

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С НИЗКИМ СЕРДЕЧНЫМ ВЫБРОСОМ

Поражение миокарда

ИБС (постинфарктный кардиосклероз, хроническая миокардиальная ишемия)
Кардиомиопатии
Миокардиты
Токсические воздействия (например, алкоголь, доксорубицин)
Инфильтративные заболевания (саркоидоз, амилоидоз)
Эндокринные заболевания
Нарушения питания (дефицит витамина В1)

Перегрузка миокарда

Артериальная гипертензия
Ревматические пороки сердца
Врождённые пороки сердца (например, стеноз устья аорты)

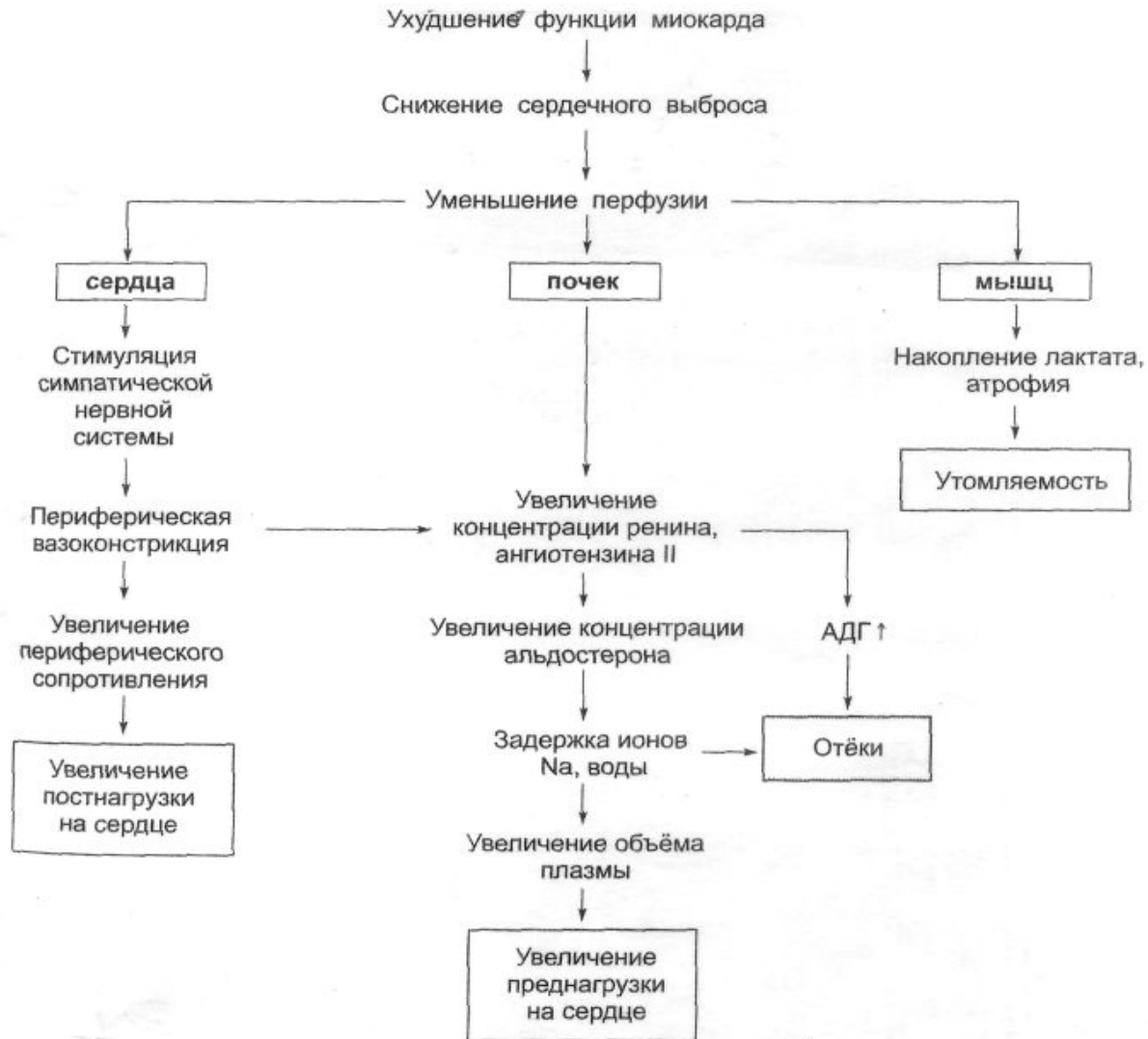
Аритмии

Наджелудочковые и желудочковые тахикардии
Фибрилляция предсердий

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНЫМ ВЫБРОСОМ

Анемия
Сепсис
Артериовенозная фистула

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ



КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРИНЯТАЯ НА XII ВСЕСОЮЗНОМ СЪЕЗДЕ ТЕРАПЕВТОВ

I стадия (начальная) - скрытая сердечная недостаточность, проявляющаяся только при физической нагрузке (одышкой, тахикардией, быстрой утомляемостью)

II стадия (выраженная) - длительная недостаточность кровообращения, нарушения гемодинамики (застой в большом и малом круге кровообращения), нарушения функций органов и обмена веществ выражены и в покое

Период А - начало длительной стадии, характеризуется слабовыраженными нарушениями гемодинамики, нарушениями функций сердца или только их части

Период Б - конец длительной стадии, характеризуется глубокими нарушениями гемодинамики, в процесс вовлекается вся сердечно-сосудистая система

III стадия (конечная, дистрофическая) — тяжёлые нарушения гемодинамики, стойкие изменения обмена веществ и функций всех органов, необратимые изменения структуры тканей и органов

Йоркская классификация хронической сердечной недостаточности

I класс - обычная физическая нагрузка не вызывает выраженной утомляемости, одышки или сердцебиения

II класс - лёгкое ограничение физической активности: удовлетворительное самочувствие в покое, но обычная физическая нагрузка вызывает утомление, сердцебиение, одышку или боли

III класс - выраженное ограничение физической активности: удовлетворительное самочувствие в покое, но нагрузка менее обычной приводит к появлению симптоматики

IV класс - невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без ухудшения самочувствия: симптомы сердечной недостаточности имеются даже в покое и усиливаются при любой физической нагрузке

Таблица 4

ПРИЧИНЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Несердечные причины

- Несоблюдение режима (избыточное потребление поваренной соли, жидкости)
- Отсутствие лечения
- Приём лекарств, которых следует избегать при лечении хронической сердечной недостаточности
- Употребление алкоголя
- Почечная недостаточность
- Инфекции
- ТЭЛА
- Дисфункция щитовидной железы (невыявленная или некорригированная)
- Анемия (невыявленная или некорригированная)

Сердечные причины

- Фибрилляция предсердий
- Другие аритмии
- Брадикардия
- Усиление недостаточности митрального и трёхстворчатого клапанов
- Инфаркт миокарда
- Чрезмерное уменьшение преднагрузки (применение диуретиков, ингибиторов АПФ в больших дозах)

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХСН

Конечная цель лечения хронической сердечной недостаточности - улучшение качества жизни и увеличение её продолжительности. Для достижения этой цели необходимы следующие мероприятия:

- Улучшение сократительной функции миокарда.
- Уменьшение ОЦК (снижение преднагрузки).
- Уменьшение ОПСС (снижение постнагрузки).
- Устранение влияния на сердце симпатической нервной системы.
- Антикоагулянтная терапия.
- Антиаритмическая терапия.

Из ЛС в лечении хронической сердечной недостаточности в зависимости от клинических проявлений заболевания применяют диуретики, ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, другие кардиотонические средства, вазодилататоры, β -адреноблокаторы, антикоагулянты, антиаритмические средства.

Оптимальной комбинацией препаратов при выраженной сердечной недостаточности считают «тройную терапию»: диуретики, ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды.

Таблица 6

ОСНОВНЫЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ЛС

ЛС	Дозы	Период полувыведения	Связь с белками плазмы, %	Путь выведения
<i>Класс IA</i>				
Хинидин	200–600 мг каждые 6 ч внутрь или 330–660 мг каждые 8 ч для ретардированных форм	5–7 ч	80	Печень
Новокаинамид	250–750 мг каждые 4–6 ч внутрь или 10–15 мг/кг в/в капельно со скоростью 25 мг/мин, затем 1–6 мг/мин	3–5 ч	15	Почки
Дизопирамид	100–200 мг каждые 6–8 ч внутрь	8–9 ч	35–95	Печень, почки
<i>Класс IB</i>				
Лидокаин	1–3 мг/кг в/в капельно со скоростью 25–50 мг/мин, затем 1–4 мг/мин	1–2 ч	60	Печень
Мексилетин	200–400 мг каждые 8 ч внутрь	10–12 ч	55	Печень
<i>Класс IC</i>				
Морацизин	150–300 мг каждые 8–12 ч внутрь	6–13 ч	95	Печень
Пропафенон	150–300 мг каждые 8 ч внутрь	2–10 ч	95	Печень
<i>Класс II</i>				
Пропранолол	10–100 мг каждые 6 ч внутрь или 0,1 мг/кг в/в	4–6 ч	95	Печень
<i>Класс III</i>				
Амиодарон	600–1600 мг/сут 1–3 нед, затем 200–400 мг/сут	50 сут	96	Печень
Соталол	80–320 мг каждые 12 ч внутрь	10–15 ч	0	Почки
<i>Класс IV</i>				
Верапамил	80–320 мг каждые 6–8 ч внутрь или 5–10 мг за 1–2 мин в/в	3–8 ч	90	Печень
<i>Другие ЛС</i>				
Дигоксин	1,25–1,5 мг дробно внутрь в течение 24 ч, затем 0,125–0,375 мг/сут или 70% пероральной дозы в/в	36 ч	30	Почки
Аленозин	6 мг в/в быстро, при неэффективности через 1–2 мин 12 мг в/в быстро	10 с	—	—