



УДК 616.122, 616.12-008.1-072.7

СЛОЖНОСТИ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л.А. КАМЫШНИКОВА**О.А. ЕФРЕМОВА****М.С. СВИРИДОВА****О.А. ОСИПОВА****Л.Л. КОРРЕЙА**

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: ludmila__kam@mail.ru

Проведен анализ амбулаторных карт больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с целью изучения тактики ведения этих пациентов и выявления сложностей в диагностике и лечении ХСН в первичном звене здравоохранения.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, поликлиника, диагностика, лечение.

Введение. Согласно данным ЭПОХА-ХСН распространенность хронической сердечной недостаточности I-IV ФК в популяции Европейской части России составила 12,3%, а распространенность ХСН III-IV составила 2,3% [1]. Несмотря на новые методы диагностики и лечения, заболеваемость ХСН продолжает расти.

В первичном звене здравоохранения много пациентов с ХСН различного генеза, при этом недостаточно изучена тактика ведения этих больных на поликлиническом этапе при начальных стадиях сердечной недостаточности, что свидетельствует об отсутствии четких критериев диагностики ХСН в самый ранний период ее развития на амбулаторном этапе. При этом практикующие врачи в амбулаторной практике недостаточно используют диагностические возможности эхокардиографии (ЭхоКГ), хотя во многом выбор терапии ХСН зависит от преобладания систолической или диастолической дисфункции ЛЖ [2].

Цель работы. Провести анализ эпидемиологии и выявить основные сложности в диагностике и лечении ХСН в первичном звене.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 450 амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение в МБУЗ «Городская поликлиника №2» г. Белгород. Средний возраст составил $62,3 \pm 8,7$ лет. Критериями включения в исследование были: наличие ХСН I – IV ФК по NYHA, возраст от 45 до 80 лет. Для расчета распространенности ХСН населения у г. Белгорода проводилось одномоментное исследование среди лиц старше 18 лет 100 семей (201 человек).

Результаты исследования и обсуждение. Проведенное исследование показало, что ХСН с сохраненной систолической функцией в г. Белгороде встречалась у 76,6% населения. Полученные нами данные согласуются с результатами ЭПОХА-О-ХСН, где также было показано, что доля больных ХСН с сохраненной систолической функцией в амбулаторной практике достигает 80%.

При анализе амбулаторных карт выявлено, что в диагнозах иногда используется такое обозначение как «Нарушение кровообращения», вместо ХСН, или не всегда указывается стадия ХСН по классификации В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско, или определение функционального класса ХСН по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). Это, безусловно, не соответствует последним рекомендациям, в которых предлагается не применять иной термин, кроме как ХСН [3].

В европейских и американских рекомендациях по ХСН, сердечную недостаточность определяют как болезнь, а не синдром или осложнение, поэтому проще шифровать и отслеживать затраты на лечение этих пациентов. В российских рекомендациях хроническая сердечная недостаточность обозначена как патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания сердечно-сосудистой системы происходит снижение насосной функции, что приводит к дисбалансу между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца. Соответственно, шифруется основное заболевание у пациента (ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, пороки и так далее).

Таким образом, на амбулаторном этапе выявляются сложности в отслеживании этих пациентов, потребности в затратах на их лечение. Возникает проблема социального плана, которая требует разрешения.



Для постановки диагноза ХСН необходимо наличие симптомов или признаков в покое или при нагрузке. Должны быть объективные доказательства дисфункции сердца в покое. А также, если проводилось лечение, то положительный ответ на терапию.

Объективные признаки дисфункции сердца – это систолическая или диастолическая дисфункция прежде всего выявленные эхокардиографически, а также определение натрийуретических пептидов.

В российские рекомендации на поликлиническом этапе, одним из первых диагностических шагов при подозрении на хроническую сердечную недостаточность рекомендуют определение натрийуретических пептидов. Наиболее точный из маркеров – N-терминальный фрагмент натрийуретического пептида (NT-proBNP). Если уровень NT-proBNP >2000 пг/мл, можно говорить о наличии хронической сердечной недостаточности, как наиболее вероятной. На практике рутинное определение данного пептида не нашло применение по ряду причин.

Для оценки диастолической дисфункции идеальным методом является тканевое доплерографическое исследование. Показатель соотношения E / Ea >15, говорит о наличии диастолической дисфункции.

В условиях поликлиники чаще всего используется трансмитральный кровоток. Для верификации псевдонормального и рестриктивных типов (II и III) трансмитрального потока нужно проводить оценку потока в лёгочных венах методом импульсной доплерографии по стандартной методике с определением скоростей систолического потока (S), раннего диастолического потока (D), позднего диастолического (обратного) потока (aR). Это также затрудняет диагностику хронической сердечной недостаточности, особенно диастолической дисфункции. В итоге на поликлиническом этапе диагноз ХСН в большей степени устанавливается по клиническим данным не подтвержденный эхокардиографически.

Для верификации диагноза и более точной оценки тяжести клинических проявлений ХСН рекомендуется использовать шкалу оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС) и тест 6-минутной ходьбы (м), что также игнорируется большинством врачей, возможно, из-за временных затрат или незнания данных методик.

Часто игнорируются немедикаментозные рекомендации по ведению больных на амбулаторном этапе.

В частности, врачи редко рекомендуют ограничение соли в соответствии с функциональным классом. Это ведет к риску рефрактерности лечения хронической сердечной недостаточности даже на фоне адекватного лечения. Не всегда рекомендуется ограничение алкоголя. Необходимо разъяснять пациенту о дозированных физических нагрузках. Требуется рекомендация о регулярном контроле массы тела, как показателе ранней декомпенсации хронической сердечной недостаточности.

Существует проблема обучения пациентов и близких людей, как жить с сердечной недостаточностью. По данным исследования «ШАНС», если пациент осведомлен и обучен, снижаются риск госпитализации и летальности.

Большой интерес представляет медикаментозная терапия, которую принимают больные с ХСН в реальной клинической практике на амбулаторном этапе. По данным литературы, в последние годы образовался значительный разрыв между достижениями фармакотерапии ХСН и повседневной клинической практикой [4]. Завершившиеся в 2003 году исследования ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН свидетельствуют о том, что ситуация с лечением больных ХСН меняется к худшему при переходе со стационарного лечения на амбулаторный этап.

Несмотря на разработанные рекомендации по лечению ХСН, терапия хронической сердечной недостаточности в реальной практике далека от оптимальной. Применение ингибиторов ренин-ангиотензиновой системы, β -адреноблокаторов и антагонистов альдостерона является краеугольным камнем современной фармакотерапии хронической сердечной недостаточности у больных со сниженной фракцией выброса ЛЖ.

Анализ результатов исследований показывает, что всего четыре класса сердечно-сосудистых препаратов способны улучшать отдаленный прогноз у больных с ХСН различной степени тяжести, обусловленной систолической дисфункцией ЛЖ. К ним относятся некоторые ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента [5, 6], антагонисты рецепторов ангиотензина II, пять бета-адреноблокаторов [7, 8], а также блокаторы альдостероновых рецепторов (спиронолактон и эплеренон). Это вполне объяснимо с патогенетических позиций.

В своей работе врачи первичного звена назначают нереккомендованные бета-адреноблокаторы, продолжают назначать такие препараты как бетаксол, метопролол тартрат.

Полученные нами данные о медикаментозной терапии в группе пациентов ХСН из числа неорганизованной популяции г. Белгорода показали, что постоянно принимали препараты, входящие в стандарты лечения ХСН, только 51,2% больных, 31,4% больных лечились при появлении симптомов и 6,4% – курсами, во время стационарного лечения. В целом, получали лечение на амбулаторном этапе 88,8% больных с ХСН, не принимали никаких препаратов – 11,2%.



При анализе лекарственной терапии больных с ХСН на амбулаторном этапе выявлена недостаточная частота приема препаратов из основных групп для лечения ХСН. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента находились на первом месте по частоте приема 63,8%, что соответствует последним рекомендациям по лечению ХСН. Согласно современным представлениям о лечении ХСН, β -адреноблокаторы занимают вторую позицию в перечне основной группы препаратов. По нашим данным, принимали β -адреноблокаторы 28,4% больных с ХСН, по частоте приема лекарственных препаратов данная группа находилась на третьем месте. Рекомендованные для лечения ХСН β -адреноблокаторы (карведилол, бисопролол, метопролола суццинат, небиволол) регулярно использовали 48,6% больных ХСН.

На втором месте по частоте приема из основных групп препаратов для лечения ХСН находились мочегонные средства, которые принимали 37,1% больных с ХСН. Сердечные гликозиды и антагонисты альдостерона применялись больными в 11,1% и 4,8% случаях соответственно, антагонисты рецепторов ангиотензина II принимали всего 8,9% больных.

При сравнении полученных нами данных о медикаментозном лечении больных ХСН на амбулаторном этапе в г. Белгород с проведенными эпидемиологическими обследованиями населения в европейской части РФ (ЭПОХА-ХСН, 2008 г), выявлено, что в г. Белгороде ситуация с лечением ХСН относительно благоприятная: по нашим данным, в г. Белгороде частота приема основных средств для лечения ХСН выше среднестатистических. Тем не менее больные с ХСН в г. Белгороде реже принимали препараты, не входящие в перечень рекомендованных для лечения ХСН.

Проведенное исследование показало, что в первичном звене здравоохранения совсем небольшой процент больных получает спиронолактон, несмотря на то, что он внесен в основную группу препаратов.

При анализе амбулаторных карт выявлены ошибки. Диуретики назначают при ХСН без признаков застоя. При наличии выраженных отеков диуретики назначаются в малых дозах.

При назначении антагонистов кальция врачи должны помнить, что только два антагониста кальция могут быть назначены при хронической сердечной недостаточности, не ухудшая прогноза: амлодипин и фелодипин. Причем для этого должны быть показания: упорная стенокардия или гипертония, высокая легочная гипертензия и выраженная клапанная регургитация.

Не всегда отслеживаются препараты, назначение которых противопоказано при декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Это нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды, трициклические антидепрессанты, антиаритмики I класса А, В и С. Антагонисты кальция недигидропиридинового ряда, а также короткодействующие антагонисты кальция дигидропиридинового ряда.

На сегодняшний день отсутствует убедительная доказательная база улучшения выживаемости при использовании какого-либо специфического медикаментозного лечения у пациентов с ХСН при наличии диастолической дисфункции. Тем не менее, эффективность применения некоторых препаратов была показана в отдельных исследованиях и в настоящее время продолжает изучаться [9]. В пяти рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях изучались эффективность и безопасность лекарственных препаратов, относящихся к четырем классам, у больных ХСН с сохраненной ФВ, а именно: ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента периндоприла (PEP-CHF), фозиноприла (FACON), лизиноприла [10], блокаторов ангиотензивных рецепторов кандесартана (CHARM-preserved) и ирбесартана (I-PRESERVE) [11], бета-адреноблокаторов небиволола и сердечных гликозидов дигоксина [12]. Пока эти препараты не доказали своей способности улучшать прогноз больных СН-ССФ и ДСН, однако их применение у таких больных абсолютно оправдано, по крайней мере, в связи с улучшением функционального статуса пациентов и уменьшением риска вынужденных госпитализаций. Антагонисты кальция, хотя и не включены в основную группу по лечению ХСН, благоприятно воздействуют на диастолическую дисфункцию ЛЖ, контролируя уровень артериального давления, снижая потребность миокарда в кислороде, вызывая дилатацию коронарных артерий и обратное развитие гипертрофии ЛЖ [13].

Литература

1. Фомин И.В. Распространенность хронической сердечной недостаточности в европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН / И.В. Фомин, Ф.Т. Агеев, Ю.Н. Беленков // Сердечная недостаточность. – 2006. – № 7 (1). – С. 112–115.
2. Люсов В.А. Аффективные расстройства у больных с диастолической хронической сердечной недостаточности / В.А. Люсов, С.Н. Молчанов, Д.Б. Гаева // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 41–45.
3. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) [Текст] // Сердечная недостаточность. – 2010. – Т. 11, № 1.



4. Гуревич М.А. Особенности лечения хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста / М.А. Гуревич // Российский кардиологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 93-101.
5. Евдокимова А.Г. Артериальная гипертензия и высокий риск сердечно-сосудистых осложнений: фокус на лизиноприл. / А.Г. Евдокимова, В.В. Евдокимов, А.В. Сметанин // Трудный пациент. – 2010. – № 11. – С. 32-37.
6. Шевченко О.П. Ингибиторы АПФ у больных сердечной недостаточностью / О.П. Шевченко, А.О. Шевченко // Российский кардиологический журнал. – 2008. – № 5. – С. 76-84.
7. Клинический гемодинамический и нейрогуморальный эффект перевода больных с хронической сердечной недостаточностью с «не рекомендованных» к применению β -адреноблокаторов на бисопролол в амбулаторной практике / Ф.Т. Агеев, Е.С. Жубрина, А.Г. Овчинников [и др.] // Кардиология. – 2010. – № 6. – С. 41-47.
8. Оптимизации применения β -адреноблокаторов при лечении хронической сердечной недостаточности в амбулаторной практике / Е.С. Жубрина, А.Г. Овчинников, Е.М. Середина [и др.] // Терапевтический архив. – 2009. – № 11. – С. 35-40.
9. Пристром М.С. Диастолическая дисфункция миокарда: диагностика и подходы к лечению / М.С. Пристром, В.Э. Сушинский // Медицинские новости. – 2008. – № 12. – С. 17-19.
10. Cleland J. The perindopril in elderly people with chronic heart failure (PEP-CHF) study / J. Cleland // Hot Line. I Session on XVth World Congress of Cardiology. – Barcelona, 2006.
11. Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction. / В.М. Massie, Р.Е. Carson J.J. McMurray [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 359. – P. 2456-2467.
12. Драпкина О.М. Хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса: патофизиология, диагностика, стратегии лечения / О.М. Драпкина, Я.И. Ашихман // Кардиология. – 2009. – № 9. – С. 90-95.
13. Житникова Л.М. «Новые» антагонисты кальция в лечении сердечно-сосудистых заболеваний / Л.М. Житникова // Русский медицинский журнал. – 2010. – № 22. – С. 1366-1371.

THE COMPLEXITIES IN TACTICS OF DISEASE MANAGEMENT WITH CHRONIC CARDIAC INSUFFICIENCY IN A PRIMARY STAGE OF HEALTHCARE SYSTEM

L.A. KAMYSHNIKOVA

O.A. EFREMOVA

M.S. SVIRIDOVA

O.A. OSIPOVA

L.L. CORREIA

Belgorod National Research University

e-mail: ludmila__kam@mail.ru

The article presents the analysis of out-patient cards of patients with chronic cardiac insufficiency (CCI) for revealing the complexities in tactics of disease management with chronic cardiac insufficiency in a primary stage of healthcare system

Keywords: chronic cardiac insufficiency, a polyclinic, diagnostics, treatment.