

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, КЛИНИЧЕСКОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Г. Хайрутдинова,

Г. Бабушкина, доктор медицинских наук, профессор
Городская клиническая больницы №13, Уфа
E-mail: kardiocit@yandex.ru

Включение на 12 нед ивабрадина в комплексную терапию больных стабильной стенокардией с диастолической дисфункцией левого желудочка и фракцией выброса >50% способствует увеличению толерантности к физической нагрузке, снижению тяжести клинического состояния и улучшению качества жизни при достижении целевых цифр частоты сердечных сокращений.

Ключевые слова: кардиология, хроническая сердечная недостаточность, частота сердечных сокращений, тест с 6-минутной ходьбой, шкала оценки клинического состояния, качество жизни, ивабрадин, бисопролол.

Согласно результатам российского эпидемиологического исследования ЭПОХА-ХСН, основанного на двукратном обследовании более 19 тыс. пациентов (2002, 2007), распространенность клинически манифестирующей сердечной недостаточности (СН) в российской популяции составляет 7%, что гораздо больше, чем в странах Европы и в США. Хроническая СН (ХСН) имеет тяжелое прогрессирующее течение; частота летальных исходов в течение 1 года после постановки диагноза составляет 28% у мужчин и 24% — у женщин [1]. По данным Фремингемского исследования, 5-летняя смертность — соответственно 59 и 45%, а встречаемость ХСН в популяции имеет нарастающую динамику [2].

Внедрение новых методов лечения ХСН, основанных на применении комплекса нейрогормональных модуляторов (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — ИАПФ, β-адреноблокаторы — БАБ и антагонисты альдостерона), позволило за последние 30 лет снизить риск смерти на 45% [1]. Однако даже при использовании современных методов терапии прогноз остается неблагоприятным и существует острая потребность в разработке новых терапевтических подходов к лечению ХСН [3].

Снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) у больных ХСН, с одной стороны, обеспечивает сохранение энергетических ресурсов миокарда, а с другой — стимулирует адаптационные изменения других звеньев системы оксигенации организма. С уменьшением ЧСС происходит увеличение времени диастолического наполнения желудочков, а следовательно — возрастание преднагрузки, что благодаря активации

механизма Франка—Старлинга способствует увеличению ударного объема сердца. Наконец, увеличение длительности диастолы ведет к улучшению коронарной перфузии [4].

У больных ХСН имеется прямая связь между ЧСС, риском смерти от любой причины, смертью от осложненных сердечно-сосудистых заболеваний и частотой госпитализаций [5]. Снижение ЧСС у таких больных, прежде всего — при применении БАБ — сопровождается улучшением прогноза [6]. Однако не всем больным ХСН удается назначить БАБ и не во всех случаях при их использовании достигается надежный контроль ЧСС.

Согласно результатам исследования SHIFT, концепция нейрогормональной блокады при ХСН может быть дополнена эффективным снижением ЧСС. С этой целью возможно назначение ивабрадина — препарата, снижающего ЧСС благодаря селективному ингибированию ионного тока в If-каналах синусового узла без влияния на инотропную функцию сердца [7, 8].

Для более точной оценки тяжести клинических проявлений болезни неоднократно делались попытки создания шкал балльной оценки тяжести ХСН. Так, была предложена российская система шкалы оценки клинического состояния (ШОКС). Для определения всех пунктов, включенных в шкалу, не нужно применять инструментальные методы, ответы на все вопросы можно получить при сборе анамнеза и обычном физикальном исследовании.

Помимо оценки клинического состояния, большое значение имеет и оценка качества жизни (КЖ), для чего были созданы соответствующие опросники. Наиболее важная и интересная задача применения такого опросника — проследить эффективность лечения. При этом очень важно помнить, что субъективная оценка больными своего самочувствия (КЖ) ни в коем случае не подменяет исследования объективного или клинического эффектов лечения.

Из так называемых болезнь-специфических методик оценки КЖ при ХСН наибольшее распространение получило применение анкеты Миннесотского опросника КЖ больных с СН, предложенной в 1987 г. [9].

Нами по показателям КЖ, клинического и функционального состояния больных стабильной стенокардией с синусовым ритмом, ЧСС >70 в минуту и сохраненной фракцией выброса (ФВ) изучена эффективность включения ивабрадина в комплексную терапию ХСН.

Под наблюдением в течение 12 нед находились 85 пациентов со стабильной стенокардией II и III ФК и ХСН I—III ФК (NYHA) в возрасте до 65 лет, с ЧСС >70 в минуту, сохраненной ФВ и диастолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ).

Больные были рандомизированы в 3 группы: в группе А (n=30) назначали бисопролол методом титрования до 10 мг/сут; в группе В (n=30) — комбинированную терапию — бисопролол и ивабрадин, в группе С (n=25) — ивабрадин методом титрования до 15 мг/сут. Больные всех групп получали базисную терапию: ИАПФ, антиагреганты, статины, нитраты короткого действия для купирования приступов стенокардии. Средства базисной терапии являются лекарствами, эффект которых сомнений не вызывает и которые рекомендованы для лечения ХСН [8].

Для объективизации результатов исследования проводились электрокардиография, тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), определение КЖ по Миннесотскому опроснику КЖ и клинического состояния по ШОКС. Больных анкетировали до лечения и через 12 нед после лечения.

Доказано, что максимальное снижение риска сердечно-сосудистой смертности и госпитализации в связи с обострением ХСН достигается при снижении ЧСС до 60 в минуту [3].

Согласно результатам нашего исследования (рис. 1), после лечения в группе А ЧСС снизилась с 71 ± 10 до $59,0 \pm 5,4$ в минуту ($p < 0,001$), в группе В – с 82 ± 13 до $62,0 \pm 5,6$ в минуту ($p < 0,001$), в группе С – с $79,0 \pm 4,9$ до $61,0 \pm 5,2$ в минуту ($p < 0,001$).

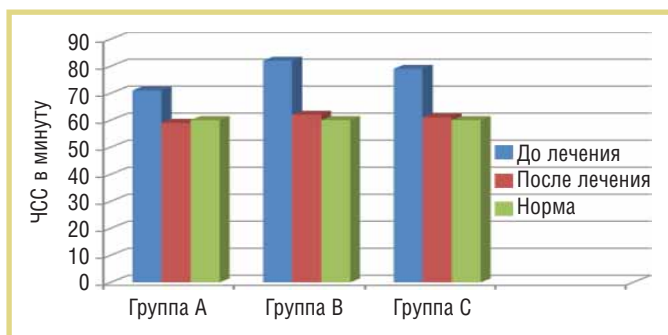


Рис. 1. Динамика ЧСС на фоне лечения

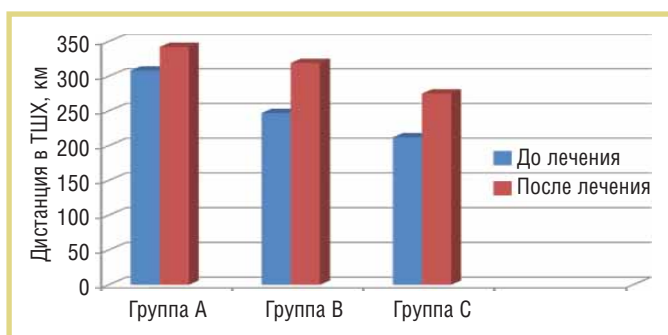


Рис. 2. Динамика дистанции в ТШХ у пациентов с ХСН на фоне лечения

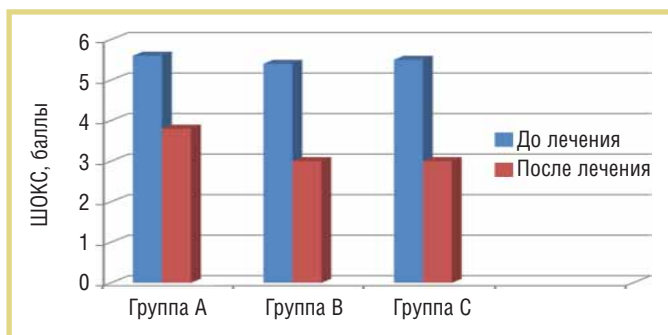


Рис. 3. Динамика клинического состояния по ШОКС

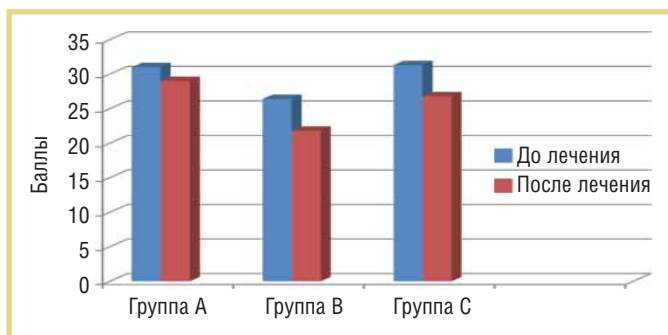


Рис. 4. Изменения суммарной оценки КЖ на фоне лечения

Уменьшение исходной ЧСС в покое сопровождалось увеличением толерантности к физической нагрузке: в группе А пройденное расстояние, по данным ТШХ, увеличилось с 308 ± 13 до 342 ± 11 м ($p < 0,05$), в группе В – с 247 ± 23 до 319 ± 17 м ($p < 0,01$), в группе С – с $212,0 \pm 18,2$ до $275,0 \pm 17,4$ м ($p < 0,01$); рис. 2.

Средняя суммарная оценка клинического состояния по ШОКС составила: в группе А до лечения – $5,6 \pm 0,7$ балла, через 12 нед – $3,8 \pm 0,6$ балла ($p < 0,05$); в группах В и С – соответственно $5,4 \pm 0,7$ и $3,0 \pm 0,8$ балла ($p < 0,01$) и $5,5 \pm 0,8$ и $3,0 \pm 0,7$ балла ($p < 0,01$); рис. 3.

На фоне терапии улучшилось КЖ (рис. 4); наибольшее улучшение достигнуто в группах В и С ($p < 0,05-0,01$).

Таким образом, данные исследования свидетельствуют о том, что снижение ЧСС у больных стабильной стенокардией с ХСН ФК I–III, диастолической дисфункцией ЛЖ и сохраненной ФВ способствует улучшению КЖ, клинического и функционального состояния (увеличение дистанции, преодолеваемой пациентом за 6 мин; снижение ФК ХСН). Наиболее выраженное улучшение отмечалось в группах с применением ивабрадина (В и С), что позволяет рекомендовать его включение как в сочетании с БАБ, так и без БАБ в комплексную терапию больных ХСН с диастолической дисфункцией ЛЖ, сохраненной ФВ, ЧСС > 70 в минуту.

Литература

- Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Орлова Я.А. и др. Влияние длительной терапии спиронолактоном на параметры суточной вариабельности ритма сердца и желудочковые аритмии у больных умеренной и тяжелой ХСН, находящихся на оптимальной терапии // Кардиология. – 2008; 48 (2): 62–74.
- Фомин И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; с. 7–77.
- Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г., Шляхто Е.В. и др. Согласованное мнение экспертов Общества специалистов по сердечной недостаточности. Результаты исследования SHIFT и рекомендации по включению Кораксана в схему лечения пациентов с ХСН и синусовым ритмом // Сердечная недостаточность. – 2011; 12 (64).
- Перепеч Н.Б. Зачем надо уменьшать частоту сердечных сокращений у больных хронической сердечной недостаточностью? // Медицинский совет. – 2013; 9: 108–16.
- Pocock S., Wang D., Pfefer M. et al. Predictors of mortality and morbidity in patients with chronic heart failure // Eur. Heart J. – 2006; 27 (1): 65–75.
- Flannery G., Gehrig Mills R., Billah B. et al. Analysis of randomized controlled trials on the effect of magnitude of heart rate reduction on clinical outcomes in patients with systolic chronic heart failure receiving betablockers // Am. J. Cardiol. – 2008; 101 (6): 865–9.
- Bohm M., Swedberg K., Komajda M. et al. Heart rate as a risk factor in chronic heart failure (SHIFT): the association between heart rate and outcomes in a randomised placebo-controlled trial // Lancet. – 2010; 376 (9744): 886–94.
- Исследование BEAUTIFUL – шаг вперед в лечении ишемической болезни сердца // Мед. вестн. – 2008; 30: 3–8.
- Воронков Л.Г., Парашенюк Л.П. Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты // Серцева недостатність. – 2010; 2: 12–6.

QUALITY OF LIFE AND CLINICAL AND FUNCTIONAL STATES IN PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS AND LEFT VENTRICULAR DIASTOLIC DYSFUNCTION IN THE PRESENCE OF CHRONIC HEART FAILURE

G. Khairutdinova, Professor G. Babushkina, MD
City Clinical Hospital Thirteen, Ufa

Incorporation of ivabradine at 12 weeks of combination therapy of patients with stable angina concurrent with left ventricular diastolic dysfunction and an ejection fraction of >50% enhances exercise tolerance, alleviates symptoms, and improves quality of life to achieve target heart rate.

Key words: cardiology, chronic heart failure, heart rate, 6-minute walk test, Clinical Assessment Scale, quality of life, ivabradine, bisoprolol.