

О.Й. Жарінов

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Еволюція рекомендацій з медикаментозного та хірургічного лікування серцевої недостатності

КЛІНІЧНІ
РЕКОМЕНДАЦІЇ

У статті проаналізовано ключові відмінності настанов Європейського товариства кардіологів 2012 р. щодо лікування хронічної серцевої недостатності (ХСН) порівняно з попередніми рекомендаціями. Важливе місце в підвищенні ефективності лікування ХСН належить фізичним тренуванням та навчанню пацієнтів із забезпеченням багатодисциплінарного підходу до ведення хворих. Останні європейські рекомендації розширили показання для призначення антагоністів альдостерону, визначили можливість застосування івабрадину для додаткового зниження частоти скорочень серця, на доповнення до оптимальних доз β-адреноблокаторів. Утім, ключовою особливістю еволюції сучасного ведення хворих із ХСН є дедалі ширше використання інтервенційних та хірургічних методів лікування, зокрема, ресинхронізуючої терапії, реваскуляризації міокарда, пристроїв для підтримки кровообігу, та розвиток технології транскатетерних клапанних втручань.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, лікування, ресинхронізуюча терапія, реваскуляризація міокарда.

Прогрес розуміння патогенезу хронічної серцевої недостатності (ХСН), який відбувся за останні чверть століття, зумовив суттєву еволюцію підходів до ведення хворих і, зокрема, вибору оптимальних медикаментозних засобів. Пройшло 25 років після епохального дослідження CONSENSUS, але інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) залишаються, за відомим висловом Е. Braunwald, «наріжним каменем» лікування ХСН, а нейрогуморальна модуляція загалом – ключовим шляхом до поліпшення перебігу і прогнозу виживання хворих із ХСН. Перелік медикаментозних засобів, здатних зменшувати ймовірність смерті хворих із ХСН, переважно сформувався у 1990-х роках і радикально не змінився протягом останнього десятиліття. На тлі одночасного застосування двох–трьох засобів нейрогуморальної дії (таких як інгібітори АПФ, сартани, β-адреноблокатори, антагоністи альдостерону) кожна нова сходинка у зменшенні захворюваності та смертності досягається дедалі тяжче. І лише деякі з нещодавно здійснених контрольованих досліджень дали змогу вдосконалити медикаментозне лікування пацієнтів з ХСН. Водночас, у центрі уваги опинилися при-

строї та хірургічні втручання. Саме ці аспекти визначили ключові відмінності рекомендацій Європейського товариства кардіологів з лікування ХСН 2012 р. [1] порівняно з опублікованими чотири роки тому [2].

Немедикаментозне лікування та навчання пацієнтів

Узгоджені настанови з діагностики та лікування ХСН розроблялися експертами Європейського товариства кардіологів, починаючи з 1997 р. Вони традиційно містили рекомендації з корекції способу життя та немедикаментозного лікування ХСН. Утім, доказів ефективності цих підходів було недостатньо. В настановах 2012 р. залишилося місце лише для фізичних навантажень та багатодисциплінарних програм ведення хворих із ХСН. На думку європейських експертів, рекомендації щодо корекції способу життя не базувалися на достатніх доказах, і немає підстав залишати їх в узгоджених настановах. Зокрема, у рандомізованому дослідженні перебіг ХСН виявився сприятливішим у пацієнтів із звичайним споживанням натрію,

ніж у разі його обмеження, що свідчить про ненадійність навіть базових рекомендацій з корекції способу життя.

Результати кількох систематичних оглядів і метааналізів засвідчили, що фізичні тренування підвищують толерантність до навантаження та асоційовану зі станом здоров'я якість життя, а також зменшують кількість випадків госпіталізації внаслідок ХСН. Нещодавно в контрольованому дослідженні HF-ACTION (2009) оцінювали ефекти фізичних тренувань у 2331 пацієнта (середній вік – 59 років) зі стабільною ХСН II або III функціонального класу (ФК) за NYHA із фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) $\leq 35\%$. Втручання полягало у здійсненні під контролем фахівців 36 сеансів навантажень протягом перших трьох місяців, з подальшим періодичним тренуванням у домашніх умовах. Середня тривалість спостереження становила 30 місяців. Фізичні тренування забезпечили зменшення на 11 % частоти виникнення первинної комбінованої кінцевої точки – суми випадків смерті або госпіталізації від усіх причин (некориговане $p=0,13$; кориговане $p=0,03$). Також спостерігали зменшення на 15 % ризику вторинної кінцевої точки – суми випадків серцево-судинної смерті або госпіталізації внаслідок ХСН (некориговане $p=0,06$; кориговане $p=0,03$). У дослідженні не зареєстрували зменшення смертності; водночас, не було проблем щодо безпечності призначеного лікування. Загалом, фізичні тренування досить ефективні при ХСН, хоча варто визнати, що у згадані дослідження не включали типових пацієнтів старших вікових груп. Крім того, оптимальні рівні рекомендованих навантажень досі не визначено.

Важливою особливістю сучасного розуміння ХСН є ставлення до серцевої недостатності як багатодисциплінарної проблеми. Відтак, є підстави для різнобічного погляду на ведення хворих з ХСН. Багатодисциплінарний підхід передбачає структуроване тривале спостереження, навчання пацієнтів, оптимізацію медикаментозного лікування, психосоціальну підтримку, полегшення доступу до медичної допомоги. Ключем до забезпечення успіху цих програм є координація зусиль різних фахівців, залучених до надання допомоги хворим з ХСН: кардіологів, спеціально підготовлених медичних сестер, а також фармацевтів, дієтологів, фізіотерапевтів, психологів, працівників соціальних служб тощо. Зміст і структура програм ведення хворих з ХСН мають відмінності у різних країнах та різних системах надання допомоги. Незважаючи на це,

у європейських настановах 2012 р. визначені ключові теми для навчання пацієнтів із ХСН (табл. 1).

Розширення показань для антагоністів альдостерону

Рекомендації щодо застосування інгібіторів АПФ, сартанів і β -адреноблокаторів як базисних засобів лікування ХСН у хворих із систолічною дисфункцією ЛШ не зазнали суттєвих змін. Водночас у нових настановах значно зміцнилася позиція антагоністів альдостерону (антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів). Ці препарати тепер рекомендовані всім пацієнтам з ФВ ЛШ $\leq 35\%$ і симптомами ХСН II–IV ФК за NYHA, які зберігаються на тлі застосування інгібіторів АПФ (або сартанів при непереносності інгібіторів АПФ) і β -адреноблокаторів з метою зменшення кількості випадків госпіталізації внаслідок ХСН і передчасної смерті (клас рекомендацій I, рівень доказів A).

Нагадаємо, що після дослідження RALES (1999) спіронолактон рекомендували хворим з ХСН III–IV ФК за NYHA. Втім, слабким місцем згаданого дослідження було те, що лише 11 % пацієнтів отримували β -адреноблокатори. Нещодавно здійснене дослідження EMPHASIS-HF (2011) дозволило уникнути цього обмеження, а також довести доцільність застосування антагоністів альдостерону у хворих із м'якою ХСН. Всього залучили 2737 пацієнтів віком ≥ 55 років з ХСН II ФК за NYHA і ФВ ЛШ $\leq 30\%$ (або $\leq 35\%$, якщо тривалість комплексу QRS перевищувала 130 мс). Застосування еплеренону в добовій дозі до 50 мг як доповнення до інгібітора АПФ (або сартану) і β -адреноблокатора дозволило зменшити ризик смерті від серцево-судинних причин або госпіталізації, зумовленої ХСН, на 27 %. Цей ефект було отримано в середньому через 21 міс після початку застосування еплеренону. Отримані дані узгоджувалися з результатами раніше здійсненого дослідження EPRESUS (2003), в якому лікування еплереноном поліпшило виживання хворих, що перенесли інфаркт міокарда, з ФВ ЛШ $\leq 40\%$ і ХСН або цукровим діабетом.

У європейських рекомендаціях також зазначено, що спіронолактон і еплеренон можуть спричинити гіперкаліємію та погіршувати функцію нирок, причому ці побічні ефекти значно частіше, порівняно з контрольованими дослідженнями, трапляються в умовах звичайної клінічної практики, особливо у пацієнтів похилого віку. Відтак, антагоністи альдостерону повинні призначатися

Таблиця 1

Ключові теми для обговорення при навчанні пацієнтів із ХСН (адаптовано за [1])

Теми для обговорення	Навички пацієнтів та аспекти самостійного надання допомоги
Визначення та етіологія ХСН	Розуміти причини ХСН, зокрема причини появи симптомів
Прогноз	Знати важливі прогностичні фактори і приймати реалістичні рішення
Контроль симптомів і самопомога	<ul style="list-style-type: none"> Контролювати та розпізнавати ознаки і симптоми ХСН Щодня зважуватися і звертати увагу на швидке збільшення маси тіла Знати, як і коли звертатися по медичну допомогу У випадку збільшення задишки, набряків або раптового неочікуваного збільшення маси тіла більш ніж на 2 кг за 3 дні пацієнти можуть самостійно збільшувати дозу діуретичного засобу і/або звертатися по медичну допомогу Якщо це можливо, використовувати гнучку діуретичну терапію після отримання детальних рекомендацій
Медикаментозне лікування	<ul style="list-style-type: none"> Розуміти показання, дози та ефекти призначених препаратів Розпізнавати поширені побічні ефекти кожного з призначених препаратів
Прихильність до лікування	<ul style="list-style-type: none"> Розуміти важливість дотримання рекомендацій і з огляду на це підтримувати мотивацію пацієнтів Обмеження споживання натрію здатне сприяти контролю ознак і симптомів застою у пацієнтів із симптомною ХСН III–IV ФК
Дієта	<ul style="list-style-type: none"> Уникати надмірного споживання рідини. Обмеження споживання рідини до 1,5–2 л на день може розглядатися у пацієнтів з тяжкою ХСН для зменшення симптомів і застою. Виключення гіпотонічних розчинів сприяє корекції гіпонатріємії. Рутинне обмеження рідини у всіх пацієнтів із м'якими або помірними симптомами, очевидно, не є доцільним. Для зменшення спраги кількість спожитої рідини повинна залежати від маси тіла (як правило 30 мл/кг, а при масі тіла > 85 кг – 35 мл/кг) Контролювати і не допускати недостатнього харчування Забезпечувати здорове харчування та підтримувати нормальну масу тіла
Алкоголь	Помірне споживання алкоголю: абстиненція рекомендується пацієнтам з алкогольною кардіоміопатією. В інших випадках – звичайні рекомендації щодо споживання алкоголю (до 20 мл у перерахунку на чистий алкоголь у чоловіків і до 10 мл – у жінок)
Куріння і заборонені речовини	Припинити куріння і/або прийом заборонених речовин
Фізичні навантаження	<ul style="list-style-type: none"> Розуміти користь виконання навантажень Виконувати фізичні тренування регулярно Не остерігатися фізичної активності
Подорожі та вільний час	<ul style="list-style-type: none"> Планувати подорожі та активність у вільний час відповідно до фізичних можливостей Під час подорожі мати при собі витяг з історії хвороби, у тому числі перелік призначень, а також запас ліків. Контролювати та коригувати споживання рідини, особливо під час перельотів та в умовах спекотного клімату. Знати про побічні ефекти експозиції до сонячних променів при застосуванні певних препаратів (наприклад, аміодарону)
Статева активність	Не боятися обговорювати з медиками проблеми, які виникають у зв'язку із статевою активністю. У стабільних пацієнтів може зберігатися нормальна статева активність, яка не провокує небажаних симптомів. Існують спеціальні настанови щодо корекції еректильної дисфункції
Імунізація	Отримувати імунізацію проти вірусу грипу та пневмокока згідно з локальними настановами
Сон і розлади дихання	<ul style="list-style-type: none"> Знати про ефективні шляхи корекції способу життя для профілактики, зокрема зменшення маси тіла при ожирінні, припинення куріння та відмову від споживання алкоголю Дізнатися про варіанти лікування, якщо це необхідно
Психосоціальні аспекти	<ul style="list-style-type: none"> Розуміти, що симптоми депресії та когнітивна дисфункція часто спостерігаються у пацієнтів із ХСН, а також важливість для цих пацієнтів соціальної підтримки Дізнатися про варіанти лікування, якщо це необхідно

лише хворим з адекватною функцією нирок і нормальним вмістом калію, а при застосуванні цих препаратів потрібно регулярно контролювати рівень електролітів і функцію нирок.

Наголосимо також, що непрямим наслідком отримання доказів сприятливого впливу еплеренону на виживання пацієнтів з різними ФК ХСН стане обмеження одночасного застосування інгібіторів АПФ і сартанів. Адже у випадку, коли хворий уже отримує інгібітор АПФ і β-адреноблокатори, логічним продовженням лікування буде призначення антагоністів альдостерону (які мають найбільш переконливі докази ефективності), а не будь-яких інших нейрогуморальних модуляторів.

Івабрадин чи титрування β-адреноблокаторів?

Серед засобів, які можуть бути рекомендовані окремим категоріям пацієнтів з ХСН, найбільшу увагу останнім часом привертає івабрадин – препарат, який зменшує частоту скорочень серця (ЧСС) у осіб із синусовим ритмом шляхом блокади каналів If у синусовому вузлі. В європейських рекомендаціях зазначено, що доцільність призначення івабрадину може розглядатися з метою зменшення кількості випадків госпіталізації у хворих із синусовим ритмом і ФВ ЛШ $\leq 35\%$, з ЧСС ≥ 70 за 1 хв і збереженням симптомів ХСН (II–IV ФК NYHA), незважаючи на терапію β-адреноблокаторами, інгібіторами АПФ (або сартанами) і антагоністами альдостерону (клас рекомендацій Па, рівень доказів В). Важливий нюанс полягає в тому, що β-адреноблокатори повинні призначатися в оптимальних дозах (визначених з позицій доказової медицини) або в максимально переносимих дозах (якщо оптимальних доз не досягають). Крім того, івабрадин може бути корисним для зменшення ризику госпіталізації, спричиненої ХСН, у пацієнтів з аналогічними характеристиками, які не переносять β-адреноблокатори (на доповнення до інгібіторів АПФ і антагоністів альдостерону). Втім, ця рекомендація є недостатньо переконливою (клас рекомендацій Ib) і базується винятково на думці експертів (рівень доказів С).

Наведені положення європейських рекомендацій з'явилися на підставі результатів дослідження SHIFT (2010) за участю 6588 хворих із ХСН II–IV ФК за NYHA, ЧСС ≥ 70 за 1 хв і ФВ ЛШ $\leq 35\%$. Пацієнтів рандомізували в групи застосування івабрадину (титрування до максимальної дози 7,5 мг двічі на день) або плацебо. Важливо зазначити, що залучені в дослідження

хворі отримували сучасне багатокомпонентне базисне лікування з приводу ХСН: діуретичні засоби (84 % осіб), дигоксин (22 %), інгібітори АПФ (79 %), сартани (14 %), β-адреноблокатори (90 %) та антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (60 %). Медіана тривалості спостереження становила 23 місяці. Кількість випадків смерті або госпіталізації внаслідок ХСН зменшилася на тлі застосування івабрадину на 18 % ($p < 0,0001$). Причому цього ефекту досягли, насамперед, завдяки запобіганню госпіталізації, спричиненої ХСН (зменшення на 26 %). На тлі застосування івабрадину дещо поліпшилися показники функції ЛШ і якості життя хворих. Найпоширенішим і водночас очікуваним побічним ефектом івабрадину стала симптомна брадикардія, що виникла у 5 % пацієнтів порівняно з 1 % у групі плацебо ($p < 0,0001$). Зорові побічні ефекти (фосфени) спостерігали у 3 % осіб, які отримували івабрадин, і у 1 % – у групі плацебо ($p < 0,0001$).

Вагомим обмеженням дослідження SHIFT стало те, що серед його учасників лише в 26 % пацієнтів івабрадин призначали після досягнення оптимальних доз β-адреноблокаторів. Відтак, у 74 % хворих цільових доз β-адреноблокаторів не було досягнуто. Чи можна при такому фоновому лікуванні розцінювати результати дослідження SHIFT як «революцію» в медикаментозному лікуванні ХСН? Очевидно, ні, адже його результати можуть бути використані для лікування не всіх і навіть не більшості, а досить обмеженої категорії пацієнтів. У клінічній практиці призначення івабрадину стало, насамперед, реальною альтернативою для хворих із тяжкою ХСН, вираженою дисфункцією ЛШ, збереженням синусовим ритмом і супутньою гіпотензією. За таких клінічних характеристик титрування β-адреноблокаторів (найчастіше – карведилолу) може виявитися проблематичним, оскільки нерідко асоціюється з подальшим зниженням артеріального тиску. В інших клінічних ситуаціях немає жодних підстав відмовлятися від традиційного титрування β-адреноблокаторів, найчутливішим мірилом ефективності яких є саме зниження ЧСС. Наголосимо, що лише для β-адреноблокаторів існують беззаперечні докази антиаритмічної дії та здатності зменшувати ймовірність раптової серцевої смерті – безпосередньої причини смерті майже половини хворих із ХСН. Вказаний ефект дуже залежить від вираженості блокади адренергічних рецепторів, а досягнення бажаного зниження ЧСС є найточнішим свідченням оптимальності застосованої дози β-адреноблокаторів. Відтак, добре відомі переваги β-адреноблокаторів, насамперед, анти-

Таблиця 2

Показання для ресинхронізуючої терапії у хворих з ХСН (адаптовано за [1])

ФК ХСН за NYHA	ФВ ЛШ	Ритм	Морфологія комплексу QRS	Тривалість комплексу QRS	Клас рекомендацій	Рівень доказів
III–IV	≤ 35 %	Синусовий	БЛНПГ	≥ 120 мс	I	A
			не БЛНПГ	≥ 150 мс	IIa	A
II	≤ 30 %	Синусовий	БЛНПГ	≥ 130 мс	I	A
			не БЛНПГ	≥ 150 мс	IIa	A

БЛНПГ – блокада лівої ніжки пучка Гіса.

аритмічні ефекти і здатність запобігати раптовій серцевій смерті, не можуть бути реалізовані при передчасному припиненні титрування цих препаратів.

Визначені та суперечливі аспекти ресинхронізуючої терапії

У здійснених останнім часом рандомізованих клінічних дослідженнях MADIT-CRT (2009) і RAFT (2010) вперше було доведено користь серцевої ресинхронізуючої терапії (СРТ) у пацієнтів із ХСН II ФК за NYHA і систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ ЛШ ≤ 30 %). Тривалість комплексу QRS у цих дослідженнях становила відповідно ≥ 130 і ≥ 120 мс. Синусовий ритм зберігався у всіх учасників дослідження MADIT-CRT і у більшості – в дослідженні RAFT. Нагадаємо також, що раніше користь СРТ для поліпшення перебігу ХСН і прогнозу виживання хворих вже було доведено у пацієнтів з ХСН III–IV ФК за NYHA на тлі систолічної дисфункції ЛШ у дослідженнях COMPANION (2004) і CARE-HF (2005), в яких тривалість комплексу QRS також була найважливішою за 120 мс.

Наявні переконливі докази дозволили рекомендувати СРТ хворим із стійким зниженням ФВ ЛШ, порушеннями внутрішньошлуночкової провідності і клінічними проявами ХСН, які зберігаються, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію, для зменшення ризику смерті і госпіталізації, спричиненої ХСН. Важливо враховувати, що на момент оцінки доцільності СРТ очікуване виживання пацієнтів повинно становити не менше одного року. Втім, показання для СРТ дещо відрізняються залежно від ФК ХСН і графіки комплексу QRS (табл. 2). І ще одна деталь: у хворих із ХСН II ФК за NYHA бажано імплантувати бівентрикулярний кардіостимулятор, який водночас має функцію дефібрилятора.

Суперечливими залишаються погляди на доцільність СРТ у пацієнтів з морфологією бло-

кади правої ніжки пучка Гіса і тривалістю комплексу QRS менше 150 мс, з фібриляцією передсердь (критерій вилучення у більшості досліджень), а також у осіб зі зниженою ФВ ЛШ без спеціальних показань для СРТ, в яких є підстави для імплантації звичайного кардіостимулятора. Очевидно, додатковим критерієм при визначенні показань до СРТ у таких випадках може стати виявлення ознак «механічної асинхронності» шлуночків при візуалізації серця.

Нові докази на користь хірургічної реваскуляризації міокарда

Діючі показання для хірургічної реваскуляризації міокарда переважно сформувався на підставі результатів трьох досліджень, здійснених у 1970-х роках. Після досліджень VACS (1974), ECSS (1976) і CASS (1979) ні в кого не викликає сумніву доцільність аортокоронарного шунтування для зменшення смертності у хворих з ураженням стовбура лівої вінцевої артерії, трьох вінцевих артерій, а також стенозом передньої низхідної гілки лівої вінцевої артерії в поєднанні з тяжкою стенокардією і систолічною дисфункцією ЛШ. Щоправда, мало хто задумується сьогодні над тим, що переконливих переваг коронарної хірургії було досягнуто порівняно з тодішнім медикаментозним лікуванням ішемічної хвороби серця (ІХС), яке не включало препарати з груп статинів та інгібіторів АПФ (ці засоби ще не були доступними) і не передбачало обов'язковості застосування ацетилсаліцилової кислоти та β-адреноблокаторів. Проведення нового дослідження з метою порівняння результатів хірургічного і медикаментозного лікування ІХС у пацієнтів з показаннями, визнаними протягом кількох десятиліть, вже не має сенсу та неможливе з етичних міркувань.

Утім, досі не з'ясовано питання доцільності хірургічної реваскуляризації в осіб із зниженою ФВ ЛШ і менш вираженим ураженням вінце-

вих артерій. У нещодавно закінченому великому контрольованому дослідженні STICH (2011) хворих на ІХС з ФВ ЛШ $\leq 35\%$ та анатомічними показаннями для реваскуляризації рандомізували в групи аортокоронарного шунтування в поєднанні з медикаментозною терапією і лише медикаментозної терапії. Залучені у дослідження пацієнти були відносно молодого віку (у середньому 60 років), переважали чоловіки (88%), ХСН І ФК спостерігали у 11 осіб, ІІ ФК – у 52%, ІІІ ФК – у 34%. Стенокардії не було у 36%, її вираженість відповідала І ФК у 16%, ІІ – у 43%, ІІІ – у 4% і ІV – у 1%. У більшості хворих виявили двосудинне (31%) або трисудинне (60%) атеросклеротичне ураження вінцевих артерій, у 68% – гемодинамічно значущий проксимальний стеноз передньої низхідної гілки лівої вінцевої артерії, і лише у 2% – стеноз стовбура лівої вінцевої артерії. Операція аортокоронарного шунтування не вплинула на первинний вихід – імовірність смерті від усіх причин. Водночас, вона дозволила зменшити на 19% імовірність смерті від серцево-судинних причин і на 26% – імовірність смерті від будь-якої причини або серцево-судинної госпіталізації. Відтак, результати дослідження STICH дозволили поширити показання для хірургічної реваскуляризації міокарда на пацієнтів із ураженням двох вінцевих артерій, яке включає стеноз передньої низхідної гілки лівої вінцевої артерії, з очікуваною тривалістю життя більше одного року і задовільним функціональним станом хворих.

Співвідношення користі та ризику аортокоронарного шунтування у пацієнтів без стенокардії / ішемії або без достатньої кількості життєздатного міокарда поки не з'ясовано. Якщо обсяг ураженого, але життєздатного міокарда ЛШ є більшим за 10%, можна розраховувати на кращий ефект реваскуляризації міокарда, на відміну від хворих з ураженням серцевого м'яза менше 10%. Для оцінки життєздатності міокарда можуть бути використані різні неінвазивні методи. Зокрема, ядерна візуалізація характеризується високою чутливістю, а методи оцінки контрактильного резерву (стрессокардіографія) – більшою специфічністю. Магнітно-резонансна візуалізація серця є ідеальним методом для оцінки трансмурального поширення рубця, але не має переваг при оцінці життєздатності міокарда чи майбутнього відновлення скоротливості його стінки.

Вибір між аортокоронарним шунтуванням і перкутанними втручаннями здійснюється командою фахівців (кардіохірург, кардіолог, інтервенційний кардіолог). Він залежить від поширеності

ураження вінцевих артерій, очікуваної повноти реваскуляризації, наявності патології клапанів серця та інших супутніх хвороб.

Роль пристроїв для лікування термінальної серцевої недостатності

Ще однією важливою особливістю нових європейських рекомендацій стало розширення показань для застосування технології механічної підтримки кровообігу. На підставі результатів низки контрольованих досліджень пристрої для підтримки кровообігу в ЛШ, а також бівентрикулярні пристрої отримали показання класу рекомендацій І з рівнем доказів В для використання як «містка» в період очікування перед трансплантацією серця. Це зумовлено доказами здатності вказаних пристроїв зменшувати симптоми і ризик госпіталізації внаслідок прогресуючої серцевої недостатності, а також зменшувати ризик передчасної смерті. Крім того, пристрої для підтримки кровообігу можуть мати самостійне значення в тривалому лікуванні ХСН у пацієнтів: 1) з термінальною серцевою недостатністю, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію та застосування пристроїв; 2) в яких не може бути здійснена пересадка серця; 3) в яких очікувана тривалість життя становить принаймні один рік з відносно задовільним функціональним станом (клас рекомендацій Іа, рівень доказів В).

Незважаючи на значну кількість наукових досліджень та появу відповідних пристроїв, у європейських настановах 2012 р. немає чітких рекомендацій щодо використання імплантованих або інших моніторів (наприклад, для забезпечення волюметричного контролю та корекції доз діуретичних засобів) у пацієнтів з ХСН або моніторингу рівнів натрійуретичних пептидів, що зумовлено суперечливою доказовою базою. Водночас, у цьому документі вперше згадуються транскатетерні клапанні втручання, зокрема, транскатетерне протезування аортального клапана у хворих із протипоказаннями до хірургічного лікування.

Висновки

Еволюція узгоджених рекомендацій з лікування хронічної серцевої недостатності, які є найкращим орієнтиром у повсякденній практиці лікаря, відбувається на підставі принципів доказової медицини. Важливе місце в підвищенні ефективності лікування хронічної сер-

цевої недостатності належить фізичним тренуванням та навчанню пацієнтів, із забезпеченням багатодисциплінарного підходу до ведення хворих. В останніх європейських рекомендаціях суттєво не змінилися підходи до застосування базисних медикаментозних засобів лікування хворих із хронічною серцевою недостатністю, розширилися показання для призначення антагоністів альдостерону, визначено можливість застосування івабрадину для додаткового

зниження частоти скорочень серця, на доповнення до оптимальних доз β-адреноблокаторів. Утім, ключовою особливістю еволюції сучасного ведення хворих із хронічною серцевою недостатністю є дедалі ширше використання інтервенційних та хірургічних методів лікування, зокрема, ресинхронізуючої терапії, реваскуляризації міокарда, пристроїв для підтримки кровообігу, та розвиток технології транскатетерних клапанних втручань.

Література

1. McMurray J.J.V. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 // Eur. Heart J.– 2012.– DOI: 10.1093/eurheartj/ehs104.
2. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and

chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 // Eur. Heart J.– 2008.– Vol. 29.– P. 2388–2442.

O.I. Zharinov

Evolution of guidelines on drug and surgical treatment of heart failure

The article reviews key differences of 2012 guidelines of the European Society of Cardiology regarding treatment of chronic heart failure (CHF), compared to the previous recommendations. Physical training and patient education, with multidisciplinary approach to management of CHF, are important to increase treatment efficiency. The indications for usage of aldosterone antagonists have developed in recent European guidelines, while possibility to use ivabradine, added to optimal dosages of beta-blockers, for further decrease of heart rate was established. Yet, the key issue of contemporary evolution of CHF management is wider usage of interventional and surgical methods, including resynchronizing therapy, myocardial revascularization, ventricular assist devices and development of transcatheter valve interventions technology.

Key words: chronic heart failure, treatment, resynchronizing therapy, myocardial revascularization.