

АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Бакалец Н. Ф., Багинская Н. Н., Моисеенко О. И., Тимошенко О. Е., Проневич А. В.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Высокая распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения определяет большую заболеваемость болезнями органов кровообращения, а также таким их частым осложнением, как хроническая сердечная недостаточность (ХСН). В Республике Беларусь ХСН определяется как синдром, статистически не учитывается, поэтому на амбулаторном этапе выявляются сложности в отслеживании этих пациентов. Для диагностики ХСН рекомендуется выявить в анамнезе такие заболевания, как ИБС, артериальная гипертензия, факты приема кардиотоксичных веществ или облучения, приема диуретиков. Самой частой жалобой пациентов является одышка, которая возникает при нагрузке, но может носить и пароксизмальный ночной характер с вынужденным положением ортопно. При физикальном обследовании определяются такие признаки, как хрипы в легких, билатеральный отек лодыжек, сердечные шумы, дилатация яремных вен, латеральное смещение верхушечного толчка. Для подтверждения диагноза ХСН необходимо исследовать кровь на мозговой натрийуретический пептид BNP либо аминоконцевой предшественник натрийуретического пептида (NT-proBNP). Уровни BNP ≥ 350 пг/мл и NT-proBNP ≥ 125 нг/мл указывают на синдром ХСН. Кроме того, пациентам проводят эхокардиографию (ЭхоКГ). ХСН со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка диагностируется при ФВ менее 40 %. ХСН с промежуточной ФВ выставляется на основании присутствия у пациентов симптомов и признаков, ФВ от 40 до 49 %, повышения натрийуретического пептида и наличия как минимум одного из дополнительных критериев: соответствующего структурного изменения сердца (гипертрофия левого желудочка и (или) дилатации левого предсердия), диастолической дисфункции. ХСН с сохраненной ФВ выставляется, если у пациента ФВ 50 % и более, присутствуют симптомы и признаки, определяется повышенный уровень натрийуретического пептида и выявляются изменения на ЭхоКГ, аналогичные ХСН с промежуточной ФВ [1]. Большие успехи сделаны в последние два десятилетия в отношении лечения систолической дисфункции левого желудочка, что положительно начало сказываться на выживаемость пациентов с ХСН. Всем пациентам с ХСН со сниженной ФВ рекомендуют начинать лечение с ингибиторов АПФ и β -адреноблокаторов (класс рекомендаций I, уровень A). При непереносимости ингибиторов АПФ назначают блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа. Если симптоматика остается и ФВ ≤ 35 %, добавляют антагонисты рецепторов минералкортикоидов. При сохранении признаков ХСН рекомендуется заменить ингибиторы АПФ на антагонисты рецепторов ангиотензина-неприлизина (сакубитрил/валсартан). При сохранении синусового ритма и ЧСС ≥ 70 уд/мин добавляется ивабрадин. При постоянной форме фибрилляции предсердий возможно рассмотреть назначение дигоксина. Если на ЭКГ QRS ≥ 130 мс и синусовый ритм, должна обсуждаться возможность ресинхронизирующей терапии. Диуретики должны принимать пациенты для уменьшения симптомов и признаков застоя. В случае симптомной желудочковой тахикардии либо фибрилляции желудочков показана имплантация кардиовертера — дефибриллятора. При рефрактерной ХСН показаны искусственный левый желудочек либо трансплантация сердца [1]. Лечение пациентов с ХСН является прерогативой врачей общей практики. Весьма важно рано диагностировать синдром сердечной недостаточности, дать рекомендации по режиму физических нагрузок, питания, выявить коморбидную патологию, правильно назначить медикаментозное лечение. Именно от искусства врачевания врачей амбулаторного звена зависит прогноз пациента с этой патологией.

Важным является не простой факт назначения лекарств, а доведение до рекомендованных доз. Установлено, что если пациенты достигают хотя бы 50 % целевой дозы блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, то риск смерти снижается на 15 %, а если не достигается, то снижение на 6 % является недостоверным [2].

Цель

Провести экспертную оценку соответствия реальной клинической практики клиническим рекомендациям ведения пациентов с ХСН.

Материал и методы исследования

Было обследовано 197 пациентов с тяжелой ХСН. 129 человек имели III ФК ХСН по NYHA, 65 человек имели IV ФК ХСН по NYHA. Средний возраст пациентов составил $68,5 \pm 7,8$ лет. Мужчин было 94, женщин — 103. Был проведен анализ амбулаторных карт этих пациентов, состоящих на диспансерном учете в трех поликлиниках г. Гомеля. Оценивались следующие параметры амбулаторного ведения этих пациентов: объем инструментальных и лабораторных исследований для диагностики ХСН, назначение лекарственных препаратов, дозы лекарственных средств, рекомендации по немедикаментозному лечению.

Результаты исследования и их обсуждение

Одним из первых диагностических шагов при подозрении на ХСН рекомендуют сделать определение натрийуретического пептида. На практике определение данного пептида не применялось ни у одного пациента по причине отсутствия реактивов в поликлиниках и стационарах. ЭхоКГ была проведена всем пациентам. ХСН с систолической дисфункцией была установлена на основании снижения ФВ. Для оценки диастолической дисфункции идеальным методом является тканевое доплерографическое исследование. Показатель соотношения E/Еа более 15 говорит о наличии диастолической дисфункции. В условиях поликлиник и стационаров чаще используется трансмитральный кровоток. Для верификации псевдонормального и рестриктивного типов трансмитрального кровотока необходимо поводить оценку потока в легочных венах с определением скоростей систолического потока, раннего диастолического потока, позднего диастолического потока. Это также затрудняет диагностику ХСН с сохраненной ФВ. В итоге на амбулаторном этапе диагноз ХСН в большей степени устанавливается на основании клинической картины без подтверждения на ЭхоКГ. При формулировке диагноза ХСН должны ставиться стадии по Василенко — Стражеско и класс тяжести ХСН согласно NYHA. Если стадия ХСН отражена у всех пациентов, то класс тяжести стоит в диагнозе только у 23 % пациентов. Этот факт связан с тем, что врач поликлиник часто игнорируют проведение теста с 6-минутной ходьбой, возможно, из-за отсутствия времени. Данный тест могут проводить помощники врача, медсестры, студенты. Часто врачи забывают дать подробные немедикаментозные рекомендации: ограничение соли до 1,5–3,0 г в сутки, исключение алкоголя, дозированные физические нагрузки, регулярный контроль массы тела. Если пациент осведомлен и обучен, то снижается риск госпитализаций и смертность. Большой интерес представляет медикаментозная терапия, которая была назначена пациентам в реальной клинической практике на амбулаторном этапе. Блокаторы системы ренин-ангиотензин-альдостерон были назначены только 76 % пациентов. 27 % пациентов был рекомендован рамиприл, 25 % — лизиноприл, 21 % — эналаприл, 5 — периндоприл, 18 % — лозартан, 4 % — валсартан. Дозы ингибиторов АПФ и сартанов, назначаемых в реальной клинической практике, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Дозы блокаторов системы РААС, назначаемые пациентам с ХСН в реальной клинической практике

Название препарата	Средние дозы, мг	% к рекомендуемой дозе	Рекомендуемые дозы
Эналаприл	19,6	49 %	20 мг 2 раза в день
Лизиноприл	13,4	67 %	20 мг 1 раз в сутки
Рамиприл	6,9	69 %	5 мг 2 раза в сутки
Периндоприл	6,6	66 %	10 мг 1 раз в сутки
Лозартан	75,8	51 %	150 мг 1 раз в день
Валсартан	133,3	42 %	160 мг 2 раза в день

β -адреноблокаторы были рекомендованы и назначены 53 % пациентов с ХСН. 35 % пациентов назначался метопролол, причем в подавляющем большинстве случаев это был короткодействующий метопролола тартрат, хотя в рекомендациях звучит пролонгированный метопролола сукцинат. Пролонгированная форма метопролола была прописана только двум пациентам. 36 % пациентов рекомендован карведилол, 25 % пациентов — бисопролол, 2 % — небиволол. Дозы β -адреноблокаторов, назначаемых в реальной клинической практике, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Дозы β -адреноблокаторов, назначаемые пациентам с ХСН в реальной клинической практике

Название препарата	Средние дозы, мг	% к рекомендуемой дозе	Рекомендуемые дозы
Метопролол	63,2	63,2	50 мг 2 раза в день
Карведилол	13,7	36,4	25 мг 2 раза в день
Бисопролол	5	50	10 мг 1 раз в день
Небиволол	6,25	62,5	10 мг 1 раз в день

Ивабрадин был назначен только 2 % пациентов, спиронолактон — 31 % пациентов.

59,3 % пациентов рекомендовались мочегонные препараты. Торасемид — 2 % пациентов с ХСН, фуросемид — 34 %, индапамид — 44 %, гидрохлортиазид — 20 %.

Средние дозы индапамида составили 2,4 мг, гидрохлортиазид — 21,2 мг, торасемида — 6,6 мг, фуросемида — 43 мг. В ряде случаев при наличии выраженного застоя и отеков диуретики рекомендовались в малых дозах. До сих пор практикуется назначение диуретиков 1–2 раза в неделю, что является неприемлемым и ведет к развитию толерантности и снижению натрийуреза. Не всегда отслеживаются препараты, назначение которых противопоказано при ХСН. 3 % пациентов были назначены антиаритмические препараты 1С группы (этацинин и пропафенон), 8 % пациентов был рекомендован моксонидин, 1,5 пациентов — нифедипин, 3 % — верапамил и дилтиазем.

Заключение

Таким образом, существует значительный разрыв между достижениями фармакотерапии ХСН и повседневной клинической практикой. Важно отметить, что проводился анализ назначения лекарственных препаратов. Вполне логично утверждать, что соблюдать рекомендации пациенты в повседневной жизни будут не все и не всегда вследствие достаточно низкой приверженности к лечению. Терапия в реальной клинической практике далека от оптимальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) / P. Ponikowski [et al.] // European Heart Journal. — 2016. — Vol. 37. — P. 2129–2200.

2. Lund, L. H. Association between use renin-angiotensin system antagonists and mortality in patients with heart failure and preserved ejection fraction / L. H. Lund, L. Benson, U. Dahlstron // JAMA. — 2012. — Vol. 308 (20). — P. 2108–2117.

УДК 616.12-008.313.2+616.24 – 008.444] -071.1-036: [616.12-005.4+616.12-008.331.1]

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ УМЕРЕННЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И (ИЛИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Балабанович Т. И., Шишко В. И., Шулика В. Р.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) — одна из самых часто встречающихся в популяции аритмий, показатель заболеваемости которой неуклонно растет. Ведь «натиск» ФП имеет