

Всемирный конгресс кардиологов

(16-19 июня 2010 г., Пекин, Китай)

Всемирный конгресс кардиологов – крупнейший кардиологический форум мира, который раз в два года проводит Всемирная федерация сердца (World Heart Federation). О глобальном масштабе этого научно-практического мероприятия позволяет судить количество специалистов, принявших участие в его работе, – в этом году в Пекин прибыло свыше 10 тыс. делегатов из 120 государств мира, а освещали конгресс свыше 200 журналистов. Обширная научная программа Всемирного конгресса кардиологов позволила подробно раскрыть множество научных и клинических проблем современной кардиологии и ознакомить его участников с последними достижениями в области профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В целом во время проведения 77 сессий конгресса было заслушано 502 доклада, подано свыше 2700 абстрактов, представлено 1605 постерных презентаций. Среди обнародованных на конгрессе исследований, посвященных сердечной недостаточности (СН), наибольший интерес представляют следующие:

• **MADIT-CRT – исследование по изучению эффективности кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) в сочетании с постановкой имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) в снижении риска смерти от любых причин или нефатальных кардиальных событий у пациентов с СН ишемической и неишемической этиологии, сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ $\leq 30\%$) и расширением комплекса QRS ≥ 30 мс.** В исследование были включены 1820 пациентов; все они получали оптимальную медикаментозную терапию. Было показано, что КРТ в сочетании с постановкой ИКД улучшает качество жизни пациентов с СН, снижает частоту незапланированных госпитализаций по причине основных кардиоваскулярных событий и развития застойной СН (на 41%). Субанализ результатов исследования MADIT-CRT продемонстрировал, что КРТ имеет преимущества у пациентов с продолжительностью комплекса QRS ≥ 150 мс – в этой подгруппе больных ее проведение обеспечивало наиболее выраженное снижение частоты повторной госпитализации и событий, связанных с декомпенсацией СН.

На основе данных, полученных в исследовании MADIT-CRT, были расширены показания для проведения КРТ пациентам с СН. Так, согласно последнему пересмотру руководства Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца

(ACC/AHA) «при отсутствии противопоказаний КРТ рекомендована пациентам с низкой ФВ ЛЖ ($\leq 35\%$), синусовым ритмом, III-IV функциональным классом (ФК) по NYHA, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию, а также с кардиальной диссинхронией (при длительности комплекса QRS > 120 мс). Как сообщили на конгрессе, совет экспертов Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами (FDA) США также расширил показания к проведению КРТ, предложив проводить ее пациентам с легкой и умеренной СН, у которых имеет место расширение комплекса QRS > 120 мс, поскольку они получают существенные преимущества от такой терапии.

• **Результаты 1-й фазы многоцентрового проспективного исследования LODO-CRT,** представленные итальянскими учеными (M. Gasparini et al.), позволили установить роль сократительного резерва ЛЖ как предиктора эффективности КРТ у пациентов с СН различной этиологии. В исследование были включены пациенты ($n=271$) с наличием показаний для проведения КРТ (III-IV ФК по NYHA, длительность комплекса QRS ≥ 120 мс, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$). Всем больным проводили стресс-эхокардиографию с введением низких доз добутамина; о сократительном резерве ЛЖ судили по увеличению ФВ ЛЖ во время теста более чем на 5 единиц. Эффективность проведенной КРТ будут оценивать дважды: через 6 мес по снижению конечного систолического объема ЛЖ ($\geq 10\%$), а также через год по этому же критерию и клиническому состоянию больного. Через 6 мес эффективность КРТ была констатирована у 74% больных; при этом метод оказался более эффективным у пациентов с сохраненным сократительным резервом ЛЖ по сравнению с больными, у которых результат добутаминового стресс-теста был отрицательным (74% vs 54%; $p < 0,001$). Чувствительность и прогностическая ценность теста составили 85% и 78% соответственно. Многофакторный анализ результатов 1-й фазы исследования позволил установить, что единственными достоверными предикторами эффективности КРТ являются наличие сократительного резерва ЛЖ и межжелудочковая диссинхрония (ОР 5,59; 95% ДИ 2,25-13,9; $p < 0,001$ и ОР 4,89; 95% ДИ 2,07-11,5; $p < 0,001$ соответственно). Таким образом, данные добутаминового стресс-теста, проведенного перед КРТ, могут сыграть важную роль в определении контингента пациентов с СН, у которых этот метод лечения будет наиболее эффективным.

• **Многоцентровое проспективное обсервационное исследование PANORAMA-RUSSIA**, проведенное российскими кардиологами (В. Кузнецов и соавт.), было посвящено изучению соответствия между частотой выполнения в реальной клинической практике КРТ пациентам с СН и наличием современных показаний к такому лечению. Международные руководства рассматривают КРТ как важную терапевтическую опцию в комплексном лечении пациентов с застойной СН. Этот метод также одобрен и рекомендован Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) и Обществом специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) к использованию у пациентов с симптоматикой СН, соответствующей III-IV ФК по NYHA, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ и продолжительностью комплекса QRS ≥ 120 мс. В исследование были включены 279 пациентов с СН различной этиологии (возраст 53 ± 16 лет, среднее значение ФВ ЛЖ $29 \pm 8\%$) из 16 клиник России, которым была проведена КРТ. Как свидетельствуют результаты исследования, в ряде случаев клиницисты при оценке необходимости КРТ продолжают руководствоваться устаревшими показаниями к ее проведению. Так, у 2,5% больных ФВ ЛЖ составляла менее 30%, а в 32,5% случаев продолжительность комплекса QRS превышала 130 мс. Проводимая пациентам фармакотерапия также не была признана оптимальной: в 37% случаев больные не получали бета-адреноблокаторы, в 25% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), в 62% – спиронолактон. На основании полученных данных авторы исследования пришли к выводу, что в России в рутинной клинической практике врачи не всегда строго придерживаются современных показаний к КРТ, в результате чего сохраняется несоответствие между количеством пациентов с СН, которым согласно современным рекомендациям она показана, и числом больных, которым ее действительно проводят.

• Китайские ученые (Y. Yang et al.) представили результаты перекрестного популяционного исследования по оценке **распространенности диастолической и систолической дисфункции в популяции городских жителей с высоким кардиоваскулярным риском**. В исследовании приняли участие жители Пекина ($n=1053$) в возрасте от 37 до 86 лет, имеющие в анамнезе любое основное кардиоваскулярное событие (инфаркт миокарда, инсульт, заболевание периферических артерий) либо 2 и более факторов кардиоваскулярного риска (возраст старше 50 лет, табакокурение, ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, гиперлипидемия). Всем участникам исследования проводили эхокардиографию с определением ФВ ЛЖ и верификацией диастолической дисфункции, а также устанавливали ФК СН по NYHA (I ФК был выявлен у 59,4% участников, II или III ФК – у 35,5%). Было показано,

что диастолическая дисфункция встречается у 65% пациентов с высоким кардиоваскулярным риском и более распространена в этой популяции, чем систолическая (4,1%). Предикторами наличия диастолической дисфункции выступали пожилой возраст и артериальная гипертензия.

• **Уровень осведомленности практикующих врачей о диастолической СН (СН с сохраненной ФВ ЛЖ)** изучали в перекрестном исследовании, проведенном в 3 госпиталях Китая (C.W. Sun et al.). Врачам ($n=128$) задавали вопросы, касающиеся определения термина «диастолическая СН», ее причин, распространенности, клинической симптоматики и критериев диагностики. Исследование показало, что осведомленность врачей о диастолической СН все еще оставляет желать лучшего, что, в свою очередь, чревато гиподиагностикой этого синдрома и неадекватным медикаментозным лечением таких больных. Так, если понятие «диастолическая СН» известно большинству врачей (89,1%), то на вопросы о причинах ее развития, значении диастолической дисфункции как причины СН в пожилом возрасте, отличиях между систолической и диастолической СН, а также о критериях диагностики правильно ответили значительно меньше врачей.

• Масштабное ретроспективное исследование, представленное на конгрессе китайскими учеными (Y. Zhao et al.), было посвящено анализу **произошедших в течение 15 лет изменений показателей смертности, частоты коморбидности и длительности госпитализации пациентов с декомпенсированной СН**. Были проанализированы данные о 7319 пациентах, госпитализированных в Пекине с подтвержденным диагнозом СН в период с 1 января 1993 г. по 31 декабря 2007 г. В течение анализируемого периода были выявлены следующие основные тенденции: увеличение возраста пациентов, госпитализированных по причине СН (56 ± 18 лет в 1993-1997 гг. и 63 ± 16 лет в 2003-2007 гг.), снижение смертности в течение первых 30 сут с момента госпитализации (с 7% в 1993-1997 гг. до 5,1% в 2003-2007 гг.; $p=0,002$), уменьшение длительности пребывания в стационаре (с 28 сут в 1993-1997 гг. до 16 сут в 2003-2007 гг.; $p<0,01$), снижение частоты диагностирования у больных с СН поражений клапанного аппарата сердца (с 27,4% в 1993-1997 гг. до 12,6% в 2003-2007 гг.; $p<0,05$) и легочного сердца (с 9,7% в 1993-1997 гг. до 8,1% в 2003-2007 гг.; $p<0,05$). Что касается сопутствующей патологии, то за анализируемые 15 лет значительно увеличилась частота выявления у пациентов с СН артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, инфаркта миокарда в анамнезе, пневмонии и почечной недостаточности; при этом достоверно снизилась частота выявления хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) ($p<0,001$).

• Исследование по оценке влияния интенсивного амбулаторного наблюдения на частоту повторной госпитализации, смертность, адекватность фармакотерапии, качество жизни и расходы на лечение пациентов с хронической СН (M.Y. Liu et al.) подтвердило большую эффективность такого подхода по сравнению с традиционной схемой наблюдения за такими больными. В нем участвовали 333 пациента с хронической СН. После выписки из кардиологического стационара за пациентами основной группы (n=108) проводилось интенсивное клиническое наблюдение специалистами амбулатории кардиологической клиники, в которой они проходили лечение, а больные контрольной группы (n=225) наблюдались в поликлинике по месту жительства у специалистов общей практики. Продолжительность периода последующего наблюдения за участниками исследования составила 454 и 484 дня соответственно. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности и тяжести СН, наличию сопутствующей патологии, ФВ ЛЖ. Как показал анализ полученных результатов, в группе традиционного амбулаторного наблюдения смертность пациентов с хронической СН оказалась достоверно более высокой, чем у больных в группе интенсивного клинического наблюдения (14,35% vs 1,85%; $p < 0,05$). Та же закономерность выявлена и в отношении частоты повторных госпитализаций. От тактики наблюдения за пациентами зависело и качество фармакотерапии – при интенсивном клиническом наблюдении по сравнению с традиционным достоверно больше пациентов получали иАПФ/БРА (86,79 vs 40,54%; $p < 0,05$) и бета-адреноблокаторы (89,62% vs 46,49%; $p < 0,05$). Кроме того, в группе интенсивного клинического наблюдения достоверно больше пациентов принимали эти препараты в целевых дозах ($p < 0,05$). Анализ качества жизни пациентов, проведенный с помощью Миннесотского опросника (MLHFQ), и подсчет расходов на лечение также выявили неоспоримые преимущества тактики активного клинического наблюдения за больными с хронической СН.

• Результаты исследования по оценке диагностического и прогностического значения систолической дисфункции ЛЖ у пожилых пациентов с ХОБЛ были представлены кардиологами из Румынии (D. Toporan et al.). В нем приняли участие 263 пациента в возрасте старше 65 лет, поступившие в стационар с обострением ХОБЛ и не имеющие в анамнезе данных о наличии СН. Согласно критериям консенсуса GOLD I стадия ХОБЛ была диагностирована у 16% больных, II – у 61%, III – у 23%. Всем пациентам проводили эхокардиографию для оценки наличия систолической дисфункции ЛЖ (ФВ ЛЖ $\leq 45\%$), а также определяли уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP) в сыворотке крови при поступлении и при выписке из стационара. Систолическая дисфункция ЛЖ была выявлена у 38% пожилых

пациентов с ХОБЛ. Между уровнем BNP и ФВ ЛЖ продемонстрирована обратная взаимосвязь, причем скорость и степень снижения уровня BNP на фоне проводимой фармакотерапии ассоциировались с более длительным пребыванием пациента в стационаре и большей частотой развития осложнений (ишемические события, тяжелая гипотензия, нарушение функции почек). Таким образом, результаты этого исследования свидетельствуют об очень высокой частоте сочетания ХОБЛ и систолической СН у пожилых пациентов. Уровень BNP в сыворотке крови у таких больных может служить маркером ранее не диагностированной СН и критерием для отбора пациентов, нуждающихся в проведении эхокардиографии. Степень выраженности систолической дисфункции ЛЖ оказывает существенное влияние на уровень BNP, и он значительно отличается у больных с ФВ ЛЖ $\geq 30\%$ и ФВ ЛЖ $\leq 30\%$. Больные с ХОБЛ и систолической СН нуждаются в более длительном стационарном лечении и имеют более высокий риск осложнений по сравнению пациентами без систолической дисфункции ЛЖ.

• В ходе проспективного исследования с использованием математической модели выживаемости NEVA-75 российские кардиологи (Т.И. Лелявина и соавт.) изучили возможность использования уровня BNP в качестве предиктора выживаемости у пациентов пожилого и старческого возраста с СН. В него были включены 104 амбулаторных пациента в возрасте старше 75 (средний возраст $80 \pm 0,8$ года) с II-IV ФК по NYHA и преимущественно диастолической дисфункцией ЛЖ. Всем больным было проведено расширенное клинико-лабораторное обследование, включавшее физикальное обследование, рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию, эхокардиографию, тест с 6-минутной ходьбой, определение уровня холестерина, креатинина, гемоглобина, натрия, а также содержания BNP в плазме крови после проведения стандартной медикаментозной терапии. Качество жизни больных оценивали с помощью Миннесотского опросника для пациентов с СН (MLHFQ). Период последующего наблюдения за участниками исследования составил 2,5 года; в качестве единственной конечной точки рассматривалась смерть. Спустя 2,5 года наблюдения 70% участников исследования умерли. Как показали данные анализа, с риском смерти пожилых пациентов с СН достоверно коррелировали такие характеристики, как возраст и уровень BNP ($p < 0,001$). Таким образом, авторы исследования продемонстрировали, что уровень BNP в плазме крови может использоваться в качестве независимого предиктора выживаемости пожилых пациентов с СН, а математическая модель NEVA-75 позволяет провести индивидуальную стратификацию риска у данного контингента больных.

Олег Мазуренко ■