

Научно-практическая конференция по хронической сердечной недостаточности

(27 ноября 2009 г., Киев)

27 ноября 2009 г. в Киевском городском центре сердца состоялась научно-практическая конференция, посвященная диагностике, медикаментозному и хирургическому лечению сердечной недостаточности (СН). В мероприятии приняли участие ведущие украинские специалисты в области клинической кардиологии, функциональной диагностики и кардиохирургии. Совместное обсуждение наиболее проблемных вопросов диагностики и лечения СН, инициируемое специалистами ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины и Киевского городского центра сердца, уже становится традицией, и это не случайно, поскольку использование мультидисциплинарного подхода и обеспечение преемственности при ведении пациентов с СН в значительной степени влияют на успех лечения.

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 ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН 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, которые накопились, развились и совершенствовались в течение как минимум двух тысячелетий.

Клинические проявления ХСН (застойные хрипы, отечный синдром, кахексия, ортопноэ), а также методика дренирования плевральной полости у пациентов с этим заболеванием были описаны еще в трудах Гиппократов, однако на протяжении многих веков изучение этого заболевания носило исключительно описательный характер. Первое описание тахикардии и внезапной

кардиальной смерти дал Гален (130-200 год н. э.). В XVII веке открытие системы кровообращения У. Гарвеем (1578-1657) явилось новым толчком для дальнейшего развития учения о СН. Позже Р. Лоуэр (1631-1691) сделал описание причинных связей между структурными изменениями сердца и симптомами застойной СН. Первую попытку описания патофизиологических процессов при СН различной этиологии сделал в своем трактате Раймон Вьессан (1641-1715). Этому же ученому принадлежит и первая иллюстрация, изображающая ревматический стеноз митрального клапана. В XVIII веке Н. Корвизар дал описание концентрической гипертрофии и дилатации ЛЖ сердца, а также клиническую характеристику трех стадий СН, а в следующем столетии уже была предложена концепция обратной (backward) СН, которая рассматривается сегодня в качестве прототипа диастолической СН.

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. прошлого века была сформирована кардиоренальная патогенетическая модель ХСН, а совершенствование внутрисосудистых методов измерения гемодинамики обусловило появление в 1970-1980-х гг. кардициркуляторной 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 контролируемых 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. нейрогуморальной 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.

На основе результатов этих исследований создавались рекомендации по лечению ХСН. 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 же антагонистов альдостерона снижает риск смерти у пациентов с ХСН еще 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 поиск более эффективных методов медикаментозного лечения больных ХСН продолжается. Особенно активно он ведется в области лечения тяжелой ХСН, где изучается эффективность антагонистов вазопрессина, антагонистов аденозина, активаторов миозина и ряда других новых агентов. Сегодня можно констатировать, что на смену бурному развитию и поиску новых путей медикаментозного влияния на течение ХСН пришли новейшие разработки в области инвазивных методов лечения, 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. Так, в исследовании CERE-HF (2005) использование бивентрикулярной ресинхронизирующей электрокардиостимуляции способствовало снижению риска смерти у пациентов с ХСН на 36%, а в исследовании SCD-HF (2005) применение ИКД позволило достоверно снизить риск смерти по сравнению с пациентами, принимавшими амиодарон или плацебо (ОР=0,77; 97,5% ДИ 0,62-0,96; p=0,007).

Таким образом, в стандарты лечения больных ХСН сегодня входят такие препараты, как диуретики, ИАПФ, БРА, бета-блокаторы и антагонисты альдостерона. У отдельных категорий пациентов целесообразным является использование дигоксина, у больных с терминальной стадией ХСН при отсутствии противопоказаний рассматривается вопрос об использовании ресинхронизирующей электрокардиостимуляции, имплантации

левожелудочковых вспомогательных устройств и, конечно, трансплантации сердца. На всех стадиях ХСН и этапах лечения этого заболевания большое внимание должно уделяться обучению пациентов, которое согласно данным последних исследований может существенно влиять на качество жизни пациентов с ХСН.

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

– Такая электрическая помпа может устанавливаться у пациентов любого соматотипа 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 возможность выиграть время до выздоровления (например, в случае миокардита). Кроме того, не исключается и вариант постоянного использования помпы.

Серьезной проблемой сегодня являются нежелательные явления, наблюдающиеся в большей или меньшей степени после установления любого электрического вспомогательного устройства. К таким эффектам относятся высокий риск повреждения форменных элементов крови и развитие тромбоэмболических осложнений, изменение концентрации свободного гемоглобина в крови, а также высокий риск возникновения инфекционных осложнений. С целью снижения риска возникновения тромбоэмболических осложнений 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 при 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 для снижения риска тромбоэмболических и инфекционных осложнений у пациентов с ХСН.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов в ходе доклада сделал акцент на роли отдельных методов диагностики в выработке 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 левого желудочка (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 фракции выброса (ФВ), конечного диастолического объема, наличие или отсутствие гипертрофии ЛЖ) 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, использующихся для диагностики СН с сохраненной ФВ. Так, вместо стандартных показателей ЭхоКГ на первый план сегодня выходят показатели, получаемые при проведении тканевой доплер-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 ЛЖ, 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.

Большой интерес участников конференции вызвал доклад **директора Киевского городского центра сердца, доктора медицинских наук, профессора Бориса Михайловича Тодурова**, посвященный проблемам трансплантации сердца и операциям, являющимся промежуточным этапом на пути к трансплантации.

— Согласно современным данным средняя продолжительность жизни пациентов после трансплантации сердца составляет 11,6 года, в некоторых развитых странах этот показатель находится на уровне 15-17 лет.

Показаниями к трансплантации сердца являются прежде всего ХСН III-IV класса по NYHA, рефрактерная к медикаментозной терапии, ФВ ЛЖ менее 25%. Очень важными показателями являются конечное диастолическое давление и степень легочной гипертензии, которые при разных значениях могут выступать как в качестве противопоказаний к операции, так и в качестве показаний к трансплантации комплекса сердце-легкие.

Перечень противопоказаний к трансплантации сердца достаточно велик. И наряду с активными инфекционными процессами, злокачественными опухолями, пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки включает значительное поражение периферических артерий, сахарный диабет с развившейся ретино-, ангио- и нефропатией, стойкую и выраженную артериальную гипертензию и другие заболевания. Поэтому подбор

пациентов для трансплантации сердца осуществляется очень тщательно. Для пациентов с высоким риском периоперационных осложнений и смерти частичной альтернативой трансплантации сердца может являться операция редукции ЛЖ по методу Батиста, заключающемуся в усечении передней стенки ЛЖ с целью уменьшения объема его полости и изменения геометрической формы сердца с шарообразной на эллипсоидную. Данная методика основана на законе Лапласа, согласно которому степень напряжения стенки напрямую зависит от ее толщины, внутреннего радиуса и давления в полости. В соответствии с этим законом работает любой гидравлический пресс, ему же подчиняется и работа сердца. Проведение объем-редуцирующей операции по указанной методике позволяет уменьшить полость ЛЖ на 20-30% и создать эллипсоидную форму сердца. В результате даже в том случае, когда не удается достичь нормального объема ЛЖ, степень напряжения его стенки значительно снижается. Хирургические вмешательства данного типа используются также и при ишемической кардиомиопатии; при этих состояниях неизбежно образование внутренних тромбов в связи с застойными явлениями в полостях желудочков сердца и появлением рубцовой ткани, являющейся тромбогенным образованием.

После приобретения достаточного опыта в проведении подобных операций специалисты центра пришли к выводу о целесообразности осуществления радикальной коррекции имеющихся дефектов в ходе одной операции, которая, помимо усечения стенки ЛЖ, включала бы устранение недостаточности атриовентрикулярных клапанов. Сегодня в центре уже выполняются такие операции, и, как показывает опыт, в результате ФВ ЛЖ увеличивается с 25% до 40%. Описанная хирургическая методика сегодня является либо мостом к трансплантации сердца, либо (в случае ишемической кардиомиопатии) частично паллиативной операцией, успех которой зависит от процентного соотношения некротизированного и жизнеспособного миокарда.

Заведующая кафедрой внутренней медицины № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Екатерина Николаевна Амосова посвятила 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 — SaO_2 .

К сожалению, сегодня недостаточно широко в отечественной практике 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 завершенных 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 бета-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.

Руководитель отдела атеросклероза ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Михаил Илларионович Лутай в своем выступлении остановился на методах диагностики и лечения переходящих регионарных нарушений сократимости ЛЖ сердца ишемической природы – состояний, наблюдающихся вследствие хронического нарушения перфузии сердечной мышцы.

– На сегодня в этой области сформулированы две концепции: оглушенного миокарда и 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 наблюдаемое у пациентов, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (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 ИМ реваскуляризация (стентирование и аортокоронарное шунтирование – АКШ) имеет большой успех и в большей степени влияет на выживаемость в случае наличия жизнеспособного миокарда в пораженных участках (метаанализ К. Allman et al., 2002).

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

О современных методах эхокардиографической оценки функции сердечных клапанов рассказал **заведующий кафедрой лучевой диагностики факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Юрий Андреевич Иванов.**

– Клапанные пороки сердца (КПС), встречающиеся с частотой 0,7-15% в различных возрастных подгруппах населения, являются одной из основных причин СН и внезапной смерти.

Наиболее распространенным приобретенным клапанным пороком сердца является митральная недостаточность, трудности первичной диагностики которой часто затруднены бессимптомным течением даже при наличии дисфункции ЛЖ и скудной или нетипичной аускультативной картиной (особенно при наличии СН и митральной недостаточности – МН).

Тяжесть МН, прогноз пациента, а также подходы к оценке и лечению МН во многом зависят от ее механизма, то есть какая именно структура митрального клапана поражена (митральное кольцо, створки клапана, сухожильные хорды, папиллярная мышца или миокард желудочка).

По результатам доплеровской сонографии МН разделяют на легкую, умеренную и тяжелую. При легкой степени тяжести МН площадь потока регургитации составляет $<4 \text{ см}^2$, соотношение площади потока регургитации и площади перегородки предсердия ЛЖ $<20\%$, ширина минимальной части сходящегося потока (vena contracta) $<0,3 \text{ см}$. При тяжелой степени МН эти показатели составляют соответственно $>10 \text{ см}^2$, $>40\%$ и $\geq 0,7 \text{ см}$.

В последние годы в практику вошел метод определения площади проксимальной струи регургитации (proximal isovelocity surface area, PISA), позволяющий оценить степень митральной регургитации с помощью таких количественных показателей, как объем регургитационного потока, фракция регургитации, эффективная площадь отверстия регургитации.

Однако даже при наличии возможности применения высокотехнологичных методов диагностики МН нельзя забывать о необходимости комплексного подхода к оценке степени ее тяжести, предполагающего использование и анализ результатов нескольких методов, в том числе физикального обследования. Это очень важный момент, поскольку тактика ведения пациентов с МН основывается на данных о степени ее тяжести.

При оценке степени тяжести КПС большую роль играет квалификация врача-функционалиста и его опыт, что позволяет учитывать многие нюансы, влияющие на достоверность диагноза.

Например, при оценке тяжести митрального стеноза с помощью такого критерия, как средний градиент давления, необходимо учитывать возможность наличия нарушений релаксации ЛЖ, а также возможное снижение этого показателя на очень поздних стадиях заболевания. Кроме того, на результаты оценки среднего градиента давления может оказывать влияние сопутствующая тахикардия или аортальная недостаточность.

Для измерения площади митрального стеноза оптимальным является метод PISA, использование которого обуславливает получение достоверных результатов даже у пациентов с нарушением релаксации ЛЖ.

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

– Как показывает клиническая практика, приблизительно 50% пациентов с симптомной СН характеризуются преимущественно диастолическими нарушениями, поэтому эффективное лечение этого состояния в значительной степени могло бы способствовать снижению смертности пациентов с ХСН в целом. Однако проблема лечения пациентов с диастолической дисфункцией активно разрабатывается относительно недавно, и ей было посвящено не так много клинических исследований. В отличие от исследований по изучению эффективности ИАПФ, БРА и бета-блокаторов у пациентов с систолической СН, многие из которых продемонстрировали хорошие результаты и стали основой для создания современных рекомендаций по лечению 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 бета-блокаторов на смертность и частоту госпитализации у таких пациентов. Таким образом, для большой группы пациентов, составляющих почти половину всех больных СН, отсутствует специфическое лечение, основанное на клинических доказательствах.

Тем не менее пути влияния на течение диастолической СН у пациентов различных категорий существуют, и их необходимо использовать. Например, уже доказана польза снижения артериального давления (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 ишемической болезнью сердца (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 состояния, должен являться еще одним веским аргументом в пользу проведения своевременной и адекватной антигипертензивной терапии.

Ректор Днепропетровской медицинской академии, академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Георгий Викторович Дзяк остановился на некоторых вопросах ведения пациентов с ХСН и ФП.

– ХСН и ФП – это два ассоциированных состояния. Согласно данным обзора EuroHeart Failure, 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 ХСН независимо от систолической функции ЛЖ (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 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 противоаритмической 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 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 новокаиnamид, 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 в ходе доклада осветила 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 женщин, свидетельствуют данные Фремингемского исследования. Это исследование также показало, что риск ВКС увеличивается с возрастом, при этом у мужчин уровень риска более высок.

На 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 80% случаев являются частые желудочковые экстрасистолы высоких градаций. Если рассматривать эту проблему в отношении пациентов с СН, то при 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 — прежде всего это 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, бета-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 функционального класса по NYHA и неишемической дилатационной кардиомиопатией (КМП), тогда как в исследовании СНF-STAT применение амиодарона у пациентов с ишемической КМП не повлияло на выживаемость.

На сегодня доказано, что при уже развившейся ВКС выживаемость пациентов достоверно повышается в случаях, когда дефибриляция 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.

Наталья Очеретяная ■