

УДК: 616.12-008.46.036:616-008.3:616-08

Рекомендации Украинской ассоциации кардиологов по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности 2009 г. Особенности отёчного синдрома при ХСН.

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: сердечная недостаточность, лечение, профилактика.

Одним из наиболее частых клинических синдромов, сопровождающихся задержкой жидкости в организме, является сердечная недостаточность. Распространенность ХСН среди взрослого населения колеблется от 2 до 5 %, с возрастом имеет тенденцию к увеличению и у больных старше 70 лет достигает 10-20%. Учитывая, что заболевания, преимущественно поражающие левые отделы сердца наблюдаются чаще, появление признаков отечного син-

дрома свидетельствует, в большинстве случаев о поздних стадиях ХСН, и исключением являются пациенты с патологией правых отделов сердца. Данные статистики демонстрируют, что более 50% пациентов с клинически манифестированной ХСН умирают в течение 4 лет, а при развитии тяжелой ХСН-смертность в течение года достигает 50%.

Не случайно в Рекомендациях Украинской Ассоциации кардиологов 2009 г. по диагностике и лечению хронической

сердечной основными целями лечения ХСН обозначены: устранение или коррекция этиологического фактора ХСН.

✓ увеличение продолжительности жизни.

✓ обеспечение максимально возможного уровня качества жизни.

Отечный синдром при ХСН характеризуется появлением двусторонних периферических отеков, которые сочетаются с признаками гепатомегалии, сопровождаются набуханием и пульсацией шейных вен, появлением влажных хрипов в легких, акцента II тона на легочной артерии, развитием тахипноэ и тахисистолии, расширением перкуторных границ сердца. Наличие периферических отеков у больного с ХСН свидетельствует о скоплении более 5 литров свободной жидкости. В основе патогенеза отечного синдрома при ХСН лежат три основных механизма – снижение почечного кровотока, ослабление барорефлекса и появление венозного застоя, что сопровождается активацией каскада нейро-гуморальных систем (Рис. 1). Формируются условия для центральной симпатической стимуляции, увеличения секреции ренина, альдостерона, избыточного образования ангиотензина II, в связи с чем, лечить отечный синдром без препаратов, блокирующих активность ренин-ангиотензиновой, симпатико-адреналовой систем и системы альдостерона, невозможно. Воздействие на основные нейро-гуморальные механизмы формирования ХСН позво-



Рекомендации ЕОК (2008 г.) по ведению пациентов с СН

Ингибиторы АПФ с доказанным влиянием на прогноз

	Начальная доза		Целевая доза (мг)	
Каптоприл	6,25	3 раза в сутки	50 - 100	3 раза в сутки
Эналаприл	2,5	2 раза в сутки	10 - 20	2 раза в сутки
Лизиноприл	2,5 – 5,0	1 раз в сутки	20 - 35	1 раз в сутки
Рамиприл	2,5	1 раз в сутки	5	2 раза в сутки
Трандолаприл	0,5	1 раз в сутки	4	1 раз в сутки

ляет не только уменьшить клинические проявления сердечной недостаточности, но и сопровождается достоверным увеличением продолжительности жизни больных ХСН с систолической дисфункцией левого желудочка.

Медикаментозными препаратами, доказанно улучшающими прогноз при ХСН, звучат группы ингибиторов АПФ (ИАПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), бета-адреноблокаторов (ББ) и антагонистов альдостерона (АА).

Ингибиторы АПФ показаны всем пациентам (за исключением случаев противопоказаний или непереносимости) с уровнем фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 45%, независимо от степени выраженности сердечной недостаточности. Длительный прием ИАПФ улучшает выживаемость пациентов, повышает толерантность к физической нагрузке, снижает вероятность повторных госпитализаций. У пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ существенно снижает риск клинической манифестации ХСН.

нием на прогноз, согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов (ЕОК), представлены в таблице 1. Согласно Рекомендациям Ассоциации кардиологов Украины также могут быть

Табл. 1.

В начале терапии ИАПФ необходимо отменить активную диуретическую терапию или снизить дозу диуретиков в течение 24 часов, отменить или снизить дозу системных вазодилаторов. Нельзя начинать лечение при уровне АД < 90 мм.рт.ст., К плазмы > 5,0 ммоль/л, креатинина > 220 мкмоль/л. Обязательно контролировать уровень АД, К плазмы, креатинина после каждого повышения дозы, затем 1 р. в 3 мес.

Контролировать состояние ренин-ангиотензиновой системы позволяют и блокаторы рецепторов ангиотензина II. Из этой категории лекарственных препаратов доказали свое влияние на прогноз в настоящее время только два препарата (табл. 3.). Использование кандесартана или вальсартана с целью снижения риска смерти от кардиоваскулярных причин и риска госпитализации, в связи с декомпенсацией кровообращения, показано следующим категориям больных с клинически манифестированной ХСН и ФВ ЛЖ < 45%:

1. Пациентам с непереносимостью ингибиторов АПФ.

2. Пациентам, которые получают

Табл. 2.

Рекомендации ЕОК (2008 г.) по ведению пациентов с СН

АРА II с доказанным влиянием на прогноз:

	Начальная доза		Целевая доза (мг)	
Кандесартан	4 или 8	1 раз в сутки	32	1 раз в сутки
Вальсартан	40	2 раза в сутки	160	2 раза в сутки

использованы фозиноприл (начальная доза - 5 мг, целевая - 40 мг), периндоприл (начальная доза - 2,5 мг, целевая - 10 мг) и квинаприл (начальная доза - 10

ИАПФ, но не могут лечиться β-блокаторами.

3. Пациентам III-IV ФК, получающим ИАПФ и β-блокаторы, при невозможности использовать антагонисты альдостерона.

Правила назначения, титрования и мониторинга побочных эффектов БРА аналогичны особенностям использования ИАПФ.

β-блокаторы рекомендуется использовать всем пациентам (за исключением случаев непереносимости или противопоказаний) с клиническими проявлениями ХСН, обусловленной ИБС или дилатационной кардиомиопатией, и ФВ ЛЖ < 45%, которые уже получают лечение ИАПФ.

Длительный прием ББ улучшает выживание, функцию ЛЖ, уменьшает клиническую симптоматику, улучшает функциональное состояние пациентов и уменьшает потребность в повторных госпитализациях. ББ, рекомендуемые для использования у данного контингента больных представлены в таблице 3.

Табл. 3.

Рекомендации ЕОК (2008 г.) по ведению пациентов с СН:

β – блокаторы с доказанным влиянием на прогноз

	Начальная доза		Целевая доза (мг)	
Бисопролол	1,25	1 раз в сутки	10	1 раз в сутки
Карведилол	3,125	2 раза в сутки	25 - 50	2 раза в сутки
Метопролола сукцинат	12,5/25	1 раз в суки	200	1 раз в сутки
Небиволол	1,25	1 раз в сутки	10	1 раз в сутки

Ингибиторы АПФ с доказанным влиянием на прогноз: начальная доза - 5 мг, целевая - 40 мг).

Рекомендации ЕОК (2008 г.) по ведению пациентов с СН

Антагонисты альдостерона

	Начальная доза		Целевая доза (мг)	
Эплеренон	25	1 раз в сутки	50	1 раз в сутки
Спиронолактон	25	1 раз в сутки	25 - 50	1 раз в сутки

В настоящее время нет достаточных доказательств клинической эффективности ББ при ХСН, обусловленной клапанными или врожденными пороками сердца или легочным сердцем, в связи с чем, их использование у данных категорий пациентов не рекомендуется. У пациентов с низкой ФВ ЛЖ (<25%) наибольший уровень доказательств эффективности имеет карведилол. Начало лечения ББ рекомендуется после коррекции гиперволемического состояния. Терапия ББ предполагает индивидуальное титрование препарата, стремление к достижению целевых доз.

Малые дозы антагонистов альдостерона рекомендованы всем пациентам (за исключением непереносимости или противопоказаний) III-IV ФК при уровне ФВ ЛЖ < 35%, так как они доказанно улучшают прогноз и снижают риск госпитализации, в связи с декомпенсацией кровообращения, у этих пациентов (табл 4.) АА противопоказаны при уровне К > 5,0 ммоль/л, креатинина > 220 мкмоль/л, приеме других калийсберегающих диуретиков, одновременном приеме ИАПФ и БРА. Лечение АА проводится под контролем уровня калия и креатинина.

Лечение отеочного синдрома при ХСН предполагает широкое использование диуретиков, которые показаны декомпенсированным больным с ХСН с признаками легочного застоя и/или периферического отеочного синдрома. Адекватное использование диуретиков позволяет устранить клинические симптомы задержки жидкости, способствует повышению толерантности к физической нагрузке. Профилактический прием диуретиков в индивидуальном поддерживающем режиме показан гемодинамически стабильным пациентам со склонностью к гиперволемии. Диуретики необходимо комбинировать с ИАПФ или БРА. Дозы диуретиков, которые используются в лечении ХСН представлены в таблице 5.

Активная терапия диуретиками может продолжаться пока не будет достигнуто эуволемическое состояние. В активной фазе лечения ограничивается потребление с пищей хлорида натрия и жидкости и тщательно контролируется уровень

АД, электролитов, креатинина плазмы, гематокрита, показатели ЭКГ. Наиболее частыми проявлениями побочного действия диуретиков являются:

- ✓ Развитие артериальной гипотонии (необходима коррекция доз препаратов)
- ✓ Гипокалиемия, гипомagneзиемия (рекомендуется увеличение доз ИАПФ,

ского ответа рекомендуется:

1. Коррекция питьевого режима, приема соли,
2. Оценка сопутствующей терапии,
3. Увеличение дозы диуретика,
4. Использование петлевого диуретика внутривенно, в т.ч. в виде длительной капельной инфузии,
5. Комбинация с гидрохлортиазидом, антагонистом альдостерона,
6. Использование петлевого диуретика дважды в сутки,
7. Замена одного петлевого диуретика на другой,/
8. Инфузии допамина в низких дозах (1-2 мг/кг/ мин, до нескольких суток, в интермитирующем режиме).

Поддерживающая фаза диуретической терапии предусматривает прием диуретика (комбинации) в режиме, который поддерживает эуволемическое состояние. Основным показателем поддержания такого состояния является стабильная масса тела. Рекомендуется самостоятельный контроль массы тела пациентом 2-3 раза в неделю. В случае прибав-

Табл. 5.

Рекомендации Ассоциации кардиологов Украины 2009г.

Дозы диуретиков в активной фазе терапии

Диуретики	Начальная доза (мг)	Обычная суточная доза (мг)
Фуросемид	20 - 40	40 - 240
Торасемид	5 - 10	10 - 40
Гидрохлортиазид	12,5-25	25-100
Индапамид	2,5	2,5-5
Спиронолактон	12,5-25 в сочетании с ИАПФ или АРА II, 50- без ИАПФ или АРА II	25-75 в сочетании с ИАПФ или АРА II, 100-150 без ИАПФ или АРА II

АРА II, АА, использование глюкозо-инсулино-калевой смеси)

- ✓ Гипонатриемия (ограничить жидкость, отменить гидрохлортиазид, уменьшить дозу петлевого диуретика)-
- ✓ Дегидратация (уменьшить дозу диуретиков или отменить их)
- ✓ Повышение уровня креатинина (исключить дегидратацию, отменить АА, уменьшить дозу ИАПФ, БРА).

Необходимо так же помнить, что избыточно активная диуретическая терапия может сопровождаться рикошетной стимуляцией ряда нейро-гуморальных систем, а так же повышать вероятность тромбоэмболических осложнений. Всем пациентам с ХСН необходимо проводить профилактику тромбоэмболий с использованием аспирина, а в группах высокого риска (фибрилляция предсердий, перенесенный тромбоэмболический эпизод, визуализированный тромб в полостях сердца) –варфарина.

В случае недостаточного диуретиче-

ки веса >2 кг за 3 дня, необходима коррекция лечения.

Уменьшает вероятность госпитализации, в связи с декомпенсацией кровообращения, так же прием дигоксина. У пациентов с ХСН и постоянной формой фибрилляции предсердий дигоксин показан для нормализации и контроля частоты сердечных сокращений. У больных с клинически манифестированной хсн ii-iv фк систолической дисфункцией ЛЖ и синусовым ритмом дигоксин можно присоединять к уже подобранной (оптимизированной по дозам) стандартной терапии, которая включает ИАПФ, ББ, АА или БРА, т.к. это может снижать риск декомпенсации. Применение суточной дозы дигоксина свыше 0,25 мг не рекомендуется, т.к. это может сопровождаться повышением уровня летальности.

К другим классам сердечно-сосудистых препаратов, которые используются у некоторых категорий па-

циентов с ХСН относятся антитромбоцитарные средства, статины, антиаритмические средства, нитраты, негликозидные инотропные препараты.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность: избранные лекции по кардиологии. М: гэготар-медиа, 2006.
2. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих (2009).
3. Evaluation of eplerenone in the subgroup of ephesus patients with baseline left ventricular ejection fraction or = 30% / Pitt B., Gheorghide M., Zannad F. et al.// Eur. J. Heart Fail.-2006.Vol.8, №3.-P.295-301.
4. Yusuf S., Sleight P., Pogue J., Bosch J., Davies R., Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators // N Engl J Med. 2000 Jan 20; 342 (3) 145-53.
5. Schrecken D.D., Benjamin E.J., Fonarow G.C. et al. Prevention of Heart Failure. A Scientific Statement From the American Heart Association Councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, and High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. Circulation 2008; 117: 2544-2565.
6. Rosamond W. et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2008 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2008; 117: 25-146.
7. Smith S.C. Jr., Allen J., Blair S.N. et al.; AHA/ACC; National Heart, Lung, and Blood Institute. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. Circulation 2006; 113: 2363-2372.
8. Standards of Medical Care in Diabetes-2008. Diabetes Care 2008; 31 (Suppl. 1): S12-S54.
9. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al.; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289: 2560-2572.

Основні рекомендації асоціації кардіологів України 2009 року по діагностиці і лікуванню хронічної серцевої недостатності. Особливості набрякового синдрому при ХСН.

О.М. Крючкова, О.А. Іцкова

У статті приведені основні рекомендації асоціації кардіологів України 2009 року по діагностиці і лікуванню хронічної серцевої недостатності. Приведені особливості діагностики та ведення пацієнтів з набряковим синдромом при ХСН.

Basic recommendations the association of cardiologists of Ukraine of 2009 are resulted on diagnostics and treatment of chronic cardiac insufficiency. Oedematous syndrome at KHSN

O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova

In the article basic recommendations the association of cardiologists of Ukraine of 2009 are resulted on diagnostics and treatment of chronic cardiac insufficiency. The features of diagnostics and conduct of patients are resulted with an oedematous syndrome at KHSN.