



Саратовский государственный
медицинский университет
имени В. И. Разумовского



ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Реальная амбулаторная практика ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий с позиции клинических рекомендаций



Доцент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, к.м.н.
Яковлева Е.В.

Доцент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, к.м.н.
Тяпкина М.А.



«Современные подходы к диагностике и лечению сердечной недостаточности»

Донецк 17.03.2023 г.

Актуальность проблемы

Сердечная недостаточность представляет собой клинический синдром, развивающийся обычно на поздних стадиях сердечно-сосудистого континуума и фактически представляет собой совокупность множественных дезадаптационных механизмов, проявляющихся появлением определенной клинической симптоматики. При сердечной недостаточности практически любой формы существенно увеличивается количество госпитализаций по сердечно-сосудистым заболеваниям, значимо увеличивается риск сердечно-сосудистых осложнений - инфаркта миокарда, аритмий, ишемического инсульта, сердечно-сосудистой смерти [1,2].

Фибрилляция предсердий (ФП) независимо ассоциируется с двукратным повышением риска смерти от всех причин у женщин и 1,5-кратным увеличением среди мужчин. Общий уровень заболеваемости инсультом и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) у пациентов с ФП значительно выше [3].

1. Mueller C., McDonald K., de Boer R.A., et al. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology practical guidance on the use of natriuretic peptide concentrations. Eur J Heart Fail. 2019 Jun;21(6):715-731.

2. Bozkurt B, Coats A, Tsutsui H, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. Eur J Heart Fail 2021;23:352-380.

3. Рекомендации ESC по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с EACTS. Российский кардиологический журнал 2017, 7 (147): 7–86 <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-7-7-86>.

Актуальность проблемы

- ✓ У всех пациентов с ХСН должны проводиться мероприятия по кардиоваскулярной профилактике, которые следует начинать как можно раньше. Фармакотерапия больных с сердечной недостаточностью должна быть комплексной и включать в себя хорошо изученные и рекомендованные лекарственные средства, которые могут позитивно влиять на патогенетические звенья заболевания [1].
- ✓ Возможности современной фармакотерапии сердечной недостаточности позволяют достигнуть следующих целей: уменьшение клинической симптоматики и госпитализаций по причине обострений ХСН, улучшение качества жизни, повышение выживаемости, в том числе увеличение количества лет, свободных от тех или иных сердечно-сосудистых событий [2].
- ✓ Независимо от фракции выброса всем пациентам с ХСН и ФП рекомендуется оценить риск инсульта и необходимость назначения антикоагулянтной терапии, оценить частоту желудочковых сокращений и определить возможности ее контроля [2].
- ✓ Краеугольным камнем успешности лечения ХСН служит высокая приверженность пациентов к длительному лечению, которая возможна только при успешном терапевтическом альянсе между врачом и больным, эффективности рекомендованного лечения (уменьшение выраженности симптомов заболевания и повышение качества жизни), позволяющей пациенту поверить в успешность лечебного подхода и, тем самым, обеспечить соблюдение его схемы [1].

1. *Российские рекомендации. Кардиоваскулярная профилактика. 2022г.*

2. *Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020г.*

Цель исследования

- Цель исследования - оценка реальной амбулаторной практики ведения пациентов с ХСН и ФП с позиций соответствия клиническим рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике.

Методы исследования:

Для достижения цели исследования использовался метод анкетирования, включающий сбор данных о мерах немедикаментозного характера, объеме медикаментозной терапии и врачебном наблюдении на амбулаторном этапе ведения, предшествующем госпитализации в Областную клиническую больницу в связи с ухудшением в течении сердечно-сосудистых заболеваний.

Критерии включения и исключения

Критерии включения:

- Возраст >18 лет
- Наличие ранее диагностированной ХСН ишемического генеза
- Наличие ранее диагностированной любой формы фибрилляции предсердий
- Наличие прокола ЭХО-КГ, выполненной в течение последних 6 месяцев
- Возможность уточнения анамнестических данных у пациента или у его родственников в случаях афазии у пациентов, госпитализированных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК)

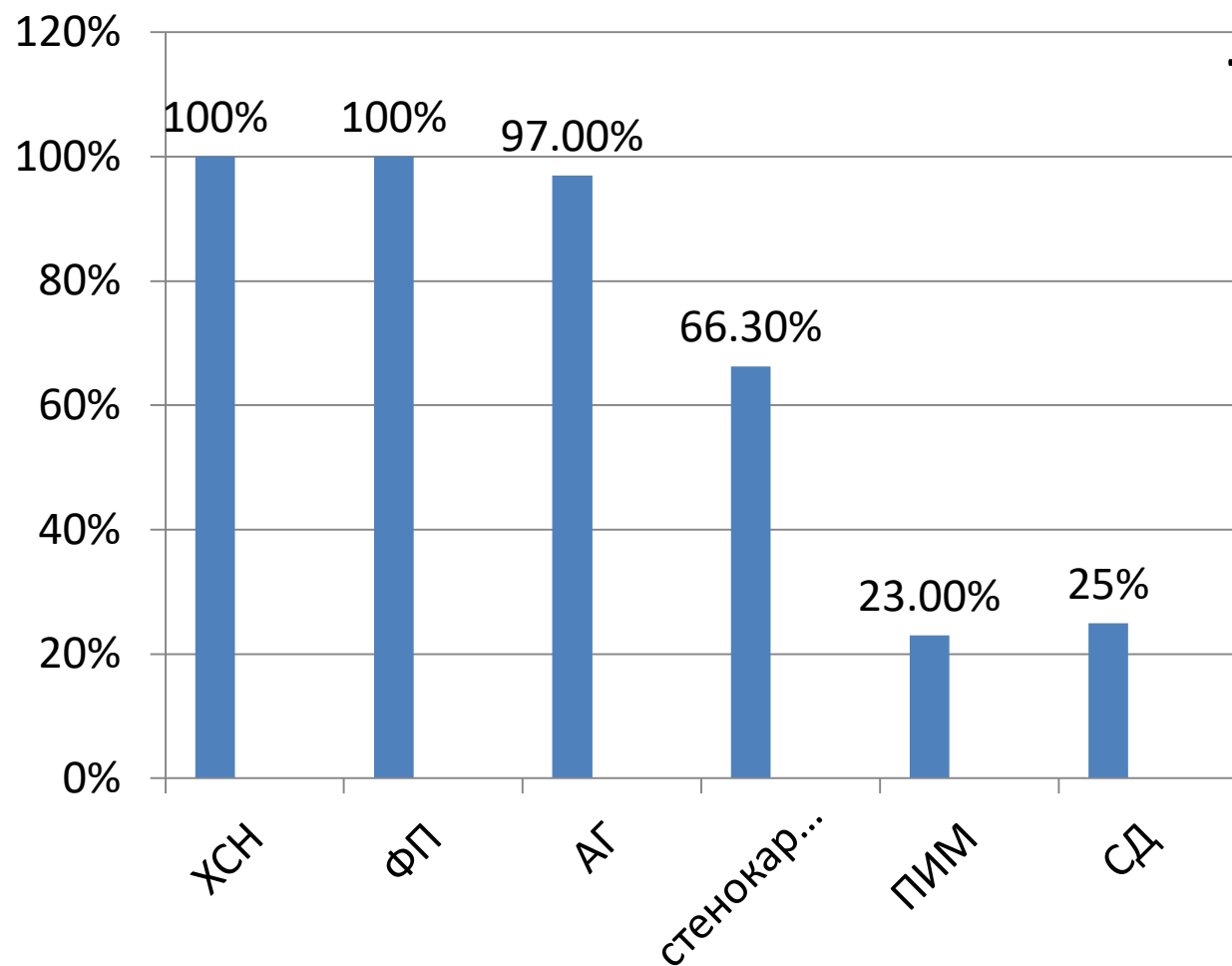
Критерии исключения:

- Врожденные и приобретенные пороки сердца
- Наличие у пациента выраженных когнитивных расстройств
- Наличие у пациента афазии и невозможность уточнения у родственников необходимых анамнестических данных при отсутствии архивной документации
- Наличие инфекции Covid-19, в том числе перенесенной

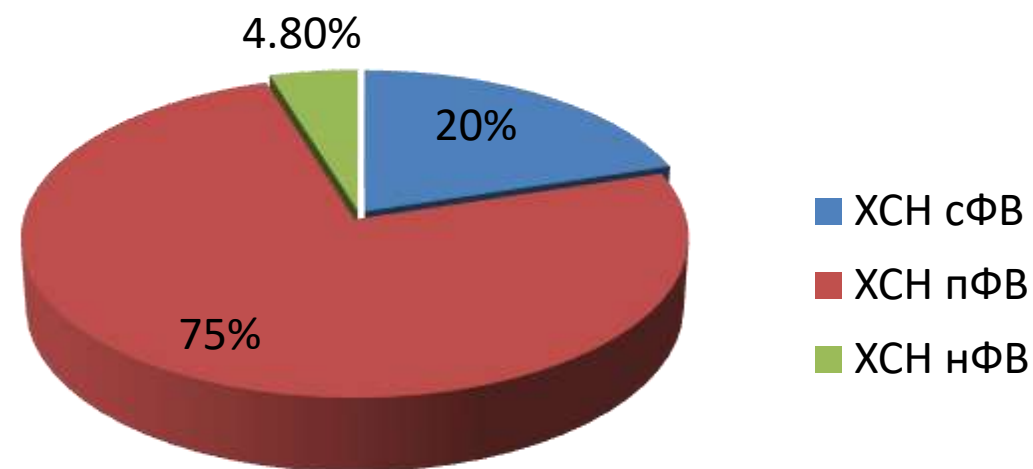
Результаты исследования

- В исследование включены 104 пациента с ХСН ишемического генеза и ФП в возрасте от 37 до 88 лет. Средний возраст составил $68,5 \pm 9,21$ лет.
- Среди включенных в исследование женщин 55,8%, мужчин 44,2%.
- 50 пациентов госпитализированы в кардиологическое отделение, из них 39 в связи с развитием застойной ХСН, 11 в связи с рецидивом ФП.
- 54 пациента госпитализированы в отделение неврологии в связи с ОНМК; из них у 49 диагностирован кардиоэмболический инсульт, у 5 геморрагический инсульт.

Сердечно-сосудистая патология, определяющая объем мер вторичной профилактики на амбулаторном этапе



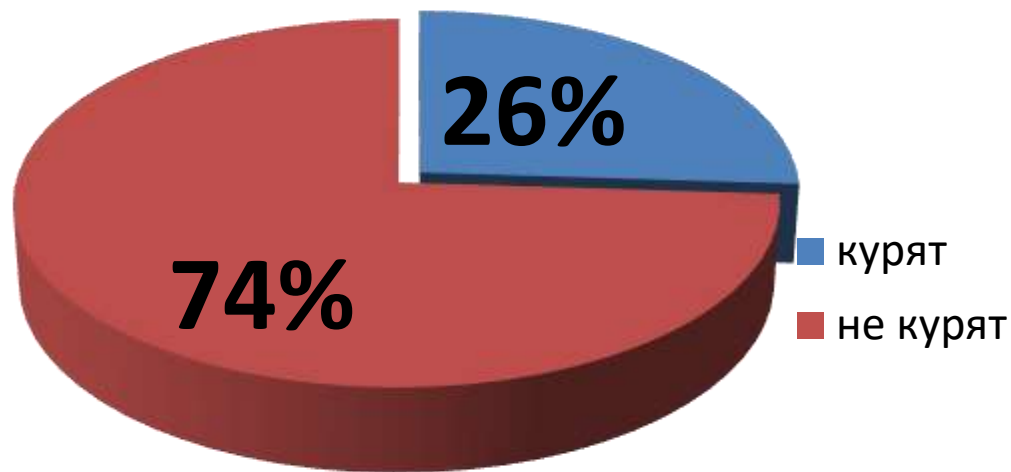
Тяжесть ХСН до госпитализации



АГ – артериальная гипертензия, ПИМ - перенесенный инфаркт миокарда, СД – сахарный диабет
ХСНсФВ – ХСН с сохраненной ФВ, ХСНпФВ - ХСН с промежуточной ФВ, ХСН н ФВ – ХСН с низкой ФВ

Кардиоваскулярная профилактика: немедикаментозные меры

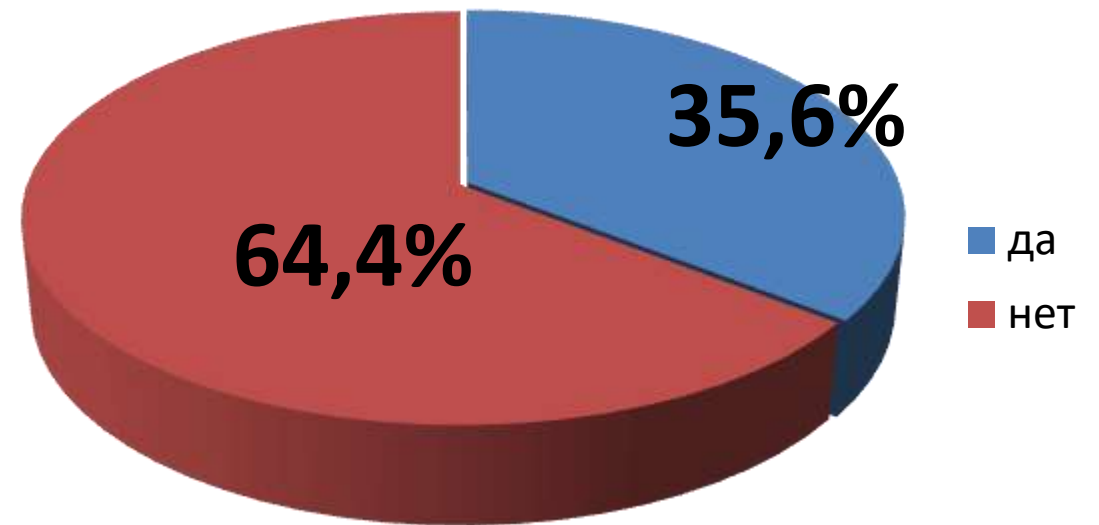
Статус курильщика установлен у 27 пациентов,
из которых 26 мужчин, 1 женщина



Относительно низкая доля имеющих статус курения может быть связана с преобладанием в исследовании некурящих женщин.

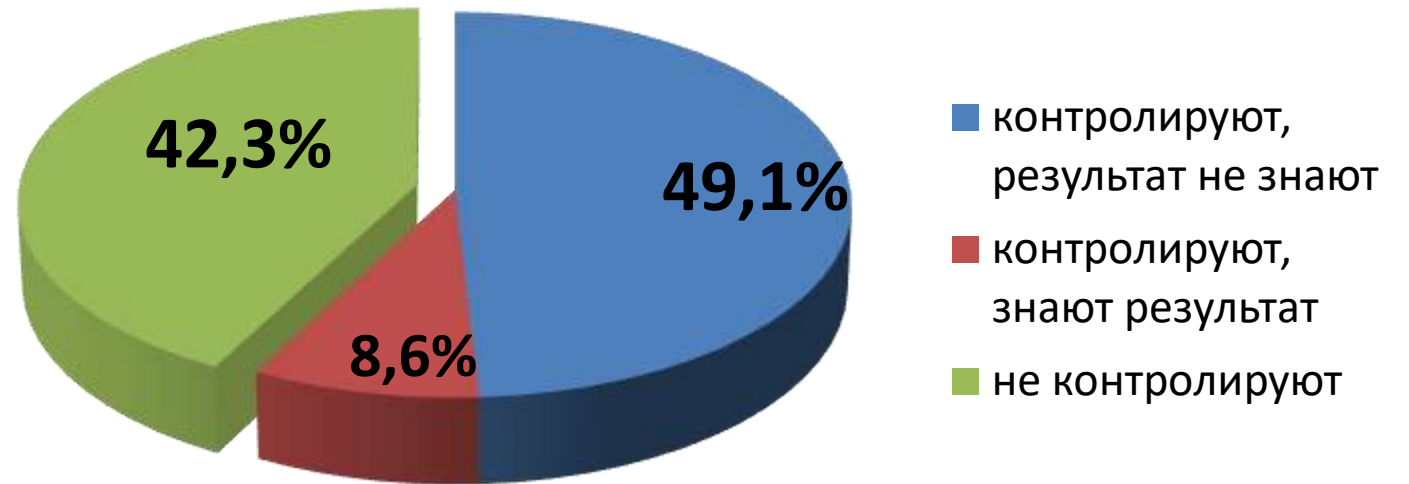
Осведомленность о диетических ограничениях употребления поваренной соли и продуктов, богатых холестерином

Из осведомленных только половина соблюдали ограничения



КОНТРОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ

Осведомлены о целях контроля липидограммы и важности достижения целевого значения ХС ЛПНП только 9 пациентов (8,6%).



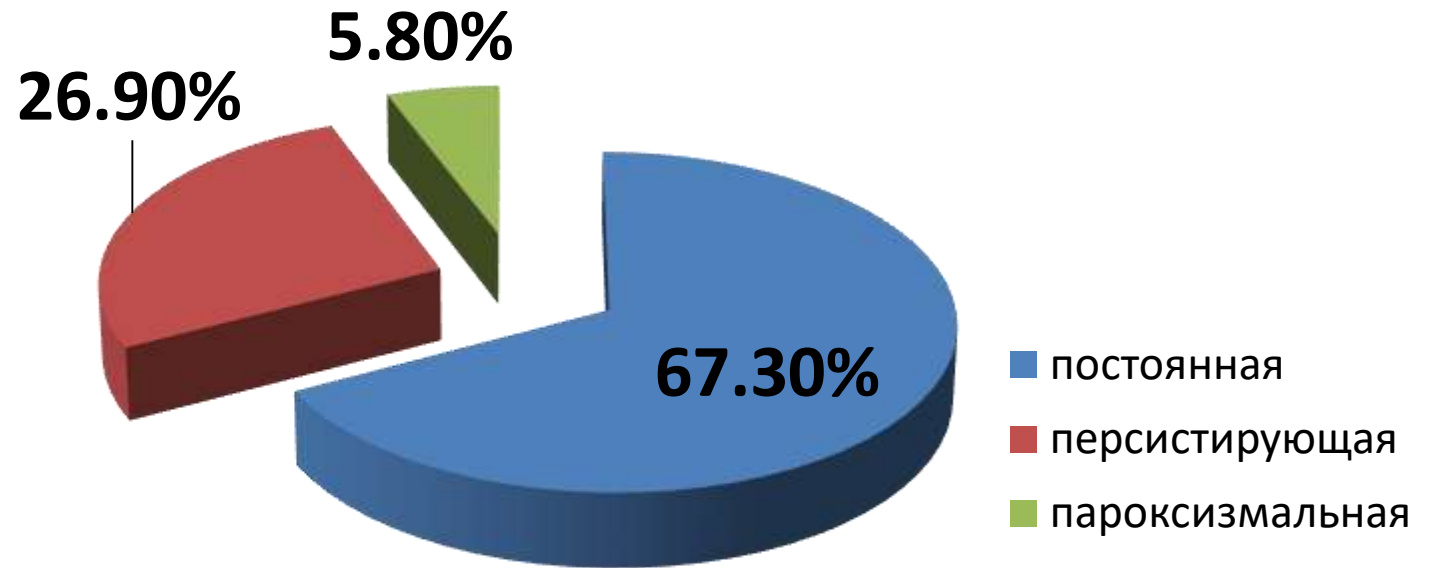
Диагноз ишемической СН свидетельствует об очень высоком сердечно-сосудистом риске и полностью оправдывает рекомендации в отношении терапевтических стратегий вторичной профилактики, включая гиполипидемическую терапию [1].

- Более половины больных не смогли ответить на вопрос назначались ли статины.
- Пациенты, отказавшиеся от приема, не считают препараты эффективными.
- О значимости приема статинов в снижении риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий осведомлены только 7 пациентов, 20 оценивают их как препараты исключительно холестерин-снижающего действия.



Форма фибрилляции предсердий

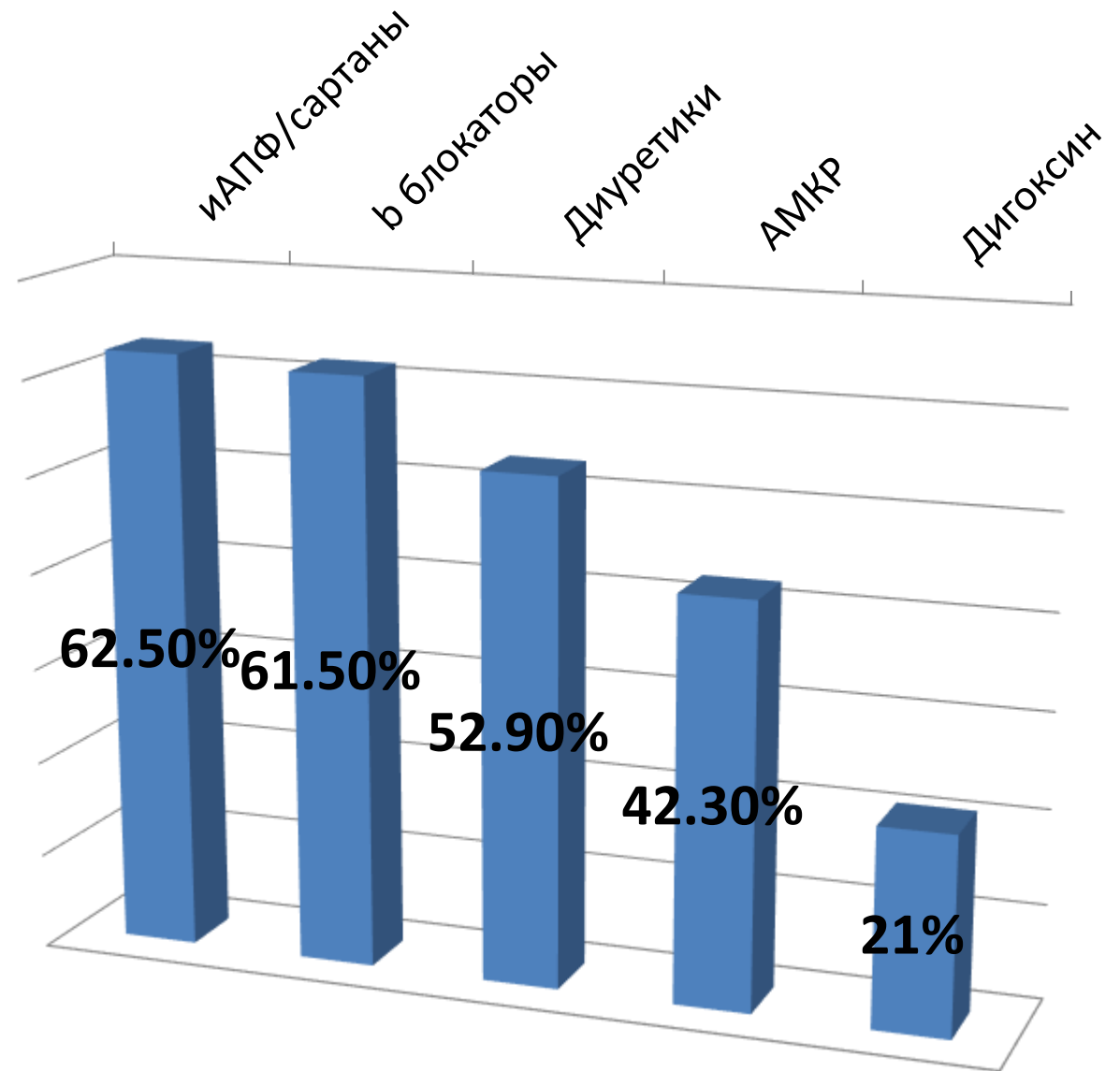
Наиболее часто встречалась постоянная форма ФП, на 2-ом по частоте месте – персистирующая ФП.



Частота приема лекарственных средств при лечении ХСН на амбулаторном этапе

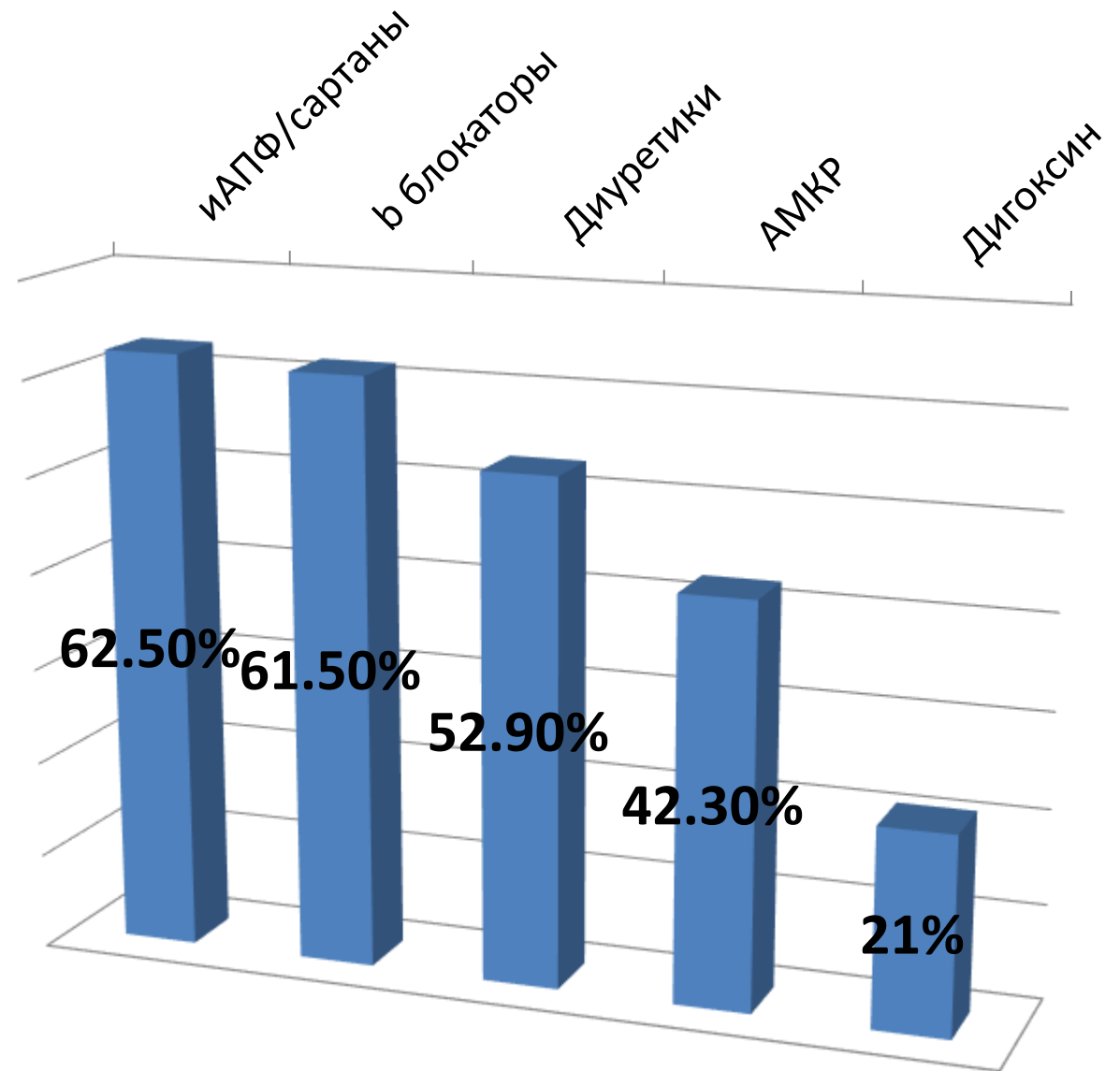
Выявлена низкая частота приема препаратов с органопротективными свойствами, способными улучшить прогноз при ХСН:

- ✓ иАПФ/сартанов (противопоказаний не было ни у одного из пациентов, включенных в исследование)
- ✓ б-блокаторов
- ✓ антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР).



Частота приема лекарственных средств при лечении ХСН на амбулаторном этапе

При наличии у пациентов с ХСН преобладающей постоянной формы ФП обращает внимание недостаточная частота регулярного приема дигоксина и β -блокаторов, необходимых для оптимальной при данной форме ФП стратегии контроля ЧСС, что могло способствовать развитию осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе ухудшению в течении ХСН.

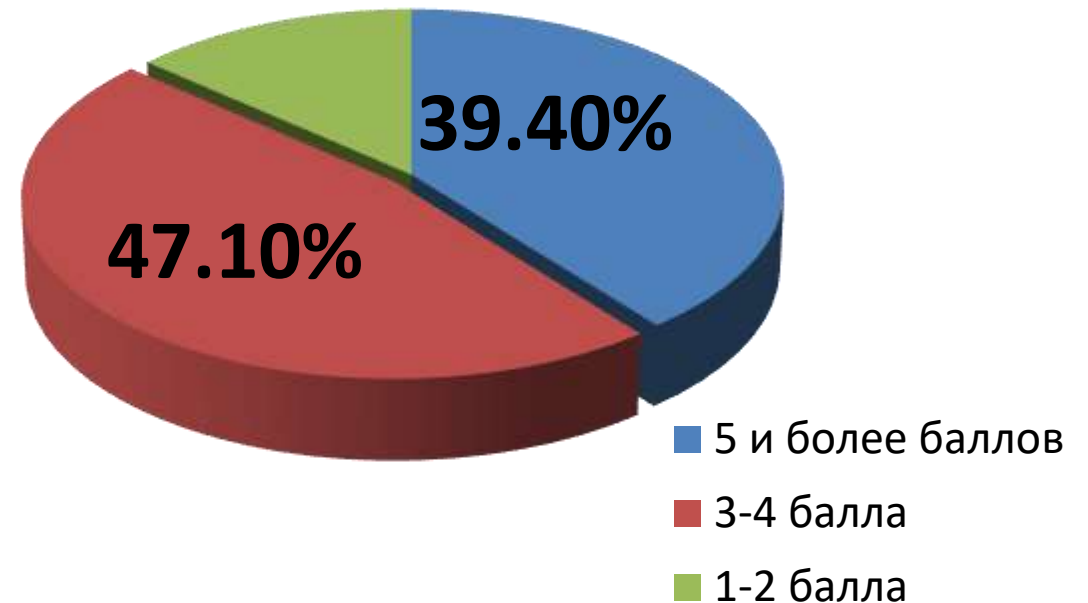


- Постоянный прием пероральных антикоагулянтов с целью профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендован пациентам мужского пола с суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 2 и пациентам женского пола с суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 3 EOK — IA (УУР А, УДД 2).

- Назначение пероральных антикоагулянтов с целью профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендовано мужчинам с CHA2DS2-VASc =1, принимая во внимание индивидуальные особенности и предпочтения пациента EOK — IIaB (УУР В, УДД 2), женщинам с CHA2DS2-VASc =2, принимая во внимание индивидуальные особенности и предпочтения пациента EOK — IIaB (УУР В, УДД 2) [1].

Оценка риска тромбоэмболий по шкале CHA2DS2-VASc (амбулаторный этап)

13.50%

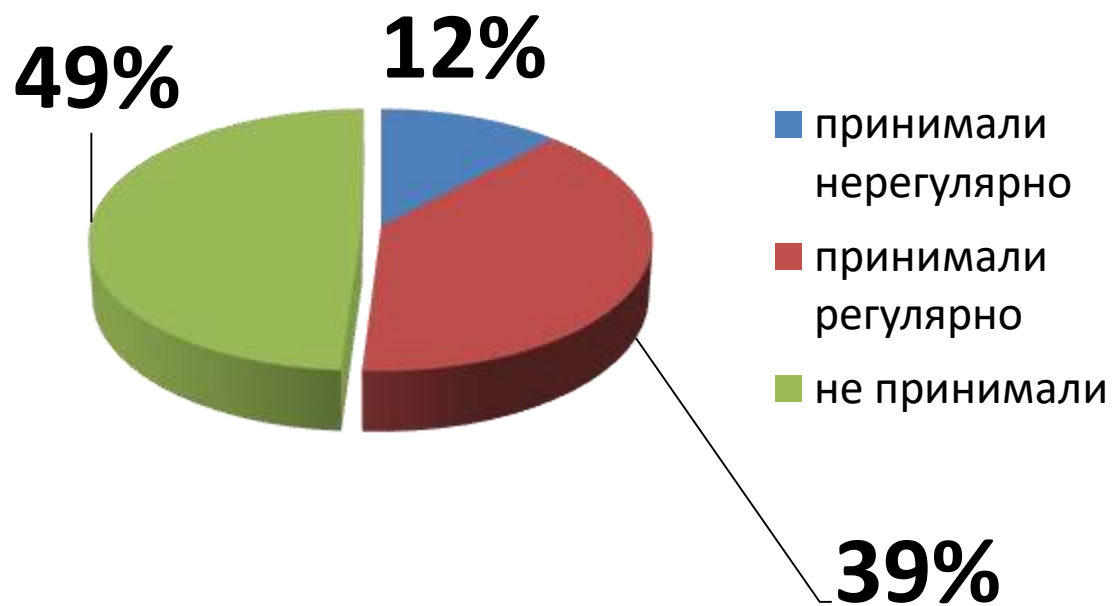


[1]. Клинические рекомендации. Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 г.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ

Структура назначений антикоагулянтов

ПРИЕМ АНТИКОАГУЛЯНТОВ



Оценка профилактики тромбоэмболических осложнений

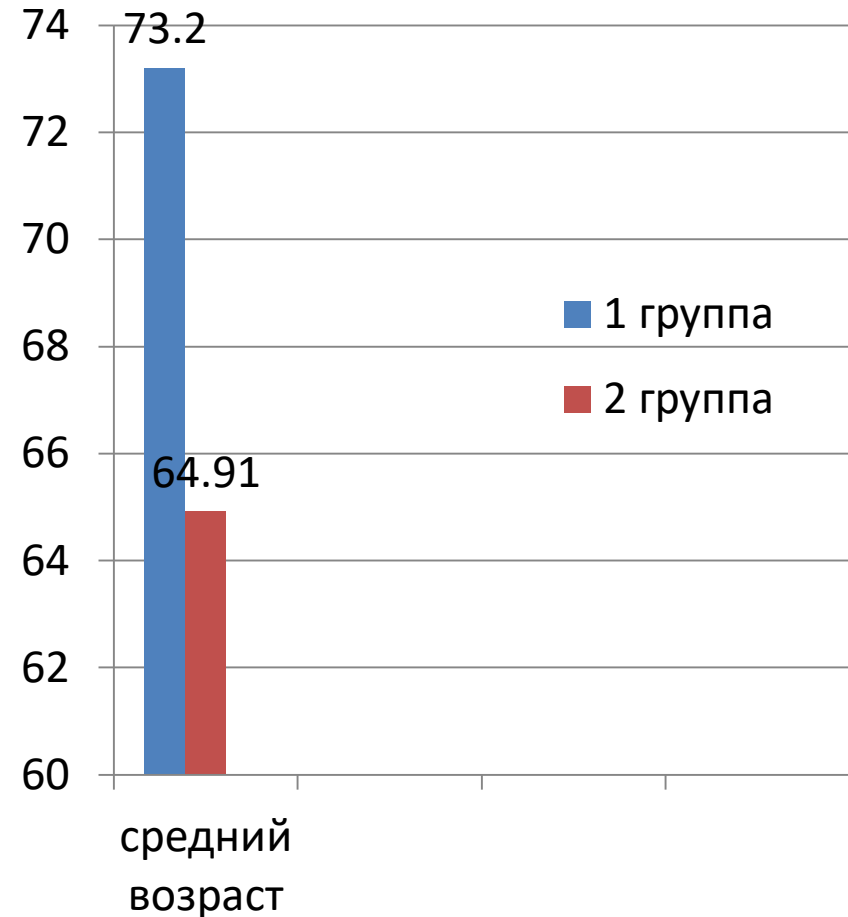
- Показания к приему антикоагулянтов на амбулаторном этапе установлены у всех пациентов с ХСН И ФП
- Регулярный прием антикоагулянтов отметили только 39 % пациентов
- Отмена антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе только в одном случае была связана с желудочным кровотечением
- Из 5 пациентов, госпитализированных с геморрагическим инсультом, антикоагулянтная терапия проводилась только у двух пациентов (дабигатран 110 мг 2 раза). У всех пациентов имелась неконтролируемая артериальная гипертензия 3 степени и риск по шкале HAS-BLAD составлял 4 балла.

Сравнение объема кардиоваскулярной профилактики у больных с ХСН и ФП с реализованным риском развития инсульта и без него.

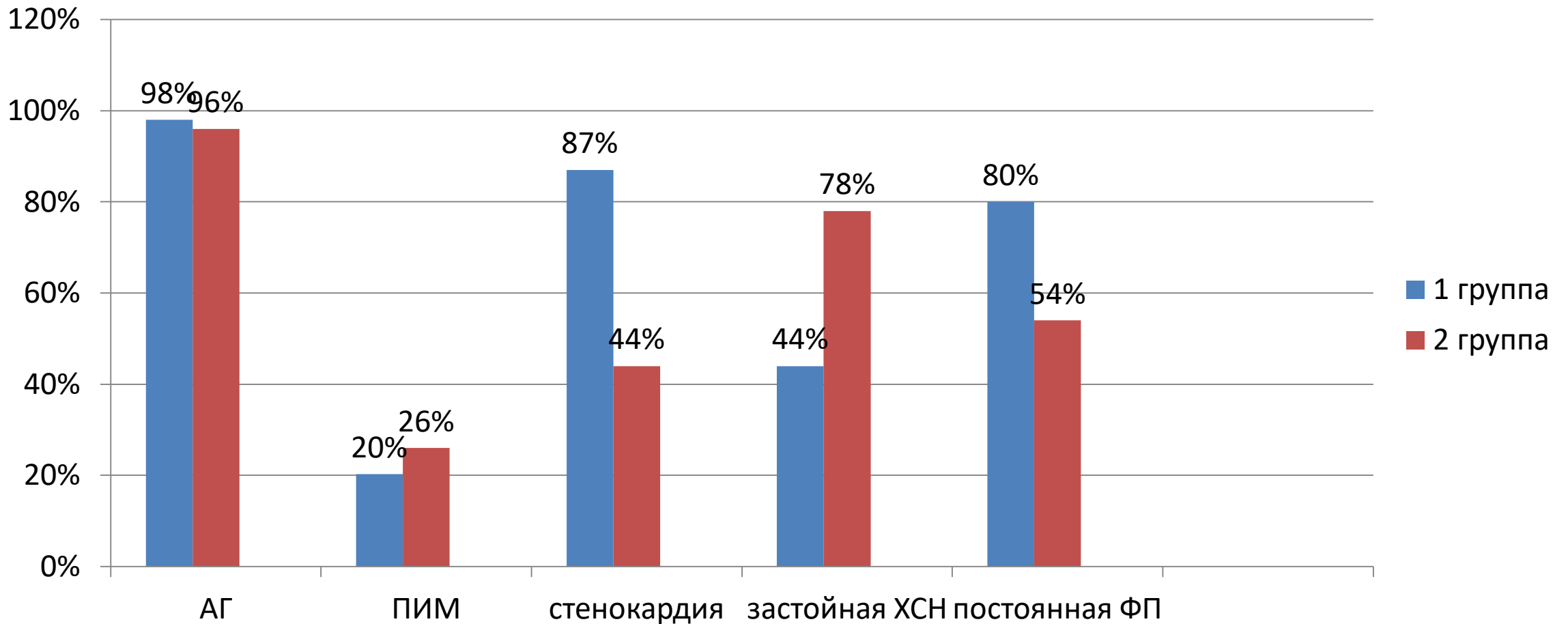
1 группа – 54 пациента с ОНМК.

2 группа сравнения – 50 пациентов с рецидивом ФП и /или застойной ХСН.

- Средний возраст больных 1-ой группы составил $73,2 \pm 8,74$, 2-ой группы – $64,91 \pm 9,52$ года.
- Установлено, что в 1-ой группе доля лиц старше 75 лет составила 50%, во 2-ой 12%, что оказалось статистически значимым ($p < 0,001$).
- В группах не было значимого различия по соотношению мужчин и женщин



В обеих группах одинаково часто встречалась АГ, не было существенной разницы по частоте ПИМ, но в группе больных с ОНМК достоверно чаще выявлялась стенокардия без ПИМ ($p < 0,001$) и постоянная форма ФП ($p < 0,001$), а застойная ХСН чаще наблюдалась в группе пациентов без ОНМК.

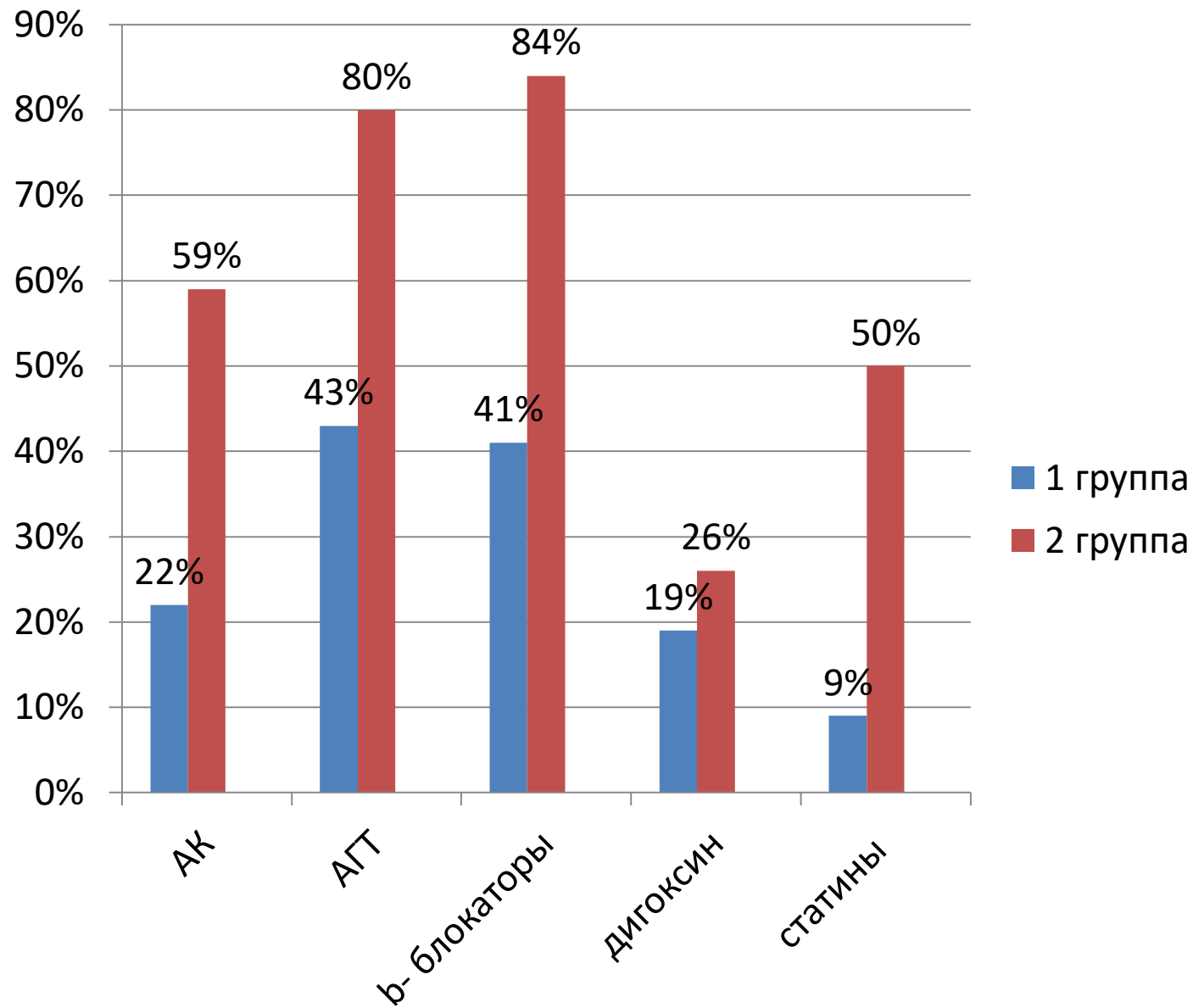


Сравнение частоты приема лекарственных средств

Пациенты с ОНМК по сравнению с пациентами 2-ой группы

- в 2,7 раз реже принимали антикоагулянты (АК);
- в 2 раза реже принимали антигипертензивную терапию (АГТ), в том числе β -блокаторы;
- в 5,5 раз реже регулярно принимали гиполипидемические препараты.

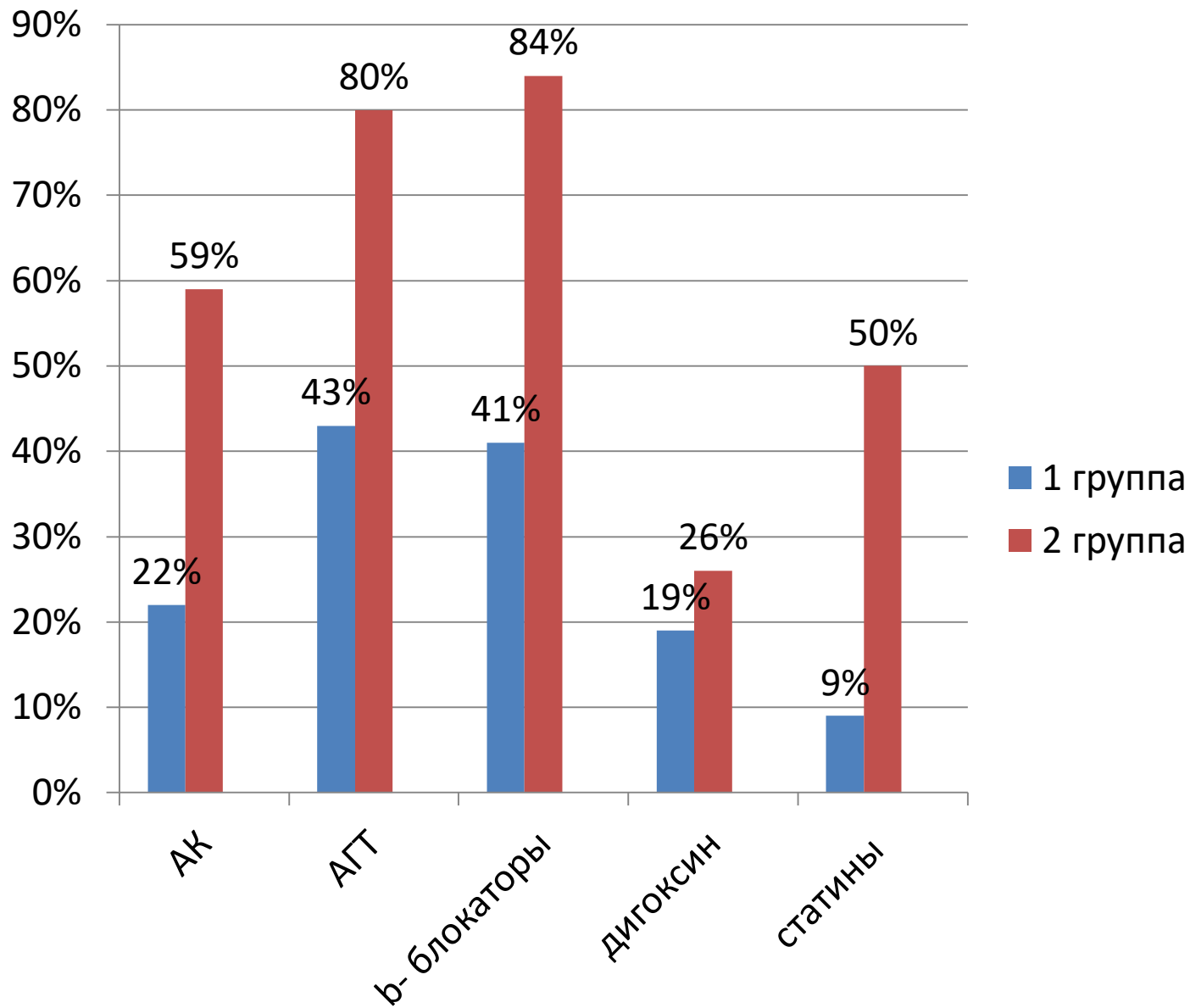
Различия достоверны $p < 0,001$ (за исключением приема дигоксина)



Сравнение частоты приема лекарственных средств (2)

У пациентов с ОНМК при постоянной форме ФП не реализована стратегия контроля ЧСС вследствие крайне низкой частоты регулярного приема дигоксина и β -блокаторов.

Таким образом, у пациентов с ОНМК объем терапии на амбулаторном этапе в большей степени не соответствовал рекомендованному для профилактики осложнений, чем в группе сравнения (без ОНМК).



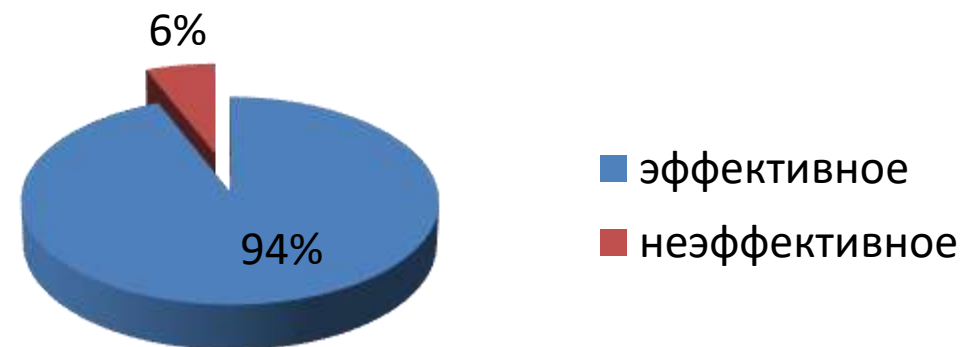
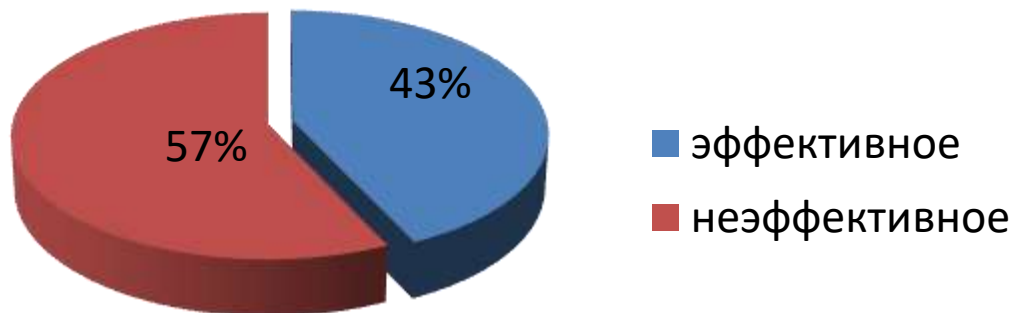
Амбулаторное взаимодействие врач-пациент с точки зрения пациента (диспансерные осмотры, посещения)

Эффективное: доступность, необходимые разъяснения, мотивация к действиям

Неэффективное: редкость визитов, формальность консультаций, отсутствие мотивации

1 группа

2 группа



Заключение

- У пациентов с ХСН и ФП, госпитализированных в стационар в связи с сердечно-сосудистыми осложнениями, выявлена низкая частота приема лекарственных средств основной группы лечения сердечной недостаточности. Недостаточный объем терапии на амбулаторном этапе не соответствует клиническим рекомендациям и не позволяет контролировать течение заболевания.
- У пациентов с ХСН и ФП, госпитализированных с ОНМК, наряду с таким немодифицируемым фактором риска как возраст выявлен достоверно более низкий уровень активности кардиоваскулярной профилактики и отсутствие эффективного взаимодействия с врачом на амбулаторном этапе.

Заключение

- Одной из причин нереализованных возможностей амбулаторной практики в снижении риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных ХСН с ФП остается отсутствие приверженности пациентов к длительному лечению. Повышение мотивации пациентов к проведению активной кардиоваскулярной профилактики, возможное только при активном взаимодействии врача и пациента, следует считать важнейшим условием достижения целей в лечении ХСН.



Саратовский государственный
медицинский университет
имени В. И. Разумовского



Благодарим за внимание!