

Современные аспекты лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью

С 26 по 28 сентября в Национальном центре делового и культурного сотрудничества «Украинский дом» (г. Киев) состоялось заседание XIII Национального конгресса кардиологов Украины, организаторами которого выступили Министерство здравоохранения Украины, НАН и НАМН Украины, Национальный научный центр «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, Ассоциация кардиологов Украины, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца и Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. В рамках мероприятия актуальные данные о диагностике и лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) были представлены в докладе «Новые Европейские рекомендации по сердечной недостаточности: дальнейший прогресс во внедрении данных доказательной медицины», подготовленном президентом Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности, научным руководителем отдела сердечной недостаточности ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Леонидом Георгиевичем Воронковым. Краткое изложение доклада предлагаем читателям.



Л.Г. Воронков

— В настоящее время сердечная недостаточность (СН) рассматривается как патологическое состояние, при котором нарушения структуры и функции сердца приводят к возникновению несоответствия между потребностями метаболизирующих тканей в кислороде и скоростью его доставки, несмотря на нормальное или повышенное давление наполнения желудочков.

Согласно обновленным рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC) по диагностике и лечению острой и хронической СН (2012), алгоритм обследования пациентов с профильной патологией предусматривает использование различных диагностических методик. Всем лицам с подозрением на СН показано проведение эхокардиографии (ЭхоКГ), электрокардиографии (ЭКГ), рентгенографии грудной клетки (РГК), общеклинических лабораторных анализов, определение уровня натрийуретических пептидов. У ряда пациентов в соответствии с показаниями возникает необходимость расширенного обследования с применением магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца, коронарографии, мультиспиральной КТ (МСКТ) сердца, а также, в некоторых случаях, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (КТ) и позитронно-эмиссионной КТ, эндомиокардиальной биопсии и нагрузочных тестов. К особым категориям отнесены пациенты со стенокардией, артериальной гипертензией, хронической обструктивной болезнью легких, диабетом, дисфункцией почек, анемией/железодефицитом, кахексией, злокачественными новообразованиями, депрессией, эректильной дисфункцией, подагрой, ожирением, гипертрофией предстательной железы, нарушениями сна и дыхания.

Первичная диагностика СН в случае острого начала заболевания предусматривает обязательные ЭКГ и РГК, тогда как в отсутствие симптомокомплекса, характерного для острого дебюта СН, РГК может быть отложена. В дальнейшем по возможности всем пациентам проводится ЭхоКГ, позволяющая наиболее точно верифицировать диагноз СН. Если по каким-либо причинам осуществить ЭхоКГ не удалось, следует прибегнуть к экспресс-анализу для определения уровней натрийуретических пептидов, величина которых <300 пг/мл для NT-proBNP и <100 пг/мл для BNP при остром начале СН делает данный диагноз маловероятным. (Для неострого дебюта указанные показатели не должны превышать 125 и 35 пг/мл для NT-proBNP и BNP соответственно.) Повышение допустимого уровня натрийуретических пептидов указывает на необходимость ЭхоКГ-исследования сердца с целью исключения СН.

Следует подчеркнуть, что в последних рекомендациях ESC изменения претерпели и подходы к лечению систолической ХСН. Так, в предусмотренных рекомендациями ESC 2008 г. для пациентов II-IV функциональных классов по NYHA перечень стандартных средств фармакотерапии, включавший ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), β-блокаторы и антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМР), внесен ивабрадин (для категории больных с синусовым ритмом при его частоте ≥70 в мин). Кроме того, расширились показания к назначению АМР за счет больных с СН II по NYHA. К препаратам второго ряда для лечения СН в обновленных положениях ESC отнесены дигоксин, гидралазин в комбинации с изосорбида динитратом (ИСДН), а также препараты омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), отсутствовавшие в указанном списке ранее.

Нововведения коснулись и трактовки роли отдельных классов фармакологических средств в стратегии лечения СН. В частности, на современном этапе ИАПФ

в сочетании с β-блокаторами рекомендуются всем больным с симптомной ХСН (NYHA II-IV) и фракцией выброса (ФВ) ≤40% с целью снижения риска госпитализаций и преждевременной смерти. Необходимо отметить, что, по данным первого национального среза UNIVERS, ИАПФ в нашей стране назначаются 69% пациентов с систолической ХСН. В Европейском Союзе этот показатель в среднем находится на уровне 65% (регистр ESC-HF pilot, 2010), а в Великобритании достигает 89% (R.M. Cubbon et al., 2011).

В качестве β-блокаторов, применяемых в сочетании с ИАПФ для снижения частоты госпитализаций и преждевременной летальности пациентов от ХСН, ESC рекомендует использовать бисопролол, карведилол, метопролол сукцинат или небиволол. Важно подчеркнуть, что в рекомендациях ESC 2012 г. прослеживается определенное усиление позиций карведилола в лечении пациентов с ХСН. В тексте рекомендаций указывается, что карведилол является единственным β-блокатором, обладающим редуцирующим влиянием на риск смерти амбулаторных пациентов с ХСН IV функционального класса и ФВ ≥25% (исследование COPERNICUS, 2001) и доказанной способностью уменьшать риск смерти постинфарктных больных с ФВ ≤40% (CAPRICORN, 2001). Приводятся данные, что данный препарат в большей мере, чем бисопролол и метопролол CR/XL, снижает абсолютный риск смерти при ХСН (7,1 против 4,3%; NNT (количество пациентов, которых необходимо пролечить для предупреждения 1 летального исхода) — 14 против 23); а также то, что, согласно данным субанализа исследования COPERNICUS, карведилол может быть с достаточной безопасностью титрован у больных с недавней декомпенсацией. К сожалению, частота назначения β-блокаторов в Украине (70% лиц с систолической ХСН в соответствии с результатами UNIVERS) ниже таковой в странах Европейского Союза (86%; регистр ESC-HF pilot) и Великобритании (80%; R.M. Cubbon et al., 2011).

В отношении АМР (эплеренона, спиронолактона) в обновленных рекомендациях указано, что данный класс лекарственных препаратов показан всем пациентам с симптомной ХСН (NYHA II-IV) и ФВ ≤35% в дополнение к лечению ИАПФ (или БРА) и β-блокаторами с целью снижения риска госпитализаций по поводу СН и преждевременной смерти. Основанием для данного положения послужили результаты исследования EMPHASIS-HF (Eplerenone in Patients with Systolic Heart Failure and Mild Symptoms), опубликованные F. Zannad и соавт. в 2001 г. и указывающие на то, что эплеренон на 24% эффективнее плацебо снижал риск смерти от любых причин в группе пациентов с СН и на 42% активнее уменьшал частоту госпитализаций по поводу данного заболевания (p=0,008 и p<0,001 соответственно). Согласно данным среза UNIVERS, частота назначения АМР у пациентов с систолической ХСН в Украине сопоставима с таковыми в странах Европы и в Великобритании (48, 44 и 49% пациентов соответственно).

В 2012 г. перечень стандартных средств, рекомендуемых ESC для терапии систолической ХСН, был расширен за счет ивабрадина, который в настоящее время показан к назначению пациентам с симптомной ХСН (NYHA II-IV), ФВ ≤35% и синусовым ритмом в тех случаях, когда частота сердечных сокращений (ЧСС) больного сохраняется на уровне ≥70 в мин, несмотря на лечение β-блокаторами (в целевой или максимальной переносимой дозе), ИАПФ (БРА) и АМР. Целесообразность включения ивабрадина в состав средств первой линии лечения систолической ХСН оправдана его положительным влиянием на исход заболевания. Субанализ результатов исследования SHIFT (2012) продемонстрировал способность ивабрадина уменьшать

частоту госпитализаций по поводу СН у больных с исходной ЧСС ≥75 в мин на 30%, риск сердечно-сосудистой и общей смерти на 17%, а также вероятность летального исхода вследствие СН на 39%. При этом в соответствующей публикации (K. Swedberg и соавт.) указано, что улучшение прогноза зависит не от дозы β-блокатора, а от степени уменьшения ЧСС на фоне применения комбинации β-блокатора и ивабрадина. Увеличение частоты назначений ивабрадина в когорте пациентов с систолической ХСН, у которых сохранен синусовый ритм, а величина ЧСС составляет ≥70 в мин, представляет перспективным резервом улучшения исхода заболевания и уменьшения смертности больных в нашей стране, поскольку сегодня около 77,4% из них имеют ЧСС ≥70 в мин и лишь 11,8% принимают ивабрадин.

Рассматривая препараты второго ряда для лечения ХСН, следует остановиться на дигоксине, который рекомендован к использованию с целью достижения контроля частоты сокращения желудочков на фоне постоянной или персистирующей фибрилляции предсердий при непереносимости β-блокаторов или в качестве дополнения к лечению при их недостаточной эффективности. В свою очередь, у пациентов с ХСН, систолической дисфункцией левого желудочка и синусовым ритмом дигоксин может быть назначен для снижения риска госпитализации на фоне применения ИАПФ (БРА), АМР и β-блокаторов либо при непереносимости последних. Что касается использования комбинации дигоксина с β-блокаторами, ИАПФ (БРА) и АМР при систолической ХСН и синусовом ритме, то оно, с нашей точки зрения, не имеет надлежащих доказательств, поскольку в единственном исследовании DIG (1997), в котором изучалось влияние дигоксина на клинический прогноз таких пациентов, подавляющее количество участников в качестве базисной терапии получали диуретики и ИАПФ без β-блокаторов (последние еще не были рекомендованы для стандартной терапии ХСН).

Заслуживают внимания положения новых рекомендаций, регламентирующие применение имплантированных кардиовертеров. В частности, указанный метод лечения показан в качестве средства первичной профилактики внезапной сердечной смерти у пациентов с ХСН (NYHA II-IV) и ФВ ≤35%, не менее 3 мес получавших оптимальную фармакотерапию (ИАПФ/БРА, β-блокаторы, АМР), а также для вторичной профилактики у больных, имеющих в анамнезе симптомы гемодинамически значимых желудочковых аритмий (устойчивая желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков). К сожалению, частота проведения имплантации кардиовертеров при ХСН остается в нашей стране крайне низкой (0,2%, по данным среза UNIVERS, в сравнении с 12% в странах Европейского Союза).

В последнем пересмотре рекомендаций ESC была уточнена и усилена роль кардиосинхронизирующей терапии в стратегии лечения больных с ХСН. Показания к ее применению были расширены за счет пациентов с ХСН (NYHA II) и синусовым ритмом, находящихся на оптимальной фармакотерапии, с ФВ ≤30% и QRS ≥130 мс (при графике блокады левой ножки пучка Гиса) или QRS ≥150 мс (при несоответствии графики комплекса QRS блокаде левой ножки пучка Гиса).

В заключение необходимо отметить, что в ближайшее время будут опубликованы подготовленные рабочей группой Украинской ассоциации специалистов по СН и Ассоциации кардиологов Украины обновленные Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН, в основу которых положены рекомендации ESC 2012 г.

Подготовил **Антон Пройдак**