**кардиология**

**УДК: 616.12**

**ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**сагеев С.С., КРАВЧЕНКО н.П.**

**ГККП "Сельская больница" с.Каргалы, Жамбылский район,**

**ГКП на ПХВ «Районная поликлиника» с.Узынагаш, Жамбылский район, Алматинская область**

Идея профилактики, то есть предупреждения заболеваний и отдельных патологических состояний, ясна сама по себе. Однако претворение этой простой истины в практику оказывается далеко не легким делом [1]. Вопросы профилактики интенсивно изучают на протяжении многих лет. «Будущее принадлежит медицине профилактической», - так великий Н.И. Пирогов в прошлом веке определял путь дальнейшего развития клинической медицины. Считают также, что болезнь предупредить легче, чем лечить. При этом финансово-экономические затраты на профилактическую медицину меньше, чем на лечебную. В связи с удовлетворительными результатами лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и неблагоприятным прогнозом важное значение имеет профилактика развития этого синдрома у больных с различными заболеваниями и поражениями сердечнососудистой системы.

Профилактика развития ХСН у больных с сердечнососудистой патологией неотделима от профилактики самих заболеваний и их осложнений: инфаркта миокарда, мозгового инсульта, нарушений сердечного ритма. В этом плане профилактику ХСН следует рассматривать как одно из звеньев предупреждения развития хронически протекающих неинфекционных заболеваний, которые доминируют в формировании показателей смертности населения в Украине [2].

Профилактика ХСН должна быть комплексной, многогранной, многоэтапной и включать следующие мероприятия: соблюдение здорового образа жизни, искоренение вредных привычек; борьба с заболеваниями сердечнососудистой системы с помощью немедикаментозных и фармакологических средств; раннее выявление систолической и диастолической дисфункции миокарда и их коррекцию; своевременную и адекватную коррекцию нарушений активности систем нейрогуморальной регуляции; своевременное лечение нарушений ритма сердца, сопутствующих заболеваний, обменных нарушений, в том числе ожирения.

Учитывая характер наиболее частых этиологических факторов ХСН, следует иметь в виду, что профилактика должна быть направлена в первую очередь на предотвращение развития и прогрессирующего течения ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), раннюю диагностику и хирургическую коррекцию приобретенных и врожденных пороков сердца, диагностику кардиомиопатий и др.

 **Цель исследования** - изучение принципов, методов и основных положений профилактики ХСН при патологии органов кровообращения.

**Материалы и методы исследования.** Наблюдения проводились (результаты клинических и параклинических исследований) за 120 больными с патологией сердечнососудистой системы (ИБС, АГ, приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии и др.) на разных этапах их течения в отношении вторичной профилактики ХСН позволили определить важность не только лечебных, но и профилактических мероприятий. При этом важно определить профилактические мероприятия у конкретных больных, их характер, время проведения, целенаправленность.

 **Результаты исследования и их обсуждение.** Говоря о профилактике заболеваний сердечнососудистой системы как об основе профилактики ХСН, неизбежно приходим к обобщающей широкой и многогранной проблеме борьбы за укрепление здоровья людей. При этом известно, что наиболее эффективным направлением в укреплении здоровья населения является первичная профилактика: система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер по предотвращению заболеваний, устранению условий их возникновения и развития. В этом же плане придается значение методам воздействия на факторы риска заболеваний.

Обычно первичную профилактику называют гигиенической, имея в виду использование тех или иных гигиенических мероприятий в популяции населения. Вторичную профилактику называют клинической [3]. В связи с этим профилактику ХСН чаще приходится обозначать как вторичную, связанную с лечением первичного патологического процесса – заболеваний сердечнососудистой системы. Вместе с тем для профилактики ХСН важна также борьба с факторами ее риска, особенно такими, как физическое или психоэмоциональное перенапряжение, ожирение. Вторичная профилактика основывается на раннем выявлении и раннем начале лечения больных с ХСН с использованием наиболее эффективных фармакологических препаратов, способствующих улучшению выживаемости больных с заболеваниями сердечнососудистой системы.

Основные направления профилактики сердечнососудистых заболеваний и ХСН при них включают устранение наиболее распространенных причин этих заболеваний, распознавание их ранних стадий, вторичную профилактику. В связи с этим представляется актуальным выявление модифицирующих факторов, влияющих на риск сердечнососудистых заболеваний и осложнений, а также летальность. Без этих мероприятий невозможна профилактика ХСН. В этом плане считают целесообразным борьбу с такими факторами риска, как АГ, курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, преждевременное старение.

Одним из основных направлений стратегии массовой первичной и вторичной профилактики заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений, в том числе ХСН, становится интегрированный подход не только к их предупреждению, но и снижению инвалидности и смертности от них. Именно интегральная программа профилактики предусматривает обеспечение комплексного воздействия на ведущие факторы риска заболеваний аппарата кровообращения и их осложнений.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по предупреждению сердечнососудистых заболеваний [4] сформулированы основные задачи профилактики у больных с заболеваниями сердечнососудистой системы и лиц высокого риска: отказ от курения и злоупотребления алкоголем, соблюдение рационального питания, адекватная физическая активность, снижение индекса массы тела менее 25 кг/м2, снижение уровня артериального давления (АД) менее 140/90 мм рт.ст., а в отдельных группах с высоким риском – менее 130/80 мм рт.ст., строгий контроль гликемии у больных сахарным диабетом. Последнее связано с тем, что сахарный диабет с его тяжелыми последствиями не только часто осложняет течение ИБС, АГ и другие заболевания сердечнососудистой системы, но и является фактором риска развития ХСН и составной частью «смертельного квартета» - метаболического синдрома. В этом плане раннее выявление сахарного диабета ІІ типа, адекватная оценка телосложения, наличие ожирения на фоне АГ могут служить мерами профилактики ХСН при метаболическом синдроме.

Приоритетными для профилактики заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений в клинической практике являются:

1) больные с установленными заболеваниями сердечнососудистой системы, заболеваниями периферических артерий или церебральным атеросклерозом;

2) бессимптомные больные, имеющие высокий риск развития атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания с учетом того, что:

* множественные факторы риска составляют 10-летний риск > 5% и соответствуют развитию фатального сердечнососудистого события,
* уровни отдельных факторов риска (общий холестерин выше
8 ммоль/л (320 мг/дл), холестерин липопротеинов низкой плотности > 6 ммоль/л (240 мг/дл), АД > 180/110 мм рт.ст.) требуют обязательной медицинской коррекции,
* значимым является наличие сахарного диабета ІІ или І типа с микроальбуминурией;

3) ближайшие родственники больных с ранним началом атеросклеротических заболеваний сердечнососудистой системы, среди них – бессимптомные лица с высоким риском.

Высокий риск заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений имеют также лица с метаболическим синдромом. Основными методами воздействия на метаболический синдром являются изменение стиля жизни, снижение массы тела, повышение физической активности. Специальная медикаментозная терапия требуется при АГ, дислипидемии и гипергликемии. Профилактика ожирения важна и для предупреждения развития метаболического синдрома, при котором часто развивается ХСН. Важно учитывать, что профилактику ожирения надо начинать с раннего детства, особенно при искусственном вскармливании ребенка [5]. Особое внимание необходимо уделять лицам, относящимся к группам риска по ожирению и сахарному диабету, включая «неблагоприятные» по ожирению семьи, у людей сидячих профессий, работников общественного питания [6].

В группу риска по сахарному диабету входят, кроме лиц, страдающих ожирением, родственники больных сахарным диабетом в связи с большей степенью родства и большим числом родственников по линии отца и матери, страдающих сахарным диабетом, а также женщины, родившие крупный плод и с различной патологией беременности, лица с разнообразной патологией эндокринной системы. Эти сведения важны не только для первичной профилактики ожирения и сахарного диабета у здоровых лиц, но и для людей, страдающих АГ и ИБС. Вероятно, в эти группы необходимо включать и лиц-носителей антигена гистосовместимости HLA (B8, BW15, BW18, DW3), которые чаще встречаются при сахарном диабете.

Безусловно, и для первичной, и для вторичной профилактики ожирения и сахарного диабета необходимо соблюдение режима питания, качества и количества потребляемых пищевых ингредиентов, их калоража.

Профилактика метаболического синдрома как важнейшей причины ХСН также имеет важное клиническое значение. При этом она направлена на ликвидацию инсулинорезистентности как важного проявления этого синдрома, нормализацию обмена веществ. Этого можно достичь благодаря соблюдению здорового образа жизни, рационального питания, использования лечебных мероприятий. Проведенные в этом плане на 13 167 людях, которые не болели сахарным диабетом, исследования показали, что уровень инсулина натощак коррелирует с калорийностью пищи и зависит от состава пищевых компонентов. Субкалорийная диета и нагрузки способствуют повышению толерантности к глюкозе, снижению уровней инсулина, холестерина и триглицеридов в плазме крови, существенному снижению систолического и диастолического АД. У людей с абдоминальным ожирением увеличивается степень инсулинорезистентности. При значительном употреблении клетчатки улучшается чувствительность тканей к инсулину, снижается риск гипертриглицеридемии [7].

Высокая распространенность среди населения факторов риска заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений (курение, ожирение, гиподинамия, нарушение липидного обмена и др.) требует активного профилактического вмешательства (в целом предупреждения ИБС, АГ, кардиомиопатий, дистрофии миокарда и других заболеваний сердечно-сосудистой системы). Именно в этом плане залогом успеха может быть раннее выявление факторов риска и раннее профилактическое воздействие на них.

Важное значение для профилактики ХСН имеет лечение и предупреждение фибрилляции (мерцания) предсердий и других нарушений сердечного ритма. Известно, что как только у больных возникает предсердная фибрилляция (пароксизмы мерцания), она быстро приводит к нарастанию тяжести сердечной недостаточности, особенно в связи с неконтролируемым возрастанием частоты сердечных сокращений. Это связано с тем, что тахикардия приводит к укорочению времени диастолического наполнения желудочков и периода питания миокарда. Существенное значение при этом в развитии сердечной недостаточности придается отсутствию вклада сокращения предсердий в наполнение желудочков и высокой степени нерегулярности ритма желудочков. В связи с этим восстановление синусового ритма может служить важным профилактическим мероприятием в отношении развития сердечной недостаточности. Поскольку она часто затрудняет сохранение синусового ритма, поэтому должно предшествовать проведение кардиоверсии. Кроме того, важно учитывать, что длительность нарушений сердечного ритма существенно усиливает те изменения в тканях миокарда, которые при них возникают и которые в то же время могут усугублять дисфункцию миокарда. В связи с этим считают, что любая задержка в коррекции сердечного ритма является нежелательной [8].

Результаты отдельных исследований свидетельствуют о том, что использование ингибиторов АПФ, начатое перед проведением кардиоверсии у больных хронической фибрилляцией предсердий, может заметно способствовать поддержанию синусового ритма. Кроме того, адренергическая инактивация снижает частоту аритмогенных преждевременных возбуждений предсердий и может приводить к удлинению рефрактерного периода. В этом аспекте блокаторы бета-адренергических рецепторов и кордарон оказывают аналогичное положительное действие на больных с патологией сердечнососудистой системы. Особое значение имеет использование блокаторов бета-адренергических рецепторов для больных с ИБС, у которых эти препараты могут служить одновременно и для воздействия на ишемию миокарда, и для профилактики нарушений сердечного ритма. Эти же обе стороны действия блокаторов бета-адренергических рецепторов могут служить важным профилактическим мероприятием в отношении развития сердечной недостаточности у этих больных.

Поддержанию синусового ритма может способствовать хирургическое вмешательство на предсердии (особенно левом), проведенное одновременно, например, с замещением митрального клапана у больных с митральным пороком сердца (клапанной болезнью сердца).

Если не удается добиться восстановления синусового ритма, то для предупреждения дальнейшего ухудшения функционального состояния сердца и развития кардиомиопатии вследствие тахиаритмии обязательным является контроль за адекватной частотой сокращений сердца.

В профилактике нарушений сердечного ритма придают значение лекарственным травам: горицвету, цветам боярышника, материнке, мелиссе, корню валерианы, вербене [9].

Важное значение в предупреждении развития ХСН у больных с сердечнососудистыми заболеваниями имеют раннее выявление и адекватное лечение присоединившихся инфекционных заболеваний (катар верхних дыхательных путей, грипп, обострение хронического тонзиллита). В этом плане важно учитывать, что при хроническом тонзиллите возникают поражения сердца в виде функциональных нарушений и дистрофии миокарда. В свою очередь, будучи субстратом многих некронарогенных поражений сердца, а также сами по себе, они могут приводить в будущем к сердечной недостаточности. При этом важную роль приобретают активация симпатико-адреналовой системы, патогенные стафилококки, стрептококки [10]. В связи с этим умелое лечение больных с хроническим тонзиллитом может служить мерой профилактики ХСН у кардиологических больных.

Профилактику ХСН следует проводить не только с точки зрения ее этиологии, но и с точки зрения ее патогенеза («патогенетическая профилактика»). В этом плане мы хотим подчеркнуть значение активации ряда систем нейрогуморальной регуляции. Не следует забывать, что первоначальное включение нейрогуморальных регуляторных систем, особенно вазоконстрикторных, антидиуретических и антинатрийуретических, имеет адаптационно-компенсаторное значение и направлено на поддержание гемодинамики и сосудистого тонуса, объема циркулирующей крови. При этом поддержание активности названных регуляторных систем может способствовать сохранению адекватного состояния процессов гемодинамики и метаболизма на должном уровне [1]. Вопросы дальнейших изменений активности регуляторных систем и их коррекции освещены достаточно подробно. Мы хотим лишь заметить, что своевременное и адекватное назначение ингибиторов АПФ, антагонистов рецепторов ангиотензина ІІ, блокаторов бета-адренергических рецепторов, антагонистов кальция (амлодипина) может способствовать лечению не только ИБС и АГ, но и оказывать воздействие на развивающуюся дисфункцию миокарда, скрытую или маловыраженную ХСН.

Кроме коррекции состояния нейрогуморальных механизмов развития ХСН, в целях ее профилактики мы хотим обратить внимание на коррекцию состояния эндотелия у больных с патологией сердечнососудистой системы [3]. Здесь мы имеем в виду наличие эндотелиальной дисфункции у больных с АГ или ИБС, другой патологии без ХСН.

Одним из действенных направлений профилактики, способным привести к изменению поведения здоровых и больных людей с патологией сердечнососудистой системы, является санитарное просвещение населения. Работа по повышению знаний о факторах риска, их влияния на состояние здоровья, в том числе и на возникновение и развитие ХСН, входит необходимым компонентом в программу интегральной профилактики названной патологии.

 Таким образом, на основании результатов собственных наблюдений за больными с заболеваниями сердечнососудистой системы и современных положений о профилактике ХСН в рамках профилактических мероприятий в отношении предупреждения развития патологии кровообращения можно отметить, что своевременная коррекция факторов риска названных заболеваний может давать положительные результаты. Залогом успеха в этом аспекте могут служить раннее выявления факторов риска развития заболеваний сердечнососудистой системы и адекватная их диагностика.

**Список литературы:**

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН // Журнал Сердечная Недостаточность.- 2010. - №4 (6). – С.276— 297.

2. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В. Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) // Журнал Сердечная недостаточность. – 2004. - №5 (1). – С.4—7.

3. Арутюнов Г. П., Костюкевич О.И., Рылова Н.В. Питание больных с ХСН: проблемы нутритивной поддержки (решенные и нерешенные аспекты) // Тер. Архив. – 2003. - №75 (8). – С.88-92.

5. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии.- М.: ГЭОТАР -Медиа. 2006. - 432 с.

6. [Winkelmann BR](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Winkelmann%20BR%22%5BAuthor%5D). American Heart Association scientific sessions // [Expert Opin Investig Drugs.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15102593) 2004 Apr;13(4):435-45.

7. [Yao QH](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Yao%20QH%22%5BAuthor%5D), [Cui CC](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Cui%20CC%22%5BAuthor%5D), [Sun S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Sun%20S%22%5BAuthor%5D). Recent progress on cardiac contractility modulation strategy in the treatment of chronic heart failure// [Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22336512) 2011 Dec;39(12):1157-9.

8. [Savarese G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Savarese%20G%22%5BAuthor%5D), [Losco T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Losco%20T%22%5BAuthor%5D), [Parente A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Parente%20A%22%5BAuthor%5D), [Musella F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Musella%20F%22%5BAuthor%5D), [Pirozzi E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Pirozzi%20E%22%5BAuthor%5D), [Mosca S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Mosca%20S%22%5BAuthor%5D), [Casaretti L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Casaretti%20L%22%5BAuthor%5D), [Formisano R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Formisano%20R%22%5BAuthor%5D), [Conte S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Conte%20S%22%5BAuthor%5D), [Bologna A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Bologna%20A%22%5BAuthor%5D), [Mattiello G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Mattiello%20G%22%5BAuthor%5D), [Perrone-Filardi P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Perrone-Filardi%20P%22%5BAuthor%5D). Clinical applications of MIBG SPECT in chronic heart failure // [G Ital Cardiol (Rome).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22322548) 2012 Feb;13(2):91-7.

9. [Weinbrenner S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Weinbrenner%20S%22%5BAuthor%5D), [Langer T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Langer%20T%22%5BAuthor%5D), [Scherer M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Scherer%20M%22%5BAuthor%5D), [Störk S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22St%C3%B6rk%20S%22%5BAuthor%5D), [Ertl G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Ertl%20G%22%5BAuthor%5D), [Muth Ch](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Muth%20Ch%22%5BAuthor%5D), [Hoppe UC](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Hoppe%20UC%22%5BAuthor%5D), [Kopp I](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Kopp%20I%22%5BAuthor%5D), [Ollenschläger G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Ollenschl%C3%A4ger%20G%22%5BAuthor%5D) The German National Disease Management Guideline "Chronic Heart Failure"]. // [Dtsch Med Wochenschr.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22278695) 2012 Feb;137(5):219-27.

10. [Simel DL](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Simel%20DL%22%5BAuthor%5D). NICE guideline for management of chronic heart failure in adults // [Ann Intern Med.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22213506) 2012 Jan 3;156(1 Pt 1):69-70

**РЕЗЮМЕ**

**ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**САГЕЕВ С.С.**

В работе представлены принципы, методы и основные положения профилактики хронической сердечной недостаточности при патологии органов кровообращения. На основании результатов собственных наблюдений за больными с заболеваниями сердечнососудистой системы и современных положений о профилактике хронической сердечной недостаточности в рамках профилактических мероприятий в отношении предупреждения развития патологии кровообращения можно отметить, что своевременная коррекция факторов риска названных заболеваний может давать положительные результаты. Залогом успеха в этом аспекте могут служить раннее выявления факторов риска развития заболеваний сердечнососудистой системы и адекватная их диагностика.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, профилактика, сердечнососудистые заболевания, факторы риска

**SUMMARY**

**QUESTIONS OF SECONDARY PREVENTION AT THE CHRONIC HEART FAILURE**

**SAGEEV S. S.**

In work principles, methods and basic provisions of prevention of chronic heart failure are presented at pathology of bodies of blood circulation. On the basis of results of own supervision over patients with diseases of cardiovascular system and modern regulations on prevention of chronic heart failure within preventive actions concerning the prevention of development of pathology of blood circulation it is possible to note that timely correction of risk factors of the called diseases can yield positive results. As the key to success detection of risk factors of development of diseases of cardiovascular system can serve in this aspect and their adequate diagnostics early.

**Keywords:** chronic heart failure, preventive, cardiovascular diseases, risk facrors

**ТҰЖЫРЫМ**

**СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК МҮКIСIНIҢ ЕКIНШI ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ СҰРАҚТАРЫ**

**САГЕЕВ С.С.**

Жұмыста қағидалар елестеткен, әдiс және қан айналу мүшелерiнiң патологиясының жанында созылмалы жүрек мүкiсiнiң профилактиканың басты ережесi. Жүрек қолқа жүйесi және созылмалы жүрек мүкiсiнiң қазiргi профилактика туралы ережелерiнiң аурулары бар ауруларына нәтижелер негiзiнде меншiктi бақылауларының профилактикалық шаралардың қан айналуды патологияның дамытуын ескертудi қатынасында шеңберiндесi аталған аурулардың белгiнiң факторларының дер кезiнде коррекциясы оң нәтиже бере алатынын атап өтуге болады. Тұрғы бұл жетiстiктiң кепiлдiгiмен жүрек қолқа жүйесiнiң ауруларын дамытуды белгiнiң факторларының ерте анықталулары және бiрдей олардың диагностикасы қызмет көрсете алады.

**Негiзгi сөздер:** созылмалы жүрек мүкiсi, фактор, жүрек қолқа аурулары, профилактика