

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Е. Седова¹, кандидат медицинских наук,
Н. Позднякова², кандидат медицинских наук,

Т. Титова²,
Л. Титова²,

К. Козлов¹, доктор медицинских наук, профессор

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии

²Научно-исследовательский медицинский центр

«Геронтология», Москва

E-mail: imcgerontologija@mail.ru

Обсуждены особенности острого коронарного синдрома (ОКС) у людей старших возрастных групп, влияние старческой астении и преаестении на риск неблагоприятных исходов, а также эффективность введения в комплекс лечения пожилых людей с ОКС метаболических цитопротекторов и агонистов D2/D3-рецепторов.

Ключевые слова: кардиология, острый коронарный синдром, пожилой возраст, старческая астения.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) значительно снижает качество жизни пациентов старших возрастных групп, приводит к инвалидизации и летальным исходам. У пожилых людей на долю ИБС приходится 2/3 случаев смерти от заболеваний сердца и 70% всех летальных исходов [1, 2]. Недостаточная эффективность медикаментозного лечения, безуспешность терапии при тяжелых формах ИБС и высокий риск фатальных последствий способствовали широкому распространению хирургических методов восстановления коронарного кровообращения. В последние годы доля лиц пожилого возраста среди пациентов кардиохирургического профиля возросла [3, 4]. Одна из распространенных форм ИБС, при которой требуется активная тактика, — острый коронарный синдром (ОКС) [5–7]. Ведение больных старших возрастных групп осложняется отсутствием общепринятых научно обоснованных подходов вследствие особенностей таких пациентов. Наличие у них полиморбидности, которая накладывается на возрастные изменения, ведет к развитию так называемых общих гериатрических синдромов, сочетание которых, в свою очередь, обуславливает развитие старческой астении (*frailty*), сопровождающейся выраженным угнетением жизнедеятельности. Старческая астения резко ограничивает резервные возможности организма и усугубляет течение кардиологической патологии [8, 9]. И если одни авторы выступают за расширение применения хирургических подходов к ведению таких больных при ОКС, то другие, напротив, являются сторонниками консервативной тактики.

Нашей целью было разработать и научно обосновать оптимизированную возраст-ориентированную модель оказания помощи людям старших возрастных групп при ОКС.

Исследование выполнено в рамках международного проекта GIRAFFE (Gerontological International Research Against Frailty: Fit Experience) путем ретроспективного, текущего и проспективного изучения регистра пациентов с ОКС за период 2011–2015 гг. В регистр были включены

2033 пациента: 1002 — среднего возраста; 698 — пожилого; 333 — старческого. Была сформирована также контрольная группа из 116 людей без выраженной соматической патологии (39 человек среднего возраста, 41 — пожилого, 36 — старческого). По возрастным и половым характеристикам контрольная группа не отличалась от пациентов, вошедших в регистр.

Изучались риски неблагоприятных исходов у пациентов с ОКС в зависимости от наличия/отсутствия старческой астении; анализировались маркеры состояния нейроиммунноэндокринной системы: фактор некроза опухоли- α и интерлейкины — 1 β , 4, 6, 10; методом компьютерной хемогеномики было обосновано использование метаболического цитопротектора триметазидина и агониста D2/D3-рецепторов пирибедила для оптимизации лечебных стратегий, применяемых при ОКС в пожилом и старческом возрасте; обоснована и внедрена данная возраст-ориентированная модель.

Исследование показало, что принадлежность к пожилому и старческому возрасту достоверно в большей степени, чем принадлежность к среднему возрасту, коррелировала со следующими критериями неблагоприятного прогноза при ОКС: наличие факторов риска развития ИБС (курение, гиперхолестеринемия; $r=0,822$; $p<0,003$) или клиники стенокардии в анамнезе ($r=0,901$; $p<0,001$); частота пульса >100 в минуту ($r=0,712$; $p<0,04$). При этом сам по себе пожилой и старческий возраст был самостоятельным фактором достоверно более высокой взаимосвязи с указанными критериями ($r=0,876$; $p<0,001$). Наличие же старческой астении в достоверно большей степени, чем у пациентов без нее, коррелировало с систолическим АД <100 мм рт. ст. ($r=0,912$; $p<0,02$); частотой пульса >100 в минуту ($r=0,800$; $p<0,03$); высоким классом сердечной недостаточности ($r=0,785$; $p<0,002$); массой тела <67 кг ($r=0,729$; $p<0,05$).

Таким образом, возрастной фактор играл самостоятельную роль в формировании прогноза исходов ОКС только в старческом возрасте; в пожилом возрасте он имел значение только при синдроме старческой астении. При этом старческая астения являлась самостоятельным фактором повышенного риска неблагоприятных исходов ОКС как в пожилом, так и в старческом возрасте, увеличивая риски в пожилом возрасте по шкале TIMI с 3,1 до 4,5 балла, а в старческом — с 3,8 до 5,1 балла, по шкале GRACE — соответственно со 116,5 до 128,4 и со 126,5 до 148,4 балла.

Нами установлено, что при наличии старческой преаестении и старческой астении ОКС являлся фактором усугубления гериатрического статуса по показателям саркопении ($r=0,812$; $p<0,05$), мальнутриции ($r=0,866$; $p<0,01$) и когнитивного дефицита ($r=0,902$; $p<0,03$); в отсутствие старческой преаестении и старческой астении ОКС не приводил к ухудшению гериатрического статуса.

Изучение нейроиммунноэндокринного статуса показало, что при увеличении выраженности коморбидной с ОКС старческой астении нарастала степень интерлейкинемии и снижался уровень противовоспалительных цитокинов. Старческая астения провоцировала активацию провоспалительной системы: уровни провоспалительных медиаторов воспаления в сыворотке крови по мере нарастания степени выраженности старческой астении нарастали, а активность противовоспалительной системы снижалась.

Таким образом, нейроиммунноэндокринный дисбаланс патофизиологически обосновал взаимовлияние старческой астении и ОКС и способствовал формированию неблагоприятного гериатрического статуса, что клинически проявлялось

Старческая астения у пациентов пожилого и старческого возраста с ОКС; % пациентов с определенным состоянием

Состояние пациентов по индексу старческой астении	В момент развития ОКС		Через 1 мес		Через 6 мес	
	стандартная модель	оптимизация	стандартная модель	оптимизация	стандартная модель	оптимизация
Хорошее здоровье	22,5	21,6	23,9	23,9	21,6	21,6
Преастения	23,9	24,8	10,9	15,9*	13,2	20,2*
Легкая астения	32,8	30,6	27,8	30,5	25,4	25,4
Умеренная астения	18,7	20,8	27,5	24,9	25,2	20,2*
Выраженная астения	2,1	2,2	9,9	4,7*	15,1	4,1*
Всего	100	100	100	100	100	100

Примечание. * – различия со стандартной моделью достоверны (p<0,05).

прогрессированием саркопении, когнитивного дефицита и мальнутриции, которые и определяли прогрессирование старческой астении.

При использовании в лечении ОКС у пожилых людей препаратов, которые блокируют провоспалительную активность, стимулируют противовоспалительные механизмы, митохондриальную цитопротекцию и ликвидируют ацетилхолин- и дофаминергический дефицит (в частности, сочетание метаболического цитопротектора и агониста D2/D3-рецепторов), были получены следующие результаты:

- достоверное изменение структуры старческой астении через 1 и 6 мес: снижение доли пациентов, у которых преастения перешла в старческую астению, соответственно на 5,0 и 7,0%, а также снижение доли пациентов, у которых старческая астения перешла в более тяжелые формы: легкая – в умеренную, умеренная – в тяжелую (соответственно на 21,6 и 18,9%; см. таблицу);
- прогностический референсный показатель летальности при долгосрочном прогнозировании в пожилом возрасте снижался с 4,95 до 3,02, а в старческом – с 15,7 до 9,6.

Таким образом, введение в комплекс лечения при ОКС в пожилом и старческом возрасте сочетания метаболических цитопротекторов (триметазидин) и агонистов D2/D3-рецепторов (пирибедил) способствовало профилактике развития и прогрессирования астении благодаря нормализации нейроиммуноэндокринного баланса, что клинически проявлялось снижением степени выраженности старческой астении и соответственно – риска неблагоприятных исходов.

Результаты лечения показали, что:

- у людей старших возрастных групп повышенный риск неблагоприятных исходов ОКС связан не с выбираемой по действующим критериям стратегией лечения, а с наличием старческой астении, ее прогрессированием вследствие ОКС, а также с повышенным риском развития старческой астении при ОКС у лиц с преастениями; наиболее значимые компоненты старческой астении, вносящие неблагоприятный вклад в исходы, – саркопения, когнитивный дефицит и мальнутриция;
- в пожилом и старческом возрасте у пациентов с ОКС следует проводить специализированный гериатрический осмотр с целью диагностики саркопении, мальнутриции и когнитивных расстройств при возникновении эпизода ОКС, через 1 и 6 мес после него;

- при выявлении преастении или старческой астении у людей с ОКС целесообразно дополнять выбранную лечебную стратегию приемом триметазидина (60 мг/сут) на протяжении 1–3-го месяцев после эпизода ОКС и пирибедила (50 мг/сут) на протяжении 2–3-го месяцев после такого эпизода при наличии преастении и в дозе 100 мг/сут – при старческой астении.

Литература

1. Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии / СПб: Прайм-Еврознак, 2007; с. 65–72.
2. Рибера-Касадо Дж. М. Старение и сердечно-сосудистая система. Гериатрия в лекциях. Под ред. П.А. Воробьева / М.: Ньюдиамед, 2002; с. 97–108.
3. Бокерия Л.А. и др. Эндоваскулярная хирургия при остром коронарном синдроме. Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца / М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2002; 324 с.
4. Бокерия Л.А., Никонов С.Ф., Олофинская И.Е. Хирургическое лечение заболеваний сердца у больных пожилого возраста: современные подходы к лечению, качество жизни и прогноз / М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2012; 120 с.
5. Ниязова-Карбен З.А., Сидоренко Б.А., Батыралиев Т.А. и др. Проспективный анализ консервативного лечения ОКС // Кардиология. – 2002; 5: 34–7.
6. Ariza-Solé A., Formiga F., Vidán M.T. et al. Impact of Frailty and Functional Status on Outcomes in Elderly Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Angioplasty: Rationale and Design of the IFFANIAM Study // Clin. Cardiol. – 2013; 36 (10): 565–9.
7. Karen P. Alexandre et al. Acute Coronary Care in the Elderly // Circulation. – 2007; 115: 2549–69.
8. Зарудский А.А., Процаев К.И. Старческая астения и сердечно-сосудистые болезни как факторы взаимоотношения // Современные проблемы науки и образования. – 2014; 1; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=11946> (дата обращения: 28.03.2016).
9. Ильницкий А.Н., Процаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013; 1; URL: gerontology.esrae.ru/ru/1-2 (дата обращения: 28.03.2016).

ACUTE CORONARY SYNDROME IN ELDERLY PEOPLE

*E. Sedova*¹, Candidate of Medical Sciences; *N. Pozdnyakova*², Candidate of Medical Sciences; *T. Titova*²; *L. Titova*²; *Professor K. Kozlov*¹, MD
¹Saint Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology
²Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper discusses the specific features of acute coronary syndrome in people from old age groups, the impact of senile asthenia and preasthenia on the risk of poor outcomes, and the efficiency of incorporating metabolic cytoprotective drugs and D2/D3 receptor agonists into complex treatment for elderly people with acute coronary syndrome.

Key words: cardiology, acute coronary syndrome, elderly age, senile asthenia.