

Новое направление в оценке приверженности лечению — акцент на гериатрические синдромы

Чукаева И. И., Ларина В. Н., Карпенко Д. Г., Ларин В. Г.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, Россия

Цель. Изучить факторы, определяющие приверженность оптимальной терапии пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), наблюдающихся в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В открытое, сравнительное одномоментное, нерандомизированное исследование были включены 80 пациентов с ХСН в возрасте ≥ 60 лет. Группу сравнения составили 40 пациентов (18 мужчин и 22 женщины) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы без ХСН. У пациентов оценивались индекс коморбидности, лабораторные и эхокардиографические параметры, 6-минутный тест ходьбы, когнитивный статус, приверженность лечению, проводилась двухфотонная рентгеновская абсорбциометрия. Критериями старческой астении считали наличие 3 признаков согласно шкале FRAIL (Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight).

Результаты. Приверженными лечению были 40% пациентов с ХСН и 75% — группы сравнения ($p < 0,001$). При однофакторном анализе установлена связь приверженности лечению с уровнем когнитивно-

го статуса по опроснику Mini-mental State Examination — отношение шансов (ОШ) 1,5; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,2-1,9 ($p < 0,001$), старческой астенией — ОШ 3,5; 95% ДИ 1,3-9,5 ($p = 0,011$), остеопорозом — ОШ 2,98; 95% ДИ 1,0-8,9 ($p = 0,050$), коморбидностью по Charlson — ОШ 1,21; 95% ДИ 1,0-1,5 ($p = 0,050$).

Заключение. Приверженными лечению оказались 40% амбулаторных пациентов с ХСН в возрасте ≥ 60 лет. Множественная сопутствующая патология, нарушенный когнитивный статус, остеопороз, старческая астения оказывают негативное влияние на приверженность лечению лиц старшего возраста с ХСН.

Ключевые слова: приверженность лечению, пожилой возраст, сердечная недостаточность, старческая астения, остеопороз.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(3): 46–51
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-3-46-51>

Поступила 18/04-2017

Принята к публикации 27/04-2017

Novel direction in adherence assessment — focus on the geriatric syndromes

Chukaeva I. I., Larina V. N., Karpenko D. G., Larin V. G.

N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU). Moscow, Russia

Aim. To investigate on the factors determining the adherence to optimal treatment in older age patients with chronic heart failure (CHF) in outpatient setting.

Material and methods. Into the open, comparative single-movement non-randomized study, 80 CHF patients were included at the age ≥ 60 y.o. Comparison group consisted of 40 patients (18 males, 22 females) with non-CHF cardiovascular disorders. Patients underwent the comorbidity assessment, laboratory and echocardiographic parameters, 6-minute walking test, cognitive status, treatment adherence, bi-photon x-ray absorptiometry. Criteria for frailty were 3 points by FRAIL (Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight).

Results. The adherent to treatment were 40% of CHF patients, and 75% in comparison group ($p < 0,001$). In monofactorial analysis there was correlation of treatment adherence with the level of cognition by Mini-

mental State Examination — odds ratio (OR) 1,5; 95% confidence interval (CI) 1,2-1,9 ($p < 0,001$), frailty — OR 3,5; 95% CI 1,3-9,5 ($p = 0,011$), osteoporosis — OR 2,98; 95% CI 1,0-8,9 ($p = 0,050$), comorbidity by Charlson — OR 1,21; 95% CI 1,0-1,5 ($p = 0,050$).

Conclusion. Adherent to treatment were 40% of outpatients with CHF at the age ≥ 60 y.o. Multiple comorbidities, impaired cognition status, osteoporosis, frailty influenced negatively the adherence to treatment in older persons with CHF.

Key words: treatment adherence, elderly, heart failure, frailty, osteoporosis.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(3): 46–51
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-3-46-51>

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДИ — доверительный интервал, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — лекарственный препарат, МПК — минеральная плотность кости, ОП — остеопороз, ОШ — отношение шансов, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, СО — стандартное отклонение, ФВ — фракция выброса, ФК — функциональный класс, ФР — фактор риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ШОКС — шкала оценки клинического состояния, ЭхоКГ — эхокардиография, FRAIL — Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight, MMSE — Mini-mental State Examination, NT-proBNP — N-концевой фрагмент мозгового натрийуретического фермента.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (910) 473-35-66

e-mail: larinav@mail.ru

[Чукаева И. И. — д. м. н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии лечебного факультета, Ларина В. Н.* — д. м. н., профессор кафедры, Карпенко Д. Г. — ассистент кафедры, Ларин В. Г. — к. м. н., доцент кафедры].

Результаты многих исследований и клинический опыт свидетельствуют о недостаточной приверженности лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), которая в последние годы расценивается как независимый фактор риска (ФР) прогрессирования заболевания и неблагоприятного прогноза [1, 2]. Из-за инволютивных процессов, происходящих в стареющем организме, люди старшего возраста склонны к полиморбидности, что неизбежно приводит к полипрагмазии и снижению приверженности лечению. Старение организма ассоциировано с рядом клинических гериатрических синдромов, которые, возможно, также вносят существенный вклад в изменение приверженности лечению, что требует дальнейшего изучения этой проблемы [3]. Понимание причин низкой приверженности оптимальной терапии пациентов пожилого возраста ХСН, наблюдающихся в амбулаторных условиях, помогут врачу оптимизировать длительное ведение таких пациентов.

Цель — изучить факторы, определяющие приверженность оптимальной терапии пациентов пожилого возраста с ХСН, наблюдающихся в амбулаторных условиях.

Материал и методы

Открытое, сравнительное, одномоментное, нерандомизированное исследование. Критерии включения:

- амбулаторные пациенты в возрасте ≥ 60 лет;
- ХСН II-IV функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца, диагностированная не менее 3 мес. перед включением в исследование; отсутствие госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН в течение предшествующих 3 мес.;
- стабильное фармакологическое лечение ХСН в течение 1 мес. до включения в исследование.

Критерии исключения:

- хронические заболевания, воздействующие на костный метаболизм: аутоиммунные и онкологические заболевания, миеломная болезнь и другие гематологические заболевания, тяжелая печеночная недостаточность, гиперфункция щитовидной железы, синдром Кушинга, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, ревматоидный артрит и другие заболевания, требующие назначения глюкокортикостероидов;
- уровень креатинина в сыворотке крови > 221 мкмоль/л, гемодиализ;
- инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения в течение последних 3 мес. перед исследова-

нием, ревматические пороки сердца, инфекционный эндокардит.

Диагноз ХСН устанавливали в соответствии с Российскими национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН (2013г) Российского кардиологического общества и Общества специалистов по сердечной недостаточности.

Группу сравнения составили 40 пациентов (18 мужчин и 22 женщины) в возрасте ≥ 60 лет с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), стабильная стенокардия напряжения, нарушения ритма сердца и др., без симптомов и признаков ХСН.

Для оценки состояния пациентов и степени выраженности клинических признаков ХСН использовали ШОКС (Шкалу оценки клинического состояния). Переносимость физической нагрузки определялась с помощью 6-минутного теста ходьбы [4], индекс коморбидности Charlson — онлайн калькулятора (<http://www.pmidcalc.org/?sid=3558716&newtest=Y>) [5], когнитивный статус — краткой шкалы оценки психического статуса MMSE (Mini-mental State Examination). Результат 28-30 баллов свидетельствовал о нормальном когнитивном статусе, 26-27 баллов — легком, 24-25 — умеренном, ≤ 23 — выраженном когнитивном нарушении. Критерием старческой астении считали наличие хотя бы 3 признаков согласно шкале FRAIL (Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight) (таблица 1) [6].

Приверженность лечению оценивали с помощью клинико-психологической шкалы Мориски-Грин. Приверженными признавали пациентов, набравших 4 балла.

Лабораторное обследование проводили на базе клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ “Диагностический клинический центр № 1 Департамента здравоохранения г. Москвы” (ГБУЗ “ДКЦ № 1 ДЗМ”). Показатели определяли на автоматическом биохимическом анализаторе “Olympus 5800” (“JP, Olympus Corporation”, США) по стандартным методикам с использованием реагентов производителя. Концентрацию N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического фермента (NT-proBNP) в сыворотке крови определяли с помощью электрохемилюминесцентного анализа с использованием специализированной тест-системы Roche (Германия) “pro-BNP II Elecsys “Cobase E”. Результаты выражали в пг/мл, с референсным значением < 169 пг/мл.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по модифицированной формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study Equation) [6]. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно NKF K/DOQI (The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative), Guidelines 2002 при уровне СКФ < 60 мл/мин/1,73 м², которая сохранялась на протяжении ≥ 3 мес., даже при отсутствии других маркеров повреждения почек.

Таблица 1

Шкала FRAIL

F atigue	Усталость (ощущение усталости большую часть времени в течение последних 4 нед.)
R esistance	Соппротивление (затруднение или неспособность пройти лестничный пролет)
A erobic	Аэробный (затруднение или неспособность пройти квартал)
I llness	Болезни (имеется > 5 заболеваний)
L oss	Потеря массы тела (потеря $> 5\%$ от прежней массы в течение последних 6 мес.)

Таблица 2
Клинико-демографические и ЭхоКГ показатели пациентов с ХСН и группы сравнения

Показатель	Группа ХСН (n=80)	Группа сравнения (n=40)	p
Пол (муж/жен), %	(44/56)	(45/55)	0,896
Возраст, годы	75 (71-79)	72 (69-76)	0,090
Наличие супруга (супруги), n (%)	69 (86,3)	39 (98)	0,052
Высшее образование, n (%)	44 (55)	27 (67)	0,189
ИМТ, кг/м ²	28 (24-31)	28 (26-33)	0,172
Ожирение, n (%)	28 (35)	17 (42)	0,423
ИБС, n (%)	56, (70)	6 (15)	<0,001
АГ, n (%)	76 (95)	27 (67)	<0,001
Анемия, n (%)	24 (30)	8 (20)	0,243
ФП, n (%)	31 (39)	4 (10)	0,001
СД-2, n (%)	25 (31)	12 (30)	0,888
ОНМК, n (%)	8 (10)	0	0,038
ММСЕ, баллы	25 (22-27)	26 (24-28)	0,333
ФВ ЛЖ, %	57 (45-60)	62 (56-65)	<0,001
ИЛП, см	2,3 (2,0-2,6)	2,0 (2,0-2,2)	<0,001
ХБП, n (%)	53 (66)	16 (40)	<0,01
САД, мм рт.ст.	130 (120-140)	130 (120-140)	0,532
ДАД, мм рт.ст.	80 (70-90)	80 (80-90)	0,041
ЧСС, уд./мин	69 (63-78)	70 (66-73)	0,823
Индекс коморбидности (Charlson)	4,5 (3,0-6,0)	2,0 (2,0-4,0)	<0,001
NT-proBNP, пг/мл	621 (217-1706)	116 (102-178)	<0,001

Примечание: данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q25-Q75), p — для различий при сравнении групп больных. ИМТ — индекс массы тела, ИМ — инфаркт миокарда, ФП — фибрилляция предсердий, СД-2 — сахарный диабет 2 типа, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ИЛП — индексированное левое предсердие, САД — систолическое артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ЧСС — частота сердечных сокращений.

С целью определения минеральной плотности кости (МПК) было выполнено денситометрическое исследование методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Lunar Prodigy (General Electric, США). Исследовали МПК в поясничном отделе позвоночника (L₂-L₄) и шейке бедра (Femoral Neck). Костную массу оценивали по содержанию минералов на единицу площади костной ткани (г/см²), а также от среднего показателя пиковой костной массы молодых женщин (Т-критерий) в стандартных отклонениях (СО). Остеопенический синдром определяли в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения: Т-критерий в диапазоне -1 до -2,4 СО расценивали как остеопению, ≤-2,5 СО — как остеопороз (ОП). При постановке диагноза ОП учитывались анамнестические данные и сопутствующие заболевания, способные влиять на показатели МПК.

Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование проводили в двухмерном (В-режиме) и доплеровских режимах (импульсно-волновом и постоянно-волновом) на аппарате GE Vivid-3. Фракцию выброса (ФВ) левого желу-

дочка (ЛЖ) определяли методом Симпсона. При ЭхоКГ исследовании придерживались рекомендаций, предложенных Американской Ассоциацией эхокардиографистов.

Набор пациентов в исследование проводили на базе кафедры поликлинической терапии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова (РНИМУ им. Н. И. Пирогова) — ГБУЗ «ДКЦ № 1 ДЗМ». Протокол исследования был принят к сведению этическим комитетом РНИМУ им. Н. И. Пирогова. До включения в исследование у всех пациентов было получено письменное информированное согласие.

При статистической обработке результатов использовали IBM SPSS Statistics version 21. Проверка гипотезы нормальности распределения значений количественных признаков осуществлялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. С учетом отсутствия нормальности распределения применялись методы непараметрической статистики. Для описания количественных признаков применялись медиана (Me) и межквартильный размах (Q25-Q75). Для сравнения количественных признаков использовали ранговый U-критерий Манна-Уитни, для сравнения качественных показателей использовали таблицы сопряженности 2 × 2 по критерию χ² Пирсона с поправкой Йетса и точному критерию Фишера. Для оценки взаимосвязи между непрерывными показателями применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для оценки взаимосвязи показателей определяли отношение шансов (ОШ) и его 95% доверительный интервал (ДИ) при однофакторном анализе в модели логистической регрессии. Различия считали статистически значимыми при значениях двустороннего p<0,05.

Результаты

В исследование были включены 80 пациентов с ХСН (45 женщин, 35 мужчин) в возрасте 60-89 лет. Причиной ХСН у 63 (79%) пациентов была ИБС, у 17 (21%) — АГ. Ко II ФК были отнесены 45 (56,3%), к III ФК — 34 (42,5%), к IV ФК — 1 (1,2%) пациент. Вредные привычки (курение) были зарегистрированы у 13 (16%) пациентов. Длительность ХСН составила 24 (12-48) мес. Клинико-демографические показатели пациентов с ХСН и группы сравнения представлены в таблице 2.

ОП имели 35 (60,3%) из 58 пациентов с ХСН и 6 (26,1%) из 23 человек группы сравнения (p=0,005), локомоторные падения — 36 (45%) больных ХСН и 12 (30%) пациентов из группы сравнения (p=0,113). Переломы костей скелета в анамнезе имелись у 31 (39%) пациента с ХСН и у 8 (20%) пациентов группы сравнения (p=0,039). Старческая астения выявлена у 34 (42,5%) пациентов с ХСН и у 2 (5%) из группы сравнения (p<0,001).

Приверженность лечению по шкале Мориски-Грин у пациентов с ХСН составила 3,0 (3,0-4,0) балла, группы контроля — 4,0 (3,5-4,0) балла (p=0,003). Приверженными лечению оказались 32 (40%) из 80 пациентов с ХСН и 30 (75%) из 40 группы сравнения (p<0,001).

Таблица 3

Клинико-демографические и ЭхоКГ показатели пациентов с ХСН

Показатель	Приверженные лечению (n=32)	Неприверженные лечению (n=48)	p
Пол (муж/жен), %	(50/50)	(39/61)	0,358
Возраст, годы	74 (66-77)	76 (73-81)	0,010
Наличие супруга (супруги), n (%)	28 (87)	40 (83)	0,066
Высшее образование, n (%)	20 (62)	24 (50)	0,271
ИМТ, кг/м ²	29,5 (26,9-31,7)	27,0 (24,0-31,0)	0,183
3 заболевания и более, n (%)	28 (87)	46 (96)	0,166
ИБС, n (%)	24 (75)	32 (66)	0,425
АГ, n (%)	31 (97)	48 (100)	0,218
Анемия, n (%)	7 (22)	18 (37)	0,139
ФП, n (%)	9 (28)	22 (46)	0,111
Гиперлипидемия, n (%)	12 (37)	22 (48)	0,460
СД-2, n (%)	11 (34)	14 (29)	0,623
ОНМК, n (%)	1 (0,03)	7 (14)	0,094
MMSE, баллы	27,0 (25,5-28,0)	23,5 (21,0-26,0)	0,004
ФВ ЛЖ, %	57 (46-60)	57 (44-61)	0,426
ХБП, n (%)	18 (56)	31 (64,5)	0,453
ФВ ЛЖ ≥45%, n (%)	18 (56)	37 (77)	0,048
ИЛП, см/м ²	2,4 (2,2-2,8)	2,3 (2,1-2,4)	<0,001
6 мин тест, метры	275 (200-338)	210 (180-340)	0,231
МПК FN, г/см ²	0,828 (0,758-0,891)	0,689 (0,600-0,833)	0,011
МПК L _{II} -L _{IV} , г/см ²	1,112 (0,892-1,205)	1,029 (0,835-1,257)	0,364
ШОКС, баллы	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (4,0-7,0)	0,272
САД, мм рт.ст.	125 (118-140)	140 (130-150)	0,009
ДАД, мм рт.ст.	80 (70-80)	80 (70-90)	0,312
ПАД, мм рт.ст.	50 (40-60)	54 (50-70)	0,012
ЧСС, уд./мин	70 (70-74)	67 (62-80)	0,373

Примечание: данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q25-Q75), p — для различий при сравнении групп больных. ИМТ — индекс массы тела, ФП — фибрилляция предсердий, СД-2 — сахарный диабет 2 типа, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ИЛП — индексированное левое предсердие, САД — систолическое артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ПАД — пульсовое артериальное давление, ЧСС — частота сердечных сокращений.

Таблица 4

Медикаментозное лечение пациентов с ХСН

	В целом по группе, n=80	Приверженные лечению, n=32	Неприверженные лечению, n=48	p
ИАПФ (n, %)	61 (76)	22 (69)	39 (81)	0,198
АРА (n, %)	11 (14)	6 (19)	5 (10)	0,289
Диуретики (n, %)	52 (65)	22 (69)	30 (62)	0,565
Спиронолактон (n, %)	21 (26)	7 (22)	14 (29)	0,173
β-АБ (n, %)	65 (81)	27 (84)	38 (79)	0,558
Дигоксин (n, %)	16 (20)	7 (22)	9 (18)	0,732
≥5 ЛП (n, %)	49 (61)	17 (40)	32 (66)	0,223
Количество ЛП, M±SD	4,9±1,3	4,8±1,3	5,0±1,2	0,256

Примечание: данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q25-Q75), p — для различий при сравнении групп больных. ИАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, β-АБ — бета-адреноблокаторы.

В зависимости от приверженности лечению пациенты с ХСН были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 32 приверженных, во вторую — 48 неприверженных лечению пациентов (таблица 3).

Коморбидность по шкале Charlson в группе пациентов, приверженных лечению, составила 3 (3-5) балла, неприверженных — 5 (3-7) баллов

(p=0,017). Старческая астения выявлялась у 8 (25%) приверженных лечению пациентов с ХСН и у 26 (54%) неприверженных лечению (p=0,009). Выраженные когнитивные нарушения имелись у 5 (16%) приверженных и у 24 (50%) пациентов, неприверженных лечению (p=0,001). Медикаментозное лечение пациентов с ХСН представлено в таблице 4.

Лабораторные показатели больных с ХСН

Показатель	Приверженные лечению (n=32)	Неприверженные лечению (n=48)	p
Гемоглобин г/л	139 (127-134)	130 (122-139)	0,098
Гликированный гемоглобин, %	6 (5,5-7)	5,8 (5,4-6,5)	0,465
Калий, ммоль/л	4,8 (4,3-5,0)	4,7 (4,4-5,1)	0,917
Натрий, ммоль/л	142 (139-144)	142 (140-144)	0,380
Мочевая кислота, мкмоль/л	404 (340-470)	350 (288-449)	0,535
Глюкоза, ммоль/л	5,4 (5,0-6,2)	5,7 (5,2-6,2)	0,139
Общий холестерин, ммоль/л	5,0 (4,0-6,0)	5,5 (4,3-6,6)	0,319
Креатинин, мкмоль/л	105 (93-122)	105 (86-120)	0,275
Паратгормон, пмоль/л	4,8 (3,6-7,8)	5,5 (4,3-7,7)	0,920
Витамин D, нг/мл	10,5±4,8	10,5±4,8	0,201
СКФ, мл/мин/1,73 м ²	56 (44-53)	50 (44-60)	0,841
NT-proBNP, пг/мл	434 (184-820)	759 (283-2601)	0,268

Примечание: данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q25-Q75), p — для различий при сравнении групп больных.

Результаты лабораторного обследования больных с ХСН представлены в таблице 5.

При однофакторном регрессионном анализе установлена связь приверженности лечению с уровнем когнитивного статуса по MMSE — ОШ 1,5; 95% ДИ 1,2-1,9 ($p < 0,001$), старческой астенией — ОШ 3,5; 95% ДИ 1,3-9,5 ($p = 0,011$), ОП — ОШ 2,98; 95% ДИ 1,0-8,9 ($p = 0,050$), коморбидностью по Charlson — ОШ 1,21; 95% ДИ 1,0-1,5 ($p = 0,050$). Независимо ассоциируемыми со старческой астенией оказались возраст > 74 лет — ОШ 2,9; 95% ДИ 1,1-7,3 ($p = 0,028$) и падения — ОШ 3,3; 95% ДИ 1,3-8,4 ($p = 0,011$).

Обсуждение

Улучшение понимания факторов, ассоциируемых с приверженностью медикаментозной терапии и здоровому поведению, становится важным моментом в выборе стратегии ведения амбулаторных пациентов с ХСН. Особое внимание необходимо уделять приверженности лечению пациентов старшей возрастной группы со старческой астенией и другими гериатрическими синдромами. В настоящее время возрастает интерес к таким пациентам, поскольку появляются данные, свидетельствующие о влиянии гериатрических синдромов на функциональное состояние, качество и прогноз жизни, а выявление факторов недостаточной приверженности лечению поможет предотвратить появление неблагоприятных событий и разработать тактику длительного ухода за пациентами [7, 8].

Согласно полученным результатам приверженными лечению оказались 40% амбулаторных пациентов пожилого возраста с ХСН, что соответствует существующим современным данным. Низкую приверженность разным видам лечения определяли у каждого четвертого, а в пожилом возрасте — у каждого второго пациента с ХСН [9, 10].

Приверженные и неприверженные лечению пациенты были сопоставимы по полу, длительности ХСН, лабораторным параметрам. Неприверженные лечению пациенты оказались старше, среди них чаще встречались лица с более высоким уровнем систолического и пульсового артериального давления (АД), сохраненной ФВ ЛЖ и когнитивными расстройствами.

Пожилые больные с когнитивными расстройствами, как правило, затрудняются представить корректно данные анамнеза, что необходимо доктору для правильной постановки диагноза и подбора терапии; не помнят рекомендации врача, не соблюдают режим приема лекарств и не придерживаются здорового образа жизни. Нарушение когнитивного статуса у лиц старшего возраста с ХСН тесно связано со снижением приверженности лечению за счет ухудшения памяти, концентрации внимания и/или интеллекта [11]. И действительно, анализируя ответы на вопросы анкеты оценки приверженности лечению, было отмечено, что больные старшей возрастной группы часто намеренно пропускали прием лекарственных препаратов (ЛП) из-за плохого самочувствия, но при наличии ХСН не принимали ЛП при хорошем самочувствии, а также невнимательно относились к часам приема ЛП, что свидетельствует о недопонимании необходимости постоянной терапии.

Медиана балла по шкале MMSE у приверженных лечению больных с ХСН составила 27,0 неприверженных — 23,5 ($p = 0,004$), а выраженные когнитивные нарушения оказались негативным фактором, влияющим на снижение приверженности лечению (ОШ 1,5). Мета-анализ 22 исследований с участием 2937 больных с ХСН и 14848 — без ХСН показал, что риск развития когнитивных расстройств в 1,6 раз выше при наличии ХСН, чем при

ее отсутствии (ОШ 1,61) [12]. Результаты Cardiovascular Health Study с участием 558 больных с ХСН (возраст $79,2 \pm 6,3$ лет, 52% мужчин) свидетельствуют о наличии ≥ 3 заболеваний у 60% пациентов, а данные многофакторного анализа показали, что сахарный диабет (ОШ 1,64), ХБП (ОШ 1,32), цереброваскулярная болезнь (ОШ 1,53), снижение функциональной активности (ОШ 1,30) и когнитивные нарушения (ОШ 1,33) ассоциируются с неблагоприятным прогнозом [13].

Недостаток знаний о заболевании, необходимости и целях лечения, отсутствие поддержки со стороны родственников, зависимость от окружающих, коморбидность, гериатрические синдромы также могут вносить свой вклад в снижение приверженности лечению. По результатам работы ОП (ОШ 2,98) и коморбидность по Charlson (ОШ 1,21) снижали приверженность лечению больных с ХСН, а лица со старческой астенией, ОП, падениями, переломами костей скелета чаще встречались в группе ХСН, чем в группе сравнения.

В настоящее время данных по распространенности старческой астении при ХСН недостаточно, хотя показано, что эти состояния часто сосуществуют. Ведущие черты старческой астении имеют много общего с типичными симптомами ХСН, а ее частота увеличивается с возрастом. В единичных работах представлены данные, свидетельствующие о наличии этого синдрома у 25% пациентов с ХСН и у 70% — среди лиц >80 лет [14].

В работе использована шкала FRAIL, рекомендованная для выявления старческой астении в клинической практике [6]. Согласно данным старческая астения отмечена у 42,5% больных с ХСН

и у 5% больных группы сравнения, а при однофакторном анализе была подтверждена связь неприверженности лечению с наличием старческой астении (ОШ 3,5). Возраст >74 лет (ОШ 2,9) и падения в анамнезе (ОШ 3,3) оказались ФР старческой астении у лиц с ХСН.

Принципы лечения пожилых с ХСН такие же, как в общей популяции. Однако, в силу большей частоты ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ и отсутствия убедительных данных о высокой эффективности каких-либо классов ЛП, основной целью терапии является уменьшение выраженности симптомов, лечение сопутствующей патологии и улучшение качества жизни. Анализируя терапию больных с ХСН, отметили не полное ее соответствие существующим рекомендациям. Так, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина II применяли 63-80%, β -адреноблокаторы — 41-74%, антагонисты минералкортикоидных рецепторов — 20-48% обследованных амбулаторных больных с ХСН [15].

Заключение

Приверженными лечению оказались 40% амбулаторных больных с ХСН в возрасте ≥ 60 лет. Неприверженные лечению больные были старше и чаще имели гериатрические синдромы. Старческая астения выявлена у 42,5% пациентов с ХСН и у 5% из группы сравнения. Множественная патология, нарушенный когнитивный статус, остеопороз, старческая астения оказывают негативное влияние на приверженность лечению больных старшего возраста с ХСН, что требует своевременного их выявления и дальнейшей коррекции.

Литература

1. Mareev VYu, Ageev FT, Arutyunov GP, et al. National recommendations of OCCH, PKO and PHMOT about diagnostics and treatment of HSN (fourth revision). Heart failure of 2013; 7 (81): p. 405. Russian (Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Сердечная Недостаточность 2013; 7 (81): с. 405).
2. Störk S, Kavolunione A, Vinereanu D, et al. What does the lay public know about heart failure? Findings from the Heart Failure Awareness Day Initiative. Eur J of Heart Fail 2016; 18: 66-70.
3. Mentz R, Kelly J, von Lueder T, et al. Noncardiac Comorbidities in Heart Failure With Reduced Versus Preserved Ejection Fraction. JACC 2014; 64(21): 2281-93.
4. Guyatt G, Thompson P, Berman L, et al. How should we measure function in patients with chronic heart and lung disease? J Chron Dis 1985; 38, Suppl 6: 517-24.
5. Charlson M, Pompei P, Ales K, Mackenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40(5): 373-83.
6. Morley J, Malmstrom T, Miller D. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. J Nutr Health Aging 2012; 16 (7): 601-8.
7. Ponikowski P, Voors A, Anker S, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2016; doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
8. Beard J, Officer A, de Carvalho I, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet 2016; 387: 2145-54.
9. Efremova EV, Mevzorov MV, Sabitov IA. Commitment to treatment of patients with chronic heart failure in the conditions of a komorbidnost. Clinical of medicine 2015; 10: 20-4. Russian (Ефремова Е.В., Мевзоров М.В., Сабитов И.А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. Клиническая медицина 2015; 10: 20-4).
10. Yancy C, Fonarow G, Albert N, et al. Adherence to Guideline-Recommended Adjunctive Heart Failure Therapies Among Outpatient Cardiology Practices (Findings from IMPROVE HF). Am J Cardiol 2010; 105: 255-60.
11. McLennan S, Pearson S, Cameron J, Stewart S. Prognostic importance of cognitive impairment in chronic heart failure patients: Does specialist management make a difference? Eur J Heart Failure 2006; 8: 494-501.
12. Vogels R, Scheltens P, Schroeder-Tanka J, Weinstein H. Cognitive impairment in heart failure: A systematic review of the literature. Eur J Heart Fail 2007; 5 (9): 440-9.
13. Murad K, Goff D, Morgan T, et al. Burden of Comorbidities and Functional and Cognitive Impairments in Elderly Patients at the Initial Diagnosis of Heart Failure and Their Impact on Total Mortality: The Cardiovascular Health Study. JACC Heart Fail 2015; 3 (7): 542-50.
14. van Deursen V, Urso R, Laroche C, et al. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey. Eur J of Heart Fail 2014; 16: 103-11.
15. Luttik M, Jaarsma T, van Geel P, et al. Long-term follow-up in optimally treated and stable heart failure patients: primary care vs. heart failure clinic. Results of the COACH-2 study. Eur J Heart Fail 2014; 16: 1241-8.