

Этапы формирования и эволюция структуры сердечно-сосудистых заболеваний у ветеранов Великой Отечественной войны (по материалам СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» 1946—2015 гг.)

М.Ю. КАБАНОВ¹, З.Д. ШВАРЦМАН², Е.М. АГЕЕНКО¹, Ю.Е. ЗАЙЦЕВ¹, И.Л. СЕМЕНОВА¹

¹Санкт-Петербургское ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия; ²ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

The stages of development of cardiovascular diseases and the evolution of their pattern in the veterans of the Great Patriotic War (according to the 1946—2015 records of the Saint Petersburg War Veterans Hospital)

M.Yu. KABANOV¹, Z.D. SHVARTSMAN², E.M. AGEENKO¹, Yu.E. ZAITSEV¹, I.L. SEMENOVA¹

¹Saint Petersburg War Veterans Hospital, Saint Petersburg, Russia; ²Saint Petersburg Institute for Postgraduate Training of Medical Experts, Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Резюме

Цель исследования. Определить этапы становления и эволюции структуры сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у ветеранов Великой Отечественной войны на протяжении 70 послевоенных лет.

Материалы и методы. Годовые отчеты о работе госпиталя за 1946—2014 гг., анализ структуры терапевтических заболеваний и ССЗ в динамике; результаты лабораторных и функциональных исследований 148 больных, у которых развился внутрибольничный инфаркт миокарда (кардиоспецифические ферменты, электрокардиография, эхокардиография — ЭхоКГ, по показаниям коронарография) и 112 больных с сочетанной легочно-сердечной патологией, у которых выявлен феномен «хронического полиморбидного сердца» (ЭхоКГ, рентгенологическое исследование, определение газового состава крови, статистическая обработка полученных данных).

Результаты. Определены 5 этапов послевоенной эволюции терапевтических заболеваний и ССЗ, каждый из которых продолжался в среднем около 15 лет. При этом нозологические формы, присущие последующему этапу, формировались в структуре предыдущего, и постепенно становились преобладающими. На IV этапе описаны форма внутрибольничного (внутригоспитального) инфаркта миокарда, а также феномен «хронического полиморбидного сердца» при сочетанной патологии — хронической обструктивной болезни легких и гипертонической болезни.

Заключение. С учетом этапов становления и эволюции структуры заболеваний терапевтического профиля у ветеранов Великой Отечественной войны на протяжении 70 послевоенных лет происходила реорганизация клинических отделений госпиталя, отделений лабораторной и функциональной диагностики в целях оказания больным адекватной специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: этапы формирования и эволюция структуры терапевтических и сердечно-сосудистых заболеваний, внутрибольничный инфаркт миокарда, «хроническое полиморбидное сердце».

Aim. To determine the stages of development of cardiovascular diseases and the evolution of their pattern in the veterans of the Great Patriotic War during 70 postwar years.

Subjects and methods. The investigation used the 1946-2014 annual reports on the hospital's work; analysis of the pattern of therapeutic and cardiovascular diseases over time; the results of laboratory and functional tests in 148 patients who developed in-hospital myocardial infarction (cardiospecific enzymes, electrocardiography, echocardiography (EchoCG), and, if clinically indicated, coronary angiography) and in 112 cardiopulmonary patients who were detected to have a chronic multimorbid heart phenomenon (EchoCG, radiological examination, blood gas tests, and statistical processing of the findings).

Results. The postwar evolution of therapeutic and cardiovascular diseases was ascertained to consist of 5 stages, each of which averaged about 15 years. At the same time, the nosological entities typical of the subsequent stage developed in the pattern of those at the preceding stage and gradually became predominant. The form of in-hospital myocardial infarction, as well as the chronic multimorbid heart phenomenon in the presence of comorbidity (chronic obstructive pulmonary disease and hypertensive disease) at Stage IV was described.

Conclusion. With allowance made for the stages of development of therapeutic diseases and evolution of its pattern in the veterans of the Great Patriotic War, the clinical departments of the hospital, its laboratory and functional diagnosis departments have been reorganized for 70 postwar years in order to render adequate specialized medical care to the patients.

Keywords: stages of development of therapeutic and cardiovascular diseases and the evolution of their pattern, in-hospital myocardial infarction, chronic multimorbid heart.

ГБ — гипертоническая болезнь
ИМ — инфаркт миокарда
КДР — конечный диастолический размер

КСР — конечный систолический размер
ЛЖ — левый желудочек
ЛП — левое предсердие

МЖП — межжелудочковая перегородка
ПЖ — правый желудочек
ПП — правое предсердие
СД-2 — сахарный диабет 2-го типа
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

ФВ — фракция выброса
ФК — функциональный класс
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
ЭКГ — электрокардиограмма

Формирование терапевтической нозологии прошло несколько этапов (табл. 1), разделенных 15-летними временными периодами, каждый из которых определялся характером ранений и заболеваний, полученных на фронте, а также изменениями в структуре болезней, которые происходят у больных разных возрастных групп.

Первый этап (1946—1959 гг.), ранний, характеризовался тем, что у пациентов госпиталя, преимущественно лиц молодого возраста ($28,5 \pm 1,1$ года) диагностировались заболевания, полученные в период боевых действий. На болезни системы кровообращения в данный период приходилось всего 6—8% терапевтической патологии. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) преобладали дистрофия миокарда, функциональные и инфекционно-воспалительные заболевания сердца, ревматизм и пороки.

В целом больные терапевтического профиля составляли 36% от общего числа госпитализированных. В структуре терапевтической патологии на ревматизм и пороки сердца приходилось 9%, вегетососудистую дистонию, на фоне которой впоследствии формировалась гипертоническая болезнь (ГБ), — 16%, стенокардию — 4,5%, инфаркт миокарда (ИМ) — 1,7%. Наблюдались также хронический гастрит, язвенная болезнь; широко распространенным заболеванием был легочный и внелегочный туберкулез.

Основной задачей клинической кардиологии на раннем этапе становления послевоенной патологии являлась коррекция нарушенных функций системы кровообращения, обусловленных заболеваниями, которые возникли преимущественно на фронте. Периоды обострения заболеваний чередовались с ремиссией.

Общее состояние больных отличалось относительной стабильностью, что свидетельствовало об адаптационных возможностях организма.

Второй этап (1960—1975 гг.) характеризовался определенными изменениями в структуре нозологий. Средний возраст больных составлял $44,5 \pm 2,4$ года. Произошло увеличение числа больных ССЗ из-за раннего развития атеросклероза, ишемической болезни сердца и ГБ, роста числа рецидивов таких заболеваний, как хронический гастрит, язвенная болезнь, ревматизм, хронический бронхит и др.

Сведения об авторах:

Кабанов Максим Юрьевич — д.м.н., проф., начальник СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», e-mail: gv@zdrav.spb.ru

Шварцман Зиновий Давидович — к.м.н., доц., зав. каф. терапии, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО СПб ИУВЭК Минтруда России

Агеенко Евгений Маркович — заслуженный врач РФ, зам. начальника СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» по общим вопросам

Зайцев Юрий Евгеньевич — к.м.н., зам. начальника СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» по медицинской части

Терапевтическая помощь специализировалась по кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии.

По характеру, особенностям клинического течения терапевтических болезней данный этап можно определить как время формирования хронической патологии, склонной к обострению, компенсируемой консервативными методами лечения, достижением ремиссии без заметного прогрессирования процесса в целом.

Третий этап (1976—1990 гг.) отличался от предыдущих значительным увеличением терапевтической заболеваемости, присоединением патологии пожилого возраста. Характерно формирование полиморбидности. У пациентов, средний возраст которых составлял $62,4 \pm 2,8$ года, прогрессировала патология, вызванная ранним развитием атеросклероза и ГБ: стенокардия высокого функционального класса (ФК), острый и повторный ИМ, нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, часто на фоне хронических заболеваний мочевыделительной системы, хронического бронхита. Терапевтические заболевания нередко сочетались с нарушениями в эмоционально-волевой сфере, что требовало психологического сопровождения и совершенствования работы соответствующих специализированных отделений.

В рассматриваемый период больные терапевтического профиля составляли 68% от общего числа госпитализированных. ССЗ наблюдались у 61% терапевтических больных.

Взаимное отягощение заболеваний, протекавших с нарушением функций органов и систем, невозможность достижения длительной и стойкой ремиссии позволяют определить третий этап как время развития полиморбидности, прогрессирующего течения ССЗ с неустойчивой компенсацией нарушенных функций.

Определенные изменения произошли в структуре сердечно-сосудистой нозологии: уменьшился удельный вес ревматического миокардита и пороков сердца, резко выросла заболеваемость стенокардией (34%), ИМ (4,5%). Актуальной проблемой стали сердечная недостаточность, опасные для жизни нарушения ритма сердца, осложнения ГБ (15%), а также сочетанная сердечно-сосудистая патология (43%).

Четвертый этап (1991—2006 гг.) характеризовался полиморбидностью, взаимным отягощением основного и сопутствующих заболеваний, одновременным нарушением функций нескольких жизненно важных систем организма с периодическим преобладанием одного из синдромов. Средний возраст пациентов достиг $73,5 \pm 2,5$ года. В рассматриваемый период больные терапевтического профиля составляли 71% от общего числа госпитализиро-

Контактная информация:

Семенова Ирина Леонидовна — зав. организационно-методическим отделом СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»; e-mail: omo@zdrav.spb.ru

Таблица 1. Этапы послевоенной эволюции терапевтических заболеваний

Этап	Годы	Средний возраст больных, годы
1-й — ранний	1946—1959	28,5±1,1
2-й — формирование хронической патологии	1960—1975	44,5±2,4
3-й — формирование полиморбидности	1976—1990	62,4±2,8
4-й — развитие хронической полиорганной недостаточности	1991—2006	73,5±2,5
5-й — гериатрический	2007 — настоящее время	Старше 85 лет

ванных. ССЗ регистрировались практически у 90% пациентов госпиталя. Как правило, у них диагностировали стенокардию высокого ФК (87%), острый коронарный синдром, ИМ (5,6%), опасные для жизни аритмии, сердечная недостаточность III—IV ФК. Актуальной стала оценка риска осложнений ГБ, наблюдающейся у 86% госпитализированных. Данный этап может расцениваться как период сформировавшейся полиморбидности и хронической полиорганной недостаточности.

Таким образом, на протяжении послевоенных лет прослеживается увеличение удельного веса терапевтических больных с 36 до 71% в структуре госпитализированных в направлении от первого до четвертого этапа. Среди болезней сердечно-сосудистой системы наблюдается увеличение доли стенокардии с 4,5 до 87%, ИМ с 1,7 до 5,6%, ГБ с 16 до 86% при одновременном снижении удельного веса ревматического миокардита и пороков сердца с 9% до отдельных случаев.

На этапе полиморбидности, взаимного отягощения заболеваний и хронической полиорганной недостаточности актуальной стала проблема развития внутригоспитального (внутрибольничного) ИМ [1].

Под внутригоспитальным понимается ИМ, возникающий у больных в разные сроки после госпитализации, не связанный с острым коронарным синдромом. ИМ, развившийся в стационаре у больных, доставленных по поводу нестабильной стенокардии, в контексте внутрибольничного не рассматривается. В подобных случаях нестабильная стенокардия, начавшаяся на догоспитальном этапе, расценивается как период высокого риска возникновения ИМ (предынфарктный период). Она завершается ИМ вследствие нарастающей несостоятельности коронарного кровообращения.

Под наблюдением находились 405 больных ИМ в возрасте от 75 до 95 лет, в том числе 148 больных основной группы, у которых развился внутрибольничный ИМ, и 257 больных контрольной группы, у которых ИМ возник за 1—3 дня до направления на стационарное лечение.

Больные основной группы (78 мужчин и 70 женщин) поступили в «Госпиталь для ветеранов войн» с различной патологией (табл. 2). В терапевтические отделения (37% обследованных) плановая либо неотложная госпитализация была обусловлена различными проявлениями хронической формы ИБС (20%), пневмонией, обострением хронической обструктивной болезни легких — ХОБЛ (8%), гипертоническим кризом (7%), обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (2%).

В хирургические отделения больные (38% обследованных) поступили по поводу декомпенсированной хронической артериальной недостаточности, обусловленной облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, как правило, на фоне сахарного диабета 2-го типа

— СД-2 (15% обследованных), острого калькулезного холецистита и панкреатита (14%), острой непроходимости кишечника вследствие спаечной болезни и тромбоза мезентериальных артерий (5%), ущемленной грыжи различной локализации (3,5%), желудочно-кишечных кровотечений (0,5%).

В неврологические отделения больные (25% обследованных) госпитализированы с диагнозами цереброваскулярной болезни, дисциркуляторной энцефалопатии, острого нарушения мозгового кровообращения.

У 90% больных основной группы диагностирован метаболический синдром: ожирение I—IV степени, гиперхолестеринемия, СД-2, ГБ III стадии.

Способствовали реализации потенциального риска развития ИМ инфекционные процессы, ассоциированные с пневмонией, обострением хронического гастрита, язвенной и желчнокаменной болезни и др. Инфекции придает существенное значение в процессах деструкции атеросклеротических бляшек, в том числе в бассейне венечных артерий сердца.

Первичный ИМ был у 39%, повторный — у 61% обследованных (табл. 3). Сроки развития внутрибольничного ИМ варьировали: частота развития внутрибольничного ИМ была наибольшей (57% всех случаев) — в течение первых 3—6 дней от момента госпитализации.

У 33% больных основной группы наблюдался ангинозный вариант начала ИМ, гастралгическая форма — у 5%, астматическая — у 6%. Церебральный вариант начала ИМ, проявлявшийся транзиторной ишемической атакой либо одновременным инсультом, отмечен в 11% случаев, аритмический с опасными для жизни нарушениями ритма и проводимости — в 7%. Клиническая картина тромбоэмболии легочной артерии и острой дыхательной недостаточности наблюдалась в 11% случаев. У 27% больных основной группы встречался безболевого вариант ИМ, обычно на фоне невропатии, обусловленной СД-2. Диагностика ИМ без болевого синдрома основывалась на данных контрольной электрокардиографии, предпринятой в связи с нарастанием ХСН, появлением экстрасистол, дискомфорта в области сердца, повышением активности кардиоспецифических ферментов.

Следует отметить учащение случаев интраоперационного ИМ, а также ИМ, развившегося в ближайшем послеоперационном периоде после ампутации конечности, операций на органах брюшной полости.

В первые сутки от начала заболевания диагноз внутрибольничного ИМ установлен в 75% случаев. Крупноочаговый ИМ имелся у 32%, мелкоочаговый — у 68% обследованных.

Внутрибольничный ИМ отличался более тяжелым течением, чем ИМ у больных репрезентативной контрольной группы. Вероятно, это связано с тем, что ИМ разви-

Таблица 2. Потенциальный риск развития внутригоспитального ИМ

Заболевания, предшествовавшие развитию внутригоспитального ИМ	Число больных, %
Терапевтические болезни — 37%:	
хроническая форма ИБС, ХСН, аритмии	20
ГБ, гипертонический криз	7
обострение язвенной болезни, хронического гастрита	2
пневмония, обострение ХОБЛ	8
Хирургические болезни — 38%:	
декомпенсированная хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей	15
острый холецистит, панкреатит	14
тромбоз мезентериальных сосудов, острая непроходимость кишечника	5
ущемленная грыжа	3,5
желудочно-кишечные кровотечения	0,5
Нервные болезни — 25%:	
транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения	11
цереброваскулярная болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия	14

Примечание. ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Таблица 3. Характеристика внутригоспитального ИМ

Характеристика	Число случаев, %
Вариант начала ИМ:	
ангинозный	33
гастралгический	5
астматический	6
церебральный	11
аритмический	7
острая дыхательная недостаточность вследствие развития тромбоэмболии легочной артерии в начальной стадии ИМ	11
безболевого	27
Глубина поражения миокарда:	
крупноочаговый	32
мелкоочаговый	68
Сроки развития ИМ со дня госпитализации:	
3–6-й день	57
2–3-я неделя	43

вался на фоне обострения хронических заболеваний, хирургического вмешательства, острых процессов, связанных с инфекцией, других стрессовых ситуаций, способствующих деструкции атеросклеротических бляшек. Он отличался большей тяжестью клинического течения, чем в контрольной группе, и менее благоприятным прогнозом. Летальность больных основной группы оказалась в 1,9 раза выше, чем контрольной.

Классификационное выделение внутрибольничного ИМ, отличающегося более высокой летальностью у больных старческого возраста, обусловило поиск путей улучшения клинического прогноза. В частности, определение степени риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений у больных ГБ при первичном осмотре в приемном и клинических отделениях, повышенная настороженность в соответствующих случаях в отношении внутрибольничного ИМ способствовали своевременной диагностике и началу адекватной интенсивной терапии в условиях кардиологического и реанимационного отделения, что привело к снижению летальности в 1,4 раза.

На четвертом этапе также установлена особая форма ремоделирования сердца в условиях сочетанной патологии — ГБ и ХОБЛ.

Обследованы по единой программе 112 больных ХОБЛ средней тяжести (у 20), тяжелым (у 49) и крайне тяжелым (у 43) течением. Возраст обследованных в среднем составлял $79,4 \pm 0,8$ года, мужчин было 104 (90,4%), женщин — 8 (9,6%).

У обследованных имелась сочетанная патология дыхательной и сердечно-сосудистой системы, диагностировалась ИБС, при этом 25 больных перенесли в прошлом ИМ. ГБ III стадии с артериальной гипертензией 2-й степени выявлена у 112 больных. ХСН I ФК по классификации NYHA диагностирована у 6,3%, II ФК — у 90,1%, III ФК — у 3,6% обследованных. Изменения электрокардиограммы (ЭКГ) представлены в **табл. 4**.

Синусовый ритм по данным ЭКГ зарегистрирован в 88,4%, фибрилляция предсердий — в 11,6% случаев. Частые одиночные предсердные экстрасистолы и желудочковые экстрасистолы градации II–IV по Lown наблюда-

Таблица 4. Изменения на ЭКГ у больных с «хроническим полиморбидным сердцем»

Изменения на ЭКГ	Частота выявления, %
Синусовая тахикардия	88,4
Фибрилляция предсердий	11,6
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	25
Полная блокада правой ножки пучка Гиса	10
Блокада передневерхнего разветвления левой ножки пучка Гиса	20
Предсердно-желудочковая блокада I степени	1
Предсердные и желудочковые (II–IV градации по Lown) экстрасистолы	38,4
Гипертрофия ПЖ	21,6
Гипертрофия ЛЖ	66,6
Хроническая коронарная недостаточность	8,3

Примечание. ПЖ — правый желудочек; ЛЖ — левый желудочек.

Таблица 5. Данные ЭхоКГ миокарда у больных с «хроническим полиморбидным сердцем»

Патология	Число случаев, %	Параметр	Размер, мм	
			в систолу	в диастолу
Гипертрофия ПЖ	95,5	Толщина передней стенки ПЖ	7,3	6,6
Гипертрофия ЛЖ	62	Толщина задней стенки ЛЖ	15,7	10,3
Гипертрофия МЖП	38	Толщина МЖП	16,5	11,3

Примечание. МЖП — межжелудочковая перегородка.

Таблица 6. Данные ЭхоКГ полостей сердца у больных с «хроническим полиморбидным сердцем»

Патология	Число случаев, %	Параметр	Размер, мм
Дилатация ЛЖ	12,5	КСР ЛЖ	46,5±2,9
		КДР ЛЖ	62,6±2,2
Дилатация ЛП	32,1		
Дилатация ПЖ	7,1	Средний размер дилатированного ПЖ	46,1
Дилатация ПП	25	Средний размер дилатированного ПП	46,1
Сочетанная дилатация полостей ПЖ и ПП	32,1		
Расширение ствола легочной артерии	93,8		
Расширение восходящего отдела аорты	8,9		

Примечание. ЛП — левое предсердие; ПП — правое предсердие; КСР — конечный систолический размер; КДР — конечный диастолический размер.

лись, как правило, у больных с крайне тяжелым течением ХОБЛ. Характер нарушений ритма не коррелировал с выраженностью легочной гипертензии.

Классические признаки легочного сердца на ЭКГ (по Видимски) не выявлялись. Однако, по данным эхокардиографии — ЭхоКГ (табл. 5), гипертрофия миокарда ПЖ имела у 95,5% обследованных больных, толщина передней стенки ПЖ в систолу составила в среднем 7,3 мм, в диастолу 6,6 мм.

Гипертрофия миокарда ЛЖ выявлена у 62% больных, в среднем толщина задней стенки ЛЖ в диастолу составляла 10,3 мм, в систолу — 15,7 мм. Гипертрофия ЛЖ у больных во всех случаях сочеталась с гипертрофией ПЖ. Гипертрофия МЖП наблюдалась в 38% случаев, средняя толщина МЖП в диастолу составляла 11,3 мм, в систолу — 16,5 мм. Гипертрофия МЖП во всех случаях сочеталась с гипертрофией ПЖ.

Расширение полости правых предсердия и ПЖ выявлено у 32,1% больных, изолированное расширение ПЖ — у 7,1% (табл. 6). Средний размер дилатированного ПЖ со-

ставлял 46,1 мм, дилатированного ПП — 48,8 мм. У 32,1% больных отмечалась дилатация ЛП (в среднем 44 мм). Дилатация ЛЖ выявлена у 12,5% больных, КДР ЛЖ достигал 62,6 мм, КСР — 46,5 мм. Дилатация обеих левых камер сердца установлена у 11,6% обследованных. Расширение всех камер сердца обнаруживалось у больных, перенесших ИМ.

Расширение легочной артерии регистрировалось у 93,8% больных, средний размер составил 26,3 мм. Расширение аорты выявлено у 8,9% обследованных, средний размер составил 39 мм, при этом наблюдались уплотнение и утолщение ее стенок.

Фракция выброса (ФВ) ЛЖ у 64,3% обследованных оказалась нормальной (табл. 7). У 91,1% больных диастолическая функция была нарушена по ригидному типу, наблюдалось уменьшение V_e до 0,48 м/с, увеличение V_a до 0,62 м/с, уменьшение соотношения пиковых скоростей диастолического наполнения E/A до 0,89, удлинение $IVRT$ до 0,12 с. У 8,9% обследованных имелись нарушения диастолической функции ЛЖ по псевдонормальному ти-

Таблица 7. Систолическая и диастолическая дисфункции у больных с феноменом «хронического полиморбидного сердца» по данным ЭхоКГ

Показатель	Частота выявления, %
Нормальная ФВ ЛЖ	64,1
Сниженная ФВ ЛЖ	35,9
Диастолическая дисфункция ЛЖ по ригидному типу. IVRT 0,12±0,01 с	91,1
Диастолическая дисфункция ЛЖ по псевдонормальному типу. IVRT 0,06±0,02 с	8,9
Нормальная ФВ ПЖ	90,2
Сниженная ФВ ПЖ	9,8
Диастолическая дисфункция ПЖ	100
Нарушения локальной сократимости ЛЖ	12,5

пу. Наблюдалось увеличение V_e до 0,67 м/с, V_a 0,39 м/с, увеличение соотношения E/A до 2,0, укорочение IVRT до 0,06 с.

По данным ЭхоКГ, ФВ ПЖ у 90,2% больных сохранялась нормальной, у 9,8% была сниженной. У всех больных оказалась нарушенной диастолическая функция ПЖ: $V_e=0,41$; $V_a=0,51$; $E/A=0,9$. Наряду с этим у большинства обследованных выявлены умеренные и средней степени изменения клапанного аппарата, у 12,5% больных — зоны гипо- и акинезии миокарда, что способствовало нарушениям центральной и внутрисердечной гемодинамики.

Выявлена взаимосвязь дефицита кислорода в артериальной крови и толщины передней стенки ПЖ ($r=0,33$), КДР ПЖ ($r=0,31$), КДО ПЖ ($r=0,41$), диаметром ЛА ($r=0,31$): при нарастании гипоксемии увеличивались гипертрофия стенки ПЖ и размер ЛА, дилатация ПЖ не развивалась вследствие ригидности и жесткости миокарда, присущих больным ХОБЛ.

Таким образом, наблюдающееся у обследованных больных одновременное воздействие на миокард легочной и артериальной гипертензии (увеличение посленагрузки), обусловленных различными заболеваниями, приводит к особой форме ремоделирования, при которой наряду с гипертрофией и дилатацией правых отделов сердца возникают гипертрофия и дилатация ЛЖ, расстройств диастолической функции и ритма сердца.

Многолетнее сочетание ХОБЛ и ССЗ у больных способствует формированию феномена «хронического поли-

морбидного сердца», в диагностике которого основная роль принадлежит ЭхоКГ [2, 3].

На пятом этапе (с 2007 г. по настоящее время) актуальной становится организация квалифицированной медицинской помощи в общетерапевтических отделениях. Средний возраст больных превышает 85 лет. На данном этапе наблюдается рост распространенности ятрогенных заболеваний: антибиотикоассоциированной дисфункции кишечника и псевдомембранозного колита, лекарственных васкулитов, кожных аллергических реакций, увеличение частоты развития связанной с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов гастропатии, токсического поражения печени, подтверждаемого биохимическими синдромами цитолиза и холестаза, гипоплазии кроветворения. Все это обуславливает необходимость взвешенного подхода к выбору медикаментозной терапии в каждом отдельном случае.

Заключение

Необходимо отметить, что эволюция структуры заболеваний терапевтического профиля на протяжении послевоенных лет определяла и обосновывала реорганизацию терапевтической службы, отделений функциональной и инструментальной диагностики, клинико-диагностической лаборатории госпиталя в целях оказания больным адекватной специализированной медицинской помощи.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шварцман З.Д., Леявина Т.А., Гаврилова Н.И., Малыкина М.Д., Исакова С.Л. Клиническое течение и прогноз внутрибольничного инфаркта миокарда у ветеранов Отечественной войны. Сборник научных трудов СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» Выпуск 5. СПб: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена; 2004.
2. Шварцман З.Д., Харитоненко Е.Ю. Формирование «хронического полиморбидного сердца» при хронической обструктивной болезни легких в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями у больных старческого возраста. *Болезни органов дыхания*. 2009;1:25-29.
3. Шварцман З.Д., Харитоненко Е.Ю., Палий Т.И. Хроническое «полиморбидное сердце»: механизмы формирования и диагностика у больных с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения заболеваний у ветеранов Великой Отечественной войны в многопрофильном стационаре. Сборник научных трудов. Выпуск 7. СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена; 2015.

Поступила 28.05.2015