

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ЧТО НОВОГО

Ж.Д. Кобалава

Кафедра кардиологии и клинической фармакологии Российского университета дружбы народов.
117292, Москва, Вавилова ул., 61.

E-mail: zkobalava@mail.ru

В эпоху доказательной медицины стало обычным явлением обновление рекомендаций. Предлагаемый Вашему вниманию перевод Рекомендаций Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2008 г. ценен возможностью ознакомления с оригинальной версией документа для широкого круга российских врачей. Целевой аудиторией новых рекомендаций являются не только кардиологи, но и врачи общей практики, а также другие специалисты.

Определение сердечной недостаточности звучит следующим образом:

«Сердечная недостаточность (СН) — это клинический синдром, который характеризуется сочетанием:

- типичных симптомов СН (одышка в покое или при нагрузке, утомляемость, усталость, отёчность лодыжек);
- типичных для СН физических данных (тахикардия, тахипноэ, хрипы в лёгких, гидроторакс, повышение давления в яремных венах, периферические отёки, гепатомегалия, асцит, кахексия);
- объективных изменений структуры и функциональной способности сердца (кардиомегалия, третий тон, шумы в сердце при аускультации, эхокардиографические изменения, повышение уровня натрийуретического пептида плазмы)».

В новой редакции Рекомендаций 2008 года впервые острая и хроническая СН рассматриваются экспертами как два проявления одной болезни, при этом острая СН является лишь эпизодом, иногда первым и единственным, в жизни больного СН, характеризуя, скорее, длительность, чем тяжесть состояния.

В диагностике СН первым критерием должно быть время. Вопросы, которыми следует задаться врачу: впервые ли возникли эти симптомы? Острое или постепенное начало симптомов? Протекает ли заболевание хронически или с ухудшением и декомпенсацией? Затем необходимо выявить комплекс клинических проявлений: периферические отёки, отёк лёгких, кардиогенный шок, высокое артериальное давление, истинную правожелудочковую недостаточность (не являющуюся следствием левожелудочковой недостаточности).

Важно подчеркнуть, что в новой версии рекомендаций эксперты отказались от таких описательных терминов, как «систолическая» и «диастолическая» СН или СН с «низким» и «нормальным» сердечным выбросом в пользу определений «сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса — СН СФВ» для диастолической СН и «сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса — СН НФВ» для систолической. Однако в настоящее время не существует четкого разграничения понятий «сохранная» и «низкая» фракции выброса, поскольку их величина во многом определяется конечно-диастолическим размером желудочка, кроме того, у большинства пациентов, страдающих СН, имеются признаки как систолической, так и диастолической дисфункции в покое или при нагрузке. Это делает патофизиологически необоснованным разделение пациентов на страдающих двумя разными болезнями, в основу выделения которых положена величина фракции выброса. Они должны рассматриваться как обладатели разных фенотипов в рамках одной болезни: с преобладанием концентрической или эксцентрической гипертрофии (дилатации). Между этими противоположными проявлениями заболевания существует широкая переходная зона, на которую могут оказывать воздействие различные модифицирующие факторы (женский пол, артериальная гипертензия, левожелудочковая гипертрофия, пожилой возраст и др.), приводя к крайним проявлениями заболевания и повышая риск развития жизнеугрожающих осложнений. У большинства пациентов с СН строение сердца занимает промежуточную позицию между эксцентрической и концентрической.

Понятия «право-» и «левожелудочковая» СН, обращая наше внимание на явления застоя преимущественно в малом или большом круге кровообращения, в большинстве случаев не указывают на повреждение того или иного отдела сердца. Термин СН с «высоким выбросом» характеризует клиническую картину, развивающуюся вследствие некардиальных причин (анемии, тиреотоксикоза, септицемии и др.), однако эти ситуации лучше описываются термином «вторичная»

СН и должны быть исключены в процессе уточнения диагноза.

Таким образом, вышеуказанные термины не несут в себе значимой этиологической, а часто и клинической информации, и в целях упрощения и унификации терминологии в рекомендациях предлагается от них отказаться. В то же время представляется важным выделение следующих типов сердечной недостаточности: вновь возникшая (с быстрым или постепенным развитием клинической картины), преходящая (рецидивирующая или эпизодическая) и хроническая (стабильная или с периодами декомпенсации), — клинические проявления которых определяют необходимый объем терапии на данном этапе.

Клинические проявления синдрома СН должны быть подтверждены данными инструментально-лабораторных исследований, однако и в Рекомендациях 2008 г. предложенные диагностические тесты соответствуют уровню доказанности С.

Эхокардиография в настоящее время является обязательным методом исследования для постановки диагноза СН. Среди методов диагностики важное место занимает также определение уровня натрийуретического пептида, которое рекомендовано не только для исключения СН, но и для подтверждения диагноза и определения стадии СН и возможно с целью скрининга пациентов для определения риска развития СН и осложнений. В то же время для использования натрийуретического пептида с целью прогнозирования течения заболевания и подбора терапии доказательная база на сегодняшний день недостаточна.

В разделе, посвященном терапии больных СН, особо подчеркивается необходимость повышения приверженности пациентов лечению, обучения их мето-

дам самоконтроля и самопомощи, что возможно осуществить на занятиях в школах для больных с СН.

Рекомендации по применению ингибиторов АПФ, АРА, бета-блокаторов, антагонистов альдостерона и диуретиков остались прежними. Необходимо отметить, что до сих пор нет ответа на вопрос, с какого препарата — АРА или антагониста альдостерона — начинать лечение пациентов при неэффективной терапии иАПФ и бета-блокаторами, а также при плохой переносимости этих препаратов.

После появления результатов исследования CORONA более определенными стали рекомендации по применению статинов, прием которых может быть рекомендован пожилым больным с СН ишемического генеза (класс рекомендаций IIb, уровень доказанности В).

Даны также рекомендации по ведению пациентов с СН и сопутствующей патологией (артериальная гипертония, сахарный диабет, почечная дисфункция, анемия и др.).

В рекомендациях уточнено современное состояние проблемы использования устройств для лечения СН: водителей ритма, имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов, ресинхронизации сердца и механических вспомогательных устройств.

Новая редакция Рекомендаций Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности, появившаяся в 2008 году, безусловно, привлечет внимание врачей различных специальностей как вследствие актуальности проблемы СН во всем мире, так и в связи с появлением в печати Национальных рекомендаций ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН третьего пересмотра.