

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

Трушников Н.С., соискатель кафедры госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мальчикова С.В.

uddefola@mail.ru

Актуальность: Инфаркт миокарда (ИМ), являясь одной из наиболее распространенных и летальных острых клинических форм ишемической болезни сердца (ИБС), заслуживает особого внимания.

Цель: изучить лекарственную терапию у пациентов старческого возраста и долгожителей, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы. В исследование включено 92 пациента, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в возрасте от 75 до 93 лет (средний возраст $81,6 \pm 4,2$), 64,1% женщин и 35,9% мужчин.

Результаты исследования. 97,8% пациентов страдали артериальной гипертонией (АГ), 40,2% перенесли в прошлом ИМ, 15,2% - нарушение мозгового кровообращения, 27,2% имели фибрилляцию предсердий (ФП), у 60,9% - симптомы сердечной недостаточности (СН). Наиболее частыми факторами риска являлись гиперхолестеринемия (41,3%), ожирение (33,7%) и сахарный диабет 2 типа (30,4%).

Частота назначений кардиологических лекарственных средств (ЛС), принимаемых пациентами до настоящего ИМ, не соответствовала имеющимся у них сердечно-сосудистым заболеваниям. Так, только 43,5% пациентов принимали ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы (иРААС), бета-адреноблокаторы (ББ) – 33,7%, диуретики – 21,7%, антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) – 10,9%, статины – 30,4%, антиагреганты 46,7%, оральные антикоагулянты (ОАК) всего 5,4% человек.

Каждый день принимали ЛС только 57,6% пациентов, 20,7% вообще не принимали лекарств, пропускали прием 1 раз в неделю – 12%, 2 раза и более – 9,8%. 14,1% забывают, 2,2% не хотят принимать ЛС ежедневно, у 2,2% больных регулярность приема зависит от льготного обеспечения.

У 46,7% пациентов диагностирован ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST), у 53,3% – ИМ без подъема сегмента ST. У 8,7% ИМ осложнился острой СН, у 10,9% впервые была зарегистрирована ФП, фракция выброса менее 40% выявлена у 14,1% пациентов, снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м² - у 62%.

Тромболизис был выполнен 23,3% из числа пациентов с ИМпST. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) осуществлено у 30,4%. Основными причинами отказа от ЧКВ было многососудистое поражение коронарного русла и высокий периоперационный риск.

При анализе лекарственной терапии в стационаре было выявлено, что лишь 76% пациентам были назначены иРААС, причем противопоказания были только у 2 пациентов с острым повреждением почек и ХБП 5 стадии и у 3 человек с гипотонией. В структуре назначений широко представлены статины - 100%, ББ - 88,0%, БКК – 66,3%, петлевые диуретики - 44,6%. Большинству больных 96,7% были назначены парентеральные антикоагулянты, внутривенную терапию нитратами получили 29,3% больных и 23,9% перорально, морфин в качестве обезболивания использовали в 19,6% случаев.

Большинство пациентов - 76 (82,6%) имели высокий риск кровотечения, средний балл по шкале HAS-BLED составил 3,5±0,6 балла, по шкале CRUSADE 42,0±12,9, по шкале PRECISE-DAPT – 30,2±8,1. Двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ) - ацетилсалициловая кислота+ антагонист P2Y₁₂-рецепторов - получили 65,2% человек и 10,9% – комбинацию клопидогреля и орального антикоагулянта, тройную (ДАТТ+ОАК) – 16,3%, монотерапию антиагрегантом – 4,3%.

Выводы. Частота назначений жизненно-необходимых кардиологических ЛС, принимаемых пациентами до настоящего ИМ не

соответствовала имеющимся у больных сердечно-сосудистым заболеваниям. Оказание помощи пациентам старше 75 лет имеет ограничения, связанные с тяжестью основного заболевания и высоким риском осложнений интервенционного лечения и лекарственной терапии.

Список литературы:

1. Baré M, Lleal M, Ortonobes S. et al. Factors associated to potentially inappropriate prescribing in older patients according to STOPP/START criteria: MoPIM multicentre cohort study. *BMC Geriatr.* 2022; 22(1):44. doi: 10.1186/s12877-021-02715-8.

2. Manoukian SV, Voeltz MD, Eikelboom J. Bleeding complications in acute coronary syndromes and percutaneous coronary intervention: predictors, prognostic significance, and paradigms for reducing risk. *Clin Cardiol.* 2007;30(10 Suppl 2): II24-34. doi: 10.1002/clc.20238.

3. Гарганеева А.А., Кужелева Е.А., Ефимова Е.В., Тукиш О.В. Медикаментозная терапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда, как важнейшая составляющая поликлинического этапа кардиореабилитации. *КардиоСоматика.* 2015; 6 (3):22-26. doi.org/10.26442/CS.201563.

4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS. et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal.* 2019; 40(3): 237–69. doi: 10.1093/eurheartj/ehy462.

5. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2015; 44(2): 213-8. doi: 10.1093/ageing/afu145.

Как цитировать:

Трушникова Н.С. Фармакотерапия инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста и долгожителей. *Материалы ежегодной Всероссийской научно-практической конференции "Коморбидность: междисциплинарный подход". Барнаул. Scientist. 2023; 3 (25): 46-48.*
