

# Практична настанова по діагностиці та менеджменту серцевої недостатності в системі первинної медичної допомоги

## Останні рекомендації EPCCS

Clare J Taylor, Frans H Rutten, Judith R Brouwer and FD Richard Hobbs

Переклад адаптовано українською д.мед.н. Волошиною І.М., рецензент д.мед.н. проф. Долженко М.Н.. *Translated by PhD, MD Voloshyna Iryna, revised by PhD, Prof. Dolzhenko Maryna*

ВСТУП.....	1
Визначення.....	1
РОЗПІЗНАВАННЯ (КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА) СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....	2
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ .....	2
КОМПЛЕКСНЕ ВЕДЕННЯ .....	3
ЛІКУВАННЯ МЕДИКАМЕНТАМИ - СТАРЕ І НОВЕ.....	3
ВИСНОВОК.....	4
ЛІТЕРАТУРА.....	4

## ВСТУП

Серцева недостатність (СН) є розповсюдженим і фінансово витратним клінічним синдромом, асоційованим зі значною захворюваністю і зменшенням тривалості життя, уражуючи 1-2% дорослих у розвинених країнах.<sup>1</sup> Своєчасна діагностика є важливою для оптимізації можливостей доказового лікування, яке знижує смертність і покращує якість життя, проте клінічна діагностика ранніх стадій СН представляє певні складнощі. Первинна медична допомога відіграє життєво важливу роль у забезпеченні цілісного, персоналізованого лікування від перших симптомів до кінця життя. Цей документ підсумовує ключові аспекти менеджменту СН для лікарів загальної практики, включно з новими даними діагностики і фармакотерапії.

## Визначення

Серцева недостатність (СН) - це клінічний синдром, що характеризується певними симптомами та ймовірними клінічними ознаками, а також об'єктивним підтвердженням структурних змін чи функціонального порушення серцевої діяльності. Тип СН визначається відповідно до значення фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), проте більш точні параметри продовжують бути областю наукових дебатів<sup>2</sup>. СН із зменшеною фракцією викиду (HFrEF) зазвичай визначається як ФВ ЛШ <40%. СН зі збереженою фракцією викиду (HFpEF) визначається як ФВ ЛШ ≥50% з наявним доказом діастолічної дисфункції або структурних серцевих змін<sup>3</sup>. Нещодавно Європейське товариство кардіологів (ESC) додало третю категорію, СН з помірною фракцією викиду (HFmrEF), так звана «сіра зона» між HFrEF і HFpEF<sup>3</sup>. Усі три групи СН продемонстрували гірший прогноз у порівнянні з популяцією осіб без ознак СН. Застосування класифікації СН є важливим для ефективного лікування пацієнтів, зокрема HFpEF має міцну доказову базу для фармакологічних втручань, проте ті ж самі схеми лікування не продемонстрували переваг у пацієнтів з HFpEF<sup>4</sup>.

## РОЗПІЗНАВАННЯ (КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА) СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Як у випадку HFrEF, так і при HFpEF скорочувальна діяльність серця є неадекватною, викликаючи симптоми перевантаження рідиною та кардіального стресу, на кшталт задишки, набряків гомілок і втоми. Ці симптоми є загальними і можуть проявлятися при інших патологічних станах, а не тільки при СН. До того ж, у пацієнтів з СН часто існує декілька супутніх захворювань, для лікування яких застосовують численні медикаменти, що також значно ускладнює клінічну картину в подальшому<sup>5</sup>. Фонові серцево-судинні захворювання, зокрема перенесений інфаркт міокарду, є очевидним підґрунтям для виникнення СН. При об'єктивному дослідженні клінічні ознаки можуть включати крепітацію в нижніх відділах легень, пульсацію і збільшення тиску в яремних венах, або зміщення верхівки серця. Такі ознаки, як ортопное, прокидання вночі від ядухи, або ритм галопу є більш ймовірними симптомами СН, але переважно спостерігаються у важких випадках і рідше зустрічаються в загальній практиці лікаря<sup>3,6</sup>.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В рекомендаціях по СН Національного інституту Здоров'я та Догляду (NICE) пацієнтам з підозрою на СН ініціально пропонується визначити рівень наріуретичного пептиду (NP), за винятком випадків, коли в анамнезі є інфаркт міокарду, коли одразу рекомендується безпосередньо проводити ехокардіографію.<sup>6</sup> Для виключення діагнозу СН порогові значення NP повинні бути досить низькими. В рекомендаціях NICE вказується, що значення N-термінального про В типу NP (NT-proBNP) нижче 400 пг/мл, і В-типу NP (BNP) нижче 100 пг / мл є мало ймовірними для верифікації СН і слід розглянути альтернативні діагнози. Однак необхідно враховувати декілька факторів при інтерпретації результатів: порушення функції нирок і фібриляція передсердь (ФП) можуть збільшувати рівні NP; у пацієнтів з надмірною вагою і пацієнтів, що приймають діуретики або інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) значення NP можуть бути зменшені. Якщо пацієнт має рівні NP вище нормативних значень, рекомендується проведення ехокардіографії та огляд кардіолога для підтвердження діагнозу.

В рекомендаціях NICE порогові значення NP є вищими, ніж в рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (ESC) по СН,<sup>7</sup> в яких вказують на доцільність подальших обстежень при рівні NT-proBNP вище 125 пг/мл, а не 400 пг/ мл. Більш того, за результатами недавнього дослідження REFER, в якому аналізували базу даних пацієнтів загальної лікарської практики Великої Британії, було підтверджено надійність граничного значення 125 пг/мл, тому що при нормативі 400 пг/мл не враховували близько 20% пацієнтів з СН.<sup>2</sup>

Проведення додаткових аналізів крові для виключення патології щитовидної залози або анемія, визначення модифікованих факторів серцево-судинного ризику та ініціальна оцінка функції печінки та нирок також є дуже важливими перед початком лікування. Електрокардіограма (ЕКГ) є доцільним методом дослідження для виявлення можливих причин та наслідків СН, на кшталт ФП. Результати рентгенографії органів грудної порожнини можуть бути нормальними, окрім випадків перевантаження рідиною, але це також потрібно диференціювати з іншими причинами задишки. Ехокардіографія використовується для визначення типу серцевої недостатності та інших структурних або функціональних відхилень на кшталт клапанної хвороби серця. Характеристикою HFrEF є зменшення фракції викиду лівого шлуночка, тоді як серцевий викид при HFpEF є нормальним, але діагностуються інші розлади серцевої діяльності, наприклад, підвищена жорсткість лівого шлуночка або рестриктивний тип наповнення лівого шлуночка.<sup>8</sup>

## КОМПЛЕКСНЕ ВЕДЕННЯ

Хворі з СН, зазвичай, мають декілька супутніх захворювань, потребуючи безлічі медикаментів; і СН не завжди є основним ускладнюючим захворюванням. Тому пацієнт-орієнтоване індивідуальне лікування, що координується лікарем загальної практики, є найбільш сприйнятним підходом для довгострокового спостереження. Спеціалізовані консультації з питань СН є необхідними для постановки діагнозу і періодично (за потреби) протягом спостереження за пацієнтом. Середній медичний персонал лікарень та амбулаторій може відігравати важливу роль у забезпеченні безперервності лікування хворих з СН.

Пацієнти з СН повинні чітко розуміти свій стан здоров'я і бути активними учасниками рішень щодо медичного спостереження. Дуже важливим аспектом є заохочення до аспектів самодопомоги. Модифікація способу життя значно покращує якість життя пацієнтів з СН і сприяє запобіганню загостренням (декомпенсації). Пацієнти повинні бути інформовані про роль солі і дотримуватись рекомендацій щодо обмеженого її використання, також важливо знати про забезпечення адекватної гідратації і вживання здорової їжі, користь регулярних фізичних вправ для збільшення їх функціональних можливостей. Значний зиск мають пацієнти з СН від формалізованих реабілітаційних програм, які комбінують фізичні вправи з освітніми компонентами щодо модифікації способу життя в поєднанні з психологічною підтримкою.<sup>3,6</sup> Паліативна допомога є також дуже важливим, але одним з найскладніших питань ведення хворих з СН. Існують значні індивідуальні відмінності у траєкторії прогресування СН, тому у більшості пацієнтів не відбувається поступових незворотних змін. Деякі хворі почувають себе добре і живуть цілком нормально, але раптом помирають, тоді як інші можуть спостерігати поліпшення стану здоров'я після тривалого періоду декомпенсації. В контексті мультиморбідності СН не завжди може бути фінальним варіантом смерті.<sup>5</sup>

## ЛІКУВАННЯ МЕДИКАМЕНТАМИ - СТАРЕ І НОВЕ

Діуретики є життєво важливими на початковій стадії лікування для зменшення навантаження рідиною та симптоматичного поліпшення у пацієнтів з усіма типами СН. Їх використання проте є емпіричним і чіткої доказової бази наразі не існує. Інгібітори АПФ, бета-блокатори (ББ), антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМР) істотно поліпшують виживання і якість життя, а також сприяють зменшенню кількості госпіталізації серед пацієнти з HFrEF. У пацієнтів зі збереженою ФВЛШ таких ефектів за результатами клінічних досліджень виявлено не було.<sup>4</sup>

Івабрадин може бути доцільним у пацієнтів з синусовим ритмом з ФВ ЛШ <35% і частотою серцебиття вище з 70 ударів на хвилину, які мають симптоми СН, незважаючи на лікування іАПФ, ББ, АМР. Терапевтичні пристрої на кшталт кардіальної ресинхронізація (QRS), у пацієнтів з ФВ ЛШ<35% та QRS тривалістю > 130 мс на ЕКГ також може покращувати серцеву функцію. Дигоксин був одним з перших препаратів для лікування СН, проте за результатами клінічних досліджень було показано лише помірну його користь. Хворі з СН та синусовим ритмом, що приймали дигоксин мали меншу частоту госпіталізацій, але не продемонстрували загального зниження смертності. Дигоксин може застосовуватись у пацієнтів з СН та ФП для контролю частота скорочень шлуночків серця.

Загалом учасники клінічних випробувань по СН були молодші, переважно чоловічої статі та з меншою кількістю коморбідної патології, ніж зустрічається і сучасній загальній практиці, оскільки наявність супутніх захворювань, особливо хронічні захворювання нирок, можуть обмежити оптимізацію медикаментозної терапії. Пацієнт-орієнтований підхід, баланс між симптоматичним

лікуванням і прогностичною користю терапії, які ґрунтуються на спільному прийнятті рішень є найдоречнішою тактикою ведення хворих з СН.

Нещодавно був запропонований новий клас препаратів для лікування СН. Інгібітори нерилізіну рецептора ангіотензину (ІНРА) здійснюють подвійну дію через гальмування системи ренін-ангіотензину і потенціювання вивільнення протективних вазоактивних нейропептиди. Перший ліцензований ІНРА сакубітріл-валсартан був оцінений в дослідженні PARADIGM-HF.<sup>9</sup> Симптоматичні пацієнти з ФВ ЛШ<40% на тлі базисної терапії (такі як діуретики, ІАПФ, ББ та АМР) були рекрутовані та рандомізовані до сакубітріл-валсартан або еналаприл по 20 мг двічі щодня. Дослідження було припинено достроково через значне зниження серцево-судинної смертності і госпіталізації в групі ІНРА. Сакубітріл-валсартан був схвалений NICE для використання в національній системі охорони здоров'я, але його використання наразі може бути ініційоване тільки фахівцями.

## ВИСНОВОК

Загальна практика відіграє ключову роль у визначенні, дослідженні (діагностиці), веденні пацієнтів з СН. Лікарі загальної практики і вузькі фахівці разом повинні забезпечити персоналізований догляд і лікування, яке оптимізує кількість і якість життя хворих з СН. Європейське товариство з первинної медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях представило докладну інформацію і практичні поради щодо діагностики серцевої недостатності і менеджменту хворих, які доступні на [erccs.eu](http://erccs.eu).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res* 2013; 113(6): 646–659.
2. Taylor CJ, Roalfe AK, Iles R, et al. Primary care REFerral for Echocardiogram (REFER) in heart failure: diagnostic accuracy study. *Br J Gen Pract* 2017; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X688393>.
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37(27): 2129–2200.
4. Paulus WJ, van Ballegoij JJ. Treatment of heart failure with normal ejection fraction: an inconvenient truth! *J Am Coll Cardiol* 2010; 55(6): 526–537.
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380(9836): 37–43.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic heart failure: management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. CG108. London: NICE, 2010.  
<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/861/NICE%20Guidelines%20-%20Chronic%20Heart%20Failure.pdf> (accessed 17 May 2017).
7. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37 (27): 2129–2200.  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921/2016-ESC-Guidelines-for-the-diagnosis-and> (accessed 9 Jun 2017).
8. Penicka M, Vanderheyden M, Bartunek J. Diagnosis of heart failure with preserved ejection fraction: role of clinical Doppler echocardiography. *Heart* 2014; 100(1): 68–76.
9. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371(11): 993–1004.