

Сердечная недостаточность



**Подготовила: И.о. заведующей терапевтического
отделения врач терапевт Калашникова С.А.**

- СН затрагивает около 2% взрослых по всему миру. Заболеваемость повышается с возрастом, составляя 1% у людей до 55 лет и более 10% – старше 70 лет. В развитых странах основная причина возникновения СН – ИБС и артериальная гипертензия. После постановки диагноза более половины пациентов умирают в течение 5 лет.

Определение:

- СН "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".

Виды СН:

- **Острая СН - возникновение острой (кардиогенной) одышки, связанной с быстрым развитием легочного застоя вплоть до отека легких или кардиогенного шока (с гипотонией, олигурией и т. д.), которые, как правило, являются следствием острого повреждения миокарда, прежде всего острого ИМ.**

Виды СН:

- **Хроническая СН, для которой характерны периодически возникающие эпизоды обострения (декомпенсации), проявляющиеся внезапным или, что бывает чаще, постепенным усилением симптомов и признаков ХСН.**

Стадии ХСН (могут ухудшаться, несмотря на лечение)		Функциональные классы ХСН (могут изменяться как в отрицательную сторону, так и в положительную, например, на фоне лечения)	
I ст	<ul style="list-style-type: none"> • Начальная стадия заболевания сердца. • Гемодинамика в покое не нарушена. • Имеется бессимптомная дисфункция левого желудочка. 	I ФК	<p>Нет ограничений физической активности: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, одышкой или сердцебиением. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.</p>
II А ст.	<ul style="list-style-type: none"> • Клинически выраженная стадия заболевания сердца. • Нарушения в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. • Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов. 	II ФК	<p>Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.</p>
II Б ст.	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелая стадия заболевания сердца. • Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. • Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов. 	III ФК	<p>Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.</p>
III ст.	<ul style="list-style-type: none"> • Конечная стадия поражения сердца. • Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек, печени). • Финальная стадия ремоделирования органов. • Развитие дистрофии органов и тканей. 	IV ФК	<p>Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта: симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.</p>

Симптомы ХСН:

- Классической триадой симптомов ХСН являются: Одышка, слабость и отеки ног
- Утомляемость
- Снижение физической активности

Причины:

- **ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем.**

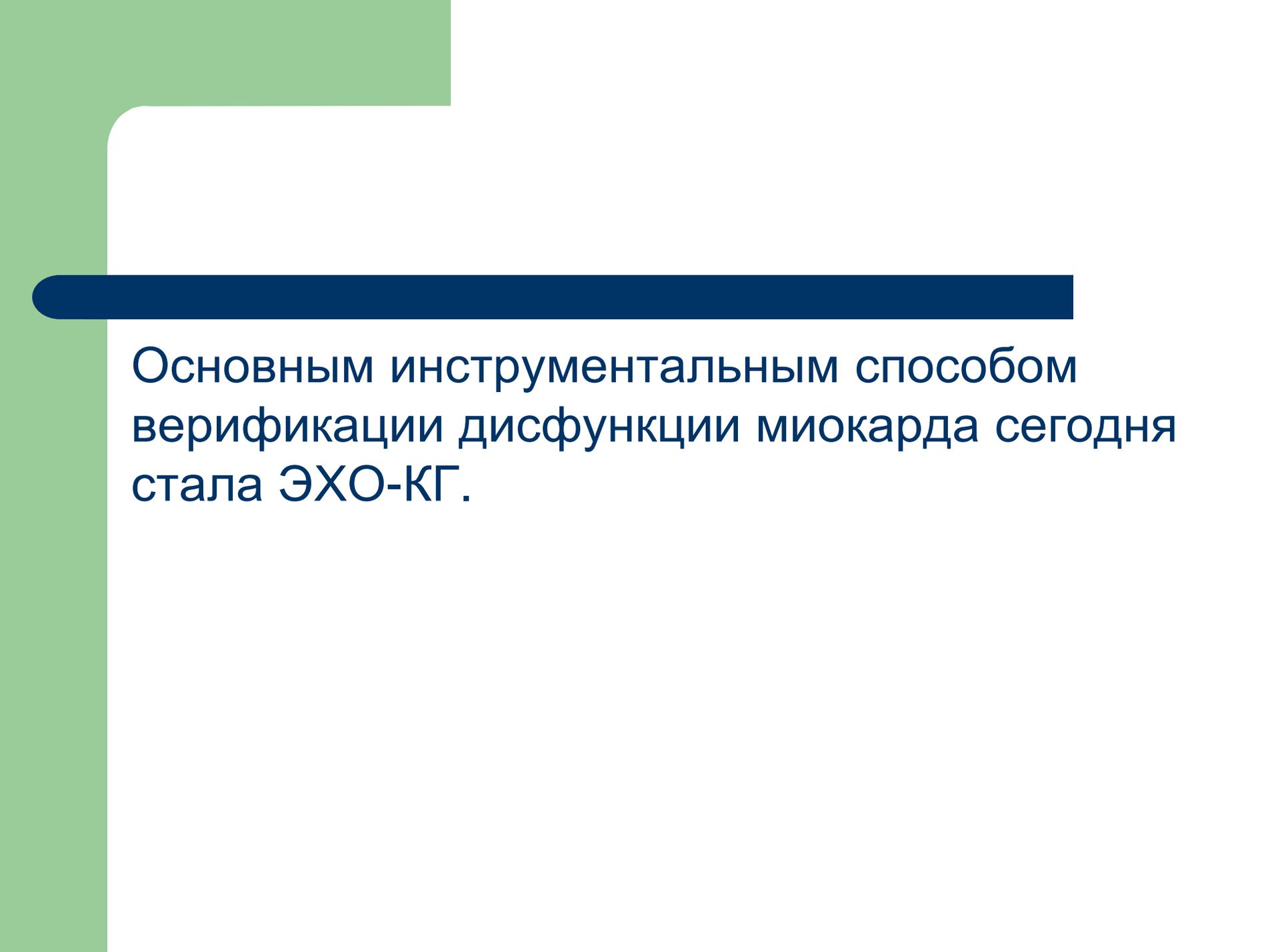
Диагностика:

- **Ряд лабораторных показателей:**
- **общий анализ крови (с подсчетом гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гематокрита), показатели функции печени и почек (креатинин, СКФ), уровни электролитов (калий, натрий), глюкоза крови.**

- Среди современных биохимических показателей, подтверждающих дисфункцию сердца, в настоящее время основным является мозговой натрийуретический пептид. Наряду с ним изучаются и апробируются новые биомаркеры ХСН, что является актуальным, особенно для постинфарктного состояния с бессимптомной дисфункцией ЛЖ

Инструментальные методы исследования:

- **ЭКГ.** На ЭКГ при ХСН могут быть признаки рубцовых поражений или гипертрофии миокарда, а также нередко регистрируются различные нарушения ритма и проводимости сердца. Однако подобные ЭКГ-признаки могут регистрироваться и без наличия ХСН, вследствие чего данный метод для подтверждения ХСН не является решающим.
- **рентгенография грудной клетки (признаки застоя по МКК)**



Основным инструментальным способом верификации дисфункции миокарда сегодня стала ЭХО-КГ.

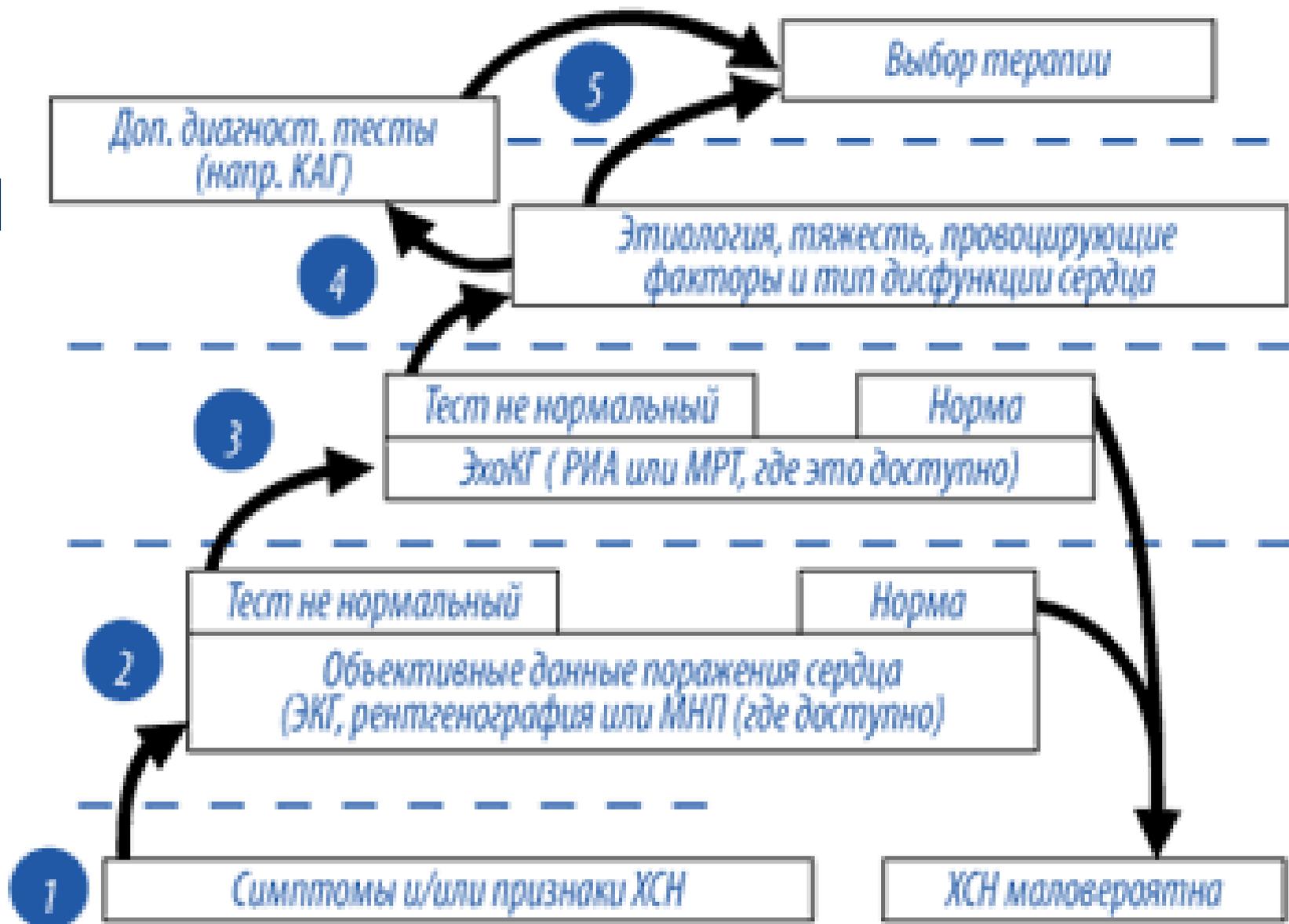
Признаки дисфункции сердца:

- **Систолическая дисфункция (Симптомы, типичные для ХСН, типичные клинические признаки ХСН, низкая ФВ ЛЖ (менее 35–40%).)**
- **Диастолическая дисфункция (Симптомы, типичные для ХСН, клинические признаки, нормальная или слегка сниженная (не менее 40%) ФВ ЛЖ, соответствующие структурные изменения сердца (гипертрофия ЛЖ / расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция ЛЖ)**

Клинические признаки:

- Застой в легких (хрипы, рентгенологическая картина)
- Периферические отеки
- Тахикардия (>90–100 уд / мин)
- Набухшие яремные вены
- Гепатомегалия
- Ритм галопа (S3)
- Кардиомегалия

Диагностический алгоритм СН:



Лечение:

1. Диета
2. Режим физической активности
3. Психологическая реабилитация, организация врачебного контроля, школ для больных с ХСН
4. Медикаментозная терапия
5. Электрофизиологические методы терапии
6. Хирургические, механические методы лечения

Диета больных с СН:

- 1. Ограничение приема поваренной соли.**
- 2. Ограничение потребления жидкости актуально только в крайних ситуациях.**
- 3. Пища должна быть калорийной, легко усваиваться, с достаточным содержанием витаминов, белка.**

Медикаментозная терапия:

- Ингибиторы АПФ (следует применять только у пациентов с адекватной функцией почек (креатинин не более 221 мкмоль/л и СКФ не менее 30 мл/мин/1,73 м²) и нормальным уровнем калия сыворотки. каптоприл, рамиприл. могут вызывать такие побочные эффекты, как ухудшение функции почек, гиперкалиемия, артериальная гипотензия, кашель, ангионевротический отек, о чем следует помнить при выборе лекарств пациенту с ХСН
- β-адреноблокаторы – нейrogормональные модуляторы бисопролол, метопролол, карведилол.
- Антагонисты рецепторов к альдостерону спиронолактон. могут вызывать гиперкалиемию и ухудшение функции почек. В связи с этим при применении лекарств данной группы следует контролировать функцию почек и уровень калия, особенно у пожилых лиц.

- **Диуретики** Показанием для назначения диуретиков является наличие отечного синдрома. Верошпирон, торасемид. При применении диуретиков следует помнить об их побочных эффектах, в т. ч. способности петлевых и тиазидных диуретиков вызывать гипокалиемию, а также ухудшать функцию почек (необходимо контролировать СКФ).
- **Сердечные гликозиды** дигоксин. назначается при наличии тахисистолической формы фибрилляции/или трепетания предсердий и невозможности (противопоказаниях) применения БАБ. Следует помнить о побочных действиях дигоксина, в частности о его проаритмогенном эффекте (вплоть до желудочковых аритмий), особенно на фоне гипокалиемии. В связи с этим при лечении дигоксином следует контролировать электролиты сыворотки и функцию почек.
- **Антагонисты рецепторов к АII** (лозартан, телмисартан) могут применяться не только в случаях непереносимости иАПФ, но и наряду с иАПФ в качестве средства первой линии для больных с клинически выраженной декомпенсацией.

Дополнительные средства:

- статины, рекомендуемые к применению у всех больных с ишемической этиологией ХСН; кроме того, обладающие способностью предотвращать развитие ХСН у больных с разными формами ИБС.
- непрямые антикоагулянты, показанные к использованию у большинства больных с ХСН, протекающей на фоне мерцательной аритмии, а также в некоторых случаях у пациентов с ХСН и синусовым ритмом.

Дополнительные средства:

- периферические вазодилататоры (ПВД) = (нитраты), применяемые при сопутствующей стенокардии;
- блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) амлодипин;
- антиаритмические средства при опасных для жизни желудочковых аритмиях;
- аспирин (и другие антиагреганты) для вторичной профилактики после перенесенного ИМ;
- негликозидные инотропные стимуляторы – при обострении ХСН, протекающей с низким сердечным выбросом и упорной гипотонией.

Диспансерное наблюдение

- Цель: достижение стабилизации и улучшения клинического течения заболевания, предупреждение обострения и осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, улучшение качества и продолжительности жизни больных.
- Больные со стабильной хронической сердечной недостаточностью I-II ФК наблюдаются врачом-терапевтом, врачом общей практики с интервалом 1 раз в 6 месяцев (2 раза в год), а также им проводится 1 плановая консультация врача-кардиолога.

Больные с тяжелой хронической сердечной недостаточностью III-IV ФК наблюдаются врачом-терапевтом, врачом общей практики с интервалом 1 раз в 3 месяца (4 раза в год), а также им проводятся 2 плановые консультации врача-кардиолога.

Вопросы для тестирования:

Классической триадой симптомов ХСН являются:

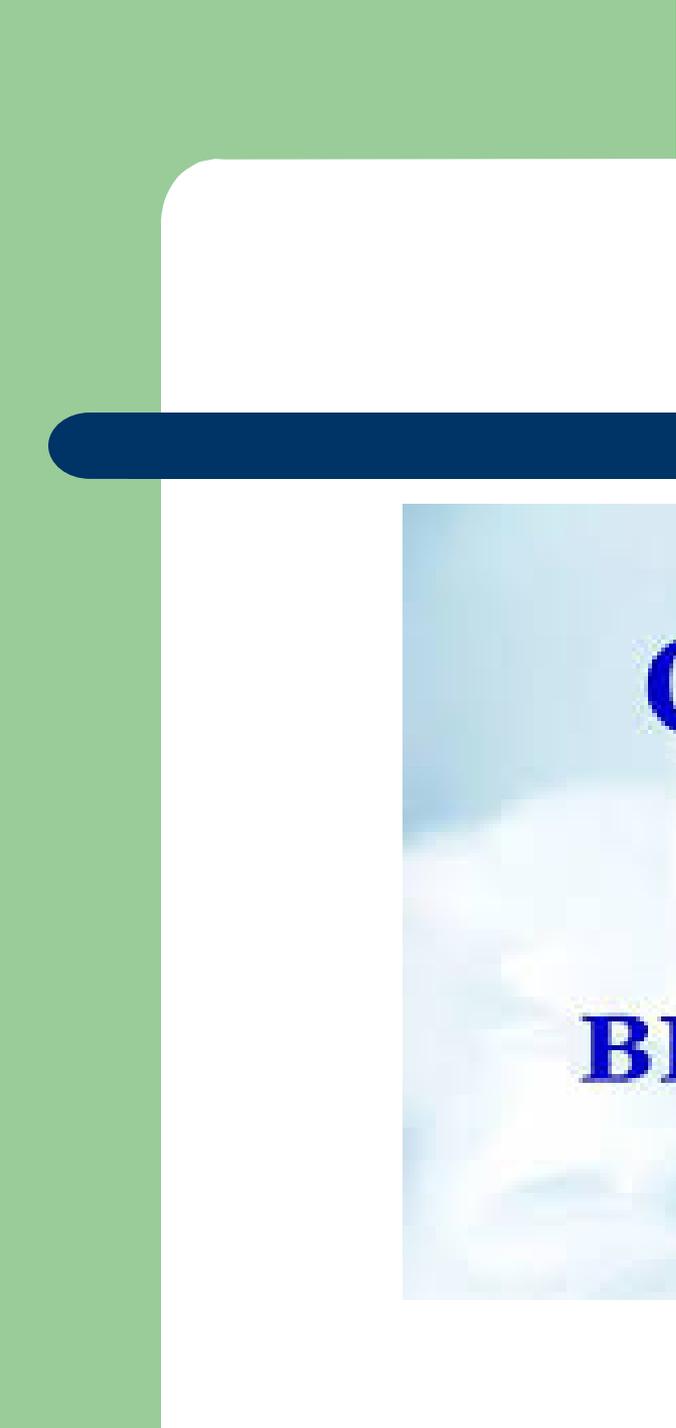
1. Боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка
2. Чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение
3. Одышка, слабость и отеки ног
4. Гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия
5. Приступы одышки в ночное время, кашель и сердцебиение.

ВЕДУЩЕЙ ГРУППОЙ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА СОВРЕМЕННОЙ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Антагонисты кальция
- 2) 2. Мочегонные
- 3) Сердечные гликозиды
- 4) Ингибиторы АПФ
- 5) Бета - Блокаторы

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Систолический шум на верхушке
- 2) Акцент второго тона над аортой
- 3) «Ритм галопа»
- 4) «Ритм перепела»
- 5) Шум над всей прекардиальной областью



**Спасибо
за
внимание!**