ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2015
УДК 616.127-005.8-053.9-085

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

С. Беллил [1], С.С. Якушин [1], С.Б. Аксентьев,[2] Д.С. Юневич [2]

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань (1)
Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная клиническая больница», г. Рязань (2)

В работе изучен прогноз при различных схемах реперфузионной терапии и последующего медикаментозного лечения в течение года наблюдения у лиц пожилого и старческого возраста перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПST). Всего обследовано 80 больных, из них 46 пациентов пожилого возраста, 34 пациента старческого возраста. Выявлено, что комбинированная конечная точка (смерть, сердечно-сосудистые осложнения, госпитализация) между больными пожилого возраста (1гр) и старческого возраста (2гр), получившими тромболитическую терапию (ТЛТ) оказалась достоверно меньше, а у больных без реперфузионной терапии – достоверно выше во второй группе.

Ключевые слова: *Q-инфаркт миокарда, пожилой и старческий возраст, реперфузионная терапия, медикаментозное лечение.*

Лечение инфаркта миокарда (ИМ) – наиболее актуальная проблема современной кардиологии. Значимость проблемы объясняется высоким уровнем инвалидизации и смертности населения от ИМ, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Причинами последнего в этом возрасте является наличие большого количества сопутствуюших заболеваний, недостаточное качество оказания медицинской помощи [2, 3, 11], большая степень выраженность коронароатеросклероза, который ухудшает прогноз и выживаемость этих пациентов [5, 6, 10].

Одной из ведущих стратегических целей при лечении больных перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПST) с одной стороны является раннее проведение реперфузионной терапии: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), а с другой стороны последующая профилактика сердечно-сосудистых осложнений с помощью лекарственных препаратов, улучшающих прогноз [1, 4, 8, 9]. Однако, в пожилом и, особенно в старческом, возрасте использование стратегии реперфузии является более редким, учитывая наличие большего количества противопоказаний и осложнений; а второе направление применяется также недостаточно из-за более низкой комплаентности больных в возрасте старше 60 лет. Поэтому вопрос о реперфузионной терапии и последующем амбулаторном лечении у больных пожилого и старческого возраста требует дальнейшего изучения, в частности с позиций оценки эффективности и безопасности использования реперфузии у больных в возрасте 75 лет и старше в сравнении с лицами пожилого возраста для оптимизации тактики введения таких больных [7].

Целью настоящего исследования является оценка эффективности и безопасности реперфузионной терапии в сравнении между больными пожилого и старческого возраста, а также с пациентами, не получавшими методы реперфузии.

Материалы и методы

Нами обследовано 80 пациентов с ИМПST (средний возраст 72,3±7,6 лет), разделенных на 2 группы: 1-я группа – больные пожилого возраста (60-74 года), перенесшие ИМПST и 2-я группа – больные старческого возраста (75-88 лет), перенесшие ИМПST. 1-я группа – состояла из 46 пациентов (средний возраст 67,4±4,7 лет) и 2-я группа – из 34 пациентов (средний возраст 80,3±3,9 лет). В 1-й группе из 46 пациентов, реперфузионная терапия (ТЛТ, ЧКВ) проводилась у 31 больного (67,4%): в 17 случаях (37%) – проведение ТЛТ, в 14 случаях (30,4%) – выполнение ЧКВ; соответственно у 15 больных (32,6%) реперфузионная терапия не проводилась. Во 2-й группе из 34 пациентов, реперфузионная терапия проводилась у 10 больных (29,4%): в 6 случаях (17,6%) – проведение ТЛТ и в 4 случаях (11,8%) – выполнение ЧКВ; соответственно у 24 больных (70,5%) реперфузионная терапия не проводилась. В ходе настоящего исследования оценка эффективности лечения и прогноза у больных пожилого и старческого возраста включала анализ применения препаратов улучшающих прогноз, после перенесенного ИМ в течение года наблюдения (аспирин, клопидогрел, бета-блокаторы, статины, иАПФ и сартаны). Оценка эффективности и безопасности проводимой терапии осуществлялась на основе анализа следующих сердечно-сосудистых событий: повторный ИМ, повторная госпитализация, инсульт, смертельный исход, а также комбинированная конечная точка (ККТ), включающая сумму перечисленных выше событий на протяжении 12 месяцев после перенесенного ИМ.

Полученные результаты обработаны с помощью пакета прикладных статистических программ (MS-Office 2010) на персональном компьютере с использованием компьютерной программы STATISTICA 8.0 (анг.).

Для сравнения количественных данных использован t-критерий Стьюдента. Результаты представлены в виде n (%), M±m. Этап наблюдения предусматривал телефонное интервью (через 1 год) с пациентом, и проверку амбулаторных карт. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Сравнительная частота использования различных методов реперфузионной терапии у больных пожилого и старческого возраста приведена в таблице 1. При этом обращает на себя внимания достоверно меньшая частота использования как ТЛТ, так и, особенно ЧКВ и большее количество больных без реперфузии в группе больных ИМПST старческого возраста.

Таблица 1

Сравнительная частота использования различных методов лечения у лиц пожилого и старческого возраста перенесших ИМ в зависимости от реперфузионной терапии

Показатели \ Группы	1 группа (n=46)	2 группа (n=34)	P_{1-2}
ТЛТ	17 (37%)	6 (17,6%)	0,06
ЧКВ	14 (30,4%)	4 (11,8%)	0,04
Без реперфузии	15 (32,6%)	24(70,5%)	0,0005

Лекарственные препараты в обследованных группах больных в течение года наблюдения использовались со следующей частотой (табл. 2): в 1-й группе аспирин назначался у 97,8% больных, клопидогрел назначался у 91,3% больных, бета-блокаторы

(ББ) назначались у 87% больных, статины применяли у 76% больных, иАПФ назначались у 71,7 % больных, сартаны применяли у 24% больных; во 2-й группе у лиц старческого возраста частота назначение препаратов улучшающих прогноз была достоверно меньше по всем группам лекарств, за исключением сартанов.

Таблица 2

Частота применения лекарственных препаратов у пациентов пожилого и старческого возраста перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда по итогам 12-месячного наблюдения

Группы / Показатели	1 группа (n=46)	2 группа (n=34)	P_{1-2}
Аспирин	(97,8%)	(85,3%)	0,03
Клопидогрел	(91,3%)	(64,7%)	0,003
Бета-блокаторы	(87%)	(67,7%)	0,04
Статины	(76%)	(50,0%)	0,01
иАПФ	(71,7%)	(50,0%)	0,04
Сартаны	(24,0%)	(38,2%)	0,17

При сравнении конечных точек в 1-й группе у больных пожилого возраста и 2-й группе у больных старческого возраста получены следующие данные: повторные госпитализации по ССЗ наблюдались в 1-й группе у 13-и пациентов (28,3%) получивших ТЛТ, у 11-ти пациентов (23,9%) получивших, ЧКВ и у 11-ти пациентов (23,9%) у которых не было реперфузионной терапии, повторный ИМ развился у 3-х пациентов (6,5%), получивших ТЛТ, у 4-х пациентов (8,7%), получивших ЧКВ и у 8-и пациентов (17,4%), у которых реперфузионной терапии не проводилось. Смертельный исход встречался в восьми случаях в 1-й группе (17,4%): в одном случае (2,2%) у пациентов, получивших ТЛТ и в семи случаях (15,2%) у пациентов без реперфузионной терапии. Во 2-й группе повторные госпитализации, отмечены у 4-х пациентов (11,8%), получивших ТЛТ, у 4-х пациентов (11,8%), получивших ЧКВ, и у 23-х пациентов (67,6%), у которых не было реперфузионной терапии; повторный ИМ отмечен у 1-го пациента (3,0%), получившего ТЛТ, у 4-х пациентов (11,8%), получивших ЧКВ и у 10-и пациентов (29,4%), у которых не было реперфузионной терапии. Смертельный исход встречался в девяти случаях (26,5%): 1 случай (3,0%) у пациентов получивших ТЛТ и в восьми случаях (23,5%) у пациентов без реперфузионной терапии. Инсульт встречался только у трёх больных во 2-й группе (8,8%), у которых не проводилась реперфузионная терапия.

При сравнении комбинированной конечной точки (ККТ) между больными получившими ТЛТ в первой и во второй группе, комбинированная конечная точка сердечно-сосудистых событий (ССС) была достоверно больше в 1-й группе ($p = 0,01$). При сравнении ККТ между больными получившими ЧКВ в 1-й и во 2-й группе, результаты оказались сопоставимы ($p = 0,11$). При сравнении ККТ между больными без реперфузионной терапии, частота ССС оказалась намного выше у больных старческого возраста ($p = 0,003$).

При сравнении комбинированной конечной точки между больными получившими ТЛТ и больными без реперфузии в 1-й группе, результат не был достоверным ($p = 0,1$), а вот при сравнении ККТ между больными получившими ЧКВ и больными без реперфузии в первой группе, частота ССС за счёт уменьшения ИМ и смертельных событий была достоверно меньше во второй группе ($p = 0,04$).

При сравнении комбинированной конечной точки между больными с проведением реперфузионной терапии (как ТЛТ, так и ЧКВ) и больными без реперфузии во 2-й группе результаты были высоко достоверны ($p = 0,0001$).

Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Исходы пациентов пожилого и старческого возраста перенесших ИМ по итогам 12-месячного наблюдения в зависимости от реперфузионной терапии

Группы / Показатели	I группа (n=46)			II группа (n=34)			P		
Подгруппы	ТЛТ	ЧКВ	Без реп.	ТЛТ	ЧКВ	Без реп.	$P_{I-II\ ТЛТ}$	$P_{I-II\ ЧКВ}$	$P_{I-II\ Без\ реп}$
Повторная госпитализация	28,3% (13)	23,9% (11)	23,9% (11)	11,8% (4)	11,8% (4)	67,6% (23)	0,07	0,17	0,005
Повторный ИМ	6,5% (3)	8,7% (4)	17,4% (8)	3,0 % (1)	11,8% (4)	29,4% (10)	0,47	0,65	0,2
Инсульт	-	-	-	-	-	8,8% (3)	-	-	0.04
Смертельный исход	2,2% (1)	-	15,2% (7)	3,0 % (1)	-	23,5% (8)	0,83	-	0,35
Комбинированная конечная точка	21,2% (17)	18,7% (15)	32,5% (26)	7,5% (6)	10,0% (8)	55,0% (44)	0,01	0,11	0,003

Таким образом, полученные данные свидетельствует о более частом проведении реперфузионной терапии, в том числе ТЛТ и ЧКВ и достоверно более частом применение препаратов для улучшения прогноза у кардиологических больных пожилого возраста по сравнению, с больными старческого возраста. Частота ССС у больных старческого возраста с проведением реперфузионной терапии оказалась даже достоверно меньше, чем у лиц пожилого возраста, что может объясняться меньшим количеством больных во второй группе. А в сопоставлении с гораздо большим количеством ССС и смертельных исходов у больных старческого возраста, не получивших реперфузионную терапию, диктовать необходимость выполнении стратегии восстановления кровотока инфаркт-зависимой артерии у лиц старше 75 лет.

Выводы

1. Частота использования методов реперфузии (тромболитическая терапия и чрескожное коронарное вмешательство) и применение лекарственных препаратов для улучшения прогноза (аспирин, клопидогрел, бета-блокаторы, статины, иАПФ и сартаны) в течение 12 месяцев наблюдение у лиц пожилого возраста достоверно выше, по сравнению с больными старческого возраста.

2. Комбинированная конечная точка включающая сердечно-сосудистые события (госпитализация, инфаркт миокарда, инсульт) и смертельный исход у больных без реперфузии достоверно выше (p = 0,003), в (1,7-х раза) чем у больных пожилого возраста. Проведение реперфузионной терапии в любом варианте (тромболитическая терапия и чрескожное коронарное вмешательство) в старческом возрасте свидетельствует о значительном улучшении кардиологического прогноза по сравнению с больными без реперфузии.

3. Сравнительные данные прогноза между лицами пожилого и старческого возраста с ИМПST диктуют необходимость выполнения репефузионной стратегии и у больных старше 75 лет.

Литература

1. Диагностика и лечение больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. – М., 2007.
2. Репин А.Н. Профилактика сердечной недостаточности у пожилых больных острым инфарктом миокарда с помощью тромболитической терапии / А.Н. Репин, А.Г. Сыркина, В.А. Марков // Сердечная недостаточность. – 2002. – № 3. – С. 136-137.

3. Beneficial effects of direct call to Emergency Medical Services on time delays and management of patients with acute myocardial infarction / J.C. Beer [et al.] // Ann Cardiol Angeiol (Paris). – 2002. – Vol. 51, №1. – P. 8-14.
4. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction / W.D. Weaver [et al.] // JAMA. – 1997. – Vol. 287. – P. 2093-2098.
5. Loubani M. The aging human myocardium: tolerance to ischemia and responsiveness to ischemic preconditioning / M. Loubani, S. Ghosh, M. Galinanes // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2003. – Vol. 126, №1. – P. 143-147.
6. Marin J. Age-related changes in vascular responses / J. Marin, M.A. Rodriguez-Martinez // Exp Gerontol. – 1999. – Vol. 34, №4. – P. 503-512.
7. Myocardial infarction and religion: hospital-based case-control study in Tirana, Albania / E. Roshi [et al.] // Croat Med J. – 2005. – Vol. 46, № 6. – P. 977-983.
8. Prehospital recognition of AMI using independent nurse/paramedic 12-lead ECG evaluation: impact on in-hospital times to thrombolysis in a rural community hospital / D.B. Foster [et al.] // Am J Emerg Med. – 1994. – Vol. 12, № 1. – P. 25-31.
9. Prospective observational cohort study of time saved by prehospital thrombolysis for ST elevation myocardial infarction delivered by paramedics / D.K. Pedley [et al.] // BMJ. – 2003. – Vol. 327. – P. 22-26.
10. Ryan C.J. Perceptions of symptoms of myocardial infarction related to health care seeking behaviors in the elderly / C.J. Ryan, J.J. Zerwic // J Cardiovasc Nurs. – 2003. – Vol. 18, №3. – P. 184-196.
11. Telemedicine in the transmission of prehospitalisation ECGs of patients with suspected acute myocardial infarction / M. Sillesen [et al.] // Ugeskr Laeger. – 2006. – Vol. 168, №11. – P. 1133-1136.

COMPARATIVE PROGNOSIS IN ELDERY AND SENILE PATIENTS WITH Q-MYOCARDIAL INFARCTION DURING 12 MONTHS OF OBSERVATION DEPENDING ON DIFFERENT SCHEMES OF REPERFUSION THERAPY

S. Bellil, S.S. Yakushin, S.B. Aksentev, D.S. Yunevich

In this article we studied the prognosis of various schemes of reperfusion therapy and subsequent medical treatment during a year of observation in elderly and senile patients with ST elevation myocardial infarction. We examined 80 patients, 46 of them were elderly, and 34 were senile patients. Revealed that the combined endpoint (death, cardiovascular complications) between elderly patients (1st grp) and senile patients (2nd grp) who received thrombolytic therapy was less significant, and in patients without reperfusion therapy it was more significant in the second group.

Keywords: *Q-myocardial infarction, elderly and senile age, reperfusion therapy, drugs.*

Беллил С. – аспирант кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
E-mail: samy_skilato@hotmail.fr

Якушин С.С. – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
E-mail: prof.yakushin@gmail.com

Аксентьев С.Б. – к.м.н., зав. отделением неотложной кардиологии ГБУ РО «Областная клиническая больница».
E-mail: aksentievs@mail.ru

Юневич Д.С. – врач-кардиолог отделения неотложной кардиологии ГБУ РО «Областная клиническая больница».
E-mail: YunevichDen@yandex.ru