

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛЮДЕЙ ПРЕКЛОННОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Талипов Рустам Миркабилович

Ташкентский государственный медицинский университет

Резюме. Возрастающее число пожилых людей в современном мире делает актуальной проблему здоровья гериатрической популяции. Самой распространенной причиной заболеваемости и летальности в этой группе является ишемическая болезнь сердца, лидирующая по частоте госпитализаций, и вторая по смертности. Состояние сердечно-сосудистой системы у пожилых людей при инфаркте миокарда в последнее время вызывает интерес у многих исследователей. Следует отметить, что особенности клинической картины инфаркта миокарда у пациентов этих возрастных групп изучены недостаточно.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, старение, пожилой возраст, курение, алкоголь, артериальная гипертония, сахарный диабет.

Старение – неизбежная фаза развития организма, но это не одно и то же, что патологический процесс. Преобразования, что происходят в организме в ходе старения, при определенных условиях могут запустить развитие болезней. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы (ССС), не являясь первичными причинами старения, во многом определяют его характер и скорость [3].

Одной из важнейших проблем для мирового сообщества стала проблема постарения населения. По данным Комитета экспертов ВОЗ, в 1950 г. на Земле насчитывалось 214 млн. человек старше 50 лет, в 1975 г. – 350 млн., в 2000 г. – 590 млн., а к 2010 г., согласно прогнозам, их стало 1 млрд. 100 млн. человек, то есть более 15% населения. Налицо быстрое постарение населения, при этом растет доля людей старше 75 лет. В России на конец 1999 г. было около 30 млн. пенсионеров, что составляло 19% населения, из них 3,2 млн. человек были старше 80 лет [1].

Одним из моментов, оказывающих влияние на тяжесть развития ИБС, выступает старение населения. Данное общественное явление конца XX века получит своё продолжение. По некоторым оценкам, к 2010 году лица старше 65 лет повысят распространенность ИБС и артериальной гипертонии, которая выступает одним из главных факторов риска [2].

В соответствии с классификацией, принятой европейским региональным бюро ВОЗ (Киев, 1963), возраст от 45 до 59 лет считается средним, от 60 до 74 – пожилым, от 75 до 89 – старческим, а 90 лет и старше – возрастом долгожителей [5]. Помимо этого, в современной геронтологии разделяют понятия естественного и преждевременного старения. Последнее, будучи патологическим и отягощенным

болезнями, представляет собой наиболее распространенную форму старения человека [6].

Известно, что уровень заболеваемости среди пожилых людей в 2 раза, а среди лиц старческого возраста – в 6 раз выше, чем в среднем по популяции [4].

Так, по данным Всемирной Ассамблеи ООН по проблемам старения (1982), у 80-86% лиц старшего возраста наблюдаются хронические заболевания, снижающие физическую и социальную активность пожилых людей. Среди них, в том числе, выделяются и сердечно-сосудистые заболевания [2]. Для пожилых людей свойственна множественность патологии, при этом проявления одной болезни могут маскировать симптомы другой. В среднем, при тщательном клиническом обследовании у таких больных диагностируется не менее пяти заболеваний [3].

Говоря об ИБС, можно сказать, что она широко распространена среди пожилых людей и часто приводит к летальному исходу, что дает основания, с определенной долей условности, называть ее «болезнью старости». Согласно точке зрения российских геронтологов, данные эпидемиологических исследований и клинических наблюдений указывают на существенное увеличение частоты ИБС у людей старших возрастных групп [2]. Есть исследования, показывающие, что многие морфологические и физиологические изменения, считающиеся нормой, предрасполагают к нестабильности коронарных сосудов. Многие врачи полагают, что инволюционные изменения сердечно-сосудистой системы сходны с патологическими процессами при атеросклерозе и могут служить основой для его развития и прогрессирования [3].

В последнее время многие исследователи фиксируют тенденцию к «омоложению» инфаркта миокарда – одной из распространенных и опасных форм ИБС, требующей срочного медицинского вмешательства. Однако, из-за глобального старения населения, все больше людей пожилого и, особенно, старческого возраста сталкиваются с острым инфарктом миокарда. Растущее количество людей пожилого и старческого возраста в современном обществе делает проблему здоровья гериатрического населения первостепенной задачей.

ИБС теперь чаще всего встречается у пожилых. Первый инфаркт миокарда (ИМ) обычно случается в 60-65 лет, признаки поражения коронарных артерий обнаруживаются у 75% пациентов после 70 лет. В пожилом и старческом возрасте чаще наблюдается нетипичное течение ИМ, что требует особого подхода. Возрастные изменения и наличие сопутствующих заболеваний играют важную роль в развитии сердечных патологий у пожилых.

Изучение возрастных изменений ССС помогает лучше понять особенности возникновения и протекания острого инфаркта миокарда (ОИМ), так как изменения структуры и функции этой системы влияют на развитие патологических процессов.

У пациентов старших возрастных групп клиническая картина ИМ обладает рядом специфик. Большинство авторов считает, что у пожилых пациентов чаще развиваются атипичные формы патологии [8]. М.С. de Bruyne и соавторы, 1996, указывают на то, что после 65 лет удельный вес “немых” ИМ в 2-2,5 раза выше, а Thompson L. и соавторы, 1992, гораздо чаще у пожилых наблюдали клиническую картину ОИМ, проявляющуюся одышкой, синкопе и инсультами. На фоне выраженных склеротических изменений миокарда вероятнее возникновение обширного некроза, в основном субэндокардиальных отделов левого желудочка (ЛЖ) и межжелудочковой перегородки [3]. Из-за атипичного течения ИМ, важную роль в диагностике играют инструментальные и лабораторные методы. Однако у данной категории больных не всегда в остром периоде регистрируется смещение сегмента ST; изменения чаще заключаются в инверсии зубца Т. Кроме того, при повторных ИМ иногда может наблюдаться нивелирование существовавших ранее изменений – так называемая “псевдонормализация” электрокардиограммы (ЭКГ) [3]. В связи с этим, соответствие клинико-инструментальных показателей локализации ИМ и постинфарктного кардиосклероза данным секции фиксируется только в 85,5% случаев смерти больных старше 70 лет [6]. Стоит подчеркнуть, что у пациентов с выраженным кардиосклерозом изменение активности ферментов может быть незначительным, даже при обширном некрозе. Температурная реакция, а также реакция крови выражены значительно слабее, порой полностью отсутствуют вследствие гипореактивности организма [3].

В последнее время уделяется повышенное внимание исследованию факторов и механизмов ремоделирования левого желудочка сердца. Данный процесс универсален, представляя собой реакцию на гибель части миокарда, вызванную инфарктом, повторяющейся ишемией или чрезмерной нагрузкой давлением или объемом. Несмотря на обширный научный интерес, механизмы раннего и позднего постинфарктного ремоделирования у пациентов пожилого и старческого возраста остаются недостаточно изученными.

Заболеваемость инфарктом миокарда в пожилом возрасте связывают с различными факторами, такими как атеросклероз, ИБС, стенокардия, артериальная гипертония, первичный передний ИМ, а также сахарный диабет. При этом пожилой возраст пациентов считается одним из наиболее важных факторов, влияющих на прогноз при ОИМ. Kotamski M. и соавторы, 2000 указывают, что 50% летальных исходов от инфаркта миокарда приходится на пациентов старше 75 лет.

Berman N.D., 1979 отмечает, что в 1976 году среди пациентов, поступивших в отделения интенсивной терапии, доля пациентов в возрасте 70 лет и старше составила 21% [7]. А в конце 90-х годов с ОИМ госпитализировали, по разным данным, от 37% до 70% пациентов старше 70 лет. Анализ программы “Регистр острого инфаркта миокарда” в г. Томске за 15 лет выявил статистически значимый рост заболеваемости

острым коронарным синдромом с 8,92 до 10,31 на 1000 жителей среди населения старше 60 лет [4].

Анализ изменения смертности за последние десятилетия свидетельствует о том, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и внешних факторов в странах Западной Европы, Северной Америки и Австралии постепенно шла на убыль. Так, в США за период с 70-х до середины 90-х годов смертность от ИБС и ИМ снизилась на 51 и 60% соответственно, а от всех ССЗ - на 46% [2]. По сравнению со странами Европы (ЕС), российские показатели сердечно-сосудистой смертности выше в 3-4 раза [5]. В России смертность от болезней системы кровообращения (БСК) (ИБС + заболевания сосудов головного мозга) в 2000 г. составила 84,4%, тогда как в западноевропейских странах - 46,7%. Россия превосходит по показателям смертности от ИБС Японию (в 9,05 раз у мужчин и в 8,78 - у женщин), Канаду (в 8,1 раза у мужчин и в 7,8 раз у женщин). Смертность от ССЗ вносит наибольший «вклад» в снижение продолжительности жизни населения, сокращая ее у мужчин на 5,61 года (из них ИБС — на 3,09 года, сосудистые поражения головного мозга - на 2,01 года) и у женщин - на 5,45 лет (из них ИБС - на 2,5 года, сосудистые поражения головного мозга - на 2,75 года) по сравнению с ЕС. Продолжительность жизни в России в 1998 году у мужчин была на 13,6, а у женщин — на 7,8 лет меньше, чем в странах ЕС [5]. По данным 2006 года средняя продолжительность жизни в России составляет 66,7 лет (мужчины - 60,6 и женщины - 73,1). При этом в странах Западной и Восточной Европы продолжительность жизни составляет 78 лет [1]. Значительная распространенность ССЗ, высокая смертность от них предопределяет огромные экономические потери, связанные с временной потерей трудоспособности и инвалидностью [3].

Сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в западных странах было достигнуто, главным образом, благодаря предотвращению новых случаев ССЗ [16]. Данные положительные сдвиги связаны с уменьшением распространенности так называемых основных факторов риска ССЗ среди населения, провоцирующих развитие и прогрессирование ССЗ (ИБС, инсульт, поражений периферических артерий). В перечень этих факторов входят поддающиеся коррекции показатели (повышение уровня определенных фракций липидов, глюкозы в крови, повышенное артериальное давление (АД)), а также особенности образа жизни (курение, низкая физическая активность, чрезмерное употребление алкоголя) [8]. Пол, возраст и некоторые генетические особенности тоже относят к факторам риска ССЗ, но эти характеристики изменению не подлежат и применяются при прогнозировании возникновения и прогрессирования заболевания. Медицинские службы, влияя на основные факторы риска ССЗ в России (психосоциальный стресс, гипертония, курение, гиперхолестеринемия, злоупотребление алкоголем), наибольших успехов добиваются, воздействуя на АГ и курение: эти два фактора риска широко распространены среди населения (АГ – 40% взрослого населения, курение —

60% среди мужчин и 20-25% среди женщин), методы их выявления просты, хорошо разработаны подходы к их немедикаментозной и медикаментозной коррекции. Важным для профилактики основных факторов риска ССЗ является информирование населения о нормальных значениях физиологических показателей: АД <140/90 мм рт. ст., общий холестерин крови <5,0 ммоль/л, глюкоза крови <6,1 ммоль/л, окружность талии у мужчин менее 102 см, у женщин – менее 88 см [6]. Уменьшение уровня факторов риска ИБС сопровождается снижением вероятности развития самого заболевания [8]. Данное обстоятельство указывает на безусловную ценность и значимость проведения вторичной профилактики больных ССЗ, подчеркивает необходимость многостороннего подхода, объединяющего лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия [1].

Ранняя диагностика и последующая терапия ОИМ представляют особую трудность у больных пожилого возраста. Этому способствует специфика протекания болезней у пожилых людей и измененная реакция организма на внешние воздействия, в данном случае – на лечебные мероприятия.

Одной из важных проблем современной кардиологии является своевременный прогноз электрической нестабильности сердца, что является ключевым при предсказании развития потенциально опасных и угрожающих жизни аритмий. На данный момент практически недостаточно изучены особенности вегетативной регуляции сердечной деятельности, эктопической активности миокарда у пациентов с ИМ пожилого и старческого возраста, а также влияние медикаментозной терапии на эти параметры, которые имеют важное значение для подбора терапии, контроля за эффективностью лечения и оценки прогноза заболевания.

Согласно данным Фремингемского исследования, наличие в анамнезе перенесенного ИМ связано с увеличением в 7-10 раз риска последующих летальных и нелетальных коронарных событий у пациентов, перенесших острый ИМ. Снижения смертности от ИБС, особенно при наличии в анамнезе ИМ, можно достичь только путем активного проведения вторичной профилактики, поскольку даже эффективная первичная профилактика оказывается недостаточно результативной у лиц пожилого и старческого возраста.

Таким образом, необычная клиническая симптоматика, более тяжелое течение, частое возникновение осложнений и более неблагоприятный прогноз – вот основные особенности течения ИМ у пожилых больных.

Список литературы

1. Нурметов, Х. Т., Маруфханов, Х. М., Талипов, Р. М., & Тухтаева, Н. Х. (2023). Клиникоэпидемиологические особенности анкилозирующего спондилартрита в условиях стационар.
2. Нурметоа, Х. Т., Маруфханов, Х. М., Талипов, Р. М., & Тухтаева, Н. Х. (2023).

Clinical and Epidemiological Features of Ankylosing Spondylarthritis in A Hospital Setting.

3. Талипов, Р. М., Тулабаева, Г. М., Маманазарова, Д. К., & Сагатова, Х. М. (2014). Оценка эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда на госпитальном этапе. In *Вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике* (pp. 8-9).
4. Mirkabilovich, T. R., & Mirakbarovna, T. G. (2016). The effectiveness of ACE inhibitors and sartans patients with acute myocardial infarction in the elderly on a distant stage monitoring. *European science review*, (5-6), 120-122.
5. Mirkabilovich, T. R., & Mirakbarovna, T. G. (2016). Pharmacological and epidemiologic features of myocardial infarction in stationary condition and in the remote monitoring phase. *European science review*, (3-4), 183-185.
6. Талипов, Р. М., Каримов, М. Ш., & Абзалова, Д. А. (2025). Особенности Диагностики Хронической Сердечной Недостаточности У Больных Ревматоидным Артритом.
7. Aliavi, B. A., Iskhakov, S. A., Muminov, S. K., Tursunbaiev, A. K., Tolipov, P. M., & Muhamedova, M. G. (2014). Влияние L-карнитина на показатели эндотелиальной дисфункции и факторов воспаления у пациентов с острым инфарктом миокарда без зубца Q. *Буковинський медичний вісник*, 18(1 (69)).
8. Талипов, Р. М., Тулабаева, Г. М., & Маманазарова, Д. К. (2014). Регистр пациентов с инфарктом миокарда в условиях городской клиники. In *Вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике* (pp. 9-9).