

Ведение пациента с сердечной недостаточностью: как избежать ошибок?

Лечение сердечной недостаточности (СН) в реальной клинической практике требует от врача принятия быстрых решений с учетом многих деталей: типа СН, функционального класса (ФК), наличия сопутствующих заболеваний, возможного развития декомпенсации заболевания, необходимости в оперативном вмешательстве. Во многих ситуациях требуется коррекция терапии больного, и врачебные ошибки при этом могут ухудшить не только течение заболевания, но и прогноз пациента.

Тактика ведения пациента с СН и варианты коррекции терапии в различных ситуациях были рассмотрены на примере клинического случая, представленного заведующей кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии, доктором медицинских наук, профессором Верой Иосифовной Целуйко.

Клинический случай

Больной П., 56 лет поступил в Харьковскую городскую клиническую больницу № 8 с жалобами на головную боль, головокружение, повышение артериального давления (АД), одышку при физической нагрузке, отеки нижних конечностей. В анамнезе — артериальная гипертензия (АГ) в течение 20 лет, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) в течение 10 лет. По поводу АГ и ХОЗЛ принимает комбинацию лизиноприла и гидрохлортиазида (10 мг + 12,5 мг), бета-агонисты, ингибиторы фосфодиэстеразы.

Объективно: систолическое АД — 175 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) — 88 уд/мин, частота дыхательных движений — 19/мин. В легких — рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах — единичные влажные хрипы. Отеки на нижних конечностях до середины голени.

Данные эхокардиографии: диаметр левого предсердия — 4,2 см, конечный диастолический объем — 5,9 см, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) — 42%, масса миокарда ЛЖ — 208 г/м².

Лабораторные исследования: гемоглобин — 138 г/л, эритроциты — $4,3 \times 10^9$ /л; лейкоциты — $7,2 \times 10^9$ /л; креатинин — 134 мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации (СКФ) — 48 мл/ч.

Результат нагрузочного теста с 6-минутной ходьбой — 278 м.

Назначенное лечение. В соответствии с современными международными и Национальными рекомендациями по ведению пациентов с СН со сниженной систолической функцией больному назначены: рамиприл в дозе 5 мг 2 раза в сутки (лизиноприл отменен в связи со сниженной СКФ как препарат, преимущественно выводимый почками); бисопролол (Конкор) в дозе 1,25 мг 2 раза в сутки; торасемид пролонгированного действия (Бритомар) в дозе 10 мг утром и спиронолактон в дозе 25 мг утром.

Комментарий специалиста

? Оправдано ли назначение пациенту спиронолактона?

Согласно современным рекомендациям, низкие дозы антагонистов альдостерона следует назначать пациентам с СН III-IV ФК с ФВ ЛЖ <35% для улучшения прогноза выживания и снижения риска госпитализаций, связанных с декомпенсацией. Учитывая что у пациента ФВ ЛЖ 42%, назначение спиронолактона в данной ситуации неоправданно.

? Правильно ли сделан выбор бета-блокатора с учетом наличия у пациента ХОЗЛ? Правильно ли выбрана стартовая доза и частота приема препарата?

Проблеме применения бета-блокаторов у пациентов с ХОЗЛ было посвящено обсервационное когортное исследование с использованием данных электронных медицинских записей 23 офисов общей медицинской практики в Нидерландах (F.H. Rutten et al.). Данные этого исследования включали стандартизованную информацию о диагнозах и назначении препаратов, получаемую путем ежедневных контактов с больными ХОЗЛ.

У пациентов, получавших бета-блокаторы, отмечен более высокий уровень выживаемости по сравнению с пациентами, не принимавшими эти препараты. При проведении многофакторного анализа результатов исследования установлены преимущества кардиоселективных бета-блокаторов в снижении относительного риска смерти от всех причин по сравнению с неселективными. Назначение кардиоселективных бета-блокаторов в этом исследовании ассоциировалось с улучшением показателей, используемых в оценке функции легких.

В дальнейшем результаты сравнительной оценки влияния неселективного бета-блокатора карведилола и селективного бисопролола на показатели спирометрии и кардиопульмонального нагрузочного теста у пациентов с СН и ХОЗЛ подтвердили преимущества бисопролола в увеличении объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) после ингаляции салбутамола по сравнению с карведилолом (Eur. J. Heart Failure, 2007).

Таким образом, выбор бета-блокатора и его стартовой дозы сделан правильно. Однако ошибочным является назначение бисопролола дважды в сутки — титрование следует начинать с дозы 1,25 мг 1 раз в сутки.

NB Бета-блокаторы назначают после стабилизации состояния пациентов и устранения признаков застоя жидкости (отеков). После начала титрования дозы бета-блокатора в течение первых недель лечения у больных СН может наблюдаться некоторое усиление признаков декомпенсации (усиление одышки), что не является поводом для отмены препарата, а обуславливает необходимость временного увеличения дозы диуретика.

? Правильно ли выбран диуретик в данной клинической ситуации?

Торасемид на сегодня является наиболее эффективным и безопасным петлевым диуретиком, обладающим дополнительными эффектами, связанными с влиянием на ренин-ангиотензиновую систему и на внутриклеточный транспорт кальция. Торасемид — единственный диуретик, для которого доказано влияние на прогноз пациентов с хронической СН.

Эти доказательства получены в исследовании TORIC, в котором сравнивали эффективность и безопасность торасемида 10 мг/сут и фуросемида 40 мг/сут или других диуретиков у больных хронической СН II-III ФК. В этом исследовании торасемид оказался более эффективным по сравнению с фуросемидом в уменьшении ФК по NYHA, а также более безопасным в отношении риска развития гипокалиемии. Но самым существенным результатом является снижение на фоне применения торасемида сердечно-сосудистой и общей смертности по сравнению с фуросемидом на 59,7 и 51,5% соответственно. Кроме того, отмечено влияние торасемида на риск внезапной смерти, которое связывают с наличием у него антиальдостероновых эффектов, обуславливающих замедление прогрессирования миокардиального фиброза — одного из основных субстратов аритмий.

Выбор пролонгированной формы торасемида (Бритомар) обусловлен наличием у него более плавного эффекта, более

высокой натрийуретической эффективности, меньшим объемом мочи и меньшей потерей электролитов с мочой в первый час после приема препарата. Указанные преимущества обуславливают лучшую переносимость Бритомара, что было подтверждено в недавнем украинском исследовании КОМФОРТ-СН (Л.Г. Воронков, А.Е. Багрий и соавт.), в котором применение пролонгированной формы торасемида было связано с более высоким уровнем комфортности при ежедневном приеме, меньшей частотой ограничений в повседневной жизни пациентов и менее выраженным ухудшением качества жизни по сравнению с лечением обычным торасемидом.

? Необходимо ли назначать препараты калия при применении торасемида?

Торасемид обладает калийсберегающим эффектом, который объясняется его способностью блокировать альдостероновые рецепторы в почечных канальцах. Поэтому применение препаратов калия при назначении торасемида нецелесообразно.

? Какая схема длительного приема торасемида оптимальна?

Главной целью терапии диуретиком у пациентов с СН является стабилизация больного и устранение признаков задержки жидкости. При этом не следует стремиться к форсированному диурезу, который приводит к развитию ряда неблагоприятных эффектов, связанных с повышением активности симпатoadrenalовой системы (прогрессирование СН, развитие рефрактерности к диуретикам) и гиперкоагуляцией (увеличение риска тромбозом-болических осложнений). Следует помнить, что правильно подобранная доза диуретика обеспечивает потерю веса не более 1 кг/сут. После достижения стабильного изоволюмического состояния следует назначить постоянный прием минимальной дозы диуретика, на фоне которой возможно поддержание этого состояния.

NB Ошибочной является тактика врача первичного звена здравоохранения, который после выписки пациента из стационара в стабильном состоянии отменил ежедневный прием торасемида и применил устаревший и неоправданный подход — прием диуретика 1 раз в 3 дня.

В описываемом случае это привело к повторной госпитализации больного через 6 мес в связи с декомпенсацией состояния — усилением одышки и появлением отеков. В ходе обследования пациента зарегистрирован эпизод фибрилляции предсердий (ФП), давность которой не установлена. В связи с этим была запланирована фармакологическая кардиоверсия.

? Какова оптимальная тактика ведения пациентов с острой декомпенсацией СН? Следует ли отменять бета-блокатор в случае госпитализации по поводу острой декомпенсации?

Острая декомпенсация СН часто обусловлена развитием резистентности к терапии диуретиками. Отмена бета-блокатора у таких больных ухудшает прогноз. В данной ситуации целесообразно увеличение дозы торасемида, который может применяться при острой декомпенсации СН как



В.И. Целуйко

парентерально, так и перорально. В данной ситуации необходимо назначить ингибитор карбоангидразы (ацетазоламид).

Ацетазоламид следует назначать также для профилактики развития рефрактерности к диуретикам и связанной с этим острой декомпенсации СН всем пациентам, получающим высокие дозы диуретиков. Ацетазоламид с профилактической целью назначается в дозе 250 мг дважды в сутки в течение 3-4 дней один раз в две недели.

? Какую тактику следует избрать при обнаружении ФП у пациента с СН при планировании фармакологической кардиоверсии?

В данной ситуации пациент должен продолжать получать терапию бисопрололом и параллельно проходить антикоагулянтную подготовку к кардиоверсии в течение 3 нед с международным нормализованным отношением 2-3.

В дальнейшем встал вопрос о проведении оперативного вмешательства по поводу катаракты, в связи с чем пациенту был отменен бета-блокатор и варфарин.

? Следует ли отменять бета-блокатор пациенту с СН в связи с проведением оперативного вмешательства?

В клинических исследованиях установлена связь между уровнем ЧСС и частотой осложнений (в том числе — с летальным исходом) в послеоперационный период. Применение препаратов, снижающих ЧСС (<70 уд/мин), в периоперационном периоде улучшает течение заболевания (уменьшает выраженность ишемии, частоту развития аритмий, риск смерти). Более того, назначение бета-блокаторов желательно всем кардиологическим пациентам перед любой операцией на протяжении 2 недель. При этом назначение бисопролола является более предпочтительным по сравнению с метопрололом, для которого характерен высокий риск нежелательных лекарственных взаимодействий с анестетиками, что связано с наличием общих путей метаболизма.

NB Отмена бета-блокатора, в частности бисопролола, перед оперативным вмешательством у пациента с СН нецелесообразна в связи с возможным ухудшением прогноза.

Данный клинический случай — свидетельство того, что даже в распространенных клинических ситуациях требуются не только знания стандартов терапии пациентов с СН, но и умение правильно выбрать препарат из рекомендуемой группы, предвидеть возможные осложнения лечения и правильно откорректировать терапию при необходимости.

Немаловажно также ведение пациентов с СН на этапе наблюдения специалистами первичного звена здравоохранения.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

