

Проблемы ведения сердечной недостаточности у пациентов старших возрастных групп

Профессор Ю.В. Котовская, к.м.н. А.В. Розанов, Д.Х. Курашев, профессор Н.К. Рунихина, к.м.н. А.Ю. Щедрина, профессор О.Н. Ткачева, Н.В. Котовская

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

В настоящее время все больше внимания уделяется пожилым пациентам с сердечной недостаточностью (СН), поскольку среди данной группы больных распространены такие гериатрические проблемы, как снижение мобильности, когнитивные нарушения и большое количество сопутствующих заболеваний. У 15–74% пациентов с СН наблюдаются старческую астению — синдром, отражающий уязвимость к воздействию различных стрессовых факторов и снижение физиологического резерва организма. Старческая астения у пациентов с СН ассоциирована с большой частотой случаев неотложной госпитализации и смертности.

Наличие старческой астении необходимо учитывать при стратификации по риску при лечении пациентов старшего возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и принятии терапевтических решений.

Клиническое ведение должно принимать во внимание гериатрический статус пациента, некардиальную коморбидность и его функциональные способности.

Старческая астения ухудшает течение СН, повышает риск ее декомпенсации, потребность в срочной госпитализации и смертность. Своевременное выявление старческой астении, грамотная медицинская помощь согласно существующим рекомендациям, сестринская и социальная поддержка способны положительно повлиять на приверженность лечению, на качество и продолжительность жизни у данной категории пациентов.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, коморбидность, пожилые пациенты, старческая астения, физиологический резерв организма.

Для цитирования: Котовская Ю.В., Розанов А.В., Курашев Д.Х. и др. Проблемы ведения сердечной недостаточности у пациентов старших возрастных групп // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 8(1). С. 24–26.

ABSTRACT

Problems of management of heart failure patients of older age groups

Yu.V. Kotovskaya, A.V. Rosanov, D.H. Kurashov, N.K. Runihina, A.Yu. Schedrina, O.N. Tkacheva, N.V. Kotovskaya

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Nowadays, more and more attention is paid to elderly patients with heart failure (HF), since such geriatric problems as reduced mobility, cognitive impairment and a large number of concomitant diseases are common among this group of patients. In 15–74% of patients with HF, senile asthenia is observed — a syndrome reflecting vulnerability to the effects of various stress factors and a decrease in the body's physiological reserve. Senile asthenia in patients with HF is associated with a high incidence of emergency hospitalization and mortality.

The presence of senile asthenia must be considered during risk stratification when treating elderly patients with cardiovascular diseases and making therapeutic decisions.

Clinical management of patients should take into account the assessment of the patient's geriatric status, non-cardiac comorbidity and their functional abilities.

Senile asthenia worsens the course of HF, increases the risk of decompensation, the need for urgent hospitalization and mortality. Timely detection of senile asthenia, competent medical care in accordance with existing guidelines, nursing and social support can positively affect the adherence to treatment, quality and life expectancy in this category of patients.

Key words: heart failure, comorbidity, elderly patients, senile asthenia, physiological reserve of the body.

For citation: Kotovskaya Yu.V., Rosanov A.V., Kurashov D.H. et al. Problems of management of heart failure patients of older age groups // RMJ. Medical Review. 2018. № 8(1). P. 24–26.

ВВЕДЕНИЕ

На данный момент 80% популяции пациентов с сердечной недостаточностью (СН) составляют пожилые люди (от 65 лет) [1–3]. На течение СН влияют снижение мобильности, наличие множественных заболеваний и сопутствующих нарушений. Все вышеперечисленные понятия входят в определение гериатрического статуса, которому следует уделять особое внимание, учитывая растущий возраст пациентов с СН [4–6].

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Старческая астения — ассоциированный с возрастом синдром, отражающий снижение физиологического резерва организма и являющийся независимым предиктором смертности и госпитализаций в связи со снижением мобильности, падениями, полипрагмазией, коморбидностью, когнитивными нарушениями, мальнутрицией [7–11]. Помимо этого,

кахексия и саркопения также ассоциированы с плохим прогнозом. Однако раннее выявление данных синдромов способно улучшить качество жизни пациентов, поскольку вероятность эффективности раннего лечения достаточно высока.

Как правило, синдром старческой астении развивается после 65 лет. Для скрининга старческой астении в России валидирована шкала «Возраст не помеха» [12, 13].

Среди пациентов с СН распространенность старческой астении составляет от 15 до 74% [9, 10]. Наличие СН, в свою очередь, повышает риск развития старческой астении в более молодом возрасте: так, у 30% пациентов с СН моложе 70 лет наблюдалась старческая астения [14], в то время как в этой возрастной категории без СН ее распространенность значительно ниже.

Старческая астения — самостоятельный фактор риска развития СН у пациентов пожилого возраста [15]. Например, частота СН достигает 14% у пациентов старшего возраста с «хрупким фенотипом» [16], а у женщин распространенность СН в 6–7 раз выше при наличии старческой астении, чем без таковой (3,5% против 0,6%, $p < 0,001$) [17].

Известно, что у пожилых пациентов с СН увеличивается риск частой госпитализации — 20% пациентов возвращаются в больницу в течение 30 дней после выписки, а около 33% больных — в течение 3 мес. Однако СН оказывается причиной менее половины повторных госпитализаций, в большинстве случаев такой причиной служат почечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет или депрессия [18, 19].

Старческая астения и СН имеют общие патофизиологические механизмы развития. При обоих состояниях высока патогенетическая роль воспаления и дисфункции эндотелия. Пациенты со старческой астенией имеют повышенные уровни маркеров воспаления: лейкоцитов, интерлейкина 6, С-реактивного белка, VIII фактора свертываемости крови, фибриногена, а также маркеров тромбообразования, например D-димера [20]. Повышенные концентрации маркеров воспаления, особенно фактора некроза опухоли α и его растворимых рецепторов, приводят к снижению мышечной массы и силы, возможно, путем стимуляции процессов катаболизма в мышечных клетках [21]. Риск старческой астении возрастает при тех же состояниях, которые повышают риск развития СН, — сахарном диабете, хронической болезни почек, ХОБЛ, анемии и др. [22].

В патогенезе старческой астении и СН особое место занимает саркопения. Саркопения — гериатрический синдром, характеризующийся утратой мышечной массы и мышечной силы, следствием которого является зависимость от посторонней помощи, снижение уровня жизни и даже смертельный исход [23]. Среди людей старше 80 лет, более чем у 50% выявляется саркопения. Среди пациентов, возраст которых приходится на диапазон 60–80 лет, саркопения распространена у 20–70%, преимущественно у мужчин [24]. Саркопения является компонентом сердечной кахексии. Кахексия — комплексный метаболический синдром, ассоциированный с основным заболеванием, который характеризуется снижением мышечной массы с потерей или без потери жировой ткани и является независимым прогностически неблагоприятным фактором при СН [25–27]. Кахексия наблюдается у 10–15% пациентов с СН и особенно вероятно при СН со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка. Смертность при хронической СН (ХСН) и сердечной кахексии в 2–3 раза выше, чем у пациентов с ХСН без кахексии [28]. Кахексия является сильным неблагоприятным

фактором риска смертности наряду с низким пиковым потреблением кислорода [29]. Важно, что многие клинические признаки кахексии — общая и мышечная слабость, саркопения и воспаление — наблюдаются и при старческой астении. Однако если снижение веса критично для диагностики кахексии, то оно не обязательно ассоциировано со старческой астенией.

КОМОРБИДНОСТЬ

Под коморбидностью понимают одновременное наличие нескольких хронических заболеваний у одного человека, однако эти понятия не следует отождествлять. Среди пациентов старше 65 лет с СН 96% имеют хотя бы одно не сердечно-сосудистое сопутствующее заболевание, 70% — более трех, 40% — более 5 [19], при этом риск госпитализации возрастает по мере увеличения их числа. У пациентов с СН с сохранной ФВ левого желудочка коморбидность выше, чем у пациентов с СН со сниженной ФВ [30]. Более того, у пациентов с СН с сохранной ФВ и высокой общей коморбидной нагрузкой имеется большее количество заболеваний, не связанных с СН, чем у пациентов с СН со сниженной ФВ.

До 82% «хрупких» пожилых людей могут иметь документированную коморбидность [31]. Старческая астения, СН и коморбидность связаны между собой. При сердечной недостаточности происходит снижение функциональных способностей, появляются одышка, слабость, что ускоряет снижение силы и объема мышечной массы. Риск смертности, госпитализаций и затруднений в диагностике СН зачастую связан с высокой коморбидностью и синдромом старческой астении.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Среди пожилых пациентов с сердечной недостаточностью 25% страдают когнитивными нарушениями. Снижение когнитивных функций — один из компонентов старческой астении, ассоциированный с удвоением риска смертности в связи с затрудненным распознаванием симптомов заболевания, снижением приверженности терапевтическим вмешательствам, подвижности и рационального питания [32, 33]. Международная согласительная группа ввела первое определение состояния «когнитивной хрупкости» у пожилых пациентов [32].

СН приводит к интермиттирующей гипоперфузии и микроэмболии сосудов головного мозга, что напрямую влияет на снижение когнитивной функции. По сравнению с другими популяциями, пациенты с СН имеют более высокий риск когнитивных нарушений и, следовательно, падений и нарушения повседневной жизненной активности [7, 9, 34, 35]. Несмотря на то, что механизмы взаимосвязи между когнитивными нарушениями и падениями по-прежнему окончательно не установлены, существуют предположения, что когнитивные нарушения повышают риск падений через нарушение ходьбы, походки, баланса [36, 37].

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ

Сходство симптомов СН (слабость, одышка, периферические отеки) и других заболеваний (например, венозной недостаточности и болезней дыхательной системы) значительно усложняет клиническую оценку пожилого человека с СН [38, 39]. Ортопноэ и пароксизмальная ночная одышка считаются наиболее ценными клиническими симптомами для распознавания СН [39]. Многочисленные проблемы

лечения данной группы пациентов связаны с ограниченной возможностью выполнения диагностических тестов, в частности эхокардиографии (Эхо-КГ), доплеровского исследования, МРТ и определения уровня натрийуретического пептида).

Для диагностики СН у пожилых пациентов необходимы объективные методы исследования — Эхо-КГ, исследование на мозговой натрийуретический пептид (BNP) или мозговой натрийуретический гормон (NT-pro BNP) [39–41].

ПРОБЛЕМА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

У пациентов со старческой астенией применение блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы может приводить к развитию постуральной гипотонии, нарушению функции почек, что нередко ограничивает возможность назначения полноценной терапии по поводу СН у этой категории пациентов. Подобная ситуация наблюдается и с бета-адреноблокаторами, применение которых ассоциировано с возникновением брадиаритмий, с диуретиками и антагонистами минералокортикоидных рецепторов, назначение которых влечет за собой электролитные нарушения и гиперкалиемию соответственно [39].

Полипрагмазия имеет место у 90% пациентов пожилого возраста, госпитализированных в связи с СН [39]. При этом хорошо известна зависимость приверженности назначенному режиму лечения от когнитивных и физических нарушений у пациентов со старческой астенией. Снижение когнитивных функций влияет на способность пациента понимать режим лечения, а физические нарушения соответственно ограничивают способность «хрупкого» пациента регулярно посещать врача, проходить инструментальные и лабораторные тесты, выполнять реабилитационные мероприятия [39]. Приверженность лечению особенно важна у пациентов со старческой астенией и фибрилляцией предсердий, принимающих антикоагулянты, т. к. неправильное использование данной группы препаратов влечет за собой жизнеугрожающие кровотечения. Современные консенсусные документы рекомендуют оценивать когнитивный статус больного до назначения терапии антикоагулянтами [42].

Наличие старческой астении предрасполагает к полипрагмазии [43]. Среди пациентов пожилого возраста с СН огромное место занимает проблема падений, риск которых пропорционален количеству назначенных препаратов. Борьба с полипрагмазией должна включать не только комплексную гериатрическую оценку пациента, но и образовательные мероприятия для ухаживающих за ними лиц.

Ведение пациентов со старческой астенией должно включать четыре ключевых компонента: физические упражнения (аэробные и силовые), обеспечение достаточной калорийности пищи и потребления белка, прием витамина D и уменьшение полипрагмазии [5].

Важным прогностическим фактором при СН является кахексия. Несмотря на отсутствие установленного алгоритма терапевтических вмешательств, существуют данные о благоприятном влиянии физической активности, рационального питания, нейрогормональной блокады на сердечную кахексию [39]. Физическая активность — единственный способ профилактики снижения мышечной силы и массы. Реабилитационные программы, включающие физическую нагрузку, значительно снижают количество госпитализаций и улучшают качество жизни пациентов со старческой астенией [40].

У пожилых пациентов, вне зависимости от наличия СН, снижение уровня витамина D ассоциируется с ограничением физической активности и повышением индекса хрупкости [42]. Назначение витамина D увеличивает мышечную силу, что, в свою очередь, способно снизить риск падений из-за нарушения равновесия и увеличить дистанцию ходьбы [43].

Принимая терапевтические решения, следует оценить гериатрический статус пациента и учесть его при планировании наблюдения после выписки. Рациональные физические упражнения способны улучшить мобильность пациента, а грамотная поддержка социальных служб и необходимый уход со стороны сестринского персонала могут повысить приверженность пациентов с когнитивными нарушениями лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие старческой астении необходимо учитывать при стратификации по риску при лечении пациентов старшего возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и принятии терапевтических решений.

При клиническом ведении пациентов необходимо принимать во внимание гериатрический статус пациента, некардиальную коморбидность и их функциональные способности.

Старческая астения ухудшает течение СН, повышает риск ее декомпенсации, потребность в срочной госпитализации и смертность. Своевременное выявление старческой астении, грамотная медицинская помощь согласно существующим рекомендациям, сестринская и социальная поддержка способны положительно повлиять на приверженность лечению, на качество и продолжительность жизни у данной категории пациентов.

Литература

1. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (XCH) // Сердечная Недостаточность. 2017. № 18 (1). С.3–40 [Mareev V. Ju., Fomin I.V., Ageev F.T. i dr. Klinicheskie rekomendacii. Hronicheskaja serdechnaja nedostatochnost' (HSN) // Serdechnaja Nedostatochnost'. 2017. № 18 (1). S.3–40 (in Russian)].
2. Writing Group Members, Mozaffarian D., Benjamin E.J. et al. American Heart Association Statistics Committee; Stroke Statistics Subcommittee. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association // Circulation. 2016. Vol. 133 (4). P.447–454.
3. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать // Российский кардиологический журнал. 2016. № (8). С.7–13 [Fomin I.V. Hronicheskaja serdechnaja nedostatochnost' v Rossijskoj Federacii: chto segodnja my znaem i chto dolzhny delat' // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2016. № (8). S.7–13 (in Russian)].
4. Chaudhry S.I., Wang Y., Gill T.M., Krumholz H.M. Geriatric conditions and subsequent mortality in older patients with heart failure // J. Am. Coll. Cardiol. 2010. Vol. 55. P.309–316.
5. Morley J.E., Vellas B., van Kan G.A. et al. Frailty consensus: a call to action // J. Am. Med. Dir. Assoc. 2013. Vol. 14. P.392–397.
6. Afilalo J., Alexander K.P., Mack M.J. et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults // J. Am. Coll. Cardiol. 2014. Vol. 63. P.747–762.
7. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Остапенко В.С. Особенности клинических подходов к ведению пациентов со старческой астенией // PMЖ. 2017. Т.25. № 25. С.1823–1825 [Tkacheva O.N., Kotovskaja Ju.V., Ostapenko V.S. Osobennosti klinicheskikh podhodov k vedeniju pacientov so starcheskoj asteniej // RMZh. 2017. T.25. № 25. S.1823–1825 (in Russian)].
8. McNallan S.M., Chamberlain A.M., Gerber Y. et al. Measuring frailty in heart failure: a community perspective // Am. Heart J. 2013. Vol. 166. P.768–774.
9. Uchmanowicz I., Lobo-Rudnicka M., Szaląg P. et al. Frailty in Heart Failure // Curr. Heart Fail Rep. 2014. Vol. 11 (3). P.266–273.
10. Kleipool E.E., Hoogendijk E.O., Trappenburg M.C. et al. Frailty in Older Adults with Cardiovascular Disease: Cause, Effect or Both? // Aging Dis. 2018. Vol. 9 (3). P.489–497.

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