

УДК 616.12-008.464

Бустонов Ш.Я.

Кафедра ВОП.№2

Андижанский государственный медицинский институт

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Резюме: Сердечная недостаточность (СН) — патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания кровеносной системы происходит снижение насосной функции, что приводит к дисбалансу между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца. СН развивается, как правило, вследствие существенного нарушения сократительной функции миокарда, сердце не может выполнять свою главную функцию — нагнетательную. Этот синдром встречается при многих заболеваниях, прямо или опосредованно поражающих сердце.

Ключевая слова: лечения, диагностика, сердечная недостаточность.

Bustonov Sh.Ya.

Department of GP No.2

Andijan State Medical Institute

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE

Resume: Heart failure (HF) is a pathophysiological syndrome in which, as a result of a disease of the circulatory system, there is a decrease in pumping function, which leads to an imbalance between the hemodynamic needs of the body and the capabilities of the heart. HF develops, as a rule, due to a significant violation of the contractile function of the myocardium, the heart cannot perform its main function - pumping. This syndrome occurs in many diseases that directly or indirectly affect the heart.

Keywords: treatment, diagnosis, heart failure.

Введение. Сердечная недостаточность характеризуется изменением структуры или функции сердца, ведущим к его неспособности доставлять кислород в соответствии с потребностью тканей, несмотря на нормальное давление наполнения[4,8,10].

В соответствии с современными международными рекомендациями хроническая сердечная недостаточность (ХСН) определяется как синдром, при котором у пациента имеются типичные жалобы (одышка, отеки ног, утомляемость) и симптомы (повышенное венозное югулярное давление, хрипы в легких, смещенный верхушечный толчок) в результате изменения структуры или функции сердца[1,5,7].

Сердечная недостаточность может проявляться как при сниженной, так и нормальной фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)[2,4,8]. Здесь и далее рассматривается ХСН только со сниженной ФВ ЛЖ как наиболее часто встречающийся вариант у больных после инфаркта миокарда[3,6,9].

Цель исследования: Изучить возможности дифференциальной диагностики и оптимального лечения хронической сердечной недостаточности в условиях городской поликлиники.

Материал и методы исследования: Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, обратившихся в течение года к терапевту в поликлиники АОМПБ г.Андижана.

Результаты исследования: «Мягкие» критерии диагноза хронической сердечной недостаточности (ХСН) имели 29,8% пациентов от всего годичного приема кардиолога поликлиники. В результате обследования диагноз ХСН подтвержден в 50,3% случаев. У остальных пациентов, в том числе у 33,3% мужчин и 59,5% женщин, выявлены альтернативные причины жалоб: ХОБЛ (10,8%), гипотиреоз (9,2%), преходящая ишемия миокарда (9,2%), ожирение (10,3%), психогенные причины (4,3%), анемия (3,2%), аритмии (2,2%).

В 90,8% случаев дифференциальный диагноз ХСН завершён в условиях поликлиники и окружного диагностического клинического центра, и лишь 9,2% больных потребовалось дополнительное обследование в специализированном кардиологическом учреждении.

Отсутствие возможности исследования мозгового натрийуретического пептида для скрининга, территориальная отдаленность и ожидание исследований в окружном клиническом центре способствовали увеличению сроков (в среднем до $101,8 \pm 88$ дней) и стоимости обследования ($8,03 \pm 2,1$ услуг диагностики на человека), а также выбыванию из исследования 36,1% пациентов с подозрением на ХСН.

Пациенты с верифицированной ХСН соответствовали по полу (равное число мужчин и женщин), этиологии, среднему функциональному классу NYHA ($2,1 \pm 0,7$) и доле лиц с низкой фракцией выброса левого желудочка (44,1%) контингенту европейского регистра EuroHeart Failure survey, но отличались более молодым возрастом ($64,8 \pm 10,6$ лет) и более высокой распространенностью артериальной гипертонии (74,2%), аналогично пациентам российского регистра ЭПОХА-О-ХСН.

Ингибиторы АПФ либо антагонисты рецепторов к ангиотензину II назначены 95%, рекомендованные β -адреноблокаторы — 91%, спиронолактон — 71%, диуретики - 90%, дигоксин - 27%, статины - 61% пациентов с ХСН. При ХСН с низкой ФВ ЛЖ целевые дозы иАПФ/АРАП и β -адреноблокаторов

достигнуты соответственно в 51% и 44%, не менее 50% от целевых доз - в 68%, целевая ЧСС - в 83% случаев, что потребовало добавления ивабрадина у 23% больных с синусовым ритмом. Осталось недостаточным применение пероральных антикоагулянтов, которые удалось назначить лишь 43,2% пациентов, имевших соответствующие показания.

Вывод: Достижению целевых доз основных рекомендованных препаратов препятствовали артериальная гипотония (39%), брадиаритмии (17%), бронхообструкция (12%), гиперкалиемия (5%), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (5%) и снижение скорости клубочковой фильтрации (2%). В среднем артериальное давление, калий и креатинин плазмы крови оставались в пределах нормы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агеев Ф.Т., Арутюнов Т.П., Беленков Ю.Н. и др. Хроническая сердечная недостаточность. М: ГЭОТАР-Медиа 2010: 336с

2.Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И., Ускова О.В. и др. Режим физических нагрузок в отдаленном периоде после протезирования клапанов сердца. ЖСН.2003; 4(5):236-241

3.Драпкина О. М., Ашихмин Я. И. Возможности блокатора кальциевых каналов фелодипина при лечении больных с артериальной гипертонией и хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса. Терапевтический архив. 2011;83 (12):26-34].

4.Мареев В.Ю., Даниелян М.О., Беленков Ю.Н. Сравнительная характеристика больных с ХСН в зависимости от величины фракции выброса по результатам российского многоцентрового исследования ЭПОХА-О-ХСН: снова о проблеме ХСН с сохранной систолической функцией левого желудочка. Сердечная недостаточность. 2006;4:164-171.

5.Adlam D., Silcocks P., Sparrow N. Using BNP to develop a risk score for heart failure in primary care // Eur Heart J.-2005.-Vol.26.-С.1086-1093.

6.Dokainish H, Nguyen JS, Bobek J et al. Assessment of the American Society of Echocardiography-European Association of Echocardiography guidelines for diastolic function in patients with depressed ejection fraction: an echocardiographic and invasive haemodynamic study. Eur J Echocardiogr 2011;12:857-864.

7.Lang R.M., Bierig M., Devereux R.B., Flachskampf F.A., Foster E., Pellikka P.A., Picard M.H., Roman M.J., Seward J., Shanewise J., Solomon S., Spencer K.T., St John Sutton M., Stewart W. American Society of Echocardiography's Nomenclature and Standards Committee; Task Force on Chamber Quantification; American College of Cardiology Echocardiography Committee; American Heart Association; European Association of

Echocardiography. European Society of Cardiology. Recommendations for chamber quantification // Eur J Echocardiogr 2006; 7: 79-108, GL.

8. Yu C.M., Sanderson J.E. et al. Diastolic dysfunction and natriuretic peptides in systolic heart failure. Higher ANP and PNP levels are associated with the restrictive filling pattern. Eur Heart J 1996; 17:1694-1702.

9. Yusuf S., Pfeffer M.A., Swedberg K., et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved ventricular ejection fraction: CHARM-preserved trial. Lancet 2003;362:777-781.

10. Zannand F., Briankon S. and EPICA Investigators. Incidence, Clinical and Etiologic Features, and Outcomes of Advanced chronic Heart Failure: The EPICA Study. JACC Vol. 33, № 3, 1999: 734-742.