

### **1.4.3. Клиническое течение инфаркта миокарда при тромболитической терапии.**

Несомненно, что основными конечными точками, определяющими эффективность той или иной терапии, являются госпитальная и отдаленная летальность. Однако, проведенная ТЛТ существенно изменяет клиническое течение ИМ, поэтому нельзя забывать о таких влияющих на прогноз факторах, как ХСН, рецидивы ИМ и т.д. [30] Возможные осложнения этой терапии, также оказывающие влияние на течение ИМ, были рассмотрены в предыдущем разделе. Кроме того, анализ клинического течения ИМ при ТЛТ позволит выбрать оптимальную тактику ее проведения у пожилых пациентов.

Отправной точкой всех клинических изменений при ТЛТ у больных ОИМ, за исключением ряда осложнений этой терапии, принято считать наличие или отсутствие реперфузии ИСКА [1, 103, 107, 108, 112, 116, 130, 161]. Существуют работы, авторы которых пытались определить предикторы успешного тромболиза и их влияние на прогноз [21, 68, 99, 136].

Те немногие авторы, которые анализировали влияние восстановления антеградного кровотока в ИСКА у пожилых больных ОИМ, склоняются к мнению, что и у этих больных реперфузия ИСКА приводит к уменьшению частоты ХСН, улучшает сократимость и амплитуду движения стенок в месте ИМ, снижает частоту желудочковых аритмий и, таким образом, способствует снижению смертности этих больных [49, 72, 98, 163]. Все эти данные совпадают с данными больших многоцентровых исследований, куда обычно не включались больные старших возрастных групп [99, 100, 127].

В то же время существует группа авторов, которые полагают, что на более тяжелое течение ИМ у пожилых при прочих равных условиях оказывает влияние не отсутствие реперфузии, а другие факторы, такие, как низкая фракция выброса и многососудистое поражение коронарного русла [83].

Известно, что тромболитические агенты обладают прокоагулянтной способностью за счет истощения, а затем компенсаторного увеличения свертывающего потенциала крови. Поскольку при старении нарушается свертываемость крови, то теоретически можно ожидать более резкую гиперкоагуляцию, чем у более молодых больных и, как следствие, реокклюзию. И действительно, у пожилых обнаружен более длительный период гиперкоагуляции [37, 40]. Некоторые авторы говорят о влиянии гиперхолестеринемии на увеличение числа реокклюзий [142].

Что касается реинфарктов, то авторы считают, что их частота растет с возрастом при проведении ТЛТ и достигает 4,4-9,2% в зависимости от пола и локализации ИМ [83, 141], а по мнению российских кардиологов у больных старше 75 лет значителен рост не только реинфарктов при проведении ТЛТ – 17,6% против 5,3%, но и – в меньшей степени – постинфарктной стенокардии [30].

Многоцентровые исследования отражают ситуацию по реинфарктам в целом, без деления по возрастным группам. Так, по данным SWIFT реинфаркты возникали при применении у 15,1% больных [166], в исследовании TAPS показана реокклюзия на 21-й день у 6,3% больных [144], а в КАМИТ – у 1-10% больных в зависимости от тромболитика [102].

Gottlieb S. et al. , 1996 сообщают о значительной связи ЖТ и ЖЭС с 1- и 10-летней смертностью при ИМ; причем особенно у лиц старше 65 лет [98]. Другие авторы также говорят об уменьшении частоты желудочковых аритмий, не считая реперфузионных, у больных после ТЛТ, что может оказывать благоприятное влияние на выживаемость [72, 163].

Важным прогностическим моментом представляется влияние ТЛТ на развитие ХСН, которая часто развивается или утяжеляется после перенесенного ИМ. Согласно многоцентровым исследованиям, ТЛТ у молодых больных ОИМ

сокращает число случаев ХСН или, как минимум, уменьшает ее тяжесть [61, 111, 126].

Многие авторы говорят о том, что ХСН является независимым фактором, способствующим повышению смертности больных ОИМ, в т.ч. и пожилого возраста [45]. Работы отечественных кардиологов показали, что применение ТЛТ значительно снижает частоту ( в среднем, в 2-3 раза) и тяжесть развития ХСН у пожилых и старых больных ОИМ [30]. Ряд авторов находят [49, 163], что у больных ОИМ пожилого возраста частота развития ХСН варьирует от 9,9% до 27,3% в зависимости от пола и локализации ИМ [141]. Поэтому не вызывает сомнения важность решения вопроса о влиянии ТЛТ на развитие ХСН.

Относительно влияния тромболиза на развитие острой аневризмы ЛЖ есть данные, что у больных ОИМ старше 75 лет при проведении ТЛТ чаще развивается это осложнение ИМ (11,8% против 5,3%), а в возрасте 66-75 лет – реже (8,2% против 10,5%) [30]. Также есть данные, что ТЛТ предупреждает внутрисердечный тромбоз левого желудочка, который очень часто обнаруживается при обширном переднем ИМ (в 39%), а при неэффективном тромболитическом лечении при отсутствии коллатералей достигает 75% [150].

Кроме того, в группе больных, получавших ТЛТ, было меньше случаев повторных ИМ и госпитализаций в связи с прогрессированием ИБС [30].

В заключение хочется изложить версию одного из авторов о причинах снижения эффективности ТЛТ. Существует мнение, что при введении стрептокиназы часть дозы нейтрализуется антителами к стрептококковому антигену. Проведя исследование в этом направлении Al Shwafi K. et al., 2000 обнаружили резистентность к стрептокиназе у 29% больных, причем у больных старше 65 лет гораздо чаще, чем у молодых (42% против 17%,  $p < 0.0001$ ), при этом по полу показатели не различались [38].

Таким образом, в литературе не представлено однозначного мнения о влиянии ТЛТ на клиническое течение ОИМ у больных пожилого и старческого возраста.