

УДК 615.036.8

DOI 10.17802/2306-1278-2023-12-2-35-45

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Н.Б. Лебедева¹, Л.К. Исаков², М.Н. Синькова², Н.И. Тарасов², Л.В. Кузнецова³

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Сосновый бульвар, 6, Кемерово, Российская Федерация, 650002; ² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Ворошилова, 22а, Кемерово, Российская Федерация, 650029; ³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. им. Митрофана Седина, 4, Краснодар, Российская Федерация, 350063

Основные положения

• Рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в РФ, в том числе в Кузбассе, в основном вызван увеличением числа больных пожилого и старческого возраста, что отражает текущую демографическую ситуацию в стране. Пациенты пожилого и старческого возраста с острым коронарным синдромом (ОКС) составляют до 50% госпитализированных в стационар. В реальной клинической практике значительное количество больных старческого возраста с ОКС получают консервативное лечение, а прогноз в этой когорте обусловлен развитием повторных коронарных событий и прогрессированием сердечной недостаточности. В связи с небольшой долей лиц старше 75–80 лет, включенных в рандомизированные клинические исследования, в вопросах ведения пациентов старческого возраста с ОКС и сердечной недостаточностью остаются проблемы. Очевидно, что больные старческого возраста требуют особого подхода с учетом наличия комплекса клинических и анамнестических факторов, оказывающих влияние на прогноз.

Цель	Изучение клинических и прогностических особенностей когорты пациентов старческого возраста с нестабильной стенокардией при консервативной тактике стационарного лечения в зависимости от величины фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).
Материалы и методы	В исследование включены 130 больных старческого возраста, 82 (77; 89) лет, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии в первичный сосудистый центр г. Кемерово с баллом по шкале GRACE менее 140. В течение госпитализации больным проведены стандартные лабораторные и инструментальные исследования, за исключением коронароангиографии. Оценено качество жизни с помощью опросника EQ-5D 3L. Через 12 мес. проанализированы соблюдение рекомендаций по лечению, первичные и вторичные конечные точки, качество жизни.
Результаты	У всех пациентов диагностирована сердечная недостаточность: у 50 (38,5%) – с ФВ ЛЖ менее 40% (группа I), у 80 (61,5%) – с ФВ ЛЖ более 40% (группа II). Сравнимые группы не отличались по полу, возрасту, мультифокальности атеросклеротического поражения, частоте аортального стеноза, нарушениям ритма и сопутствующей патологии. В обеих группах преобладали женщины, у всех больных зарегистрирована артериальная гипертензия. В группе I в анамнезе чаще отмечены перенесенный инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда и III функциональный класс хронической сердечной недостаточности по классификации NYHA ($p < 0,05$). Уровень качества жизни при выписке был низким в обеих группах: 34,8 (29; 42) и 39,4 (34; 46) балла соответственно ($p > 0,05$). Практически все пациенты в соответствии с существовавшими на период проведения исследования рекомендациями получали тройную нейрогуморальную терапию сердечной недостаточности (блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, бета-блокаторы,

Для корреспонденции: Наталья Борисовна Лебедева, lebenb@mail.ru; адрес: Сосновый бульвар, 6, Кемерово, Российская Федерация, 650002

Corresponding author: Nataliya B. Lebedeva, lebenb@mail.ru; address: 6, Sosnovy Blvd., Kemerovo, Russian Federation, 650002

антагонисты минералокортикоидных рецепторов) и двойную дезагрегантную терапию. Через год 85,2% больных группы I и 90% группы II принимали назначенные препараты в низких или среднетерапевтических дозах без титрации. Общая смертность в группах составила 46 и 37,5%; сердечно-сосудистая – 32 и 30% соответственно ($p>0,05$). Различий в частоте регистрации жестких конечных точек (госпитализация, инсульт, острый коронарный синдром, коронарная реваскуляризация) между группами не обнаружено. Уровень качества жизни оставался низким в обеих группах.

Заключение

У пациентов старше 75 лет, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии, основные клинико-anamnestические характеристики, годовой прогноз и уровень качества жизни не зависят от величины ФВ ЛЖ, а потребность в реваскуляризации миокарда в течение года остается высокой.

Ключевые слова

Старческий возраст • Нестабильная стенокардия • Фракция выброса • Прогноз

Поступила в редакцию: 22.03.2023; поступила после доработки: 18.04.2023; принята к печати: 02.05.2023

CLINICAL AND PROGNOSTIC FEATURES OF ELDERLY PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA PECTORIS UNDERGOING CONSERVATIVE TREATMENT DEPENDING ON LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION

N.B. Lebedeva¹, L.K. Isakov², M.N. Sinkova², N.I. Tarasov², L.V. Kuznetsova³

¹ Federal State Budgetary Institution “Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases”, 6, Sosnovy Blvd., Kemerovo, Russian Federation, 650002; ² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kemerovo State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 22a, Voroshilova Str., Kemerovo, Russian Federation, 650029; ³ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kuban State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, Russian Federation, 350063

Highlights

• High cardiovascular morbidity and mortality in the Russian Federation and in Kuzbass is mainly due to high number of elderly and senile patients; it simply reflects the current demographic situation in the country. Elderly and senile patients with acute coronary syndrome (ACS) account for 50% of hospitalized patients. In real clinical practice, a significant number of elderly patients with ACS receive conservative treatment, whereas the prognosis in this cohort is determined by the development of recurrent coronary events and the progression of heart failure. Due to small number of patients older than 75-80 years included in randomized clinical trials, there are certain gaps in the management of elderly patients with ACS and heart failure. Obviously, elderly patients require a special approach to patient management, taking into account the complexity of clinical and anamnestic factors affecting the prognosis.

Aim

To study clinical and prognostic features of elderly patients with unstable angina pectoris undergoing conservative treatment depending on left ventricular ejection fraction (LVEF).

Methods

130 elderly patients, with mean age of 82 (77; 89) years, hospitalized for unstable angina with a GRACE score of less than 140 to a vascular center in Kemerovo were included in the study. During hospitalization, standard laboratory and instrumental studies were performed, except coronary angiography. The quality of life was assessed using the EQ-5D 3L questionnaire. After 12 months, patient compliance with treatment recommendations, primary and secondary endpoints, and quality of life were analyzed.

Results

All patients were diagnosed with heart failure, 50 (38.5%) patients presented with LV EF less than 40% (the group I), 80 (61.5%) patients presented with LV EF more than 40% (the group II). The groups were comparable in gender, age, presence of multifocal of atherosclerotic disease, prevalence of aortic stenosis, arrhythmias and comorbidities. Women predominated in both groups, and arterial hypertension

was noted in all patients. In the group I, a history of myocardial infarction, coronary revascularization, and NYHA FC III were more common ($p < 0.05$). The level of quality of life at discharge was low in both groups: 34.8 (29; 42) and 39.4 (34; 46) points, respectively ($p > 0.05$). Almost all patients were on triple neurohumoral blockade (beta-blockers, renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors and mineralocorticoid receptor antagonists) for heart failure and dual antiplatelet therapy. One year later, 85.2% of patients in the group I and 90% of patients in the group II were taking all prescribed medication at low or medium therapeutic doses (without the need for drug titration). The overall mortality in the groups was 46% and 37.5%; cardiovascular deaths accounted for 32% and 30%, respectively ($p > 0.05$). There were no differences in the frequency of endpoints (hospitalization, stroke, acute coronary syndrome, coronary revascularization) between the groups. The level of quality of life remained low in both groups.

Conclusion

In patients over 75 years hospitalized for unstable angina, main clinical and anamnestic characteristics, annual prognosis and quality of life do not depend on LV EF, whereas the need for coronary revascularization during the 1 year remains high.

Keywords

Elderly • Unstable angina • Ejection fraction • Prognosis

Received: 22.03.2023; received in revised form: 18.04.2023; accepted: 02.05.2023

Список сокращений

ВАШ	– визуальная аналоговая шкала	ФК	– функциональный класс
ИБС	– ишемическая болезнь сердца	ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ОКС	– острый коронарный синдром	ЭхоКГ	– эхокардиография
ФВ ЛЖ	– фракция выброса левого желудочка		

Введение

По данным Росстата, ожидаемая продолжительность жизни в России на 2022 г. составила 75,5 года [1]. Количество россиян старческого (старше 75 лет) возраста неуклонно увеличивается и, по последним данным, составляет около 30 млн человек [2]. Известно, что среди причин смерти лиц старше 75 лет преобладает ишемическая болезнь сердца (ИБС), что диктует актуальность поиска новых возможностей первичной и вторичной профилактики ИБС в старших возрастных группах и прежде всего ее обострений, получивших в современной терминологии общее обозначение «острые коронарные синдромы» (ОКС) [3]. Значительные успехи в лечении ОКС способствуют увеличению продолжительности жизни пациентов, что в итоге увеличивает долю больных старческого возраста, смещая, таким образом, акцент современного научного поиска в сторону возрастного пациента. По данным ряда авторов, больные пожилого и старческого возраста с ОКС составляют до 50% госпитализированных в стационар [4]. Результаты крупных рандомизированных клинических исследований, посвященных инвазивной стратегии лечения ОКС, доказали ее приоритет как в ситуации ОКС с подъемом сегмента ST, так и при ОКС без подъема сегмента ST независимо от возраста, что нашло отражение в клинических рекомендациях [5]. Однако в реальной клинической практике следование ре-

комендациям у пожилых лиц бывает затруднительным, и значительное количество пациентов старческого возраста с ОКС получает консервативное лечение с рекомендацией проведения плановой коронароангиографии при выписке из стационара [6]. Кроме того, с учетом часто встречаемого у пожилых людей многососудистого поражения коронарного русла даже своевременное инвазивное вмешательство при ОКС далеко не всегда успешно.

Таким образом, существует значительная когорта пациентов старческого возраста с ОКС, леченным консервативно, и у таких пациентов прогноз во многом обусловлен, наряду с риском развития повторных коронарных событий, прогрессированием хронической сердечной недостаточности (ХСН). ХСН в старческом возрасте имеет особенности, связанные с наличием возрастных изменений в кардиомиоцитах, склерозом и атрофией миокарда, выраженным атеросклеротическим процессом не только магистральных артерий, но и микроциркуляторного русла [7]. С учетом других особенностей старческой возрастной группы, таких как наличие старческой астении, коморбидности, функциональной недостаточности многих органов и систем, и того факта, что доля лиц старческого возраста в рандомизированных клинических исследованиях остается недостаточной, некоторые аспекты ведения пациентов с ХСН старческого возраста остаются не до конца изученными [8]. Так, около 30%

рандомизированных клинических исследований не включали людей старческого возраста, в данных исследованиях с участием пациентов 80 лет и старше их доля составляла не более 15% [9].

Цель настоящего исследования заключалась в изучении клинических и прогностических особенностей когорты больных старческого возраста с нестабильной стенокардией при консервативной тактике стационарного лечения в зависимости от величины фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Материалы и методы

Проведено наблюдательное проспективное исследование на базе отделения острой коронарной патологии первичного сосудистого центра (без возможности коронарных вмешательств) ГБУЗ «ГКБ № 11» г. Кемерово, в которое было включено 130 пациентов старческого возраста, 82 (77; 89) лет, в 2020–2021 гг. Исследование выполнено с соблюдением принципов Хельсинкской декларации, протокол исследования и форма информированного согласия одобрены локальным этическим комитетом учреждения.

Критерии включения: возраст старше 75 лет, верифицированный диагноз нестабильной стенокардии, консервативная тактика лечения (балл по шкале GRACE менее 140), наличие ХСН II–III функционального класса (ФК) по NYHA, подписанное информированное согласие. Критерии невключения: инфаркт миокарда, балл по шкале GRACE выше 140, ХСН IV ФК по NYHA, сопутствующие заболевания в стадии выраженного обострения или с выраженной функциональной недостаточностью органов, перевод в региональный сосудистый центр для реваскуляризации миокарда.

Пациентов включали в исследование на 2–3-е сутки от поступления после верификации окончательного клинического диагноза и согласования консервативной тактики лечения с лечащим врачом и заведующим отделением. Больные были разделены на две группы: группа I – 50 лиц с низкой (менее 40%) ФВ ЛЖ, группа II – 80 лиц с промежуточной и сохраненной ФВ ЛЖ.

В стационаре в течение госпитализации проводили стандартные лабораторные и инструментальные исследования, в том числе эхокардиографию, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и сосудов нижних конечностей, суточное мониторирование электрокардиограммы. Дополнительно оценивали качество жизни с помощью опросника EQ-5D 3L и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). После выписки из стационара раз в два месяца проводили телефонные звонки с анализом приверженности назначенной терапии. Через 12 мес. всем выжившим пациентам на очном визите оценивали качество жизни с помощью опросника EQ-5D 3L, приверженность лечению и конечные

точки, а также эхокардиографию и суточное мониторирование электрокардиограммы.

В качестве первичных конечных точек регистрировали сердечно-сосудистую смерть, смерть от всех причин, повторные госпитализации по поводу ОКС, госпитализации по поводу ХСН и острого нарушения мозгового кровообращения, экстренное и плановое чрескожное коронарное вмешательство, коронарное шунтирование, госпитализацию по сердечно-сосудистой причине. Кроме того, оценивали вторичные конечные точки, такие как частота регистрации желудочковых нарушений ритма III градации и выше, впервые выявленная или рецидивирующая фибрилляция предсердий, прогрессирование хронической болезни почек, количество пациентов с IV ФК по NYHA.

Статистический анализ

Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета программ Statistica 10 Enterprise (StatSoft, Inc., США). Нормальность распределения проверена по критерию Колмогорова – Смирнова, с учетом отсутствия нормальности распределения применены методы непараметрической статистики (критерии Уилкоксона, Манна – Уитни). Анализ различий частот в двух независимых группах выполнен при помощи точного критерия Фишера с двусторонней доверительной вероятностью, критерия Хи-квадрат с поправкой Йетса; рассчитаны медиана, верхний и нижний квартили – Me (Q 25; 75). Уровень статистической значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты

Всего в исследование вошли 130 пациентов, из которых 50 (38,5%) имели ФВ ЛЖ менее 40% (группа I) и 80 (61,5%) – ФВ ЛЖ более 40% (группа II). Исходные клинико-демографические характеристики сравниваемых групп представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, группы с ФВ ЛЖ менее 40% и более 40% не отличались по полу, возрасту, мультифокальности атеросклеротического поражения, частоте аортального стеноза, нарушениям ритма и сопутствующей патологии. В обеих группах преобладали женщины, у всех пациентов регистрировали артериальную гипертензию. Отмечена высокая распространенность периферического атеросклероза (сонные артерии, артерии нижних конечностей), являющегося, несмотря на патогенетическую идентичность с коронарным атеросклерозом, самостоятельным по своим клиническим проявлениям и осложнениям заболеванием.

Большинство пациентов обеих групп пациентов имели пароксизмальную или постоянную форму фибрилляции предсердий, что значительно усложняло выбор комбинированной дезагрегантной и

антикоагулянтной терапии, особенно с учетом наличия язвенной болезни у 40–45% и хронической анемии у 16–15% пациентов. У больных группы I ожидаемо чаще в анамнезе регистрировали перенесенный инфаркт миокарда, реваскуляризацию миокарда и III ФК ХСН по NYHA. Из коморбидной патологии чаще всего встречались деформирующий остеоартроз, хроническая болезнь почек, язвенная болезнь, сахарный диабет. Наличие у большинства обследованных лиц деформирующего остеоартроза (прежде всего поражение тазобедренных и коленных суставов) существенно ограничивало возможность проведения нагрузочных тестов.

Оценка качества жизни по EQ 5D 3L и ВАШ при выписке показала, что уровень субъективного вос-

приятия качества жизни не зависел от величины ФВ ЛЖ и был низким в обеих группах: средний балл по ВАШ составил 34,8 (29;42) и 39,4 (34;46) в группах I и II соответственно ($p>0,05$). О наличии умеренно выраженной тревоги и депрессии сообщали 33 (66%) пациентов в группе I и 52 (65%) больных в группе II, выраженную депрессию и тревогу отмечали 9 (18%) и 16 (20%) пациента соответственно, проблемы с подвижностью и самообслуживанием выявлены у 46 (92%) пациентов группы I и 73 (91,3%) пациентов группы II ($p>0,05$). Рекомендованная при выписке лекарственная терапия представлена в табл. 2.

Несмотря на объективные трудности с назначением полного объема необходимой терапии, в целом

Таблица 1. Сравнительная клинико-anamnestическая характеристика пациентов в зависимости от величины фракции выброса левого желудочка

Table 1. Comparative clinical and anamnestic characteristics of patients depending on left ventricular ejection fraction

Показатель / Index	Группа I / Group I, n = 50	Группа II / Group II, n = 80	p
Возраст, лет / Age, years, Me [Q 25; 75]	79,3 [77; 82]	79,4 [77; 83]	1,0
Женский пол / Female, n (%)	39 (78)	62 (77,5)	0,35
Курение / Smoking, n (%)	2 (4)	2 (2,5)	0,7
GRACE, баллы / scores, Me [Q 25; 75]	134 [123; 148]	132 [119; 139]	0,8
ФВ ЛЖ / LV EF, % Me [Q 25; 75]	35,3 [35; 38]	55,1 [46; 61]	0,38
Желудочковые аритмии / Ventricular arrhythmias, n (%)	47 (94)	70 (87,5)	0,6
Артериальная гипертензия / Arterial hypertension, n (%)	50 (100)	80 (100)	1,0
ПИКС / PICS	47 (94)	44 (55)	<0,001
ЧКВ в анамнезе / History of PCI, n (%)	33 (66)	34 (42,5)	0,01
КШ в анамнезе / History of CABG, n (%)	19 (38)	18 (22,5)	0,057
Фибрилляция предсердий / Atrial fibrillation, n (%)	36 (72)	70 (87,5)	0,5
Аортальный стеноз / Aortic stenosis, n (%)	12 (24)	21 (26,3)	0,9
Протезирование клапана / Valve replacement, n (%)	4 (8)	5 (6,3)	0,6
ОНМК / Stroke, n (%)	15 (30)	15 (18,5)	0,13
Стеноз сонных артерий / Carotid artery stenosis, n (%)	29 (58)	43 (53,7)	0,9
Каротидная реваскуляризация / Carotid revascularization, n (%)	4 (8)	5 (6,3)	0,3
Стеноз артерий нижних конечностей / Lower extremity artery stenosis	31 (60)	34 (42,5)	0,6
II ФК ХСН по NYHA / NYHA FC for heart failure, n (%)	15 (30)	43 (53,8)	0,002
III ФК ХСН по NYHA / NYHA FC for heart failure, n (%)	35 (70)	37 (46,3)	0,014
Сахарный диабет / Diabetes mellitus, n (%)	22 (44)	27 (33,8)	0,82
СКФ<60 мл/мин / GFR<60 mL/min, n (%)	27 (54)	46 (57,5)	0,9
Деформирующий остеоартроз / Osteoarthritis, n (%)	45 (90)	74 (92,5)	0,8
Язвенная болезнь / Peptic ulcer, n (%)	20 (40)	36 (45)	0,6
ХОБЛ / COPD, n (%)	10 (5)	15 (18,5)	0,274
Хроническая анемия / Chronic anemia, n (%)	8 (16)	12 (15)	0,8
Онкопатология / Oncopathology, n (%)	16 (32)	19 (23,8)	0,9

Примечание: КШ – коронарное шунтирование; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ПИКС – постинфарктный кардиосклероз; СКФ – скорость клубочковой фильтрации; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ФК – функциональный класс; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; NYHA – Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация.
Note: CABG – coronary artery bypass grafting; COPD – chronic obstructive pulmonary disease; GFR – glomerular filtration rate; LV EF – left ventricular ejection fraction; NYHA – New York Heart Association; FC – functional classification; MI – myocardial infarction; PCI – percutaneous coronary intervention; PICS – post-MI cardiosclerosis.

лечение соответствовало клиническим стандартам, принятым на момент исследования [10].

Практически все пациенты получали тройную нейрогуморальную терапию ХСН. Несмотря на наличие язвенной болезни, большинство больных получали двойную дезагрегантную терапию. Вместе с тем антикоагулянты назначены далеко не всем лицам с фибрилляцией предсердий. В группе пациентов с низкой ФВ ЛЖ были ожидаемо чаще рекомендованы диуретики.

Анализ приверженности назначенной терапии через 12 мес. показал, что из выживших к концу наблюдения пациентов 23 (85,2%) в группе I и 45 (90%) в группе II принимали все назначенные препараты. Пациенты получали среднетерапевтические или низкие дозы, ни одной записи в амбулаторных картах о попытках титрации доз в течение года не выявлено (табл. 3).

Сравнительный анализ частоты развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение года представлен в табл. 4.

Таблица 3. Средние дозы препаратов в группах через 12 мес. наблюдения, Ме [Q 25; 75]

Table 3. Average doses prescribed to patients in the groups at 12-month follow-up, Me [Q 25; 75]

Препарат / Medication	Группа I / Group I, n = 27	Группа II / Group II, n = 50
Карведилол / Carvedilol	20,5 [12,5; 25]	25,5 [12,5; 25]
Вальсартан / Valsartan	134,8 [80; 160]	148,3 (80; 160)
Эплеренон / Eplerenone	26,7 [25; 50]	31,2 [25; 50]
Эналаприл / Enalapril	10 [5; 15]	10 [5; 15]
Бисопролол / Bisoprolol	5 [2,5; 7,5]	5 [2,5; 7,5]
Лозартан / Losartan	25 [12,5; 50]	25 [12,5; 50]

Примечание: во всех случаях $p > 0,05$.

Note: in all cases $p > 0.05$.

Таблица 2. Медикаментозная терапия при выписке в группах сравнения, n (%)

Table 2. Drug therapy at discharge in the groups, n (%)

Препарат / Medication	Группа I / Group I, n = 50	Группа II / Group II, n = 80	p
Аспирин / Aspirin	39 (78)	71 (88,6)	0,5
Клопидогрел / Clopidogrel	49 (98)	78 (97,5)	0,35
Варфарин / Warfarin	12 (24)	27 (33,8)	0,061
Прямые пероральные антикоагулянты / Direct oral anticoagulants	6 (12)	8 (10)	0,8
Бета-адреноблокаторы / Beta-blockers	49 (98)	75 (93,4)	0,38
Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента / Angiotensin-converting enzyme inhibitors	32 (64)	58 (72,5)	0,32
Антагонисты рецепторов к ангиотензину II / Angiotensin II receptor blockers	15 (30)	22 (27,5)	0,36
Статины / Statins	49 (98)	78 (97,5)	0,9
Антагонисты альдостерона / Aldosterone antagonists	46 (92)	66 (82,5)	0,8
Петлевые диуретики / Loop diuretics	19 (38)	17 (21,3)	0,038
Тиазидные диуретики / Thiazide diuretics	12 (24)	50 (62,5)	0,001
Нитраты / Nitrates	31 (62)	50 (62,5)	0,39

Таблица 4. Частота развития конечных точек в сравниваемых группах в течение года наблюдения, n (%)

Table 4. Frequency of endpoints in the groups during 1-year follow-up, n (%)

Конечная точка / Endpoint	Группа I / Group I, n = 50	Группа II / Group II, n = 80	p
Сердечно-сосудистая смерть / Cardiovascular deaths	16 (32)	24 (30)	0,9
Смерть от всех причин / All-cause deaths	23 (46)	30 (37,5)	0,08
Повторные госпитализации с ОКС / Rehospitalizations for ACS	22 (44)	36 (45)	0,8
Госпитализации по поводу ХСН / Hospitalizations for HF	18 (36)	30 (37,5)	0,5
Госпитализация по поводу ОНМК / Hospitalization for stroke	11 (22)	16 (20)	0,7
Экстренное ЧКВ / Emergency PCI	11 (22)	27 (33,8)	0,09
Плановое ЧКВ / Scheduled PCI	8 (16)	20 (25)	0,2
КШ / CABG	2 (4)	4 (5)	0,9
Госпитализация по сердечно-сосудистой причине / Hospitalizations due to cardiovascular diseases	41 (82)	70 (87,5)	0,2

Примечание: КШ – коронарное шунтирование; ОКС – острый коронарный синдром; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

Note: ACS – acute coronary syndrome; CHF – chronic heart failure; CABG – coronary artery bypass grafting; PCI – percutaneous coronary intervention.

Обращает на себя внимание отсутствие различий в частоте развития основных сердечно-сосудистых событий в течение года группах с разной ФВ ЛЖ. По частоте выполнения экстренных и плановых чрескожных коронарных вмешательств, коронарного шунтирования различий между группами не отмечено, однако в целом реваскуляризация миокарда проведена большему количеству пациентов группы II: 51 (63,8 %) больному против 21 (42%) участника группы I ($p = 0,046$).

При анализе вторичных конечных точек у выживших пациентов выявлены достоверно более частая регистрация желудочковых аритмий высоких градаций и прогрессирование почечной дисфункции у лиц с низкой ФВ ЛЖ. В обеих группах в течение года отмечена тенденция снижения ФВ ЛЖ: с 35,3 (35; 38) до 33,2 (31; 34) % в группе I и с 55,1 (46; 61) до 50,8 (44; 60) % в группе II (в обоих случаях $p > 0,05$). Вместе с тем пациенты с высоким ФК ХСН встречались одинаково часто в обеих группах (табл. 5). За период наблюдения 5 (10%) больных группы I имплантирован кардиовертер-дефибриллятор.

Через год средний показатель по ВАШ составил 36,1 (35; 44) балла в группе I и 48,1 (43; 58) балла в группе II ($p = 0,044$). Анализ динамики баллов по ВАШ показал, что уровень качества жизни возрос в обеих группах, средний балл по ВАШ был выше у пациентов с сохранной ФВ ЛЖ, но оставался низким в обеих группах (рис. 1).

Подробный сравнительный анализ динамики различных аспектов, определяющих качество жизни согласно исполь-

зуемому опроснику, показал, что в течение года на фоне высокой приверженности назначенной терапии в обеих группах существенно уменьшилось количество больных, испытывающих проблемы с активностью и подвижностью, однако возросло число лиц, ощущающих боль, дискомфорт, тревогу и депрессию (рис. 2).

Обсуждение

Как видно из полученных результатов, когорта больных старческого возраста существенно отли-

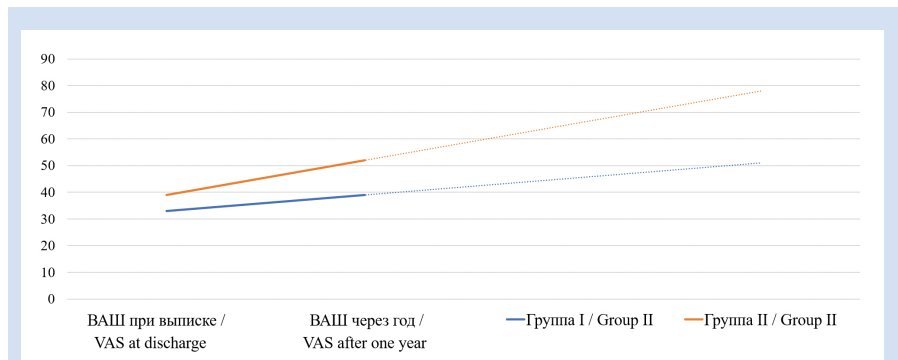


Рисунок 1. Анализ динамики качества жизни, оцененного в средних баллах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ($p = 0,046$)

Figure 1. Analysis of the dynamics of the quality of life, estimated by average score on the visual analog scale (VAS) ($p = 0.046$)

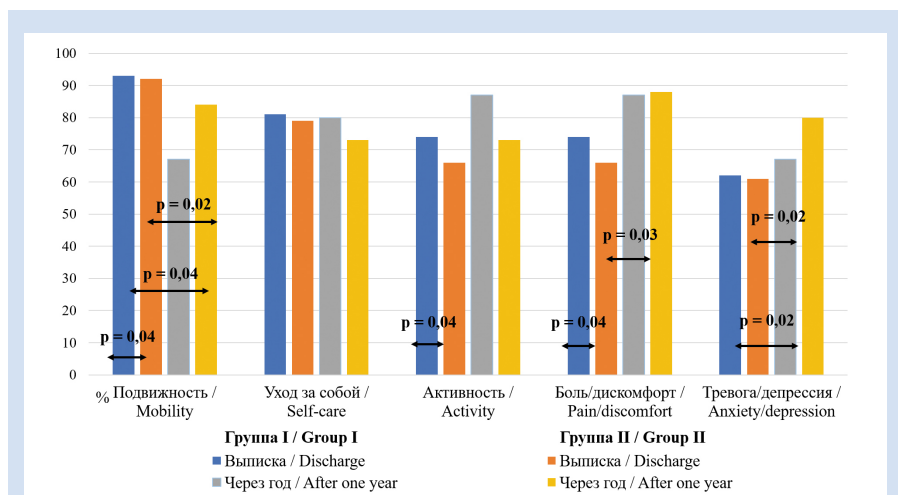


Рисунок 2. Сравнительный анализ динамики количества пациентов, испытывающих проблемы согласно категориям опросника EQ 5 D 3L (%)

Figure 2. Comparative analysis of the dynamics of the number of patients experiencing issues according to the questionnaire EQ 5 D 3L (%)

Таблица 5. Вторичные конечные точки в исследуемых группах, оцененные у выживших пациентов через 12 мес.
Table 5. Secondary endpoints in the groups assessed in surviving patients at 12 months

Параметр / Parameter	Группа I / Group I, n = 27	Группа II / Group II, n = 50	p
Фибрилляция предсердий / Atrial fibrillation, n (%)	16 (59,3)	34 (68)	0,2
Желудочковые аритмии / Ventricular arrhythmias, n (%)	23 (85,2)	22 (44)	0,02
ФВ ЛЖ / LV EF, %, Me [Q 25; 75]	33,2 [31; 34]	50,8 [44; 60]	0,03
Прогрессирование ХБП / CKD progression	18 (66,7)	18 (36)	0,01
IV ФК ХСН по NYHA / IV NYHA class of heart failure, n (%)	10 (37)	13 (26)	0,08

Примечание: ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ФК – функциональный класс; ХБП – хроническая болезнь почек; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; NYHA – Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация.
Note: CKD – chronic kidney disease; LV EF – left ventricular ejection fraction; NYHA – New York Heart Association.

чается от более молодых пациентов с ОКС прежде всего абсолютным преобладанием женщин в обеих сравниваемых группах, что объясняется более высокой продолжительностью жизни среди представительниц женского пола [1]. Большинство больных с низкой ФВ ЛЖ перенесли инфаркт миокарда в анамнезе, что подтверждает определяющий вклад ИБС в формирование ХСН у пациентов старших возрастных групп [11]. Известно, что у пациентов старше 75 лет, как правило, диагностируют 4–5 самостоятельных заболеваний, что затрудняет полноценное лечение [12]. Так, по данным настоящего исследования, наличие язвенной болезни и хронической анемии существенно ограничивало назначение тройной антитромботической терапии, показанной при ОКС на фоне фибрилляции предсердий [5].

Более чем у половины пациентов отмечено снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин. Известно, что возраст и скорость клубочковой фильтрации являются одними из основных критериев оценки риска смерти и развития инфаркта миокарда при ОКС без подъема ST по шкале GRACE [13]. Суммарное количество баллов, превышающее 140, служит критерием высокого риска и показанием к проведению чрескожного коронарного вмешательства в течение первых 24 ч, а сумма в 109–140 баллов (как и наличие сниженной скорости клубочковой фильтрации) – критерием умеренного риска и показанием к проведению данного вмешательства в ближайшие 72 ч [5]. Таким образом, более половины включенных пациентов даже без детальной оценки клинического статуса имели показания к инвазивному коронарному вмешательству в течение индексной госпитализации, однако получили консервативное лечение. Такая ситуация еще раз подчеркивает сложность в выборе лечения возрастных пациентов и имеющиеся на сегодняшний день как субъективные, так и объективные обстоятельства, ограничивающие инвазивные вмешательства на коронарных сосудах у лиц старческого возраста. Так, по данным одного из последних исследований с анализом 583 историй болезни пациентов старше 75 лет, поступивших с ОКС сразу в инвазивный центр, только 41% участников выполнена коронароангиография, что связали с тяжелым коморбидным фоном или отказом больных [14].

Проблема курации возрастных пациентов с ОКС пересекается с вопросом лечения ХСН, которую диагностируют у всех лиц старческого возраста с ИБС. По данным настоящего исследования, у пациентов старческого возраста с нестабильной стенокардией преобладает ХСН с промежуточной или сохраненной ФВ ЛЖ, однако клинические различия между группами с разной ФВ ЛЖ практически отсутствуют. Как показал анализ полученных результатов, лечение ХСН у больных старческого возраста в целом соответствует существующим

клиническим рекомендациям по многокомпонентной нейрогуморальной блокаде тремя (на момент проведения исследования) группами препаратов (блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов) [10]. Однако титрации доз до целевых на амбулаторном этапе не проводится, что может ограничивать эффективность назначенной терапии. Отмечено, что пациенты сохраняли высокую приверженность лечению в течение года, которая превышает таковую у лиц более молодого возраста [15].

В течение года по сердечно-сосудистой причине умерли 40 (30,8%) пациентов, общая смертность в группе была высокой и составила 40,8%. Результаты одного из российских исследований также свидетельствуют о высокой летальности среди лиц старше 75 лет с ОКС без подъема ST (27,8%). Исследователи делают вывод о необходимости проведения ранней коронарной реваскуляризации в этой группе [14]. Обращает на себя внимание отсутствие различий по частоте развития сердечно-сосудистых событий и смерти в течение года между группами с низкой и промежуточной/сохраненной ФВ ЛЖ. Такой метод профилактики внезапной сердечной смерти, от которой умирают 50% всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как имплантация кардиовертера-дефибриллятора, также практически не реализуется среди пациентов старческого возраста [15]. Так, в настоящем исследовании кардиовертер-дефибриллятор имплантирован лишь 10% больных в группе с низкой ФВ ЛЖ, которая служит прямым показанием к этой процедуре для первичной профилактики внезапной сердечной смерти.

Результаты, полученные в настоящем исследовании, показывают, что, несмотря на общее широкое внедрение высокотехнологичных инвазивных методов лечения ИБС и ХСН, у пациентов старше 75 лет реальная медицинская помощь часто ограничена лишь медикаментозным воздействием. В то же время известно, что рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в РФ, в том числе в Кузбассе, в основном происходит за счет лиц пожилого и старческого возраста, что отражает существующую демографическую ситуацию в стране [16, 17]. Таким образом, крайне важно направлять усилия на соблюдение существующих клинических рекомендаций в полном объеме независимо от возраста больных.

Трехуровневая шкала оценки качества жизни EQ 5D выбрана ввиду ее простоты, объективности и широкого представления в рандомизированных клинических исследованиях. При работе с другими шкалами (5-уровневая шкала EQ 5D, KSSQ, SF-36) в контексте возрастных пациентов существуют проблемы необходимости подробного объяснения их заполнения, частых отказов больных работать с

многостраничными опросниками. Примененная в исследовании шкала явилась наиболее удобной при оценке качества жизни у лиц старческого возраста и не требовала значительных временных затрат со стороны и исследователя, и пациента. Анализ результатов анкетирования показал, что участники обеих групп отмечали низкий субъективный уровень качества жизни, при выписке из стационара большинство больных жаловались на проблемы с подвижностью, активностью, уходом за собой, боль или дискомфорт, тревогу и депрессию. В динамике опрос через год продемонстрировал существенное увеличение количества пациентов, испытывающих боль, дискомфорт, тревогу или депрессию в обеих группах, более значительное в группе II, несмотря на улучшение подвижности и активности.

Заключение

У пациентов старше 75 лет, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии, основные клинико-anamnestические характеристики, однолетний прогноз и уровень качества жизни не зависят от величины ФВ ЛЖ. С учетом высокой коморбидности у возрастных больных для оценки отдаленного прогноза, вероятно, необходим комплекс факторов, отражающих состояние основ-

ных функциональных систем. С учетом высокой частоты развития повторных ОКС и выполнения реваскуляризации миокарда в отдаленном периоде выбор инвазивной тактики лечения ОКС в реальной клинической практике не должен зависеть от возраста пациентов.

Конфликт интересов

Н.Б. Лебедева заявляет об отсутствии конфликта интересов. Л.К. Исаков заявляет об отсутствии конфликта интересов. М.Н. Синькова заявляет об отсутствии конфликта интересов. Н.И. Тарасов заявляет об отсутствии конфликта интересов. Л.В. Кузнецова заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование

Исследование выполнено в рамках фундаментальной темы НИИ КПССЗ «Разработка инновационных моделей управления риском развития болезни системы кровообращения с учетом коморбидности на основе изучения фундаментальных, клинических, эпидемиологических механизмов и организационных технологий медицинской помощи в условиях промышленного региона Сибири» (№ госрегистрации 122012000364-5 от 20.01.2022).

Информация об авторах

Лебедева Наталья Борисовна, доктор медицинских наук, доцент ведущий научный сотрудник лаборатории реабилитации отдела клинической кардиологии федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0003-2769-3807

Исаков Леонид Константинович, кандидат медицинских наук доцент кафедры поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кемерово, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0003-0487-3880

Синькова Маргарита Николаевна, кандидат медицинских наук доцент кафедры поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кемерово, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0001-7604-5481

Тарасов Николай Иванович, доктор медицинских наук, профессор профессор кафедры поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кемерово, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0003-4287-4366

Кузнецова Лилия Витальевна, студентка федерального государственного бюджетного образовательного учреждения

Author Information Form

Lebedeva Natalia B., PhD, Associate Professor, Leading Researcher at the Laboratory of Rehabilitation, Department of Clinical Cardiology, Federal State Budgetary Institution “Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases”, Kemerovo, Russian Federation; **ORCID** 0000-0003-2769-3807

Isakov Leonid K., PhD, Associate Professor at the Department of Internal Diseases (Therapy), Postgraduate Training and Nursing, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kemerovo State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kemerovo, Russian Federation; **ORCID** 0000-0003-0487-3880

Sinkova Margarita N., PhD, Associate Professor at the Department of Internal Diseases (Therapy), Postgraduate Training and Nursing, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kemerovo State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kemerovo, Russian Federation; **ORCID** 0000-0001-7604-5481

Tarasov Nikolay I., PhD, Professor, Professor at the Department of Internal Diseases (Therapy), Postgraduate Training and Nursing, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kemerovo State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kemerovo, Russian Federation; **ORCID** 0000-0003-4287-4366

Kuznetsova Lilia V., Student at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kuban State

высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Российская Федерация; **ORCID** 0009-0009-1253-9672

Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0009-0009-1253-9672

Вклад авторов в статью

ЛНБ – интерпретация данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

ИЛК – получение, анализ и интерпретация данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

СМН – получение и анализ данных исследования, корректировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

ТНИ – вклад в концепцию и дизайн исследования, корректировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

КЛН – анализ и интерпретация данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

Author Contribution Statement

LNB – data interpretation, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

ILK – data collection, analysis and interpretation, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

SMN – data collection and analysis, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

TNI – contribution to the concept and design of the study, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

KLN – data analysis and interpretation, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения 23.04.2023)
2. Шабунова А.А., Барсуков В.Н. Тенденции демографического старения населения Российской Федерации и пути их преодоления. Проблемы развития территории. 2015;1 (75): 76-87. eISSN: 2307-5589
3. Alexander K.P., Newby L.K., Armstrong P.W., Cannon C.P., Gibler W.B., Rich M.W., Van de Werf F., White H.D., Weaver W.D., Naylor M.D., Gore J.M., Krumholz H.M., Ohman E.M.; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Society of Geriatric Cardiology. Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. 2007;115 (19): 2570-2589. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.182616.
4. Гиляров М.Ю., Желтоухова М. О., Константинова Е. В. Особенности лечения острого коронарного синдрома у пожилых: опыт городской клинической больницы № 1 им. Н. И. Пирогова. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017; 13(2):164–170. doi: 10.20996/1819-6446-2017-13-2-164-170
5. Барбараш О. Л., Дупляков Д. В., Затеищиков Д. А., Панченко Е. П., Шахнович Р. М., Явелов И. С., Яковлев А. Н., Абугов С. А., Алякин Б. Г., Архипов М. В., Васильева Е. Ю., Галявич А. С., Ганюков В. И., Гиляревский С. Р., Голубев Е. П., Голухова Е. З., Грацианский Н. А., Карпов Ю. А., Космачева Е. Д., Лопатин Ю. М., Марков В. А., Никулина Н. Н., Певзнер Д. В., Погосова Н. В., Протопопов А. В., Скрышник Д. В., Терещенко С. Н., Устюгов С. А., Хригун А. В., Шалаев С. В., Шпектор А. В., Якушин С. С. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2021;26(4):4449. doi:10.15829/1560-4071-2021-444
6. Рыжкова Ю.Д., Канарейкина Е. В., Атабегашвили М. Р. Острый коронарный синдром у пожилых: особенности ведения пациентов. *Клиницист*. 2019;13(1–2):19-26. doi: 10.17650/1818-8338-2019-13-1-2-19-26
7. Dharmarajan K., Rich M.W. Epidemiology, Pathophysiology, and Prognosis of Heart Failure in Older Adults. *Heart Failure Clin*. 2017; 13: 417–426. doi:10.1016/j.hfc.2017.02.001
8. Гулян Р. Г., Ушанова А. М., Рытова Ю. К., Певзнер Д. В., Меркулов Е. В., Бойцов С. А. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST у пациентов старческого возраста и долгожителей. Особенности лечения. Обзор литературы и клинический случай. Российский кардиологический журнал. 2021;26(11):4524. doi:10.15829/1560-4071-2021-4524.
9. Heiat A., Gross C.P., Krumholz H.M. Representation of the elderly, women, and minorities in heart failure clinical trials. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(15):1682–8. doi: 10.1001/archinte.162.15.1682.
10. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4083. doi:10.15829/1560-4071-2020-4083
11. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать. Российский кардиологический журнал. 2016;(8):7-13. doi:10.15829/1560-4071-2016-8-7-13 .
12. Ткачева О.Н., Беленков Ю.Н., Карпов Ю.А., Зырянов С.К. Проблемы гериатрии в кардиологической практике. *Кардиология*. 2019;59(12):54-63. doi:10.18087/cardio.2019.12.n876
13. Зыков М.В., Кашталап В.В., Быкова И.С., Груздева О.В., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л. Применение шкалы GRACE при остром коронарном синдроме в сочетании с почечной дисфункцией. Российский кардиологический журнал. 2017;(11):36-42. doi:10.15829/1560-4071-2017-11-36-42
14. Петрова Л.А., Кылбанова Е.С., Егорова А.Е., Васильева А.Г. Острый коронарный синдром у пациентов старческого возраста. Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2020;1 (18):32-37. doi: 10.25587/SVFU.2020.18.61527
15. Лебедева Н.Б., Талибуллин И.В., Парфёнов П.Г., Мамчур С.Е., Барбараш О.Л. Имплантируемые кардиоверттеры-дефибрилляторы для первичной и вторичной профилактики внезапной сердечной смерти: анализ клинико-анамнестического статуса пациентов по данным кузбасского регистра. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2022;11 (4):139-150. doi: 10.17802/2306-1278-2022-11-4-139-150.
16. Савина А.А., Фейгинова С.И. Динамика заболева-

емости болезнями системы кровообращения взрослого населения Российской Федерации в 2007-2019 гг. Социальные аспекты здоровья населения. 2021; 67(2):1. doi: 10.21045/2071-5021-2021-67-2-1.

17. Петров А.Г., Абрамов Н.В., Макаров С.А., Фили-

монов С.Н., Семенихин В.А., Черных Н.С. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда населения Кузбасса и российской федерации за период 2011-2019 гг. Медицина в Кузбассе. 2022; 1 (21): 33-38. doi: 10.24412/2687-0053-2022-1-33-38

REFERENCES

1. Federal State Statistics Service of the Russian Federation [Internet]. Available at: <http://www.gks.ru> (accessed 23.04.2023) (in Russian)
2. Trends in the demographic aging of the population of the Russian Federation and ways to overcome them. Problems of territory development. 2015;1 (75): 76-87. (in Russian). eISSN: 2307-5589
3. Alexander K.P., Newby L.K., Armstrong P.W., Cannon C.P., Gibler W.B., Rich M.W., Van de Werf F., White H.D., Weaver W.D., Naylor M.D., Gore J.M., Krumholz H.M., Ohman E.M.; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Society of Geriatric Cardiology. Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. Circulation. 2007;115 (19): 2570-2589. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.182616.
4. Giljarov M.Ju., Zheltouhova M. O., Konstantinova E. V. Features of the treatment of acute coronary syndrome in the elderly: the experience of the city clinical hospital No. N. I. Pirogov. Rational pharmacotherapy in cardiology. 2017; 13(2):164–170. doi: 10.20996/1819-6446-2017-13-2-164-170 (in Russian)
5. Barbarash O. L., Duplyakov D. V., Zateischikov D. A., Panchenko E. P., Shakhnovich R. M., Yavelov I. S., Yakovlev A. N., Abugov S. A., Alekhan B. G., Arkhipov M. V., Vasilieva E. Yu., Galyavich A. S., Ganyukov V. I., Gilyarevskiy S. R., Golubev E. P., Golukhova E. Z., Gratsiansky N. A., Karpov Yu. A., Kosmacheva E. D., Lopatin Yu. M., Markov V. A., Nikulina N. N., Pevzner D. V., Pogosova N. V., Protopopov A. V., Skrypnik D. V., Tereshchenko S. N., Ustyugov S. A., Khripun A. V., Shalaev S. V., Shpektor V. A., Yakushin S. S. 2020 Clinical practice guidelines for Acute coronary syndrome without ST segment elevation. Russian Journal of Cardiology. 2021;26(4):4449. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2021-4449 (In Russian)
6. Acute coronary syndrome in the elderly: features of patient management. Clinician. 2019;13(1–2):19-26. doi: 10.17650/1818-8338-2019-13-1-2-19-26 (in Russian)
7. Dharmarajan K., Rich M.W. Epidemiology, Pathophysiology, and Prognosis of Heart Failure in Older Adults. Heart Failure Clin. 2017; 13: 417–426. doi:10.1016/j.hfc.2017.02.001
8. Guljan R. G., Ushanova A. M., Rytova Ju. K., Pevzner D. V., Merkulov E. V., Bojcov S. A. . Acute coronary syndrome without ST segment elevation in elderly patients and centenarians. Features of treatment. Literature review and clinical case. Russian journal of cardiology. 2021;26(11):4524 doi:10.15829/1560-4071-2021-4524.. (in Russian)
9. Heiat A., Gross C.P., Krumholz H.M. Representation of the elderly, women, and minorities in heart failure clinical trials. Archives of Internal Medicine. 2002;162(15):1682–8. doi: 10.1001/archinte.162.15.1682.
10. 2020 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(11):4083. doi:10.15829/1560-4071-2020-4083 (In Russian)
11. Fomin I.V. Chronic heart failure in the Russian Federation: what we know today and what we must do. Russian journal of cardiology. 2016;(8):7-13. doi:10.15829/1560-4071-2016-8-7-13. (in Russian)
12. Tkacheva O.N., Belenkov Ju.N., Karpov Ju.A., Zyrjanov S.K. Problems of geriatrics in cardiology practice. Cardiology. 2019;59(12):54-63 doi:10.18087/cardio.2019.12.n876 (in Russian)
13. Zykov M.V., Kashtalov V.V., Bykova I.S., Gruzdeva O.V., Karetnikova V.N., Barbarash O.L. Application of the grace scale in acute coronary syndrome in combination with renal dysfunction. Russian Journal of Cardiology 2017;(11):36-42. doi:10.15829/1560-4071-2017-11-36-42 (in Russian)
14. Petrova L.A., Kylbanova E.S., Egorova A.E., Vasil'eva A.G. Acute coronary syndrome in elderly patients. Bulletin of the North-Eastern Federal University. M.K. Ammosov. Series: Medical Sciences. 2020;1 (18):32-37. doi: 10.25587/SVFU.2020.18.61527 (in Russian)
15. Lebedeva N.B., Talibullin I.V., Parfjonov P.G., Mamchur S.E., Barbarash O.L. Implantable cardioverter-defibrillators for primary and secondary prevention of sudden cardiac death: analysis of the clinical and anamnestic status of patients according to the Kuzbass registry. Complex problems of cardiovascular diseases. 2022;11 (4):139-150. doi: 10.17802/2306-1278-2022-11-4-139-150. (in Russian)
16. Savina A.A., Fejginova S.I. Dynamics of the incidence of diseases of the circulatory system of the adult population of the Russian Federation in 2007-2019 Social aspects of public health. 2021; 67(2):1. doi: 10.21045/2071-5021-2021-67-2-1. (in Russian)
17. Petrov A.G., Abramov N.V., Makarov S.A., Filimonov S.N., Semenihih V.A., Chernyh N.S. Dynamics of the incidence of myocardial infarction in the population of Kuzbass and the Russian Federation for the period 2011-2019 Medicine in Kuzbass. 2022; 1 (21): 33-38. doi: 10.24412/2687-0053-2022-1-33-38 (in Russian)

Для цитирования: Лебедева Н.Б., Исаков Л.К., Синькова М.Н., Тарасов Н.И., Кузнецова Л.В. Клинические и прогностические особенности пациентов старческого возраста с нестабильной стенокардией при консервативной тактике лечения в зависимости от фракции выброса левого желудочка. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2023;12(2): 35-45. DOI: 10.17802/2306-1278-2023-12-2-35-45

To cite: Lebedeva N.B., Isakov L.K., Sinkova M.N., Tarasov N.I., Kuznetsova L.V. Clinical and prognostic features of elderly patients with unstable angina pectoris undergoing conservative treatment depending on left ventricular ejection fraction. Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2023;12(2): 35-45. DOI: 10.17802/2306-1278-2023-12-2-35-45