



Профессор Ф.Т. АГЕЕВ: «Кто бережет себя и заботится о собственном здоровье, тот меньше болеет и дольше живет. Эта формула актуальна во все времена и для всех народов»

О современном состоянии проблемы артериальной гипертонии, факторах риска развития хронической сердечной недостаточности и возможности снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний рассказывает главный научный сотрудник отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, д.м.н., профессор Фаиль Таипович АГЕЕВ.



– Фаиль Таипович, какие сердечно-сосудистые заболевания наиболее часто встречаются в вашей клинической практике?

– В амбулаторной практике самыми распространенными заболеваниями являются артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), нарушения сердечного ритма. Сердечно-сосудистые заболевания, такие как АГ и ИБС, не всегда сопровождаются яркой клинической симптоматикой. В таких случаях перед специалистами нашего центра стоит задача провести необходимый комплекс современных лабораторных и функциональных диагностических исследований для точной постановки диагноза и выбора оптимальной тактики лечения.

Данные эпидемиологических исследований 2014–2015 гг. показали повышенный уровень артериального давления (АД) у 44% взрослого населения РФ. При этом о на-

личии заболевания знают не менее 70–80% пациентов. Большинство из них получают антигипертензивную терапию, однако только у половины уровень АД снижается. Более того, целевого уровня АД достигают лишь 14–15% мужчин и около 30% женщин. Такие гендерные различия обусловлены более высокой приверженностью лечению среди женщин. Но даже для них этот показатель крайне низок, особенно если сравнивать его с показателями в западных странах, в частности в США, где эффективный контроль АГ демонстрируют более 60% гипертоников. Низкий уровень контроля уровня АД среди российских пациентов объясняется неадекватным, подчас пренебрежительным отношением к собственному здоровью, недоверием к врачам и возможностям современной медикаментозной терапии. Поэтому необходимо принимать все меры по улучшению информирован-

ности населения о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, пропагандировать здоровый образ жизни и добиваться возврата доверия врачу и отечественной медицине, несколько утраченного в последние годы.

– Сердечная недостаточность – одна из основных причин инвалидизации и смертности во всех странах. Какова на сегодняшний день ситуация с распространенностью хронической сердечной недостаточности (ХСН) в России?

– В эпидемиологическом многоэтапном исследовании ЭПОХА, проведенном в репрезентативной выборке в шести территориальных субъектах европейской части РФ, было показано, что в среднем 10–12 млн человек (8–9% населения нашей страны) имеют признаки сердечной недостаточности, причем в 2–2,5% случаев это тяжелые стадии ХСН с выраженными клиническими симптомами.

На сегодняшний день ХСН – одна из ведущих причин сердечно-сосудистой смертности. Декомпенсация ХСН требует лечения в условиях стационара, утрата трудоспособности и инвалидизация ложатся тяжелым социально-экономическим бременем на систему здравоохранения. Таким образом, ХСН ассоциируется с рядом нерешенных задач и требует поиска новых комплексных подходов к лечебно-реабилитационным мероприятиям. Не случайно в последнее время все чаще стали говорить о создании отдельной медицинской специальности «сердечная недостаточность», или службы, целью которой будет наблюдение и ведение пациентов с ХСН. Не следует забывать, что тяжесть состояния пациентов с ХСН и эффективность лечения во многом обусловлены сопутствующей патологией. Поэтому ведение таких больных предполагает прежде всего участие мультидисциплинарной команды врачей – кардиолога, кардиохирурга, физиотерапевта, нефролога, эндокринолога, а при необходимости и специалистов других медицинских областей. Командный подход позволяет снизить смертность на 37% по сравнению с традиционным ведением пациентов.

– Расскажите, пожалуйста, о формах сердечной недостаточности.

– Существует несколько классификаций сердечной недостаточности. Так, в зависимости от основного механизма развития выделяют систолическую и диастолическую формы. Систолическая связана с нарушением систолы – периода сокращения желудочков сердца. Наиболее частыми причинами ее развития являются ИБС, инфаркт миокарда, когда в результате сосудистой катастрофы и последующей ишемии погибает часть кардиомиоцитов работоспособного миокарда. В месте повреждения развивается компенсаторный или фокальный фиброз, возможно затем и аневризма. Компенсатор-

ная функция ложится на соседние здоровые области, которые берут на себя дополнительную нагрузку. Это приводит к развитию так называемого ремоделирования сердца – комплексу структурных и функциональных изменений камер сердца, вызванных чрезмерной активацией вазоконстрикторных, пролиферативных и антидиуретических нейрогормональных систем. Знание механизмов развития систолической формы ХСН позволяет эффективно использовать патогенетически обоснованные средства терапии – комплекс блокаторов ренин-ангиотензиновой системы (РАС), бета-адреноблокаторов, антагонистов минералкортикоидных рецепторов, который показал способность снижать смертность среди данной категории больных в среднем на 40–50%.

Тем не менее ХСН по-прежнему ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Только у 50% больных с впервые установленным диагнозом сердечной недостаточности ожидаемая продолжительность жизни достигает пяти лет. В чем причина? Ответ очевиден: в низкой приверженности больных назначаемой терапии и низкой приверженности врачей принятым рекомендациям по диагностике и лечению ХСН.

В основе развития диастолической дисфункции левого желудочка лежит нарушение расслабления и наполнения камеры левого желудочка, связанное с ухудшением податливости его стенок, обусловленное главным образом избыточным фиброобразованием в его толще (так называемый диффузный фиброз). Это не единственный механизм развития диастолической дисфункции. Свой вклад вносит и нарушение диастолических свойств самого кардиомиоцита, а также ряд других факторов. Но главным является диффузный фиброз миокарда, затрудняющий свободное расслабление кардиомиоцита, ухудшающий его кровоснабжение и доставку кислорода. К избыточному фиброобразованию как причине ХСН приводит

так называемое микрососудистое воспаление, которое, как и любое воспаление (известно из курса патофизиологии), всегда заканчивается фиброзом. Микрососудистое воспаление с последующим диффузным фиброзом сопровождается большинством сопутствующих заболеваний – АГ с гипертрофией, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром, хроническую обструктивную болезнь легких, хроническую болезнь почек и др. Поэтому и лечение при диастолической форме ХСН более сложное, чем при систолической, и априори предполагает использование мультидисциплинарного подхода. Сегодня продолжается поиск препаратов, с помощью которых можно эффективно бороться с микрососудистым воспалением. Об одном из них я расскажу позже.

Итак, основной постулат патофизиологии ХСН: систолическая и диастолическая формы ХСН практически не отличаются клинически, но в основе имеют разные патогенетические механизмы.

– Каковы основные причины развития ХСН в нашей стране?

– Прежде всего недостаточный контроль уровня АД и эпидемический рост ожирения и диабета среди населения. При этом возрастает частота именно диастолической формы заболевания, протекающей с сохраненной систолической функцией левого желудочка. У таких пациентов ключевой показатель сократительной способности миокарда – фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) остается в пределах нормы ($\geq 50\%$). Но многие врачи по-прежнему, «по старинке», считают, что только сниженная фракция выброса левого желудочка свидетельствует о развитии сердечной недостаточности. Это во многом усложняет своевременную диагностику и назначение адекватной терапии больным ХСН. Алгоритм лечения пациентов с симптомами ХСН должен включать всестороннее обследование,



Актуальное интервью

назначение комплексной терапии с акцентом на борьбе с базовыми заболеваниями, будь то АГ или ИБС, или заболеваниями, сопровождающимися процессами микрососудистого воспаления.

– **Какие, на ваш взгляд, подходы к лечению ХСН наиболее перспективны?**

– Современная концепция лечения ХСН должна быть направлена на замедление прогрессирования заболевания и защиту органов-мишеней от поражения. Повторюсь: медикаментозная терапия пациентов с систолической формой ХСН с низкой фракцией выброса подразумевает использование препаратов нейрогуморальной триады – блокаторов РАС – ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), при их непереносимости – блокаторов рецепторов ангиотензина II (сартанов), бета-блокаторов и антагонистов минералокортикоидных рецепторов. Несмотря на доказанную эффективность данной триады препаратов, в отечественной клинической практике подобная терапия назначается лишь 13% пациентов с низкой фракцией выброса. Скорее всего это связано с недостаточным уровнем компетентности и образования врачей первичного звена. На сегодняшний день единственно правильной представляется комбинированная терапия с использованием триады современных препаратов. Причем эта триада является скорее базисной терапией, которая может и должна совершенствоваться с появлением новых классов препаратов. Так, в масштабном исследовании PARADIGM с участием свыше 8000 пациентов с ФВЛЖ ≤ 35 –40% было доказано преимущество препарата Юпериио (так называемый надмолекулярный комплекс «валсартан + сакубитрил») перед «классическим» ИАПФ эналаприлом по влиянию на общую, сердечно-сосудистую и внезапную смертность, частоту госпитализаций и ряд других показателей. Препарат может быть

рекомендован в качестве эффективной замены ИАПФ при условии гемодинамической стабильности как в амбулаторных, так и стационарных условиях. Результаты исследования PARADIGM показали, что Юпериио превосходит эналаприл также по показателям переносимости и безопасности. Кроме того, последние данные позволяют утверждать, что комплекс «сакубитрил + валсартан» оказывает активное противовоспалительное действие, которое может быть принципиально важным в лечении больных с диастолическими формами ХСН.

Рациональная схема терапии сердечно-сосудистых заболеваний предполагает применение препаратов с определенными специфическими свойствами. Например, нередки ситуации, когда на фоне терапии бета-блокаторами достичь полного контроля частоты сердечных сокращений не удается. Тогда дополнительное назначение ингибитора If-каналов пейсмекерных клеток синусового узла препарата ивабрадин позволяет добиться искомого результата по снижению частоты сердечных сокращений, что в конечном итоге отражается на снижении смертности от сердечной недостаточности. Еще пример: при постинфарктном кардиосклерозе для нормализации гемодинамики и сердечного ритма неплохо зарекомендовал себя препарат омега-3-полиненасыщенных жирных кислот Омакор. В целях снижения риска развития инсультов, системных эмболий пациентам с фибрилляцией предсердий неклапанной природы обязательно назначают пероральные антикоагулянты, такие как апиксабан, ривароксабан или дабигатран. При недостаточном контроле уровня АД у пациентов с сердечной недостаточностью и АГ к терапии ИАПФ или другими антигипертензивными препаратами могут быть добавлены дигидропиридиновые антагонисты кальция. При необходимости в схему терапии включают противоаритмические средства.

К немедикаментозным методам лечения больных ХСН относится кардиоресинхронизирующая терапия (CRT). В ее основе лежит искусственная синхронизация работы всех камер сердца, часто нарушенная при инфаркте миокарда и проявляющаяся в блокаде проведения, чаще левой ножки пучка Гиса. Стимуляция осуществляется с помощью специального электрокардиостимулятора с тремя стимулирующими электродами: один стимулирует предсердия, другой – правый желудочек, третий – левый желудочек. Метод, доказавший свою эффективность, продолжает активно развиваться и совершенствоваться.

Без сомнения, своевременное и систематическое лечение АГ с эффективным контролем уровня АД, ИБС, других сопутствующих заболеваний является основой профилактики развития как собственно ХСН, так и ее прогрессирования до терминальных стадий.

– **В чем особенности амбулаторного ведения больных с ХСН?**

– Амбулаторное ведение больных предполагает, что они находятся в состоянии компенсации, и предусматривает тщательный контроль за состоянием пациентов с проведением профилактических мероприятий для предупреждения декомпенсации. Например, больным ХСН в обязательном порядке проводится сезонная вакцинация от гриппа, необходим строгий контроль за течением сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, обструктивной болезни легких и др.).

Как известно, приверженность больных терапии – один из основных факторов, влияющих на ее эффективность. Среди причин декомпенсации ХСН у пациентов даже с низкой фракцией выброса (!) на первом месте стоит низкая приверженность, невыполнение врачебных рекомендаций по диете и приему препаратов. Важнейшая задача врачей на этапе амбулаторного ведения пациентов



Актуальное интервью

с ХСН – повысить их приверженность медикаментозной терапии и соблюдению норм здорового образа жизни (диета, водный режим, физическая активность в соответствии с показаниями).

– Как повысить приверженность лечению больных с впервые выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями?

– Низкая приверженность пациентов лечению считается одной из основных причин прогрессирования как АГ, так и ХСН. Действительно, даже у тяжелых пациентов с ХСН, получающих лечение в стационаре по поводу декомпенсированного состояния, отмечается низкая приверженность систематическому выполнению врачебных назначений. Но дело в том, что сердечная недостаточность в отличие от других заболеваний носит непрерывно «деградирующий» характер. Очередная госпитализация из-за декомпенсации не позволяет вернуться на прежний функциональный уровень,

каждый последующий функциональный уровень ниже предыдущего. Что касается впервые выявленных больных с ХСН, они должны быть сразу проинформированы о необходимости постоянно контролировать состояние и не прерывать медикаментозную терапию. Опыт и умение врача убедить в этом пациента – один из ключевых факторов, от которых зависит приверженность лечению.

В отечественном исследовании ШАНС оценивали влияние обучения и амбулаторного наблюдения больных с выраженной сердечной недостаточностью на частоту госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН, необходимость усиления терапии ХСН, динамику клинического состояния пациентов, качество их жизни. С пациентами проводили обучающие занятия, а впоследствии по телефону контролировали состояние и приверженность терапии. По данным исследования, такие контролируемые меры способствовали значительному снижению

частоты госпитализаций и смертности в группе активного ведения больных ХСН.

– Какие меры профилактики сердечно-сосудистых заболеваний вы считаете приоритетными?

– Можно условно выделить два взаимодополняющих вида профилактики: медицинский и социальный. При этом меры социального воздействия по эффективности не уступают и даже превосходят медицинские. В первую очередь к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний относят систему оздоровительных мероприятий: физическую активность, отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем, переедание), исключение стрессовых ситуаций. Как видите, ничего нового. Это то, что называется здоровым образом жизни. Кто бережет себя и заботится о собственном здоровье, тот меньше болеет и дольше живет. Эта формула актуальна во все времена и для всех народов. ☺



• конференции • выставки • семинары •

Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для ВРАЧЕЙ различных специальностей, ПРОВИЗОРОВ и ФАРМАЦЕВТОВ. Мы работаем ПО ВСЕЙ РОССИИ!

• Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
• Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
• Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

**Организация профессиональных медицинских форумов
для врачей, провизоров и фармацевтов.
Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!**

Реклама

(495) 234 07 34

www.medforum-agency.ru