

Діагностика та лікування пацієнтів із серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду в межах первинної медичної допомоги

У 2025 р. провідними фахівцями у галузі охорони здоров'я було розроблено серію клінічних пам'яток, що містять корисну інформацію на основі рекомендацій та документів міжнародних наукових спільнот. Ці матеріали покликані забезпечити швидкий і простий доступ до важливих даних для лікарів первинної медичної допомоги та сприяти поліпшенню життя пацієнтів. Пропонуємо до вашої уваги публікацію Р. Campbell et al., в якій подані цікаві оновлення та рекомендації щодо діагностики й лікування пацієнтів із серцевою недостатністю (СН) зі збереженою фракцією викиду в межах первинної медичної допомоги.

Хронічна СН — це захворювання, що характеризується недостатнім серцевим викидом. Протягом десятиліть СН класифікувалася за зміною функції лівого шлуночка (ЛШ), але у 2021 р. провідні міжнародні наукові організації розробили консенсусну класифікацію, яка розділяє її на СН зі зниженою фракцією викиду (СНзнФВ), СН із помірно зниженою ФВ (СНпзнФВ) та СН зі збереженою ФВ (СНзбФВ) (таблиця).

Лікарі первинної ланки мають достеменно розбиратися у цій класифікації, оскільки діагностика й терапія для різних фенотипів СН варіюють. Ризик смерті від усіх причин є найвищим протягом перших тижнів після першого звернення пацієнта до лікаря із приводу СН. Тому швидкі дії в межах первинної медичної допомоги дійсно важливі.

Таблиця. **Класифікація СН**

Показник	СНзнФВ	СНпзнФВ	СНзбФВ
ФВ ЛШ	<40%	40-49%	≥50%
Характеристики	Ознаки/симптоми СН	Ознаки/симптоми СН	• Ознаки/симптоми СН • Діастолічна дисфункція ЛШ • ↑ тиск наповнення ЛШ • Зазвичай ↑ рівень натрійуретичних пептидів
Частка осіб із СН	40%	10%	50%

Примітка: СН із поліпшеною ФВ — це один запропонований фенотип, який визначається як СН із вихідною ФВ ЛШ <40% та збільшенням на ≥10 пунктів від вихідного рівня до другого вимірювання ФВ ЛШ >40%.

1. Особи із ризиком розвитку СНзбФВ

Розгляньте СН як потенційний діагноз у будь-якого пацієнта, якому призначили діуретики у зв'язку із набряком щиколотки, без відомого анамнезу СН

Ключові фактори ризику	Додаткові фактори ризику
• Похилий вік • Жіноча стать (співвідношення жінок і чоловіків – 2:1) • Тривалі стани, що призводять до розвитку жорсткості міокарда, як-от: – ознаки серцево-судинно-нирково-метаболічного синдрому (ожиріння, цукровий діабет 2-го типу, хронічна хвороба нирок, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, метаболічний синдром, атеросклеротичні серцево-судинні патології – ішемічна хвороба серця / транзиторна ішемічна атака / інсульт / захворювання периферичних артерій) – інші запальні стани (наприклад, ревматоїдний артрит) • Функціональні порушення серця, наприклад, фібриляція передсердь	• Хронічне обструктивне захворювання легень • Синдром обструктивного апноє/гіпноє уві сні • Анемія та дефіцит заліза • Надмірне вживання алкоголю • Низький соціально-економічний статус • Поведінкові фактори ризику, наприклад, відсутність фізичної активності, куріння, нездорове харчування, недотримання режиму приймання ліків

2. Симптоми та ознаки СНзбФВ

Майте на увазі, що при СНзбФВ задишка на тлі фізичних навантажень та знижена толерантність до них можуть виникати за відсутності клінічного перевантаження рідиною

Симптоми	Ознаки
Типові • Задишка (на тлі фізичних навантажень / у стані спокою / ортопное/бендопное) • Пароксизмальна нічна задишка • Знижена толерантність до фізичних навантажень • Набряк щиколотки • Швидка втомлюваність (постійна втома) Менш типові • Нудота • Свистячі хрипи • Нічний кашель • Втрата апетиту / відчуття здуття живота • Запаморочення • Непритомність • Серцебиття • Сплутаність свідомості	Більш специфічні • Підвищений тиск у яремній вені • Гепатоюглярний рефлюкс • Зміщений латерально верхівковий поштовх • III тон серця Менш специфічні • Серцевий шум • Підвищення ваги >2 кг на тиждень • Легеневі хрипи • Периферичний набряк, включно із набряком у ділянці крижів та гомілковостопного суглоба • Тахікардія, нерегулярний пульс • Тахіпное • Асцит • Гепатомегалія • Плевральний випіт

Розгляньте можливість документування СН за функціональною класифікацією Нью-Йоркської асоціації серця (НУНА) для полегшення опису ступеня тяжкості СН:

- клас I – відсутність обмеження фізичної активності (безсимптомний перебіг)
- клас II – легке обмеження фізичної активності (симптоми за звичайної активності)
- клас III – виразне обмеження фізичної активності (симптоми за меншої, ніж зазвичай, активності)
- клас IV – тяжке обмеження фізичної активності (симптоми у стані спокою)

3. Тестування та скерування до профільного фахівця за ймовірної СНзбФВ

1. Вислухайте шуми в серці, перевірте пульс для виявлення фібриляції передсердь та проведіть оцінку за шкалою клінічної слабкості Роквуда в осіб віком >65 років

2. Перевірте рівень натрійуретичного гормону (В-типу) N-кінцевого поліпептиду (NT-proBNP) для визначення ймовірності СНзбФВ (рис. 1)

3. Розгляньте доцільність проведення подальших досліджень, щоб виключити альтернативні діагнози, визначити основні модифіковані фактори ризику та/або виявити будь-які кардіальні аномалії, як-от:

- загальний аналіз крові, визначення рівня сечовини та електролітів, тиреотропного гормону, глікованого гемоглобіну й ліпідів, печінкові проби, дослідження на вміст заліза

- рентген грудної клітки, електрокардіограма аналіз сечі за допомогою тест-смужки на наявність альбумінурії та відправлення зразка для визначення співвідношення альбумін/креатинін у сечі

- спірометрія (або ліковий потік, якщо недоступно на локальному рівні); слід пам'ятати, що на тлі СН можуть визначатися обструктивні порушення через застій у легенях

- індекс маси тіла та співвідношення об'єму талії до зросту (для оцінки ожиріння)

4. Розгляньте можливу наявність синдрому обструктивного апноє/гіпноє уві сні (з використанням шкали сонливості Епворта та опитувальника STOP-BANG)

5. Якщо є підозра на наявність СНзбФВ (див. рис. 1), за потреби скеруйте пацієнта до кардіолога; якщо показник NT-proBNP у межах норми (в ~20% осіб із СНзбФВ, зазвичай з ожирінням) – все одно скеруйте до фахівця у разі клінічної підозри; лікар вторинної ланки може оцінити ймовірність СНзбФВ за допомогою шкали H₂FrEF

Якщо СН малоймовірна/невизначена, розгляньте:

- некардіальні стани, що можуть імітувати СН, як-то хронічне обструктивне захворювання легень, астма, ожиріння, слабкість, старіння, нефротичний синдром, печінкова недостатність / цироз, анемія, плеврит, тромбоемболія легеневої артерії

- кардіальні стани, що можуть імітувати СН, як-от гіпертрофічна кардіоміопатія, констриктивний перикардит, інфільтративні захворювання (амілоїдоз, саркоїдоз, гемохроматоз), первинна клапанна хвороба серця, легенева гіпертензія, міокардит

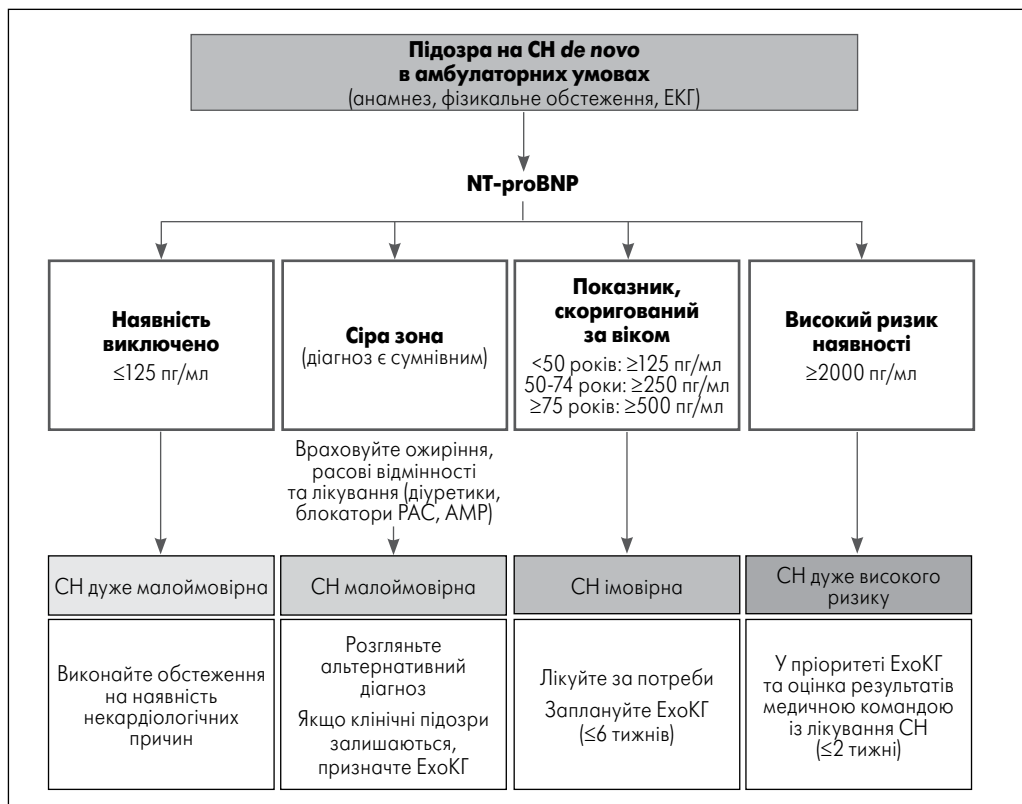


Рис. 1. Визначення NT-proBNP для діагностики СН в амбулаторних умовах

Примітки: РАС – ренін-ангіотензинова система; АМР – антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів; ЕКГ – електрокардіографія, ЕхоКГ – ехокардіографія.

4. Висока клінічна ймовірність СН

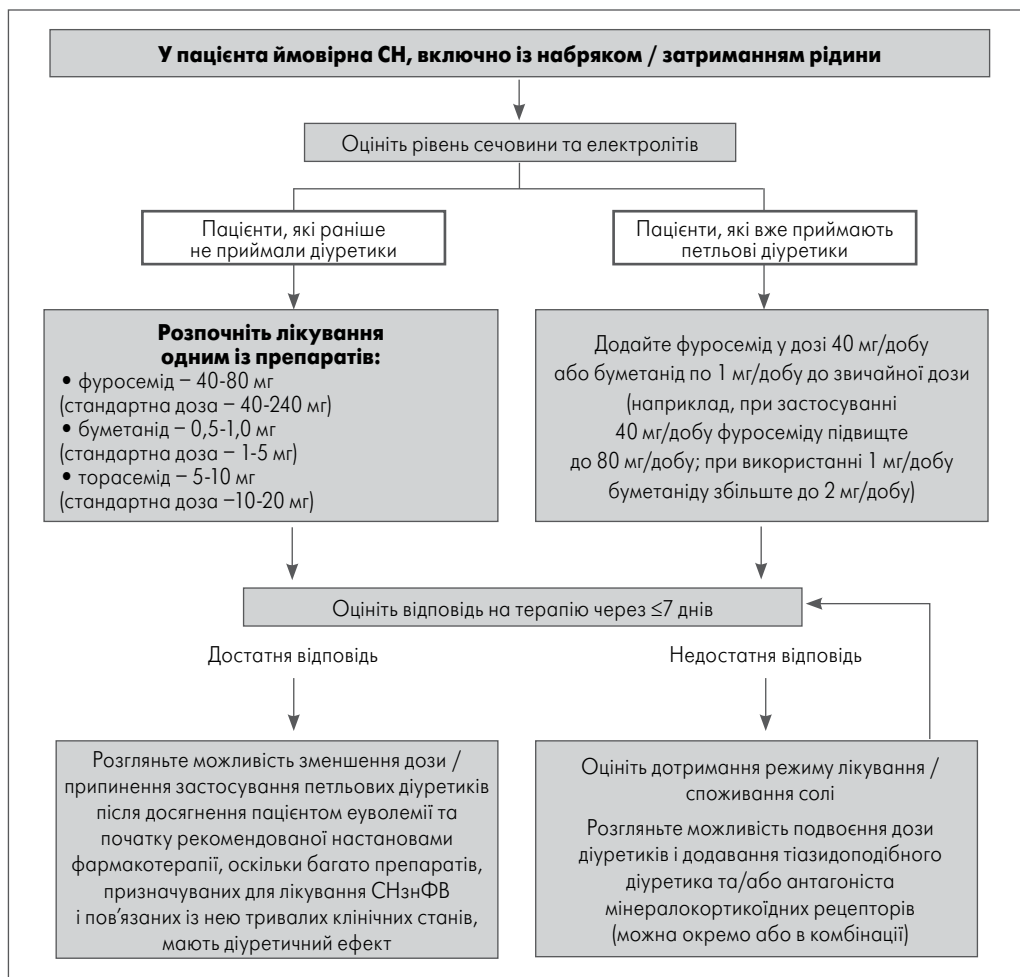
В очікуванні результатів досліджень та оцінки фахівця щодо ймовірної СН розгляньте можливість лікування застійних явищ за допомогою діуретиків (наприклад, фуросеміду в дозі 40-80 мг або раніше призначеній подвійній дозі) та ініціації застосування інгібітора натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2) (див. розділ «Рекомендована настановами фармакотерапія» та рис. 2)

5. Рекомендована настановами фармакотерапія

- Є три основних принципи терапії СНзбФВ – застосування діуретиків (див. рис. 2), іНЗКТГ-2 та лікування супутніх довгострокових клінічних станів (див. розділ «Інші втручання»)
- Прогностичної користі або переваг щодо зниження смертності на тлі використання діуретиків при СНзбФВ немає, але їх слід призначати для зменшення симптомів та ознак застійних явищ; не відкладайте застосування діуретиків в осіб із набряками / затриманням рідини – віддавайте перевагу петльовим діуретикам
- іНЗКТГ-2 включають дапагліфлозин чи емпагліфлозин у дозі 10 мг
- Дослідження показали переваги певних препаратів при СНзбФВ, які можуть стати майбутніми рекомендованими настановами методами фармакотерапії:
 - фінеренон (FINEARTS-HF, 2024)
 - тирзепатид (SUMMIT, 2021 – в осіб із СНзбФВ та ожирінням)
 - семаглутид (STEP-HFzEF, 2023 та SELECT, 2023 – обидва при СНзбФВ та ожирінні)

6. Інші втручання

- Виявіть та лікуйте супутні довгострокові клінічні стани, як-то кардіо-рено-метаболічний синдром (терапія цукрового діабету 2-го типу й артеріальної гіпертензії, профілактика порушення ліпідів / серцево-судинної патології, хронічної хвороби нирок та ожиріння); при ожирінні розгляньте інкретинову терапію, аеробні та силові тренування, обмеження калорій
- Виявіть та лікуйте фібриляцію передсердь – прагніть досягти показника частоти серцевих скорочень 80-90 уд./хв
- Скеруйте пацієнта до спеціалізованої клініки для лікування розладів сну, якщо є підозра на наявність синдрому обструктивного апноє/гіпноє уві сні
- Рекомендуйте пацієнтові дотримуватися належної фізичної активності (аеробні та силові тренування)
 - розгляньте можливість залучення хворого до програми кардіологічної реабілітації на основі фізичних вправ
 - тренування покращують результати лікування СНзбФВ, причому переваги спостерігаються навіть у ослаблених, літніх і госпіталізованих пацієнтів
- Розгляньте ймовірність анемії, яка спостерігається у 33% осіб із СНзбФВ та підвищує ризик хронічної СН і смерті; також оцініть можливу наявність дефіциту заліза
- Порадьте пацієнтові обмежити споживання солі як частину здорового харчування
- (в ідеалі <2 г натрію на день, що еквівалентно <5 г хлориду натрію)
- Рекомендуйте уникати надмірного споживання рідини
- Оцініть статус куріння, рекомендуйте кинути цю згубну звичку та за потреби запропонуйте короткочасне втручання для відмови від куріння
- Рекомендуйте обмежити споживання алкоголю (відповідно до чинної британської настанови – до ≤14 од./тиждень)
- Оцініть наявність депресії та тривожності
- Пропонуйте вакцинацію відповідно до національних програм (включно із щорічною вакцинацією від грипу та одноразовою вакцинацією від пневмококової інфекції)
- Слабкість, або крихкість (характерна для літніх осіб) може бути наявна у 45% пацієнтів із СН; якщо виявлено значну слабкість:
 - розгляньте можливість коригування ліків
 - призначте іНЗКТГ-2 – підтверджено стабільну користь в ослаблених хворих (якість життя покращилася на ранній стадії) та за більш значної крихкості
 - оцініть пацієнтів із СН на останньому році життя щодо виразної слабкості для розгляду паліативної допомоги
 - якщо необхідно, розробіть індивідуальний план догляду шляхом комплексної оцінки на основі потреб хворого та спільного прийняття рішень

**Рис. 2. Лікування застійних явищ за ймовірної СН****Примітки:**

1. Слід перевіряти рівень сечовини та електролітів до та після корекції дози (протягом 2 тижнів).
2. Постійне лікування діуретиками необхідне як при збільшенні (у періоди розвитку застійних явищ), так і зменшенні дози (при досягненні еуволемії / на тлі зневоднення).
3. Доцільно інформувати осіб із СН, як коригувати дозу діуретиків відповідно до щоденних вимірювань ваги та ознак/симптомів застою.
4. Варто вимірювати вагу щодня вранці, щоб перевірити тенденцію (зменшення маси тіла на 0,75-1,0 кг/добу вважається ефективним показником під час активного діурезу).

Підготувала **Олена Коробка**Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.medscape.co.uk