

ГЛАВА IV. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

4.1. Анализ эффективности тромболитической терапии у пожилых больных острым инфарктом миокарда.

4.1.1. Влияние тромболитической терапии на госпитальную летальность.

Летальность и смертность у пожилых и старых больных ОИМ выше, чем у молодых [25, 30, 39, 50, 51, 64, 83, 89, 91, 96, 141]. Это различие также сохраняется в случае проведения ТЛТ и у тех, и у других [95]. Поскольку уже четко доказано, что у нестарых больных ТЛТ значительно улучшает прогноз [27, 34, 60, 95], то необходимо выяснить – присутствует ли эта закономерность и у больных после 60 лет. В связи с этим было предпринято изучение и сравнение двух категорий больных – с проведенным тромболизисом и без него. Необходимо было определить, насколько ТЛТ показана пожилым и старым больным ОИМ, а также какие факторы оказывают влияние на смертность этих больных.

Согласно классификации ВОЗ от 60 до 74 лет люди считаются пожилыми, а после – уже старыми [8]. Известно, что из многих исследований, таких как ESPRIT, TAPS, RAPID 1, RAPID 2, ISAM, TAMI 5, исключались больные, как раз начиная с 75-летнего возраста [61, 112, 134, 144, 178]. В связи с этим, а также для определения необходимости возрастного разграничения для проведения ТЛТ, все больные были поделены на две когорты – 60-74 лет и 75 лет и старше.

Было выявлено, что у лиц сходного возраста при проведении и непроведении ТЛТ госпитальная летальность статистически значимо не различается и составляет соответственно 16,2% против 17,2% у пожилых и 23,3% против 24,3% у старых больных ОИМ. Проблема высокой госпитальной летальности от ОИМ рассматривалась многими авторами [25, 39, 46, 66, 69, 83, 84, 91, 96, 141]; все они говорят о чрезвычайном ее росте после 65 лет и приводят довольно широкий диапазон – от 18,5% до 50%, в среднем до 30-35%. Таким образом, полученные нами значения этого показателя у пожилых больных даже несколько ниже, чем у дру-

гих исследователей. Однако, это может быть связано с тем, что в исследование включались больные не с 65-, а с 60-летнего возраста. Кроме того, по данным GUSTO-1 больные ОИМ от 65 до 74 лет умирали в 9,5%, а от 75 до 85 лет – в 19,6% случаев [103]. В таком случае наши данные представляются не столь утешительными.

И все-таки, и у пожилых, и у старых больных наши показатели госпитальной летальности значительно меньше часто приводимой авторами 30-35% летальности.

Поскольку нами не было обнаружено влияние ТЛТ на размеры госпитальной летальности у лиц сходных возрастов, была предпринята попытка с помощью регрессионного анализа определить факторы, приводящие к неблагоприятному ближайшему прогнозу. Было найдено, что сам факт проведения ТЛТ, а также возраст больного не влияет на этот показатель, чего нельзя сказать об отсутствии реперфузии ИСКА (либо вследствие неэффективного тромболизиса, либо вследствие его непроведения вообще). Наиболее выраженное влияние на госпитальную летальность у больных 60 лет и старше оказывают наличие острой аневризмы ЛЖ, рецидива ИМ, ФЖ и отека легких при поступлении.

В результате подтверждения влияния реперфузии ИСКА на госпитальную летальность было решено более детально рассмотреть этот аспект. При анализе было получено, что у больных 60-74 лет значительно снижалась госпитальная летальность (6,6% против 20,6%) в случае эффективного тромболизиса, чего нельзя сказать о больных 75 лет и старше (21,9% против 22,8%). Для сравнения, по данным исследования GUSTO-1, 30-дневная летальность у пожилых больных с открытой ИСКА составила 17,8% [103] и, таким образом, превышает наши усредненные показатели.

Также обращает на себя внимание факт, что у больных сходных возрастов летальность при эффективном тромболизисе ниже, чем при всех случаях проведения ТЛТ. По-видимому, это объясняется тем, что восстановление кровотока в зоне ИМ, способствующее уменьшению зоны некроза в первом случае имеет место у всех больных, а во втором – лишь у части пациентов.

Таким образом, госпитальная летальность у больных пожилого и старческого возраста зависит от ряда причин: наличие острой аневризмы ЛЖ, рецидива ИМ, отека легких при поступлении, двух и более ФР, таких НРС как ФЖ, АВ блокада, пароксизмы ФП при отсутствии реперфузии ИСКА. Видно, что возраст не входит в этот перечень. В то же время влиятельным фактором выступает восстановление антеградного кровотока в зоне ИМ. Нами установлено, что реперфузия ИСКА значительно снижает летальность у пожилых больных, практически не влияя на этот показатель у старых пациентов.