



# **Клинико-эпидемиологическая характеристика острого инфаркта миокарда в условиях глобального постарения населения**

Гарганеева А. А., Тукиш О.В., Кужелева Е.А.

**Кемерово, 10 октября 2019 г.**

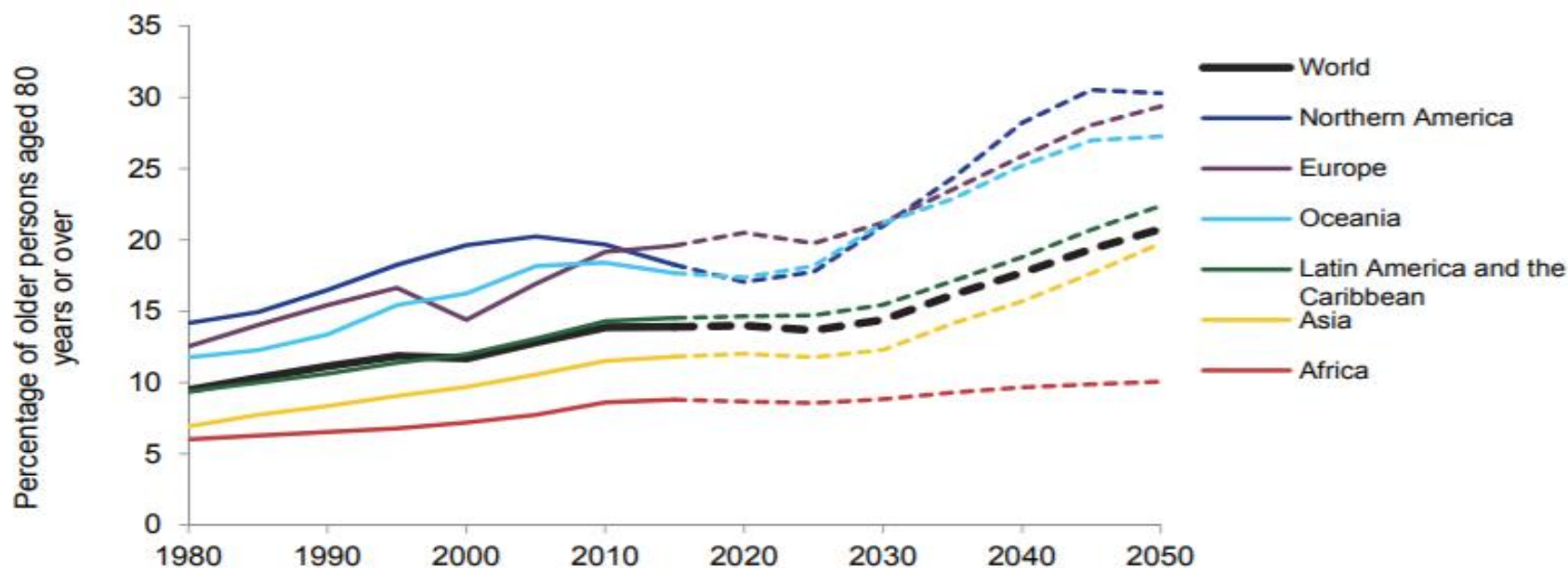
## » Глобальное постарение населения

увеличение доли пожилых людей в общей численности населения, которое отмечается практически во всех странах

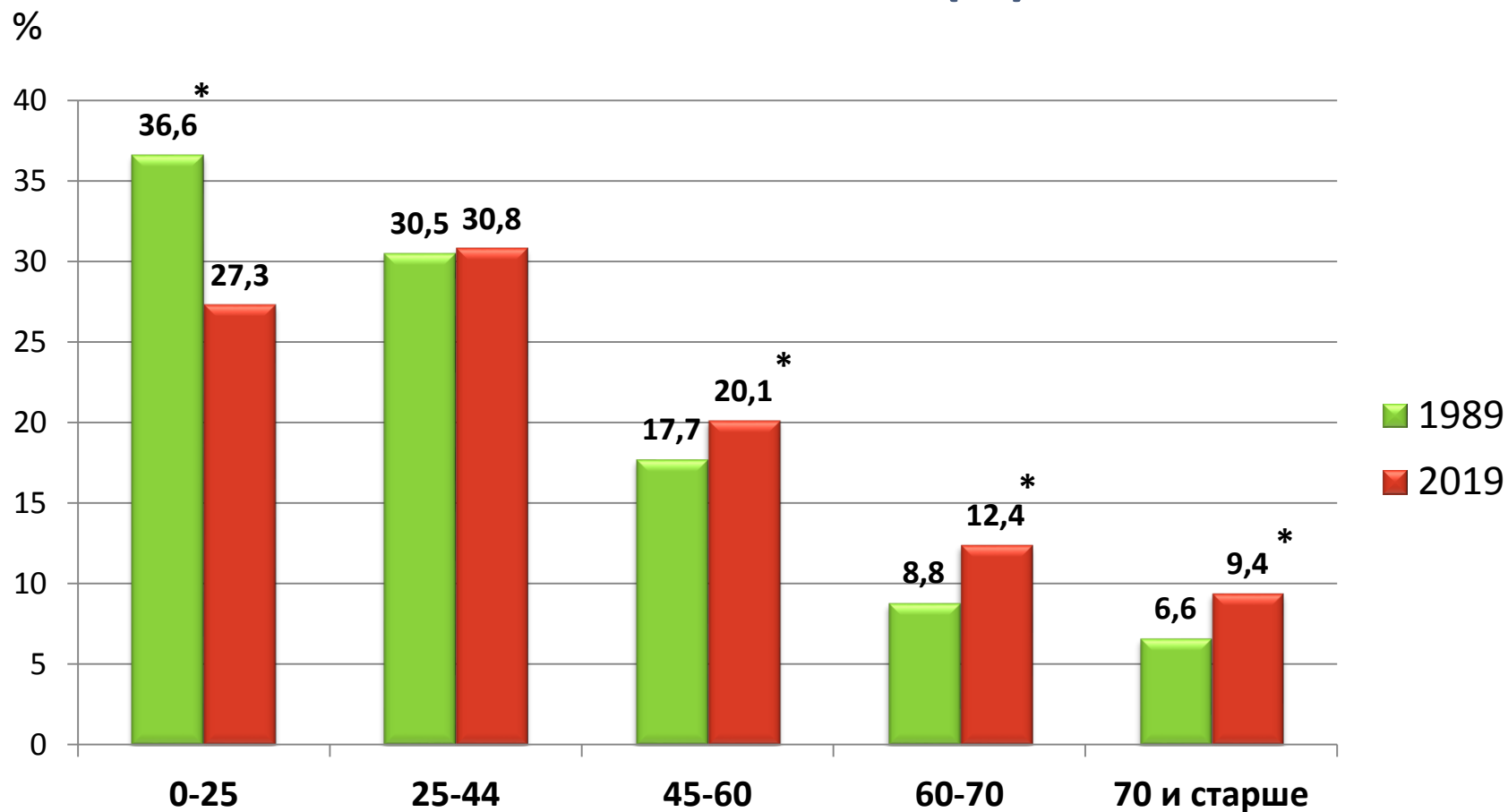
### «Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года»

- *к 2050 году каждый шестой человек в мире будет старше 65 лет (16% населения) (по сравнению с 9% в 2019 году);*
- *к 2050 году возраст каждого четвертого жителя Европы и Северной Америки будет 65 лет и старше;*
- *в 2018 году впервые в истории число людей в возрасте 65 лет и старше превысило число детей в возрасте до пяти лет во всем мире;*
- *согласно прогнозам, число людей в возрасте 80 лет и старше утроится: с 143 миллионов в 2019 году до 426 миллионов в 2050 году.*

## » Многолетние тренды возрастной структуры населения в мире



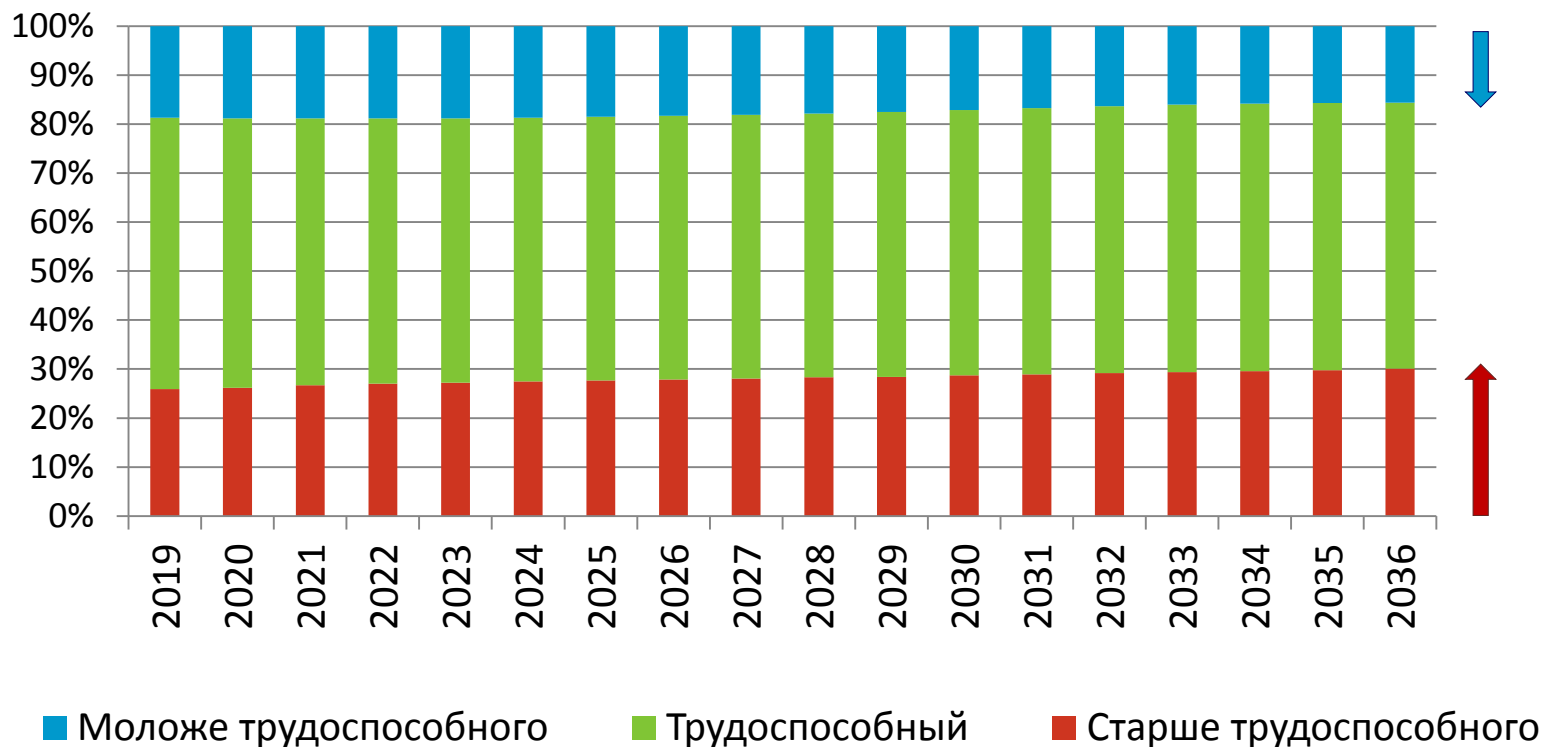
## » Динамика возрастной структуры населения РФ (%)



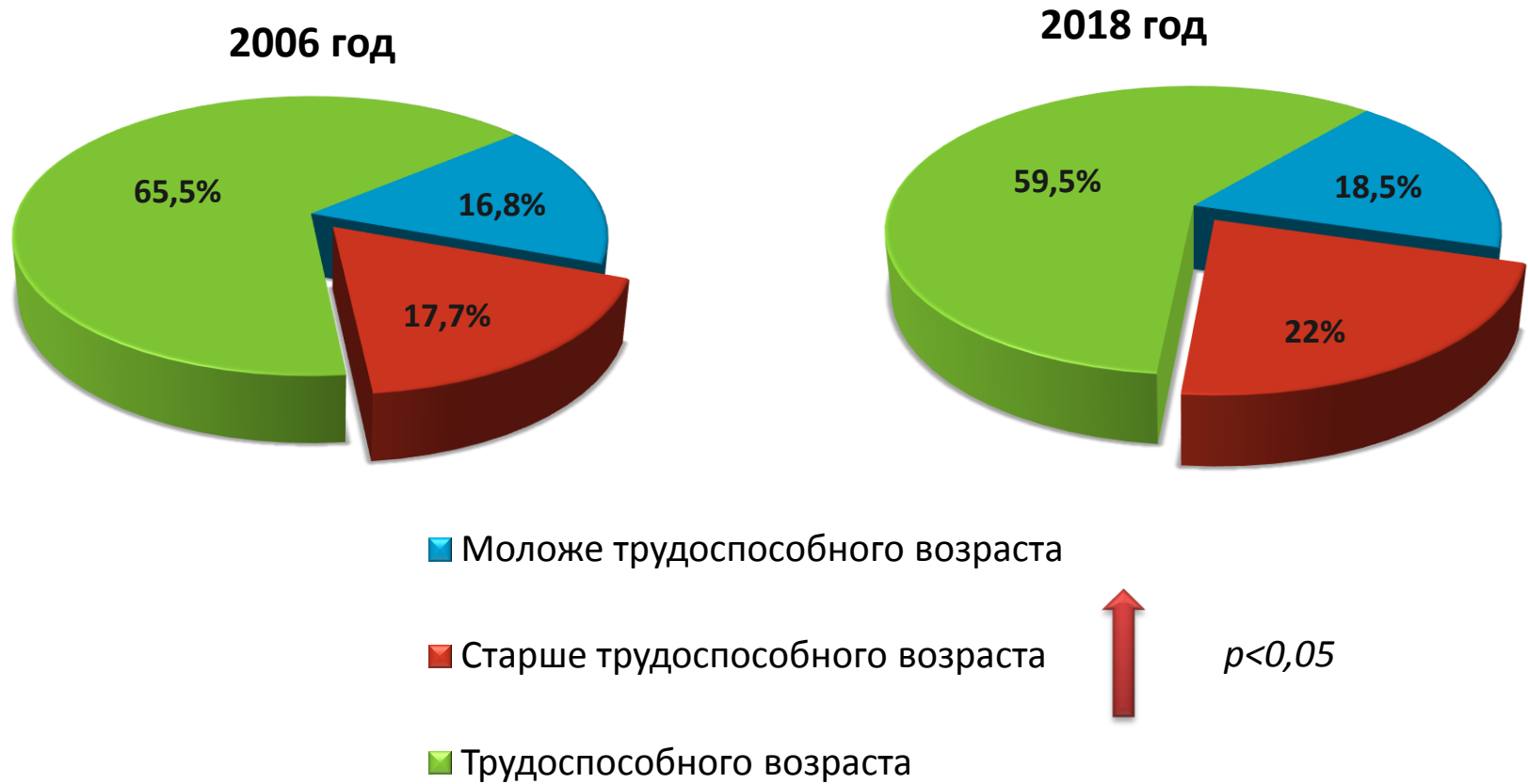
\* -  $p < 0,05$

По данным Росстата

## » Прогнозируемая возрастная структура населения РФ до 2036 года

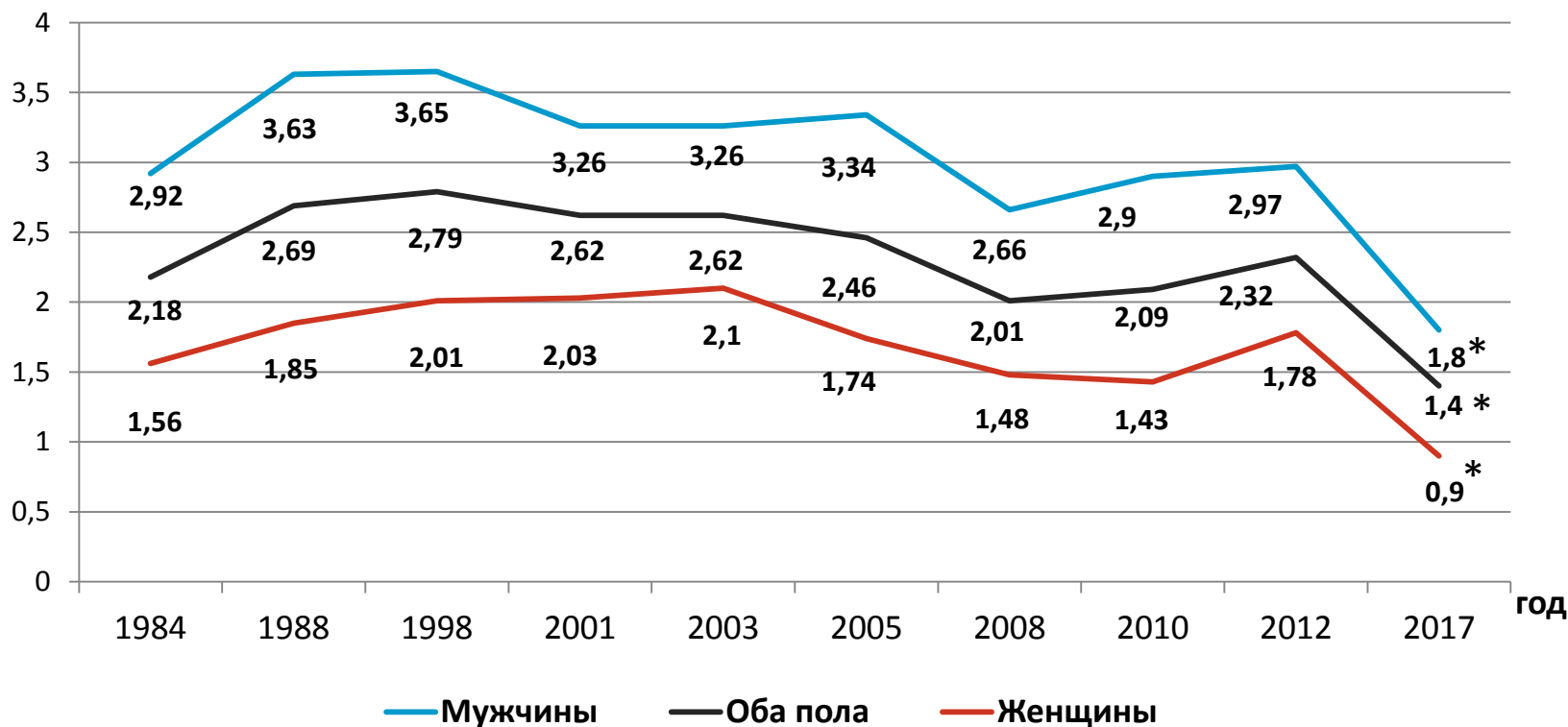


» Динамика возрастной структуры населения г. Томска за последние 10 лет



## » Динамика показателей заболеваемости острым инфарктом миокарда населения г. Томска старше 20 лет

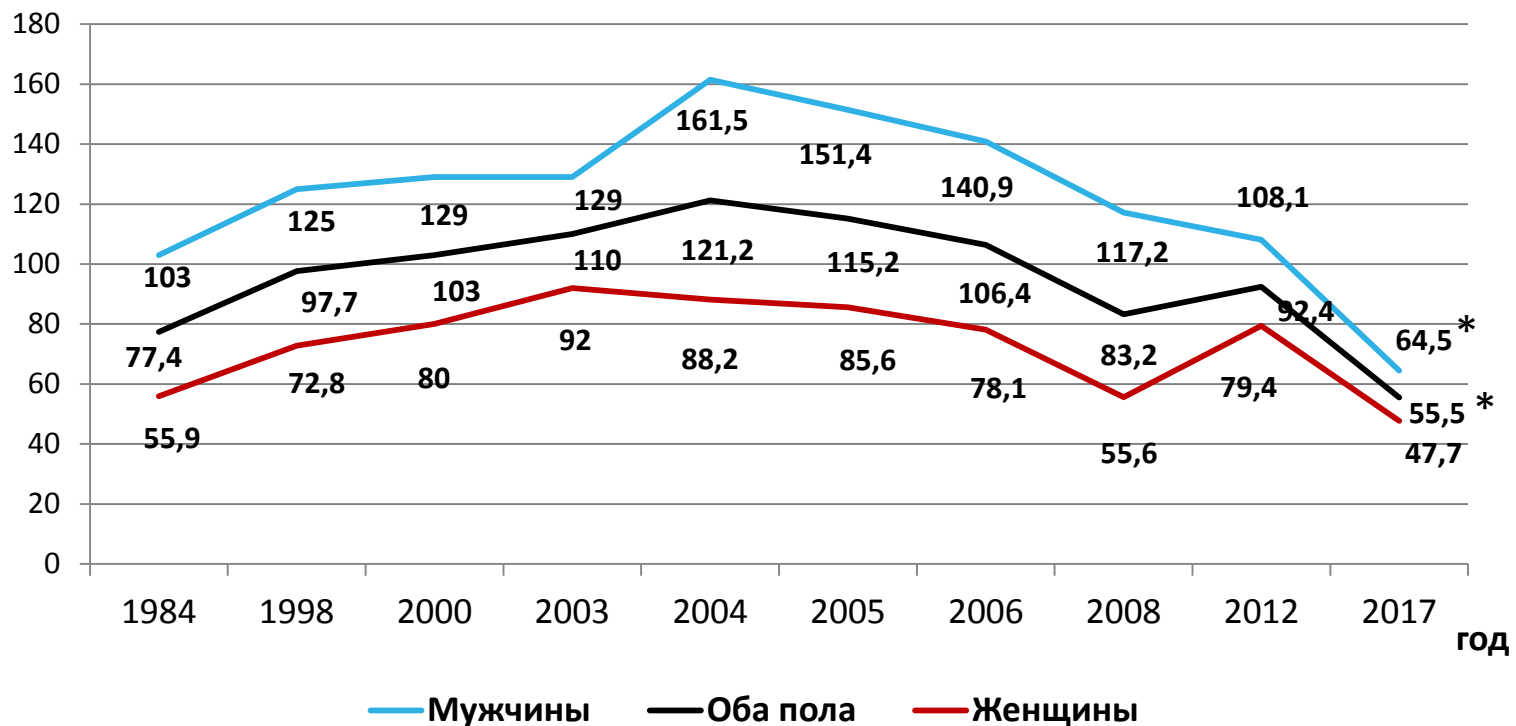
число случаев  
на 1000 жителей



\* -  $p < 0,05$

## » Динамика показателей смертности от острого инфаркта миокарда населения г. Томска старше 20 лет

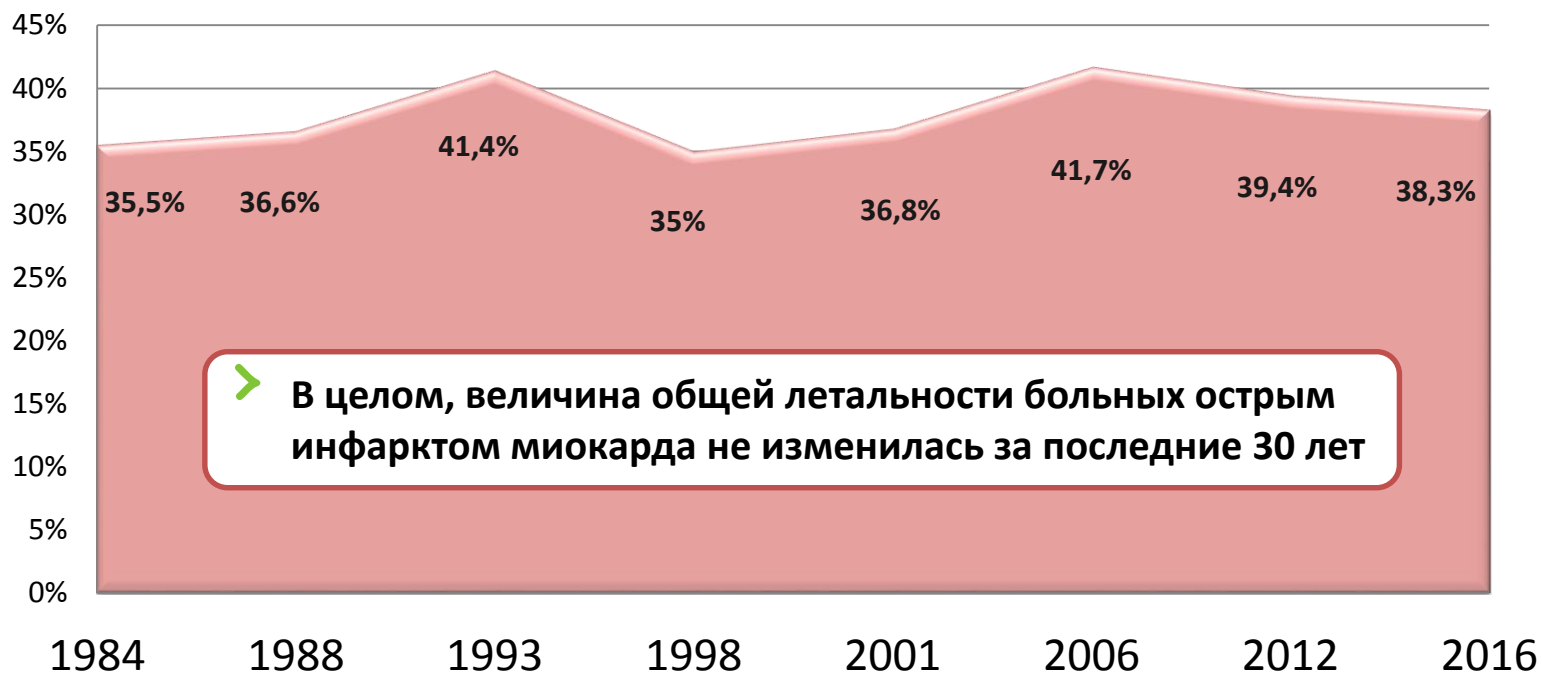
число случаев  
на 100 тыс. жителей



\* -  $p < 0,05$



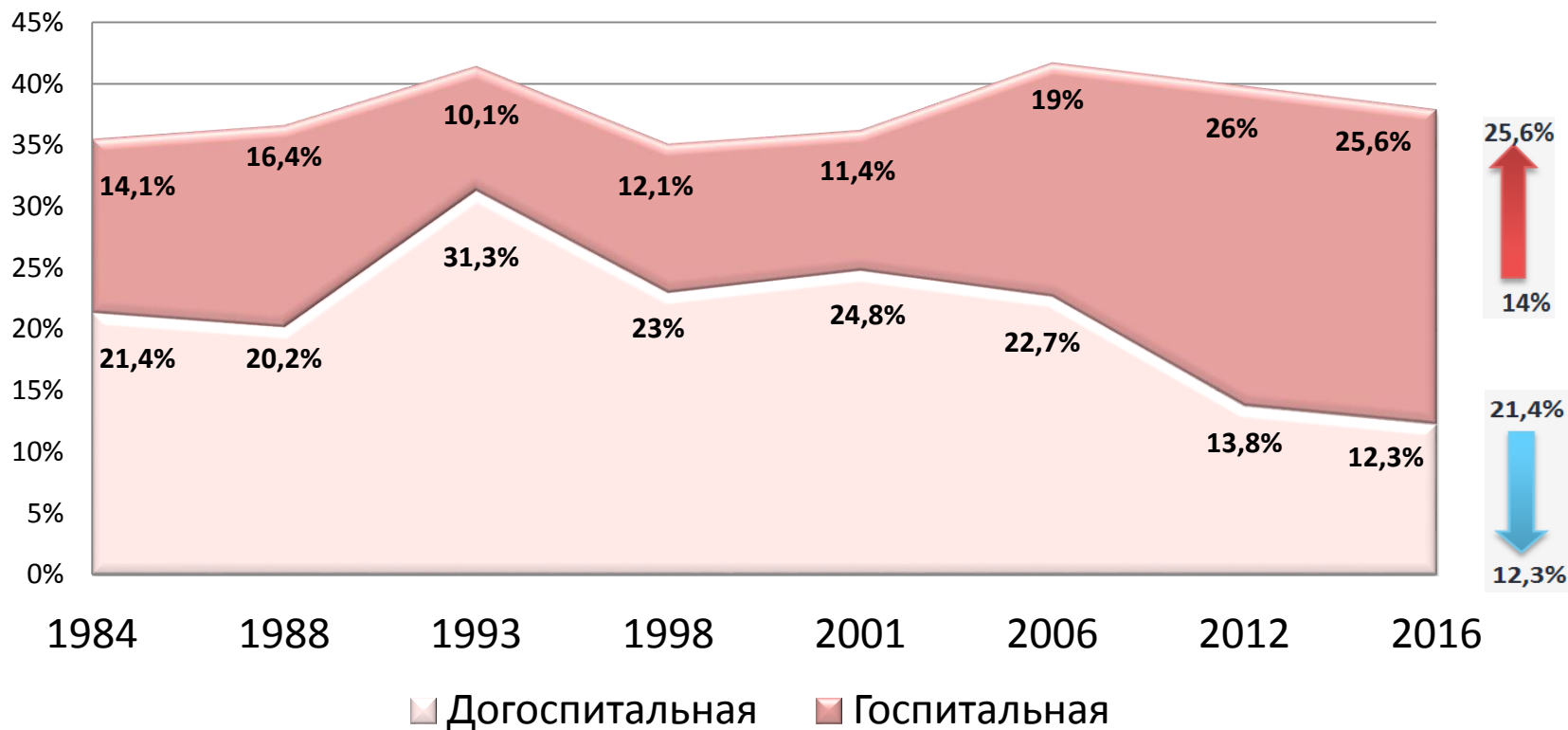
## » Общая летальность больных острым инфарктом миокарда в Томске



**«При изучении причин летальности важен анализ каждого случая смерти с применением экспертного метода»**

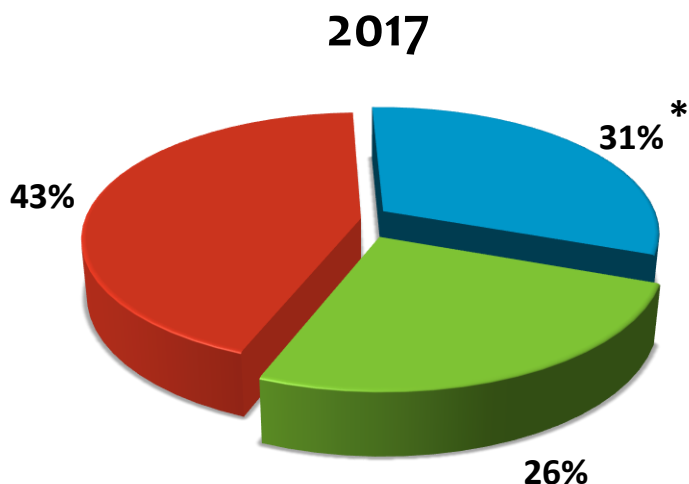
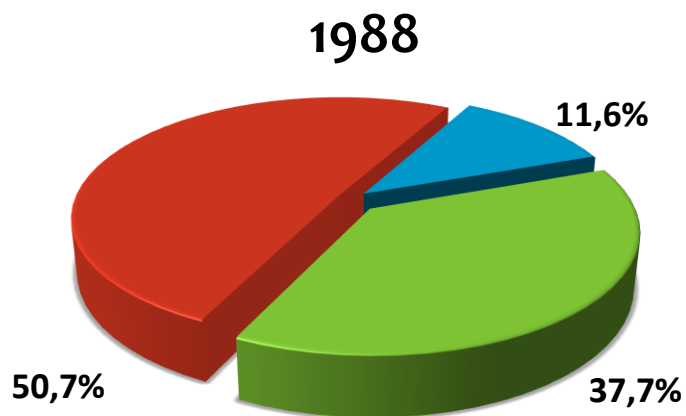
*Энциклопедия статистических терминов. Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2011*

## » Структура общей летальности больных острым инфарктом миокарда по данным РОИМ



- » Удалось добиться существенного снижения доли летальных исходов на догоспитальном этапе ( $p < 0,05$ ), на фоне регистрируемого увеличения уровня госпитальной летальности ( $p < 0,05$ )

» Динамика возрастной структуры больных острым ИМ (1988-2017 гг.)

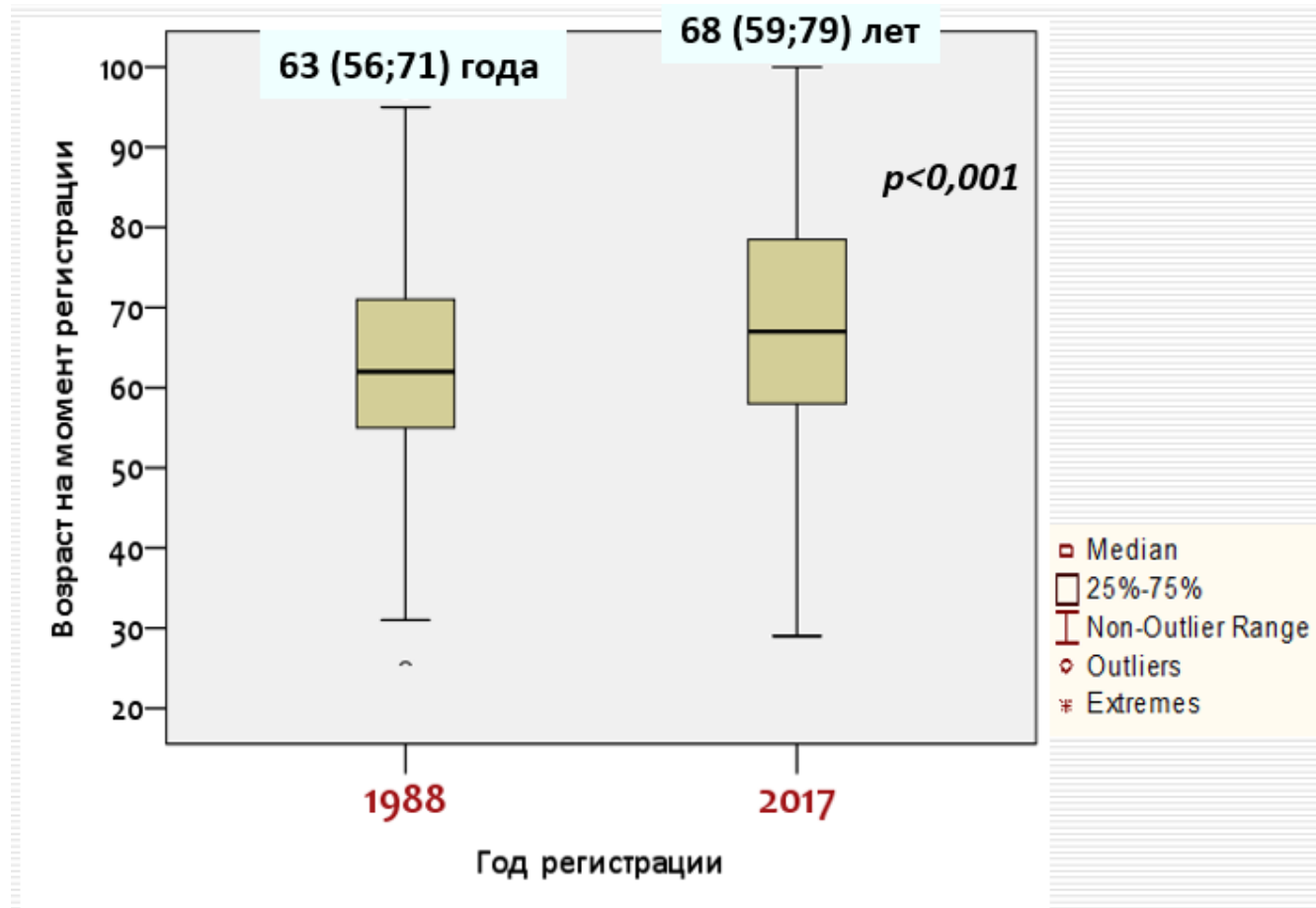


■ до 60 лет ■ 60-75 лет ■ 75 лет и старше

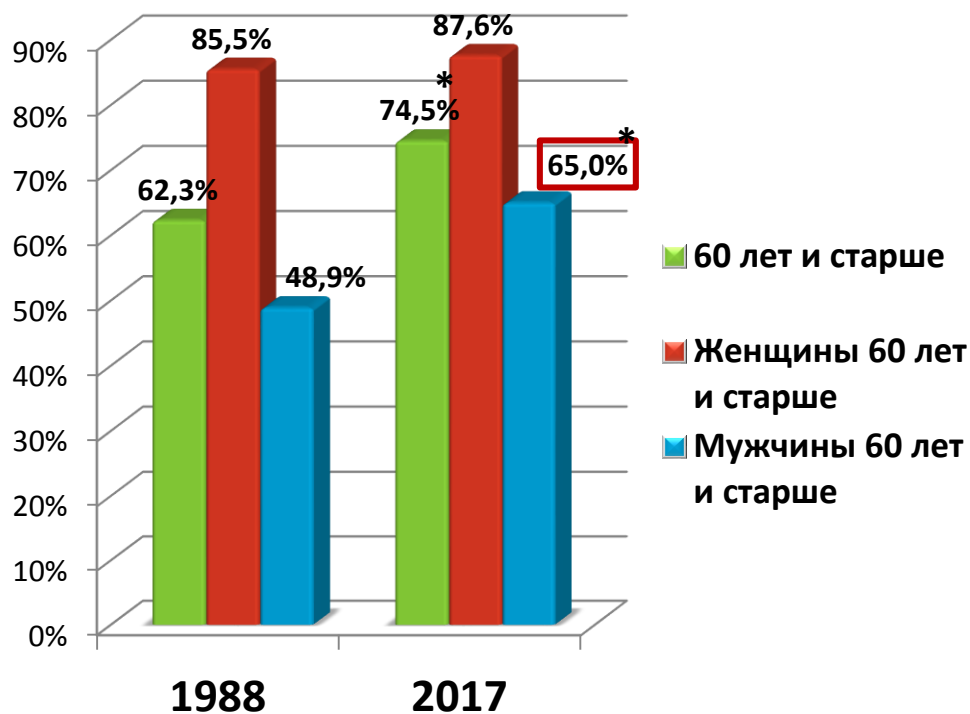
**Существенное увеличение доли больных старческого возраста в структуре острого инфаркта миокарда**

\* -  $p < 0,001$  по сравнению с 1988 годом

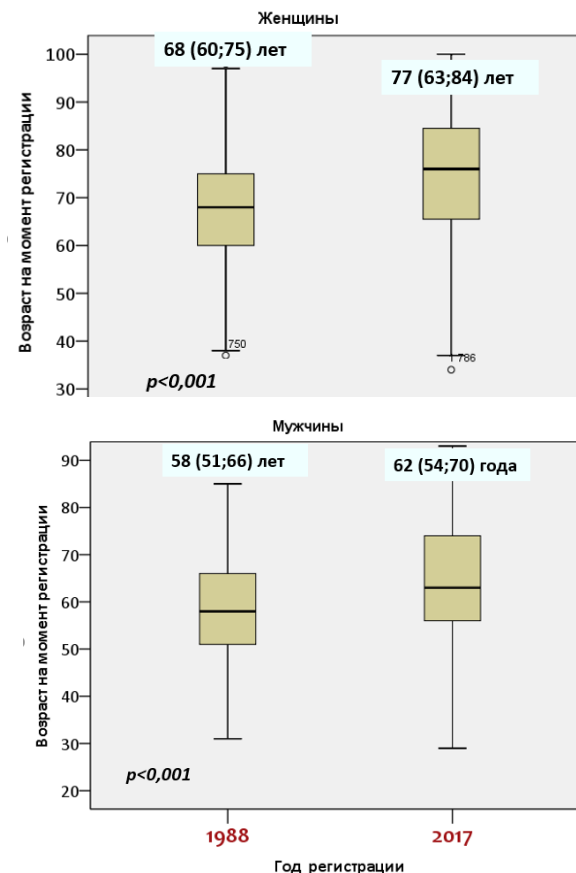
» Медиана возраста больных, перенесших острый ИМ в 1988 и 2017 гг.



## » Динамика возрастно-половой структуры больных острым ИМ (1988-2017 гг.)

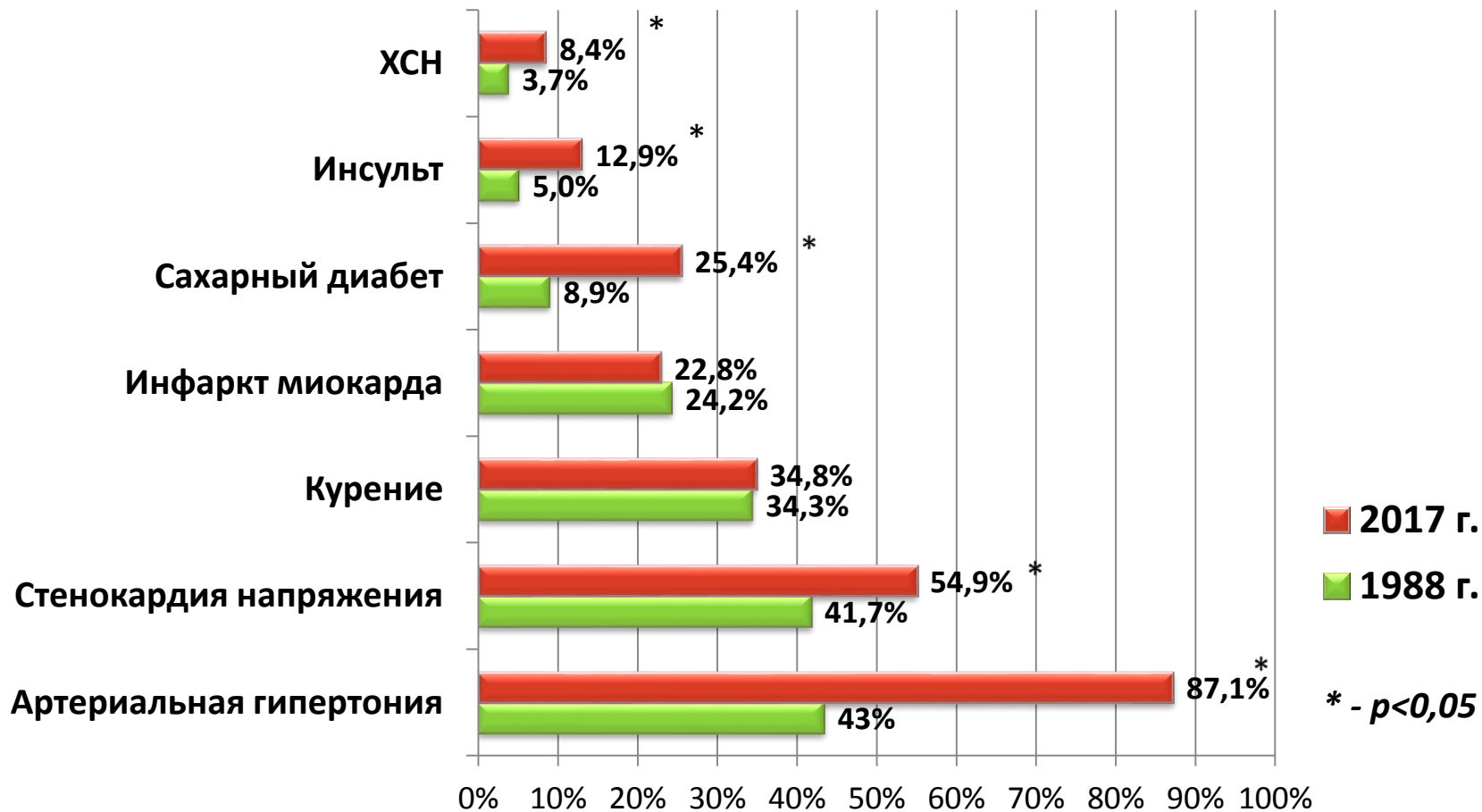


\* -  $p < 0,001$  по сравнению с 1988 годом

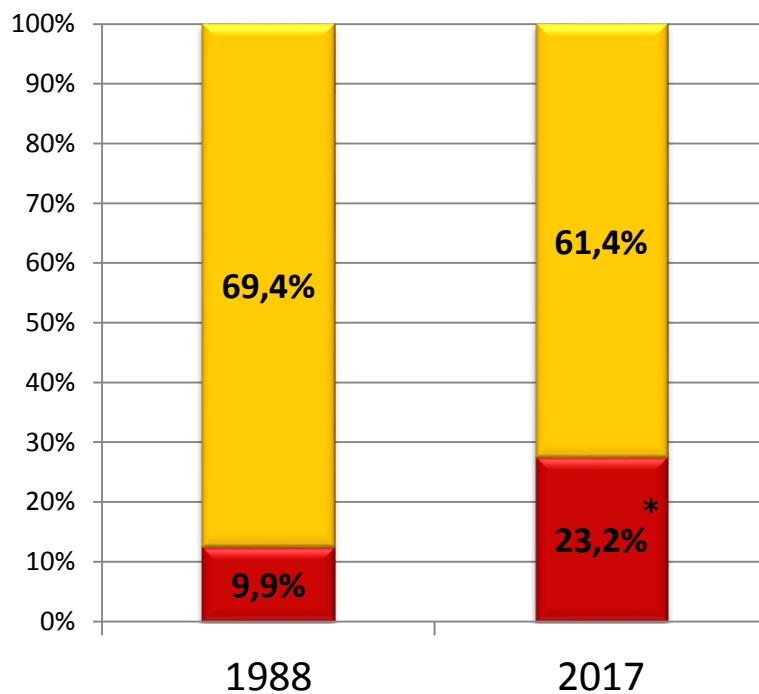


**Увеличение доли больных пожилого и старческого возраста в структуре острого ИМ преимущественно за счет лиц мужского пола**

## »» Динамика анамнестических показателей пациентов с острым ИМ (1988 - 2017 гг.)



# Частота встречаемости атипичной клинической картины острого ИМ (1988 и 2017 гг.)



\* -  $p < 0,001$

К 2017 году **существенно возросла** частота атипичной клинической картины по сравнению с 1988 годом

» Клиническая картина острого ИМ у пациентов старших возрастных групп

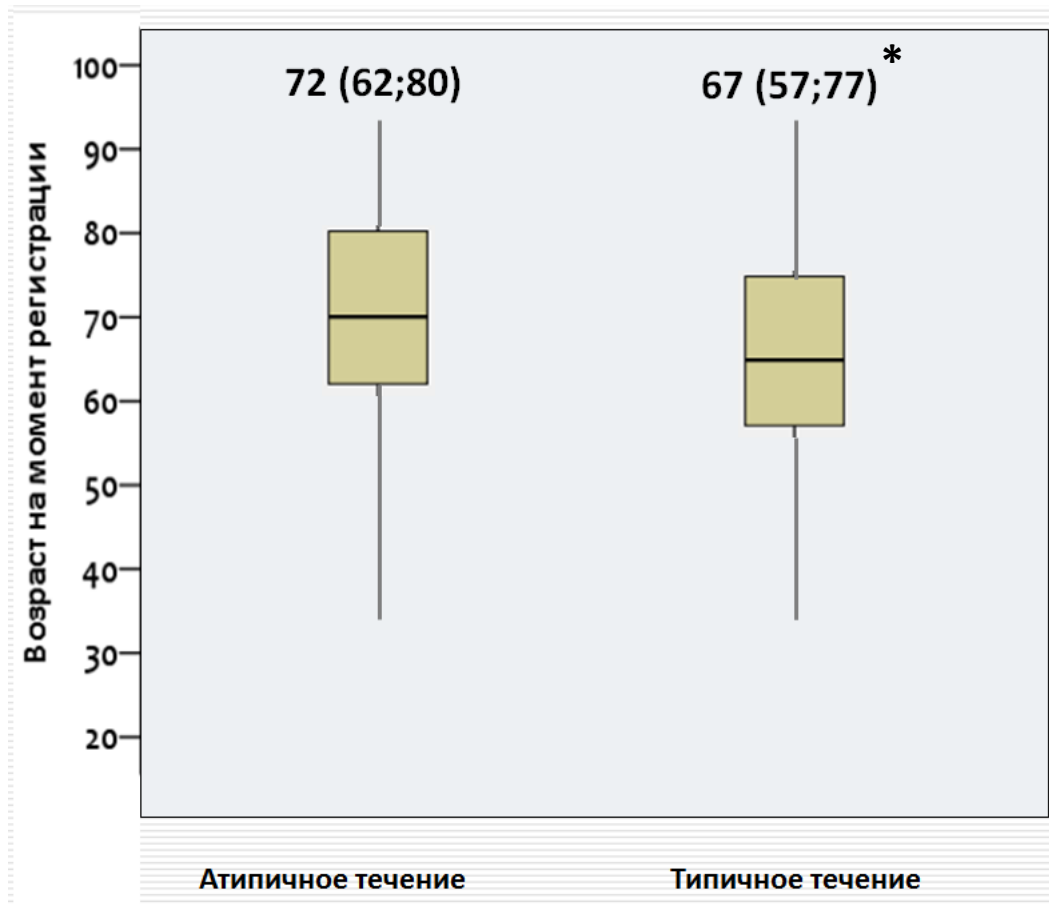


\* -  $p < 0,001$

За все время наблюдения, у пациентов старших возрастных групп атипичная клиническая картина встречалась в **3 раза чаще**

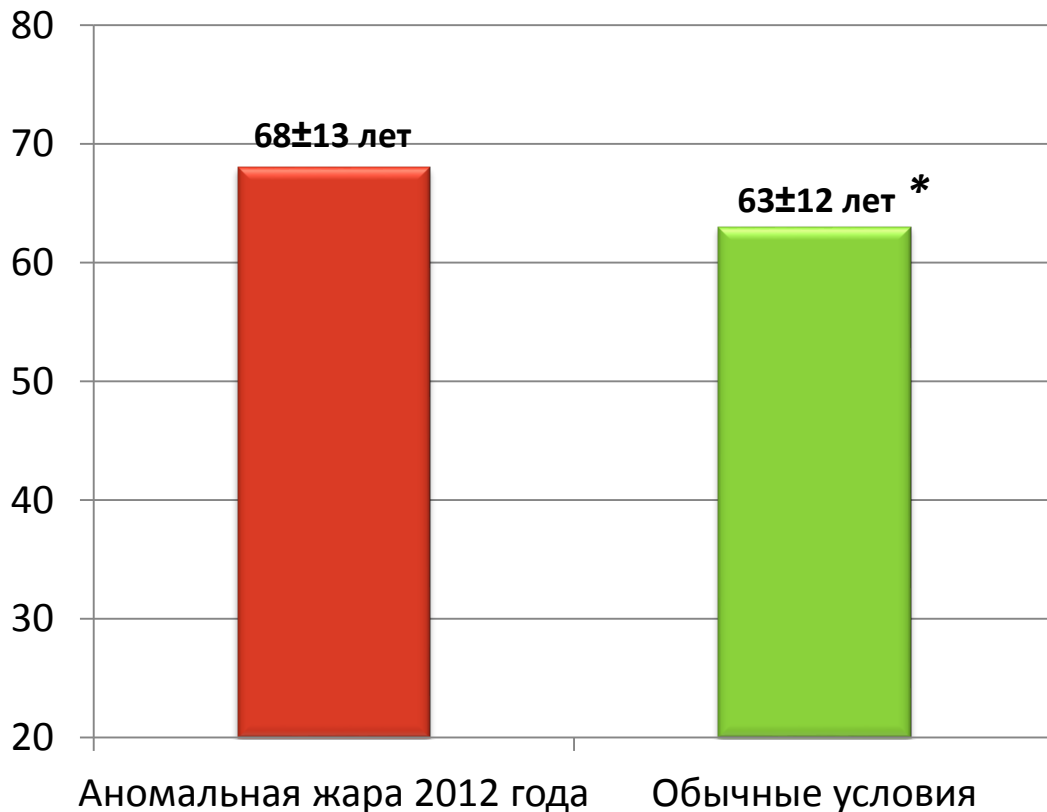


➤ Медиана возраста больных с типичной и атипичной клинической картиной острого ИМ (n=7270)



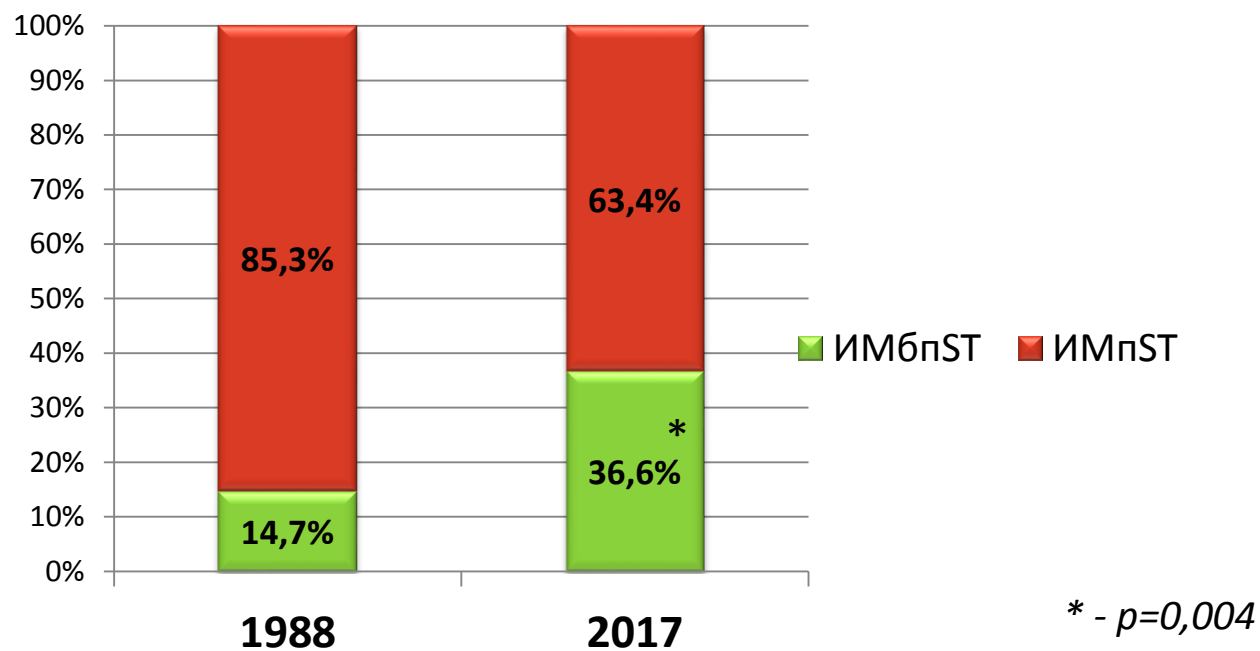
\* -  $p < 0,001$

» Средний возраст больных, перенесших ИМ в период аномально жаркой погоды по сравнению с обычными климатическими условиями (n=439)



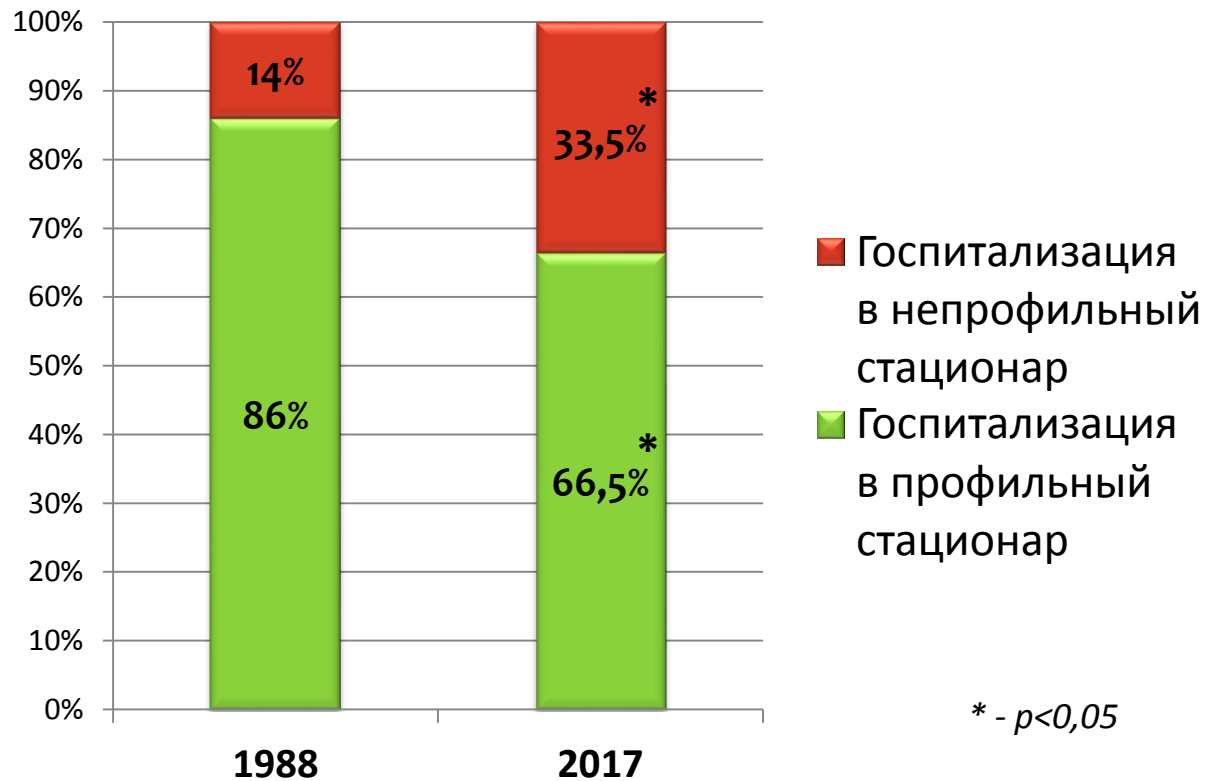
\* -  $p < 0,001$

» Частота регистрации случаев острого ИМ без подъема ST в 1988 и 2017 годах



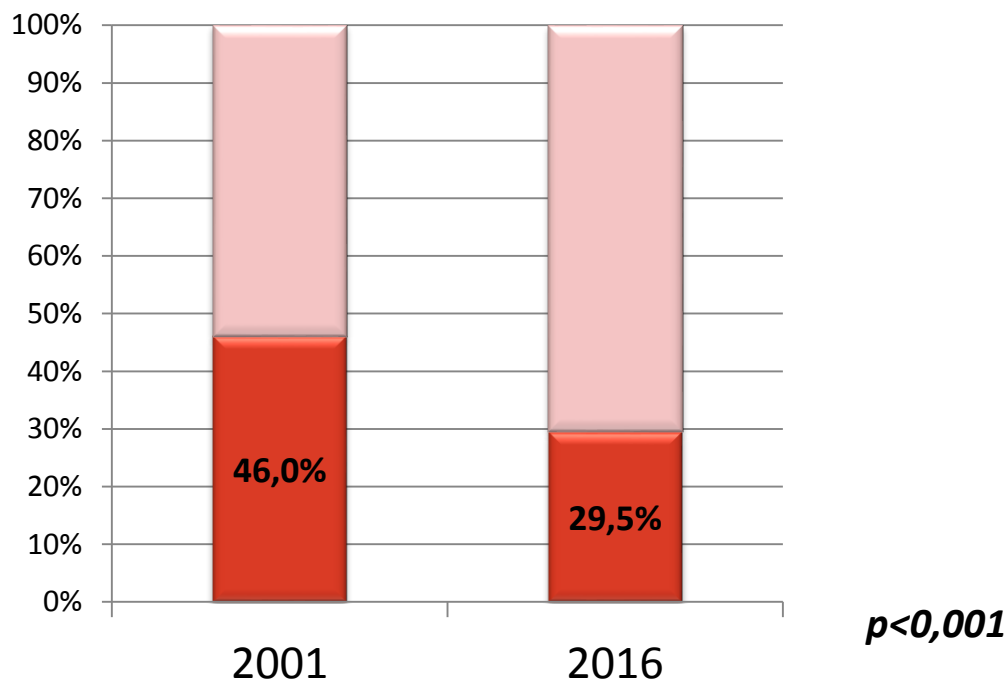
**В 2017 году частота регистрации ИМбпST существенно возросла по сравнению с 1988 годом**

» Частота госпитализации пациентов пожилого и старческого возраста с острым ИМ в непрофильные стационары (1988-2017 гг.)



За 30-летний период увеличилась частота госпитализации пациентов в непрофильные стационары

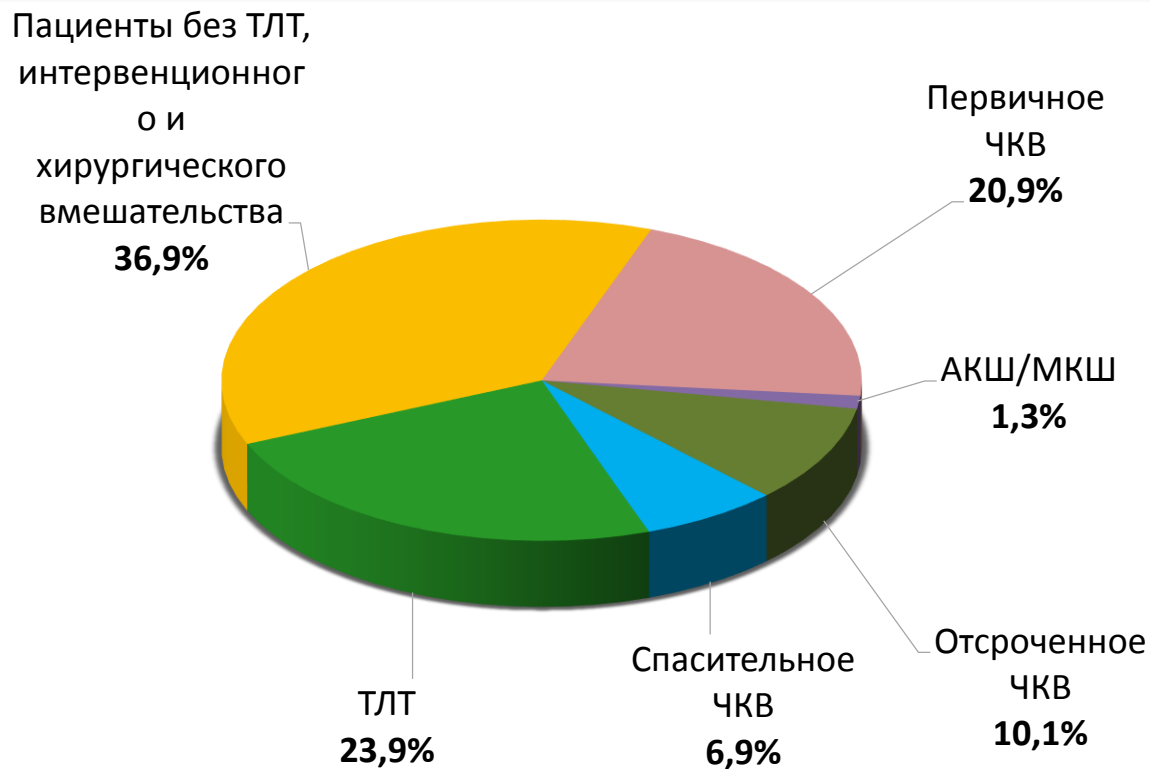
➤ Частота госпитализации пациентов с острым инфарктом миокарда без подъема ST в непрофильные стационары



К 2016 году доля непрофильной госпитализации пациентов с ИМбнST существенно (в 1,5 раза) снизилась по сравнению с 2001 годом

## » Стратегия восстановления коронарного кровотока у пациентов старших возрастных групп с ИМпST

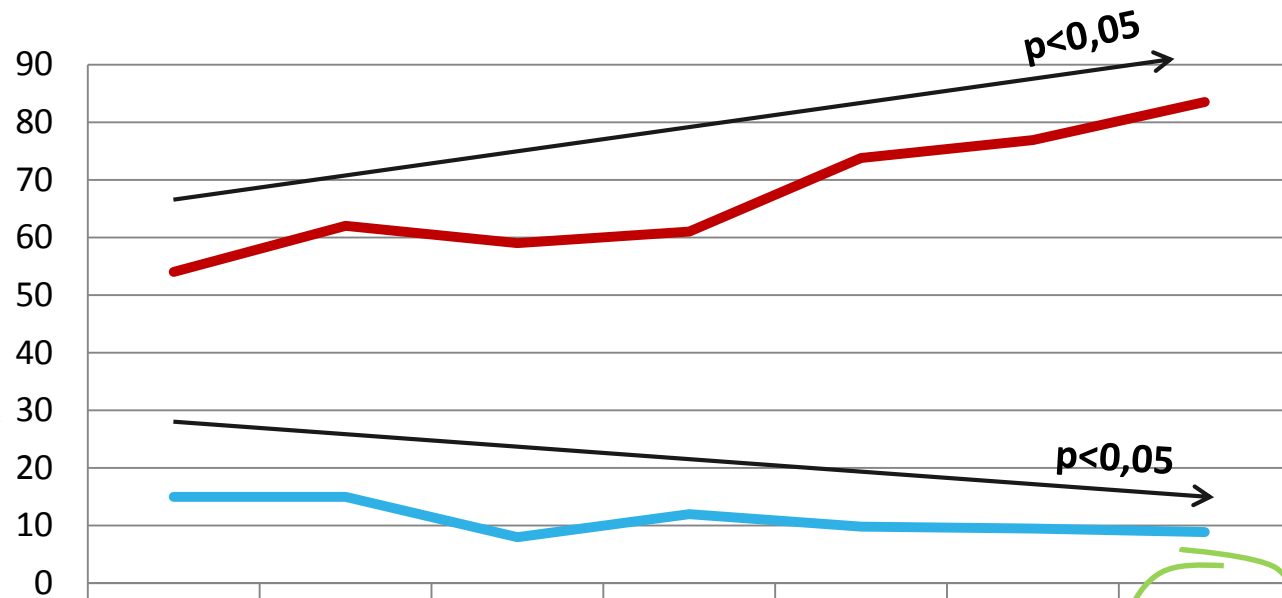
ИМпST регистрируется у 74,6% пациентов старших возрастных групп



\* -  $p=0,004$

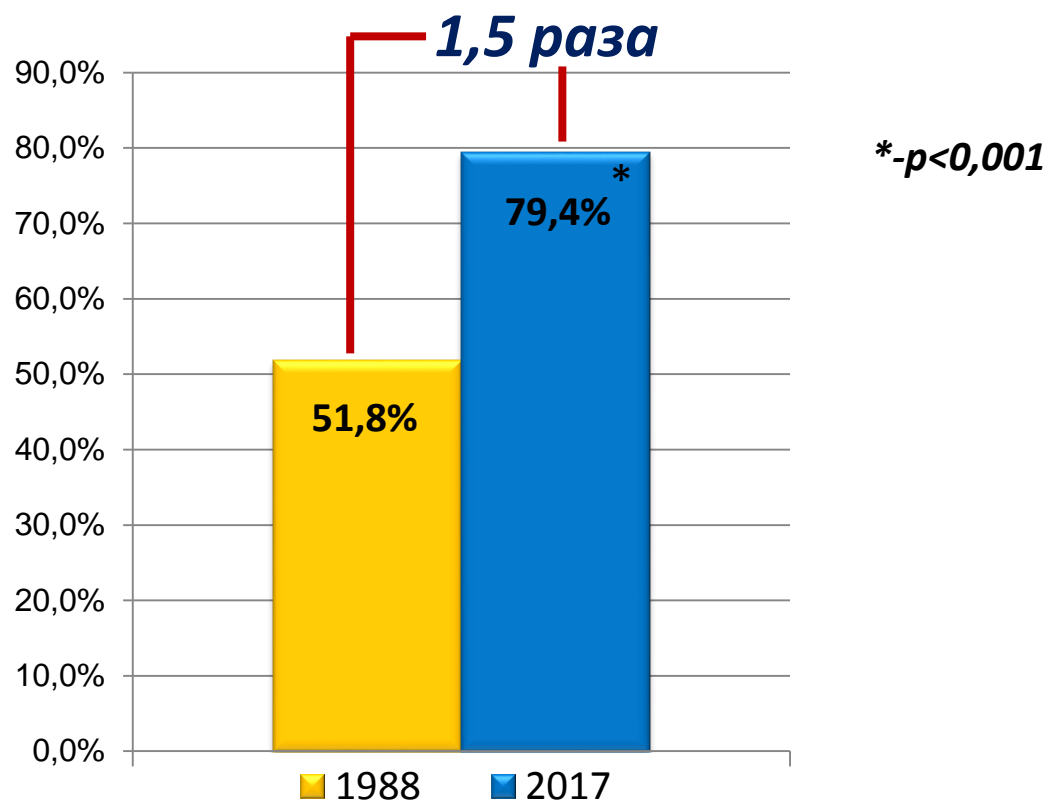
## » Летальность больных острым инфарктом миокарда в специализированном отделении и стационарах другого профиля

» Рост госпитальной летальности полностью обусловлен гибелью больных, госпитализированных в непрофильные стационары



	1984	1988	1998	2008	2014	2015	2016
— Непрофильные	39	47	51	49	64	67,4	74,6
— Специализированные	15	15	8	12	9,8	9,5	8,9

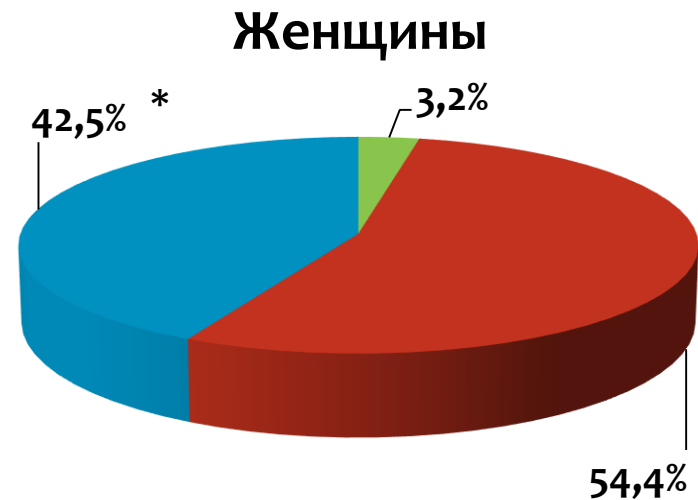
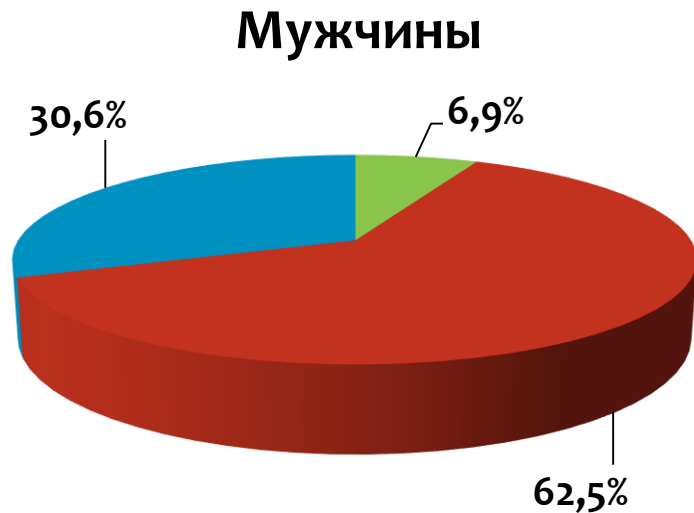
» Госпитальная летальность пациентов старческого возраста в непрофильных стационарах (1988 – 2017 гг.)



На **27,6 %** возросла госпитальная летальность пациентов старческого возраста проходивших лечение с острым инфарктом миокарда в непрофильных стационарах города



» Возрастная структура больных острым инфарктом миокарда, погибших в непрофильных стационарах



■ до 60 лет ■ 60 - 80 лет ■ 80 лет и старше

\* -  $p < 0,05$  по сравнению с 1984 г

«РОИМ» г.Томск

**УТВЕРЖДЕНА**

**Указом Президента  
Российской Федерации  
от 1 декабря 2016 г. № 642**

## **СТРАТЕГИЯ**

### **научно-технологического развития Российской Федерации**

15. Наиболее значимыми с точки зрения научно-технологического развития Российской Федерации большими вызовами являются:

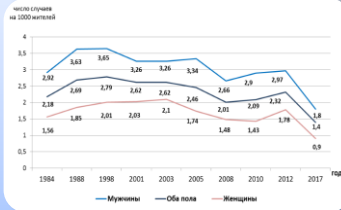
а) исчерпание возможностей экономического роста России, основанного на экстенсивной эксплуатации сырьевых ресурсов, на фоне формирования цифровой экономики и появления ограниченной группы стран-лидеров, обладающих новыми производственными технологиями и ориентированных на использование возобновляемых ресурсов;

б) демографический переход, обусловленный увеличением продолжительности жизни людей, изменением их образа жизни, и связанное с этим старение населения, что в совокупности приводит к новым социальным и медицинским проблемам, в том числе к росту угроз глобальных пандемий, увеличению риска появления новых и возврата исчезнувших инфекций;

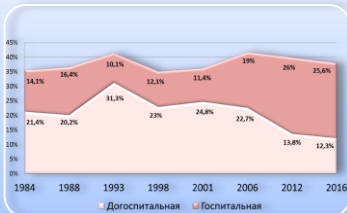
в) возрастание антропогенных нагрузок на окружающую среду до масштабов, угрожающих воспроизводству природных ресурсов, и связанный с их неэффективным использованием рост рисков для жизни и здоровья граждан;

г) потребность в обеспечении продовольственной безопасности и продовольственной независимости России, конкурентоспособности отечественной продукции на мировых рынках продовольствия, снижение

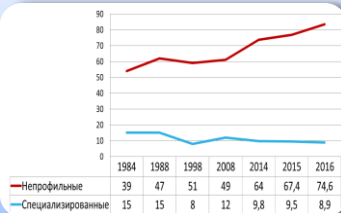
## » Заключение



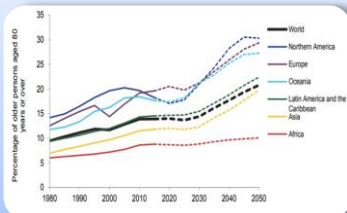
**Заболеваемость и смертность от острого инфаркта миокарда прогрессивно снижаются в популяции г.Томска**



**Уровень общей летальности остается неизменным за счет высокой госпитальной летальности**



**При этом, высокий уровень госпитальной летальности обусловлен непрофильной госпитализацией пациентов пожилого и старческого возраста**



**Учитывая общемировые тенденции глобального старения населения, возрастной фактор будет наращивать свое влияние на основные эпидемиологические показатели социально-значимых заболеваний**

**Благодарю за внимание!**



# Временная структура догоспитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с острым ИМ (1988-2017 гг.)

Временной интервал, минуты	1988	2017	p
Время от начала болевого синдрома до госпитализации	328 (170;1213)	185 (120;480)	<0,001
Время от начала болевого синдрома до обращения за медицинской помощью	159 (60;598)	96 (41;381)	<0,001
Время от обращения за медицинской помощью до первого врачебного осмотра	20 (15;30)	21 (16;27)	0,573
Время от первого врачебного осмотра до госпитализации в стационар	68 (45;151)	58 (45;72)	0,531

Примечание - p – достоверность различий

## » Временная структура догоспитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST

Временной интервал, минуты	ИМпST	ИМбпST	p
Время от начала болевого синдрома до госпитализации	185 (121;447)	193 (135;487)	0,5
Время от начала болевого синдрома до обращения за медицинской помощью	75 (37,5;226)	84,5 (33;245)	0,6
Время от обращения за медицинской помощью до первого врачебного осмотра	21 (16;27)	20 (14;26)	0,2
Время от первого врачебного осмотра до госпитализации в стационар	62 (49;75)	73 (57;95)	0,001
<b>Примечание - p – достоверность различий</b>			

