



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П.Павлова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации



Научно-практическая интернет-конференция «Избранные вопросы терапии.
Посвящена памяти профессора А.И. Дядыка»

«Важные характеристики пациентов старческого возраста с ХСН»

Докладчик: аспирант кафедры
госпитальной терапии с курсом МСЭ,
РязГМУ, Грачев Дмитрий Сергеевич



Научный руководитель: доктор
медицинских наук, доцент кафедры
госпитальной терапии с курсом МСЭ,
РязГМУ, Петров Вадим Сергеевич



Донецк, 07.05.2024

Сердечная недостаточность- это клинический синдром, характеризующийся наличием типичных симптомов и признаков, вызванных нарушением структуры и/или функции сердца, приводящим к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке.

Симптомы

Типичные

- Одышка
- Ортопноэ
- Ночные приступы сердечной астмы
- Плохая переносимость физической нагрузки
- Утомляемость, усталость, увеличение времени восстановления после прекращения нагрузки
- Отек лодыжек

Менее типичные

- Ночной кашель
- Свистящее дыхание
- Увеличение веса (>2 кг/нед.)
- Потеря веса (при выраженной СН)
- Чувство переполнения в животе
- Потеря аппетита
- Спутанность сознания (особенно у пожилых)
- Депрессия
- Сердцебиение
- Обмороки

Признаки

Специфичные

- Набухание шейных вен
- Гепатоюгулярный рефлюкс
- Третий тон сердца (ритм галопа)
- Смещение верхушечного толчка влево
- Систолический шум

Менее специфичные

- Периферические отеки (лодыжек, крестца, мошонки)
- Хрипы в легких (крепитация)
- Притупление в нижних отделах легких (плевральный выпот)
- Тахикардия
- Нерегулярный пульс
- Тахипноэ (>16 дых. движ./мин)
- Увеличение печени
- Асцит
- Кахексия

Возрастная классификация ВОЗ

Молодой возраст	18-44
-----------------	-------

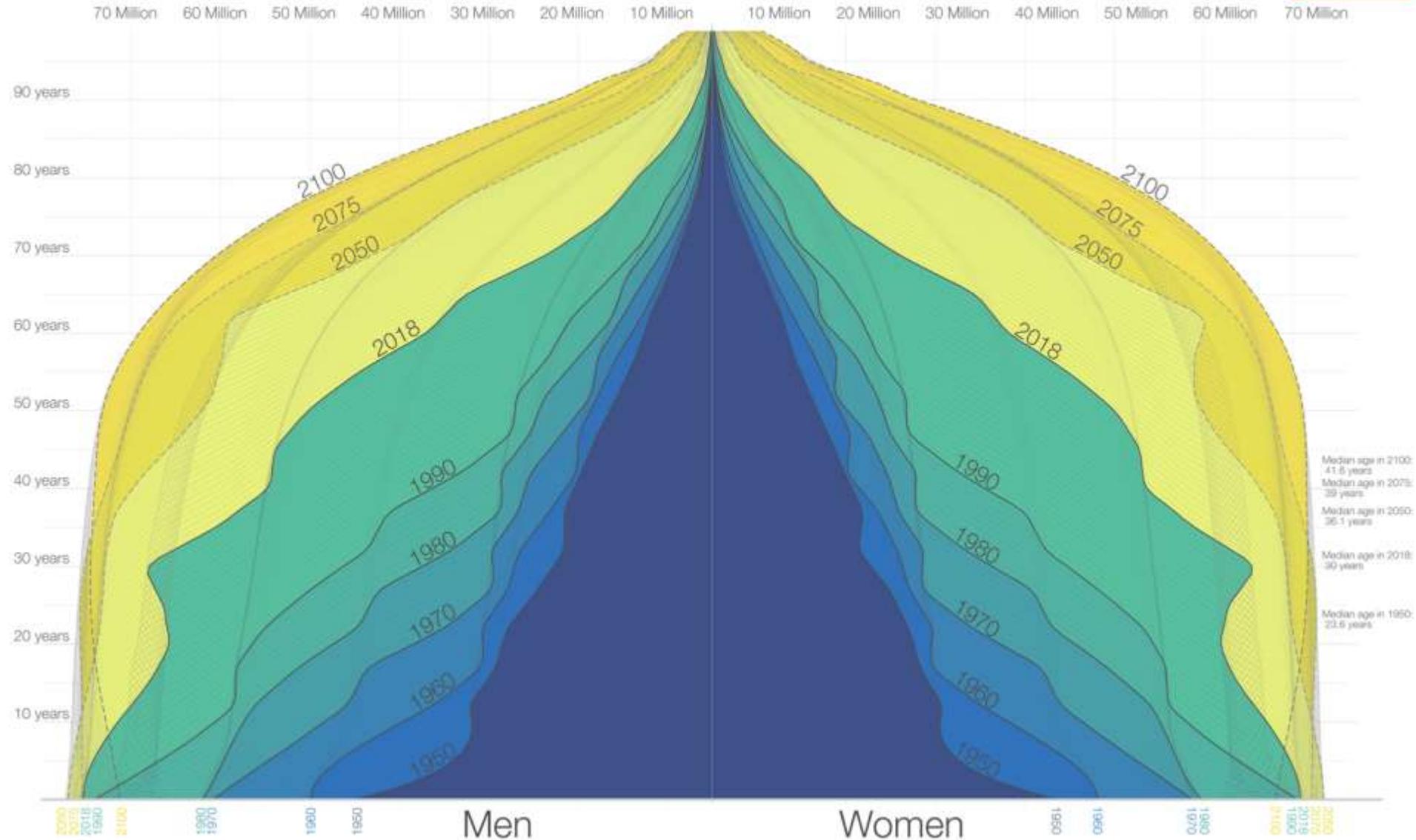
Средний возраст	45-59
-----------------	-------

Пожилой возраст	60-74
-----------------	-------

Старческий возраст	75-89
--------------------	-------

Долгожители	90+
-------------	-----

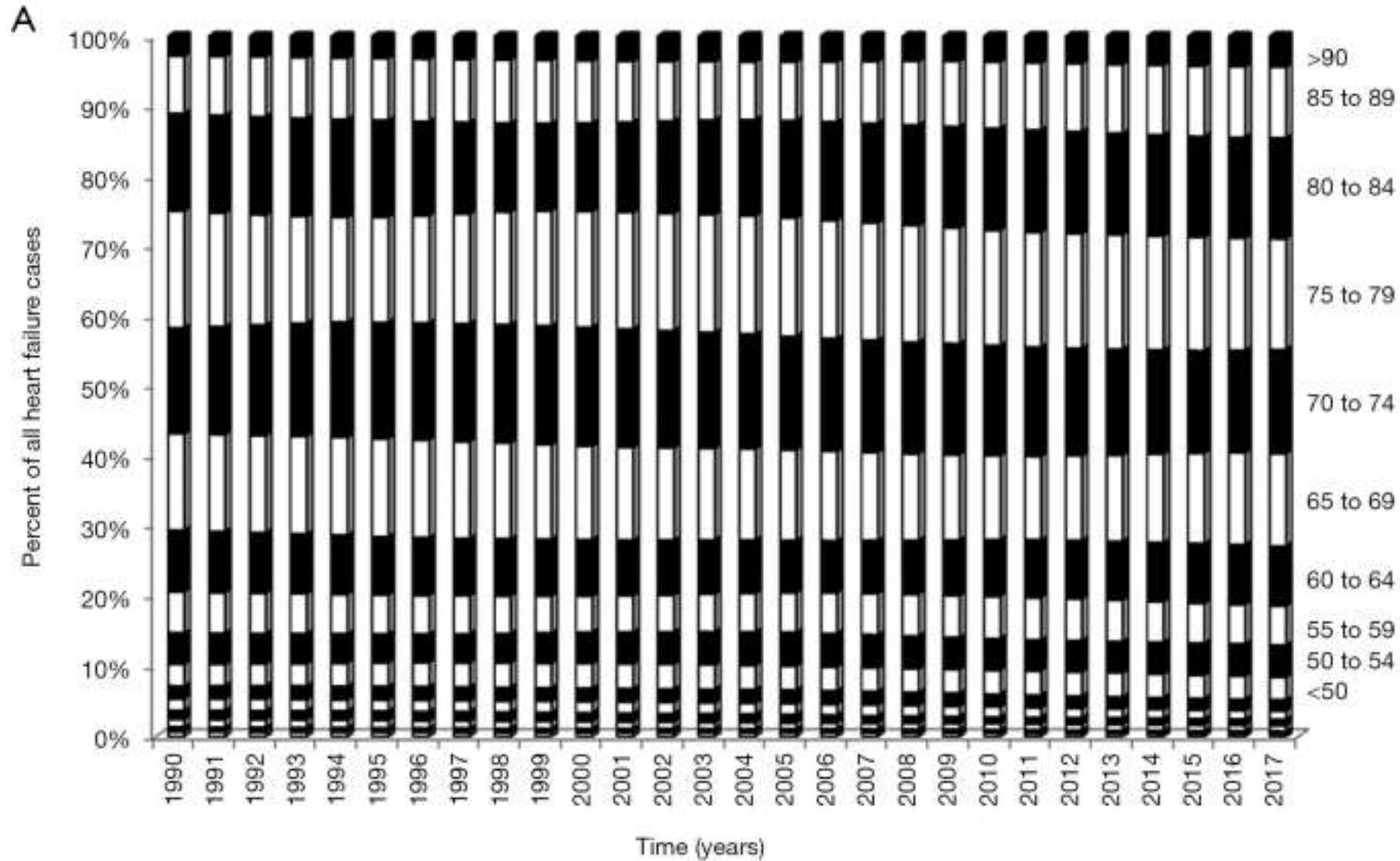
Демография населения мира с 1950 по 2100 год. Показано распределение мирового населения по полу с 1950 по 2018 год и прогноз Отдела народонаселения ООН до 2100 года.



Data source: United Nations Population Division – World Population Prospects 2017; Medium Variant.
The data visualization is available at [OurWorldinData.org](https://ourworldindata.org), where you find more research on how the world is changing and why.

Licensed under CC-BY by the author Max Roser.

Распространенность сердечной недостаточности в зависимости от возраста



- Распространённость ХСН во взрослой популяции развитых стран составляет 1–2%
- По данным исследования ЭПОХА ХСН с 1998-2017г. распространённость ХСН в Российской Федерации увеличилась с 6,1 до 8,2%
- По данным Американской ассоциации сердца распространённость ХСН увеличивается с возрастом. Доля взрослых мужчин с сердечной недостаточностью составляет 0,3% в возрасте от 20 до 39 лет, 1,2% в возрасте от 40 до 59 лет, 6,9% в возрасте от 60 до 79 лет и 12,8% в возрасте 80 лет и старше. Соответствующие доли среди женщин составляют 0,2%, 1,7 %, 4,8% и 12,0%.
- Смертность от ХСН увеличивается с возрастом, составляя для 60-летних 7,4% за 1 год и 24,4% за 5 лет, а для 80-летних 19,5 и 54,4% соответственно. За последние 20 лет смертность от ХСН в популяции в целом уменьшилась, однако среди пациентов пожилого и старческого возраста улучшение выживаемости было незначительным

Возрастные сердечно-сосудистые изменения

Сердечные изменения	Сосудистые изменения
Снижение чувствительности к бета-адренергической стимуляции.	Снижение чувствительности к бета-адренергической стимуляции.
Гипертрофия миоцитов	Повышенное отложение коллагена и образование поперечных связей в артериях
Повышенное интерстициальное отложение коллагена, амилоида и липофусцина.	Фрагментация артериального эластина.
Нарушение высвобождения кальция из сократительных белков и его обратного захвата саркоплазматическим ретикулумом во время диастолы.	Уменьшенная эндотелий-опосредованная вазодилатация.
Недостаточное производство митохондриями аденозинтрифосфата в ответ на стресс.	

Цель исследования:

Оптимизация подходов к ведению ХСН у больных старческого возраста для улучшения прогноза

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинической характеристики с оценкой коморбидной патологии у пациентов с ХСН старческого возраста.
2. Оценить взаимосвязь когнитивных нарушений, приверженности к терапии, качества жизни у лиц с ХСН старческого возраста.
3. Выполнить КГО и оценить взаимосвязь доменов и их изменений у лиц с ХСН старческого возраста.
4. Проанализировать терапию пациентов с ХСН старческого возраста в реальной клинической практике и ее влияние на сердечно-сосудистые исходы.
5. Создать систему дистанционного мониторинга и оценить ее эффективность у пациентов с ХСН старческого возраста
6. Выявить факторы риска неблагоприятного прогноза для пациентов с ХСН старческого возраста

Критерии включения

1. Возраст на момент включения 75–89 лет;
2. Выставленный ранее в анамнезе диагноз ХСН;
3. Ожидаемая продолжительность жизни больше года.

Критерии исключения

Возраст пациентов: младше 75 лет и старше 90 лет; тяжелые и декомпенсированные заболевания бронхолегочной, гепатолиенальной, мочеполовой, гастроинтестинальной и нервной систем, а также заболеваниями соединительной ткани, которые существенно и явно ограничивают продолжительность жизни пациента на период менее 12 месяцев; наличие активного онкологического процесса, в том числе требующего хирургического лечения, проведения лучевой или химиотерапии; Признаки острого инфекционного заболевания, требующие применения системных антимикробных и противовирусных средств на момент включения или хронического использования этих препаратов, в т. ч. выявленная новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2, туберкулез, вирусные гепатиты В и С; неспособность исследуемого заполнять опросники, предусмотренные исследованием; острая декомпенсация ХСН на момент включения в исследование; острый коронарный синдром и острый инфаркт миокарда.

Дизайн исследования

Клиническая часть

ГБУ РО ОККД, Рязань 2021-2023г.

N=120



1. Проведение и оценка клинических, лабораторных, инструментальных данных исследований
2. Проведение КГО всем пациентам
3. Структурированное обучение

Стандартное ведение

Дистанционный мониторинг посредством телефонных звонков с оценкой одышки, отеков, массы тела, дневника АД и ЧСС, приверженности к терапии с дачей рекомендаций по коррекции терапии и необходимости амбулаторной консультации кардиолога

Оценка конечных точек

Методы статистической обработки

Анализ данных проводился при помощи программ Microsoft Excel 2021 (Версия 2108, Microsoft Corporation, США), Stat Soft 13.0 (Stat Soft Inc., США).

Для оценки нормальности распределения количественных данных использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Значение p для всех перечисленных критериев было больше 0,05, то распределение исследуемого признака расценивалось как нормальное, если значение любого из указанных критериев было меньше 0,05, то распределение исследуемого признака расценивалось как отличное от нормального. В случае распределения значений признака, отличного от нормального, был использован критерий Манна-Уитни.

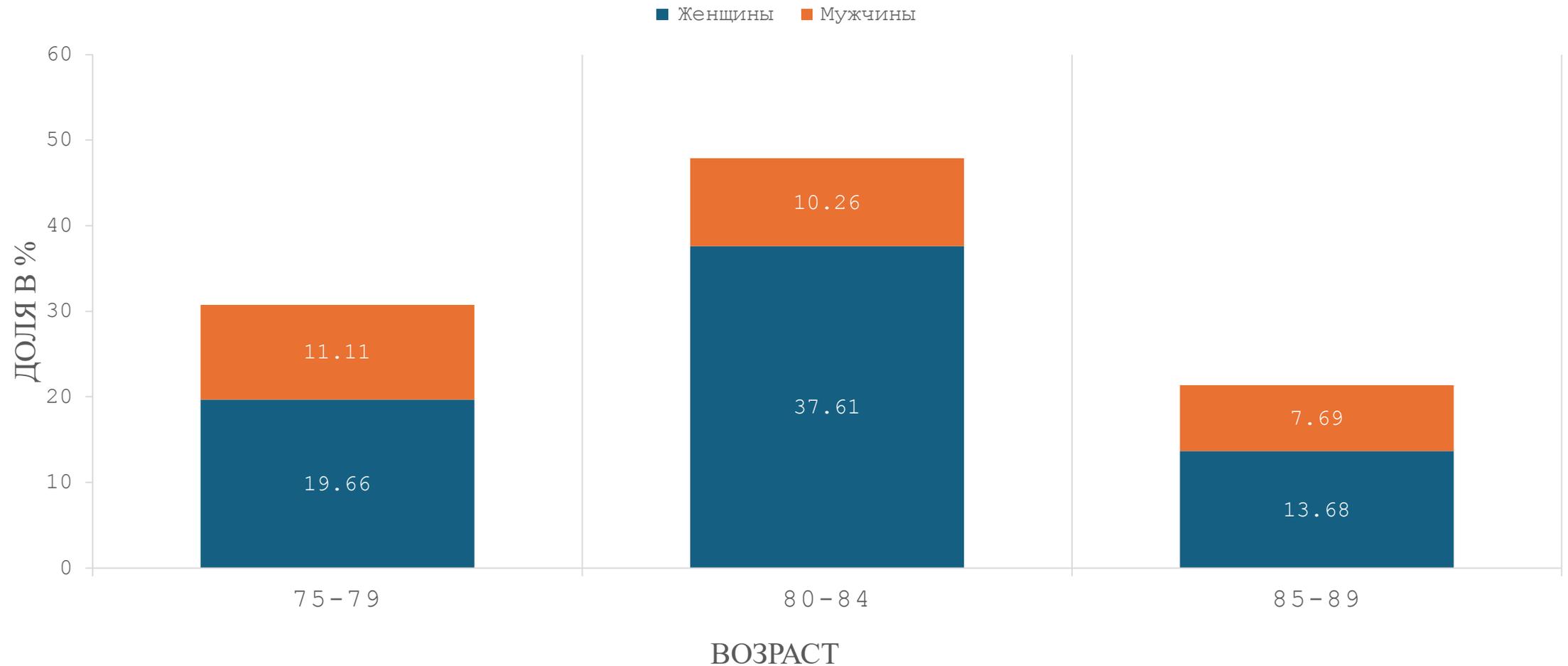
Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных

отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей ($Q1 - Q3$).

Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела-Уоллиса. Для сравнения средних значений использовался однофакторный дисперсионный анализ, а для оценки возможной взаимосвязи между переменными применялся линейный регрессионный анализ с вычислением. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия χ^2 Пирсона. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

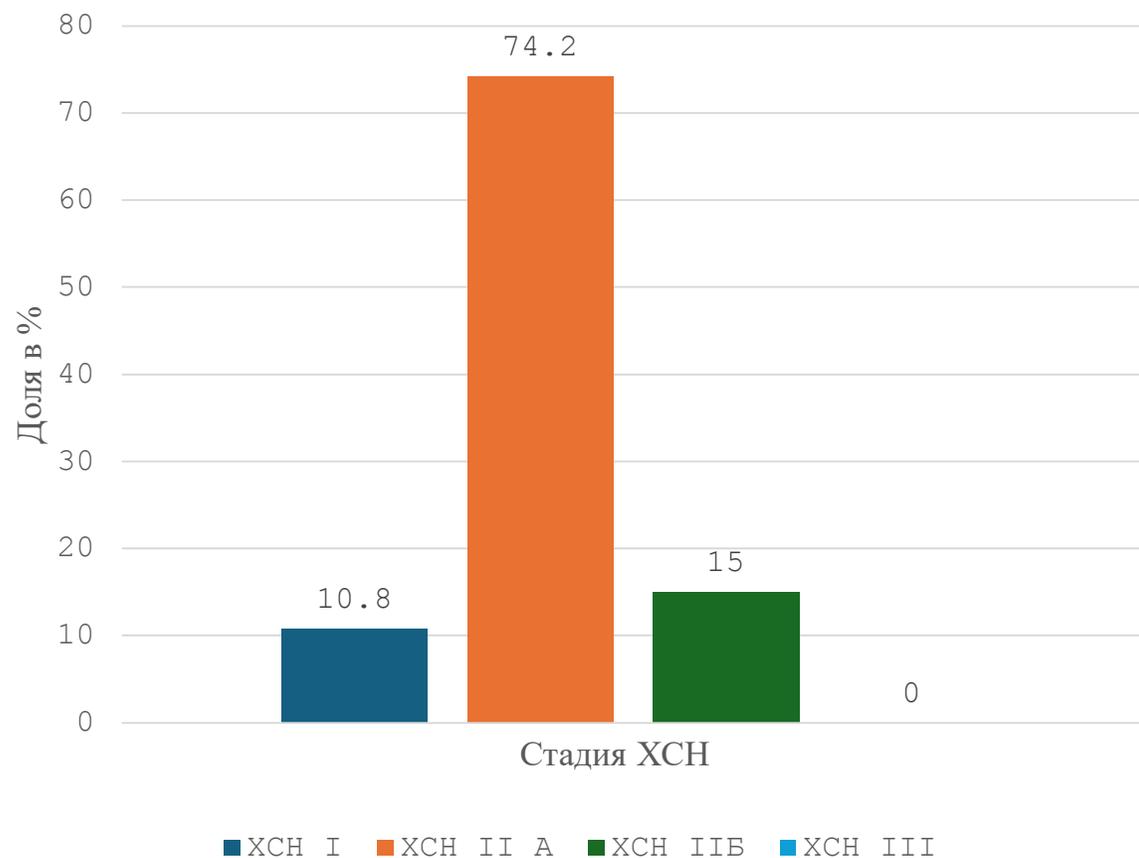
Клиническая характеристика пациентов

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

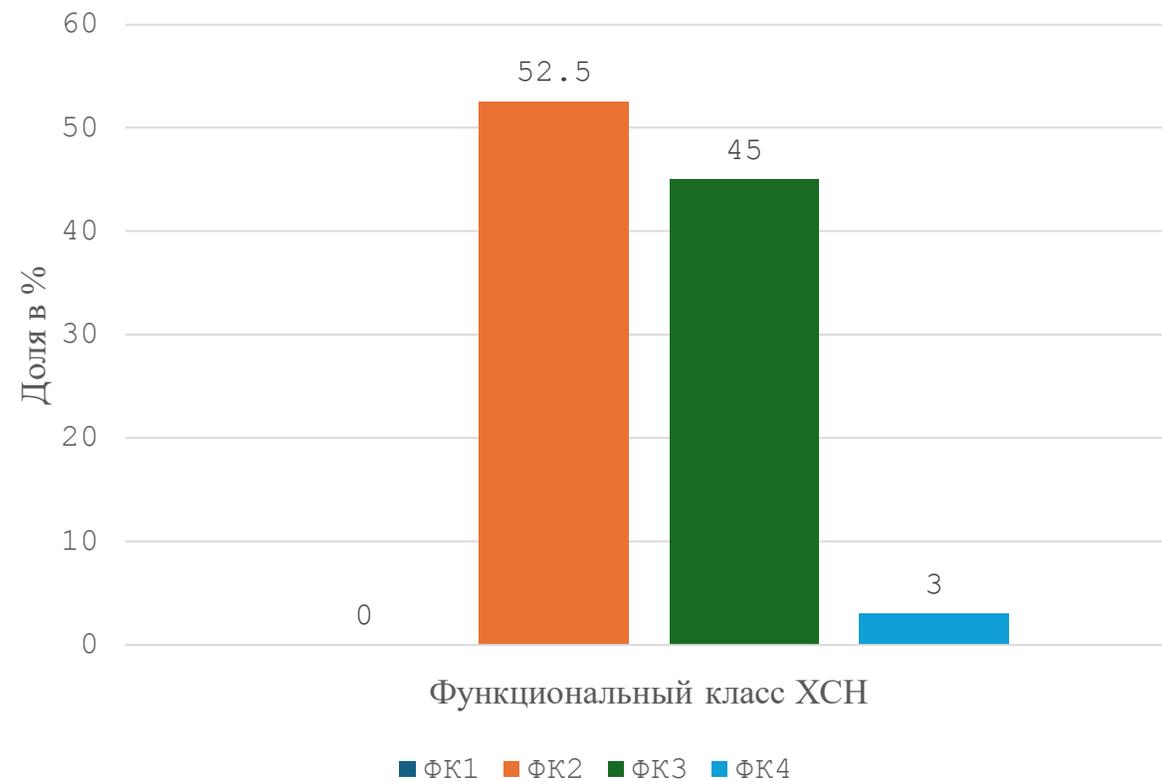


Клиническая характеристика пациентов

Распределение пациентов по стадиям ХСН

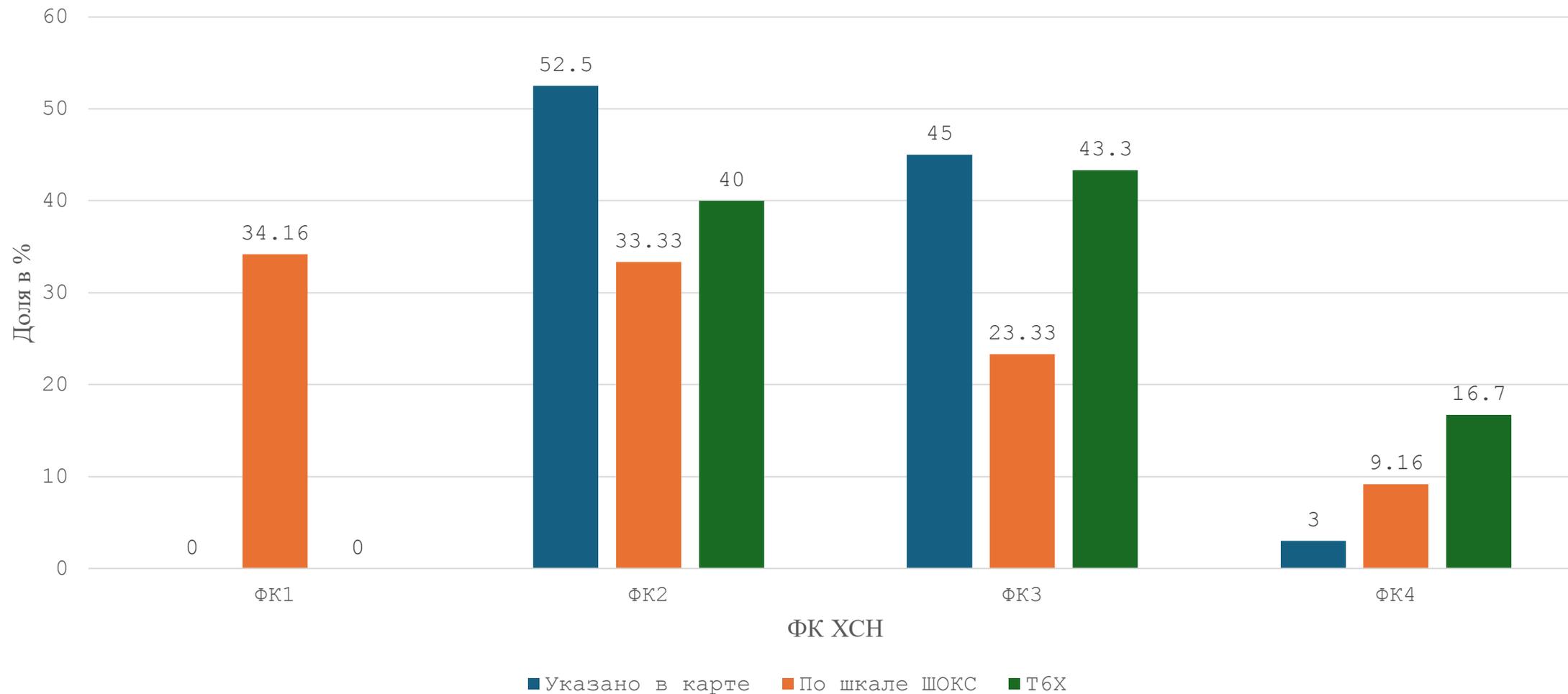


Распределение пациентов по ФК



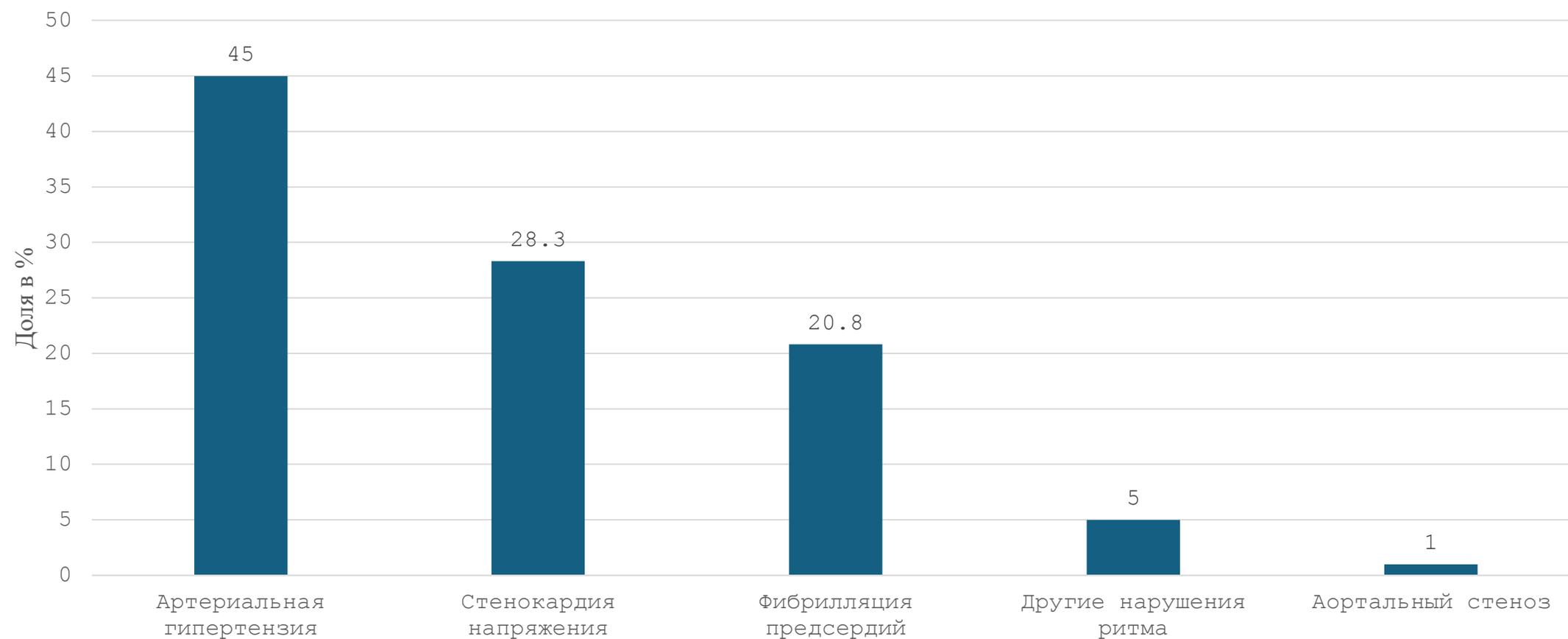
Клиническая характеристика пациентов

Определения ФК по данным медицинской карты в сравнении со шкалой ШОКС и Т6Х

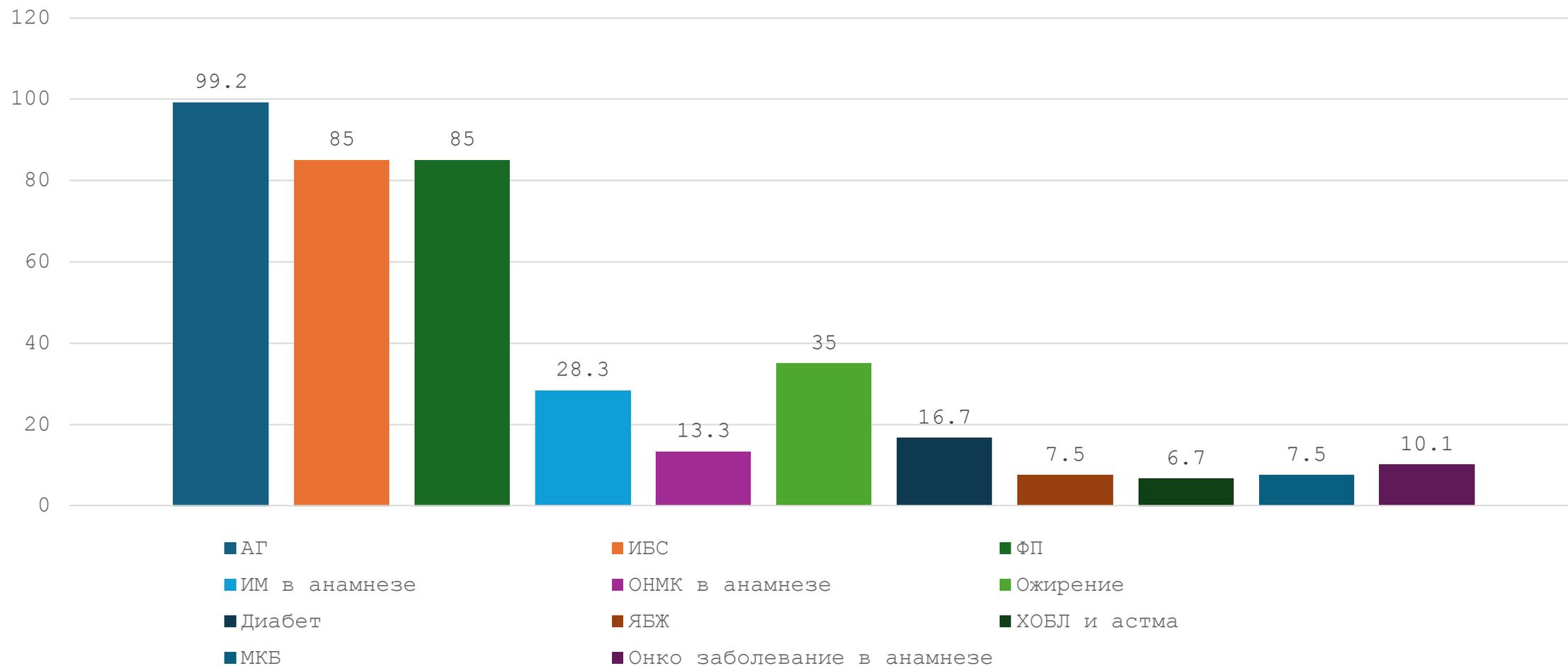


Клиническая характеристика пациентов

Основные причины госпитализации в стационар

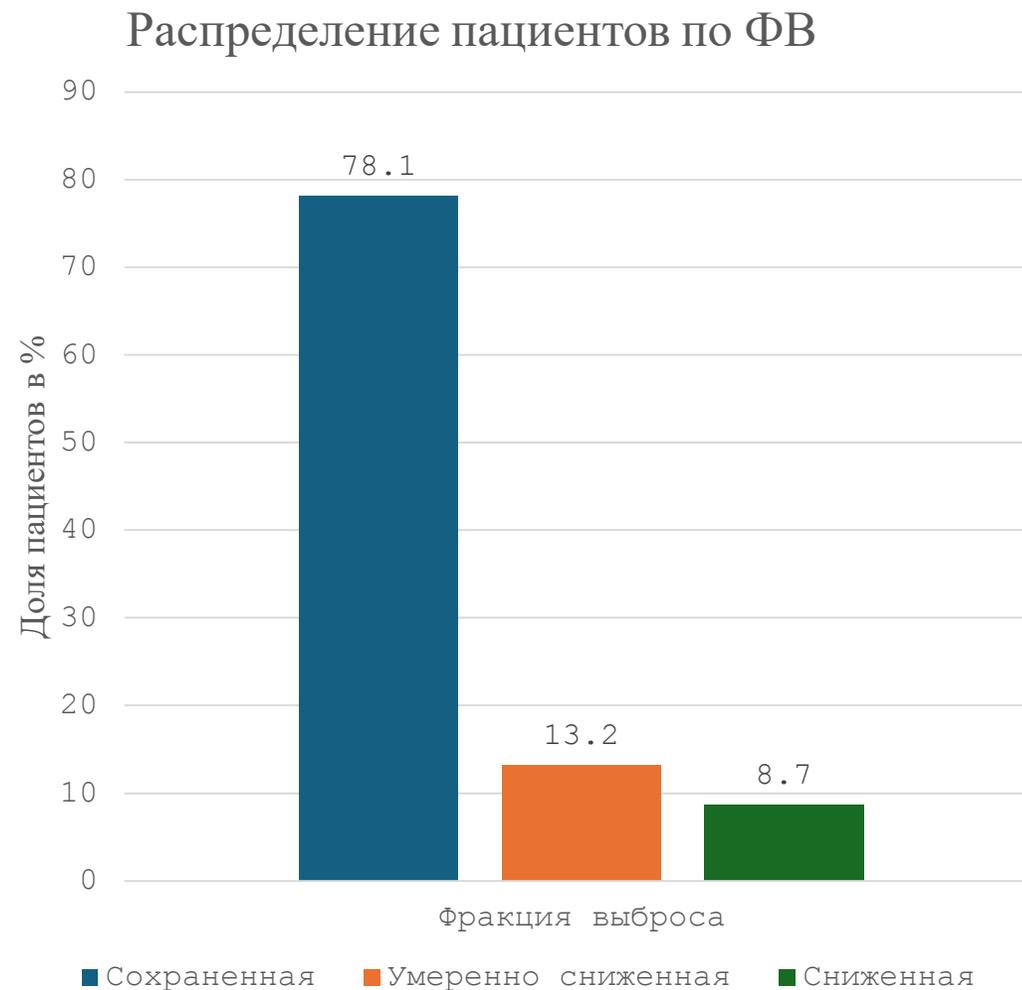


Оценка распространенности ССЗ и сопутствующих заболеваний

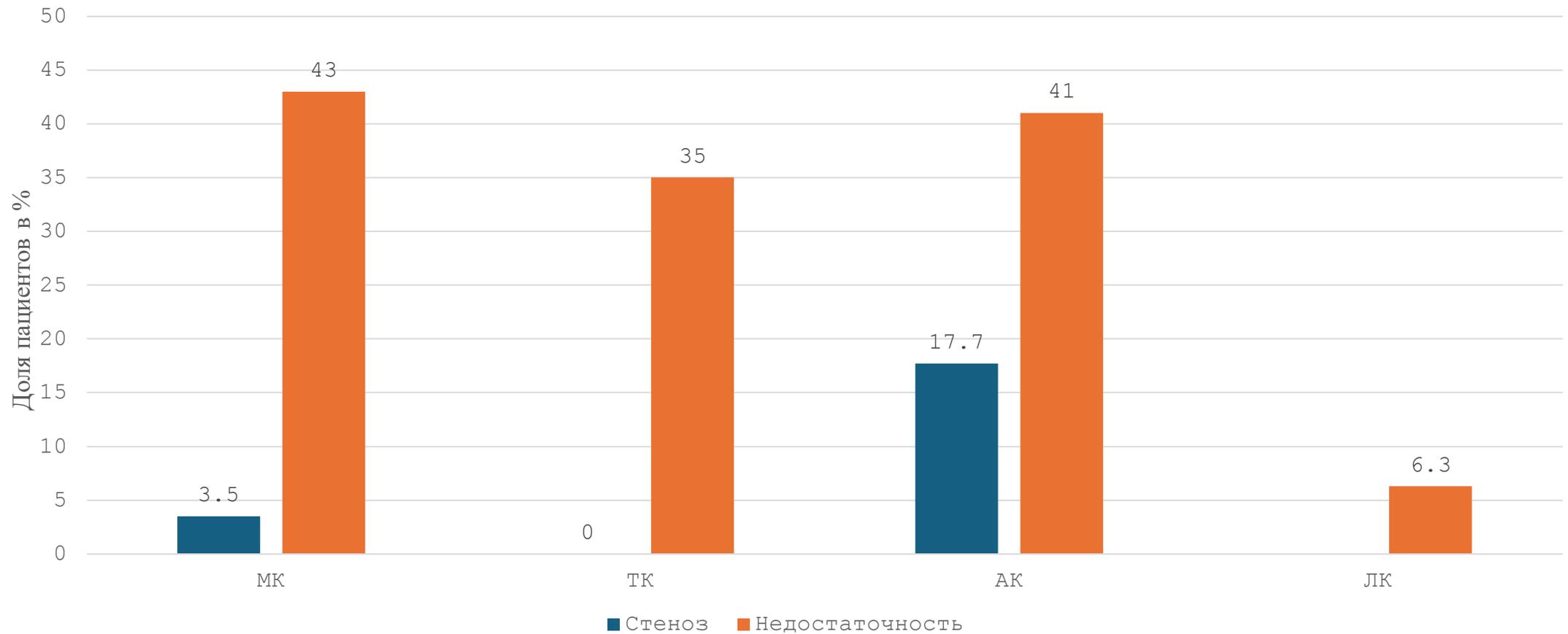


Особенности УЗИ сердца

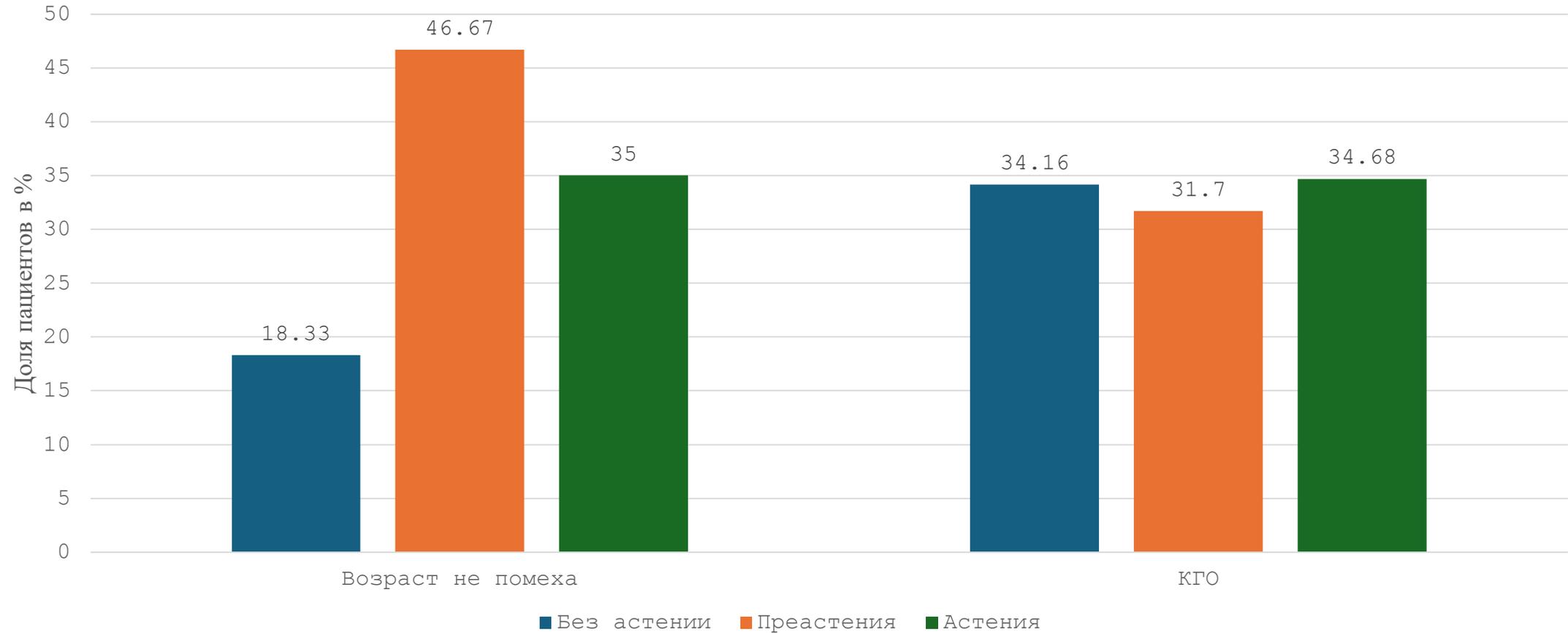
Результаты Эхо-КГ представлены в таблице 4. Расширение Ао более 3,7 см присутствовала у 35 пациентов (31,25%) пациентов. Увеличение ЛП более 3,6 см присутствовало у 105 пациентов (95,4%). Увеличение ПЖ более 2,6 см было у 44 пациентов (39,6%). Увеличение КДР более 5,5 см было у 27 пациентов (24%), КСР встречалась у 43 пациентов (38%). Зоны гипо/акинезии имели 47 пациентов (41,2%). Гипертрофию межжелудочковой перегородки более 1,1 см имели 62 пациента (54,8%), задней стенки левого желудочка имели 21 пациент (18,6%). Легочная гипертензия присутствовала у 79 пациентов (69,9%).



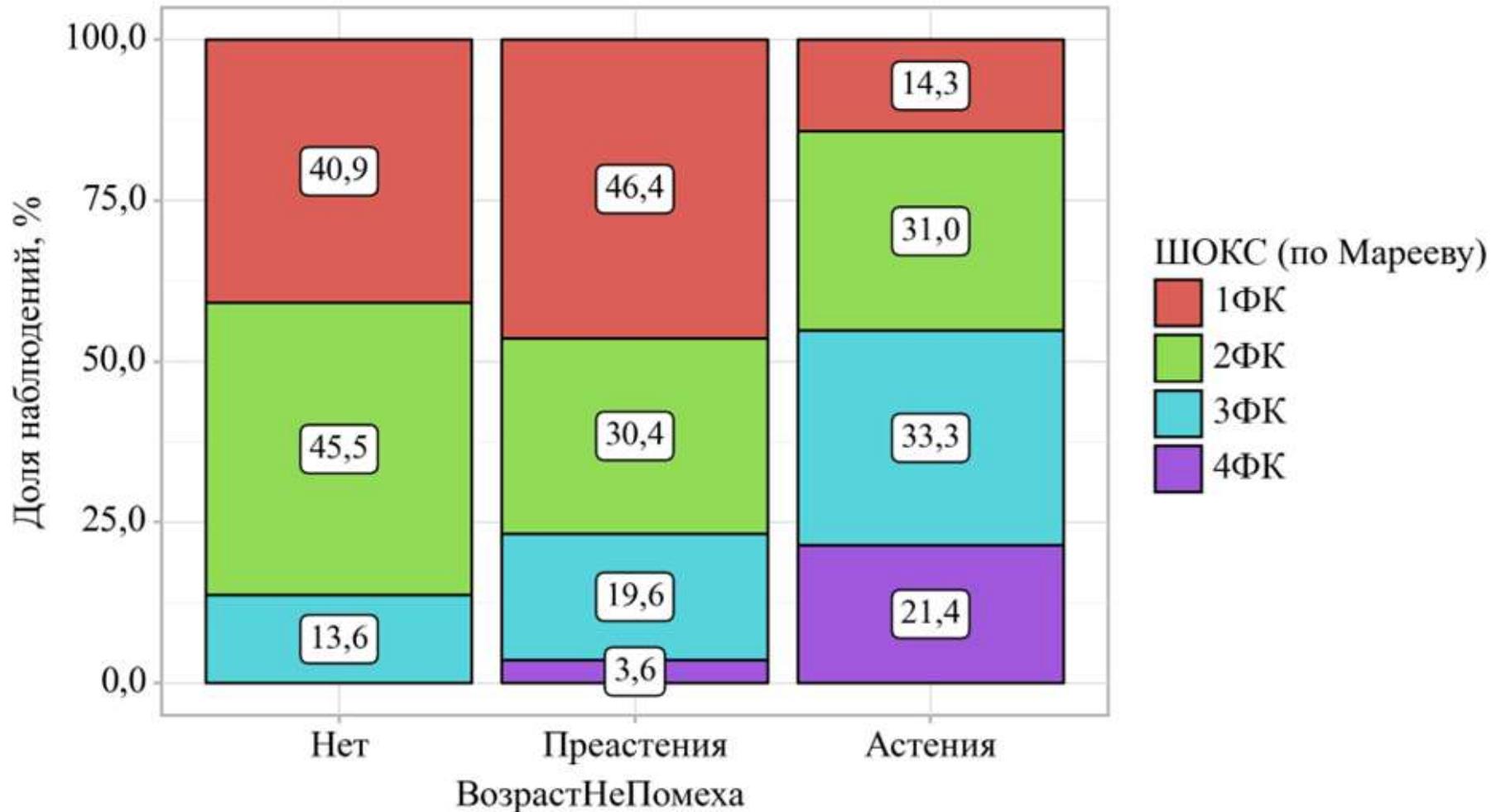
Частота встречаемости клапанной патологии по данным УЗИ сердца



Частота встречаемости синдрома старческой астении



Показатели "ШОКС (по В. Ю. Марееву)" в зависимости от опросника «Возраст не помеха»



Показатели качества жизни и уровень депрессии в зависимости от наличия астении

Категории	EQ-5D-5L (ед.)		p
	Me	Q ₁ – Q ₃	
Нет астении	0,86	0,81 – 0,88	$P_{\text{Преастения}} - \text{Нет} = 0,007^*$
Преастения	0,79	0,69 – 0,84	$P_{\text{Астения}} - \text{Нет} < 0,001^*$
Астения	0,64	0,54 – 0,72	$P_{\text{Астения}} - \text{Преастения} < 0,001^*$

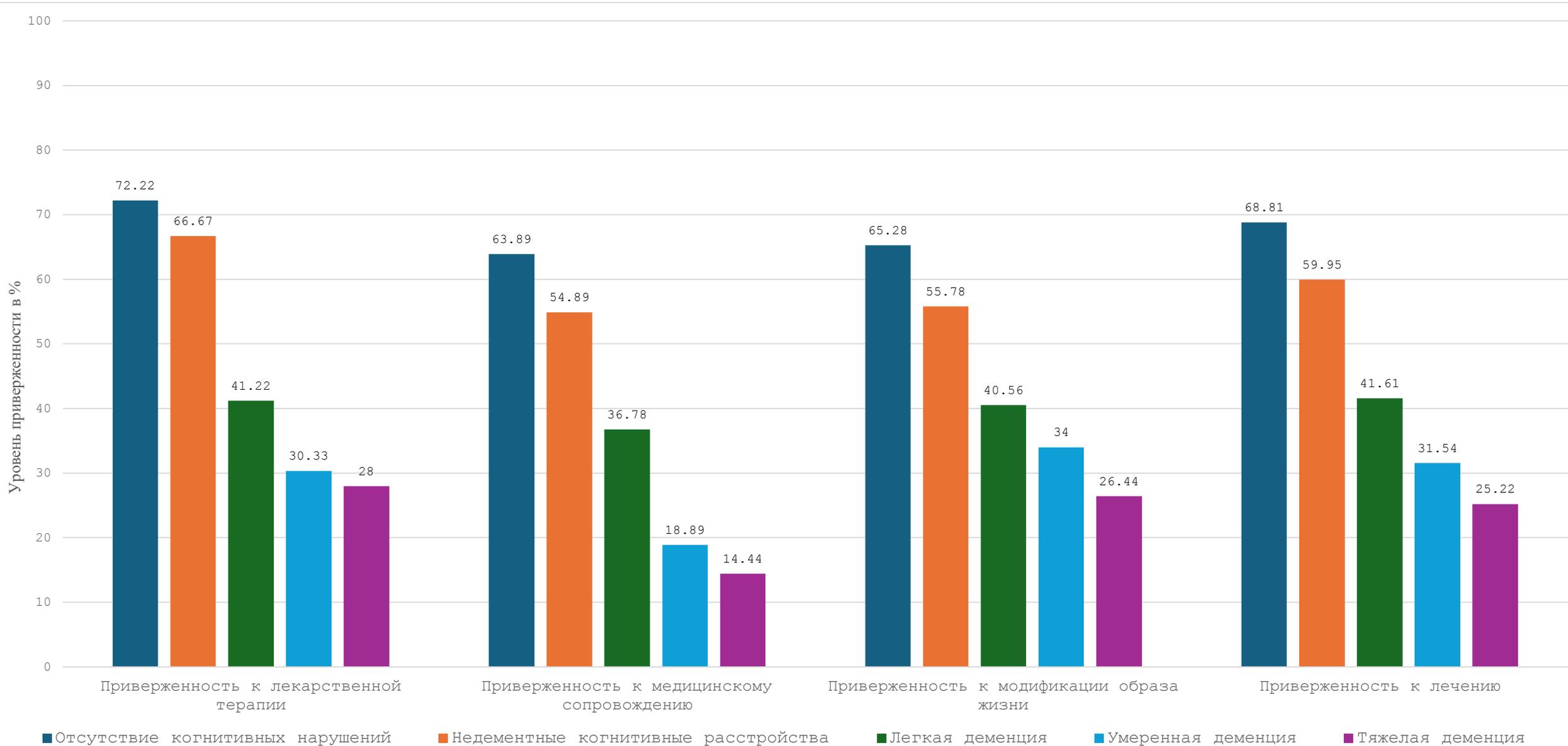
	Герiatricкая шкала депрессии (балл)		p
	Me	Q ₁ – Q ₃	
Нет астении	0,00	0,00 – 2,75	$P_{\text{Преастения}} - \text{Нет} = 0,011^*$
Преастения	2,00	1,00 – 5,00	$P_{\text{Астения}} - \text{Нет} < 0,001^*$
Астения	5,00	3,00 – 6,00	$P_{\text{Астения}} - \text{Преастения} =$

Показатели ФВ и средней ЧСС в течении суток в зависимости от наличия астении

	Фракция выброса		p
	M ± SD	95% ДИ	
Без астении	60,53±1,01	58,49–62,58	P _{Астения - без астении} = 0,001*
Преастения	56,71±1,85	52,94–60,47	
Астения	52,17±1,87	48,37–55,97	

	Средняя ЧСС в течение всего наблюдения		p
	Me	Q ₁ – Q ₃	
Без астении	65,00	58,50 – 74,50	P _{Астения - без астении} = 0,002*
Преастения	69,00	62,50 – 75,00	
Астения	75,75	66,88 – 91,00	

Показатели приверженности (по КОП-25) в зависимости от когнитивного статуса



ВЫВОДЫ

- В структуре ХСН у лиц старческого возраста преобладает ХСН ПА стадия (74,2%), II и III ФК (52,5% и 45% соответственно).
- Основными причинами госпитализации в кардиологический стационар были АГ (45%), ФП(20,8%) и СН (28,3%).
- Наиболее распространенными заболеваниями у лиц с ХСН старческого возраста были АГ (99,2%), ФП (55%), СН (70,8%), ожирение (35%) и СД(16,7%).
- Сохраненную фракцию выброса (больше 50%) имели 78,1%, у лиц с астенией наблюдалось статистически значимое снижение ФВ по сравнению с лицами без астении (60,5% и 52,1% соответственно). Увеличение левого предсердия было у 95,4%. Стеноз аортального клапана у 17,7%. Недостаточность митрального клапана встречалась у 43%, трикуспидального клапана у 35%, недостаточность аортального клапана 41%.
- Распространенность синдрома старческой астении в нашем исследовании составила 35%. Пациенты с астенией имели более высокий ФК ХСН, уровень депрессии, низкое качество жизни, Лица с астенией имели более высокую ЧСС, в течение суток.
- Пациенты, страдающие деменцией, демонстрируют значимо сниженную приверженность к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и лечению
- Средний процент от максимально рекомендованной дозы для ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы составил $47,96 \pm 31,63\%$, для β -блокаторов $30,77 \pm 19,94\%$, для антагонистов минералокортикоидных рецепторов $79,9 \pm 33,92\%$. Отмечается крайне низкое назначение ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, даже у пациентов со сниженной фракцией выброса.

