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

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедрой: ДМН, проф. Петрова М.М.

Реферат на тему:

«Хроническая сердечная недостаточность в практике семейного врача»

Выполнил: ординатор 1 года,111 группы,

специальности «Общая врачебная практика»

Сизикова Д.Д.

Красноярск 2023

Оглавление

[Этиология и классификация 3](#_Toc150798481)

[Симптомы 5](#_Toc150798482)

[Диагностика 6](#_Toc150798483)

[Лечение 8](#_Toc150798484)

# **Этиология и классификация**

Сердечная недостаточность (СН) – это клинический синдром, характеризующийся наличием типичных симптомов (одышка, повышенная утомляемость, отечность голеней и стоп) и признаков (повышения давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки) вызванных нарушением структуры и/или функции сердца, приводящим к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке.

* ХСН со сниженной ФВ ЛЖ (ХСНнФВ) - СН, с ФВ ЛЖ ≤ 40%.
* ХСН с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (ХСНунФВ) – СН с ФВ ЛЖ = 41-49%.
* ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСНсФВ) – СН с ФВ ЛЖ ≥ 50%.

Причины сердечной недостаточности:

1. ИБС
2. Артериальная гипертензия
3. Кардиомиопатии
4. Клапанные пороки сердца – митральный, аортальный, трикуспидальный, пульмональный
5. Болезни перикарда – выпотной и констриктивный перикардит, гидроперикард
6. Болезни эндокарда – гиперэозинофильный синдром, эндомиокардиальный фиброз, эндокардиальный фиброэластоз
7. Врожденные пороки сердца
8. Аритмии – тахиаритмии, брадиаритмии
9. Нарушения проводимости - АВ – блокада
10. Высокая нагрузка на миокард – тиреотоксикоз, анемия, сепсис, болезнь Педжета, артериовенозная фистула
11. Перегрузка объемом – почечная недостаточность, ятрогенная

Большинство пациентов с СНсФВ – это люди пожилого возраста, имеющие, множество внесердечных сопутствующих заболеваний: ожирение, артериальную гипертонию, сахарный диабет типа 2, хроническую болезнь почек, хроническую обструктивную болезнь лёгких, анемию.

**По стадиям ХСН:**

**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.



# **Симптомы**

|  |  |
| --- | --- |
| **Типичные**  | **Менее типичные** |
| Одышка | Ночной кашель |
| Ортопноэ | Хрипящее/ свистящее дыхание |
| Пароксизмальная ночная одышка | Чувство раздутости  |
| Сниженная толерантность к физической нагрузке | Потеря аппетита |
| Слабость, утомляемость, увеличение времени восстановления после нагрузки | Спутанность мышления, дезориентация (особенно у пожилых)  |
| Отек лодыжек | Депрессия |
|  | Сердцебиение  |
|  | Обморок |
|  | Бендопноэ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Более специфичные признаки**  | **Менее специфичные признаки** |
| Набухшие шейные вены  | Увеличение массы тела (> 2 кг/нед), Снижение массы тела (при тяжелой СН), кахексия |
| Гепатоюгулярный рефлюкс | Гепатомегалия, асцит |
| Тон III сердца (ритм галопа)  | Тахипноэ, дыхание Чейна - Стокса |
| Латеральное смещение верхушечного толчка | Периферические отеки (нижние конечности, мошонка, крестец), холодные конечности |
|  | Крепитация в легких, плевральный выпот, олигурия |
|  | Тахикардия, нерегулярный пульс |
|  | Низкое пульсовое давление |

# **Диагностика**

* Характерные жалобы
* Подтверждающие их наличие клинические признаки
* Доказательства наличия систолической и/или диастолической дисфункции
* Определение натрийуретических пептидов

Подозрение на СН

Острое начало – ЭКГ, R-графия грудной клетки

Постепенное начало – ЭКГ, R- графия грудной клетки

BNP/NT – proBNP:

*СН маловероятна:*

**BNP < 100 пг/мл BNP < 35 пг/мл**

**NT – proBNP <300 пг/мл NT – proBNP < 125 пг/мл**

ЭхоКГ – При подтверждении СН определить ее этиологию и начать соответствующее лечение

**BNP > 100 пг/мл BNP > 35 пг/мл**

**NT – proBNP > 300 пг/мл NT – proBNP > 125 пг/мл**

ЭКГ:

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.

Диагноз ХСН маловероятен при наличии абсолютно нормальной ЭКГ,

ЭхоКГ:

* Пациентам с подозрением на сердечную недостаточность рекомендуется эхокардиография для оценки структуры и функции сердца с целью подтверждения диагноза и установления фенотипа сердечной недостаточности.
* Пациентам с уже установленным диагнозом СН для оценки состояния клапанного аппарата сердца, функции правого желудочка и давления в лёгочной артерии рекомендуется эхокардиография с целью выявления лиц с клапанными нарушениями, подходящими для хирургической/инвазивной коррекции.
* Пациентам при планировании и проведении вмешательств/лечения с потенциальным кардиотоксическим действием рекомендуется эхокардиография для оценки структуры и функции сердца.

Пациентам с ХСН рекомендуется повторное проведение эхокардиографии для оценки структуры и функции сердца в следующих клинических ситуациях:

* при ухудшении симптомов сердечной недостаточности или после серьёзного сердечно-сосудистого осложнения;
* пациентам с сердечной недостаточностью, находившимся на приёме препаратов с доказанной эффективностью в максимально переносимых дозах перед принятием решения о применении имплантируемых устройств;
* пациентам, у которых используют вмешательства с потенциальным кардиотоксическим действием.

Прочие визуализирующие методы исследования показаны лишь в тех случаях, когда**:**

* неясен диагноз;
* имеется подозрение на редкое заболевание сердца или на внесердечную причину имеющихся у пациента симптомов и клинических признаков;
* требуется более детальная оценка причины сердечной недостаточности

У пациентов с ХСН рекомендуется использовать ультразвуковой метод дисков (метод Симпсона) с определением объёмов левого желудочка в четырехкамерной и двухкамерной позициях для расчета фракции выброса левого желудочка.
Пациентам, у которых качество эхокардиографии оказалось неудовлетворительным (визуализация <80% эндокарда левого желудочка) рекомендуется проведение эхокардиографии с использованием контрастных веществ, что позволяет лучше рассмотреть эндокард и точнее оценить объёмы левого желудочка.
Считается, что в основе большинства случаев СНсФВ лежит нарушение диастолической функции левого желудочка, и ее тщательная оценка является залогом правильной диагностики этой формы сердечной недостаточности. Ни один из ультразвуковых показателей не обладает настолько высокой точностью, чтобы на основании лишь его можно было судить о состоянии диастолической функции; всегда следует учитывать результаты всех исследований, включая данные допплеровского и двухмерного режимов.

Всем пациентам с подозрением на СН рекомендуется эхокардиография с оценкой диастолической функции с целью определения тяжести структурно- функциональных нарушений, оценки прогноза и выбора тактики лечения

Коронарография

Коронарография рекомендуется пациентам с СН и стенокардией напряжения, не поддающейся лекарственной терапии, наличием симптомных желудочковых аритмий или после остановки сердца с целью установления диагноза ИБС и его тяжести.
Коронарография рекомендуется пациентам с СН и наличием от промежуточной до высокой предтестовой вероятности ИБС и/или наличием ишемии миокарда по данным стресс-тестов у пациентов, которые считаются подходящими кандидатами для коронарной реваскуляризации для решения вопроса о возможной реваскуляризации миокарда.

# **Лечение**

Необходимо проводить коррекцию факторов риска развития и прогрессирования СН, назначать оптимальную медикаментозную терапию и своевременно титровать дозы, проводить лечение важных сопутствующих заболеваний.
Лечение артериальной гипертензии рекомендуется для предотвращения или отсрочки наступления сердечное недостаточности и продления жизни.
Лечение статинами рекомендуется у пациентов с ИБС или высоким риском ИБС вне зависимости от наличия систолической дисфункции левого желудочка в целях предотвращения или отсрочки наступления сердечной недостаточности и продления жизни.
Эмпаглифлозин должен быть рассмотрен у пациентов с СД 2 типа в целях предотвращения или задержки наступления сердечной недостаточности.
иАПФ и ББ рекомендуется пациентам с бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ и/без ИМ в анамнезе, со стабильным течением ИБС.

ИКД рекомендуется пациентам:

* С бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ <30%) ишемического поражение, у которых прошло по крайней мере 40 дней после ИМ;
* С бессимптомной ишемической ДКМП (ФВ <30%), которые получают оптимальную медикаментозную терапию, для предотвращения ВСС и продления жизни.

 Медикаментозная терапия с симптомной (II-IV ФК по NYHA) СН с низкой ФВ – показаны 3 группы препаратов: иАПФ, ББ, АМКР для снижения риска госпитализаций по поводу СН и риска преждевременной смерти.

Диуретики используются для контроля за задержкой натрия и воды и уменьшения одышки и отеков.