

# ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**А.А. Зарудский**, канд. мед. наук, **Е.А. Перуцкая**

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород

**E-mail:** zarudskyaa@mail.ru

**Описаны особенности пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью, отмечены возможности медсестры в улучшении ведения таких пациентов.**

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, сердечная недостаточность, возраст, декомпенсация.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – важнейшая проблема современной медицины. ХСН в мире страдают свыше 26 млн человек, что позволяет считать ее распространенность глобальной неинфекционной пандемией [1]. В России, по данным эпидемиологических исследований ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН, ХСН отмечается у 7,9 млн человек (7% населения). При этом клинически выраженная ХСН (II–IV ФК) имеет место у 4,5% населения (5,1 млн человек), терминальная ХСН (III–IV ФК) – у 2,1% (2,4 млн) [2].

В США ХСН наблюдается у 5,7 млн людей старше 20 лет (данные NHANES). У 2,4 млн пациентов стационаров сердечная недостаточность (СН) диагностирована как основное заболевание или осложнение и, наконец, ежегодно около 300 тыс. смертей непосредственно связаны с СН [3]. В странах Европы ХСН страдают около 1–2% населения. Ученые разных стран сходятся во мнении, что в ближайшее время число больных с ХСН продолжит неуклонно нарастать [1–4].

С каждым годом численность лиц старше 65 лет с ХСН возрастает [5], что связано с постарением населения, совершенствованием методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний и ХСН в частности. При этом смертность больных с ХСН остается высокой [1].

Говоря о грамотном ведении пациентов с ХСН, следует подчеркнуть важность предупреждения эпизодов ее декомпенсации. Пациенты с ХСН погибают преимущественно по 3 причинам: из-за нарушения сердечного ритма (внезапная смерть); прогрессирования СН; так называемой некардиальной смерти, часто непосредственно связанной с основной патологией (например, пневмония у паци-

ента с тяжелой ХСН; смерть как осложнение преходящего нарушения ритма или артериальной гипотензии). Эпизод декомпенсации, способствуя прогрессированию СН как таковой, существенно активизирует адренергические механизмы, приводя к значительному повышению вероятности, в том числе, и аритмической смерти. Несмотря на все достижения в лечении СН, прогноз при острой СН плохой: внутриспитальная летальность составляет 4–7%, летальность в период от 2 до 3 мес после эпизода декомпенсации – еще 7–11%. При этом 1/3 выписанных пациентов нуждаются в повторной госпитализации [6].

Доказан так называемый «отсроченный» эффект подобного эпизода: повышение риска смерти. Любая декомпенсация ХСН ведет к дополнительному нарушению работы сердца и почек, повторные эпизоды обострения ХСН значительно отягощают прогноз. Смертность пациентов с ХСН находится в прямой зависимости от числа госпитализаций в связи с ее декомпенсацией. Более того, именно декомпенсация ХСН является причиной 70% случаев развития острой СН (лишь 30% приходится на впервые возникшую СН – СН *de novo*). Поэтому предотвращение эпизодов декомпенсации – одна из важнейших задач лечения больных с ХСН [7].

Особенно актуальна проблема ХСН у пациентов старших возрастных групп [1–4]. В Северной Америке и Европе более 80% больных ХСН старше 65 лет [1]. Распространенность ХСН с возрастом увеличивается и в РФ: 0,3% у 20–29-летних людей; до 65% в возрастной группе 60–80 лет и до 70% – у лиц старше 90 лет [2]. То есть подавляющее большинство больных с СН – пациенты пожилого и старческого возраста, для которых характерны особенности, непосредственно связанные с возрастом: когнитивные нарушения, выраженная полиморбидность и т.п.

ХСН заметно усиливает эти особенности. Так, она значительно ограничивает подвижность, что связано с развитием симптомов СН (одышка, отеки, повышенная утомляемость, снижение переносимости физических нагрузок). Кроме того, ХСН обу-

словливает гипоперфузию органов и тканей, в том числе мышц и головного мозга. Снижение активности и гипоперфузия мышц приводят к снижению подвижности и мышечной массы, что, в свою очередь, часто вызывает снижение мышечной силы. Значительное ограничение мышечных возможностей в сочетании с утомляемостью ведет к выраженному ограничению повседневной активности, а церебральная гипоперфузия усиливает проявления старения (синдромы когнитивных нарушений, падений).

Возрастные изменения существенно влияют на течение ХСН. Снижение мышечных возможностей способствует развитию детренированности, делает невозможной реализацию физических нагрузок, профилактический эффект которых при ХСН доказан, а снижение физических возможностей может сопровождаться чрезмерной активацией симпатико-адреналовой системы. Негативный вклад в состояние пациентов вносят и когнитивные расстройства, препятствующие точному соблюдению без посторонней помощи врачебных рекомендаций по приему лекарственных препаратов.

Самый неблагоприятный вариант – сочетание старческой астении и ХСН. Под старческой астенией (*frailty*) понимают патологическую подверженность пациента любым стрессовым факторам. При этом прогноз даже в большей степени зависит от степени старческой астении по критериям Fried et al. или специально разработанным индексам старческой астении, чем от ФК ХСН по NYHA [10, 12].

Среди факторов, на которые может повлиять медсестра у таких пациентов, – следующие:

- тщательное соблюдение рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов;
- ограничение потребления поваренной соли и контроль за водным балансом;
- отказ от курения, потребления алкоголя;
- физические тренировки, индивидуально адаптированные к пациенту.

Первый из выделенных нами факторов – контроль за приемом назначенных препаратов. При малейшем сомнении в комплаентности, отсутствии ожидаемого ответа на прием препарата, надо обеспечить прием лекарств в присутствии медсестры. Наличие ХСН ускоряет развитие когнитивных расстройств, т.е. некомплаентность может быть связана не с нежеланием пациента принять таблетку, а с элементарной забывчивостью. Пациент иногда уверен, что принимает все препараты, и очень удивляется, если они обнаруживаются на тумбочке, кровати и т.п.

Следующий фактор – контроль приема поваренной соли и оценка водно-солевого баланса. Сомнения вызывает лишь необходимость жесточай-

шего ограничения потребления поваренной соли – менее 2,3 г/сут при условии, что больной получает большую дозу петлевых диуретиков. Однако практика показывает, что большинство пациентов получают с пищей никак не менее 3–5 г соли в день. В отечественных рекомендациях по ХСН 4-го пересмотра приводится следующее диетическое правило: при I ФК ХСН не употреблять соленой пищи; при II ФК – плюс к этому не досаливать пищу; при III ФК – в дополнение к вышесказанному потреблять продукты с уменьшенным содержанием соли и готовить еду без соли [2]. Отметим также, что у больных с диастолической ХСН (подавляющее большинство которых – пациенты с артериальной гипертензией) негативное действие соли дополняется ее гипертензивным эффектом.

Тщательное наблюдение за прикроватными тумбочками пациентов, разъяснение посещающим их лицам потенциального вреда поваренной соли и последующей задержки жидкости помогает избежать потребления пациентами солесодержащих продуктов. Для контроля выделительной функции почек проводится оценка водного баланса по принципу выпито/выделено. Медсестра должна объяснить пациенту, зачем нужен такой контроль, проследить за тщательностью выбора сосуда для анализа (необходимо знать или предварительно точно измерить его объем). Следует многократно обратить внимание пациента на важность полученных данных и возможность их неадекватной интерпретации при ошибке измерения, что, в свою очередь, повлияет на дозировку назначаемых препаратов (прежде всего – диуретиков). Если пациент самостоятельно не может оценить количество мочи, его задача сводится к ее сбору, а количество определяет медсестра через определенные промежутки времени. Оценить возможную задержку жидкости можно также, регулярно взвешивая пациента.

Говоря о необходимости отказа от вредных привычек, нельзя недооценивать роль медсестры в реализации этой меры. Во-первых, она сама должна демонстрировать соблюдение этого требования (по крайней мере – на работе); во-вторых, большое значение имеет даже беседа, обычный совет бросить курить. T.Y. Luo и соавт. проанализировали возможность отказа от курения вследствие медицинского консультирования на обычном терапевтическом приеме. Авторы выявили такую закономерность: чем больше возраст больного, тем легче добиться отказа от курения. Статистический анализ показывает, что пациенты старше 65 лет бросают курить после профилактической беседы в 2,3 раза чаще, чем люди более молодого возраста ( $p=0,004$ ). Значит, не следует пренебрегать профилактической работой с пациентами старше 65 лет. Приведение врачом, медсестрой убедительных

доводов в пользу отказа от курения может сыграть решающую роль.

Физические тренировки для некоторых пациентов невозможны без участия медсестер или младшего медицинского персонала. Речь идет о пациентах, у которых выражено нарушение равновесия и которым разрешены только прикроватные физические нагрузки. В обоих случаях роль медицинского персонала, его чуткие руки, добросердечное отношение невозможно переоценить. Физические упражнения, двигательная активность крайне необходимы для успешного ведения пожилых больных с ХСН.

### Литература

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия в XXI веке: достижения, проблемы, перспективы // Кардиология, 2013.
2. Мареев В.Ю. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (4-й пересмотр) // Сердечная недостаточность. – 2013; 14 (7; 81).
3. Поляков В.И., Аргвиани Л.Н., Коршун Е.И. Профилактика синдрома старческой астении при хрони-

ческой сердечной недостаточности // Врач. – 2014; 6: 68–70.

4. Luo T.Y. et al. Status quo and factors influencing smoking cessation in cigarette smoking patients with coronary artery disease // Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. – 2011; 39 (5): 406–9.

5. Mozaffarian D. et al. Heart disease and stroke statistics–2015 update: a report from the American Heart Association // Circulation. – 2015; 131 (4): 29–322.

6. Ponikowski P. et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide // ESC Heart Failure. 2014; 1 (1): 4–25.

7. Thomas F. Luscher Heart failure: the epidemic of the new century // European Heart J. – 2014; 35: 3389–9.

### A NURSE'S ROLE IN PREVENTING DECOMPENSATION WHEN MANAGING SENILE PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

A.V. Zarudsky, Cand. Med. Sci.; E.A. Perutskaya  
Saint Ioasaf Regional Clinical Hospital, Belgorod

**The paper highlights the characteristics of elderly and senile patients with chronic heart failure and notes nurses' abilities to improve the management of these patients.**

*Key words:* chronic heart failure, heart failure, age, decompensation.

## ХРОНИКА

### Борьба с сахарным диабетом



Актуальность проблемы сахарного диабета (СД), в частности необходимость снижения темпов роста заболеваемости, явилась темой состоявшейся в Москве в Международном мультимедийном пресс-центре МИА «Россия сегодня» пресс-конференции «Борьба с сахарным диабетом в России и в мире: профилактика, ранняя диагностика, эффективное лечение и лекарственное обеспечение». Мероприятие прошло в преддверии Всемирного дня здоровья.

В пресс-конференции приняли участие представители органов государственной власти РФ, экспертного сообщества, общественных организаций, российских компаний, за-

нимающихся производством инновационных противодиабетических препаратов (инсулинов).

Участники пресс-конференции обсудили необходимость улучшения ситуации с СД. Эта работа требует самого пристального внимания и контроля со стороны государственной власти и должна быть одним из приоритетных направлений ее деятельности. О вкладе органов власти Калужской области в развитие российской фармацевтической индустрии сообщил заместитель губернатора, руководитель представительства Калужской области при Правительстве РФ В. Потемкин: «Прошел уже год с открытия завода «Ново Нордиск» по производству современных инсулинов, и мы рады, что наш регион вносит значительный вклад в решение глобальной проблемы диабета». В. Потемкин отметил также, что создание фармацевтического кластера в Калужской области – перспективное направление развития как российской фармацевтической индустрии, так и самой области. Создание фармацевтического кластера решает 2 задачи: 1) на российском фармацевтическом рынке появляются качественные и доступные лекарства, а фармацевтический кластер Калужской области вошел в тройку лидеров по производству инновационных препаратов в России; 2) создается и развивается кадровый потенциал региона. Особое внимание В. Потемкин уделил теме обучения и трудоустройства молодых высококвалифицированных специалистов, потребность в которых будет неизменно расти.

Роли «Российской диабетической ассоциации» в деятельности по улучшению ситуации с СД в стране посвятил свое выступление А. Майоров – президент Ассоциации,

(Продолжение – на с. 30.)