

## Успешная диагностика и лечение ХСН: четкое следование стандартам в сочетании с искусством врача



### Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)

является актуальной медико-социальной проблемой во всем мире.

Проблемным вопросам профилактики, диагностики и лечения ХСН посвящено интервью с научным руководителем отдела сердечной недостаточности ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Леонидом Георгиевичем Воронковым.

— Последние 30 лет во всем мире наблюдается неуклонный рост заболеваемости ХСН. Каковы причины такой динамики?

— В США и странах Западной Европы подобная динамика наблюдается в связи с увеличением в общей популяции доли лиц пожилого и старческого возраста, а также удлинением клинической эволюции наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии — за счет их более или менее адекватного лечения.

В Украине увеличение распространенности ХСН среди достаточно молодых, трудоспособных людей обусловлено прежде всего низким уровнем первичной профилактики ССЗ.

Немалый вклад в увеличение распространенности ХСН в Украине вносит и недостаточно хорошая ранняя диагностика дисфункции левого желудочка (в ее доклинической стадии), что связано с различными причинами, в том числе и с плохо организованной диспансеризацией населения.

— Согласно современным рекомендациям Украинской ассоциации кардиологов при формулировке клинического диагноза у пациентов с ХСН используется классификация Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (1935), а также критерии Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). Чем обусловлена необходимость одновременного использования двух классификаций?

— По классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко выделяют I, II, III и IV клинические стадии ХСН. Критерии NYHA позволяют определить функциональный класс (ФК) — I, II, III или IV. Стадия ХСН, которую определяют с помощью отечественной классификации, отражает этап клинической эволюции заболевания и является (с учетом действующих критериев ВТЭК) базисной медико-социальной характеристикой пациента. Однажды установленная стадия ХСН, как правило, уже не может изменяться в процессе лечения и на протяжении всего периода наблюдения пациента (разумеется, за исключением случаев, когда может быть устранена причина ХСН, например, при адекватном клапанном протезировании или трансплантации). ФК является динамической характеристикой, значение которой изменяется во время лечения в сторону увеличения или уменьшения в зависимости от эффективности проводимой терапии. Таким образом, путем определения ФК больного ХСН до, во время и после лечения можно оценить эффективность терапевтических и реабилитационных мероприятий.

— Какие клинические симптомы являются основанием для того, чтобы заподозрить наличие ХСН? Можно ли выделить среди них наиболее информативные в плане первичной диагностики этого заболевания?

— Основанием для подозрения наличия ХСН могут являться: двусторонние периферические отеки, гепатомегалия, набухание и пульсация яремных вен, позитивный венозный пульс, асцит, гидроторакс, двусторонние влажные хрипы в нижних отделах легких, тахипноэ, тахисистолия, тахикардия, альтернирующий пульс, расширение границ сердца, III протодиастолический тон (мелодия «ритма галопа»), IV пресистолический тон (при диастолической СН), акцент II тона над легочной артерией, снижение нутритивного статуса при общем осмотре. Вероятность установления предварительного диагноза ХСН прямо коррелирует с количеством выявленных симптомов. Однако врач, заподозривший ХСН у пациента, должен помнить, что в большинстве случаев наблюдается только часть перечисленных признаков.

Отмечу, что ни один из указанных признаков в отдельности не обладает достаточной информативностью и не может являться основанием для установления диагноза ХСН. Первичная диагностика ХСН должна базироваться на комплексной оценке всех клинических симптомов.

— Среди молодых врачей бытует мнение об относительно сложной диагностике ХСН на основании выявленной клинической симптоматики. Насколько оно оправдано?

— Это неверное суждение, особенно если учесть, что возникновение некоторых симптомов, характерных для ХСН (например, задержки жидкости в организме), может быть обусловлено и другими заболеваниями. Так, причинами периферических отеков, помимо ХСН, могут быть патологии почек; заболевания тонкого кишечника, сопровождающиеся дефицитом белка; микседема; венозная недостаточность; лимфостаз. Другой симптом — гидроторакс — может служить проявлением таких заболеваний, как плевриты инфекционного и метастатического генеза, диффузные заболевания соединительной ткани, микседема, нефротический синдром. Асцит в ряде случаев возникает при наличии метастазов опухолей в брюшине, портальной гипертензии, туберкулезном перитоните, микседеме, нефротическом синдроме.

Кроме того, любое из перечисленных заболеваний может сочетаться с ХСН. Поэтому врач, оценивая состояние пациента, в первую очередь должен исключить вышеперечисленные заболевания или же правильно определить их удельный вес в развитии симптомов. Окончательные выводы о наличии либо отсутствии ХСН должны осуществляться на основании результатов инструментальных и лабораторных обследований пациента, прежде всего эхокардиографии (ЭхоКГ). Проведение ЭхоКГ при первичной дифференциальной диагностике ХСН в настоящее время является общепризнанным стандартом, который необходимо реализовать в нашей стране. На современном этапе ЭхоКГ является доступным исследованием в большинстве районных больниц, и его более широкое использование позволит избежать многих врачебных ошибок.

Кроме ЭхоКГ, стандартными диагностическими подходами при ХСН являются проведение рентгенографии грудной клетки и электрокардиографии. В зависимости от клинических потребностей могут использоваться также дополнительные методы исследования, как радионуклидная вентрикулография, магнитно-резонансная томография, контрастное исследование коронарного русла при помощи спиральной компьютерной томографии, тесты с физической нагрузкой, холтеровское мониторирование ЭКГ, стресс-ЭхоКГ с добутамином и др. Коронарную ангиографию при ХСН проводят в случае необходимости определения показаний для реваскуляризации миокарда.

Стандартными лабораторными исследованиями при ХСН являются: общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови. Дополнительно с различными целями определяются: скорость клубочковой фильтрации, уровень тиреотропного гормона, кардиоспецифические ферменты, международное нормализованное соотношение, концентрация мочевой кислоты. С целью первичной диагностики СН (в основном в urgentных случаях) целесообразным является определение в плазме крови уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP). Нормальный уровень BNP позволяет исключить наличие СН.

Повторное исследование уровня BNP у пациентов с диагностированной ХСН может использоваться для оценки риска повторной декомпенсации кровообращения (как правило, требующей госпитализаций), а также в динамике с целью объективизации эффективности проводимого лечения.

— Какие группы препаратов используются сегодня для лечения ХСН, и насколько четко в Украине соблюдаются современные стандарты лечения ХСН?

— С целью улучшения долгосрочного прогноза выживания и снижения риска госпитализаций в связи с декомпенсацией кровообращения пациентам с ХСН показаны ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), бета-блокаторы, малые дозы антагонистов альдостерона. С этой же целью пациентам с клинически манифестированной ХСН назначают блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) (кандесартан или валсартан) при непереносимости ИАПФ или бета-блокаторов, а также на фоне ИАПФ и бета-блокаторов при отсутствии в схеме лечения антагонистов альдостерона. Декомпенсированным больным ХСН, имеющим признаки задержки жидкости в организме, назначают диуретики в сочетании с ИАПФ или БРА. Пациентам с III-IV ФК по NYHA, как правило, назначают петлевые диуретики.

Сегодня в Украине необходимо решать проблемы недостаточного широкого назначения ИАПФ, антагонистов альдостерона, непрямых антикоагулянтов, а также неправильного титрования бета-блокаторов. Только после этого можно будет говорить о соблюдении современных стандартов в лечении ХСН. Необходимо также продолжать работу, направленную на повышение уровня образованности врачей, в первую очередь терапевтов.

И уже после реализации перечисленных мероприятий мы сможем приступить к решению вопросов, являющихся предметом дискуссий во всем мире, таких как уточнение показаний к имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов и критериев

отбора к ресинхронизирующей электрокардиостимуляции, решение проблемы полипрагмазии при лечении ХСН, организация работы мультидисциплинарных бригад при амбулаторном ведении больных с этой патологией и многие другие.

— Диуретическая терапия — весьма ответственный аспект фармакотерапии ХСН, требующий постоянного контроля и работы с пациентом. Какова современная тактика проведения данного вида лечения у больных ХСН?

— Диуретическая терапия действительно требует тщательного подхода со стороны врача и активного участия самого пациента в процессе контроля эффективности лечения. Лечение диуретиками разделяется на две фазы: активную и поддерживающую. Активная диуретическая терапия направлена на полное устранение признаков задержки жидкости в организме путем увеличения диуреза. Согласно современным отечественным рекомендациям активное лечение пациентов с ХСН при гиперволемии следует начинать с перорального применения умеренных доз петлевых диуретиков (фуросемид 20-40 мг, торасемид 5-10 мг), оказывающих более мощное, по сравнению с тиазидными диуретиками, диуретическое действие. Дозы диуретиков постепенно увеличивают до значений, позволяющих достичь состояния эволемии (отсутствие отеков и других признаков задержки жидкости в организме). Длительность активной фазы диуретической терапии определяется сроками достижения необходимых эффектов. На данном этапе, как правило, используются калийсберегающие диуретики, угнетающие активную реабсорбцию натрия и уменьшающие экскрецию калия и магния. При этом назначение антагонистов альдостерона в активной фазе диуретической терапии следует отличать от длительного использования этих препаратов в малых дозах с целью улучшения долгосрочного прогноза выживаемости пациентов.

На этом этапе следует ограничить потребление с пищей соли и общее количество поступающей в организм жидкости.

Поддерживающая терапия проводится с целью сохранения эволемического состояния. При этом основными критериями эффективности диуретической терапии на разных этапах являются уменьшение либо сохранение стабильной массы тела, достигнутой в результате предшествовавшего лечения.

В активной фазе применения диуретиков при эффективности терапии наблюдается потеря веса не менее 1 кг за сутки. Главным признаком сохранения эволемического состояния при поддерживающей диуретической терапии служит стабильная масса тела. В качестве вспомогательного критерия оценивается соотношение количества выпитой и выделенной жидкости.

Идеальная модель контроля гемодинамической разгрузки больных ХСН с признаками задержки жидкости в организме предусматривает регулярное взвешивание и ориентировочный контроль баланса поступившей и выделенной жидкости. Врач должен нацеливать пациента на самостоятельное проведение этих мероприятий; они дисциплинируют больного, повышают степень его ответственности за конечный результат лечения, направленного на преодоление отеочного синдрома.

— Какие меры необходимо предпринять в случае недостаточной эффективности диуретической терапии?

— Во-первых, необходимо провести тщательный анализ всех назначений, так как диуретический эффект может ослабляться, например, при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов, которые противопоказаны пациентам с ХСН. Весьма важной является коррекция питьевого режима пациента и уменьшение употребления соли с пищей. Если этих мер недостаточно, то целесообразно увеличить дозу диуретиков либо использовать внутривенное введение петлевого диуретика (в том числе инфузионно-капельно). Определенный эффект может оказать увеличение кратности приема петлевого диуретика (до двух раз в сутки). Повысить эффективность диуретической терапии можно также путем комбинирования петлевого диуретика с гидрохлортиазидом или с помощью добавления к петлевому диуретику допамина (инфузионно в низких дозах, не более 2 мкг/кг/мин, до нескольких суток).

В ряде случаев может понадобиться замена одного петлевого диуретика другим.

Современный и грамотный подход к проведению диуретической терапии подразумевает динамическое наблюдение за ее эффективностью и адекватностью, постепенное устранение отеочного синдрома, регулярный контроль уровня электролитов в крови, креатинина плазмы крови, гематокрита, комбинированное использование петлевых и калийсберегающих диуретиков, а также использование рациональной диеты.

Все перечисленные мероприятия будут способствовать предотвращению развития осложнений диуретической терапии и успешному преодолению отеочного синдрома.

Подготовила Наталья Очеретяная