



# Новые методы терапии острой декомпенсации сердечной недостаточности

Обсуждению перспектив, связанных с инновационными фармакологическими разработками для лечения кардиологических больных, был посвящен круглый стол (Москва, 27 сентября 2014 г.). Возможен ли в ближайшее время революционный прорыв в лечении острой декомпенсации сердечной недостаточности? Удастся ли переломить неблагоприятный прогноз смертности? Эти и другие вопросы обсудили участники мероприятия.

**П**роблема острой декомпенсации сердечной недостаточности актуальна во всех странах и требует особого внимания со стороны здравоохранения.

Хронической сердечной недостаточностью (ХСН) страдают 23 млн человек в мире. На протяжении жизни у каждого пятого жителя земного шара возникает риск развития острой сердечной недостаточности<sup>1</sup>. По данным эпидемиологических исследований, за последние десять лет в России число пациентов с ХСН составило 7,9 млн, из которых 5,1 млн имеют клинически выраженные формы заболевания, 2,4 млн – терминальную стадию заболевания, часто сопровождающуюся декомпенсацией. У 49% больных кардиологических отделений (почти у каждого второго) выявляется декомпенсация. Отмечается устойчивая тенденция к росту распространенности ХСН. Среди больных ХСН годовая смертность достоверно выше, чем в целом в популяции, – 6%. Годовая смертность от острой сердечной недостаточности даже в условиях стационара достигает 12%<sup>2</sup>.

Сергей Николаевич ТЕРЕЩЕНКО, профессор, д.м.н., руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Российского кардиологического научно-производственного комплекса Росздрава, присутствовавший на мероприятии, отметил, что средняя продолжительность жизни российских пациентов от момента развития клинической симптоматики (одышка, отеки нижних конечностей, быстрая утомляемость, удушье, отсутствие ночного сна) составляет пять лет. Иными словами, прогноз при сердечной недостаточности значительно хуже, чем при онкологических заболеваниях.

По данным Росздрава, в нашей стране от этих заболеваний ежегодно умирает свыше 1 млн человек. В 2000 г. уровень смертности составлял 746 случаев на 100 тысяч населения, в 2010 г. – 799<sup>3</sup>. Этот пока-

затель значительно выше, чем в экономически развитых странах. Однако даже эти цифры, по мнению профессора С.Н. Терещенко, нельзя назвать точными, поскольку в России нет сведений об истинной распространенности данной патологии. Это обусловлено тем, что статистика кодирует болезнь только по основному заболеванию. В то же время ХСН определяется не как самостоятельная нозологическая единица, а как патофизиологический синдром. Согласно формулировке, приведенной в европейских и российских рекомендациях, ХСН – это синдромокомплекс, при котором в результате сердечно-сосудистого заболевания снижается насосная функция, что приводит к дисбалансу между гемодинамической потребностью организма и возможностями миокарда.

Согласно данным эпидемиологического международного исследования IMPROVEMENT (1999–2002), наиболее частыми симптомами являются:

- одышка (от незначительной до удушья) – 94,4%;
- быстрая утомляемость – 84,3%;
- сердцебиение (учащенное, замедленное, нерегулярное) – 80,4%;
- отеки, кашель, ортопноэ – 28–73%.

Клинические признаки острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН):

- застой в легких;
- периферические отеки;
- тахикардия (более 90–100 уд/мин);
- набухание яремной вены;
- гепатомегалия;
- ритм галопа (S3);
- кардиомегалия<sup>2</sup>.

ОДСН – это принципиально другое состояние, нежели хроническая или стабильная сердечная недостаточность. Поэтому ОДСН следует расценивать как самостоятельный синдром. Если острую форму ХСН можно лечить амбулаторно, то ОДСН требует немед-

<sup>1</sup> Bui A.L., Horwich T.B., Fonarow G.C. et al. Epidemiology and risk profile of heart failure // Nat. Rev. Cardiol. 2011. Vol. 8. № 1. P. 30–41.

<sup>2</sup> Рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. 2010. Т. 11. № 1. С. 70–71.

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 апреля 2013 г. № 281 «Об утверждении научных платформ медицинской науки» во исполнение абзаца 3 пункта 2 распоряжения Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года // Собрание законодательства Российской Федерации. 2013. № 2. Ст. 111.

ленной госпитализации в отделение интенсивной терапии кардиологического блока. Как правило, ОДСН развивается после длительных сердечно-сосудистых заболеваний. ОДСН является следствием сочетания несостоятельности миокарда, нейрогормонального дисбаланса, прогрессирования системного воспаления. Для ОДСН характерны такие симптомы, как одышка (91%), отеки (69%), слабость (79%), чувство тревоги (43%). Эти симптомы характеризуются высокой чувствительностью. В сочетании с гипотонией, тахикардией, тахипноез состояние острой декомпенсации дает неблагоприятный прогноз. Смертность в течение года достигает 30%<sup>2</sup>.

Как заметил Игорь Витальевич ЖИРОВ, д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Российского кардиологического научно-производственного комплекса Росздрава, эффективный подход к лечению ХСН сводится к тому, чтобы не допустить развития данной патологии. Терапия ХСН и ОДСН даже в госпитальном лечении предполагает купирование симптомов.

К препаратам стандартной фармакотерапии относятся ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, сартаны, бета-адреноблокаторы, антагонисты альдостероновых рецепторов. Известен ряд диуретиков с неподтвержденным влиянием на прогноз, но у пациентов с сердечной недостаточностью они улучшают симптоматику. Стандартные вазодилататоры, нитраты позволяют проводить исключительно симптоматическое лечение.

Несмотря на широкий выбор лекарственных средств, оптимальной фармакотерапии не существует. Тактика терапии не менялась на протяжении 30 лет<sup>4</sup>. Показатели смертности и частоты повторных госпитализаций за последние десятилетия также практически не изменились<sup>5</sup>. В течение последних 25 лет в разных странах было зарегистрировано несколько препаратов для лечения острой сердечной недостаточности. Однако связанные с ними надежды полностью не оправдались.

Без сомнения, ситуация в кардиологии должна кардинально измениться. Это определено Стратегией развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. И уже сегодня можно оценить первые шаги, например создание государственных регистров по кардиологическим заболеваниям, которые призваны способствовать оптимизации оказания медицинской помощи больным<sup>6</sup>.

Профессор С.Н. Терещенко высоко оценил результаты программ, проводимых в рамках национального проекта «Здоровье» с начала 2000 г. Это программа профилактики и лечения артериальной гипертензии в Российской Федерации и программа по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, возглавляемая академиком Е.И. Чазовым. Безусловно, эти программы изменят и эпидемиологическую картину ХСН.

Сегодня особое внимание уделяется оптимизации лечения кардиологических пациентов. Акцент делается на разработке и адаптации к условиям практического здравоохранения инновационных моделей и алгоритмов медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью повышения ее эффективности и обеспечения преемственности в лечении больных. Что касается острой и хронической сердечной недостаточности, поставлены конкретные задачи, направленные на разработку новых лекарственных средств для оптимизации лечения и увеличения продолжительности жизни больных<sup>6</sup>.

В свете сказанного особую актуальность приобретает состоявшееся в ходе мероприятия обсуждение результатов рандомизированных исследований и первого опыта применения в клинической практике препаратов нового поколения, в частности периферического вазодилататора, рекомбинантного аналога человеческого релаксина-2 (серелаксина) препарата Реасанз.

В ряде международных рандомизированных клинических исследований (Relax – АНФ III и других менее крупных) показано, что серелаксин имеет высокую эффективность как немедленного действия – быстрое снятие симптомов ОДСН, так и в 180-дневный период наблюдений. Впервые был получен показатель реального и значительного снижения смертности – 37% 180-дневной смертности в сравнении со стандартной терапией, применяемой в настоящее время. При этом безопасность препарата сравнима с таковой плацебо<sup>7-9</sup>. Даже первые опубликованные данные по препарату были столь впечатляющими, что Федеральное агентство по контролю лекарств и пищевых продуктов США рекомендовало провести исследование серелаксина в ускоренном порядке. Такие рекомендации имеют место только в отношении фармакологических разработок с принципиально новым механизмом действия, а также препаратов, с которыми связывают революционный прорыв в лечении заболевания. ☺

<sup>4</sup> McMurray J.J., Adamopoulos S., Anker S.D. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC // Eur. Heart J. 2012. Vol. 33. № 14. P. 1787–1847.

<sup>5</sup> Nieminen M.S., Brutsaert D., Dickstein K. et al. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population // Eur. Heart J. 2006. Vol. 27. № 22. P. 2725–2736.

<sup>6</sup> Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года // Собрание законодательства Российской Федерации. 2013. № 2. Ст. 111.

<sup>7</sup> Neverova N., Teerlink J.R. Serelaxin: a potential new drug for the treatment of acute heart failure // Expert Opin. Investig. Drugs. 2014. Vol. 23. № 7. P. 1017–1026.

<sup>8</sup> Wang T.S., Hellkamp A.S., Patel C.B. et al. Representativeness of RELAX-AHF clinical trial population in acute heart failure // Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. 2014. Vol. 7. № 2. P. 259–268.

<sup>9</sup> Díez J. Serelaxin: a novel therapy for acute heart failure with a range of hemodynamic and non-hemodynamic actions // Am. J. Cardiovasc. Drugs. 2014. Vol. 14. № 4. P. 275–285.