

# Вклад «традиционных» факторов риска в 10-летнюю выживаемость пожилых мужчин с ишемической болезнью сердца

Э.Г.Волкова, И.В.Танцырева

Кафедра терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» Росздрава, Челябинск

**Резюме.** Цель исследования. Оценка вклада «традиционных» факторов риска в прогнозирование фатальных исходов у мужчин пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материалы и методы.** В когортное 10-летнее проспективное исследование (начало 1997 г.) включены 167 мужчин в возрасте 60 лет и старше с ИБС (средний возраст 76,3±0,5 года), группу сравнения составили 38 мужчин с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) без клинических и других признаков ИБС (средний возраст 76,9±1,06 года). Контрольную группу составили 32 мужчины 60 лет и старше (средний возраст 68,5±0,68 года) без признаков заболеваний сердечно-сосудистой системы и заболеваний легких, поступившие в терапевтическое отделение этой же клиники за тот же период времени.

Наблюдение с анализом течения заболевания и мониторингом фатальных событий продолжали в течение 10 лет.

**Результаты.** Вероятность прогноза 10-летней сердечно-сосудистой смерти достоверно увеличивали артериальная гипертензия (АГ) и низкая физическая активность. Повышение систолического артериального давления до 150 мм рт. ст. и выше повышало риск смерти у исследуемых мужчин с ИБС от всех причин в 1,37 раз ( $p<0,05$ ), риск смерти от сердечно-сосудистых причин в 1,65 раза ( $p<0,05$ ), от хронических форм ИБС в 2,01 раза, от острого инфаркта миокарда в 8 раз ( $p<0,05$ ), от острого нарушения мозгового кровообращения в 2,13 раза. При сочетании ожирения и АГ вероятность смерти была выше, чем при наличии только фактора ожирения, и ниже, чем при наличии АГ. При сочетании курения и АГ – относительный риск смерти увеличивался в 2,6 раза. Максимальная вероятность смерти была установлена при сочетании АГ и низкой физической активности ( $p=0,02$ ). Вклад наличия изолированной избыточной массы тела и изолированного фактора курения (вне сочетания их с другими факторами риска) в сердечно-сосудистую смертность был несущественным.

**Заключение.** Таким образом, у исследуемых больных с ИБС и ХОБЛ выявлена более высокая распространенность факторов риска по сравнению с практически здоровыми, за исключением фактора курения. Вклад «традиционных» факторов риска в развитие сердечно-сосудистой смертности у мужчин пожилого и старческого возраста, при наличии уже имеющейся ИБС, различен. Оценка каждого из них позволяет прогнозировать темпы прогрессирования заболевания, развитие осложнений и клинических исходов.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, пожилой возраст, факторы риска, прогноз.

## ~~Contribution of traditional risk factors to 10-year survival in elderly male patients with coronary heart disease~~

E.G. Volkova, I.V. Tantsyeva

Department of Therapy, Functional Diagnosis, Preventive and Family Medicine, Ural State Medical Academy of Postgraduate Education, Federal Agency for Health Care and Social Development, Chelyabinsk

**Summary.** Aim. To estimate the contribution of traditional risk factors to the prediction of fatal outcomes in elderly and senile male patients with coronary heart disease (CHD).

**Subjects and methods.** A 10-year prospective cohort study (from early 1997) included 167 male CHD patients aged 60 years or older (mean age 76,3±0,5 years); a comparison group comprised 38 males (mean age 76,9±1,06) with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) without clinical and other signs of CHD. A control group consisted of 32 males over 60 years old without signs of cardiovascular and pulmonary diseases, who had been admitted to the therapeutic unit of the same clinic during the same period.

The examined patients were followed up for 10 years, by analyzing the disease course and monitoring fatal events.

**Results.** The probability of predicting 10-year cardiovascular mortality significantly increased the presence of arterial hypertension and low physical activity (OR, 1,67; CI, 1,11–2,51;  $p=0,01$  and OR, 1,454; CI, 1,091–1,393;  $p=0,01$ ). Elevations of systolic blood pressure up to 150 mm Hg or higher increased the risk of death from all causes in the examined males with CHD by 1.37-fold ( $p<0,05$ ), from cardiovascular causes by 1,65-fold ( $p<0,05$ ), chronic forms of CHD by 2,01-fold, acute myocardial infarction by 8-fold ( $p<0,05$ ), and stroke by 2.13-fold. When obesity was concurrent with arterial hypertension, the likelihood of death was higher than when only a factor of obesity was present and was lower when arterial hypertension was. A combination of smoking and arterial hypertension increased the relative risk of death by 2.6 times. The maximum likelihood of death was found when there was a combination of arterial hypertension and low physical activity ( $p=0,02$ ). The contribution of overweight only and smo-

king only (without combination with other risk factors) to cardiovascular mortality was insignificant. Conclusion. Thus, the higher spread of risk factors other than smoking was revealed in the examined patients with CHD and COPD than that in apparently healthy individuals. The contribution of traditional risk factors to cardiovascular mortality in elderly and senile males with existing CHD varies. Assessment of each factor permits prediction of the rate of disease progression, the development of complications, and clinical outcomes.

**Key words:** coronary heart disease, elderly age, risk factors, prognosis.

### Сведения об авторах:

**Волкова Э.Г.** – д-р мед. наук, проф., проректор по НИР и международным связям ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, зав. каф. терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины, гл. кардиолог МЗ Челябинской обл.

**Танцырева И.В.** – канд. мед. наук; зам. гл. врача по медицинским вопросам Муниципального учреждения здравоохранения Городской клинической поликлиники №8 г. Челябинска

**Д**инамика демографических процессов в Российской Федерации в первое десятилетие XXI века характеризуется двумя основными тенденциями: с одной стороны, это продолжение сокращения численности населения, с другой – дальнейшее старение популяции: доля лиц старше 60 лет в стране составляет 20% [1].

Обе эти тенденции непосредственно связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), поскольку болезни системы кровообращения составляют основную, ведущую, причину смертности, а следовательно, убыли населения и особенно значимы в старших возрастных группах. Преобладание в структуре населения лиц старших возрастных групп в силу объективных причин увеличивает как заболеваемость, так и смертность от ССЗ, что создает предпосылки для стабильно высоких уровней смертности от ССЗ и снижения численности населения России [2, 3].

В контроле над ситуацией по ССЗ ведущую роль играет профилактика, научной основой которой является концепция факторов риска [4]. Необходимо отметить, что современная концепция факторов риска четко определяет их взаимосвязь с развитием (дебютом) заболевания, но данные о вкладе факторов риска в прогноз уже развившегося заболевания достаточно противоречивы. По данным метаанализа 40 исследований с участием больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), установлено парадоксальное снижение сердечно-сосудистой смертности у лиц с избыточной массой тела [5]. Курение как фактор риска ССЗ и преждевременной смерти доказано многочисленными исследованиями и является общепринятым фактом. Однако в ряде исследований установлено снижение риска ранней смерти у курящих при инфаркте миокарда, инсульте и у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) [6, 7].

Ответ на вопрос о том, целесообразно ли снижение артериального давления (АД) у лиц 80 лет и старше, долгое время оставался не решенным. В исследовании HUYET доказано достоверное снижение частоты фатальных инсультов при назначении антигипертензивной терапии лицам старше 80 лет.

Низкая физическая активность (НФА) – один из наиболее сильных факторов риска у пациентов с ССЗ [8–1]), однако ее роль у пожилых лиц недостаточно исследована.

Проблема определения факторов, влияющих на прогноз и стратификацию риска у лиц с ИБС в пожилом и старческом возрасте, приобретает особую актуальность как в связи с динамикой демографических

процессов, так и в связи с определенной возможностью повлиять на продолжительность жизни.

### Цель исследования

Оценка вклада «традиционных» факторов риска в прогнозирование фатальных исходов у мужчин пожилого и старческого возраста с ИБС.

### Материалы и методы

В основную клиническую группу вошли 167 мужчин с ИБС в возрасте 60–90 лет (средний возраст 75,4±0,5 года). Группу сравнения составили 38 мужчин (средний возраст 76,9±1,06 года) с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) без клинических и других признаков ИБС. Данная группа выбрана в качестве сравнения, так как хорошо известны высокая частота этой патологии в пожилом и старческом возрасте, а также высокая смертность при ней, по уровню сопоставимая со смертностью при ИБС. В когорте больных с ИБС выделено 2 подгруппы – больные с ИБС без признаков заболеваний легких (n=110) и больные с ИБС в сочетании с ХОБЛ (n=57). Все вошедшие в основную и группу сравнения отобраны методом сплошной выборки за период с августа 1997 по май 1998 г. из 675 госпитализированных в отделение общетерапевтического профиля одной из городских больниц. Пациенты соответствовали критериям включения и не содержали критериев исключения.

Критерии включения в основную группу и группе сравнения: мужской пол, возраст 60 лет и старше, документированные ИБС (n=167) и ХОБЛ при отсутствии признаков ИБС (n=38). Критериями исключения из исследования явились: острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром в период 3 мес до момента госпитализации, злокачественные новообразования, острые и хронические инфекционные заболевания, декомпенсированный сахарный диабет, тяжелая степень хронической почечной и печеночной недостаточности.

Контрольную группу составили 32 мужчины 60 лет и старше (средний возраст 68,5±0,68 года) без признаков заболеваний сердечно-сосудистой системы и заболеваний легких, поступившие в терапевтическое отделение этой же клиники за тот же период времени.

В 60,5% случаев у исследуемых больных с ИБС выявлена стенокардия напряжения различных функциональных классов (ФК), 28,7% больных имели в анамнезе инфаркт миокарда, документированный

Таблица 1. Клиническая характеристика больных ИБС

Показатель	Возрастная группа, лет		
	60–69	70–79	80–92
	1	2	3
Число больных	27	92	48
Пол	Муж	Муж	Муж
Возраст, лет	67,5±0,68	75,2±0,32	83,9±0,45
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	10 (37,0)	28 (30,4)	10 (20,8)
Гипертоническая болезнь, n (%)	19 (70,3)	69 (75,0)	35 (72,9)
Стенокардия напряжения, n (%)	16 (59,2)	59 (64,1)	26 (54,2)
ФК ХСН по NYHA	2,1±0,16*	2,1±0,1	1,7±0,13#
ФК I,II, n (%)	21 (77,7) **	64 (69,5)	38 (79,2)#
ФК III, IV n (%)	6 (22,3)	28 (30,5)	10 (20,8)
Фибрилляция предсердий, n (%)	5 (18,5)	14 (15,2)	9 (18,7)
Блокада ножек пучка Гиса, n (%)	3 (11,1)	27 (29,3)	16 (33,3)

Примечание. \* – достоверность различий  $p_{1-3}<0,05$ ; \*\* – достоверность различий  $p_{1-3}<0,01$ ; \*\* – достоверность различий  $p_{1-2}<0,05$ ; # – достоверность различий  $p_{2-3}<0,01$ .

Таблица 2. Распространенность «традиционных» факторов риска у мужчин в возрасте 60 лет и старше с ИБС, ХОБЛ и практически здоровых

Показатель	Здоровые (n=32) группа 1	ИБС (n=110) группа 2	ИБС+ХОБЛ (n=57) группа 3	ХОБЛ (n=38) группа 4
Возраст, лет	68,5±0,68	76,2±0,62	76,6±0,87	76,9±1,06
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	25,1±0,65	25,67±0,24	24,8±0,49	25,5±0,7
Гипертоническая болезнь, n (%)		81 (73,6±4,2)	42 (73,7±5,9)	26 (68,4±7,6)
Уровень систолического АД, мм рт. ст.	125,9±1,37#	148,9±1,77	148,5±2,47	148,1±3,13
Курение, n (%)	10 (31,2±8,3)	24 (21,8±3,9)	22 (38,6±6,5)	22 (57,9±8,1)
НФА, n (%)	4 (12,5±5,9)#	62 (56,8±4,7)	34 (59,6±6,5)	20 (52,6±8,2)
ФОН, n (%)	8 (25,0±7,7)	40 (37,4±4,7)	17 (29,8±6,1)	10 (26,3±7,2)
Сахарный диабет, n (%)		12 (10,9±2,9)	2 (3,5±2,4)	4 (10,5±5,0)
Количество факторов риска	1,13±0,14#	2,36±0,11	2,33±0,15	2,47±0,18

Примечание. ИМТ – индекс массы тела; # $p<0,001$  достоверность различия показателей больных с ИБС и ХОБЛ с практически здоровыми.

изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ). В 66,6% ИБС сочеталась с артериальной гипертензией (АГ). Средний ФК ХСН составил 1,97±0,07. Диагноз ИБС устанавливали на основе стандартизованных критериев диагностики ИБС при наличии типичной клинической симптоматики, анамнестических указаний на перенесенный инфаркт миокарда, данных ЭКГ, результатов нагрузочных проб и эхокардиографических признаков. ФК недостаточности кровообращения устанавливали по NYHA. Диагноз гипертонической болезни устанавливали в соответствии с критериями ВОЗ и МОАГ (1999 г.) и экспертов ВНОК (2001 г.). Факторы риска оценивали по критериям ВОЗ. Исследуемых наблюдали в течение 10 лет с анализом течения заболевания и мониторингом фатальных событий. Летальные исходы устанавливали на основании данных протоколов патолого-анатомических вскрытий, журналов регистрации летальности медицинских учреждений, свидетельств о смерти, предоставленных архивом специализированного отдела ЗАГС. Статистическую обработку результатов проведенных исследований проводили путем вычисления средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения, средней ошибки средней арифметической, критерия Стьюдента (t). Различия считали достоверными при  $p<0,05$ . Сравнение дискретных величин проводили с использованием критерия  $\chi^2$ , непараметрического критерия Манна–Уитни. Различия счита-

лись достоверными при  $p<0,05$ . При распределениях, отличающихся от нормального, использовали непараметрический критерий Манна–Уитни. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы об отсутствии значимых различий или факторных влияний принимали равным 0,05. При параметрических методах исследования применяли методы корреляционного, регрессионного и многофакторного анализов. Рассчитывали относительный риск смерти, отношение шансов, используя для оценки достоверности различий  $\chi^2$  Пирсона и точный критерий Фишера. Для изучения прогностической значимости изучаемых факторов в отношении фатальных событий применяли анализ выживаемости Каплана–Мейера с оценкой межгрупповых различий посредством Log-rang-теста. Анализ проводили на персональном компьютере с использованием статистических программ SPSS 13 и «Statistica-6».

## Результаты

Клиническая характеристика мужчин с ИБС в возрасте 60 лет и старше, включенных в исследование, представлена в табл. 1.

В исследуемой группе больных с ИБС и ХОБЛ (n=205) изучена распространенность «традиционных» факторов риска в сравнении с группой мужчин (практически здоровые) без признаков ИБС, ХОБЛ и АГ (табл. 2).

**Таблица 3. 10-летний относительный риск (ОР) сердечно-сосудистой смерти у мужчин в возрасте 60 лет и старше в зависимости от факторов риска**

Фактор риска	Причина смерти, ОР (ДИ)				
	все	СССМ	хроническая ИБС	ОИМ	ОНМК
Гипертоническая болезнь	1,43 (1,06–1,93)**	1,67 (1,11–2,51)**	1,32 (0,67–2,52)	4,94 (0,67–36,25) $p=0,057$	1,88 (0,58–6,08)
Ожирение	1,03 (0,83–1,27)	1,1 (0,82–1,42)	0,92 (0,52–1,62)	0,98 (0,35–2,76)	1,58 (0,69–3,64)
Курение	1,104 (0,892–1,365)	1,074 (0,808–1,428)	0,913 (0,481–1,736)	1,071 (0,808–1,392)	1,717 (0,734–4,015)
НФА	1,367** (1,087–1,719)	1,454** (1,091–1,393)	1,335 (0,758–2,353)	2,857 (0,834–9,786) $p=0,075$	1,071 (0,459–2,496)
НФА у больных с I, II ФК ХСН	1,29* (0,98–1,68)	1,35 (0,94–1,94)	1,34 (0,73–2,47)	1,1 (0,16–7,58)	1,25 (0,46–3,29)

Примечание. См. здесь и в табл. 4: ДИ – доверительный интервал; ОИМ – острый инфаркт миокарда, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ , \*\*\* $p<0,001$ .

**Таблица 4. Относительный риск (ОР) смерти от сердечно-сосудистых причин у мужчин в возрасте 60 лет и старше с ИБС в зависимости от уровня АД**

Показатель	Причина смерти, ОР (ДИ)				
	все	СССМ	ХИБС	ОИМ	ОНМК
АГ1	0,7 (0,52–0,96)*	0,58 (0,37–0,91)*	0,65 (0,31–1,36)	0,21 (0,03–1,5)	0,56 (0,17–1,82)
АГ2	1,34 (0,9–2,0)	1,47 (0,8–2,67)	1,57 (0,57–4,35)	2,2 (0,14–33,43)	1,47 (0,27–8,1)
АГ3	1,37* (1,06–1,77)	1,65* (1,14–2,0)	1,33 (0,66–2,7)	8,0* (1,0–64,27)	2,13 (0,74–6,11)
АГ4	1,23 (0,93–1,62)	1,32 (0,86–2,04)	1,335 (0,758–2,353)	5,17* (1,9–14,04)	1,52 (0,4–5,82)

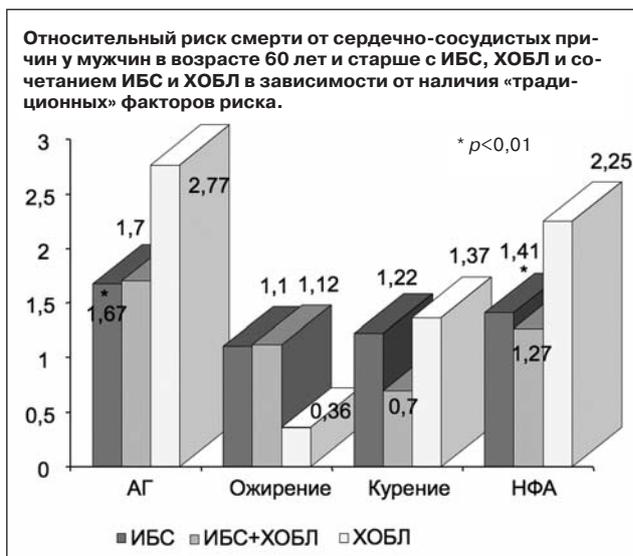
\* $p<0,05$

Анализ полученных данных выявил, что наиболее распространенными факторами риска у мужчин в возрасте 60 лет и старше с ИБС являлись АГ и НФА. Курение и избыточная масса тела имели меньшую значимость. Различия статистически недостоверны во всех возрастных группах. Частота факторов риска в группе больных с изолированной формой ИБС и в группе больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ существенно не отличалась.

Распространенность факторов риска у больных с хроническими заболеваниями легких, не имеющих признаков ИБС, достоверно не отличалась от аналогичных показателей больных с ИБС, за исключением фактора курения. В группе практически здоровых мужчин в возрасте 60 лет и старше достоверно реже выявлялась НФА, уровень систолического АД был достоверно ниже, а распространенность фактора курения и избыточной массы тела существенно не отличалась от данного показателя у больных с ИБС и ХОБЛ. Однако суммарное количество факторов риска у практически здоровых мужчин старше 60 лет было достоверно меньше, чем у мужчин тех же возрастных групп, имеющих заболевания.

Таким образом, у исследуемых больных с ИБС и ХОБЛ выявлена более высокая распространенность факторов риска по сравнению с практически здоровыми, за исключением фактора курения.

В течение 10-летнего периода наблюдения у мужчин пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС, смертность общая составила 68,8% (n=115), сердечно-сосудистая смертность – 52,1% (n=87). Структура причин смерти была следующая: хроническая ИБС – 23,3%, n=39; острый инфаркт миокарда – 8,4%, n=14; острое нарушение мозгового кровообращения – 11,4%, n=19; хроническая церебральная ишемия – 8,4%, n=14; аневризма аорты – 0,59%, n=1; ХОБЛ – 8,9%, n=15; сахарный диабет – 0,59%, n=1; онкопато-



логия – 3,6%, n=6; насильственная смерть – 1,19%, n=2; апостематозный пиелонефрит – 0,59%, n=1; острый лейкоз – 0,59%, n=1; миеломная болезнь – 1,19%, n=2.

Произведен расчет относительного риска смерти у мужчин старше 60 лет с ИБС в зависимости от имеющихся факторов риска. Полученные данные представлены в табл. 3.

АГ и НФА достоверно увеличивали относительный риск смерти от сердечно-сосудистых причин у мужчин пожилого и старческого возраста с ИБС. При наличии АГ относительный риск смерти от сердечно-сосудистых причин увеличивался до 1,67 ( $p=0,005$ ). Сочетание НФА и АГ достоверно увеличивало риск до 1,59 ( $p=0,02$ ).

Исследованы показатели относительного риска смерти от сердечно-сосудистых причин у больных с ХОБЛ без признаков ИБС пожилого и старческого

возраста в течение 10-летнего периода. Наличие АГ достоверно увеличивало относительный риск смерти от всех и сердечно-сосудистых причин в течение 10-летнего периода у мужчин с хроническими заболеваниями легких без признаков ИБС. Курение и НФА увеличивали риск смерти от сердечно-сосудистых причин и острого нарушения мозгового кровообращения ( $p > 0,05$ ).

Осуществлен расчет относительного риска смерти от сердечно-сосудистых причин у мужчин пожилого и старческого возраста с ИБС и ХОБЛ в зависимости от уровня АД. Для этого больные в зависимости от уровня АД разделены на следующие группы: АГ1 – систолическое АД (САД) 120–139 мм рт. ст., АГ2 – САД 140–149 мм рт. ст., АГ3 – САД 150–169 мм рт. ст., АГ4 – САД выше 170 мм рт. ст.

Уровень САД  $\geq 150$  мм рт. ст. увеличивал риск смерти от всех причин у исследуемых мужчин с ИБС в 1,37 раза ( $p < 0,05$ ), от сердечно-сосудистых причин – в 1,65 раза ( $p < 0,05$ ), от хронических форм ИБС – в 2,01 раза, от острого инфаркта миокарда – в 8 раз ( $p < 0,05$ ), от острого нарушения мозгового кровообращения – в 2,13 раза.

Следует отметить, что риск смерти у больных с ХОБЛ увеличивался с ростом уровня АД (табл. 4). Так, уровень АД  $> 170$  мм рт. ст. увеличивал риск смерти от всех причин в 1,37 раза, от сердечно-сосудистых причин в 2,89 раза ( $p < 0,05$ ).

Проведен сравнительный анализ показателей относительного риска в зависимости от наличия традиционных факторов риска у больных исследуемых групп с изолированными формами ИБС и ХОБЛ и сочетанием ИБС и ХОБЛ (см. рисунок). Полученные результаты показали, что величина относительного риска у больных с ХОБЛ при наличии АГ и НФА превышала аналогичные показатели больных с ИБС и при сочетании ИБС и ХОБЛ, однако данные величины не имели статистической значимости. Избыточная масса тела у больных с ХОБЛ являлась защитным фактором развития сердечно-сосудистых осложнений.

Анализ выживаемости Каплана–Мейера в зависимости от наличия АГ и НФА показал, что 10-летняя выживаемость у больных с ИБС и АГ составила 25,4%, без АГ – 47,7%, Long-rang-тест,  $p = 0,0197$ . У больных с НФА 10-летняя выживаемость составила 21,87%, без НФА – 43,48%, Long-rang-тест,  $p = 0,00399$ .

В проведенном исследовании получены данные, подтверждающие концепцию о постоянно продолжающемся действии факторов риска в прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом. Предикторами сердечно-сосудистых исходов у исследуемой группы больных были АГ, НФА. Одним из наиболее важных факторов в оценке прогноза был уровень САД. С увеличением уровня САД на каждые 10 мм рт. ст. относительный риск смерти от сердечно-сосудистых причин возрастал. Полученные результаты согласуются с данными литературы. Метаанализ 5 рандомизированных клинических исследований, включавших более 12 тыс. пожилых больных (в возрасте старше 60 лет), показал, что активное снижение АД сопровождалось снижением сердечно-сосудистой смертности на 23%, случаев ИБС – на 19%, случаев сердечной недостаточности – на 48%, частоты инсультов – на 34% [11–18]. НФА –

один из наиболее сильных прогностических факторов у здоровых и пациентов с ССЗ [8–10]. В проведенном исследовании НФА, так же как и АГ, достоверно увеличивала относительный риск смерти от сердечно-сосудистых причин у мужчин в возрасте 60 лет и старше. Следует отметить парадоксальную роль избыточной массы тела и курения в прогнозировании сердечно-сосудистого риска у больных в возрасте 60 лет и старше с ИБС. Вклад данных факторов в неблагоприятный прогноз не был значимым.

Таким образом, вклад «традиционных» факторов риска в развитие сердечно-сосудистой смертности у мужчин пожилого и старческого возраста при наличии уже имеющейся ИБС различен. Оценка каждого из них позволяет прогнозировать темпы прогрессирования заболевания, развитие осложнений и клинических исходов.

#### Литература

1. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состав причин смерти пожилого населения как показатель качества медицинской помощи [текст]. Демоскоп Weekly 2009; 369: 370.
2. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология. 2007; 47(12): 4–9.
3. Население России. 2005: тринадцатый ежегод. демограф. докл. [текст]. Отв. ред. А.Г. Вишневецкий. М.: ГУ ВШЭ, 2007.
4. Оганов Р.Г. Несбывшиеся надежды и парадоксы профилактической кардиологии. Кардиоваск. тер. и профилак. 2009; 8(7): 4–9.
5. Romero-Corral A, Montory YM, Somers VK et al. Association of body weight total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. Lancet 2006; 368: 666–78.
6. Kelli TL, Gilpin E, Abmwe E et al. Smoking status at the time of acute myocardial infarction and subsequent prognosis. Am Heart J 1985; 535–41.
7. Hasadi D, Lerman A, Ribal ES et al. Smoking status and outcome after primary coronary angioplasty for acute myocardial infarction. Am Heart J 1999; 137: 612–20.
8. Myers J, Prakash M, Froelicher V. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. N Engl J Med 2002; 346: 793–801.
9. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise – based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2001; 1: CD001800.
10. Marchioli R, Barzi F, Bomba E. Early protection sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: time course analysis of the Gruppo Italiano per lo Studio della Soptauvivenza nell'infarto Miocardico (GISSI) – Prevenzione. Circulation 2002; 105: 1897–903.
11. Rich MW. Heart failure in the elderly: strategies to optimize outpatient control and reduce hospitalizations. Am J Geriatr Cardiol 2003; 12(1): 19–27.
12. Sander GE. High blood pressure in the geriatric population: treatment consideration. Am J Geriatr Cardiol 2002; 11(3): 223–32.
13. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection and Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289: 2560–72.
14. Tresch DD, Alla HR. Diagnosis and management of myocardial ischemia (angina) in the elderly patient. Am J Geriatr Cardiol 2001; 10(6): 337–44.
15. Stamler O, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic, and cardiovascular risks: U. S. population data. Arch Intern Med 1993; 153: 598–615.
16. MacMahon S, Peto R, Cutler OJ. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease: Part 1. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335: 765–74.
17. Staessen JA, Wang J, Thijs L. Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: a quantitative overview update until 1 March. 2003; 21: 1055–76.
18. Wing LM, Reid CM, Ryan P et al. Wing For the Second Australian National Blood Pressure Study Group. A comparison of outcomes with angiotensin – converting – enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. N Engl J Med 2003; 348: 583–92.