Хроническая сердечная недостаточность: синдром или заболевание?

Н.И. Яблучанский
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Время подводить итоги, в том числе в клинической практике, уже наступило. Касается это самых разных ее сфер, и в первую очередь фундаментальных понятий, на первый взгляд, не настолько уж важных, но, если призадуматься, имеющих весьма серьезные последствия для философии и практического приложения – от понимания предмета до оказания помощи конкретному пациенту.

Время это наступило и для хронической сердечной недостаточности.

Смена парадигм

Все течет, все изменяется, и дважды войти в одну реку нельзя. Новые события имеют свою причину. Однако спустя какое-то время при выполнении необходимых и достаточных условий они становятся причиной новых событий, и эти новые события овладевают миром, отодвигая породившие их на задний план, но только до тех пор, пока «первую скрипку» не перехватывают порожденные ими же новые события.

Так и с болезнями. Ибо каждая болезнь имеет свою причину и нередко осложняется клиническими синдромами, с некоторого момента начинающими играть «первую скрипку» в состоянии здоровья пациента. Породившая клинический синдром болезнь «ниспускается с пьедестала» и становится «историей» (причиной, этиологией), а клинический синдром постепенно вырастает до уровня настоящей болезни, становясь ею.

Когда-то профессор В.А. Бобров (в то время директор НИИ кардиологии им. Н.Д. Стражеско) на одном из пленумов кардиологов тогда еще Украинской ССР задал залу риторический вопрос: правильно ли говорить о ревматизме, неактивной фазе, митральном стенозе, ...если последняя ревматическая атака состоялась более 20 лет назад, и не лучше ли говорить о послеревматическом митральном стенозе? В цепи причинно-следственных отношений была стрептококковая инфекция, приведшая к ревматизму с поражением сердца и развитием порока, но «бои отгремели», остался митральный стеноз, который определял всю клинику недуга пациента и в устранении которого находился ключ к улучшению его здоровья.

Не так давно профессор Н.И. Швед в статье «Ревматизм: мифы и реальность» (Medicus Amicus, 2003, № 5) писал по этому же поводу: «...отечественная наука традиционно рассматривает ревматизм как хроническое заболевание воспалительного характера, которое после своего возникновения «тлеет» на протяжении всей последующей жизни пациента, причиняя развитие пороков сердца, их неуклонное прогрессирование с соответствующими осложнениями, инвалидизацией и фатальными последствиями. Отсюда – пожизненный диагноз ревматизма, неопределенный период диспансерного наблюдения и тактика необходимости постоянного лечения. В соответствии же с рекомендациями ВОЗ ревматическая лихорадка (а в нашем понимании – «ревматизм») рассматривается как острое воспалительное заболевание, которое завершается полным выздоровлением или в 40-60% при поражении сердца – формированием пороков сердца».

Несложно усмотреть идентичность приведенных примеров: в обоих случаях говорится о том, что ревматизм не навсегда и что с некоторого момента одно из его осложнений вырастает до уровня болезни, где ревматизм «ниспускается» до уровня этиологического фактора.

Обращусь к недавнему примеру. Национальный почечный фонд США (NKF) в 2003 г. создал группу экспертов, которая предложила понятие хронической болезни почек. При введении термина «хроническая болезнь почек» преследовалась цель определения понятия этой патологии и ее стадий независимо от причины (этиологии) заболевания; выбора лабораторных показателей (методов исследования),

адекватно характеризующих ее течение; установления (изучения) связи между степенью нарушения функции почек и ее осложнениями; стратификации факторов риска ее прогрессирования и возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. «Законодатель моды» в нефрологии Kidney Diseases: Improving Global Outcomes (KDIGO) в 2005 г. поддержал инициативу введения понятия хронической болезни почек.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) хронической болезни почек нет, так как МКБ-10 введена раньше, но в клинической модификации МКБ-9 (широко используется в США) с 1 октября 2005 г. всем пяти стадиям хронической болезни почек присвоены коды.

Приведенные примеры свидетельствуют о том, что происходит смена парадигм и что медицинское сообщество принимает правило, в соответствии с которым болезни на определенном этапе своего развития становятся причиной новых болезней. Эти новые болезни, как видно из примеров, являются не более чем нарушением основных функций поражаемых при этих болезнях органов или систем вследствие болезней-причин.

Таким образом, в рамках поставленного в заголовке статьи вопроса, возможно, наступило время говорить о хронической болезни сердца, или хронической сердечной недостаточности, не как о синдроме, а как о болезни, которая развивается в результате перечисленной патологии (причин)? Смена парадигм подталкивает к такому решению.

Две стороны понимания хронической сердечной недостаточности

Хроническая сердечная недостаточность в рекомендациях Европейского общества кардиологов (ЕОК) определяется как синдром. Она является не заболеванием, а одним из клинических синдромов заболеваний системы кровообращения или других систем, в которые вовлечена последняя (например, легочное сердце). Из этого следует, что хроническая сердечная недостаточность не может быть самостоятельным диагнозом и во всех случаях манифестации должна входить в структуру диагноза, приведшего к этому заболеванию.

Однако согласно МКБ-10, принятой 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1989 г., хроническая сердечная недостаточность отнесена к (другим) болезням сердца.

Другие болезни сердца:
(I30-I52)
I50 – Сердечная недостаточность
I50.0 – Застойная сердечная недостаточность
I50.1 – Левожелудочковая недостаточность
I50.9 – Сердечная недостаточность неуточненная.

Хроническая сердечная недостаточность «следует по стопам» большинства, если не всех, сердечно-сосудистых заболеваний и в конечном итоге рано или поздно их осложняет. Не миновать ее многим из пациентов с заболеваниями легких, анемиями, системными заболеваниями соединительной ткани, многими другими патологическими состояниями.

Достаточно долгое время при различных заболеваниях дисфункция сердца действительно выступает одним из клинических синдромов. Распознавание в этот период позволяет (иногда на многие годы) приостановить ее развитие, чем обеспечивает при прочих равных условиях комфортную и долгую жизнь пациенту.

Однако на определенном этапе заболевания нередко наступает момент, когда развившаяся хроническая сердечная недостаточность начинает играть доминирующую роль в его клинической картине, определяя как текущее состояние здоровья пациента и его ответ на врачебные вмешательства, так и прогноз в отношении жизни и смерти. Это тот случай, или этап, в развитии сердечной недостаточности, который дал основание когорте ученых клинически (а сегодня она пополняется все большим числом сторонников) поднять ее до уровня заболевания, то есть нозологической формы. И пусть эти заболевания, играющие главную роль в клинической картине развития сердечной недостаточности (или точнее в здоровье пациента), во врачебном диагнозе будут фигурировать как составная часть (один из его синдромов), от этого стратегия и тактика ведения пациента не изменятся. Первая линия его терапии будет так или иначе сконцентрирована на хронической сердечной недостаточности.

Кто в таком случае возьмет на себя смелость не называть хроническую сердечную недостаточность болезнью?

Аргументы для сомневающихся

Сомневающимся в том, что хроническая сердечная недостаточность давно уже «выросла» из синдрома и стала полноценной болезнью, предлагаю обратиться к хорошо известным задачам по ее лечению, которые обязан ставить перед собой врач, а именно:

- профилактика прогрессирования и возможное обратное развитие;
- устранение или облегчение проявлений (симптомов);
- замедление структурных (функциональных и морфологических) изменений в заинтересованных

системах (прежде всего мозге, сердце, почках, сосудах);

• увеличение физической активности;

• снижение функционального класса (по классификации NYHA);

• стабилизация острых эпизодов декомпенсации;

• улучшение клинического ответа;

• снижение частоты госпитализации, заболеваемости и смертности;

• улучшение прогноза с продлением жизни;

• повышение качества жизни пациента;

• уменьшение финансовых потерь за счет снижения потребности в госпитализациях и комплайенсной рациональной фармакотерапии.

Не менее достойно выглядят и пути решения этих задач, которые включают такие элементы, как сотрудничество врача с пациентом и его окружением, модификация образа жизни, медикаментозная терапия, интервенционные методы лечения.

Чего только стоит отработанная до деталей медикаментозная терапия! Достойно уважения перечисление средств медикаментозной терапии, которые в рамках классификационной системы АТС представлены следующим образом:

1. Основные средства (уровень доказательности А)

С09 – Средства, действующие на ренин-ангиотензиновую систему:

С09А – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ);

С09С – препараты антагонистов ангиотензина II.

С07 – Блокаторы альфа- и бета-адренорецепторов:

С07А, В – селективные блокаторы бета-адренорецепторов;

С07А, G – сочетанные блокаторы альфа-, бета-адренорецепторов.

С03 – Мочегонные препараты:

С03А – мочегонные препараты с умеренно выраженной активностью, группа тиазидов;

С03С – высокоактивные диуретики;

С03D – калийсберегающие диуретики;

С03D А – антагонисты альдостерона;

С03Е – комбинации диуретиков, включающие калийсберегающие препараты.

С01А – Сердечные гликозиды.

2. Дополнительные средства (уровень доказательности В)

В01А А – антагонисты витамина К.

3. Вспомогательные средства (уровень доказательности С)

С01С- Негликозидные кардиотонические средства:

С01В – антиаритмические средства II и III классов:

С01В А – антиаритмические препараты II класса,

СО1В D – антиаритмические препараты III класса;

С01D – вазодилататоры, применяемые в кардиологии;

С04 – периферические вазодилататоры.

Какая еще болезнь имеет столь детально прописанную стратегию одной медикаментозной терапии?

Таким образом, хроническая сердечная недостаточность не рассматривается сегодня в реальной клинической практике, однако по сути является болезнью, требующей соответствующего к себе отношения. И хотя наши практические профессиональные действия соответствуют такому ее пониманию, мы пока просто не задумываемся, что время смены парадигмы уже наступило. Оно зафиксировано датой десятого пересмотра Международной классификации болезней, принятой еще в 1989 г., где хроническая сердечная недостаточность определена как равноправный член среди других болезней сердца. ■