

IV конгресс (X конференция) общества специалистов по сердечной недостаточности Российской Федерации

(14-15 декабря 2009 г., Москва, Россия)

Юбилейная X конференция общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) РФ проходила под девизом: «От защиты органов-мишеней к продлению жизни. Что мы сделали за 10 лет и что нам предстоит». Форум стал своеобразным подведением итогов работы общества, которое ознаменовалось утверждением новой редакции российских рекомендаций по диагностике и лечению СН.

Вступительное слово «Нам десять лет» было предоставлено **президенту ОССН, члену-корреспонденту РАН, академику РАМН, профессору Ю.Н. Беленкову.**

— Сегодня вспоминается первый трудный период становления ОССН. Небольшая группа энтузиастов, обеспокоенных неудовлетворительным, существенно ниже мировых стандартов уровнем лечения в России больных, страдающих хронической СН (ХСН), смогла сплотиться, чтобы объединить все усилия и создать ОССН и специализированный журнал «Сердечная недостаточность».

За 10 лет вышло 106 номеров журналов «Сердце» и «Сердечная недостаточность». Опубликовано более 1300 статей, 12 обучающих модулей и самое главное — 3 проекта и 3 полных текста рекомендаций по лечению и профилактике СН. Только последний проект получил более сотни дополнений, которые прислали читатели по почте или на электронный адрес ОССН. Это стало, по сути, коллективным заинтересованным обсуждением национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН.

Докладчик выразил благодарность врачам — активным членам ОССН. Сегодня общество имеет представительство более чем в 50 регионах РФ, ежегодно проводит 60 выездных школ, что позволяет обучать в год до 2 тыс. врачей. Именно благодаря членам ОССН национальные рекомендации стали достоянием широкого круга врачей. Именно усилия врачей лежат в основе проведенных ОССН российских эпидемиологических исследований, позволивших реально оценить масштаб проблемы.

Ю.Н. Беленков выразил надежду, что врачи и впредь будут активно поддерживать совершенствование работы ОССН.

В фокусе внимания — актуальные вопросы СН

В ходе пленарного заседания «Актуальные вопросы заболеваний миокарда и ХСН» с докладами выступили признанные специалисты в области СН из России и стран СНГ. Среди обсуждавшихся тем:

- фибрилляция предсердий при заболеваниях сердца (Г.И. Сторожаков, Москва);
- место левосимендана в лечении острой СН (В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава, Москва);
- клеточные и молекулярные механизмы развития ХСН: состояние проблемы и перспективы развития (Е.В. Шляхто, Санкт-Петербург);
- горячие новости по лечению ХСН 2009 года (В.Ю. Мареев, Москва).

Существенный интерес вызвал доклад профессора Л.Г. Воронкова (Киев) «ХСН или ХНК: терминологическая дискуссия или концептуальный подход?».

Также в ходе форума прошел ряд заседаний, посвященных таким вопросам:

- диагностика ХСН;
- особенности гемодинамики и функции эндотелия;
- оценка механизмов действия препаратов, применяемых для лечения ХСН;
- современные и новые методы лечения ХСН (хирургическое, электрофизиологическое и терапевтическое лечение);
- некоронарогенные заболевания сердца.

Также был заслушан отчет правления ОССН за прошлый год.

Председателем правления ОССН на 2010 год был избран **член-корреспондент РАМН, профессор Е.В. Шляхто.**

На конгрессе обнародована новая редакция рекомендаций ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (III пересмотр).

Российские исследования по ХСН

Как показывают данные многочисленных исследований, проведенных в Европе, Австралии, США, внедрение программ обучения и амбулаторного мониторинга больных с ХСН является эффективным и экономически выгодным механизмом повышения

качества лечебной помощи. Однако эффективность функционирования подобных программ в условиях российской реальной практики начала изучаться в первом крупном российском многоцентровом исследовании ШАНС (Школа и Амбулаторное Наблюдение больных с Сердечной недостаточностью), организованном ОССН.

Исследование ШАНС

Цель исследования ШАНС – оценка влияния структурированного обучения и амбулаторного наблюдения больных с выраженной СН на клиническое состояние, показатели внутрисердечной гемодинамики, функциональный статус и качество жизни.

В исследовании ШАНС приняли участие 739 пациентов с СН III и IV ФК по NYHA различной этиологии, которые были рандомизированы в две группы – вмешательства и контроля. Обе группы были исходно сопоставимы по количеству включенных пациентов, полу, возрасту, длительности ХСН, наличию сопутствующих заболеваний, функциональному состоянию и характеру проводимого медикаментозного лечения.

С пациентами группы вмешательства во время пребывания в стационаре проводились структурированные занятия по следующим темам:

- общая информация о ХСН;
- симптомы ХСН и принципы самоконтроля;
- диета при ХСН;
- медикаментозная терапия ХСН;
- физические нагрузки при ХСН.

Также пациенты получали обучающие материалы по самоконтролю (брошюра «Жизнь с сердечной недостаточностью», «Дневник самоконтроля пациента с сердечной недостаточностью»). Обучающие материалы содержали сведения о диете, контроле веса, физической активности, правильном приеме препаратов и т.д. С пациентами группы воздействия осуществлялись регулярные телефонные контакты: первый месяц после выписки из стационара – еженедельно; еще 2 месяца – 1 раз в 2 недели; далее – 1 раз в месяц. Врач проводил контроль самочувствия пациента, отвечал на вопросы, при необходимости приглашал на дополнительный визит или госпитализировал пациента. В обеих группах были предусмотрены контрольные визиты через 12, 24 и 52 недели наблюдения.

Статистически достоверно снижалось количество госпитализаций в связи с обострением ХСН. В обеих группах к концу периода наблюдения произошло статистически достоверное увеличение дистанции, преодолеваемой пациентами в ходе теста 6-минутной ходьбы по сравнению с исходным уровнем.

Прирост пройденной дистанции был достоверно более выраженным в группе вмешательства. В течение наблюдения у пациентов обеих групп возникала необходимость усиления медикаментозной терапии ХСН, однако в группе вмешательства это происходило достоверно реже: у 63,1% пациентов против 68,6% в группе контроля. Пациентам группы контроля достоверно чаще требовалось увеличение доз диуретиков по сравнению с группой вмешательства. В исследовании ШАНС для оценки качества жизни пациентов использовались Миннесотский (MLHFQ) и Канзасский (KCCQ) опросники. Повышение качества жизни в течение периода наблюдения отмечалось у пациентов обеих групп, однако было достоверно более выражено в группе вмешательства.

К концу периода наблюдения в обеих группах отмечалась положительная динамика функционального статуса пациентов, которая была достоверно более выражена в группе вмешательства. Так, количество пациентов с I и II ФК ХСН в группе вмешательства превысило 50%. В группе контроля таких пациентов было существенно меньше – 31%, а смертность была выше, чем в группе вмешательства, хотя эта разница не достигла статистической достоверности. В группе вмешательства количество больных с клинически выраженной депрессией статистически достоверно снизилось. Частота повторных госпитализаций была достоверно ниже в подгруппе больных без депрессии, независимо от того, в какой группе (активного ведения или контроля) находились больные.

Главным итогом программы ШАНС явилось достоверное уменьшение количества повторных госпитализаций из-за обострения декомпенсации и снижение смертности больных с 13% до 8,3% ($p=0,044$). Это позволяет рекомендовать внедрение методики мультидисциплинарного воздействия на больных с ХСН в широкую медицинскую практику. Такой подход позволяет существенно снизить количество повторных госпитализаций и затраты на лечение.

В 2003 году декомпенсация стала причиной госпитализаций в стационары, имеющие кардиологические отделения, почти каждого второго больного (49%), а ХСН фигурировала в диагнозе у 92% госпитализированных в такие стационары больных. По данным исследования ФАССОН, затраты на типичного больного с ХСН в 2001 году составляли 45 рублей в сутки на одного больного. При примерной распространенности ХСН в России равной 7% (исследование ЭПОХА-ХСН, госпитальный этап, 2006) речь идет о более чем 7 млн человек и затратах 118 млрд рублей в год. Причем почти 1/3 этой суммы приходится на оплату госпитального лечения.

Так, в проекте ШАНС было показано, что внедрение обучения пациентов ХСН и организация амбулаторного мониторинга позволяет сократить расходы, связанные с повторными госпитализациями, на 40%.

Данные исследований показывают, что от 1/3 до 1/2 всех госпитализаций, особенно, происходящих в первые 3 месяца после выписки пациента из стационара, можно было бы предотвратить. Факторами риска повторных госпитализаций являются:

- недостаточное образование пациентов и лиц, осуществляющих уход;
- неадекватный контроль симптомов;
- неэффективная социальная поддержка.

Мировой опыт показывает, что для организации процесса обучения и взаимодействия с пациентом и его семьей требуется совместная работа врача и медицинской сестры. Данная форма является также оптимальной с точки зрения организации лечебного процесса в учреждениях здравоохранения.

В настоящее время продолжается исследование ШАНС-2 (Школа и Амбулаторное Наблюдение пациентов с ХСН при участии медицинских сестер).

Терапевтическое обучение больных является одним из подходов, позволяющих улучшить качество лечения в условиях практического здравоохранения и повысить качество жизни больных с ХСН.

Проект ШАНС-II предусматривает:

- проведение обучения медицинских сестер для обучения и амбулаторного наблюдения за пациентами с ХСН;
- организацию пилотного исследования в 20 регионах РФ для оценки клинической и фармакоэкономической эффективности данного метода;
- создание постоянно действующего интерактивного информационно-обучающего ресурса на сайте ОССН.

Новые возможности терапии ХСН

Даже применение современных технологий лечения ХСН не позволяет реально преодолеть эпидемию дисфункции ЛЖ и декомпенсации. По-прежнему высока заболеваемость, например, в США в год диагностируется до 700 тыс. новых случаев декомпенсации. Число повторных госпитализаций достигает 30% в первый месяц после выписки (по данным исследования IMPROVEMENT-HF). Смертность при клинически выраженной ХСН достигает 32% в год, несмотря на использование современного арсенала медикаментозных средств. Все это требует поиска новых возможностей в лечении ХСН.

Триметазидин относится к группе метаболических миокардиальных цитопротекторов. Попытки применить триметазидин в лечении больных ИБС

и ишемической дисфункцией ЛЖ делались неоднократно, хотя крупные проекты в этой области не проводили. Данные ограниченных исследований свидетельствуют о способности триметазида улучшать клиническое состояние, увеличивать толерантность к физическим нагрузкам и повышать сократимость ЛЖ у пациентов с ХСН и признаками ишемической дисфункции ЛЖ, уже получающих стандартную терапию ингибиторами АПФ и β -адреноблокаторами.

Таким образом, имеющиеся данные послужили основанием к проведению российским ОССН многоцентровой программы ПРЕАМБУЛА (научный координатор профессор В.Ю. Мареев) по изучению применения современного цитопротектора триметазида (Предуктала MR) в лечении пациентов с ХСН ишемической этиологии в условиях амбулаторной практики.

В программе ПРЕАМБУЛА приняли участие 165 врачей (терапевтов, кардиологов), работающих в условиях амбулаторной практики, из 42 городов РФ.

Основной целью программы ПРЕАМБУЛА было изучение клинической эффективности и безопасности применения триметазида пролонгированного действия (Предуктала MR) в комплексной терапии пациентов с ИБС и признаками недостаточности кровообращения в условиях реальной амбулаторной практики.

Наряду с этим ставилась задача обучения практикующих врачей принципам выявления и лечения ХСН.

В рамках исследования наблюдали 802 пациента с ХСН II-III ФК, диагностированной по Фремингемским критериям, находящихся на регулярном лечении ИАПФ, мочегонными препаратами и (при необходимости) бета-адреноблокаторами и сердечными гликозидами. У всех включенных больных была диагностирована ИБС как причина развития ХСН. Включение больных с сопутствующей АГ было возможно при цифрах АД, не превышающих 160/90 мм рт. ст.

Больные были рандомизированы в две группы: группу контроля (n=251), пациенты которой находились на общепринятой терапии ХСН, и основную группу (n=551), пациентам которой дополнительно назначался триметазидин в дозе 70 мг/сут.

Длительность наблюдения составила 24 недели. Для проведения контрольных исследований пациенты посещали врача через 3 и 6 месяцев.

В ходе исследования оценивалась динамика артериального давления, частоты сердечных сокращений, ФК ХСН, динамика показателей ЭКГ и ЭхоКГ, динамика клинического состояния по шкале оценки клинического состояния (ШОКС),

дистанции 6-минутной ходьбы, оценивалось качество жизни по Миннесотскому опроснику, проводилась глобальная оценка состояния и результатов лечения как больным, так и врачом, а также наличие побочных эффектов терапии.

Выводы программы ПРЕАМБУЛА

- Доказана клиническая эффективность триметазидина в комплексном лечении больных ИБС с признаками ХСН в условиях амбулаторной практики (II-III ФК по классификации ОССН, 2002):

- изучено положительное влияние триметазидина на динамику ЭКГ: в целом, не было изменений в доле пациентов, имеющих патологический зубец Q, процент пациентов, имеющих инверсию зубца T и смещение интервала ST более 1 мм, уменьшился в 2 раза уже через 3 месяца терапии – на 21,9% (с 44,1% до 22,2%) и на 30,6% через 6 месяцев vs 11,5% и 19,8% соответственно в группе контроля;

- отмечено улучшение клинической симптоматики ХСН по ШОКС (начиная с 12-й недели терапии): снижение баллов в группе триметазидина статистически более значимо по сравнению с контрольной – с 5,5 до 3,6 vs с 5,4 до 4,2 ($p < 0,0001$);

- уменьшение ФК ХСН: в группе триметазидина средний ФК ХСН уменьшился с 2,3 до 1,8, а для группы контроля – с 2,2 до 2,0 ($p < 0,0001$);

- увеличилась переносимость физической нагрузки: дистанция 6-минутной ходьбы увеличилась на триметазидине с 280,4 (5,1) до 353,3 (5,9) метров vs с 276,1 (8,7) до 317,9 (14,3) метров в группе контроля ($p < 0,0001$).

- Подтверждена безопасность и высокая клиническая переносимость терапии триметазидином пациентов с ИБС и признаками недостаточности кровообращения.

- Доказаны кардиопротективные возможности триметазидина в силу улучшения как клинических, так и гемодинамических параметров.

- Добавление триметазидина к стандартной терапии позволяет более значимо улучшить качество жизни пациентов с ИБС и признаками ХСН: разница в баллах для Предуктала MR составила 8,9 балла, в то время как для контроля – 1,8 балла ($p < 0,0001$).

- Целесообразно добавлять триметазидин к стандартной терапии пациентов с ИБС и сопутствующей ХСН с целью замедления прогрессирования СН и улучшения клинико-функционального состояния пациентов (достоверно уменьшается тяжесть и ФК ХСН).

Комментарий

Результаты исследования ПРЕАМБУЛА показали, что триметазидин (Предуктал MR) оказывает

прямое противоишемическое действие, не обусловленное гемодинамическими изменениями. О пользе применения триметазидина при СН могут свидетельствовать следующие аргументы.

Во-первых, большинство пациентов с СН страдает ИБС, которая способствует развитию и прогрессированию нарушений кровообращения. Эффективность триметазидина пролонгированного действия при ИБС доказана – препарат рекомендован российскими и международными экспертами для лечения стабильной стенокардии. Во-вторых, несмотря на признанную нейрогормональную теорию развития СН, не потеряла своей актуальности гипотеза истощения энергии для сокращения и расслабления сердечной мышцы. При ХСН отмечаются грубые нарушения метаболизма кардиомиоцитов. В настоящее время доказано, что нарушение окисления углеводов и повышение скорости окисления жирных кислот вносят вклад в нарушение сократительной функции миокарда и прогрессирование СН. И в-третьих, несмотря на оптимальную лекарственную терапию, СН остается состоянием, сопровождающимся высокой частотой госпитализации и смертности.

По мнению большинства экспертов, многие больные не получают оптимального рекомендуемого лечения. У этих больных часто бывает трудно достичь рекомендованной дозы ИАПФ и/или бета-адреноблокаторов. Поэтому существует явная необходимость в аддитивном (дополняющем) цитопротективном лечении, которое при высокой переносимости способно замедлять прогрессирование СН и улучшать функцию ЛЖ.

Олег Мазуренко ■