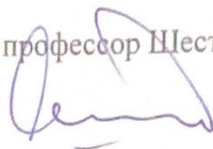


Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Шестерня П.А.



Проверил: к.м.н., доцент Пелипецкая Е.Ю.

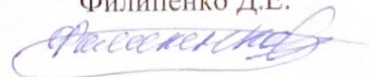


Реферат

«Хроническая сердечная недостаточность»

Выполнил: врач-ординатор 2 года
обучения специальности терапия

Филипенко Д.Е.



Красноярск, 2022г.

Содержание

- Введение
- Определение
- Этиология
- Классификация
- Клиническая картина
- Диагностика
- Лабораторные исследования
- Инструментальные исследования
- Немедикаментозное лечение
- Медикаментозное лечение
- Список используемой литературы

Введение

Актуальность проблемы ХСН для здравоохранения обусловлена распространенностью патологии и значительными экономическими затратами, обусловленными тяжелым прогрессирующим течением заболевания, многократными госпитализациями, ранней инвалидизацией, дорогостоящим кардиохирургическим и продолжительным медикаментозным лечением, комплексной программной реабилитацией и высоким уровнем смертности.

По данным Российских эпидемиологических исследований распространенность ХСН в общей популяции составила 7%, в том числе клинически выраженная – 4,5%, увеличиваясь от 0,3% в возрастной группе от 20 до 29 лет до 70% у лиц старше 90 лет. В Красноярском крае ХСН является причиной смерти от ССЗ в 40 % с тенденцией к увеличению, так как увеличивается прирост больных с ХСН.

Одним из основных стратегических направлений в эффективном лечении больных с ХСН, улучшении качества их жизни, снижении смертности и продолжении жизни пациентов является изучение и выявление этой патологии на максимально ранних стадиях лежащего в основе заболевания, учет и диспансерное наблюдение после стационарного лечения.

На данный момент действуют клинические рекомендации РКО по лечению Хронической сердечной недостаточности 2020 года и Европейские клинические рекомендации 2021 года, где пересмотрены основные положения по лечению ХСН.

Определение

Сердечная недостаточность – это синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях дисбаланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогормональных систем, сопровождающийся недостаточной перфузией органов и систем и проявляющийся жалобами: одышкой, слабостью, 3 сердцебиением и повышенной утомляемостью и, при прогрессировании, задержкой жидкости в организме (отёчным синдромом).

Этиология

Существует большое количество причин развития ХСН, так как любое заболевание сердца оказывает влияние на структуру и функцию. В РФ основными причинами ХСН являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Их комбинация встречается у половины пациентов. К другим причинам ХСН относятся различные пороки сердца (4,3%), миокардиты (3,6%).

ИБС является причиной систолической ХСН в двух третях случаев, часто сочетаясь с сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Из других причин систолической СН необходимо отметить вирусные инфекции, злоупотребление алкоголем, химиотерапию, лучевую терапию левой половины грудной клетки, «идиопатическую» дилатационную кардиомиопатию.

Классификация

Клиническое значение имеют 3 классификации ХСН, которые обязательно должны быть отражены в диагнозе пациентов с ССЗ.

По фракции выброса ЛЖ:

- ХСН с низкой ФВ (менее 40%) (СНнФВ)
- ХСН с промежуточной ФВ (от 40% до 49%) (СНпФВ) (по рекомендациям ESC от 2021 переименована в умеренно сниженную)
- ХСН с сохраненной ФВ (50% и более) (СНсФВ)

По стадиям ХСН (по Василенко-Стражеско):

I стадия. Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ;

IIA стадия. Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов;

IIБ стадия. Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов;

III стадия. Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования органов.

По функциональному классу:

I ФК. Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку пациент переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.

II ФК. Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.

III ФК. Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.

IV ФК. Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

Клиническая картина

Клиническая картина при СН включает типичные симптомы (одышка, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка, снижение толерантности к физическим нагрузкам, повышенная утомляемость, отеки лодыжек) и признаки (повышенное давление в яремной вене, гепатоюгулярный рефлюкс, «ритм галопа», смещение верхушечного толчка влево), вызванные нарушением структуры и/или функции сердца.

Самыми частыми поводами пациентов с СН для обращения к врачу являются жалобы на одышку и периферические отеки. Одышка – самый распространенный симптом СН, но при этом наблюдается и при многих других заболеваниях. Ее особенно трудно интерпретировать и дифференцировать в пожилом возрасте, у пациентов с ожирением и болезнями легких.

Одышка на начальных стадиях СН связана с физической нагрузкой (выраженность одышки нарастает при физической нагрузке). По мере прогрессирования переносимость физических нагрузок ухудшается: одышка возникает при меньшем уровне физической нагрузки, появляется повышенная утомляемость, снижается толерантность к физической нагрузке, в дальнейшем развивается ортопноэ.

Первая задача при обращении пациента с отеками – подтвердить или исключить их сердечное происхождение. При СН отеки локализуются в наиболее низко расположенной части тела (нижние конечности, при нарастании СН - отеки мошонки, живота, поясницы) и симметричны.

Признаками венозной гипертензии являются повышение центрального венозного давления в яремных венах, гепатоюгулярный рефлюкс, отеки, гепатомегалия. Набухание и пульсация шейных вен – это характерный и наиболее специфический признак повышения центрального венозного давления. Однако расширение шейных вен возможно и при несердечных причинах: опухоли, рубцы, тромбоз вены, заболевания органов дыхания и другие. Гепатомегалия является классическим признаком недостаточности ПЖ (застойное увеличение печени). Поэтому у всех пациентов необходимо проведение пальпации печени. При венозном полнокровии вследствие недостаточности ПЖ имеется выраженное набухание яремных вен во время пальпации печени.

Диагностика

Для постановки диагноза ХСН необходимо наличие следующих критериев:

- характерные жалобы
- подтверждающие их наличие клинические признаки (в сомнительных случаях реакция на мочегонную терапию)
- доказательства наличия систолической и/или диастолической дисфункции
- определение натрийуретических пептидов (для исключения диагноза ХСН)

Лабораторные исследования

Натрийуретические пептиды - биологические маркеры ХСН, показатели которых также используются для контроля эффективности лечения. Нормальный уровень натрийуретических пептидов у нелеченых пациентов практически позволяет исключить поражение сердца, что делает диагноз ХСН маловероятным. При постепенном (не остром) дебюте симптомов заболевания, значения NT-proBNP и BNP (мозговой желудочковый натрийуретический пептид) ниже 125 пг/мл и 35 пг/мл соответственно свидетельствуют об отсутствии ХСН.

BNP является пептидом, специфичным для желудочков. Секреция BNP увеличивается в ответ на дилатацию и напряжение стенок желудочков сердца. Предшественник BNP, проBNP находится в секреторных гранулах миоцитов. После того, как в желудочках происходит дегрануляция, он превращается в активную форму BNP и концевой N-отрезок (NTproBNP). В настоящее время широко используются диагностические наборы для определения BNP и NTproBNP в плазме крови. По сравнению с BNP, неактивный фрагмент имеет большую продолжительность жизни (от 60 до 120 мин), тогда как BNP активен 15–20 мин, после чего циркулирующий BNP метаболизируется нейтральными эндопептидами. Высвобождение BNP прямо пропорционально степени перегрузки левого желудочка (ЛЖ) объемом или давлением.

Всем пациентам для верификации диагноза ХСН также рекомендуется проведение рутинных анализов: общий (клинический) анализ крови (исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в крови, оценка гематокрита), исследование уровня ферритина в крови и исследование насыщения трансферрина железом исследование уровня натрия и калия в крови, исследование уровня креатинина в крови и скорости клубочковой фильтрации (расчетный показатель), исследование уровня глюкозы в крови и т.д.

Инструментальные исследования

Электрокардиография

Всем пациентам с ХСН рекомендуется выполнение 12-канальной ЭКГ с оценкой сердечного ритма, частоты сердечных сокращений (ЧСС), морфологии и продолжительности QRS, наличия нарушений АВ и желудочковой проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ),

блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)), рубцового поражения миокарда, гипертрофии миокарда).

Эхокардиография

Всем пациентам с подозрением на сердечную недостаточность рекомендуется эхокардиография для оценки структуры и функции сердца с целью подтверждения диагноза и установления фенотипа сердечной недостаточности. Основными показателями являются ФВ, определение зон а- и гипокинезии, определение размеров полостей и толщины стенок ЛЖ.

Также ЭхоКГ используется для оценки структуры и функции сердца в динамике для оценки эффективности проводимого лечения.

Рентгенография ОГК

Рентгенография применяется для выявления других причин симптомов СН (опухоли легких, интерстициальные болезни легких), выявления кардиомегалии (определение кардиоторакального индекса (КТИ)>50%); у пациентов с установленной СН – для выявления нарушений легочной гемодинамики (венозная, артериальная легочная гипертензия), выпота в синусах, отека легких.

УЗИ ОБП

Применяется для обнаружения свободной жидкости в брюшной полости. Так же определение размеров печени и определения сопутствующей патологии.

Немедикаментозное лечение

Для качественного лечения пациента с ХСН должно обязательно проводится изменение образа жизни, которое включает

- Ограничение употребления поваренной соли до 5 г в сутки
- Ограничение употребления жидкости до 2 л в сутки
- Регулярный контроль массы тела, диуреза
- Отказ от курения
- Регулярные физические нагрузки
- Снижение массы тела
- Вакцинация от гриппа, пневмококка, ковид-19
-

Медикаментозное лечение

В 2021 году в рекомендациях ESC были пересмотрены основные положения по лечению больных ХСН.



Рис. 1. Алгоритм лечения пациентов с доказанной ХСН.

Юперо (Валсартан+сакубитрил)

Юперо рекомендуется применять вместо иАПФ/АРА у пациентов с симптоматической СН со сниженной ФВЛЖ со стартовой дозы 50 мг 2 раза в день. При назначении обязательно необходимо контролировать АД, при хорошей переносимости увеличивать дозу каждые 2 недели в 2 раза до целевой дозы 200 мг 2 раза в день.

Блокаторы РААС

иАПФ/АРА II по российским рекомендациям стоят на первом месте при лечении СН, они так же замедляют ремоделирование ЛЖ. При СНнФВ доказали свою эффективность 4 препарата иАПФ (Каптоприл, Эналаприл, Лизиноприл, Рамиприл), и 3 препарата из группы АРАII (Кандесартан, Вальсартан, Лозартан). Препараты назначаются с малых доз с постепенной титрацией.

Бета-адреноблокаторы

Рекомендуются всем пациентам со стабильной сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса ЛЖ для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти. ББ должна начинаться как можно раньше у пациентов с ХСН и сниженной ФВ ЛЖ. Так же они обладают антиишемическим эффектом, более эффективны в снижении риска внезапной смерти, и их применение приводит к быстрому снижению смертности пациентов ХСН по любой причине. При СН доказаны к применению 4 препарата (Бисопролол, Небивалол, Метопролола сукцинат, Карведилол)

АМКР

Антагонисты альдостерона рекомендуются всем пациентам с ХСН II-IV ФК и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти. АМКР так же вносят значительный вклад в снижение ремоделирования ЛЖ.

иSGLT-2

Препарат дапаглифлозин по рекомендациям ESC показан всем пациентам с ХСН, независимо от наличия сахарного диабета, для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по поводу ХСН. В исследовании DAPA-HF назначение дапаглифлозина у пациентов с ХСН и ФВ и без сахарного диабета сопровождалось снижением риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по поводу СН.

Диуретики

Диуретики при ХСН показаны только при наличии застойных явлений. Они вызывают быструю регрессию симптомов ХСН в отличие от других средств терапии ХСН. Оптимальной дозой диуретика считается та низшая доза, которая обеспечивает поддержание пациента в состоянии эуволемии, т.е. когда ежедневный прием мочегонного препарата обеспечивает сбалансированный диурез и постоянную массу тела.

Сердечные гликозиды

Раньше сердечные гликозиды являлись основными препаратами для лечения СН. На данный момент применение сердечных гликозидов у пациентов с ХСН ограничено, так как их назначение не улучшает прогноз. Из существующих препаратов рекомендован только дигоксин, эффективность и безопасность других сердечных гликозидов при ХСН изучена недостаточно. В основном дигоксин применяется для контроля ЧСС у пациентов с симптомами ХСН и наличием тахиформы фибрилляции предсердий (ФП).

Сердечная ресинхронизирующая терапия (CRT)

CRT рекомендуется пациентам с симптомной ХСН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS ≥ 150 мс, морфологией комплексов QRS, соответствующей БЛНПГ и ФВ ЛЖ ≤ 35 %, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию с целью уменьшения симптомов, снижения заболеваемости и смертности. Применяются два типа: CRT-P (пейсмекер) и CRT-D (дефибриллятор).

Трансплантация сердца

При ХСН IV ФК рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии, показана имплантации искусственного левого желудочка или трансплантация сердца.

Список используемой литературы

1. Клинические рекомендации по Диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности/ ESC – 2021 год.
2. Клинические рекомендации по Диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности/ ESC – 2019 год.
3. Клинические рекомендации по Хроническая сердечная недостаточность/ РКО – 2022
4. Кардиология : национальное руководство / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. Кардиология : национальное руководство / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.
5. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / ред. Ф. И. Белялов. - 11-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 416 с.
6. Калюжин, В. В. Сердечная недостаточность : учебное пособие / В. В. Калюжин, А. Т. Тепляков, О. В. Калюжин. - Москва : Медицинское информационное агентство, 2018. - 376 с.
7. Актуальные вопросы кардиологии : учебное пособие / ред. С. С. Якушин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 496 с