

Астраханцева Ю.С., Красникова Н.В.

Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторно – поликлиническом этапе: выполнение национальных рекомендаций ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) в реальной клинической практике*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра поликлинической терапии***Резюме**

Неуклонный рост пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в популяции (в среднем на 1,2 человека на 1000 населения в год) диктует необходимость совершенствования методов лечения данной патологии. Лечение ХСН - важнейшее направление работы кардиологов, терапевтов, врачей общей практики. Неадекватная терапия артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца на амбулаторном этапе также приводит к росту процента пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: ХСН, лечение, рекомендации, соответствие

Неуклонный рост пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в популяции (в среднем на 1,2 человека на 1000 населения в год) диктует необходимость совершенствования методов лечения данной патологии. Лечение ХСН - важнейшее направление работы кардиологов, терапевтов, врачей общей практики. Неадекватная терапия артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца на амбулаторном этапе также приводит к росту процента пациентов с данной патологией [1,2].

Разработанные Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН позволяют совершенствовать лечебные мероприятия, направленные на улучшение качества жизни и прогноза больных.

Цель исследования: анализ лечения пациентов с ХСН на амбулаторно – поликлиническом этапе по данным амбулаторных карт пациентов на базе ГУЗ "Саратовская городская поликлиника № 10" г. Саратова, сопоставление данных Национальных рекомендаций и реальной картины амбулаторной практики, выявление недостатков и путей их решения.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ 100 амбулаторных карт. При отборе карт для анализа фактором выбора было наличие диагноза "хроническая сердечная недостаточность" различной стадии и функционального класса. При анализе амбулаторных карт особое внимание уделялось назначаемой на амбулаторном этапе терапии, достигнутым дозировкам препаратов и пути достижения этих доз.

Результаты

Сначала представим характеристику рассматриваемой группы пациентов: среди изучаемой когорты преобладали женщины - 64%. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 69,02±18,89 лет. Распределение по стадии и функциональному классу (ФК): I стадия - 26%, IIА стадия - 58%, IIБ -16%, 1 ФК-8%, 2ФК -21%, 3ФК– 33%, 4ФК -11%. Среди причин ХСН артериальная гипертензия выявлена в 70% случаев, перенесенный острый инфаркт миокарда в 30%, комбинация ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии в 50% случаев. У женщин в постменопаузальном периоде ХСН возникала при сочетании артериальной гипертензии с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом [3]. Еще три важных основания развития ХСН в исследуемой выборке: хроническая обструктивная болезнь легких в 4%, клапанные пороки в 3% и перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения примерно в 2 % случаев.

В ходе анализа амбулаторных карт пациентов выяснили, что для лечения ХСН применялись ингибиторы АПФ (56%), антагонисты рецепторов к АII (26%), блокаторы β - адренергических рецепторов (84%), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) (43%), диуретические средства (петлевые – 31%, тиазидные - 39%), сердечные гликозиды (3%), классические антагонисты витамина К (5%), прямой ингибитор тромбина (2%), блокаторы медленных кальциевых каналов (29%), статины (67%), антиагреганты (77%), цитопротекторы (4%), периферические вазодилататоры (14%).

Ингибиторы АПФ - класс препаратов первой линии в лечении хронической сердечной недостаточности. Эффект отмечается уже в первые 90 дней лечения (снижение риска смерти 44%). Эти результаты неоднократно подтверждены во множестве исследований и анализов, показавших, что положительные эффекты ингибиторов АПФ не зависят от возраста больных, сохраняются в большинстве клинических ситуаций и при любой степени тяжести ХСН (I–IV ФК). Только пять препаратов этой группы могут быть рекомендованы для профилактики и лечения хронической сердечной недостаточности – это эналаприл, лизиноприл, периндоприл, фозиноприл, каптоприл [4].

В исследуемой группе препаратом выбора был эналаприл, на его долю пришлось 22%, затем лизиноприл-13%, периндоприл - 10%, фозиноприл - 5% и всего в 1% - каптоприл.

Селективные антагонисты рецепторов к АII (сартаны) – препараты второй линии для лечения ХСН, их особенность – хорошая переносимость при минимуме побочных эффектов. Сартаны назначались в 26% случаев (валсартан в 12%, лозартан - 14%). Возможности комбинирования ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к АII в лечении больных с ХСН, как известно, не рекомендовано, и в нашей выборке оно также не встретилось.

Препараты группы β-адреноблокаторов назначались в 80% случаев, при этом препаратом выбора исследуемой группы был бисопролол (74%). Из группы метопролола назначался эгилок, тогда как рекомендуемый беталок-зек не применялся вообще.

В целом назначение ингибиторов АПФ, селективных антагонистов рецепторов к АII, β-адреноблокаторов соответствовало требованиям к назначению препаратов изложенных в Национальных рекомендациях. Дозировки препаратов титровались, достигнуты максимальные терапевтические дозы.

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) назначались в 43% случаев (всегда это был спиронолактон). Эффективность спиронолактона (последний мета-анализ продемонстрировал способность АМКР снижать риск смерти (на 21%) и госпитализаций в связи с обострением декомпенсации (на 38%)) вступает в противоречие с его недостаточной безопасностью – риском гиперкалиемии и ухудшением функции почек, частота которых нарастает параллельно увеличению доз [5]. Дозы, в которых спиронолактон был назначен – 25, 50 и 100 мг (при этом в дозировке 100 мг препарат назначался на короткий срок).

Известно, что у пациентов с ХСН, перенесших острый инфаркт миокарда, начиная со II ФК, показано применение высокоселективного эплеренона. В нашем исследовании препарат не назначался, хотя его использование могло бы быть более безопасным.

Петлевые диуретики – основа лечения отеочного синдрома при ХСН - использовались в 31% случаев, на долю фуросемида пришлось 13%, торасемида - 18%. По современным клиническим данным, торасемид обоснованно считается диуретическим препаратом первого выбора в лечении больных с ХСН (по мнению АКК/АСС). Достоинства препарата - лучшая всасываемость, одновременная блокада РААС, достоверное уменьшение фиброза миокарда, длительный период выведения и меньшее влияние на почки [6,7]. Процент назначения торасемида у пациентов должен быть на порядок выше.

Тиазидные диуретики применялись почти в 40%; основной представитель класса – гидрохлортиазид в нашем случае был использован в 4% случаев. Однако индапамид по профилю безопасности существенно превосходит гидрохлортиазид, вот только данных по его применению в лечении хронической сердечной недостаточности в настоящее время недостаточно [8]. В нашем исследовании назначался индапамид в 34% случаев у больных с сопутствующей артериальной гипертензией.

Из числа блокаторов медленных кальциевых каналов (они использовались в 30% случаев) самым назначаемым препаратом был амлодипин (препарат выбора - по данным Национальных рекомендаций), показанием к его применению было наличие упорной стенокардии и стойкой гипертонии. Также использовались нифедипин, верапамил и дилтиазем (эти препараты согласно данным Национальных рекомендаций нежелательны).

Применение сердечных гликозидов (а именно дигоксина) в рассматриваемой группе прослеживалось в 3% случаев (все пациенты с клапанным пороком). Однако, согласно Национальным рекомендациям, назначение дигоксина должно быть рассмотрено при недостаточной эффективности основных средств лечения декомпенсации.

Периферические вазодилататоры назначались в 14%, вместе с тем, их нежелательным эффектом является снижение артериального давления и, соответственно, этот фактор не позволяет достигнуть максимальных доз β -блокаторов и ингибиторов АПФ. Применяться они могут лишь при наличии доказанной ишемической болезни сердца и стенокардии, которая проходит именно (только) от нитратов. На прогноз, количество госпитализаций, прогрессирование болезни они не влияют, впрочем также, как и статины. Статины лечат не ХСН, а основное заболевание. Это средство профилактики сердечной недостаточности при наличии коронарной болезни сердца. В нашем исследовании на долю этих препаратов пришлось 67 % (основным препаратом выбора был аторвастатин).

Вопрос о применении аспирина в высоких дозах (как показало исследование – 100, 125, 200 мг) остается не до конца решенным. Причина этого блокада синтеза простаглицина, фермента циклооксигеназы, которая грозит ослаблением эффекта основных препаратов, назначаемых для лечения ХСН (ингибиторов АПФ, диуретиков, β -адреноблокаторов). С этой точки зрения применение антиагрегантов с другим механизмом действия (клопидогрел), выглядит теоретически более обоснованным. Однако в нашем случае клопидогрел назначался всего в 14% случаев.

В исследуемой группе из антикоагулянтов назначался варфарин по причине наличия фибрилляция предсердий, которая наблюдалась в 13% случаев. Однако терапия варфарином назначалась не всем больным и препарат не был дотитрован до целевых доз. Новые антикоагулянты (дабигатран, риваксабан и др.), не уступающие в эффективности варфарину, преимуществом которых является отсутствие необходимости контроля МНО, практически не назначались.

Цитопротекторы, улучшающие обменные процессы в миокарде, омега – 3 - полиненасыщенные жирные кислоты, уменьшающие число госпитализаций пациентов с аритмией, снижающие общую смертность на 20%, аритмогенную смертность на 45% также практически не назначались.

Выводы

- В целом на амбулаторно–поликлиническом этапе лечение ХСН соответствует Национальным рекомендациям (β -АБ назначались в 80% случаев, ингибиторы АПФ или сартаны в 70%, титровались с малых доз до целевых значений). Отмечается недостаточное назначение варфарина, торасемида и высокоселективного эплеренона.
- Использование «нежелательных» по данным Национальных рекомендаций нифедипина, верапамила и дилтиазема хотелось бы свести к минимуму. Необходимо повысить процент назначения новых антикоагулянтов, не требующих контроля МНО, цитопротекторов, омега- 3 - полиненасыщенных жирных кислот.
- Присутствие практически во всех медицинских картах назначаемых аспирина и статинов – традиционных препаратов, пока остается без комментариев ввиду неоднозначной позиции по поводу их необходимости во многих источниках литературы и, прежде всего, в Национальных рекомендациях.

Залог рационального ведения пациентов с ХСН - это внедрение в клиническую практику современного информативного руководства – Национальных рекомендаций - с новейшими данными научных и клинических исследований и выполнение их в повседневной врачебной деятельности - стационарах, многопрофильных диагностических центрах, поликлиниках.

Литература

1. Беленков Ю.Н. Первые результаты Российского Эпидемиологического исследования по ХСН /Ю.Н.Беленков, И.В.Фомин, В.Ю. Мареев// Журнал Сердечная Недостаточность.-2003,№4 (1).- С.26–30.
2. Приоритеты профилактической работы при сердечно-сосудистой патологии среди лиц трудоспособного возраста / Шеметова Г.Н., Красникова Н.В., Губанова Г.В., Молодцов Р.Н., Ширшова С.А., Губанова Г.В., Джанаева Э.Ф., Рябошапка А.И.-Саратов, 2011- 216 с.
3. Красникова Н.В. Соматическая патология у женщин в различные декады климактерического периода /Н.В.Красникова, Г.Н.Шеметова// Бюллетень медицинских интернет-конференций.-2013. -Т. 3, № 3.- С. 537-539

4. Мареев В.Ю. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) /Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г. , Беленков Ю.Н., Васюк Ю.А., Галявич А.С., Гарганеева А.А., Гиляревский С.Р., Глезер М.Г., Козиолова Н.А., Коц Я.И., Лопатин Ю.М., Мартынов А.И. (президент РНМОТ), Моисеев В.С., Ревшвили А.Ш., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Соколов Е.И., Сторожаков Г.И., Фомин И.В., Чесникова А.И., Шляхто Е.В. (президент РКО) // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2013, Т. 14, №7 (81), С.– 407-410.
5. Hu LJ, Chen YQ, Deng SB et al. Additional use of an aldosterone antagonist in patients with mild to moderate chronic heart failure:a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. -2013. -№75 (5). – С.1202–1212.
6. Мареев В.Ю. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) /Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г. , Беленков Ю.Н., Васюк Ю.А., Галявич А.С., Гарганеева А.А., Гиляревский С.Р., Глезер М.Г., Козиолова Н.А., Коц Я.И., Лопатин Ю.М., Мартынов А.И. (президент РНМОТ), Моисеев В.С., Ревшвили А.Ш., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Соколов Е.И., Сторожаков Г.И., Фомин И.В., Чесникова А.И., Шляхто Е.В. (президент РКО) // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2013, Т. 14, №7 (81), С.– 424
7. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). <http://www.acc.org/qualityandscience/clinical/guidelines/failure/update/index.pdf>
8. Мареев В.Ю. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) /Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г. , Беленков Ю.Н., Васюк Ю.А., Галявич А.С., Гарганеева А.А., Гиляревский С.Р., Глезер М.Г., Козиолова Н.А., Коц Я.И., Лопатин Ю.М., Мартынов А.И. (президент РНМОТ), Моисеев В.С., Ревшвили А.Ш., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Соколов Е.И., Сторожаков Г.И., Фомин И.В., Чесникова А.И., Шляхто Е.В. (президент РКО) // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2013, Т. 14, №7 (81), С. – 425.