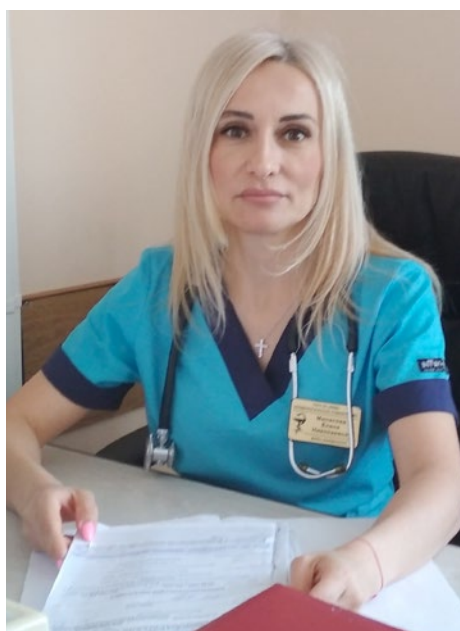


Снять угрозу

Проблемы профилактики хронической сердечной недостаточности

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — конечная стадия многих сердечно-сосудистых заболеваний, являющаяся причиной сокращения продолжительности жизни населения в развитых странах. Распространенность ХСН в различных регионах РФ варьирует в пределах 7-10%. Более 65% больных ХСН находятся в возрастных группах старше 60 лет. Сердечная недостаточность стоит на третьем месте среди причин госпитализации и на первом месте у лиц старше 65 лет. Соотношение числа женщин, имеющих ХСН, к числу мужчин составляет примерно 3:1.



Несмотря на достижения последних десятилетий в области изучения патогенеза, клиники и лечения, сердечная недостаточность по-прежнему остается одним из самых распространенных, тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений всех заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Этиологическими факторами развития ХСН в первую очередь являются такие широко распространенные заболевания, как гипертоническая болезнь (ГБ) и другие состояния, сопровождающиеся артериальной гипертензией (заболевания почек,

эндокринные заболевания), ишемическая болезнь сердца (ИБС), миокардиты, кардиомиопатии (КМП), пороки сердца, воспалительные заболевания сердца, аритмии, а также экстракардиальные болезни: анемия, сепсис и др. В настоящее время ГБ вышла на первое место среди причин ХСН, составляя почти половину случаев.

Несмотря на повсеместное внедрение эффективных средств терапии ХСН, смертность больных по-прежнему остается высокой. Доказано, что несоблюдение рекомендаций врача по медикаментозному лечению, контролю веса и водно-солевому режиму является одной из основных проблем ведения пациентов с СН. Известно, что пациенты с эпизодами острой декомпенсации ХСН имеют более высокий риск смерти, чем пациенты со стабильным течением ХСН.

Симптомами ХСН являются одышка при физической нагрузке или же ночная (в положении лежа) слабость, повышенная утомляемость, учащенное сердцебиение, отеки нижних конечностей, набухание шейных вен, мелкопузырчатые хрипы в легких, возникающие в результате нарушения структуры и функции сердца. Диагноз «сердечная недостаточность» ставит только врач на основании клинических, инструментальных и лабораторных данных. Учитывая широкую распространенность ХСН в мире, в том числе и в РФ, злокачественность течения и крайнюю тяжесть синдрома, а также колоссальные затраты на его лечение, следует обратить особое внимание на проблему профилактики развития ХСН. Профилактика ХСН бывает первичной и вторичной. К первичной относится снижение влияния вредных факторов

риска на организм человека, формирование здорового образа жизни населения.

Вторичная профилактика ХСН — комплекс мероприятий по лечению имеющихся заболеваний сердечно-сосудистой системы и предупреждение прогрессирования сердечной недостаточности. При наличии артериальной гипертензии целью вторичной профилактики является достижение максимального гипотензивного эффекта при минимизации нежелательных побочных эффектов; при ИБС — адекватная антиангинальная терапия, лечение опасных для жизни аритмий; при стенозирующем коронарном атеросклерозе — реваскуляризация миокарда и т.д. Профилактика начинается с немедикаментозных мероприятий. Существенное значение имеет ограничение употребления соли. При I ФК не следует употреблять соленую пищу, при II ФК нужно недосаливать пищу, при III и IV ФК — употреблять продукты с уменьшенным содержанием соли. Пища должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество зелени и овощей. Предпочтение среди животных белков следует отдавать птице и рыбе. Принимать пищу следует часто (4-5 раз в сутки) и небольшими порциями. Также важно ограничение жидкости. Объем употребляемой жидкости не должен превышать 1,5-2 литров. Важнейшее значение имеет регулярный контроль веса больных с ХСН, который должен осуществляться не менее 3 раз в неделю. Увеличение веса более 2 кг за 1-3 дня свидетельствует о задержке жидкости в организме и о риске развития декомпенсации ХСН. Следует рекомендовать пациентам вакцинацию против гриппа и пневмококка.

Текст: **Елена Минасова**, врач-кардиолог высшей категории кардиологического отделения № 1 ГБУЗ СК «КККД», ассистент кафедры госпитальной терапии СтГМУ |



Не рекомендуется пребывание в условиях высокогорья, высоких температур, влажности. Желательно проводить отпуск в привычной климатической зоне. При выборе транспорта предпочтение отдается непродолжительным авиаперелетам. Противопоказано длительное вынужденное фиксированное положение. Специально рекомендуется вставание, ходьба или легкая гимнастика каждые

упражнения для мелких групп мышц, при III ФК также и для крупных мышц, ходьба, при II ФК — велотренажер, тредмил, при I — дополнительно легкий бег на месте, плавание. Основной вид физической нагрузки при сердечной недостаточности — это аэробные физические нагрузки: ходьба, занятия на велотренажере.

Задачи лечения ХСН очевидны и сводятся к предотвращению развития симптомной

формами ИБС являются ингибиторы КоА-редуктазы — статины, которые рекомендуются всем больным (даже среднего и низкого СС-риска) с целью профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений, включая ОИМ и вновь развившуюся ХСН, и достижения целевого уровня холестерина ЛПНП. Длительное применение аспирина у больных после ОИМ с синусовым ритмом

Профилактика начинается с немедикаментозных мероприятий. Существенное значение имеет ограничение употребления соли. При I ФК не следует употреблять соленую пищу, при II ФК нужно недосаливать пищу, при III и IV ФК — употреблять продукты с уменьшенным содержанием соли.

30 минут. Коррекция доз мочегонных препаратов при пребывании в необычном для больного климате, прежде всего жарком и влажном, носит обязательный, но индивидуальный характер.

Всем пациентам, страдающим сердечной недостаточностью, следует отказаться от курения. Категорически запрещено употребление алкоголя при алкогольной кардиомиопатии. Больным с другим генезом ХСН разрешено употребление 20 мл этанола в сутки, но без больших объемов приема, например пива.

При стабильном состоянии пациента следует рекомендовать физическую активность при всех функциональных классах заболевания. Большое значение имеет тренировка мышц вдоха и выдоха (раздувание шарика, использование дыхательного тренажера Фролова). При IV ФК рекомендуются

ХСН (на ранних стадиях), устранению ее признаков, замедлению прогрессирования болезни, улучшению качества жизни, уменьшению количества госпитализаций, улучшению прогноза.

Для профилактики прогрессирования ХСН рекомендован прием нейро модуляторов (антагонистов альдостерона в малых дозах, бета-адреноблокаторов, при необходимости — сердечных гликозидов в малых дозах), ингибиторов ангиотензина, превращающего фермента (иАПФ) (при противопоказаниях блокаторов рецепторов ангиотензина II), диуретиков и т.д., что предупреждает темп прогрессирования ХСН, снижает количество регоспитализаций и повышает выживаемость пациентов.

Важнейшим средством профилактики ХСН у больных с различными

не рекомендуется для профилактики ХСН (III B).

Сочетание ХСН с сахарным диабетом усугубляет неблагоприятный прогноз пациентов. Поэтому успешное лечение пациентов с СД и его осложнений позволяет существенно уменьшать риск развития ХСН (I A). Необходимо отметить важность контроля уровня глюкозы с использованием препаратов, улучшающих чувствительность тканей к инсулину. Таким образом, можно сделать вывод, что ХСН требует к себе особого внимания. Раннее выявление и профилактика дает возможность сохранить качество жизни, предупредить развитие заболевания и предотвратить осложнения.

