

**СЕРДЕЧНАЯ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ  
СО СНИЖЕННОЙ  
ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА –  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ  
К ЛЕЧЕНИЮ**

**Кому будет интересно:**

@кардиолог @терапевт

# Сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса (СНнФВ)

характеризуется выраженным снижением сократительной способности левого желудочка, ФВ составляет менее 40%. Считается, что около половины всех пациентов с хронической сердечной недостаточностью имеют СНнФВ [1].

За последние десятилетия были достигнуты значительные успехи в лечении СНнФВ. В многочисленных исследованиях была доказана эффективность применения таких групп препаратов, как бета-адреноблокаторы (ББ), ингибиторы АПФ (иАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР), ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы (АРНИ). Результаты исследований с ингибиторами натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2) произвели революцию в области фармакологического лечения сердечной недостаточности. Данные препараты еще больше улучшили качество жизни и прогноз пациентов.

Современные руководства по хронической сердечной недостаточности рекомендуют в качестве основы лечения пациентов с СНнФВ комбинацию препаратов из 4 перечисленных групп – АРНИ/иАПФ/АРА, β-блокаторы, АМКР и иНГЛТ-2.



В одном исследовании сравнивалась эффективность лечения СНнФВ рекомендованной комбинацией препаратов (АРНИ, ББ, АМКР и иНГЛТ-2) и лечения, включающего только иАПФ/АРА и ББ. Польза комбинированного лечения четырьмя препаратами наблюдалась во всех проанализированных конечных точках (смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и госпитализация по поводу СН; только сердечно-сосудистая смертность; только госпитализация по поводу СН; только смертность от всех причин). В этом исследовании оптимальная комбинированная терапия предсказывала улучшение выживаемости, что привело к дополнительным 1,4 года для 80-летнего человека и 6,3 года для 55-летнего человека с СНнФВ [2].

В другом исследовании было также продемонстрировано, что комбинация АРНИ, ББ, АМКР и иНГЛТ-2 была наиболее эффективной в снижении смертности от всех причин по сравнению с применением каких-то отдельных препаратов или отсутствием лечения. Предполагаемое дополнительное количество лет жизни, полученное для 70-летнего пациента, принимавшего АРНИ, ББ, АМКР и иНГЛТ-2, составило около 5 лет по сравнению с пациентом, не получавшим лечение [3].

**Но, несмотря на неопровержимые доказательства пользы и рекомендации экспертов, только часть пациентов с СНнФВ получают рекомендованную комбинированную терапию.**

Так, например, примерно 30% пациентов не принимали иАПФ/АРА/АРНИ или ББ, а две трети не получали АМКР, согласно данным американского реестра CHAMP-HF, который включал более 5000 амбулаторных пациентов с СНнФВ. Также наблюдалось, что 82,5% пациентов, принимавших иАПФ/АРА, 72,5% – принимавших ББ, 23% – принимавших АМКР и 86% пациентов, принимавших АРНИ, не получали препараты в рекомендуемых дозировках. Менее 25% пациентов принимали комбинацию иАПФ/АРА/АРНИ, ББ, АМКР и только 1% получали оптимальные дозы препаратов. В 2017 году были проанализированы данные другого американского реестра – PINNACLE (Practice Innovation and Clinical Excellence), включавшего более 6 млн амбулаторных пациентов. В результате было показано, что среди 700 000 пациентов с СНнФВ 75% принимали ББ, 78% – иАПФ/АРА/АРНИ и только 73% была назначена комбинация ББ и иАПФ/АРА/АРНИ. Данные из европейских и азиатских регистров продемонстрировали аналогичную картину. В недавнем отчете из долгосрочного регистра сердечной недостаточности ESC-HFA EORP (EURObservational Research Program of the ESC) среди всех пациентов с СН 68% получали иАПФ/АРА/АРНИ, 72% – ББ и 60% АМКР. В Многонациональном азиатском регистре ASIAN-HF, в который были включены пациенты с СН в период с 2012 по 2015 годы, сообщалось, что иАПФ/АРА назначали 77% пациентов, ББ – 79% и АМКР – 58%. Рекомендуемые дозы препаратов назначались только в 17% случаев для иАПФ/АРА, в 13% – для ББ и в 29% – для АМКР. Полученные данные свидетельствуют о значительном терапевтическом разрыве в оптимальном ведении пациентов с СНнФВ.

**До одной трети всех пациентов не принимают рекомендуемые комбинации препаратов, меньшая часть получают препараты в оптимальных дозах.**



Что же мешает врачам назначать, а пациентам принимать рекомендованные экспертами комбинации препаратов? Это могут быть опасения, связанные с безопасностью применения нескольких групп препаратов, включая риск возникновения гипотензии, нарушение функции почек, гиперкалиемию, неконтролируемое увеличение частоты сердечных сокращений, частые сопутствующие заболевания, требующие дополнительного лечения. Титрование препаратов, требующее тщательного наблюдения и частых посещений, также отнимает много времени как у пациентов, так и у врачей.

Концепция одновременного назначения более одного лекарственного препарата с относительно быстрым титрованием является оптимальным решением. Эксперты полагают, что быстрое начало рекомендуемой четырехкомпонентной терапии СНнФВ может быть полностью реализовано в течение 6–8 недель в отдельных неосложненных случаях. Госпитализация по поводу СН представляется оптимальным моментом для обдумывания и принятия такого решения. Необходимо назначать рекомендованную комбинированную терапию СНнФВ сразу после стабилизации состояния пациента в стационаре. Побочные эффекты, связанные с приемом препаратов, могут быть выявлены и скорректированы на ранних стадиях, что может привести к более высокой приверженности к лечению в период после выписки. Однако следует помнить, что такие альтернативные подходы к лечению не должны ставить под угрозу безопасность пациентов. Решение о назначении 4-компонентной терапии должно быть основано на результатах клинико-лабораторного обследования пациента. У пациентов без нарушения гемодинамики, не нуждающихся во внутривенной терапии, с сохраненной функцией почек, можно безопасно начинать комбинированное лечение СН. Дальнейшая модификация/оптимизация лечения должна быть выполнена на ранней стадии после выписки в соответствии с клиническим статусом пациента. Следует запланировать контрольный визит в течение первых 2 недель после выписки для оценки клинического состояния пациента и основных лабораторных показателей.

Помимо изучения базовой терапии СНнФВ, оценивались и другие препараты. Так, например, было показано, что прием препаратов железа у пациентов с СНнФВ и дефицитом железа способствует улучшению клинических симптомов, качества жизни и повышению толерантности к физической нагрузке, а также приводит к снижению риска повторных госпитализаций по поводу СН [4].

В исследовании GALACTIC-HF изучался препарат омекамтив мекарбил – селективный активатор миозина. Было показано уменьшение ремоделирования миокарда у пациентов с СНнФВ (ФВ<35%). Также отмечалось снижение частоты осложнений СН или смерти от сердечно-сосудистых причин при лечении данным препаратом по сравнению с плацебо [5].

В исследовании VICTORIA оценивались безопасность и эффективность препарата верицигуат (новый пероральный растворимый стимулятор гуанилатциклазы) у амбулаторных пациентов с СНнФВ (ФВ<45%) и пациентов с СН II-IV по классификации NYHA, которые недавно были госпитализированы или получали внутривенную терапию диуретиками. В результате было продемонстрировано снижение смерти от сердечно-сосудистых причин или госпитализации по поводу СН у пациентов, принимавших препарат, по сравнению с плацебо.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СНнФВ является одной из сложных проблем современной медицины. Каждый эпизод декомпенсации СН может привести к пагубным краткосрочным и долгосрочным последствиям.

Эти временные рамки дают клиницистам возможность титровать и корректировать медикаментозную терапию в соответствии с современными рекомендациями, чтобы потенциально смягчить неблагоприятные исходы, связанные с СН.

**Раннее начало применения 4-компонентной терапии СНнФВ с использованием таких препаратов, как иАПФ/АРА/АРНИ, ББ, АМКР и иНГЛТ-2, может благоприятно влиять на прогноз СН. Стационарный период и ранний после выписки составляют оптимальные сроки для начала комплексного лечения СН.**

Источник: Biegus J. et al. Getting ahead of the game: in-hospital initiation of HFREF therapies. European Heart Journal Supplements. 2022;24(Supplement\_L):L38–L44. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartjsupp/suac120>

**О современных подходах к терапии сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса читайте в журнале Digital Doctor №4/2023 [здесь](#)**

## ЛИТЕРАТУРА

1. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации, 2020.
2. Vaduganathan M, Claggett BL, Jhund PS, et al. Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a comparative analysis of three randomised controlled trials. Lancet. 2020;396:121–128.
3. Tromp J, Ouwerkerk W, van Veldhuisen DJ, et al. A systematic review and network meta-analysis of pharmacological treatment of heart failure with reduced ejection fraction. JACC Heart Fail. 2022;10:73–84.
4. Ponikowski P, Kirwan BA, Anker SD, et al. Ferric carboxymaltose for iron deficiency at discharge after acute heart failure: a multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. Lancet. 2020;396:1895–1904.
5. Teerlink JR, Diaz R, Felker GM, et al. Cardiac myosin activation with omecamtiv mecarbil in systolic heart failure. N Engl J Med. 2021;384:105–116.