

Особенности диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста

Врач гериатр
заведующая гериатрическим отделением
Чижова М. А.

Введение

- * В последние десятилетия наблюдается увеличение абсолютного числа пациентов с ХСН
- * В США ХСН страдает 10 из 1000 человек старше 65 лет, а общее число пациентов пожилого и старческого возраста с этой патологией достигает 6 миллионов
- * Распространенность ХСН в различных регионах Российской Федерации варьирует в пределах 7–10%. За последние десятилетия больные ХСН стали достоверно старше: их средний возраст увеличился с $64,0 \pm 11,9$ лет (1998 год) до $69,9 \pm 12,2$ лет (2014 год).
- * Более 65% больных ХСН приходится на возрастные группы старше 60 лет

- * Диагностика и лечение ХСН является непростой задачей для клиницистов, особенно когда речь идет о пожилых людях с многочисленными заболеваниями и полипрагмазией
- * Однако отличия ведения пожилых пациентов с ХСН от более молодых определяются не только мультиморбидностью, но и, в значительной степени, гериатрическим контекстом
- * Сердечная недостаточность в качестве независимого фактора включена в алгоритм оценки прогноза людей пожилого и старческого возраста и фактически рассматривается многими экспертами как гериатрический синдром

- * За последние 20 лет смертность от ХСН в популяции в целом уменьшилась, однако среди пациентов пожилого и старческого возраста улучшение выживаемости было незначительным .
- * При этом большинство клинических рекомендаций в мире практически не затрагивает проблему ведения этой категории больных. Это связано с очевидным недостатком доказательной базы, обусловленным низкой представленностью людей старших возрастных групп (старше 75-80 лет) в рандомизированных клинических исследованиях (РКИ).
- * Около 30% РКИ не включали людей старческого возраста, в РКИ же с включением пациентов 80 лет и старше, их доля составляла не более 15% участников

Особенности этиологии и патогенеза ХСН у пациентов старших возрастных групп

- * В целом, этиология сердечной недостаточности аналогична у пациентов разного возраста, но у пожилых людей она чаще всего многофакторна
- * ИБС, АГ, СД и их сочетание
- * дегенеративные пороки сердца (по разным данным, около 3% людей старше 75 лет имеют умеренный или выраженный аортальный стеноз)
- * ХСН как следствие структурно-функциональных изменений органов и тканей организма в результате естественного старения (снижением ответа на бета-адренергическую стимуляцию, нарушением диастолического наполнения левого желудочка (ЛЖ), увеличением постнагрузки на фоне ригидности магистральных артерий, на клеточном уровне они включают митохондриальную дисфункцию, окислительный стресс, аномальный обмен кальция, хроническое воспаление, изменения межклеточного матрикса, укорочение теломер, снижение способности к репарации ДНК)

С возрастом происходит снижение скорости клубочковой фильтрации, а «стареющая почка» менее способна поддерживать внутрисосудистый объем и гомеостаз электролитов

Другие изменения уменьшают способность легких компенсировать снижение минутного объема сердца, увеличивая дыхательный объем и минутную вентиляцию, тем самым способствуя ощущению одышки

Связанные с возрастом изменения функции нервной системы включают нарушенный механизм жажды, который может способствовать обезвоживанию и сокращению объема внутрисосудистой жидкости у пациентов, получающих диуретики

Старение также связано с широкими изменениями рефлекторных реакций. Например, нарушение чувствительности каротидных барорецепторов к острым изменениям АД само по себе может привести к ортостатической гипотензии или обмороку

Факторы, способствующие декомпенсации кровообращения

- * Избыток в диете натрия
- * Избыточный прием жидкости
- * Ятрогенная перегрузка объемом (например, при внутривенных инфузиях)
- * Аритмии (фибриляция предсердий желудочковые аритмии, брадиаритмии)
- * Сопутствующие заболевания (лихорадка, инфекции, особенно пневмония или сепсис, гипертиреоз или гипотиреоз, анемия, почечная недостаточность, дефицит тиамина, легочная эмболия, гипоксемия на фоне хронических заболеваний легких, неконтролируемая АГ)
- * Прием лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды, эстрогены)

Диагностика сердечной недостаточности

- * Сердечная недостаточность может быть трудна для диагностики у пациентов старшего возраста с множественными сопутствующими заболеваниями и смазанными или неспецифическими симптомами. Таким образом, первая задача, стоящая перед врачом - установить, присутствует ли сердечная недостаточность как таковая. Как известно, ХСН характеризуется комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, сердцебиение, ортопноэ, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме. Пожилые больные ХСН часто предъявляют нетипичные жалобы – раздражительность, бессонница, общее недомогание

- * В Европейских и Российских клинических рекомендациях по диагностике и лечению ХСН 2016 года принят общий диагностический алгоритм, основанный на предположении о наличии ХСН. Симптомы и признаки ХСН в комбинации с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), если ФВ менее 40%. Если есть СНСФВ (более 40%), определение натрийуретических гормонов (BNP и/или NTproBNP) и выявление структурных изменений сердца и/или диастолической дисфункции
- * В контексте гериатрической практики необходимо иметь в виду, что основной причиной одышки и ортопноэ у пожилого человека могут быть хроническая болезнь легких, пневмония или эмболия легочной артерии. Точно так же усталость и снижение физической нагрузки могут быть вызваны анемией, гипотиреозом, депрессией или физической детренированностью
- * Отеки нижних конечностей также не могут рассматриваться как надежный критерий ХСН у лиц пожилого и старческого возраста и, очевидно, могут иметь иные причины (например, венозная недостаточность или прием блокаторов кальциевых каналов)
- * К задержке диагностики может привести и затруднение сбора анамнеза из-за нарушений памяти

Лечение ХСН

Основными целями терапии сердечной недостаточности являются:

- * снижение смертности
- * повышение качества жизни
- * уменьшение количества госпитализаций

- * Учитывая ограниченное число научных доказательств эффективности и безопасности большинства вмешательств у пациентов пожилого и старческого возраста, особенно с признаками старческой астении, при разработке стратегии лечения ХСН необходимо ориентироваться на индивидуальные особенности пациента, его предпочтения, наличие гериатрических синдромов и сопутствующих заболеваний, а также на ожидаемую продолжительность жизни

Общие подходы к терапии пациентов пожилого и старческого возраста

- * Прием нескольких препаратов одновременно значительно повышает риск развития межлекарственных взаимодействий и нежелательных лекарственных реакций (НЛР)
- * STOPP/START критерии
- * Критерии Бирса
- * В основе практической стратегии лечения пожилых пациентов должна лежать оценка ожидаемой продолжительности жизни, времени до потенциальных результатов вмешательства, первичных целей лечения (например, профилактика, лечение или паллиативная помощь) и обоснованность конкретных целевых показателей лечения (например, уровня холестерина, артериального давления). У лиц с деменцией, для которых основное внимание уделяется качеству жизни, возможен отказ от лекарств, которые направлены на увеличение продолжительности жизни (например, статинов или ацетилсалициловой кислоты). Это позволит снизить общую лекарственную нагрузку, уменьшить затраты и предотвратить нежелательные лекарственные взаимодействия. В сложных случаях такие решения должны приниматься консилиумом с соответствующей записью в медицинской документации.

- 
- * STOPP/START-критерии разработаны в 2008 году для аудита лекарственных назначений с целью оптимизации лекарственной терапии и снижения развития НПР у пожилых пациентов.
 - * После пересмотра в 2015 г. общее количество 114 (80 STOPP- и 34 START- критерия).

* STOPP

Диуретики для лечения артериальной гипертензии при недержании мочи (могут усилить недержание)

* STOPP

Дигоксин для лечения сердечной недостаточности при сохранной систолической функции (нет доказательств пользы)

* STOPP

Ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов у пациентов с гиперкалиемией

* STOPP

НПВП с антиагрегантами без профилактики ингибитором протонной помпы (повышенный риск язвенной болезни)

* STOPP

Блокаторы кальциевых каналов при хроническом запоре (могут усилить запор)

* START

Варфарин при фибрилляции предсердий

* START

Статины при поражении коронарных, мозговых или периферических артерий в анамнезе при ожидаемой продолжительности жизни более 5 лет

* START

Ингибиторы АПФ при хронической сердечной недостаточности

* START

Бета-адреноблокаторы при стабильной стенокардии

* START

Антигипертензивная терапия при систолическом АД более 160 мм рт. ст

* START

Ацетилсалициловая кислота при коронарной болезни сердца в анамнезе у пациентов с синусовым ритмом

Общие подходы к терапии пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН

- Оптимизация лекарственной терапии предполагает достижение баланса между чрезмерным назначением неоправданной терапии и не назначением полезной терапии. Решения должны приниматься с учетом целей и предпочтений человека, имеющих для него решающее значение.
- Назначение новых лекарственных препаратов пациентам пожилого и старческого возраста оправдано только в ситуациях, когда их преимущества явно перевешивают риски, а также при условии, что более безопасные альтернативные способы лечения неэффективны.
- У пожилых пациентов предпочтительно использование минимальных эффективных доз лекарственных средств. Назначение препаратов, где это возможно, должно начинаться с низких дозировок, титрация должна проводиться в более медленном темпе, чем у молодых пациентов. Стоит избегать сложных схем приема и при необходимости использования нескольких препаратов, отдавать предпочтение фиксированным комбинациям.
- Лечащий врач должен во время каждого визита проверять весь перечень лекарственных средств, которые принимает пожилой пациент, включая нерецептурные препараты, такие как мази, витамины, пищевые добавки, глазные капли и др.
- При обнаружении любого нового симптома у пожилого больного при дифференциальной диагностике следует в первую очередь рассматривать возможность нежелательных лекарственных реакций применяемых средств.

Медикаментозное лечение сердечной недостаточности

- * Для лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН и низкой ФВ (ХСНнФВ) должны быть использованы препараты, включенные в клинические рекомендации, и способные не только улучшить выживаемость и сократить риск развития осложнений, но и приводящие к облегчению симптомов и улучшению качества жизни

Препараты для лечения ХСН

ОСНОВНЫЕ

Их эффект на клинику, КЖ и прогноз доказан и сомнений не вызывает

1. Ингибиторы АПФ
2. АРА
3. β -АБ
4. Антагонисты альдостерона
5. Диуретики
6. Гликозиды
7. ω -3 ПНЖК

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ

Эффективность и безопасность исследованы, но требуют уточнения

1. Статины (только при ИБС)
2. Антикоагулянты

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ

Влияние на прогноз неизвестно, применение диктуется клиникой

1. ПВД
2. БМКК
3. Антиаритмики
4. Аспирин
5. (+) инотропные

А

В

С

Уровни доказанности

Влияние препаратов, рекомендованных для лечения ХСН, на прогноз и качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста

препарат	рекомендация	Ожидаемый результат
ИАПФ	Используются в качестве терапии первой линии при ХСНнФВ. Никакие крупномасштабные клинические испытания не зафиксировали значительных положительных эффектов от фармакотерапии у больных ХСН сФВ – назначение носит эмпирический характер	Снижение смертности. Улучшение качества жизни и повышение толерантности к физической нагрузке
БАБ	Используются в качестве терапии первой линии при ХСНнФВ. Недостаточно доказательств при ХСН с сохраненной ФВ. Стоит избегать неселективных бета-блокаторов (ББ) .	Снижение смертности и случаев госпитализации. Улучшение качества жизни и повышение толерантности к физической нагрузке

Антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА)	Используются при непереносимости ИАПФ в качестве терапии первой/ второй линии. Необходим контроль уровня мочевины, электролитов, креатинина и СКФ для определения признаков почечной недостаточности или гиперкалиемии	Снижение смертности и случаев госпитализации. Улучшение качества жизни.
Диуретики	Применяются у пациентов с застойными явлениями. Необходимо помнить, что гериатрические синдромы, такие, как недержание мочи, или доброкачественная гипертрофия предстательной железы могут существенно снизить приверженность пациентов к лечению.	Ослабление симптомов у пациентов с ХСН независимо от ФВ. Повышение толерантности к физической нагрузке
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР)	Показаны при ХСНнФВ. Недостаточно доказательств при ХСН с сохраненной ФВ. Необходимо тщательно контролировать уровни калия, креатинина и СКФ.	Снижение смертности, внезапной смерти и случаев госпитализации.

Дигоксин	Используются при ухудшении состояния или тяжелой (конечной стадии) ХСНнФВ, несмотря на лечение препаратами первой и второй линии. Необходимо поддерживать концентрацию дигоксина в диапазоне 0,5-0,9 нг/мл.	Сокращение случаев госпитализации, вызванных декомпенсацией ХСН. Уменьшение симптомов и замедление частоты желудочковых сокращений у пациентов с сопутствующей тахиаритмией
Блокаторы кальциевых каналов (БКК)	Дигидропиридиновые БКК возможно рассматривать для лечения сопутствующей гипертензии и/или стенокардии, но следует избегать верапамила, дилтиазема или короткодействующих производных дигидропиридина	
Ивабрадин	Недостаточно доказательств	Возможное улучшение качества жизни пожилых пациентов с ХСНнФВ.

Антикоагулянты	Следует рассматривать для пациентов с анамнезом тромбоэмболии, аневризмы левого желудочка, внутриартериального тромба и фибрилляции предсердий.	Снижение риска тромбоэмболических состояний и инсульта.
Ацетилсалициловая кислота	Используется у пациентов с сочетанием ХСН и болезней, обусловленных атеросклерозом (включая ИБС)	Сокращение ишемических событий.

Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (омега-3-ПНЖК)

Недавно опубликовано исследование, которое демонстрирует их положительный эффект в отношении старческой саркопении: омега-3-ПНЖК, применяемые в дозе 3,9 г/сутки в течение 16 недель, увеличивали синтез мышечных белков и усиливали анаболические реакции на физические упражнения у пожилых людей. Данные получены на основании парных биопсий мышц пациентов в возрасте 65-85 лет . Однако эти данные требуют дальнейшего подтверждения.

Артериальная гипертензия и ХСН

- * При применении всех препаратов, влияющих на АД (ИАПФ, АРА II, диуретиков, β -блокаторов и т.д.), вне зависимости от того, с какой целью они назначаются, следует помнить о том, что у пожилых пациентов чаще развивается ортостатическая (постуральная) гипотензия в связи с повышенной жесткостью сосудов и нарушенным барорефлексом.
- * Учитывая то, что пожилые люди вообще очень склонны к падениям по разным причинам и к получению серьезных травм (включая перелом проксимального отдела бедренной кости), лицам старшего возраста нужно очень осторожно назначать все препараты, имеющие гипотензивное действие, медленно титровать дозы, тщательно контролировать переносимость лекарств.
- * Кроме того, в рамках регистра OPTIMIZE-HF, в котором средний возраст пациентов с ХСНсФВ составил 79 лет, было показано, что снижение САД менее 120 мм рт.ст. было ассоциировано с увеличением смертности в краткосрочной и среднесрочной перспективе. Сходные данные опубликованы и для пациентов с ХСНнФВ. САД менее 125 мм. рт. ст. было связано у этой категории больных с увеличением сердечно-сосудистой смертности.

Благодарю за внимание!