the energetic and reparative processes.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гасилин В. С., Романов А. И., Быков И. И., Палит В. И. Кардиология, 1976, 4, 25.
2. Голиков А. Н., Берестов А. А. и др. Кардиология, 1974, 3, 37.
3. Гуревич М. А. Кардиология, 1973, 5, 5.
4. Кипшидзе Н. Н., Чапидзе Г. Э. Сб. научн. работ

терапевтов, кардиол. и курортол. Иркутск, 1969, 27—29. 5. Кипшидзе Н. Н., Чапидзе Г. Э. Материалы научной сессии НИИ эксп. и клин. терапии МЗ ГССР. Тбилиси, 1970, 20—22. 6. Кипшидзе Н. Н., Чапидзе Г. Э. Материалы конференции. Казань, 1970, 52—55. 7. Попов В. Г., Лазурин В. К., Бескровкова Н. Н. и др. Кардиология, 1974, 1, 30. 8. Савельев И. А., Новиков А. А. Тезисы I Всесоюзного съезда кардиологов. М., 1973, 222. 9. Чазов Е. И. Инфаркт миокарда, 1972. 10. Чеботарев Д. Ф., Коркушко О. В., Чернецкая Л. А. Кардиология, 1974, 4, 5. 11. Чеботарев Д. Ф. Гериатрия. Киев, 1977. 12. Alexander J. K. J. Triangle, 1975, 14, 1, 1—7. 13. Gsell O. Akt. Geront., 1973, 3, 407—415. 14. Harris R. In: Working with Older People, Washington 1971. 15. Killip Th. Failure a. Infarction. New York 1974, 307—310. 16. Langer G. A. E. Braunwald, The Myocardium: Failure a. Infarction, New York 1974, 135—142. 17. Straube K. H. Dtsch. Ges. Wesen., 1974, 1—1, 2, 91—93.