

© Ждан В.М., Кітура О.Є., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Волченко В.Г., Ткаченко М.В., Гордієнко О.В., Мороз Т.В.
УДК 616.12-008.46-002.2-053.9

ПАЦІЄНТ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ*

Ждан В.М., Кітура О.Є., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Волченко В.Г., Ткаченко М.В., Гордієнко О.В., Мороз Т.В.*

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського, м. Полтава

В статтю освітаються особливості течення серцевої недостаточності у пацієнтів похилого віку, питання фармакотерапії хронічної серцевої недостаточності, розглядаються особливості патогенетичної терапії β-адреноблокаторами та інгібіторами АПФ, а також діуретиками та серцевими глікозидами.

Ключевые слова: серцева недостаточність, β-адреноблокатори, інгібітори АПФ, дигоксин, діуретики.

За результатами популяційних досліджень, в розвинених країнах світу середній вік пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) коливається від 70 до 75 років [6,7]. Згідно даних Американської асоціації кардіологів ХСН 12-15 млн. амбулаторних звернень щорічно пов'язані з ХСН. Про серйозність прогнозу клінічно маніфестованої ХСН свідчить те, що приблизно половина таких пацієнтів вмирають протягом 4-х років, а серед хворих з тяжкою ХСН 25-50% хворих похилого віку помирають протягом 1 року. Отже, ХСН – це в першу чергу проблема осіб похилого та старечого віку, частка яких в розвинених країнах має явну тенденцію до збільшення.

Особливістю ХСН у осіб похилого є її поліетіологічний характер; найчастіше етіологічними факторами ХСН в старших вікових групах є ішемічна хвороба серця (ІХС), АГ, їх поєднання і цукровий діабет (ЦД) 2-го типу [5]. Одночасно також нерідко виявляють клапанні вади серця, зокрема аортальний стеноз, сенильний амілоїдоз, фібриляція передсердь (ФП) або ниркова недостатність, які можуть бути основною причиною ХСН або усугубляти її. Сприяють розвитку ХСН притаманні старінню специфічні фізіологічні зміни серцево-судинної системи, а також інших органів і систем. Зниження загальної кількості кардіоміоцитів і розростання сполучної тканини в серцевому м'язі (в тому числі накопичення амілоїду) з віком призводять до підвищення жорсткості міокарда, помірної фізіологічної гіпертрофії з формуванням діастолічної дисфункції шлуночків. Фіброз і ферменту (ІАПФ), блокатори кальцифікація клапанів, порушення збудливості і провідності, що виникають при зменшенні кількості функціонуючих клітин в синусовому вузлі і провідній системі серця, призводять до зниження систолічної функції міокарда. Особливе значення в розвитку ХСН при старінні мають порушення видільної функції нирок, ниркова дисфункція відмічена у 20% пацієнтів похилого віку.

У пацієнтів старшого віку ХСН є вкрай рідко є ізолюваною патологією, частіше поєднується, як мінімум, з трьома, а у 25% хворих – з шістьма і більш супутніми захворюваннями [2,11].

Важливе клінічне значення має та обставина, що з віком значно зменшується частка хворих з ХСН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ), і одночасно збільшується частка хворих з ХСН збереженою систолічною функцією ЛШ. Так, за деякими спостереженнями, СН протікає зі збереженою систолічною функцією ЛШ у 6% хворих молодших 60 років і у 40% хворих старше 70 років [9]. Ці дані узгоджуються з результатами великого популяційного дослідження виконаного в США, – National Heart Failure Project (2003 рік), в якому показано, що ХСН із збереженою систолічною функцією ЛШ зустрічається більш ніж у 50% жінок старше 65 років, але лише приблизно у третини чоловіків того ж віку. Важливо також звернути увагу на те, що у літніх людей з СН частіше зустрічається фібриляція передсердь (ФП). У дослідженні ATRIA (2001) було показано, що близько 70% всіх хворих з ФП – це особи старше 65 років, 50% – старше 75 років. При цьому в популяції хворих ХСН ризик ФП становить від 10 до 30%.

Метою лікування ХСН у пацієнтів старших вікових груп залишаються контроль факторів ризику, зменшення симптомів, поліпшення якості життя, скорочення числа госпіталізації і, по можливості, поліпшення прогнозу [2,4,5].

Основою тривалої медикаментозної терапії ХСН на сьогоднішній день є препарати, дія яких спрямована на зниження нейрогуморальної активності ренін-ангіотензин-альдостеронової (РААС), симпатoadrenalової систем: інгібітори ангіотензинперетворюючого β-адренорецепторів (β-АВ), антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМР), а також дігосин, діуретики. Існуюча доказова база свідчить про те, що призначення препаратів зазначених класів сприяє не тільки поліпшенню якості, але і збільшенню тривалості життя пацієнтів з ХСН [1,2,4].

Слід враховувати, що є препарати, які не розраховані до призначення при ХСН у літніх: нестероїдні протизапальні засоби, кортикостероїди, антиаритмічні препарати І класу (хінідин, дизопірамід, етацин, етмозин і ін.).

ІАПФ широко використовуються в терапії ХСН похилого віку. Сприятливий вплив ІАПФ при ХСН

*Цитування при атестації кадрів: Ждан В.М., Кітура О.Є., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Волченко В.Г., Ткаченко М.В., Гордієнко О.В., Мороз Т.В. Пацієнт похилого віку із хронічною серцевою недостатністю в загальнолікарській практиці // Проблеми екології та медицини. – 2016. – Т. 20, № 5-6. – С. 25–27.

доведено в багаточисленних широкомасштабних плацебо-контрольованих дослідженнях (CONSENSUS, SOLVD SAVE інші), які підтвердили здатність цієї групи препаратів не тільки покращувати клінічний стан, але і продовжувати життя пацієнтів із ХСН. У той же час, з віком зростає кількість випадків виникнення асоційованих з прийомом ІАПФ ортостатичних гіпотензій і, особливо, азотемії і гіперкаліємії. Тому у хворих літнього віку при титруванні доз ІАПФ необхідно особливо ретельно контролювати артеріальний тиск і відповідні лабораторні показники. Лікування слід починати з мінімальних доз: еналаприл – 2,5 мг 2 рази, квінаприл – 2,5 мг рази, периндоприл – 2 мг 1 раз, раміприл – 2,5 мг 1 раз. Дози подвоюються кожні 3-7 днів. При необхідності швидкість титрування може бути збільшена або зменшена. ІАПФ показані, у поєднанні з β-АВ усім (за відсутності протипоказів) пацієнтам з клінічними проявами ХСН (NYHA II-IV), що мають ФВ ЛШ < 40-45%.

Блокатори АТІ-ангіотензинових рецепторів (БРА) показані, у поєднанні β-АВ та АМР, усім пацієнтам, які не переносять ІАПФ внаслідок кашлю або ангіоневротичного набряку. В даний час при лікуванні хворих з ХСН і зниженою ФВ може застосовуватися кандесартан, вальсартан. Титрування доз сартанів проводиться за тими ж принципами, що і для ІАПФ, у хворих з ХСН старших вікових груп рідше вдається досягти цільових доз ІАПФ, ніж у більш молодих пацієнтів. До призначення ІАПФ або блокаторів АТІ-ангіотензинових рецепторів слід виключити важку анемію (рівень гемоглобіну нижче 70 г/л), гіперкаліємію (рівень калію вище 5,5 ммоль/л), ниркову недостатність (рівень креатиніну вище 300 мкмоль/л) і двосторонній стеноз ниркових артерій, які нерідко зустрічаються у літніх хворих АГ.

β-адреноблокатори (β-АВ). На теперішній час рекомендується призначати β-АВ усім пацієнтам із стабільною ХСН II - IV ФК з ІАПФ і діуретиками при відсутності протипоказів. β-АВ, що можуть застосовуватися при ХСН із систолічною дисфункцією ЛШ, є бісопролол, карведилол, метопролол-сукцинат CR/XL та небіволол [4,9]. Карведилол має найбільш переконливі докази щодо ефективності у хворих із значно зниженою (< 25%) ФВ ЛШ, в післяінфарктних пацієнтів з ФВ ЛШ < 40%. Проте на практиці багато лікарів не виконують дані рекомендації – тільки 1/3 хворих СН одержують β-АВ, тоді як ІАПФ призначають 2/3 хворих. Призначати β-АВ рекомендується після стабілізації стану з поступовим збільшенням дози до рекомендованого цільового рівня. Для бісопрололу це 10 мг/добу, для карведилолу – 50 мг/добу, для метопрололу – 200 мг/добу, для небівололу – 10 мг/добу. Коли в силу тих чи інших обставин при призначенні препарату неможливо досягти цільової дози, слід зупинитися на досягнутій дозі, але ні в якому разі не відмовлятися від призначення β-АВ [3,4,7]. Необхідно пам'ятати, що титрування дози β-АВ процес суцільно індивідуальний і у кожного пацієнта є своя оптимальна доза.

Нами було встановлено, що переносимість терапії β-АВ залежить від тривалості періоду титрування. У багатьох пацієнтів з тяжкою ХСН виникає потреба у продовженні періоду титрування до 6 місяців, що полегшує досягнення цільової дози препарату і дозволяє зменшити частоту побічних ефектів [3]. Результати SENIORS стали важливим підтвердженням того, що β-АВ позитивно впливають на виживання і клінічні

наслідки і у пацієнтів старшого віку, в тому числі зі збереженою ФВ ЛШ.

Діуретики. При застосуванні сечогінних засобів у осіб старших вікових груп можуть виникати певні клінічні проблеми. Існує вищий ризик розвитку гіпотензії і азотемії на фоні активного діурезу, викликаного застосуванням петльових діуретиків, у зв'язку з цим необхідно починати лікування з низьких доз і ретельно контролювати рівні АТ і креатиніну плазми. Тіазиди малоефективні при швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) менше 30 мл/хв і, з огляду на пропорційне віку фізіологічне зниження ШКФ, застосування їх у літніх пацієнтів в якості монотерапії є менш доцільним. У 1/3 пацієнтів спостерігається нетримання сечі, що передбачає можливість катетеризації сечового міхура на період найбільш активної діуретичної терапії. При тривалому застосуванні діуретиків в осіб похилого віку з ХСН часто розвивається рефрактерність до них.

Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМР) (спіранолактон, еплеренон) показані, у поєднанні з ІАПФ (за непереносності останніх – із БРА) та з β-АВ, усім пацієнтам з клінічними проявами ХСН (NYHA II-IV), що мають ФВ ЛШ < 35%. за умови відсутності гіперкаліємії і суттєвої дисфункції нирок.

Серцеві глікозиди (дигоксин) в гериатричній практиці при ХСН все рідше використовуються при лікуванні СН у хворих з синусовим ритмом, оскільки з'явилися обґрунтовані сумніви в їхній безпеці, навіть при призначенні в низьких дозах. За даними більшості проспективних нерандомізованих досліджень, застосування дигоксину приблизно в 2 рази збільшує смертність хворих з ХСН, причому у хворих як зі збереженою, так і з порушеною систолічною функцією ЛШ. Тому в діючих національних і європейських рекомендаціях його призначення рекомендовано для контролю симптомів і зменшення випадків госпіталізації при важкій ХСН і зниженні ФВ ЛШ або в поєднанні з тахісистоличною формою ФП. Підтримуюча доза дигоксину у хворих похилого віку повинна складати 1/2-1/4 від звичайної для пацієнтів молодого та зрілого віку, тобто 0,0625-0,125 мг/добу.

Клінічний випадок: Хворий С, 70 років, скарги на серцебиття, задишку в спокої, набряки нижніх кінцівок, збільшення живота. Хворіє 20 років на артеріальну гіпертензію (АГ). Об'єктивно: вимушене положення ортопное, акроціаноз, застійні дрібнопухирцеві хрипи в нижніх відділах легень, АТ – 125/70 мм рт.ст., пульс 110 уд./хв., аритмічний, ліва межа серця по передній аксиллярній лінії, права – по парастернальній, тони ослаблені, аритмічні, систолічний шум над усіма точками в області верхівки і III-IV міжребер'ї зліва, печінка виступає на 7-8 см нижче краю реберної дуги. В загальному аналізі сечі – білок сліди; креатинін крові 130 мкмоль/л, ЕХОКС – КДР (кінцевий діастолічний розмір) лівого шлуночка – 70 мм, КСР (кінцевий систолічний розмір) 62 мм, ліве передсердя – 46 мм, фракція викиду (ФВ) – 27%, регургітація над мітральним трикуспідальним клапаном; Rtg-графія органів грудної клітки – кардіомегалія за рахунок збільшення лівого і правого шлуночків, кардіальний застій в легенях. ЕКГ – знижений вольтаж, фібриляція передсердь із ЧСС 100-120/хв. Діагноз: Гіпертонічна хвороба III стадії, ступінь 3, ризик 4 (дуже високий), гіпертензивне серце, постійна форма фібриляції передсердь, СН IIb із систолічною дисфункцією ЛШ, NYHA IV ФК.

Хворому призначена терапія: торасемід 20 мг/добу внутрішньовенно, дігосин 0,25 мг/добу, верошпірон 50 мг/добу, раміприл 2,5 мг/добу; на 8-ий день терапії дозу збільшено до 5,0 мг. Через 7 днів після стабілізації стану хворому було назначено β -АВ карведілол по 3,125 мг 2 рази вдень. Після виписки із стаціонару при повторній консультації стан хворого залишається продовжує лікування амбулаторно дігосин 0,25 мг/добу, раміприл 5,0 мг/добу, варфарин 3,75 мг/добу, торасемід – 10 мг 1 раз вдень, верошпірон 0,25 мг/добу, карведілол по схемі титрування (3,125 мг 2 рази вдень, 6,25мг 2 рази вдень, 12,5мг 2 рази вдень, 25мг ранком і 12,5мг ввечері. Хворий досягнув клінічно переносимої дози 37,5 мг. Через 6 місяців задовільним: набряків немає, показники гемодинаміки задовільні, зменшилися розміри серця, хворий постійно приймає 25 мг карведілолу (це клінічно переносима доза), раміприл 5 мг/добу; верошпірон 0,25 мг/добу, дігосин 0,25 мг/добу.

Незважаючи на досягнення сучасної кардіології, ведення хворих з ХСН похилого віку залишається складним завданням. Кількість таких пацієнтів стає дедалі більше, і практичному лікарю все частіше доводиться приймати непрості клінічні рішення. Ми підготували цю публікацію, щоб звернути увагу практичних лікарів на особливості терапії таких пацієнтів похилого віку.

Література:

1. Беленков Ю.Н. Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения, вопросы и уроки доказательной медицины / Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. // Кардиология. – 2008. – №2. – С.6-16.
2. Воронков Л. Г. Хронічна серцева недостатність у хворих похилого віку: особливості патогенезу, діагностики та фармакотерапії / Л.Г. Воронков // Серце і судини. – 2005. – № 2. – С. 89-96.
3. Жарінов О.Й. Переносність та ефективність метопрололу та бісопрололу у хворих з хронічною серцевою недостатністю залежно від віку / Жарінов О.Й., Кітура О.Є. // Кардіологу-практику. – 2006 р. – Випуск №1 (4). – С.6-16.
4. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності Асоціації кардіологів України та Української асоціації фахівців із серцевої недостатності. – 2012.
5. Ahmed A. DEFEAT heart failure: clinical manifestations, diagnostic assessment, and etiology of geriatric heart failure // Heart Fail Clin. 2007. Vol. 3, № 4. P. 389-402.
6. Bonneux L., Barendregt J.J., Meeter K. et al. Estimating clinical morbidity due to ischemic heart disease and congestive heart failure: the future rise of heart failure. Am. J. Public Health, 1994;84(1): 20-28.
7. Bristow M.R. p-adrenergic receptor blockade in chronic heart failure. Circulation, 2000;101(5): 558-569.
8. Chen Y.T., Vaccarino V., Williams C.S. et al. Risk factors for heart failure in the elderly: a prospective community-based study. Am. J. Med., 1999;106(6): 605-612.
9. Forman D.E., Coletta D., Kenny D. et al. Clinical issues related to discontinuing digoxin therapy in elderly nursing-home patients // Arch. Intern. Med. - 1991.- Vol. 151.- P. 2194-2198.
10. Imazio M. et al. Management of heart failure in elderly people // Int J Clin Pract. 2008. Vol. 62, № 2. P. 270-280.
11. Robin A. P. et al. Heart failure in older patients // Br J Cardiol. 2006. Vol. 13, №4. P.257-266.