

ЛЕКЦИИ

© КАЛЯГИН А.Н. — 2008

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ (СООБЩЕНИЕ 15)

А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н. проф. Ю.А. Горяев; МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. В лекции обсуждаются вопросы, посвящённые современным аспектам ведения пожилых больных хронической сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, пожилые больные, гериатрия, диагностика, клиника, лечение, реабилитация.

Адрес для переписки: Калягин А.Н. — доц. каф. пропедевтики внутренних болезней, к.м.н. 664046, Иркутск, а/я 62.

Эпидемиология. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), как мировая неинфекционная пандемия прежде всего охватывает лиц пожилого (с 60 до 75 лет), старческого (с 75 до 90 лет) возраста и долгожителей (старше 90 лет). По данным широко известного Фремингемского исследования распространение ХСН в течение 3 декад жизни возрастает с 1% среди лиц 50–59 лет до 10% среди лиц 80–89 лет [26], по данным работ отечественных исследователей среди лиц старше 80 лет частота составляет 11,5% [15], а по прогнозам к 2010 году частота ХСН увеличится до 35% [14]. По данным ВОЗ, наибольшую распространённость ХСН наблюдают в пожилом и старческом возрасте. Так, если заболеваемость ХСН в 25–34 лет составляет 0,02, то в возрасте 75–84 лет — 13,0–14,0, старше 85 лет — 11,6 на 1000 населения. Средний возраст пациентов с ХСН — 74–76 лет [4,5,12,15].

Среди предрасполагающих к развитию ХСН факторов выделяют [4]:

Мало зависящие от возраста — это заболевания сердечно-сосудистой системы, которые могут возникать в любом возрасте и способствовать возникновению ХСН (инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, приобретённые пороки сердца, кардиомиопатии и т.д.);

Зависящие от возраста — это изменения, отражающие старение как ключевой этап оттогенеза (сенильный амилоидоз, кальциноз, жировая дистрофия, ослабление межклеточных взаимодействий, ускорение апоптоза, генетически детерминированные изменения структурных белков кардиомиоцитов, внутриклеточного обмена кальция, пролиферации экстрацеллюлярного матрикса с развитием интерстициального фиброза и т.д.);

Случайные факторы — несчастные случаи, вызывающие острую сердечную недостаточность или быстрое прогрессирование хронической (травмы сердца и т.д.).

Особенность ХСН у пожилых заключается в ассоциациях с другими болезнями, связанными со старением, например паркинсонизмом, болезнью Альцгеймера. Важное значение в настоящее время придаётся анемии, в частности — железодефицитной, при которой недостаточное обеспечение миокарда кислородом, а также дефицит железа как элемента, входящего в состав миоглобина и цитох-

ромов, усугубляет нарушение функции сердца и приводит к быстрому прогрессированию заболевания, формированию резистентности к проводимой терапии [36].

Этиология ХСН у пожилых. Среди причин ХСН у пожилых наиболее часто встречается ИБС, которая обнаруживается у 60–80% пациентов старше 60 лет. ИБС часто сочетается с артериальной гипертензией (до 70% случаев), но эссенциальная артериальная гипертензия является причиной ХСН только в 4–8%. В 15–20% случаев ХСН развивается вследствие пороков сердца — ревматических и дегенеративных, соотношение которых составляет в возрасте 60–74 лет 2,5:1, в 75 лет и старше — 1,2:1. Дилатационная кардиомиопатия у пожилых вызывает ХСН в 1,5% случаев. У 10–20% больных старше 75 лет ХСН рассматривают как идиопатическую или с неустановленной причиной, несмотря на детальное обследование, в том числе с применением эхокардиографии и коронарографии. Считается, что большая доля этих случаев приходится на сенильный амилоидоз сердца, который трудно диагностировать прижизненно [3].

Клиника и диагностика. По данным Национального руководства по кардиологии (2007), информативность клинических признаков ХСН в старших возрастных группах низкая из-за высокой распространённости сочетанной патологии. Так, у пожилого больного одышка и отёки чаще, чем в среднем возрасте, являются проявлением сочетания хронической обструктивной болезни лёгких и лимфопенозной недостаточности нижних конечностей. Нарушение систолической функции левого желудочка выявляют только у 41% пациентов, направленных на исследование в связи с подозрением на ХСН.

При использовании теста 6-минутной ходьбы у больных старшего возраста в 2 раза чаще выявляется неадекватный ответ на физическую нагрузку, что, вероятнее всего, тесно связано со снижением компенсаторно-приспособительных возможностей. Неадекватный ответ выражается в появлении выраженной усталости (92%), подъёме АД (38,5%), одышке (34,6%), головокружении (26,9%) [12]. В связи с этим, целесообразно шире использовать шкалу В.Ю. Мареева для оценки функционального класса и симптомов ХСН.

У больных с ревматическими пороками сердца в пожилом возрасте преимущественно выявляется комбинированный митрально аортальный порок с преобладанием стеноза [24]. По нашим собственным данным, полученным при исследовании больных пожилого и старческого возраста с ревматическими пороками сердца, ХСН у пожилых протекает более тяжело. У всех больных наблюдается быстрая утомляемость, большая доля больных использует положение ортопноэ для облегчения состояния. На фоне ХСН отмечается снижение показателя питания, что является маркёром синдрома сердечной кахексии, определяющего неблагоприятный прогноз [8].

Для диагностики ХСН у пожилых широко должна использоваться доплер-эхокардиография, которая позволяет пересмотреть диагноз ХСН у 28% пациентов, а у 41% пациентов она влияет на план лечения. Отказ от проведения эхокардиографии в этой группе больных означает выявление ХСН на стадии застойных проявлений и, следовательно, низкую эффективность лечебных мероприятий при больших затратах на частые госпитализации в связи с прогрессированием заболевания. Считается, что у пожилых больных, не обследованных эхокардиографически, хуже показатели выживаемости.

На фоне развития митральной регургитации вследствие кальциноза митрального кольца и/или дисфункции папиллярных мышц и других состояний на фоне сниженной систолическая функция левого желудочка по данным эхокардиографии может выявляться нормальная фракция выброса левого желудочка. Этот феномен называют псевдонормализацией систолической функции. У 30–50% пожилых больных с клиническими признаками застойной ХСН систолическая функция не изменена, а у 10–15% пожилых значения фракции выброса превышают 70%. Доля больных с нормальной фракцией выброса левого желудочка значительна при всех функциональных классах заболевания. В возрасте старше 75 лет более часто выявляют как низкие, так и высокие величины, этот феномен получил название «поляризации» фракции выброса [3]. При систолической ХСН у пожилых выше вероятности возникновения тяжёлых гнойно-воспалительных заболеваний нижних конечностей, быстрой декомпенсации состояния [21].

Характерной особенностью ХСН в пожилом и старческом возрасте является преобладание диастолической дисфункции (до 60% случаев). Нарушение релаксации миокарда в диастолу у пожилых возникает в результате ухудшения растяжимости и податливости, большей жесткости миокарда вследствие изменения соотношения тканей, увеличения содержания коллагена, пониженной рецепторной функции, эндотелиальной дисфункции и других возрастзависимых изменений. Это приводит к снижению скорости раннего наполнения (V_e) левого желудочка, удлинению времени изоволюметрического наполнения левого желудочка (IVRT), определяемых при исследовании трансмитрального потока, а также снижению скорости реверсивной волны во время систолы предсердий, систолодиастолического соотношения при исследовании кровотока в лёгочных венах. Диастолическую дисфункцию у пожилого больного с кардиологическим заболеванием сле-

дует диагностировать при одновременном выявлении изменений показателей диастолического наполнения левого желудочка в сочетании со снижением толерантности к физической нагрузке. Диастолическую недостаточность — при определении этого комплекса, дилатации левого предсердия, а также клинических признаков ХСН.

Лечение ХСН у геронтологических больных.

Лечение ХСН у пожилых больных, аналогично другим возрастным группам нужно начинать с немедикаментозных мероприятий, хотя необходимо однозначно признать, что эффективность их существенно меньше. Стоит признать справедливым правило, что немедикаментозная терапия наиболее эффективна у молодых и наименее эффективна — у пожилых.

На ранних стадиях ХСН обычно не следует рекомендовать постельный режим или госпитализацию, а при тяжёлой — обязателен постельный режим. Продолжительность постельного режима зависит от быстроты восстановления функции миокарда, а также от рецидивов декомпенсации. У геронтов необходимо внимательно вести период перехода от ограниченной физической активности к обычной повседневной деятельности, требуется медленное нарастание физической нагрузки. В целом распорядок дня больных с различными функциональными классами ХСН можно представить следующим образом (табл. 1). Целесообразно обучить пациентов противостоять стрессам, избегать конфликтных ситуаций, изменить к ним отношение [20].

Регулярная физическая реабилитация имеет важное значение в ведении больных с ХСН. Она способствует улучшению утилизации кислорода периферическими тканями, предотвращает развитие мышечной атрофии, увеличивает физическую работоспособность. Наиболее адекватными являются ходьба, плавание, бег трусцой и велотренинг. Нагрузка должна подбираться индивидуально, например, с учётом функционального класса и теста 6-минутной ходьбы [20,12] (табл. 1). При IV функциональном классе назначаются регулярные дыхательные упражнения с затруднённым вдохом или затруднённым выдохом (4 цикла за 1 мин), которые приводят к росту толерантности к физической нагрузке. При III функциональном классе рекомендуется дозированная ходьба. В первые 5 недель ходят со скоростью 1 км за 13 мин (общее расстояние 10 км за неделю), с 6 по 16 неделю ходят со скоростью 1 км за 11 мин (расстояние, пройденное за неделю увеличивается с 10 до 21 км). При I-II функциональных классах допустимо сочетание нескольких видов нагрузки, например, ходьба и плавание, велотренинг и бег трусцой. Степень нагрузки контролируется по пульсу, он должен составлять от $\frac{2}{3}$ до $\frac{3}{4}$ от 180 минус возраст больного. Например, для больного 75 лет — от 70 до 79/мин [20]. По данным Е.А. Денисовой и соавт. (2007), регулярные велотренировки у больных с ХСН низкого (I-II) функционального класса приводили к уменьшению функционального класса ХСН и существенному улучшению микроциркуляции (уменьшились периферический отёк, геморагии, сладж-феномен, кровоток в анализируемых сосудах) у больных [7].

Для пожилых больных показана кислородотерапия. При I-II функциональном классе она пред-

ставляет собой большее пребывание на свежем воздухе, а при III-IV функциональном классе используется гипербарическая оксигенация или ингаляции через маску или катетер [20].

В диете больных ХСН пожилого и старческого возраста, прежде всего, необходимо добиться ограничения поваренной соли (табл. 1), ограничение жидкости не требуется. Стоит стремиться к полному отказу от приёма алкоголя при алкогольной кардиомиопатии, в остальных случаях рекомендуется регулярный приём до 20 мл в пересчёте на этанол красного вина. При тяжёлой ХСН периодически устраиваются разгрузочные дни: бессолевые, диета Карреля, яблочный, молочный, компотно-рисовый, ягодный, творожный и т.д. При развитии явления сердечной кахексии и при отсутствии креатининемии показано увеличение доли легкоусваиваемых белков и карнитина, например, за счёт пероральных (Берламин модуляр, Нутризон, Унипит и т.д.) и парентеральных питательных смесей (альбумин, аминсол, гепасол и др.) [9,11,20].

Целесообразно с первых дней ведения больного с ХСН добиваться отказа от курения. Бросать курить нужно сразу, одномоментно. Попытки медленно оказаться от употребления сигарет обречены на провал [14].

В лекарственной терапии гериатрических больных с ХСН имеются следующие важные проблемы [14]:

Учёт сочетанной патологии при выборе лечебной тактики, в то время как в многоцентровые контролируемые исследования обычно проводятся с исключением больных с полиморбидным фоном;

Изменения параметров фармакокинетики и фармакодинамики медикаментов у лиц старших возрастных групп;

Коррекция доз медикаментов с учётом возрастного нарушения функций различных органов и систем;

Частое развитие негативных эффектов при медикаментозном лечении;

Снижение приверженности пациента к лечению из-за мнестико-интеллектуальных нарушений.

Принципиально важно направить воздействие на этиологический фактор ХСН. В исследовании GESICA (1994) продемонстрировано, что воздействию на ключевые этиологические факторы ХСН (постановка искусственного водителя ритма при брадиаритмиях, реваскуляризация миокарда при ИБС, перикардэктомия при констриктивном перикардите, коррекция пороков сердца, трансплантация сердца в терминальной стадии дилатационной кардиомиопатии) способствуют уменьшению летальности, позволяют улучшить функциональный класс больных. В исследованиях CHF STAT (1996) показано улучшение прогноза ХСН при лечении желудочковых нарушений ритма, которые определяли декомпенсацию [14].

Возможности лекарственной терапии ХСН применительно к старшим возрастным группам специально изучались в многоцентровых исследованиях, таких как ELITE, ELITE II, CHF STAT, GESICA и др., а также в ряде крупных исследований, в которых наряду с лицами среднего возраста включались больные старше 60-65 лет и проводился анализ по возрастным подгруппам (CONSENSUS, RALES, COPERNICUS, CIBIS и т.д.) (табл. 2). Установлено, что лечение пожилых больных ХСН проводят согласно общим принципам оказания медицинской помощи при данном состоянии, используя ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), диуретики, сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы (БАБ), антагонисты альдостерона.

Начинать фармакотерапию надо с половинных доз, медленно их титровать, внимательно мониторировать побочные эффекты [14]. С учётом особенностей структуры и функции сердечно-сосудистой системы, наибольшее значение имеют те лекар-

ственные средства, которые наряду со снижением объёмной, гемодинамической и нейрогуморальной нагрузки на сердце, подавляют апоптоз и уменьшают фиброз миокарда, гиперкатехоламинемии. Это, прежде всего, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), спиронолактон и бета-адреноблокаторы [4].

ИАПФ. По отношению к ИАПФ общее правило о применении у больных старшего возраста половинных доз лекарственных средств не действует. При выборе средств этой группы у пожилых предпочтительно назначение препаратов с одноразовым приёмом, удобным режимом титрования дозы, что позволяет достичь приверженности к терапии. В процессе титрования дозы ИАПФ решение об увеличении дозы на каждом этапе принимается

Распорядок дня, физическая активность и диета больного с ХСН пожилого и старческого возраста [20]

Вид активности	Функциональный класс		
	I-II	III	IV
Оценка по тесту 6-минутной ходьбы, м	300-500	150-300	100-150
Дневная полноценная активность, ч	10-12	6-8	1-2
Дневная сниженная активность, ч	3-4	6-8	менее 8
Дневной сон, ч	—	1-2	менее 2
Ночной сон, ч	7-8	8	менее 8
Обязательная продолжительность динамической физической нагрузки, мин	45	30	10-15
Виды физических нагрузок	Возможны комбинированные нагрузки	Ходьба	Дыхательные упражнения, упражнения сидя
Употребление соли	Не употреблять солёной пищи + не досаливать пищу (до 1,5-3,0 г NaCl в день)	Продукты с низким содержанием соли и приготовление пищи без соли (до 1,0 г NaCl в день)	Строгая бессолевая диета (до 0,5-1,0 г NaCl в день)

Таблица 1

Таблица 2

Важнейшие многоцентровые исследования, в которых изучалась эффективность медикаментозной терапии у больных ХСН пожилого и старческого возраста [4]

Наименование исследования	Средний возраст, лет	Доля больных после 70 лет, %	Лекарственное средство, доза, режим приёма
ELITE Evaluation of Losartan In The Elderly	73	70	Лозартан, целевая доза — 50 мг/сут. однократно или каптоприл, целевая доза — до 150 мг/сут. в 3 приёма
ELITE II Evaluation of Losartan In The Elderly II	71	— (85% старше 65 лет)	Лозартан, целевая доза — 50 мг/сут. однократно или каптоприл, целевая доза — до 150 мг/сут. в 3 приёма
PEP-CHF Perindopril for Elderly Patients with Chronic Heart Failure	Включены больные более 70 лет	-	Периндоприл, целевая доза — 4 мг/сут. однократно или плацебо
ATLAS Assessment of Treatment with Lisinopril And Survival	63,6	31	Лизиноприл, целевая доза — 30,4 мг/сут. однократно или плацебо
MERIT-HF Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Heart Failure	63,7	32	Метопролол CR/XL, целевая доза — 200 мг/сут. однократно или плацебо
COPERNICUS Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival trial			Карведилол, целевая доза — 50 мг/сут. или плацебо
CIBIS II Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II			Бисопролол, целевая доза — 10 мг/сут. или плацебо
DIG Digitalis Investigations Group Trial	63	27	Дигоксин или плацебо
CONSENSUS I Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study	71	50	Эналаприл, целевая доза — 20 мг/сут. в 2 приёма или плацебо
SOLVD Studies Of Left Ventricular Dysfunction	61	15	Эналаприл, доза 10-20 мг/сут. в 2 приёма или плацебо
NETWORK	70	-	Эналаприл, доза 5, 10, 20 мг в 2 приёма или плацебо
RALES Randomized Aldactone Evaluation Study	61	-	Спиронолактон, доза 12,5, 25, 50 или 75 мг/сут. или плацебо
STAT-CHF Survival Trial of Antiarrhythmic Therapy in Congestive Heart Failure	66	-	Амиодарон, доза 800 мг/сут. однократно 14 дней, далее 400 и 300 мг/сут. однократно или плацебо
PRIME II Second Prospective Randomized study of Ibopamineon Mortality and Effecacy	78,5	-	Ибопрамин, средняя доза 315 мг/сут. или плацебо
ValHeFT	62	-	Валсартан 320 мг/сут в 2 приёма или плацебо

врачом после внимательного обследования пациента, включающего наряду с осмотром оценку побочных реакций: кашля, гипотонии (систолическое АД < 90 мм рт.ст.), увеличения концентрации мочевины (>12 ммоль/л), креатинина (>200 мкмоль/л), калия (>5,5 ммоль/л). При появлении и прогрессировании побочных явлений препарат отменяют. У каждого больного ХСН старше 60–65 лет нельзя не рассматривать возможность возникновения при приёме первой дозы ИАПФ тяжёлых последствий гипотонии, а именно транзиторной ишемической атаки и инсульта. Гипотония, в том числе и ортостатическая, возникает в среднем у 4–5% пожилых пациентов с ХСН. Её возникновению способствуют возрастные изменения регуляции сосудистого тонуса и особенности распределения жидкости (снижение объёма жидкости в сосудистом русле) в старческом организме. Это бывает основной причиной отмены ИАПФ и перехода на антагонисты АТ1-рецепторов (АРА). В пожилом и старческом возрасте изучена возможность использования лозартана, валсартана, кандесартана.

Диуретики. Несмотря на известное влияние и самой ХСН, и возраста на фармакокинетику и фармакодинамику диуретиков, специальных данных о необходимости снижения начальных доз этих препаратов у больных старше 60 лет нет. Однако

нельзя не отметить большую индивидуальную вариабельность клинического ответа на приём диуретика в старшем возрасте [4]. Имеются данные о необходимости ограничения изолированного использования тиазидных диуретиков, в связи с уменьшением гломерулярной фильтрации [14]. Имеются данные о рациональности более широкого применения антагонистов альдостерона для профилактики развития фиброза миокарда.

Бета-адреноблокаторы (БАБ). Назначают только при стабильном состоянии больного в течение 5–7 дней (нет нарастания симптомов ХСН и принимаемая постоянная доза ингибитора АПФ не вызывает снижения систолического АД ниже 85–90 мм рт.ст.). Необходимости снижения доз БАБ при отсутствии каких-либо специальных показаний при лечении ХСН у пожилых, по сравнению с рекомендованными для лиц среднего возраста, не установлено. Так, в сравнительном исследовании применения карведилола у больных разных возрастных групп, выявлена хорошая переносимость средних и больших доз препарата у пациентов старше 70 лет: целевая доза 50 мг/сут. у них была достигнута в 55,1% против 39,6% у более молодых; при этом статистически значимых различий в частоте отмены препарата при разных дозовых режимах не было.

Сердечные гликозиды. Используются для лечения ХСН при нарушении систолической функции ЛЖ, фибрилляции и трепетании предсердий с целью контроля ритма сердца независимо от стадии/функционального класса ХСН. Дозы и режим применения сердечных гликозидов при ХСН определяются состоянием больного. По данным исследования DIG, длительное применение дигоксина не влияет на срок жизни больных, но снижает частоту госпитализации [14]. При стабильном состоянии используют преимущественно дигоксин, доза которого составляет 0,125-0,250 мг/сут. Целесообразно не превышать дозу 0,125 мг/сут. у больных старше 70 лет, при почечной недостаточности назначают. При превышении суточной дозы дигоксина 0,5 мг (установлено, что это обычно соответствует концентрации в плазме до 1,2 нг/мл) увеличивает риск развития аритмий и внезапной смерти больных. По данным исследования RADIANCE, при достижении стабильного клинического состояния отмена гликозидов нецелесообразна, т.к. это приводит к утяжелению функционального класса ХСН, к снижению фракции выброса левого желудочка, повышению частоты сердечных сокращений и снижению показателей качества жизни [14]. У больных с постинфарктным кардиосклерозом и синусовым ритмом дигоксин и другие сердечные гликозиды назначают осторожно. Комбинация дигоксина с препаратами, которые могут повышать его уровень в сыворотке, требует особого внимания, и у лиц старше 70 лет применяется по строгим показаниям. Если назначение такой комбинации обязательно нужно, то дозу дигоксина уменьшают: при применении амиодарона, верапамила, пропранолола, хинидина, индометацина — на половину, эритромицина, тетрациклина — на две трети [5].

Рекомендации по подбору дозы лекарств представлены в таблице 3. Лабораторные показатели, мониторируемые при ХСН у пожилых, приведены в таблице 4.

Таблица 3

Рекомендации по выбору дозы лекарственных средств при ХСН у больных пожилого и старческого возраста [4]

Группа лекарств	Рекомендации по выбору дозы
ИАПФ	Достижение целевой дозы, определённой в принятых стандартах.
Сердечные гликозиды	Минимальные дозы.
Диуретики	Тиазиды, фуросемид — специальные рекомендации отсутствуют.
Спиринолактон	Снижение дозы вдвое.
Бета-адреноблокаторы	Бисопролол, метопролол — данных об особенностях подбора дозы нет. Карведилол — единичные сообщения о лучших результатах при приёме больших доз.
Антагонисты рецепторов ангиотензина-II	Валсартан, ирбесартан — у больных старше 75 лет — снижение дозы вдвое. Лозартан — особенностей подбора дозы нет.
Периферические вазодилататоры	Снижение дозы вдвое.
Статины	Минимальные рекомендуемые дозы.

Таблица 4

Показатели, рекомендуемые для мониторинга у пациентов пожилого и старческого возраста [4,5]

Показатель	Лекарственные средства
Hb	Может снижаться при приёме ингибиторов АПФ
Креатинин	Может повышаться при приёме ингибиторов АПФ, дегидратации
Глюкоза	Может повышаться при приёме тиазидных диуретиков
Натрий	Может снижаться при приёме диуретиков, ингибиторов АПФ (синдром SIADH)
Калий	Повышается при приёме ингибиторов АПФ, калийсберегающих диуретиков, антагонистов рецепторов AT II. Снижается при применении больших доз салуретиков
Креатинкиназа	Может повышаться при приёме антагонистов рецепторов AT II

Применение лекарственных средств, нацеленных на лечение ХСН у пожилых, имеет и дополнительные преимущества. Так, показано, что ИАПФ увеличивают толерантность к физической нагрузке не только благодаря устранению симптомов ХСН, но и вследствие экспрессии генов, ответственных за качественные характеристики миоцинов цепей кардиомиоцитов. Кроме того, выявлена связь пневмонии, вызванной вирусом гриппа, у пожилых с I/D генотипом гена ангиотензин-превращающего фермента, который оценивают как независимый фактор риска её развития. В связи с этим применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента приводит к снижению заболеваемости пневмонией в этой группе больных. Необходимо отметить, что для больных ревматическими пороками сердца комбинированная терапия с участием ИАПФ и БАБ способствует хорошему контролю симптомов ХСН [24].

Прогноз при ХСН у пожилых. Прогноз результатов терапии ХСН в пожилом и старческом возрасте основывается на данных о выживаемости больных старше 60 лет при разных типах нарушения функции левого желудочка. Как и в средней возрастной группе, для больных ХСН старшего возраста характерна низкая выживаемость при нарушении систолической функции (фракции выброса < 45%) и значимо более высокая — при изолированной диастолической дисфункции. Средние показатели 3- и 5-летней выживаемости при фракции выброса < 45% составляют 50,9 и 42,9%, при сохранённой систолической функции — 86,8 и 78,9%. Однако у больных старше 70 лет прогноз слабо коррелирован с показателями систолической функции сердца и, по-видимому, определяется другими факторами. Среди больных этого возраста отсутствует связь между показателями фракции выброса левого желудочка и частотой повторных госпитализаций.

Прогностическую роль в отношении смертности больных, независимо от показателей эхокардиографии играет определение уровня лабораторных показателей: мозгового натрийуретического пептида (BNP) и тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 (TIMP-1). Вероятность ХСН составляет 90% при повышении уровня BNP > 100 пг/мл, 95% — > 500 пг/мл [4]. По данным Н.И. Соломахиной и соавт. (2007),

уровень ТИМР-1 в сыворотке крови выше 865 мг/мл может рассматриваться как предиктор ранней сердечно-сосудистой смертности [21].

Имеются данные, что наличие тяжёлой сочетанной патологии (ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, сахарный диабет, артериальная гипертония, ожирение, анемия) с фракцией выброса левого желудочка <40% имеет высокий риск тяжёлых осложнений (застойных пневмоний, тромбоэмболий

ветвей лёгочной артерии, гнойно-воспалительных заболеваний нижних конечностей) и неблагоприятный прогноз больных ХСН (летальность за 6 месяцев наблюдения 71,42%) [21].

Таким образом, хроническая сердечная недостаточность у пожилых больных имеет своеобразную клиническую картину, особенности диагностики, терапии и серьёзный прогноз частоты госпитализаций и смертности.

CHRONIC HEART FAILURE: MODERN UNDERSTANDING OF THE PROBLEM. THE TREATMENT OF OLDERLY PATIENTS (THE MESSAGE 15)

A.N. Kalyagin
(Irkutsk State Medical University)

The problem of the modern aspects of the treatment of elderly patients with chronic heart failure are discussed in the article.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность: Избранные лекции по кардиологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 432 с.
2. Бурлова Е.С., Провоторов В.М. Геронтологические аспекты прогнозирования клинического течения хронической сердечной недостаточности. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2007». — М., 2007. — С. 51.
3. Гладких А.С., Савина Н.М., Байдина О.И. и др. Повторные госпитализации больных старческого возраста, страдающих хронической сердечной недостаточностью. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2007». — М., 2007. — С. 26.
4. Горохова С.Г. Основы лекарственной терапии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста: Учебное пособие. — М., 2003. — 44 с.
5. Горохова С.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в старших возрастных группах. // Кардиология: Национальное руководство. / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — Электронное приложение.
6. Горяев Ю.А., Калягин А.Н. Роль анемии в ухудшении прогноза и декомпенсации хронической сердечной недостаточности у больных ревматическими пороками сердца. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2006. — №9. — С. 63-65.
7. Денисова Е.А., Ефремушкин Г.Г., Петренко Т.А., Молчанов А.В. Влияние велотренировок по методике свободного выбора нагрузки на состояние микроциркуляции у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2007». — М., 2007. — С. 53.
8. Калягин А.Н. Хроническая сердечная недостаточность: современное состояние проблемы. Определение и эпидемиология (сообщение 1). // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2006. — Т.61. №3. — С. 93-98.
9. Калягин А.Н., Вольшедворская О.А., Зимица И.А. и др. Значение синдрома кахексии в ревматологии (по результатам первого этапа Многоцентрового Всероссийского исследования недостаточности питания в общетерапевтической практике). // Современные проблемы ревматологии. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции. / Под ред. Ю.А. Горяева, Л.В. Меньшиковой, А.Н. Калягина. — Иркутск: РИО ГИУВа, 2005. — С. 27-32.
10. Калягин А.Н., Горяев Ю.А. Хроническая сердечная недостаточность у больных пожилого возраста на фоне ревматических пороков сердца. // Медицинские и социальные проблемы геронтологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, 20-21 июня 2006 г. — Иркутск, 2006. — С. 51-52.
11. Калягин А.Н., Зимица И.А., Горбачёва М.В. и др. Подходы к терапии синдрома сердечной кахексии при ревматических пороках сердца. // Актуальные вопросы интенсивной терапии, анестезии и реанимации. / Под ред. Г.В. Гвака. — Иркутск, 2003. — С. 71.
12. Корнева В.А., Петровский В.И. Реакция сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку у пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2007». — М., 2007. — С. 59-60.
13. Лазебник Л.Б., Посникова С.Л. Некоторые особенности течения и терапии хронической сердечной недостаточности. // Журнал сердечная недостаточность. — 2000. — №3. — С. 1-9.
14. Малая Л.Т., Горб Ю.Г. Хроническая сердечная недостаточность. — М.: Эксмо, 2004. — 960 с.
15. Малинова Л.И., Денисова Т.П., Морозов А.И., Прохоров С.А. Старение и хроническая сердечная недостаточность: результаты обследования долгожителей. // VI ежегодная конференция Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2005». — М., 2005. — С. 15-16.
16. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Российские национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). // Журнал сердечная недостаточность. — 2007. — Т.8. №1. — С. 1-36.
17. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. — М.: МИА, 2005. — 1528 с.
18. Обрезан А.Г., Володина И.В. Хроническая сердечная недостаточность. — СПб.: Вита Нова, 2002. — 320 с.
19. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Батыралиев Т.А. Медикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности. — М.: Альянс-ПРЕСИД, 2004. — 320 с.
20. Сестринское дело в гериатрии: Практическое руководство для медицинских сестёр. / Под ред. Т.В. Рябчиковой. — М.: ФГОУ ВУНМИЦ Росздрава, 2006. — С. 212-229.
21. Соломахина Н.И., Бугрова Е.М., Щекочихин Д.Ю. Особенности клинической картины у больных систолической и диастолической ХСН в пожилом и старческом возрасте. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2007». — М., 2007. — С. 28.
22. Соломахина Н.И., Тиранова З.В., Щекочихин Д.Ю. Особенности клинической картины и прогноз больных ХСН в пожилом и старческом возрасте при отсутствии дилатации левого желудочка и сниженной фракцией выброса. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2007». — М., 2007. — С. 64.
23. Соломахина Н.И., Щекочихин Д.Ю., Павлушина С.В. Прогностическое значение тканевого ингибитора металлопротеиназы-I в сердечно-сосудистой смертности у больных ХСН пожилого и старческого возраста. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность 2007». — М., 2007. — С. 64.
24. Шумакова В.А., Мясоедова С.Е. Ревматические пороки сердца как причина хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста. // I Общероссийский съезд и V ежегодная конференция «Сердечная недостаточность 2004». — М., 2004. — С. 38.
25. ESC. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text (update 2005) // Eur. Heart J. — 2005. — 45 p.
26. Ho K.K., Pinsky J.L., Kannel W.B., et al. The epidemiology of heart failure. The Framingham Study. // J. Am. Coll. Cardiol. — 1993. — Vol.22. Suppl. A. — P.6-13.