

Научно-практическая конференция рабочей группы по сердечной недостаточности Ассоциации кардиологов Украины

(15-16 апреля 2010 г., Ужгород)

По инициативе рабочей группы по сердечной недостаточности Ассоциации кардиологов Украины в Ужгороде состоялась научно-практическая конференция «Актуальные практические аспекты диагностики и лечения сердечной недостаточности», в ходе которой ведущие кардиологи Украины выступили с докладами, посвященными возможностям лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и различными сопутствующими заболеваниями.

Ректор Днепропетровской государственной медицинской академии, академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Георгий Викторович Дзяк остановился на современных критериях риска у пациентов с ХСН и проблемах, связанных с коморбидными состояниями.

– Стратификация риска у пациентов с ХСН – одна из самых важных тем в кардиологии. За последние десятилетия взгляд на преобладающие причины развития ХСН и само определение этого заболевания неоднократно менялись, как менялся и перечень основных факторов, влияющих на его прогноз. Согласно современным представлениям ХСН – это синдром, который развивается в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к снижению насосной функции сердца (хотя и не всегда), дисбалансу между гемодинамическими потребностями организма и возможностями сердца, хронической гиперактивации нейрогуморальных систем сердца, проявляющейся одышкой, сердцебиением, повышенной утомляемостью, ограничением физической активности и избыточной задержкой жидкости в организме.

Среди так называемых новых факторов риска, предложенных в последние годы для использования в клинической практике, следует отметить уровень натрийуретического пептида (НУП) и тропонинов в сыворотке крови, расстройства вариабельности ритма сердца, потерю массы тела и другие. Однако поиск критериев, наиболее удобных для использования

в повседневной практике, продолжается и сегодня. Многофакторный анализ значимости различных факторов риска в определении прогноза больных с ХСН по данным 20-летнего ретроспективного исследования, проведенного специалистами НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова, показал, что наиболее значимыми факторами являются: функциональный класс (ФК) ХСН, уровень систолического артериального давления (САД), сроки назначения терапии ингибиторами АПФ (ИАПФ), систолическая функция миокарда и частота сердечных сокращений (ЧСС).

Проблема определения тяжести ХСН заключается в том, что она характеризуется вовлечением различных органов и систем (сердце, периферические сосуды, почки, симпатическая нервная система, ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС), локальные пара- и аутокринные системы, метаболические процессы в скелетной мускулатуре). В связи с этим ни один отдельно взятый критерий не может адекватно характеризовать тяжесть симптомов ХСН и риск смерти (S.N. Cohn, 1989).

В 2009 г. Галявич и соавт. для определения тяжести состояния пациентов с ХСН сформулировали достаточно простые критерии индекса пульс-давление-пептид (ПДП), к которым отнесли ЧСС, уровень САД и НУП в плазме крови. К преимуществам индекса ПДП относятся: небольшое количество анализируемых показателей; простота определения таких показателей, как пульс и САД; доступность и отсутствие субъективизма в определении уровня НУП (в отличие от величины фракции выброса – ФВ, информативное значение которой в ряде случаев ограничено). Однако следует учитывать также результаты исследований PRIMA и SIGNAL-HF, которые показали, что регулярное определение НУП в динамике длительного лечения пациентов не способствует улучшению прогноза у пациентов с ХСН, приводя к дополнительным экономическим затратам.

Несколько слов следует сказать и о проблемах диагностики ХСН. Несмотря на многообразие существующих лабораторных и инструментальных критериев, основную роль в диагностике сегодня играют клинические признаки: одышка усилия или покоя, отеки нижних конечностей, усталость при физической нагрузке. Следует помнить, что ХСН – это синдром, и основополагающей при постановке диагноза у пациентов с этим синдромом должна быть идентификация нозологии, предопределяющей задачи лечения и профилактики. В связи с этим в формулировке диагноза у больного с ХСН обязательно должна указываться нозологическая единица.

Коморбидные состояния – еще одна актуальная проблема современности, связанная с ХСН. Коморбидные заболевания встречаются достаточно часто, их число существенно увеличивается с возрастом. Так, по данным специалистов Австралийского института здоровья (2006), полиморбидность возрастает с 10% у пациентов моложе 19 лет до 80% у больных 80 лет и старше.

К сожалению, в клинических исследованиях лекарственных средств выраженная сопутствующая патология, как правило, относится к критериям исключения, поэтому достоверных данных об особенностях диагностики и лечения сочетанных заболеваний в настоящее время получено крайне мало. Для стандартизации исследований, в которых участвуют пациенты с полиморбидностью, сегодня предложено несколько индексов коморбидности. Самый популярный из них – индекс Чарлсона – используется для прогноза летальности.

У пациентов с коморбидными заболеваниями значительно увеличивается тяжесть состояния и ухудшается прогноз. Кроме того, коморбидность обуславливает увеличение количества назначаемых препаратов и затрат на лечение, а также снижение приверженности к терапии, связанное с опасениями пациентов по поводу большого количества принимаемых лекарственных средств, возникновением побочных явлений и лекарственным взаимодействием. Поэтому крайне важно выбрать оптимальную стратегию ведения таких пациентов, в частности определиться, какое лечение – последовательное или параллельное – требуется в данной клинической ситуации.

Для пациентов с ХСН, у которых наиболее частыми сопутствующими заболеваниями и симптомами являются артериальная гипертензия (АГ), стенокардия, ожирение, сахарный диабет (СД), эректильная дисфункция, депрессия и т. д., целесообразным представляется ведение одним врачом-кардиологом, который в случае необходимости

привлекает к работе других специалистов и координирует работу с ними.

Коморбидные состояния и болезни могут существенно влиять на диагностику и лечение пациентов, поэтому в рекомендации для практических врачей на современном этапе важно включать соответствующие разделы лечения распространенных сочетанных патологий, что обусловит использование интегрального подхода к ведению таких больных.

Глава рабочей группы по сердечной недостаточности Ассоциации кардиологов Украины, руководитель отдела хронической сердечной недостаточности ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Леонид Георгиевич Воронков посвятил доклад особенностям патогенеза, диагностики и лечения пациентов с ХСН старших возрастных категорий.

– Анализ европейских и американских регистров последних лет показывает, что средний возраст пациентов с ХСН составляет 70–76 лет. В связи с этим проблемы, связанные с ведением пожилых больных с ХСН, имеющих большое количество сопутствующих заболеваний, на сегодня крайне актуальны. По данным С.Т. Lien et al. (2002), у 41% пациентов с ХСН имеются заболевания опорно-двигательного аппарата с болевым синдромом; у 39% – психоневрологические расстройства, приблизительно у такого же количества больных отмечают когнитивные нарушения. У таких пациентов часто встречаются бронхолегочные заболевания, недержание мочи, цереброваскулярная патология, субклинический гипотиреоз, железодефицитная анемия, СД.

Диагностика ХСН в пожилом возрасте имеет ряд особенностей, таких как низкая чувствительность субъективных признаков СН в состоянии покоя и высокий процент полностью асимптомных больных вследствие когнитивных нарушений; низкая специфичность одышки при физической нагрузке; частые госпитализации по поводу других заболеваний и низкая частота госпитализаций, связанных с ХСН вследствие сочетания когнитивных расстройств с полиорганной сопутствующей соматической патологией.

У пожилых пациентов нередко встречается СН с относительно сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (>40–45%) и чаще по сравнению с молодыми пациентами наблюдается постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП). Кроме того, для них характерна высокая вероятность наличия дегенеративно-кальцинирующего аортального стеноза как причины или фактора ухудшения течения ХСН.

Причины вышеперечисленных особенностей сопряжены и с изменениями в миокарде, возникающими в пожилом возрасте. К таким изменениям относятся снижение количества миоцитов и увеличение массы каждого из них, уменьшение количества эластических волокон и появление амилоидных включений, увеличение отношения толщины стенки ЛЖ к объему его полости. В сочетании со снижением активности Ca^{2+} -АТФазы саркоплазматического ретикулула и перегрузкой ионами кальция цитозоля кардиомиоцитов это приводит к ухудшению диастолического расслабления и в итоге – к увеличению риска развития СН с сохраненной ФВ, увеличению размеров левого предсердия (ЛП) и повышению риска развития ФП.

Высокая частота сопутствующих заболеваний и расстройств у пациентов с ХСН пожилого возраста обуславливает высокий риск возникновения побочных эффектов принимаемых препаратов, а также изменения их фармакокинетики и фармакодинамики, что требует коррекции доз, повышения контроля возможных побочных реакций. Кроме того, снижение комплаентности пациентов затрудняет реализацию схемы поддерживающего лечения.

Лечение пожилых пациентов с ХСН имеет ряд особенностей. Так, нецелесообразно назначение тиазидных диуретиков в качестве монотерапии у этих пациентов из-за их недостаточной эффективности при выраженном снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ), которая является возраст-зависимым параметром.

При применении петлевых диуретиков у пожилых пациентов с ХСН следует соблюдать осторожность, назначая их на старте терапии в небольших дозах при тщательном контроле уровня артериального давления (АД) и уровня креатинина плазмы крови. В связи с недостаточным удержанием мочи у пожилых больных в некоторых случаях целесообразно применить катетеризацию на период активной диуретической терапии.

Также осторожно следует применять и дигоксин: в исследовании DIG было показано, что у таких больных пропорционально возрасту увеличивается частота случаев гликозидной интоксикации, обусловленной замедлением экскреции дигоксина в связи с возрастзависимым снижением СКФ. Доза дигоксина должна оставлять 1/4-1/2 от обычной (0,0625-0,125 мг/сут).

Применение ИАПФ, которые достоверно влияют на прогноз пациентов с ХСН, снижая на 20% уровень смертности, на 25% – частоту реинфарктов и на 33% – частоту госпитализаций по поводу СН (M.D. Flather, S. Yusuf et al., 2000), также имеет свои особенности у пациентов пожилого и старческого

возраста. Использование ИАПФ повышает риск возникновения у них ортостатической гипотензии в связи с наличием церебрального атеросклероза; увеличивает риск возникновения азотемии и гиперкалиемии, связанных со снижением СКФ, а также риск острой почечной недостаточности вследствие гемодинамически значимого атеросклеротического стенозирования почечных артерий.

Метаанализ, проведенный P. Lechat et al. (2000) показал, что использование трех препаратов – диуретика, сердечного гликозида и ИАПФ – снижает риск смерти больных с ХСН на 20%, а риск смерти/частоты госпитализаций – на 30%. Добавление в эту схему терапии β -блокатора приводит к дополнительному снижению этих же рисков на 35% и 30% соответственно. В связи с этим использование вышеперечисленных препаратов является важнейшим аспектом ведения пожилых пациентов с ХСН.

В перечень β -блокаторов, имеющих доказательную базу относительно эффективности применения при ХСН, входят метопролол CR/XL (исследование MERIT-HF), бисопролол (CIBIS II), карведилол (USCP, COPERNICUS) и небиволол (SENIORS).

В связи с возрастанием роли диастолической дисфункции и более высокой частотой атеросклероза периферических и почечных артерий в пожилом возрасте более предпочтительными являются β -блокаторы третьего поколения, в частности карведилол. Кроме того, для карведилола и небиволола доказана способность поддерживать нормальную функцию эндотелия, которая ухудшается в пожилом возрасте.

В следующей лекции профессор Л.Г. Воронков остановился на проблемах, возникающих при ведении больных с ХСН и сопутствующим ХОЗЛ.

– Достаточно распространенным сопутствующим заболеванием у пациентов с ХСН является хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ). По данным разных авторов, распространенность СН среди пациентов с ХОЗЛ составляет 10% до 40%; результаты крупнейших регистров США свидетельствуют, что распространенность ХОЗЛ среди больных СН составляет 31-33% в отдельных популяциях. Сочетание ХОЗЛ и ХСН создает ряд диагностических сложностей из-за наличия одинаковых симптомов, ухудшает качество жизни, отягощает клинический прогноз и создает дополнительные трудности в реализации стандартов лечения.

Для дифференциальной диагностики ХСН и ХОЗЛ и оценки состояния пациента важно использовать высокодостоверные методы исследования. Следует отметить, что определение уровня

НУП в данной ситуации не может рассматриваться в качестве оптимального метода, поскольку низкий уровень этого пептида исключает декомпенсированную или стабильно тяжелую ХСН, но не позволяет исключить ни ХОЗЛ, ни хорошо леченную компенсированную СН. Высокий же уровень НУП подтверждает наличие СН, но не позволяет исключить ХОЗЛ.

Оценка параметров функции внешнего дыхания также имеет ограничения для адекватной оценки состояния пациента, поскольку объем форсированного выдоха в первую секунду (ОФВ₁) может обратимо снижаться при декомпенсированной СН, а отношение ОФВ₁ к форсированной жизненной емкости легких может быть нормальным при сочетании ХОЗЛ с СН.

Золотым стандартом диагностики, позволяющим объективизировать состояние сердца у кардиологических пациентов с сопутствующим ХОЗЛ, является магнитно-резонансная томография сердца, которая дает возможность оценить объем и ФВ желудочков сердца, трансклапанные потоки и степень выраженности миокардиофиброза. Нельзя недооценивать и роль косвенных признаков, которые могут помочь в ряде случаев (увеличение ЛП, наличие признаков диастолической дисфункции ЛЖ на доплер-ЭхоКГ, наличие тахи-формы ФП).

Фармакотерапия пациентов с ХСН и ХОЗЛ также сопряжена с рядом проблем, связанных с лекарственными взаимодействиями и побочными действиями препаратов. Так, высокие дозы петлевых диуретиков могут способствовать угнетению дыхательной функции и, возможно, увеличению вязкости мокроты, что нежелательно для больных с ХОЗЛ. При приеме ИАПФ вполне вероятны сложности в клинической оценке кашля, а использование β-блокаторов может обусловить некоторое ухудшение легочной функции. Однако в европейских рекомендациях по лечению СН (2008) отмечено, что большинство больных с СН и ХОЗЛ могут с достаточной безопасностью переносить терапию β-блокаторами. При этом предпочтительно использовать селективные β-блокаторы, и рекомендуется инициация терапии с малых доз с последующей титрацией. Незначительное ухудшение легочной функции и симптоматики не должно обуславливать отказ от β-блокаторов: их отмена или снижение дозы необходимы только в случае значительного усугубления симптомов.

Что касается препаратов, стандартно используемых при ХОЗЛ, и в первую очередь симпатомиметиков и метилксантинов (теофиллин и дериваты), следует опасаться их негативных эффектов (повышение ЧСС, развитие проаритмогенного эффекта,

гипокалиемия). Важно также помнить об усилении действия теофиллина при его совместном приеме с фуросемидом. В связи с такими системными побочными эффектами пероральных глюкокортикоидов, как задержка жидкости в организме и повышение риска гипокалиемии, следует отдавать предпочтение их ингаляционным формам.

Заведующий кафедрой внутренних болезней, общей практики и семейной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Александр Иванович Дядык посвятил выступление вопросам взаимосвязи поражений почек и сердца.

— Основными параметрами взаимоотношений сердца и почек являются регуляция АД и общего периферического сопротивления; контроль диуреза, и натрийуреза; контроль объема циркулирующей крови; периферическая перфузия и тканевая оксигенация.

Ключевым моментом при хронической болезни почек (ХБП) является поражение сосудов в результате нарушения кальциево-фосфатного баланса и снижение СКФ, приводящее к нарушению экскреции фосфатов с мочой и повышению уровня кальция крови, кальцификации сосудов, которая способствует развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Риск сердечно-сосудистых событий у пациентов с ХБП прогрессивно растет от начальной до терминальной стадии, и на этом этапе он в 20-30 раз превышает таковой в общей популяции. В связи с этим эксперты Американской ассоциации сердца (American Heart Association, АНА) рекомендуют относить больных данной категории к группе высокого сердечно-сосудистого риска. Согласно мнению международных экспертов, высокая распространенность ХБП и его роль как независимого фактора сердечно-сосудистой летальности обуславливают необходимость проведения скрининга всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью выявления у них ХБП.

Однако в ряде исследований доказано неблагоприятное влияние различных сердечно-сосудистых заболеваний на состояние почечной функции. Так, в исследовании CATS показано отчетливое снижение СКФ у пациентов в течение первого года после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). В исследовании PREVENT было отмечено прогрессивное повышение уровня креатинина крови в течение 2 лет после перенесенного ИМ.

Анализ функционального состояния почек у 4102 пациентов с ХСН, проведенный J. Amsalem, показал, что у 57% больных уровень СКФ составлял

<60 мл/мин, при этом почти у 900 пациентов на предыдущих этапах лечения почечная недостаточность не была диагностирована.

Авторы исследования сделали выводы о низкой частоте выявляемости почечной недостаточности среди пациентов с ХСН в клинической практике. Поскольку почечная недостаточность является важным фактором неблагоприятного прогноза ХСН, представляется целесообразным рутинное определение СКФ у таких пациентов.

В последние годы среди ученых-кардиологов велись активные дискуссии о разнице между кардиоренальным и ренокардиальным синдромом. В этом году принята номенклатура кардиоренального синдрома (КРС), согласно которой выделяют 5 его типов.

Первый тип – острый КРС, развивающийся при остром нарушении функции ЛЖ (при остром коронарном синдроме (ОКС), фульминантном миокардите). Для него характерна высокая госпитальная и отдаленная летальность. Острый КРС развивается у 27-40% пациентов, однако далеко не у всех из них развивается острое повреждение почек, которое диагностируется при повышении уровня сывороточного креатинина на 50% и более.

Относительно лечебной тактики в отношении пациентов с острым КРС на сегодня отсутствует единая точка зрения. В литературе встречаются противоречивые данные о влиянии на выживаемость таких пациентов петлевых диуретиков, вазоконстрикторов и инотропов. При этом состоянии очень высока опасность передозировки многих препаратов, применяющихся у пациентов с ХСН (петлевых диуретиков, ИАПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II – БРА), которая способствует усугублению острого повреждения почек. Наиболее эффективным методом лечения этих больных является экстракорпоральная ультрафильтрация.

Второй тип – хронический КРС, связанный с развитием ХСН. Развитие ХСН, обуславливающей снижение сердечного выброса, – это звено замкнутого круга, включающего повышение активности симпатической нервной системы и РААС, увеличение секреции альдостерона, развитие резистентности к НУП и кардиальную дилатацию.

В развитии третьего типа – острого ренокардиального синдрома (РКС) – на первое место выступает острое гетерогенное повреждение почек, которое может проявляться острым гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, рентгеноконтрастной нефропатией, кортикальным некрозом. При этом наблюдается тяжелая дисрегуляция электролитов, кислотно-щелочного баланса, АД, нарушение экскреции с мочой продуктов метаболизма,

что повышает риск развития ОКС, острой СН и жизнеопасных аритмий.

В основе развития четвертого типа – хронического РКС – лежит снижение СКФ, сопровождающееся воспалением, оксидативным стрессом, анемией, АГ, ретенцией фосфатов, натрия и воды, увеличением объема циркулирующей плазмы крови, приводящим к дисфункции миокарда.

Пятый тип – вторичный КРС – патофизиологическое состояние, обусловленное одновременным поражением и/или дисфункцией сердца и почек. Примером могут служить системные заболевания соединительной ткани, васкулиты, СД, АГ, сепсис, амилоидоз, геморрагический шок.

Оптимальная лечебная тактика для достижения максимального рено- и кардиопротективного эффектов у больных с ХЗП предполагает использование специфической ренопротекции (назначение ИАПФ или БРА, ограничение пищевого белка даже при больших потерях его с мочой). В качестве дополнительных мер кардиоренальной протекции при отсутствии противопоказаний целесообразно применение β -блокаторов. Строгий контроль гликемии при СД, антитромбоцитарная терапия, коррекция электролитных нарушений, гиполипидемическая терапия, назначение эритропоэтинов, ограничение поваренной соли, прекращение курения, контроль массы тела – все эти мероприятия в конечном итоге влияют не только на качество жизни пациента с ХСН, но и на ее прогноз. Следует помнить, что такие больные нуждаются в жесткой коррекции дозировок препаратов.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии факультета последипломного образования Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького Андрей Эдуардович Багрич представил доклад «ХСН и сахарный диабет 2 типа».

– СД 2 типа – важнейший фактор риска прогрессирования ХСН. Ведение пациентов с ХСН и СД включает множество аспектов, таких как контроль АД, гликемии, коррекция липидного профиля, антитромботическая терапия и др.

Целевым уровнем АД у больных СД 2 типа являются значения <130/80 мм рт. ст., при этом у пациентов с протеинурией следует стремиться к более низким цифрам.

Пациенты с уровнем АД в диапазоне 130-139/80-89 мм рт. ст. в первые 3 месяца лечения должны осуществлять мероприятия по изменению образа жизни (низкосолевая диета, уменьшение потребления алкоголя, отказ от курения, снижение массы тела, увеличение физических нагрузок) и в последствии начать прием антигипертензивных препаратов.

Пациентам с уровнем АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. следует сразу назначать антигипертензивную терапию.

В схему лечения больных данной категории должны входить ИАПФ или БРА (как базисные препараты), β -блокаторы, антагонисты кальция.

При СКФ >30 мл/мин следует назначать тиазидные и тиазидоподобные диуретики, при СКФ ≤ 30 мл/мин – петлевые диуретики. Кардиопротективный эффект у пациентов с ХСН и СД доказан для эналаприла и рамиприла. При непереносимости ИАПФ назначают БРА, имеющие доказательную базу в отношении эффективности у таких пациентов: лосартан (исследование НЕААЛ), валсартан (исследование VaLHeFT), кандесартан (CHARM).

Что касается β -блокаторов, то при ХСН и СД предпочтительны препараты третьего поколения, в частности карведилол и небиволол.

Тактика по применению сердечных гликозидов у пациентов с ХСН и СД в целом не отличается от таковой у больных без СД. Как правило, используется дигоксин, стартовая и поддерживающая доза которого составляет 0,25 мг/сут. Этим больным не рекомендуется назначать строфантин и коргликон.

Тиазидовые диуретики традиционно стараются не применять у пациентов с СД, поскольку петлевые диуретики обеспечивают меньшую частоту отрицательных эффектов на гликемический и липидный профили.

Основной целью контроля гликемии у пациентов с ХСН и СД является поддержание целевого уровня гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) $<7\%$, однако лечебная тактика в этих ситуациях имеет ряд особенностей. В частности, у пациентов данной категории не допускается использование тиазолидиндионов. Метформин назначают только при стабильной ХСН и сохранной функции почек, тогда как декомпенсация ХСН является противопоказанием к применению этого препарата.

Целевым уровнем ЛПНП у пациентов с СД и ХСН является значение $<1,8$ ммоль/л. Согласно современным рекомендациям по ведению пациентов с СД 2 типа этим больным независимо от исходного уровня липидов показаны статины. Как показали результаты исследования TNT, регулярное применение статинов у пациентов с ХСН I-II ФК NYHA с СД и ИБС достоверно улучшало их прогноз.

Что касается назначения статинов у пациентов с тяжелой ХСН, то после получения результатов исследований GISSI-HF и CORONA целесообразность их применения у таких больных подверглась сомнению. В исследовании GISSI-HF розувастатин не оказал влияния на прогноз при ХСН II-IV ФК,

при этом в группе пациентов с СД также не отмечалось улучшения прогноза. В связи с этим на сегодня признано целесообразным не применять статины у больных СД и тяжелой ХСН или же назначать их в низких дозах при отсутствии кахексии и наличии высокого коронарного риска (недавний ОКС).

Антитромботическая терапия – важнейший аспект ведения пациентов с ХСН и СД. Больным СД с высоким кардиоваскулярным риском с целью первичной профилактики назначается ацетилсалициловая кислота (АСК) в дозе 75-162 мг/сут. В такой же дозе АСК используется для вторичной профилактики, при ее непереносимости назначается клопидогрел. Сочетанное применение АСК и клопидогрела показано при ХСН, так же как и без ХСН. По мнению международных экспертов, АСК может способствовать частой декомпенсации ХСН, в таких случаях необходима ее отмена и замена клопидогрелом.

Что касается использования у пациентов данной категории хирургических и инвазивных методов лечения, то результаты исследования BARI 2 D2, завершившегося в 2009 г., показали, что у пациентов с ИБС и СД без тяжелых стенотических поражений чрескожное коронарное вмешательство и аортокоронарное шунтирование не имеют преимуществ перед медикаментозной терапией в отношении влияния на прогноз.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов выступил с докладом «Фибрилляция предсердий и ХСН».

– Тема взаимоотношений ХСН и ФП – одна из самых спорных в кардиологии. Согласно данным эпидемиологических исследований, до 50% пациентов с ХСН имеют различные формы ФП, которые далеко не всегда диагностируются одновременно с ХСН. С одной стороны, СН – мощный и независимый фактор риска развития ФП (по данным Фрамингемского исследования, у пациентов с СН в 4,5-6 раз увеличивается риск развития ФП). С другой – ФП является независимым фактором риска развития СН. Данные о влиянии ФП на прогноз пациентов с ХСН были получены в исследовании CHARM, результаты которого показали, что у пациентов с сохраненной ФВ увеличение смертности на фоне ФП составило 80%, а у больных со сниженной ФВ – на 38%.

Взаимоотношения между СН и ФП, которые имеют общие факторы риска и характеризуются одинаковыми структурно-функциональными изменениями миокарда, представляют собой порочный

круг, включающий большое количество различных механизмов, активация которых при возникновении одного из этих состояний часто приводит к развитию другого.

В клинической практике одним из самых серьезных вопросов является обратимость изменений, которые возникают в миокарде на фоне ФП путем восстановления синусового ритма. Однако восстановление синусового ритма обеспечивает уменьшение размеров камер сердца далеко не у всех пациентов. Исходя из этого, выявление больных, у которых проявления СН в значительной мере являются следствием длительного течения ФП и которые имеют шансы на стабилизацию прогрессирования СН, — задача первостепенной важности.

Работа, проведенная на нашей кафедре, показала, что у пациентов без тяжелого структурного заболевания сердца увеличение размеров ЛП четко коррелирует с длительностью эпизода ФП, поэтому при отсутствии СН шансы на уменьшение камер сердца благодаря восстановлению синусового ритма достаточной велики.

К важным дополнительным методам обследования пациентов с ХСН и ФП относятся ЭКГ и ЭхоКГ. У больных с персистирующей формой ФП необходимо проводить чреспищеводную ЭхоКГ, которая является одним из наиболее чувствительных методов обнаружения тромбов в полостях сердца. Кроме того, целесообразно исследовать функции почек, печени и щитовидной железы. При синкопе и желудочковых аритмиях проводят холтеровский мониторинг.

Вопрос оптимального ведения пациентов с ХСН и ФП наиболее актуален при персистирующей форме ФП.

Сочетание ХСН и персистирующей формы ФП предполагает обязательное включение в схему лечения ЧСС-урежающих препаратов и антитромботической терапии. Вопрос о восстановлении ритма решается после урежения ЧСС. Во всех случаях препаратом первого ряда с целью проведения ЧСС-урежающей терапии у пациентов с ХСН является β-блокатор. При его неэффективности или непереносимости используют амиодарон, в некоторых случаях — электрическую кардиоверсию, катетерные или хирургические методы лечения.

Следует ли сохранять синусовый ритм при ФП? Этот вопрос неизбежно возникает при планировании схемы ведения пациентов с ХСН и ФП. С одной стороны, данные ретроспективного анализа исследования AFFIRM, имеющего наибольшую базу данных по лечению пациентов старших возрастных групп с мерцательной аритмией, среди которых было много больных СН, показали, что

удержание синусового ритма в конце исследования ассоциировалось со снижением частоты случаев смерти и тяжелых сердечно-сосудистых осложнений. С другой — прием сердечных гликозидов и антиаритмических препаратов ассоциировался с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений на 50% и 40% соответственно. Однако причины этого противоречия, возможно, связаны с методами лечения. В схему терапии пациентов с ХСН и ФП важно включать нейрогуморальные модуляторы — базисные препараты для лечения СН. Такая тактика дает возможность воздействовать на причины нарушения сердечно-сосудистого ритма и обеспечивает лучшие результаты.

Необходимость проведения адекватной антитромботической терапии при сочетании ХСН и ФП обусловлено наличием у таких больных высокого риска тромбоэмболических осложнений. Согласно современным рекомендациям профилактическая антикоагулянтная терапия у пациентов, госпитализированных с застойной СН, должна включать нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины при отсутствии противопоказаний. Доза АСК при ФП должна оставлять от 81-325 мг/сут при величине риска инсульта по шкале CHADS2 0-1 балл. Если степень риска инсульта оценивается в 2 балла, в схему лечения включают варфарин.

Доктор медицинских наук Елена Геннадьевна Несукай (НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины) представила вниманию слушателей доклад «ХСН у пациентов с клапанными пороками сердца».

— По данным эпидемиологических исследований, 2,5% пациентов в мире страдают пороками сердца. Согласно результатам европейского исследования EUROHEART SURVEY, включавшего 5001 пациента, наибольшую долю в структуре клапанных пороков занимают пороки аортального (44%) и митрального (35%) клапанов. Особенно часто встречается аортальный стеноз у пациентов старше 70 лет. При этом увеличение возраста ассоциировано с возрастанием частоты сопутствующих заболеваний, которые существенно влияют на увеличение оперативного риска.

За последние годы взгляды на этиологию клапанных пороков сердца изменились. Если ранее наиболее частой причиной таких пороков считался ревматизм, то сегодня это заболевание сохраняет свою актуальность как этиологический фактор только в отношении митрального стеноза. Установлено, что аортальный стеноз в 82% случаев возникает вследствие дегенеративных изменений аортального клапана.

Высокая распространенность асимптомных пороков сердца, связанных с возрастом, ограничивает возможности их раннего выявления. Зачастую пациент попадает к врачу после появления симптомов, поэтому важной задачей кардиологов является своевременная диагностика асимптомных пороков и при необходимости – направление пациентов на хирургическую коррекцию в рамках оптимального временного окна.

При выявлении порока в первую очередь необходимо оценить не только степень его выраженности и весомость как фактора заболеваемости и смертности, но также перспективы, связанные с хирургическим вмешательством. Кроме того, врач должен определить наиболее эффективную хирургическую стратегию и оптимальное время для осуществления вмешательства с целью минимизации риска осложнений, а также оптимальную медикаментозную тактику.

На сегодня разработаны довольно четкие показания к оперативному лечению клапанных пороков сердца. Так, оперативное лечение митрального стеноза целесообразно выполнять при величине площади клапанного отверстия менее 15 см. В зависимости от наличия и тяжести факторов риска пациенту с митральным стенозом проводится перкутанная митральная комиссуротомия или хирургическое вмешательство.

Что касается медикаментозной терапии у пациентов с пороками сердца, то в настоящее время данные о результативности этого метода и его влиянии на прогноз у таких больных практически отсутствуют.

Однако согласно данным исследования EUROHEART SURVEY почти у 30% пациентов с приобретенными пороками сердца отмечают сердечно-сосудистые факторы риска (АГ, гиперлипидемия, курение, ИБС, СД, ИМ в анамнезе). Практически 30% таких больных имели поражение коронарных сосудов. Исследователи сделали вывод, что годовичная выживаемость при выраженном пороке одного клапана в большей степени зависит от наличия сопутствующей ИБС, чем от вида порока. Это свидетельствует о возможности влияния на прогноз пациентов с пороками сердца и о необходимости стратификации риска у таких больных при постановке диагноза.

Наталья Очеретяная ■