

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Недоруба Е. А.¹, Таютина Т. В.^{1,2}, Егоров В. Н.¹, Степаненко А. Ф.¹

¹ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России», Ростов-на-Дону;

²Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, e-mail:enedoruba@mail.ru

Фибрилляция предсердий ассоциируется с увеличением риска смерти, инсульта и других тромбоэмболических осложнений, ухудшением качества жизни, снижением переносимости физической нагрузки и дисфункцией левого желудочка. Смертность у больных с ФП увеличивается вдвое независимо от других известных предикторов смерти. Переносимость многих антиаритмических препаратов в пожилом и старческом возрасте существенно ухудшается, при их применении чаще развиваются побочные эффекты и даже интоксикации, а их выведение из организма резко замедляется, такие пациенты наиболее склонны к появлению брадикардии. Весьма актуальным является тот вопрос, что лечение лиц пожилого и старческого возраста по поводу нарушений ритма и проводимости требует коррекции в плане отличия от более молодых возрастных групп. Возраст как фактор высокого риска тромбоэмболических осложнений включен в стратификационную шкалу различных исследовательских групп и признан Европейским и Американским сообществами кардиологов одним из основных определяющих критериев для оценки степени вероятности развития острых сосудистых событий у больных с фибрилляцией предсердий.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, тромбоэмболические осложнения, старческая астенизация.

FEATURESPHARMACOTHERAPY ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE IN OUTPATIENT

Nedoruba E. A.¹, Tayutina T. V.^{1,2}, Egorov V. N.¹, Stepanenko A. F.¹

¹Medical University "Rostov State Medical University, Ministry of Health of Russia", Rostov-on-Don;

²Southern Federal University, Rostov-on-Don, e-mail:enedoruba@mail.ru

Atrial fibrillation is associated with an increased risk of death, stroke and other thromboembolic complications, deterioration in the quality of life, decreased exercise tolerance and left ventricular dysfunction. The mortality rate in patients with atrial fibrillation is doubled regardless of other known predictors of death. Intolerance of many antiarrhythmic drugs in elderly and senile age significantly deteriorates when used often develop side effects and even toxic, and their removal from the body slows down sharply, such patients are more prone to the appearance of bradycardia. Very relevant is the question that the treatment of elderly people about arrhythmias and conduction requires correction in terms of differences from the younger age groups. Age as a high risk factor for thromboembolic complications included stratified scale of different research groups and recognized by the European and the American community cardiologists one of the main determining criteria for assessing the degree of probability of acute vascular events in patients with atrial fibrillation.

Keywords: atrial fibrillation, thromboembolic complications, senile asthenia.

Актуальность проблемы лечения сердечно-сосудистых заболеваний ишемического генеза и предупреждения развития фатальных осложнений на сегодняшний день является одним из самых важных направлений современной медицины. Так, последние несколько десятилетий кардиоваскулярная патология прочно занимает первое место в структуре смертности от всех причин. В основе патогенеза большинства сердечно-сосудистых заболеваний лежит остро или хронически возникшая ишемия миокарда, приводящая к ухудшению насосной функции сердечной мышцы, фатальным нарушениям ритма, выраженной гипоксии и тяжелым метаболическим расстройствам в организме.

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной аритмией в

клинической практике, составляя примерно треть госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца [1,2]. Частота встречаемости её в общей популяции составляет 1–2 %; и этот показатель, вероятно, увеличится в ближайшие 50 лет [3,4]. Фибрилляция предсердий ассоциируется с увеличением риска смерти, инсульта и других тромбоэмболических осложнений, ухудшением качества жизни, снижением переносимости физической нагрузки и дисфункцией левого желудочка. Смертность у больных с ФП увеличивается вдвое независимо от других известных предикторов смерти [1,5,6,7].

Главная опасность ФП – кардиогенные тромбоэмболии с увеличением риска развития инсульта в 4–5 раз. Приблизительно 15 % всех ишемических инсультов обусловлены ФП, а в возрасте 80–89 лет – 24 %. Уменьшая риск сердечно-сосудистых заболеваний, способствующих развитию ФП, путем коррекции управляемых факторов риска, возможно снизить количество случаев ФП. Распространенность ФП среди взрослого населения удваивается с каждым последующим десятилетием жизни: увеличивается с 0,5 % в возрасте 50–59 лет до 9 % у 80–89-летних; также она выше среди мужчин [1,5,8].

Следует учитывать, что у пациентов пожилого и старческого возраста с нарушениями сердечного ритма и проводимости часто встречается синдром старческой астении (frailty). Старческая астения (frailty) представляет собой характеристику состояния здоровья пациента пожилого и старческого возраста, которая отражает потребность в уходе и при развитии которой поражаются костно-мышечная система, иммунная система, нейроэндокринная система и проявляются нарушения в виде развития мальнутриции, саркопении, снижения метаболического индекса и физической активности. Базисное лечение у пациентов с синдромом старческой астении предполагает использование не только антиаритмических, но и антиангинальных и улучшающих трофику миокарда средств. Это диктуется тем, что наиболее часто причиной возникновения аритмий у лиц пожилого и старческого возраста являются изменения коронарного кровотока и обмена веществ сердечной мышцы. Переносимость же многих антиаритмических препаратов в пожилом и старческом возрасте существенно ухудшается, при их применении чаще развиваются побочные эффекты и даже интоксикации, а их выведение из организма резко замедляется, такие пациенты наиболее склонны к появлению брадикардии. В связи с вышеизложенным весьма актуальным является тот вопрос, что лечение лиц пожилого и старческого возраста по поводу нарушений ритма и проводимости требует коррекции в плане отличия от более молодых возрастных групп [1,5,8].

Лечение пациентов с ФП на амбулаторном этапе включает в себя антитромботическую терапию, контроль частоты сердечных сокращений и ритма сердца, дополнительную терапию [4].

Пожилые больные с ФП значительно отличаются от пациентов более молодого возраста. Эти различия включают: многочисленные сопутствующие заболевания, как сердечно-сосудистые, так и не сердечные, высокая заболеваемость и распространенность ФП, более высокий риск тромбоэмболических осложнений и кровотечений, более частое начало постоянной, а не пароксизмальной или персистирующей ФП, наличие атипичных симптомов и жалоб, меньшая чувствительность частоты желудочкового ритма к действию симпатического отдела вегетативной нервной системы, выше вероятность аритмогенного действия лекарств из-за снижения функции почек и печени, большая частота недиагностированной ФП [5,9].

При отсутствии признаков ишемической болезни сердца, когда нет острой сердечной и сосудистой недостаточности, сочетанных нарушений ритма, синкопальных состояний экстренной госпитализации пациентов не требуется. Экстренная госпитализация для лиц пожилого и старческого необходима при впервые возникшей аритмией с целью ее купирования, уточнения причины возникновения и подбора базисной терапии.

Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста отличается спецификой, обусловленной морфологическими, функциональными и метаболическими нарушениями, которые возникают в организме при старении, и связанными с этим возрастными особенностями развития и течения болезни. Кроме этих факторов, оказывающих влияние на результаты фармакотерапии. Следует учитывать, что в пожилом и старческом возрасте течение болезни может носить атипичный характер, очень часто у одного больного одновременно имеется несколько заболеваний [1,4].

Основное противопоказание к восстановлению синусового ритма – наличие неорганизованного внутрисердечного тромба (тромбов). Относительными противопоказаниями для купирования ФП являются: пороки сердца, подлежащие хирургической коррекции; малый (менее 6 месяцев) срок с момента проведения хирургической коррекции порока сердца; активность ревматического процесса II–III степени (неустраненная); артериальная гипертензия III степени; сопутствующий тиреотоксикоз (неустраненный); возраст старше 65 лет у больных с пороками сердца и 75 лет у больных ИБС; ХСН III стадии; кардиомегалия. значительное расширение предсердий (атриомегалия) у больных с митральным пороком сердца, далеко зашедшей дилатационной кардиомиопатией, аневризмой левого желудочка и другими заболеваниями, осложнившимися недостаточностью кровообращения; давность настоящего эпизода ФП более 3 лет; частые (1 раз в месяц и чаще) приступы ФП перед ее настоящим эпизодом, требовавшие внутривенного введения или электрической кардиоверсии. В этой ситуации восстановление синусового ритма не решает вопрос дальнейшей тактики лечения больного;

ожирение 3 степени; изолированная хроническая идиопатическая ФП у лиц, не имеющих расширения левого предсердия и каких-либо других признаков заболевания сердца (волны ff при этом едва различимы, сохранить синусовый ритм крайне трудно); предшествующий появлению данного эпизода ФП синдром слабости синусового узла (с выраженными клиническими проявлениями); брадикардическая форма ФП с редкими желудочковыми ответами, в особенности у пожилых больных, не принимавших дигиталис, верапамил или β -адреноблокаторы (у многих из них после восстановления синусового ритма появляется выраженная синусовая брадикардия, как проявление синдрома слабости синусового узла. ФП здесь предпочтительно сохранить, так как она в этом случае является как бы «самоизлечением» больного) [1].

Антиаритмические препараты условно разделяют на препараты 1-го ряда, дающие мощный самостоятельный лечебный эффект, и препараты 2-го ряда, у которых самостоятельное противоаритмическое действие отсутствует или оно минимальное, но они потенцируют эффект препаратов 1-го ряда, т. е. создают благоприятный фон для антиаритмической терапии.

Антиаритмические препараты 1-го ряда (к ним относятся 4 группы антиаритмических препаратов по классификации Williams: бета-адреноблокаторы, блокаторы натриевых каналов, блокаторы калиевых каналов, блокаторы кальциевых каналов [7].

У пожилых пациентов чаще, раньше и сильнее могут проявиться синдром слабости синусового узла, блокада проведения импульса различной локализации (наиболее часты атриовентрикулярные и внутрижелудочковые блокады), миокардиальная недостаточность. Всё это требует тщательного подбора дозы антиаритмического препарата, как можно меньшей, но достаточно эффективной. Возможности добиться противоаритмического эффекта при применении препаратов 1-го ряда в меньших дозах и профилактике их токсического эффекта способствует применение препаратов 2-го ряда, среди которых чаще используют препараты калия, группы рибоксина, нестероидные анаболики, гериатрические комплексы (витамины и микроэлементы). Важным условием эффективности антиаритмической терапии является кислотно-щелочное равновесие, электролитный баланс, лечение сердечной недостаточности, снижение тонуса симпатической нервной системы, общеукрепляющая терапия – поливитамины, ретаболил, препараты калия, магния.

Возрастные особенности во многом определяют реакцию организма на вводимые антиаритмические препараты. На догоспитальном этапе необходимо учитывать повышенную возможность у пожилых и престарелых больных кардиодепрессивного действия антиаритмических средств, вероятность развития медикаментозной гипотензии и других побочных эффектов. На догоспитальном этапе не следует стремиться экстренно купировать

аритмии, особенно не относящиеся к опасным. Кроме того, объем медицинской помощи на догоспитальном этапе у лиц старших возрастных групп в значительной мере определяется выраженностью субъективных ощущений пациента. Если пациент плохо переносит аритмии, даже не относящиеся к угрожаемым, это, как правило, служит показанием к проведению антиаритмической терапии. Осуществляя антиаритмическую терапию больным пожилого и старческого возраста, врач каждый раз сталкивается с условиями повышенного риска. С возрастом не только сокращается интервал между эффективной и токсической зоной действия этих лекарственных средств, но и сам организм становится более чувствительным к медикаментозным факторам.

Фибрилляция предсердий является прогностическим фактором смертности у пожилых людей и главным фактором риска развития самых тяжёлых осложнений, таких как инсульт, ухудшение сердечной недостаточности, слабоумие, а также наиболее распространенной среди нарушений ритма и проводимости. Распространенность увеличивается с возрастом. К пациентам старше 65 лет с нарушениями ритма сердца вызовы скорой помощи чаще связаны как раз таки с этой аритмией. При пароксизме мерцательной аритмии с нормосистолией и стабильной гемодинамикой терапию на догоспитальном этапе проводить не надо, надо больного быстрее госпитализировать. Длительный пароксизм – более 2 дней – требует внутривенного введения дигоксина в дозе 0,25 мг, тогда как для лиц молодого и среднего возраста доза – 0,5 мг. При длительности пароксизма менее 2-х дней, если не удастся сразу восстановить синусовый ритм, больному показана электроимпульсная терапия, а в дальнейшем для лиц пожилого и старческого возраста назначение препаратов 2-го ряда.

При проведении анализа амбулаторных карт 102 пациентов с фибрилляцией предсердий, в возрасте от 60 до 98 лет. У 40 % процентов имелась постоянная форма ФП, у 49 – персистирующая, у 11 % – пароксизмальная. Распространенными факторами риска ТЭО были гипертоническая болезнь – 90,6 % и ишемическая болезнь сердца – 78,5 %. Из амбулаторных карт известно, что инфаркт миокарда перенесли 19 % пациентов, перенесенный инсульт, транзиторную ишемическую атаку – 19,6 %, сахарный диабет – 14,1 %, сердечную недостаточность (фракция выброса 40 % и менее) – 4,1 %. Проводилась оценка риска ТЭО по шкале CHADS₂, где баллы соответствуют присутствию известных факторов риска: СН, АГ, возраст ≥ 75 лет, сахарный диабет (один балл), предшествующий инсульт или ТИА (два балла), отражая их большую ассоциацию риска. Таким образом, стратификация риска ТЭО по шкале CHADS₂ среди пациентов показала, что только 5,7 % не нуждались в приеме ПАК (сумма баллов равнялась 1), у остальных 94,3 % в качестве адекватной профилактики ТЭО должны использоваться ПАК. По данным амбулаторных карт 92 % пациентов в качестве антитромботической терапии получали ацетилсалициловую кислоту и

только 8 % ПАК. Недостаточное назначение врачами поликлинического звена ПАК возможно связано с необходимостью частого контроля международного нормализованного отношения (МНО), что представляет трудности для пациентов пожилого возраста.

Возраст как фактор высокого риска ТЭО включен в стратификационную шкалу различных исследовательских групп и признан Европейским и Американским сообществами кардиологов одним из основных определяющих критериев для оценки степени вероятности развития острых сосудистых событий у больных с ФП.

Разделение больных с ФП на категории риска является основой для выбора тактики антитромботической терапии, поэтому отнесение пациентов пожилого возраста к группе высокого риска должно определять жесткие подходы к назначению им антитромботического лечения.

В связи с этим больным с ФП, относящимся к группе высокого риска по тромбоэмболическим осложнениям: сердечная недостаточность, ФВ 35 % и менее, артериальная гипертензия, ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе и др., – должны назначаться непрямые антикоагулянты (поддержание Международного нормализованного отношения – МНО – в среднем на уровне 2,0–3,0). Больным с неклапанной (неревматической) фибрилляцией предсердий, не относящимся к группе высокого риска, целесообразен постоянный прием аспирина (325 мг/сут). Существует мнение, что больным моложе 60 лет с идиопатической ФП, у которых риск тромбоэмболических осложнений очень низкий (практически такой же, как у людей без нарушений ритма), профилактическую терапию можно не проводить. Проведение антитромботической терапии у больных с ТП, очевидно, должно основываться на учете тех же факторов риска, что и при ФП, так как есть данные, что риск тромбоэмболических осложнений при ТП выше, чем при синусовом ритме, но несколько ниже, чем при ФП [1].

Международные эксперты предлагают следующие конкретные рекомендации по антитромботической терапии пожилых больных с фибрилляцией предсердий в зависимости от уровня риска тромбоэмболических осложнений [7,55]: возраст 60 лет и более (сахарный диабет или ИБС) – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0); возраст 75 лет и более (особенно женщины) – пероральные антикоагулянты (МНО до 2,0); сердечная недостаточность – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0); ФВ ЛЖ 35 % или менее – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0); тиреотоксикоз – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0); артериальная гипертензия – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0); ревматические пороки сердца (митральный стеноз) – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5–3,5 или более); искусственные клапаны сердца – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5–3,5 или более); тромбоз в анамнезе – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5–3,5

или более); наличие тромба в предсердии, по данным ТПЭхоКГ, – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5–3,5 или более).

При частых приступах фибрилляции и трепетания предсердий эффективность антиаритмиков или их комбинаций оценивают по клинике, при редких приступах с этой целью проводят ЧПЭС или ВЭМ после 3–5-дневного приема препарата, а при применении амиодарона – после насыщения им. Для предупреждения рецидивов ФП/ТП у больных без органического поражения сердца используются антиаритмические препараты 1А, 1С и 3-го классов. Больным с бессимптомной дисфункцией ЛЖ или симптоматической сердечной недостаточностью, а также, вероятно, со значительной гипертрофией миокарда терапия антиаритмиками 1-го класса противопоказана в связи с риском ухудшения прогноза жизни [5,7].

Для профилактики пароксизмов фибрилляции и трепетания предсердий используются следующие антиаритмики: дизопирамид – 400-800 мг/сут; пропafenон – 450-900 мг/сут; аллапинин – 75-150 мг/сут; этацинин – 150-200 мг/сут; амиодарон (поддерживающая доза) – 100-400 мг/сут; соталол – 160-320 мг/сут; флекаинид – 100-200 мкг/сут. Верапамил, дилтиазем и сердечные гликозиды не должны применяться для противорецидивной терапии ФП и ТП у больных с синдромом Вольфа – Паркинсона – Уайта (ВПУ), так как эти препараты уменьшают рефрактерность дополнительного пути предсердно-желудочкового проведения и могут вызвать утяжеление течения аритмии.

Таким образом, амбулаторное лечение ФП у лиц пожилого и старческого возраста должно основываться на единых при всех заболеваниях: принципах гериатрического лечения: ее следует начинать с меньших доз препаратов, постепенно «оттитровывая» оптимальную дозу; по достижении лечебного эффекта необходимо переходить на малые поддерживающие дозы, так как у пожилых пациентов быстрее и чаще развивается резистентность к препарату; важна индивидуализация дозы препарата, а также и частая его смена; препараты, применяемые по поводу основного заболевания, следует сочетать с геротопротекторами, поливитаминовыми комплексами, при возможности – и с немедикаментозными методами лечения. Решение этих задач повысит уровень качества жизни, а в ряде случаев будет способствовать ее продлению.

Список литературы

1. Волков В. П. Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии / В. П. Волков, Е. А. Недоруба, Т. В. Таютина. – Новосибирск: Сибак, 2016. – С.105-112.
2. Багмет А. Д., Степанов В. А., Степанова Т. И., Таютина Т. В., Недоруба Е. А.

Нарушение нейрогуморальной регуляции сердечной деятельности при аритмиях различного генеза // Медицинский вестник Юга России. – 2015. – № 4. – С.14-17.

3. Бобров А. Е. Депрессия в старческом возрасте: вопросы диагностики и терапии // Клиническая геронтология. – 2007. – № 8. – С. 50–54.

4. Викторов А. П., Мальцев В. И., Матвеева Е. В., Логвина И. А. Побочные действия лекарств в пожилом и старческом возрасте // Здоровье Украины. – 2009. – № 2. – С. 14–21.

5. Недоруба Е. А., Таютина Т. В., Егоров В. Н. Психологическое тестирование пациентов с фибрилляцией предсердий // Сборник материалов всеукраинской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, посвященной дню науки «Актуальные аспекты медицины и фармации-2015», 14–15 мая 2015 г., Запорожье. – С.100.

6. Недоруба Е. А., Багмет А. Д., Анисимова Е. А., Долгопятова Е. В., Таютина Т. В. Характеристика коморбидности у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях поликлиники // Материалы III международного форума кардиологов и терапевтов. – Москва, 2014.

7. Недоруба Е. А., Таютина Т. В., Багмет А. Д. Сравнительный анализ изменения толерантности к физической нагрузке у больных ишемической болезнью сердца под влиянием терапии, основанной на бисопрололе и ивабрадине // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5.

8. Кобзарь О. Н., Недоруба Е. А., Таютина Т. В. Показатели вариабельности сердечного ритма у больных ишемической болезнью сердца до и после лечения ивабрадином // Медицинский университет. – 2012. – № 1.

9. Fumagalli S., Tarantini F., Guarducci L., Pozzi C., Pepe G., Boncinelli L., Valoti P., Baldasseroni S., Masotti G., Marchionni N. Atrial fibrillation is a possible marker of frailty in hospitalized patients: results of the GIFA Study // AgingClinExpRes. – 2010. – Vol. 22(2). – P. 129–33.