

II КОНГРЕСС (VIII КОНФЕРЕНЦИЯ) ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ «СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ'2007», МОСКВА, 5-7 ДЕКАБРЯ 2007 Г.

Н.В. Шкодина, А.Н. Калягин, И.Л. Кабанова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк; Дорожная клиническая больница Восточно-Сибирской железной дороги)

В последние годы к проблеме хронической сердечной недостаточности (ХСН) приковывается всё большее внимание отечественных и зарубежных специалистов. В связи с этим готовятся и обсуждаются новые согласительные документы, издаются специализированные журналы, в России уже долгое время функционирует Общество специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) под руководством член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленкова. Очередной конгресс «Сердечная недостаточность'2007», который проходил в здании Международного торгового центра с участием всех ведущих специалистов по данной проблематике, научная программа проводилась одновременно в 4 залах и включала пленарное и секционные заседания, сателлитные симпозиумы, дискуссии и конкурс молодых учёных.

На открытие конгресса присутствовала министр здравоохранения и социального развития Т.А. Голикова, которая отметила, что в настоящее время проблеме сердечно-сосудистой заболеваемости уделяется всё большее внимание в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Главный специалист-эксперт кардиолог Минздравсоцразвития РФ акад. РАМН Р.Г. Оганов представил «Национальные рекомендации по кардиологии» (2007), руководство «Функциональная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы» (2007) и ряд других.

В докладе главного терапевта Департамента здравоохранения г. Москвы, проф. Л.Б. Лазебника доложено об итогах проведения «Целевой диспансеризации населения по раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний», которая началась с 1998 года. За этот период удалось обследовать более 6 млн. трудоспособного населения, при этом было выявлено порядка 50% лиц с факторами риска основных кардиологических заболеваний. В то же время отмечено существенное снижение числа больных с высоким уровнем АД с 27,7% в 1998 году до 12,5% в 2006 году, с гипергликемией с 9,9% до 1,8%, с гиперхолестеринемией с 7,5% до 4,2%, а число курильщиков и лиц с избыточной массой тела имеет тенденцию к увеличению. В результате диспансеризации 1,4 млн. человек были направлены для наблюдения к врачу. Итогом работы стало сокращение уровня летальности от заболеваний органов кровообращения с 8,5% в 2002 году до 7,6% в 2006 году.

В своём сообщении акад. РАМН Ю.Н. Беленков представил новости проблемы ХСН и результаты 30-летнего наблюдения за больными ХСН за 1976-2006 годы на базе Института кардиологии им. А.Л. Мясникова. В соответствии с данными исследований ЭПОХА-ХСН (2002) в России на сегодня 7% пациентов страдает ХСН. Этот показа-

тель примерно равен 7,2 млн. человек и затратам в 110 млрд. руб. (4,2 млрд. долларов)/год. Причём 2/3 этой суммы (62,5%) приходится на оплату госпитального лечения больных (примерно 68 млрд. руб. или 2,5 млрд. долларов). Поэтому на государственном уровне снижение числа госпитализаций и длительности пребывания в стационаре является стратегической задачей. За 30 лет изменилась этиологическая структура ХСН: увеличилась доля больных с ИБС и артериальной гипертензией, уменьшился удельный вес ревматических пороков сердца, на стабильном уровне — кардиомиопатии. Если за первые 10 лет наблюдения за больными ХСН удалось снизить относительный риск (ОР) смертности на 14%, то за следующие 20 лет — на 45%, причём независимо от этиологии ХСН, пола больных. Это произошло за счёт изменения подходов к терапии, в частности — медикаментозной: уменьшилось использование сердечных гликозидов и периферических вазодилаторов, возросло применение ингибиторов АПФ, бета-блокаторов, антагонистов альдостерона, на стабильном уровне сохраняется только терапия диуретиками. Только использование ингибиторов АПФ за 30 лет позволило снизить ОР смертности у больных на 41% (что особенно любопытно — в большей степени у мужчин и при ХСН неишемической этиологии). Возможности применения бета-блокаторов и антагонистов альдостерона существенно в большей степени повлияли на прогноз больных. Важное значение имеют и немедикаментозные мероприятия, в частности — образовательные программы для больных, которые значительно повышают эффективность терапии.

В выступлении член-корр. РАМН, проф. Е.В. Шляхто (Санкт-Петербург) обсуждались механизмы развития первичных кардиомиопатий (КМП) и терапевтические подходы при них. Отмечено, что большинство КМП ассоциируются с каким-то ограниченным числом генетических изменений, но дилатационная КМП — со всей совокупностью известных на сегодня генетических особенностей. При аритмогенной КМП рекомендуется имплантация кардиовертера-дефибриллятора, применение амиодарона и соталола, абляция anomальных проводящих путей; при гипертрофической КМП — бета-блокаторы (пропранолол, соталол), антиаритмики (соталол, дизапирамид), сердечные гликозиды, в тяжёлых случаях — протезирование клапанов, имплантация электрокардиостимулятора, деструкция межжелудочковой перегородки и даже трансплантация сердца; при рестриктивной КМП — диуретики, спиронолактон, ингибиторы АПФ или сартаны, антиагреганты или антикоагулянты; при дилатационной КМП показана противовирусная терапия при обнаружении вирусов

по данным биопсии сердца, иммуносупрессивная терапия при выявлении аутоантител, терапия ХСН — для всех больных. По данным наблюдения 200 комплаентных больных с КМП (III функциональный класс ХСН и фракция выброса менее 45%) в Институте кардиологии им. В.А. Алмазова 6-летняя летальность составила всего 25%, при этом больным назначалась терапия в соответствии с международными рекомендациями, проводилось обучение больных и их родственников и осуществлялись регулярные телефонные контакты.

В сообщении акад. РАМН, проф. Г.И. Сторожакова (Москва) освещался вопрос взаимосвязи ХСН и инсультов. Было отмечено, что 20-31% инсультов по данным разных авторов кардиоэмболического происхождения, причём из них 20% локализуется в бассейне позвоночных, а 80% — сонных артерий. Причины эмболий — изменения в камерах сердца (фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда), клапанные пороки (ревматическая болезнь, инфекционный эндокардит, дегенерация и кальциноз клапанов), врождённые пороки сердца, миксомы. При чреспищеводном эхокардиографическом исследовании молодых людей с инсультами часто выявляется дефект межпредсердной перегородки или открытое овальное окно, аневризма межпредсердной перегородки, спонтанное эхоконтрастирование, дегенеративные поражения митрального клапана (пролапс, миксоматозная дегенерация) и др.

В докладе проф. Г.П. Арутюнова (Москва) обсуждалась проблема артериальной гипертонии у курящих пациентов. В соответствии с «Tobacco Control Country Profiles» (2003) самая высокая распространённость регулярного курения отмечается в России, Камбодже и Анголе. Особенно неприятен факт, что среди российских врачей 47,5-64,0% мужчин и 10,0-25,6% женщин являются курильщиками, особенно велик показатель распространённости курения среди хирургов и организаторов здравоохранения. Аналогичный показатель по курению врачей имеется только в Китае. Следовательно врачи не имеют

серьёзного влияния на отказ пациентами от курения. Для ведения больных с артериальной гипертензией, которые не могут отказаться от курения рекомендуется использовать: ингибиторы АПФ (квинаприл), антагонисты кальция дигидроперидинового ряда, карведилол. Эти группы препаратов позволяют предотвратить или ослабить вазоконстрикцию, возникшую на фоне курения. В частности препарат квиннаприл в исследовании «МЕРКУРИЙ.RU» улучшил поток-зависимую вазодилатацию, позволил снизить микроальбуминурию и уровень СРБ, VCAM-1, ТРА, увеличил время достижения ишемии миокарда при нагрузочных тестах.

На симпозиуме «Метаболические и почечные факторы при ХСН», проходившем под председательством проф. С.Н. Терещенко, обсуждалась роль анемии в развитии ХСН в докладах Е.С. Атрощенко, Н.Н. Сысоева (Украина), А.М. Шутова и соавт. (Ульяновск), Д.В. Преображенского и соавт. (Москва), А.Н. Калягина (Иркутск). Общим выводом этих сообщений явилось то, что анемия усугубляет течение ХСН и приводит к уменьшению выживаемости этой категории больных. Для коррекции анемического синдрома рекомендуются парентеральные препараты железа, дискутируется роль эритропоэтина. В выступлениях М.И. Дзизария и соавт. (Москва), Ю.В. Лапиной (Москва) показана негативная роль плохого контроля гликемии в развитии и прогрессировании ХСН, предложена тактика использования комбинированной гипогликемической терапии с обязательным включением метформина. В сообщении Ю.В. Конева и соавт. (Москва) показан оригинальный взгляд на роль гиперэндотоксинемии, обусловленной дисбактериозом кишечника, в усугублении фиброза и утяжелении состояния у больных ХСН.

Конгресс прошёл на высоком уровне, позволил расширить горизонты понимания проблемы ХСН, предоставил участникам возможность ознакомиться с различными взглядами на одни и те же вопросы, подходами разных клиник к ведению данной категории больных.

II CONGRESS (VIII CONFERENCE) OF RUSSIAN PUBLIC ORGANISATION SOCIETY OF SPECIALISTS ON HEART FAILURE «HEART FAILURE'2007», MOSCOW, DECEMBER, 5-7, 2007

N.V. Skodina, A.N. Kalyagin, I.V. Kabanova
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital N1)