

Хроническая сердечная недостаточность: особенности клинических проявлений в пожилом возрасте

с ➤ В.Н. Ларина, Б.Я. Барт

Кафедра поликлинической терапии № 1 Лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва

Статья посвящена хронической сердечной недостаточности у лиц пожилого возраста. Освещаются распространенность заболевания, факторы риска, особенности клинической картины и диагностики сердечной недостаточности в пожилом возрасте.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, пожилой возраст, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой синдром с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость, снижение физической активности, отеки) и клинических признаков (увеличение шейных вен, мелкопузырчатые хрипы в легких, смещение верхушечного толчка влево). Первопричиной является нарушение структуры или функции сердца, в результате которого оно не в состоянии удовлетворить потребности организма в кислороде при нормальном давлении наполнения сердца (это возможно лишь при повышении давления наполнения камер сердца).

Хроническая сердечная недостаточность выявляется у 23 млн. человек в мире. В нашей стране клинически выраженная ХСН I–II **функционального класса** (ФК) встречается у 5,1 млн. человек, III–IV ФК — у 2,4 млн. человек [1–3]. Установленные и предполагаемые факторы риска развития ХСН представлены в табл. 1.

Возраст является важнейшим фактором риска развития ХСН. Заболевание встречается у 8,4% лиц в возрасте ≥ 75 лет и у 0,7% в возрасте от 45 до 54 лет. В Европейской

части РФ 65,5% больных ХСН составляют лица в возрасте от 60 до 79 лет. На долю лиц данного возраста приходится 68,1% случаев ХСН III–IV ФК среди всех больных, имеющих данное заболевание. К 2016 г. по сравнению с 1996 г. ожидается увеличение абсолютного количества больных, страдающих ХСН, более чем наполовину в возрасте от 65 до 75 лет и еще в большей степени у лиц старше 75 лет.

Старение населения и формирование ХСН тесно взаимосвязаны, поскольку с возрастом сердечно-сосудистая система претерпевает инволютивные изменения, предрасполагающие к развитию кардиальной дисфункции. Утолщение интимы, гипертрофия внутренней эластической мембраны, увеличение количества коллагена в сосудистой стенке сопровождаются прогрессирующей потерей эластичности крупных артерий, что приводит к увеличению систолического и пульсового **артериального давления** (АД), повышению постнагрузки и систолического сосудистого стресса. Снижение функциональных резервов миокарда у пожилых людей делает их более уязвимыми к развитию ХСН (как при наличии поражения миокарда, так и без него) в разных клинических ситуациях (анемия, инфекции, нарушения ритма, **артериальная гипер-**

Контактная информация: Ларина Вера Николаевна, larinav@mail.ru

тония (АГ), инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, сахарный диабет, почечная недостаточность). При обследовании пожилых больных выявляют патологические изменения в разных органах и системах, обусловленные многими причинами и изменениями возрастного характера.

Особенностью ХСН в пожилом возрасте является наличие нескольких этиологических факторов, приводящих к ее развитию. Главными причинами ХСН у лиц этой возрастной категории являются АГ, ишемическая болезнь сердца и их сочетание, а также сахарный диабет и ожирение в сочетании с кардиоваскулярной патологией.

Симптоматическая сердечная недостаточность в пожилом возрасте нередко протекает с сохраненной фракцией выброса, особенно у женщин с АГ, в том числе изолированной систолической, которая тесно ассоциируется с возникновением ХСН. Фремингемское исследование позволило определить предикторы возникновения ХСН с сохраненной фракцией выброса **левого желудочка (ЛЖ)**, которыми оказались: женский пол (**отношение шансов (ОШ)** 2,29; **95% доверительный интервал (ДИ)** 1,35–3,90), систолическое АД (**ОШ** 1,13 на каждые 10 мм рт. ст.; **95% ДИ** 1,04–1,22) и фибрилляция предсердий (**ОШ** 4,23; **95% ДИ** 2,38 –7,52).

В отличие от лиц более молодого возраста в пожилом возрасте ХСН не встречается в виде изолированного заболевания и всегда сопровождается другими заболеваниями и состояниями, которые необходимо принимать во внимание. Одновременное наличие многих заболеваний изменяет клиническую картину, затрудняя тем самым диагностику и выбор оптимального и безопасного лечения (табл. 2).

Помимо полиморбидности для пожилых больных характерна малосимптомная ХСН, практически не беспокоящая больных, с минимумом жалоб, поскольку сопутствующие заболевания часто скрывают или маскируют основные симптомы и признаки заболевания.

Таблица 1. Установленные и предполагаемые факторы риска развития ХСН

Большие клинические факторы риска

Возраст, мужской пол, артериальная гипертония, гипертрофия ЛЖ, инфаркт миокарда, клапанные пороки сердца, сахарный диабет

Малые клинические факторы риска

Курение, дислипидемия, хроническая болезнь почек, альбуминурия, синдром ночного апноэ, анемия, повышение частоты сердечных сокращений, малоподвижный образ жизни, питание, низкий социально-экономический статус, психологический стресс

Иммуноопосредованные

Перипартальная кардиомиопатия

Инфекции

Вирусные, паразитарные (болезнь Чагаса), бактериальные

Токсические воздействия

Химиотерапия (антрациклины, циклофосфамид, 5-фторурацил), противоопухолевая терапия (трастузумаб, ингибиторы тирозинкиназы), кокаин, нестероидные противовоспалительные препараты, тиазолидиндионы, доксазозин, алкоголь

Генетические предикторы

SNP, семейный анамнез, врожденные пороки сердца

Морфологические предикторы

Увеличение конечно-диастолического размера ЛЖ, увеличение массы миокарда ЛЖ, бессимптомная дисфункция ЛЖ, диастолическая дисфункция ЛЖ

Биомаркеры

Иммунной активации (фактор некроза опухоли, интерлейкин-6, С-реактивный белок, инсулиноподобный фактор роста), натрийуретические пептиды, высокочувствительный сердечный тропонин

Обозначения: ЛЖ – левый желудочек, SNP – однонуклеотидный полиморфизм.

Классическими симптомами сердечной недостаточности являются одышка, периферические отеки и усталость.

Одышка, как один из ранних симптомов заболевания, первоначально возникает только при физической нагрузке и проходит после ее прекращения. Нередко на начальных этапах заболевания при физической нагрузке выявить одышку нелегко, поскольку

Таблица 2. Полиморбидность – “избыточность патологии”; ≥ 4 заболевания у 80% пожилых больных с ХСН

Состояние	Последствия
Почечная дисфункция	Ухудшается при приеме диуретиков, ИАПФ
Анемия	Ухудшение клинических симптомов
Хронические заболевания легких	Диагностические ошибки
Ортостатическая гипотензия	Ухудшение при лечении ХСН, риск падений
Патология опорно-двигательного аппарата	НПВП ухудшают клинические симптомы, антагонизм с ИАПФ
Депрессия, социальная изоляция	Снижение приверженности к лечению, ухудшение прогноза
Недержание мочи	Усугубляется приемом диуретиков, ИАПФ (кашель)
Ослабление когнитивной функции, снижение слуха, нарушение зрения	Снижение приверженности к лечению

Обозначения: ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

ку некоторые пожилые больные, ведущие малоподвижный образ жизни, не замечают ее появления. В дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания, одышка появляется при легкой нагрузке, а затем и в покое. Причина появления данного симптома объясняется застоем крови в венозном русле малого круга кровообращения, приводящем к уменьшению газообмена в легких и раздражению дыхательного центра. Появление одышки в положении больного с низким изголовьем (ортопноэ) и уменьшение в положении сидя свидетельствует о значительно выраженном нарушении гемодинамики в малом круге кровообращения.

Наряду с одышкой нередко больных беспокоит непродуктивный кашель, появляющийся в горизонтальном положении, в основном в ночное время, или после физической нагрузки. Его возникновение объясняется застоем крови в легких, отеком слизистой оболочки бронхов и раздражением соответствующих кашлевых рецепторов.

К числу ранних жалоб относится ощущение сердцебиения, появляющееся при физической нагрузке, а затем и в покое. Сердцебиение, как результат синусовой тахикардии, возникает вследствие активации симпатoadреналовой системы.

Отеки на ногах, которые на ранних стадиях заболевания локализуются в области стоп, лодыжек и появляются во второй половине дня, также нередко беспокоят больных с ХСН. Причины возникновения отечного синдрома многообразны, но в первую очередь они обусловлены задержкой натрия и воды в организме, застоем крови в венозном русле большого круга кровообращения и повышением гидростатического давления в капиллярном русле. Периферические отеки обычно отсутствуют у правильно леченных пациентов даже при наличии у них тяжелой систолической дисфункции миокарда.

Нередко при сердечной недостаточности имеет место никтурия, возникающая относительно рано. Причиной никтурии является увеличение почечного кровотока, скорости клубочковой фильтрации и уровня натрийуретического пептида, что способствует повышенному мочеотделению.

Уменьшение кровотока в органах брюшной полости и повышение венозного давления приводят к снижению печеночного кровотока и поражению печени, в основе которого лежат морфологические и функциональные изменения. Механизмами, приводящими к гипоксии печени при ХСН, являются пассивный венозный застой,

ишемия (уменьшение сердечного выброса) и артериальная гипоксемия. К клиническим формам поражения печени при ХСН относятся застойная гепатопатия, ишемический гепатит, кардиальный фиброз и цирроз печени. В пожилом возрасте чаще встречается ишемический гепатит, риск развития которого связан с прогрессивным снижением систолической функции ЛЖ и нарастанием симптомов сердечной декомпенсации. Провоцирующими факторами развития данного состояния являются нарушения ритма, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии. Преходящее повышение аминотрансфераз (до 10–20 и более норм), коагулопатия и нарушение функции почек позволяют предположить диагноз.

Появление у пожилого больного одышки, утомляемости или периферических отеков может не только быть обусловлено дебютом ХСН, но и служить проявлением других заболеваний и патологических состояний, таких как хроническая обструктивная болезнь легких, ожирение, анемия, депрессия, когнитивные расстройства. У больных пожилого возраста с ХСН такие проявления заболевания, как ночные приступы удушья (приступообразный характер одышки, сопровождаемый кашлем, возбуждением, чувством страха) и ортопноэ, наблюдаются относительно редко. Необходимо помнить, что периферические отеки не всегда обусловлены сердечной недостаточностью. Повышение гидростатического давления – ведущий патогенетический механизм формирования отечного синдрома не только при ХСН, а также при заболеваниях, протекающих с первичной задержкой воды и натрия: эндокринные заболевания – сахарный диабет, гипофункция щитовидной железы; нефритический синдром; острая почечная недостаточность.

Ранними проявлениями ХСН могут быть утомляемость, мышечная слабость, тяжесть в ногах, часто проявляющиеся во время обычной повседневной физической нагрузки (умывания, уборки постели) и не

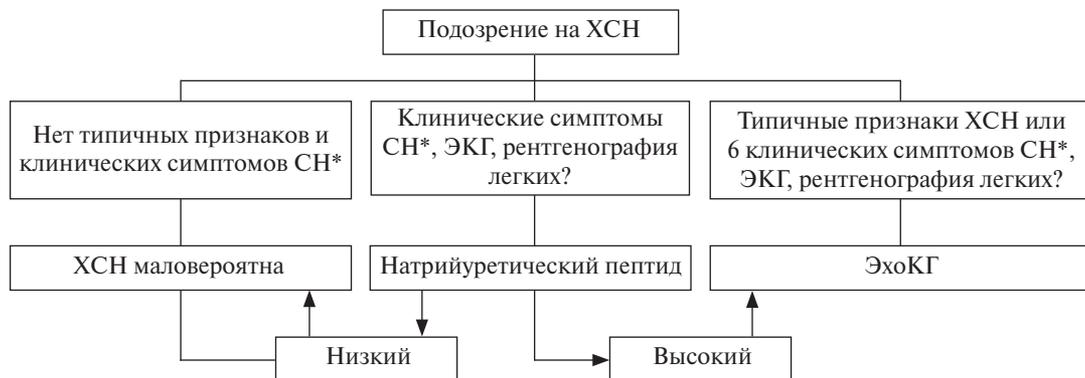
всегда коррелирующие со степенью выраженности одышки и отечного синдрома. Необходимо учитывать, что у больных этой возрастной группы ограничения в выполнении физических нагрузок обычно происходят более медленно, чем у больных других возрастных групп, поскольку они обычно сознательно изменяют образ жизни таким образом, чтобы уменьшить выраженность клинических проявлений сердечной декомпенсации. Кроме того, заболевания опорно-двигательного аппарата и снижение уровня тренированности, а также наличие у многих из них цереброваскулярной патологии не позволяют достигнуть больным того уровня физической активности, при котором появляется одышка.

Патология опорно-двигательного аппарата (артриты, артрозы), хроническая венозная и лимфатическая недостаточность нередко маскируют появление отеков сердечного происхождения.

Больные старшей возрастной группы, кроме указанных выше симптомов, могут жаловаться на головную боль, головокружение, синкопальные состояния, плохое настроение, раздражительность, нарушение сна.

Выявить симптомы при сборе анамнеза нередко бывает сложно из-за сопутствующих когнитивных расстройств, присутствующих у 38% больных пожилого возраста с ХСН. Больные с когнитивными расстройствами затрудняются представить данные анамнеза, неспособны к соблюдению режима и рекомендаций врача, могут не помнить симптомов или не обращать особого внимания на происходящие изменения в самочувствии до тех пор, пока их состояние существенно не ухудшится, вплоть до развития отека легких.

Хроническая сердечная недостаточность значительно ухудшает качество жизни больных, ограничивая их полноценное существование. На качество жизни больных, особенно в пожилом возрасте, влияют депрессия, тревожность, социальная изоляция. Клинически выраженная депрессия,



Алгоритм диагностики ХСН у пожилых больных. (По Oudejans I. et al., 2011.) * Мужской пол, старший возраст, потеря аппетита, отсутствие тяжелого дыхания, снижение индекса массы тела, ночное ортопноэ. СН – сердечная недостаточность.

которая часто не диагностируется, имеется у 20% пожилых больных с ХСН и в значительной мере снижает ФК ХСН, увеличивает число и продолжительность госпитализаций, негативно влияет на продолжительность жизни больных.

Диагностика ХСН в пожилом возрасте, так же как и в более молодом возрасте, основывается на данных оценки жалоб, анамнеза, клинических проявлений как при физической нагрузке, так и в покое, объективных и инструментальных исследований. При сборе анамнеза следует обратить внимание на наличие сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда, нарушений сердечного ритма, АГ, эпизоды аритмии. В семейном анамнезе необходимо выяснить наличие гипертрофической или дилатационной кардиомиопатии, случаев внезапной смерти, имплантации искусственного водителя ритма, а также заболеваний скелетных мышц, свидетельствующих о генетической обусловленности сердечной недостаточности. Некоторые сопутствующие заболевания легких, почек, печени, анемия могут иметь симптомы, сходные с симптомами сердечной недостаточности, что важно при диагностике и оценке ФК ХСН.

Интерес представляет работа I. Oudejans et al. (2011), целью которой было определе-

ние независимых показателей, свидетельствующих о наличии ХСН у больных пожилого возраста. Согласно результатам анализа ими оказались: мужской пол, старший возраст, потеря аппетита, отсутствие свистящего дыхания, низкий индекс массы тела, ночное ортопноэ. Алгоритм диагностики ХСН в пожилом возрасте, который также включает определение натрийуретического пептида, представлен на рисунке.

Помимо симптомов важно учитывать клинические признаки сердечной недостаточности, которые врач определяет самостоятельно, без применения специального оборудования. Так, дилатация ЛЖ проявляется признаками кардиомегалии (смещение верхушечного толчка; увеличение границ сердечной тупости; появление третьего тона); задержка жидкости в организме – застойными симптомами (отеки разной локализации, чаще на ногах, которые, как правило, симметричные; гепатомегалия; набухшие шейные вены; мелкопузырчатые хрипы); нейроэндокринная активация – повышенным тонусом симпатической нервной системы (тахикардия). При объективном осмотре больного (табл. 3) необходимо принимать во внимание тот факт, что характер и степень выраженности имеющихся у него клинических проявлений зависят от тяжести сердечной недостаточности.

Таблица 3. Объективный осмотр больного

Внешний вид при: небольшой продолжительности заболевания длительном течении	<ul style="list-style-type: none"> • Обычный • Периферический цианоз в области ногтей и кончика носа • Бледность кожных покровов • Желтушный оттенок кожи и слизистых оболочек • Холодные и потные ладони и атрофия мышц
тяжелом течении	<ul style="list-style-type: none"> • Учащенное дыхание в покое или при перемене положения тела
Общие признаки	<ul style="list-style-type: none"> • Смещение верхушечного толчка • Увеличение области сердечной тупости • Появление третьего тона при аускультации • Тахикардия • Низкое систолическое АД • Низкое пульсовое АД • Альтернирующий пульс (пульс с правильным ритмом, но с различным наполнением) • Неправильный пульс (указывает на нарушение ритма сердца)
Задержка жидкости	<ul style="list-style-type: none"> • Отеки лодыжек • Повышение давления в яремных венах (набухшие шейные вены) • Застой в легких (хрипы) • Застой в печени (увеличение размеров печени)

Опорными пунктами при постановке диагноза ХСН являются:

1) характерные симптомы сердечной недостаточности (одышка, утомляемость и ограничения физической активности, отеки) в покое или при нагрузке или жалобы больного;

2) данные физикального обследования (осмотр, пальпация, аускультация) или клинические признаки;

3) данные объективных (инструментальных) методов обследования.

Следует помнить, что ни один из классических симптомов ХСН — одышка, отеки лодыжек, усталость — в отдельности не может использоваться для постановки диагноза. Лечащий врач, принимая во внимание имеющиеся данные анамнеза, клинические симптомы и признаки заболевания,

может установить диагноз сердечной недостаточности.

Таким образом, больным старших возрастных групп свойственна полиморбидность, и сердечная недостаточность носит мультисистемный характер. Одышка, повышенная утомляемость и периферические отеки могут быть вызваны многими некардиогенными факторами и не всегда указывают на наличие у больного сердечной недостаточности. Врач всегда должен предполагать сердечно-сосудистые причины недомогания больного и проводить диагностический поиск поражения сердца и гиперволемии.

С рекомендуемой литературой вы можете ознакомиться на нашем сайте www.atmosphere-ph.ru

Chronic Heart Failure in Elderly Patients

V.N. Larina and B.Ya. Bart

The article deals with chronic heart failure in the elderly population. Prevalence, risk factors, features of clinical course, and diagnosis of heart failure in elderly patients are described.

Key words: chronic heart failure, elderly population, coronary artery disease, arterial hypertension, heart failure with preserved ejection fraction.