

Актуальные проблемы лечения больных с сердечной недостаточностью

Сердечная ресинхронизирующая терапия

24 октября 2013 г. в Киевском городском центре сердца состоялась конференция «Сложные вопросы лечения сердечной недостаточности». Один из главных обсуждаемых вопросов – проведение сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов с сердечной недостаточностью (СН).

О результатах внедрения этого метода в Украине сообщил в своем выступлении **заведующий лабораторией электрофизиологических, гемодинамических и ультразвуковых методов исследования Института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины Борис Богданович Кравчук**.

– Впервые СРТ была применена в нашей стране в 2002 г., и в настоящее время в 16 специализированных центрах Украины открыты отделения, в которых больные СН, имеющие показания к СРТ, могут получить необходимую высококвалифицированную медицинскую помощь. Однако количество имплантаций устройств СРТ, осуществленных на протяжении 2002–2013 гг., крайне мало (472), и более чем 30 % из них выполнены в НИССХ им. Н.М. Амосова НАМН Украины. В некоторых клиниках опыт проведения СРТ не превышает 1–3 процедуры. Еще меньше пациентов получили возможность имплантации СРТ-дефибриллятора – всего 68. В пересчете на количество населения нашей страны количество имплантаций устройств СРТ составляет 1,2 на 1 млн населения. Для сравнения: в Польше этот показатель составляет около 70, в Чехии – около 120, а в Германии – более 200 на 1 млн населения. Впечатляет разница в количестве имплантаций СРТ-дефибрилляторов в Украине и Польше (6 против 2152 соответственно) и СРТ-пейсмекеров (54 и 387 соответственно). При этом в Польше в 99 % случаев СРТ проводят кардиологи, тогда как в Украине – исключительно хирурги.

Анализ результатов выполнения СРТ пациентам с СН свидетельствует об улучшении клинических и гемодинамических показателей как в ближайший, так и в отдаленный периоды после

вмешательства. Важнейшим результатом стало увеличение выживаемости у больных с СН на протяжении 7 лет после проведения СРТ по сравнению с прогнозируемой.

Современной стратегии улучшения ответа на СРТ был посвящен доклад **директора по научным и медицинским вопросам компании Medtronic Сабины Брюкнер (Берлин, Германия)**.

– Эффективность СРТ у пациентов с СН может быть оценена с точки зрения как гемодинамических, так и клинических изменений. С точки зрения пациентов, которые ожидают, прежде всего, улучшения качества жизни, наиболее важными являются клинические изменения. Однако отсутствие гемодинамических улучшений в течение первого года после проведения СРТ означает высокую вероятность снижения положительного клинического эффекта в последующем. Оценку эффективности СРТ следует проводить не ранее чем через 6–12 мес после вмешательства. Отсутствие положительных результатов через год после процедуры чаще всего указывает на ее неэффективность у этого больного.

Оптимальный ответ на СРТ достигается приблизительно в 70–75 % случаев. И хотя этот результат намного превосходит таковой при проведении медикаментозного лечения СН, стоимость СРТ диктует необходимость максимального снижения частоты случаев неудовлетворительных ответов на ее применение. Трудности выполнения этой задачи обусловлены, прежде всего, индивидуальностью ответа пациентов на СРТ.

Тем не менее уменьшение риска неэффективности СРТ возможно при соблюдении определенных условий. Так, важную роль в достижении этой цели играет правильный отбор больных для проведения СРТ кардиологами и врачами функциональной диагностики. Именно лечащий врач-кардиолог обладает точной информацией об эффективности терапии, которую ранее получал пациент, его приверженности к лечению, течению заболевания. В рекомендациях Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2013 г. по проведению кардиостимуляции и СРТ определены критерии отбора больных, нуждающихся в данном виде лечения:

- хроническая СН II–IV функционального класса (ФК) по NYHA на фоне оптимальной медикаментозной терапии, соответствующей современным рекомендациям;
- полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ); длительность комплекса QRS > 150 мс;
- синусовый ритм.

Кроме основных критериев, существуют дополнительные: высокое давление в легочной артерии и снижение фракции выброса (ФВ) правого желудочка ассоциированы с ухудшением прогноза у пациентов с СН, следовательно, у них можно ожидать меньшую эффективность СРТ или ее отсутствие. То же самое относится к больным с почечной недостаточностью, влияющей на исходы СН. Кроме того, анализ исследований CARE HF и COMPANION показал, что наиболее часто отсутствие оптимального ответа на СРТ наблюдают у пациентов с шириной комплекса QRS 120–150 мс и ПБЛНПГ.

Важнейшим моментом в обеспечении оптимального ответа на СРТ является расположение электродов при имплантации устройства (правильная локализация, стабильность позиции). При этом следует обращать внимание на наличие и локализацию рубцов, зон акинезии, фиброза миокарда. Например, наличие рубцов на задне-латеральной стенке ЛЖ (оптимальная позиция электродов) может обуславливать потерю ответа на СРТ. В число наиболее частых причин неэффективности СРТ входит и неадекватный подбор атриовентрикулярной задержки: 47 % в общей структуре причин неоптимального ответа, по данным W. Mullens и соавторов (2009). Поэтому контрольные обследования с целью предотвращения потери «захвата» левожелудочкового электрода (рентгенография, ЭКГ, эхокардиография) и оптимизация бивентрикулярной стимуляции в послеоперационный период – неотъемлемый аспект ведения пациентов, которым выполнена СРТ.

Эффективность СРТ в значительной степени также зависит от этиологии СН и темпов ее прогрессирования, поэтому оптимальное медикаментозное лечение основного и сопутствующих заболеваний и сохранение у пациентов приверженности к лечению до и после вмешательства крайне важно. По данным W. Mullens и соавторов, достаточно часто на эффективность СРТ влияет наличие аритмии (около 30 % в структуре всех причин), почти так же часто оптимальный ответ обусловлен нелеченой анемией.

Таким образом, ошибки, которые приводят к неэффективности СРТ, могут быть сделаны на любом этапе ведения больных – во время отбора, при имплантации и после имплантации устрой-

ства. И если на первом этапе отсутствие ошибок зависит от лечащего врача и врача функциональной диагностики, то на этапе имплантации – от квалификации хирурга, его личного опыта и опыта клинического центра, в котором выполняли вмешательство. В большинстве случаев при получении неоптимального ответа на СРТ удастся справиться с этой проблемой при условии тщательного отбора пациентов в соответствии с критериями ЕОК и с учетом индивидуальных данных, а также проведения вполне доступных лабораторных и инструментальных исследований с целью оптимизации медикаментозной терапии и работы устройства СРТ.

Доктор С. Брюкнер обратила внимание на то, что в настоящее время существуют приборы СРТ, позволяющие определить оптимальную позицию левожелудочкового электрода и автоматически изменять параметры бивентрикулярной стимуляции.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов и заведующий отделением нарушений ритма сердца Киевского городского центра сердца, кандидат медицинских наук Александр Николаевич Грицай представили два клинических случая, которые наглядно продемонстрировали возможности СРТ у больных с хронической СН, соответствующих критериям отбора для этой процедуры.

Кроме представленных данных об изменении гемодинамических параметров в первые месяцы после имплантации устройств СРТ, не менее важным доказательством эффективности и целесообразности проведения вмешательства были слова самих пациентов о том, что субъективное улучшение состояния (уменьшение выраженности одышки) они ощутили уже на следующие сутки после операции. Согласно результатам наблюдения больной с СН исходно III ФК NYHA, у которой устройство СРТ было установлено в апреле 2012 г., наиболее выраженные клинические и гемодинамические улучшения наступили через 3–6 мес (увеличение ФВ с 34 до 50 %, снижение конечнодиастолического объема с 244 мл до 132 мл, отсутствие данных о наличии межжелудочковой и внутрижелудочковой диссинхронии). Пациентка отличается высокой приверженностью к лечению и продолжает принимать базовую терапию: ивабрадин, β-адреноблокатор, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), спиронолактон, петлевой диуретик, ацетилсалициловую кислоту.

Однако наиболее точная формулировка результатов СРТ прозвучала в выступлении пациентки, считающей, что операция полностью изменила ее жизнь, позволив снова стать активной, вернуться к работе и даже путешествовать.

Как отметил А.Н. Грицай, в Киевском городском центре сердца сегодня имеется возможность выполнять все виды хирургического лечения тахи- и брадиаритмий. В отделении работают специалисты высокой квалификации, которые владеют всеми инновационными методиками лечения таких больных, в том числе имплантации кардиостимулятора, других устройств для лечения нарушений ритма сердца, катетерной абляции пароксизмальных тахикардий и фибрилляции предсердий (ФП). Процедур СРТ пока выполняется недостаточно – за 10 месяцев 2013 г. всего 5 пациентам. Причина, прежде всего, заключается в неумении врачей первичного звена, а также многих кардиологов и врачей функциональной диагностики правильно отбирать больных для проведения СРТ. Нередко приходится сталкиваться и с элементарным незнанием возможностей, связанных с этим вмешательством. Между тем, трудно найти более веские аргументы для проведения СРТ, чем те, которые уже доказаны: улучшение качества жизни, снижение частоты госпитализаций, и, наконец, главное – увеличение продолжительности жизни. Эти преимущества стоят того, чтобы врач, тщательно взвесив все «за» и «против», взял на себя ответственность убедить пациента, отвечающего всем необходимым критериям отбора, в целесообразности процедуры. Важным условием при этом является формирование доверительных отношений с больными, которых всегда следует предупреждать о вероятности недопостигания успеха (20–30 %) по независящим от хирурга причинам. Как показывает практика, многие пациенты с СН не информированы о том, как может измениться их жизнь после выполнения несложной операции, и, несмотря на ее стоимость, для этих больных аргументы «за» часто перевешивают аргументы «против», включая финансовые расходы, которые, к сожалению, сегодня не компенсируются государством. Таким образом, задача лечащих врачей – донести до пациентов всю необходимую информацию, предоставив право решать собственную судьбу.

Спорные вопросы медикаментозной терапии

Участники конференции рассмотрели вопрос о целесообразности замены сартанов на ингибиторы АПФ у пациентов с СН, развившейся на фоне

артериальной гипертензии (АГ). В ходе обсуждения были представлены две противоположные точки зрения.

Руководитель отдела сердечной недостаточности ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Леонид Георгиевич Воронков отметил, что у практических врачей достаточно часто возникает вопрос – следует ли заменять сартан на ингибитор АПФ у пациентов с АГ и развившейся дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) сердца или СН. Рассматривая этот вопрос, следует учитывать, что выбор терапии во многом зависит от стадии сердечно-сосудистого континуума и развития хронической СН. Кроме того, необходимо помнить, что хроническая СН на фоне АГ формируется двумя путями: один предполагает развитие инфаркта миокарда (ИМ) на фоне коронарного атеросклероза, постинфарктного ремоделирования сердца и дилатации ЛЖ, а другой приводит к ремоделированию через длительно существующую гиперфункцию и гипертрофию ЛЖ. Таким образом, при выборе препаратов для лечения пациентов с СН, развившейся на фоне АГ, следует принимать во внимание данные о том, на какие механизмы ремоделирования сердца они влияют в большей степени.

Для сартанов и ингибиторов АПФ доказана способность влиять на механизмы, приводящие к развитию СН на фоне АГ и эффективность в снижении риска развития СН. Что касается уже развившегося заболевания, то в руководстве ЕОК (2012) сартаны рекомендованы пациентам с симптомной хронической СН (I–IV ФК по NYHA) и ФВ < 40 % в случае непереносимости/наличия противопоказаний к назначению ингибиторов АПФ или антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМР). Эти рекомендации основаны на результатах исследований ELITE II, ValHeFT и CHARM, в которых доказана эффективность в улучшении прогноза больных СН для лосартана, валсартана и кандесартана соответственно. В исследовании ELITE II с участием пациентов с хронической СН лосартан продемонстрировал сопоставимые с каптоприлом результаты в снижении риска смерти от всех причин, внезапной сердечно-сосудистой смерти (ССС) и осложнений СН. По результатам исследований ValHeFT (пациенты с перенесенным ИМ со сниженной ФВ), CHARM-Added и CHARM-Alternative (пациенты с хронической СН и сниженной ФВ), было достигнуто снижение конечной точки, включавшей риск ССС или госпитализацию. Однако в исследованиях ValHeFT и CHARM-

Added сартаны добавляли к стандартной терапии СН, включавшей в большинстве случаев ингибиторы АПФ. Можно предположить, что протективный эффект сартанов проявился благодаря их приему на фоне развившегося эффекта ускользания после длительного лечения ингибиторами АПФ. В исследование же CHARM-Alternative включали только пациентов, у которых имела место непереносимость ингибиторов АПФ.

Профессор Л.Г. Воронков обратил внимание слушателей на то, что ингибиторы АПФ, помимо торможения побочных явлений ангиотензина II за счет угнетения его образования, оказывают еще один важный эффект, а именно: усиливают защитное действие брадикинина, стимулируя его синтез, а также синтез вазодилаторных простагландинов и оксида азота. Это обеспечивает вазодилатирующий, вазопротекторный и антитромботический эффекты. Известно, что функция эндотелия сосудов является мощным предиктором прогноза выживаемости при хронической СН, и наличие у ингибиторов АПФ брадикининового механизма действия, обеспечивающего ее улучшение и, как следствие, торможение процессов ремоделирования сердца – важный дополнительный аргумент при решении вопроса о выборе между этими препаратами и сартанами для лечения пациентов с АГ и систолической дисфункцией ЛЖ.

Профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Олег Иосифович Жаринов обосновал противоположную точку зрения, отметив, что на сегодня имеется достаточно большое количество аргументов, свидетельствующих в пользу продолжения лечения пациентов с АГ и СН сартанами.

Рассматривая целесообразность замены сартана на ингибитор АПФ у пациентов с СН, развившейся на фоне АГ, необходимо в первую очередь ответить на три вопроса.

1. Почему у пациента, лечившегося сартаном, возникла систолическая дисфункция ЛЖ – вследствие неэффективного контроля АГ или возникновения ИМ?

2. Принимал ли больной адекватную дозу сартана и целесообразно ли ее увеличение?

3. Имеются ли веские основания для отказа от использования сартанов у пациентов с сочетанием АГ и СН?

Безусловно, эффективность сартанов в профилактике СН во многом зависит от того,

насколько хорошо больные отвечают на терапию с точки зрения снижения АД. Однако результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что, помимо механизма, связанного с антигипертензивным действием, существуют другие, также влияющие на эффективность в предупреждении СН. Так, результаты международного рандомизированного двойного слепого исследования VALUE, в которое были включены свыше 15 тыс. пациентов с АГ и факторами сердечно-сосудистого риска, продемонстрировали, что валсартан обеспечивает более выраженное уменьшение частоты госпитализаций, обусловленных СН, по сравнению с антагонистом кальция амлодипином, при сопоставимом снижении уровня артериального давления в обеих группах.

Что касается результатов исследований с использованием сартанов в лечении хронической СН, то их проведение началось в период, когда применение ингибиторов АПФ уже было официально рекомендовано в качестве стандарта терапии этого заболевания. В связи с этим крайне затруднительным является изучение действия сартанов у пациентов с СН, которым ранее не назначали бы ингибиторы АПФ. В исследовании VALIANT валсартан и каптоприл назначали одновременно пациентам, перенесшим ИМ (1–10-е сутки), осложненным систолической дисфункцией ЛЖ. В этом исследовании валсартан в дозе 320 мг/сут обеспечил сопоставимое с каптоприлом снижение риска ССС и общей смерти, частоты развития повторного ИМ или хронической СН.

Следует отметить, что валсартан в исследовании VALIANT использовали в максимальной дозе, что очень важно, поскольку именно высокие дозы сартанов обеспечивают профилактический эффект в отношении развития и декомпенсации СН. Использование недостаточно высокой дозы препарата является возможной причиной того, что лосартан (в дозе 50 мг/сут) в исследовании OPTIMAAL оказался менее эффективным по сравнению с каптоприлом в снижении риска ССС у пациентов с хронической СН. В более позднем исследовании НЕAAL для лечения пациентов с СН и сниженной ФВ лосартан использовали в дозе 150 мг/сут. Такая высокая доза препарата оказалась более эффективной (но все же менее безопасной) по сравнению с применением в дозе 50 мг/сут в отношении снижения частоты комбинированной конечной точки – смерти от всех причин и госпитализации по поводу СН. Таким образом, назначение пациентам с СН сартанов в дозах, иногда превышающих тако-

вые для лечения АГ, может улучшать результаты лечения.

Если рассматривать вопрос о целесообразности продолжения терапии сартанами с точки зрения современных рекомендаций по лечению АГ, нужно учитывать, что одним из дополнительных показаний для их применения у пациентов с неконтролируемой АГ является сопутствующий ИМ либо наличие хронической СН. Кроме того, сартаны показаны при субклинических поражениях органов-мишеней, в частности при гипертрофии ЛЖ, возникновение которой является одним из этапов, предшествующих постепенному развитию СН. Наличие в перечне показаний таких состояний и заболеваний, как дисфункция почек, микроальбуминурия, протеинурия, персистирующая ФП, метаболический синдром и сахарный диабет, свидетельствует о том, что позиции сартанов в настоящее время не уступают таковым ингибиторов АПФ. Данные исследований, проведенных за последнее десятилетие, отражены в европейских рекомендациях по лечению АГ 2013 г. Вопрос о том, что сартаны якобы повышают риск развития ИМ, на сегодня является закрытым – это подтверждают результаты ряда метаанализов, в которых сартаны не повлияли на вероятность возникновения коронарных событий (R. Tsuyuki, M. McDonald, 2006).

С учетом современных руководств по лечению СН пациенты с АГ и СН должны обязательно получать базовую терапию ИАПФ или БРА, β -адреноблокаторами и АМР. Основания для отказа от терапии сартанами при возникновении СН или систолической дисфункции (особенно при постепенном ее развитии) у пациентов с АГ на сегодня отсутствуют, и в такой ситуации врач должен в первую очередь рассмотреть возможность увеличения дозы сартана, но не его отмену. Замена сартана на ингибитор АПФ может быть оправдана только в случаях недостаточного антигипертензивного эффекта на фоне применения его в адекватной дозе. Выбор же сартана для лечения пациентов с АГ и СН следует осуществлять с учетом данных клинических исследований в области терапии СН. Эффективностью в лечении пациентов с хронической СН доказана для валсартана, лосартана и кандесартана, и наиболее широко применяемым в клинической практике в настоящее время является валсартан.

Разбор данных доказательной медицины в области лечения хронической СН был продолжен при обсуждении вопроса, можно ли определить уровень целевой частоты сокращений сердца (ЧСС) у пациентов с СН и постоянной формой ФП.

Профессор О.И. Жаринов отметил, что убедительные данные доказательной медицины, свидетельствующие о пользе снижения ЧСС < 70 в 1 мин, получены только для лиц с СН и синусовым ритмом, однако их нельзя экстраполировать на больных с постоянной формой ФП, у которых часто выявляется СН и выше риск тромбоэмболических осложнений.

Контроль ЧСС у пациентов с СН и постоянной формой ФП оправдан как метод, способствующий снижению выраженности симптомов и риска развития тахикардиомиопатии. Известно, что эффективность контроля ЧСС позволяет прогнозировать влияние лечения на исходы заболевания и выживаемость больных СН, то есть при лучшем контроле ЧСС можно ожидать более благоприятного влияния на прогноз. Однако метод контроля ЧСС имеет ряд ограничений и недостатков, таких как сохранение аритмии, клинических симптомов; высокий риск развития побочных эффектов препаратов, снижающих ЧСС, при интенсивном контроле; увеличение стоимости лечения при использовании их высоких доз. Кроме того, данные клинических исследований не позволяют сделать однозначный вывод о пользе интенсивного контроля ЧСС у пациентов с СН и постоянной формой ФП. Результаты исследования AF-SHEF, в котором проводили сравнительную оценку двух стратегий ведения таких больных – интенсивного контроля ритма и интенсивного контроля ЧСС (< 80 в 1 мин), продемонстрировали отсутствие достоверных различий в отношении выживаемости, частоты инсультов, декомпенсации СН.

В одном из наиболее авторитетных исследований в области лечения ФП RACE II проводили сравнительную оценку эффективности двух стратегий контроля ЧСС: мягкого, при котором достигали уменьшения ЧСС до < 110 в 1 мин в покое, и жесткого, целью которого являлось снижение до < 80 в 1 мин в покое и < 110 в 1 мин при умеренной физической нагрузке. Установлено, что в группе жесткого контроля целевой уровень ЧСС достигался существенно реже по сравнению с группой мягкого контроля. Частота визитов пациентов к врачам, которая отражает количество проблем, возникающих в процессе лечения, была почти в 10 раз больше в группе интенсивного контроля ЧСС, также в ней отмечена тенденция к увеличению частоты сердечно-сосудистых осложнений. Интересно, что ретроспективный анализ подгруппы пациентов с легким течением ФП (предположительно у большинства из них отсутствовала СН) показал, что частота сердечно-сосудистых осложнений была сопоставимой при обеих стратегиях контроля

ЧСС, тогда как у больных с более тяжелой ФП (не исключено, что у многих из них была СН) и большим количеством факторов риска интенсивный контроль ЧСС приводил к существенному увеличению сердечно-сосудистых событий по сравнению с таковым при использовании стратегии мягкого контроля. Эти результаты наглядно демонстрируют риски, с которыми сопряжен бескомпромиссный, без учета состояния пациентов выбор стратегии жесткого контроля ЧСС при сочетании СН и ФП, и свидетельствуют о необходимости применения индивидуализированной тактики контроля у таких больных.

Еще одним аргументом в защиту идеи индивидуализированного контроля ЧСС у пациентов с СН и ФП являются результаты ретроспективного анализа данных исследования AFFIRM, которые показали, что частота сердечно-сосудистых осложнений у лиц с ФП, у которых были достигнуты разные уровни ЧСС (70–148 в 1 мин), существенно не отличалась. Таким образом, мы не можем формально подходить к решению вопроса, к какой ЧСС следует стремиться у пациентов с СН и постоянной формой ФП, так как это зависит от многих факторов, клинической ситуации и реального ответа на лечение.

Обсуждая вопросы контроля ЧСС у больных с СН и ФП, нельзя не остановиться на методах, с помощью которых можно осуществлять эту стратегию. В исследованиях, посвященных проблемам лечения ФП, доказано, что в данной ситуации основными лекарственными средствами являются β -адреноблокаторы (β -АБ) и дигоксин, причем контроль ЧСС лучше всего достигается при одновременном использовании этих препаратов.

Сегодня выбор лекарственного средства первой линии терапии для контроля ЧСС у пациентов с ФП осуществляется с учетом образа жизни (активного или пассивного) больных, сопутствующих заболеваний и других факторов. В недавнем метаанализе четырех клинических исследований с использованием β -АБ (CIBIS II – бисопролола, SENIORS – небиволола, MERIT-HF – метопролола, US-Carvedilol – карведилола (M. Rienstra и соавт., 2013)) оценивали влияние этих препаратов на смертность больных с хронической СН в зависимости от фонового ритма сердца. Результаты свидетельствовали об эффективности использования указанных лекарственных средств (кроме небиволола) для снижения риска госпитализации и увеличения выживаемости среди пациентов с СН и синусовым ритмом: уменьшение риска смерти от любых причин на 42 % было достигнуто именно за счет этой группы больных. В то же

время остается недоказанным наличие достоверного положительного влияния β -АБ на эти показатели у пациентов с ФП. У практического врача возникает естественный вопрос: так следует ли применять β -АБ у больных с постоянной формой ФП? Ответ однозначно положительный, поскольку альтернативы β -АБ, в целом улучшающим прогноз у пациентов с СН, на сегодня не существует. При этом следует обратить внимание, что в перечисленных исследованиях уже на первых этапах лечения был достигнут оптимальный уровень ЧСС, после чего добавляли исследуемый препарат из группы β -АБ. Возможно, именно такая особенность протокола исследований β -АБ предопределила полученный в итоге результат. Именно достижение снижения ЧСС (которое преимущественно достигалось до начала титрования β -АБ) является главным критерием эффективности препаратов из группы β -АБ. В то же время небольшая тахисистолия является важнейшим механизмом компенсации у пациентов с ФП, и к снижению ЧСС у этих пациентов нужно подходить с учетом индивидуальной переносимости лечения и, в частности, более низкой ЧСС.

Еще один аспект, на который следует обратить внимание, – выбор препарата для контроля ЧСС, поскольку представители группы β -АБ отличаются по эффективности в улучшении прогноза у больных хронической СН. Например, анализ результатов исследования СОМЕТ, в котором участвовали пациенты с СН как с синусовым ритмом, так и с ФП, показал, что карведилол имеет преимущества перед метопрололом в улучшении прогноза больных различных категорий (особенно у тяжелых), независимо от эффективности контроля ЧСС. Таким образом, планируя осуществление стратегии контроля ЧСС у пациентов с ФП и СН, помимо таких критериев, как уровень артериального давления, ЧСС и выраженность клинических симптомов, следует принимать во внимание специфичное действие назначаемого препарата.

Профессор О.И. Жаринов высказал мнение, что антиаритмический препарат амиодарон может рассматриваться сегодня в качестве оптимального средства для рутинного контроля ЧСС при ФП только в отдельных клинических случаях у пациентов с особыми показаниями для их применения, в частности, при наличии сопутствующих желудочковых нарушений ритма.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

- критерии эффективности контроля ЧСС у пациентов с СН и ФП отличаются от таковых у больных с синусовым ритмом;

- β -АБ (в сочетании с дигоксином или без него) являются основой контроля ЧСС при сочетании СН и ФП; продолжение или приостановка сопутствующей терапии дигоксином может в определенной мере влиять на последующие дозы β -АБ;

- в настоящее время точно не определен единый оптимальный уровень ЧСС для пациентов с ФП и СН, хотя можно предположить, что рутинное снижение этого показателя < 70 в 1 мин не является оптимальной тактикой ведения таких больных в связи с высоким риском развития полных атриовентрикулярных блокад и возникновением необходимости имплантации кардиостимуляторов.

По мнению **профессора Л.Г. Воронкова**, целевой уровень ЧСС у пациентов с СН и ФП можно и нужно определять.

Результаты ряда исследований в области терапии СН сегодня утратили актуальность в связи с тем, что тактика лечения систолической СН на протяжении последних двух десятилетий значительно изменилась. Например, показания к применению дигоксина основаны на результатах post hoc анализа исследования DIG, проведенного в начале 1990-х гг., когда использование β -АБ еще не являлось общепринятым стандартом лечения хронической СН. Сегодня β -АБ рассматривают как препараты первой линии терапии этого заболевания, кроме того, более широко применяют ингибиторы АПФ, а также внедрен в клиническую практику ингибитор I_f-тока ивабрадин. Дигоксин же добавляют к терапии как препарат второй линии в случае непереносимости или наличия противопоказаний к приему β -АБ (например, при бронхиальной астме) или невозможности их дальнейшего титрования (при артериальной гипотен-

зии). Таким образом, вопрос о целесообразности использования дигоксина для улучшения прогноза пациентов с систолической СН должен быть решен путем проведения новых рандомизированных клинических исследований с применением современных подходов к лечению СН.

То же самое относится к исследованиям CIBIS II, SENIORS и MERIT-HF, которые вошли в вышеупомянутый метаанализ M. Rienstra и соавт. 2013 г. (небольшое исследование US-Carvedilol практически не повлияло на результаты метаанализа). В перечисленных работах большинство пациентов с СН и ФП получали дигоксин на момент назначения β -АБ (90 % – в CIBIS II, 85 % – в MERIT-HF и 75 % – в SENIORS). Этим объясняется исходно невысокий уровень ЧСС во всех трех исследованиях (84–88 в 1 мин), который в процессе лечения удалось снизить в среднем на 10 в 1 мин. Таким образом, на основании результатов этого метаанализа можно сделать вывод, что у пациентов с СН и ФП с исходной ЧСС 80–90 в 1 мин дальнейшее ее снижение с целью улучшения прогноза нецелесообразно. Однако мы не можем ответить на вопрос о том, какой должна быть целевая ЧСС у этих больных, можно ли, например, в качестве таковой использовать исходную ЧСС 80–90 в 1 мин в связи с отсутствием пользы от ее дальнейшего снижения или же следует стремиться к значениям < 70 в 1 мин, как у пациентов с СН и синусовым ритмом?

Ответы на эти вопросы помогут получить только будущие исследования и метаанализы. До получения их результатов следует использовать индивидуальный подход при выборе стратегии контроля ЧСС у больных с систолической СН и ФП – правильный выбор препарата в таких ситуациях сродни искусству.

Подготовила Наталья Очеретяная

Редакция журналу «Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія» щиро дякує газеті «Здоров'я України» та Наталії Очеретяній за сприяння у підготовці цього матеріалу