

Актуальные вопросы V Научно-практического семинара «Дни аритмологии в Киеве»

21-22 ноября в Киевском городском центре сердца состоялся V Научно-практический семинар «Дни аритмологии в Киеве», в ходе которого прошли научные заседания, посвященные современным методам диагностики и лечения бради- и тахикардий и обучающий семинар для врачей «Основы кардиостимуляции».

Большое внимание участники мероприятия уделили вопросам профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Академик НАМН Украины, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2, ректор Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **Георгий Викторович Дзяк** посвятил свой доклад вопро-



сам, связанным с ведением пациентов с неклапанной ФП, отметив, что сегодня остаются актуальными ряд проблем лечения ФП, профилактики наиболее частых и тяжелых осложнений у пациентов с этим нарушением ритма. Важным аспектом лечения пациентов с ФП является антитромботическая терапия, что обусловлено высоким риском инсультов у этих больных. Ишемический инсульт — наиболее частое тромбоэмболическое осложнение у пациентов с ФП. У таких больных инсульт характеризуется тяжелым течением и высоким риском смерти. Антитромботическая терапия в целях профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендована всем больным с ФП, исключая лиц с низкой вероятностью развития данных состояний или с противопоказаниями. В настоящее время решение о назначении антикоагулянтов при ФП основывается на результатах оценки риска тромбоэмболий, а не на типе, частоте, длительности или клинических симптомах аритмии. В соответствии с алгоритмом профилактики тромбоэмболических осложнений при ФП (ESC, 2012) антитромботическая терапия не показана только пациентам с неклапанной ФП в возрасте до 65 лет с низким риском инсульта (0 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc).

Появление новых пероральных антикоагулянтов стало колоссальным шагом вперед в современной фармакотерапии. Их преимуществами по сравнению с антагонистом витамина К варфарином являются высокая специфичность, выгодное соотношение «эффективность/безопасность», отсутствие необходимости рутинного лабораторного мониторинга и коррекции дозы, быстрое начало действия, меньшее количество лекарственных взаимодействий и отсутствие взаимодействий с пищей.

Из новых пероральных антикоагулянтов в Украине доступны ингибитор фактора Ха ривароксабан и прямой ингибитор тромбина дабигатрана этексилат. Эти препараты отличаются не только по механизму действия — они также имеют разные пути метаболизма и экскреции, отличаются по степени взаимодействия с антиаритмическими и другими препаратами, которые часто применяются у пациентов с ФП и сопутствующими заболеваниями, и это необходимо учитывать при выборе антикоагулянта для длительного приема. Кроме того, необходимо

учитывать и доказательную базу новых антикоагулянтов в отношении разных категорий пациентов. Так, при планировании катетерной абляции следует помнить о том, что на сегодня недостаточно данных по использованию ингибиторов фактора Ха перед этой процедурой. У больных с ФП перед изоляцией легочных вен с целью профилактики тромбоэмболических осложнений может применяться дабигатрана этексилат, эффекты которого изучены при применении у пациентов с ФП и планирующейся абляцией.

Точку зрения кардиолога на проблему тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП представил **главный специалист МЗ Украины по специальности «Функциональная диагностика», доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов**.



В ходе выступления профессор О.И. Жаринов отметил, что для проведения антикоагулянтной терапии существуют три принципиальных показания: подготовка к кардиоверсии при персистирующей форме ФП; постоянная профилактика при постоянной форме ФП или после кардиоверсии; особые ситуации (лечение декомпенсации кровообращения), при которых сердечная недостаточность является дополнительным основанием для назначения антитромботических препаратов.

В современных рекомендациях предложены две стратегии ведения пациентов с ФП с точки зрения проведения антитромботической терапии. Одна из них основывается на использовании чреспищеводной эхокардиографии (ЧП ЭхоКГ), которая позволяет ускорить кардиоверсию в случае отсутствия тромба в ушке левого предсердия (ЛП). При наличии тромба в ЛП или ушке ЛП осуществляют лечение антагонистами витамина К (МНО 2,0-3,0) и повторяют ЧП ЭхоКГ. В клиниках, не имеющих возможности проводить ЧП ЭхоКГ, допускается другая стратегия, подразумевающая назначение 3-недельной стандартной антикоагулянтной терапии, которая при относительно небольших рисках позволяет подготовить пациента к плановой кардиоверсии, после которой назначают постоянную терапию пероральными антикоагулянтами.

Представляя доказательную базу новых пероральных антикоагулянтов, профессор О.И. Жаринов остановился на исследовании RE-LY, в котором изучался дабигатрана этексилат в двух дозировках по сравнению с хорошо контролируемым открытым применением варфарина. В соответствии с полученными результатами дабигатран в дозе 110 мг 2 раза в сутки по эффективности не уступал варфарину, но был значительно безопаснее в отношении риска

развития крупных кровотечений. В то же время высокая доза дабигатрана (150 мг 2 раза в сутки) обеспечивала более мощный антитромботический эффект при сопоставимой с варфарином безопасности. На основании результатов RE-LY дабигатрана этексилат стал первым новым пероральным антикоагулянтом, для которого была доказана способность (при применении в более высокой дозе) уменьшать риск инсульта по сравнению с варфарином. При этом протекторный эффект дабигатрана был очень мощным: риск развития ишемических инсультов снизился на четверть. Дополнительный анализ эффективности дабигатрана в зависимости от исходных характеристик пациентов показал, что предшествующий прием варфарина практически не влиял на способность нового антикоагулянта предотвращать развитие инсульта. Профессор О.И. Жаринов привел результаты субанализа RE-LY, имеющие важное практическое значение для кардиологов. В подгруппе пациентов, подвергавшихся кардиоверсии, частота эмболических осложнений была ниже у больных, получавших более высокую дозу дабигатрана этексилата. Субанализ также показал, что ЧП ЭхоКГ, осуществляемая перед кардиоверсией, способствовала снижению риска инсульта и системной эмболии.

Вышеуказанные результаты нашли отражение в международных и национальных рекомендациях. В частности, в руководстве Американской коллегии торакальных врачей (ACCP) по антитромботической терапии при плановой кардиоверсии указывается, что пациенты должны получать терапевтическую антикоагуляцию (антагонисты витамина К с МНО 2,0-3,0, низкомолекулярный гепарин или дабигатрана этексилат) по крайней мере три недели. Альтернативной может быть ЧП ЭхоКГ с сокращенным периодом антикоагуляции перед кардиоверсией. После кардиоверсии антикоагуляция должна продолжаться не менее четырех недель независимо от факторов риска инсульта, а в дальнейшем — в соответствии с рекомендациями по долгосрочной антитромботической терапии.

Профессор О.И. Жаринов подчеркнул, что при длительном применении пероральных антикоагулянтов особое значение приобретает безопасность терапии в плане геморрагических осложнений. Дабигатрана этексилат в этом отношении продемонстрировал серьезные преимущества над варфарином, при этом у пациентов, получавших более низкую дозу дабигатрана, снижение риска геморрагических осложнений было высокодостоверным.

Взгляд невролога на первичную и вторичную профилактику инсульта у пациентов с ФП представила **главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «рефлексотерапия», заведующая кафедрой неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталия Константиновна Мурашко**.



— Ишемический инсульт является безусловным лидером среди острых цереброваскулярных нарушений — его доля в структуре этих заболеваний составляет 85%. Около 20% ишемических инсультов происходят вследствие ФП.

В соответствии с рекомендациями Европейской федерации неврологических обществ (EFNS, 2013), первичная профилактика инсульта подразумевает регулярный контроль уровней артериального давления (класс I, уровень A), глюкозы крови (IV, C) и холестерина крови (I, A), при этом назначение заместительной гормональной терапии с целью первичной профилактики не рекомендуется (I, A). Пациентам с ФП неклапанной этиологии, имеющим сосудистые факторы риска (артериальную гипертензию, дисфункцию левого желудочка, сахарный диабет) при отсутствии противопоказаний рекомендуется назначение орального антикоагулянта (МНО 2,0-3,0) (I, A). Больным ФП с протезированными механическими клапанами показана длительная антикоагулянтная терапия с целевыми уровнями МНО 2,0-3,0 (II, B).

В отношении вторичной профилактики инсульта в руководстве EFNS (2013) указывается, что у пациентов, перенесших инсульт на фоне приема антиагрегантов, необходима повторная оценка патофизиологических механизмов и факторов риска инсульта (IV, CPP). Терапия пероральными антикоагулянтами (МНО 2,0-3,0) рекомендована больным после перенесенного ишемического инсульта, связанного с ФП (I, A). Прием пероральных антикоагулянтов не рекомендован пациентам с такими сопутствующими состояниями, как частые падения, неконтролируемая эпилепсия и гастроинтестинальные кровотечения, а также при низкой приверженности больного к лечению (III, C), при этом пожилой возраст не является противопоказанием для терапии пероральными антикоагулянтами (I, A).

При принятии решения о назначении антикоагулянтной терапии пациенту с ФП следует руководствоваться шкалой риска инсульта CHA₂DS₂-VASc и шкалой риска кровотечений HAS-BLED. Эти шкалы также помогают выбрать оптимальную дозу антикоагулянта. Например, у пациентов с оценкой CHA₂DS₂-VASc >1 балла доза дабигатрана зависит от оценки HAS-BLED, составляя 150 мг 2 раза в сутки и 110 мг 2 раза в сутки при HAS-BLED <2 и ≥2 баллов соответственно.

Обратив внимание слушателей на трудности, сопряженные с применением варфарина в клинической практике, профессор Н.К. Мурашко отметила, что данный препарат получает лишь около половины больных, нуждающихся в длительной антикоагулянтной защите. При этом наиболее часто жизненно важное лечение не получают пожилые пациенты, у которых риск инсульта наиболее высок. Среди больных, находящихся на терапии варфарином, большинство пациентов принимают препарат в субтерапевтических дозах в связи с высоким риском геморрагических осложнений.

Широкие возможности для профилактики инсульта при ФП открывают пероральные антикоагулянты нового поколения, такие как дабигатран этексилат (Прадакса). На сегодня дабигатран — единственный пероральный антикоагулянт нового поколения, который статистически достоверно снижает риск ишемического инсульта по сравнению с варфарином.

На конгрессе ESC, прошедшем в сентябре 2013 г., профессор Клаус Дуги отметил, что данные, накопленные при использовании дабигатрана в клинической практике, демонстрируют высокую приверженность к антикоагулянтной терапии и улучшение качества жизни пациентов, принимающих этот препарат. По мнению К. Дуги, результаты будущих клинических исследований предоставят дополнительные доказательства эффективности и безопасности дабигатрана этексилата, а также важную информацию по его использованию в широкой популяции пациентов в условиях реальной клинической практики.

По данным анализа Фармацевтического консультативного комитета, проведенного в августе 2013 г., в исследованиях была подтверждена эффективность дабигатрана в течение 2,5 лет после его выхода на рынок.

Фармакоэкономический анализ терапевтической стратегии применения дабигатрана этексилата в сравнении с варфарином при ФП показал, что совокупные прямые затраты на проведение профилактики и лечение осложнений ФП меньше при лечении варфарином, в то время как непрямые затраты оказываются меньше в случае лечения дабигатраном.

Старший научный сотрудник отдела реанимации и интенсивной терапии Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук Олег Игоревич Иркин напомнил, что антитромботическая терапия при ФП характеризуется благоприятным соотношением «польза/риск», поскольку на 20 предотвращенных с ее помощью инсультов приходится всего 1 большое кровотечение. В настоящее время основные перспективы антитромботической терапии связаны с новыми пероральными антикоагулянтами, такими как дабигатран этексилат и ривароксабан. Несомненно, эти препараты являются высокоэффективными в профилактике тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП, и риски, связанные с их применением, в большинстве ситуаций оправданы. Самым убедительным аргументом в пользу новых пероральных антикоагулянтов является доказанное влияние на важнейшие конечные точки в клинических исследованиях. Так, дабигатран в исследовании RE-LY продемонстрировал снижение риска не только инсультов и системных эмболий, но и сосудистой смертности, а также — геморрагических инсультов.



Таким образом, современные пероральные антикоагулянты открывают врачам широкие перспективы в снижении риска осложнений у пациентов с ФП, и главной задачей на сегодня является создание возможностей для применения этих препаратов у каждого пациента, но не поиск оснований для отказа от жизненно важного лечения.

Подготовил Алексей Терещенко

Новости конгресса Европейского общества кардиологов, 31 августа – 4 сентября, Г. Амстердам, Нидерланды

Симметричный диметиларгинин — новый маркер фракции выброса левого желудочка у пациентов с острым инфарктом миокарда

Асимметричный диметиларгинин (ADMA) — побочный продукт метилирования белков, оказывающий влияние на прогноз пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и сердечной недостаточностью (СН) путем ингибирования синтазы оксида азота (NOS). Целью настоящего исследования было изучить прогностическую значимость эндогенного симметричного диметиларгинина (SDMA), не оказывающего существенного ингибирующего влияния на активность NOS, в отношении функции левого желудочка при ОИМ.

Методы. У 635 пациентов, госпитализированных в пределах 24 ч после ОИМ, при поступлении получили образцы крови. Сывороточные уровни АДМА, SDMA и L-аргинина определяли с помощью жидкостной хроматографии. Фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) оценивали посредством эхокардиографии, выполненной через 2±1 дня после госпитализации.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 67±14 лет, мужчин было 74%. Артериальная гипертензия имела место у 55% больных; 20% пациентов страдали ишемической болезнью сердца и столько же — сахарным диабетом. При поступлении инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST был диагностирован в 55% случаев, сердечная недостаточность (Killip >1) присутствовала в 23% случаев. Средняя ФВ ЛЖ составила 55±13%.

Средние сывороточные уровни АДМА, SDMA и L-аргинина составили 0,72±0,42; 0,51±0,44 и 91±54 мкмоль/л соответственно. Статистический анализ выявил отрицательную корреляцию между ФВ ЛЖ и SDMA ($r=-0,151$; $p<0,001$), но не АДМА ($r=-0,015$; $p=0,72$) и L-аргинином ($r=0,029$; $p=0,48$). Уровень SDMA высокодостоверно ассоциировался с возрастом ($r=+0,391$; $p<0,001$), клиренсом креатинина ($r=-0,455$; $p<0,001$), C-реактивным белком ($r=+0,151$; $p<0,001$) и гомоцистеином ($r=+0,316$; $p<0,001$). Одномерный линейный регрессионный анализ выявил, что, помимо SDMA, с ФВ ЛЖ статистически значимо ассоциировались возраст, класс Killip при поступлении, сахарный диабет, систолическое артериальное давление при поступлении, гомоцистеин, клиренс креатинина, тропонин, локализация инфаркта в передней стенке и инфаркт с элевацией сегмента ST (во всех случаях $p<0,001$). Многомерный анализ, проведенный с поправкой на вышеперечисленные факторы, показал, что SDMA является независимым предиктором ФВ ЛЖ ($p=0,013$).

Выводы. В крупном проспективном исследовании установлено, что SDMA (но не АДМА) может быть связан с желудочковой функцией у больных ОИМ. Полученные результаты также указывают на то, что SDMA проявляет свою биологическую активность другими путями, не связанными с ингибированием NOS и почечной функцией

(Lorin J. et al. European Heart Journal 2013; 34 (Abstract Supplement), 782).

Влияние фибрилляции предсердий на отдаленный прогноз пациентов с сердечной недостаточностью

Фибрилляция предсердий (ФП) — распространенное нарушение ритма у больных с СН. В нескольких недавно завершившихся исследованиях было установлено, что ФП ассоциируется с неблагоприятными отдаленными клиническими исходами у госпитализированных пациентов с ФП. Тем не менее значимость ФП в общей популяции больных с СН остается неясной. Целью настоящего исследования было уточнить влияние ФП на прогноз у амбулаторных пациентов с СН в условиях реальной клинической практики Японии.

Методы. Из базы данных Shinkei (2004-2011), содержащей информацию о всех больных, посещавших клинику Кардиоваскулярного института (n=17 517), были отобраны 2024 амбулаторных пациента, которым во время первого визита был установлен диагноз «симптомная сердечная недостаточность».

Результаты. ФП имела место у 310 пациентов (15%). Больные с ФП были старше и среди них было больше женщин. Кроме того, они реже страдали ожирением, артериальной гипертензией, дислипидемией, сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца, но в то же время у них чаще обнаруживались анемия, хроническая болезнь почек, клапанная болезнь сердца, дилатационная кардиомиопатия и инсульт в анамнезе. Средний уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP) у пациентов с ФП был значительно выше, чем у больных без ФП. В группе пациентов с ФП реже встречалась СН II класса по NYHA и чаще — СН III и IV класса по NYHA. Бета-блокаторы, ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы, диуретики, препараты наперстянки, антиаритмические средства и варфарин чаще применялись у больных с ФП. ФП также ассоциировалась с более низкой ФВ ЛЖ. Регрессионный анализ показал, что наличие ФП сопровождалось повышенным риском смерти от всех причин (относительный риск — 1,631; 95% доверительный интервал — 1,099-2,240; $p=0,015$), кардиоваскулярной смерти (ОР 2,022; 95% ДИ 1,196-3,420; $p=0,009$) и госпитализации по поводу СН (ОР 3,107; 95% ДИ 0,286-1,146; $p<0,001$). После поправки на сопутствующие факторы повышение риска смерти от всех причин и кардиоваскулярной смерти утратило статистическую значимость, однако повышенный риск госпитализации по поводу СН остался высокодостоверным (ОР 1,781; 95% ДИ 0,167-2,844; $p=0,007$). Анализ подгрупп выявил, что неблагоприятное влияние ФП при СН может быть более выраженным у женщин, у более молодых пациентов, у больных СН ишемической этиологии, при сохраненной ФВ ЛЖ и легких симптомах СН.

Выводы. У пациентов с СН, наблюдающихся в условиях реальной клинической практики, ФП не ассоциируется с отдаленными показателями общей и кардиоваскулярной смертности, однако является независимым предиктором повышенного риска госпитализации по поводу СН

(Kaneko H. et al. European Heart Journal 2013; 34 (Abstract Supplement), 297)

Роль терапии витамином D у больных с сердечной недостаточностью

Низкие уровни витамина D часто встречаются у пациентов с СН и могут ухудшать сердечную функцию. Целью настоящего исследования было изучить влияние терапии витамином D на ФВ ЛЖ у больных с дефицитом этого витамина.

Методы. В рандомизированном плацебо-контролируемом двойном слепом исследовании приняли участие 23 пациента с хронической СН и уровнем витамина D в плазме <30 нг/мл. Средний возраст больных составил 74 года. На протяжении 6 мес участники получали холекальциферол 800 тыс. ЕД/сут перорально или плацебо. На момент включения и по оконча-

нии лечения оценивали ФВ ЛЖ и другие эхокардиографические параметры (массу и толщину стенок левого желудочка, конечносистолический и конечнодиастолический объем), уровни натрийуретических пептидов, липидный профиль, уровни ренина, противовоспалительных цитокинов, паратиреоидного гормона, артериальное давление и индекс массы тела (ИМТ).

Результаты. Через 6 мес средняя концентрация витамина D в плазме у пациентов группы активной терапии значительно повысилась по сравнению с группой плацебо (+15,51 vs -10,4 нг/мл соответственно; $p<0,001$). По другим биомаркерам костного метаболизма (уровням кальция и паратиреоидного гормона) группы не различались. В конце периода наблюдения ФВ ЛЖ была достоверно выше в группе терапии холекальциферола по сравнению с группой плацебо (+6,71 vs -4,3% соответственно; $p=0,007$). По уровням цитокинов, BNP, ренина, артериального давления, липидов и ИМТ существенных различий между группами не наблюдалось.

Выводы. У пожилых пациентов с СН и дефицитом витамина D 6-месячная терапия холекальциферолом значительно повышает ФВ ЛЖ

(Dalbeni A. et al. European Heart Journal 2013; 34 (Abstract Supplement), 624).

Влияние сопутствующих заболеваний на отдаленный прогноз больных с острой сердечной недостаточностью

Под острой сердечной недостаточностью (ОСН) понимают быстрое возникновение или резкое усугубление симптомов и признаков СН. В большинстве случаев ОСН развивается вследствие дестабилизации хронической СН. Прогноз при ОСН зависит от множества факторов. Целью настоящего проспективного исследования было изучить влияние наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний на 1-летний прогноз пациентов с ОСН.

Методы и результаты. Участие приняли 603 пациента (мужчин 60,7%), госпитализированных в отделение интенсивной терапии с ОИМ. Средний возраст больных составил 71,5±10,4 года. У 29,9% этиологическим фактором ОИМ был острый коронарный синдром, у 27,9% — дилатационная кардиомиопатия, у 23,9% — артериальная гипертензия и у 18,4% — клапанная болезнь сердца. 66,7% имели хроническую СН со сниженной ФВ ЛЖ (37,4±13,7%), средняя длительность СН составила 1,7±1,1 года. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были артериальная гипертензия (80,6%), сахарный диабет (54,7%), ФП (47,3%), хроническая почечная недостаточность (43,3%), острые инфекции (32,8%), анемия (26,4%), хроническая обструктивная болезнь легких (23,9%), депрессия (10%), гипотиреоз (8%), гипертиреоз (7,5%), инсульт (7,5%) и алкоголизм (5,5%). Большинство пациентов имели >1 сопутствующего заболевания (32,8% — 3 заболевания, 31,8% — 2 заболевания), при этом чаще всего одновременно присутствовали артериальная гипертензия, ФП и почечная дисфункция. На протяжении одного года наблюдения смертность была ожидаемо высокой — 42,8% (10% умерли в больнице, 12,9% — в первые 6 мес после выписки и 19,9% — в оставшийся период до завершения наблюдения). Статистический анализ, проведенный с поправкой на все известные факторы риска (в том числе пол, возраст, эхокардиографические, клинические и биохимические параметры), показал, что с более высокой смертностью независимо ассоциировались алкоголизм (повышение риска смерти в 13,1 раза), хроническая обструктивная болезнь легких (в 5,52 раза), хроническая почечная недостаточность (в 5,1 раза) и сопутствующие заболевания (в 5,07 раза). На внутрибольничную летальность сопутствующие заболевания влияния не оказывали.

Выводы. У большинства пациентов с ОИМ присутствуют несколько сопутствующих заболеваний, которые ассоциируются с достоверно более высоким риском смерти после выписки. Диагностика и лечение сопутствующих заболеваний должны быть неотъемлемыми составляющими клинического ведения ОИМ, поскольку они могут улучшать отдаленный прогноз

(Petrovic Nagorni S. et al. European Heart Journal 2013; 34 (Abstract Supplement), 297)

Влияние сопутствующих заболеваний на эффективность, безопасность и переносимость интенсивной фармакотерапии при СН

Цель исследования — изучить влияние сопутствующих заболеваний на эффективность, безопасность и переносимость интенсивной лекарственной терапии и на общий прогноз при СН.

Методы. Пациентов (n=499) в возрасте 60 лет и старше с хронической СН ≥II класса по NYHA и ФВ ЛЖ ≥45% рандомизировали в группу интенсивной терапии, основанной на уровне N-терминального предшественника BNP (NT-proBNP), и группу терапии, назначаемой в зависимости от выраженности симптомов. На протяжении 18 мес больные находились под строгим клиническим наблюдением, включавшим оценку неблагоприятных событий (НС); частоту госпитализаций и смертность оценивали в течение 5 лет.

Результаты. Средняя оценка коморбидности по шкале Чарлсона составила 3 балла. Пациенты с ≥2 сопутствующими заболеваниями были старше, среди них было больше женщин, реже встречалась СН ишемической этиологии и чаще — более высокие класс NYHA и исходный уровень NT-proBNP. Больше количество сопутствующих заболеваний ассоциировалось с более высокой частотой тяжелых НС (включая кардиоваскулярные НС и НС, связанные с ФП), однако не коррелировало с некардиоваскулярными НС. Сопутствующие заболевания влияли на эффективность и переносимость интенсивной фармакотерапии: положительные эффекты такого лечения наблюдались только у больных с меньшим количеством сопутствующих заболеваний как в первые 18 мес ($p<0,01$), так и на протяжении 5 лет (ОР выживаемости без госпитализаций по поводу СН 0,37; $p=0,003$ vs ОР 0,87; $p=0,32$). При этом потенциальные отрицательные эффекты лечения (например, артериальная гипотензия, подагра) отмечались только у пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями. Оценка коморбидности по шкале Чарлсона была независимым предиктором отдаленной выживаемости без госпитализаций (ОР 2,47; $p<0,001$).

Выводы. У больных с СН сопутствующие заболевания ассоциируются с более частыми тяжелыми НС и худшим прогнозом. Примечательно, что на некардиоваскулярные НС коморбидная патология не влияла. Пациенты с несколькими сопутствующими заболеваниями не получают пользы от интенсивной фармакотерапии, которая у таких больных связана с повышенным риском потенциальных побочных эффектов.

(Petrovic Nagorni S. et al. European Heart Journal 2013; 34 (Abstract Supplement), 501)

Подготовил Алексей Терещенко