

4.3. Влияние тромболитической терапии на клиническое течение инфаркта миокарда.

При анализе больных по факту проведения и непроведения ТЛТ, нами обнаружено положительное влияние этой терапии на клиническое течение ОИМ у пожилых и старых больных. Более отчетливо это влияние прослеживается у больных 60-74 лет, особенно в случае эффективного тромболизиса. У пожилых больных значительно выражено положительное влияние ТЛТ на частоту НРС, а также на морфофункциональный статус ЛЖ и развитие ХСН. Поскольку все основные различия в клинике появлялись при сравнении больных с открытой и закрытой ИСКА, мы начали анализ в группах, сформированных по этому признаку.

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].

По нашим данным при проведении тромболитической терапии ИСКА открывалась одинаково часто: у 120 человек (62,8%) 60-74 лет и у 26 человек (60,5%) 75 лет и старше.

Многие авторы склоняются к мнению, что и у пожилых больных ОИМ реперфузия ИСКА приводит к уменьшению частоты ХСН, улучшает сократимость и амплитуду движения стенок в месте ИМ, снижает частоту желудочковых аритмий и способствует снижению смертности этих больных [49]. Данные по госпитальной и отдаленной летальности, полученные при сравнении больных с открытой и закрытой ИСКА, красноречиво свидетельствуют о благоприятном влиянии на прогноз медикаментозной реперфузии.

Мы обнаружили также значительное сокращение НРС у больных 60-74 лет при проведении ТЛТ, особенно в случае ее эффективности. Наши данные совпадают с мнением зарубежных кардиологов [72, 98, 163], усматривающих в этом благоприятное влияние на выживаемость. Действительно, если считать, что наличие и выраженность НРС отражают степень поражения миокарда при ИМ, то

открытие ИСКА приводит к уменьшению площади некроза и улучшению прогноза. По нашим данным, представляется особенно важным, что у больных 60-74 лет тромболизис значительно влияет на сокращение случаев ЖЭС и ФЖ.

Многие авторы говорят о том, что возраст становится важным предиктором смертности только при наличии ХСН [17, 56, 66, 83, 84, 133, 154]. Поэтому становится важным обнаруженный в нашем исследовании факт, что у больных 60-74 лет с ТЛТ реже развивается ХСН вообще и ХСН I стадии; это различие высоко статистически значимо. При условии проходимой ИСКА к этому добавляется и меньшее число больных с ХСН IIБ стадии. Эти данные коррелируют с лучшими показателями сократительной функции ЛЖ у пациентов с ТЛТ, особенно эффективной.

При условии эффективного тромболизиса у больных 60-74 лет почти в 2 раза реже развивалась острая аневризма ЛЖ; при сравнении же больных с ТЛТ и без ТЛТ этого различия не было.

Существует мнение, что одним из нежелательных последствий ТЛТ, в том числе у пожилых больных, является увеличение частоты рецидивов ИМ и постинфарктной стенокардии [30]. Однако, по нашим данным, ни у пожилых, ни у старых больных не было обнаружено статистически значимых различий по этим показателям (рис. 3, а; 9, а). Вероятно, связано это с тем, что у больных старших возрастных групп, как правило, хорошо развиты венечные коллатерали. Полученные сведения представляются важными потому, что рецидив ИМ у пожилых больных является одним из ведущих предикторов неблагоприятного ближайшего и отдаленного прогноза. Таким образом, при проведении ТЛТ у этих больных не следует опасаться снижения ее пользы из-за роста частоты реинфарктов.

Также выражено положительное влияние ТЛТ на клиническое течение ИМ у больных 75 лет и старше. У больных 75 лет и старше только в случае эффективной ТЛТ обнаруживается увеличение числа лиц с ХСН I стадии и уменьшение – с ХСН IIА стадии в сочетании с лучшими показателями

сократимости ЛЖ. Во всех случаях имеется статистически значимое различие между 2-мя группами.

При открытии ИСКА нами обнаружено увеличение числа больных 75 лет и старше с ХСН IIБ стадии, в то время, как при сравнении больных с ТЛТ и без ТЛТ количество больных с ХСН IIБ стадии по группам не различалось. Вероятно, это как раз те больные, которые неминуемо погибли бы и только благодаря эффективной ТЛТ остались живы, но с тяжелой стадией ХСН. Возможно, что в этом связано отсутствие влияния эффективной ТЛТ на госпитальную летальность и мало выраженное влияние на отдаленную смертность.

Влияния ТЛТ на развитие острой аневризмы ЛЖ, подобно больным 60-74 лет, у стариков нами выявлено не было. Однако, как и у пожилых больных ОИМ, у лиц 75 лет и старше не отмечено увеличения частоты постинфарктной стенокардии и рецидивов ИМ, что было расценено нами как положительный момент применения ТЛТ у этих больных (рис. 3, б; 9, б).

В целом же можно отметить, что рецидивов ИМ у больных с ТЛТ в нашем исследовании наблюдалось больше, чем у зарубежных авторов [83, 141], но сравнимо с данными некоторых отечественных кардиологов [30].

Постинфарктная стенокардия развивалась одинаково часто, независимо от возраста, проведения реперфузионной терапии и ее эффективности. Вероятно, это объясняется тем, что у пожилых и старых больных чаще всего наблюдается многососудистое поражение венечных артерий [12], поэтому стенокардия может быть не всегда связана именно с гемодинамически значимым стенозом ИСКА.

Таким образом, положительное влияние ТЛТ на клиническое течение у больных ОИМ имеется у всех больных 60 лет и старше. При этом оно ярче выражено у пациентов пожилого возраста, нежели у стариков.