

1.4. Тромболитическая терапия у пожилых больных инфарктом миокарда.

1.4.1. Эффективность тромболитической терапии у разных возрастных групп.

1.4.1.1. Госпитальная летальность и ближайший прогноз.

За последние 10 лет выполнено много больших международных исследований, касающихся влияния ТЛТ на течение и прогноз у больных ОИМ [52, 92, 103, 110, 111, 123]. Было показано, что тромболитическая терапия статистически значительно уменьшает госпитальную летальность и улучшает прогноз при ИМ.

Однако, очевидно, что полученные обнадеживающие результаты некорректно экстраполировать на все категории больных ОИМ. Дело в том, что, как правило, при планировании этих трайлов верхняя возрастная граница больных была в пределах 60-75 лет. Только некоторые исследования включали пациентов без ограничения по возрасту. Так в EMERAS, GUSTO-1 брали всех больных [75, 103], в TIMI 4 все больные до 80 лет включались в исследование [65], а в GISSI-1 лишь 10% составили лица старше 75 лет [92].

В то же время многие авторы [25, 39, 46, 66, 69, 83, 84, 91, 95, 96, 106, 137, 141] указывают, что госпитальная летальность от ИМ у пациентов 65 лет и старше чрезвычайно высока и по разным источникам колеблется от 18,5% до 50%, в среднем составляя 30-35%.

В исследовании GISSI-I обнаружено четкое снижение летальности от ИМ при ТЛТ у больных моложе 65 лет; у больных старше 65 лет обнаружена лишь тенденция к этому снижению, причем статистически не значимая [16, 92].

В многоцентровом исследовании GUSTO-1 была показана 30-ти дневная летальность от ИМ в зависимости от возраста: 9,5% – от 65 до 74 лет, 19,6% – от 75 до 85 лет и 30,3% – более 85 лет. Видно, что начиная с 75-летнего рубежа этот показатель резко увеличивается. Кроме того, там же были указаны основные

причины летальности – инсульты, геморрагии, истинный кардиогенный шок (ИКШ) и реинфаркты [103].

Что является чрезвычайно важным, в GUSTO-1 проводился анализ летальности у больных с реперфузией ИСКА. При этом 30- дневная летальность у пожилых была 17,8% против 4% у лиц более молодого возраста. Среди умерших пожилых пациентов преобладали женщины, лица с артериальной гипертензией, многососудистым поражением коронарного русла, первичным и, особенно, передним инфарктом миокарда, а также те, у кого введение тромболитика было начато между 3 и 6 часами от начала симптомов [103].

Таким образом, при анализе больших многоцентровых исследований видно, что вопросы применения ТЛТ именно у старших возрастных групп освещены весьма скудно.

В нашем городе среди населения старше 60 лет параллельно заболеваемости острым коронарным синдромом также статистически значимо выросла и смертность – с 77,4 до 97,7 случаев на 100 тыс. населения [13].

Смертность от ОИМ увеличивается с возрастом, и некоторые авторы считают его важным и единственным предиктором такого роста [64, 89, 105]. Несмотря на то, что в последние годы госпитальная летальность больных ОИМ пожилого возраста в целом снизилась [69, 84, 96, 157], все же она остается настолько высокой, что необходимы поиски других причин этого факта.

Многих исследователей интересует: только ли возраст оказывает влияние на столь высокую летальность или сочетание его с какими-то другими факторами. Авторы говорят о том, что пожилые не могут составлять однородную группу высокого риска только исходя из возраста [138]. Так, некоторые считают, что возраст становится важным предиктором смертности лишь при наличии ХСН [17, 83, 84, 56, 66, 133, 154].

Связь смертности с острой левожелудочковой недостаточностью усматривает меньшее количество исследователей [83, 148]. Некоторые говорят о влиянии на госпитальную летальность у пожилых локализации ИМ, причем Bueno H. et al., 1996 утверждают, что это задний ИМ [54], а D.Milanovic et

al., 1998, что – передний [141]. Вообще же, считается, что определенная локализация ИМ дает плохой прогноз только в комбинации с другими факторами. Например, сочетание переднего ИМ и АВ блокады некоторые авторы описывают как неблагоприятное [2, 6].

Некоторые кардиологи говорят о влиянии пола, в частности, женского на повышенную смертность при ОИМ [95, 137], другие – о сочетании гипотонии и обширного ИМ [152].

Есть публикации об отрицательном влиянии на смертность у пожилых больных ОИМ полной блокады ЛНПГ [155], пароксизмальной фибрилляции предсердий (ФП), осложнившей течение ОИМ при условии проведения тромболизиса [74], повышенного уровня креатинина крови [36].

Анализ литературы по выявлению неблагоприятных факторов ближайшего прогноза у больных ОИМ выявил следующее. В целом, прогноз больных с ОИМ зависит от трех основных факторов: 1) степени нарушения насосной функции сердца; 2) состояния коронарных артерий; 3) вероятности возникновения опасных для жизни аритмий [28].

По мнению отечественных кардиологов в первые часы ОИМ предикторами госпитальной летальности являются ОЛЖН и НРС [29], однако в полной мере нельзя на это ориентироваться, т.к. возможное расширение зоны некроза может существенно изменить прогноз [28]. По классификации Russek H.I. et al., 1952 к группе с плохим прогнозом при поступлении относят больных с повторным ИМ, с длительно некупирующимся болевым синдромом, с ОЛЖН, аритмиями, с диабетическим ацидозом, выраженным ожирением и с тромбоэмболией легочной артерии в анамнезе [159].

Вероятность летального исхода у больных ОИМ можно определить, рассчитав прогностические индексы Пила и Норриса. В первом случае играет роль возраст, пол, анамнез ИБС, ИКШ, ОЛЖН, изменения комплекса QRST по ЭКГ и ритм сердца [149]. Индекс Норриса учитывает возраст, локализацию ИМ, уровень САД при поступлении, размеры сердца и ОЛЖН по данным рентгенографии и стенокардию и ИМ в анамнезе [145]. Обращает внимание, что в

индексе Пила предопределено, что возраст 65 лет и старше дает самый высокий балл, в то время, как в индексе Норриса учитывается каждое прожитое больным десятилетие.

По данным многофакторного анализа, американскими кардиологами были выделены показатели, наиболее тесно связанные с госпитальной летальностью. Ими стали возраст более 60 лет, повторный ИМ, ХСН до ОИМ, рецидивирование ИМ в ранние сроки, хронические обструктивные заболевания легких, СД, тахикардия свыше 100 ударов в минуту, ОЛЖН II-IV класса по классификации T. Killip, выраженная систолическая дисфункция, активность КФК в плазме более 2000 МЕ, ФЖ, возникшая позже 24 ч от начала ОИМ, полная блокада ЛНПГ, возникшая в ранние сроки ИМ, АВ блокада III степени, нарастающая интенсивность ангинозной боли, передний ИМ, ПФП в первую неделю ИМ, ФВ ниже 40%, повышение креатинина и мочевой кислоты крови во время госпитализации, частая ЖЭС и ЖТ, за исключением первых 2 суток ОИМ, ранняя постинфарктная стенокардия [2]. Отсюда видно, что пожилой возраст занимает одно из первых мест в перечне неблагоприятных факторов. Однако, лишь в сочетании с другими признаками он становится предиктором госпитальной летальности.

Несмотря на такое разнообразие причин, нельзя не отметить влияние лечения, в частности ТЛТ, на госпитальную летальность среди пожилых больных ОИМ. Мнения на этот счет разделились на три группы. Так, ряд авторов считают, что высокая смертность связана с недостаточным использованием тромболизиса у этих больных. [17, 23, 49, 12, 133, 143, 153, 157, 158, 172].

При этом некоторые исследователи утверждают, что ТЛТ только усугубляет и без того серьезное положение пожилых больных ОИМ [148, 168]. По мнению Roger V. L., et al., 2001 и Kratochwil D. Et al., 2001 с началом активного использования ТЛТ выросла госпитальная летальность у больных женского пола старше 70 лет примерно на 8% [121, 157].

И, наконец, существует третья группа авторов, по мнению которых ТЛТ просто бесполезна среди этой категории больных ОИМ и на смертность не оказывает никакого влияния [39, 83, 94, 105].

В то же время необходимо отметить, что исследование FTT показало, что ТЛТ более эффективна у больных с высоким риском неблагоприятного исхода ИМ. Так, если до 55 лет ТЛТ спасала 11 жизней, то с 55 до 64 лет – уже 18 жизней, а с 65 до 74 лет – 27 жизней на 1000 пролеченных больных. У больных старше 75 лет этот показатель резко падал до 10 спасенных жизней [78].

Таким образом, возможности ТЛТ у пожилых больных ОИМ все еще не определены и в целом, и в отдельных подгруппах этой категории пациентов [80].