

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ФАЗЕ СУБ-, ДЕКОМПЕНСАЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА В ВИДЕ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

*А.М. Фадеева, Р.Т. Шахбазян, М.С. Ибрагимов,
А.Н. Андреев, А.В. Тунис*

Уральская государственная медицинская академия
Центральная городская клиническая больница № 24

По данным эпидемиологических исследований последних 5 лет, проведенных в нашей стране, было выявлено, что в 2002 г. в РФ насчитывалось 8,1 миллиона человек с четкими признаками ХСН, из которых 3,4 миллиона имели терминальный, III-IV ФК заболевания. Однолетняя смертность больных с клинически выраженной сердечной недостаточностью достигает 26-29%, то есть за один год в РФ умирает от 880 до 986 тысяч больных СН [1].

Самыми частыми причинами развития ХСН в Европе и в России в последние годы стали ИБС и ИМ, которые встречаются у 60-70% стационарных больных и ассоциируются, прежде всего, с нарушением систолической функции левого желудочка. Среди других причин развития ХСН следует отметить дилатационную кардиомиопатию, ревматические пороки сердца.

В старших возрастных группах в основе развития наряду с ИБС ведущую роль приобретает артериальная гипертензия и гипертоническое сердце, связанные, в первую очередь, с развитием диастолических нарушений. Третьей важнейшей причиной в старших возрастных группах является СД 2 типа, который вместе с АГ определяет все возрастающее количество пациентов с ХСН [1].

Учитывая, что ХСН является одним из заключительных этапов непрерывного развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также осложнением большинства болезней сердца, то успешное лечение этих заболеваний можно рассматривать, как профилактику развития декомпенсации сердечной деятельности [1].

В зависимости от состояния гемодинамики пациента возможны изменения выраженности ХСН: стадия компенсации, субкомпенсации и декомпенсации, которые могут переходить одна в другую. В стационар подавляющая часть больных поступает в состоянии суб- или декомпенсации ХСН.

В настоящий момент нет пристального внимания к пациентам с диагнозом ХСН в период суб- и декомпенсации в сочетании с ДКМП и нарушением ритма сердца по типу мерцания предсердий и подходам к терапии и профилактике данной нозологии.

Во-первых, это связано с тем, что в большинстве больниц медицинский персонал (врачи-кардиологи, ординаторы, интерны) при выборе тактики лечения у пациентов с данной нозологией на первый план ставит задачу восстановления и/или урежения ритма сердца, то есть старается добиться нормокардии, и в связи с чем, у части больных наблюдается ряд осложнений: дестабилизация гемодинамики, развития тромбоэмболического синдрома, дистрофические изменения нижних конечностей и др.

Во-вторых, использование неоправданно больших доз диуретиков способствует нарушению реологических свойств крови.

В-третьих, сохранение базовой терапии в полном объеме без корректировки в стадию де- или субкомпенсации. Все вышеперечисленные причины усиливают дестабилизацию гемодинамики, ухудшают реологические свойства крови, тем самым, увеличивая количество осложнений и приводя к увеличению летальности.

Учитывая вышеизложенное, а также частоту встречаемости пациентов с данной нозологией в популяции больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, более современные и усовершенствованные подходы к тактике лечения являются клинически значимыми и актуальными.

При анализе данного сочетания: ХСН с ДКМП и нарушением ритма сердца по типу мерцания предсердий в период суб- и декомпенсации, вероятно усовершенствованные подходы к терапии этой патологии могут привести к улучшению отдаленных результатов.

Цель: изучить степень тяжести течения ХСН у больных с ДКМП и нарушением ритма сердца по типу мерцания предсердий в период суб- и декомпенсации, а также оценить качество усовершенствованных подходов терапии данной патологии.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кардиологического отделения МБУ ЦГКБ № 24. Мы наблюдали 149 пациентов. Была набрана основная группа, в которую входили пациентов с диагнозом ХСН, ДКМП и нарушением ритма сердца по типу мерцания предсердий в период суб- или декомпенсации – 10 человек, из них: 8 мужчин и 2 женщины. В контрольную группу были набраны 11 пациентов, из них 8 мужчин и 3 женщин, с таким же диагнозом, но проходившие лечение в кардиологическом стационаре МБУ ЦГКБ № 24 в 2010г.

Результаты

Как уже было выше указано, одной из основных задач при лечении больных с такими серьезными патологиями как ХСН в сочетании с ДКМП и НРС по типу МП является не дестабилизация цифр гемодинамики, пересмотр объема базовой терапии с первых минут в фазе субли декомпенсации ХСН.

Наша задача заключалась во внедрении усовершенствованного метода терапии ХСН у этой категории больных и сравнении полученных данных с архивным материалом (т.е. клиническими данными пролеченных больных с аналогичными нозологиями в 2010 году). Таким образом, двух моментное, ретроспективное исследование проведено в кардиологическом отделении МБУ ЦГКБ № 24 в 2010 -2012 гг.

Характеристика больных в основной и контрольной группах приведена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика больных в основной и контрольной группах

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
Мужчины	8	8
Женщины	2	3
Возраст	62,5±3,5	66,2±3,2
ХСН	Декомпенсация	7
	Субкомпенсация	3
САД	123,6±11,7	117±
ДАД	75,7±8,9	71±9,9
ЧЖС	137,2±8,6	133,5±9,2
ФВ	40,9±3,5	43,4±2,1

По приведенным в таблице данным существенной разницы между группами не получено.

Все больные были госпитализированы в клинику в неотложном порядке бригадами СМП. В зависимости от степени тяжести функционального класса ХСН больные изначально были размещены или в кардиологическое отделение или в ПРИТ. Больные, госпитализированные в ПРИТ, после улучшения клинических и гемодинамических показателей были переведены в кардиологическое отделение для продолжения терапии под контролем исследователя с прослеживанием некоторых лабораторных и инструментальных объективных данных.

В таблице 2 и 3 приведена динамика некоторых лабораторных показателей гемостаза в обеих группах до и после терапии.

Таблица 2

Динамика некоторых лабораторных показателей гемостаза до терапии

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
ПТИ	67,6±3,3	73,6±5,1
МНО	1,2±0,2	1,5±0,19
АЧТВ	30,9±3,2	36,2±3,9
Фибриноген	3,34±0,5	3,5±0,5

Таблица 3

Динамика некоторых лабораторных показателей гемостаза после терапии

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
ПТИ	70,1±4,7	79,1±3,1
МНО	1,25±0,4	1,09±0,12
АЧТВ	33,8±3,2	37,9±2,9
Фибриноген	2,7±0,2	4,2±0,3

В основной группе на фоне проведенной терапии отмечено улучшения таких важных показателей как: снижение фибриногена, удлинение времени АЧТВ, без существенной – динамики цифр МНО в сравнении с контрольной группой (рис. 1).

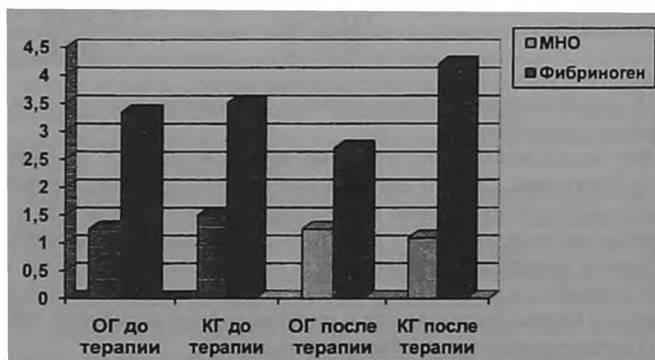


Рис. 1 Динамика показателей МНО и фибриногена в группах до и после терапии

В основной группе были статистически меньше отмечены тромбоэмболические осложнения по сравнению с контрольной группой.

На рисунке 2 отражена динамика ЧЖС в обеих группах, где отмечено значительное урежение числа сердечных сокращений после проведенной терапии перед выпиской.

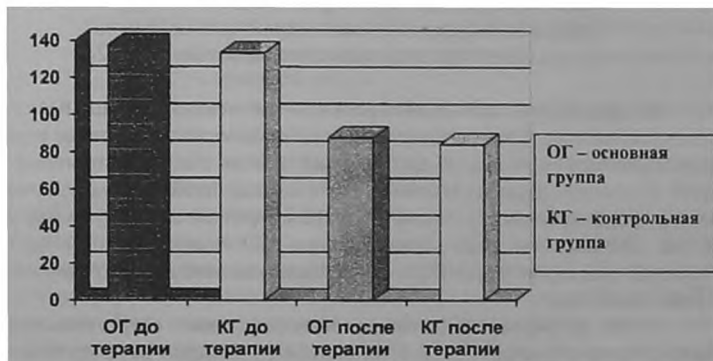


Рис. 2. Динамика изменения ЧЖС в группах до и после терапии

Заключение

При подходе к терапии ХСН в сочетании с ДКМП и НРС по типу МП (особенно с персистирующей формой) важным является не раннее восстановление синусового ритма или урежение ЧЖС и достижение компенсации симптомов ХСН, а оценка и стабилизация состояния гемодинамики (или, по крайней мере, не дестабилизация гемодинамики). Во-вторых, важным моментом является раннее назначение антитромбоцитарных препаратов и антикоагулянтной терапии с целью минимизации тромбоэмболических осложнений. В-третьих; базовая терапия ХСН в фазе суб- или декомпенсации должна основываться не на принципе доза – органопротекция ЛС, а доза и гемодинамическая стабильность.

Литература

1. Кардиология: национальное руководство/Под ред. проф. Беленкова Ю.Н. и проф. Оганова Р.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1232с.
2. Краткое руководство по внутренним болезням: классификации, комментарии, лечение/Под ред. Проф. А.Н. Андреева/ УГМА. – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2000. - 459с