

ХСН в Україні: єсть — требуется по их внедрению

III-IV класса ФК по NYHA, пожилого возраста, остановки кровообращения в анамнезе, пониженной массы тела и почечной недостаточности относятся анемия, расстройства дыхания во время сна, гемодинамически значимый аортальный стеноз, сопутствующий сахарный диабет, сопутствующее хроническое обструктивное заболевание легких, психическая депрессия, низкая приверженность к лечению. К инструментальным и лабораторным показателям, свидетельствующим о неблагоприятном прогнозе у пациентов с манифестированной ХСН, относятся: стойкая артериальная гипотензия, расширение QRS ($>0,12$ с), низкая фракция выброса ЛЖ ($<30\%$), желудочковые аритмии высоких градаций, высокий уровень циркулирующих BNP и NT-pro-BNP >700 пкг/мл и >3000 пкг/мл соответственно, гипонатриемия, повышенный уровень тропонина в плазме и другие.

— Какие группы препаратов рекомендованы сегодня для 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) показаны диуретики в сочетании с ИАПФ или БРА. Пациентам с III-IV ФК по NYHA назначают, как правило, петлевые диуретики.

В перечне групп препаратов, обязательных для назначения пациентам с ХСН, за последнее время существенных изменений не произошло, однако в Украине еще и сегодня очень часто имеет место недостаточно грамотный подход к медикаментозной терапии этого заболевания. Остается актуальной проблема «недотитрованности» бета-блокаторов, недостаточно широкого назначения ИАПФ, антагонистов альдостерона.

Не всегда обеспечивается и правильный контроль эффективности диуретической терапии.

— В чем заключается современная тактика проведения диуретической терапии при гиперволемии и какие критерии ее эффективности?

— Современная тактика диуретической терапии у пациентов с признаками задержки жидкости в организме предполагает наличие активной фазы, во время которой следует стремиться к полному устранению данных признаков путем увеличения диуреза, и поддерживающей, осуществляющейся с целью сохранения эводемического состояния, что характеризуется отсутствием отеков и иных признаков задержки жидкости в организме.

Длительность и режим активной фазы диуретической терапии определяется сроками достижения гемодинамической разгрузки.

Активное лечение следует начинать с перорального применения умеренных доз петлевых диуретиков (фуросемид 20-40 мг, торасемид 5-10 мг). Эти препараты оказывают, более мощное, по сравнению с тиазидными диуретиками диуретическое действие. В случае клинической необходимости дозы диуретиков могут увеличиваться с целью достижения эводемического состояния (отсутствие отеков и других признаков задержки жидкости в организме). Для того чтобы подавить реабсорбцию натрия, а также уменьшить экскрецию калия и магния, на данном этапе целесообразно включать в схему лечения калийсберегающие диуретики.

Важными критериями эффективности диуретической терапии на разных ее этапах являются соответственно уменьшение либо сохранение стабильной массы тела, достигнутой в результате предшествовавшего активного лечения.

В активной фазе применения диуретиков об эффективности терапии и достижении гемодинамической разгрузки свидетельствует потеря массы тела не менее чем на 1 кг за сутки. При проведении поддерживающей диуретической терапии масса тела должна оставаться стабильной; это — главный признак сохранения эводемического состояния.

На протяжении всего периода осуществления диуретической терапии очень важно ориентировать больного ХСН, принимающего диуретики для преодоления отеочного синдрома, на постоянный самостоятельный контроль гемодинамической разгрузки при помощи регулярного взвешивания и ориентировочного контроля баланса выпитой и выделенной жидкости.

В случае неэффективности диуретической терапии требуется тщательный анализ всех назначений и отмена препаратов, действие которых может ослаблять диуретический эффект. Существенную пользу приносит коррекция питьевого режима и снижение употребления соли с пищей. Нередко требуется увеличение дозы или кратности приема диуретиков, а также использование внутривенного введения петлевого диуретика (в том числе — инфузионно капельно). Целесообразным может оказаться сочетанное применение петлевого диуретика с гидрохлортиазидом или допамином (допамин вводится инфузионно в низких дозах, не более 2 мкг/кг/мин, до нескольких суток). Нельзя исключать и возможности замены одного петлевого диуретика другим.

— Какие осложнения диуретической терапии могут наблюдаться в процессе лечения?

— Осложнения диуретической терапии чаще отмечаются при слишком активном лечении диуретиками. В качестве таких осложнений могут наблюдаться гипокалиемия, гипомагниемия, гипонатриемия, дегидратация, нарастание уровня креатинина.

При гипокалиемии и гипомагниемии, рекомендуется увеличить дозу ИАПФ или БРА, а также добавить в схему лечения антагонисты альдостерона (либо увеличить их дозу). Развитие гипонатриемии требует отмены гидрохлортиазида (в случае приема этого препарата) и, по возможности, уменьшения дозы петлевого диуретика. Необходимо также ограничить количество потребляемой жидкости.

При появлении признаков дегидратации необходимо уменьшить дозу диуретиков либо отменить прием этих препаратов. При повышении уровня креатинина плазмы на фоне активной диуретической терапии показана отмена антагонистов альдостерона, уменьшение дозы ИАПФ или БРА.

Динамическое наблюдение за адекватностью диуретической терапии, постепенное устранение отеочного синдрома, регулярный контроль уровня электролитов в крови, креатинина плазмы крови, гематокрита, комбинированное использование петлевых и калийсберегающих диуретиков, а также рациональная диета способствуют предотвращению развития осложнений диуретической терапии и успешному преодолению отеочного синдрома.

— Какие вопросы в области лечения ХСН обсуждаются сегодня в мире и в Украине?

— Актуальных вопросов в области лечения ХСН сегодня много. В странах с развитой экономикой в настоящее время решаются задачи по улучшению организации лечения пациентов с ХСН: ведутся дискуссии

об оптимальном составе мультидисциплинарных бригад, осуществляющих активное наблюдение за такими больными; обсуждаются вопросы организации медсестринского патронажа пациентов на дому, а также вопросы организации их физических тренировок; ведется работа по уточнению показаний к имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов и по оптимизации отбора больных для проведения ресинхронизирующей электрокардиостимуляции, обсуждается проблема полипрагмазии при лечении ХСН.

В то же время для нашей страны сегодня актуальными являются проблемы иного характера. Главной задачей является снижение заболеваемости ХСН, которая в отличие от экономически развитых стран в Украине растет не только в связи с постарением населения, но и вследствие недостаточно широкого использования современных эффективных методик лечения инфаркта миокарда (системный тромболитический и эндоваскулярные вмешательства), недостаточно хорошего уровня выявления бессимптомной дисфункции левого желудочка. Кроме того, уровень контроля артериального давления среди лиц, страдающих АГ, в нашей стране еще далек от надлежащего. В Украине не решены многие организационные и экономические вопросы, начиная с первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к развитию ХСН, и заканчивая созданием программ по обучению и оптимизации образа жизни для пациентов с этой патологией, от реализации которых в значительной степени зависит качество и продолжительность их жизни. В условиях экономической нестабильности и постоянного недофинансирования медицинской отрасли ученые-кардиологи многое делают для изменения ситуации: ведут работу, направленную на повышение грамотности кардиологов и терапевтов, адаптируют к условиям отечественного здравоохранения европейские рекомендации по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний и так далее.

Следует также отметить, что без эффективной системы страховой медицины нам не добиться четкого соблюдения стандартов диагностики и медикаментозного лечения ХСН.

Только при стабильном финансировании медицинской отрасли, позволяющем решить элементарные вопросы, касающиеся повсеместного использования современных методов инструментальной и лабораторной диагностики ХСН, а также современных международных стандартов медикаментозной и немедикаментозной терапии этого синдрома мы сможем наравне с медицинской общественностью всего мира обсуждать спорные вопросы его лечения.