

1.2. Эпидемиология инфаркта миокарда. Удельный вес инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста.

Инфаркт миокарда в последнее время часто встречается у пожилых людей в сравнении с молодыми [8, 84], причем ряд авторов отмечает тенденцию к его дальнейшему росту.

Berman N.D., 1979 пишет, что в 1976 году среди поступивших в пататы интенсивной терапии пациенты 70-ти лет и старше составили 21% [51]. А в конце 90-х гг. с ОИМ было госпитализировано по разным источникам уже от 37% до 70% больных старше 70 лет [120, 177].

При анализе программы “Регистр острого инфаркта миокарда” в г.Томске в течение 15 лет обнаружен статистически значимый рост заболеваемости острым коронарным синдромом с 8,92 до 10,31 на 1000 жителей среди населения старше 60 лет [13].

Заболеваемость ИМ у пожилых связывают со многими факторами, а именно, с наличием атеросклероза, ИБС, стенокардии, артериальной гипертонии, первичного переднего ИМ, у лиц мужского пола, а также с имеющимся сахарным диабетом у женщин [184].

При этом, одним из наиболее значимых факторов, которые оказывают влияние на исход при ОИМ, считается пожилой возраст больных. Kotamski M. et al., 2000 указывают, что 50% смертельных исходов от ИМ приходится на больных старше 75 лет [120].

Налицо рост заболеваемости ИМ среди лиц пожилого и старческого возраста, и актуальность этого аспекта растет год от года параллельно увеличению продолжительности жизни в популяции.

1.3. Трудности диагностики и терапии острого инфаркта миокарда у пожилых больных.

Своевременная диагностика и последующая терапия ОИМ представляют особую сложность у больных старших возрастных групп. К этому

предрасполагают особенности течения заболеваний у пожилых людей и измененная реакция организма на внешние воздействия, в данном случае на лечебные мероприятия.

1.3.1. Клинические и лабораторные особенности острого инфаркта миокарда у пожилых больных.

Многие авторы выделяют возрастные факторы, предрасполагающие к коронарному тромбозу и ИМ.

Со стороны системы крови это увеличение адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов, повышение коагуляционного потенциала в сочетании со снижением функциональных возможностей фибринолитической системы и нарушением регуляторных механизмов системы гемостаза [9, 22, 33].

Важную роль в образовании тромбов играют снижение линейной скорости кровотока, замедления капиллярного и локального пристеночного кровотока в связи с расширением и извитостью сосудов. Несомненно влияние на тромбообразование и возрастных изменений сосудистой стенки [9, 14, 15].

Нет сомнений, что течение уже развившегося ИМ у пожилых больных имеет свои особенности, и именно они определяют трудности диагностики и лечения ИМ. Также очевидно, что ОИМ – это патология, при которой особую значимость приобретает ранняя диагностика и, как следствие, своевременное лечение. Однако, у людей старших возрастных групп клиническая картина ИМ имеет ряд особенностей.

По мнению многих авторов [17, 71, 105, 151, 169, 171] у пожилых больных чаще развиваются атипичные формы заболевания. M.C. de Bruyne et al., 1996 отмечают, что после 65 лет в 2-2,5 раза выше удельный вес “немых” ИМ [71], а Thompson L. et al., 1992 гораздо чаще у пожилых наблюдали клинику ОИМ по типу одышки, синкопе и инсультов [169].

На фоне выраженных склеротических изменений миокарда более реально возникновение обширного некроза, преимущественно субэндокардиальных отделов левого желудочка (ЛЖ) и межжелудочковой перегородки [9].

В связи с атипичным течением ИМ большое значение в диагностике придается инструментальным и лабораторным методам. Однако, у данной группы пациентов не всегда в остром периоде наблюдается смещение сегмента ST; изменения чаще касаются инверсии зубца T [71, 105, 137, 169, 171, 177]. Кроме того, при повторных ИМ в ряде случаев может наблюдаться нивелирование ранее имевшихся изменений – так называемая “псевдонормализация” электрокардиограммы (ЭКГ) [9, 15, 22].

С этим связано то, что клиничко-инструментальные показатели локализации ИМ и постинфарктного кардиосклероза совпадают с данными секции только в 85,5% случаев смерти больных старше 70 лет [12].

Следует отметить, что у пациентов с выраженным кардиосклерозом изменение активности ферментов может быть незначительным даже при обширном некрозе [169, 171]. Температурная реакция, а также реакция крови выражены значительно слабее, иногда полностью отсутствуют вследствие гипореактивности организма [9].

Геронтологами сделана попытка оценить структуру факторов риска развития ИМ у пожилых. Так, один фактор риска присутствует у 10% пожилых больных, два фактора – у 20%, три – у 51% и четыре – у 19% больных. С возрастом в 1,5-2 раза вырастает заболеваемость гипертонической болезнью и сахарным диабетом, но курильщиков становится вдвое меньше [11, 17].

У пожилых больных ОИМ приходится ожидать значительные осложнения этого заболевания. Так, при оценке механических осложнений ОИМ (наружный, внутренний разрывы миокарда (PM), острая митральная регургитация из-за отрыва хорд) у пожилых старше 75 лет было обнаружено, что это произошло в 9.6% случаев. Разрывы чаще случались у женщин, пациентов с дислипидемией, с крупноочаговым ИМ, менее часто у курящих, с предынфарктной стенокардией [55].

Таким образом, необычная клиническая симптоматика, более тяжелое течение, частое возникновение осложнений и более неблагоприятный прогноз – вот главные особенности течения ИМ у пожилых больных.[14].

1.3.2 Подходы к лечению пожилых больных инфарктом миокарда.

Лечение ИМ у пожилых больных осуществляется по той же схеме, что и у более молодых пациентов, учитывая, однако, принципы фармакотерапии старших возрастных групп, которые были описаны в части 1.1.2. настоящей главы.

Отмечено, что популяция больных ОИМ старше 65 лет негомогенна, поэтому лечение и внутри этой возрастной группы не должно быть одинаковым [138]. В наш век доказательной медицины дополнительная сложность заключается еще и в том, что люди старше 75 лет – это группа, составляющая треть населения, очень мало представленная в исследованиях [185] и поскольку возраст – важный фактор риска, эпидемиологические исследования вынуждают ученых прийти к концепции “все возрасты” при планировании больших трайлов [139].

Что касается консервативного лечения, то многие авторы указывают на недостаточное использование его по сравнению с более молодыми больными ОИМ [156]. Многие авторы считают, что применение β -блокаторов у пожилых больных ОИМ позволяет снизить госпитальную летальность [44, 63, 67, 89, 114, 120, 183]. Несмотря на это β -блокаторы используются значительно реже в группе старше 75 лет по сравнению с теми, кто моложе 65 лет [79, 114].

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) также реже используются в лечении пожилых больных ОИМ по сравнению с молодыми [73, 147]. И хотя авторы рекомендуют их широкое использование [82, 124], однако лишь немногие говорят о реальном частом использовании иАПФ в геронтологической практике [120]. Использование в лечении ОИМ у пожилых интервенционных вмешательств низка – порядка 8-22% у лиц старше 75 лет [17, 43, 96, 114], и мнения на этот счет неоднозначны. Сторонников агрессивной терапии [25, 26, 114] несколько больше, нежели противников [105].

Уже доказано, что применение ТЛТ в остром периоде ИМ значительно улучшает прогноз больных [27, 34, 60, 90, 95]. Однако существуют

противоречивые данные о проведении ТЛТ именно у пожилых больных ОИМ. Редкое использование тромболитиков – лишь у 24%-27% больных старше 75 лет – отмечает целый ряд исследователей [17, 30, 44, 70, 94, 96, 114, 120, 151, 175, 185].

Причем D.de Vacquer et al., 1999 считает, что реже и гораздо позднее от момента поступления проводили ТЛТ женщинам, особенно старше 65 лет [70], а U. Stenestrand et al., 1998 отмечает, что при полной блокаде левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) проведение ТЛТ падает с возрастом с 37,5% до 12,9%, при том, что с возрастом с 16,8% до 36,1% вырастает частота ИМ и диагностическая специфичность для него полной блокады ЛНПГ [164]. Некоторые исследователи считают, что острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) II и более функционального класса по классификации Т. Killip является одной из причин непроведения ТЛТ [129].

Одной из основных причин, ограничивающих проведение ТЛТ у этой категории больных, является пожилой и, особенно, старческий возраст [17, 85, 99, 129, 151, 177, 175, 185]. Если авторы и говорят об учащении использования ТЛТ у больных ОИМ пожилого возраста, то лишь в сравнении с более ранними годами [115].

Некоторые исследователи скептически относятся к необходимости проведения ТЛТ у пожилых больных, считая это пока не доказанным [80, 87, 105].

Однако, многие, несмотря на низкую частоту проведения ТЛТ у пожилых, считают, что это неверная тактика из-за высокой смертности [30, 91, 96, 114, 175, 185]. Есть данные, что использование ТЛТ у пожилых больных даже более выгодно относительно молодых. У пожилых пациентов ОИМ ТЛТ спасает 20-36 жизней на 1000 больных [163, 175], а у молодых – 10-18 жизней на 1000 больных [3, 42, 60].

Исходя из патогенеза ОИМ и особенностей ССС стареющего организма, представляется весьма выгодным проведение тромболизиса у пожилых больных ОИМ, однако именно эта тема наиболее активно дискутируется.

Таким образом, необходимо более детально рассмотреть вопросы, касающиеся проведения ТЛТ у таких больных.