

**КОРКИНА АННА ЮРЬЕВНА**

**ИНФАРКТ МИОКАРДА  
У МУЖЧИН СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**14. 01. 05 - кардиология**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2010 г.

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Уральский институт кардиологии»

**Научный руководитель**

заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор

**Барац Семен Самойлович**

**Официальные оппоненты**

заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор

**Туев Александр Васильевич**

заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор

**Оранский Игорь Евгеньевич**

**Ведущая организация**

Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится «25» марта 2010 г. в «10» часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.02, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии [www.usma.ru](http://www.usma.ru)

Автореферат разослан «18» февраля 2010 г.

Ученый секретарь Совета  
по защите докторских диссертаций  
доктор медицинских наук, профессор

**Гришина И. Ф.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Ишемическая болезнь сердца и ее последствия находятся в числе заболеваний, которые существенно сказываются на демографических показателях населения. Данные литературы убедительно свидетельствуют о значении возрастно-половых различий в частоте заболеваемости, особенностях клинического течения, частоты осложнений и уровне летальности у различных категорий населения и больных (Шевченко О. П. и соавт. 2005, Комисаренко И. А. 2008, Латфуллин И. А. и соавт. 2002, Глезер М. Г. и соавт. 2005, Герасимов В.Г. и соавт. 2004).

Несмотря на утверждение что инфаркт миокарда (ИМ) помолодел (Воробьев П.А., Горохова С. Г. 2002), частота случаев последнего в старческом возрасте занимает не последнее место. По данным переписи населения и статистических данных о постарении населения заслуживает внимания увеличение частоты больных, поступающих с ИМ в стационары в пожилом и старческом возрасте (Латфуллин И. А. и соавт. 2002, Глезер М. Г. и соавт. 2005).

К сожалению, в большинстве публикаций приводятся данные о “лицах старше 70 лет”, “пожилого возраста” и т.п. без строгой детализации возрастнополовых групп, предложенных всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на основании учета характерных для них различий в гормональном профиле, обменных нарушениях, функциональных особенностях сердечно-сосудистой системы (Воробьев П.А., Горохова С. Г. 2002, Нефедов В. П., Абашеев А. Р. 2007, Савилова В. В. и соавт. 2008, Глезер М. Г. и соавт. 2005, Рибера-Касадо Дж. М. 2000).

Заметим, что по классификации ВОЗ отдельно выделяются лица пожилого (60-74 года), старческого (75-89 лет) возраста, а также долгожители (90 и старше) (Денисова Т. П., Малинова Л. И. 2008).

Вместе с тем, в литературе имеется достаточно убедительных данных о существенных различиях в гомеостазе и функциональных особенностях функционирования сердечно-сосудистой системы у лиц старческого возраста. Заметим, что по мере старения, организм человека теряет не только свои резервы адаптации, но и приобретает в части случаев неадекватную реакцию на лекарственные препараты (Денисова Т. П., Малинова Л. И. 2008, Долбикова Н. В., Петровский В. И. 2002, Журавлева Т. П. 2007).

Обращает на себя внимание заторможенность ответа сердечно-сосудистого спазма на коронарную трагедию (Долбикова Н. В., Петровский В. И. 2002, Филатова С. А., Безденежная Л. П., Андреева Л. С. 2009) и подчас безуспешность вмешательств по улучшению коронарного кровотока.

Сказанное позволяет считать, что в медицинской проблеме, касающейся коронарных болезней у лиц старческого возраста немало белых пятен, требующих изучения у них особенностей клиники острого инфаркта миокарда (ОИМ) и разработки мероприятий по оказанию медицинской помощи, адекватной возможностям их сосудистой системы в целом и коронарного резерва в частности.

Этим важным для “геронтологической” кардиологии проблемам и посвящена настоящая работа.

**Цель данной работы.** Охарактеризовать особенности инфаркта миокарда у мужчин старческого возраста с последующей оценкой эффективности лечебных технологий (тромболитическая терапия и хирургическая реваскуляризация коро-

нарного кровотока) и выявить возможные различия в изучаемых показателях между лицами пожилого и старческого возраста.

**Задачи исследования.** Для достижения цели поставлены следующие задачи:

1. По материалам пятнадцатилетних данных изучить динамику количественных показателей госпитализаций в три пятилетия мужчин пожилого и старческого возраста с ИМ.

2. Выявить различия в сроках госпитализации указанных категорий больных с начала возникновения первых симптомов заболевания до поступления в стационар с использованием показателей “больной-врач”, “врач-госпитализация”.

3. В сравнительном плане проанализировать частоту различных вариантов начального периода ИМ у лиц старческого возраста.

4. Дать оценку результативности применения у лиц старческого возраста тромболитической терапии ОИМ и хирургической реваскуляризации в коррекции коронарного кровотока.

5. Оценить динамику показателей летальности от ОИМ у лиц старческого возраста в сравнительном плане за три пятилетия с 1993 по 2007 гг.

6. Выявить различия в структуре непосредственных причин смерти у мужчин пожилого и старческого возраста.

#### **Научная новизна**

1. Проведен сравнительный, многолетний ретроспективный анализ с использованием возрастной классификации ВОЗ частоты госпитализации больных ОИМ пожилого и старческого возраста и выявлены различия в отношении госпитализации в показателях “больной-врач” и “врач-госпитализация”.

2. Установлена неоднотипность клинических вариантов начала инфаркта миокарда у мужчин пожилого и старческого возраста. Показано наличие “стертости” остроты клинических проявлений у больных ОИМ в старческом возрасте.

3. Установлены различия в сроках госпитализации больных ОИМ пожилого и старческого возраста, связанные с нечеткой симптоматикой инфаркта миокарда.

4. Выявлены четкие различия в количественных показателях осложнений при ТЛТ у лиц пожилого и старческого возраста с ОИМ.

5. Отмечены различия в показателях летальности и в структуре непосредственных причин смерти пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ.

#### **Практическая значимость**

1. Разработан и предложен практическому здравоохранению алгоритм диагностики ОИМ у больных старческого возраста.

2. У мужчин старческого возраста следует учитывать большую частоту атипичных форм начала ИМ, по сравнению с лицами более молодого возраста.

3. На основании анализа многолетних материалов ГБУЗ СО «Уральского института кардиологии» среди мужчин, госпитализированных по поводу инфаркта миокарда отмечено увеличение количества лиц старческого возраста.

## Алгоритм диагностики ОИМ у больных старческого возраста

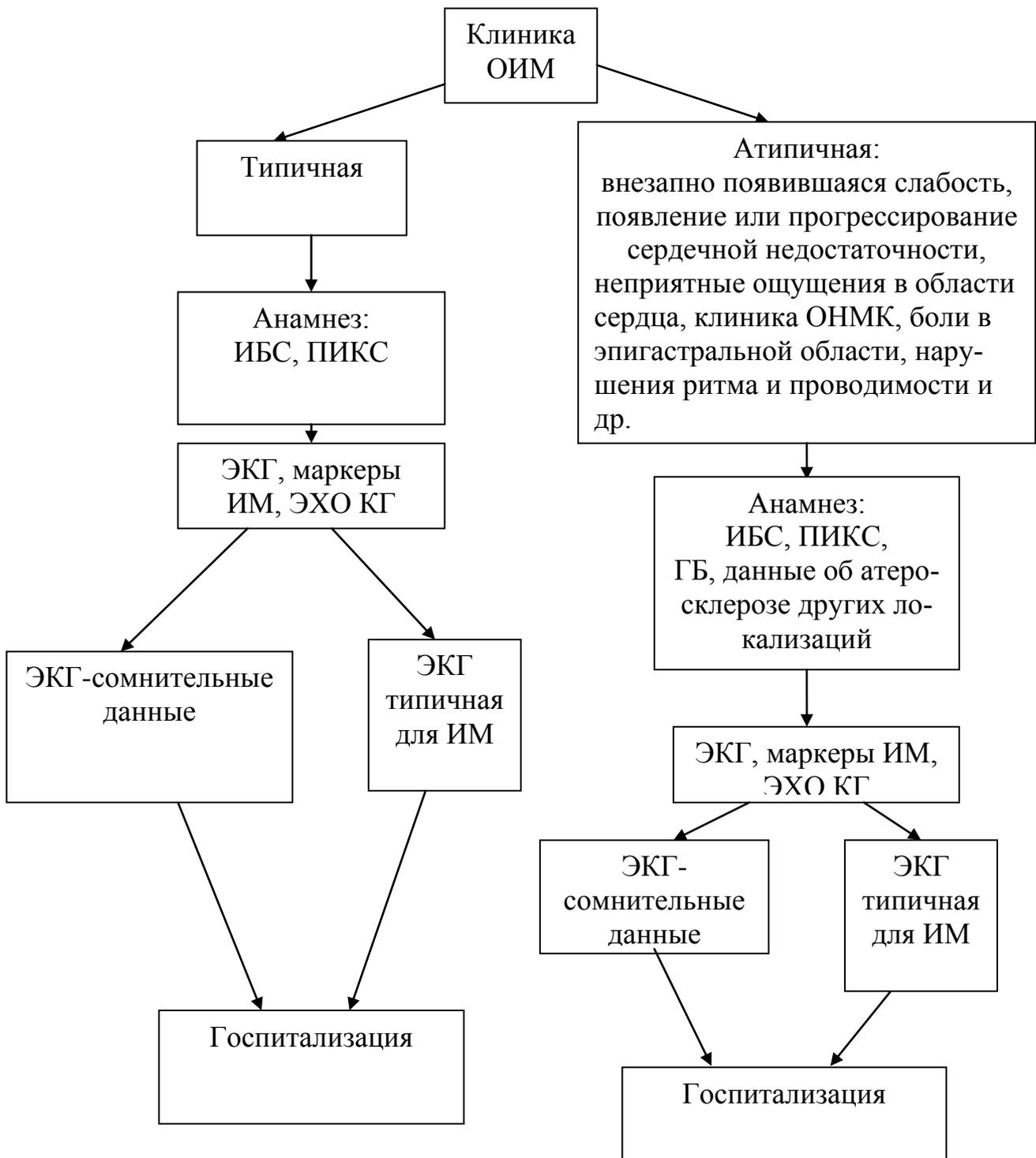


Рис. 1. Алгоритм диагностики ОИМ у больных старческого возраста

### Положения, выносимые на защиту:

1. За последние 15 лет частота поступления в стационар мужчин старческого возраста увеличивается от пятилетия к пятилетию.
2. Ретроспективным исследованием частоты поступления больных ОИМ пожилого и старческого возраста в клинику института установлено снижение по-

казателя “время от начала болевого приступа до госпитализации”, что связано с улучшением оказания медицинской помощи на местах.

3. У пациентов старческого возраста наиболее частым клиническим вариантом начала ИМ является астматический, а у пациентов в пожилом возрасте - болевой.

4. Применение хирургического и медикаментозного методов реваскуляризации коронарного кровотока у пациентов старческого возраста эффективно, относительно безопасно и безусловно оправдано, при отсутствии противопоказаний.

5. Частота летальных случаев от ИМ у пациентов старческого возраста больше, чем у пациентов в пожилом возрасте.

6. Наиболее частой непосредственной причиной смерти у мужчин старческого возраста является сердечная недостаточность, в сочетании с кардиогенным шоком, а у пожилых пациентов - сердечная недостаточность.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования внедрены в практику работы ГБУЗ СО “Уральского института кардиологии”, в учебный процесс для студентов 4-6 курсов лечебно-профилактического и педиатрического факультетов, а также в работу интернов и ординаторов кафедры внутренних болезней № 3 Уральской Государственной Медицинской Академии г. Екатеринбург, в практику работы врачей МУ «ССМП».

**Апробация работы.** Основные положения работы доложены на 57-й научной конференции молодых ученых и студентов “Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения” (г. Екатеринбург, 2002 г.), на научно-практической конференции “Клинико-анатомические показатели внезапной смерти и внезапной коронарной смерти по материалам прозектуры КДЦ за период с 2000-2007 гг.” (г. Екатеринбург, ГБУЗ СО “Уральский институт кардиологии”, 2008 г.), на научно-практической конференции с участием врачей города “Новые рекомендации ВНОК по лечению больных с нарушениями ритма” (г. Екатеринбург, ГБУЗ СО “Уральский институт кардиологии”, 2008 г.).

**Публикации.** Всего опубликовано 12 работ, по теме диссертации 11 работ, в том числе 1- в ведущем рецензируемом научном журнале, рекомендованном ВАК (Клиническая геронтология).

**Объем и структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, указателя цитируемой литературы, внедрения результатов в практику здравоохранения. Работа изложена на 115 страницах, включает библиографический список из 182 источников (в том числе 93 зарубежных), 24 рисунка и 15 таблиц.

**Материалы и методы.** В соответствии с целью работы и поставленным заданием нами проведен углубленный анализ 10664 историй болезни пациентов, поступивших в стационар с диагнозом острый инфаркт миокарда. Период анализа фактических материалов охватывал 15 лет. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ, и методов ферментной диагностики (КФК, МВ-КФК и тропонин J).

Материалы, представленные в данной работе, обобщались последовательно в 4 этапа.

Первый этап включал в себя сравнительный анализ частоты поступления в стационар мужчин старческого возраста с ИМ, частоты различных клинических вариантов ОИМ у больных старческого возраста за 15-летний период (1993-2007) и времени от начала болевого приступа до госпитализации по трем пятилетиям. С

этой целью было проанализировано 10458 историй болезни мужчин разных возрастных групп по трем пятилетиям (1993-1997гг., 1998-2002 гг., 2003-2007 гг.).

Всего за 15 лет молодых мужчин ( $\leq 44$  лет) исследование включено-988 человек, пациентов среднего возраста (45-59 лет)-3797, пожилых пациентов-4387, мужчин старческого возраста-1286 человек.

С целью определения частоты клинических вариантов ИМ было проанализировано 5673 истории болезни мужчин, поступивших в стационар с диагнозом острый инфаркт миокарда. Пациенты были разделены на 2 группы.

1 группу составили 1286 мужчин в старческом возрасте по классификации ВОЗ -75-89 лет, средний возраст –  $77,5 \pm 3,9$  лет.

Во 2 группу (сравнения) вошли 4387 пациента в пожилом возрасте- 60-74 года, средний возраст –  $65,7 \pm 5,1$  год.

В каждой группе определялись клинические варианты инфаркта миокарда. В ходе анализа материала выделены следующие варианты: болевой, астматический вариант, вариант с нечетко выраженным болевым синдромом, бессимптомный, гастралгический, церебральный, аритмический.

Сравнительный анализ различий времени начала болевого приступа до госпитализации и частоты госпитализаций мужчин с ИМ (1993-2007гг.) проведен и у мужчин других возрастных групп: исследование было проведено также у 988 молодых мужчин, 3797 пациентов среднего возраста.

Второй этап включал в себя анализ историй болезни пациентов мужского пола с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, получивших тромболитическую терапию (ТЛТ) за период с 1999 по 2008 годы. Критериями исключения были стандартные противопоказания.

Общее количество исследований составило - 881 человек. Исследуемые были разделены на 3 группы, в каждой из которых определялись: эффективность, осложнения ТЛТ, летальность при применении ТЛТ, а также динамика этих показателей за два пятилетия.

Группа 1. Представлена мужчинами в возрасте от 75-89 лет с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST- 68 человек.

Группа 2. (группа сравнения). Состояла из 451 пациента мужского пола в возрасте до 59 лет.

Группа 3. (группа сравнения). В неё вошли 362 мужчины в возрасте 60-74 года.

Всем больным вводился препарат “стрептокиназа” в дозе 1 500 000 единиц, на 100 мл физиологического раствора внутривенно капельно в течение 1 часа.

В ходе наблюдений оценивались осложнения, которые возникали на фоне применения стрептокиназы. Они были разделены на 5 групп: нарушения ритма, аллергические, артериальная гипотония, геморрагические осложнения, рецидив инфаркта миокарда.

Наиболее частыми были нарушения сердечного ритма: желудочковая экстрасистолия, пароксизмальная желудочковая тахикардия (только у мужчин моложе 75 лет), синусовая брадикардия, АВ-блокады, фибрилляция желудочков (только у мужчин моложе 75 лет), пароксизм фибрилляции предсердий (только у мужчин моложе 75 лет), ускоренный идеовентрикулярный ритм, ускоренный узловый ритм (только у мужчин моложе 75 лет).

Среди геморрагических осложнений у больных были следующие: десневые кровотечения, желудочно-кишечное кровотечение, гематомы после катетеризации подключичных вен, геморроидальное кровотечение, геморрагический инсульт (только у мужчин пожилого возраста), макрогематурия.

В работе для оценки эффективности тромболитической терапии использовались электрокардиографические признаки. Электрокардиограмма снималась в 12 стандартных отведениях, на скорости движения ленты 50 мм/сек.

Летальность оценивалась как показатель отношения числа умерших больных, ко всем больным, получившим тромболитическую терапию, выраженный в процентах.

Третий этап включал в себя анализ 296 историй болезни пациентов мужского пола с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, которым была выполнено коронароангиография (КАГ) в период с 2006 по 2008 год. Критериями исключения были стандартные относительные противопоказания, по которым отбор больных проводился индивидуально.

Больные были разделены на 2 группы, у которых проводилось сравнение летальности, осложнений. Характеристика этих групп представлена ниже.

Группа 1. 61 пациент в возрасте 75-89 лет. Первичный инфаркт миокарда диагностирован у 43 пациентов, повторный инфаркт у- 18 человек. Гипертоническая болезнь встречалась у 47 пациентов, сахарный диабет 2 типа диагностирован у 7 человек.

Группа 2. (сравнения). 235 мужчин в возрасте 45-59 лет. Из них 200 пациентов поступили с первичным инфарктом миокарда, 35 человек -с повторным. У 139 пациента диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа- у 19 пациентов.

Коронароангиография выполнялась на аппарате фирмы Siemens Axiom-Artis по стандартной методике. Современные ангиографические установки оснащены цифровыми детекторами-преобразователями рентгеновского излучения, позволяющими наряду с повышением качества получаемого изображения, увеличить возможность его обработки, что особенно важно у пациентов старческого возраста. Для коронароангиографии использовался контраст-омнипак- 350 и ультравист-370. Пациентам устанавливались стенты: баро-металлический стент DRIVER-без покрытия фирмы Биотроник (Германия, Голландия) и стент с антипролиферативным покрытием (сиролимус) фирмы Метроник (США).

Во всех группах пациентов оценивались осложнения и летальность. С этой целью мужчины старческого и среднего возраста были разделены на 2 подгруппы- тех, кому было сделано первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) и тех, кому было сделано ЧКВ с тромболитической терапией.

Четвертый этап включал в себя анализ показателей летальности и причин смерти в различных возрастных группах. Исследуемые пациенты были разделены на 4 группы, в которых определялись причины смерти, летальность и ее динамика за прошедшие три пятилетия. Причины смерти анализировались по 808 протоколам вскрытия, на основании которых, были выделены следующие причины летальных исходов: сердечная недостаточность (острая и прогрессирующая) (СН), кардиогенный шок (КШ), разрывы миокарда, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), прочие.

Характеристика групп:

Группа 1 (основная) – 1286 мужчин в возрасте от 75 до 89 лет. Для определения причин смерти было исследовано 165 протокола вскрытия, из которых количество умерших от первичных инфарктов составило—78, от повторных--87.

Группа 2. (группа сравнения) Её составили 4387 мужчин в возрасте 60-74 года. В этой группе было исследовано 411 протоколов вскрытия. У 411 умерших мужчин первичных инфарктов было- 200, повторных- 211.

Группа 3. (группа сравнения). В нее вошли 4785 мужчин в возрасте до 59 лет. Причины смерти в этой группе определялась на основании 223 протоколов вскрытия. Из 223 умерших пациентов первичные инфаркты встречались у 98, повторные- у 125. Группа 4. (группа сравнения). В неё вошли 31 пациент в возрасте 90 лет и старше. Количество летальных случаев составило-9 человек.

Статистическая обработка материала проведена на IBM-совместимом персональном компьютере (Pentium-III) с использованием пакета прикладных программ Statistica 6 и программы Microsoft Excel 2003. Вычислялись доли признака в выборке с расчетом стандартной ошибки доли; при сравнении показателей использовался критерий  $\chi^2$ . Для проверки различия долей использовался критерий Стьюдента с поправкой Йейтса на непрерывность. Использовались средства анализа таблиц 2x2 пакета Statistica 6. Уровень значимости различий закладывался в пределах 5 %, что отвечает стандартам, принятым для медико-биологических исследований.

**Результаты и обсуждение.** Для определения частоты поступления в стационар у мужчин старческого возраста с ИМ проанализировано 10458 историй болезни по трем пятилетиям (1993-1997гг., 1998-2002 гг., 2003-2007 гг.). Всего за 15 лет молодых мужчин в исследование включено-988 человек, пациентов среднего возраста-3797, пожилых пациентов-4387, мужчин старческого возраста-1286 человек.

В первое пятилетие в стационар поступило 296 мужчин старческого возраста (средний возраст-  $79,6 \pm 3,8$  года), во втором пятилетии-409 человек (средний возраст-  $79,6 \pm 4,1$  года), в третьем пятилетии-581 (средний возраст-  $75,9 \pm 3,7$  года).

Мужчин пожилого возраста в первое пятилетие было госпитализировано-1359 человек (средний возраст-  $65,5 \pm 5,2$  года), во втором пятилетии-1720 (средний возраст-  $62,5 \pm 4,8$  года), в третьем пятилетии-1308 (средний возраст-  $65,4 \pm 6,3$  года).

Мужчин в возрасте  $\leq 44$  лет в первое пятилетие в стационар поступило 345 человек, во втором пятилетии-387, в третьем пятилетии-256. Госпитализированных мужчин среднего возраста в первое пятилетие было 1232, во второе- 1300, в третье- 1265. Как следует из представленных данных, во втором пятилетии наблюдалось большее количество поступивших в стационар мужчин в возрасте до 75 лет. Это может быть связано с социально-экономической обстановкой в стране (стресс: дефолт, безработица).

Динамика поступления в стационар мужчин старческого возраста от первого пятилетия к третьему имеет тенденцию к росту, что можно объяснить постарением населения.

Для определения клинических вариантов нами проанализировано 5673 истории болезни мужчин, поступивших в стационар с диагнозом острый инфаркт миокарда за 15-летний период (1993-2007 гг.). Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группу-старческую, составили 1286 мужчин в возрасте 75-89 лет, средний воз-

раст- $77,5 \pm 3,9$  лет. Во 2 группу “пожилых” (сравнения) вошли 4387 пациента в возрасте 60-74 года, средний возраст- $65,7 \pm 5,1$  год. В каждой группе определялись по частоте встречаемости следующие клинические варианты инфаркта миокарда: болевой, астматический, “бессимптомный”, с нечетко выраженным болевым синдромом, гастралгический, церебральный, аритмический.

Результаты анализа показали, что у пациентов старческого возраста наиболее часто ( $p < 0,05$ ) регистрировался астматический вариант инфаркта миокарда 572 пациента (44,5 %). На втором месте у пациентов этой группы был болевой вариант ИМ (status anginosus), он наблюдался у 236 человек, что составило 18,4 %. Вариант с нечетко выраженным болевым синдромом занимал по частоте третье место- 189 пациентов (14,7 %). “Бессимптомный” вариант инфаркта миокарда, когда не было отчетливой клиники, а имелись только изменения на ЭКГ был зарегистрирован у 119 (9,3 %) мужчин старческого возраста. На пятом месте встречался аритмический вариант ИМ (блокады ножек пучка Гиса)- 111 человек, что составляет 8,5 %. На шестом- церебральный вариант ИМ, который характеризовался головокружением, потерей сознания, низким уровнем артериального давления- 51 пациент (4,0 %). На седьмом месте- гастралгический вариант, с характерными болями в эпигастральной области- у 8 (0,6 %) пациентов старческого возраста. Во всех случаях различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

У пациентов пожилого возраста встречаются те же варианты начала ИМ, но и имеются свои особенности. У них на первое место по частоте встречаемости в отличие от пациентов старческого возраста выходил болевой вариант ИМ- 2933 пациента (66,9 %,  $p < 0,05$ ). На втором месте по частоте, в отличие от мужчин старческого возраста встречался вариант с нечетко выраженным болевым синдромом, который также как и у старых пациентов проявлялся лишь ощущением давления или неприятными ощущениями за грудиной, зафиксированный нами у 878 человек (20,0 %,  $p < 0,05$ ). Третье место по частоте занимал астматический вариант начала ИМ- у 221 человек (5,1 %). “Бессимптомный” вариант ИМ был на 4 месте и встречался у 208 человек (4,7 %). Но статистически достоверной разницы в преобладании астматического варианта над “бессимптомным” получено не было. Остальные варианты начала ИМ у пожилых распределились в той же последовательности, что и у старых пациентов. На пятом месте по частоте встречаемости находился аритмический вариант ИМ- у 88 человек (2,0 %). На шестом месте церебральный- 50 пациентов (1,1 %). И последнее место занимал гастралгический вариант ИМ, который наблюдался у 9 (0,2 %) человек.

При сравнении долей клинического варианта ИМ у пожилых и старых пациентов почти во всех случаях имелось достоверное статистическое различие. У пациентов старческого возраста достоверно чаще, чем у пациентов пожилого возраста встречались: астматический, “бессимптомный”, аритмический, церебральный, варианты. А у пациентов пожилого возраста достоверно чаще, чем у мужчин старческого возраста встречались болевой и нечетко выраженный болевой синдром. В отношении гастралгического варианта статистически значимых различий получено не было. Среди возможных причин возникновения острого коронарного синдрома у пожилых и старых можно предложить: перенесенные ранее инфекции или обострения хронических соматических заболеваний, приводящие к дестабилизации ИБС; отказ от медикаментозной терапии; бесконтрольный прием лекарст-

венных препаратов; изменение чувствительности к ранее подобраным дозам лекарств с возникновением экстрасистолий и атриовентрикулярных блокад.

Для определения “время от начала болевого приступа до госпитализации”, “больной-врач”, “врач-госпитализация” проанализировано 10458 историй болезни по трем пятилетиям (1993-1997гг., 1998-2002 гг., 2003-2007 гг.). Всего за 15 лет молодых мужчин в исследование включено-988 человек, пациентов среднего возраста-3797, пожилых пациентов-4387, мужчин старческого возраста-1286 человек.

По мере приближения к моменту “доставки” в стационар достоверно снижается время от пятилетия к пятилетию, что еще раз свидетельствует об успешной работе бригад скорой медицинской помощи и о результативности мер по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (таблица 1).

Таблица 1

Время от начало болевого приступа до госпитализации у мужчин разных возрастных групп по пятилетиям

Пятилетия	Время			
	у пациентов старческого возраста	у пациентов пожилого возраста	у пациентов среднего возраста	у пациентов молодого возраста
1 пятилетие	26,8 ± 5,1 часа	17,7 ± 3,2 часа	8,6 ± 2,3 часа	7,6 ± 2,6 часа
2 пятилетие	21,7 ± 4,2 часа	13,3 ± 2,5 часа	7,7 ± 1,9 часа	6,7 ± 2,2 часа
3 пятилетие	15,4 ± 3,8 часа	10,4 ± 2,1 часа	6,1 ± 1,5 часа	5,8 ± 1,8 часа
р	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01

Как видно из приведенных данных время от начала болевого приступа до госпитализации у мужчин пожилого и старческого возраста достоверно больше, чем у мужчин, более молодого возраста ( $p < 0,01$ ). Что можно объяснить большим количеством атипичных вариантов начала ИМ у мужчин старших возрастных групп.

При сравнении данного показателя у мужчин старческого и пожилого возраста между собой по пятилетиям, оказалось, что время от начала болевого приступа до госпитализации у мужчин старческого возраста статистически достоверно продолжительнее во всех трёх исследуемых пятилетиях. Таким образом, очевидно, что мужчины старческого возраста госпитализируются позднее, чем пожилые мужчины. Более поздняя госпитализация у мужчин старческого возраста объясняется, по-видимому тем, что у лиц данной возрастной категории чаще встречается астматический вариант, чем болевой, что существенно затрудняет диагностику ИМ у них.

Представляют интерес показатели такие как: “больной-врач” и “врач-госпитализация”. Результаты анализа этих показателей у мужчин старческого и пожилого возраста по трём исследуемым пятилетиям представлены в таблицах 2 и 3, из которых следует, что оба этих показателя статистически достоверно снижались от пятилетия к пятилетию ( $p < 0,01$ ).

Время “больной-врач” у мужчин старческого и пожилого возраста  
в сравниваемые пятилетия

Пятилетия	Время	
	старческий возраст	пожилой возраст
	“больной-врач”	“больной-врач”
1 пятилетие	16,4 ± 3,8 часа	12,5 ± 3,1 часа
2 пятилетие	13,2 ± 3,2 часа	9,1 ± 2,2 часа
3 пятилетие	10,9 ± 3,3 часа	7,3 ± 1,8 часа

Таблица 3

Время “врач-госпитализация” у мужчин старческого и пожилого возраста  
в сравниваемые пятилетия

Пятилетия	Время	
	старческий возраст	пожилой возраст
	“врач-госпитализация”	“врач-госпитализация”
1 пятилетие	10,4 ± 2,2 часа	5,2 ± 1,2 часа
2 пятилетие	8,5 ± 1,8 часа	4,2 ± 1,1 часа
3 пятилетие	4,5 ± 1,3 часа	3,1 ± 0,8 часа

Уменьшение времени “больной-врач” от первого к третьему пятилетию вероятно связано с улучшением медицинской пропаганды среди населения. А время “врач-госпитализация”, которое также снижается от пятилетия к пятилетию, свидетельствует об улучшении и совершенствовании организации медицинской помощи на догоспитальном этапе в г. Екатеринбурге. Из приведенных данных видно, что время “больной-врач” и “врач-госпитализация” статистически достоверно выше по каждому пятилетию у мужчин старческого возраста по сравнению с пожилыми пациентами. Больные пожилого и старческого возраста поступают в стационар гораздо позже, чем пациенты, более молодого возраста. По причинам: возрастных особенностей течения заболевания, нежелания обращаться к врачу, частото возникновения атипичного болевого синдрома.

Для исследования применения тромболитической терапии у мужчин старческого возраста проведен анализ 881 истории болезни пациентов мужского пола с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (за период с 1999 по 2008 годы). Исследуемые были разделены на 3 группы, в каждой из которых определялись осложнения, эффективность ТЛТ и летальность при применении ТЛТ.

Группа 1. В нее вошли мужчины в возрасте от 75-89 лет с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Это группа состояла из 68 человек. В этой группе пациентов мы проводили так же сравнение показателей в динамике за два пятилетия.

Группа 2. (группа сравнения). Ее составили 451 пациент мужского пола в возрасте до 59 лет (включительно). Группа 3. (группа сравнения). В неё вошли 362 мужчины в возрасте 60-74 года.

При проведении ТЛТ имели место осложнения, такие как нарушения ритма сердечных сокращений, геморрагические, аллергические и артериальная гипотония, рецидив инфаркта миокарда.

Нарушения ритма. По нашим данным у лиц старческого возраста наиболее часто встречалась желудочковая экстрасистолия, которая наблюдалась у 5 (7,4 %) пациентов. Это были экстрасистолы невысоких градаций (I и II групп) классификация Lown . Вторым по частоте вариантом нарушения ритма была синусовая брадикардия, возникшая у 3 (4,4%) пациентов. У всех она возникла на фоне гипотонии, и только в случае инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка. Ускоренный идеовентрикулярный ритм наблюдался у 2 (2,9 %) мужчин старческого возраста, возникший на фоне эффективной ТЛТ. Атрио-вентрикулярная блокада I-II степени зафиксирована у 2 (2,9 %) пациентов. В целом нарушения ритма встречались у 12 у мужчин старческого возраста- 17,6 %. Нарушения ритма у пациентов 75-89 лет возникали достоверно реже, чем у пациентов в возрасте до 59 лет и пожилых пациентов (17,6 %, 34,0 %, 28,6 % соответственно,  $p < 0,001$ ).

Геморрагические осложнения. По нашим данным у лиц старческого возраста наиболее частым геморрагическим осложнением явилось десневое кровотечение, которое диагностировано у 2 (2,9%) человек. Гематомы после катетеризации подключичных вен возникли у 2 (2,9%) пациентов. Желудочно-кишечное кровотечение на фоне применения тромболитической терапии возникло у 1 (1,5 %) пациента, и было квалифицировано как кровотечение умеренной тяжести. У 1 (1,5 %) человека возникла макрогематурия. Геморроидальное кровотечение наблюдалось у 1 (1,5 %) человека, которое по степени тяжести оказалось легким.

В целом, геморрагические осложнения по нашим данным у мужчин старческого возраста наблюдались у 7 человек (10,3 %). Геморрагические осложнения чаще встречались у пациентов 75-89 лет, чем у пациентов до 59 лет (10,3 % и 4,9 %, соответственно,  $p < 0,001$ ). Наибольшая встречаемость геморрагических осложнений у пациентов 75 лет и старше по сравнению с лицами в возрасте до 59 лет, скорее всего обусловлена тем, что система гемостаза старческого возраста более лабильна и менее устойчива к ее ингибиторам, чаще формируется эндогенная передозировка антитромботических средств. Геморрагические осложнения в старческом возрасте по нашим данным встречались в большем проценте случаев, чем у пожилых мужчин, хотя достоверной статистической разницы в количестве геморрагических осложнений у мужчин старческого возраста по сравнению с пожилыми пациентами не было получено (10,3 % и 5,5 % соответственно,  $p > 0,05$ ).

Аллергические осложнения. В наших исследованиях аллергических реакций на фоне введения стрептокиназы у мужчин старческого возраста не наблюдалось, а у пациентов в возрасте до 59 лет и 60-74 года достоверно не отличались, составляя соответственно 0,2 % и 0,6% ( $p > 0,05$ ).

Артериальная гипотония. Артериальная гипотония отмечена у 9 (13,2 %) пациентов старческого возраста. Снижение артериального давления регистрировалось либо на фоне введения стрептокиназы, либо сразу после того, как введение препарата заканчивалось. При сравнении частоты возникновения гипотоний в условиях ТЛТ у мужчин старческого возраста с мужчинами до 59 лет и пациентами пожилого возраста существенных различий отметить не удалось- гипотония при-

мерно одинаково встречалась и у пациентов 75-89 лет и у больных более молодого возраста (до 59 лет-15,1 %, 60-74 года-15,2 %, 75-89 лет- 13,2 %,  $p > 0,05$ ).

Рецидив инфаркта миокарда. В наших наблюдениях он имел место лишь у 1 (1,5 %) пациента старческого возраста и развился на 6 сутки. При сравнении рецидива ИМ у пациентов разных возрастных групп существенных различий не отмечено у пациентов старческого возраста и пациентов в возрасте до 59 лет, он встречался в близких значениях 1,5 %-1,8 % и в меньшем проценте случаев по сравнению с пациентами пожилого возраста (1,5% и 4,2 % соответственно,  $p < 0,05$ ).

По нашим данным эффективность тромболитической терапии у мужчин старческого возраста составила 75 %. При сравнении эффективности ТЛТ у пациентов разных возрастных групп выявлены некоторые различия так, у пациентов старческого возраста эффективность ТЛТ по ЭКГ признакам реперфузии была достоверно ниже, чем у пациентов до 59 лет (75 % и 85,8 % соответственно,  $p < 0,05$ ). По сравнению с пожилыми мужчинами эффективность тромболитической терапии у пациентов старческого возраста несколько ниже, но различия не достоверны: 79,7 % (289 человек) и 75 % соответственно,  $p > 0,05$ ).

Летальность при применении тромболитической терапии. По нашим данным летальность на фоне применения ТЛТ у мужчин старческого возраста составила 16,2 % (11 человек), без применения ТЛТ летальность была-23,1 %. Тромболитическая терапия снижала летальность у мужчин 75-89 лет, но не достоверно ( $p > 0,05$ ). Летальность при применении тромболитической терапии у пациентов разных возрастных групп была ниже во всех возрастных группах. В группе до 59 лет: с ТЛТ она составила – 2,7 %, без тромболитической терапии – 7,0 % ( $p < 0,05$ ), у пожилых пациентов: с ТЛТ – 9,4 %, без тромболитической терапии – 17,1 % ( $p < 0,05$ ), у пациентов 75-89 лет: при применении тромболитической терапии – 16,2 %, без тромболитической терапии – 23,1 % ( $p > 0,05$ ). В группе пациентов старческого возраста летальность при ТЛТ была статистически достоверно выше, чем у пациентов до 59 лет (16,2 % и 2,7% соответственно,  $p < 0,001$ ), при сравнении с пациентами пожилого возраста статистически значимой разницы получено не было- 9,4 % и 16,2 % соответственно,  $p > 0,05$ ).

Сроки проведения тромболитической терапии. 48 пациентам старческого возраста (70,6 %) ТЛТ была проведена в течение первых 3 часов после возникновения болевого приступа, 16 мужчинам 75-89 лет (23,5 %) в течение 4-6 часов и 4 пациентам (5,9 %)—через 7-12 часов. Таким образом, в первые 3 часа от возникновения ангинозного приступа достоверно большему количеству наших пациентов старческого возраста проводилась ТЛТ (70,6 %, 23,5 %, 5,9 % соответственно,  $p < 0,05$ ).

Количество проведенной ТЛТ мужчинам старческого возраста увеличилось ко второму пятилетию. Так в первое пятилетие (1999-2003 гг.) ТЛТ выполнена 23 пациентам, а во второе пятилетие (2004-2008 гг.)—уже 45 мужчинам. При сравнительном анализе осложнений при проведении ТЛТ по двум пятилетиям существенных различий не отмечено. Лишь количество нарушений ритма в сумме встречалось в статистически достоверно большем проценте случаев в первом пятилетии, чем во втором. Данные представлены в таблице 4.

## Осложнения у мужчин старческого возраста по пятилетиям

Осложнения	1 пятилетие (1999-2003 гг.) (23 чел.)	2 пятилетие (2004-2008 гг.) (45) чел.	p
<b>Артериальная гипотония</b>	<b>6 (26,1%)</b>	<b>3 (6,7 %)</b>	> 0,05
<b>Аллергические</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Геморрагические</b>	<b>3 (13,0%)</b>	<b>4 (8,9 %)</b>	> 0,05
Деснев. кровотечение	1	1	> 0,05
Жел.-киш. кровотечение	1	0	> 0,05
п/инъекц. гематома	0	2	> 0,05
макрогематурия	1	0	> 0,05
Геморриод. кровотечение		1	> 0,05
<b>Нарушения ритма</b>	<b>8 (34,8 %)</b>	<b>4(8,9%)</b>	< 0,05
Жел.э/с	4	1	> 0,05
Син.брадикардия	2	1	> 0,05
AV блокада I-II степени	1	1	> 0,05
Ускорен.идеовентр.ритм	1	1	> 0,05
<b>Рецидив инфаркта миокарда</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	> 0,05

Эффективность ТЛТ у наших пациентов старческого возраста в 1 пятилетии была примерно одинаковой со 2 пятилетием: у 18 (78,3 %) и у 33 (73,3%),  $p > 0,05$ . Летальность у мужчин старческого возраста статистически достоверно не отличалась, в сравнении по двум пятилетиям и составила: 4 человека (17,4 %) в 1 пятилетии и 7 (15,6 %) во втором,  $p > 0,05$ .

По нашим данным количество ТЛТ, выполняемой в первые 3 часа от начала болевого синдрома в первое (1999-2003 гг.) и второе (2004-2008 гг.) пятилетия, было сходным (таблица 5).

Таблица 5

## Сравнение количества ТЛТ у мужчин старческого возраста по двум пятилетиям в первые 3 часа от начала болевого синдрома

Пятилетия	Кол-во ТЛТ 0-3 часа	Кол-во ТЛТ в % 0-3 часа
1 пятилетие	16	69,6 %
2 пятилетие	32	71,1 %
p		>0,05

В последние годы в ГБУЗ СО “Уральском институте кардиологии” ТЛТ широко используется в лечение ОИМ у пациентов в возрасте 75-89 лет. Количество ТЛТ у мужчин разных возрастов представлено в таблице 6.

Сравнение количества ТЛТ, выполняемой за период с 1999-2008 гг.  
у мужчин разных возрастов

Возраст	Количество поступивших мужчин с подъемом сегмента ST	Количество ТЛ с 1999–2008 гг. в %
До 59	2463	18,3 %
60-74	2441	14,8 %
75-89	894	7,6 %
p		< 0,05

Резюмируя можно отметить, что, осложнения при использовании ТЛТ у мужчин старческого возраста имеет ту же структуру, что и у пациентов моложе 75 лет. Учитывая развивающиеся осложнения при применении тромболитической терапии у пациентов 75-89 лет, эффективность тромболитической терапии, летальность при использовании ТЛТ, можно считать применение ТЛТ у пациентов старческого возраста относительно безопасным и безусловно оправданным.

Нами проведен углубленный анализ 296 историй болезни пациентов мужского пола с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, которым была выполнено коронароангиография в период с 2006 по 2008 год. Больные были разделены на 2 группы, у которых мы проводилось сравнение показателей летальности, осложнения.

Группа 1 (основная). Ее составили 61 пациент в возрасте 75-89 лет. Группа 2. (сравнения). В нее вошли 235 мужчин в возрасте 45-59 лет.

За три года (2006-2008 гг.) 61 пациенту старческого возраста проведена коронароангиография (КАГ), по результатам которой, установлено 39 стентов, в том числе первичное ЧКВ проведено у 28 человек, тромболитическая терапия в сочетании с ЧКВ у 11 пациентов; 19 больным необходимо проведение аортокоронарного шунтирования и 3 пациента не нуждались в оперативном лечении.

У пациентов в возрасте 45-59 лет КАГ проведено- 235. Из них у 189- установлены стенты (в том числе первичное ЧКВ проведено у 142 человек, тромболитическая терапия в сочетании с ЧКВ у 47 пациентов), 29 пациентам потребовалось проведение АКШ и 17 человек не потребовалось оперативное лечение.

Полученные данные показали, что статистически достоверно меньшему количеству пациентов старческого возраста потребовалась установка стентов, по сравнению с мужчинами в возрасте 45-59 лет: 63,9 % (39 человек) и 80,4 % (189 человек) соответственно,  $p < 0,05$ .

При первичном ЧКВ у пациентов старческого возраста также установлено статистически достоверно меньше стентов, по сравнению с мужчинами среднего возраста: 45,9 % (28 пациентов) и 60,4 % (142 человека) соответственно,  $p < 0,05$ . Сочетание ТЛТ с ЧКВ проводилось меньшему количеству пациентов у пациентов старческого возраста по сравнению с мужчинами среднего возраста, 18,0 % и 20 %,  $p > 0,05$ .

По данным КАГ, аорто-коронарного шунтирования (АКШ) потребовалось статистически достоверно большему количеству мужчин старческого возраста, по

сравнению с пациентами в возрасте 45-59 лет: 31,1 % (19 пациентов) и 12,3 % (29 человек) соответственно,  $p < 0,001$ .

Сравнение результатов КАГ у мужчин старческого и среднего возраста представлено в таблице 7.

Таблица 7

Сравнение результатов КАГ у мужчин старческого и среднего возраста

Исходы КАГ	Возраст		p
	75-89 лет	45-59 лет	
Стенты	63,9 %	80,4 %	< 0,05
АКШ	31,1 %	12,3 %	< 0,001
Без операции	4,9 %	7,2 %	> 0,05

Осложнения, наблюдаемые при первичном ЧКВ у пациентов старческого и среднего возраста, были: нарушения ритма- фибрилляция желудочков у мужчин старческого возраста- 7,1 %. У пациентов в возрасте 45-59 лет фибрилляция желудочков встречалась в 2,8 % случаев.

При сравнении количества фибрилляций желудочков у мужчин старческого и среднего возраста, выявилось преобладание процента фибрилляции желудочков у мужчин старческого возраста над процентом фибрилляции желудочков у пациентов в возрасте 45-59 лет, которое не было статистически достоверным: (7,1% и 2,8 % соответственно,  $p > 0,05$ ). Причинами фибрилляции желудочков могли быть: проявление реперфузионного синдрома при полной окклюзии коронарного сосуда; реакция на манипуляцию в коронарном русле (введение катетера, установка стента, балона) и реакция на контраст.

Летальность у пациентов старческого возраста за время госпитализации больных составила 3,6 % (1 человек). Все летальные случаи наблюдались при проведении первичного ЧКВ. Летальность у больных старческого возраста, которым не проводилось первичное ЧКВ была статистически достоверно больше, чем летальность при первичном ЧКВ: 26,6 % (76 человек) и 3,6 % (1 пациент) и соответственно,  $p < 0,05$ . Летальность при проведении первичного ЧКВ у пациентов старческого возраста статистически достоверно не выше, чем у мужчин среднего возраста: 3,6 % и 1,4 % соответственно,  $p > 0,05$ . В нашем исследовании у одного пациента старческого возраста, у которого был установлен баро-металлический стент, развился поздний тромбоз (1,5 года после стентирования). Больной поступил с повторным инфарктом миокарда и ему проведено первичное ЧКВ. Возможной причиной тромбоза в данном случае явился рестеноз внутри стента.

Количество КАГ, проведенных за период с 2006-2008 г.г. у мужчин старческого возраста оказалось статистически достоверно меньше, чем у мужчин среднего возраста: 18,8 % и 33,6 % соответственно,  $p < 0,05$ . Учитывая потребность в стентировании (63,9 % против 31,1% для АКШ) и количество осложнений можно сказать, что проведение ЧКВ у пациентов гериатрической групп является весьма оправданным, но при отсутствии противопоказаний.

На основании углубленного анализа 10489 историй болезни проанализирована летальность у мужчин старческого возраста, поступивших в стационар с 1993-2007 г.г. с диагнозом острый инфаркт миокарда. Из них —1286 пациентов

старческого возраста и 4387 пациентов пожилого возраста. В качестве сравнения использовали данные историй болезни 4785 мужчин в возрасте до 59 лет и 31 долгожителя. Сравнение летальности проводилось между тремя пятилетиями: 1 пятилетие—1993-1997 г.г., 2 пятилетие –1998-2002 г.г., 3 пятилетие – 2003-2007 г.г.

При анализе летальности у мужчин старческого возраста за три пятилетия наблюдалась динамика к снижению этого показателя во втором пятилетии, по сравнению с первым. Количество летальных случаев у мужчин старческого возраста за сравниваемые пятилетия представлено на рисунке 2.

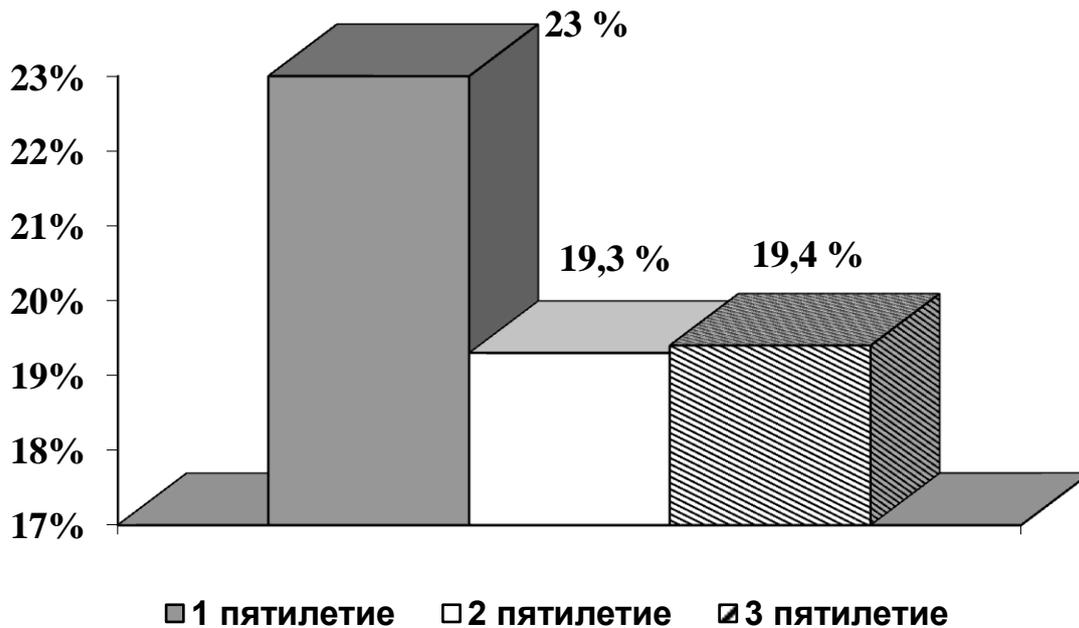


Рис. 2. Количество летальных случаев у мужчин старческого возраста за три пятилетия

Снижение летальности у мужчин старческого возраста во втором пятилетии можно связать с активным применением статинов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, тромболитической терапии, чрескожные коронарные вмешательства в нашей стране, в том числе и в нашей клинике. Однако статистической достоверности снижения летальности во втором пятилетии, по сравнению с первым получено не было: 23 % и 19,3 % соответственно,  $p > 0,05$ . В третьем же пятилетии снижения летальности относительно второго пятилетия не наблюдалось: сравним 19,3 % и 19,4 % соответственно,  $p > 0,05$ .

У мужчин пожилого возраста летальность от ОИМ была относительно стабильна по всем пятилетиям: 13,5 %, 13,3 %, 13,1 % соответственно. В месте с тем, количество мужчин пожилого возраста, поступивших в стационар во втором пятилетии увеличилось, как и пациентов старческого возраста, но к третьему пятилетию оно существенно снизилось, в отличие от мужчин старческого возраста, число которых от пятилетия к пятилетию неуклонно росло. Динамика поступления мужчин пожилого возраста за три пятилетия представлена на рисунке 3.

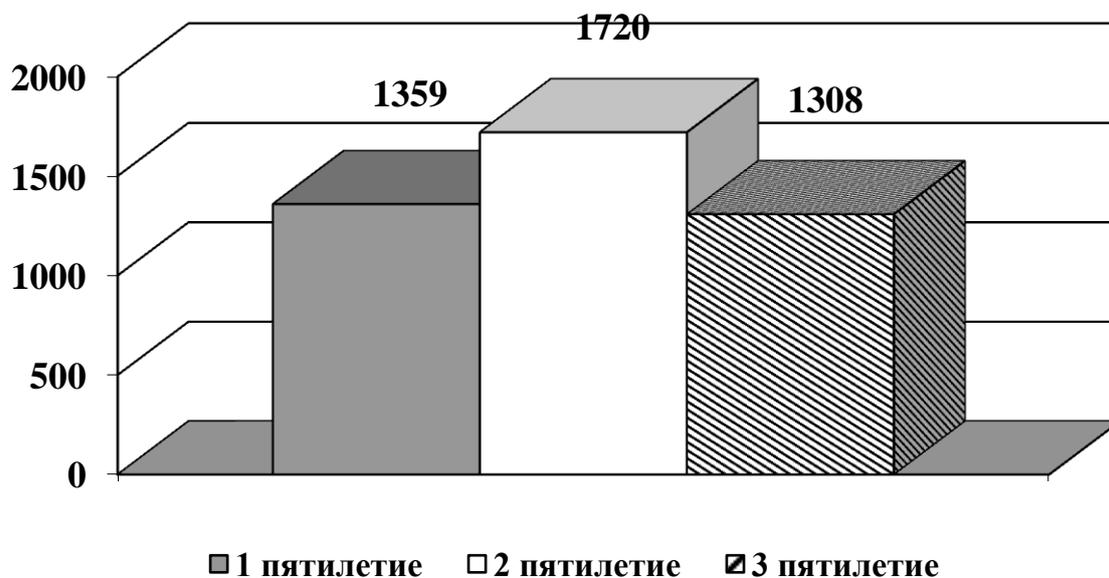


Рис. 3. Количество поступивших мужчин пожилого возраста за 3 пятилетия

При сравнительном анализе оказалось, что в каждые из трех сравниваемых пятилетия летальность у мужчин старческого возраста была достоверно выше, чем у пожилых пациентов: 1 пятилетие-- 23 % и 13,5 % соответственно,  $p < 0,05$ ; 2 пятилетие—19,3 % и 13,3 % соответственно,  $p < 0,05$ ; 3 пятилетие—19,4 % и 13,1 % соответственно,  $p < 0,05$  (рис.4.)

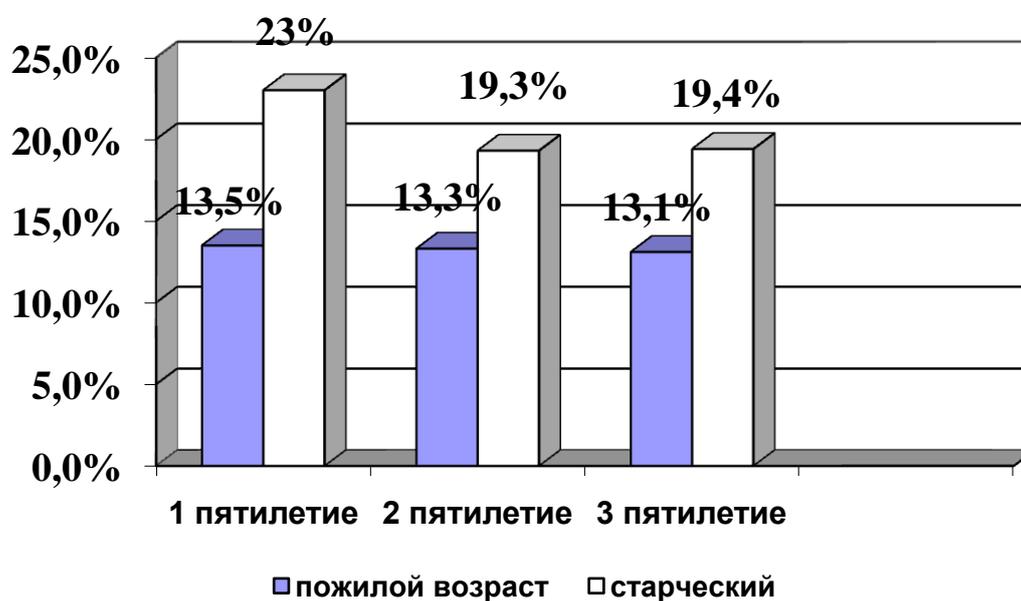


Рис. 4. Сравнение летальности у мужчин старческого и пожилого возраста за три пятилетия

Таким образом, по нашим данным показатель летальности у мужчин старческого возраста во всех трёх сравниваемых пятилетиях статистически достоверно больше, чем летальность за те же пятилетия у мужчин пожилого возраста.

При сравнении летальности за 15 лет между мужчинами в возрасте до 59 лет, пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, оказалось, что летальность достоверно увеличивалась при переходе от одной возрастной категории к другой (таблица 8).

## Летальность у мужчин разных возрастных групп за 15 лет

Возраст	% летальности
До 59 лет	4,7
60-74 года	13,3
75-89 лет	20,2
90 и старше	29,0
p	< 0,05

Таким образом, по анализируемым нами данным, летальность за 15 лет у мужчин старческого возраста отличается от таковой у пациентов других возрастных групп: она достоверно выше, чем у пациентов пожилого возраста (60-74 года) и лиц моложе 60 лет, и достоверно ниже летальности у мужчин в возрасте 90 лет и старше. Последнее, можно объяснить возрастными изменениями сердечно-сосудистой и других систем, что подтверждает оправданность классификации возрастов предложенной ВОЗ.

Причины летальных исходов ОИМ проанализированы по протоколам вскрытия на основании которых, были выделены: сердечная недостаточность (острая и прогрессирующая), кардиогенный шок, разрывы миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, прочие.

Изучено 165 протокола вскрытия мужчин в возрасте от 75 до 89 лет, из которых количество умерших от первичных инфарктов составило—78, от повторных-87.

Группа 2. Пожилых состояла из мужчин в возрасте 60-74 года. В этой группе было исследовано 411 протоколов вскрытия. У 411 умерших мужчин первичных инфарктов было- 200, повторных- 211.

Группа 3. Мужчины в возрасте до 59 лет. Летальные случаи составили 223 пациента. Структура смертности в этой группе определялись на основании 223 протоколов вскрытия. Из 223 умерших пациентов первичные инфаркты встречались у 98, а повторные- у 125 умерших.

Ранжированные причины смерти у пациентов старческого возраста за 15 лет ( $p < 0,05$ ) представлены на рисунке 5. Первое место по частоте занимает сердечная недостаточность (острая и прогрессирующая) --40,6 % (67 пациентов) и кардиогенный шок - 30,9 % (51 пациент), на 2 месте - разрывы миокарда --23,7 % (39 пациентов), на третьем месте прочие причины-3,0 % (5 пациентов), ТЭЛА—1,8 % (3 умерших пациента).



Рис. 5. Структура причин смерти у мужчин старческого возраста за 15 лет

Когда же мы решили выделить ранги в структуре причин смерти у мужчин пожилого возраста за 15 лет, то картина была несколько другая. Статистически значимо чаще встречались сердечная недостаточность (острая и прогрессирующая) 38,7 % (159 пациентов), на втором месте по частоте был кардиогенный шок 33,8% (139 пациентов). По данным В. В. Савиловой и соавторов (2008), в пожилом возрасте ведущей причиной смерти является отек легких в сочетании с кардиогенным шоком. Третье место занимали - разрывы миокарда 20,9 % (86 человек), на четвертом месте ТЭЛА и прочие причины (3,7 % и 2,9 % соответственно).

У мужчин в возрасте до 59 лет ранги причин смерти за 15 лет статистически значимо распределялись в следующей последовательности: на первом месте сердечная недостаточность (острая и прогрессирующая)–56,5 % (126 пациентов), на втором месте кардиогенный шок–28,7 % (64 пациентов), третье место занимают разрывы миокарда 12,1 % (27 пациентов), на четвертом месте ТЭЛА–1,8 % (4 пациента) и прочие причины–0,9% (2 пациента).

Подводя итог анализа причин летальности от ОИМ следует отметить, что преобладание разрывов миокарда в частоте причин смерти мужчин старческого, в отличие от пациентов в возрасте 60-74 года связано с более выраженными возрастными изменениями в миокарде- его изношенности.

## ВЫВОДЫ

1. В настоящее время при сравнительном анализе материалов трех пятилетних периодов отмечается увеличение среди госпитализированных мужчин с ИМ количества лиц старческого возраста, по пятилетиям: в первом пятилетии (1993-1997 гг.)-9,2%, во втором-10,7 % (1998-2002 гг.), в третьем-17,0 % (2003-2007 гг.).

2. Сроки от начала болевого синдрома до госпитализации у мужчин старческого возраста продолжительнее, чем у пациентов пожилого возраста, в равной

мере как время “врач- больной” и “врач-госпитализация”, и постепенно снижаются от пятилетия к пятилетию.

3. Наиболее частыми клиническими вариантами начала инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста является астматический (44, 5%), у мужчин пожилого возраста – болевой (66, 9%).

4. Варианты осложнений при использовании ТЛТ у пациентов старческого возраста аналогичны таковым у пациентов пожилого возраста. Однако у лиц старческого возраста достоверно реже возникали: нарушения ритма (17,6% и 28,6 %, соответственно), а также возникновение рецидива инфаркта миокарда (1,5% и 4,2 % соответственно). При сравнении с лицами моложе 60 лет, обращает внимание большая частота геморрагических осложнений.

5. При проведении ЧКВ у пациентов старческого возраста с использованием строгого отбора осложнения не отличались от пациентов в возрасте 45-59 лет.

6. По данным пятнадцатилетнего периода летальность у мужчин старческого возраста (20,2%) выше, чем у лиц пожилого возраста (13,3%). По анализируемым пятилетиям зарегистрирована тенденция к снижению летальности у мужчин пожилого и старческого возраста. Однако различия в летальности между ними по-прежнему сохраняются.

7. Наиболее частой непосредственной причиной смерти у мужчин старческого возраста были сердечная недостаточность и кардиогенный шок, а у пожилых пациентов - сердечная недостаточность.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При диагностике ИМ у мужчин старческого возраста следует иметь в виду большую частоту атипичных вариантов начала инфаркта миокарда (астматический).

2. При применении ТЛТ у пациентов старческого возраста нужно обращать внимание на возможность развития большего количества геморрагических осложнений.

3. В клинической практике кардиологических отделений с учетом известных противопоказаний можно рекомендовать более широкое применение методов хирургической и медикаментозной реваскуляризации коронарного кровотока у пациентов старческого возраста.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Больничная летальность от инфаркта миокарда у мужчин старше 70 лет и динамика ее показателей за 90-е годы / А. Ю. Большакова, М. С. Фрейдлин, Я. Л. Габинский, С. С. Барац // Кардиология: эффективность и безопасность диагностики и лечения: тез. докл. науч. конф. Москва, 9-11 октября, 2001.- М., Б.и., 2001.- С. 56.
2. Большакова А. Ю. Инфаркт миокарда у мужчин в пожилом и старческом возрасте / А. Ю. Большакова, Н. Б. Зубова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сб. науч. ст., тез. и сообщений 57-й науч. конф. молодых ученых и студентов. Екатеринбург, 25-26 апреля, 2002 г.- Екатеринбург: Изд-во УГМА.- Вып. 8.- 2002.- С. 43-44.

3. Возрастно-половые отличия в показателях стационарной летальности от инфаркта миокарда и их динамика за 10 лет (1992-2001 гг.) / А. Ю. Большакова, М. С. Фрейдлин, Я. Л. Габинский, С. С. Барац // От исследований к клинической практике: сб. тез. Российского национального конгресса кардиологов. С Пб., 8-11 октября, 2002 г.- СПб., Б.и., 2002.- С. 53-54.
4. Стационарная летальность при инфаркте миокарда по материалам 10-летнего периода у мужчин старше 70 лет / А. Ю. Коркина, М. С. Фрейдлина, Я. Л. Габинский, С. С. Барац // II съезд кардиологов Уральского Федерального Округа: материалы съезда.- Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2007.- С.148-149.
5. Больничная летальность больных с инфарктом миокарда за 10-летний период / А. Ю. Коркина, М. С. Фрейдлина, Я. Л. Габинский, С. С. Барац // Уральский кардиологический журнал.- 2008.-№ 1.- С. 34-35.
6. Коркина А. Ю. Особенности инфаркта миокарда у мужчин в пожилом и старческом возрасте / А. Ю. Коркина // Уральский кардиологический журнал.- 2009.-№ 2-3.-С. 12-14.
7. Коркина А. Ю. Показатели “время от начала болевого приступа до госпитализации”, “больной-врач”, “врач-госпитализация” у пациентов е и старческого возраста (в сравнении с лицами более молодого возраста) / А. Ю. Коркина Я. Л. Габинский, М. С. Фрейдлин // Уральский кардиологический журнал.- 2009.- № 2-3.-С. 15-17.
8. Применение тромболитической терапии у пациентов старческого возраста с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST / А. Ю. Коркина, С. Г. Калинина, Я.Л. Габинский, М. С. Фрейдлин // Клиническая геронтология.- 2009.-№ 10-11.- С.77-79.
9. Сравнительные данные о летальности у больных старческого возраста за три исследуемых пятилетия (1993-2007 гг.) / Коркина А. Ю., Барац С. С., Габинский Я. Л., Фрейдлин М. С. // Уральский кардиологический журнал.- 2009.-№ 4.-С. 35-38.
10. Сравнительная оценка применения тромболитической терапии у пациентов моложе и старше 75 лет / А. Ю. Коркина, С. Г. Калинина, Я.Л. Габинский, М. С. Фрейдлин // Кардиология: реалии и перспективы: материалы Российского национального конгресса кардиологов. Москва, 6-8 октября, 2009.- М., Б.и., 2009.- С. 188.
11. Тромболитическая терапия у пациентов разных возрастных групп / А. Ю. Коркина, С. Г. Калинина, Я. Л. Габинский., М. С. Фрейдлин // Уральский кардиологический журнал.- 2009.-№ 1.-С. 20-22.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

**ИМ** – инфаркт миокарда  
**ОИМ** – острый инфаркт миокарда  
**КАГ**- коронароангиография  
**ТЛТ** – тромболитическая терапия  
**ИБС** – ишемическая болезнь сердца  
**ПИКС** – постинфарктный кардиосклероз  
**ОНМК** – острое нарушение мозгового кровообращения  
**ЧКВ** – чрескожное коронарное вмешательство  
**ВОЗ**- всемирная организация здравоохранения  
**ЭКГ** – электрокардиограмма  
**ЭКГ** – электрокардиограмма  
**ЭхоКГ** -эхокардиография  
**АКШ** – аорто-коронарное шунтирование  
**КФК** – креатинфосфокиназа  
**МВ-КФК** – МВ фракция креатинфосфокиназы  
**AV**- атрио-вентрикулярная  
**СН** – сердечная недостаточность  
**ТЭЛА** – тромбоэмболия легочной артерии  
**КШ** – кардиогенный шок

Коркина Анна Юрьевна

ИНФАРКТ МИОКАРДА  
У МУЖЧИН СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

14. 01. 05-кардиология

АВТОРЕФЕРАТ  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии  
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 10.02.2010г.