

На правах рукописи

Трушникова Надежда Сергеевна

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЕГО ИСХОДЫ У
ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА**

3.1.20. Кардиология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Киров – 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Мальчикова Светлана Владимировна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Виллевалде Светлана Вадимовна

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, начальник службы анализа и перспективного планирования

доктор медицинских наук, профессор

Тарловская Екатерина Иосифовна

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой терапии и кардиологии

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск.

Защита диссертации состоится «__» _____ 202_ года в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.058.04 на базе Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, Москва, ул. Островитянова, д.1 и на сайте: <http://www.rsmu.ru/>.

Автореферат разослан «__» _____ 202_ г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Гордеев Иван Геннадьевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Инфаркт миокарда (ИМ) - одна из самых распространенных и опасных острых форм ишемической болезни сердца (ИБС), и поэтому заслуживает особого внимания (Самородская И.В. и др., 2022). Благодаря достижениям в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире удалось снизить частоту острого коронарного синдрома (ОКС) и задержать начало инцидента. Большинство пациентов, умирающих от ССЗ, имеют возраст старше 65 лет, а около 60% из них старше 75 лет (Рыжкова Ю.Д. и др., 2019). Предыдущие исследования показали, что пожилые пациенты с ИМ имеют более высокий риск смерти, кровотечений и других осложнений, независимо от применяемого лечения (Nakamura M. et. al., 2010). Вместе с тем, разработка и внедрение новых антитромботических лекарственных средств, технологий и медицинских устройств привели к улучшению результатов лечения у данной категории пациентов (Peiyuan H. et. al., 2016). Однако из-за недостатка доказательств текущие руководящие принципы не содержат конкретных рекомендаций для пациентов старших возрастных групп в отношении тактики ведения ОКС. Многими экспертами в последние годы для стратификации риска ОКС в этой популяции предлагается использовать гериатрические синдромы (Ткачева О.Н. и др., 2017; Montilla-Padilla I. et. al., 2017; Walker D.M. et al., 2018). Синдром старческой астении (ССА) - один из таких синдромов, характеризующийся потерей физиологических резервов и нарушением гомеостаза после стрессовых событий, таких как инфаркт миокарда (Ткачева О.Н., Котовская Ю.В. и др, 2021). Согласно текущим исследованиям и обзорам литературы, ССА довольно часто встречается у пожилых пациентов с ОКС (Соселия Н.Н. и др., 2018; Chung K.J.N.C. et. al., 2021) и является независимым предиктором неблагоприятных исходов, в том числе госпитализаций и смерти (Nowak W et. al., 2022). Распространенность ССА варьирует в зависимости от используемой модели диагностики от 5% до 82,4%, в среднем составляя 31,5% (Bebb O. et. al., 2018), а по результатам российского исследования "Хрусталь" - 14,1% - 21,7% (Турушева А.В. и др., 2021).

Степень разработанности темы

Несмотря на высокую частоту встречаемости ОКС у пожилых пациентов, они недостаточно изучены в рандомизированных клинических исследованиях (García-Blas S. et. al., 2019). Следовательно, в настоящее время стратегии лечения пожилых пациентов не основаны на конкретных доказательствах, полученных в этой возрастной группе. Даже в

тех клинических исследованиях, где возраст не был критерием исключения, не оценивали влияние ССА и других гериатрических синдромов на сердечно-сосудистые исходы (Madhavan M.V. et. al., 2018). На данный момент не было проведено ни одного проспективного исследования, сфокусированного на ССА в качестве ориентира для принятия терапевтических решений при ОКС. Мы не располагаем данными о том, можно ли как-то влиять на ССА, как отягчающий фактор, и нужно ли корректировать терапию в связи с этим. Учитывая ограниченные знания о выборе стратегии лечения и соответствующих результатах у пациентов старческого возраста, исследование реальной клинической практики, включая гериатрический статус, является актуальным.

Цель исследования: изучить особенности течения инфаркта миокарда и его исходы у пациентов старческого возраста и долгожителей в зависимости от гериатрического статуса для определения оптимальных стратегий вторичной кардиоваскулярной профилактики и реабилитации у данной категории пациентов.

Задачи исследования:

- 1) Дать характеристику гериатрического статуса у пациентов с инфарктом миокарда старческого возраста и долгожителей.
- 2) Изучить клинические проявления и тактику ведения инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста и долгожителей в зависимости от гериатрического статуса.
- 3) Изучить динамику основных клинико-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов с инфарктом миокарда старческого возраста и долгожителей в течение года.
- 4) Оценить проявления гериатрических синдромов у пациентов с инфарктом миокарда старческого возраста и долгожителей в течение года.
- 5) Провести анализ исходов инфаркта миокарда в течение 12 и 36 месяцев с учетом гериатрического статуса.
- 6) Сравнить полученные результаты с клинико-функциональными, социально-демографическими показателями, особенностями гериатрического статуса и выживаемостью у лиц старческого возраста и долгожителей без инфаркта миокарда.

Научная новизна

Впервые изучены особенности гериатрического статуса у пациентов старческого возраста и долгожителей в динамике после инфаркта миокарда. Впервые проведен анализ взаимосвязи гериатрического статуса с клиническими, лабораторными, функциональными показателями у пациентов старческого возраста и долгожителей в динамике после инфаркта

миокарда. Впервые помимо изучения традиционных клинических исходов в течение года проведена оценка состояния здоровья, функциональных возможностей (способности к осуществлению повседневной активности и инструментальной функциональной активности, связанных с самообслуживанием, сохранение независимости от помощи окружающих) и оценка когнитивных функций. Впервые уточнены особенности лекарственной терапии и приверженность лечению с учетом гериатрического статуса в динамике наблюдения. Впервые изучены выживаемость и неблагоприятные исходы у пациентов в течение 3 лет после инфаркта миокарда с учетом гериатрического статуса и проведено сравнение с лицами без инфаркта миокарда.

Практическая значимость

Полученные данные исследования больных могут быть использованы как дополнительные критерии в прогнозировании рисков неблагоприятных исходов при ИМ у лиц старческого возраста и долгожителей. Они помогут в разработке мер по оптимизации лечебной тактики предотвращения развития и прогрессирования старческой астении и улучшения прогноза. Проведение специализированного гериатрического обследования пациентов старше 75 лет при возникновении острого инфаркта миокарда, а также через 1 год после инцидента позволит выявить факторы риска острого функционального дефицита (саркопении, мальнутриции и когнитивных расстройств) и проводить своевременные профилактические мероприятия.

Положения, выносимые на защиту

- 1) Синдром старческой астении у пациентов с инфарктом миокарда ассоциирован с множественными факторами сердечно-сосудистого риска и гериатрическими синдромами, более поздним обращением за медицинской помощью и развитием острой сердечной недостаточности. Вместе с тем, основные клинико-функциональные показатели, тактика ведения инфаркта миокарда, в том числе частота чрескожного коронарного вмешательства, у пациентов старческого возраста и долгожителей не зависели от гериатрического статуса.
- 2) Недостаточное использование современных методов реваскуляризации вследствие мультисосудистого поражения коронарного русла или высокого периоперационного риска делают консервативную терапию у пациентов старших возрастных групп более значимой. Назначение потенциально не рекомендуемых лекарственных средств может быть причиной нежелательных реакций и усугубления гериатрических синдромов, а недостаточное применение жизненно-необходимых лекарств в постинфарктном периоде повышает риск неблагоприятных клинических исходов у этой категории пациентов.

- 3) Ухудшение в динамике после перенесенного инфаркта миокарда показателей физического здоровья, функционального, когнитивного статуса и эмоционального состояния происходит независимо от исходного гериатрического статуса и может влиять на способность пациентов выполнять важнейшие задачи по лечению заболеваний – приверженность лечению, мониторинг симптомов и координацию медицинской помощи.
- 4) Наличие синдрома старческой астении идентифицирует пациентов, которые подвергаются повышенному риску смерти, особенно после инфаркта миокарда. Диагностика и лечение только основного заболевания, не может быть достаточными для улучшения прогноза в группе пациентов старших возрастных групп без разработки индивидуального плана профилактики формирования и прогрессирования синдрома старческой астении до, во время и после госпитализации по поводу инфаркта миокарда.

Степень достоверности исследования

Достоверность результатов исследования определяется достаточным объемом выборки, соответствием дизайна исследования поставленным задачам, высокой информативностью современных методов обследования, корректным применением соответствующих методов статистического анализа поставленными задачами.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Название диссертации, её цели, задачи, основные научные положения, выносимые на защиту, полученные результаты и выводы соответствует паспорту специальности 3.1.20. - Кардиология.

Связь работы с научными программами

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно – исследовательской работы ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, номер государственного учета НИОКТР 123060500063-2.

Апробация результатов диссертации

Основные результаты работы доложены и обсуждены на междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы геронтологии и гериатрии» (Киров, 2017), ESC Congress 2021 - Digital Experience 27 - 30 August 2021, Российском национальном конгрессе кардиологов 2021 (Санкт-Петербург, 2021), Конгрессе с международным участием "Сердечная недостаточность 2022» (Москва, 2022), XXVII Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 2022).

Апробация результатов диссертации проведена на расширенном межкафедральном заседании кафедр госпитальной терапии, факультетской терапии, пропедевтики

внутренних и профессиональных болезней, семейной медицины и поликлинической терапии, внутренних болезней ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (протокол № 3 от 20.06.2023).

Личный вклад автора в выполнение исследования

На всех этапах планирования и проведения диссертационного исследования осуществлено личное участие автора. Автором лично определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме. Для сбора информации о каждом пациенте разработаны индивидуальные карты. Автор непосредственно производила сбор данных, все тесты комплексной гериатрической оценки, анализ и статистическую обработку полученных результатов, подготовку основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 5 печатных работ в журналах, входящих в перечень научных рецензируемых изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации для публикаций материалов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и 4 тезиса докладов.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 151 странице машинописного текста, иллюстрирована 33 таблицами и 18 рисунками и имеет классическую структуру: введение, обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты исследования, обсуждение результатов, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы. Список литературы содержит 223 источника, в том числе 24 отечественные и 199 работ зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общее количество пациентов, включенных в анализ, составило 184 человека, из них 138 (75%) женщин и 46 (25%) мужчин. Медиана возраста - 80 (78; 83) лет. Большинство обследованных лиц было в возрастном диапазоне от 80 до 84 лет – 42,9%, чуть меньше – 38% пациентов 75-79 лет, 13,6% пациентов 85-89 лет и 5,4% 90 лет и старше. Диссертационное исследование было одобрено Локальным Этическим Комитетом ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» (выписка из протокола №02 от 01 марта 2018 года).

Продолжительность исследования составила 36 месяцев. Дизайн представлен на рисунке 1.



Рисунок 1 - Дизайн проспективного исследования

В открытое, нерандомизированное, проспективное исследование на базе отделений неотложной кардиологии Регионального сосудистого центра КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» и КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» были включены 92 пациента, перенесших ИМ (основная группа). Критерии включения в исследование: возраст ≥ 75 лет, наличие документированного диагноза ИМ (на основании общепринятых критериев клинической картины, данных электрокардиограммы, теста на тропонин) и информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения: несогласие участвовать в исследовании.

Для сравнения на 2 этапе исследования ретроспективно была сформирована группа из 92 пациентов ≥ 75 лет без ИМ в течение последнего года, последовательно обратившихся на прием к гериатру в поликлинику КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» (контрольная группа).

Изучение синдрома старческой астении и гериатрических синдромов. Скрининг ССА проводился на 10-14 день госпитализации (после стабилизации пациента) с помощью валидированного опросника «Возраст не помеха». Высокую вероятность ССА диагностировали при наличии ≥ 5 баллов; пациентов, которые набирали ≤ 2 баллов относили в группу без ССА, пациентам с 3-4 баллами проводилась дополнительно Краткая батарея тестов физического функционирования (КБТФФ) - определение равновесия

пациента, скорости ходьбы на 4 метра, подъемы со стула. Результат ≥ 7 баллов является критерием диагностики ССА, 8-9 баллов – преастиции (Ткачева О.Н. и др., 2020).

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) проводилась с учетом следующих доменов: физическое здоровье, функциональная активность, психоэмоциональная сфера, эмоциональное состояние, социальный статус.

Оценка физического здоровья - жалобы и анамнез, включая лекарственный (STOPP/START - критерии), физическое исследование и исследование по органам и системам), риск переломов по шкале FRAX, измерение роста и веса, индекса массы тела, визуально-аналоговая шкала для оценки хронического болевого синдрома, ортостатическая проба, краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA).

Ортостатическая гипотония диагностировалась при снижении САД на ≥ 20 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 10 мм рт.ст. при переходе в вертикальное положение, на 15 и 7 мм рт.ст. соответственно при переходе в сидячее положение (Ткачева О.Н. и др., 2020). Риск развития синдрома мальнутриции выявляли у пациентов при наличии $< 23,5$ баллов из 30 возможных. Синдром мальнутриции диагностировали при наличии < 17 баллов (Guigoz Y., 1994).

Оценка функционального статуса – кистевая динамометрия для определения мышечной силы, базовая функциональная активность (индекс Бартел), инструментальная функциональная активность (шкала Лоутона), тест на мобильность «Встань и иди», краткая батарея тестов физического функционирования.

При наличии меньше 95 баллов из 100 возможных по шкале Бартела определяли умеренную и более выраженную зависимость пациента от посторонней помощи в повседневной жизни (Mahoney F., 1995). Общий результат по шкале Лоутона < 8 баллов расценивали как потребность в посторонней помощи в обыденной жизни (Lawton M.P., Brody E.M., 1969). Результат теста «Встань и иди» более 14 секунд, признаки нарушения походки и равновесия свидетельствует о наличии риска падений (Mathias S. et al., 1986).

Уровни силы сжатия кисти < 27 кг у мужчин и < 16 кг у женщин в сочетании с превышением временного интервала > 15 секунд при выполнении теста вставания со стула использовали для оценки вероятности наличия у пациента саркопении (Арутюнов Г.П., Арутюнов А.Г., 2022).

Оценка психического здоровья - когнитивная функция (краткая оценка психического статуса Mini Mental State Examination MMSE, тест рисования часов) и эмоциональный статус (гериатрическая шкала депрессии, визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья).

Недементные когнитивные расстройства диагностировали при начислении 27-25 баллов по MMSE, ≤ 24 баллов – деменция (Folstein M.F. et al., 1975). Вероятная депрессия выявлялась при ≤ 5 баллов (Yesavage J.A. et al., 1983).

Социальный статус - семейный статус, наличие супруга/супруги или партнера, круг общения и социальных контактов, жилищные условия, финансовые возможности, рабочая активность, профессия, образование, возможность заниматься привычной деятельностью - уборка, дома, приготовление пищи, покупка продуктов.

Оценка краткосрочных и долгосрочных исходов. В качестве краткосрочных неблагоприятных исходов оценивали случаи смерти от любых причин и нового, развившегося после индексного ИМ за время пребывания в стационаре. Отдаленные неблагоприятные исходы (случаи смерти от любых причин, случаи нового ИМ, повторные госпитализации по сердечно-сосудистым и другим причинам) у пациентов, выписанных живыми из стационара оценивали путем телефонных опросов через 3 месяца и 3 года, при очном визите через 12 месяцев. При невозможности такового, а также у пациентов контрольной группы – поиск информации о статусе и в случае смерти – установление причины.

Статистический анализ. Математическая обработка результатов исследования выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 12 (StatSoft Inc). Требуемый размер выборки определен по формуле Кокрена. Для проверки вида распределения были применены критерий Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50) или тест Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50). Количественные параметры при нормальном распределении описывали с помощью подсчета средних величин и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$), при распределении, не подчиняющемся закону нормального распределения, применялась медиана (Me) и процентиля [$LQ; UQ$]. Для описания качественных данных использованы частоты и доли (в %). Для сравнения количественных параметров использовались критерий Стьюдента и дисперсионный анализ с критерием Ньюмана-Кейлса (при нормальном распределении) и критерии Вилкоксона, U-критерий Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса (при распределении, отличном от нормального). Качественные параметры сравнивались с использованием критерия χ^2 с поправкой на непрерывность Йейтса или двусторонний точный тест Фишера. В качестве количественной меры эффекта при сравнении относительных показателей использовалось отношение шансов (ОШ) или относительный риск (ОР) с границами 95% доверительного интервала (ДИ). Для сравнения двух групп различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$, для сравнения трех групп – $p < 0,017$ (Наркевич А. Н. и др., 2020). Анализ

выживаемости проводился с помощью построения кривых Каплана-Мейера, межгрупповое сравнение кривых выполнялось с помощью критерия Кокса-Ментела.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ АНАЛИЗ

По результатам скринингового опросника «Возраст не помеха» и КБТТФ были сформированы 3 группы. В первую группу включены пациенты без ССА – 41 (45%), во 2 группу пациенты с преастицией – 16 (17%) и в 3 - пациенты с высокой вероятностью ССА – 35 (38%). В группе ССА пациенты были классифицированы по степени тяжести астении - 14 (40%) пациентов имели ССА легкой степени тяжести, 19 (54,3%) - умеренной и 2 (5,7%) тяжелую старческую астению.

При сопоставлении социально-демографических данных (таблица 1) было выявлено, что среди пациентов с ССА преобладали женщины, эти пациенты были достоверно старшего возраста, реже имели высшее образование и значительно чаще - начальное. Они достоверно чаще были вдовами/вдовцами на момент исследования и жили в одиночестве.

Таблица 1 - Социально-демографическая характеристика пациентов (n=92)

Показатель	Без ССА (n=41)	Преастиция (n=16)	ССА (n=35)	χ^2 , p
Женщины/мужчины, n (%)	18/23 (43,9/56,1) *	12/4 (75/25)#	29/6 (82,9/17,1)	$\chi^2=13,5$ p=0,002
Возраст, годы (M $\pm$ σ)	80,0 $\pm$ 3,0*	81,2 $\pm$ 3,2*	83,7 $\pm$ 4,8	p=0,001
Высшее образование, n (%)	12 (29,3)*	7 (43,8)*	2 (5,7)	$\chi^2=10,8$ p=0,01
Среднее образование, n (%)	23 (56,1)	6 (37,5)	18 (51,4)	$\chi^2=1,6$ p=0,45
Начальное образование, n (%)	6 (14,6)*	3 (18,8)	15 (42,9)	$\chi^2=6,8$ p=0,009
Одинокое проживание, n (%)	10 (24,4)*	5 (31,2)	18 (51,4)	$\chi^2=5,9$ p=0,015
В доме-интернате, n (%)	-	-	1 (2,9)	$\chi^2=1,6$ p=0,44
Вдовы/вдовцы, n (%)	21 (51,2)*	10 (62,5)	31 (88,6)	$\chi^2=10,5$ p=0,001
Замужем/женаты, n (%)	20 (48,8)*	6 (37,5)	4 (11,4)	$\chi^2=12,2$ p=0,003
Продолжают работать, n (%)	1 (2,4)	-	-	$\chi^2=1,3$ p=0,53
Наличие инвалидности, n (%)	26 (63,4)	11 (68,8)	27 (77,1)	$\chi^2=1,7$ p=0,43

Примечание здесь и далее: n – число больных; % – число больных в процентном отношении к общему количеству больных в группе; M $\pm$ σ – среднее значение $\pm$ стандартное отклонение, * - различия с группой «ССА» статистически значимы, # - различия с группой «Без ССА» статистически значимы.

Анализ анамнеза, объективного осмотра и дополнительных методов обследования позволили выявить основные факторы сердечно-сосудистого риска (ССР) и ССЗ (табл. 2).

Таблица 2 – Факторы ССР и ССЗ у пациентов с ИМ старческого возраста и долгожителей

Показатель	Без ССА (n=41)	Преастения (n=16)	ССА (n=35)
Курение, n (%)	2 (4,9)	-	-
Курение в прошлом, n (%)	12 (29,3)	-	3 (8,6) #
Индекс массы тела, кг/м ² , (M±σ)	26,8±4,2	28,6±3,9	28,7±4,3#
Ожирение, n (%)	8 (19,5)	6 (37,5)	17 (48,6) #
Артериальная гипертония, n (%)	40 (97,6)	16 (100)	34 (97,1)
Сахарный диабет, n (%)	7 (17,1)	5 (31,3)	16 (45,7) #
Гиперхолестеринемия, n (%)	16 (39,0)	6 (37,5)	16 (45,7)
СКФСД-ЕРІ <60 мл/мин/1,73 м ² , n (%)	16 (39,0)	11 (68,8)	29 (82,9) #
30-59 мл/мин/1,73 м ² , n (%)	14 (34,1)	11 (68,8)	21 (60,0)
15-29 мл/мин/1,73 м ² , n (%)	1 (2,4)	0	7 (20,0) #
< 15 мл/мин/1,73 м ² , n (%)	1 (2,4)	0	1 (2,9)
Анемия, n (%)	17 (41,5)	7 (43,8)	20 (57,1)
Анамнез инсульта, n (%)	3 (7,3)	2 (12,5)	9 (25,7)
Перемежающаяся хромота, n (%)	6 (14,6)	3 (18,8)	8 (22,9)
Значимый атеросклероз БЦА, n (%)	9 (22,0)	6 (37,5)	7 (20,0)
Фибрилляция предсердий, n (%)	9 (22,0)	4 (25,0)	12 (34,3)
Анамнез ИМ, n (%)	12 (29,3)	7 (43,8)	18 (51,4)

Примечание: # - различия с группой «Без ССА» статистически значимы.

Пациенты с ССА реже курили в прошлом (p=0,049). Однако, среди них чаще регистрировались ожирение (p=0,014) и, соответственно, больший индекс массы тела (ИМТ) (p=0,001), СД 2 типа (p=0,012) и снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² (p=0,000).

Для поиска факторов, ассоциированных с ССА, всех обследуемых распределили на 2 группы: 1) пациенты с ССА (n=35); 2) пациенты без ССА (n=57), в эту группу объединили пациентов без ССА и с преастениями. В таблице 3 представлены только те факторы риска и ССЗ, которые имеют прямую связь с вероятностью развития ССА.

Таблица 3 - Факторы ССР и ССЗ, имеющие прямую связь с вероятностью развития ССА

Показатель	Без ССА (n=57)	ССА (n=35)	ОШ	95% ДИ
СКФ СКД-ЕРІ <60 мл/мин/1,73 м ²	27	30	6,7	2,3-19,6
ХСН Па, Пб стадия	27	29	5,4	1,9-14,9
Анамнез инсульта	9	5	3,6	1,1-11,8
Сахарный диабет 2 типа	12	16	3,2	1,3-7,9
Ожирение	14	17	2,9	1,2-7,1

Как следует из таблицы 3, шансы обнаружить ожирение, СД 2 типа, снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м², инсульт в анамнезе, симптомы хронической сердечной недостаточности (СН) при ССА выше в несколько раз.

Анализ доменов гериатрического статуса показал, что в группе пациентов «ССА» выявлено максимальное количество нарушений со стороны гериатрического статуса (рисунок 2).

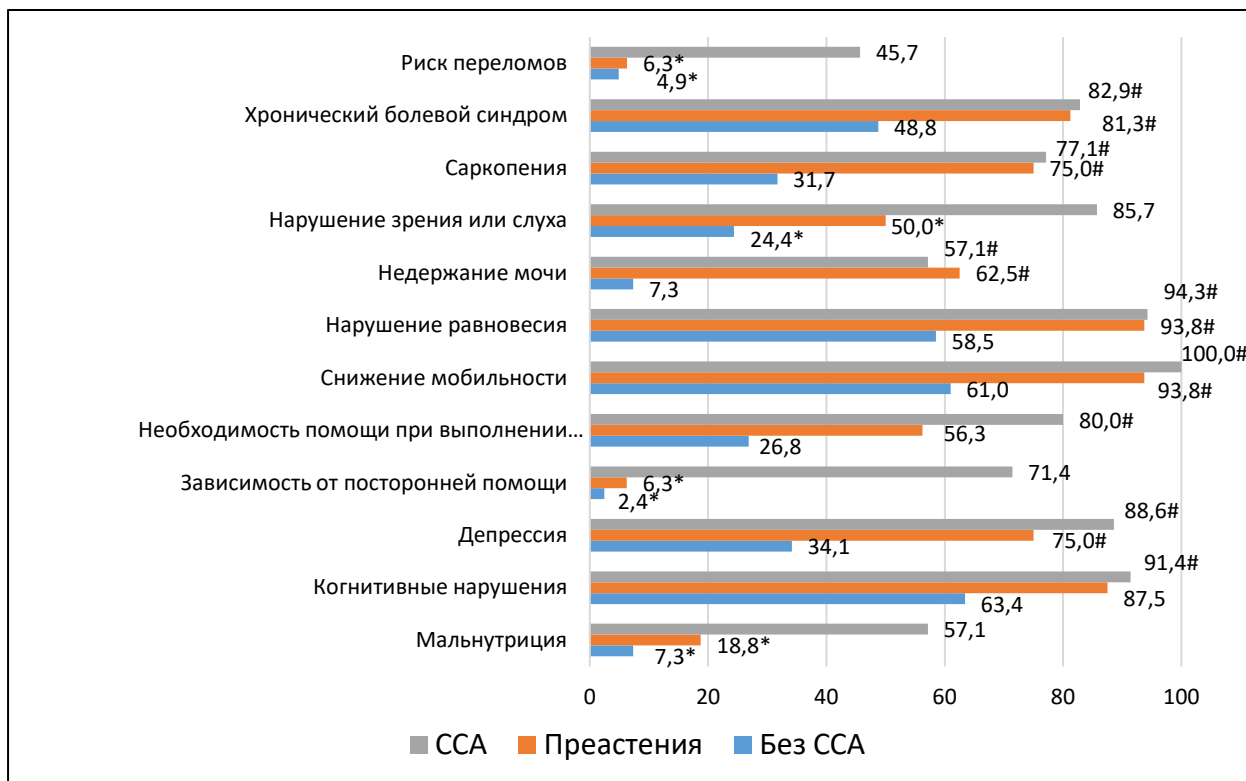


Рисунок 2 - Гериатрические синдромы

Примечание: * - различия с группой «ССА» статистически значимы, # - различия с группой «Без ССА» статистически значимы.

У пациентов с ИМ и преастиениями также достоверно чаще встречаются такие гериатрические синдромы, как недержание мочи, снижение уровня мобильности и мышечной силы, депрессия, хронический болевой синдром, саркопения, ухудшение памяти, понимания, ориентации или способности планирования.

При возникновении ИМ боль за грудиной отмечали большинство пациентов - 87,8% без ССА, 87,5% с преастиениями и 91,4% с ССА. Как эквиваленты болевого синдрома выступали: удушье, синкопе, слабость и боли в животе.

При анализе срока обращения за медицинской помощью, установлено, что 2/3 пациентов чаще обращались в первые сутки от начала клинических проявлений ИМ (рис.3). Больные без ССА раньше обращались за помощью (в первые 2 часа – 26,8% пациентов ($\chi^2=7,8$, $p=0,005$). Большинство пациентов с преастиениями и ССА вызвали медицинскую помощь позднее, но 68,8% и 74,3% соответственно - в первые 12 часов ($\chi^2=15,6$, $p=0,012$).

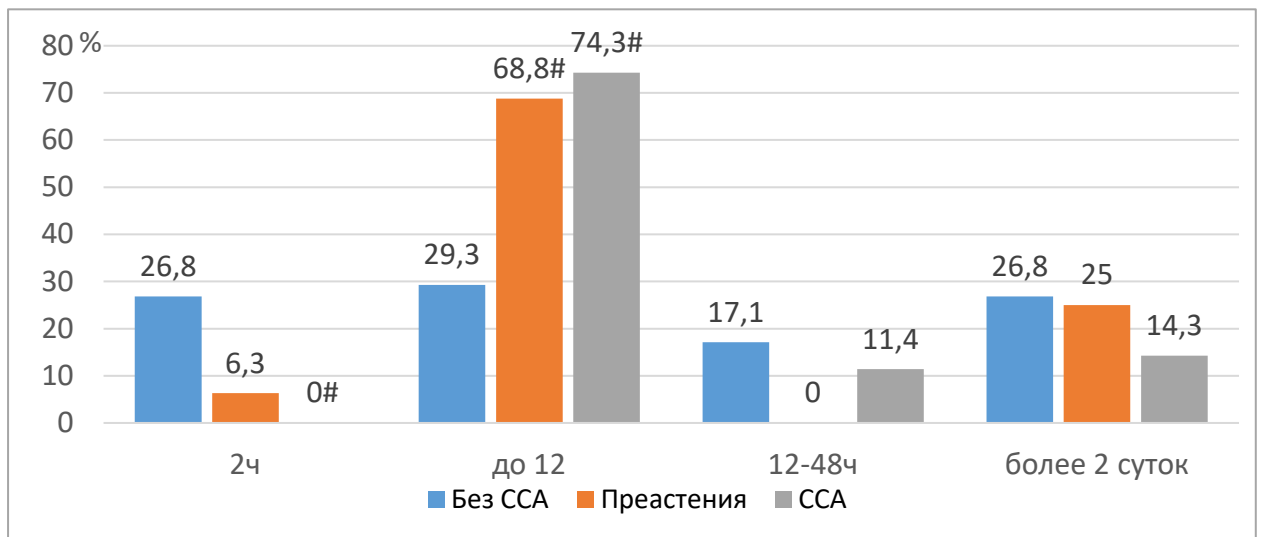


Рисунок 3 – Распределение пациентов с ИМ по срокам обращения за медицинской помощью в зависимости от гериатрического статуса

Примечание: # - различия с группой «Без ССА» статистически значимы.

Тип ИМ не зависел от гериатрического статуса (таблица 4).

Таблица 4 – Характеристика ИМ в зависимости от гериатрического статуса (n=92)

Показатель	Без ССА (n=41)	Преатения (n=16)	ССА (n=35)
ИМпСТ, n (%)	17 (41,5)	8 (50,0)	18 (51,4)
ИМбпСТ, n (%)	24 (58,5)	8 (50,0)	17 (48,6)
Локализация ИМ передний/нижний/ боковой/циркулярный, n (%)	20 (48,8)/ 15(36,6)/ 5(12,2)/1(2,4)	6 (37,5)/ 7(43,8)/ 2(12,5)/1(6,3)	16 (45,7)/ 16(45,7)/ 3(8,6)/0.
Сердечная недостаточность, Killip, n (%) I/ II/ III/ IV	36 (87,8) /3 (7,3) / 2 (4,9)* /-	13 (81,2) / 2 (12,5) / 0*/1 (6,3)	24 (68,6) /3 (8,6) / 8 (22,9) /-
Осложнения, n (%)	4 (9,8)	4 (25,0)	9 (25,7)

Примечание: * - различия с группой «ССА» статистически значимы.

Достоверной разницы по осложнениям между группами не получено, за исключением более частой встречаемости острой СН Killip III у пациентов с ССА.

Уровень систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС) не зависели от гериатрического статуса, однако у пациентов с ССА чаще регистрировалась положительная ортостатическая проба ($p_{\chi^2}=0,002$). Результаты суточного мониторингирования ЭКГ, ЭХОКС и лабораторные показатели были сходными в группах.

Всем пациентам оказывалась помощь по стандарту ведения ОКС. Частота выполнения тромболизиса при ИМпСТ не высока (9,8-6,3-14,3%). Коронароангиография (КАГ) проведена у 62,0% пациентов. Причинами невыполнения КАГ стал отказ самих пациентов в 12,3% случаев и невозможность ее проведения по причине выраженного снижения СКФ у 5,3% человек. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) осуществлено у 30,4% с использованием 1 или 2 стентов без лекарственного покрытия. ЧКВ

не было проведено чаще всего из-за многосудистого поражения коронарного русла и высокого периоперационного риска.

Анализ лекарственной терапии показал, что иРААС были назначены только 76% пациентам, причем у 2 пациентов причиной неназначения послужила почечная недостаточность (острое повреждение почек и ХБП 5 стадия) и у 3 человек - гипотензия, абсолютных противопоказаний к назначению лекарственных средств (ЛС) данных групп среди других пациентов не установлено. 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, внутривенные нитраты получили 29,3% больных и 23,9% перорально, морфин в качестве обезболивания использовали в 19,6% случаев. При анализе групп по проводимой терапии в стационаре статистически значимых различий не выявлено, кроме более частого использования петлевых диуретиков у пациентов с ССА - 62,9% против 34,1% в группе «Без ССА» и 31,3% в группе «Преастения» ($\chi^2=6,24$, $p=0,013$).

Двойную антиромбоцитарную терапию (ДАТТ) в стационаре - ацетилсалициловая кислота + антагонист P2Y₁₂-рецепторов получили 62,0% человек, тройную (ДАТТ+ОАК) - 31,5%. Большинство пациентов - 90,2% имели высокий риск кровотечения, средний балл по шкале HAS-BLED составил $3,5 \pm 0,6$ балла, по шкале PRECISE-DAPT - $30,2 \pm 8,1$, по шкале CRUSADE $42,0 \pm 12,9$. Однако, указания на риск кровотечения мы нашли лишь в 38% выписных эпикризов, что затрудняет определение длительности комбинированной антиагрегантной терапии в дальнейшем.

Применение STOPP/START - критериев для анализа лекарственной терапии в стационаре выявило назначение потенциально нерекомендованных ЛС (31,5% от всех назначений) и недостаточные назначения (40,2%). При сопоставлении STOPP/START - критериев в группах в зависимости от гериатрического статуса (рисунок 4) установлено, что пожилые больные с ИМ и с ССА чаще получали в стационаре нерекомендованные лекарства по сравнению с пациентами без признаков ССА ($\chi^2=5,9$, $p=0,015$) и реже жизненно-необходимые ЛС ($\chi^2=9,9$, $p=0,008$).

Наиболее частые выявленные STOPP критерии: 1) петлевые диуретики при отсутствии клинических признаков СН, при сопутствующем недержании мочи могут усилить недержание; 2) вазодилататоры при гипотензии повышают риск синкопе и падений; 3) НПВП с антагонистом витамина К, прямым ингибитором тромбина, ингибитором фактора Ха или антиагрегантами без профилактики ингибитором протонной помпы (увеличение риска желудочно-кишечного кровотечения). Наиболее частые выявленные START критерии: 1) иАПФ после острого ИМ; 2) варфарин при ФП.

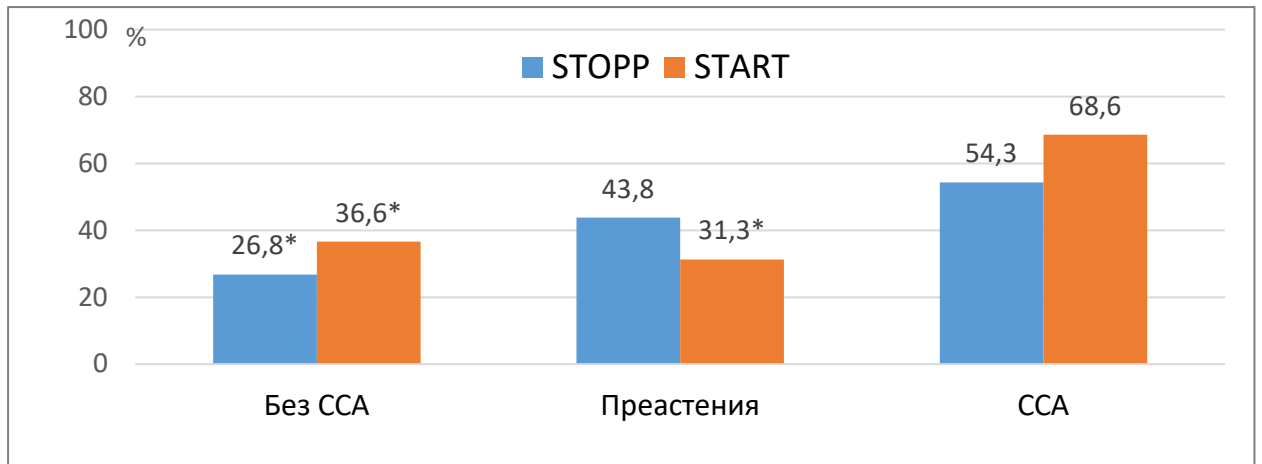


Рисунок 4 - STOPP/START – критерии у больных инфарктом миокарда в зависимости от гериатрического статуса

Примечание: * - различия с группой «ССА» статистически значимы.

Через 12 месяцев после включения в исследование пациенты были приглашены на очный визит. Достоверных различий в большинстве показателей гемодинамики, суточного мониторинга ЭКГ, ЭХОКГ и лабораторных показателях, как между группами, так и в динамике в течение года, выявлено не было.

Нами анализировалась лекарственная терапия, которую пациенты получали до ИМ и в течение исследуемого периода (рисунок 5).

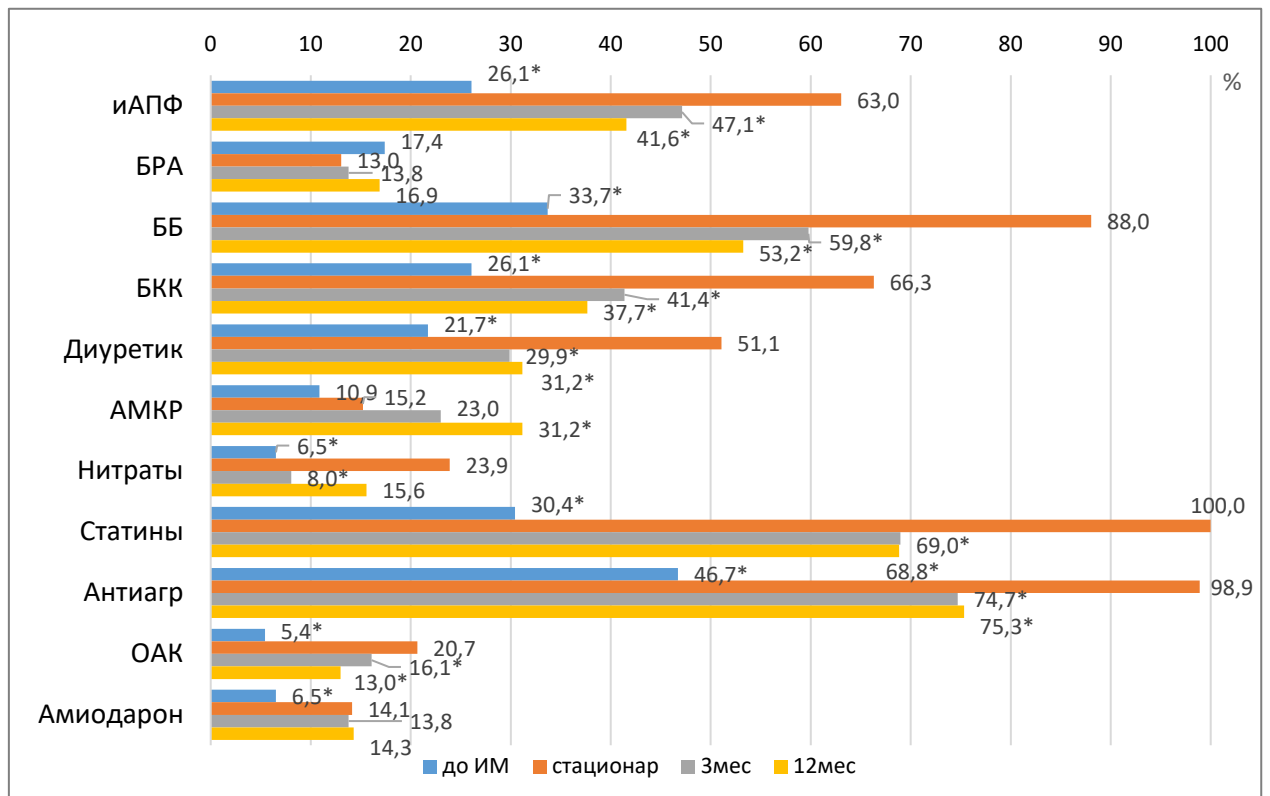


Рисунок 5 – Основные группы лекарственных средств, принимаемых пациентами до ИМ и в течение исследования

Примечание: * - различия с назначениями в стационаре статистически значимы.

До ИМ пациенты старческого возраста и долгожители принимали жизненно-необходимые ЛС не в полном объеме. Во время стационарного лечения доля больных, получающих ЛС увеличилась, достигнув для статинов 100% назначения ($p=0,000$). Однако после выписки уже через 3 месяца и через год на 1/3 уменьшилось количество пациентов, принимающих препараты, улучшающие прогноз жизни ($p=0,000$). Приверженность терапии за год значимо не изменилась, несмотря на перенесенный ИМ и не зависела от гериатрического статуса.

Через 12 месяцев нами вновь оценивалась частота развития гериатрических синдромов. За год после перенесенного ИМ гериатрический статус ухудшился как среди пациентов без ССА, так и с ССА. По результатам скринингового опросника «Возраст не помеха» медиана баллов в группе без ССА составила 1,0 [1; 2], что оказалось значимо больше по сравнению с исходным ($p=0,001$). Также балл вырос у пациентов с ССА и составил 4 [3,5; 5], $p=0,018$. У больных с преагитационным состоянием балл не изменился.

Таблица 5 – Проявления гериатрических синдромов у пациентов с ИМ старческого возраста и долгожителей исходно и через 12 месяцев после ИМ

Показатель	Без ССА		Преагитация		ССА	
	Исходно n=41	12 мес. n=39	Исходно n=16	12 мес. n=13	Исходно n=35	12 мес. n=24
Хронический болевой синдром, n (%)	20 (48,8)	20 (51,3)	13 (81,3) #	11 (78,6)	29 (82,9)#	21 (87,5) #
Оценка питания, баллы	-27 [25,5; 27,5]*	-26,5 [25; 27] *\$	-25,5 [24,3; 26,8]*	-25 [24,5; 25,5]	-23,5 [21,5; 25,5]	23,5 [21,5; 5,5]
Базовая функциональная активность, баллы	100 [100;100]	100 [100;100]	100 [100;100]	100 [100;100]	95 [85; 100]	85 [70;95] \$
Независимость в повседневной жизни, баллы	8 [7;8] *	8 [7;8] *\$	7 [7;8] *	7 [6;8] *	5 [4;7]	4 [1;6] \$
Тест на равновесие, n (%)	17 (41,5)	12 (30,8)	1 (6,3) #	0 #	2 (5,7)#	2 (13,3) #
Скорость ходьбы, м/с, ($M \pm \sigma$)	0,9 $\pm$ 0,3	0,9 $\pm$ 0,3	0,7 $\pm$ 0,2#	0,6 $\pm$ 0,2#	0,5 $\pm$ 0,2#	0,4 $\pm$ 0,2#
Тест «Встань и иди», секунды, ($M \pm \sigma$)	11,8 $\pm$ 4,2	12,8 $\pm$ 5,2\$	16,3 $\pm$ 5,4#	15,9 $\pm$ 4,9#	20,3 $\pm$ 6,3#	22,3 $\pm$ 10,4# \$
Средняя сила жатия правой руки, кг, ($M \pm \sigma$)	18,8 $\pm$ 8,1	16,8 $\pm$ 8,8 \$	11,1 $\pm$ 5,6 #	10,9 $\pm$ 5,1#	10,0 $\pm$ 4,7 #	7,7 $\pm$ 6,1 #\$
Высокая вероятность саркопении, n (%)	13 (31,7)	15 (38,5)	12 (75) #	9 (69,2)	27 (77,1) #	10 (66,7)
Когнитивная функция, баллы	27 [25; 28]	26 [24; 28] \$	26 [24; 26]	25 [24; 26] #\$	23 [20; 26] #	23 [18; 25] #\$
Депрессия, баллы	4,0 $\pm$ 2,8	4,9 $\pm$ 3,3*\$	6,8 $\pm$ 3,3#	7,4 $\pm$ 2,9*	9,1 $\pm$ 3,2#	11,0 $\pm$ 2,3\$

Примечание: # - различия с группой «Без ССА» статистически значимы, * - различия с группой «ССА» статистически значимы; \$ - различия с исходными значениями статистически значимы.

Снижение базовой и повседневной активности произошло в том числе из-за хронического болевого синдрома, одышки и слабости. Значимо увеличилось время выполнения теста «Встань и иди», уменьшилась мышечная сила, ухудшился когнитивный статус и симптомы депрессии.

Общая смертность составила 16,3% за первый год после ИМ и 47,8% в течение 3 лет, в группе пациентов без ССА – 4,9% и 24,4% соответственно, среди пациентов с преаестенией – 12,5% и 50%, в группе больных с ССА – 31,4% и 74,3%. При этом, основной причиной фатального исхода была сердечно-сосудистая смерть (14,1% в первый год и 34,8% за 3 года).

Анализ выживаемости за 12 и 36 месяцев представлен на рисунке 6.

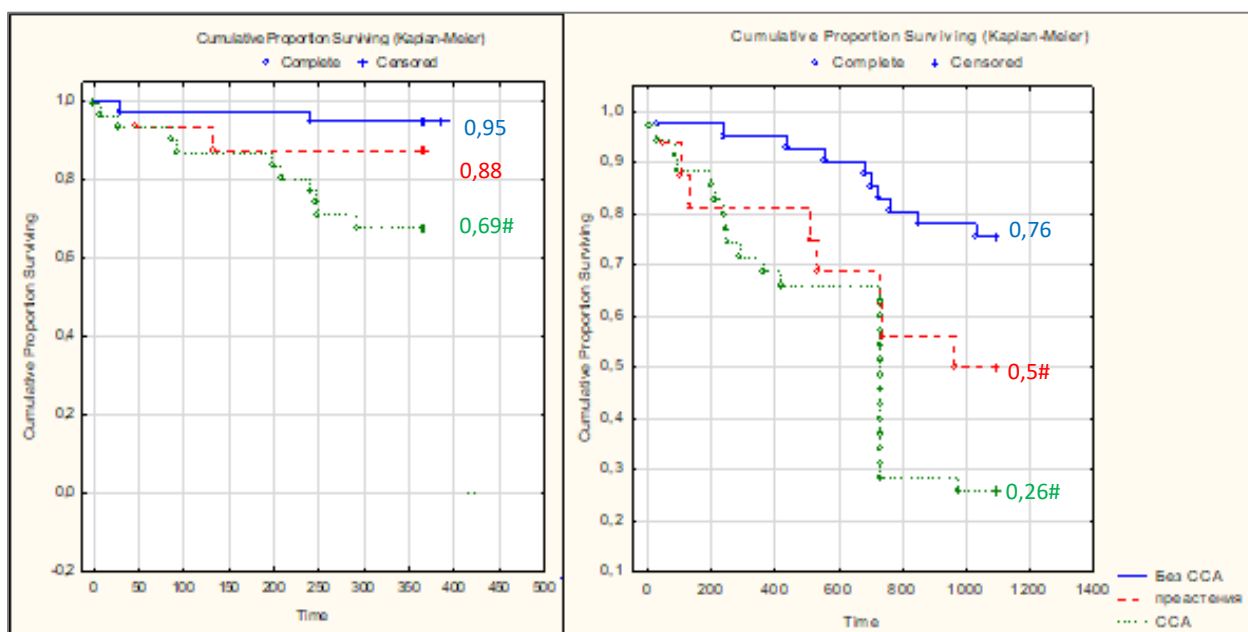


Рисунок 6 – Кумулятивная доля выживших через 12 и 36 месяцев пациентов старческого возраста и долгожителей в зависимости от гериатрического статуса

Примечание: # - различия с группой «Без ССА» статистически значимы.

ОР смерти в течение года увеличивается при наличии ССА в 4,5 раза (95% ДИ: 1,5-12,9), 3-летний ОР - в 2,1 раза (95% ДИ: 1,0-4,2) при наличии преаестенией, в 3,1 раза (95% ДИ: 1,7-5,4) – при ССА.

Нами не было установлено статистически значимых различий в социально-демографических показателях пациентов, которые остались живы и умерли и в течение 12 месяцев. Среди факторов ССР и ССЗ у умерших пациентов пожилого возраста значимо чаще встречались: наличие стенокардии напряжения до ИМ ($p=0,008$), ФП ($p=0,013$), снижение СКФ ($p=0,003$). Нарушения в гериатрическом статусе изначально более выражены были у умерших пациентов (таблица 6).

Таблица 6 - Проявления ССА и других гериатрических синдромов в зависимости от исходов в течение 12 месяцев

Параметры	Живы n=77	Умерли n=15	p
ССА, баллы, Ме [LQ;UQ]	2 [1;3]	4 [3;5]	0,001
Базовая функциональная активность, баллы, Ме [LQ;UQ]	100 [100;100]	95 [90;100]	0,031
Повседневная инструментальная активность, баллы, (M±σ)	6,8±1,9	5,7±2,1	0,036
Оценка питания, баллы, (M±σ)	25,5±2,1	23,1±3,5	0,001
Оценка когнитивных функции, баллы, Ме [LQ;UQ]	26 [24;28]	25 [20,5;26]	0,089
Оценка равновесия, n (%)			
Скорость ходьбы, м/с, (M±σ)	0,72±0,29	0,53±0,22	0,024
Время выполнения теста «Встань и иди», секунды, Ме [LQ;UQ]	13,2 [10,5;18,6]	18,6 [16,4;21,9]	0,021
Мышечная сила, кг, Ме [LQ;UQ]	13,5 [9;18]	10 [6,5;15]	0,229
Депрессия, баллы, (M±σ)	6,1±3,7	7,6±3,8	0,173

В частности, среди выживших пациентов изначально ниже средний балл по опроснику «Возраст не помеха», лучше базовая функциональная и повседневная инструментальная активность, нутритивный статус и скоростные показатели (скорость ходьбы и время выполнения теста «Встань и иди»).

Для формирования контрольной группы ретроспективно проанализирована база данных 92 пациентов ≥ 75 лет, последовательно обратившихся на прием к гериатру в поликлинику КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи».

Среди пациентов контрольной группы чаще встречались женщины (85,9% против 64,1%, $\chi^2=11,6$, $p<0,001$), они реже имели ИБС (37% против 100%, $\chi^2=84,7$, $p<0,001$) и ИМ до настоящего исследования (6,5% против 40,2%, $\chi^2=29,2$, $p<0,001$). Не было различий по социальному статусу между группами, за исключением более частой встречаемости проживания в одиночестве у лиц контрольной группы (53,3% против 35,9%, $\chi^2=5,6$, $p=0,018$). Социально-демографические характеристики у лиц контрольной группы в зависимости от гериатрического статуса были подобными ранее представленным для основной группы.

По результатам последовательной оценки с использованием скринингового опросника «Возраст не помеха» и КБТФФ пациенты контрольной группы также были разделены на 3 группы. В первую распределены 38 (41,3%) пациентов без ССА, во вторую группу с преастенией - 18 (19,6%), в третью группу с высокой вероятностью ССА - 36 (39,1%). Частота встречаемости ССА в контрольной группе соответствовала таковой у включенных в исследование пациентов, перенесших острый ИМ. Как и в основной группе

пациенты с ССА были достоверно старшего возраста, чаще имели начальное образование, были вдовами/вдовцами на момент исследования и имели группу инвалидности. Медиана по опроснику «Возраст не помеха» составила 3 [2; 4] балла, что не отличалось от показателя в основной группе. Большинство пациентов отмечали когнитивные нарушения (ухудшение памяти, понимания, ориентации или способности планирования), снижение настроения, а также снижение слуха или зрения. И в основной, и в контрольной группе у пациентов без ССА достоверно реже отмечались изменения по опроснику «Возраст не помеха».

Сравнительный анализ лекарственной терапии в группах на момент включения в исследование выявил, что среди пациентов контрольной группы 6,2% не принимали никаких ЛС против 20,7% из группы пациентов с ИМ ($\chi^2=7,8$, $p=0,006$), что говорит о более высокой приверженности лечению пациентов, обратившихся на прием к гериатру. Из ЛС для терапии ССЗ пациенты контрольной группы достоверно чаще применяли иРААС (61,9% против 43,5%, $\chi^2=6,3$, $p=0,013$) и тиазидные диуретики (33,7% против 12,0%, $\chi^2=12,3$, $p=0,001$).

Смертность среди пациентов старческого возраста и долгожителей основной группы была выше (47,8% против 18,5%, $\chi^2=15,1$, $p<0,001$), главным образом за счет перенесенного ИМ.

Самая низкая выживаемость выявлена в группах пациентов, перенесших ИМ, и имеющих преастиению или ССА (рисунок 7).

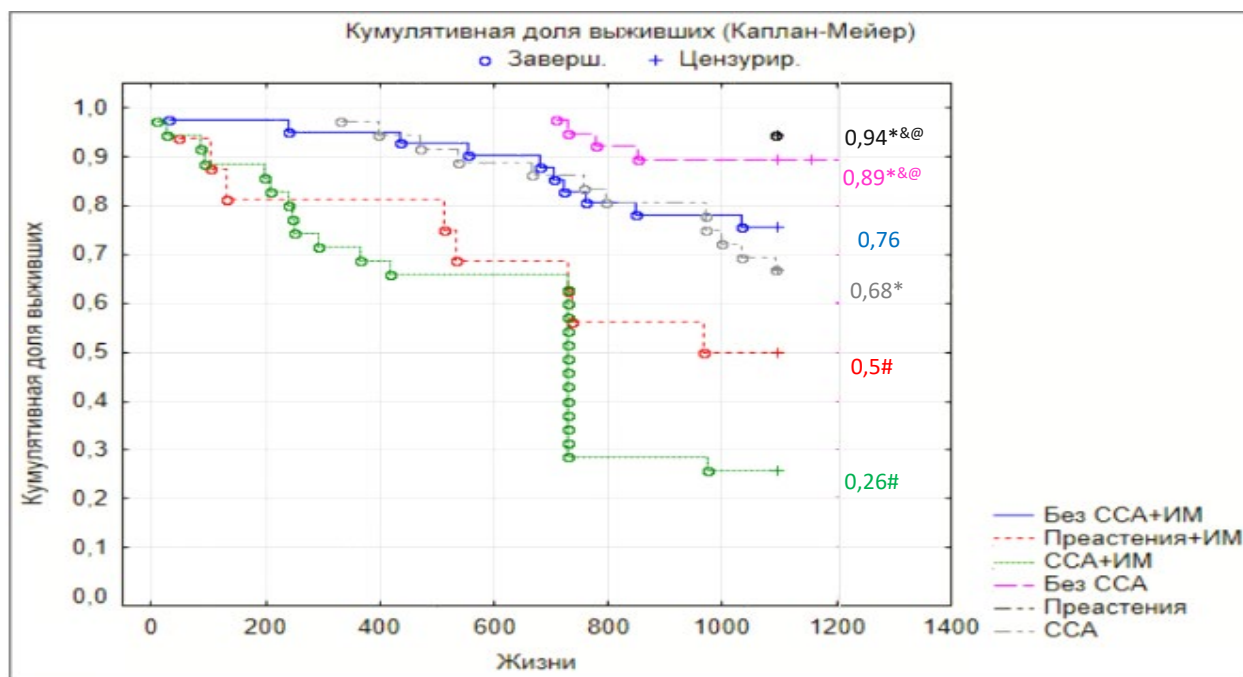


Рисунок 7 – Кумулятивная доля выживших через 36 месяцев пациентов старческого возраста и долгожителей в основной и контрольной группах с учетом гериатрического статуса

Примечание: # - различия с группой «Без ССА+ИМ» статистически значимы, * - различия с группой «ССА+ИМ» статистически значимы, & - различия с группой «Преастиения+ИМ» статистически значимы, @ - различия с группой «ССА» статистически значимы.

Пациенты без перенесенного ИМ в течение 3 лет и без ССА или с преастицией имеют достоверно лучшую выживаемость по сравнению с больными без ИМ, но с высокой вероятностью ССА или с ИМ и преастицией или ССА. Пациенты с ССА без ИМ имеют схожую выживаемость с пациентами без ССА, перенесшими ИМ, причем наличие ССА хуже влияет на выживаемость, чем ИМ. Наличие ИМ у пациентов без ССА не повышает шансы летального исхода (ОШ 2,7; 95%ДИ: 0,8-9,6), а у пациентов с преастицией и высокой вероятностью ССА шансы умереть значимо выше после ИМ (ОШ 17,0; 95%ДИ: 1,8-160,1 и ОШ 5,8; 95%ДИ: 2,1-16,1 соответственно). Напротив, шанс неблагоприятного прогноза и в основной, и в контрольной группах увеличивается при ССА (ОШ – 6,3; 95% ДИ: 2,4-16,0 и ОШ – 5,1; 95% ДИ: 1,6-16,1 соответственно).

ВЫВОДЫ

1. Частота встречаемости синдрома старческой астении, выявленного с помощью обновленного алгоритма и комплексной гериатрической оценки, у больных старческого возраста и долгожителей, госпитализированных с ИМ, составляет 38%, преастического состояния - 17,4%.
2. Синдром старческой астении при ИМ ассоциирован с женским полом, возрастом, низким уровнем образования, вдовством, одиночеством, множественными гериатрическими синдромами (когнитивными нарушениями, деменцией, снижением настроения, депрессией, дефицитом зрения и слуха, недержанием мочи, трудностями при ходьбе, высоким риском падений, зависимостью в повседневной жизни, мальнутрицией, саркопенией) и факторами сердечно-сосудистого риска (ожирением, СД 2 типа и снижением СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²). У пациентов с ИМ и преастицией также достоверно чаще встречаются такие гериатрические синдромы, как недержание мочи, снижение уровня мобильности и мышечной силы, депрессия, ухудшение памяти, понимания, ориентации или способности планирования.
3. При возникновении клинических проявлений ИМ больные без ССА раньше обращаются за помощью (в первые 2 ч — 26,8% пациентов ($\chi^2=7,8$, $p=0,005$)) и реже имеют симптомы острой сердечной недостаточности. Основные параметры гемодинамики, эхокардиографии, лабораторные показатели, а также объем инвазивной внутрибольничной помощи, включая диагностическую ангиографию, реперфузионную терапию и коронарную реваскуляризацию, не зависят от гериатрического статуса.
4. Частота назначений кардиологических ЛС до ИМ не соответствует имеющимся факторам риска и сердечно-сосудистым заболеваниям (43,5% принимали ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы, 33,7% - бета-адреноблокаторы, 30,4% - статины и

46,7% - антиагреганты). Согласно учету STOPP/START - критериев больные с ССА чаще получают в стационаре потенциально нерекомендованные ЛС (54,3%), а у 68,6% - выявлено потенциальное упущение при назначении ЛС. Во время стационарного лечения доля больных, получающих жизненно-необходимые ЛС, увеличивается, однако уже через 3 месяца после выписки снижается на 1/3 ($p=0,000$).

5. В течение года после перенесенного ИМ достоверных различий, как между группами, так и с исходными клинико-лабораторными и инструментальными показателями выявлено не было, в то время, как гериатрический статус значимо ухудшился как среди пациентов без ССА, так и с ССА. Произошло снижение базовой и повседневной активности, значимо уменьшилась скорость ходьбы и мышечная сила, ухудшился когнитивный статус и симптомы депрессии.
6. Общая смертность за первый год после ИМ в группе пациентов без ССА составила 4,9%, среди пациентов с преастенией – 12,5%, в группе больных с ССА – 31,4% ($\chi^2=9,0$, $p=0,01$, $p_{к-х}=0,01$) и в течение 3 лет - 24,4%, 50% и 74,3% соответственно ($\chi^2=17,7$, $p=0,0001$, $p_{к-х}=0,0002$, $p_{к-п}=0,04$). Наличие ССА увеличивает относительный риск смерти в 6,4 раза (95%ДИ 1,5-27,1) в течение первого года после ИМ, в 3,1 раза (95%ДИ 1,7-5,4) - в течение 3 лет, при наличии преастении - в 2,1 раза (95%ДИ 1,0-4,2). Среди выживших пациентов изначально ниже средний балл по опроснику «Возраст не помеха», лучше базовая функциональная и повседневная инструментальная активность, нутритивный статус и скоростные показатели (скорость ходьбы и время выполнения теста «Встань и иди»).
7. При схожих параметрах гериатрического статуса общая смертность в течение 3 лет среди пациентов старческого возраста и долгожителей, перенесших ИМ, составила 47,8% по сравнению с пациентами без ИМ (20,7%, $\chi^2=15,1$, $p<0,001$). Пациенты без ИМ и без ССА или с преастенией имеют достоверно лучшую выживаемость (89,5% и 94,4%) по сравнению с больными без ИМ, но с высокой вероятностью ССА (66,7%, $p<0,05$) и с пациентами ИМ и преастенией или ССА (50% и 25,7%, $p<0,05$). Пациенты без ИМ с ССА имеют схожую выживаемость с пациентами, перенесшими ИМ, но без ССА или преастенией (66,7%, 75,6% и 50%, $p>0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У пациентов старческого возраста и долгожителей необходимо способствовать повышению приверженности лечению для профилактики осложнений основных сердечно-сосудистых заболеваний.

2. У пациентов старческого возраста и долгожителей с инфарктом миокарда следует включать в план обследования проведение специализированного гериатрического осмотра с целью диагностики основных гериатрических синдромов для последующей коррекции.
3. Использовать STOPP/START-критерии и учитывать риск кровотечения, мониторировать нежелательные явления на стационарном и амбулаторном этапах ведения, регулярно пересматривать лекарственную терапию с целью ее оптимизации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССРТАЦИИ

Публикации в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ:

1. Трушникова Н.С., Мальчикова С.В., Максимчук-Колобова Н.С., Казаковцева М.В. Проявления синдрома старческой астении у пациентов с инфарктом миокарда старческого возраста. Вятский медицинский вестник. – 2022. – Т. 73, № 1. – С. 27-34. doi: 10.24412/2220-7880-2022-1-27-34.
2. Трушникова Н.С., Мальчикова С.В., Максимчук-Колобова Н.С., Казаковцева М.В. Возрастное ремоделирование сердечно-сосудистой системы и факторы его ускорения. Вятский медицинский вестник. – 2022. – Т. 74, № 2. – С. 93-98. doi: 10.24412/2220-7880-2022-2-93-98.
3. Мальчикова С.В., Трушникова Н.С., Казаковцева М.В., Максимчук-Колобова Н.С. Лекарственная терапия пациентов старческого возраста, перенесших инфаркт миокарда. Фарматека. – 2022. - № 13. – С. 80-86. doi: 10.18565/pharmateca.2022.13.80-86.
4. Мальчикова С.В., Трушникова Н.С. Динамика показателей гериатрического статуса у пациентов старческого возраста и долгожителей в течение года после перенесенного инфаркта миокарда. Клиническая геронтология. – 2022. – Т. 28, № 11-12 – С. 44-51. doi: 10.26347/1607-2499202211-12044-051.
5. Мальчикова С. В., Трушникова Н. С., Казаковцева М. В., Максимчук-Колобова Н. С. Факторы сердечно-сосудистого риска, клинические проявления и тактика ведения инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста и долгожителей в зависимости от гериатрического статуса. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 14-23. doi: 10.15829/1728-8800-2023-3376.

Работы, опубликованные в других изданиях:

1. Мальчикова С.В., Максимчук-Колобова Н.С., Трушникова Н.С. Риск нежелательных лекарственных реакций у пожилых больных с фибрилляцией предсердий. - Сборник трудов

междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы геронтологии и гериатрии». – Киров, 2017. – С. 69-73.

2. Трушникова Н.С. Лекарственная терапия у пациентов старческого возраста и долгожителей, перенесших инфаркт миокарда. - Материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных. – Самарканд, 2021. – С.339-340.
3. Мальчикова С.В., Трушникова Н.С., Максимчук-Колобова Н.С., Казаковцева М.В. Характеристика гериатрического статуса у пациентов с инфарктом миокарда старческого возраста и долгожителей. - Материалы Российского Национального конгресса кардиологов. – Санкт- Петербург, 2021. – С.373.
4. Мальчикова С.В., Трушникова Н.С. Особенности течения и тактика ведения инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста в зависимости от гериатрического статуса. - Материалы национального конгресса с международным участием «Сердечная недостаточность». – Москва, 2022.