

## Сердечная недостаточность в 2011 году: новые данные

Редакция журнала «Ліки України» обратилась к заведующему отделом сердечной недостаточности Национального научного центра «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско НАМН Украины», доктору медицинских наук, профессору Леониду Георгиевичу Воронкову с просьбой рассказать о наиболее интересных результатах клинических исследований в области кардиологии в минувшем 2011 году.

Я хотел бы обратить внимание клиницистов на достижения и новые данные в кардиологии, получившие свое отражение в научных сессиях в рамках основных клинических и научных кардиологических форумов, проходивших в течение прошлого года, которые обсуждались на Европейском конгрессе по сердечной недостаточности в Гетеборге в мае 2011 года, очередном Европейском конгрессе кардиологов (август 2011 года, Париж), на Конгрессах Американского колледжа кардиологов и Американской ассоциации сердца, а также в рамках Национального конгресса кардиологов, прошедшего в сентябре 2011 года в Киеве.

В последнее время все более возрастает интерес к телемониторинговым методам оценки состояния пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Телемониторинговый подход представляет собой использование современных коммуникационных технологий с целью мониторинга состояния амбулаторных пациентов с ХСН, которые в географическом и организационном плане отделены от клиники, где могли бы получить помощь. Отмечу, что это направление активно развивается во всем мире. Телемониторинговые технологии можно подразделить, во-первых, на устройства с функцией передачи сигналов о состоянии пациента (например, основных гемодинамических показателей) в соответствующий центр; во-вторых – простое телефонное информирование пациентом врачей и медсестер о своих показателях и параметрах, а также телефонное обсуждение коррекции терапии и поведения; в-третьих – видеоконсультирование, новое направление в области телемониторинговых технологий оценки состояния пациентов, которое предусматривает использование Интернета и программы Skype; в-четвертых – веб-технологии, в рамках которых пациент на определенном веб-ресурсе вводит свои данные и получает веб-консультацию специалиста. Для передачи и дальнейшего консультирования, как правило, используются данные об артериальном давлении, ЭКГ, частоте сердечных сокращений, массе тела пациента, иногда данные результатов неинвазивного определения насыщения кислорода в крови и так далее. Естественно, во внимание принимаются и данные, полученные с помощью имплантируемых датчиков (например, датчиков, имплантированных в легочную артерию или локализованных на теле пациента). Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что внедрение некоторых телемониторин-



**Воронков Леонид Георгиевич**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий отделом  
сердечной недостаточности  
Национального научного центра  
«Институт кардиологии  
имени академика Н.Д. Стражеско  
НАМН Украины»

говых технологий дает положительные результаты, однако, некоторые, к удивлению, не продемонстрировали успехов, на которые рассчитывали исследователи, в частности, улучшения прогноза у таких пациентов, уменьшения частоты госпитализации и т.д. Результаты последнего в этой области исследования TIM HF (Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure, Prof. Dr. Friedrich Kohler, Германия) были представлены на Конгрессе по сердечной недостаточности в Гетеборге. Оно не показало улучшения выживаемости таких пациентов в течение двух лет наблюдения, хотя в ряде исследований отмечено снижение госпитализируемости больных с имплантированными датчиками, которые позволяют уловить накопление излишней жидкости в организме за 7–10 дней до ее клинических проявлений. В то же время, простой регулярный телефонный контакт пациента со специалистом и обсуждение с ним показателей дает очень неплохой результат.

Второе направление – это фармакотерапия. В течение прошлого года продолжалось

оглашение данных исследования EMPHASIS-HF. Это исследование еще в 2010 году показало, что присоединение 50 мг эплеренона к стандартному лечению больных ХСН приводит к ошеломляющим результатам: смертность по любой причине среди таких больных снизилась на 24%, риск госпитализации – на 42%. Это исследование также в очередной раз подтвердило роль блокады рецепторов альдостерона у пациентов с ХСН с фракцией выброса левого желудочка менее 35% (относящихся ко II классу по NYHA), т.е. у больных, относительно благополучных в функциональном отношении. В 2011 году были доложены результаты субанализа этих исследований, которые показали, что столь выраженный клинический эффект эплеренона наблюдался и в группах больных с фракцией выброса менее 30%, а также в группах с почечной дисфункцией, сахарным диабетом, в возрасте старше 75 лет. При этом выраженность эффекта снижения риска колебалась от 34 до 46%. Было показано, что на фоне эплеренона в большой степени достоверности существенно снижается риск возникновения новых случаев мерцательной аритмии. Эти данные, несомненно, нужно учитывать в нашей повседневной клинической практике.

На Европейском конгрессе по сердечной недостаточности и Европейском конгрессе кардиологов в прошлом году были представлены новые данные субанализа исследования SHIfT, в котором исследовались особенности препарата ивабрадин,

способного изолированно замедлять частоту синусового ритма. В частности, было показано, что применение этого препарата не только снижает количество госпитализаций и риск смерти от сердечной недостаточности, но и улучшает качество жизни пациентов с ХСН и улучшает ЭХО-кардиографические показатели, отражающие ремоделирование левого желудочка. В 2011 году были получены новые данные относительно применения блокаторов  $\beta$ -адренорецепторов ( $\beta$ -адреноблокаторов) у больных ХСН. Как известно,  $\beta$ -адреноблокаторы, наряду с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), являются краеугольным камнем лечения этого синдрома, поэтому любые новые сведения в этой области представляют для клиницистов большой интерес. Полученные в прошлом году данные еще раз подтвердили преимущества  $\beta$ -адреноблокатора карведилола у пациентов с ХСН по сравнению со стандартными селективными  $\beta$ -адреноблокаторами второго поколения. Ранее в исследовании COMET (Carvedilol or Metoprolol European Trial) было показано, что на фоне применения карведилола для пациентов характерны более низкая смертность и меньшая частота ряда кардиоваскулярных событий, в сравнении с группой, принимавшей метопролол. В 2011 году очень интересное сообщение было сделано на Европейском конгрессе кардиологов группой тайландских ученых (The debate over COMET, Vichai Senthong, Таиланд), которые показали, что карведилол и метопролол различным образом влияют на центральное аортальное давление. К настоящему моменту накоплен ряд данных, подтверждающих, что прием препаратов, снижающих центральное аортальное давление больными с артериальной гипертензией (АГ), сопровождается ее лучшим клиническим течением в виде меньшего риска осложнений. Сейчас же впервые были получены данные, подтверждающие снижение центрального аортального давления на фоне карведилола и отсутствие этого эффекта на фоне метопролола. Это вполне согласуется с данными, свидетельствующими, что карведилол с его особыми фармакологическими свойствами ( $\alpha_1$ -блокирующий эффект, блокада  $\beta_1$  и  $\beta_2$  рецепторов, способность химически нейтрализовать свободные радикалы) существенным образом влияет на сосудистый компонент патофизиологии ХСН, устраняя адренергическую вазоконстрикцию, улучшая вазодилатирующую функцию эндотелия, улучшая таким образом периферический и почечный кровоток. Нами, в частности, в этом плане в течение последних нескольких лет был исследован карведилол, представленный на украинском рынке под торговым названием Кориол, способствовавший, по данным наших исследований, помимо улучшения эндотелиальной функции, снижению выраженности системной иммунновоспалительной активации, что проявилось значительным снижением концентрации тумор-некротического фактора альфа в плазме крови пациентов с ХСН. Авторы цитируемого исследования пришли к выводу, что карведилол, снижающий, в том числе, центральное аортальное давление, может быть предпочтительным среди других  $\beta$ -адреноблокаторов в лечении ХСН. Дополню, что в отношении карведилола в настоящий момент доказано, что его упомянутое влияние на сосудистый компонент патофизиологии ХСН обуславливает не только гемодинамическую разгрузку сердца и улучшение перфузии скелетных мышц, но и улучшение чувствительности к глюкозе.

Актуальными остаются также дискуссии о влиянии аспирина на клиническое течение ХСН. В свое время были получены данные о том, что количество госпитализаций пациентов III–IV класса по NYHA с систолической дисфункцией левого желудочка по поводу декомпенсации увеличивается на фоне длительного приема аспирина. В 2011 году был представлен доклад ирландских ученых, проведших наблюдательное исследование, охватившее почти полторы тысячи человек и сроком наблюдения около трех лет (Margaret Bermingham, Дублин, Ирландия). В течение этого периода аспирин применяли в малых дозах (средняя доза – 89 мг). Ретроспективное сравнение проводилось среди пациентов с ХСН преимущественно II–III класса по NYHA, которые либо принимали, либо не принимали аспирин в схеме медикаментозного лечения. По представленным данным смертность на фоне приема аспирина была на 38% меньше, а госпитализируемость – ниже на 35%. Однако более детальный анализ показал, что частота приема  $\beta$ -адреноблокаторов и статинов у пациентов в группе, где схема лечения была дополнена аспирином, оказалась достоверно выше. Полученные результаты отнюдь не закрывают дискуссию о целесообразности длительного приема аспирина при ХСН.

Новые горизонты фармакотерапии ХСН очень обширны, продолжают клинические испытания препаратов, которые в настоящее время активно исследуются, но пока не поступили в клиническую практику. Среди них – модуляторы растворимой гуанилатциклазы, новые натрийуретические пептиды (уларитид, несиритид, гибридный НУП), полипептиды (релаксин), ингибиторы так называемого кальциевого насоса миокарда, ингибиторы эндотелинпревращающего фермента и нейтральной эндопептидазы (даглутрил), ингибиторы металлопротеиназ, активаторы миозина (омекамтив), ингибиторы ренина (алискирен). Относительно ингибитора ренина, хочу напомнить, что это группа препаратов уже вышла на рынок и предложена для лечения пациентов с АГ. В 2011 году были оглашены результаты исследования ASPIRE, охватившего более 800 пациентов после инфаркта миокарда с систолической дисфункцией левого желудочка, находившихся на стандартной терапии. Добавление прямого ингибитора ренина алискирена до 300 мг в сутки по сравнению с плацебо и приемом в течение 36 недель никак не влияло на показатели ремоделирования левого желудочка, смертность и госпитализируемость пациентов. При этом число побочных эффектов в виде гиперкалиемии креатинина и повышения уровня креатинина в плазме в группе алискирена было достоверно выше, поэтому в настоящее время продолжают более крупные исследования, задача которых – поставить точку в вопросе о целесообразности внедрения этого препарата в практику лечения ХСН.

Очень интересным является появление так называемых прямых активаторов миозина, представителем которых является омекамтив. Это новый инотропный препарат, который в настоящее время уже исследован у больных с систолической дисфункцией левого желудочка. Он улучшает сократительную функцию левого желудочка, увеличивает ударный объем за счет удлинения систолы, которое, в свою очередь, происходит за счет увеличения числа октино-миозиновых мостиков, однако, в отличие от



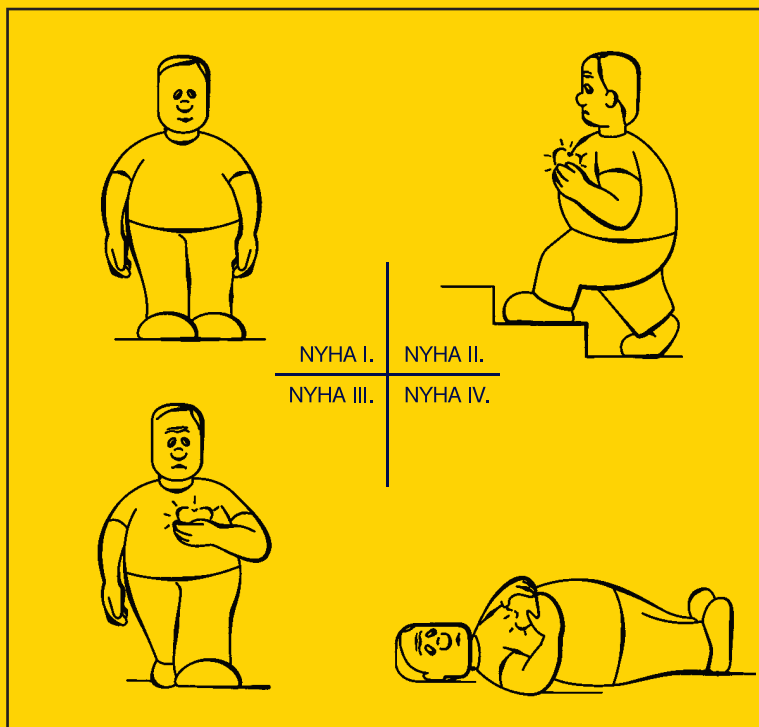
Препарати компанії КРКА користуються довірою лікарів у понад 70 країнах світу<sup>(1)</sup>

# **КОРІОЛ**<sup>®</sup>

таблетки по  
3,125 мг, 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг

карведилол

**Коріол – сила, що змінює  
життя на краще**



Для оптимального лікування пацієнтів з

- артеріальною гіпертензією
- стабільною стенокардією
- хронічною серцевою недостатністю
- дисфункцією лівого шлуночка після інфаркту міокарда\*

(1) Krka, d.d.Novo mesto. Annual Report 2010.

\* Показання зареєстроване для доз 3,125 мг та 6,25 мг.

Р.П.: №UA/4128/01, №UA/4128/04 від 27.08.2007, №UA/4128/02, №UA/4128/03 від 12.04.2011

Джерело інформації: 1.Krka, d.d., Novo mesto, Annual Report 2010, or Krka, d.d., Novo mesto, www.krka.si (14.10.2011)

За детальнішою інформацією звертайтеся до інструкції з використання препарату.

На правах реклами. Розповсюджується на конференціях, семінарах та симпозиумах з медичної тематики

За детальнішою інформацією звертайтеся:

ТОВ «КРКА Україна»: 01015, м. Київ, п/с 42, вул. Старонаводницька, 13, оф.125, тел.: (044) 569-28-38, факс: (044) 569-28-48, ел. адреса: ukraine@krka.biz



Наші знання та прагнення присвячені здоров'ю. Рішучість, наполегливість та майстерність в поєднанні з єдиною метою – створення ефективних та безпечних препаратів найвищої якості.

других инотропных препаратов, предложенных ранее, он не повышает потребление миокардом кислорода, не увеличивает число сердечных сокращений, не стимулирует симпатoadреноловую систему и не влияет на обмен кальция. Впереди – его более крупные испытания.

Если говорить об инженерных и хирургических методах, стоит упомянуть исследование ULTRADISCO, в котором, в частности, было показано, что ультрафильтрация имеет преимущество в лечении декомпенсированной ХСН перед высокими дозами внутривенных диуретиков. Также был проведен субанализ исследования STICH, который показал, что при наблюдении до пяти лет аортокоронарное шунтирование в сочетании с оптимальной фармакотерапией имеет преимущество в отношении частоты сердечно-сосудистой госпитализации и сердечно-сосудистой смертности перед просто оптимальной фармакотерапией. Среди других полученных данных стоит упомянуть и о том, что коррекция митральной регургитации средней и тяжелой степени оказалась полезной в сочетании с реваскуляризацией, так как она снижает риск смерти у таких пациентов. Из других клинических инноваций заслуживает внимания транскатетерная имплантация митрального клапана (MitraClip), которая улучшает функцию левого желудочка, уменьшает его ремоделирование, повышает толерантность к физической нагрузке пациентов с тяжелой митральной регургитацией и фракцией выброса левого желудочка менее 25%. Было доложено также о проведенной впервые в мире единственной удачной гетеротопической транскатетерной (через феморальный доступ) имплантации трикуспидального клапана. Продолжают поступать сообщения о результатах применения нового поколения искусственных левых желудочков (HEART MATE II), которые в настоящее время являются технически более совершенными и характеризуются непрерывной подачей

крови в циркуляторное русло. Если исследования десятилетней давности, изучавшие первое поколение этих препаратов, HEART MATE II показывали, что смертность таких пациентов в течение двух лет не превышала 25%, то в настоящее время, при использовании нового поколения препаратов, удастся добиться двухлетней выживаемости около 70%. Это лишь незначительно уступает двухлетней выживаемости после трансплантации сердца. Напомню, что на декабрь 2011 года более четырех лет жили 158 пациентов, которые являлись изначально кандидатами на трансплантацию сердца.

Конечно, я хотел бы обратить внимание коллег также на вопросы нашей профессиональной активности в области проблемы ХСН. В этом плане наиболее значимым событием стала регистрация Всеукраинского общественного объединения «Украинская ассоциация специалистов по сердечной недостаточности». На начало 2012 года она уже насчитывает около 2000 членов. В прошлом году была организована и проведена I Национальная конференция специалистов по сердечной недостаточности, силами Ассоциации осуществлено издание пересмотра Национальных рекомендаций по лечению ХСН редакции 2011 года, а также проведен первый срез оказания медицинской помощи пациентам с ХСН в Украине. Он охватил более 2800 больных из 35 городов 18 областей страны, и его результаты заслуживают соответствующих публикаций в ведущих изданиях по кардиологии. Кроме того, в течение 2011 года продолжал издаваться журнал «Сердечная недостаточность»; наши ученые-клиницисты активно участвовали в европейских мероприятиях по сердечной недостаточности, представив стендовые доклады, в частности, на упомянутых конгрессах в Гетеборге и Париже.

*Материал подготовила Юлия Когут*