

27 ноября в Киевском городском центре сердца состоялась научно-практическая конференция, посвященная диагностике, медикаментозному и хирургическому лечению сердечной недостаточности (СН).

Новые подходы к диагностике

По итогам научно-практической

Эволюция взглядов на патогенез и лечение хронической СН (ХСН), а также современное состояние проблемы и наиболее перспективные направления в этой области были отражены в докладе, который представил вниманию аудитории **руководитель отдела сердечной недостаточности Национального научного центра «Институт кардиологии им. академика Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Леонид Георгиевич Воронков.**



— Основой для существенного прогресса, который наблюдается в последние годы в области лечения больных ХСН, безусловно, являются знания, накапливавшиеся, развивавшиеся и совершенствовавшиеся в течение как минимум двух тысячелетий.

Точная характеристика клинических проявлений ХСН была дана еще в трудах Гиппократов, однако на протяжении многих веков изучение этого заболевания носило исключительно описательный характер. Прорывом в области терапии одного из самых тяжелых кардиологических заболеваний явилось открытие в 1920 г. ртутных диуретиков, применение которых означало возможность активного влияния на гемодинамику. В 1940-х гг. была сформирована кардиоренальная патогенетическая модель ХСН, а совершенствование внутрисосудистых методов измерения гемодинамики обусловило появление в 1970-1980-х гг. кардиоциркуляторной патогенетической модели ХСН, согласно которой в основе клинического прогрессирования заболевания лежит системная периферическая вазоконстрикция, возникающая в ответ на снижение сердечного выброса.

Следующий этап разработки проблемы совпал с началом эры мультицентровых клинических исследований — эры доказательной медицины.

Результаты клинических исследований, в ходе которых успешно использовались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), бета-блокаторы и антагонисты альдостерона, послужили основой для создания в 1990-х гг. нейро-гуморальной патогенетической модели ХСН. В соответствии с данной концепцией в основе становления и прогрессирования ХСН лежит системная нейрогуморальная активация, возникающая как ответ на несостоятельность насосной функции сердца.

Безусловно, в процессе изучения проблемы лечения ХСН не обошлось и без неудач. Но те исследования, в которых были получены блестящие результаты, навсегда запомнятся, поскольку благодаря им совершались перевороты в лечении ХСН и создавались рекомендации по лечению этого заболевания. Недавний метаанализ А. Katz и соавт. показал, что применение ИАПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) в лечении больных ХСН способствует снижению риска смерти на 28%, а дополнение этой терапии бета-блокаторами позволяет снизить данный показатель еще на 34%. Использование антагонистов альдостерона снижает риск смерти у пациентов с ХСН дополнительно на 15%. Таким образом, препараты, для которых доказана эффективность в лечении ХСН, являются достаточно мощным инструментом для увеличения продолжительности жизни пациентов с этой патологией.

В настоящее время трудно ответить на вопрос, удастся ли разработать более

эффективные методы медикаментозного лечения больных ХСН, однако поиск в этом направлении продолжается. Особенно это актуально в области лечения тяжелой ХСН, где изучается эффективность антагонистов вазопрессина, агонистов адеинозина, активаторов миозина и ряда других новых препаратов.

В настоящее время можно констатировать, что наряду с продолжающимся поиском новых путей медикаментозного влияния на течение ХСН актуализировались разработки в области электрофизиологических методов лечения этого заболевания, особенно после того, как в клинических исследованиях были доказаны преимущества бивентрикулярной ресинхронизирующей терапии и имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКД) в снижении риска смерти у таких больных.



Тему применения электрических вспомогательных устройств в лечении больных ХСН продолжил **профессор Йоханнес Мюллер (г. Берлин, Германия)**, создатель, так называемого механического сердца, INCOR Berlin Heart — одного из самых прогрессивных на сегодня электрических аппаратов, имплантируемых пациентам кардиологического профиля. Докладчик ознакомил слушателей с основными типами вспомогательных электрических устройств, присутствующих на международном рынке, с принципами работы и преимуществами устройства INCOR Berlin Heart, а также с показаниями к его установке.

— Такая электрическая помпа может устанавливаться у пациентов любого соматического типа и практически любого возраста. Сроки использования вспомогательного устройства варьируют от нескольких часов до нескольких лет в зависимости от того, с какой целью устанавливается аппарат. Установка INCOR Berlin Heart может использоваться как «мост» к последующей кардиотрансплантации у пациентов с терминальной стадией ХСН или тяжелой систолической дисфункцией или возможностью выиграть время до выздоровления (например, в случае миокардита). Кроме того, не исключается и вариант использования такой установки на постоянной основе.

Серьезной проблемой сегодня являются побочные эффекты, наблюдающиеся в большей или меньшей степени после установления любого электрического вспомогательного устройства. К таким эффектам относятся высокий риск повреждения форменных элементов крови и развития тромбозов и эмболий, изменение концентрации свободного гемоглобина в крови, а также высокий риск возникновения инфекционных осложнений. С целью снижения риска возникновения тромбозов и эмболий пациенты с имплантированным механическим сердцем должны на протяжении всего срока использования устройства получать антикоагулянты и антиагреганты. Кроме того, таким больным назначают все остальные препараты, рекомендованные в настоящее время для приема больным ХСН, хотя эта терапия носит менее агрессивный характер.

Ближайшей задачей в области усовершенствования электрических вспомогательных устройств является создание более совершенных модификаций этих аппаратов

с целью снижения риска гемолиза, уменьшения системного воспалительного ответа и в конечном итоге — снижения риска тромбозов и эмболий и инфекционных осложнений у пациентов.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Олег Иосифович

Жаринов в своем выступлении сделал акцент на роли отдельных диагностических методов в построении тактики обследования и лечения больных СН.

— Ключевым методом обследования больных СН является ЭхоКГ. Проведение этого исследования с верификацией структурно-функционального состояния миокарда не только способствует правильной постановке диагноза, но и в значительной степени влияет на качество лечения больных. Очень важно, что ЭхоКГ позволяет выявить пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ, для которых характерен очень высокий риск развития симптомной СН и которые нуждаются в агрессивном лечении.

В условиях ограниченных возможностей украинских клиник данные ЭхоКГ (величина ФВ, конечного диастолического объема, наличие или отсутствие гипертрофии левого желудочка — ГЛЖ) могут служить одним из главных аргументов для постановки или исключения диагноза диастолической СН. В то же время при проведении дифференциальной диагностики всегда следует стремиться к использованию широкого круга доступных эхокардиографических показателей.

На протяжении последнего десятилетия произошли определенные изменения в подходах, используемых для диагностики СН с сохраненной ФВ. Так, вместо стандартных показателей ЭхоКГ на первый план сегодня выходят показатели, получаемые при проведении тканевой доплерографии ЭхоКГ — исследования, которое характеризуется наибольшей точностью и специфичностью в оценке функции ЛЖ (в частности, очень важным является такой показатель, как отношение максимальной скорости раннего диастолического наполнения трансмитрального кровотока к максимальной скорости ранней диастолической волны движения фиброзного кольца митрального клапана — E/E'). Поэтому в клиниках, где имеется соответствующая аппаратура, следует ориентироваться прежде всего на эти показатели. Значение E/E' >15 свидетельствует в пользу наличия повышения давления наполнения левого желудочка, при значениях этого показателя <8 можно говорить о нормальном давлении наполнения.

При получении промежуточных значений показателя E/E' на следующем этапе диагностики осуществляется определение концентрации в плазме крови натрийуретического пептида, а также оценка ЭхоКГ-показателей митрального кровотока, кровотока в легочных венах, объема левого предсердия, величины индекса массы миокарда ЛЖ. Чем больше показателей будет оценено в процессе диагностического поиска, тем больше вероятность постановки максимально точного диагноза.

В отдельных ситуациях целесообразным является использование дополнительных

неинвазивных методов исследования, в том числе МРТ, КТ, эндомиокардиальной биопсии и др.

Кроме того, у отдельных категорий пациентов с СН имеются показания для проведения коронарографии, например в случае сочетания СН со стенокардией; а также у больных с болями в грудной клетке, диагностированным или предполагаемым коронарным атеросклерозом и возможностью реваскуляризации.



Руководитель отдела атеросклероза НИЦ «Институт кардиологии им. академика Н.Д. Стражеско» АМН Украины доктор медицинских наук, профессор Михаил Илларионович Лутай в своем

выступлении остановился на преходящих регионарных нарушениях сократимости ЛЖ сердца ишемической природы — состояниях, наблюдающихся вследствие хронического нарушения перфузии сердечной мышцы.

— На сегодня в этой области сформулированы две концепции: концепция огульного миокарда и концепция гибернированного миокарда.

Гибернация миокарда — это персистирующее ухудшение функции ЛЖ в состоянии покоя, которое возникает вследствие хронической гипоперфузии миокарда и может быть частично или полностью устранено путем увеличения объема кровотока или снижения потребности миокарда в кислороде.

Это состояние, достаточно часто наблюдающееся у пациентов, перенесших крупноочаговый ИМ, предполагает наличие жизнеспособного миокарда в пострадавших от ишемии участках, что имеет большое клиническое значение, поскольку означает возможность восстановления функции этих участков после осуществления реваскуляризации. Установлено, что у пациентов с инфарктом миокарда реваскуляризация (стентирование и АКШ) имеет больший успех и в большей степени влияет на выживаемость в случае наличия жизнеспособного миокарда в пораженных участках (K. Allman et al, 2002).

Выявить гибернированный миокард можно с помощью позитронно-эмиссионной томографии, сцинтиграфии миокарда и стресс-ЭхоКГ с добутамином. Но если применение первых двух исследований в Украине сегодня крайне ограничено, то использование стресс-ЭхоКГ — достаточно высокоспецифичного и высокочувствительного метода — является вполне осуществимой задачей.



Профилактике и лечению диастолической СН у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) был посвящен доклад руководителя отдела гипертонической болезни НИЦ «Институт кардиологии им. академика Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Евгении Петровны Свищенко.

— Как показывает клиническая практика, приблизительно 50% пациентов с СН имеют диастолическую дисфункцию, поэтому эффективное лечение этого состояния в значительной степени могло бы

И лечению сердечной недостаточности

конференции, 27 ноября, г. Киев

способствовать снижению смертности пациентов с ХСН в целом. Однако проблема лечения пациентов с диастолической дисфункцией активно разрабатывается только на протяжении последних нескольких лет, и ей было посвящено не так много клинических исследований. Кроме того, в отличие от исследований по изучению эффективности ИАПФ, БРА и β-блокаторов у пациентов с систолической СН, многие из которых продемонстрировали хорошие результаты и стали основой для создания современных рекомендаций по лечению этого вида СН, все завершившиеся исследования с использованием препаратов этих же групп в лечении пациентов с диастолической СН оказались неудачными. В ходе этих исследований не было доказано влияние ИАПФ, БРА и β-блокаторов на смертность и частоту госпитализаций у таких пациентов. Таким образом, для большой группы пациентов, составляющих почти половину всех больных СН, на сегодня отсутствует специфическое лечение, основанное на доказательствах.

Тем не менее пути влияния на течение диастолической СН у пациентов различных категорий существуют, и их необходимо использовать. Например, в настоящее время доказана польза снижения АД и применения диуретиков при застойных явлениях в легких у пациентов с диастолической СН и АГ, а также целесообразность медикаментозного контроля ЧСС и восстановления синусового ритма у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Пациентам с ИБС и диастолической СН показана процедура реваскуляризации.

Эксперты Европейского общества кардиологов рекомендуют для применения у больных с диастолической СН и АГ все классы антигипертензивных препаратов, в том числе в отличие от пациентов с систолической СН антагонисты кальция.

В настоящее время главной целью лечения пациентов с АГ является профилактика осложнений, в частности развития СН; и тот факт, что эффективный контроль АД более чем наполовину снижает риск развития этого тяжелого заболевания, должен являться еще одним веским аргументом в пользу проведения своевременной и адекватной антигипертензивной терапии.



Ректор Днепропетровской медицинской академии, академик АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Георгий Викторович Дзяк в своем докладе остановился на некоторых вопросах ведения

пациентов с ХСН и ФП.

– ХСН и ФП – это два ассоциируемых состояния. Согласно данным обзора Euro-Heart Failure survey, включившего 10 701 пациента, ФП наблюдалась у 34% больных ХСН до госпитализации; в дальнейшем за время стационарного лечения эпизоды повторились у 9% больных.

Метаанализ 16 исследований с участием почти 54 тыс. пациентов с ХСН и ФП продемонстрировал, что наличие ФП связано с неблагоприятным прогнозом у пациентов с систолической СН (А. Mamas et al., 2009). ФП ухудшает исходы у больных ХСН опосредованно через неблагоприятные гемодинамические эффекты, такие как утрата эффективности сердечных сокращений, ускоренное сокращение желудочков, потеря предсердно-желудочкового синхронизма

и др. Поскольку ХСН чаще всего развивается у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), очень важно в процессе ведения таких больных принять все возможные меры для предотвращения развития как СН, так и ФП.

Основным механизмом, позволяющим уменьшить риск развития ХСН и ФП у пациентов с ИБС, является предупреждение эпизодов ишемии, приводящей к прогрессированию дилатации камер сердца, системной и коронарной вазоконстрикции, нарушению регионарной сократимости и ухудшению перфузии миокарда.

В тех случаях, когда указанные состояния уже развились, мероприятия по ведению пациентов с ХСН и ФП должны включать определение причин или индуцирующих факторов ФП и возможное их устранение; восстановление синусового ритма (если это показано и возможно), решение вопроса о необходимости и возможности повторной кардиоверсии после рецидивов ФП, развившихся на фоне адекватной противоритмической терапии; контроль ЧСС при персистирующей ФП; профилактику тромбоэмболических осложнений. При этом адекватный контроль ЧСС рассматривается сегодня как один из ключевых моментов ведения пациентов с ФП при ХСН, поскольку это приводит к общему улучшению сердечной гемодинамики, а также устранению или уменьшению выраженности симптомов, возникновение которых обусловлено тахикардией.

Следует отметить, что наличие аритмий у пациентов с ХСН создает очень сложную ситуацию при подборе комплексного лечения. Поэтому в первую очередь необходимо решить вопрос о целесообразности осуществления антиаритмической терапии. Такой вопрос возник после получения результатов исследования CAST, которое показало, что активное применение антиаритмических препаратов (энкаинаида, флекаинаида) у больных с постинфарктным кардиосклерозом, ранними признаками СН и нарушениями ритма способствовало достоверному увеличению риска смерти по сравнению с пациентами из группы плацебо. В 2006 г. международные эксперты исключили из числа антиаритмических препаратов, рекомендуемых для лечения пациентов с ФП, хинидин и новокаинамид; в то же время в перечне рекомендуемых препаратов остался соталол, хотя, по данным исследования RAFAС, при длительной антиаритмической терапии он не менее опасен, чем хинидин. Таким образом, при выборе препарата для длительной антиаритмической терапии, тем более у такой сложной категории пациентов, как больные ХСН, следует руководствоваться не только эффективностью, но и безопасностью лекарственного средства, установленной в длительных рандомизированных исследованиях.



Заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Вера Иосифовна Целуйко

осветила в своем докладе проблемы, связанные с внезапной смертью у кардиологических больных.

– Застойная СН является предиктором риска внезапной кардиальной смерти (ВКС), характеризующейся внезапной остановкой кровообращения в течение часа после развития острых симптомов.

О том, что наличие ХСН значительно повышает риск не только общей смерти, но и ВКС как у мужчин, так и у женщин, свидетельствуют данные наблюдения во Фремингемском исследовании, длившемся 38 лет. Это исследование также показало, что риск ВКС увеличивается с возрастом, при этом у мужчин его уровень более высок.

Сегодня установлена четкая зависимость между выраженностью систолической недостаточности и частотой ВКС: чем ниже ФВ, тем больше вероятность развития внезапной смерти. Как правило, развитию ВКС предшествуют тяжелые нарушения ритма, прежде всего желудочковые тахикардии (ЖТ). Предикторами ЖТ, в свою очередь, в 80% случаев являются частые желудочковые экстрасистолы высоких градаций. Если рассматривать эту проблему в отношении пациентов с СН, то у больных с сохраненной ФВ увеличение частоты желудочковой эктопии перед развитием ЖТ и ВКС наблюдается далеко не всегда, тогда как при систолической СН отмечается четкая зависимость: чем выше частота желудочковых экстрасистол, тем выше риск развития ЖТ и ВКС.

Первичная профилактика ВКС – это, прежде всего, борьба с факторами риска (проведение антиишемической терапии и у пациентов с ИБС; осуществление стентирования или АКШ; прием препаратов, для которых доказано влияние на прогноз у пациентов высокого риска – ИАПФ, β-блокаторов, антагонистов альдостерона). Из перечня антиаритмических препаратов следует исключить средства, которые могут повысить риск внезапной смерти, а к таковым относятся практически все антиаритмические препараты первого ряда. Что касается амиодарона, то в исследовании GESICA получены данные о влиянии этого препарата на смертность при использовании у пациентов с СН III-IV класса по NYHA и неишемической дилатационной кардиомиопатией (КМП), тогда как в исследовании CHF-STAT применение амиодарона у пациентов с ишемической КМП не повлияло на выживаемость.

В настоящее время доказано, что при уже развившейся ВКС выживаемость пациентов достоверно повышается в случаях, когда дефибрилляция проводится первым свидетелем.

К мероприятиям вторичной профилактики ВКС относятся имплантирование кардиовертеров дефибрилляторов (наиболее эффективный метод), проведение медикаментозной антиаритмической терапии, выполнение радиочастотной абляции желудочковых нарушений ритма, выполнение реваскуляризации коронарных артерий, хирургическое лечение желудочковых аритмий.



Заведующая кафедрой внутренней медицины № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, член-корреспондент АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор

Екатерина Николаевна Амосова посвятила свой доклад вопросам диагностики и лечения одного из клинических вариантов острой СН (ОСН) – острой декомпенсации ХСН, протекающей без кардиогенного шока и отека легких. Декомпенсация ХСН составляет порядка 80% в общей структуре причин ОСН и характеризуется высокой

частотой госпитализаций и высоким уровнем госпитальной смертности.

В процессе диагностики декомпенсированной ХСН чрезвычайно важным моментом является своевременное распознавание ее гемодинамических вариантов, в тактике лечения которых имеются определенные отличия (в частности, в вопросе использования или неиспользования инфузионной терапии).

Кроме того, необходимо помнить, что примерно в половине случаев у пациентов с острой декомпенсацией ХСН отмечается повышенный уровень тропонинов, являющийся одним из независимых предикторов риска смерти таких пациентов. Отдельного обсуждения заслуживает тот факт, что величина ФВ у пациентов с ОСН влияет на исходы в гораздо меньшей степени, чем уровень тропонинов крови.

На сегодня получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что еще одним значимым фактором риска у пациентов с ОСН является терапия инотропными препаратами, в связи с чем представляется целесообразным пересмотр определенных аспектов тактики ведения таких больных.

Из методов диагностики и мониторинга больных с декомпенсированной ХСН нельзя недооценивать важность почасового контроля диуреза для мониторинга перфузии тканей и контроля эффективности проводимого лечения.

Важнейшим показателем, помогающим не только определить сроки перевода больных на ИВЛ, но и контролировать эффективность лечения, является уровень сатурации крови кислородом – SaO₂.

К сожалению, сегодня в отечественной практике недостаточно широко используется такой метод, как рентгенография органов грудной клетки, при помощи которого можно определить размеры сердца, наличие венозного застоя и выпота в плевральную полость.

Важнейшим методом диагностики при острой декомпенсации ХСН является доплер-ЭхоКГ; пациентам с ИБС показана коронарография.

Лечение пациентов с декомпенсированной ХСН на сегодняшний день остается в значительной степени эмпирическим, поскольку ни в одном из завершённых крупных клинических исследований возможность улучшения прогноза у этих больных не была продемонстрирована. В современных европейских рекомендациях дана общая схема лечения ОСН в зависимости от величины систолического артериального давления с использованием оксигенотерапии, петлевых диуретиков, вазодилаторов, инфузионной терапии (при наличии показаний), а также инотропов, вазопрессоров и внутриаортальной баллонной контрпульсации при неэффективности предшествующей терапии. После стабилизации гемодинамики пациентам с ОСН необходимо достаточно рано назначить ИАПФ и β-блокаторы. Для больных с ИБС большое значение имеет осуществление реваскуляризации коронарных сосудов. Успешность лечения пациентов с острой декомпенсацией ХСН во многом зависит от уровня квалификации врача, его интуиции и умения максимально эффективно использовать все имеющиеся в его распоряжении диагностические и лечебные методы.

Подготовила **Наталья Очеретяная**
Фото автора