

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образ**о**вания «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

 Кафедра факультетской терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой: дмн, профессор, Шестерня П.А.

Проверила: кмн, Пелипецкая Е.Ю.

РЕФЕРАТ

Тема: «Хроническая сердечная недостаточность»

Выполнил: ординатор 2 года обучения

Специальность «кардиология» Каюмов Д.Д.

 Красноярск 2023г.

Оглавление

1. Введение
2. Определение;
3. Этиология ;
4. Факторы риска ;
5. Патогенез;
6. Клиника ;
7. Диагностика;
8. Лечение ;
9. Профилактика;
10. Использованная литература.

**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 организма.

**Этиология**

 Существует большое количество причин развития ХСН, так как любое заболевание сердце оказывает влияние на структуру и функцию. В РФ основными причинами ХСН являются артериальная гипертония (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 гипертонией. 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;

IIА 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. Дезадаптивное 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, ортопное, 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 ортопное. 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 причинахопухоли, рубцы, тромбоз вены, заболевания органов дыхания и другие. Гепатомегалия является классическим признаком недостаточности ПЖ (застойное увеличение печени). Поэтому у всех пациентов необходимо 6 проведение пальпации печени. При венозном полнокровии вследствие недостаточности ПЖ имеется выраженное набухание яремных вен во время пальпации печени. Также у пациента с ХСН могут быть менее типичные симптомы и менее специфические признаки.

**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 ниже 125 пг/мл и 35 пг/мл соответственно свидетельствуют об отсутствии ХСН. 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 c 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:

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

**Медикаментозное лечение**

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



**Юперио (Валсартан+сакубитрил)**

Юперио рекомендуется применять вместо иАПФ/АРА у пациентов с симптоматической СН со сниженной ФВЛЖ со старотовой дозы 50 мг 2 раза в 9 день. При назначении обязательно необходимо контрольровать 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 ≤ 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 СД, для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по поводу ХСН. Висследовании DAPA-HF назначение дапаглифлозина у пациентов с ХСНнФВ 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 (СРТ)**

СRT 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: СRT-P (пейсмекер) и СRT-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.