

Пожилой пациент с коморбидной патологией в практике кардиолога

Д.м.н. Е.В. Екушева

ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, Москва

РЕЗЮМЕ

Увеличение продолжительности жизни в популяции и постарение населения представляют собой глобальный демографический феномен во всем мире. Категории пожилых пациентов свойственны, с одной стороны, полиморбидность патологических состояний со специфическими проявлениями каждого из них, преимущественно хроническое течение имеющихся заболеваний, а с другой стороны, сложность диагностики и подбора лекарственной терапии. Высокая распространенность кардиоваскулярной патологии и ее частая патогенетическая взаимосвязь с различными коморбидными заболеваниями и состояниями представляют собой серьезную проблему для любого клинициста, поскольку ему необходимо учитывать несколько составляющих терапии, что затрудняет контроль эффективности проводимого лечения, способствует увеличению вероятности развития местных и системных побочных эффектов лекарственных средств, а также снижает приверженность терапии. Лечение коморбидных расстройств диктует необходимость тщательного соблюдения требований рациональной фармакотерапии, высокого клинического профессионализма и широкого круга знаний в области смежных специальностей. Использование критериев Американской гериатрической ассоциации (критериев Бирса) для пациентов старше 65 лет может способствовать рационализации фармакотерапии этой категории больных в условиях стационара и амбулаторного приема.

Ключевые слова: коморбидная патология, полиморбидность, сердечно-сосудистые заболевания, рациональная фармакотерапия, полипрагмазия.

Для цитирования: Екушева Е.В. Пожилой пациент с коморбидной патологией в практике кардиолога // PMJ. Медицинское обозрение. 2018. № 11. С. 26–29.

ABSTRACT

Elderly patient with comorbid pathology in the practice of a cardiologist
E.V. Ekusheva

Institution of Advanced Training of Federal Medical and Biological Agency, Moscow

An increase in life expectancy in a population and the aging of a population represent a global demographic phenomenon all over the world. This category of patients is distinguished, on the one hand, by the polymorbidity of pathological states with specific manifestations of each of them, mainly by the chronic course of existing diseases, and on the other hand, by the difficulty of diagnostics and selecting drug therapy. A high prevalence of cardiovascular disease and its frequent pathogenetic relationship with various comorbid diseases and conditions is a serious problem for any clinician, since he needs to take into account several components of therapy, which makes it difficult to control the effectiveness of the treatment, increases the likelihood of topical and systemic adverse events of drugs and also reduces adherence to therapy. Treatment of comorbid disorders requires careful compliance with the requirements of rational pharmacotherapy, high clinical professionalism and a wide range of knowledge of the physician in related specialties. Using the criteria of the American Geriatrics Society (Beers criteria) for patients over 65 years of age can help rationalize the pharmacotherapy of this category of patients in inpatient and outpatient visits.

Key words: comorbid pathology, polymorbidity, cardiovascular diseases, rational pharmacotherapy, polypragmasy.

For citation: Ekusheva E.V. Elderly patient with comorbid pathology in the practice of a cardiologist // RMJ. Medical Review. 2018. № 11. P. 26–29.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее частыми расстройствами в общей популяции, занимают лидирующее положение в структуре общей смертности и инвалидизации работоспособного населения [1]. Высокая распространенность кардиоваскулярной патологии и ее частая патогенетическая взаимосвязь с различными коморбидными заболеваниями и состояниями приводят к увеличению числа труднокурабельных больных с разнообразной сочетанной патологией. Основными проблемами при ведении данной категории пациентов являются: увеличение продолжительности периода госпитализации, сложность подбора лекарствен-

ной терапии и проведения реабилитационных мероприятий в полном объеме из-за наличия кардиоваскулярного риска, увеличение процента нежелательных явлений и/или осложнений на протяжении всего лечения.

Увеличение продолжительности жизни в популяции и постарение населения представляют собой глобальный демографический феномен во всем мире. В частности, продолжительность жизни в России в 2015 г. была 71,39 года, а к 2030 г., согласно прогнозам, увеличится до 75,1 года [2]. При этом чуть менее половины всего населения составляют люди, возраст которых старше трудоспособного (24%), 60 и более лет (19,87%) [2]. Это приводит к преобладающему проценту больных пожилого и старческого возраста

в медицинских учреждениях, лидирующих по числу госпитализаций, амбулаторных приемов и, соответственно, затрат государства. Эта категория пациентов отличается, с одной стороны, полиморбидностью патологических состояний со специфическими проявлениями каждого из них, преимущественно хроническим течением имеющихся заболеваний, а с другой стороны, сложностью диагностики и подбора лекарственной терапии. Поэтому определение стратегии и тактики ведения, как и рациональной фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста, особенно имеющих сочетанную кардиоваскулярную патологию, является актуальной медицинской и экономической проблемой современного здравоохранения в развитых странах мира.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Наличие коморбидных состояний представляет собой серьезную проблему для любого клинициста, поскольку ему необходимо учитывать несколько составляющих терапии, что затрудняет контроль эффективности проводимого лечения, способствует увеличению вероятности развития местных и системных побочных эффектов лекарственных средств, а также снижает приверженность терапии [3]. Лечение коморбидных расстройств требует тщательного соблюдения правил рациональной фармакотерапии, высокого клинического профессионализма и широкого круга знаний в области смежных специальностей. Вместе с тем на сегодняшний день отсутствуют диагностические и терапевтические алгоритмы, позволяющие четко определить коморбидные состояния и заболевания и избежать полипрагмазии, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, у которых это гораздо чаще приводит к развитию местных и системных нежелательных эффектов при употреблении лекарственных средств. Лечащие врачи не всегда принимают во внимание эти побочные явления, рассматривая их как составляющие коморбидной патологии, что в свою очередь приводит к назначению еще большего количества препаратов.

Таким образом, существование коморбидной патологии значимо влияет на клинические особенности, диагностику, лечение и прогноз заболеваний. Наличие различных болезней и патологических состояний, возраст пациента и разнонаправленное лекарственное взаимодействие, без сомнения, модифицируют клинические проявления и течение основного заболевания, а характер и тяжесть осложнений ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс, например, увеличивая число койко-дней в стационаре. Все это значимо снижает качество жизни больного и существенно ухудшает дальнейший прогноз, повышая вероятность инвалидизации и летального исхода [3].

Для анализа коморбидных расстройств в настоящее время используется более 10 оценочных шкал, первой из которых была система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale — шкала оценки совокупной заболеваемости), разработанная в 1968 г. и позволяющая на практике оценить количество и тяжесть имеющихся у пациента хронических заболеваний [4]. Спустя два десятилетия модификация данной шкалы для оценки коморбидности — CIRS-G (англ. Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) — позволила учитывать возраст и специфичность заболеваний у пациентов пожилого возраста [5].

Применение шкалы CIRS-G позволяет практикующим врачам оценивать в баллах количество и тяжесть хрониче-

ских заболеваний при анализе у пациентов коморбидной патологии, где «0» — это отсутствие заболеваний выбранной системы, а «4» — это тяжелая органная или функциональная недостаточность, требующая проведения неотложной терапии (табл. 1). Максимально возможное количество баллов — 56, что, по мнению создателей данной шкалы, несовместимо с жизнью [5], при этом наличие болезней сердца и сосудов рассматривается в первую очередь (см. табл. 1).

Другой мерой оценки коморбидной патологии, предложенной в 1974 г., стал индекс Kaplan Feinstein, позволяющий суммарно, но менее подробно оценивать состояние каждой из систем органов: от 0 баллов (отсутствие болезни) до 3 баллов (наличие тяжелой болезни) [6]. Следует заметить, что данная система анализа коморбидной патологии отдельно рассматривает наличие и выраженность артериальной гипертензии, являющейся самой распространенной патологией пожилого возраста, злокачественных образований и алкоголизма.

Среди существующих сегодня систем анализа коморбидных расстройств наиболее распространены индексы ICED

Таблица 1. Оценка коморбидных заболеваний с помощью Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) [5]

Возможные заболевания	Баллы				
	1	2	3	4	5
Болезни сердца					
Болезни сосудов					
Болезни кроветворной системы					
Болезни органов дыхательной системы					
Болезни глаз, носа, ушей, глотки и гортани					
Болезни органов верхних отделов пищеварительной системы					
Болезни органов нижних отделов пищеварительной системы					
Болезни печени					
Болезни почек					
Болезни органов мочеполовой системы					
Болезни органов опорно-двигательной системы и кожных покровов					
Болезни органов центральной и периферической нервной системы					
Болезни органов эндокринной системы и нарушение метаболизма					
Психические нарушения					
Общее количество коморбидных заболеваний					
Сумма баллов					
Индекс тяжести: общий балл / общее количество коморбидных заболеваний					
Количество коморбидных заболеваний, оцененных на 3 балла					
Количество коморбидных заболеваний, оцененных на 4 балла					

Оценка состояния каждой из систем органов: «0» — отсутствие заболеваний выбранной системы, «1» — небольшие отклонения от нормы или перенесенные в прошлом заболевания, «2» — заболевание, при котором необходима медикаментозная терапия, «3» — тяжелое, хроническое заболевание, ставшее причиной инвалидности, «4» — тяжелая органная или функциональная недостаточность, требующая проведения неотложной терапии.

(Index of Co-Existent Disease — индекс сопутствующих заболеваний), Charlsona и GIC (Geriatric Index of Comorbidity — гериатрический индекс коморбидности), позволяющие оценить наличие сопутствующих заболеваний, в т. ч. у больных пожилого и старческого возраста, и использующиеся для отдаленного прогноза летальности и смертности больных [6].

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Широкомасштабное популяционное исследование коморбидной патологии у больных с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в США показало, что наиболее часто наблюдались сахарный диабет (около 40%), артрит (40,6–45,6%), анемия (38,7–51,2%), и практически у каждого четвертого пациента отмечались хроническая болезнь почек, катаракта, хроническая обструктивная болезнь легких, болезнь Альцгеймера, деменция и депрессия [2]. Следует обратить внимание на то, что в данном исследовании принимали участие более 8,5 млн больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), более 4 млн — с сердечной недостаточностью, около 2,5 млн — с фибрилляцией предсердий и около 1 млн — с инсультом. В результате данного исследования было обнаружено, что значимыми факторами риска развития наиболее распространенных ССЗ были артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия.

В 1991 г. американскими кардиологами V. Dzau и E. Braunwald [7] была предложена концепция так называемого сердечно-сосудистого континуума, представляющего собой непрерывный каскад взаимосвязанных патологических процессов в кардиоваскулярной системе, начиная с воздействия факторов риска, возникновения и дальнейшего прогрессирования ССЗ до развития хронической сердечной недостаточности и смертельного исхода [8]. На данный момент сердечно-сосудистый континуум рассматривается как последовательность событий, которая «запускается» кардиоваскулярными факторами риска, включающими сахарный диабет, дислипидемию, артериальную гипертензию, курение и висцеральное ожирение, что приводит к прогрессированию атеросклероза, возникновению ИБС, инфаркта миокарда, атеротромбоза, дилатации и дисфункции левого желудочка, хронической сердечной недостаточности и к смерти [9].

Вместе с тем показано, что, прерывая последовательность патологических событий при сердечно-сосудистом континууме на его различных этапах с помощью медикаментозных и немедикаментозных средств, можно предотвратить или замедлить развитие заболеваний сердца и, соответственно, продлить жизнь пациенту [2].

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

У пациентов пожилого и старческого возраста во всех органах и системах наблюдаются различные инволюционные морфологические и функциональные изменения, поэтому у этой категории больных часто наблюдаются два и более заболеваний или полиморбидность. Другими особенностями популяции пожилого и старческого возраста являются своеобразие и атипичность клинических проявлений и течение возникающих болезней, как и их осложнений, зачастую затрудняющие своевременную диагностику коморбидных расстройств; хроническое течение и прогноз различных заболеваний и значимая социально-психологическая деза-

даптация пациентов. Все это требует от лечащего врача широкого клинического кругозора, ориентации во многих областях медицины и дальнейшего индивидуализированного подхода к ведению таких пациентов.

Для пациентов пожилого и старческого возраста характерна высокая коморбидность, частота встречаемости которой достигает 62% в возрастном диапазоне 65–74 года и 82% — в возрасте 85 лет и старше [2]. При этом общая система оказания медицинской помощи направлена на лечение определенного заболевания (болезнь-ориентированный подход), а не конкретного больного (пациент-ориентированный подход), не учитывая функциональную и когнитивную сохранность, независимость от посторонней помощи в повседневной жизни, а также качество жизни пациента.

Пациент с коморбидной патологией, как правило, наблюдается у нескольких врачей, каждый из которых назначает разнообразные лекарственные средства, что неизбежно приводит к полифармакотерапии. А с увеличением возраста больного происходит, соответственно, и увеличение числа имеющихся заболеваний, что повышает вероятность политерапии и дальнейших нежелательных явлений у этого пациента. Необходимо помнить, что лечение основного заболевания не должно ухудшать течение сопутствующей патологии. Полипрагмазия представляет собой серьезную проблему для здравоохранения во всем мире, поскольку значительно снижает эффективность текущей терапии и приводит к возникновению серьезных побочных реакций [2]. Особенно негативное значение для больных старших возрастных групп имеет лекарственное взаимодействие с порой непредсказуемым изменением эффективности и безопасности применяемых средств. В 2010 г. была разработана и внедрена в клиническую практику шкала оценки риска возникновения нежелательных побочных реакций у пожилых пациентов в условиях стационара — GerontoNet (табл. 2) [2]. Согласно этой шкале наибольшее количество баллов прямо пропорционально вероятной полипрагмазии; например, более 8 баллов при оценке больного свидетельствует о том, что риск возникновения нежелательных явлений превышает 20% [2].

В последние годы для больных гериатрической популяции в амбулаторных и стационарных условиях предложены критерии Бирса, пересмотренные в 2012 г. специалистами Американского гериатрического общества [10]. Они включают 3 категории лекарственных средств:

- ♦ потенциально не рекомендованные лекарственные средства, применения которых следует избегать у пожилых больных;

Таблица 2. Оценка риска нежелательных побочных реакций у пожилых пациентов в условиях стационара с помощью шкалы GerontoNet [2]

Факторы риска возникновения нежелательных побочных реакций	Баллы	
	нет (0)	да (0–4)
Более 4 заболеваний/состояний	0	1
Хроническая сердечная недостаточность	0	1
Болезни печени	0	1
Количество назначенных лекарственных средств, оценка в баллах		
Менее 5	0	0
5–7	0	1
8 и более	0	4
Нежелательные побочные реакции в анамнезе	0	2
Почечная недостаточность	0	1

♦ потенциально не рекомендованные лекарственные средства, применения которых следует избегать у пожилых больных с определенными заболеваниями и синдромами, поскольку данные препараты могут спровоцировать их обострение;

♦ лекарственные средства, которые следует применять с осторожностью у пожилых больных.

В частности, согласно представленным критериям, без крайней необходимости у пожилых пациентов с ССЗ не рекомендуется использовать в качестве первой линии терапии при условии альтернативы такие препараты, как дигоксин в дозе более 0,125 мг/сут, нифедипин короткого действия, амиодарон, хинидин, соталол и другие антиаритмики Ia, Ib, Ic и III классов [10, 11].

Возможности применения метаболической терапии в кардиологии

В последние годы фокус внимания кардиологов направлен на средства метаболической терапии, позволяющие повысить эффективность утилизации кислорода миокардом в условиях существующей или развивающейся кардиоваскулярной патологии. Это обусловлено тем, что ключевыми патологическими факторами, способствующими возникновению и развитию ССЗ, являются перекисное окисление липидов и гипоксия. В условиях патологии и усиления окислительного стресса происходят эндотелиальная дисфункция, нарушение процессов окислительного фосфорилирования и тканевого дыхания, нарушение проницаемости и повреждение мембран клеток вплоть до их разрыва и гибели клетки. Таким образом, окислительный стресс играет существенную роль в патогенезе атеросклероза, ИБС, хронической сердечной недо-

статочности и других ССЗ [1]. Вместе с тем следует принимать во внимание отсутствие вазодилатирующего эффекта у рекомендуемого лекарственного средства, чтобы не допустить возникновения синдрома обкрадывания, что принципиально важно при ведении больных с коморбидной церебральной патологией [12].

Таким образом, основными принципами метаболического фармакологического воздействия являются использование препаратов с широким диапазоном доз и, соответственно, минимизация риска возникновения полипрагмазии и применение препаратов, фармакодинамические и фармакокинетические свойства которых не зависят от изменений метаболических реакций у пожилых пациентов и поэтому безопасных для них. Основные принципы назначения лекарственных средств пациентам пожилого и старческого возраста представлены в таблице 3.

Заключение

Лечение пациентов пожилого и старческого возраста с кардиоваскулярной патологией и коморбидными расстройствами является сложной и подчас труднодостижимой задачей даже для опытных клиницистов. Использование критериев Американской гериатрической ассоциации (критериев Бирса) для пациентов старше 65 лет может способствовать рационализации фармакотерапии этой категории больных в условиях стационара и амбулаторного приема. А применение в комплексном лечении безопасных метаболических препаратов, обладающих комплексным плейотропным воздействием, может существенно повысить эффективность проводимой терапии ССЗ.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Таблица 3. Оценка риска нежелательных побочных реакций у пожилых пациентов в условиях стационара с помощью шкалы GerontoNet [2]

Принципы	Что включает
Анализ предшествующего опыта фармакотерапии	<ul style="list-style-type: none"> активный расспрос больного о ранее наблюдавшихся побочных эффектах или нежелательных явлениях при приеме лекарственных средств анализ сопутствующих медицинских документов (фармакологический и аллергологический анамнез)
Поведенческие рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> исключение возможных факторов возникновения и прогрессирования ССЗ (курение, гиподинамия, неправильное питание, ожирение, чрезмерное употребление алкоголя, повышенный уровень сахара и холестерина в крови) обучение самостоятельному выявлению симптомов ухудшения заболевания и своевременное информирование об этом лечащего врача
Особенности приема препаратов	<ul style="list-style-type: none"> предпочтительна терапия минимально возможным количеством препаратов (избегать полипрагмазии) минимальная терапевтическая доза препарата индивидуальный режим дозирования, способ введения и кратность приема препарата простые схемы лечения (1–2 р./сут)
Особенности ведения пациентов во время приема препаратов	<ul style="list-style-type: none"> индивидуальный подход к выбору стратегии лечения и подбору необходимого препарата (критерии Бирса) оценка риска межлекарственного взаимодействия* медленное титрование дозы препарата до минимально эффективной при подборе дозы лекарственного средства предпочтительны препараты короткого действия, а при длительной терапии – пролонгированные препараты при назначении нескольких препаратов – постепенное, а не одновременное введение их в схему лечения регулярный контроль адекватного приема препаратов (доза, кратность приема, продолжительность терапии) профилактика полипрагмазии – регулярный пересмотр терапии своевременная коррекция принимаемых препаратов при ухудшении заболевания согласование лечения и взаимодействие с членами семьи и родственниками на протяжении лечения
Контроль функционального состояния сердечно-сосудистой системы	<ul style="list-style-type: none"> регулярное измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений электрокардиограмма в динамике / холтеровское мониторирование
Контроль за функциональным состоянием почек и печени, системы кровотока и желудочно-кишечного тракта	<ul style="list-style-type: none"> коррекция доз препаратов или их отмена при нарушении функции других систем и органов (системы печени, почек и др.)

* Разделы «Фармакокинетика», «Особые указания» и «Взаимодействие» в инструкции по применению лекарственных средств; в сложных случаях или при необходимости полипрагмазии возможно привлечение консилиума врачей или клинического фармаколога.