

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

КОММЕНТАРИИ К РЕКОМЕНДАЦИЯМ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (2005)

В.В. Якусевич

Ярославская государственная медицинская академия

Объёмный документ «Рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности» (2005) является четвёртым пересмотром мнения ведущих европейских специалистов по данному вопросу.

Следует отметить, что фундаментальные положения предыдущих рекомендаций сохранены в новой редакции. В то же время они дополнены рядом новых данных, полученных в клинических исследованиях последних лет.

Подчёркивается значимость проблемы хронической сердечной недостаточности (не менее 10 млн. больных в Европе), представлены основные эпидемиологические, этиопатогенетические и классификационные аспекты патологии. Сохранена общая концепция хронической сердечной недостаточности (ХСН) как дисбаланса нейрогормонов. Документ, рассчитанный на широкий круг интернистов, даёт чёткое представление о методах выявления, лечения и контроля ХСН; предлагает простые алгоритмы диагностических и лечебных процедур в зависимости от тяжести проявления заболевания. Следует подчеркнуть, что традиционное ориентирование российских врачей на показатель фракции сердечного выброса как ведущий стигмат ХСН не вполне оправдан – именно диастолической дисфункции и сердечной недостаточности с нормальной фракцией выброса рекомендации уделяют особое внимание.

К сожалению, в очередной раз не сформулировано простое и объективное определение ХСН, что эксперты объясняют «...отсутствием чётких критериев дисфункции сердца или желудочков или объёмов камер сердца, которые позволяли бы надёжно идентифицировать больных сердечной недостаточностью».

Вместе с тем предлагается практическое решение установления диагноза ХСН путём интерпретации основных симптомов (одышки, утомляемости, отёков ног) и объективно установленных признаков дисфункции сердца в покое. Совокупность указанных критериев может быть дополнена позитивным ответом на лечение ХСН, особенно в случаях, когда диагноз вызывает сомнение то есть не утрачивает значения терапия *ex juvantibus*. Отметим, что такие симптомы ХСН как тахикардия, регистрация III тона и влажные хрипы в лёгких отнесены к малоинформативным диагностическим признакам в виду высокой их вариабельности. Подчёркивается, что периферические отёки и гепатомегалия приобретают диагностическую значимость только в сочетании с измерением давления в югулярных венах.

Рекомендации не устанавливают отчётливой корреляции между тяжестью дисфункции сердца и симптомами ХСН. Однако признается прогностическое значение симптомов, особенно при сохранении их на фоне лечения. Напомним, что при формулировании диагноза сердечной недостаточности в России наряду с общепринятым определением функционального класса ХСН традиционно устанавливается стадия процесса. В реальной клинической практике последняя определяется как раз по симптомам и подразумевает необратимость процесса декомпенсации, что с позиции современных терапевтических (и немедикаментозных) возможностей представляется не очень убедительным.

Представлен перечень широко используемых методов исследования устанавливающих, подтверждающих или исключающих диагноз ХСН.

Раздел, посвящённый лечению ХСН, особо подчёркивает важность не только купирования симптомов, но и профилактики прогрессирования ХСН, то есть предупреждения явных нарушений кровообращения у больных с бессимптомной дисфункцией сердца, появления новых симптомов, функциональных ограничений и смерти. Обращается внимание на то, что эффекты новых профилактических методов лечения становятся очевидными только со временем (в отличие от симптоматических средств, которые часто оказывают быстрое действие). По-прежнему важной задачей признаётся своевременное и активное лечение заболеваний, наиболее часто являющихся причиной формирования и прогрессирования ХСН, в первую очередь коронарной болезни сердца и артериальной гипертензии.

Рекомендации предлагают выделять ближайшие и долгосрочные цели лечения, подчёркивая, что кроме регрессии симптомов, улучшения качества жизни и снижения смертности, следует добиваться торможения процессов ремоделирования сердца, подавлять активность нейрогормональных систем, стремиться к улучшению функции почек. С учётом сложности патогенетических механизмов сердечной недостаточности возможно использование нескольких стратегий лечения, направленных на коррекцию различных звеньев формирования и прогрессирования ХСН.

Уделено внимание немедикаментозным методам лечения, подчёркивается важность диетических и режимных мероприятий.

Что касается фармакотерапии ХСН, то существенных изменений в арсенале лекарственных средств со времени предыдущих рекомендаций не произошло. По-прежнему ведущими препаратами в длительной терапии признаются **ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (блокаторы рецепторов ангиотензина II), диуретики, β-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона и сердечные гликозиды**. При этом безусловный приоритет отдаётся **ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)**, которые признаются средствами первой линии у всех больных с фракцией выброса левого желудочка менее 45-40% и должны сочетаться с диуретиками при наличии отёков. Подтверждается польза терапии этой группой препаратов для больных инфарктом миокарда, имеющих даже преходящие симптомы сердечной недостаточности. Обращается внимание на необходимость титрования ингибиторов АПФ до максимально переносимых доз, что под-

тверждается крупными рандомизированными контролируемыми испытаниями. Подчёркивается польза терапии ингибиторами АПФ для больных с бессимптомной дисфункцией левого желудочка и абсолютная польза для больных ХСН высоких функциональных классов. Указывается, что умеренные гипотония и нарушение функции почек не являются противопоказаниями для назначения этих препаратов. В рекомендациях фигурируют только 5 представителей из многочисленных ингибиторов АПФ, зарегистрированных для лечения ХСН в Европе (каптоприл, эналаприл, рамиприл, трандолаприл и лизиноприл) и, таким образом, популярная в России дискуссия о наличии (или отсутствии) у этой группы лекарственных средств так называемого «класс-эффекта» не находит отражения. Мы придерживаемся мнения, что популярные в нашей стране спираприл, фозиноприл и периндоприл также могут использоваться, во всяком случае, у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией, тем более, что свою состоятельность у пациентов с ХСН они подтверждают в национальных исследовательских проектах.

Более скромно представлены рекомендации по использованию **блокаторов рецепторов ангиотензина II**. Отмечено, что эти препараты не имеют существенных преимуществ перед ингибиторами АПФ и их назначение правомерно в первую очередь при непереносимости последних.

Значимым классом лекарственных средств представлены **β-адреноблокаторы**. За последние 3 десятилетия взгляд на их применение при ХСН эволюционировал от абсолютного противопоказания до безусловной целесообразности использования в этой группе больных, начиная со II функционального класса. При этом к рекомендованным ранее бисопрололу, метопрололу сукцинату и карведилолу добавлен ещё один препарат – небиволол. Понятно стремление авторов рекомендаций включать в список только препараты с высоким уровнем доказанности по эффективности. Однако возникает вопрос по последнему препарату, на который трудно экстраполировать уровень доказанности А, учитывая, что исследование SENIORS является по сути единственным изучением небиволола при ХСН в сравнительно небольшой выборке и только у пациентов старших возрастных групп. Вместе с тем, на наш взгляд, требует уточнения возможность применения у больных ХСН ретардных форм метопролола тартрата (форма медленного высвобождения действующего вещества), во всяком случае, у больных после инфаркта миокарда. Метопролол тартрат изучен в большом количестве исследований, подтвердивших его позитивное влияние на смертность

и частоту кардиоваскулярных осложнений. Отметим, что давняя дискуссия о правомерности совместного назначения в-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ утратила смысл после ряда клинических исследований, подтвердивших их аддитивный (синергичный) эффект. Вместе с тем представляется целесообразным последовательное их назначение у пациентов с нестабильным кардиоваскулярным состоянием (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, ухудшение течения артериальной гипертензии) с титрованием каждого препарата до оптимальной дозы. При этом дополнительные показания могут свидетельствовать в пользу первоочередного назначения препарата каждого из классов.

Применение **диуретиков** при ХСН является традиционным. Принципиально новых положений по их использованию рекомендации не содержат (предлагается назначать тиазиды при умеренной задержке жидкости и петлевые диуретики при выраженных отеках). Вместе с тем следует обратить внимание практикующих врачей на возможности торасемида, сравнительно недавно появившегося на российском рынке. Этот препарат обладает более длительным периодом полувыведения по сравнению с фуросемидом и особенно показан при скоплении жидкости в серозных полостях. Следует подчеркнуть, что **калийсберегающие диуретики** предлагается использовать только в ситуациях, когда гипокалиемия сохраняется, несмотря на терапию ингибиторами АПФ. Последнее положение не относится к спиронолактону – препарату, который в низких дозах не относится к калийсберегающим, однако сохраняет способность ограничивать негативные эффекты альдостерона.

Препараты из группы **антагонистов альдостерона** рекомендуется сочетать с лечением в-адреноблокаторами и ингибиторами АПФ при сердечной недостаточности у больных с инфарктом миокарда и систолической дисфункцией левого желудочка или сахарным диабетом для улучшения выживаемости и уменьшения числа госпитализаций. Интерес к препаратам-антагонистам альдостерона мотивирован той ролью этого гормона, которая активно изучалась в последние годы. Установлено, что альдостерон вызывает фиброз сосудов и миокарда, активирует симпатoadреналовую систему, вызывает дисфункцию барорецепторов и электролитный дисбаланс (гипокалиемию, гипомagneмию), подавляет парасимпатические реакции. Назначение спиронолактона и эплеренона показано, прежде всего, больным ХСН высоких функциональных классов, в лечении которых получены убедительные доказательства эффективности и без-

опасности этих лекарственных средств. Предпочтительным является использование эплеренона, к сожалению пока не зарегистрированного в России. Этот препарат селективно блокирует минералокортикоидные рецепторы и мало влияет на глюкокортикоидные, что делает его более безопасным.

Сердечные гликозиды (дигоксин), хотя и сохраняют некоторые позиции в терапии сердечной недостаточности, используются, прежде всего, не как инотропные средства, а как препараты с отрицательным дромотропным эффектом на уровне а-в узла, т.е. при фибрилляции предсердий. При тяжелой сердечной недостаточности дигоксин может выступать в качестве препарата 3-4 ряда, дополняя терапию ингибиторами АПФ, в-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона. Доказано, что при этом снижается частота госпитализаций по поводу декомпенсации и улучшается качество жизни тяжелых больных.

В свою очередь **негликозидные инотропные лекарственные средства** применять при ХСН не рекомендуется, так как они повышают смертность больных при повторном и длительном применении. За этими препаратами признаётся возможность использования в качестве внутривенной инфузии у пациентов с тяжелой декомпенсацией для коррекции гемодинамических нарушений, с оговоркой, что их эффективность в контролируемых исследованиях изучена недостаточно.

Применение у больных ХСН **вазодилаторов, антитромбических и антиаритмических средств** регламентируется дополнительными показаниями. На наш взгляд подробное освещение этих групп препаратов в рекомендациях по лечению сердечной недостаточности перегружает последнее, превращая их, по сути, в пособие по терапии сердечно-сосудистого континуума. Понятны плюсы назначения нитратов и аспирина пациентам с ИБС, антитромбических препаратов при тромбозах и антиаритмических при тех или иных нарушениях ритма. Однако прямого отношения к коррекции синдрома ХСН они не имеют и их описание в большей степени уместно в соответствующих разделах кардиологии. ХСН с присущими ей изменениями гемодинамики на макро- и микроуровне циркуляции, дисфункцией важнейших систем организма, безусловно, диктует особенности применения многих классов лекарств, а не только кардиотропных средств. Однако описание этих особенностей в документе, предназначенном для широкого использования и практического руководства, представляется нецелесообразным.

Рекомендации завершаются разделом, в котором представлены алгоритмы выбора лекарствен-

ных средств и их комбинаций в конкретной клинической ситуации. К сожалению по-прежнему много вопросов вызывает тактика ведения больных с диастолической дисфункцией – исчерпывающих рекомендаций по их лечению новая редакция не содержит.

В заключение следует отметить, что за истекшие с момента публикации предыдущих рекомендаций четыре года концептуально этот документ не изменился. Внесённые дополнения и уточнения не меняют общего подхода к терапии, хотя и эффективной, но не позволяющей совершить значимого

прорыва в лечении ХСН и мотивируют дальнейшие изыскания в этой области. Судя по периодической печати последних лет можно выделить следующие направления, которые возможно повлекут улучшение ситуации. Это возможно более ранняя и агрессивная терапия основных причин ХСН, требующая кроме использования достижений медицины реализации образовательных программ среди пациентов, изучение возможностей принципиально новых лекарственных средств и своевременная и адекватная хирургическая коррекция дефектов сердечно-сосудистой системы.