

Українська військово-медична академія



ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Мороз Г.З. - професор кафедри військової загальної практики – сімейної медицини

I. Сучасні погляди на патогенез хронічної серцевої недостатності

2. Класифікація

3. Клінічні прояви та діагностика ХСН в амбулаторно-поліклінічних умовах.

4. Наказ МОЗ України № від ...2016.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Серцева недостатність”

5. Профілактика. Диспансерний нагляд. Військово-лікарська експертиза

- **Наказ МОЗ України № ... від ...2016**
Уніфікований клінічний протокол
первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
“Серцева недостатність”
- **Рекомендації Європейської Асоціації
кардіологів 2016 р.**

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – це клініко-гемодинамічний синдром, при якому серце не забезпечує органи і тканини необхідною кількістю крові у відповідності з їх метаболічними потребами.

ХСН ускладнює перебіг багатьох серцево-судинних захворювань. Найбільш частими захворюваннями, які обумовлюють розвиток ХСН, являються: ішемічна хвороба серця і артеріальна гіпертензія, вади клапанів серця, міокардити, міокардіодистрофії, кардіоміопатії.

ІХС і ГХ являються причиною ХСН в 2/3 випадків.

Епідеміологія

Впродовж останніх десятиліть в багатьох країнах світу спостерігається неухильне зростання кількості хворих з ХСН.

В Європі поширеність ХСН складає 1,5-5 %.

Захворюваність значно збільшується у старших вікових групах. Так, поширеність ХСН після 70 років досягає 10 %.

Статистичні дані щодо ХСН в Україні відсутні, так як вона розглядається як синдром, а не нозологічна форма.

За результатами першого національного «зрізу» СН в Україні (2800 хворих) - 86 % амбулаторних пацієнтів хворіють на АГ - у 2/3 випадків АТ не контролюваний.

Сучасні погляди на патогенез хронічної серцевої недостатності

Основа розвитку ХСН – ремоделювання серця, яке включає прогресуюче збільшення маси міокарда, дилатацію його порожнин, а також зміну інтракардіальної гемодинаміки як в систолу, так і в діастолу.

Ремоделювання міокарда виникає в результаті серцево-судинних захворювань, які обумовлюють його перевантаження або ушкодження, та обов'язково активації нейрогормональних систем

- **Перевантаження міокарда може бути за рахунок підвищення тиску (гіпертонія великого та малого кола кровообігу, стенози клапанів, субаортальний стеноз і перевантаження об'ємом (недостатність клапанів та ін.)**
- **Ушкодження міокарда може бути за рахунок його запалення (міокардити), дегенерації (кардіоміопатії), ішемії та некрозу (ІХС).**
- **Ураження або перевантаження міокарда в чистому вигляді бувають тільки на ранніх етапах розвитку ХСН, в подальшому мають місце обидва ці процеси.**

- Третій і ключовий механізм розвитку ХСН – нейрогормональна активація. На стадії асимптоматичної дисфункції лівого шлуночка відбувається зменшення серцевого викиду, що запускає компенсаторний фізіологічний механізм – активацію симпато-адреналової, ренін-ангіотензин-альдостеронової систем, підвищення концентрації вазопресину. Ці нейрогормональні зміни в подальшому обумовлюють прогресування ХСН:

Зниження перфузії в органах і тканинах обумовлює недостатність енергетичного (гіпоксія) і пластичного їх забезпечення, порушення метаболізму, розвиток дистрофії і функціональної недостатності. Гіпоксія, дистрофія, зниження функціональних резервів організму визначають наявність і ступінь вираженості клінічної симптоматики СН.

Класифікація хронічної серцевої недостатності

Основні терміни:

- Клінічна стадія серцевої недостатності
- Варіант серцевої недостатності
- Функціональний клас пацієнта

Клінічні стадії: СН I, СН IIА, СН IIБ, СН III відповідають I, IIА, IIБ та III стадіям хронічної недостатності кровообігу згідно за класифікацією М. Д.Стражеска і В.Х.Василенка.

Варіанти ХСН:

зі зниженою ФВ лівого шлуночка: ФВ ЛШ 40% і менше:

зі збереженою ФВ ЛШ: ФВ ЛШ більше 40%.

Європейська асоціація кардіологів

- В оновлених рекомендаціях Європейської асоціації кардіологів (2016) запропоновано визначати три *варіанти серцевої недостатності*:
 - зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ <40%);
 - з середньою величиною фракції викиду ЛШ (ФВ ЛШ 40 - 49 %).
 - зі збереженою фракцією викиду ЛШ (ФВ ЛШ > 50 %).

Функціональні класи кардіологічних пацієнтів за критеріями Нью-Йоркської асоціації серця

- Функціональний клас I – пацієнти із захворюваннями серця, яких виконання звичайних фізичних навантажень не викликає задишки, втоми або серцебиття.
- Функціональний клас II – пацієнти із захворюваннями серця та помітним обмеженням фізичної активності. Задишка, втома, серцебиття спостерігаються при виконанні звичайних фізичних навантажень.
- Функціональний клас III – пацієнти із захворюваннями серця та вираженим обмеженням фізичної активності. У стані спокою скарги відсутні, але при незначних фізичних навантаженнях виникають задишка, втома, серцебиття.
- Функціональний клас IV – пацієнти із захворюваннями серця, в яких будь-який рівень фізичної активності викликає зазначені вище суб'єктивні симптоми. Останні виникають і у стані спокою.

Приклади формулювання клінічного діагнозу:

ІХС: постінфарктний кардіосклероз, хронічна аневризма передньоперетинкової області ЛШ. СН ІА із зниженою ФВ ЛШ, ІІ ФК.

Дилатаційна кардіоміопатія, постійна форма фібриляції передсердь. СН Іб із зниженою ФВ ЛШ, ІІІ ФК.

ІХС: Стабільна стенокардія напруження, ІІ ФК, постінфарктний кардіосклероз, СН І із збереженою ФВ ЛШ.

(При наявності стабільної стенокардії напруження вказується ІІ ФК, а ФК ХСН не зазначається)

Гіпертонічна хвороба ІІІ стадії, гіпертензивне серце, СН ІІФ із збереженою ФВ ЛШ, ІІІ ФК.

Клінічні прояви та діагностика серцевої недостатності в амбулаторно-поліклінічних умовах

- Діагностика СН ґрунтується на виявленні певної комбінації симптомів і ознак, об'єктивному підтвердженні порушень функцій міокарда.
- Діагностика СН, яка ґрунтується тільки на клінічних критеріях, може бути хибною у 50 % випадків. Виражені порушення інтакардіальної гемодинаміки, які не супроводжуються клінічними проявами, зустрічаються з такою ж частотою як і СН, яка проявляється клінічно. Клінічні прояви СН залежать від характеру ураження серця, стадії розвитку захворювання.

Першою клінічною ознакою ХСН, являється збільшення частоти серцевих скорочень.

Задишка – один із ранніх проявів.

Ціаноз шкіри, слизових оболонок, нігтів. Для серцевої недостатності характерний “холодний” ціаноз.

Периферичні набряки – результат збільшення об'єму позаклітинної рідини і затримки натрію – характерна ознака вираженої ХСН.

**Уніфікований клінічний протокол
первинної,
вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги
Серцева недостатність**

Наказ МОЗ України № від ..2016

3.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.1.1. Первинна профілактика

- **Первинна профілактика ХСН розглядається з позиції загальної профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) і полягає у виявленні і корекції доведених етіологічних факторів**

Необхідні дії

- Медична допомога надається у відповідності до УКПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань».
- Діагностика і лікування супутньої патології проводяться відповідно до положень чинних медико-технологічних документів, затверджених наказами МОЗ України (УКПМД «Артеріальна гіпертензія», «Цукровий діабет» тощо).

3.1.2. Діагностика Положення протоколу

Клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження пацієнтів проводиться з метою:

- встановлення або виключення діагнозу СН;
- виявлення етіологічних факторів розвитку СН;
- виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг СН;
- визначення тактики та програми лікування;
- скринінг пацієнтів, які потребують направлення до ЗОЗ вищого рівня.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

2.1. Проведення клінічного огляду пацієнта, до якого входять:

- збір скарг та анамнезу;
- визначення етіологічних факторів;
- фізикальне обстеження серця, легень, черевної порожнини.

Необхідні дії лікаря (продовження)

2.2. Лабораторні обстеження:

загальний аналіз крові (гемоглобін, еритроцити, лейкоцити, тромбоцити, гематокрит, ШОЕ);

загальний аналіз сечі;

біохімічні тести: K^+ , Na^+ , сечовина крові, креатинін з розрахунком швидкості

клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулами EPI CKD або MDRD, білірубін, АЛТ, АСТ, глюкоза.

Необхідні дії лікаря (продовження)

2.3. Інструментальні обстеження:

- реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях
- ехокардіографія
- рентгенографія грудної клітки

2.4. Остаточна оцінка вірогідності наявності СН та рівня ризику за результатами клінічного огляду та проведених обстежень.

Серед інструментальних методів дослідження найбільшу інформативність має ехокардіографія і доплер-кардіографія.

Комплексна оцінка показників систолічної та діастолічної функції важлива як для діагностики, так і для контролю за лікуванням.

-
- Діагностика ХСН передбачає і верифікацію функціонального класу.
- Простим, доступним показником для об'єктивізації функціонального класу СН є тест “6-хвилинної ходьби”:
 - I ФК – 425-550 м;
 - II ФК – 300-425 м;
 - III – 151-300 м;
 - IV - <150 м.

Лікування

Мета лікування

- полегшення симптомів захворювання та якості життя пацієнта;
- покращання прогнозу: попередження передчасної смерті, ускладнень СН.

Лікування включає:

- навчання пацієнта;
- немедикаментозну корекцію
- призначення оптимальної медикаментозної терапії (ОМТ) – симптоматичної терапії та препаратів для попередження ускладнень;
- за необхідності – направлення пацієнта на рівень спеціалізованої та/або високоспеціалізованої допомоги для прийняття рішення щодо проведення реваскуляризації.

Навчання пацієнта

- Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку та перебігу захворювання.
- Надати рекомендації щодо змін стилю життя та пояснити їх роль у лікуванні симптомів захворювання та покращенні прогнозу .
- Скласти план лікувально-профілактичних заходів, узгодити з пацієнтом схеми і режим прийому фармакологічних препаратів.
- Надати пацієнтові інформацію щодо важливого значення виконання рекомендацій лікаря та прихильності до лікування для попередження ускладнень.

Навчання пацієнта (продовження)

- Навчити пацієнта контролювати вагу, контролювати кількість вжитої рідини, діурез і застосовувати засоби невідкладної допомоги; роз'яснити, коли необхідно звертатись за медичною допомогою.
- Надати інформацію щодо можливої побічної дії препаратів.
- Уточнити чи зрозумів пацієнт надані рекомендації. Відповісти на запитання пацієнта

Немедикаментозне лікування

Предмет інформування пацієнта	Навички пацієнта, що мають бути сформовані	Необхідні дії лікаря
Куріння та прийом наркотичних речовин	Припинення куріння та прийому наркотичних речовин.	Надання психологічної підтримки та направлення, у разі необхідності, до відповідних спеціалістів.
Дієта та алкоголь	<ol style="list-style-type: none">1. Уникнення надмірного прийому рідини (не більше 1,5 – на добу в амбулаторних пацієнтів з вираженою СН).2. Вміння коригувати питний режим відповідно до супутніх станів (збільшення при високій температурі повітря, блювоті, діареї)3. Домашнє монітування маси тіла.4. Розуміння необхідності здорового харчування; обмеження хлориду натрію в добовому раціоні ≤ 3 г. <p>Уникнення вживання алкоголю</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Інформування пацієнта щодо контролю питного режиму та добового вживання рідини в залежності від маси тіла.2. Коригування відповідних рекомендацій з урахуванням періодів клінічної декомпенсації. <p>Роз'яснення шкідливості вживання алкоголю при ХСН.</p>

Самоконтроль маси тіла

Регулярне (2-3 рази на тиждень) зважування на домашніх вагах дозволяє своєчасно виявити ознаки декомпенсації кровообігу на її доклінічному етапі.

Відносно швидке (2 кг та більше за 2-3 дні) зростання маси тіла, як правило, є сигналом затримки рідини в організмі. Це дозволяє своєчасно внести корективи в схему лікування, насамперед, щодо режиму застосування діуретиків.

Режим фізичної активності

- Гемодинамічно стабільним пацієнтам з ХСН I-III класів по NYHA показані регулярні аеробні (низької – помірної інтенсивності) фізичні тренування оскільки вони підвищують функціональну спроможність, поліпшують якість життя та знижують ризик госпіталізацій, зумовлених декомпенсацією кровообігу.



Медикаментозне лікування хронічної серцевої недостатності

Медикаментозне лікування ХСН здійснюється щоденно впродовж усього життя пацієнтів та передбачає застосування діуретиків, ІАПФ, бета-блокаторів, препаратів дигіталісу (дигоксин), а також за окремими показаннями – деяких інших препаратів.



Інгібітори

ангіотензинперетворюючого ферменту

ІАПФ є основою сучасної терапії ХСН. Їх призначення обов'язкове (за винятком випадків непереносимості) для всіх хворих із зниженою ФВ ЛШ (ФВ – 40 %, або менше), незалежно від ФК (I- IV).

Слід пам'ятати, що ІАПФ не є засобами невідкладної корекції гемодинаміки.

Лікування починають за умови відміни активної діуретичної терапії протягом попередніх 24 год. та відсутності гіперкаліємії (*K плазми менше 5,5 ммоль/л*) з початкової (пробної) дози препарату. У разі адекватної переносимості її поступово збільшують (титрують) протягом 2-4 тиж. до клінічно оптимальної.

ІАПФ

з доведеним впливом на прогноз

	Початкова доза	Цільова доза
Еналаприл	2,5 мг х 1-2 рази	10-20 мг х 2рази
Каптоприл	6,25 мг х 3 рази	50 мг х 3 рази
Лізиноприл	2,5 мг х1 раз	20-40 мг х 1 раз
Раміприл	1,25-2,5 мг х 1 раз	5 мг х 2 рази
Трандоприл	0,5 мг х 1 раз	4 мг х 1 раз

Критерієм оптимальної підтримуючої дози ІАПФ є досягнення цільової або максимально переносимої добової дози препарату за відсутності проявів його побічної дії (виражена артеріальна гіпотензія, гіперкаліємія, значне підвищення рівня креатиніну у плазмі, сухий кашель, тощо)

При призначенні ІАПФ рівень креатиніну та калію плазми необхідно оцінювати протягом першого тижня, через 3 та 6 міс. прийому; частіше – у хворих із порушенням функції нирок, тяжкою СН, при суттєвих змінах схеми лікування (зміна доз ІАПФ або діуретика, приєднання інших вазодилітаторів).

Діуретики

- Показані усім хворим із ХСН, у яких є ознаки або схильність до затримки рідини в організмі.
- Діуретики суттєво зменшують симптоматику ХСН, поліпшуючи тим самим якість життя хворих.
- Діуретики не уповільнюють прогресування ХСН, і тому обов'язково мають призначатись у комбінації з ІАПФ.
- Рекомендовані петльові діуретики (фуросемід, торасемід) в індивідуально ефективних дозах



При недостатньому діуретичному ефекті показане:

- 1) внутрішньовенне введення петльових діуретиків;
- 2) застосування комбінації петльових та тіазидових діуретиків;
- 3) внутрішньовенне введення допаміну в діуретичних дозах (1-5 мкг/кг/хв) протягом кількох (3-10 діб) - при тяжкому рефрактерному набряковому синдромі.

Оцінка ефективності та корекція доз діуретиків має базуватися на регулярному визначенні маси тіла: щоденно – в період активної діуретичної терапії у фазі клінічної декомпенсації; б) 1-2 рази на тиждень – після досягнення еуволемічного стану впродовж підтримуючого амбулаторного лікування.

Заслуговує на увагу новий петльовий діуретик торасемід (трифас, торсід - таблетки по 5 та 10 мг і ампул по 20 мг)

В порівнянні з фурасемідом, торасемід має наступні переваги:

- стабільна біодоступність 80-90%, не знижується при ХСН**
- поступовий, прогнозований діуретичний ефект на протязі 10-12 годин**
- відсутність “феномену рикошета” (прийом фуросеміду обомовлює швидке підвищення екскреції іонів натрію, яке змінюється затримкою)**
- менше виражений калійуретичний ефект (торасемід не впливає на функцію проксимальних канальців і частково блокує рецептори альдостерону)**
- виведення переважно через печінку**

Діуретики можуть призвести до втрати важливих катіонів калію та магнію, що сприяє виникненню аритмій, особливо при комбінації з серцевими глікозидами.

Профілактикою гіпокаліємії є призначення діуретиків разом з іАПФ та/або калійзберігаючими діуретиками. Слід враховувати, що спіронолактон у дозах, нижчих за 50 мг, не має калійзберігаючого ефекту

Пероральний прийом препаратів калію, як правило, неефективний

Моніторинг при лікуванні діуретиками включає:

- контроль маси тіла,
- кількості випитої та виділеної рідини,
- артеріального тиску,
- рівня натрію, калію та магнію в крові,
- креатиніну плазми
- гематокриту

.

Бета-адреноблокатори

Усім гемодинамічно стабільним пацієнтам із ХСН II- IV ФК та систолічною дисфункцією ЛШ, що отримують ІАПФ та діурек(и), має призначатися бета-блокатор (за винятком випадків непереносимості, або коли є протипоказання до застосування).

Бета-блокатори не повинні призначатись хворим із ХСН з явними ознаками затримки рідини в організмі, що потребує активної діуретичної терапії.

Усунення клінічних ознак легеневого застою та набрякового синдрому має тривати так довго, як це потрібно для того, аби були дотримані зазначені умови для початку лікування бета-блокаторами.

Протипоказання для призначення бета-блокаторів при ХСН:

- бронхообструктивний синдром,
- ЧСС менше 55 за 1 хв.;
- синдром слабкості синусового вузла;
- атріовентрікулярні блокади II або III ступеня (якщо не імплантований водій ритму),
 - облітеруюче ураження артерій кінцівок з відповідними симптомами у стані спокою;
 - виражена артеріальна гіпотензія (сistolічний артеріальний тиск 85 мм рт.ст. і менше)

Очікуваним (доведеним в міжнародних багатоцентрових дослідженнях) сприятливими клінічними ефектами постійної підтримуючої терапії ББ, поєднаної із застосуванням ІАПФ та діуретика, при ХСН є:

- а) збільшення тривалості життя хворих;**
- б) поліпшення систолічної функції (збільшення ФВ) ЛШ та клінічного стану пацієнтів;**
- в) зменшення кількості госпіталізацій з приводу декомпенсації СН**

До Рекомендацій Української та Європейської Асоціації Кардіологів по лікуванню СН увійшло чотири ББ – бісопролол, метопролол сукцинат, карведілол та небіволол.

У пацієнтів з ХСН ІV ФК, ФВ ЛШ менше 25%, цукровим діабетом перевагу слід надавати карведілолу.

Лікування бета-блокаторами має починатися з мінімальних доз, з подальшим збільшенням кожні 2-4 тижні до досягнення максимальної клінічно переносимої дози, з урахуванням цільової .

	Початкова доза	Цільова доза
Бісопролол	1,25 мг x 1 раз	10 мг x 1 раз
Карведілол	3,125 мг x 2 рази	25 мг x 2 рази

З метою подолання артеріальної гіпотензії як фактора, що перешкоджає плановому збільшенню дози бета-блокатора, рекомендують:

а) зменшення доз діуретика та/або ІАПФ (надалі поступове відновлення дози ІАПФ є вкрай бажаним, у той час як необхідність відновлення дози діуретика має визначатися клінічно);

б) призначення разових доз бета-блокатора, ІАПФ, діуретика у різні години протягом дня.

При уповільненні ритму серця менше 55 за 1 хв доза бета-блокатора має бути зменшена вдвічі, а якщо це спостерігається після прийому початкової дози, лікар повинен розглянути можливість відміни інших препаратів з негативною хронотропною дією, або відмінити бета-блокатор.

Лікування бета-блокатором, якщо не виникає ознак його непереносимості, має бути постійним; у разі різкої відміни препарату може спостерігатися клінічне погіршення, та збільшення загальної летальності.

Це переконливо показано при проведенні дослідження CIBIS II – відміна бісопрололу асоціювалась зі збільшенням летальності в 2,1 рази. Вираженість цього ефекту була в прямій залежності від дози і складала для низьких доз – 1,8 рази, для середніх – 2 рази і для цільової (10 мг) – 10 разів.

Результати дослідження CIBIS III обґрунтували безпечність і ефективність використання ББ бісопрололу в стартовій терапії ХСН II-III ФК, що дає можливість лікарю обирати ББ чи ІАПФ в якості першого препарату в прогнозуючій терапії ХСН.

Антагоністи рецепторів ангіотензину II

- призначають тим хворим з ХСН, які мають показання до застосування ІАПФ (у випадках клінічної непереносимості)
у хворих з ХСН
- є докази щодо призначення валсартану та кандесартану
- моніторинг стану пацієнтів на фоні лікування – АТ, рівень калію та креатиніну плазми після призначення препарату і кожної зміни дози
- однозначної думки щодо доцільності призначення комбінації БРА+ІАПФ при СН не має. УАК допускає призначення такої комбінації окремим пацієнтам за умови забезпечення регулярного моніторингу рівня калію та креатиніну

Серцеві глікозиди

Оскільки дигоксин є єдиним із серцевих глікозидів, клінічна ефективність якого доведена у плацебо-контрольованих багатоцентрових дослідженнях, саме він рекомендується для застосування у хворих із ХСН.

Тривалий прийом дигоксину такими хворими не має істотного впливу на показники їх виживання, але зменшує вираженість у них клінічних симптомів і знижує потребу в госпіталізаціях з приводу декомпенсації кровообігу

- Дигоксин показаний усім хворим з ХСН з тахісистолічною формою фібриляції передсердь для нормалізації та постійного контролю частоти скорочень шлуночків.

- У хворих із синусовим ритмом **дигоксин** може призначатися:

- а) у період подолання декомпенсації кровообігу, одночасно з діуретиками та ІАПФ;

- б) у випадках коли, попри комбіноване лікування ІАПФ, діуретиком та бета-блокатором, симптоми СН зберігаються.

- Планове призначення дигоксину при ХСН, як правило, починається з підтримуючої дози (0.125-0,250 мг на добу)

Антагоністи альдостерону

До АА відносяться два препарати – спіронолактон та еплеренон. Їх призначення базуються на результатах багаточентрових досліджень RALES та EPHEBUS.

Призначення АА спіронолактона протягом тривалого часу показане хворим з вираженою (III- IV ФК), які вже отримують лікування ІАПФ, ББ та діуретиками, оскільки це поліпшує в них прогноз виживання та зменшує ризик госпіталізацій (Рекомендації ЄАК 2012 – II ФК)

Тривалий прийом еплеренона показаний з тією ж метою пацієнтам після інфаркту міокарда із систолічною дисфункцією ЛШ, що мають ознаки СН або супутній діабет.

В Україні еплеренон зареєстровано під торговою назвою Інспра (Pfizer) і запроваджений в клінічну практику. Показано позитивний вплив на прогноз і антиаритмогенний ефект препарату, особливо щодо шлуночкових екстрасистол.

Івабрадин (кораксан)

- кораксан рекомендовано призначати як доповнення до стандартної терапії у пацієнтів з ЧСС>70, які не можуть приймати ББ в необхідній дозі через наявність протипоказів або непереносимість (артеріальна гіпотензія, слабкість, ХОЗЛ)
- дослідження SHIFT - досягли зниження ризику смерті від серцевої недостатності на 26% впродовж 1-2 років, при цьому не визначено різниці по частоті смерті від інших причин (в тому числі від раптової смерті)

Новий препарат в лікуванні СН

- дослідження PARADIGM-HF
- Препарат **LCZ696** - комбінація валсартан + сакубітрин (інгібітор непрілізіну)
- Непрілізін - ендопептидаза, яка руйнує натрійуретичний пептид, брадикінін і адреномедулін. Блокада непрілізіну підвищує рівень перерахованих речовин, що протидіє вазоконстрикції, затримці натрію і ремоделюванню.
- Виявлено, що за період 27 місяців у хворих на СН при лікуванні **LCZ696** смертність від всіх причин була на **16% нижче** в порівнянні з **еналапрілом**

Фармакологічні препарати, що застосовуються в окремих категорій хворих з ХСН та систолічною дисфункцією ЛШ

Нітрати

Інфузійна або пероральна терапія нітратами може призначатись у хворих з некомпенсованою ХСН, особливо ішемічної етіології, рівнем АТ понад 100 мм рт.ст. та клінічними ознаками легеневого застою, оскільки пришвидшує подолання останніх, порівняно з лише діуретичною терапією, та полегшує суб'єктивний стан таких пацієнтів. Після усунення ознак легеневого застою нітрати мають відмінитися, окрім пацієнтів із стенокардією, які потребують їх регулярного прийому.

Антикоагулянти та антитромботичні засоби

Постійний профілактичний прийом непрямих антикоагулянтів показаний хворим з ХСН:

- а) з постійною або пароксизмальною формою фібриляції передсердь;**
- б) перенесеним тромбоемболічним епізодом будь-якої локалізації;**
- в) з мобільним тромбом у порожнині ЛШ;**
- г) з гемодинамічно значущим мітральним стенозом.**

**Пацієнтам з ХСН, які перенесли інфаркт міокарда
рекомендовано постійно приймати аспірин або
непрямі антикоагулянти.**

- **Натепер немає достатніх підстав для того, щоб не рекомендувати одночасний прийом аспірину та ІАПФ при ХСН.**
- **В той же час, аспірин не слід застосовувати у пацієнтів, схильних до повторних госпіталізацій з приводу застійної декомпенсації кровообігу, оскільки його тривалий прийом збільшує ризик такої декомпенсації.**

- **Антиаритмічні засоби**

Антиаритмічні засоби I класу (блокатори натрієвих каналів) протипоказані у хворих з ХСН.

Антиаритмічні засоби II класу, тобто ББ, є обов'язковим засобом лікування ХСН з систолічною дисфункцією ЛШ. Вони здатні ефективно пригнічувати шлуночкові екстрасистоли високих градацій та істотно знижувати ризик раптової смерті у хворих з ХСН.

Антиаритмічний засіб III класу аміодарон не погіршує прогноз виживання хворих з ХСН та може застосовуватися в них за такими показаннями: а) відновлення синусового ритму у пацієнтів з фібриляцією передсердь б) збереження відновленого ритму у хворих з пароксизмальними тахіаритміями; в) підвищення успішності планової електричної кардіоверсії; г) лікування симптомних шлуночкових аритмій.

Блокатори кальцієвих каналів дигідропіридинового ряду

Призначення амлодипіну та фелодипіну додатково до стандартного лікування хворих з хронічною систолічною СН не поліпшує, але й не погіршує прогноз їх виживання. Тому зазначені препарати, в разі клінічної необхідності можуть призначатись додатково до ІАПФ та ББ як антигіпертензивні або антиангінальні засоби.

Статини

Показані пацієнтам з ІХС та гіперхолестеринемією і повинні призначатися

У разі декомпенсованої ХСН, призначення статинів не призводить до збільшення тривалості життя (CORONA)

Препарати заліза

- **Внутришньовенні препарати заліза, а саме карбоксимальтозу заліза, призначають у разі лабораторних ознак залізодефіциту (феритин сироватки < 100 мкг/л або феритин сироватки 100-299 мкг/л у поєднанні із насиченням трансферину залізом < 20%) з метою зменшення клінічної симптоматики, поліпшення переносності фізичних навантажень та покращення якості життя.**

Метаболічні препарати

Метаболічні препарати **не являються засобом лікування ХСН**, так як не існує доказів щодо їх впливу на прогноз життя у пацієнтів

Метаболічні препарати **не включені в** Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Серцева недостатність”

Призначення метаболічних препаратів може бути виправданим тільки в якості додаткової терапії у хворих з ХСН ішемічної етіології (стенокардія напруження і спокою)

Критерії якості лікування

1. Усунення або зменшення вираженості суб'єктивних симптомів ХСН – задишки, серцебиття, підвищеної втомлюваності
2. Підвищення фракції викиду ЛШ
3. Усунення клінічних ознак затримки рідини в організмі
4. Поліпшення якості життя
5. Збільшення терміну між госпіталізаціями

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування:

- відсутність прогресування ХСН
- збільшення тривалості життя

Хірургічне лікування хронічної серцевої недостатності

Реваскуляризація міокарда

Консультація кардіохірурга для вирішення питання про доцільність реваскуляризації міокарда, показана пацієнтам з ХСН, зумовленою ІХС, у тому числі й з значно зниженою (менше 30%) ФВ ЛШ.

Трансплантація серця показана хворим із незворотним (рефрактерним до усіх інших засобів лікування) IV ФК систолічної ХСН.

Нові немедикаментозні методи лікування ХСН

- Показанням для використання ресинхронізуючої трьохкамерної електрокардіостимуляції є наявність клінічно вираженої ХСН із супутнім вираженим порушенням внутрішньошлуночкової провідності.
- Доцільність використання імплантованих автоматичних дефібриляторів-кардіовертерів визначається тим, що приблизно половина пацієнтів із ХСН помирає раптово внаслідок шлуночкових аритмій.

Профілактика СН включає первинну й вторинну профілактику.

Первинна спрямована на усунення факторів ризику розвитку основних захворювань серцево-судинної системи, які ускладнюються СН .

Для цього необхідно проводити скринінг факторів ризику у військовослужбовців, запроваджувати оздоровчі програми. Важливе значення має рання діагностика АГ у офіцерів середньої вікової групи в умовах військової частини та поліклініки.

У військовослужбовців, які хворіли на гостру ревматичну лихоманку, дуже важливо проводити адекватну антибіотикопрфілактику рецидивів, що зменшить ризик розвитку вад клапанів і СН в подальшому.

Основні завдання вторинної профілактики:

- Попередження патологічного ремоделювання серця у хворих з серцево-судинними захворюваннями.
- Основою цього напрямку є адекватне й довготривале лікування хворих на ІХС, АГ, згідно зі стандартами, які базуються на принципах доказової медицини. Так, проведення реваскуляризації хворим на інфаркт міокарда попереджує розвиток патологічного ремоделювання ЛШ і розвиток СН.
- Для профілактики розвитку СН після інфаркту міокарда всіх хворим рекомендовано призначати ІАПФ, так як доведено їх позитивний вплив на ремоделювання ЛШ, попередження розвитку міокардіофіброзу.
- Важливе значення для профілактики розвитку СН у хворих на ГБ має досягнення цільового рівня артеріального тиску і постійний його контроль, що попереджає розвиток гіпертрофії міокарда і його патологічного ремоделювання.

Диспансерний нагляд

Хворі з клінічно вираженою ХСН ІА-ІІІ стадій (ІІ- ІV ФК) підлягають диспансерному огляду не менше, ніж 1 раз на 2 місяці або частіше, якщо така необхідність визначається клінічною ситуацією.

Військово-лікарська експертиза

При проведенні військово-лікарської експертизи необхідно керуватись Наказом міністра оборони №402 від 14 серпня 2008 р. “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України”

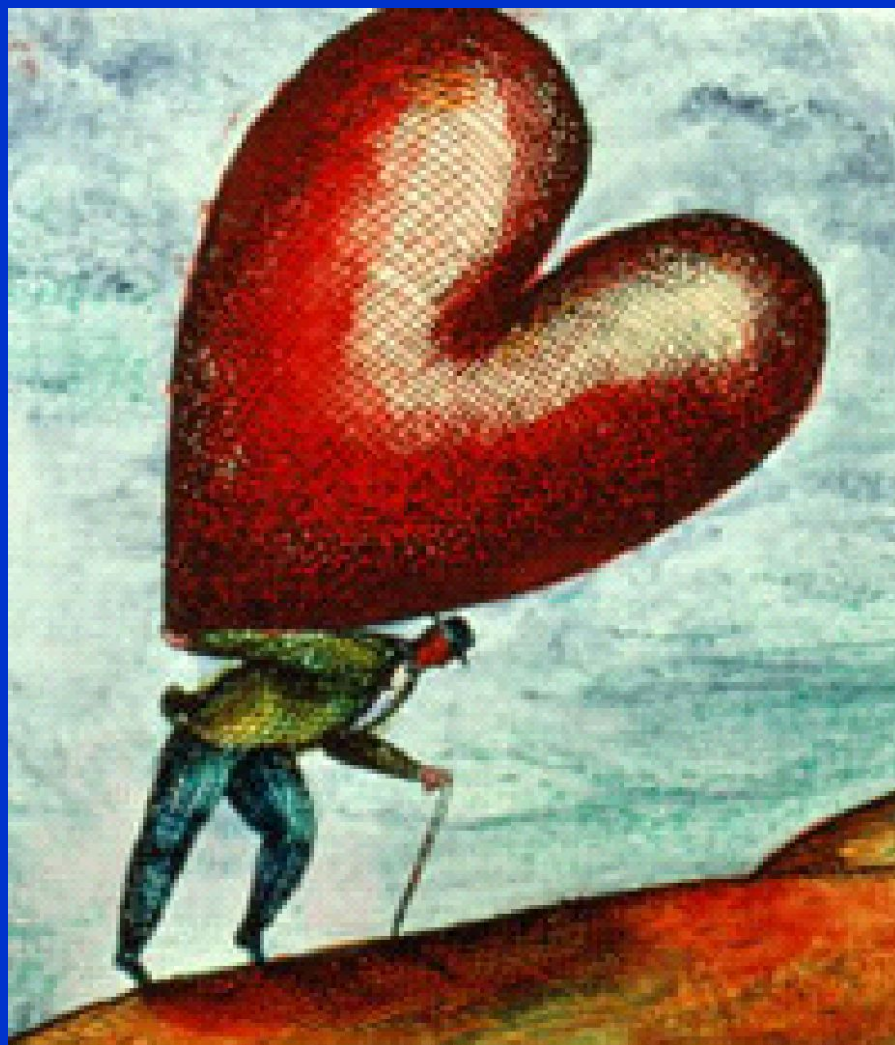
Згідно з додатком 1 "Розклад хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби" стаття 38, 40

а) із серцевою недостатністю II-Б-III стадії – непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку;

б) із серцевою недостатністю II-А стадії – I графа – непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час; II- III графа – непридатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально

в) із серцевою недостатністю I стадії – I графа – непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час; II-III графа – придатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально

Дякую за увагу!



Бережіть своє серце!