

# Подходы к лечению хронической сердечной недостаточности у постинфарктных больных

А.Э. Багрий, Е.В. Щукина, А.С. Воробьев, Н.Ю. Цыба

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Б**ольные, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ), составляют значительную часть среди лиц с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). ХСН «ишемического генеза» обычно представлена вариантом с преимущественным снижением систолической функции левого желудочка (ЛЖ) – с уровнем его фракции выброса <45%, при этом степень выраженности диастолических нарушений ЛЖ может широко варьировать. Принципы медикаментозного лечения обсуждаемой категории больных в целом соответствуют тем, которые изложены в обновленных Европейских рекомендациях по ХСН (декабрь, 2008), а также в рекомендациях Украинской ассоциации кардиологов по диагностике, лечению и профилактике ХСН у взрослых нового пересмотра (апрель, 2009). В то же время некоторые аспекты лечения именно постинфарктных пациентов с ХСН требуют дополнительного обсуждения, что и явилось целью настоящей статьи. Отдельные лечебные подходы нами будут рассмотрены в сопоставлении с функциональными классами (ФК) ХСН без обсуждения показаний к реваскуляризации лечению и к имплантации кардиовертера-дефибриллятора у таких больных. Мы также не коснемся подходов к ведению больных в состоянии декомпенсации ХСН (см. соответствующие разделы указанных выше рекомендаций).

## Немедикаментозные подходы (изменение образа жизни) – см. таблицу 1

Как видно из таблицы, прекращение курения представляет универсальный подход и требуется на всех этапах развития ХСН. Детальное рассмотрение этого вопроса выходит за рамки настоящего сообщения, но ввиду его высокой важности считаем необходимым, по крайней мере, кратко указать на некоторые практически значимые моменты. Напомним (это не лишне

упомануть в беседе с больным), что по данным недавнего крупнейшего исследования INTERHEART (52 страны, 2006 г.) риск инфаркта миокарда у лиц, выкуривающих около полпачки сигарет в день, в 2-3 раза, а у курящих пачку в день – в 5-6 раз выше, чем у некурящих; риск инсультов при курении возрастает еще в большей степени. Сердечно-сосудистый риск существенно не зависит от варианта употребления никотина (сигареты с фильтром, без фильтра, сигары, трубка, кальян и др.). Риск при пассивном курении приближается к уровню риска при активном курении. Важно, что значительное снижение риска ИМ и инсульта наблюдается лишь через 2-3 года после отказа от курения, а остаточный (резидуальный) дополнительный риск еще сохраняется спустя 20 лет после этого отказа. Отказ от курения считается настолько важным, что международные эксперты нацеливают врача на обсуждение этой проблемы с больным при любой возможности, со всяческим поощрением любых усилий пациента в этом направлении (естественно, для этого следует резервировать определенное время в структуре беседы с больным). Необходимо постоянно фиксировать внимание пациента на том, что курение – один из наиболее неблагоприятных факторов риска и что

**Таблица 1. Немедикаментозные подходы у постинфарктных больных**

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
Прекращение курения	+	+	+	+	+
Контроль других модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска	+	+	+	+	+
Ограничение поваренной соли и жидкости	-	?	+	+	+
Физическая активность	+	+	+ если нет декомпенсации		?
Контроль избыточной массы тела (ИМТ не более 30 кг/м <sup>2</sup> )	+	+	+	?	?
Примечания: + – применяется, – – обычно не применяется, ? – позиция сомнительна; ИМТ – индекс массы тела.					

отказ от него никогда не является запоздалым. В США достаточно неплохие результаты приносит политика снижения престижности курения («курят малоудачливые»). Определенную помощь в отказе от курения могут приносить никотинзамещающая терапия, бупропион, а также недавно появившийся в мире (кроме Украины) препарат varenicline.

Важное место в ведении больных ИБС/ХСН стандартно занимает контроль других модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска (например, лечение артериальной гипертензии, коррекция гликемии у лиц с сахарным диабетом, лечение нарушений функции щитовидной железы и др.).

Рутинным является ограничение поваренной соли и жидкости в диете (особенно при наличии склонности к задержке жидкости). Степень этого ограничения может варьировать в зависимости от наличия и выраженности отечного синдрома. Необходимость в ограничении приема соли и жидкости у лиц с бессимптомной систолической дисфункцией (БСД) ЛЖ не установлена (если у них нет сопутствующей артериальной гипертензии (АГ) либо признаков задержки жидкости в организме вследствие сопутствующих заболеваний).

Следует обратить внимание на утвердившуюся в настоящее время позицию ведущих кардиологов о целесообразности рекомендовать пациентам с компенсированной ХСН выполнение регулярных дозированных динамических физических нагрузок, желательно на воздухе. Представлены доказательства того, что следование этой рекомендации благоприятно влияет на гемодинамические параметры и нейрогуморальный профиль пациентов, улучшает функцию желудочно-кишечного тракта, улучшает качество жизни и прогноз пациентов. Выбор степени

выраженности и характера предлагаемой пациенту дозированной физической нагрузки должен основываться на особенностях его клинической картины; выполнение нагрузок, особенно на начальных этапах, должно строго контролироваться врачебным персоналом.

**Препараты, блокирующие ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (см. таблицу 2)**

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) являются краеугольным камнем современного лечения как ИБС (и острых, и хронических ее вариантов), так и ХСН (на всех этапах прогрессирования). Таким образом, их позиция в лечении постинфарктных больных с ХСН является весьма прочной – они должны быть назначены всем таким больным (при переносимости) на возможно более ранних этапах. Даже небольшие дозы ингибиторов АПФ улучшают прогноз, но желательным является увеличение (титрование) дозировок до целевых или до максимальных переносимых в пределах целевых; прием этих препаратов должен быть неопределенно долгим. Среди ингибиторов АПФ обновленные украинские рекомендации по ХСН упоминают в качестве предпочтительных эналаприл, каптоприл, лизиноприл, рамиприл и трандолаприл. При БСД ЛЖ и на относительно ранних этапах ХСН (ФК I-III) у постинфарктных больных с учетом имеющейся доказательной базы для лиц с хронической ИБС (РКИ EUROPA) оправдано также применение периндоприла.

Место антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА II), именуемых также сартанами, при обсуждаемой ситуации требует более детального комментария, ввиду того что после опубликования известных данных РКИ ONTARGET позиции сартанов

**Таблица 2. Препараты, блокирующие ренин-ангиотензин-альдостероновую систему у постинфарктных больных**

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
Ингибиторы АПФ	+, эналаприл, каптоприл, лизиноприл, рамиприл, трандолаприл				
Сартаны	+, при непереносимости ингибиторов АПФ (валсартан)	+, при непереносимости ингибиторов АПФ или в добавление к ним (валсартан, кандесартан)			
Антагонисты альдостерона	+, эплеренон			+, эплеренон, спиронолактон	
Прямые ингибиторы ренина	?	?	?	-	-

Примечания: + – применяется, – – обычно не применяется, ? – позиция сомнительна.

в кардиологии стали предметом дискуссии. У больных, перенесших ИМ, и еще не имеющих ХСН, АРА II могут назначаться при непереносимости ингибиторов АПФ (кашель, ангионевротический отек в анамнезе), но не в добавление к ним. При этом эксперты Европейского общества кардиологов в недавних рекомендациях по лечению больных с ИМ с элевацией сегмента ST (2008) среди АРА II отдают предпочтение валсартану (основываясь на данных РКИ VALIANT). В этом представительном исследовании (2003), в которое вошли 14 808 больных, перенесших ИМ, при наличии сниженной систолической функции ЛЖ валсартан в дозировках до 320 мг/сут оказался столь же эффективным в отношении влияния на сердечно-сосудистый прогноз и столь же безопасным, что и ингибитор АПФ каптоприл (длительность наблюдения составила в среднем 25 месяцев).

При развитии у постинфарктных больных клинических проявлений ХСН сартаны могут использоваться с целью дополнительного улучшения прогноза либо при непереносимости ингибиторов АПФ, либо в добавление к ним (например, в случаях, когда больному в силу каких-либо причин нельзя назначить б-адреноблокатор, либо – при ФК III-IV нельзя назначить антагонист альдостерона). Среди АРА II в этих ситуациях «доказательной базой» о благоприятном влиянии на сердечно-сосудистый прогноз обладают валсартан (РКИ ValHeFT) и кандесартан (РКИ CHARM). Так, в исследовании ValHe-FT (2001) оценивалось влияние валсартана (в дозе до 320 мг/сут) и плацебо на прогноз у 5010 больных с ХСН на протяжении в среднем 23 месяцев. В группе валсартана частота комбинированной «первичной конечной точки» (смерть + госпитализация по поводу ХСН + остановка сердца) оказалась на 13% ниже, чем в группе плацебо (p=0,009). Одним из пользующихся авторитетом у отечественных практикующих врачей препаратов валсартана является качественный генерический Вальсакор производства КРКА.

Селективный антагонист рецепторов альдостерона эплеренон с учетом данных РКИ EPHESUS сейчас

является показанным больным, перенесшим ИМ, у которых имелись даже транзиторные клинические проявления сердечной недостаточности, либо даже транзиторное снижение фракции изгнания ЛЖ менее 40%, либо имелся сахарный диабет (при отсутствии значимой гиперкалиемии и отчетливого снижения функции почек). Дозировки препарата составляют 25-50 мг/сут, длительность применения – годы (в EPHESUS – до 4 лет). Нужно подчеркнуть, что уже на 30-й день приема этот препарат в добавление к уже «оптимальной» терапии позволял на 28-33% снижать общую смертность, на 40-44% – сердечно-сосудистую смертность и на 58% – частоту внезапной сердечной смерти. Для лиц с ХСН ФК III-IV имеется доказательная база по улучшению сердечно-сосудистого прогноза и в отношении неселективного антагониста альдостерона спиронолактона (РКИ RALES) при использовании в недииуретических дозах 25-50 мг/сут.

Новый класс препаратов, влияющих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (прямые ингибиторы ренина), пока не обладает данными представительных РКИ по влиянию на прогноз при ХСН.

### **β-Адренергические блокаторы (см. таблицу 3)**

В лечении как ИБС, так и ХСН β-адреноблокаторы (β-АБ) являются базисным классом, что обеспечивает им (при отсутствии противопоказаний) бесспорное место среди терапевтических подходов у обсуждаемой группы пациентов. Из β-АБ следует использовать лишь те, которые обладают данными, полученными в крупных РКИ, о позитивном влиянии на сердечно-сосудистый прогноз при ХСН (а именно, бисопролол, метопролола сукцинат CR/XL, карведилол, небиволол). β-АБ назначаются лишь пациентам, которые находятся вне декомпенсации ХСН на протяжении не менее 2-4 недель (обычно не должны иметь больших периферических отеков, кардиальной астмы и отека легких, отеков полостей). Вначале применяются низкие (стартовые) дозы, которые затем постепенно увеличивают (титруют) до так называемых целевых доз (или до максимальных переносимых в пределах целевых).

**Таблица 3. β-Адренергические блокаторы у постинфарктных больных**

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
<b>Бисопролол, метопролола сукцинат CR/XL, карведилол, небиволол</b>	<b>+, для постоянного приема. В случае декомпенсации ХСН может требоваться отмена</b>				
Примечания: + – применяется.					

Лечение β-АБ должно быть неопределенно долгим.

Среди упоминавшихся приоритетных в лечении ХСН β-АБ достойное место занимает карведилол (один из его препаратов – Кориол, пользующийся у врачей устойчивым авторитетом). Для карведилола представлены данные целого ряда масштабных РКИ (например, CHRISTMAS, CAPRICORN, US Carvedilol Study, COPERNICUS), в которых препарат способствовал существенному улучшению параметров постинфарктного ремоделирования ЛЖ, а главное – обеспечивал значительный благоприятный эффект на сердечно-сосудистый прогноз у постинфарктных лиц, у больных с ХСН различной степени – от умеренной до выраженной и тяжелой. В Украине препарат Кориол изучался и подтвердил высокую эффективность и отличную переносимость при ХСН в многоцентровом исследовании КОРИОЛАН. С учетом приведенных данных препарат может рассматриваться в качестве одного из β-АБ выбора у постинфарктных больных как до развития клинических проявлений ХСН, так и на разных этапах прогрессии ХСН.

**Диуретики (см. таблицу 4)**

Подходы к назначению диуретиков у обсуждаемых больных существенно не рзняются от таковых

для лиц с ХСН в целом. Основное показание к их назначению – клинические проявления задержки жидкости в организме. Тиазидовые/тиазидоподобные препараты могут применяться изолированно, но обычно лишь на начальных этапах. Подавляющему большинству больных с отечным синдромом при ХСН требуются петлевые диуретики. В случаях резистентного отечного синдрома возможно применение комбинаций петлевых диуретиков с тиазидовыми/тиазидоподобными. Калийсберегающие диуретики ввиду относительно небольшой диуретической эффективности обычно применяются не самостоятельно, а добавляются к петлевым, тиазидовым/тиазидоподобным.

**Сердечные гликозиды (см. таблицу 5)**

Принципы использования сердечных гликозидов у постинфарктных больных с ХСН существенно не отличаются от принятых для лиц с ХСН в целом (табл. 5). Среди сердечных гликозидов предпочтение отдается дигоксину (подчеркнем, что коргликон и строфантин не рекомендованы к применению Украинской ассоциацией кардиологов), который используется в дозировках не более 0,25 мг/сут, а у пожилых и у лиц со сниженной функцией почек дозы должны быть еще меньшими – по 0,125 или по

**Таблица 4. Диуретики у постинфарктных больных с ХСН**

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
Тиазидовые/ тиазидоподобные	-	-	+, возможно при наличии задержки жидкости, обычно в добавление к петлевым (гидрохлоротиазид, индапамид)		
Петлевые	-	-	+, доминируют в контроле задержки жидкости, в выведении из декомпенсации (фуросемид, торасемид)		
Калийсберегающие	-	-	+, в добавление к петлевым, тиазидовым		

Примечания: + – применяется, -- обычно не применяется.

**Таблица 5. Сердечные гликозиды у постинфарктных больных**

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
Дигоксин	-	? при ФП/ТП	+ · при ФП/ТП, сниженной систолической функции ЛЖ · в добавление к ингибиторам АПФ, диуретикам, β-адреноблокаторам · АСС/АНА: кроме больных, имеющих эпизоды отчетливой ишемии миокарда		

Примечания: + – применяется, -- обычно не применяется, ? – позиция сомнительна; ФП/ТП – фибрилляция/трепетание предсердий.

0,0625 мг/сут. Эксперты American College of Cardiology/American Heart Association указывают на то, что у больных ХСН с хронической ИБС, имеющих повторяющиеся эпизоды отчетливой ишемии миокарда, дигоксин целесообразно (временнo?) отменять. Это связано с сохраняющимися опасениями в отношении того, что сердечные гликозиды у лиц с рекуррентной ишемией миокарда могут способствовать персистенции ишемии (механизм остается недостаточно ясным и дискутируется).

**Антитромботические препараты (см. таблицу 6)**

Использование ацетилсалициловой кислоты (АСК) в стандартных дозировках (обычно – 75-100 мг/сут; первые 1-6 месяцев после стентирования – 162-325 мг/сут; после аортокоронарного шунтирования – 325 мг/сут) при переносимости является общепринятым подходом у больных с хроническими вариантами ИБС. Ранее существовавшая дискуссия о возможном взаимном ослаблении эффектов АСК и ингибиторов АПФ при их совместном применении к настоящему времени завершена – сделан вывод о том, что существенного клинического значения взаимодействие этих препаратов не имеет. Принципы использования АСК у постинфарктных больных с ХСН подобны таковым для пациентов без ХСН. Однако в случаях, когда при тяжелой ХСН имеют место частые эпизоды декомпенсаций, мировые эксперты считают целесообразным (временнo?) отменять АСК до устойчивой стабилизации состояния больного (полагают, что антитромбоксановые эффекты АСК в части случаев могут способствовать развитию декомпенсации ХСН).

Показания к применению клопидогреля и принципы его назначения у постинфарктных больных широко известны. По современным представлениям, клопидогрель может использоваться

в комбинации с любыми статинами – имевшиеся ранее сомнения в этом отношении уже разрешены. Длительный прием клопидогреля (продолжительностью до 1 года или не менее 1 года – в зависимости от того, имплантирован ли больному «покрытый» стент) в дозе 75 мг/сут (обычно в сочетании с аспирином либо вместо него – при непереносимости аспирина) будет обязательным также для постинфарктных больных с БСД ЛЖ, а также при наличии ХСН. В то же время позиция клопидогреля у больных ИБС с тяжелой ХСН остается неопределенной.

Применение варфарина под контролем международного нормализующего отношения в пределах 2,0-3,0 будет оправданным при наличии соответствующих показаний (фибрилляции предсердий, тромбов в полостях, перенесенных эмболий и др.). В этих случаях варфарин может быть добавлен к уже проводимой постинфарктному больному «двойной» антитромбоцитарной терапии (АСК + клопидогрель), которая таким образом становится «тройной» (АСК + клопидогрель + варфарин). Естественно, что проведение такого лечения сопряжено с существенным риском геморрагических осложнений и требует особо тщательного контроля за пациентом.

Дипиридамол не находит места в лечении постинфарктных больных.

**Гиполипидемические препараты (см. таблицу 7)**

Статины являются важным элементом лечебной программы практически любых пациентов с ИБС – как в целом, так и постинфарктных в частности. Однако, говоря о статинах применительно к лицам с ХСН, необходимо сделать несколько уточнений. Статины у постинфарктных больных, несомненно, следует использовать на относительно ранних этапах становления и развития ХСН (БСД ЛЖ, ФК I

**Таблица 6. Антитромботические препараты у постинфарктных больных**

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
Ацетилсалициловая кислота	+	+	+	+ или ?, кроме случаев, когда имеются частые декомпенсации ХСН	
Клопидогрель	+, до 1 года или не менее 1 года				?
Варфарин	+, при наличии показаний (фибрилляция предсердий, тромбы в полостях, перенесенные эмболии и др.)				
Дипиридамол	-	-	-	-	-

Примечания: + – применяется, – – обычно не применяется, ? – позиция сомнительна.

и II), когда они обеспечивают устойчивое снижение сердечно-сосудистого риска (в первую очередь, за счет снижения частоты коронарных осложнений). На этапах ХСН ФК III, особенно ФК IV, благоприятный эффект статинов на сердечно-сосудистый прогноз выражен в значительно меньшей степени (если присутствует вообще), что продемонстрировали недавние РКИ CORONA и GISSI-HF с розувастатином.

Причины отмеченного снижения эффективности статинов при тяжелой ХСН сейчас обсуждаются в мировой литературе. Отдельные авторы полагают, что у больных ИБС с ХСН по мере нарастания степени выраженности последней изменяется относительная весомость патофизиологических факторов, определяющих уровень сердечно-сосудистого риска. На ранних этапах (БСД ЛЖ, ФК I и II) в формировании этого риска принимают участие преимущественно коронарные факторы (связанные непосредственно с атеросклеротической бляшкой и повышающие ее «уязвимость» – склонность к разрывам). Общеизвестное благоприятное влияние статинов на бляшку с увеличением ее «стабильности» и снижением на этой основе риска коронарных осложнений реализуется на этих этапах в суммарное улучшение прогноза. На более далеко зашедших этапах (ФК III, особенно ФК IV) в определении риска более значительную роль, чем коронарные факторы, начинают играть факторы, непосредственно связанные с миокардиальной недостаточностью (выраженное ремоделирование самого миокарда и камеры ЛЖ в целом, тяжелая насосная дисфункция, значительная нейрогуморальная активация). Отчетливого влияния на эти факторы статины уже на оказывают, что и обуславливает снижение их благотворного влияния на прогноз при тяжелой ХСН.

Можно ли использовать статины у постинфарктных больных с ХСН ФК III и IV? Вероятно, да,

но не у всех больных (не назначать при гипохолестеринемии, то есть при уровнях общего холестерина  $\leq 3,5$  ммоль/л) и, скорее, в дозах, менее значительных, чем обычно используемые при хронической ИБС (например, аторвастатин, скорее, в дозах 20-10 мг/сут, чем 80-40 мг/сут). Опасения относительно безопасности статинов у таких больных сейчас в значительной степени развеяны, так как продемонстрирована их хорошая переносимость (субанализ TNT, CORONA, GISSI-HF). Еще раз обратим внимание на то, что при ХСН ФК III и IV значительно снижать уровни липидов (общий холестерин  $\leq 3,5$  ммоль/л) не следует, поскольку у таких больных это рассматривается как маркер неблагоприятного прогноза (вследствие известного феномена «malnutrition» – «мальнутриции»).

Что касается других препаратов, используемых для контроля уровней липидов в крови, то о них приходится говорить значительно меньше как в силу их более скромного места в кардиологической практике, так и в силу того, что в нашей стране они пока существенного распространения не получили. Фибраты (доминирует фенофибрат) могут использоваться для коррекции выраженной гипертриглицеридемии (возможно сочетание фенофибрата со статинами). Эндурацин (ретардная форма никотиновой кислоты не представлена в Украине) используется в западных странах у лиц, имеющих значительное снижение уровней ХС ЛПВП. Эффекты фибратов и ниацина на прогноз при ХСН не изучались, поэтому использовать их при ее тяжелых формах не следует. Эзетимиб (отсутствующий у нас препарат, снижающий всасывание холестерина в кишечнике и обычно применявшийся в сочетании со статинами) в недавнем исследовании ENHANCE не продемонстрировал благоприятного влияния на прогноз, поэтому занимает сейчас весьма слабую позицию препарата, который «может быть назначен при непереносимости статинов».

Таблица 7. Гиполипидемические препараты у постинфарктных больных

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
Статины (аторвастатин, симвастатин, розувастатин)	+, дозы повыше (аторвастатин – 80-40 мг/сут)			+ или ?, если нет гипохолестеринемии, дозы небольшие (аторвастатин – 20-10 мг/сут)	
Фибраты (фенофибрат)	?, при гипертриглицеридемии			–	–
Ниацин	?, при снижении ХС ЛПВП			–	–
Эзетимиб	?	?	–	–	–

Примечания: + – применяется, – – обычно не применяется, ? – позиция сомнительна; ХС - холестерин; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности.

**Прочие препараты (см. таблицу 8)**

Высококонцентрированные этиловые эфиры омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ω3-ПНЖК) при использовании в дозировке 1 капсула/сут (1,0 г/сут) продемонстрировали улучшение сердечно-сосудистого прогноза в крупных РКИ у постинфарктных больных (GISSI-Prevenzione), а недавно – и у лиц с ХСН различной этиологии, в том числе и ишемической (GISSI-HF). С учетом этого, а также принимая во внимание плацебоподобную переносимость препарата в этой дозе, он может быть использован в качестве элемента лечебной стратегии на всех этапах развития ХСН у постинфарктных больных.

Ивабрадин – селективный и специфичный ингибитор If-каналов синусового узла, относительно недавно появившийся в мировой и отечественной кардиологической практике. Этот препарат в недавно завершившемся РКИ BEAUTifUL (88% из вошедших в него больных имели в анамнезе перенесенный ИМ, 85% – ХСН II-III ФК) показал улучшение прогноза (по «вторичным конечным точкам») для группы лиц с исходной ЧСС ≥70 ударов в минуту, сохранявшейся на фоне применения β-АБ. Вероятно, до получения данных проводящегося сейчас РКИ SHIfT (посвященного изучению эффектов ивабрадина при умеренной и тяжелой ХСН) этому препарату в лечении постинфарктных больных с ХСН может быть отведена лишь вспомогательная роль. Тем не менее лицам рассматриваемой категории он может быть назначен как с антиангинальной целью, так и для улучшения прогноза, обычно при ЧСС ≥70 ударов в минуту, в добавление к β-АБ.

Место нитратов и блокаторов кальциевых каналов в лечении постинфарктных больных с ХСН включает применение их для контроля стенокардии и артериальной гипертензии (при необходимости, в добавление к ингибиторам АПФ и β-АБ). Среди

блокаторов кальциевых каналов у лиц с ХСН при сниженной систолической функции ЛЖ могут использоваться лишь амлодипин или фелодипин.

Полипрагазмия ли это? Такой вопрос неминуемо возникает при обсуждении лечения пациентов этой группы, ведь с учетом лекарств, являющихся базисными для хронической ИБС, а также для ХСН, подобный больной будет вынужден принимать ежедневно не менее 6-7 наименований лекарственных препаратов. В настоящее время взгляд ведущих кардиологов мира на данную конкретную ситуацию, по нашему мнению, хорошо отражает высказывание одного из авторитетных европейских специалистов в области ХСН, J. Cleland, редактора журнала European Journal of Heart Failure: «Polypharmacy is necessary in CHF patients with low ejection fraction...» («Применение многих препаратов необходимо у больных ХСН при сниженной фракции изгнания ЛЖ»). Необходимость назначения достаточно значительного количества препаратов у таких больных мотивируется, по мнению J. Cleland:

- достаточно хорошей совместимостью этих современных лекарственных средств в фармакологическом отношении;
- доказанным благоприятным эффектом на прогноз многих компонентов лечебной программы;
- наличием у ряда препаратов возможности развития взаимно усиливающих благоприятных эффектов.

Как долго больной будет принимать? Общеизвестна обратная зависимость «приверженности» больного к лечению от количества назначенных ему препаратов (чем больше препаратов – тем меньше вероятность их длительного приема). Показательны в этом отношении данные ретроспективного анализа, представленного в 2007 г. кардиологами США. Среди больных, которым были назначены более 6 препаратов, в случае если пациент получал лишь стандартные рекомендации по их применению,

**Таблица 8. Прочие препараты у постинфарктных больных**

Подход	Группы постинфарктных больных				
	БСД ЛЖ	ХСН ФК I	ХСН ФК II	ХСН ФК III	ХСН ФК IV
ω 3-ПНЖК	+, 1 капсула в сутки				
Ивабрадин	+, обычно в сочетании с β-АБ или при их непереносимости, особенно при ЧСС ≥70				?
Нитраты	+, для контроля ангинальных эпизодов, не должны препятствовать назначению ингибиторов АПФ и β-АБ				
Блокаторы кальциевых каналов	+, для контроля ангинальных эпизодов, контроля артериальной гипертензии, в добавление к ингибиторам АПФ и β-АБ (амлодипин, фелодипин)				

Примечания: + – применяется, ? – позиция сомнительна.

через год практически никто не продолжал прием всех назначенных лекарственных средств. Однако если в начале приема и далее каждые 3 месяца врач специально разъяснял больному высокую полезность применения этих препаратов для сохранения жизни, то результат был иным: спустя 1 год из тех, кому были назначены 8-10 препаратов, на их приеме оставалась существенная часть больных. Ценность неформальных, доброжелательных и информативных бесед с больным вполне очевидна.

### Литература

- Амосова Е.Н. Вторичная профилактика ишемической болезни сердца: роль ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента / Е.Н. Амосова // Укр. кардіол. журн. – 2005. – № 2. – С. 8-13.
- Дозозалежний вплив симвастатину на активність запального процесу у хворих на гострий коронарний синдром без підйому сегмента ST / В.І. Волков, Л.М. Яковлева, Т.М. Бондар та ін. // Укр. кардіол. журн. – 2006. – № 6. – С. 24-28.
- Канорский С.Г. Динамика постинфарктного ремоделирования левого желудочка на фоне длительного лечения периндоприлом, амиодароном и в-адреноблокаторами / С.Г. Канорский, А.Г. Старицкий, А.А. Божко // Кардиология. – 2005. – № 3. – С. 31-35.
- Рекомендації з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих Української асоціації кардіологів / Воронков Л.Г., Амосова К.М., Багрий А.Е. та ін. – Київ: «Четверта хвиля», 2006. – 47 с.
- ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction – executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / E.M. Antman, D.T. Anbe, P.W. Armstrong // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 44, № 3. – P. 671-719.
- Anand K. Aldosterone inhibition reduces the risk of sudden cardiac death in patients with heart failure / K. Anand, A.N. Moos, S.M. Mobius // J. Renin-Angiotensin-Aldosterone System. – 2006. – Vol. 7. – P. 15-19.
- Cook S., Togni M., Schaub M., Wenaweser P., Hess O.M. High heart rate: a cardiovascular risk factor? // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 2387-2393.
- Double-blind, randomized, placebo-controlled study of high-dose HMG CoA-reductase inhibitor therapy on ventricular remodeling, pro-inflammatory cytokines and neurohormonal parameters in patients with chronic systolic heart failure / H. Krum, E. Ashton, C. Reid et al. // J. Card. Fail. – 2007. – Vol. 13. – P. 1-7.
- Gislason G.H. Long-term compliance with beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and statins after acute myocardial infarction / G.H. Gislason, J.N. Rasmussen // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27, № 10. – P. 1153-1159.
- Gupta S. Diuretic usage in heart failure: a continuing conundrum in 2005 / S. Gupta, L. Neyses // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 644-649.
- Hassan A. The effect of spironolactone use heart failure mortality: a population-based study / A. Hassan, L. Cox // J. Cardiac. – 2007. – Vol. 13, № 3. – P. 165-171.
- Hosenpud J.D., Greenberg B.H.. Congestive heart failure. – Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2007. – 869 p.
- Impact of statin therapy on clinical outcomes in chronic heart failure patients according to beta-blockers use: results of CIBIS II / H. Krum, M. Bailey, W. Meyer et al. // Cardiol. – 2007. – Vol. 108. – P. 28-34.
- Masoudi F.A. Statins for ischemic systolic heart failure / F.A. Masoudi // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 358. – P. 1-3.
- Spence J.D. Measuring effects of antiatherosclerotic therapies / J.D. Spence // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2006. – Vol. 48, № 4. – P. 845.
- Weber M.A. Inhibiting the rennin-angiotensin system to prevent cardiovascular diseases: do we need a more comprehensive strategy? / M.A. Weber, T.D. Giles // Rev. Cardiovasc. Med. – 2006. – Vol. 7, № 2. – P. 45-54.
- Yusuf S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf, S. Hawken, S. Unpuu // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 937-952. ■