

1.4.4. Оптимальные критерии для проведения реперфузионной терапии у пожилых больных острым инфарктом миокарда.

Нет однозначного мнения по поводу проведения ТЛТ у пожилых больных ОИМ. Однако, авторы, являющиеся сторонниками данного лечения, не дают конкретных рекомендаций для проведения тромболизиса у этой категории больных [28]. Крайне редко встречаются четкие методические разработки подобные той, какую предлагает V. Fuster, 1993, рекомендуя стрептокиназу предпочитать альтеплазе у больных старше 75 лет, после 4-х часов от начала ИМ и при необширных задних ИМ [16]. Так, представляется целесообразным определение наиболее расположенной для этой терапии категории пожилых больных ОИМ [138].

В настоящее время сложилась такая ситуация, что пожилым больным гораздо реже проводят ТЛТ, нежели более молодым пациентам с ОИМ – у лиц старше 70 лет, по разным данным, в 17-22,5% случаев против 31,1-50% соответственно [70, 121, 172].

Несмотря на то, что с годами частота проведения ТЛТ у пожилых возросла, она все еще остается довольно низкой и продолжает снижаться с увеличением возраста [59, 94, 151]. По данным Kotanski M. Et al., 2000 лишь 16% больных крупноочаговым ОИМ старше 75 лет получили ТЛТ [120], а по мнению других авторов их количество еще меньше – 5-9% [17, 30 137].

По материалам рекомендаций Американского кардиологического общества и Американской ассоциации по лечению инфаркта миокарда пожилой возраст не стоит в перечне противопоказаний к ТЛТ, однако безоговорочное проведение тромболизиса рекомендуется только больным моложе 75 лет в течение 12 ч от начала ОИМ согласно критериям ВОЗ [160]. Таким образом, у больных старше 75 лет меньше надежды на проведение реперфузионной терапии.

По данным литературы причины непроведения ТЛТ у пожилых больных ОИМ разнообразны. Некоторые авторы мотивируют отказ от ТЛТ наличием относительных противопоказаний, при этом в 5 раз снижается вероятность

проведения ТЛТ у пожилых [58, 59]. О старческом возрасте как причине отказа от ТЛТ высказываются многие [17, 58, 59, 77, 94, 140, 151]. Трудности диагностики из-за нетипичной ЭКГ, порой влекущие за собой отсрочку для начала терапии, а также непосредственно позднее поступление – позже 6-12 часов от начала ИМ – также играют немаловажную роль в отказе от ТЛТ [17, 58, 59, 151].

Среди прочих причин называют женский пол [59, 77, 88], наличие полной блокады ЛНПГ [164], гипотонию [59], ХСН и тахикардию более 100 в минуту при поступлении [94], повторный ИМ [58], наличие СД [140].

Хорошо известен факт, что пожилым больным реже проводят ТЛТ из-за позднего поступления. С увеличением возраста все меньше и меньше больных поступают раньше 6 часов от начала ИМ – 58,4% больных старше 65 лет и 49,7% больных старше 80 лет [138].

По некоторым данным только 13% молодых больных поступают после 6 ч от начала ИМ, (59) в то время, как среди пожилых с документированной ИБС это уже 50% [172]. По данным S. Wagner et al., 1998 в возрасте 76 ± 5 лет отсрочка в проведении ТЛТ равна 140 минутам, а в 79 ± 6 – 420 минутам [177]. Verstraete M et al., 1996 считает, что пожилым ОИМ на 2 ч позже проводят ТЛТ, чем молодым больным [175].

Также позднее проводят ТЛТ у пожилых при наличии полной блокады ЛНПГ как проявления ОИМ [164] и женщинам [70], хотя считается что и у тех, и у других прогноз при ОИМ плохой.

Таким образом, критерии для проведения реперфузионной терапии у пожилых и старых больных ОИМ четко не обозначены, в то время как повышенная госпитальная летальность и неудовлетворительный отдаленный прогноз этой категории больных диктуют более детальное рассмотрение данного вопроса и поиск оптимального решения.