

КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н.В. Педан, И.Г.Кравченко

ГУ "Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины"

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является исходом и осложнением многих сердечно-сосудистых заболеваний и характеризуется прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. Однако, существуют категории пациентов, у которых воздействие на предполагаемый этиологический фактор ХСН может способствовать улучшению прогноза больного, вплоть до устранения ХСН как таковой [1]. Например, при проведении протезирования клапанов при органических клапанных пороках, перикардэктомии при констриктивном поражении, реваскуляризации у больных с ишемической болезнью сердца, восстановлении синусового ритма у больных с тахикардиями, постановке кардиостимулятора при развитии брадикардий и/или блокад сердца. Однако несвоевременное применение у этой категории больных или неприменение этиотропного лечения может негативно влиять на течение заболевания.

Усугублять течение ХСН и приводить к развитию декомпенсации также может неадекватная или несвоевременная терапия сопутствующих заболеваний. Например, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, клапанные пороки сердца. Определенный вклад в развитие дестабилизации клинического состояния и прогрессирование ХСН могут вносить нарушения функции почек, декомпенсированный сахарный диабет, анемия, хронические обструктивные заболевания легких, гиперурикемия, депрессия, беременность [5,11].

Несмотря на значительные достижения в лечении ХСН, ее распространенность продолжает неуклонно расти, достигая в общей популяции 1,5-2,0%, а среди лиц старше 65 лет - 6-10%. Одно-, двух- и пятилетняя выживаемость больных с ХСН,

по результатам Роттердамского исследования, составила 89, 79 и 59% соответственно [1,14,15,16,17].

Современные принципы терапии ХСН требуют раннего, постоянного, патогенетически обоснованного лечения [1,2,3,7].

Целями лечения ХСН являются: предотвращение развития симптомов ХСН (для I функционального класса (ФК) ХСН); устранение симптомов ХСН (для IIА-III ФК); замедление прогрессирования болезни путем защиты органов-мишеней (сердце, мозг, почки, сосуды) (для стадий I-IV ФК); улучшение качества жизни (для IIА-III-IV ФК); уменьшение госпитализаций (для I-IV ФК); улучшение прогноза (для стадий I-IV ФК) [4,18].

Для достижения поставленных целей при лечении ХСН существует несколько взаимосвязанных направлений: диета; режим физической активности; психологическая реабилитация; медикаментозная терапия; электрофизиологические методы терапии, с том числе санаторно-курортное лечение; хирургические методы лечения [6,9]. Лучшим методом профилактики ХСН является изменение образа жизни, уменьшающее уровень риска развития заболеваний сердца.

Диета больных ХСН должна быть полноценной, легко усвояемой, богатой белками, витаминами, калием. При хронической недостаточности кровообращения издавна назначалась диета с ограничением воды и соли (столы № 10 и 10а - по М.И.Певзнеру), хотя ряд авторов считают, что данная диета не отвечает современным требованиям. Ей следует предпочесть диету № 5, желателен обогатенную фруктами, творогом со сметаной. При склонности к задержке жидкости и при артериальной гипертензии показано умеренное ограничение поваренной соли. При массивных отеках может быть назначена кратковременная строгая бессолевая диета. Длительное (более 1 - недели) применение диеты № 10, особенно в сочетании с мочегонной терапией, может привести к опасному солевому истощению. Итак, больным ХСН необходимо соблюдать диету с ограничением: - соли (менее 1 ч.л.) и жидкости (менее 1 л), экстрактивных возбуждающих веществ (соленья, маринады, копчености, консервы, крепкие бульоны), продуктов, вызывающих метеоризм (бобы, черный хлеб, газированные напитки, капуста), животных жиров (сливочное масло, жирное мясо, кол-

басные изделия), холестерина (яичный желток, субпродукты); а также обогащенную: растительными маслами (подсолнечное, кукурузное, оливковое, соевое), легкоусвояемым белком (мясные, рыбные блюда лучше измельчить и готовить на воде или пару), витаминами группы В, С, РР (отвар шиповника, черноплодная рябина, облепиха, смородина, цитрусовые и др.), солями калия, магния (курага, чернослив, печеный картофель), кальция (творог) и фосфора (рыба). Эффективны разгрузочные дни, в течение которых употребляется однообразная, легко усвояемая, бедная хлоридом натрия пища. Особенно показаны разгрузочные дни (1 раз в 7 дней) больным с выраженными признаками ХСН (III-IV ФК) и при избыточной массе тела, для более быстрого достижения эффекта от лечения (рисовые, яблочно-рисовые, кефирные, творожные, арбузные и т. д.) [10].

Обязательным условием лечения ХСН является избавление от избыточного веса, отказ от курения, занятия дыхательной гимнастикой, соблюдение режима дня, полноценный сон.

Наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе, недавно перенесенный сердечный приступ, ХСН, перенесенная ангиопластика или операция на сердце, аритмии или имплантированные устройства (водитель ритма или дефибриллятор) не являются противопоказанием для физических упражнений. Активный двигательный режим тренирует сердечно-сосудистую систему, повышает ее способность к адаптации и сократительную функцию миокарда. Не следует забывать, что физические нагрузки должны быть дозированными и подбираться с учетом индивидуальных особенностей пациента. В случае легкой или умеренной ХСН полезна умеренно дозированная, регулярная динамическая физическая нагрузка до появления легкой одышки или усталости. В стабильном компенсированном состоянии обычно рекомендуют динамическую нагрузку (ходьба) 3-5 раз в неделю по 20-30 минут или езду на велосипеде по 20 минут до 5 раз в неделю до достижения ЧСС - 70-80% от максимальной возрастной нормы. Интенсивность физической нагрузки не должна превышать умеренный уровень, а длительность регулируется самочувствием больного. Нерегулярная физическая нагрузка не только не желательна, но и опасна. В более тяжелых стадиях ХСН

(III-IV ФК) физические нагрузки должны быть ограничены, периодически или постоянно назначается постельный режим. Регулярные физические упражнения помогут контролировать вес, артериальное давление и уровень подверженности стрессу [8,12,13].

Не менее важна психологическая реабилитация - необходимо противостоять стрессам, избегать конфликтных ситуаций, не создавать их, менять к ним отношение.

Простые правила - контролировать пульс, артериальное давление, следить за уровнем глюкозы (для больных сахарным диабетом) и холестерина в крови - не реже 1 раза в году определять показатели жирового обмена в крови, во время ликвидировать очаги инфекции в организме (ОРЗ, ангина, грипп, холецистит, панкреатит и т.д.), ограничить потребление алкоголя (не более 2 порций в день для мужчин и не более 1 порции в день для женщин) - помогут пациентам предотвратить прогрессирование ХСН.

Достаточное качество жизни включает в себя полноценную половую жизнь. Лучше избегать половых сношений, если пациент устал, сразу после еды или приема крепких напитков, а также, если слишком жарко, необходимо использовать позиции, которые требуют наименьшего физического напряжения. Женщинам с выраженной сердечной недостаточностью беременность нежелательна в связи с неблагоприятным прогнозом на дальнейшее течение заболевания. Для контрацепции можно использовать гормональные препараты третьего поколения, внутриматочную спираль, за исключением случаев ХСН, связанной с пороками сердца.

Своевременный и постоянный прием медикаментов (ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, мочегонных препаратов, при необходимости, сердечных гликозидов), назначенных врачом, способствует профилактике и лечению ХСН, в то же время бесконтрольное самолечение может осложнить состояние и отрицательно сказаться на состоянии здоровья [2,3,7].

Нередко к декомпенсации ХСН может приводить использование препаратов, применения которых следует избегать или опасаться у больных, особенно с систолической дисфункцией миокарда. К таким препаратам относятся [1,2]:

- нестероидные противовоспалительные препараты и коксибы (ибупрофен, напроксен натрия, целекоксиб, этодолак, ин-

дометацин, кетопрофен, набуметон, пироксикам, салсалат, сулиндак, высокие дозы аспирина);

- антиаритмические препараты (хинидин, дизопирамид, прокаиамид, флекаинид, соталол, пропafenон, дофетилид);

- антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем, с осторожностью - производные дигидропиридинов короткого действия);

- трициклические антидепрессанты;

- кортикостероиды;

- препараты лития;

- некоторые противодиабетические препараты (группы тиазидиндионов - розиглитазон (авандия), пиоглитазон (актос), метформина (глюкофаж);

- антациды или слабительные (препараты, содержащие натрий - Алька-Зельтцер, дуфалак);

- некоторые антибиотики, которые влияют на метаболизм дигоксина.

Санаторно-курортное лечение повышает устойчивость к физической нагрузке, улучшает периферическое кровообращение, облегчает работу левого желудочка сердца. Показан данный вид лечения больным с I, II А ФК ХСН.

Рекомендуются следующие климатические курорты: приморские (Новый Афон, Феодосия, южный берег Крыма, Гагра, Геленджик, Паланга, Кобудти), лесные равнинные (Карпаты, Славяногорск, Боровое, Сигулда), горные (Иссык-Куль - Чолпон-Ата).

Если возникает необходимость путешествий, то следует избегать сложных и далеких переездов, которые могут привести к увеличению физической нагрузки и ухудшению самочувствия. Не рекомендуются длинные перелеты (более 3-х часов), так как возможно усиление отеков ног, что увеличивает риск венозных тромбозов.

В заключении хотелось бы напомнить, что успех лечения любого заболевания, в том числе и ХСН, зависит от совместных усилий врача и больного.

Перспектива дальнейших исследований. Планируется представить дифференцированные схемы лечения хронической сердечной недостаточности в зависимости от фармакогенетических особенностей больных.

Литература

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

2. Бобров В.А. Хроническая сердечная недостаточность: алгоритм рациональной фармакотерапии / В.А. Бобров, И.В. Давыдова // Мистецтво лікування. - 2009. - № 5. - С.16-23.

3. Воронков Л.Г. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих / Л.Г. Воронков Л.Г. Воронков, К.М. Амосова [та ін.] // Український кардіологічний журнал. - 2009. - № 6. - С.81-105.

4. Воронков Л.Г. Стан якості життя хворих з хронічною серцевою недостатністю залежно від основних показників демографічних та клініко-інструментальних досліджень / Л.Г. Воронков, Л.П. Паращенко, Г.В. Яновський [та ін.] // Кровообіг та гемостаз. - 2008. - № 4. - С.52-56.

5. Васюк Ю.А. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Терапевтический архив. - 2007. - № 10. - С.54-60.

6. Ватутин Н.Т. Роль немедикаментозных методов и обучающих программ в амбулаторном ведении больных с хронической сердечной недостаточностью / Н.Т. Ватутин, Е.В. Ещенко, Н.В. Калинин, А.М. Салахова // Український кардіологічний журнал. - 2008. - № 4. - С.123-127.

7. Діагностика серцевої недостатності: рекомендації з діагностики та лікування гострої та хронічної недостатності Європейського товариства кардіологів, 2008 // Мистецтво лікування. - 2008. - № 8. - С.19-28.

8. Ефремушкн Г.Г. Физическая реабилитация в комплексном стационарном лечении больных с хронической сердечной недостаточностью / Г.Г. Ефремушкн, О.Н. Антропова, И.В. Осипова // Терапевтический архив. - 2003. - № 12. - С.50-54.

9. Ильницкий А.Н. Эффективность медицинской реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью / А.Н. Ильницкий // Кардиология. - 2003. - № 7. - С.84-85.

10. Кудаев М.Т. Возможности немедикаментозной реабилитации больных с хронической сердечной недостаточ-

ностью / М.Т. Кудяев, К.А. Масуев, С.Ш. Сулейманов // *Российский кардиологический журнал*. - 2006. - №1. - С.71-74.

11. Распространенность и структура анемий с хронической сердечной недостаточностью в терапевтическом стационаре / Д.А. Напалков, А.С. Панферов, А.В. Воронкина [и др.] // *Кардиология*. - 2009. - № 4. - С. 37-39.

12. Сыркин А.Л. Интервальные тренировки у больных с хронической сердечной недостаточностью / А.Л. Сыркин, М.Г. Полтавская, А.В. Свет [и др.] // *Кардиология*. - 2008. - № 7. - С.65-71.

13. Шкробко А. Физическая реабилитация больных с хронической сердечной недостаточностью / А.Шкробко, О. Некоркина // *Врач*. - 2008. - № 2. - С.34-36.

14. Low diastolic blood pressure and atherosclerosis in elderly subjects. The Rotterdam study / M.L. Bots, J.C. Witteman, A. Hoffman [e.a.] // *Arch. Intern. Med.* - 1996. - Vol.156. - P.843-8.

15. The EuroHeart Failure survey programme - a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe / J.G. Cleland, K. Swedberg, F. Follath [e.a.] // *Eur. Heart J.* - 2003. - Vol.24. - P. 442-75.

16. QTc dispersion predicts cardiac mortality in the elderly: the Rotterdam Study / M.C. De Bruyne, A.W. Hoes, J.A. Kors [e.a.] // *Circulation*. - 1998. - Vol.97. - P.467-472.

17. O'Callaghan P.A. Treatment of arrhythmias in heart failure / P.A. O'Callaghan, A.J. Camm // *Europ. J. Heart Failure*. - 1999. - Vol.1 (2). - P.133-137.

18. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text (update 2005) The Task Force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology (*European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehi205).

Резюме

Педан Н.В., Кравченко И.Г. Кардиореабилитация больных хронической сердечной недостаточностью.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является исходом и осложнением многих сердечно-сосудистых заболеваний и характеризуется прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. Современные принципы терапии ХСН требуют раннего, постоянного, патогенетически обоснованного лечения. Целями лечения ХСН являются: предотвращение развития симптомов ХСН; устранение симптомов ХСН; замедле-

Проблемы экологической та медицинской генетики і клінічної імунології

ние прогрессирования болезни путем защиты органов-мишеней; улучшение качества жизни; уменьшение госпитализаций; улучшение прогноза болезни. Для достижения поставленных целей при лечении ХСН существует несколько взаимосвязанных направлений: диета; режим физической активности; психологическая реабилитация, медикаментозная терапия; электрофизиологические методы терапии, с том числе санаторно-курортное лечение; хирургические методы лечения. Лучшим методом профилактики ХСН являются изменения образа жизни, уменьшающие уровень риска развития заболеваний сердца.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, профилактика, образ жизни, качество жизни.

Резюме

Педан Н.В., Кравченко И.Г. Кардиореабілітація хворих на хронічну серцеву недостатність.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є кінцем та ускладненням більшості серцево-судинних захворювань і характеризується прогресуючою течією та несприятливим прогнозом. Сучасні принципи терапії ХСН потребують раннього, постійного, патогенетично обґрунтованого лікування. Метою терапії ХСН є: запобігання розвитку симптомів ХСН; усунення симптомів ХСН; уповільнення прогресування захворювання шляхом захисту органів - мішеней; поліпшення якості життя; зменшення госпіталізацій; поліпшення прогнозу. Для досягнення мети при лікуванні ХСН існує кілька взаємозв'язаних напрямків: дієта; фізична активність; психологічна реабілітація; медикаментозна терапія; електрофізіологічні методи терапії, у тому числі санаторно-курортне лікування; хірургічні методи лікування. Найліпшим методом профілактики ХСН є зміна способу життя, яка зменшує рівень ризику розвитку захворювань серця.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, профілактика, спосіб життя, якість життя.

Summary

Pedan N.V., Kravchenko I.G. Cardiorehabilitation of the patients with chronic heart failure.

Chronic heart failure is the outcome and complication of many cardiovascular diseases characterized by progressive course and poor prognosis. Modern principles of heart failure therapy require an early, constant and pathogenetically based treatment. The main goals of CHF treatment are the prevention of heart failure symptoms development, the CHF symptoms elimination, the deceleration of the disease progression by protecting the target organs, the number of hospitalization decrease and improvement of quality of life and prognosis of the disease. There are several interrelated methods to achieve these goals: diet, physical activity, psychological rehabilitation, drug and electrophysiologic therapy, including a sanatorium and spa treatment, surgical treatment. One of the best method of heart failure prevention is a change of lifestyle, which reduce the risk of heart disease.

Key words: chronic heart failure, prevention, lifestyle, quality of life.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини