

Хроническая сердечная недостаточность как мультидисциплинарная проблема

14-15 апреля в г. Киеве состоялась I научно-практическая конференция Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности – знаковое событие в отечественной кардиологии.

Форум собрал кардиологов, терапевтов, семейных врачей, интересующихся новейшими разработками и технологиями в лечении пациентов с сердечной недостаточностью (СН). Мероприятие было организовано при поддержке и непосредственном участии Ассоциации кардиологов Украины, Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, Министерства здравоохранения Украины и Национальной академии медицинских наук Украины. Активное участие в конференции приняли ведущие зарубежные и отечественные фармацевтические компании, главными информационными спонсорами выступили Издательский дом «Здоровье Украины» и «Украинский кардиологический журнал».

В работе конференции приняли участие известные ученые и организаторы здравоохранения в области кардиологии, терапии и семейной медицины. Большая подготовительная работа по организации конференции была проведена президентом Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности, доктором медицинских наук, профессором Л.Г. Воронковым.



Открыл конференцию президент Ассоциации кардиологов Украины, главный кардиолог МЗ Украины, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор В.Н. Коваленко, который охарактеризовал современные аспекты научного поиска и клинической практики.

– Развитие кардиологии в Украине идет в соответствии с основными мировыми тенденциями. И естественным является тот факт, что, активно изучая и развивая различные направления диагностики и лечения патологических состояний сердечно-сосудистой системы, медицинская общественность Украины пришла к решению объединить усилия путем создания Ассоциации специалистов по сердечной недостаточности, и настоящая научно-практическая конференция является закономерным итогом данного этапа работы ассоциации.

СН является очень актуальной проблемой, что связано в первую очередь с увеличением количества пожилых людей в структуре населения нашей страны, появлением новых требований к улучшению качества жизни и новых методов ведения пациентов с СН. За последние 10 лет механизмы развития СН были более глубоко изучены, основными причинами указанной патологии сегодня являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и возрастные инволюционные процессы, тогда как ранее таковыми были по большей части пороки сердца.

Появление большого количества групп препаратов, применяющихся в лечении СН, позволило значительно расширить возможности повышения качества жизни пациентов и индивидуализировать терапию, что очень важно, учитывая полиморбидность при СН. Однако, несмотря на явный прогресс, существуют проблемы, связанные с недостаточностью ранней диагностики СН, плохим мониторингом пациентов с этим заболеванием на уровне первичного звена и недостаточное использование инструментальных методов диагностики и лечения.

Большую роль в лечении пациентов с СН играют терапевты и семейные врачи. Именно этот этап оказания медицинской помощи является ключевым; таким образом, тот факт, что в конференции принимают участие большое количество врачей первичного звена, имеет важное значение для улучшения качества оказания помощи пациентам с СН.

В ряде докладов была затронута тема коморбидности при СН. Доклад ректора Днепропетровской государственной медицинской академии, академика НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Г.В. Дзяка был посвящен хронической СН (ХСН) и проблеме коморбидности в клинике внутренних болезней.

– Последние десятилетия ознаменовались революционными явлениями в практической медицине: появлением высокоточной рентгенологической компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, лабораторных технологий и развитием доказательной медицины, достижения которой стали доступны практическим врачам.



Все больше внимания уделяется состояниям с сочетанием двух и более заболеваний у одного пациента. Существование болезней нередко в работах отечественных авторов описывается как сочетанные, сопутствующие, фоновые, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной литературе чаще применяют термины «коморбидные заболевания или состояния», «коморбидность», «мультиморбидность». Коморбидность

(от лат. со – вместе, morbus – болезнь) – существование двух и более заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени.

В Международной классификации болезней присутствует ряд компромиссов между классификациями, основанными на этиологии, анатомической локализации, обстоятельствах возникновения болезни и т. д. В качестве основного определяется диагноз, на долю которого приходится большая часть использованных при лечении и обследовании ресурсов в рамках данного эпизода обращения за медицинской помощью. В ряде разделов МКБ-10 наблюдается отступление от нозологического принципа в пользу синдромного. Так, в графу основных болезней на первую строчку диагноза, вытесняя причины своего развития, помещаются инфаркт миокарда (ИМ), фибрилляция предсердий, ХСН и желудочно-кишечные кровотечения. Причинно-следственные отношения отступают на второй план. Тем не менее нозологическая идентификация болезней является основополагающей, поскольку она решает задачи лечения и предупреждения заболевания, а не статистического подсчета и классификации пациентов.

Наличие сопутствующей патологии негативно влияет на течение и исход заболеваний. Коморбидные заболевания, особенно ССЗ, на 78% повышают смертность при СД 2 типа. ИБС у больных с ревматоидным артритом развивается на 10 лет раньше, чем у лиц с остеоартрозом; наблюдаются частые рецидивы ИМ и высокая смертность.

С.Н. Коваль и соавт. (2010) в одной из своих работ показали, что у 90,4% больных АГ имеют место ИБС, цереброваскулярные заболевания, патология суставов; при этом 73,2% больных были трудоспособного возраста. У одного пациента в среднем встречается 2,3 заболевания внутренних органов, однако 36,6% семейных врачей при назначении терапии не учитывают коморбидные состояния.

Коморбидность представляет собой серьезную проблему, так как лечение нескольких заболеваний требует увеличения расходов и представляется затруднительным в условиях узкой специализации лечебно-профилактических учреждений и подразделений. У пациентов с СД наличие сопутствующих заболеваний значительно повышает использование медицинских ресурсов.

Современной терапии присуща агрессивность. Такое лечение предполагает не только применение интервенционных технологий, использование высоких доз препаратов, но и возможность торможения и обратного развития патологических изменений, что означает реальный контроль над хроническими заболеваниями. Однако пока не удается создать препараты, лишенные побочных эффектов, а сочетанные заболевания требуют назначения большого числа медикаментов, что, соответственно, повышает риск ятрогенных осложнений. Поэтому при ведении пациента врач обязан выделить приоритетную направленность терапии.

Коморбидные заболевания требуют отдельного лечения и уменьшают приверженность пациентов к терапии. По сравнению с пациентами без сопутствующих болезней использование антигипертензивных препаратов значительно уменьшается у лиц с сопутствующей патологией: легочной – на 57%, депрессией – на 50%, гастроинтестинальными расстройствами – на 41%, остеоартрозом – на 37%. Причинами нарушения приверженности к лечению могут выступать нарушение режима, побочные действия лекарств, боязнь привыкания и т. д.

Таким образом, коморбидность является сложным комплексным состоянием, все чаще встречающимся в современных условиях. Успешную диагностику и лечение может проводить только думающий, знающий свое дело, внимательный врач, который, основываясь на принципах доказательной медицины, с учетом всех патологических изменений в организме человека назначит оптимальную терапию.

Научный руководитель отдела сердечной недостаточности ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН



Украины, президент Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности, доктор медицинских наук, профессор Л.Г. Воронков рассмотрел вопрос о сочетании ХСН с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) и особенностях ведения таких пациентов.

– По данным различных исследований, распространенность ХОЗЛ среди пациентов с СН составляет от 20 до 50%, по данным отечественного

наблюдения – около 30%. Клинические проблемы у таких пациентов связаны с диагностическими сложностями, ухудшением качества жизни, отягощением клинического прогноза, трудностями в реализации стандартов лечения. В подобных случаях необходима особая тактика ведения пациентов, поскольку прогноз при таком сочетании патологических состояний резко ухудшается. В качестве одной из причин более тяжелого прогноза пациентов с ХСН в сочетании с ХОЗЛ рассматривается относительно частое неназначение им β-блокаторов. В исследовании НЕБОСВОД (НЕБиволол в лечении пациентов с ХСН и сопутствующими Обструктивными заболеваниями Органов Дыхания) с участием 6 клинических центров Украины тестировалась гипотеза о том, что длительный прием небиволола является не только клинически и гемодинамически эффективным, но и безопасным у пациентов со стабильной ХСН (NYHA II-III), фракцией выброса левого желудочка <45% и сопутствующим ХОЗЛ I-II стадии. Исследование показало, что применение у этих больных небиволола в достаточно высокой средней поддерживающей суточной дозе (7,3 мг) на протяжении 12 нед сопровождается выраженной статистически достоверной благоприятной динамикой таких параметров, как частота сердечных сокращений (урежение в среднем на 16 уд/мин), фракция выброса левого желудочка (увеличение 41 до 44%), дистанция 6-минутной ходьбы (увеличение в среднем на 46 м). Наряду с этим не наблюдалось существенной динамики объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФV₁) и отношения ОФV₁ к форсированной жизненной емкости легких.



Один из круглых столов в рамках конференции был посвящен лечению постинфарктной СН. Выступивший на мероприятии профессор кафедры внутренних болезней и общей практики – семейной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук А.Э. Багрий уделил внимание стратегии лечения постинфарктных больных с клинической и доклинической ХСН. Докладчик отметил, что лечебные мероприятия у постинфарктных больных объединяют ряд стратегических подходов, а именно: устранение или коррекцию факторов риска (курение, употребление алкоголя, ожирение, гиподинамия, чрезмерное употребление поваренной соли и воды, АГ, гипер- и дислипидемия, СД); пролонгированную медикаментозную терапию с использованием различных классов медикаментозных средств, направленную на профилактику ИМ и снижение сердечно-сосудистой смертности; в случае необходимости применение реваскуляризационных методов.

Лечение постинфарктной ХСН должно быть комплексным и включать целый ряд препаратов различных фармакологических групп. В первую очередь это β-адреноблокаторы, сартаны, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), диуретики. Ко 2-й линии можно отнести ивабрадин, статины, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. Препаратами 3-й линии являются сердечные гликозиды, нитраты, антиагреганты, варфарин, антиаритмические средства и др.

Доклад «Клинико-патогенетические особенности СН при СД 2 типа» представил руководитель отдела атеросклероза и ишемической болезни сердца ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор В.И. Волков.

В настоящее время выделяют специфическую диабетическую кардиомиопатию. В фокусе большинства исследований, посвященных диабетической кардиомиопатии и СН, находятся специфические метаболические изменения,



обусловленные гипергликемией, инсулинорезистентностью, дисрегуляцией липидного метаболизма, повышением уровней циркулирующих свободных жирных кислот или комбинацией этих и других метаболических сдвигов. Однако перечисленные факторы в той или иной степени задействованы и в патогенезе недиабетической СН. При сравнении метаболических нарушений нами установлена разная степень ассоциации гиперинсулинемии и инсулинорезистентности, повышения уровней свободных жирных кислот с прогрессированием СН у лиц с СД и без данной патологии. Согласно нашим данным,

диабетическая СН характеризуется также определенными особенностями иммуновоспалительной активации. В руководстве Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации по изучению диабета 2007 г. лечение СН у больных диабетом должно складываться из таких составляющих, как адекватный контроль гликемии, использование ИАПФ и сартанов, β -блокаторов, диуретиков и антагонистов альдостерона. Исследования последнего десятилетия дали основания полагать, что арсенал лечебных средств для лечения коронарной СН, особенно сопряженной с СД, может быть дополнен статинами. Предполагается, что статины могут быть полезными у таких пациентов в предупреждении прогрессирования умеренной СН, тогда как их использование при тяжелой СН считается запоздавшим и нецелесообразным.



Член правления Европейского общества кардиологов, научный руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко в докладе «Острая сердечная недостаточность: диагностика и лечение (алгоритмы)» более подробно остановился на вопросах эпидемиологии, диагностики и лечения острой СН (ОСН).

ОСН — гетерогенный синдром с острым началом или быстрым прогрессированием признаков и симптомов требующей неотложной терапии СН, проявлениями которого могут быть острая декомпенсация ХСН, кардиогенный шок, отек легких, правожелудочковая ОСН, ОСН при АГ и синдроме высокого сердечного выброса.

Изучение ОСН связано со следующими причинами. Ежегодно госпитализируется свыше 1 млн пациентов с данным заболеванием, при этом госпитализации по поводу декомпенсированной ОСН остаются одними из самых затратных для здравоохранения. Повторные госпитализации составляют в среднем 20% за 30 дней и 50% за 6 мес, летальность — 11,6% за 30 дней и 33,1% за 12 мес.

В то же время большинство проводимых клинических исследований фокусируются на вопросах амбулаторного лечения ОСН, изучении систолической дисфункции, и очень мало внимания уделяется критериям госпитализации, лечению декомпенсированной ОСН, диастолической дисфункции при ОСН.

Для правильной оценки и лечения декомпенсированной ОСН необходимо помнить, что, согласно данным нескольких европейских регистров, это состояние, как правило, развивается у лиц преклонного возраста (старше 70 лет), более чем у 60% больных ранее уже отмечались симптомы СН. У большинства пациентов с ОСН в анамнезе имеются ИБС, АГ, нарушения ритма и проводимости, СД, почечная недостаточность, ХОЗЛ, медикаментозная терапия с использованием ИАПФ, БРА, диуретиков, β -адреноблокаторов и дигоксина. Несмотря на предшествующее лечение, уровень летальности таких пациентов остается достаточно высоким. Критерии оценки терапии декомпенсированной ОСН должны основываться на обратной динамике таких показателей, как симптомы в покое, набухание шейных вен, хрипы, отеки, давление заклинивания в легочных капиллярах или сердечный выброс, уровень BNP, ЭхоКГ-признаки (митральная регургитация или давление в легочной артерии).

Неотложные мероприятия при ОСН базируются на таких принципах, как поддержание адекватной оксигенации тканей методом обеспечения доступа кислорода в легкие, облегчения акта дыхания до искусственной вентиляции легких; купирование болевого синдрома; коррекция гемодинамики, снижение периферического сопротивления, уменьшение пред- и постнагрузки; нормализация объема циркулирующей жидкости, стабилизация уровня артериального давления

и нормализация адекватной перфузии органов; стимуляция работы сердца с целью увеличения ударного и минутного объема циркуляции.

Следует помнить, что при стандартной терапии у больных декомпенсированной ОСН отмечается ухудшение функции почек даже на фоне невысоких доз петлевых диуретиков. На протяжении госпитального периода скорость клубочковой фильтрации достоверно снижается, а количество пациентов со скоростью клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м² увеличивается. У многих больных отмечается повышение уровня креатинина. В этом случае необходимо тщательно контролировать объем жидкости, поступающей в организм, проводить контроль артериального давления (на фоне терапии вазодилаторами), ограничивать потребление соли, регулярно осуществлять исследование функции почек (на предмет выявления протеинурии, интерстициального нефрита). В этих случаях необходимо рассмотреть назначение вазодилаторов и инотропных лекарственных средств, а также проведение ультрафильтрации.

Участники круглого стола «Клиническая судьба пациента с ХСН в эпоху современной фармакотерапии: возможно ли ее дальнейшее улучшение?»



обсуждали возможности улучшения лечения СН с помощью новых лекарственных препаратов. В рамках этого мероприятия выступил профессор Л.Г. Воронков, который посвятил доклад вопросам нормализации частоты сердечных сокращений (ЧСС) у пациентов с ХСН.

— Развитие сердечно-сосудистого континуума связано с факторами риска, такими как АГ, гиперинсулинемия, дислипидемия, СД, курение, которые, в свою очередь, создают условия для формирования атеросклероза, ишемии и ИБС. В дальнейшем происходит разрыв атеросклеротической бляшки, развиваются тромбоз и, как следствие, ИМ; отмечаются ухудшение сократительной функции сердца, дилатация и ремоделирование камер сердца, в результате чего прогрессирует СН.

Механизм компенсации осуществляется на трех основных уровнях — кардиальном, сосудистом и почечном. На уровне сердца происходит увеличение ЧСС и повышение сократимости миокарда, формирование гипертрофии, на сосудистом — вазоконстрикция, на почечном — задержка натрия и воды.

Не приуменьшая значимости других механизмов компенсации, хотелось бы более подробно остановиться на регуляции ЧСС. По нашим наблюдениям, в группе пациентов со значениями ЧСС <75 уд/мин к концу 36-го месяца наблюдения выжили более 75%, в то время как в группе больных с ЧСС >75 уд/мин — менее половины.

Появление в клинической практике блокатора f-каналов ивабрадина позволило расширить пути нормализации ЧСС у пациентов с ХСН и сохраненным синусовым ритмом. Отрицательный хронотропный эффект ивабрадина не сопряжен ни с угнетением инотропной и лизитропной (активное расслабление) функций сердца, ни с влиянием на синоатриальную, внутрипредсердную и атриовентрикулярную проводимость. В силу высокой избирательности фармакодинамического действия препарат лишен влияния на уровень АД, тонус коронарных сосудов, функцию внешнего дыхания. По данным мультицентрового международного исследования SHIFT, у гемодинамически стабильных пациентов с ХСН, систолической дисфункцией ЛЖ и синусовым ритмом с частотой >70 уд/мин, леченных клинически оптимизированными дозами нейрогуморальных антагонистов и диуретиков в соответствии с действующими рекомендациями, дополнительное, в среднем примерно на 10 уд/мин, замедление ЧСС с помощью длительного приема ивабрадина ассоциировалось с отчетливым статистически достоверным снижением риска смерти и госпитализаций, обусловленных СН.

Член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой внутренней медицины № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Екатерина Николаевна Амосова посвятила доклад вопросам нормализации ЧСС у пациентов с ХСН, показав эффективность добавления в схему лечения ивабрадина на примере



крупных зарубежных исследований и собственного опыта.

— В исследовании SHIFT добавление ивабрадина к стандартному лечению сопровождалось снижением ЧСС на 15 уд/мин как в общей группе больных, так и в подгруппе пациентов, получавших $>50\%$ целевой дозы β -адреноблокаторов. Мы предположили, что ивабрадин может быть присущ дополнительный, независимый от эффекта замедления ЧСС, кардиопротекторный эффект.

Мы провели исследование, в котором сопоставили пациентов в 2-х группах. В одной группе пациенты принимали бисопролол, а в другой сочетание бисопролола (в половинной дозе) с ивабрадином. Указанные пациенты имели ИБС, стабильную стенокардию I-II функционального класса (ФК), ФВЛЖ $<45\%$ и синусовый ритм более 65 уд/мин.

После 2 мес лечения ЧСС в покое снизилась у пациентов обеих групп: с $76,6 \pm 4,6$ до $59,3 \pm 2,5$ уд/мин ($p < 0,001$) в основной группе и с $75,9 \pm 3,0$ до $60,5 \pm 2,3$ уд/мин ($p = 0,002$) в контрольной. В основной группе достоверно ($p = 0,037$) большее количество пациентов перешло из II ФК в I ФК по NYHA в отношении стабильной стенокардии — 29 и 9% соответственно. Пройденное расстояние и толерантность к физической нагрузке в сравнении с исходными показателями в основной группе достоверно увеличились ($p = 0,004$), тогда как в контрольной группе подобной динамики не наблюдалось. Мы также наблюдали у пациентов с ХСН и систолической дисфункцией ЛЖ, синусовым ритмом, имеющим ЧСС в покое более 70 уд/мин, улучшение функционального состояния миокарда ЛЖ и достоверное уменьшение уровня NT-pro-ANP в 2 раза при добавлении к стандартному лечению ивабрадина.

Таким образом, для достижения целевой ЧСС (около 65 уд/мин — 60-70) пациентам с ИБС и некоронарогенными заболеваниями миокарда с синусовым ритмом, больным с ЧСС в покое >70 уд/мин на фоне максимально переносимой дозы β -адреноблокаторов или при их непереносимости может быть показано назначение ивабрадина в дополнение к стандартной терапии.

Таким образом, для достижения целевой ЧСС (около 65 уд/мин — 60-70) пациентам с ИБС и некоронарогенными заболеваниями миокарда с синусовым ритмом, больным с ЧСС в покое >70 уд/мин на фоне максимально переносимой дозы β -адреноблокаторов или при их непереносимости может быть показано назначение ивабрадина в дополнение к стандартной терапии.

Научный руководитель отдела аритмий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор О.С. Сычев обосновал применение сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов с СН.



— СРТ, несомненно, является одним из передовых методов лечения тяжелой СН и позволяет значительно снизить смертность у тяжелых больных с данной патологией. Эффективность СРТ при СН патогенетически обоснована, поскольку восстановление прибрежной к физиологической последовательности активации миокарда ведет к обратному его ремоделированию, что проявляется улучшением сократимости, уменьшением парадоксального движения межжелудочковой перегородки, уменьшением объема сердца, увеличением сердечного выброса и, соответственно, ведет к улучшению клинического состояния больного СН.

Современные международные рекомендации по СРТ у пациентов с СН 2010 г. являются документом с четкой клинической направленностью. В рекомендациях аргументированы современные подходы к применению СРТ в зависимости от функционального класса СН по NYHA, наличия фибрилляции предсердий; преимущество в имплантации устройства с дополнительной функцией дефибриллятора в ряде клинических ситуаций.

В настоящий момент проводится предварительная работа Ассоциации аритмологов Украины и Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности, которые входят в состав Ассоциации кардиологов Украины (АКУ). Эту работу координируют рабочие группы АКУ по данным направлениям. Поэтому представляется целесообразным обсудить проект отечественных рекомендаций по СРТ при СН на конференции «Интервенционные и медикаментозные подходы к лечению нарушений ритма сердца», которая состоится 26-27 мая в ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, и утвердить подготовленный проект на XII Национальном конгрессе кардиологов Украины в сентябре. Принятие данного документа в Украине необходимо, так как СРТ пока не достаточно, но все же используется с каждым годом все шире. Так, в 2010 г. в 7 центрах нашей страны было имплантировано 46 СРТ-устройств. Этого, конечно, недостаточно в масштабах страны с населением более 46 млн человек, однако активизация работы по более широкому использованию СРТ необходима, поскольку будет способствовать снижению частоты госпитализаций и смертных исходов среди больных СН в целом, а главное, даст возможность помочь конкретному пациенту: уменьшить симптомы болезни и продлить его жизнь.

Подготовил **Владимир Савченко**