

Stosowany powszechnie podział na niewydolność serca lewo- i prawokomorową opiera się na tym czy w obrazie choroby dominują objawy wynikające z zastoiny krwi w żyłach systemowych, czy też w płucnych. W zasadzie jednak nie zawsze mówi nam, która z komór serca jest bardziej uszkodzona. Inne terminy opisowe wykorzystywane do scharakteryzowania obrazu klinicznego i podziału NS, takie jak: niewydolność z małą lub dużą objętością wyrzutową (*high- and low-output HF*), niewydolność wsteczna i niewydolność rzutu (*backward and forward HF*), niewydolność jawna, skompensowana i zastoinowa, mają jedynie charakter opisowy, nie dostarczają natomiast żadnych informacji o etiologii niewydolności, mają też niewielkie znaczenie w podejmowaniu decyzji o sposobie leczenia. Tym samym ich użyteczność w nowoczesnej diagnostyce i leczeniu NS jest ograniczona.

Istnieje wiele definicji niewydolności serca, każda z nich zwraca uwagę na wybrane aspekty tego złożonego zespołu klinicznego, żadna nie jest jednak w pełni satysfakcjonująca. Brak jasnej definicji znacznie utrudnia postawienie jednoznacznego rozpoznania NS, zaś fakt, że nie ma diagnostycznego „złotego standardu” dla tego schorzenia czyni diagnostykę prawdziwym wyzwaniem klinicznym. Ogólnie rzecz biorąc, posługujemy się typowymi narzędziami, tzn. oceną kliniczną (szczegółowy wywiad + badanie fizykalne), wspartą wynikami odpowiednio dobranych badań dodatkowych. Dla celów praktycznych ustalono kryteria kliniczne, w oparciu o które definiujemy i stawiamy diagnozę niewydolności serca (tab. 58.1.). Zgodnie z nimi NS rozpoznajemy wówczas, gdy typowym objawom klinicznym (duszność lub uczucie zmęczenia w spoczynku lub w trakcie wysiłku bądź obrzęki kończyn dolnych) towarzyszy stwierdzona obiektywnie w warunkach spoczynkowych dysfunkcja mięśnia sercowego. Pozytywna odpowiedź na typowe leczenie nie stanowi sama w sobie podstawy do rozpoznania NS, aczkolwiek większość chorych po zastosowaniu szybko działających leków objawowych (np. diuretyków pętlowych) odczuwa pewną poprawę w zakresie objawów podmiotowych. Paradoksalnie, dobra reakcja na leczenie, zmniejszając stopień nasilenia objawów klinicznych, może czasami utrudnić proces diagnostyczny.

**Tabela 58.1.** Definicja niewydolności serca

|  |
|--|
| I. Typowe objawy kliniczne NS (w spoczynku lub w trakcie wysiłku)  |
| i  |
| II. Obiektywne wykładniki dysfunkcji (skurczowej lub rozkurczowej) serca (preferowana metoda – spoczynkowa echokardiografia) |
| i (jeżeli rozpoznanie NS jest nadal wątpliwe)  |
| III. Pozytywna odpowiedź na typowe leczenie  |

Rozpoznanie zespołu klinicznego niewydolności serca nigdy nie powinno być jedyną diagnozą. Należy każdorazowo określić etiologię NS (np. pozawałowa) oraz podać współistniejące choroby sercowe i pozasercowe, których obecność może mieć wpływ na postępowanie z chorym (np. obecność ischemicznej niedomykalności zastawki mitralnej, utrwalonego migotania przedsionków czy nadczynności gruczołu tarczowego). Odnosi się to szczególnie do chorych w wieku podeszłym, u których generalnie diagnostyka nie jest tak intensywna, zaś ustalenie rozpoznania i etiologii NS jest istotnie utrudnione przez częste schorzenia współistniejące. Wreszcie, niezwykle ważne jest zidentyfikowanie i skorygowanie potencjalnie odwracalnych czynników, które mogą być odpowiedzialne za objawy NS lub ich zaostrzenie (np. tachy- lub bradyarytmie, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, infekcja, zatorowość płucna itd.)

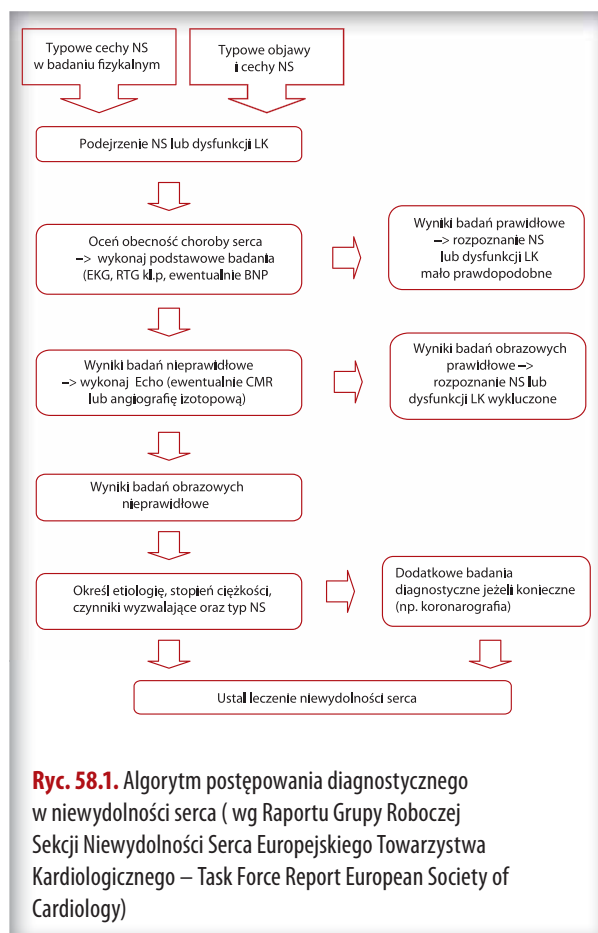
## Wywiad chorobowy i badanie przedmiotowe

Diagnostyka niewydolności serca rozpoczynać powinna się zawsze od badania podmiotowego i przedmiotowego. Typowe objawy zgłaszane przez chorego w połączeniu z cechami NS stwierdzonymi w badaniu fizykalnym skłaniają nas do podejrzewania NS jako tła dolegliwości (tab. 58.2.) Niemniej jednak, przypuszczenie kliniczne powinno być każdorazowo potwierdzone wynikiem obiektywnego badania (najczęściej obrazowego), pozwalającego dokładniej ocenić budowę i funkcję serca (ryc. 58.1.).

Ze względu na różnorodną etiologię niewydolności serca, w przypadku jej podejrzenia zebrany od chorego wywiad powinien być bardzo szczegółowy i obejmować nie tylko dolegliwości z zakresu układu sercowo-

**Tabela 58.2.** Kryteria diagnostyczne NS wg badania Framingham

| Kryterium duże   | Kryterium mniejsze                  |
|--|-------------------------------------|
| Ortopnoe lub ciśnienie żyłne > 16 mmHg                                 | obrzęk kończyn                      |
| Nasilone rzężenia lub ostry obrzęk płuc                                | kaszel nocny                        |
| Obecność kardiomiopatii rozstrzeniowej                                 | duszność wysiłkowa                  |
| Odruch wątrobowo-żylny   | powiększenie wątroby                |
| Czas krążenia > 25 s   | wysiłek opłucnowy                   |
| Odpowiedź na leczenie spadkiem masy ciała > 4,5 kg w ciągu 5 dni       | pojemność życiowa zmniejszona o 1/3 |
|  | tachykardia (≥ 120/min)             |
| <b>2 duże lub 1 duże i 2 małe kryteria potwierdzają rozpoznanie NS</b> |                                     |



naczyniowego, ale również z zakresu innych systemów: oddechowego, pokarmowego, nerwowego i moczowego (tabela 58.3.).

Co ważne, niejednokrotnie objawy o pozornie pozasercowym charakterze mogą okazać się ściśle powiązane z chorobami układu sercowo-naczyniowego

(np. utrata apetytu, dyspepsja i poboлевania w nadbrzuchu mogą wynikać z tzw. gastropatii zastoinowej u chorego z dominującą niewydolnością prawokomorową, zaś zawroty głowy i pogorszenie koncentracji mogą być objawami małego rzutu w niewydolności lewokomorowej). Należy pamiętać, że niektóre symptomy występujące w chorobach serca i naczyń nie są dla tego układu swoiste. Część objawów klinicznych może być również związana z innymi chorobami współistniejącymi z niewydolnością serca.

Duszność, zmęczenie i obrzęki wokół kostek to typowe objawy NS, choć ich interpretacja może niekiedy nastęrczać trudności, szczególnie u kobiet, osób otyłych i chorych w podeszłym wieku. Obrzęki obwodowe, przepełnione żyły szyjne i hepatomegalia są uznawane za charakterystyczne objawy zastoiny w żyłach systemowych. Okazuje się jednak, że obrzęki są zwykle nieobecne u prawidłowo leczonych pacjentów, a także u tych z dominującą, nawet nasiloną niewydolnością lewokomorową. U większości chorych (nawet tych z ciężką NS) nie stwierdza się podwyższonego ciśnienia w żyłach szyjnych. Zarówno stwierdzenie hepatomegalii, jak i wysłuchanie trzeszczeń nad polami płucnymi ma relatywnie małą wartość predykcyjną w NS. Tachykardia i obecność III tonu serca są objawami niespecyficznymi, których nasilenie może dodatkowo podlegać zmianom pod wpływem stosowanego leczenia. W przypadku stwierdzenia szmeru nad sercem należy zawsze ustalić jego pochodzenie. Pamiętajmy o tym, iż częsta przyczyna szmeru sercowego u chorych z NS, tj. niedomykalność mitralna, może mieć charakter dynamiczny, powodując istotne nasilenie objawów w trakcie wysiłku.

W przypadku współistnienia licznych odchyień w badaniu przedmiotowym: przemieszczone uderzenie koniuszkowe, III ton serca, podwyższone ciśnienie w żyłach szyjnych, ciastowate obrzęki kończyn dolnych

**Tabela. 58.3.** Dane z wywiadu klinicznego w ocenie chorego z niewydolnością serca (wg W.S. Coluciego i E. Braunwalda: Atlas niewydolności serca)

| Objawy sercowo-naczyniowe          | Objawy ogólne                 | Objawy ze strony układu oddechowego | Objawy ze strony nerek | Objawy z przewodu pokarmowego | Objawy neurologiczne           |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Dławica piersiowa                  | Obrzęki                       | Duszność wysiłkowa                  | Nykturia               | Ból brzucha                   | Niepokój lub napady lękowe     |
| Nieswoisty ból w klatce piersiowej | Wybroczyny krwawe lub siniaki | Ortopnoe                            | Skąpomocz              | Wzdęcie brzucha               | Depresja                       |
| Zmęczenie                          | Dieta                         | Napadowa duszność nocna             | Bezmocz                | Zaparcia                      | Omdlenia                       |
| Słabość                            | Stosowanie leków              | Zapalenie opłucnej                  |                        | Jadłowstręt                   | Splątanie                      |
| Omdlenie ortostatyczne             |                               | Kaszel                              |                        | Nudności                      | Zmniejszona sprawność umysłowa |
| Kołatanie serca                    |                               | Krwioplucie                         |                        | Wymioty                       |                                |
|                                    |                               | Świsty                              |                        | Biegunka                      |                                |