

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ

Гуревич М.А.

Кафедра терапии ФУВ, кардиопульмонологическое отделение МОНИКИ

Проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из самых актуальных в клинической кардиологии. В экономически развитых странах ХСН составляет 2,1 %, при этом более 90 % женщин и около 75 % мужчин с ХСН – это пациенты старше 70 лет.

В России к пожилым относятся лица в возрасте от 60 до 75 лет, в возрасте от 75 до 90 лет – лица в старческом возрасте и свыше 90 лет – долгожители. В США и европейских странах к пожилым относятся лица в возрасте 75 – 90 лет (“молодые пожилые”), в возрасте свыше 90 лет – “старые пожилые”, долгожители.

Увеличение частоты ХСН с возрастом обусловлено рядом существенных факторов – несомненным ростом в современном мире ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) – этих основных “поставщиков” ХСН, особенно при их нередком сочетании; определенными успехами в лечении острых и хронических форм ИБС, АГ, что способствовало хронизации этих заболеваний, увеличению продолжительности жизни подобных пациентов с развитием декомпенсации кровообращения. Кроме того, увеличение частоты ХСН с возрастом обусловлено формированием “старческого сердца” с накоплением амилоида и липофуцина в кардиомиоцитах, склерозом и атрофией миокарда, нарастанием процессов атеросклероза не только магистральных артерий, но и артериосклероза, гиалиноза мелких и мельчайших артерий, артериол.

Изменения в сердечно-сосудистой системе в процессе старения заключаются в уменьшении способности миокарда к диастолическому расслаблению при физической нагрузке и в покое (диастолическая дисфункция миокарда) при нередко сохраненной систолической функции, росте общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), снижении функции рецепторного аппарата, уменьшении частоты сердечных сокращений (ЧСС), увеличении уровня норадреналина плазмы крови, уровня креатинина сыворотки крови (скрытая почечная недостаточность).

При анализе развития ХСН у пожилых следует учитывать наличие препятствия к изгнанию крови вследствие АГ и особенно ее изолированной систолической формы (ИСАГ), увеличение ОПСС, возможность атеросклеротического аортального стеноза и митральной недостаточности, легочной гипертензии.

В гемодинамическом плане ХСН у пожилых характеризуется увеличением конечного диастолического объема и давления (КДО и КДД) с последующим присоединением систолической дисфункции с ростом КСО и КСД.

Поражение миокарда у пожилых отмечается при всех

формах ИБС, которые возникают на фоне уже имеющихся органических и функциональных изменений сердца и сосудов возрастного плана. Причинами обострений ХСН у пожилых могут быть преходящая болевая и безболевая ишемия миокарда, атипичный инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма (пароксизмальная и тахикардическая формы мерцания предсердий, желудочковые аритмии высоких градаций по Лауну, синдром слабости синусового узла – СССУ и др.).

Имеют значение также многочисленные негативные экстракардиальные воздействия – тромбоз легочной артерии, острые инфекции, почечная недостаточность, дыхательная недостаточность, некорректируемая АГ и др.

Необходимо также учитывать несоблюдение больными режима и схемы лечения, злоупотребление алкоголем, физические и эмоциональные перегрузки, бесконтрольный прием препаратов (антиаритмики, β-адреноблокаторы – БАБ, антагонисты кальция – АК, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства – НПВС, диуретики, вазодилататоры, гипотензивные средства и др.).

Сложность диагностики и лечения ХСН у пожилых обусловлена наличием полиорганной недостаточности, более частыми осложнениями, включая нарушения сердечного ритма, полиморбидностью, в том числе сочетанием с сахарным диабетом II типа, дисциркуляторной энцефалопатией, бронхообструктивными заболеваниями.

Хотя среди ведущих этиологических факторов ХСН у пожилых отчетливо преобладают ИБС, АГ и их сочетание, и в данной возрастной группе следует учитывать возможность более редких форм заболеваний – кардиомиопатий, системных заболеваний соединительной ткани, врожденных пороков сердца и др.

При ХСН у пожилых нередко нет манифестных симптомов СН. Ее проявлениями могут быть ощущение нехватки воздуха, одышка при физической нагрузке и без нее, покашливание, тахикардия, нарушения ритма сердца. Нередки расстройства церебрального кровообращения – повышенная (“беспричинная”) утомляемость, снижение физической и умственной работоспособности, головокружения, шум в ушах, нарушение сна, возбуждение, сменяющееся длительной депрессией.

Периферические отеки у лиц пожилого возраста – не обязательно следствие ХСН. Они могут быть связаны с повышенной гидрофильностью тканей, снижением коллоидно-осмотического давления крови, замедлением кровотока, уменьшением фильтрационной способности почек, варикозным расширением вен, адинамией, хроническими

болезнями почек, печени и др.

Следует особо отметить так называемую хроническую левожелудочковую недостаточность с явлениями начинающегося отека легких. Эти состояния рецидивирующей кардиальной астмы могут самостоятельно прекращаться, а иногда требуют ургентной помощи.

ХИБС у пожилых СН может не сопровождаться болевым симптомом в сердце, эпизоды ишемии могут проявляться не болью, а одышкой, нарастанием аритмий, возможно доминирование неврологической симптоматики, обострения сопутствующих заболеваний.

Представленные особенности ХСН у пожилых вызывают несомненные диагностические затруднения, требуют индивидуального лечения и двигательной реабилитации.

Три “золотых” правила назначения лекарств больным пожилого возраста сформулировал J. B. Schwartz (1998):

- 1) начинать лечение с небольших доз (1/2 обычной дозы);
- 2) медленно повышать дозировку;
- 3) следить за возможным появлением побочного действия.

В настоящее время существует ряд основополагающих позиций по лечению ХСН вне зависимости от возраста пациентов. К ним относятся:

- ✓ раннее начало рационального и эффективного лечения ХСН;
- ✓ на первый план, на основании принципов “медицины, основанной на доказательствах”, в лечении ХСН вышли иАПФ и β-адреноблокаторы (БАБ);
- ✓ сохранили свои позиции диуретики и сердечные гликозиды, последние особенно при мерцательной аритмии;
- ✓ при тяжелой ХСН показана целесообразность применения невысоких доз антагонистов альдостерона совместно с иАПФ;
- ✓ целесообразность использования антагонистов рецепторов А II (АРА) при ХСН требует дальнейшего уточнения;
- ✓ антагонисты кальция (АК), в том числе длительно действующие дигидропиридины, доказали свою неэффективность в лечении собственно ХСН (исследование PRAJSE II подтвердило, что амлодипин не является средством лечения ХСН).

Лечение ХСН у пожилых требует целого ряда дополнительных условий, учета немалых диагностических трудностей и побочных эффектов медикаментозной терапии.

Следует учитывать, что имеются препараты, не рекомендуемые к назначению при ХСН у пожилых. К ним относятся: НПВС, кортикостероиды, антиаритмические препараты I класса (хинидин, дизопирамид, этацин, этмозин и др.), АК (дигидропиридины первого поколения – нифедипин, верапамил).

Изменение фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых должно учитывать индивидуализацию дозы медикамента и его возможную смену. Нередко возникает необходимость лечения основного и сопутствующего заболевания с учетом частой полиморбидности. Требуется коррекция доз лекарственных средств (чаще в сторону уменьшения!) с учетом возраст-

ного снижения функций различных органов и систем. Необходимо иметь в виду частое развитие побочных реакций при медикаментозном лечении. Наконец, именно у пожилых пациентов с ХСН следует учитывать уменьшение приверженности к лечению, нередко за счет снижения памяти и/или интеллекта.

В таблице приведены основные препараты, применяемые для лечения ХСН у пожилых.

При назначении иАПФ у пожилых с ХСН следует учитывать ряд принципов: это, прежде всего, верифицирован-

Таблица

Основные препараты, применяемые для лечения ХСН у пожилых

Группа препаратов	Международное название препарата	Доза (количество приемов в сутки)
ИАПФ	Каптоприл	6,25-50 мг 3 раза
	Эналаприл	10-20 мг 1 раз
	Цилазаприл	0,5-5 мг 1 раз
	Периндоприл	2-4 мг 1 раз
	Квинаприл	5-40 мг 1-2 раза
	Рамиприл	2,5-5 мг 1 раз
	Фозиноприл	5-20 мг 1-2 раза
	Трандолаприл	0,5-1,5 мг 1 раз
Диуретики	Хлорталидон	25-100 мг/сут
	Фуросемид	25-100 мг/сут
	Этакриновая кислота	50-100 мг/сут
Антагонисты альдостерона	Спиронолактон	25-100 мг/сут
Сердечные гликозиды	Дигоксин	0,125-0,250 мг/сут
β-блокаторы	Метопролол	6,25-100 мг/сут
	Бисопролол	1,25-10 мг/сут
	Карведилол	6,25-50 мг/сут
Блокаторы кальциевых каналов	Верапамил SR	40-120 мг 2 раза
	Дилтиазем	30-90 мг 3 раза
	Амлодипин	2,5-5 мг 1 раз
Периферические вазодилататоры	Нитроглицерин (таблетки)	6,5-19,5 мг 3 раза
	Нитроглицерин (мазь)	1-5 см 4 раза
	Нитроглицерин (пластырь)	5-30 мг 1-2 раза
	Изосорбида динитрат	10-60 мг 4-6 раз
	Моночинкве, оликард ретард	40-50 мг 1 раз
	Нитропруссид натрия	0,5-10 мкг/кг/мин
	Гидралазин	25-75 мг 3-4 раза

ная СН, отсутствие противопоказаний к использованию иАПФ; особую осторожность необходимо соблюдать при ХСН IV ФК по NAYA, повышении уровня креатинина свыше 200 ммоль/л, симптомах генерализованного атеросклероза. Лечение следует начинать с минимальных доз – каптоприл 6,25 мг 3 раза в сутки, эналаприл – 2,5 мг 2 раза, квинаприл – 2,5 мг 2 раза, периндоприл – 2 мг 1 раз. Дозы удваиваются каждые 3-7 дней. При необходимости скорость титрования может быть увеличена или уменьшена.

При назначении иАПФ необходимо учитывать: эффективность препарата, простоту подбора адекватной дозы; отсутствие эффекта первой дозы в плане обвальной гипотензии; побочные действия и переносимость; доступность; приверженность к препарату; цену.

Ингибиторы АПФ широко используются в терапии ХСН у больных пожилого возраста. Они потеснили в гериатрической практике сердечные гликозиды и периферические вазодилататоры. К числу возможных побочных эффектов иАПФ относятся кожная сыпь, сухой кашель, потеря вкусовых ощущений, гломерулопатия (протеинурия), чрезмерная артериальная гипотензия. При назначении иАПФ пожилым требуются исключение предшествующей почечной патологии (диффузный гломерулонефрит, пиелонефрит) в стадии хронической почечной недостаточности, тщательное титрование дозы препарата для предотвращения неуправляемой артериальной гипотензии. Именно у пожилых с ХСН целесообразно использование иАПФ с отчетливым длительным, пролонгированным действием, не вызывающих гипотензию первой дозы. К таковым относятся периндоприл – доза 2-4 мг/сут, квинаприл – 2,5-5 мг/сут.

Назначение иАПФ целесообразно при всех классах ХСН, при левожелудочковой дисфункции, не сопровождающейся еще симптомами ХСН. Это актуально для больных инфарктом миокарда со скрытой СН; они могут использоваться при сохраненной систолической функции ЛЖ, препятствуя развитию явной СН и продлевая период до возникновения декомпенсации. Выявлено позитивное воздействие иАПФ на расстройства сердечного ритма, атерогенез, функцию почек и др.

При использовании мочегонных препаратов необходимо учитывать ряд особенностей старческого организма: проявление клеточной дегидратации; перераспределение электролитов между клеткой и окружающей средой с тенденцией к гипокалиемии; своеобразие возрастной нейроэндокринной регуляции; возрастные особенности обмена воды и электролитов.

Чрезмерная диуретическая терапия у больных пожилого возраста может способствовать гипокалиемии и снижению сердечного выброса, уменьшению почечного кровотока и фильтрации с наступлением азотемии. Особенно неблагоприятны в этом плане тиазидовые диуретики.

При развитии почечной недостаточности на фоне использования калийсберегающих средств возникает гиперкалиемия, проявляющаяся ригидностью и парестезией в конечностях с мышечной слабостью, диспептическими расстройствами (боли в брюшной полости, металлический привкус во рту, тошнота, рвота и др.). На ЭКГ при этом могут регистрироваться замедление внутриже-

лудочковой проводимости, повышение амплитуды зубца Т. Средством коррекции гиперкалиемии является повторное внутривенное введение растворов гидрокарбоната натрия, глюконата кальция.

Сокращение объема внутриклеточной жидкости, обусловленное приемом диуретиков, может приводить к гипергликемии, повышению вязкости крови, нарушению микроциркуляции. При этом возрастает угроза тромбозомических осложнений. Диуретики (особенно тиазидовые) способствуют задержке мочевой кислоты, гиперурикемии, приводят к тяжелым артралгиям.

Сердечные гликозиды (дигоксин) в гериатрической практике назначаются при ХСН только по строгим показаниям. Это стойкая синусовая тахикардия более 130-140 ударов в минуту, тахиаритмическая форма мерцательной аритмии, трепетание предсердий или пароксизмы наджелудочковой тахикардии. Целесообразность назначения дигоксина больным с ХСН с синусовым ритмом без выраженной тахикардии сомнительна из-за отсутствия в подобной ситуации существенного улучшения гемодинамики.

В ходе терапии у лиц пожилого возраста нередко (до 40 %) появляются симптомы гликозидной интоксикации: нарушения функции сердца, желудочно-кишечного тракта и нервной системы. Следует отметить довольно частые неврологические симптомы у пожилых, повышенную утомляемость, бессонницу, головокружение, спутанность сознания, “дигиталисный делирий”, синкопальные состояния и окрашенность окружающего в желтый или зеленый цвет.

БАБ можно использовать в лечении ХСН у пожилых. Учитывается, прежде всего, антитахикардальное действие препарата, его влияние на подавление нейрогуморальных факторов СН. Побочные эффекты БАБ связаны, прежде всего, с их способностью вызывать синусовую брадикардию, замедление синоаурикулярной, атриовентрикулярной и, в меньшей степени, внутрижелудочковой проводимости, определенное снижение насосной функции сердца, артериальную гипотензию, бронхоспазм. Эти эффекты следует учитывать в геронтологической практике.

Начальная разовая доза пропранолола не должна превышать 10 мг, затем – 20 мг, а суточная – 80 мг. Препаратами выбора являются кардиоселективные БАБ – метопролол, бисопролол, карведилол и др. Разовая доза метопролола не должна превышать 12,5-25 мг, суточная – 75-100 мг. Противопоказаниями к назначению БАБ являются резкая брадикардия и гипотензия, синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярные блокады, бронхиальная астма и астматический бронхит в стадии обострения, тяжелый сахарный диабет.

Использование АК у пожилых, по-видимому, особенно показано при сочетании ХСН с АГ, в том числе с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ). Несомненные преимущества имеют медленно действующие, пролонгированные АК – амлодипин, фелодипин, алтиазем, дилтиазем и др.

Побочные эффекты при использовании АК у пожилых проявляются головной болью, отеками нижних конечностей, связанными с состоянием периферических сосудов,

замедлением синоатриальной и атриовентрикулярной проводимости, синусовой тахикардии. АК противопоказаны при выраженной артериальной гипотензии, больным с синоатрикулярными и атриовентрикулярными блокадами, выраженной ХСН III-IV ФК.

Однако следует учитывать, что собственно на сокращение ХСН АК не влияют. Прямые вазодилататоры (нитроглицерин и его дериванты, изосорбида динитрат, монокитраты и др.) достаточно широко используются в лечении острой (отек легких, кардиогенный шок и др.) СН, а также при болевых формах и других безболевых вариантах хронической ИБС у пожилых, сочетающихся с ХСН. Применение обозначенных препаратов позволяет добиться антиангинального эффекта за счет уменьшения ишемии миокарда.

В последнее время появились материалы о кардиопротективном эффекте монокитратов (оликард, монокиткве и др.) при ХСН. При их назначении с другими кардиотропными препаратами (иАПФ, сердечные гликозиды и др.) было выявлено значимое улучшение основных гемодинамических параметров при лечении застойной СН у пожилых.

Специального лечения требуют жизнеопасные аритмии у пожилых с ХСН. К ним относятся пароксизмальные тахикардии, полная А-V блокада, дисфункция синусового узла с асистолией более 3-5 сек., частые пароксизмы фибрилляции предсердий, желудочковые экстрасистолии

высоких градаций по Лауну и др.

Следует подчеркнуть, что обозначенные аритмии могут являться самостоятельным патогенетическим фактором развития и обострения ХСН у пожилых. При неэффективности медикаментозного лечения жизнеопасных аритмий возможно хирургическое лечение – деструкция (абляция) пучка Гиса, временная и постоянная электростимуляция сердца, имплантация кардиовертеров – дефибрилляторов.

Нам представляется перспективным и патогенетически обоснованным использование цитопротективного препарата триметазидина (предуктала) при ХИБС у пожилых с ХСН. Фармакологическая коррекция энергетического метаболизма открывает новые перспективы в лечении СН у пожилых. Противоишемический, антиангинальный и метаболический эффекты триметазидина подтверждены в рандомизированных контролируемых исследованиях. Препарат может использоваться как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими известными кардиотропными средствами, при этом наблюдается аддитивный эффект, что особенно важно при лечении ИБС и СН у пожилых.

Лечение ХСН у пожилых имеет определенные особенности, обусловленные возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы, своеобразием медикаментозного воздействия.

Поступила 22/11-2001

* * *