

**ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ****А.М. Кочергина***ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
650029 г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а**ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
650002, г. Кемерово, Сосновый бульвар, 6*

В аналитическом обзоре литературы приведены данные об эффективности и безопасности чрескожных коронарных вмешательств при остром коронарном синдроме у пациентов пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, пожилой пациент, чрескожное коронарное вмешательство.

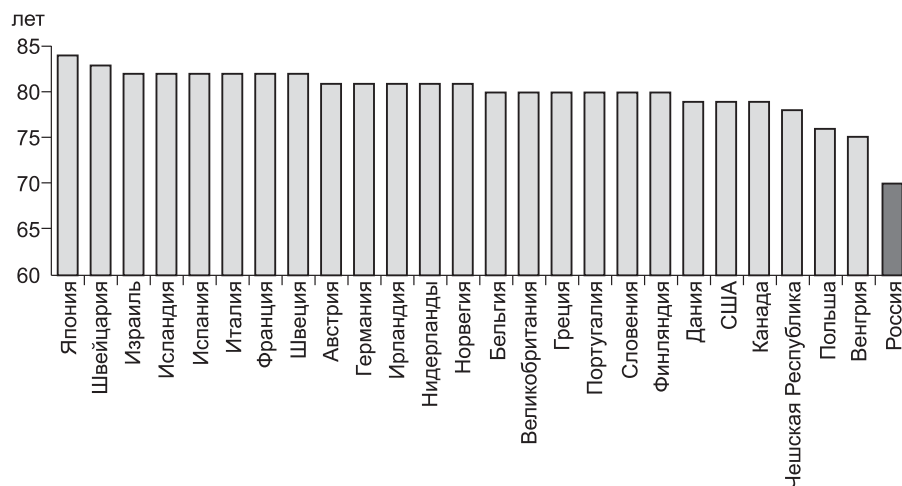
**ГЛОБАЛЬНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ К УВЕЛИЧЕНИЮ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ
В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСТРОГО
КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

Проблема глобального старения населения Земли широко обсуждается научным сообществом с самых разнообразных позиций. Большое число лиц пожилого и старческого возраста — это и финансовое бремя для экономики, и новые задачи для современной медицины. По оценкам экспертов Организации Объединенных Наций, в 2010–2015 гг. ожидаемую продолжительность жизни для обоих полов 70 лет и более будут иметь 57 % населения мира [1]. Несмотря на тенденцию к увеличению средняя продолжительность жизни людей в разных странах имеет весьма существенные различия. Продолжительность предстоящей жизни женщин в Японии, Франции, Швеции превышает российский показатель более чем на 10 лет, в Финляндии, Австрии, Германии и Канаде — несколько менее чем на 10 лет. Разница в продолжительности жизни мужчин еще больше: в Японии и Швеции — практически на 20 лет, в Австрии и Канаде — на 18 лет, во Франции и Финляндии — почти на

17 лет больше, чем в России. При этом различия в продолжительности жизни женщин и мужчин в развитых зарубежных странах составляет от 4,3 года до 7,1 года против 12,9 года в нашей стране [2].

Вследствие глобального старения населения проблема курации пациентов старших возрастных групп становится все более актуальной, особенно это касается сердечно-сосудистых заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения предполагается, что количество смертельных случаев вследствие кардиоваскулярной патологии увеличится на 120 % для женщин и 137 % для мужчин в течение следующих двух десятилетий [3, 4]. Во всех развитых странах мира среди причин смертности лиц 65 лет и старше лидирует ишемическая болезнь сердца (ИБС), особенно ее острые формы, такие как нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда. Ввиду прогрессивного увеличения продолжительности жизни населения Европы в скором времени следует ожидать значимое увеличение числа пациентов с ИБС в возрасте старше 65 лет [5]. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения с точки зре-

Кочергина Анастасия Михайловна — очный аспирант кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии по специальности кардиология, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», лаборант-исследователь лаборатории патологии кровообращения отдела мультифокального атеросклероза ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН, e-mail: noony88@mail.ru



Ожидаемая продолжительность жизни населения в разных странах мира.
По данным на 2011 г. (интернет-ресурс <http://www.un.org>)

ния здравоохранения имеет двойное значение. С одной стороны, рост доли лиц пожилого и старческого возрастов в популяции есть результат применения современных высокоэффективных методов оказания медицинской помощи и может рассматриваться как индикатор ее качества. С другой стороны, значительное стойкое увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста ставит перед практикующими врачами сложные задачи выбора оптимальной тактики ведения этой категории пациентов, так как доказательная база в их отношении весьма слабая. Так, известно, что в наиболее крупных рандомизированных исследованиях, доказавших приоритет первичного чрескожного коронарного вмешательства (пЧКВ), пожилой возраст был критерием исключения. Причем если возраст непосредственно и не являлся критерием исключения, то, как правило, отсутствие достаточного числа пожилых пациентов в протоколах клинических исследований по оценке эффективности инвазивной тактики объяснялось наличием коморбидной патологии [6, 7]. Американская ассоциация сердца и Общество гериатров предлагают рассматривать течение острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST в четырех возрастных подгруппах: моложе 65 лет, 65–74 года, 75–84 года, 85 лет и старше. При этом многие авторы обращают внимание на то, что у пациентов часто имеет место несоответствие биологического и паспортного возраста. Единственные доступные рекомендации по ведению пациентов старших возрастных групп датированы 2007 годом, они обобщают более ранние данные и указывают на недостаточное число исследований по данной тематике. Devlin

et al. опубликовали данные регистра GRACE, свидетельствующие о том, что пожилые пациенты достоверно реже направлялись на коронароангиографию и реваскуляризацию, чем более молодые [8]. Многие практикующие врачи относят пациентов пожилого и старческого возраста к категории «неперспективных», мотивируя это низким реабилитационным потенциалом, социальной незащищенностью и коморбидностью. Подвижность, физиологические резервы, питание и усвояемость пищи (содержание альбумина, потеря веса), функциональные возможности (сила и уровень деятельности), социальные, познавательные и психологические проблемы – все это важные прогностические маркеры неблагоприятного исхода у пожилых пациентов, которые необходимо оценить лечащему врачу.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Анализ данных литературы позволяет обозначить некоторые особенности пациентов указанных возрастных групп. Следует отметить, что у пациентов пожилого возраста довольно часто наблюдаются атипичные ангинозные боли при ОКС без подъема сегмента ST [9]. В регистре GRACE средний возраст пациентов, у которых наблюдалась стертая клиническая картина, составил 72,9 года, тогда как средний возраст пациентов с типичными ангинозными приступами – 65,8 года. В регистре NRM1 только 40 % пациентов в возрасте 85 лет и старше имели типичную боль в груди по сравнению с 77 % в возрасте до 65 лет. Хотя боль в груди остается

ся общепринятым признаком ОКС независимо от возраста, пациенты пожилого и старческого возраста как первичную жалобу часто имеют одышку (49 %), тошноту и рвоту (24 %), обморок (19 %). Таким образом, у пожилых пациентов очень часто ОКС остается недиагностированным. С увеличением возраста вероятность выраженности атипичных признаков ОКС увеличивается. Не удивительно, что только немногим более половины пожилых пациентов в регистре NRM1 диагноз инфаркт миокарда (ИМ) был поставлен при первом контакте с медицинским работником, так как лишь у 56 % пациентов 85 лет и старше наблюдались ангинозные боли. Во Фремингемском исследовании также часто встречались случаи поздней диагностики ИМ или вообще отсутствие данного диагноза, что составляло 25 % всех ИМ и до 60 % недиагностированных или с поздней диагностикой ИМ у пациентов 85 лет. Атипичное начало ОКС является предиктором неблагоприятного прогноза (госпитальная смертность 13 % против 4 %, $p < 0,001$) частично из-за несвоевременного установления диагноза и отсутствия адекватного лечения. Учитывая приведенные выше данные, врачу необходимо обращать внимание и на нетипичные признаки ишемии миокарда у пожилых людей, т. е. проявлять повышенную настороженность в отношении ОКС у данной категории пациентов [10, 11].

В ряде источников указывается, что пациенты старших возрастных групп имеют меньше модифицируемых факторов риска развития ОКС, чем более молодые. Такая интересная особенность выражается в том, что распространенность сердечно-сосудистых факторов риска, таких как гиперлипидемия, сахарный диабет 2-го типа, табакокурение, увеличивается у пациентов в возрасте до 75 лет, но впоследствии уменьшается [12]. Исследование Euro Heart Survey обозначило некоторые различия в отношении факторов риска в зависимости от возраста. Так, лица до 75 лет чаще страдали ожирением, имели отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), чаще являлись курильщиками, в то время как пациенты старше 75 лет чаще имели в анамнезе ССЗ, страдали артериальной гипертензией и сахарным диабетом [13, 14]. Указанный парадокс можно объяснить с двух позиций: с одной стороны, лица с обилием факторов риска, в том числе модифицируемых, имели меньшую продолжительность жизни, с другой — вероятность дожития до пожилого старческого возраста выше у тех, кто исходно ведет более здоровый образ жизни.

Информация о позднем поступлении больных пожилого и старческого возраста не только встречается в литературных источниках, но и подтверждена собственными наблюдениями [15].

В лечении пациентов пожилого и старческого возраста существует много проблем этического характера, связанных как с медицинскими, так и социально-правовыми аспектами. Нужно помнить, что пациенты пожилого возраста наиболее социально уязвимы и часто чувствуют себя зависящими от родственников, не имеют возможности принимать самостоятельные решения. Дискриминация этой возрастной группы происходит в том случае, когда полноценную медицинскую помощь не оказывают вследствие оставшейся небольшой продолжительности жизни больного, в то время как пациент пожилого возраста не должен быть лишен возможности получения соответствующих медицинских и хирургических вмешательств исключительно из-за своего возраста. Иногда сами кардиологи препятствуют инвазивному ведению пожилых больных с острым коронарным синдромом, так как настороженно относятся к данной категории пациентов ввиду атипичной клинической картины заболевания, наличия сопутствующей патологии, сомнительного прогноза. Эти пациенты часто не получают современного лечения, так как клиницисты, ориентируясь на собственный опыт, относят их к группе неблагоприятного прогноза, полагая что чрескожное коронарное вмешательство больше вредит, чем приносит пользу. Данные крупных рандомизированных исследований заложены в основу современных рекомендаций. Однако указанная возрастная категория представлена в них весьма ограниченно, что не позволяет сделать окончательный вывод о преимуществе той или иной стратегии [8, 15]. Стоит отметить, что информация, доступная в литературных источниках, весьма скудна. Так, авторы одной из публикаций делятся своим опытом по поиску источников литературы: из 330 материалов, потенциально относящихся к теме «инвазивное ведение острого коронарного синдрома у пожилых пациентов», лишь 259 по содержанию соответствовали тематике. Из оставшихся 71 источника более чем в 50 % случаев представлена статистически недостоверная информация, либо данные малочисленных одноцентровых наблюдений. Таким образом, только 34 публикации из исходных 330 несли в себе важную информацию по ведению ОКС у пациентов пожилого и старческого возраста [16]. В то же время существуют данные, свидетельствующие об эффективности

первичных чрескожных вмешательств даже у лиц старше 80 лет, имеющих многососудистое поражение коронарного русла, протяженные поражения, мелкий диаметр коронарной артерии [12, 17], в дополнение следует отметить, что при сравнении исходов медикаментозного лечения и реваскуляризации пациенты пожилого и старческого возраста демонстрируют не менее значимое снижение летальности и иных неблагоприятных исходов, нежели более молодые пациенты [6, 7, 18, 19].

МИРОВОЙ ОПЫТ РЕПЕРFUЗИИ ПРИ ОКС ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Успехи во вторичной профилактике и лечении ИБС за последние десятилетия позволили существенно снизить летальность от острых ее форм [18]. Современные взгляды на ОКС с элевацией сегмента ST определяют преимущество реперфузионной терапии над непроведением таковой. Существует два способа восстановления кровотока в коронарной артерии: системная тромболитическая терапия (ТЛТ) [20] и первичное чрескожное вмешательство (ЧКВ). Аспекты выбора того или иного метода описаны в рекомендациях по ведению ОКС с подъемом сегмента ST, и каждый из методов имеет свои достоинства и недостатки [21, 22]. Основным принципом выбора метода является длительность от начала заболевания, тем не менее проведение ТЛТ должно дополняться дальнейшим коронарографическим исследованием с возможностью выполнения стентировующих процедур. Также при выборе способа реперфузии проводится оценка имеющихся противопоказаний. Одним из наиболее значимых противопоказаний к ТЛТ у лиц пожилого и старческого возраста является недавно перенесенное нарушение мозгового кровообращения [20]. Проведение ЧКВ в данном случае не противопоказано. Тем не менее пациенты пожилого и старческого возраста получают какую-либо реперфузию значимо реже, чем более молодые [23].

Регистр GRACE выявил некий «парадокс»: чем больше возраст больного, а следовательно, и степень риска неблагоприятных событий, тем реже пациенту проводится коронароангиография (КАГ) и коронарное вмешательство при ОКС. Указанный «парадокс», по-видимому, основан на всеобщей боязни «навредить» пожилому больному посредством инвазивного ведения ОКС. Кроме того, реально существует высокая вероятность многососудистого поражения коронарного русла, определяющего показания для открытой реваскуляризации миокарда, весьма затруднительной для проведения в старческом

возрасте. Имеются данные о том, что пациенты указанного возраста обращаются за медицинской помощью со значимой задержкой с момента манифестации симптомов [6, 24], возможно, факт позднего поступления в стационар влияет на выбор в пользу консервативного ведения [13].

В клинических руководствах при отсутствии противопоказаний рекомендуют проводить ТЛТ в период до 12 ч при ОКС с подъемом сегмента ST. Однако в регистре GRACE у 30 % пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, имеющих показания к проведению ТЛТ или ЧКВ, в течение 12 ч реперфузионную терапию не проводили. Чаще всего данный факт объясняли поздней госпитализацией пациентов в возрасте 75 лет и старше.

Известно, что до 9 % пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST имеют абсолютные противопоказания к тромболитической терапии. К относительным противопоказаниям относят неконтролируемую артериальную гипертензию (АГ), предшествующий инсульт, деменцию, постоянный прием антикоагулянтов (варфарин). Проведенный в Канаде анализ факторов, препятствующих проведению тромболитической терапии, показал, что чаще всего основной причиной непроведения ТЛТ является отсутствие данных электрокардиографии (ЭКГ) (у 50 % пациентов), поздняя госпитализация (19,4 %) и другие факторы (19,1 %), включающие возраст (5,6 %) и наличие противопоказаний (6,9 %). Под-анализ в группе пациентов 89 лет и старше с ОКС с подъемом сегмента ST показал, что в 22 % ТЛТ не проведена по субъективным предпочтениям пациентов.

Результаты выполнения первичного ЧКВ и ТЛТ, в которых участвовали пациенты старших возрастных групп, сравнивали только в нескольких исследованиях. На основании этих результатов был сделан вывод, что у данной категории пациентов предпочтительнее проводить первичное ЧКВ вследствие снижения смертности и частоты ИМ, хотя и ожидалось, что у пациентов геронтологического профиля чаще будут наблюдаться ишемический или геморрагический инсульты, что не подтвердилось на практике. В исследовании GUSTO-IV подтверждено уменьшение смертельных исходов в течение 30 дней при проведении ЧКВ по сравнению с ТЛТ у больных в возрасте старше 70 лет ($n = 300$), в отличие от пациентов старше 63 лет, принимавших участие в DANAMI-2, у которых наблюдали существенное снижение летальности в течение 30 дней, частоты ИМ или инсульта. Подобные результаты получены в исследовании TIMI. Преимущество проведения ЧКВ по

сравнению с ТЛТ в старшей возрастной группе наблюдали в трех небольших исследованиях у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, хотя в небольшой подгруппе больных старше 80 лет ($n = 131$) такого подтверждения не получили. В литературе также имеются данные, подтверждающие значимо большее положительное влияние статинов в группе пациентов пожилого и старческого возраста, чем в группе пациентов более молодого возраста [25].

При проведении метаанализа 10 исследований с 1985 по 1995 г. выявлено снижение смертности в течение 30 дней у пациентов после проведения ЧКВ по сравнению с ТЛТ (4,4 против 6,5 %, $p = 0,02$) и инсульта (0,7 против 2 %, $p = 0,007$). В анализе 23 исследований с длительным наблюдением (6–18 месяцев) также подтверждено преимущество ЧКВ в уменьшении летальности, реинфаркта, ишемического и геморрагического инсульта. В метаанализе PCAT объединено 11 рандомизированных исследований, проводимых с 1989 по 1996 г., в ходе которых сравнивали результаты лечения с помощью ЧКВ и ТЛТ ($n = 2635$). В этом анализе также показано преимущество ЧКВ в снижении смертельных исходов в течение 30 дней (13,3 против 23,6 %, $p < 0,05$) среди пациентов в возрасте старше 70 лет ($n = 640$). Абсолютное преимущество ЧКВ наблюдали у пациентов высокого риска, особенно следует отметить выявление низкого риска развития геморрагического инсульта (OR 0,34, $p = 0,009$).

В метаанализе 22 рандомизированных исследований обнаружили, что преимущество ЧКВ перед ТЛТ подтверждается в том случае, если пациент прибыл в медицинское учреждение спустя 2 ч после развития приступа и был старше 65 лет. Однако анализ подгруппы показал, что уровень смертности повышался с увеличением возраста от 1 % у лиц в 65 лет до 6,9 % у пациентов старше 85 лет. Приведенные данные подтверждают тот факт, что ЧКВ является эффективной стратегией в предотвращении реинфаркта и предстоящей операции аортокоронарного шунтирования [23]. При оценке риска реперфузионной терапии у больных пожилого и старческого возраста преимущество имеет ЧКВ, но следует помнить, что это доказано в небольших исследованиях, и данных относительно пациентов в возрасте 80 лет и старше недостаточно. Наибольшая вероятность смертельного исхода наблюдается у пациентов при развитии кардиогенного шока или госпитализации спустя 3 ч после развития приступа, что часто случается у пациентов пожилого и старческого возраста, и особенно требует проведения интервенционных вмешательств.

Группа ученых опубликовала результаты не-рандомизированного одноцентрового регистра DESIRE, в который проспективно набирались пациенты старческого возраста, перенесшие имплантацию стентов с лекарственным покрытием. Целью регистра было изучение отдаленных результатов стентирования коронарных артерий (более 1 года) у пациентов пожилого возраста в сравнении с более молодыми. Набор пациентов в исследование проводился с мая 2002 по май 2007 г. При этом из исследования исключались пациенты с острым инфарктом миокарда. Первичными конечными точками стали: кардиальная смерть, нефатальный инфаркт миокарда и реваскуляризирующая процедура, оцениваемые в госпитальный период и период отдаленного наблюдения. Пациенты-участники регистра были приглашены для контрольного обследования через 1, 3 и 6 месяцев, а далее – ежегодно на протяжении 5 лет. Всего в исследование было включено 1364 пациента, которые в зависимости от возраста распределились в 3 группы: группа I до 70 лет ($n = 914$); группа II от 70 до 80 лет ($n = 334$) и группа III старше 80 лет ($n = 116$). Несмотря на то что с увеличением возраста суммарная коморбидность также возрастала, госпитальные результаты всех трех групп были сопоставимы. Информация об отдаленных результатах получена для 97 % пациентов регистра. В отношении MACE не было получено статистически достоверных различий (7,6 % для лиц < 70 лет vs 5,4 % для лиц в возрасте 70–80 лет и 6,0 % для лиц 80 и старше, $p = 0,7$). Однако среди пациентов 80 лет и старше смерть от кардиальных причин встречалась чаще, отражая более тяжелый коморбидный фон и прогрессирование коронарной недостаточности. Нужно заметить, что случаи тромбозов стента встречались весьма редко (20 пациентов, 1,5 %), при этом в группах разного возраста различия не выявлены [17].

Отсутствие серьезной доказательной базы в отношении данной категории пациентов препятствует формированию единого мнения относительно оптимальной стратегии ведения [6, 7, 10].

Отбор пациентов пожилого и старческого возраста для проведения ранней инвазивной терапии сложен исходя из потребности учета риска как самого заболевания, так и риска вмешательства, но позитивный эффект, полученный в последних исследованиях, должен склонить решение в пользу инвазивных вмешательств [12].

Предиктором неблагоприятного прогноза при ЧКВ, в том числе у пожилых пациентов, согласно недавно полученным данным, можно

считать тяжесть поражения коронарного русла, оцененную по шкале Syntax. Так, группа авторов подсчитала балл по шкале Syntax у 114 пожилых пациентов с ОКС, подвергнутых первичному ЧКВ. Средний возраст пациентов составил $79,6 \pm 4,1$ года; согласно полученным баллам пациенты были разделены на группы: «низкий Syntax», балл ≤ 15 ($n = 39$); $15 <$ «средний Syntax» < 23 ($n = 40$) и «высокий Syntax», балл ≥ 23 ($n = 35$). Авторами изучены особенности госпитального периода, а также отдаленные результаты. Так, 30-дневная летальность в группе с показателем 23 балла и более была достоверно выше, чем аналогичный суммарный показатель в группе средних и низких значений ($37,1\% \text{ vs } 5,1\%$, $p < 0,0001$). Частота встречаемости МАСЕ («больших кардиоваскулярных событий») в 30-дневный период не различалась в зависимости от балла Syntax. Однако на этапе годовичного наблюдения тяжесть поражения коронарного русла, оцененная по указанной шкале, показала свою значимость в отношении неблагоприятного прогноза ($12,1\%$ для группы с высоким баллом vs $3,1\%$ суммарно для групп со средним и низким баллом, $p = 0,03$) [26].

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧКВ ПРИ ОКС У ЛИЦ УКАЗАННОГО ВОЗРАСТА

Настороженность в отношении геморрагических осложнений при выполнении ЧКВ является одним из веских аргументов против выполнения вмешательства у пациентов старших возрастов. Нельзя отрицать тот факт, что частота развития геморрагических осложнений у лиц пожилого и старческого возраста выше, чем у более молодых [27–29]. Тем не менее их абсолютное число не настолько высоко, чтобы стать аргументом против ЧКВ.

По данным Marzenna Zielinska et al. [29], в группе из 92 больных в возрасте $78,82 \pm 3,32$ года частота кровотечений составила $3,26\%$, локальных гематом – $4,35\%$. Литературные данные о частоте развития геморрагических осложнений различны. Стоит обратить внимание на то, что не существует единой унифицированной классификации. Одни из наиболее часто используемых – классификации TIMI и GUSTO, которые подразделяют геморрагические осложнения на «большие» и «малые», оставляя при этом без внимания «local site complications» – осложнения места доступа. Как правило, локальные геморрагические осложнения заслуживают внимания клиницистов лишь в случае выявления паравазального кровотока. Во всех других случаях под- и внутрикожные гематомы в реальной клини-

ческой практике могут быть не отражены в первичной документации, не выносятся в диагноз и, соответственно, не могут быть учтены. Авторы Регистра National Cardiovascular Data Registry определяли локальное геморрагическое осложнение как гематому размерами: от 10 см – при трансфemorальном, 5 см – при брахиальном и 2 см – при трансрадиальном доступе. При использовании таких критериев встречаемость локальных осложнений составила всего $2,5\%$ при объеме выборки в 300 000 пациентов.

Учитывая отсутствие унифицированного подхода, сравнивать данные разных авторов представляется затруднительным. Как бы то ни было, потребность в гемотрансфузии увеличивается с возрастом, что находит подтверждение во всех доступных литературных источниках. До 25% пациентов в возрасте 85 лет и старше нуждаются в возмещении кровопотери после ЧКВ. В исследованиях показано, что ЧКВ для лиц старших возрастных групп оказывает достоверно более позитивное влияние на летальность и выживаемость, риск геморрагических осложнений в госпитальный период у них существенно выше и достигает 17% в когорте пациентов от 75 лет и старше.

Первичной конечной точкой одного из опубликованных исследований были «большие» кровотечения после ЧКВ, под которыми понимались: паховая гематома, феморальное кровотечение и забрюшинная гематома. Значимой признавалась феморальная гематома диаметром от 4 см и более, потребовавшая переливания крови, хирургического гемостаза или пролонгирования сроков госпитализации. Под феморальным кровотечением понимали наружное кровотечение из бедренной артерии, которое привело к необходимости гемотрансфузии или оперативному вмешательству. Забрюшинная гематома верифицировалась ультразвуковым исследованием или компьютерной томографией у $0,49\%$ (17 из 3482 пациентов) [28]. В результате исследования были определены независимые предикторы «больших» кровотечений: возраст, женский пол, почечная недостаточность, размеры интродьюсеров, применение ингибиторов Пб/Ша, повышенные дозы гепарина [27]. Несмотря на более частую встречаемость осложнений при пЧКВ у пожилых пациентов снижение госпитальной летальности и улучшение отдаленных результатов оправдывает возможные риски.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОКС СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Средняя продолжительность жизни в России значимо ниже, чем в большинстве стран Евро-

пы. Тем не менее рост числа пациентов указанной возрастной категории отмечен как демографами, так и практикующими врачами. Результаты регистровых исследований РЕКОРД-1 и РЕКОРД-2 дают основания считать доступность высокотехнологичной помощи при ОКС в нашей стране весьма низкой. Реперфузия при ОКС с подъемом сегмента ST в инвазивных центрах выполнена у 60,9 % больных (пЧКВ — у 30,4 %). Пациенты, получившие пЧКВ, были достоверно моложе, среди них было меньше лиц старше 75 лет, с анамнезом ИМ, сердечной недостаточностью, классом Killip \geq II, высоким риском по шкале GRACE [23]. При проведении анализа доступности высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) при ИМ с элевацией сегмента ST в одном из инвазивных центров России были определены причины непроведения коронарографии: смерть больного до начала КГ (6 %), позднее поступление (>12 ч) при отсутствии тяжелой острой сердечной недостаточности (6 %), тяжелая сопутствующая патология (6 %), возраст старше 75 лет (49,6 %), отказ больного (0,8 %) [30]. Результаты РЕКОРД-2 демонстрируют снижение госпитальной летальности на 12,7 % у лиц 65 лет и более, в то время как у пациентов моложе 65 лет аналогичный показатель составил всего 0,6 % [23].

Практический опыт пЧКВ у данной категории российских пациентов отсутствует, а национальных рекомендаций в РФ, регламентирующих алгоритмы оказания помощи пожилым пациентам при остром коронарном синдроме, не существует [31].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно, что современная кардиология остро нуждается в систематизации любого опыта по лечению острого коронарного синдрома у больных старших возрастных групп. Недостаток достоверных клинических данных обозначают ученые во всем мире. Несмотря на то что частота осложнений при ЧКВ увеличивается с возрастом, инвазивная тактика ведения способна значительно улучшить как госпитальные, так и отдаленные результаты при ОКС у больных старших возрастных групп. Тем не менее с опорой на литературные источники можно предположить весьма нескорое изменение ситуации. Сегодня не решена проблема доступности ЧКВ не только в России, но и в мире, а следовательно, все выводы основываются на малочисленных, часто одноцентровых исследованиях. С учетом такового положения вещей обоснованной можно считать концепцию индивидуального подхода к выбору тактики ведения. Ограничение прав

пациента на получение показанного пЧКВ на основании паспортного возраста недопустимо.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демоскоп Weekly. [Электронный ресурс] URL: <http://www.demoscope.ru/weekly> (дата обращения 24.08.2013).
2. Организация Объединенных Наций. [Электронный ресурс] URL: <http://www.un.org> (дата обращения 12.09.2013).
3. American Heart Association. [Электронный ресурс] URL: <http://www.heart.org> (дата обращения 25.09.2013).
4. US Food and Drug Administration. [Электронный ресурс] URL: <http://www.fda.gov> (дата обращения 01.10.2013).
5. Masoudi F., Foody J., Havranek E. Trends in acute myocardial infarction in 4 US states between 1992 and 2001: clinical characteristics, quality of care, and outcomes // *Circulation*. 2006. Vol. 114. P. 2806–2814.
6. Alexander K.P., Newby L.K., Armstrong P.W. et al. Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology // *Circulation*. 2007. May 15. Vol. 115 (19). P. 2570–2589.
7. Ibrahim R. Hanna, Nanette K. Wenger. Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Elderly Patients // *Am. Fam. Physician*. 2005. Jun 15. Vol. 71 (12). P. 2289–2296.
8. Avezum A., Makkisse M., Spencer F. et al. Impact of age on management and outcome of acute coronary syndrome: observations from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) // *Am. Heart J*. 2005. Vol. 149 (1). P. 67–73.
9. Grosmaître P. et al. Significance of atypical symptoms for the diagnosis and management of myocardial infarction in elderly patients admitted to emergency departments // *Arch. Cardiovasc. Dis*. 2013. Vol. 106, Issue 11, November 2013. P. 586–592.
10. Karen P. Alexander et al. Acute Coronary Care in the Elderly // *Circulation*. 2007. Vol. 115. P. 2549–2569.
11. Lee P.Y. et al. Representation of elderly persons and women in published randomized trial of acute coronary syndromes // *JAMA*. 2001. Aug 8. Vol. 286 (6). P. 708–713.
12. Rathore S.S. et al. Race, sex, poverty, and the medical treatment of acute myocardial infarction in the elderly // *Circulation*. 2000. Aug 8. Vol. 102 (6). P. 642–648.
13. Rathore S.S. et al. Effects of age on the quality of care provided to older patients with acute myocardial infarction // *Am. J. Med*. 2003. Vol. 114 (4). P. 307–315.
14. Rosengren A. et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey // *Eur. Heart J*. *Eur. Heart J*. 2006. Vol. 27. P. 789–795.
15. Collinson et al. The management and investigation of elderly patients with acute coronary syndromes

- without ST elevation: an evidence-based approach? Results of the Prospective Registry of Acute Ischaemic Syndromes in the United Kingdom (PRAIS-UK) // *Age and Ageing*. 2005. Vol. 34. P. 61–65.
16. **Adriana Silveira de Almeida, Waldomiro Carlos Maneroi.** Peculiarities of ischemic heart disease treatment in the elderly // *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.* 2007. Vol. 22 (4). P. 476–483
 17. **Ribamar Costa J.Jr.** Drug-Eluting Stents in the Elderly: Long-Term (> One Year) Clinical Outcomes of Octogenarians in the DESIRE // *J. Invasive Cardiol.* 2008. Vol. 20. P. 404–410.
 18. **Alexander K.P. et al.** Evolution in cardiovascular care for elderly patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: results from the CRUSADE National Quality Improvement Initiative // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005. Vol. 46. P. 1479–1487.
 19. **Stettler C., Alleman S., Wandel S. et al.** Drug eluting and bare metal stents in people with and without diabetes: collaborative network meta-analysis // *BMJ*. 2008. Vol. 337. P. a1331.
 20. **Марков В.А., Вышлов Е.В.** Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда. Т.: СТТ, 2011. 148 с.
 21. **Грацианский Н.А. и др.** Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2007. № 8. С. 411–440
 22. **Руда М.Я. и др.** Диагностика и лечение острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2007. № 6. С. 415–500.
 23. **Эрлих А.Д., Грацианский Н.А.** и участники регистра РЕКОРД / Независимый регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // *Атеротромбоз*. 2009. № 1. С. 105–119.
 24. **Kannel W.B. et al.** Unrecognized myocardial infarction and hypertension: the Framingham Study // *Am. Heart J.* 1985. Vol. 109. P. 581–629.
 25. **Bu C. et al.** Protective Role of Statins in Patients With Acute Coronary Syndrome Aged ≥ 75 Years With Low LDL-C Who Underwent Percutaneous Coronary Intervention // *Angiology*. 2013
 26. **Frank Scherff et al.** The SYNTAX Score Predicts Early Mortality Risk in the Elderly with Acute Coronary Syndrome Having Primary PCI // *J. Invasive Cardiol.* 2011. Vol. 23 (12). P. 505–510.
 27. **Doyle B.J. et al.** Major femoral bleeding complications after percutaneous coronary intervention: incidence, predictors, and impact on long-term survival among 17,901 patients treated at the Mayo Clinic from 1994 to 2005 // *JACC. Cardiovasc. Interv.* 2008. Vol. 1 (2). P. 202–209.
 28. **Klaus A. Tiroch.** Risk Predictors of Retroperitoneal Hemorrhage Following Percutaneous Coronary Intervention // *Am. J. Cardiol.* 2008. Vol. 102. P. 1473–1476.
 29. **Marzenna Zielinska et al.** Early clinical results of primary angioplasty and stenting in acute myocardial infarction in the elderly Department of Cardiology, Institute of Cardiology, Medical University of Lodz, Poland // *New Medicine*. 2003. N 3. S. 49–52.
 30. **Тарасов Р.С. и др.** Прогностическая значимость шкалы SYNTAX в оценке исходов и выбора тактики реваскуляризации у пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST при многососудистом поражении коронарного русла // *Терапевт. арх.* 2012. Т. 84, № 9. С. 17–21.
 31. **Богомолов А.Н., Козлов К.Л., Курочкина О.Н., Олексюк И.Б.** Стентирование коронарных артерий у пожилых больных с острым инфарктом миокарда // *Успехи геронтологии*. 2013. № 1. С. 151–180.

MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN THE ELDERLY. PROBLEMS AND SOLUTIONS

A.M. Kochergina

Analytical review of literature provides information about efficacy and safety of percutaneous coronary interventions in the elderly with acute coronary syndrome.

Keywords: acute coronary syndrome, elderly patient, percutaneous coronary intervention.

Статья поступила 27 сентября 2013 г.