



*Уважаеми колеги,*

Сърдечната недостатъчност се среща в около 1,5% от населението. Тя е една от най-честите причини за хоспитализация, специално във възрастта над 65 г. Смъртността от сърдечна недостатъчност, въпреки тенденцията към намаляване след въвеждане на лечение с вазодилататори и АСЕ-инхибитори, продължава да е висока – 41% за 4 годишен период при болните с лека до умерена сърдечна недостатъчност. В бъдеще се предвижда честотата ѝ да се увеличава главно поради увеличаване на частта на населението над 65 г, сред което тя достига 2-5%. За увеличаването може да допринесе и подобряването на диагностиката, както и очакваното по-успешно лечение на коронарната болест, специално на острия миокарден инфаркт, тъй като преживелите болни носят риск за развитие на сърдечна недостатъчност.

Съгласно съвременната концепция, формулирана от Dzau и Braunwald през 1991 г, сърдечната недостатъчност не е отделно съществуващо състояние, а представлява крайния резултат на непрекъснатия процес на развитие на сърдечно-съдовата болест, в началото на който стоят рискови фактори като артериална хипертония, хиперхолестеролемия и диабет, преминава се през левокамерна хипертрофия, ендотелна дисфункция и коронарна болест, за да се достигне до сърдечна недостатъчност. Това ново разбиране за цялостността на болестния процес обуславя възможността да се повлияват успешно различните му етапи на развитие, далеч преди настъпването на крайния резултат – сърдечната недостатъчност и лежи в основата на изработването на национални, профилактични и лечебни програми.

През последното десетилетие терапевтичният подход към сърдечната недостатъчност претърпя значителни промени. Съвременното лечение е насочено не само към пълното или частично подтискане на симптомите, както в миналото. Допълнителни цели днес са повлияване на възникването на сърдечната недостатъчност и на нейното прогресиране, въздействие върху процеса на преминаване от асимптомна левокамерна дисфункция в проявена сърдечна слабост и намаление на смъртността.

Предсърдното мъждене (пароксизмално, персистиращо и перманентно) е най-често срещаната сърдечна аритмия и заема съществено дял сред причините за хоспитализация. Честотата на срещане на предсърдното мъждене се увеличава с възрастта: от 0,2 – 0,3% във възрастта до 40 г достига до 5-9% във възрастта над 60г. В 70% от случаите предсърдното мъждене се явява на фона на налично структурно сърдечно заболяване, най-често артериална хипертония, коронарна болест и клапна сърдечна болест; в останалите случаи може да възникне самостоятелно. Най-честите неблагоприятни последици на предсърдното мъждене са намаляване на физическия капацитет, отключване или задълбочаване на сърдечната недостатъчност и тромбоемболични усложнения. Макар аритмията да не е свързана с висока смъртност (рискът за смърт е само два пъти по-голям от нормалната популация), вероятността за възникване на мозъчен инсулт е 5 пъти по-голяма при липса на ревматична клапна болест и 17 пъти по-голяма при наличие на такава и се разпределя приблизително еднакво между пароксизмалната и перманентната форма.

Целта на лечението на болните с предсърдно мъждене е да се подобри качеството на живот, да се намали риска от усложнения (тромбоемболизъм, сърдечна недостатъчност) и да се удължи живота (ако е възможно). Съществуват три главни насоки в лечението: а) възстановяване и задържане на синусовия ритъм, б) контрол на сърдечната честота при наличие на предсърдно мъждене и в) профилактика на тромбоемболизма.

Задържането на нормалния синусов ритъм при пароксизмалната и персистиращата форми с антиаритмични средства изглежда по-благоприятно, в сравнение с подхода за контрол на сърдечната честота при аритмия плюс антикоагулация, поради възможността за запазване на физическия капацитет и вероятността за намаляване на тромбоемболичния риск, но се помрачава от проаритмичния ефект на антиритъмните средства. Какво е влиянието на двата подхода върху болестността и смъртността е неясно и текущи проучвания имат за задача да осветлят този проблем. Съществуват множество антиаритмични лекарства, с които може да се възстанови и задържи синусовия ритъм. Всяко от тях оказва повече или по-малко сърдечни (проаритмия, подтискане на контактилитета) или извънсърдечни странични действия. Изборът на определено лекарство ще зависи от много фактори, включващи наличието и вида на подлежащо сърдечно заболяване, съществуването на извънсърдечни заболявания, състоянието на бъбречната и чернодробна функция.

**проф. д-р Тихомир Даскалов, ДМН**

Председател на Дружество на кардиолозите в България  
Национален консултант по кардиология