

#### **4.4. Выбор оптимальных критериев для проведения тромболитической терапии у пожилых и старых больных острым инфарктом миокарда на основании анализа ближайшего прогноза.**

Сегодня критерии проведения ТЛТ у молодых больных ОИМ выработаны хорошо; при этом нет четких рекомендаций по реперфузионной терапии у больных более старших возрастных групп [138]. При этом у последних довольно часто вопрос решается не в пользу проведения ТЛТ [70, 121, 172].

На выбор может повлиять ряд причин, зависящих и не зависящих от врача. Так, хорошо известен факт, что пожилым реже проводят ТЛТ из-за позднего поступления по вине больных [175, 177]. По некоторым данным только 13% молодых больных поступают после 6 ч от начала ИМ [59], в то время, как среди пожилых с документированной ИБС – уже 50% [172]. По нашим данным около половины больных 60-74 лет получили ТЛТ до 6 ч от начала ИМ; среди лиц 75 лет и старше таких было немногим больше четверти.

Тромболизис несколько раньше начинали у пожилых больных в сравнении со старыми – через  $4,3 \pm 0,2$  ч против  $4,9 \pm 0,4$  ч от начала ОИМ. В то же время реперфузия наступала приблизительно в одно и то же время – через  $5,5 \pm 0,3$  ч против  $5,6 \pm 0,5$  ч от начала ОИМ.

Таким образом, наши данные совпадают с неутешительными выводами, опубликованными в печати.

Многие авторы указывают на возраст, как одно из противопоказаний к ТЛТ [17, 58, 59, 77, 94, 140, 151]. При определении предикторов госпитальной летальности нами было показано, что возраст 60 лет и старше не оказывает на нее сколько-нибудь значимого влияния. Таким образом, возраст 60 лет и старше не является даже относительным противопоказанием к проведению ТЛТ, что совпадает с мнением ряда клиницистов [17, 23, 49, 121, 133, 143, 153, 157, 172].

С помощью регрессионного анализа нами были обнаружены причины, которые останавливают врача для проведения ТЛТ (табл. 17). Ими оказались в порядке убывания значимости: возраст старше 80 лет, ИМ в анамнезе и прибытие к больному СМП позже 4,6 часов от начала ИМ.

Очевидно, что с одной стороны, имеющаяся тактика проведения ТЛТ не является оптимальной. С другой стороны, о необходимости проведения ТЛТ у больных пожилого и старческого возраста говорит значительное количество сохраненных жизней (табл. 11).

В то же время, во всех уравнениях логистической регрессии одним из предикторов выживаемости выступает именно реперфузия ИСКА, а сам факт проведения ТЛТ не оказывает влияния на ближайший и отдаленный прогноз у этих больных. В связи с этим была предпринята попытка поиска оптимальной тактики проведения ТЛТ.

При анализе факторов, которыми располагает врач при поступлении больного в стационар, нами установлено, что наиболее часто летальный исход наблюдается при сочетании переднего ИМ, отека легких, ФЖ, АВ блокады и пароксизмов ФП (табл. 21, 22). Наибольшее же количество открытых ИСКА достигается при сочетании заднего ИМ, ОЛЖН I или II класса (Т. Killip), прибытии к больному бригады СМП до 2,1 ч от начала ИМ и при отсутствии предынфарктного состояния (табл. 19, 20).

Отсюда вытекает перечень признаков, наличие которых должно решить вопрос в пользу проведения ТЛТ. В этом случае резко увеличивается вероятность извлечь наибольшую выгоду от применения этой терапии у данного больного.

Можно сделать вывод, что всем больным с ФЖ, АВ блокадой и пароксизмами ФП, с прибытием к ним СМП до 2,1 ч от начала ИМ и отсутствием предынфарктного состояния, независимо от локализации ИМ и класса ОЛЖН (I-III) целесообразно проведение ТЛТ вследствие высокой вероятности сочетания ее успеха с улучшением прогноза жизни.

При анализе факторов, могущих влиять на госпитальную летальность на протяжении 28 суток, вырисовывается несколько иная картина (табл. 23).

Методом пошагового логистического анализа из предложенных предикторов было отобрано 8 признаков для общей группы. На первый план выступили развитие острой аневризмы ЛЖ и рецидива ИМ. Дополнительное наличие у больного ФЖ, отека легких, АВ блокады, двух и более ФР, пароксизмов ФП и отсутствие реперфузии ИСКА приводит к летальному исходу в 86% случаев. При этом необходимо отметить, что сам факт проведения ТЛТ также не влияет на госпитальную летальность, чего нельзя сказать об успешном тромболизисе.

Таким образом, можно сказать, что при наличии вышеназванных признаков на госпитальном этапе у больных в возрасте 60 лет и старше необходимо искать другие пути реваскуляризации миокарда, т.к. вероятность неблагоприятного ближайшего прогноза весьма высока.