

Практичному лікарю

УДК 616.12-008.64-07-08

В.К. Тащук, О.С. Полянська, О.І. Гулага

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті висвітлені нові підходи до діагностики та лікування серцевої недостатності згідно із сучасними рекомендаціями Асоціації кардіологів України.

Ключові слова: серцева недостатність, міокард, альдостерон.

Згідно з нейрогуморальною концепцією, провідну роль у розвитку та прогресуванні серцевої недостатності (СН) відводять симпатoadреналовій (САС), ренін-ангіотензин-альдостеронової (РААС) системам та їхньому антагоністу – передсердному натрійуретичному пептиду (ПНУП), які є предикторами порушень у системах протеолізу, фібринолізу, функції ендотелію. Відомо [3, 4, 6], що альдостерон є одним із патогенних впливів при СН на процеси ремоделювання міокарда, пов'язаний із надлишковим утворенням сполучної тканини, що призводить до зростання жорсткості міокарда, порушення його скоротливої здатності. Біологічна дія ПНУП має протилежний по відношенню до РААС напрямок – він сприяє розширенню судин і збільшенню ниркової екскреції натрію. На даний час можна вважати встановленим фактом важливу участь у розвитку і прогресуванні СН та процесах ремоделювання міокарда протеолітичної, фібринолітичної систем, процесів вільнорадикального окиснення та антиоксидантного захисту [1, 5]. Гіпоксія та зростання енергетичних затрат міокарда стимулюють САС та ліполіз із надлишковою мобілізацією жирних кислот, що активує їх вільнорадикальне окиснення, призводить до запуску ланцюгової реакції наростання активності вільнорадикального окиснення (рис).

Згідно із рекомендацією Асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності (2012) та європейських рекомендацій (2012) [1, 2], фізичне навантаження хворим на СН повинно призначатись індивідуально, залежно від вихідного рівня фізичної активності і контролюватися за реакцією ЧСС. Фізичні вправи мають бути динамічними й аеробними. Для контролю за ефективністю лікування обов'язково необхідно використовувати 6-хвилинний тест, який для таких пацієнтів є доступним і адекватним. Нещодавно в контрольованому дослідженні HF-ACTION (2009) оцінювали ефекти фізичних навантажень у більш, ніж 2000 пацієнтів із ХСН II-III ФК при ФВ ЛШ ≤ 35 %. Фізичні навантаження зменшили на 11 % виникнення кінцевої точки — суми випадків смерті або госпіталізації. Оскільки у хворих на СН

зменшення м'язової маси є прогностичним критерієм, який підтверджує порушення метаболічних процесів, виникає необхідність контролювати в пацієнтів не лише масу тіла, а й м'язову масу, що дасть можливість вести спостереження за процесом лікування.

Лікування хворих на СН повинно проводитися з включенням наступних груп препаратів: інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ), діуретиків (салуретики), калійзберігаючих діуретиків, β -адреноблокаторів, антагоністів рецепторів ангіотензину, серцевих глікозидів. Дані чисельних досліджень (SOLVD, CONSENSUS, V-HEFT) показали поліпшення віддаленого прогнозу у хворих на СН при терапії ІАПФ. Це виражається в зниженні загальної смертності, а особливо смертності за рахунок прогресування СН, зменшення числа і тривалості госпіталізацій. Дослідження HOPE показало можливість профілактичного використання ІАПФ для зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та прогресування атеросклерозу. Дослідження ATLAS свідчить про зниження числа смертей і госпіталізацій у групі, що отримувала високі дози препарату, тоді як у ході дослідження NETWORK подібного взаємозв'язку між збільшенням дози препарату і поліпшенням прогнозу не виявлено.

До групи основних засобів для лікування СН входять діуретики (салуретики), необхідність застосування яких показана при гіперволемії і гіпернатріємії. У дослідженні EMPHASIS-HF підтверджено високу ефективність антагоністів альдостерону (AA) у пацієнтів із тяжкою СН за наявності систолічної дисфункції лівого шлуночка в підгрупах осіб віком ≥ 75 років або з фракцією викиду лівого шлуночка <30 %, швидкістю клубочкової фільтрації <60 мл/хв/1,73 м², цукровим діабетом чи низьким артеріальним тиском. У дослідженні EMPHASIS-HF, в яке увійшло 2737 пацієнтів з II класом СН за NYHA, продемонстровано суттєву перевагу еплеренону над плацебо. У дослідженнях RALES хворих на СН показано, що застосування AA в невеликих дозах і в поєднанні з комплексною терапією СН (діуретики, β -адреноблокатори, ІАПФ) може знизити загальну

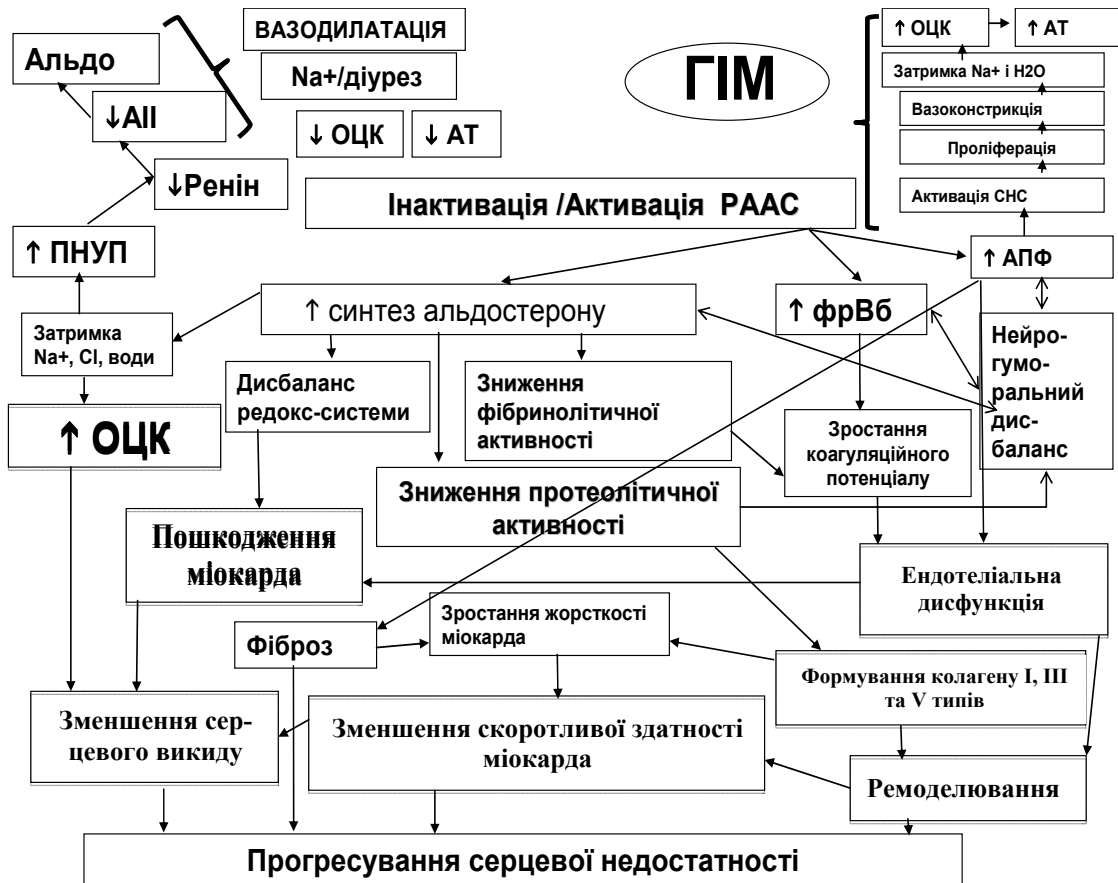


Рис. Патогенетичні аспекти альдостеронзалежних механізмів прогресування серцевої недостатності

смертність на 30 %. На конгресі Європейського товариства кардіологів у Мюнхені 2012 року представлені результати дослідження Aldo-DHF, яке показало сприятливий ефект спіронолактону у хворих на артеріальну гіпертонію та діастолічну СН. Еплеренон проявляє свою дію не тільки конкурентним блокуванням небажаних проявів альдостерону на рецепторному рівні, а й знижує його біосинтез шляхом пригнічення активності альдостеронсинтетази [7, 8]. Доцільність включення β-адреноблокаторів у комплексну терапію хворих на СН довели результати досліджень щодо використання метопрололу, бісопрололу і карведилолу. У дослідженнях CIBIS I і CIBIS II показано, що включення бісопрололу до стандартної терапії ІАПФ і діуретиками в 641 з 2647 хворих на СН будь-якої етіології і III-IV ФК за NYHA і ФВ менше 35 % дозволяє: знизити загальну смертність на 34 %; раптову смертність – на 44 %; частоту госпіталізацій – на 15 %. Аналогічні результати отримані в дослідженнях із метопрололом і карведилолом (MERIT-HF, MDS, COPERNICUS, USCP). За результатами рандомізованого клінічного дослідження CIBIS-III використання бісопрололу сприяло покращанню комбінованої кінцевої точки в середньому на 31 % за рік, а також зниженню ризику кардіальної смерті на 46 %. За результатами дослідження SHIFT, додаткового позитивного ефекту можна досягти при доданні до них інгібітору синусового вузла – івабрадину. У європейських рекомендаціях

(2012) зазначено, що доцільність призначення івабрадину можна розглядати з метою зменшення кількості госпіталізацій у пацієнтів із синусовим ритмом і ФВ лівого шлуночка ≤35 %, з ЧСС ≥70 за хвилину і збереженням симптомів ХСН (II–IV функціональні класи NYHA), незважаючи на терапію β-адреноблокаторами, інгібіторами АПФ (або сартанами) і антагоністами альдостерону. Серцеві глікозиди показані для використання при СН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка. Дослідження останніх років (RADIANCE і PROVED і масштабне дослідження DIG) дозволили рекомендувати використання дигоксину для поліпшення клінічного перебігу СН і якості життя не тільки при миготінні передсердь, але і у хворих на ХСН із синусовим ритмом. Ефективність використання АРА II проводилось у дослідженні ELITE I із використанням лозартану показало перевагу препарату лише відносно переносимості і не виявило зниження смертності та серцево-судинних ускладнень. Таким чином, підтвердилася гіпотеза про хорошу переносимість АРА. При ХСН III-IVФК зі збереженим синусовим ритмом спочатку використовуються ІАПФ або АРА і діуретики. У рандомізованих клінічних дослідженнях MADIT-CRT (2009) і RAFT (2010) вперше доведено користь серцевої ресинхронізуючої терапії в пацієнтів із ХСН II функціонального класу NYHA і систолічною дисфункцією лівого шлуночка (фракція викиду ≤30 %). Суттєво не змінилися підходи до застосування медикаменто-

зного лікування, однак розширилися показання для призначення АА, визначено можливість застосування івабрадину для додаткового зниження ЧСС. Важливе місце в підвищенні ефективності лікування ХСН належить конкретизації підбору фізичних тренувань та психотерапевтична корекція таких пацієнтів. Рекомендовано використання інтервенційних і хірургічних методів лікування: ресинхронізуючої терапії, реваскуляризації міокарда, пристроїв для підтримки кровообігу. Отже, лікувальна тактика у хворих на СН повинна базуватися на урахуванні всіх ланок патогенезу розвитку та прогресування СН, використанні адекватних препаратів в оптимальних дозах.

Література

1. Жарінов О.Й. Еволюція рекомендацій з медикаментозного та хірургічного лікування серцевої недостатності / О.Й. Жарінов // Мед. світу. – 2012. – Т. XXIII, Ч. 41. – С. 5-10.
2. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2012) / Л.Г. Воронков, К.М. Амосова, А.Е. Багрій [та ін.] // Режим доступу: <http://ukrsn.com/рекомендації-з-діагностики-та-лікува-371/>.
3. ACC/AHA Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult / W.T. Abraham, M.H. Chin, A.M. Fedman [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. – Vol. 53. – P. 1343-1382.
4. Aldosterone, mortality, and acute ischaemic events in coronary artery disease patients outside the setting of acute myocardial infarction or heart failure / F. Ivanis, S. Susen, F. Mouquet [et al.] // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33, № 2. – P. 191-202.
5. Bauersachs J. Pre-clinical data on involvement of mineralocorticoid receptor activation in healing and remodeling post-myocardial infarction / J. Bauersachs, D. Fraccarolo // Eur. Heart J. Suppl. – 2012. – Vol. 13. – Suppl. B. – P. 10-14.
6. Declining in-hospital mortality and increasing heart failure incidence in elderly patients with first myocardial infarction / J. Ezekowitz, P. Kaul, J. Bakal [et al.] // J. Amer. Coll. Cardiology. – 2012. – Vol. 53, № 1. – P. 13-20.
7. Messaoudi S. Aldosterone and the mineralocorticoid receptor / S. Messaoudi, F. Jaisser // Eur. Heart J. Suppl. – 2012. – Vol. 13. – Suppl. B. – P. 4-9.
8. Zannad F. Eplerenone in Patients with Systolic Heart Failure and Mild Symptoms / F. Zannad // N. Engl. J. Med. – 2012. – Vol. 364. – P. 11-21.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В.К. Ташук, О.С. Полянская, О.И. Гулага

Резюме. В статье освещены новые подходы к диагностике и лечению сердечной недостаточности согласно современных рекомендаций Ассоциации кардиологов Украины.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, миокард, альдостерон.

NEW WAYS OF DIAGNOSING AND TREATING THE HEART FAILURE

V.K. Tashchuk, O.S. Polianska, O.I. Hulaha

Abstract. New ways of the diagnosing and treating the heart failure according to modern recommendations of Ukrainian Association of Cardiology have been presented in the article.

Key words: heart failure, myocardium, aldosterone.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.О. Ілащук

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 2 (70). – P. 159-161

Надійшла до редакції 19.02.2014 року