



## СОДЕРЖАНИЕ

### ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

В.И.Злобин  
Клещевой энцефалит  
на рубеже веков

### К 100-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА АМН СССР С.П. КАРПОВА

Л.Д.Быстрицкий, Р.Г.Соляник, Н.Х.Ставицкая  
Научная деятельность С. П. Карпова

Е.П. Красноженов  
С.П. Карпов – талантливый педагог

М.Р. Карпова  
Сергей Петрович Карпов. Страницы биографии

### КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.П. Пирогова, В.В. Новицкий, М.Р.  
Карпова, А.П. Мельникова, О.В.Воронкова,  
О.В.Михайлова, Л.В.Бабаева, М.Ю.Хлусова,  
Л.В.Лукашева  
Иммунный ответ при иксодовом клещевом  
боррелиозе в сочетании с клещевым энцефалитом

М.П. Чубик, Е.П. Красноженов,  
Л.В. Загребин, Г.Ц. Дамбаев, М.В. Шамис  
Морфофункциональное состояние тканевых  
базофилов при трансплантационной терапии  
сахарного диабета

Н.В. Рязанцева, Л.Е. Панин, Н.В. Токарева,  
В.В. Новицкий, И.О. Наследникова,  
О.Б. Жукова, М.А. Антошина, В.В. Белоконов  
Структурно-функциональные особенности  
плазматической мембраны лимфоцитов и  
эритроцитов при вирусных инфекциях

Е.А. Геренг, И.В. Суходоло, Р.И. Плешко,  
О.С. Кобякова, Ю.А. Петровская  
Корреляционный анализ цитологических  
показателей индуцированной мокроты и  
лаважной жидкости у больных инфекционно-  
зависимой бронхиальной астмой

Р.И. Плешко, И.В. Суходоло, К.А. Носенко  
О роли helicobacter pylori-инфекции в патогенезе  
хронического диффузного гастрита у больных  
бронхиальной астмой различного генеза

А.А.Нафеев, Е.А.Арумова  
Опыт практического применения препарата  
“Байтекс” для борьбы с иксодовыми клещами в  
Ульяновской области

### СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

П.Г. Жукова, В.В. Поддубный, А.В. Лепехин,  
Л.В. Лукашова, О.В. Стронин  
Вопросы эпидемиологии, диагностики  
и профилактики клещевого  
энцефалита в Томской области.

## EDITORIAL

### GENERAL PAPER

4 Zlobin V.I.  
Forest-spring encephalitis on the boundaries  
of centuries

### ARTICLES DEVOTED TO THE 100-TH ANNIVERSARY OF THE ACADEMICIAN S.P. KARPOV

8 Bystritski L.D., Soljanik R.G., Stavitskaja N.Kh.  
Scientific activity of S.P. Karpov

15 Krasnozhenov E.P.  
S.P. Karpov is a talented paedagogue

18 Karpova M.R.  
Sergei Petrovich Karpov. Pages of the biography

### CLINICAL INVESTIGATIONS

26 Pirogova N.P., Novitski V.V., Karpova M.R.,  
Mel'nikova A.P., Voronkova O.V., Mikhailova  
O.V., Babajeva L.V., Khlussova M.Ju.,  
Lukasheva L.V.  
Immune response in tick borreliosis combined with  
forest-spring encephalitis

29 Chubik M.P., Krasnozhenov E.P., Zagrebina L.V.  
Dambajev G.Ts., Shamis M.V.  
Morpho-functional status  
of tissue basophils in transplantation  
therapy of diabetes mellitus

34 Rjasantseva N.V., Panin L.E., Tokareva N.V.,  
Novitski V.V., Naslednikova I.O.,  
Zhukova O.B., Antoshina M.A., Belokon' V.V.  
Structural-functional peculiarities of plasmatic  
membrane of lymphocytes and erythrocytes in viral  
infections

38 Gereng E.A., Sukhodolo I.V., Pleshko R.I.,  
Kobjakova O.S., Petrovskaja Ju.A.  
Correlation analysis  
of cytologic data of induced sputum  
and lavage fluid in patients having  
infection-dependent bronchial asthma

42 Pleshko R.I., Sukhodolo I.V., Nosenko K.A.  
On the role of Helicobacter pylori-infection in the  
pathogenesis of chronic diffuse gastritis in patients  
having bronchial asthma of different genesis

46 Nafeev A.A., Arumova E.A.  
The experience of practical using  
the drug “Baitex” to fight with ixode ticks  
in the Uljanovsk region

### SOCIAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH ORGANIZING

47 Zhukova N.G., Poddubny V.V., Lepekhin A.V.,  
Lukasheva L.V., Stronin O.V.  
Issues of epidemiology, diagnosis  
and prevention of vernal encephalitis  
in the Tomsk region

**В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ**

**В.Д. Аптекар, А.Т. Тепляков, Р.С. Карпов,  
А.А. Гарганеева, Н.М. Желтоногова**  
Оценка эффективности и безопасности  
аторвастатина у больных с первичной  
гиперхолестеринемией (тип Па) и смешанной  
дислипидемией (тип Пв)

51 **V.D. Aptekar', A.T. Tepljakov, R.S. Karpov,  
A.A. Garganeeva, N.M. Zheltonogova**  
Assessment of efficacy and safety of atorvastatin in  
patients having initial hypercholesterolaemia  
(type IIA) and mixed  
dislipidaemia ( type IIB)

**А.Г. Сыркина, В.А. Марков,  
А.Н. Репин, В.П. Леонов**  
Анализ эффективности тромболитической  
терапии острого инфаркта миокарда у больных  
пожилого и старческого возраста

55 **A.G. Syrkina, V.A. Markov, A.N. Repin,  
B.P. Leonov**  
Analysis of acute myocardial infarction  
thrombolytic therapy efficacy in patients of elderly  
and senile age

**В.В. Рябов, В.А. Столяров, Н.А. Каплевич,  
Т.А. Герболинская, В.А. Марков**  
Случай острого инфаркта миокарда в результате  
комбинированной тромбофилии

58 **V.V. Rjabov , V.A. Stoljarov, N.A. Kapilevich,  
T.A. Gerbolinskaja, V.A. Markov**  
A case of acute myocardial infarction as a result of  
combined thrombophilia

**Г.Б. Дикке**  
Особенности клинического течения  
медикаментозного прерывания беременности с  
помощью препарата "Пенкрофтон"

60 **G.B. Dikke**  
Peculiarities of clinical  
course of medicamental abortion  
using the drug Pencroftone

**ДИСКУССИИ**

**Ю.Н. Штейнгардт**  
Новые планы и старые истины

64 **Ju.N. Shteingardt**  
New planes and old truth

**ИНФОРМАЦИЯ**

67 **INFORMATION**

**ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ**

**М.М.Немирович-Данченко**  
Сергей Петрович Карпов

80 **M.M. Nemirovich-Danchenko**  
S.P. Karpov

**А.В. Дубов**  
Сергей Петрович Карпов – учитель, коллега, друг

83 **A.V. Dubov**  
S.P. Karpov –Teacher, colleague, friend

**Е.А. Вульфсон**  
Штрихи к 100-летию со дня рождения  
академика РАМН С. П. Карпова

84 **E.A. Wulfson**  
Strokes to the 100-anniversary of the academician of  
AMS of USSR S.P. Karpov

**Т.С. Федорова**  
"Все мы родом из детства..."

86 **T.S. Fjodorova**  
We all are from childhood...

**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ**

**В.К. Ястребов**  
Крупный сибирский исследователь  
природноочаговых инфекций

90 **V.K. Jastrebov**  
Prominent Siberian investigator of natural-focal  
infections

**Г.И. Мендрина, А.Ю. Коломийцев**  
Академик АМН СССР С.П. Карпов  
и его вклад в создание  
томской школы микробиологов и развитие  
микробиологической науки в Сибири

92 **G.I. Mendrina, A.Ju. Kolomiitsev**  
The academician of AMS of USSR S.P. Karpov  
and his contribution into the establishment Tomsk  
school of microbiologists and the development of  
microbiological science in Siberia

**КОЛОНКА БИОСТАТИСТИКА**

96 **COLUMN OF A BIostatistician**

**ЮБИЛЕИ**

98 **ANNIVERSARIES**

**УШЛИ ИЗ ЖИЗНИ**

101 **PASSED AWAY**

**РЕФЕРАТЫ СТАТЕЙ,  
ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЭТОМ НОМЕРЕ**

104 **ABSTRACTS OF THE ARTICLES  
PUBLISHED IN THIS ISSUE**

УДК 616.127-005.8 (053.9)

А.Г. Сыркина<sup>1</sup>, В.А. Марков<sup>1</sup>, А.Н. Репин<sup>1</sup>,  
В.П. Леонов<sup>2</sup>

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

НИИ кардиологии Томского научного  
центра РАМН,  
Томский государственный университет, г. Томск

**Актуальность проблемы.** Инфаркт миокарда (ИМ) и его последствия в виде хронической сердечной недостаточности являются основной причиной ближайшей и отдаленной смертности от ИБС в пожилом возрасте [5], причем с увеличением возраста эта цифра растет [8]. Так, по данным различных авторов, госпитальная летальность при ОИМ колеблется от 18,5% до 50%, в среднем, составляя 30-35% у пациентов 60 лет и старше [2, 11]. В связи с этим встает проблема адекватного лечения таких больных.

За последние два десятилетия эффективность медикаментозного лечения острого инфаркта миокарда (ОИМ) значительно выросла, благодаря успехам в изучении патогенеза этого заболевания и началом использования тромболитической терапии (ТЛТ) [4, 9].

Учитывая, что в настоящее время имеются многочисленные подтверждения эффективности ТЛТ у более молодых групп населения, не вызывает сомнений необходимость более детального анализа ее влияния на течение ОИМ у пожилых больных [7, 11].

За последние два десятилетия эффективность медикаментозного лечения острого инфаркта миокарда (ОИМ) значительно выросла, благодаря успехам в изучении патогенеза этого заболевания и началом использования тромболитической терапии (ТЛТ). В то же время, в большие многоцентровые исследования не включались больные старше 65 лет, и твердых доказательств эффективности тромболитической терапии в этих подгруппах еще не получено [7, 11, 12, 15].

**Цель исследования.** Оценить эффективность ТЛТ инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста, определить оптимальные критерии для проведения тромболитической терапии у этих больных.

### Задачи исследования

1. Изучить влияние ТЛТ на госпитальную летальность у больных ОИМ 60 лет и старше.
2. Определить причины отказа от проведения ТЛТ у больных пожилого и старческого возраста.
3. Определить оптимальные критерии для проведения ТЛТ у больных ОИМ 60 лет и старше.

**Материал и методы исследования.** Работа является ретроспективной и представляет из себя историческое когортное исследование по материалам историй болезни. Анализу подверглись данные, взятые из 504

историй болезни пациентов с ОИМ в возрасте от 60 до 91 года с 1993 по 1997 годы включительно. Системную ТЛТ стрептокиназой получили 234 больных, составивших первую группу. Другие 270 больных получили традиционную терапию ОИМ без ТЛТ, составили вторую группу.

Критериями включения в исследование были: 1) возраст 60 лет и более; 2) признаки острого крупноочагового ИМ согласно критериям ВОЗ; 3) поступление до 12 часов от начала ОИМ.

Критериями исключения из исследования были имеющиеся при поступлении: 1) признаки истинного кардиогенного шока; 2) сопутствующая патология, значительно влияющая на прогноз жизни (ОНМК, злокачественные новообразования IV стадии, мало совместимые с жизнью травмы и т.п.); 3) признаки спонтанной реперфузии инфарктсвязанной коронарной артерии (ИСКА).

В дальнейшем сравнению подвергались группы больных с ТЛТ и без ТЛТ, а также группы больных с открытой и закрытой ИСКА отдельно в возрасте 60-74 лет и 75 лет и старше. По клинико-демографическим показателям и консервативной терапии, которые могли повлиять на течение основного заболевания, сравниваемые подгруппы не различались.

Госпитальная летальность оценивалась на 28 сутки ОИМ. По результатам уравнений логистической регрессии определялись оптимальные критерии для проведения ТЛТ.

Полученные в результате обработки историй болезни качественные и количественные признаки (59 показателей) регистрировались согласно протоколу и составили компьютерную базу данных. Статистический анализ проводился с использованием пакетов SAS 6.12, STATISTICA 5.0 и EXCEL 7.0.

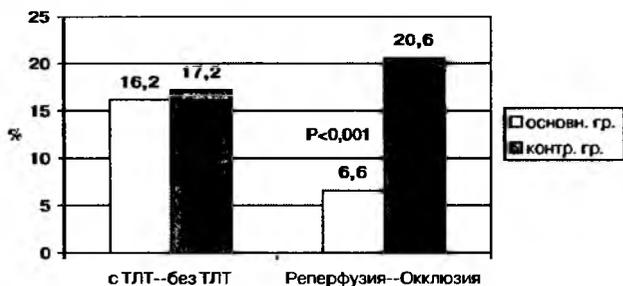
Нами применялся анализ таблиц сопряженности, где оценивались значения статистики Пирсона  $\chi^2$ . Критический уровень значимости  $p$  принимался равным 0,05.

Построение прогностических вероятностных моделей осуществлялось с помощью логистического регрессионного анализа с использованием 25-30 признаков. В каждом уравнении логистической регрессии пошаговый алгоритм отбирал предикторы с указанием процента верного предсказания значения (Concordant) и величины коэффициента связи (Somers' D). Достигнутые уровни значимости теста согласия Hosmer и Lemeshow во всех итоговых уравнениях составили более 0,05, что свидетельствует об адекватности созданных моделей реальным данным.

**Результаты исследования.** Нами обнаружено, что госпитальная летальность в группах с ТЛТ и без нее статистически значимо не различалась ни у больных 60-74 лет – 31(16,2%) против 21(17,2%), ни у больных 75 лет и старше – 10 (23,3%) против 18 (24,3%) соответственно. Однако при построении уравнений логистической регрессии в число предикторов 28-дневной летальности вошла реперфузия ИСКА, но не факт проведения ТЛТ. При сравнении групп с открытой и закрытой ИСКА у больных 60-74 лет это различие появилось: госпитальная летальность составила 6,6% против 20,6% соответственно,  $p=0,00072$  (рис. 1).

Рис. 1.

Госпитальная летальность у больных 60-74 лет



Причинами отказа врачей от применения ТЛТ при проведении лечения в палате интенсивной терапии у пожилых и старых больных ОИМ оказались в порядке убывания значимости: возраст старше 80 лет, наличие повторного ИМ, приезд скорой медицинской помощи (СМП) позднее 4,6 часов от начала ИМ. При пошаговом анализе первый признак дает 61,2%, второй – 66,6%, а последний – 68,9% верного предсказания (табл. 1).

Таблица 1

Предикторы отказа от проведения ТЛТ у больных 60 лет и старше (n=504)

Шаг	Включенные признаки	Значение $\chi^2$	% точного предсказания	$p > \chi^2$
1	Возраст $\geq 80$ л	27,9674	61,2	0,0001
2	ИМ в анамнезе	21,3166	66,6	0,0001
3	Приезд СМП после 4,6 ч от начала ОИМ	6,6745	68,9	0,0098

Примечания: Уровень значимости теста Hosmer и Lemeshow – 0,8; Somers' D = 0.383.

Предикторами эффективности ТЛТ у больных старше 60 лет в порядке убывания степени значимости стали: отсутствие предынфарктного состояния, задний ИМ, ОЛЖН I или II класса по Т. Killip и приезд СМП до 2,1 часа от начала ИМ. В совокупности эти факторы предсказывают реперфузию ИСКА в 66,4% случаев (табл. 2).

Таблица 2

Предикторы эффективной ТЛТ у пожилых больных (n=278)

Шаг	Включенные признаки	Значение $\chi^2$	% точного предсказания	$p > \chi^2$
1	Не было прединф. сост.	25.3241	33,6	0,0001
2	Легочно-венозный застой или без признаков ОЛЖН	6.8612	51,9	0,0088
3	Задний ИМ	5.2846	59,5	0,0215
4	Приезд СМП до 2,1 ч от начала ОИМ	3.0723	66,4	0,0796

Примечание: Concordant = 66,4%; Somers' D = 0.334; Тест согласия Hosmer и Lemeshow ( $p=0.0532$ ).

Предикторы госпитальной летальности у больных старше 60 лет выглядят следующим образом. Первый вариант предполагал анализ исходных признаков, с которыми больные поступали в стационар. Было получено, что сочетание таких факторов, как фибрилляция желудочков (ФЖ), отек легких, передний ИМ наличие АВ блокады и пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП), приводит к летальному исходу в 74,3% случаев. Наиболее весомым вкладом обладают ФЖ и отек легких – 56,2% (табл. 3).

Таблица 3

Предикторы госпитальной летальности на момент поступления (n=430)

Шаг	Включенные признаки	Значение $\chi^2$	% точного предсказания	$p > \chi^2$
1	Была ФЖ	33.8789	22,7	0,0001
2	Был отек легких	17.1843	56,2	0,0001
3	Была АВ блокада	11.5466	61,8	0,0007
4	Передний ИМ	9.7637	70,2	0,0018
5	Была парокс.ФП	4.7358	74,3	0,0295

Примечание: Concordant = 74,3%; Somers' D = 0.568; Тест согласия Hosmer и Lemeshow ( $p=0.7506$ ).

При анализе факторов, влияющих на госпитальную летальность на протяжении 28 суток, на первый план выступили развитие острой аневризмы ЛЖ и рецидива ИМ. Дополнительное наличие у больного ФЖ, отека легких, АВ блокады, двух и более факторов риска, пароксизмов ФП и отсутствие реперфузии ИСКА приводит к летальному исходу в 86% случаев (табл. 4).

Таблица 4

Предикторы 28-суточной летальности (n=430)

Шаг	Включенные признаки	Значение $\chi^2$	% точного предсказания	$p > \chi^2$
1	Есть о. аневр. ЛЖ	34.3025	35,8	0,0001
2	Был рецидив ИМ	25.3783	54,3	0,0001
3	Была ФЖ	21.0327	62,4	0,0001
4	Был отек легких	14.5528	76,3	0,0001
5	Была АВ блокада	10.3707	79,7	0,0013
6	Два фактора риска	5.1545	82,9	0,0232
7	Была парокс.ФП	4.4416	85,2	0,0351
8	Нет реперфузии	3.0004	86,0	0,0832

Примечание: Concordant = 86,0%; Somers' D = 0.728; Тест согласия Hosmer и Lemeshow ( $p=0.1006$ ).

Обсуждение полученных результатов. Достижение реперфузии ИСКА значительно снижает госпитальную летальность у пожилых больных ОИМ, и этот факт побуждает к расширенному применению тромболитика и поиску предпосылок максимальной эффективности ТЛТ.

Обнаруженные нами причины отказа от ТЛТ (табл. 1) находят подтверждение в печатных работах многих кардиологов, которые считают, что возраст и позднее поступление являются ведущими предикторами отказа от ТЛТ у пожилых больных, так как практические врачи предполагают малую эффективность от вмешательства в этих ситуациях [6, 10, 13, 14]. В то же время нами было доказано, что возраст не влияет на госпитальную летальность, чего нельзя сказать об отсутствии реперфузии ИСКА (табл. 3, 4). В связи с изложенным, нам представляется очень важным направить внимание кардиологов на необходимость достижения ранней реперфузии у этих больных, так как они наиболее опасны в плане неблагоприятного прогноза.

Сам факт проведения ТЛТ не оказывает влияния на госпитальную летальность у пожилых больных, а выраженный и длительный эффект от вмешательства достигается при открытии и сохранении проходимости ИСКА. Патогенетически восстановление коронарного кровотока препятствует развитию ФЖ, острой аневризмы и хронической сердечной недостаточности; своевременная реперфузия ИСКА способна уменьшить проявления отека легких. Таким образом, эффективный тромболитик, являясь самостоятельным положительным признаком, способен предотвратить или нивелировать основные факторы неблагоприятного прогноза у больных ОИМ 60 лет и старше. Эти данные в известной мере совпадают с результатами подобных исследований других кардиологов [1, 3]. Однако в нашем случае методическая разработка касается наиболее уязвимой категории больных ОИМ – пожилого и старческого возраста, и в этом видится ее важный практический смысл.

### ВЫВОДЫ

1. Тромболитическая терапия на 14% снижает госпитальную летальность у больных ОИМ 60-74 лет в случае восстановления и сохранения антеградного кровотока в инфарктсвязанной коронарной артерии.

2. Причинами отказа врачей от тромболитической терапии у больных ОИМ пожилого и старческого возраста являются: возраст 80 лет и старше, позднее обращение (прибытие к больному бригады скорой медицинской помощи позже 4,5 часов от начала ИМ) и повторный ИМ.

3. Предикторами эффективной тромболитической терапии у больных ОИМ пожилого и старческого возраста являются: задний ИМ, острая левожелудочковая сердечная недостаточность I или

II класса по Т. Killip, раннее начало терапии (прибытие к больному бригады скорой медицинской помощи до 2,1 ч от начала ИМ), а также отсутствие предынфарктного состояния.

4. Пожилой (60-69 лет) и старческий (75 лет и выше) возраст не является противопоказанием к тромболитической терапии. Предикторами госпитальной летальности у этих больных выступают: фибрилляция желудочков, отек легких, передний ИМ, атрио-вентрикулярная блокада, пароксизмы фибрилляции предсердий и два и более фактора риска ИБС. Развитие острой аневризмы ЛЖ и рецидив ИМ при неэффективной тромболитической терапии значительно ухудшают ближайший прогноз.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алперт Дж., Френсис Г. Лечение инфаркта миокарда: Пер. с англ. - М.: Практика, 1994. - 255 с.
2. Семиголовский Н.Ю., Иванова Е.В., Верцинский Е.К. с соавт. Особенности ведения больных старческого возраста с острым инфарктом миокарда // Клиническая геронтология. - 2001. - Т.7, №8. - С. 14.
3. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда, - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 1998. - 398 с.
4. Чазов Е.И., Руда М.Я.. Развитие основных направлений в лечении больных инфарктом миокарда за последние 25 лет // Кардиология. - 1989. - №11. - С. 11-15.
5. Berger A.K., Johnson A.E., Breall J.A. et al. Does Diabetes Affect the Clinical Presentation of Elderly Patients With Acute Myocardial Infarction?// American College of Cardiology 47th Annual Scientific Session. - 1998. - Abstract 1105--65.
6. Burczyk U., Schiele R., Schuster S. et al. Thrombolysis in Acute Myocardial Infarction: Are Guidelines Adequately Implemented in Daily Clinical Practice? // American College of Cardiology 47th Annual Scientific Session. - 1998. - Abstract 1002--152.
7. Califf R.M. The rationale for thrombolytic therapy/ / Eur Heart J. - 1996. - Vol.17. - Suppl.E. - P. 2-8.
8. Cambou J.-P., Vaur L., Etienne S. et al. Age and One-Year Survival After Acute Myocardial Infarction: Results of a Nationwide Prospective French Survey C/JF-INSERM// XIIIth World Congress of Cardiology. - 1998. - Abstract 1681.
9. GISSI-1 study group. Long-term effects of intravenous thrombolysis in acute myocardial infarction: final report of the GISSI study// Lancet. - 1987. - Vol. ii. - P.871-874.
10. Gitt A.K., Schiele R., Zahn R. Unchanged hospital mortality but improved long-term mortality after thrombolysis for acute myocardial infarction in patients older than 75 years: results of the MITRA and MIR registries// Eur Heart J. - 2001. - Vol.22. - Abstr. Suppl. - P.365.

11. Gottlieb S., Benderly M., Goldbourt U. et al. Long-term (12-year) Gender Differences in Prognosis After Acute Myocardial Infarction in Young (<65 Years) and Elderly (> 65 Years) Patients For the SPRINT Study Group// XIXth Congress of the European Society of Cardiology. - 1997. - Abstract 1510.

12. ISAM study group. A prospective trial of Intravenous Streptokinase in Acute Myocardial infarction (ISAM). Mortality, morbidity and infarct size at 21 days// N Engl J Med. - 1986. - Vol. 314. - P.1465-1471.

13. Verstraete M., Collen D. Optimising thrombolytic therapy in elderly patients with acute myocardial infarction// Drugs Aging. - 1996. - Vol. 8. - №1. - P. 17-22.

14. Wagner S., Schiele R., Schuster S. et al. One-year mortality is reduced in unselected patients  $\geq$  70 years after acute myocardial infarction with reperfusion therapy. MITRA Study Group// XXth Congress of the European Society of Cardiology. - 1998. - Abstract P1615.

15. Wilcox R.G., von der Lippe G., Olsson C.G. et al. Effects of alteplase in acute myocardial infarction: 6-month results from the ASSET study// Lancet. - 1990. - Vol. 335. - P. 1175-1178.

## **ANALYSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION THROMBOLYTIC THERAPY EFFICACY IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE**

**A.G. Syrkina, V.A. Markov, A.N. Repin, V.P. Leonov**

### **SUMMARY**

Efficacy of acute MI thrombolytic therapy in patients of elderly and senile age was assessed in the historical cohort study. Case histories of 504 acute MI patients aged from 60 to 94 years were studied; 234 of them received thrombolytic therapy with streptokinase at the admission. Hospital mortality was revealed not to differ (16.2% versus 17.2% respectively). But while comparing patients having open and closed infarct-related coronary artery in patients aged from 60 to 70 years, hospital mortality was 6.6% versus 20.6% respectively,  $p=0.00072$ . Thus, hospital mortality was decreased by not the fact of thrombolysis performing, but effective reperfusion. Predictors of thrombolytic therapy efficacy in patients older than 60 years became (in the order of diminution): absence of preinfarction status, posterior MI, acute left ventricular insufficiency of the I or II class based upon T. Killip and arrival of first aid earlier than 2.1 hours from MI onset. All these factors together predict reperfusion of infarct-related coronary artery in 66.4% of cases.

УДК 616.127-005.612.115-005

**В.В. Рябов, В.А. Столяров, Н.А. Капилевич, Т.А. Герболинская, В.А. Марков**

## **СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРОМБОФИЛИИ**

НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

В значительном большинстве случаев (более 90%) основной причиной инфаркта миокарда (ИМ) является атеросклероз коронарных сосудов осложнившийся тромбозом или кровоизлиянием атеросклеротическую бляшку [1]. Вместе с тем мечена возможность ИМ при тромбофилических состояниях. Одной из причин тромбофилии является аномалия или дефицит системы протеинов С и S [2]. В многочисленных исследованиях показана роль гомоцистеина как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений [3]. Сочетание гипогомоцистеинемии с другими формами тромбофилии повышает риск развития тромбозов [4]. Особого внимания заслуживает вопрос о значении оральной контрацептивов в возникновении ИМ у женщин.

Протеины С и S - витамин К - зависимые белки системы противосвертывания [5, 6]. Специфическое расщепление протеином С в присутствии своего кофактора протеина S факторов Va и VIIIa приводит к прерыванию каскада активации свертывающей системы крови и развитию гипокоагуляции [7]. Поэтому дефицит этих белков приводит к тромбофилическому состоянию. Дефицит протеина S увеличивает риск тромбозов в 5-10 раз при наличии других осложняющих факторов, а именно травмы, операции и иммобилизации больных, беременности и использовании оральных контрацептивов. Оральные контрацептивы сами по себе могут вызывать феномен резистентности к протеину С, и, более того, содержащиеся в них эстрогены могут уменьшить образование протеина S. Повышение риска тромбозов для препаратов второго поколения составляет 3-4 раза и 6-9 раз для контрацептивов третьего поколения [цит. по 9].

Аминокислота гомоцистеин образуется из метионина. Гипергомоцистеинемия встречается в популяции с частотой 5-10%, в настоящее время ее рассматривают как независимый фактор риска развития атеросклероза. Механизмы протромбогенного и проатеросклеротического действия гомоцистеина многообразны и включают в себя повреждение эндотелиальных клеток [3] с последующей активацией тромбоцитов и эндотелиальной клетки, высвобождение тканевого фактора, активирующего каскад коагуляции, перекисное окисление липидов, усиленное повреждение сосудистой стенки [10].

### **ПРИВОДИМ НАШЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Больная А., 25 лет, поступила в отделение некоронарной кардиологии 11.09. 2002 г. с жалобами умеренной интенсивности давящую боль за гру-