

«СТАРЧЕСКИЙ» АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Артющик В.В., Пристром М.С., Семененков И.И.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кафедра терапии,
г. Минск, Республика Беларусь*

В Республике Беларусь, как и в других странах мира, отмечается увеличение численности населения в возрасте 60 лет и старше - процесс старения населения. В связи с этим с каждым годом неуклонно возрастает и частота заболеваний, встречающихся преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста, и, прежде всего, - рост патологии сердечно-сосудистой системы.

Аортальный стеноз в настоящее время является наиболее частой клапанной патологией сердца и среди всех сердечно-сосудистых заболеваний по частоте занимает 3-е место после артериальной гипертензии и ИБС [1,2]. Основными причинами приобретенного аортального стеноза у взрослых являются кальцификация створок нормального трёхстворчатого аортального клапана, кальцификация створок врождённого двустворчатого аортального клапана, а также ревматическая болезнь сердца. Главной причиной формирования аортального стеноза у взрослых является кальциноз аортального клапана (81,9% случаев), в то время как ревматическая болезнь сердца составляет лишь 11,2% случаев [3].

Начальной стадией развития кальцинированного аортального стеноза является аортальный склероз - локальное неравномерное утолщение и кальцификация створок аортального клапана без ограничения их подвижности и без формирования препятствия потоку крови через клапан. Указанные изменения створок аортального клапана можно выявить при проведении эхокардиографического исследования - следовательно, процесс развития кальцинированного аортального стеноза может быть диагностирован уже на ранней стадии. Аортальный склероз является частой патологией, встречающейся приблизительно у 25% населения в возрасте старше 65 лет и у 48% населения старше 84 лет [4, 5, 6]. Наличие у пациентов аортального склероза ассоциируется с повышенной сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью, причём эта связь сохраняется даже тогда, когда принимаются во внимание пол, возраст пациентов, наличие у них ИБС и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [6, 7, 8]. Механизм такой взаимосвязи остаётся до конца не выясненным.

Кальцинированный аортальный стеноз выявляется у 2-7% населения старше 65 лет [9], причём уровень распространения этого заболевания увеличивается с возрастом: у пациентов в возрасте 80 лет и старше частота выявления кальцинированного аортального стеноза уже составляет 15% и более [10]. У пожилых людей среди кардиальных причин летального исхода кальцинированный аортальный стеноз занимает второе место после коронарной болезни сердца [11]. В связи с процессом старения населения частота этого порока с каждым годом неуклонно возрастает.

Определённые трудности вызывает клиническая диагностика аортального стеноза у лиц пожилого и старческого возраста. Для этого порока характерен длительный бессимптомный период, когда пациенты не предъявляют жалоб, хорошо справляются с физическими нагрузками. Обычно наличие аортального стеноза у пациента в этот период определяется при выслушивании систолического шума в сердце во время обычного врачебного осмотра либо является случайной находкой при проведении эхокардиографического обследования [12].

Артериальная гипотензия, которая считается одним из признаков аортального стеноза, для пожилых больных с кальцинированным аортальным стенозом не является столь характерной. Наоборот, довольно часто (более чем в 50% случаев) даже тяжёлый аортальный стеноз у пожилых пациентов сочетается с артериальной гипертензией [13].

У пожилых больных аортальным стенозом пульс на сонных артериях может быть нормальным (в отличие от характерного для этого порока замедленного пульса с уменьшенной амплитудой - *pulsus parvus et tardus*), вследствие возрастных изменений сосудистой стенки, а также из-за наличия сопутствующей артериальной гипертензии.

Систолический шум у пациентов с кальцинированным аортальным стенозом имеет некоторые особенности. При выраженной кальцификации створок аортального клапана и вследствие отсутствия сращения комиссур клапана высокочастотные компоненты шума (колебания кальцинированных створок аортального клапана) проводятся к верхушке сердца, имитируя шум митральной недостаточности. К тому же у пациентов пожилого и старческого возраста интенсивность шума может быть небольшой.

Бессимптомный (латентный) период заболевания может продолжаться в течение нескольких десятков лет. Появление клинических симптомов кардинально меняет ход течения заболевания и характеризуется высокой смертностью пациентов, если не выполняется хирургическое вмешательство: средняя продолжительность жизни больных при наличии клинических симптомов заболевания составляет около 2-3 лет [14, 15]. Необходимо отметить и тот факт, что как общая смертность, так и риск внезапной смерти пациентов начинают возрастать уже в первые месяцы с момента появления клинических симптомов аортального стеноза.

Классическими клиническими симптомами аортального стеноза являются стенокардия, синкопальные состояния и симптомы сердечной недостаточности. Однако, клинические проявления кальцинированного аортального стеноза у пациентов пожилого и старческого возраста имеют свои особенности. Классические клинические симптомы аортального стеноза у этой категории больных часто можно выявить лишь на поздней стадии заболевания вследствие малоподвижного образа жизни таких пациентов, а первыми клиническими проявлениями заболевания могут быть выраженная общая слабость, быстрая утомляемость, снижение толерантности к обычным физическим нагрузкам, головокружение. Этим симптомам пожилые пациенты часто не придают значения, относя их к «старости», и вовремя не обращаются к врачу. Очень важно своевременно распознать головокружения и обморочные состояния у пациентов пожилого и старческого возраста, вызванные аортальным стенозом, так как неправильная трактовка таких состояний как неврогенных может иметь решающее значение для больного в связи с отсутствием необходимого лечения.

Вовремя не заподозренный и не диагностированный кальцинированный аортальный стеноз может быть причиной развившейся сердечной недостаточности «неясной этиологии».

Наряду с этим, довольно часто у больных пожилого и старческого возраста выявляется сопутствующая патология различных органов и систем, что также затрудняет своевременную диагностику клинических проявлений кальцинированного аортального стеноза у этой категории пациентов.

Все вышеуказанные обстоятельства указывают на то, что ранняя клиническая диагностика аортального стеноза у лиц пожилого и старческого возраста может быть крайне затруднительной.

В настоящее время отсутствуют способы консервативного лечения кальцинированного аортального стеноза, которые могли бы замедлить развитие патологического процесса в створках аортального клапана, улучшить прогноз пациентов с аортальным стенозом и отсрочить хирургическое вмешательство. Единственным эффективным методом лечения пациентов с аортальным стенозом в настоящее время является протезирование аортального клапана, которое показано всем пациентам с наличием клинических симптомов заболевания [9]. Своевременное хирургическое вмешательство в этом случае приводит не только к значительному уменьшению симптомов заболевания, но и к увеличению продолжительности жизни таких пациентов [16]. Следовательно, появление клинических симптомов является ключевым моментом в выборе оптимальной тактики ведения пациентов с аортальным стенозом. Исходя из этого, большое значе-

ние придаётся тщательному клиническому наблюдению таких больных, их обучению и регулярному проведению эхокардиографических исследований в динамике. Пациенты должны знать течение и прогноз своего заболевания, знать проявления типичных клинических симптомов болезни с целью своевременного их выявления.

Таким образом, актуальность проблемы кальцинированного аортального стеноза в пожилом и старческом возрасте в настоящее время обусловлена: увеличением в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста (старение населения), высоким уровнем распространения указанного заболевания у лиц этой возрастной категории, а также неблагоприятным прогнозом и высокой смертностью таких пациентов с наличием клинических симптомов заболевания, если не выполняется хирургическое вмешательство.

Литература:

1. Baumgartner, H. Aortic stenosis: medical and surgical management / H. Baumgartner // *Heart*. - 2005. - Vol. 91. - P. 1483-1488.

2. Recommendations on the management of the asymptomatic patient with valvular heart disease / B. lung [et al.] // *Eur. Heart J.* - 2002. - Vol. 23. - P. 1253-1266.

3. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease / B. lung [et al.] // *Eur. Heart J.* - 2003. - Vol. 24. - P. 1231-1243.

4. Prevalence of aortic valve abnormalities in the elderly: an echocardiographic study of a random population sample / M. Lindroos [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 1993. - Vol. 21, № 5. - P. 1220-1225.

5. Clinical factors associated with calcific aortic valve disease: Cardiovascular Health Study / B.F. Stewart [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 1997. - Vol. 29. - P. 630-634.

6. Association of aortic-valve sclerosis with cardiovascular mortality and morbidity in the elderly / C.M. Otto [et al.] // *N. Engl. J. Med.* - 1999. - Vol. 341, № 3. - P. 142-147.

7. Comparison of frequency of new coronary events in older subjects with and without valvular aortic sclerosis / W.S. Aronow [et al.] // *Am. J. Cardiol.* - 1999. - Vol. 83, № 4. - P. 599-600.

8. Aortic valve sclerosis relates to cardiovascular events in patients with hypertension (a LIFE substudy) / M.H. Olsen [et al.] // *Am. J. Cardiol.* - 2005. - Vol. 95. - P. 132-136.

9. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) / A. Vahanian [et al.] // *Eur. Heart J.* - 2012. - Vol. 33. - P. 2451-2496.

10. Comparison of echocardiographic abnormalities in African-American, Hispanic, and white men and women aged >60 years / W.S. Aronow [et al.] // *Am. J. Cardiol.* - 2001. - Vol. 87, № 9. - P. 1131-1133.

11. Кардиохирургические операции у восьмидесятилетних больных: достижения и проблемы / С.Р. Гиляревский [и др.] // *Российский кардиологический журнал*. - 2003. - № 2. - С. 77-86.

12. Roldan, C.A. Value of the cardiovascular examination for detecting valvular heart disease in asymptomatic subjects / C.A. Roldan, M.H. Crawford // *Am. J. Cardiol.* - 1996. - Vol. 77. - P. 1327-1331.

13. Cardiovascular risk factors in patients with aortic stenosis predict prevalence of coronary artery disease but not of aortic stenosis: an angiographic pair matched case-control study / J.R. Ortlepp [et al.] // *Heart*. - 2003. - Vol. 89. - P. 1019-1022.

14. Spontaneous course of aortic valve disease / J. Turina [et al.] // *Eur. Heart J.* - 1987. - Vol. 8. - P. 471—483.

15. Horstkotte, D. The natural history of aortic valve stenosis / D. Horstkotte, F. Loogen // *Eur. Heart J.* - 1988. - Vol. 9 (suppl E). - P. 57-64.

16. Should early elective surgery be performed in patients with severe but asymptomatic aortic stenosis? / R. Rosenhek [et al.] // *Eur. Heart J.* - 2002. - Vol. 23. - P. 1417-1421.