

СНИЖЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В «ПРОБЛЕМНЫХ ГРУППАХ» – АКЦЕНТ НА ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ

К.А. КИРЕЕВ^{1,2}, А.А. ФОКИН^{1,2}, Т.С. КИРЕЕВА²

¹ *Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества
«Российские железные дороги», Челябинск, Россия*

² *Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия*

Цель исследования. Анализ непосредственных результатов лечения острых инфарктов миокарда (ОИМ) у пациентов старше 75 лет с оценкой эффективности чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 208 случаев ОИМ у пациентов старше 75 лет. В контрольную группу вошли 85 (40,9%) пациентов с проведением экстренных первичных ЧКВ, для сравнения выделена группа консервативного лечения – 123 (59,1%) случая.

Результаты. Исследуемые пациенты вне зависимости от проводимого лечения ОИМ характеризовались следующими клиническими особенностями ($p > 0,05$): высокая распространённость сердечно-сосудистых и значимых соматических заболеваний, поздние обращения от начала заболевания, выраженная гемодинамически значимая патология коронарных артерий как по количеству поражённых сосудов, так и по шкале SYNTAX. Всего выполнены 123 (59,1%) urgentные (экстренные и отсроченные) коронароангиографии. Охват диагностическими вмешательствами больных с консервативным лечением составил 38 (30,9%) случаев. Это значение имело статистически значимое различие с группой ЧКВ ($p < 0,05$). Преимущества ЧКВ ($p < 0,05$) были получены по летальности (12,9% – 25,2%), длительности пребывания в стационаре ($13,6 \pm 0,3$ дней – $15,43 \pm 0,4$ дней).

Заключение. Снижение летальности при ОИМ у пациентов старше 75 лет связано с увеличением доли экстренных коронарных стентирований в структуре проводимых лечебных мероприятий. Специфические осложнения ЧКВ редки, что говорит о безопасности данного метода реперфузионной терапии в исследуемой возрастной группе. Возраст пациента старше 75 лет не должен рассматриваться как ограничение для коронароангиографии и последующего стентирования.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, реперфузионная терапия, чрескожное коронарное вмешательство, пациент старше 75 лет.

THE REDUCTION OF HOSPITAL MORTALITY OF MYOCARDIAL INFARCTION IN «PROBLEM GROUPS» – FOCUS ON PATIENTS OVER 75 YEARS

K.A. KIREEV^{1,2}, A.A. FOKIN^{1,2}, T.S. KIREEVA,²

¹ *Railway Clinical hospital on station Cheljabinsk «Russian Railway», Chelyabinsk, Russia.*

² *The State budgetary educational institution of higher professional education South-Ural State medical University of the Ministry of health of Russian Federation, Chelyabinsk, Russia.*

The purpose. The aim of the study was to analyze immediate results of acute myocardial infarction's treatment in patients older than 75 and to estimate the effectiveness of percutaneous coronary interventions (PCI).

Materials and methods: 208 cases of acute myocardial infarction (AMI) in patients older than 75 were reviewed in the study. The control group consisted of 85 (40.9%) cases of emergency primary PCI. For comparison, there was a group of patients who underwent the conservative treatment (123 (59,1%) cases).

Results. All the patients in the study regardless of AMI's treatment were characterized by the following clinical features ($p > 0.05$): high prevalence of cardiovascular and significant somatic diseases, late treatment onset, severe hemodynamically significant pathology of the coronary arteries not only according to the number of affected vessels but also by SYNTAX scale. In general, 123 (59,1%) cases of urgent (emergency and delayed) coronary angiography were performed. The coverage of diagnostic interventions in patients with conservative treatment was 38 (30,9%) cases. This number had statistically significant difference with the PCI group ($p < 0.05$). The advantages of PCI ($p < 0.05$) were obtained for mortality (12,9% – 25,2%) and duration of hospital stay ($13,6 \pm 0,3$ days – 15.43 ± 0.4 days).

Conclusion. Reduction of mortality in AMI patients older than 75 is associated with an increase of emergency coronary stenting in the structure of medical activities. Specific complications of PCI are rare, which proves the safety of this method of reperfusion therapy among patients of this age. Patient's age over 75 years old should not be considered as a limitation for coronary angiography and subsequent stenting.

Key words: acute myocardial infarction, reperfusion therapy, percutaneous coronary intervention, a patient older than 75.

Введение

В соответствии с Государственной программой «Развитие здравоохранения до 2020 г.» через 4 года смертность от болезней системы кровообращения в Российской Федерации должна снизиться до уровня не более 622 на 100 тысяч населения [1]. За последние годы по этому показателю в Российской Федерации наблюдается положительная динамика, однако для достижения целевых значений необходимо дальнейшее совершенствование специализированной медицинской помощи при сердечно-сосудистой патологии. Одно из таких направлений связано с лечением острого инфаркта миокарда (ОИМ).

При рассмотрении структуры смертности при ОИМ в различных возрастных группах отмечается высокая вероятность неблагоприятных исходов у геронтологических пациентов [2]. В то же самое время для лечения ОИМ активно используются чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), имеющие доказанную клиническую эффективность [3].

Результаты применения ЧКВ при ОИМ у пациентов старшей возрастной группы представлены в литературных источниках недостаточно [4]. В крупных рандомизированных исследованиях, заложенных в основу современных рекомендаций, геронтологическая группа представлена ограниченно в сравнении с их долей в общей популяции, что не позволяет сделать окончательный вывод о преимуществе той или иной стратегии лечения [5]. Кроме того, особенности соматического статуса пациентов старшей возрастной группы, отличающие их от более молодых больных, не учитываются в действующих клинических рекомендациях [6].

Другой проблемой изучения ОИМ у геронтологических пациентов является отсутствие единых подходов в формировании возрастных групп. В отдельных отечественных работах объектом исследования являются пациенты старше 70 лет [5]. Такой подход объясняется средней продолжительностью жизни в Российской Федерации для всего населения. Однако данный

показатель имеет серьёзные различия между мужской и женской популяциями, и объединение гетерогенных групп под такой критерий может быть некорректным.

В иностранной литературе изучают больных старше 80 лет и реже старше 90 лет [7-9]. По аналогии в нашей стране для своих исследований в редких случаях используется критерий «старше 80 лет». В подавляющем большинстве случаев данная проблема рассматривается применительно к больным пожилого возраста (65-74 лет) и иногда старческого возраста (75-89 лет) [6].

С учётом неуклонного ежегодного старения населения России в исследовательской деятельности по ОИМ не стоит ограничиваться только пациентами пожилого и старческого возраста. Необходимо объединить две самые возрастные группы (старческого возраста и долгожителей) для изучения клинических подходов к лечению острых нарушений коронарного кровообращения с применением ЧКВ. К сожалению, в отечественной сердечно-сосудистой хирургии до настоящего времени подобные исследования не проводились.

Цель исследования

Анализ непосредственных результатов оказания специализированной медицинской помощи при ОИМ пациентам старше 75 лет с оценкой эффективности коронарных интервенций.

Материал и методы

Цель исследования – анализ непосредственных результатов лечения ОИМ у пациентов старше 75 лет с оценкой эффективности ЧКВ. Исследование проведено на базе регионального сосудистого центра НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» на основе 208 случаев ОИМ у пациентов старше 75 лет.

В зависимости от применённого метода лечения были выделены 2 группы. В контрольную группу вошли 85 случаев (40,9%) экстренных первичных чрескожных коронарных вмешательств, которые выполнены у 85 пациентов. Воз-

раст больных варьировал от 75 до 96 лет, средний возраст $82,6 \pm 1,3$ лет, преобладали пациенты женского пола – 48 (56,5%). Для сравнения выделена группа консервативного лечения (КЛ) – 123 (59,1%) случая, в которой пациенты получали антиагреганты и антикоагулянты в соответствии с клиническими рекомендациями без какой-либо реперфузии. Возраст этих больных варьировал от 75 до 101 года, средний возраст $82,1 \pm 1,2$ лет, преобладал женский пол – 74 (60,2%).

Все эндоваскулярные операции были выполнены сертифицированными рентгенэндоваскулярными специалистами равной квалификационной категории. Рутинно применялись интродьюсеры и катетеры диаметром 6Fr по шкале Шарьера ($1Fr = 0,34$ мм). Во всех случаях использовался феморальный артериальный доступ, пункционные дефекты в бедренных артериях закрывались посредством специальных устройств (Cordis Exoseal и St.Jude Angio-Seal).

Исследование проводилось по следующим направлениям: определение исходного статуса больных, а также сравнение непосредственных результатов. В работе применялись аналитический и статистический методы. Из учётных форм использовалась форма 003/у «Медицинская карта стационарного больного», а также отчеты отделений

кардиологии и рентгенохирургии за 2013-2014 гг.

Статистические расчёты проводились с помощью программ Microsoft Office Excel и Statistica 8.0. При сравнении выборок малого объема ($n < 30$) использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. В ситуациях, где объемы выборок были достаточно большими ($n > 30$), для сравнительного анализа показателей использовали Z-критерий сравнения средних значений для независимых выборок большого объема. При сравнительном анализе различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты

Сравниваемые пациенты в равном количестве (74 (60,2%) и 52 (61,2%) в группах КЛ и ЧКВ соответственно) поступали с диагнозом острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST ($p > 0,05$). При выписке среди пациентов с коронарными стентированиями преобладал заключительный диагноз Q-инфаркт миокарда – 60 (70,6%) (эмпирическое значение $\varphi = 4,9$, $p < 0,05$). У больных с КЛ превалировал неQ-инфаркт миокарда – 79 (64,2%) (эмпирическое значение $\varphi = 5,0$, $p < 0,05$). В таблице 1 представлена частота сопутствующих заболеваний в исследуемых группах.

Сопутствующая патология у пациентов старше 75 лет с ОИМ

Сопутствующее заболевание	Количество больных		Эмпирич. значение коэф-та φ эмп	Р
	КЛ	ЧКВ		
Артериальная гипертензия	114 (92,7%)	77 (90,6%)	$\varphi = 0,6$	$p > 0,05$
Стенокардия напряжения 2-3 ФК	52 (42,3%)	43 (50,6%)	$\varphi = 1,1$	$p > 0,05$
Хроническая сердечная недостаточность (2ФК по NYHA и выше)	53 (43,1%)	39 (45,9%)	$\varphi = 0,4$	$p > 0,05$
Постинфарктный кардиосклероз	46 (37,4%)	28 (32,9%)	$\varphi = 0,7$	$p > 0,05$
Инструментально доказанная хроническая аневризма левого желудочка	12 (9,8%)	7 (8,2%)	$\varphi = 0,4$	$p > 0,05$
Сосудисто-мозговая нед-сть (НМК в анамнезе или каротидные операции)	26 (21,1%)	10 (11,8%)	$\varphi = 1,3$	$p > 0,05$
Нарушения ритма и проводимости сердца	21 (17,1%)	17 (20,0%)	$\varphi = 0,6$	$p > 0,05$
Патология аорто-подвздошной зоны и/или артерий нижних конечностей	13 (10,6%)	5 (5,9%)	$\varphi = 1,2$	$p > 0,05$
Сахарный диабет 2 типа	23 (18,7%)	15 (17,6%)	$\varphi = 0,9$	$p > 0,05$
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	19 (15,4%)	12 (14,1%)	$\varphi = 0,2$	$p > 0,05$
Хроническая почечная недостаточность	15 (12,2%)	4 (4,7%)	$\varphi_{12} = 1,9$	$p < 0,05$
Железодефицитная анемия	8 (6,5%)	6 (7,1%)	$\varphi = 0,5$	$p > 0,05$
Язвенная болезнь желудка и 12-пёрстной кишки	9 (7,3%)	4 (4,7%)	$\varphi = 0,9$	$p > 0,05$
Злокачественные новообразования в анамнезе	17 (13,8%)	15 (17,6%)	$\varphi = 0,8$	$p > 0,05$
"Д" учёт по сердечно-сосудистым заболеваниям	69 (56,1%)	44 (51,8%)	$\varphi = 0,6$	$p > 0,05$

Вне зависимости от метода лечения ОИМ среди пациентов старше 75 лет наблюдалась высокая распространённость сердечно-сосудистой патологии ($p>0,05$): артериальной гипертензии (более 90,0%), стенокардии напряжения 2-3 функционального класса (40-50%), хронической сердечной недостаточности (43-45%), постинфарктного кардиосклероза (более 30,0%) и др. В сравниваемых группах практически по всем нозологиям не отмечалось статистических различий ($p>0,05$), за исключением случаев хронической почечной недостаточности (достоверно ($p<0,05$) больше у пациентов с КЛ).

В группе ЧКВ наблюдалось больше случаев поступлений пациентов в состоянии кардиогенного шока и отёка лёгких. При рассмотрении этих состояний по отдельности статистически значимые различия были получены только по 4 классу острой сердечной недостаточности (ОСН) по Т. Killip между стентированными больными и теми, кого лечили консервативно ($p<0,05$). В то же самое время при объединении двух самых тяжёлых вариантов ОСН в один (отёк лёгких + кардиогенный шок) в группе ЧКВ таких случаев оказалось статистически больше ($p<0,05$) – таблица 2. Как следствие этого, неосложнённое течение ОИМ встречалось чаще у больных с КЛ ($p<0,05$).

Таблица 2

Частота ОСН по Т. Killip у пациентов старше 75 лет с ОИМ

Класс ОСН по Т. Killip	Количество больных		Эмпирическое значение коэф-та ϕ эмп	Р
	КЛ	ЧКВ		
1	94 (76,4%)	53 (62,4%)	$\phi=2,2$	$p<0,05$
2	13 (10,6%)	10 (11,8%)	$\phi=0,3$	$p>0,05$
3	9 (7,3%)	11 (12,9%)	$\phi=1,3$	$p>0,05$
4	7 (5,7%)	11 (12,9%)	$\phi=1,8$	$p<0,05$
3+4	16 (13,0%)	22 (25,9%)	$\phi=2,3$	$p<0,05$

Среднее время госпитализации от начала болезни среди пациентов старше 75 лет с ОИМ составило $9,7\pm0,8$ часа. Наименьший показатель зарегистрирован у пациентов с ЧКВ – $8,5\pm1,3$ часа. У больных, которых лечили консервативно, это значение составило $10,7\pm1,2$ часа. В последней группе достоверно больше ($p<0,05$) отмечено поступлений через 7-12 часов от начала заболевания (29 (23,6%) против 9 (10,6%), эмпирическое значение $\phi=2,5$), а у больных с эндоваску-

лярным лечением – госпитализаций в первые 6 часов от начала заболевания (54 (63,5%) против 52 (42,3%), эмпирическое значение $\phi=3,1$). Госпитализация через 12 часов и более наблюдалась в 42 (34,1%) и 22 (25,9%) случаях в группах КЛ и ЧКВ соответственно (эмпирическое значение $\phi=0,8$, $p>0,05$).

Пациентам старше 75 лет с ОИМ выполнены 123 (59,1%) urgentные (экстренные и отсроченные) коронароангиографии (КАГ). Охват диагностическими вмешательствами больных с КЛ составил 38 (30,9%) случаев. Это значения имело статистически значимое различие с группой ЧКВ ($p<0,05$).

Сравниваемые пациенты в зависимости от метода лечения ОИМ статистически не отличались только по количеству наблюдений с многососудистым поражением (3 и более) коронарных артерий ($p>0,05$). В группе КЛ в сравнении с пациентами с ЧКВ зарегистрировано больше случаев однососудистого поражения коронарных артерий и без патологии ($p<0,05$). У больных, которым проводили эндоваскулярное лечение, было больше случаев двухсосудистого поражения – таблица 3.

У больных старше 75 лет, которым выполняли ЧКВ, в половине случаев (52,9%) при КАГ регистрировались острые окклюзии (см. табл. 3). При сравнении групп эндоваскулярного и консервативного лечения по поражениям инфаркт-ответственной коронарной артерии статистически сопоставимые показатели были получены только по варианту «множественные стенозы» ($p>0,05$). По всем остальным пунктам регистрировались статистически значимые различия ($p<0,05$), главным образом, за счёт преобладания в группе консервативного лечения случаев хронической патологии коронарных артерий, а в группе ЧКВ – острых окклюзий.

Средняя степень поражения коронарных артерий по шкале SYNTAX у пациентов старше 75 лет, которым выполняли ЧКВ, составила $23,0\pm1,0$. Данный показатель оказался выше у больных с КЛ – $25,5\pm1,2$. По сравниваемым показателям (таблица 3) в группе пациентов с ЧКВ преобладали умеренные и выраженные поражения коронарных артерий. В первом случае со статистическими различиями ($p<0,05$), во втором – без таковых ($p>0,05$). Максимальное количество пациентов со средней степенью патологии коронарных артерий по шкале SYNTAX приходится на больных с КЛ.

Таблица 3

Особенности патологии коронарных артерий у пациентов старше 75 лет с ОИМ в зависимости от метода лечения

Сравниваемые характеристики	Количество больных		Эмпирич. значение коэф-та фэмп	Р
	КЛ 38 КАГ	ЧКВ 85 КАГ		
Количество коронарных артерий диаметром 2,5 мм и более с гемодинамически значимыми поражениями				
Без патологии	1 (2,5%)	0	φ=2,2	p<0,05
Однососудистое	6 (15,8%)	6 (7,1%)	φ=2,0	p<0,05
Двухсосудистое	5 (13,2%)	27 (31,8%)	φ=3,3	p<0,05
Трёхсосудистое	21 (55,3%)	42 (49,4%)	φ=0,9	p>0,05
4 коронарные артерии и более	5 (13,2%)	10 (11,7%)	φ=0,5	p>0,05
Особенности кровотока в инфаркт-ответственной коронарной артерии				
Острая окклюзия	1 (2,6%)	45 (52,9%)	φ=9,3	p<0,05
Хроническая окклюзия	18 (47,4%)	3 (3,5%)	φ=8,1	p<0,05
Множественные стенозы	14 (36,8%)	32 (37,7%)	φ=0,1	p>0,05
Хроническая окклюзия + множе- ственные стенозы	4 (10,6%)	0	φ=4,7	p<0,05
Единичные стенозы	0	5 (5,9%)	φ=3,5	p<0,05
Без патологии	1 (2,6%)	0	φ=2,2	p<0,05
Поражение коронарной артерии по шкале SYNTAX				
Умеренное (менее 22 баллов)	4 (10,5%)	30 (35,3%)	φ=3,1	p<0,05
Средней степени (23-32 балла)	32 (84,2%)	47 (55,3%)	φ=3,3	p<0,05
Выраженное (более 33 баллов)	2 (5,3%)	8 (9,4%)	φ=0,8	p>0,05

В группе КЛ зарегистрировано 85 отказов в проведении неотложных КАГ. Причины отказов выглядят следующим образом: позднее обращение – 42 (49,4%), тяжёлое состояние – 10 (11,8%), самостоятельный отказ – 2 (2,4%), аллергия на контрастные вещества – 1 (1,2%), ранее выполненная КАГ – 7 (8,2%), тяжёлая форма хронической почечной недостаточности – 4 (4,7%), отсутствие показаний для неотложной КАГ – 19 (22,3%).

Общая длительность пребывания в стационаре больных старше 75 лет (за исключением случаев с летальными исходами), которым выполнены коронарные стентирования, составила $13,6 \pm 0,3$ дней, из них $2,4 \pm 0,2$ и $11,2 \pm 0,3$ в отделениях реанимации и кардиологии соответственно. Аналогичные показатели в группе КЛ имели статистически значимые различия ($p<0,05$): средняя длительность в реанимационном / кардиологическом отделениях / общее нахождение в клинике – $3,30 \pm 0,3$ / $12,11 \pm 0,4$ / $15,43 \pm 0,4$ дней.

Летальность среди пациентов старше 75 лет с ОИМ составила 20,2% (42 летальных исхода). Самый низкий показатель получен среди больных, которым выполнялись ЧКВ, – 12,9%. Ле-

тальность в группе КЛ составила 25,2% ($p<0,05$). Сравниваемые группы имели значимые различия по непосредственным причинам, приведшим к летальным исходам ($p<0,05$). Больные, которым выполняли коронарные стентирования, во всех случаях (100,0%) умирали от прогрессирующего течения ОИМ. В группе КЛ в 26 (83,9%) и 5 (16,1%) случаях наблюдались ОИМ и некардиальные причины летальных исходов соответственно.

Осложнения ОИМ (нарушения сердечного ритма и проводимости, ОНМК, острый психоз) встречались реже в группе ЧКВ, но данные различия не имели статистической значимости ($p>0,05$) – таблица 4.

Рутинное применение специальных устройств для закрытия пункционных отверстий способствовало нивелированию случаев постпункционных ложных аневризм. Всего в исследуемой группе зарегистрировано 5 (4,1%) случаев пульсирующих гематом. Всем пациентам проводилась консервативная терапия (строгий постельный режим + коррекция антитромбоцитарного лечения + компрессионный метод) с контролем за локальным статусом и гемоглобином, а также

Таблица 4

Осложнения среди пациентов старше 75 лет с ОИМ

Осложнение	Количество больных		Эмпирич. значения коэф-та фэмп	Р
	КЛ	ЧКВ		
Летальный исход	31 (25,2%)	11 (12,9%)	$\varphi=2,2$	$p<0,05$
Нелетальные осложнения				
Нарушения сердечного ритма, потребовавшие коррекции	14 (11,3%)	6 (7,1%)	$\varphi=1,1$	$p>0,05$
-фибрилляция предсердий	11 (8,9%)	6 (7,1%)	$\varphi=0,5$	$p>0,05$
-желудочковая тахикардия	3 (2,4%)	0	$\varphi=2,2$	$p<0,05$
Нарушения сердечной проводимости (атрио-вентрикулярные блокады)	10 (8,1%)	4 (4,7%)	$\varphi=1,0$	$p>0,05$
Острое нарушение мозгового кровообращения	1 (0,8%)	0	$\varphi=1,3$	$p>0,05$
Желудочно-кишечное кровотечение	1 (0,8%)	1 (1,2%)	$\varphi=0,3$	$p>0,05$
Острый психоз	5 (4,1%)	2 (2,4%)	$\varphi=0,6$	$p>0,05$
Тромбоз стента	0	1 (1,2%)	$\varphi=1,6$	$p>0,05$
Пульсирующая гематома	2/38 = 5,3%	3/85 = 3,5%	$\varphi=0,5$	$p>0,05$

ультразвуковым мониторингом. Потребности в хирургическом ушивании дефектов не было.

Тромбоз инфаркт-ответственной коронарной артерии в проекции проксимальной части стентированного сегмента зарегистрирован в 1 (1,2%) случае. Данное осложнение развилось на 4 сутки. Погрешностей в проведении антитромбоцитарной терапии, а также в технических составляющих ЧКВ не отмечено. Больному было повторно выполнено коронарное стентирование с достижением кровотока ТІМІ 3, а также произведена смена антиагрегантного препарата с клопидогрела 75 мг 1 раз в сутки на тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки.

В группе ЧКВ в 10 летальных случаях из 12 проводились аутопсии, показавшие проходимость стентированных сегментов. У 2 других умерших больных, у которых не было патологоанатомического исследования, клинических данных за тромбоз стентов не получено.

У 6 (7,1%) пациентов для дополнительной антитромбоцитарной поддержки применяли блокатор 2b/3a-рецепторов тромбоцитов (эптифибатид), причём в равной степени у мужчин и женщин – 3 (8,1%) и 3 (6,3%) случаев соответственно (эмпирическое значение Z-критерия 0,2; $p>0,05$). Показаниями к применению являлись все случаи синдрома slow/no-reflow (4 больных) и рецидивирующего пристеночного тромбоза в стентированном сегменте (2 пациента). В первом варианте назначений в 2 из 4 случаев разрешить синдром slow/no-reflow не удалось. Ситуации,

когда отмечалось пролабирование тромботических масс через ячейки стента/ов, разрешались во всех 2 наблюдениях.

Обсуждение

Социальная активность людей старшей возрастной группы является признаком общего высокого уровня жизни и благополучия в обществе. С финансовой точки зрения, здоровье в гериатрической группе сопровождается уменьшением выплат, связанных с инвалидизацией и обеспечением ухода, а также снижением нагрузки на социальные службы. Государственные инвестиции в различные виды качественного и доступного лечения гериатрических пациентов оправданы. Особенно это касается такого серьёзного заболевания, как ОИМ.

С другой стороны, на уровне медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь при ОИМ, подавляющее большинство неблагоприятных исходов заболевания ассоциировано с больными старшей возрастной группы. Улучшение показателя госпитальной летальности связано с дополнительным вниманием к этой «сложной категории» пациентов.

В ходе лечебно-диагностической деятельности в отношении любого гериатрического пациента с ОИМ необходимо учитывать 3 принципиальные особенности, из которых только одна имеет непосредственное отношение к ургентному состоянию. Первая особенность – это естественные

многочисленные изменения функционального состояния организма, которые характеризуются гармоничным снижением функций органов и систем, метаболизма, а также реактивности [10]. Вторая особенность связана с полиморбидностью, которая не только затрудняет диагностику, но и приводит к взаимоотношающему течению заболеваний [7]. Третьей особенностью является течение острых коронарных состояний с рядом клинических проявлений, отличных от группы более молодых пациентов [11, 12].

В своей работе мы обратились к больным старше 75 лет, которые в соответствии с классификацией возрастных групп Всемирной организации здравоохранения соответствуют старческому возрасту и долгожителям. Средний возраст исследованных больных более 82 лет, поэтому указанные выше особенности имели крайнюю форму проявлений. Пациенты старше 75 лет вне зависимости от проводимого лечения ОИМ (ЧКВ или консервативная терапия) характеризовались следующими клиническими особенностями ($p > 0,05$): высокая распространённость сердечно-сосудистых и значимых соматических заболеваний (артериальная гипертензия – 91,8%, стенокардия напряжения – 45,7%, постинфарктный кардиосклероз – 35,6%, хроническая сердечная недостаточность 2ФК и выше по NYHA – 44,2%, сосудисто-мозговая недостаточность – 17,3%, сахарный диабет – 18,3%), поздние обращения от начала заболевания (в среднем через $9,7 \pm 0,8$ часа от появления симптомов), выраженная гемодинамически значимая патология коронарных артерий как по количеству поражённых сосудов, так и по шкале SYNTAX.

В отдельных работах представлено мнение, что кардиологи препятствуют активному реперфузионному лечению геронтологических больных с острым коронарным синдромом, так как настороженно относятся к данной категории пациентов ввиду атипичной клинической картины заболевания, наличия сопутствующей патологии, сомнительного прогноза. Эти пациенты часто не получают современного лечения, так как клиницисты, ориентируясь на собственный опыт, относят их к группе неблагоприятного прогноза, полагая, что ЧКВ больше вредит, чем приносит пользу [6, 13].

При этом непосредственные результаты применения рентгенэндоваскулярных вмешательств у пациентов старше 75 лет в сравнении с консервативным методом характеризовались до-

стоверно ($p < 0,05$) низким уровнем летальности. Данный показатель оказался в 2 раза меньше аналогичного значения группы сравнения – 12,9% и 25,2% соответственно.

Другим значимым преимуществом в группе ЧКВ являлась более быстрая реабилитация. В среднем пациенты после коронарных стентирований находились в стационаре на 2 суток меньше, чем при проведении консервативного лечения. Это обстоятельство способствует ранней выписке и рациональному использованию коечного фонда реанимационного и кардиологического отделений в условиях интенсивного потока пациентов с острым коронарным синдромом.

Выводы

Снижение летальности при ОИМ у пациентов старше 75 лет связано с увеличением доли экстренных коронарных стентирований в структуре проводимых лечебных мероприятий. Специфические осложнения ЧКВ редки, что говорит о безопасности данного метода реперфузионной терапии в исследуемой возрастной группе.

Пациенту старше 75 лет, поступившему с острым коронарным синдромом, при наличии эндоваскулярных технических особенностей, даже при многососудистом и протяжённом поражении, необходимо выполнять ЧКВ инфаркт(ишемия)-ответственной коронарной артерии. Особенно это касается клинических ситуаций, осложнённых острой сердечной недостаточностью. Возраст пациента старше 75 лет не должен рассматриваться как ограничение для коронароангиографии и последующего стентирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES:

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р г. Москва. Рос. газ.; 2012: 31 дек.

State Program of the Russian Federation “Development of Health” approved Order of the Government of the Russian Federation of December 24, 2012, № 2511-p, Moscow. Russian newspaper; 2012: 31 dek.

2. Смертность населения Челябинской области: Статистический сборник. Челябинск: Челябинскстат; 2014.

Mortality in Chelyabinsk Region: Statistical

Yearbook. Chelyabinsk: Chelyabinskstat 2014.

3. *Keeley E.C., Boura J.A., Grines C.L.* Primary Angioplasty Versus Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute Myocardial Infarction a Quantitative Review of 23 Randomized Trials. *Lancet*. 2003; 361: 13–20.

4. *Velders M.A., James S.K., Libungan B. et al.* Prognosis of elderly patients with ST-elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention in 2001 to 2011: a report from the Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry (SCAAR) registry. *Am. Heart. J.* 2014; 167: 666–673.

5. *Вышков Е.В., Филюшкина В.Ю., Крылов А.Л. и др.* Эффективность реперфузионных мероприятий при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST у больных 70 лет и старше. *Сибирский медицинский журнал* 2014; Т. 29, № 1: 25–30.

Vyshlov E.V., Filyushkina V.Y., Krylov A.L. The effectiveness of reperfusion events after myocardial infarction with ST-segment rise in patients 70 years and older. *Siberian Medical Journal*. 2014; Vol. 29, № 1: 25–30.

6. *Кочергина А.М.* Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с острым коронарным синдромом. Проблемы и пути решения. *Атеросклероз* 2013; Т. 9, № 3–4: 65–72.

Kochergina A.M. Keeping in elderly patients with acute coronary syndrome. Problems and solutions. *Atherosclerosis*. 2013; Vol.9, №3: 65–72.

7. *Claessen B.E.P.M., Kikkert W.J., Engstrom A.E. et al.* Primary percutaneous coronary intervention for ST elevation myocardial infarction in octogenarians: trends and outcomes. *Heart*. 2010; Vol. 96, № 11: 843–847.

8. *Lo D.K.Y., Chan C.K., Wong J.T.* Outcomes in octogenarians undergoing percutaneous coronary

intervention. *Asian J. Gerontol. Geriatr.* 2011; Vol. 6, № 1: 7–13.

9. *Yamanaka F., Jeong M.H., Ahn Y. et al.* Comparison of clinical outcomes between octogenarian and non-octogenarian acute myocardial infarction patients. *JACC*. 2012; Vol. 59, № 13: 15.

10. *Robinson T.N., Eiseman B., Wallace J.I. et al.* Redefining geriatric preoperative assessment using frailty, disability and co-morbidity. *Ann. Surg.* 2009; Vol. 250, № 3: 449–455.

11. *Alexander K.P., Newby L.K., Cannon C.P. et al.* Acute coronary care in the elderly, part 1: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 2007; Vol. 115, № 19: 2549–2569.

12. *Alexander K.P., Newby L.K., Armstrong P.W. et al.* Acute coronary care in the elderly, part 2. ST-segment-elevation myocardial infarction. A Scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 2007; Vol. 115, № 19: 2570–2589.

13. *Кашталов В.В., Кочергина А.М., Макаров С.А. и др.* Ограничения для выполнения первичных чрескожных коронарных вмешательств при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в реальной клинической практике. *Евразийский кардиологический журнал*. 2016; 1: 38–45.

Kashtalap V.V., Kochergina A.M., Makarov S.A. et al. Limitations on primary percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation acute myocardial infarction in the clinical practice. *Eurasian Heart Journal*. 2016; 1: 38–45.

Статья поступила 19.04.2016.

Для корреспонденции:

Киреев Константин Александрович

Адрес: 454000, г. Челябинск,
ул. Доватора, 23.

Тел. +7(351) 268-68-66,

E-mail: kkireev83@mail.ru

For correspondence:

Kireev Konstantin

Address: 23, Dovatora st., Chelyabinsk, 454000,
Russian Federation.

Tel. +7(351) 268-68-66,

E-mail: kkireev83@mail.ru