

В.Г.ШИПУЛИН, Б.Д.МАХАНОВА, А.С.ЧУМБАЛОВА,
Г.Т. ТОКСАНБАЕВА, Ш.С. БАЗАРХАНОВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. ГКЦ Алматы

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ШКАЛЕ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ХСН

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является актуальной проблемой в кардиологии в связи с высокой распространенностью и смертностью. Для определения степени тяжести и этиологии ХСН во всех случаях показано инструментальное обследование. К числу инструментальных диагностических тестов, обязательных при обследовании больных ХСН, относятся: ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиографическое исследование. Однако, изменения при рентгенологическом обследовании органов грудной клетки, как и изменения ЭКГ и ЭхоКГ выявляются не всегда и неспецифичны, поэтому их интерпретация должна проводиться с учетом клинических проявлений заболевания.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, шкала ШОКС, систолическая и диастолическая дисфункция.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является актуальной проблемой в кардиологии в связи с высокой распространенностью, причём распространенность постоянно возрастает, что обусловлено: старением населения, улучшением диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе острого инфаркта миокарда (тромболизис, хирургическое лечение пороков и ИБС). В то же время в зависимости от степени выраженности смертность в течение года возрастает: при умеренной и среднетяжелой сердечной недостаточности она составляет — 20% (N.Engl. J. Med. 1986; 314:1547); при тяжелой сердечной недостаточности — 50% (N. Engl. J. Med. 1987; 316:1429). Смерть наступает в результате прогрессирования сердечной недостаточности или внезапно. Диагностика выраженной хронической СН с четко очерченными клиническими проявлениями обычно не представляет больших трудностей.

Данные физикального исследования, параметры гемодинамики и выраженность систолической дисфункции коррелируют между собой слабо. Компенсаторные изменения, возникающие в ответ на выраженное постоянное повышение давления в легочных капиллярах часто приводят к недооценке тяжести нарушений гемодинамики. Для определения степени тяжести и этиологии сердечной недостаточности во всех случаях показано инструментальное обследование. К числу инструментальных диагностических тестов, обязательных при обследовании больных ХСН, относятся: ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиографическое исследование.

Целью исследования явилось изучение оценки клинического состояния при ХСН по ШОКС и данных инструментального обследования у больных ИБС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 68 больных ИБС, находившихся на лечении в ГКЦ в возрасте от 47 до 72 лет (средний возраст 64,3±2,2), из них 32(47%) женщины и 36 (53%) мужчин. Больные поступали с диагнозом: ОКС, в последующем им был выставлен диагноз: прогрессирующая стенокардия, у 28(41,2%) больных в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, у 53(77,9%) больных были признаки ХСН. Оценка степени тяжести ХСН по клиническим критериям проводилась по ШОКС. Всем больным проводились общеклинические, биохимические и инструментальные исследования, в частности, ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенография органов грудной клетки.

Результаты и обсуждение. Используя шкалу оценки клинического состояния, у обследованных больных были выявлены признаки ХСН, соответствующие I ст. у 12 (22,6%); II ст. — у 34 больных (64,2%) и III ст. у 7 (13,2%). По ШОКС баллы соответствуют: 0 — баллов — полное отсутствие признаков ХСН; I ФК — до 3,5 баллов II ФК — 3,5-5,5 III ФК — 5,5 — 8,5 IV ФК — более 8,5.

Таблица 1 - Шкала оценки клинического состояния при ХСН – ШОКС

Клинические признаки	баллы			
	0	1	2	3
Одышка	нет	При нагрузке	В покое	
Изменился ли за последнюю неделю вес	нет	увеличился		
Жалобы на перебои в работе сердца	нет	есть		
В каком положении находится в постели	горизонтально	С приподнятым головным концом	С приподнятым головным концом + ночные приступы удушья	сидя
Набухшие шейные вены	нет	лежа	стоя	
Хрипы в легких	нет	Нижние отделы (до 1/3)	До лопаток (до 2/3)	Над всей поверхностью легких
Наличие ритма галопа	нет	есть		
печень	Не увеличена	До 5 см	Более 5 см	
отеки	нет	пастозность	отеки	анасарка
Уровень САД, мм рт. ст.	>120	100-120	<100	

Согласно литературным данным, половина больных с ХСН имеют явные признаки декомпенсации: среди них у половины диастолическая дисфункция ЛЖ, у второй половины снижение фракции сердечного выброса, у второй половины несмотря на снижение насосной функции явные признаки декомпенсации еще отсутствуют.

При рентгенографии грудной клетки были обнаружены: кардиомегалия (кардиоторакальный индекс > 50%) в 57 (83,8%) случаях, нечеткий прикорневой легочный рисунок, увеличение левого предсердия - в 33 (48,5%) двусторонний плевральный выпот в 2 (2,9%).

На ЭКГ патологический зубец Q, уменьшение амплитуды зубца R, указывающие на перенесенный инфаркт миокарда были в 33(48,5%). Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса и внутрисердечные нарушения проводимости отмечены в 21 (30,9%), частая желудочковая экстрасистолия в 51 (75% случаев), гипертрофия левого желудочка в 37(54,4%) случаях, подъем сегмента RS-T выше изолинии имел место в 22(32,3%), ишемическая депрессия сегмента RS-T ниже изолинии — в 16 (23,5%) случаях.

Эхокардиография в настоящее время является обязательным и основным методом диагностики ХСН. При проведении ЭхоКГ у наших больных выявлены: зоны акинезии, подтверждающие перенесенный инфаркт миокарда в 30(44,1%), зоны гипокинезии в 8 (11,8%) случаях, расширение левого желудочка и левого предсердия в 34 (50%), расширение всех камер сердца – в 19 (27,9%) случаях. Снижение ударного и минутного объема и фракции выброса отмечено в 49 (72%), возрастание КДД (давление наполнения) желудочков, увеличение КДО желудочка (миогенная дилатация) наблюдались в 51(75%) случаев. ЭхоКГ позволяет диагностировать дисфункцию сердечной мышцы и определить ее причину. Нарушение локальной сократимости в наших наблюдениях выявлено в 44,1%, тогда как инфаркт миокарда в анамнезе отмечали 41,2%, а рубцовые изменения на ЭКГ обнаружены в 48,5%. Причинами локальных нарушений сократимости ЛЖ, помимо острого ИМ, могут быть: постинфарктный кардиосклероз (после перенесенного в прошлом ИМ); преходящая болевая или безболевая ишемия миокарда ЛЖ, в том числе у больных с хроническими формами ИБС; гипертрофический и “оглушенный” миокард; дилатационная кардиомиопатия (ДКМП); гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) и др. ЭхоКГ позволяет оценить не только функциональную целостность клапанов, размеры камер сердца, гипертрофию сердечной мышцы, но и систолическую и диастолическую функцию, региональную сократимость левого желудочка. Выявленные признаки ХСН по ШОКС нашли подтверждение по результатам ЭхоКГ.

Многообразие причин сердечной недостаточности объясняет существование различных клинических и патофизиологических форм этого патологического синдрома, при каждой из которых преобладает преимущественное поражение тех или иных отделов сердца и действие различных механизмов компенсации и декомпенсации. В большинстве случаев (около 70–75%) речь идет о преимущественном нарушении систолической функции сердца, которая определяется степенью укорочения сердечной мышцы и величиной сердечного выброса

Примерно в 25–30% случаев в основе развития СН лежат нарушения диастолической функции желудочков. Диастолическая дисфункция желудочков нередко сочетается с систолической дисфункцией, например, при ИБС или АГ. В этих случаях ухудшение диастолического наполнения обусловлено как увеличением ригидности сердечной мышцы (длительная ишемия миокарда, фиброз, гипертрофия), так и нарушением процессов активного расслабления. Иными словами, диастолическая дисфункция желудочков может сопровождаться клиническими признаками ХСН при нормальной сократимости миокарда и сохраненном сердечном выбросе.

Таким образом, результаты эхокардиографического исследования всегда следует оценивать, тщательно сопоставляя с клинической картиной заболевания и данными других инструментальных методов исследования.

Смерть при ХСН может быть внезапной, предположительно из-за желудочковых тахикардий. Возможны брадиаритмии и АВ-блокада, в связи с чем необходимо проведение ЭКГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 С.Н. Терещенко, Н.Л. Джаниани. Хроническая сердечная недостаточность. Вопросы диагностики и лечения. - М.: РКИ Соверо пресс, 2004. -48с.
- 2 Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система.
- 3 Кардиология. Национальное руководство., 2007, с. 68-215.

**V.G. SHIPULIN, B.D. MAKHANOVA, A.S. CHUMBALOVA,
G.T. TOKSANBAYEVA, S.SH. BAZARKHANOVA**

**INSTRUMENTAL METHODS AND CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF CONGESTIVE HEART FAILURE ON THE SCALE
OF ASSESSMENT OF THE CLINICAL STATUS IN CHF**

Resume: Chronic heart failure (CHF) is an important problem in cardiology due to the high morbidity and mortality. Instrumental examination should be carried in all cases to determine the etiology and severity of heart failure. Among the instrumental of diagnostic tests mandatory for examination of patients with CHF include: ECG, chest X-ray, echocardiography. However, changes in the X-ray examination of the chest, as well as changes in the ECG and echocardiography is not always detected and non-specific, so their interpretation must be based on the clinical manifestations of the disease.

Keywords: congestive heart failure, ShOKS scale, systolic and diastolic dysfunction.