



**ОСОБЕННОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ
ВЫБРОСА**

Кому будет интересно:

@кардиолог @терапевт

Сердечная недостаточность

– синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях дисбаланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейrogормональных систем, сопровождающийся недостаточной перфузией органов и систем и проявляющийся жалобами на одышку, слабость, сердцебиение и повышенную утомляемость и, при прогрессировании, задержку жидкости в организме (отечный синдром) [1].

Распространенность сердечной недостаточности (СН) 1–2% среди взрослого населения и увеличивается с возрастом пациентов [2].

Основные определения и актуальную классификацию СН смотрите в журнале Digital Doctor №1/2022.



СН с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) составляет не менее **50%** всех пациентов с СН, и распространенность патологии продолжает увеличиваться [3].



Согласно обсервационным исследованиям, пятилетняя выживаемость при СНсФВ составляет 50%, а риск повторных госпитализаций превышает 50% за первые 6 месяцев после выписки из стационара.

До недавнего времени ни один класс препаратов, способных улучшить прогноз при СН со сниженной фракцией выброса (СНнФВ), не доказал свою состоятельность при СНсФВ [1]. Не было убедительных данных, показывающих, что лечение снижает смертность и заболеваемость при СНсФВ, хотя улучшения наблюдались для некоторых конкретных фенотипов пациентов, входящих в эту категорию [2].

Последние достижения в изучении патофизиологии СНсФВ, совершенствование методов диагностики позволили разработать более эффективные стратегии лечения таких пациентов.

В апреле 2023 г. в журнале JACC было опубликовано консенсусное заявление Американского колледжа кардиологов (ACC) по ведению пациентов с СНсФВ.

В документе подробно рассмотрены принципы диагностики, дифференциальной диагностики, медикаментозной и немедикаментозной терапии СНсФВ, а также лечение сопутствующей патологии. Эксперты ACC сделали акцент на половых различиях в диагностике и лечении СНсФВ, а также указали на необходимость междисциплинарного подхода с участием врачей первичного звена, кардиологов и специалистов по сердечной недостаточности.

Терапия СНсФВ направлена на лечение сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение и др.); немедикаментозное лечение (физические упражнения и снижение массы тела); а также медикаментозное лечение, включающее ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2, петлевые диуретики, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, ингибиторы рецепторов ангиотензина, ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы.

Ниже приведены основные положения документа, касающиеся медикаментозного лечения пациентов с СНсФВ.

ИНГИБИТОРЫ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА-2 (ИНГЛТ-2)

Первоначально данная группа препаратов была разработана для снижения уровня глюкозы у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2). Дальнейшие исследования показали благоприятное влияние препаратов на сердечно-сосудистую систему. Дапаглифлозин и эмпаглифлозин продемонстрировали значительные преимущества у пациентов с СН с/без СД 2. Среди пациентов, принимавших иНГЛТ-2, наблюдалось снижение сердечно-сосудистой смертности и числа госпитализаций по поводу СН, а также улучшение клинической симптоматики. При применении эмпаглифлозина отмечалось снижение потребности в антагонистах минералокортикоидных рецепторов. иНГЛТ-2 улучшают прогноз и качество жизни у пациентов с СНсФВ.

Назначение иНГЛТ-2 рекомендовано всем пациентам с СНсФВ при отсутствии противопоказаний (повышенная чувствительность к препаратам, сахарный диабет 1 типа, беременность и кормление грудью, терминальная стадия почечной недостаточности, требующая проведения гемодиализа).

Эффективность иНГЛТ-2, подтвержденная в рандомизированных исследованиях, позволяет предположить получение более сильного класса рекомендаций по применению данных препаратов в будущих руководствах по СН (в действующих руководствах класс рекомендаций IIa).

Комбинированный иНГЛТ-1 и -2, сотаглифлозин, также изучался у пациентов с СН и СД 2. Было продемонстрировано снижение сердечно-сосудистой смертности, частоты госпитализаций и обращений по поводу обострений СН у лиц, принимавших сотаглифлозин, по сравнению с группой плацебо (21% исследуемой популяции имели фракцию выброса (ФВ) левого желудочка $\geq 50\%$). На момент публикации консенсусного заявления АСА препарат не был одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) к применению при СН.

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР)

АМКР продемонстрировали улучшение диастолической функции у некоторых пациентов с СНсФВ. Отмечалось снижение риска госпитализаций по поводу СН в определенных подгруппах лиц с СНсФВ при применении спиронолактона. Хотя не было показано, что АМКР улучшают качество жизни или повышают толерантность к физической нагрузке при СНсФВ, большинство пациентов могут применять препараты с целью обеспечения сбалансированного диуреза, контроля артериальной гипертензии и уменьшения числа госпитализаций по поводу СН. Для снижения риска гиперкалиемии при приеме АМКР необходим контроль уровня калия и функции почек.

АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И НЕПРИЛИЗИНА ИНГИБИТОРЫ (АРНИ)

Исследование, изучавшее роль АРНИ (сакубитрил/валсартан) при СНсФВ, продемонстрировало снижение числа госпитализаций по поводу СН и сердечно-сосудистой смерти по сравнению с приемом только валсартана. Потенциальная польза наблюдалась у женщин, а также у пациентов с ФВ от 45% до 57%. В феврале 2021 г. FDA представило расширенное показание к применению комбинации сакубитрил/валсартан при СН – снижение риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации у взрослых пациентов с ХСН. Такие побочные явления, как снижение артериального давления и ангионевротический отек, при применении АРНИ встречаются чаще, а повышение уровня креатинина и калия в сыворотке крови – реже, чем при применении антагонистов рецепторов ангиотензина II.

АНТАГОНИСТЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II (АРА)

АРА могут применяться у пациентов при наличии противопоказаний к применению АРНИ (например, ангионевротический отек в анамнезе) или при недоступности АРНИ.

ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (ИАПФ)

Применение периндоприла не продемонстрировало эффективности у пожилых людей с хронической СН и ФВ $> 40\%$, поэтому ИАПФ не следует применять в качестве альтернативы АРА или АРНИ при СНсФВ.

Мочегонные препараты рекомендованы пациентам с застойными явлениями и СН II-IV ФК по NYHA.

Препараты следует применять по необходимости в рациональных дозировках.

Бета-блокаторы рекомендованы при наличии таких состояний, как инфаркт миокарда в анамнезе, стенокардия или фибрилляция предсердий.

ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Лечение сопутствующей патологии при СНсФВ проводится в соответствии с действующими рекомендациями. В новом руководстве АСА по ведению пациентов с СНсФВ более подробно рассмотрено лечение таких сопутствующих заболеваний, как артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, нарушение дыхания во сне, хроническая болезнь почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При отсутствии противопоказаний всем пациентам с СНсФВ следует назначать иНГЛТ-2 с целью снижения сердечно-сосудистой смертности и госпитализации по поводу СН, а также для улучшения состояния здоровья и качества жизни. Препараты могут быть рассмотрены как для амбулаторных пациентов, так и для госпитализированных с СН в стадии декомпенсации.

Пациентам с СН и ФВ от 55 до 60% могут быть рекомендованы АМКР, АРНИ или АРА II (при наличии противопоказаний или недоступности АРНИ).

АРНИ и АМКР следует титровать до максимально переносимых доз в зависимости от симптомов СН, артериального давления, уровня калия и креатинина в сыворотке крови [4].

Полную версию рекомендаций американского колледжа кардиологов по ведению пациентов с СНсФВ читайте [здесь](#)



ЛИТЕРАТУРА

1. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020.
2. 2021 Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности. Российский кардиологический журнал. 2023;28(1):5168. doi: 10.15829/1560-4071-2023-5168. EDN SJMIKK
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2022;79:e263–e421
4. Kittleson MM, Panjath GS, Amancherla K, et al. 2023 ACC expert consensus decision pathway on management of heart failure with preserved ejection fraction: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol. Published online April 19, 2023. doi: 10.1016/j.jacc.2023.03.393