

Актуальные вопросы современной кардиологии

По материалам научной итоговой сессии
 ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины

25-26 марта в Национальном научном центре «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (далее – Институт кардиологии) состоялась научная итоговая сессия, посвященная актуальным вопросам современной кардиологии. В ходе этого мероприятия рассматривались проблемы лечения и профилактики сердечно-сосудистых событий, а также вопросы, связанные с проведением реваскуляризации миокарда.

Одной из наиболее сложных проблем в лечении артериальной гипертензии (АГ) – приверженности пациентов к медикаментозной терапии – посвятил доклад **руководитель отдела симптоматических гипертензий Института кардиологии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко.**



– Ключевым моментом в предупреждении развития сердечно-сосудистых осложнений при АГ является контроль артериального давления (АД). На сегодня доказано, что жесткий контроль АД уменьшает частоту развития кардиоваскулярных осложнений. Так, согласно данным исследования P. Verdecchia (2009), при тщательном контроле АД риск развития сердечно-сосудистых осложнений снижается в 2 раза.

В исследовании INVEST (G. Mancía et al., 2007), в котором приняли участие 22 576 пациентов с АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС), при частоте визитов к врачу более 75% с контролем АД частота развития сердечно-сосудистых осложнений уменьшалась в 2 раза.

Однако в реальной клинической практике эффективный контроль АД остается на сегодня очень сложной задачей. По данным американских исследований, даже в США – стране с высокоразвитой системой здравоохранения – эффективность контроля АД не достигает 40%.

В современных источниках указывается на наличие нескольких групп причин неэффективности лечения АГ: пациент-, препарат- и врачзависимых. Одной из пациентзависимых причин является приверженность больных к антигипертензивной терапии, о важности обеспечения которой свидетельствуют результаты ряда исследований. Так, в 2005 г. Sokol и соавт. показали, что повышение приверженности к терапии снижает риск госпитализации в 2 раза и уменьшает затраты на лечение. В 2006 г. в исследовании Bramley и соавт. было продемонстрировано, что приверженность к лечению улучшает контроль АД.

В соответствии с определением, данным в 2003 г. группой экспертов ВОЗ, приверженность к лечению (комплаенс) – это мера, согласно которой поведение пациента (прием медикаментов, соблюдение диеты, изменение способа жизни) отвечает медицинским рекомендациям. К факторам, влияющим на приверженность к лечению, относятся: эффективность терапии, хорошая переносимость препарата, простой режим приема.

Для определения степени приверженности к лечению существуют прямые (исследование крови и мочи для определения препаратов, их метаболитов и специальных маркеров) и непрямые (шкалы оценки, подсчет количества принятых таблеток, опросники и т. д.) методы оценки.

Проблема приверженности больных к лечению изучалась в ряде исследований. Согласно данным T. Burke и соавт. (2006), около 60% пациентов в течение 4 лет прекращают прием лекарственных средств любого класса. Значительное количество больных прекращает прием препарата уже в течение первого года лечения, и только небольшая их часть начинает прием другого препарата. Поэтому основной задачей кардиологов и врачей общей практики является тщательный контроль осуществления медикаментозной антигипертензивной терапии в течение первого года лечения.

Экспертами ВОЗ было отмечено существование личностных факторов влияния на приверженность к терапии, таких как установление контакта между врачом

и больным, доверие пациента, разъяснение врачом целей и задач терапии, его умение формулировать простые и четкие инструкции, самоконтроль пациента, организация планового наблюдения.

Многофакторный анализ приверженности больных к антигипертензивной терапии, проводившийся на базе нашего отделения, показал наличие зависимости этого показателя от возраста, пола, риска сердечно-сосудистой патологии, курения, злоупотребления алкоголем, продолжительности АГ и наличия сопутствующей патологии. Сложность режима терапии также является причиной плохой приверженности к лечению.

Эффективными методами улучшения контроля АД является обучение пациентов и назначение фиксированных антигипертензивных комбинаций. Положительное влияние использования комбинированных препаратов при осуществлении антигипертензивной терапии было показано, в частности, в исследованиях Bangalore

медикаментозной терапии, что достаточно часто наблюдается в реальной клинической практике, несмотря на наличие в арсенале врачей большого количества современных препаратов. При выборе метода реваскуляризации у конкретного пациента необходимо иметь четкое представление о том, каких результатов и при каких условиях можно достичь у него путем применения того или иного способа реваскуляризации.

Как свидетельствуют результаты исследований, рассчитывать на улучшение прогноза при проведении аортокоронарного шунтирования у больного ИБС можно в таких случаях: при наличии атеросклеротического поражения ствола левой коронарной артерии, при трехсосудистом поражении с дисфункцией и сниженной фракцией выброса левого желудочка, а также у лиц с множественными поражениями сосудов (например, при сахарном диабете).

Что касается транслюминальной ангиопластики и стентирования, то метаанализ 61 исследования за последние 20 лет, посвященного изучению влияния этих методов на прогноз жизни пациентов с ИБС (Lancet, 2009), практически не продемонстрировал выраженных положительных результатов, кроме незначимой тенденции к снижению частоты нефатальных инфарктов. Это позволяет рассматривать сегодня данные методы реваскуляризации как дополнение к медикаментозному лечению больных ИБС, но не как его альтернативу.

Однако, несмотря на то что стентирование в большинстве случаев является способом повышения качества жизни у пациентов с ИБС, выделяют категории лиц, у которых этот метод может обеспечивать положительные результаты в плане улучшения прогноза. Речь идет о больных ИБС с жизнеспособным миокардом, находящимся

в состоянии гибернации или «оглушения». Согласно данным метаанализа, проведенного в 2002 г. Allman и соавт., при осуществлении медикаментозной терапии у пациентов с жизнеспособным миокардом уровень смертности среди них составляет 16%, тогда как стентирование позволяет снизить этот показатель до 3,2%. Своевременное выявление таких больных и направление их на реваскуляризацию миокарда способствуют предотвращению развития сердечно-сосудистых катастроф и улучшению выживаемости, однако в реальной клинической практике методы, позволяющие оценить жизнеспособность миокарда (стресс-эхокардиография, контрастная эхокардиография, магнитно-резонансная томография, сцинтиграфия), используются недостаточно широко. Это снижает диагностические возможности и способствует увеличению в дальнейшем количества пациентов с уже перенесенными кардиоваскулярными событиями, улучшение прогноза которых является более сложной задачей.

О возможностях определения предикторов качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) сообщил **руководитель отдела сердечной недостаточности Института кардиологии, доктор медицинских наук, профессор Леонид Георгиевич Воронков.**

– Одной из наиболее актуальных формулировок понятия «качество жизни» является его определение как меры восприятия пациентом разницы между ожидаемым (желаемым) и существующим (реальным) состоянием его здоровья. Выявление медико-социальных предикторов качества жизни при различных состояниях и оценка возможности их модификации относятся к научным аспектам изучения качества жизни наряду с оценкой динамики этого показателя на фоне проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.



и соавт. (2007) и Wanovich и соавт. (2004). Данные крупного исследования ACCOMPLISH свидетельствуют, что применение фиксированных антигипертензивных комбинаций в начале терапии значительно увеличивает контроль уровня АД.

К преимуществам фиксированной комбинированной терапии относятся простота лечения, более высокая антигипертензивная эффективность, лучшая переносимость, более низкая стоимость. Наличие различных дозировок фиксированных комбинаций препаратов дает возможность сохранить гибкость терапии.

Согласно Европейским рекомендациям по лечению АГ (пересмотр 2009 г.) назначение комбинации двух препаратов проводится на старте антигипертензивной терапии при необходимости достижения раннего контроля АД, пациентам высокого сердечно-сосудистого риска, а также при неэффективности монотерапии.



Руководитель отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца Института кардиологии, доктор медицинских наук, профессор Михаил Илларионович Лугай акцентировал внимание слушателей на показаниях к проведению реваскуляризации.

– Выбор стратегии лечения пациентов с ИБС – важный вопрос, и его решение должно основываться в первую очередь на том, какую цель преследует врач – повышение качества жизни пациента или улучшение прогноза.

Как правило, вопрос о проведении реваскуляризации миокарда поднимается при сохранении признаков ишемии миокарда после проведения длительной



Для оценки качества жизни при ХСН сегодня используют как общие (SF-36, QWB, COOP, HUI, EQ-5D), так и болезньспецифические шкалы и показатели (Minnesota living with Heart Failure Questionnaire, Chronic Heart Failure Questionnaire, Quality of Life Questionnaire in Severe Heart Failure, индекс физической активности Дюка), а также шкалы депрессии и тревоги.

В ходе оценки учитывают функциональное состояние пациента, функциональный класс по классификации NYHA (New York Heart Association), клинико-лабораторные показатели, пол, наличие сопутствующих патологий.

Следует отметить, что клинично-функциональное состояние пациентов с ХСН оказывает выраженное влияние на качество их жизни, что было подтверждено в ходе исследования, проводившегося в нашем отделении с использованием Миннесотской шкалы. Результаты этого исследования позволили выявить также другие факторы и предикторы качества жизни, которые необходимо принимать во внимание при ведении больных с ХСН. В соответствии с данными исследования, возраст и пол оказывают незначительное влияние на качество жизни лиц этой категории, тогда как переносимость физической нагрузки, наличие постоянной формы фибрилляции предсердий и хронического obstructивного заболевания легких — достаточно сильное. Что касается фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), то этот показатель играл существенную роль только при значениях <25% (наиболее низкое качество жизни) или >50% (наименьшие нарушения), тогда как в пределах наиболее распространенных значений (26-45%) качество жизни было сопоставимым. Анализ предикторов качества жизни больных с ХСН в пределах одного функционального класса (III ФК по NYHA) показал, что достаточно большое значение имеет высокий уровень мочевины в крови, далее — в порядке уменьшения значимости — лимфоцитоз, увеличение диаметра левого предсердия, наличие ИБС, анемия и повышенная частота сердечных сокращений (>80 уд/мин).

Результаты кластерного анализа среди пациентов одного функционального класса на заключительном этапе этой работы продемонстрировали, что суммарный балльный показатель является информативным в отношении прогноза выживаемости независимо от величины ФВ ЛЖ и пола пациентов, при этом наибольшая предсказательная сила отмечена для одно- и двухлетнего ближайшего прогноза.

Базисные принципы терапии пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с первых минут его развития рассмотрел в своем выступлении **руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии Института кардиологии, доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко.**



— Прием АСК в дозе 150-325 мг (безоболочечные формы!) показан в первые минуты-часы ОИМ, после чего следует переходить на дозу 75-100 мг/сут с преимущественным использованием кишечнорастворимых лекарственных форм. Клопидогрель в нагрузочной дозе 300 мг показан всем пациентам с ОИМ

без риска кровотечений. В дальнейшем рекомендуется поддерживающая доза 75 мг/сут (по результатам исследований CLARITY-TIMI 28, COMMIT/CCS-2).

Пероральный прием ингибитора ангиотензинпревращающего фермента с первого дня ОИМ рекомендуется всем больным при отсутствии противопоказаний.

Пероральный β -адреноблокатор следует назначать в течение первых 24 ч всем пациентам с ОИМ и элевацией сегмента ST (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). Внутривенное введение β -адреноблокатора короткого действия при поступлении в стационар показано больным ОИМ с элевацией сегмента ST и повышенным АД (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности C). Этот класс препаратов нельзя применять у таких категорий пациентов (класс рекомендаций I, уровень доказательности B):

— с подтвержденной низкой фракцией сердечного выброса;

— с повышенным риском развития кардиогенного шока (возраст старше 70 лет, систолическое АД <120 мм рт. ст., частота сердечных сокращений >120 или <60);

— с признаками нарушения атриовентрикулярной проводимости (PR >0,24 с, AV-блокада II-III степени);

— с бронхиальной астмой или другими бронхообструктивными состояниями.

Если пациенту противопоказано раннее назначение β -адреноблокатора, необходимо определить целесообразность его применения в подостром периоде ОИМ для вторичной профилактики (начиная с минимальной дозы).

Ранняя реваскуляризация при ОИМ с элевацией сегмента ST методом чрескожной ангиопластики или медикаментозного растворения тромба значительно снижает смертность при условии соблюдения оптимального временного промежутка, в течение которого можно получить максимальную пользу от реперфузионного лечения, — 3 ч. (С.М. Gibson, 2001). Именно в этот период открытие коронарной артерии позволяет восстановить кровоснабжение ишемизированного участка миокарда, ограничить зону инфаркта и улучшить дальнейший прогноз. Поэтому важнейшим фактором успеха является быстрое распознавание симптомов ОИМ и немедленная госпитализация больных в стационар. Во многих европейских странах акцент сделан на догоспитальном внутривенном тромболитическом лечении, который позволяет существенно сократить время до начала реперфузии. По данным французского регистра FAST-MI (French Registry on Acute ST-elevation and non ST-elevation MI), проведенного в 224 кардиологических отделениях в течение ноября 2005 г., догоспитальный тромболитический позволяет достичь снижения показателей 5- и 30-дневной смертности, сравнимого с таковым при проведении первичного чрескожного вмешательства (ЧКВ).

Не всегда после открытия инфарктзависимой коронарной артерии восстанавливается адекватная микроциркуляция в миокарде. Показано, что промедление с госпитализацией ведет к ухудшению тканевого кровотока в миокарде независимо от улучшения кровотока в эпикардиальной артерии.

Риск нарушений миокардиальной перфузии возрастает на 16% с каждым часом задержки проведения реваскуляризации у больных ОИМ с элевацией сегмента ST (Gibson, 2004). Этот феномен способствовал разработке лекарственных средств для кардиопротекции в остром периоде ИМ (в частности, в Украине разработана внутривенная форма блокатора липоксигеназы флавоноида кверцетина).

В соответствии с современными клиническими руководствами по лечению ОКС пациенты, которым проводили фибринолитическую терапию, должны получать антикоагулянты минимум в течение первых 48 ч (желательно до 8 сут). Другие прямые антикоагулянты, кроме нефракционированного гепарина (НФГ), целесообразно применять на протяжении более чем 48 ч для снижения риска гепарининдуцированной тромбоцитопении. На сегодня при ОКС доказана эффективность использования НФГ, эноксапарина и фондапаринукса (исследования ExTRACT-TIMI 25, OASIS-6, CREATE). Пациенты с ОИМ, которым не проводилась реперфузионная терапия, должны получать фракционированные гепарины или фондапаринукс в течение 8 дней.

Больным, которым планируется выполнение ЧКВ после назначения антикоагулянтов, рекомендуется следующее:

— если использовался НФГ, ввести дополнительный болюс НФГ в дозе, достаточной для проведения реваскуляризации;

— если применялся эноксапарин и последняя доза была введена более 8 ч назад, ввести препарат внутривенно 0,3 мг/кг массы тела;

— если назначался фондапаринукс, необходимо внутривенное введение антикоагулянта с активностью против IIa фактора свертывания (из-за повышенного риска тромбоза катетера при проведении ЧКВ).

Очень важный аспект вторичной профилактики — применение препаратов, доказавших положительное влияние на прогноз в адекватных дозах и в течение достаточно длительного времени. Даже после успешного восстановления кровотока в инфарктзависимой коронарной артерии и ее стентирования в других зонах могут находиться нестабильные атеросклеротические бляшки, которые при появлении дополнительных факторов риска становятся причиной новых

эпизодов ИМ без предварительного стенозирования артерии и развития стенокардии, что было показано в исследовании PROSPECT. Это свидетельствует о важности длительной и непрерывной вторичной профилактики у постинфарктных пациентов с использованием клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты, β -адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/блокаторов рецепторов ангиотензина II и статинов.

Современным возможностям снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с фибрилляцией предсердий и перспективам антиаритмической терапии был посвящен доклад **руководителя отдела аритмий сердца Института кардиологии, доктора медицинских наук, профессора Олега Сергеевича Сычева.**



— Ведение пациентов с ФП должно включать мероприятия, направленные на профилактику тромбэмболических осложнений, которые являются основными причинами сердечно-сосудистой смерти при данной патологии. В частности, одним из важных аспектов лечения пациентов с ФП является анти-

коагулянтная терапия.

В современных руководствах по ведению пациентов с ФП рекомендации по проведению антикоагулянтной терапии даны с учетом различных клинических ситуаций. Так, для первичной профилактики инсульта и системной тромбэмболии у пациентов в возрасте 75 лет и старше с повышенным риском возникновения кровотечений и других осложнений при проведении стандартной антикоагулянтной терапии целевым значением МНО является 1,6-2,5; в других случаях при отсутствии противопоказаний к применению антикоагулянтов целесообразны более высокие целевые значения МНО (2,0-3,0) (класс рекомендаций IIb, уровень доказательности C). Если у пациентов с ФП группы высокого риска необходимо прервать антикоагулянтную терапию пероральными препаратами, допустимо парентеральное введение нефракционированного или низкомолекулярного гепарина (IIb C).

Большие перспективы в плане оптимизации антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП связаны с появлением ингибитора фактора Ха для перорального применения — ривароксабана, который обладает такими преимуществами, как высокая биодоступность (100%), прогнозируемая фармакокинетика и фармакодинамика, быстрое наступление эффекта, возможность однократного применения в течение суток, низкий потенциал взаимодействия с лекарственными средствами и пищевыми продуктами, отсутствие необходимости в проведении мониторинга МНО.

Профилактика развития тахикардиомиопатий у пациентов с постоянной формой ФП заключается прежде всего в эффективном контроле частоты желудочковых сокращений (ЧЖС). Спектр препаратов для контроля ЧЖС довольно широк, однако центральное место в нем занимают β -адреноблокаторы. Среди препаратов этого класса важно сделать правильный выбор с учетом того, что многие пациенты с ФП имеют в анамнезе ИМ, ИБС или сердечную недостаточность. В связи с этим при выборе β -адреноблокатора для лечения больных данной категории следует ориентироваться на препараты, эффективность которых в снижении риска внезапной аритмической смерти является доказанной. К таким средствам, в частности, относятся пропранолол, карведилол, бисопролол, метопролол сукцинат и небиволол.

Важным аспектом ведения пациентов с ФП является антиаритмическая терапия, применение которой оправдано в случаях, если ее проведение способствует снижению риска смерти и улучшению качества жизни больных.

Сегодня большие перспективы в плане снижения смертности у пациентов с ФП при применении антиаритмической терапии связаны с препаратом дронедазон, который имеет сходные электрофизиологические свойства с амиодароном и принадлежит к III классу антиаритмических препаратов. Дронедазон является первым антиаритмическим препаратом, для которого доказана эффективность в снижении уровня смертности и риска развития инсультов у пациентов с ФП.

Подготовили **Анастасия Лазаренко, Дмитрий Молчанов, Наталья Очеретяная**