

Новости конгресса Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов (HFA-ESC 2012, 19-22 мая, г. Белград, Сербия)

Новое в диагностике сердечной недостаточности

В 1933 г. Томас Льюис утверждал: «Высшей сутью кардиоваскулярной практики является выявление ранней сердечной недостаточности». Это положение справедливо и сегодня, несмотря на достижения в области диагностики.

Одним из главных событий конгресса HFA-ESC 2012 стала презентация нового руководства по ведению пациентов с сердечной недостаточностью (СН). Обновленный документ содержит подробный алгоритм диагностики СН, при этом особое внимание уделено диагностическому процессу в различных клинических ситуациях.

В рекомендациях указывается, что процесс диагностики СН начинается с обращения пациента к врачу, часто с неспецифическими жалобами. СН следует подозревать у всех больных с одышкой и общей слабостью, особенно у лиц пожилого возраста с поставленным конкурирующим диагнозом.

Для установления диагноза СН у пациента должны быть симптомы, позволяющие заподозрить это заболевание, плюс объективные доказательства структурных и/или функциональных нарушений со стороны сердца. При СН со сниженной фракцией выброса (ФВ) последняя является ведущим кардиальным симптомом. Для диагностирования СН с сохраненной ФВ необходимо наличие гипертрофии левого желудочка (ЛЖ)/расширения левого предсердия и/или диастолической дисфункции в сочетании с нормальной или незначительно сниженной ФВЛЖ и нерасширенным ЛЖ.

У пациентов с острым развитием или быстрым усугублением признаков СН и у больных с постепенным ухудшением состояния, не имеющих острых симптомов, диагностические алгоритмы различаются. При наличии признаков быстрого снижения сердечной функции после электрокардиографии (ЭКГ) или рентгенографии грудной клетки в ближайший период или urgently (у пациентов с шоком или глубоким нарушением гемодинамики) проводится эхокардиография (ЭхоКГ). В зависимости от клинической ситуации и возможностей местной лаборатории перед ЭхоКГ можно определить сывороточные уровни натрийуретических пептидов. Если данные показатели ниже пограничных значений (мозговой натрийуретический пептид – BNP <100 пг/мл, N-терминальный фрагмент предшественника мозгового натрийуретического пептида – NTproBNP <300 пг/мл, среднерегионарный фрагмент предшественника предсердного натрийуретического пептида – MRproANP <120 пмоль/л), наличие у пациента диагноза СН маловероятно (об этом также будет свидетельствовать нормальная ЭКГ-картина). В таких ситуациях ЭхоКГ можно не проводить, более продуктивным будет поиск некардиальных причин ухудшения состояния больного.

Пациентов без острых симптомов обследуют амбулаторно, обычно в условиях первичного звена медицинской помощи, где доступность ЭхоКГ ограничена. Больных с инфарктом миокарда в анамнезе можно сразу направить на ЭхоКГ. В остальных случаях для отбора пациентов, которым для подтверждения или исключения диагноза показано проведение ЭхоКГ, в данной когорте больных сначала следует провести ЭКГ и определить уровни (NTpro)BNP в сыворотке. При наличии нормальной ЭКГ и показателей натрийуретических пептидов ниже пограничного значения 125 пг/мл для NTproBNP и 35 пг/мл для BNP диагноз СН маловероятен, при этом нет необходимости в проведении ЭхоКГ.

У всех пациентов с диагнозом СН должна быть установлена этиология заболевания.

Имплантируемые устройства при сердечной недостаточности

Новое руководство по диагностике и лечению СН содержит последние рекомендации ESC по использованию устройств (имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора – ИКД и кардиальной ресинхронизирующей терапии – КРТ) у пациентов с хронической систолической СН. Этот документ включает доказательные данные, полученные в недавно завершившихся клинических исследованиях, и является усовершенствованной версией руководства ESC, опубликованного в 2010 г.

В новых рекомендациях подробно описано применение ИКД в первичной (у пациентов с симптомной СН (II-III класс по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца – NYHA) и ФВ $\leq 35\%$) и вторичной профилактики (у больных, переживших остановку сердца, и у лиц со стойкими симптомными желудочковыми аритмиями), при этом подчеркивается значимость желудочковых дисритмий, вызывающих внезапную смерть у пациентов с СН. Примерно в половине случаев летальный исход у таких больных наступает внезапно, причем этот вид смерти чаще всего встречается у лиц с более легкими симптомами. Как и в предыдущей версии руководства, рекомендации относительно применения ИКД для первичной и вторичной профилактики у пациентов, которым она показана, присвоен наивысший класс – I, A.

Рекомендации по применению КРТ разделены на две категории: основанные на убедительных доказательствах и базирующиеся на менее определенных данных. Результаты двух недавно завершившихся клинических исследований (MADIT-CRT и RAFT) подтвердили пользу от применения КРТ у больных с легкими симптомами СН (II класс по NYHA). Эффективность КРТ у пациентов с более тяжелыми симптомами была продемонстрирована в предыдущих исследованиях.

На сегодня существует консенсус, что больные, у которых ожидаемая продолжительность жизни с хорошим функциональным статусом составляет >1 года, должны получать КРТ, если они имеют синусовый ритм, низкую ФВЛЖ (<30%), значительное удлинение комплекса QRS (150 мс) и блокаду левой ножки пучка Гиса на ЭКГ, независимо от тяжести симптомов (I, A). При отсутствии последнего критерия для назначения КРТ требуется более широкий комплекс QRS (>150 мс) (IIa, A).

Доказательства относительно применения КРТ у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и у больных с традиционными показаниями к кардиостимуляции менее убедительные. При ФП проведение КРТ может рассматриваться у пациентов

с II функциональным классом (ФК) по NYHA или с IV амбулаторным классом при ширине QRS >120 мс и ФВ $\leq 35\%$, у которых ожидаемая продолжительность жизни с хорошим функциональным статусом составляет >1 года, при этом целью КРТ является профилактика усугубления СН (IIb, C). В рекомендациях подчеркивается значимость адекватного контроля частоты сокращения желудочков с помощью фармако-терапии или путем абляции атриовентрикулярного узла.

В отношении пациентов с традиционными показаниями к кардиостимуляции в руководстве указывается, что КРТ может проводиться у больных III-IV ФК с ФВ $\leq 35\%$ независимо от ширины комплекса QRS (IIa, C), а также у пациентов с II ФК по NYHA с ФВ $\leq 35\%$ независимо от ширины комплекса QRS в целях профилактики усугубления СН вследствие индуцированной стимуляцией пролонгации межжелудочкового проведения (IIb, C).

Существуют пациенты – потенциальные кандидаты на проведение КРТ, для которых имеющаяся доказательная база является недостаточной, чтобы сделать четкие рекомендации. Неизученной остается эффективность перехода от ранее имплантированного ИКД или пейсмекера к КРТ у некоторых категорий больных. В настоящее время изучается роль КРТ у пациентов с узким комплексом QRS и механической диссинхронией, верифицированной с помощью визуализирующих методов.

Интересно, что до сих пор в клинических исследованиях не получены адекватные доказательства, на основании которых можно было бы сделать четкие рекомендации относительно того, какому устройству КРТ в той или иной ситуации следует отдать предпочтение – с пейсмекером или дефибриллятором (за исключением того, что устройства с ИКД-компонентом явно предпочтительнее у больных с высоким риском аритмической смерти, особенно у пациентов молодого возраста). В отсутствие доказательств, полученных в рандомизированных клинических исследованиях, клиницистам, принимающим это зачастую непростое решение, рекомендуется учитывать биологический возраст больного и прогноз заболевания, тяжесть симптомов, наличие сопутствующих заболеваний и финансовые возможности.

Иницировано ключевое исследование по лечению сердечной недостаточности

Имплантируемое устройство CardioFit, осуществляющее электростимуляцию блуждающего нерва, продемонстрировало долгосрочную безопасность у пациентов с СН.

Несмотря на последние достижения в лекарственной терапии и постоянное совершенствование имплантируемых устройств, пятилетняя выживаемость пациентов с СН III-IV класса по NYHA составляет менее 50%. Очевидно, что кардинально изменить сложившуюся ситуацию можно только с помощью инновационных подходов к лечению СН.

До недавнего времени считалось, что СН представляет собой дисбаланс вегетативной нервной системы, который характеризуется перегрузкой ее симпатического и ослаблением парасимпатического отделов. По словам сербского ученого Горана Миласиновича, ведущего автора представленного на HFA-ESC-2012 исследования, в арсенале клиницистов есть несколько препаратов, блокирующих эффекты перегруженной симпатической нервной системы, однако безопасные способы стимуляции парасимпатической нервной системы до настоящего времени отсутствовали.

Принцип работы устройства CardioFit основывается на идее всемирно известного американского кардиолога Юджина Браунвальда (1967) о положительном влиянии стимуляции блуждающего нерва у пациентов с СН. Устройство состоит из трех компонентов: сенсорного электрода, имплантируемого в правый желудочек; небольших размеров силиконовой манжеты с электродами, которая имплантируется вокруг п. vagus и генерирует электрические стимулы; и стимулятора, соединенного с другими компонентами и имплантируемого в подкожный карман правого отдела грудной клетки.

В апреле прошлого года были опубликованы результаты исследования, в котором оценивались возможности устройства CardioFit (EHJ, 2011; 32: 847-855). Испытание с участием 32 пациентов из Германии, Италии, Нидерландов и Сербии показало значительное улучшение таких показателей: класса качества жизни по NYHA ($p < 0,001$), результатов теста с 6-минутной ходьбой ($с 411 \pm 76$ до 471 ± 111 м), ФВЛЖ ($с 22 \pm 7$ до $29 \pm 8\%$) и систолического объема ЛЖ ($p = 0,02$). Эти данные указывали на то, что CardioFit может вызывать обратное ремоделирование сердца.

По представленным на конгрессе последним данным по безопасности, за 80 пациенто-лет терапии CardioFit не зафиксировано ни одного случая некорректной работы устройства. Средний срок службы батареи составил $3,7 \pm 0,9$ года; у 7 пациентов проведена замена устройства без осложнений. Кроме того, не наблюдалось какого-либо взаимодействия CardioFit с другими имплантированными устройствами, такими как ИКД.

В исследовании INNOVATE HF, инициированное в апреле текущего года, планируется включить 650 пациентов с ФВ <40% и персистирующими симптомами СН III класса по NYHA, которые будут рандомизированы в соотношении 3:2 для имплантации CardioFit и получения оптимальной лекарственной терапии или только оптимальной лекарственной терапии. Как пояснил доктор Г. Миласинович, этот тип исследования не может быть «слепым», так как пациенты ощущают стимуляцию. Отбор участников будет проводиться в 40 клинических центрах США и 10 центрах стран Европы. Первичная конечная точка исследования является комбинированной и включает общую смертность больных плюс случаи незапланированной госпитализации по поводу СН. Отбор пациентов планируется завершить до конца 2012 г., окончательные результаты ожидаются в 2018 г.

Официальный сайт конгресса: <http://www.escardio.org/congresses/hf2012>

Подготовил **Алексей Терещенко**