

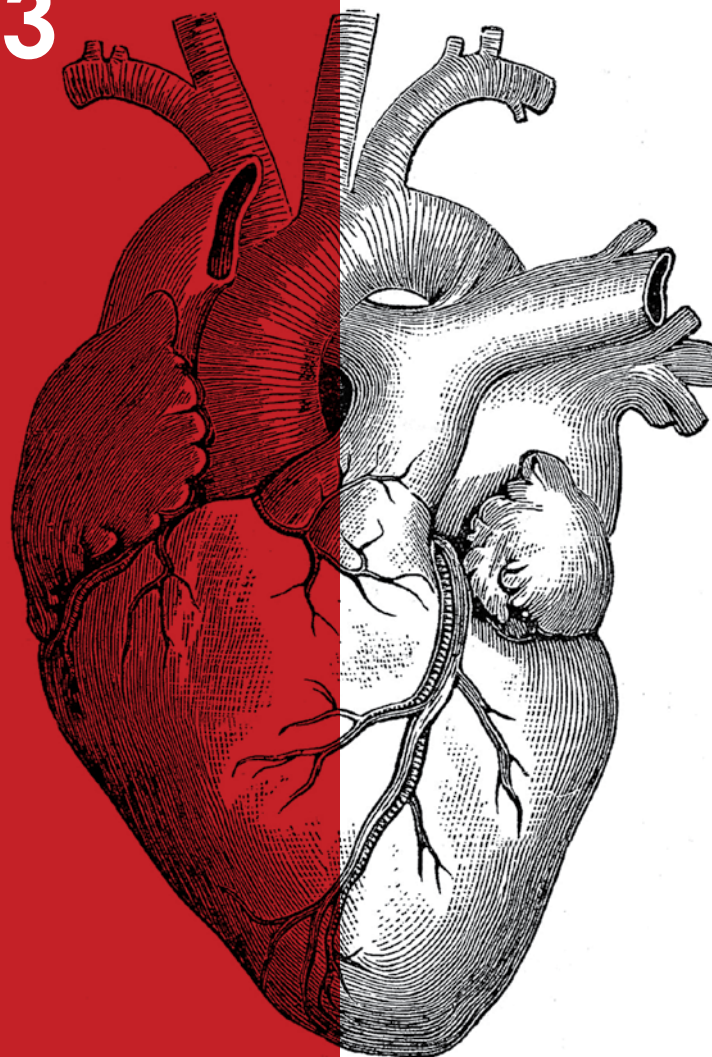
ЭФФЕКТИВНАЯ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

№

40

ТОМ 19
2023



КАРДИОЛОГИЯ
И АНГИОЛОГИЯ

СПЕЦВЫПУСК
«Междисциплинарный
подход к ведению пациента
с сердечно-сосудистыми
заболеваниями»



umedp.ru

Свежие выпуски и архив журнала

КОНСИЛАР-Д24

рамиприл + индапамид

УВЕРЕННЫЙ ШАГ В БУДУЩЕЕ БЕЗ ГИПЕРТОНИИ¹

- ▶ Стабильное снижение клинического и домашнего АД с первых недель терапии²
- ▶ Достижение целевого АД у большинства пациентов с ранее неконтролируемой АГ²
- ▶ 1 капсула в день для полноценного контроля давления в течение суток³



2,5 мг рамиприла
0,625 мг индапамида

5 мг рамиприла
1,25 мг индапамида

30 и 60 капсул в упаковке

¹ Конради А.О., Галявич А.С., Кашталап В.В., Лопатин Ю.М., Лямина Н.П., Недогода С.В. и др. Реальная эффективность и безопасность препарата КОНСИЛАР-Д24 у пациентов с артериальной гипертензией по данным программы КОНСОНАНС. Российский кардиологический журнал. 2021;26(9):4651.

² Галявич А.С., Кашталап В.В., Лопатин Ю.М., Лямина Н.П., Недогода С.В., Недошивин А.О., Нечаева Г.И., Ратова Л.Г., Шапошник И.И., Конради А.О. от имени участников программы КОНСОНАНС. Эффективность антигипертензивной терапии по результатам программы КОНСОНАНС. Только ли достижение целевого уровня АД? Журнал «Эффективная фармакотерапия». 2023.

³ Инструкция по применению.



www.vertex.spb.ru

Телефон горячей линии:
8-800-2000-305

199106, Россия, Санкт-Петербург,
В. О., 24 линия, д. 27 А

Реклама.

Наглядное пособие для распространения в рамках медицинских выставок и конгрессов для специалистов и работников системы здравоохранения.

Эффективная фармакотерапия. 2023.
Том 19. № 40.
Кардиология и ангиология

ISSN 2307-3586

© Агентство медицинской информации «Медфорум»
127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34
www.medforum-agency.ru
Руководитель проекта
«Кардиология и ангиология»
С. ПАРХОМЕНКО
(s.parkhomenko@medcongress.su)

Редакционная коллегия

Ю.Г. АЛЯЕВ (*главный редактор*),
член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
И.С. БАЗИН (*ответственный секретарь*), *д.м.н. (Москва)*
Ф.Т. АГЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Б. БЕЛЯЕВА, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
Д.С. БОРДИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.М. ВОРОБЬЕВА, *д.м.н. (Москва)*
О.В. ВОРОБЬЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
М.А. ГОМБЕРГ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.А. ГОРБУНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. ГОРЕЛОВ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.А. ДАЙХЕС, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Л.В. ДЕМИДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.А. ЗАЙЦЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.В. ЗАХАРОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Н. ЗАХАРОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Е. КАРАТЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. КАРАУЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Ю.А. КАРПОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Е.П. КАРПОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.В. КНЯЗЕВ, *д.м.н. (Москва)*
В.В. КОВАЛЬЧУК, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.М. КОРСУНСКАЯ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.В. КУЗНЕЦОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.М. ЛЕСНЯК, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
И.А. ЛОСКУТОВ, *д.м.н. (Москва)*
Л.В. ЛУСС, *академик РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Н. МИНУШКИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.М. МКРТУМЯН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.М. НЕНАШЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.Ю. ОВЧИННИКОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
К.В. ОРЛОВА, *к.м.н. (Москва)*
Н.А. ПЕТУНИНА, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*

Effective Pharmacotherapy. 2023.
Volume 19. Issue 40.
Cardiology and Angiology

ISSN 2307-3586

© Medforum Medical Information Agency
1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian Federation
Phone: 7-495-2340734
www.medforum-agency.ru
Advertising Manager
'Cardiology and Angiology'
S. PARKHOMENKO
(s.parkhomenko@medcongress.su)

Editorial Board

Yury G. ALYAEV (*Editor-in-Chief*),
Prof., MD, PhD (Moscow)
Igor S. BAZIN (*Executive Editor*), *MD, PhD (Moscow)*
Fail T. AGEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina B. BELYAYEVA, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*
Dmitry S. BORDIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. VOROBYOVA, *MD, PhD (Moscow)*
Olga V. VOROBYOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Mikhail A. GOMBERG, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vera A. GORBUNOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. GORELOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Nikolay A. DAIKHES, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Lev V. DEMIDOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey A. ZAYTSEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vladimir V. ZAKHAROV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina N. ZAKHAROVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Ye. KARATEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. KARAULOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yury A. KARPOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yelena P. KARPOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Oleg V. KNYAZEV, *MD, PhD (Moscow)*
Vitaly V. KOVALCHUK, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina M. KORSUNSKAYA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Grigory G. KRIVOBORODOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina V. KUZNETSOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga M. LESNYAK, *Prof. MD, PhD (St. Petersburg)*
Igor A. LOSKUTOV, *MD, PhD (Moscow)*
Lyudmila V. LUSS, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Yu. MAYCHUK, *MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr B. MALAKHOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Sergey Yu. MARTSEVICH, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Oleg N. MINUSHKIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Ashot M. MKRTUMYAN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
David V. NEBIERIDZE, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. NENASHEVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey Yu. OVCHINNIKOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga Sh. OYNOTKINOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Kristina V. ORLOVA, *PhD (Moscow)*
Nina A. PETUNINA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*

Редакционная коллегия

В.И. ПОПАДЮК, профессор, д.м.н. (Москва)
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.А. ПУСТОТИНА, профессор, д.м.н. (Москва)
В.И. РУДЕНКО, профессор, д.м.н. (Москва)
С.В. РЯЗАНЦЕВ, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
С.В. СААКЯН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
М.С. САВЕНКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.М. СМIRНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.С. СНАРСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
Н.А. ТАТАРОВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
В.Ф. УЧАЙКИН, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.И. ШМЕЛЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

Редакционный совет

Акушерство и гинекология

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА, В.Е. БАЛАН, К.Р. БАХТИЯРОВ,
В.Ф. БЕЖЕНАРЬ, О.А. ГРОМОВА, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,
С.А. ЛЕВАКОВ, Л.Е. МУРАШКО, Т.А. ОБОСКАЛОВА,
Т.В. ОВСЯННИКОВА, С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,
В.Н. СЕРОВ, И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

Аллергология и иммунология

Т.У. АРИПОВА, О.И. ЛЕТЯЕВА,
Н.Б. МИГАЧЕВА, И.В. НЕСТЕРОВА,
И.А. ТУЗАНКИНА, М.С. ШОГЕНОВА

Гастроэнтерология

М.Д. АРДАТСКАЯ, И.Г. БАКУЛИН, С.В. БЕЛЬМЕР, С. БОР,
И.А. БОРИСОВ, Е.И. БРЕХОВ, Е.В. ВИННИЦКАЯ,
Е.А. КОРНИЕНКО, Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ,
М. ЛЕЯ, М.А. ЛИВЗАН, И.Д. ЛОРАНСКАЯ,
В.А. МАКСИМОВ, Ф. Ди МАРИО

Дерматовенерология и дерматокосметология

А.Г. ГАДЖИГОРОЕВА, В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА, С.А. МАСЮКОВА,
А.В. МОЛОЧКОВ, В.А. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,
И.Б. ТРОФИМОВА, А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

Кардиология и ангиология

Г.А. БАРЫШНИКОВА, М.Г. БУБНОВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,
М.Ю. СИТНИКОВА, М.Д. СМIRНОВА, О.Н. ТКАЧЕВА

Неврология и психиатрия

Неврология

Е.С. АКАРАЧКОВА, А.Н. БАРИНОВ, Н.В. ВАХНИНА,
В.Л. ГОЛУБЕВ, О.С. ДАВЫДОВ, А.Б. ДАНИЛОВ, Г.Е. ИВАНОВА,
Н.Е. ИВАНОВА, А.И. ИСАЙКИН, П.Р. КАМЧАТНОВ,
С.В. КОТОВ, О.В. КОТОВА, М.Л. КУКУШКИН, О.С. ЛЕВИН,
А.Б. ЛОКШИНА, А.В. НАУМОВ, А.Б. ОБУХОВА,
М.Г. ПОЛУЭКТОВ, И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, А.А. СКОРОМЕЦ,
И.А. СТРОКОВ, Г.Р. ТАБЕЕВА, Н.А. ШАМАЛОВ,
В.А. ШИРОКОВ, В.И. ШМЫРЕВ, Н.Н. ЯХНО

Психиатрия

А.Е. БОБРОВ, Н.Н. ИВАНЕЦ, С.В. ИВАНОВ, Г.И. КОПЕЙКО,
В.Н. КРАСНОВ, С.Н. МОСОЛОВ, Н.Г. НЕЗНАНОВ,
Ю.В. ПОПОВ, А.Б. СМУЛЕВИЧ

Editorial Board

Valentin I. POPADYUK, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vera N. PRILEPSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga A. PUSTOTINA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vadim I. RUDENKO, Prof., MD, PhD (Moscow)
Sergey V. RYAZANTSEV, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Svetlana V. SAAKYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena A. SABELNIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Marina S. SAVENKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Aleksandr I. SINOPALNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga M. SMIRNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena S. SNARSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Nina A. TATAROVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Vasily F. UCHAYKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yevgeny I. SHMELYOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Editorial Council

Obstetrics and Gynecology

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA, V.Ye. BALAN, K.R. BAKHTIYAROV,
V.F. BEZHENAR, O.A. GROMOVA, Yu.E. DOBROKHOTOVA,
S.A. LEVAKOV, L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA,
T.V. OVSYANNIKOVA, S.I. ROGOVSKAYA, O.A. SAPRYKINA,
V.N. SEROV, I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

Allergology and Immunology

T.U. ARIPOVA, O.I. LETYAEVA,
N.B. MIGACHEVA, I.V. NESTEROVA,
I.A. TUZANKINA, M.S. SHOGENOVA

Gastroenterology

M.D. ARDATSKAYA, I.G. BAKULIN, S.V. BELMER, S. BOR,
I.A. BORISOV, Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA,
Ye.A. KORNIYENKO, L.N. KOSTYUCHENKO, Yu.A. KUCHERYAVY,
M. LEYA, M.A. LIVZAN, I.D. LORANSKAYA,
V.A. MAKSIMOV, F. Di MARIO

Dermatovenereology and Dermatocosmetology

A.G. GADZHIGOROYEVA, V.I. KISINA, S.V. KLYUCHAREVA,
N.G. KOCHERGIN, Ye.V. LIPOVA, S.A. MASYUKOVA,
A.V. MOLOCHKOV, V.A. MOLOCHKOV, Yu.N. PERLAMUTROV,
I.B. TROFIMOVA, A.A. KHALDIN, A.N. KHLEBNIKOVA,
A.A. KHRYANIN, N.I. CHERNOVA

Cardiology and Angiology

G.A. BARYSHNIKOVA, M.G. BUBNOVA, Zh.D. KOBALAVA,
M.Yu. SITNIKOVA, M.D. SMIRNOVA, O.N. TKACHEVA

Neurology and Psychiatry

Neurology

Ye.S. AKARACHKOVA, A.N. BARINOV, N.V. VAKHNINA,
V.L. GOLUBEV, O.S. DAVYDOV, A.B. DANILOV, G.Ye. IVANOVA,
N.Ye. IVANOVA, A.I. ISAYKIN, P.R. KAMCHATNOV,
S.V. KOTOV, O.V. KOTOVA, M.L. KUKUSHKIN, O.S. LEVIN,
A.B. LOKSHINA, A.V. NAUMOV, A.B. OBUKHOVA,
M.G. POLUEKTOV, I.S. PREOBRAZHENSKAYA, A.A. SKOROMETS,
I.A. STROKOV, G.R. TABEYEV, N.A. SHAMALOV,
V.A. SHIROKOV, V.I. SHMYREV, N.N. YAKHNO

Psychiatry

A.Ye. BOBROV, N.N. IVANETS, S.V. IVANOV, G.I. KOPEYKO,
V.N. KRASNOV, S.N. MOSOLOV, N.G. NEZNANOV,
Yu.V. POPOV, A.B. SMULEVICH

Онкология, гематология и радиология

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, Е.В. АРТАМОНОВА, М.Б. БЫЧКОВ,
С.Л. ГУТОРОВ, И.Л. ДАВЫДКИН, А.А. МЕЩЕРЯКОВ,
И.Г. РУСАКОВ, В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ, А.Г. ТУРКИНА

Офтальмология

Д.Г. АРСЮТОВ, Т.Г. КАМЕНСКИХ, М.А. КОВАЛЕВСКАЯ,
Н.И. КУРЫШЕВА, А.В. МАЛЫШЕВ, А.В. МЯГКОВ,
М.А. ФРОЛОВ, А.Ж. ФУРСОВА

Педиатрия

И.В. БЕРЕЖНАЯ, Н.А. ГЕППЕ, Ю.А. ДМИТРИЕВА,
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА, Д.А. ТУЛУПОВ

Пульмонология и оториноларингология

А.А. ВИЗЕЛЬ, Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, С.В. КОЗЛОВ,
Е.В. ПЕРЕДКОВА, Е.Л. САВЛЕВИЧ, О.И. СИМОНОВА

Ревматология, травматология и ортопедия

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА, Р.М. БАЛАБАНОВА,
Б.С. БЕЛОВ, В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ, И.С. ДЫДЫКИНА,
Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, И.А. ЗБОРОВСКАЯ, Е.Г. ЗОТКИН,
А.Е. КАРАТЕЕВ, Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,
Н.В. ЯРЫГИН

Урология и нефрология

А.Б. БАТЬКО, А.З. ВИНАРОВ, С.И. ГАМИДОВ, О.Н. КОТЕНКОВ,
К.Л. ЛОКШИН, А.Г. МАРТОВ, А.Ю. ПОПОВА, И.А. ТЮЗИКОВ,
Е.М. ШИЛОВ

Эндокринология

М.Б. АНЦИФЕРОВ, И.А. БОНДАРЬ, Г.Р. ГАЛСТЯН, С.В. ДОГАДИН,
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО, Е.Л. НАСОНОВ, А.А. НЕЛАЕВА,
В.А. ПЕТЕРКОВА, В.А. ТЕРЕЩЕНКО, Ю.Ш. ХАЛИМОВ,
М.В. ШЕСТАКОВА

Эпидемиология и инфекции

Н.Н. БРИКО, Г.Х. ВИКУЛОВ, Л.Н. МАЗАНКОВА, Е.В. МЕЛЕХИНА,
А.А. НОВОКШОНОВ, Т.В. РУЖЕНЦОВА, Н.В. СКРИПЧЕНКО,
А.В. СУНДУКОВ, Д.В. УСЕНКО

Редакция

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС

Выпускающие редакторы Н. РАМОС, Н. ФРОЛОВА, С. ЧЕЧИЛОВА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнеры Т. АФОНЬКИН, Н. НИКАШИН

Oncology, Hematology and Radiology

B.Ya. ALEXEYEV, Ye.V. ARTAMONOVA, M.B. BYCHKOV,
S.L. GUTOROV, I.L. DAVYDKIN, A.A. MESHCHERYAKOV,
I.G. RUSAKOV, V.F. SEMIGLAZOV, A.G. TURKINA

Ophthalmology

D.G. ARSYUTOV, T.G. KAMENSKYKH, M.A. KOVALEVSKAYA,
N.I. KURYSHEVA, A.V. MALYSHEV, A.V. MYAGKOV,
M.A. FROLOV, A.Zh. FURSOVA

Pediatrics

I.V. BEREZHNYAYA, N.A. GEPPE, Yu.A. DMITRIYEVA,
O.V. ZAYTSEVA, V.A. REVYAKINA, D.A. TULUPOV

Pulmonology and Otorhinolaryngology

A.A. VIZEL, N.P. KNYAZHESKAYA, S.V. KOZLOV,
Ye.V. PEREDKOVA, Ye.L. SAVLEVICH, O.I. SIMONOVA

Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA, R.M. BALABANOVA,
B.S. BELOV, V.I. VASILYEV, L.N. DENISOV, I.S. DYDYKINA,
N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA, Ye.G. ZOTKIN,
A.Ye. KARATEYEV, N.V. TOROPTSOVA, N.V. CHICHASOVA,
N.V. YARYGIN

Urology and Nephrology

A.B. BATKO, A.Z. VINAROV, S.I. GAMIDOV, O.N. KOTENKOV,
K.L. LOKSHIN, A.G. MARTOV, A.Yu. POPOVA, I.A. TYUZIKOV,
Ye.M. SHILOV

Endocrinology

M.B. ANTSIFEROV, I.A. BONDAR, G.R. GALSTYAN, S.V. DOGADIN,
V.S. ZADIONCHENKO, Ye.L. NASONOV, A.A. NELAYEVA,
V.A. PETERKOVA, V.A. TERESHCHENKO, Yu.Sh. KHALIMOV,
M.V. SHESTAKOVA

Epidemiology and Infections

N.N. BRIKO, G.Kh. VIKULOV, L.N. MAZANKOVA, Ye.V. MELEKHINA,
A.A. NOVOKSHONOV, T.V. RUZHENTSOVA, N.V. SKRIPCHENKO,
A.V. SUNDUKOV, D.V. USENKO

Editorial Staff

Editor-in-Chief T. CHEMERIS

Commissioning Editors N. RAMOS, N. FROLOVA, S. CHECHILOVA

Journalists A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

Corrector Ye. SAMOYLOVA

Art Designers T. AFONKIN, N. NIKASHIN

Тираж 15 500 экз. Выходит 4 раза в год.
Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005.
Бесплатная подписка на электронную версию журнала
на сайте www.umedp.ru.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Любое воспроизведение материалов и их фрагментов возможно только с письменного разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором. Информация размещена на сайте www.umedp.ru.

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен в перечень рецензируемых научных изданий ВАК и индексируется в системе РИНЦ.

Print run of 15 500 copies. Published 4 times a year.
Registration certificate of mass media ПИ № ФС77-23066 of 27.09.2005.
Free subscription to the journal electronic version
on the website www.umedp.ru.

The Editorials is not responsible for the content of advertising materials. Any reproduction of materials and their fragments is possible only with the written permission of the journal. The Editorials' opinion may not coincide with the opinion of the authors.

Authors submitted articles for the publication should be acquainted with the instructions for authors and the public copyright agreement. The information is available on the website www.umedp.ru.

'Effective Pharmacotherapy' Journal is included in the list of reviewed scientific publications of VAK and is indexed in the RSCI system.

Содержание

Ретроспективные исследования

Ю.С. БЕЛОЗЕРСКИХ, А.И. КОЧЕТКОВ, Е.В. ШИН,
А.В. ЛАНДА, В.Б. ДАШАБЫЛОВА, О.Д. ОСТРОУМОВА
Госпитальная летальность и уровень высокочувствительного
С-реактивного белка у пациентов с хронической сердечной
недостаточностью с сохраненной фракцией выброса 6

Медицинский форум

Экспертный подход к контролю артериального давления.
Составляющие эффективного контроля артериального
давления в реальной клинической практике 12

Хроническая сердечная недостаточность
при разных клинических состояниях 18

Роль электролитного дисбаланса в развитии
сердечно-сосудистых заболеваний 20

Дисфункция диафрагмы при хронической
сердечной недостаточности 22

Клинические рекомендации Минздрава России
по нарушениям липидного обмена –
новые возможности коррекции дислипидемии
в повседневной врачебной практике 24

Поражение печени при сердечной недостаточности 25

Контроль артериального давления у пациентов с ожирением 26

Алгоритм ведения полиморбидного пациента
с никотиновой зависимостью 28

Широкие возможности применения минеральной
и активной питьевой воды 30

Contents

Retrospective Studies

Yu.S. BELOZERSKIKH, A.I. KOCHETKOV, E.V. SHIN,
A.V. LANDA, V.B. DASHABYLOVA, O.D. OSTROUMOVA
Hospital Mortality and High-Sensitivity C-Reactive Protein Levels
in Patients with Chronic Heart Failure with Preserved Ejection
Fraction

Medical Forum

Expert Approach to Blood Pressure Control.
Components of Effective Blood Pressure Control
in Real Clinical Practice

Chronic Heart Failure
in Various Clinical Conditions

The Role of Electrolyte Imbalance in the Development
of Cardiovascular Diseases

Dysfunction of the Diaphragm in Chronic Heart
Failure

Clinical Recommendations of the Ministry of Health
of the Russian Federation on Lipid Metabolism Disorders –
New Opportunities for Correcting Dyslipidemia
in Daily Medical Practice

Liver Damage in Heart Failure

Blood Pressure Monitoring in Obese Patients

Algorithm of Management of a Polymorbid Patient
with Nicotine Addiction

Wide Possibilities of Using Mineral and Active Drinking
Water

Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар



Агентство «Медфорум» ведет трансляции на <https://umedp.ru/online-events/> из видеостудий и подключает спикеров дистанционно (из рабочего кабинета, дома). По всем основным направлениям медицины мы создаем интегрированные программы, используя собственные ресурсы и привлекая лучшую экспертизу отрасли.



Преимущества



Качественная аудитория – в нашей базе действительно врачи – более 100 тыс. контактов из всех регионов РФ. Источники контактов – регистрация на врачебных конференциях, регистрация на сайте с загрузкой скана диплома, подписки на научные журналы



Таргетированная рассылка – выбор врачей для приглашения по специальности, узкой специализации и региону



Собственная оборудованная видеостудия в Москве



Качество подключений к трансляции на неограниченное число участников



Обратная связь с аудиторией – текстовые комментарии (чат) во время трансляции для вопросов спикеру. Ответы в прямом эфире



Учет подключений к просмотру и итоговая статистика



Запись видео публикуется на <https://umedp.ru/> – портале с высокой посещаемостью (открытая статистика Яндекс.Метрики – 12 000 посетителей в день)

Реклама



МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
UMEDP.RU



Диалог
с экспертом



1000+
онлайн-участников

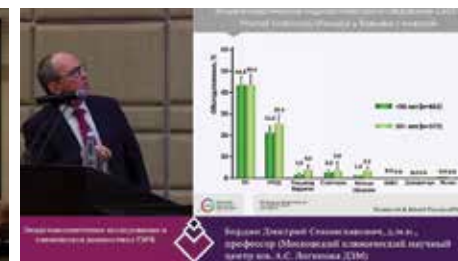


Изображения в 2 окнах
(презентация, спикер)



700+
просмотров записи
вебинара на YouTube

Еще больше возможностей предложим по вашему запросу



Технический организатор ООО «Медфорум»,
телефон (495) 234-07-34

www.medforum-agency.ru
info@medforum-agency.ru





¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования

² Городская клиническая больница им. Н.Э. Баумана, Москва

³ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Госпитальная летальность и уровень высокочувствительного С-реактивного белка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса

Ю.С. Белозерских^{1,2}, А.И. Кочетков, к.м.н.¹, Е.В. Шин, к.м.н.¹, А.В. Ланда¹, В.Б. Дашабылова¹, О.Д. Остроумова, д.м.н., проф.^{1,3}

Адрес для переписки: Ольга Дмитриевна Остроумова, ostroumova.olga@mail.ru

Для цитирования: Белозерских Ю.С., Кочетков А.И., Шин Е.В. и др. Госпитальная летальность и уровень высокочувствительного С-реактивного белка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (40): 6–11.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-40-6-11

Введение. Ввиду высокого роста распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН), в частности ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ) и ее осложнений, увеличивается риск неблагоприятного прогноза, госпитальной летальности.

Цель – изучить структуру смертности, уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) и клинические характеристики пациентов с ХСНсФВ, поступивших в стационар по поводу декомпенсации последней, в зависимости от исхода в период госпитализации.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов, госпитализированных в стационар по поводу декомпенсации ХСНсФВ ($n = 400$; медиана возраста – 73,1 [64,1; 83,4] года, 45,8% женщин, 54,2% мужчин, ХСН III–IV функционального класса (ФК) по NYHA имели 95% пациентов, их данные вошли в анализ).

Результаты. В период госпитализации умерло 28 пациентов (7% общего количества включенных больных), причем у всех из них смерть наступила от декомпенсации ХСН. По сравнению с выжившими в группе умерших был статистически значимо выше уровень вч-СРБ (8,12 [7,35; 8,76] и 4,97 [3,89; 5,95] мг/л соответственно; $p < 0,001$), умершие были статистически значимо старше ($p < 0,001$) и среди них чаще встречалась тяжелая ХСН – IV ФК по NYHA ($p < 0,001$). У умерших по сравнению с выжившими статистически значимо чаще регистрировался сахарный диабет 2-го типа (21,4 и 8,3% соответственно; $p = 0,034$), а также статистически значимо чаще применялись инотропные ($p < 0,001$) и сахароснижающие препараты ($p = 0,034$).

Выводы. У пациентов с декомпенсацией ХСНсФВ госпитальная смертность может ассоциироваться с хроническим вялотекущим воспалением и зависеть от возраста, исходно более тяжелого течения ХСН и наличия сахарного диабета.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, смертность, С-реактивный белок, сохраненная фракция выброса

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является серьезной неинфекционной пандемией в силу возрастающих показателей заболеваемости и смертности и ложится тяжелым бременем на систему здравоохра-

нения [1]. Распространенность ХСН резко возрастает (до 10%) у пациентов старше 75 лет по сравнению с лицами моложе 40 лет (1%), а декомпенсация ХСН становится наиболее частой причиной госпитализации среди пациентов старше 65 лет [2].



Исследования эпидемиологии ХСН последних десятилетий расширили понимание патогенеза ХСН, причин ее прогрессирования и развития потенциальных осложнений. При этом данные научной литературы свидетельствуют о том, что бремя смертности и госпитализации остается в целом неизменным, несмотря на постоянно принимаемые меры по повышению эффективности лечения ХСН [3].

Последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению доли пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ), для которых, с одной стороны, как правило, отсутствуют установленные эффективные методы лечения в аспекте улучшения прогноза, с другой – наблюдаются высокие показатели смертности [3]. К настоящему моменту ни один из исследованных лекарственных препаратов не продемонстрировал способности модифицировать течение болезни. Отсутствие прогресса в лечении данного синдрома заставляет медицинское сообщество вновь и вновь возвращаться к изучению гетерогенной природы данного состояния и его патогенетическим механизмам, а также пересматривать существующие методы диагностики ХСНсФВ.

Существует еще одна клинически значимая проблема: ХСНсФВ часто сочетается с артериальной гипертензией (АГ), ожирением, сахарным диабетом (СД), анемией, фибрилляцией предсердий (ФП), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и хронической болезнью почек. Наличие сопутствующих заболеваний ассоциировано с более высоким риском смерти [4].

Согласно результатам ряда крупных проспективных эпидемиологических исследований, сильным независимым предиктором развития в будущем неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, ишемический инсульт, заболевания периферических артерий и внезапная сердечная смерть) служит концентрация высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) в сыворотке крови [5]. При ХСНсФВ высокая концентрация вч-СРБ в сыворотке крови связана с большей тяжестью сопутствующей патологии и некоторыми другими маркерами, ассоциированными с тяжестью течения данного заболевания и негативным прогнозом. Эти данные свидетельствуют в пользу гипотезы о наличии системного воспаления у пациентов с ХСНсФВ, однако вопрос требует дальнейшего изучения [5].

Анализ роли уровня вч-СРБ в популяции больных ХСН представляется важной научно-практической задачей современной кардиологии. Доказанная прогностическая ценность определения уровня вч-СРБ в сыворотке крови пациентов с ХСН ограничивается вариабельностью предложенных пороговых значений, что частично обусловлено отсутствием единого алгоритма оценки неблагоприятных исходов ХСН. Обращает на себя внимание и тот факт, что подавляющее большинство данных о прогностической значимости концентрации вч-СРБ получены в популяции больных с низкой фракцией выброса (ФВ)

левого желудочка (ЛЖ) [6–9]. Это указывает на необходимость изучения аналогичных возможных взаимосвязей у пациентов с ХСНсФВ.

Цель настоящего исследования – изучить структуру смертности, уровень вч-СРБ и клинические характеристики в зависимости от исхода в период госпитализации у пациентов с ХСНсФВ, поступивших в стационар по поводу декомпенсации последней.

Материал и методы

Протокол настоящего исследования был одобрен этическим комитетом Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (протокол заседания от 12 сентября 2023 г. № 9). Дизайн исследования – ретроспективное, когортное. Конечная точка – госпитальная летальность.

Были проанализированы истории болезни пациентов, госпитализированных в отделение кардиологического профиля Городской клинической больницы им. С.И. Спасокукоцкого (Москва) с декомпенсацией ХСНсФВ в период с января 2018 г. по август 2021 г., для сбора и анализа результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, структуры сопутствующих заболеваний и лекарственных назначений. Проведен анализ конечной точки исследования (летальность за период госпитализации) и изучена ее потенциальная связь с уровнем вч-СРБ при поступлении в стационар.

Критерии включения в исследование: возраст 18 лет и старше, наличие ХСНсФВ, госпитализация по поводу декомпенсации ХСН, определение в течение первых 24 часов с момента госпитализации концентрации вч-СРБ в сыворотке крови.

Критерии невключения: возраст младше 18 лет, беременность, лактация, ФВ ЛЖ < 50%, наличие системных иммуновоспалительных заболеваний, острый коронарный синдром при первичной госпитализации, онкологические заболевания, применение заместительной почечной терапии, острые воспалительные заболевания любых органов и систем, тяжелая гипотония вследствие известной причины, которая могла стать причиной декомпенсации ХСН, желудочковые и наджелудочковые нарушения ритма, брадиаритмии и нарушения проводимости, которые могли быть причиной декомпенсации ХСН, тромбоэмболия легочной артерии, идиопатическая дилатационная кардиомиопатия, острое нарушение мозгового кровообращения на момент исходной госпитализации, лекарственно-индуцированная декомпенсация ХСН, критическая ишемия нижних конечностей, уровень гемоглобина < 60 г/л; острое кровотечение, низкая приверженность пациента к ранее назначенной медикаментозной терапии ХСН, злоупотребление алкоголем и/или наркотическими средствами и/или психоактивными веществами, коронавирусная инфекция COVID-19, перенесенная менее чем за шесть месяцев до госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН, другие известные причины, которые, по мнению исследователя, могли привести к декомпенсации ХСН.



В исследование были включены данные 400 пациентов (45,8% женщин, 54,2% мужчин). Медиана возраста составила 73,1 [64,1; 83,4] года. ХСН III/IV функционального класса (ФК) по NYHA имели 95% пациентов.

Характеристика участников исследования представлена в табл. 1.

Статистический анализ проводили с использованием приложения IBM SPSS Statistics 27. Нулевая гипотеза о соответствии распределения нормальному закону проверялась с помощью теста Шапиро – Уилка. Для непрерывных переменных с нормальным распределением рассчитывались среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение среднего (SD).

При отклонении распределения количественных параметров от нормального данные представляли в виде медианы (Me) с указанием 25-го и 75-го перцентилей. Различия ненормально распределенных количественных показателей оценивали с помощью U-критерия Манна – Уитни, различия между переменными, которые подчинялись нормальному распределению, – с помощью t-критерия Стьюдента. Качественные данные представлены в виде абсолютных чисел и относительных частот. Для проверки гипотез о различиях в качественных данных применяли критерий хи-квадрат Пирсона и точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование (n = 400)

| Параметр | Значение |
|---|-------------------------|
| Средний возраст, лет, Me [Q1; Q3] | 73,1 [64,1; 83,4] |
| Женщины, абс. (%) / мужчины, абс. (%) | 183 (45,8) / 217 (54,2) |
| ХСН ФК II NYHA, абс. (%) | 20 (5) |
| ХСН ФК III NYHA, абс. (%) | 300 (75) |
| ХСН ФК IV NYHA, абс. (%) | 80 (20) |
| Индекс массы тела, кг/м ² | 23,67 [22,2; 24,9] |
| САД, мм рт. ст., Me [Q1; Q3] | 100 [93; 108,8] |
| ДАД, мм рт. ст., Me [Q1; Q3] | 63 [56; 70] |
| ЧСС, уд/мин, Me [Q1; Q3] | 110 [104; 116] |
| Высокочувствительный С-реактивный белок, мг/л | 5,07 [3,96; 6,13] |
| С-реактивный белок, мг/л | 23,45 [9,77; 38,96] |
| Тропонин I, мг/л | 0,49 [0,24; 0,82] |
| Креатинин, ммоль/л | 100,5 [75,9; 126] |
| СКФ, мл/мин/1,73м ² | 59,5 [44,3; 85,0] |
| Калий, ммоль/л | 4,5 [3,7; 5,3] |
| Общий холестерин, ммоль/л | 5,9 [4,5; 7,2] |
| Глюкоза, ммоль | 7,0 [6,2; 7,8] |
| Гемоглобин, г/л | 135 [125; 144,3] |
| Тромбоциты, 10 ⁹ /л | 228 [188; 299,8] |
| Лейкоциты, 10 ⁹ /л | 6,9 [5,7; 8,5] |
| Сопутствующие заболевания | |
| Артериальная гипертензия, абс. (%) | 400 (100) |
| ИБС, абс. (%) | 344 (86) |
| ИБС: стабильная стенокардия напряжения II–IV ФК, абс. (%) | 34 (8,5) |
| ИБС: постинфарктный кардиосклероз, абс. (%) | 288 (72) |
| ОНМК в анамнезе, абс. (%) | 6 (1,5) |
| Фибрилляция предсердий, абс. (%) | 107 (26,75) |
| Хроническая ишемия нижних конечностей, абс. (%) | 5 (1,25) |
| Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, абс. (%) | 1 (0,25) |
| Аденома простаты/ДГПЖ, абс. (%) | 1 (0,25) |
| Сахарный диабет 2-го типа, абс. (%) | 37 (9,25) |
| Анемия, абс. (%) | 2 (0,5) |

Примечание. Количественные переменные представлены в виде медианы и 25-го и 75-го перцентилей, качественные – в виде абсолютных чисел и относительных частот. ХСН – хроническая сердечная недостаточность. ФК – функциональный класс. NYHA – New York Heart Association. САД – систолическое артериальное давление. ДАД – диастолическое артериальное давление. ЧСС – частота сердечных сокращений. СКФ – скорость клубочковой фильтрации. ИБС – ишемическая болезнь сердца. ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения. ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы.



Результаты

В период исходной госпитализации умерло 28 пациентов (7% от общего количества включенных больных), причем у всех из них смерть наступила от декомпенсации ХСН. Таким образом, сердечно-сосудистая смертность одновременно соответствовала конечной точке «смертность от всех причин».

Сравнительная характеристика клинико-anamnestических параметров умерших и выживших пациентов в период исходной госпитализации представлена в табл. 2. Возраст умерших был статистически значимо старше ($p < 0,001$), среди них чаще встречалась тяжелая ХСН – IV ФК по NYHA ($p < 0,001$).

Между группами умерших и выживших в период исходной госпитализации отсутствовали статистически значимые различия по всем лабораторным параметрам, за исключением уровня вч-СРБ. Его концентрация в крови была статистически значимо ($p < 0,001$) выше в группе умерших – 8,12 [7,35; 8,76] и 4,97 [3,89; 5,95] мг/л соответственно.

При анализе сопутствующих заболеваний между группами сходным образом отсутствовали статистически значимые различия по всем нозологиям, за исключением СД 2-го типа, распространенность которого была выше в группе умерших – 31 (8,3%) против 6 (21,4%) в группе выживших ($p = 0,034$).

При сравнении лекарственной терапии среди пациентов, умерших и выживших в течение исходной госпитализации, обнаружено, что в группе умерших статистически значимо чаще применяли инотропные препараты – адреналин (28 (100%) и 3 (0,81%) пациента соответственно), добутамин (5 (17,9%) в группе умерших, в группе выживших не применялся), норадреналин (4 (14,3%) в группе умерших, в группе выживших не применялся) ($p < 0,001$ во всех случаях), а также сахароснижающие препараты в целом (6 (21,4%) и 31 (8,3%) пациент соответственно; $p = 0,034$) и инсулин в частности (6 (21,4%) пациентов на сахароснижающей терапии в группе умерших получали именно инсулин, в группе выживших инсулин не назначали; $p < 0,001$).

Обсуждение

В аспекте исходной характеристики пациентов с ХСНсФВ, изначально поступивших в стационар по поводу декомпенсации ХСН, обращает на себя внимание достаточно высокое бремя коморбидности: наличие у всех больных АГ, в 86% – сопутствующей ИБС и в 26,8% случаев – сопутствующей ФП. Это соотносится с доступными на сегодня общемировыми данными, описывающими структуру коморбидных состояний у больных ХСНсФВ [10].

Так, АГ – наиболее частое сопутствующее заболевание у пациентов с ХСНсФВ, диагностируется примерно в 75% случаев [10]. АГ способствует ремоделированию и дисфункции миокарда посредством перегрузки миокарда, а также через механизм влияния на вялотекущее системное воспаление [11]. Кроме того, АГ связана с активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатической нервной систем, обуславливает рост постнагрузки на мио-

Таблица 2. Клиническая характеристика пациентов, умерших и выживших в период исходной госпитализации

| Параметр | Умершие в стационаре (n = 28) | Выписавшиеся из стационара (n = 372) | p |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|----------|
| Средний возраст, лет, Me [Q1; Q3] | 83,59 [73,34; 88,96] | 72,57 [63,27; 82,76] | < 0,001* |
| Женщины, абс. (%) / мужчины, абс. (%) | 18 (64,29) / 10 (35,72) | 165 (44,35) / 207 (55,65) | 0,065 |
| ХСН ФК I–IV NYHA, абс. (%) | 28 (100) | 372 (100) | 1,000 |
| ХСН ФК I NYHA, абс. (%) | 0 (0) | 0 (0) | 1,000 |
| ХСН ФК II NYHA, абс. (%) | 2 (7,14) | 18 (4,84) | 0,642 |
| ХСН ФК III NYHA, абс. (%) | 5 (17,86) | 295 (79,30) | < 0,001* |
| ХСН ФК IV NYHA, абс. (%) | 21 (75) | 59 (15,86) | < 0,001* |
| ХСН ФК III/IV NYHA, абс. (%) | 26 (92,86) | 354 (95,16) | < 0,001* |
| Индекс массы тела, кг/м ² ± SD | 23,66 [22,47; 24,39] | 23,67 [22,16; 24,91] | 0,23 |
| САД, мм рт. ст., Me [Q1; Q3] | 104 [94; 109,50] | 100 [93; 108,75] | 0,722 |
| ДАД, мм рт. ст., Me [Q1; Q3] | 63,50 [57,25; 71,50] | 62 [56; 70] | 0,752 |
| ЧСС, уд/мин, Me [Q1; Q3] | 110,50 [103; 116] | 110 [104; 116] | 0,916 |

* Различия между группами статистически значимы.

Примечание. Количественные переменные представлены в виде медианы и 25-го и 75-го процентилей, качественные – в виде абсолютных чисел и относительных частот. ХСН – хроническая сердечная недостаточность. ФК – функциональный класс. NYHA – New York Heart Association. САД – систолическое артериальное давление. ДАД – диастолическое артериальное давление. ЧСС – частота сердечных сокращений.

кард, прогрессирование его ремоделирования и, как следствие, дальнейшее усугубление сердечной недостаточности [10]. ИБС также является весьма распространенным сопутствующим заболеванием у пациентов с ХСНсФВ, встречается более чем у 50% пациентов [12]. Наличие ИБС у больных ХСНсФВ ассоциируется также с ухудшением прогноза, в частности с повышением риска внезапной сердечной смерти [13]. Подобные взаимосвязи можно объяснить тем, что стенозирование коронарных артерий приводит к снижению резерва коронарного кровотока и поступления кислорода к миокарду, что в свою очередь нарушает диастолический функциональный резерв релаксации сердца [10]. Кроме того, в ситуации перенесенного инфаркта миокарда происходит структурное ремоделирование с компенсаторной гипертрофией, фиброзной перестройкой и нарушением процессов расслабления сердца. Сходная ситуация наблюдается и при ФП: среди нарушений ритма сердца ФП, с одной стороны, часто встречается у пациентов с ХСНсФВ, с другой – служит одним из самых сильных предикторов развития последней [10]. Центральным и, на наш взгляд, наиболее важным результатом настоящего исследования является тот факт, что у умерших пациентов с ХСНсФВ отмечался статистически значимо более высокий уровень вч-СРБ по сравнению с выжившими.



В ряде исследований предпринимались попытки определить пороговые значения вч-СРБ с целью выделения группы больных с высоким риском развития неблагоприятных событий. Однако в исследованиях участвовали пациенты либо со сниженной ФВ [14, 15], либо с любой ФВ [16]. В результате авторами исследований были предложены различные пороговые значения вч-СРБ, позволяющие статистически значимо прогнозировать вероятность развития определенного неблагоприятного исхода у больных ХСН в определенные сроки [14–16]. Так, в одном из исследований исходный уровень СРБ в сыворотке крови $\geq 4,76$ мг/л служил независимым предиктором смерти от любой причины в течение последующего года (чувствительность метода – 62,5%, специфичность – 78,6%, площадь под ROC-кривой AUC (Area Under Receiver Operation Characteristic Curve) – 0,695; $p = 0,025$) [16]. В двух других работах обнаружено, что статистически значимую прогностическую значимость имеет более низкий пороговый уровень СРБ – 3 мг/л [14, 15]. В первом исследовании в качестве неблагоприятного исхода рассматривалась сердечно-сосудистая смертность, период наблюдения составил $18,3 \pm 13,4$ месяца [14]. В исследование включали пациентов с ХСНнФВ (NYHA III и IV ФК). Согласно полученным данным, чувствительность метода – 87,5%, специфичность – 89,5%, AUC – 0,886 (95%-ный доверительный интервал (ДИ) 0,74–1,00; $p = 0,001$) [14]. Во втором исследовании (пациенты с ХСН с ФВ < 45%) в качестве неблагоприятного исхода также оценивали сердечно-сосудистую смертность. Период наблюдения составил в среднем три года [15]. Полученные результаты оказались статистически значимыми только в группе пациентов с ХСН ишемического генеза (отношение риска (ОР) 2,16; 95% ДИ 1,23–3,78; $p = 0,001$) и только для внезапной сердечной смерти ($p = 0,03$) [15]. В 2022 г. были опубликованы результаты анализа [5] национального регистра (3831 пациент из Korean Acute Heart Failure). Пациенты, которые были госпитализированы в стационары по поводу острой декомпенсации сердечной недостаточности, в соответствии с тертиями уровней СРБ, были стратифицированы на три группы (Т1: СРБ < 0,30 мг/дл; Т2: СРБ 0,30–1,14 мг/дл; Т3: СРБ > 1,14 мг/дл). Анализ проводили отдельно для ХСН со сниженной ФВ ($\leq 40\%$), умеренно сниженной ФВ (41–49%) и сохраненной ФВ ($\geq 50\%$). В целом 139 (3,6%) и 1269 (34,4%) пациентов умерли во время индексной госпитализации (когда данные пациентов были внесены в регистр) и последующего наблюдения (медиана – 995 дней, межквартильный диапазон – 365–1,386 дня) со-

ответственно. Госпитальная смертность от любой причины была выше среди пациентов с ХСНнФВ, чем среди пациентов с ХСН с умеренно сниженной ФВ (ХСНунФВ) или ХСНсФВ (4,4 против 2,7 против 2,5%; $p < 0,013$). В группе пациентов с ХСНнФВ внутрибольничная смертность постепенно увеличивалась с Т1 до Т3 (Т1: 2,2%; Т2: 3,6%; Т3: 7,4%; $p < 0,001$). Аналогичные результаты наблюдались в группах пациентов с ХСНунФВ (конкретные цифры в публикации не приведены) и с ХСНсФВ (конкретные цифры отсутствуют). После стратификации по тертиям СРБ отмечалось постепенное увеличение смертности с увеличением тертилей СРБ среди пациентов с ХСНсФВ (Т1: 27,8%; Т2: 39,0%; Т3: 40,6%; $p = 0,001$). Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что у пациентов с ХСНсФВ и больных ХСНнФВ каждое увеличение тертилей СРБ статистически значимо независимо ассоциировано с внутрибольничной смертностью от любой причины (ХСНсФВ: скорректированное ОР 2,98; 95% ДИ 1,46–6,73; $p = 0,004$). Выполнялась коррекция на наличие других факторов риска. Для госпитальной смертности данные были скорректированы с учетом возраста, пола, впервые возникшей сердечной недостаточности, наличия СД, ИБС, ХОБЛ, цереброваскулярных заболеваний, ФК сердечной недостаточности по NYHA, уровня систолического артериального давления, частоты сердечных сокращений, количества лейкоцитов, уровней гемоглобина, азота мочевины крови, E/e' , ФВ ЛЖ, приема блокаторов ренин-ангиотензиновой системы, бета-адреноблокаторов и антагонистов минералокортикоидных рецепторов перед поступлением в стационар.

Таким образом, на основании проведенного нами исследования можно сделать вывод, что с госпитальной летальностью у пациентов с ХСНсФВ может ассоциироваться хроническое вялотекущее воспаление, которое находит отражение в уровне вч-СРБ. Кроме того, на показатели госпитальной смертности у рассматриваемой категории пациентов закономерно могут влиять более старший возраст, тяжесть собственно ХСН, а также наличие СД. Различия в структуре коморбидной патологии диктовали необходимость более частой инотропной поддержки и более частого применения сахароснижающих препаратов у умерших в стационаре пациентов с ХСНсФВ. Результаты настоящего исследования могут служить базисом для дальнейшего изучения роли системного воспаления в развитии и декомпенсации ХСНсФВ и разработки алгоритмов стратификации риска и совершенствования терапии с учетом уровня вч-СРБ. ☺

Литература

1. Lakhani I., Wong M.V., Hung J.K.F., et al. Diagnostic and prognostic value of serum C-reactive protein in heart failure with preserved ejection fraction: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail. Rev.* 2021; 26 (5): 1141–1150.
2. Paulus WJ., Tschöpe C. A novel paradigm for heart failure with preserved ejection fraction: comorbidities drive myocardial dysfunction and remodeling through coronary microvascular endothelial inflammation. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2013; 62 (4): 263–271.



3. Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность» (МКБ-10: I50.0, I50.1, I50.9), 2020 г. ID: 156 // https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1 (дата обращения 28.10.2023).
4. Streng K., Nauta J., Hillege H., et al. Non-cardiac comorbidities in heart failure with reduced, mid-range and preserved ejection fraction. *Int. J. Cardiol.* 2018; 271: 132–139.
5. Park J.J., Yoon M., Cho H.W., et al. C-reactive protein and statins in heart failure with reduced and preserved ejection fraction. *Front. Cardiovasc. Med.* 2022; 9: 1064967.
6. Chirinos J.A., Zambrano J.P., Chakko S., et al. Usefulness of C-reactive protein as an independent predictor of death in patients with ischemic cardiomyopathy. *Am. J. Cardiol.* 2005; 95 (1): 88–90.
7. Jankowska E.A., Malyszko J., Ardehali H., et al. Iron status in patients with chronic heart failure. *Eur. Heart J.* 2013; 34 (11): 827–834.
8. Dunlay S.M., Gerber Y., Weston S.A., et al. Prognostic value of biomarkers in heart failure: application of novel methods in the community. *Circ. Heart Fail.* 2009; 2 (5): 393–400.
9. Lok D.J., Klip I.T., Lok S.I., et al. Incremental prognostic power of novel biomarkers (growth-differentiation factor-15, high-sensitivity C-reactive protein, galectin-3, and high-sensitivity troponin-T) in patients with advanced chronic heart failure. *Am. J. Cardiol.* 2013; 112 (6): 831–837.
10. Deichl A., Wachter R., Edelmann F. Comorbidities in heart failure with preserved ejection fraction. *Herz.* 2022; 47 (4): 301–307.
11. Rodríguez-Iturbe B., Pons H., Quiroz Y., Johnson R.J. The immunological basis of hypertension. *Am. J. Hypertens.* 2014; 27 (11): 1327–1337.
12. Owan T.E., Hodge D.O., Herges R.M., et al. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355 (3): 251–259.
13. Rusinaru D., Houpe D., Szymanski C., et al. Coronary artery disease and 10-year outcome after hospital admission for heart failure with preserved and with reduced ejection fraction. *Eur. J. Heart Fail.* 2014; 16 (9): 967–976.
14. Kamioka M., Suzuki H., Yamada S., et al. High sensitivity C-reactive protein predicts nonresponders and cardiac deaths in severe heart failure patients after CRT implantation. *Int. Heart J.* 2012; 53 (5): 306–312.
15. Lamblin N., Mouquet F., Hennache B., et al. High-sensitivity C-reactive protein: potential adjunct for risk stratification in patients with stable congestive heart failure. *Eur. Heart J.* 2005; 26 (21): 2245–2250.
16. Savic-Radojevic A., Radovanovic S., Pekmezovic T., et al. The role of serum VCAM-1 and TNF- α as predictors of mortality and morbidity in patients with chronic heart failure. *J. Clin. Lab. Anal.* 2013; 27 (2): 105–112.

Hospital Mortality and High-Sensitivity C-Reactive Protein Levels in Patients with Chronic Heart Failure with Preserved Ejection Fraction

Yu.S. Belozerskikh^{1,2}, A.I. Kochetkov, PhD¹, E.V. Shin, PhD¹, A.V. Landa¹, V.B. Dashabylova¹, O.D. Ostroumova, PhD, Prof.^{1,3}

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

² N.E. Bauman Municipal Clinical Hospital, Moscow

³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Olga D. Ostroumova, ostroumova.olga@mail.ru

Background. In view of the high increase in the prevalence of chronic heart failure (CHF), particularly CHF with preserved ejection fraction (CHFpEF) and its complications, the risk of poor prognosis, hospital mortality increases.

Objective to investigate the structure of mortality, level of high-sensitivity C-reactive protein (hsCRP) and clinical characteristics of patients depending on the outcome during hospitalization in patients with CHFpEF admitted to hospital due to its decompensation.

Material and methods. We retrospectively analyzed the medical records of patients hospitalized for decompensation of CHFpEF ($n = 400$; median age 73.1 [64.1; 83.4] years, women – 45.8%, 54.2% of men, 95% of patients included in the analysis had CHF class III/IV according to NYHA).

Results. 28 patients (7% of the total number of included patients) died during hospitalization, and all of them died from decompensation of CHF. Compared to the surviving patients, the group of died patients had significantly higher hsCRP levels (8.12 [7.35; 8.76] mg/L and 4.97 [3.89; 5.95] mg/L, respectively; $p < 0.001$), the died patients were significantly older ($p < 0.001$) and had more severe CHF – NYHA class IV was more common among them ($p < 0.001$). Type 2 diabetes mellitus was significantly more frequent in the group of died compared to surviving patients (21.4 and 8.3%, respectively; $p = 0.034$), and inotropic ($p < 0.001$) and sugar-lowering drugs were significantly more frequent ($p = 0.034$).

Conclusion. In patients with decompensated CHFpEF, hospital mortality may be associated with chronic low-grade inflammation and may also depend on age, baseline more severe CHF and presence of diabetes mellitus.

Keywords: chronic heart failure, mortality, high sensitivity C-reactive protein, preserved ejection fraction



Экспертный подход к контролю артериального давления. Составляющие эффективного контроля артериального давления в реальной клинической практике

Высокий уровень артериального давления (АД) остается одним из наиболее важных факторов риска инсульта, инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности и других жизнеугрожающих состояний. Достижение целевого значения АД и его контроль – важные составляющие эффективного лечения артериальной гипертензии (АГ) и снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В рамках Российского национального конгресса кардиологов 22 сентября 2023 г. состоялось заседание дискуссионного клуба по актуальным проблемам эпидемиологии, диагностики и терапии АГ. Ведущие российские эксперты в области кардиологии, исходя из российского и мирового клинического опыта, обсудили современные подходы к ведению больных АГ и методы эффективного контроля АД.

Приветствуя собравшихся, председатель дискуссионного клуба, академик Российской академии наук, заместитель генерального директора по научной работе Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, заведующая научно-исследовательским отделом артериальной гипертензии, вице-президент Российского кардиологического общества, д.м.н., профессор Александра Олеговна КОНРАДИ подчеркнула актуальность освещения вопросов современной стратегии лечения артериальной гипертензии (АГ), направленной в первую очередь на контроль артериального давления (АД). Она отметила, что эффективный контроль АД имеет первостепенное значение для улучшения качества и продол-

жительности жизни больных АГ. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении пациентов с АГ, в ряде случаев контроль АД остается неудовлетворительным. Причинами неудовлетворительного контроля АД являются поздняя диагностика АГ и низкая приверженность больных лечению.

Александра Олеговна вынесла на обсуждение последние рекомендации Европейского общества по артериальной гипертензии (European Society of Hypertension, ESH), одобренные Европейской почечной ассоциацией (European Renal Association, ERA) и Международным обществом по АГ (International Society of Hypertension, ISH) в 2023 г.¹ Данное руководство содержит обновленную информацию о механизмах регуляции АД, в том

числе о влиянии на уровень АД таких факторов, как генетика, иммунное воспаление, микробиота кишечника, уровни адипонектина, простаглицлина, натрийуретического пептида. В документе обозначена важная роль фактора некроза опухоли (ФНО) альфа и Т-клеток в усилении вазоконстрикции сосудов, приводящей к развитию сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ. По мнению профессора А.О. Конради, обновленные данные свидетельствуют о необходимости внедрения новых методов для выявления факторов риска, влияющих на повышение уровня АД. Однако в рутинной отечественной практике у врачей не всегда есть возможность направлять каждого больного с повышенными показателями АД на лабора-

¹ Mancia G., Kreutz R., Brunström M., et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J. Hypertens. 2023.

торные исследования крови для выявления маркеров воспаления (ФНО-альфа, интерлейкин 6 и др.), эндотелиальной дисфункции (эндотелин 1, оксид азота). Из-за вариабельности показателей воспаления и наличия сопутствующих заболеваний интерпретация результатов исследований чаще всего затруднена.

Комментируя сказанное, заведующий кафедрой терапии и эндокринологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Сергей Владимирович НЕДОГОДА подчеркнул, что новые данные о регуляции АД имеют большой научный интерес. Между тем на практике для выявления факторов риска АГ следует пользоваться доступными методами. Речь, в частности, идет об измерении уровня С-реактивного белка и применении шкалы Рейнольдса для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска. При этом не стоит забывать о текущем вкладе пандемии COVID-19 в формирование хронического воспаления и эндотелиальной дисфункции.

В продолжение темы профессор А.О. Конради отметила, что, в соответствии с рекомендациями ESH 2023 г., оценивать риск по шкалам SCORE2 и SCORE-OP необходимо у всех пациентов, даже у тех, у которых не установлен высокий и очень высокий риск на фоне выявленных болезней системы кровообращения, хронической болезни почек, осложненного сахарного диабета, поражений органов-мишеней или других факторов риска (гиперлипидемия, альбуминурия). Терапию следует назначать в зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска. Целесообразно ли использование шкалы SCORE2 в рутинной практике?

Отвечая на этот вопрос, профессор, ученый секретарь Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, генеральный секретарь Российского

кардиологического общества Александр Олегович НЕДОШИВИН отметил, что высокая частота сердечно-сосудистых осложнений в российской популяции обуславливает необходимость оценки риска по шкале SCORE2 в повседневной клинической практике. Тем не менее следует учитывать, что принципы подхода к определению риска рассчитаны на популяцию в целом, а не на конкретного пациента. Безусловно, важным аспектом стратегии оценки сердечно-сосудистого риска остается индивидуальный подход.

Профессор С.В. Недогода также подчеркнул необходимость индивидуального подхода к ведению пациентов высокого риска и напомнил коллегам, что, в частности, инициация гиполипидемической терапии статинами зависит от уровня риска по SCORE2 и уровня липопротеинов низкой плотности. Кроме того, назначая статинотерапию, важно помнить об особенностях статинов, в том числе их плеiotропном эффекте.

Далее профессор А.О. Конради представила на рассмотрение коллег новые схемы диагностики АГ и начала терапии, предложенные экспертами ESH. Между последней и предыдущей версиями рекомендаций по лечению АГ принципиальных различий в подходах к установлению диагноза нет. Однако в обновленном документе указано на клиническое значение поражения органов-мишеней при лечении АГ. Согласно рекомендациям, наличие поражения органов-мишеней требует незамедлительного начала терапии даже у пациентов низкого сердечно-сосудистого риска. Рекомендовано проведение широкого спектра исследований для ранней диагностики заболеваний органов и систем у больных с повышенным уровнем АД. «Можно ли применять расширенную схему детальной оценки поражения органов-мишеней у пациентов с АГ в условиях поликлиники? – обра-

тилась с вопросом к аудитории Александра Олеговна. – В России около 40 млн человек имеют повышенный уровень АД. Хватит ли ресурсов у практического здравоохранения для реализации расширенной диагностической программы?»

В ходе дискуссии эксперты пришли к выводу, что ранняя диагностика поражения органов-мишеней – принципиальное условие профилактики осложнений у больных АГ. В настоящее время наиболее доступными и информативными методами выявления поражения органов-мишеней у больных АГ в РФ считаются определение степени альбуминурии, скорости клубочковой фильтрации, оценка состояния сердца с помощью электрокардиографии и эхокардиографического исследования (ЭхоКГ). К более специфичным методам оценки поражения сердца при АГ относят расчет индекса массы миокарда левого желудочка и оценку функции миокарда с помощью ЭхоКГ. Эти методы позволяют выявить гипертрофию левого желудочка, которая является фактором риска развития сердечной недостаточности.

Профессор А.О. Конради, еще раз подчеркнула, что в новых европейских рекомендациях по лечению АГ представлены целевые показатели уровня АД. Для большинства пациентов диапазон целевого уровня систолического АД (САД) составляет 140–120 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – 80–70 мм рт. ст. Для возрастной группы 65–79 лет целевые уровни САД/ДАД должны стремиться к значению 130/80 мм рт. ст. и ниже. Спикер прокомментировала данные недавнего зарубежного исследования, продемонстрировавшие, что АГ первой стадии связана со значительным увеличением десятилетнего и пожизненного риска сердечно-сосудистых осложнений. Прогрессирование заболевания до второй стадии связано с за-



метным увеличением пожизненного риска².

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о необходимости раннего выявления отклонений АД от целевых значений и своевременного назначения антигипертензивной терапии.

Тему стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ продолжил профессор С.В. Недогода. По его словам, большинство больных АГ относятся к группе высокого риска. Соответственно задачей врачей является индивидуальная оценка сердечно-сосудистого риска с учетом уровня АД, возраста пациента и наличия у него сопутствующей патологии. Кроме того, на прогноз могут влиять и другие независимые факторы, в частности социальные показатели, состояние экологии в отдельно взятом регионе. Профессор А.О. Недошивин подчеркнул, что антигипертензивная терапия должна быть направлена на достижение целевых уровней АД, снижение риска развития осложнений и смертности, а также защиту органов-мишеней. Ключевым фактором успешной терапии пациентов высокого сердечно-сосудистого риска является рациональный выбор антигипертензивного препарата. Сегодня в качестве первоочередной меры у пациентов с АГ и повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений рассматривается применение комбинации препаратов, ингибирующих активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), с диуретиками или антагонистами кальция. Так, в одном из самых известных исследований оценки влияния антигипертензивной терапии на сердечно-сосудистые осложнения

Антигипертензивная терапия должна быть направлена на достижение целевых уровней АД, снижение риска развития осложнений и смертности, а также защиту органов-мишеней. Ключевым фактором успешной терапии пациентов высокого сердечно-сосудистого риска является рациональный выбор антигипертензивного препарата. Сегодня в качестве первоочередной меры у пациентов с АГ и повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений рассматривается применение комбинации препаратов, ингибирующих активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, с диуретиками или антагонистами кальция

и смертность – исследовании HOPE показано, что назначение блокатора РААС – ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) рамиприла больным с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений ассоциируется со значимым снижением количества сердечно-сосудистых событий и дальнейшим улучшением прогноза³.

Профессор С.В. Недогода согласился с коллегой, заметив, что, согласно международным рекомендациям по артериальной гипертензии, требования к идеальному антигипертензивному препарату предусматривают прежде всего широкую доказательную базу его применения и гарантированное длительное действие (на протяжении 24 часов). Завершая обзор европейских рекомендаций по лечению АГ, профессор А.О. Конради озвучила основные позиции: изменение представлений об этиопатогенезе АГ, расширение критериев высокого риска, еще более жесткие цели лечения АГ, особенно у пожилых пациентов, усиление позиций фиксированных комбинаций, акцент

на приверженности лечению, коррекции органных поражений.

Профессор А.О. Конради передала слово профессору А.О. Недошивину. Он отметил необходимость оптимизации подходов к лечению неконтролируемой АГ за счет применения эффективных методов фармакотерапии для достижения целевых значений АД. Профессор А.О. Недошивин процитировал результаты исследования SPRINT, в котором достижение пациентами с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, но без диабета уровня САД менее 120 мм рт. ст. по сравнению с уровнем менее 140 мм рт. ст. приводило к снижению частоты фатальных и нефатальных основных сердечно-сосудистых осложнений и смерти от любой причины⁴.

И все-таки сегодня, несмотря на достигнутые успехи в фармакотерапии АГ, контроль АД в РФ на популяционном уровне остается недостаточно высоким. Так, по данным эпидемиологического исследования ЭССЭ РФ, только 38,2% мужчин и 49,2% женщин с АГ контролируют показатели уровня АД⁵.

² Peng X., Jin C., Song Q., et al. Stage 1 hypertension and the 10-year and lifetime risk of cardiovascular disease: a prospective real-world study. *J. Am. Heart Assoc.* 2023; 12 (7): e028762.

³ Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *Lancet.* 2000; 355 (9200): 253–259.

⁴ Wright J.T., Williamson J.D., Whelton P.K., et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control SPRINT. *N. Engl. J. Med.* 2015; 373 (22): 2103–2116.

⁵ Концевая А.В., Шальнова С.А., Драпкина О.М. Исследование ЭССЭ-РФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2021; 20 (5): 2987.

Еще в одном отечественном исследовании оценивали особенности фармакотерапии при достижении различных уровней целевого АД у пациентов с АГ в отсутствие или при наличии коморбидных заболеваний в условиях реальной амбулаторной практики. Целевой уровень САД 130–139 и 120–139 мм рт. ст. был достигнут только у 27,1% пациентов⁶.

В многочисленных исследованиях установлена прямая связь между уровнями АД и показателями общей и сердечно-сосудистой смертности. В связи с этим в рамках первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, реализуемой в первичном звене здравоохранения, следует информировать пациентов с АГ о том, что недостижение целевых значений АД ведет к увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти. Именно первичное звено здравоохранения – главный инструмент снижения сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости.

Сказанное означает, что лечение эффективными антигипертензивными препаратами должно начинаться как можно раньше. Сегодня все большую актуальность приобретают критерии оценки медикаментозной терапии. В зависимости от метода оценки выделяют два понятия: эффект и эффективность фармакологического препарата. В основе этих понятий лежит различие между реальной клинической практикой и условиями, в которых выполняются клинические исследования. Так, эффект от терапии (польза и вред для пациента) определяется в рандомизированных контролируемых клинических исследованиях с четко выверенным дизайном, жесткими критериями включения/невключения. В свою очередь эффективность медика-

ментозной терапии оценивается в повседневной клинической практике в рамках клинических программ, наблюдательных и обзорных исследований. Доказательства базируются на результатах, полученных в широкой популяции пациентов. По мнению профессора А.О. Недошивина, результаты исследований в реальной клинической практике позволяют сделать объективные выводы о течении заболевания и эффективности антигипертензивной терапии у широкого контингента больных АГ.

В рамках многоцентровой открытой наблюдательной программы КОНСОНАНС оценивали эффективность, безопасность и долгосрочную приверженность терапии фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида (Консилар-Д24) у больных АГ 1-2-й степени, не достигших контроля АД на предшествующей терапии или не принимавших антигипертензивную терапию, в реальной клинической практике. По данным исследования, целевого уровня клинического АД менее 140/90 мм рт. ст. через две недели лечения достигли 74% пациентов, через шесть месяцев – 98,8% пациентов. На фоне терапии фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида у большинства пациентов с АГ существенно улучшился контроль АД. При этом препарат Консилар-Д24 показал эффективность как на старте лечения, так и при замене неэффективной предшествующей антигипертензивной терапии⁷.

О выборе метода измерения уровня АД при контроле эффективности терапии рассказал член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института непрерывного ме-

дицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета, профессор Юрий Михайлович ЛОПАТИН. Он отметил, что каждый практический врач имеет опыт ведения больных АГ. Кроме того, нужно принимать во внимание экономические аспекты и особенности ведения больных АГ в регионах. Однако для объективной оценки динамики состояния больного АГ в условиях реальной клинической практики контроль уровня АД должен осуществляться на основании показателей офисного АД, суточного и домашнего мониторинга.

К дискуссии присоединилась к.м.н., старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории организации медицинской помощи Национального федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова Людмила Геннадьевна РАТОВА. Она обратила внимание коллег на недоучтенные группы больных, которые требуют особого внимания в плане мероприятий по достижению целевого уровня АД. Среди них пациенты с так называемым синдромом белого халата (форма лабильной АГ). Несмотря на несомненную информативность метода суточного мониторинга АД (СМАД), нельзя недооценивать данные домашнего измерения, которые озвучивают на приеме сами пациенты. В ряде случаев именно эти показатели помогают воссоздать объективную картину динамики уровня АД. Таким образом, контроль показателей АД должен основываться на анализе полученных данных офисного АД, СМАД и домашнего измерения с учетом индивидуальных особенностей и комплаентности пациентов.

⁶ Недогода С.В., Сабанов А.В. Достижение целевого артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией на фоне антигипертензивной терапии в условиях реальной клинической практики. Российский кардиологический журнал. 2018; 11: 100–109.

⁷ Конради А.О., Галявич А.С., Кашталап В.В. и др. Реальная эффективность и безопасность препарата Консилар-Д24 у пациентов с артериальной гипертензией по данным программы КОНСОНАНС. Российский кардиологический журнал. 2021; 26 (9): 73–82.



Далее Людмила Геннадьевна остановилась на вопросах самоконтроля в реальной клинической практике. Без сомнения, уровень самоконтроля показателей АД у пациентов с АГ напрямую зависит от их мотивации и приверженности лечению. В ходе наблюдательной программы КОНСОНАНС 70% пациентов самостоятельно измеряли уровень АД в домашних условиях и вели дневник самоконтроля показателей АД. Действительно, в данной программе участвовали максимально мотивированные пациенты, с высокой приверженностью назначенной терапии. Уже через две недели после начала приема препарата Консилар-Д24 целевого уровня АД при домашнем измерении (менее 135/85 мм рт. ст.) достигли 75,7% пациентов, через три месяца – 91,1%, через шесть месяцев – 95,5%. Анализ результатов программы продемонстрировал достоверное снижение уровня домашнего АД с первой недели лечения. Впоследствии средние значения АД, зарегистрированные пациентами, достоверно не изменились, что свидетельствовало о длительном стабильном контроле АД на фоне лечения фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида в отсутствие ускользания антигипертензивного эффекта. Очевидно, выбор антигипертензивной терапии имеет ключевое значение для успешного контроля АД. Начиная обсуждение темы выбора антигипертензивных препаратов, профессор А.О. Конради отметила, что современное лечение АГ подразумевает прежде всего применение комбинированных препаратов. В современных европейских рекомендациях по лечению АГ позиционируются следующие паттерны назначения антигипертензивной терапии:

Оптимизация антигипертензивной терапии, основанная на выборе фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов с доказанным длительным эффектом, и мониторинг уровня АД обеспечивают достоверное уменьшение показателей вариабельности АД. Как показывают опыт и результаты клинических исследований, применение фиксированных комбинаций, в частности препарата Консилар-Д24, упрощает схему лечения и способствует улучшению приверженности терапии, назначенной врачом

- стартовая терапия с комбинации двух препаратов для большинства пациентов;
- титрование доз до максимально переносимых, при необходимости переход на тройную комбинацию антигипертензивных препаратов;
- назначение препаратов однократно в день;
- предпочтительное использование фиксированных комбинаций на любом этапе лечения;
- добавление дополнительных классов препаратов при необходимости.

Профессор С.В. Недогода уточнил, что несомненный интерес представляет алгоритм назначения комбинированной антигипертензивной терапии, представленный как в европейских, так и в отечественных рекомендациях. Согласно этому алгоритму, большинство пациентов начинают лечение с фиксированных комбинаций двух препаратов для улучшения скорости, эффективности и предсказуемости контроля АД. Предпочтительны комбинации двух препаратов – блокатор РААС и блокатор кальциевых каналов или тиазидный/тиазидоподобный диуретик. Бета-адреноблокаторы можно использовать на любом этапе с любым антигипертензивным препаратом из других основных классов. Использование фиксированных комбинаций целесообразно на любом

этапе лечения. Одним из преимуществ фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов является повышение приверженности больных АГ лечению.

Данные последних исследований свидетельствуют о том, что в отношении контроля АГ фиксированные комбинации в качестве начальной терапии эффективнее, чем монотерапия или свободные комбинации антигипертензивных препаратов⁸.

Сергей Владимирович отметил, что в последнее время возросло внимание к контролю АД с точки зрения не только достижения целевого уровня, но и снижения вариабельности АД. Вариабельность АД – колебания АД, превышающие физиологическую норму. Это относительные показатели АД, которые могут рассчитываться на основании результатов любого измерения АД (офисное измерение, СМАД, домашнее мониторирование). На суточную вариабельность АД могут влиять различные факторы, в частности резкие изменения погоды, стресс, физическая активность, психологические причины, приверженность антигипертензивной терапии (пропуск приема антигипертензивной терапии или ее самостоятельная коррекция).

В исследовании ASCOT показано, что вариабельность АД служит самостоятельным прогностически неблагоприятным фактором, влияющим на исход лечения.

⁸ Bronsert M.R., Henderson W.G., Valuck R., et al. Comparative effectiveness of antihypertensive therapeutic classes and treatment strategies in the initiation of therapy in primary care patients: a Distributed Ambulatory Research in Therapeutics Network (DARTNet) study. J. Am. Board Fam. Med. 2013; 26 (5): 529–538.

яющим на риск развития сердечно-сосудистых событий и смерти⁹. По данным исследования ALLHAT, повышенная вариабельность САД между визитами пациента к врачу (долгосрочная вариабельность) ассоциируется с повышением риска общей смерти, смерти от ишемической болезни сердца, развития инфаркта миокарда и инсульта¹⁰.

По словам Л.Г. Ратовой, в рамках программы КОНСОНАНС оценивали межвизитную долгосрочную вариабельность АД. С первого по шестой месяц лечения на фоне неизменной антигипертензивной терапии она составила для клинического АД $4,1 \pm 2,3/2,5 \pm 1,1$ мм рт. ст., для домашнего АД $4,5 \pm 3,5/2,8 \pm 1,9$ мм рт. ст. Таким образом, применение фиксированной комбинации рамирила/индапамида сопровождалось уменьшением и нормализацией долгосрочной межвизитной вариабельности АД¹¹.

Профессор Ю.М. Лопатин резюмировал, что оптимизация антигипертензивной терапии, основанная на выборе фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов с доказанным длительным эффектом, и мониторинг уровня АД обеспечивают достоверное уменьшение показателей вариабельности АД у пациентов в реальной клинической практике. В заключительной части заседания дискуссионного клуба эксперты обсудили вопросы влияния контроля АД, достигнутого на фоне антигипертензивной терапии, на качество жизни пациентов с АГ.

Как отметил профессор А.О. Недошивин, в настоящее время понятие «качество жизни» стало объектом научных исследований и определяется как «качество жизни, связанное со здоровьем». Несмотря на то что особенностью течения

АГ часто является малосимптомность, пациенты могут предъявлять жалобы на нарушение сна, слабость, упадок сил, снижение работоспособности. Оценка качества жизни на фоне антигипертензивной терапии характеризует эффективность применяемых методов лечения. Для мониторинга оценки качества жизни больных АГ во время лечения используют различные опросники.

Результаты оценки качества жизни, полученные в программе КОНСОНАНС, прокомментировала Л.Г. Ратова. В исследовании использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). ВАШ представляет собой так называемый термометр здоровья, где 0 баллов – самое плохое, 100 баллов – самое хорошее самочувствие пациентов, принимавших участие в программе. Пациент делал отметку на «термометре» в том месте, которое отражало его самооценку самочувствия и здоровья на момент заполнения опросника. Большинство пациентов исходно до начала антигипертензивной терапии фиксированной комбинацией рамирила/индапамида оценивали свое состояние в среднем на 54,7 балла по ВАШ. На фоне терапии пациенты отмечали улучшение самочувствия и качества жизни от визита к визиту к врачам, вплоть до визита, который проводился через три месяца от начала лечения. Шестимесячное применение препарата Консилар-Д24 ассоциировалось со значимым улучшением состояния здоровья (средний балл, который был достигнут по окончании лечения по ВАШ, – 86,6). Таким образом, важным аспектом оценки эффективности антигипертензивной терапии в программе КОНСОНАНС стало достоверное

улучшение самочувствия и качества жизни пациентов (количество баллов по ВАШ увеличилось на $31,9 \pm 18,5$; $p < 0,0001$)¹¹.

Отличный контроль АД и повышение качества жизни пациентов, участвовавших в программе, можно объяснить применением высокоэффективной фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов, отсутствием врачебной инерции, высокой мотивацией врачей и пациентов на достижение целей лечения, четким графиком визитов. Кроме того, пациенты сами контролировали уровень АД, вели дневники самоконтроля, а врачи оценивали их и обсуждали показатели давления с пациентами. Как отметила Людмила Геннадьевна, важно, чтобы, получая антигипертензивную терапию, пациенты осознавали, что улучшение состояния здоровья и качества жизни напрямую зависит от достижения целевых значений АД и приверженности назначенному лечению.

Подводя итог дискуссии, профессор А.О. Конради еще раз подчеркнула важность такого аспекта, как приверженность терапии. Для повышения мотивации пациента с АГ к лечению и выполнению рекомендаций необходимо информировать его об особенностях течения заболевания и этапах лечения, формировать навыки самоконтроля АД и осознанное отношение к приему антигипертензивных препаратов. Как показывают результаты исследований и опыт реальной клинической практики, применение фиксированных комбинаций антигипертензивных лекарственных средств упрощает схему лечения больных АГ и способствует улучшению приверженности терапии, назначенной врачом. ☺

⁹ Gupta A., Mackay J., Whitehouse A., et al. Long-term mortality after blood pressure-lowering and lipid-lowering treatment in patients with hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) Legacy study: 16-year follow-up results of a randomised factorial trial. *Lancet*. 2018; 392 (10153): 1127–1137.

¹⁰ Muntner P., Whittle J., Lynch A.I., et al. Visit-to-visit variability of blood pressure and coronary heart disease, stroke, heart failure, and mortality: a cohort study. *Ann. Intern. Med.* 2015; 163 (5): 329–338.

¹¹ Лопатин Ю.М., Недогода С.В., Галявич А.С. и др. Эффективность антигипертензивной терапии по результатам программы КОНСОНАНС. Только ли достижение целевого уровня артериального давления? *Артериальная гипертензия*. 2023; 29 (4): 419–431.



Хроническая сердечная недостаточность при разных клинических состояниях

Сердечная недостаточность является серьезной проблемой здравоохранения во всем мире. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – клинический синдром, развивающийся вследствие нарушения структуры или функции сердца. ХСН характеризуется наличием типичных симптомов (одышка, повышенная утомляемость, отечность голеней и стоп и др.) и приводит к ухудшению качества жизни, инвалидности и смертности пациентов. Современным подходам к лечению ХСН при различных клинических состояниях был посвящен доклад к.м.н., доцента кафедры внутренних болезней Академии постдипломного образования Федерального медико-биологического агентства России, врача-кардиолога высшей квалификационной категории Татьяны Владимировны РЫЖОВОЙ. Особое внимание эксперт акцентировала на проблеме развития отечного синдрома у пациентов с ХСН.

На сегодняшний день распространенность ХСН неуклонно растет, несмотря на появление новых препаратов и методов лечения. Чаще всего развитие ХСН обусловлено артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда и сахарным диабетом. Исследования патогенеза ХСН, проведенные в последние десятилетия, способствовали созданию новых групп лекарственных средств и кардинальному изменению подходов к лечению. Благодаря усовершенствованию лекарственной терапии продолжительность жизни пациентов с ХСН увеличилась. Современная фармакотерапия ХСН направлена на устранение симптомов заболевания, улучшение прогноза и качества жизни пациентов, снижение смертности и частоты госпитализаций. В клинической практике для достижения этих целей используют лекарственные препараты разных групп. В современных российских рекомендациях по лечению ХСН (проект клинических рекомендаций 2023 г.) представлена оптимальная схема лечения пациентов с ХСН. В состав комбинированной четырехкомпонентной терапии входят препараты из групп ингиби-

торов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)/блокаторов рецепторов ангиотензина II – сартанов (валсартан + сакубитрил), бета-адреноблокаторов, антагонистов альдостерона и ингибиторов натрий-зависимого переносчика глюкозы 2-го типа. Эффективность четырехкомпонентной терапии ХСН обусловлена взаимодополняющим патогенетическим действием препаратов различных классов. В частности, ингибиторы АПФ, сартаны, антагонисты минералокортикоидных рецепторов блокируют ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС), обеспечивая снижение уровня артериального давления (АД) и органопroteкцию. В свою очередь бета-адреноблокаторы оказывают нейромодулирующее действие и также снижают активность РААС, уменьшая выраженность симптомов ХСН. Как известно, антагонисты альдостерона препятствуют связыванию минералокортикоидных рецепторов с альдостероном, который участвует в регуляции АД и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Установлено, что применение антагонистов рецепторов альдостерона в комплексной терапии улучшает долгосрочный прогноз пациен-

тов с ХСН: уменьшает риск смерти от всех причин, число госпитализаций и риск внезапной кардиальной смерти¹.

Результаты исследований продемонстрировали эффективность антагониста рецепторов альдостерона эплеренона у пациентов с систолической ХСН и легкими симптомами, в том числе в старшей возрастной группе, у пациентов с низкой фракцией выброса левого желудочка и коморбидными заболеваниями. Включение эплеренона в комплексную терапию у пациентов с ХСН обеспечивало снижение сердечно-сосудистой смертности, частоты госпитализаций у пациентов с ХСН в группах повышенного риска². Данный препарат обладает высокой селективностью к альдостероновым рецепторам, выраженным антифибротическим эффектом. В исследованиях последних лет доказано преимущество эплеренона в отношении безопасности перед спиронолактоном в лечении пациентов с ХСН. Эплеренон характеризуется меньшей частотой побочных эффектов и лучшей переносимостью¹.

Одним из наиболее распространенных симптомов ХСН является отечный синдром, который развивает-

¹ Zannad F, McMurray JJ, Krum H, et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. N. Engl. J. Med. 2011; 364 (1): 11–21.

² Pitt B., Gheorghiadu M., Zannad F, et al. Evaluation of eplerenone in the subgroup of EPHEUS patients with baseline left ventricular ejection fraction. Eur. J. Heart Fail. 2006; 8 (3): 295–301.



Конгресс «Междисциплинарный подход к ведению пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

ся вследствие задержки жидкости в организме, вызванной сниженным почечным кровотоком и нейрогормональными изменениями. Для лечения отеочного синдрома применяют диуретические препараты. На сегодняшний день у пациентов с ХСН препаратом первой линии для активной и поддерживающей терапии при отеочном синдроме считается петлевой диуретик тора-семид. По данным исследований, тора-семид – высокоэффективный диуретик с более длительным действием, чем у фуросемида. Он не активирует РААС и симпатическую нервную систему, оказывает дополнительный антиальдостероновый эффект, кардиопротективное действие. Важным преимуществом тора-семиды является отсутствие

существенного влияния на выведение калия из организма, на уровень электролитов, глюкозы, липидов и мочевой кислоты в крови. Длительное применение тора-семиды у пациентов ХСН и отеками не только способствует уменьшению выраженности отеочного синдрома, но и характеризуется рядом дополнительных политропных эффектов. На фоне терапии тора-семидом у больных ХСН улучшается качество жизни и снижается риск госпитализаций³.

Следует отметить, что, назначая диуретики пациентам с отеочным синдромом, необходимо контролировать объем принимаемой ими жидкости и объем выделенной мочи, массу тела. Так, в период активной фазы терапии (период де-

гидратации) объем мочи должен превышать потребление жидкости на 1–2 л в сутки, снижение массы тела должно составлять 1 кг в сутки. После стабилизации массы тела, устранения симптомов дозу диуретика снижают в два раза. Объем выделенной мочи должен быть равен объему потребляемой жидкости. Таким образом, лечение ХСН подразумевает применение комплексного подхода с использованием современных лекарственных препаратов различных классов с доказанной эффективностью и безопасностью. Своевременное назначение оптимальной комбинированной терапии пациентам с ХСН позволит не только устранить выраженные проявления заболевания, но и улучшить его долгосрочный прогноз. ☺

³ Барышникова Г.А., Аверин Е.Е. Применение диуретиков при артериальной гипертензии: преимущества тора-семиды. Эффективная фармакотерапия. 2013; 33 (2): 24–33.



• конференции • выставки • семинары •

Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для ВРАЧЕЙ различных специальностей, ПРОВИЗОРОВ и ФАРМАЦЕВТОВ. Мы работаем ПО ВСЕЙ РОССИИ!

- Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
- Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
- Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

Организация профессиональных медицинских форумов для врачей, провизоров и фармацевтов. Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!



Роль электролитного дисбаланса в развитии сердечно-сосудистых заболеваний

В последнее время особая роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) отводится нарушениям электролитного баланса. Рассмотрению роли дефицита калия и магния в развитии ССЗ и эффективности применения препаратов калия и магния для устранения такого дефицита было посвящено выступление профессора кафедры семейной медицины и терапии Центральной государственной медицинской академии УД Президента РФ, д.м.н. Галины Анатольевны БАРЫШНИКОВОЙ.

Внорме в клетке содержится 150–160 ммоль/л калия и 1,62–2,55 ммоль/л магния, в сыворотке крови – 4,0–5,5 и 0,8–1,07 ммоль/л соответственно. Следует учитывать, что при нормальном содержании калия и магния в сыворотке крови может наблюдаться внутриклеточный дефицит указанных катионов. Суточная потребность в калии – 3600 мг. Потребность в магнии взрослого человека достигает 400 мг/сут и может увеличиваться до 450 мг/сут в период роста, у спортсменов, беременных и кормящих женщин.

Калий поступает в организм с пищей, магний – с пищей и водой. Между тем во многих регионах ежедневное потребление магния значительно ниже рекомендуемого. В индустриально развитых странах увеличивается число лиц с дефицитом магния. В США почти у 75% населения выявляется дефицит магния либо его уровень соответствует нижней границе нормы.

Магний называют природным антагонистом кальция, калий – природным диуретиком. Калий и магний участвуют в регуляции сосудистого гомеостаза. Они регулируют работу гепатоцитов, секрецию инсулина, нормальный сердечный ритм, участвуют в процессах коагуляции, агрегации и воспаления.

К наиболее распространенным причинам дефицита калия и магния относятся нерацио-

нальное питание с дефицитом в рационе продуктов, содержащих калий и магний; потери калия и магния при рвоте и хронической диарее, злоупотреблении сауной, кофе, алкоголем; повышенное выведение калия и магния при неправильном применении диуретиков, сердечных гликозидов, глюкокортикостероидов, ингибиторов протонной помпы и др.

Установлено, что более чем в 50% случаев клинически значимой гипокалиемии имеет место сопутствующий дефицит магния. Одновременный дефицит калия и магния может приводить к гипокалиемии, резистентной к лечению. Поэтому необходимо совместное введение калия и магния для корректировки гипокалиемии, особенно у лиц, принимающих петлевые и тиазидные диуретики.

Как для гипокалиемии, так и для гипوماгнемии характерны колебания артериального давления, нарушения ритма сердца. Увеличение суточного потребления калия и магния достоверно снижает риск развития артериальной гипертензии на 18 и 23% соответственно.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что повышенное потребление как калия, так и магния сопровождается снижением частоты развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности, инсульта, хрони-

ческой сердечной недостаточности, новых случаев сахарного диабета 2-го типа.

С учетом роли ионов калия и магния в развитии патологии в организме необходимость коррекции дефицита этих катионов очевидна. Методы коррекции дефицита калия и магния включают в себя диетические мероприятия и фармакотерапию. Обычно поступление необходимого количества калия и магния в организм обеспечивается рациональным питанием. При наличии отчетливых клинических или субклинических признаков дефицита калия и магния проводится фармакотерапия. При достаточно высокой частоте и выраженности сочетанного дефицита данных макроэлементов целесообразно применение комбинированных препаратов калия и магния (аспарагинат К-Mg).

Таким образом, важной составляющей современной клинической практики должен быть контроль электролитного, прежде всего калиево-магниевого, баланса. Его поддержание обеспечивает дополнительный терапевтический эффект у пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, застойной сердечной недостаточностью, а также у больных с высоким риском развития мозгового инсульта и нарушений ритма сердца. 🌟



Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru



Онлайн-школы, онлайн-семинары, вебинары, конгрессы, конференции

- Все основные направления медицины
- Актуальные темы в выступлениях лучших экспертов
- Дискуссии, клинические разборы, лекции
- Качество подключений к трансляции
- Неограниченное число участников
- Обратная связь со спикером, ответы в прямом эфире
- Электронная рассылка с записью видео после эфира

Сетка вещания <https://umedp.ru/online-events/>



Также на портале читайте научные обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости.

Регистрируйтесь на портале, чтобы быть в курсе



**МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**
UMEDP.RU



<https://vk.com/vk.medforum>



<https://www.youtube.com/umedportal>



Дисфункция диафрагмы при хронической сердечной недостаточности

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии с клиникой Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, профессор, д.м.н. Вадим Альбертович МАЗУРОК посвятил свой доклад особенностям строения дыхательной мускулатуры и основным причинам дисфункции диафрагмы при хронической сердечной недостаточности.

Диафрагма – уникальная непарная мышца, высокоактивная в течение всей жизни человека. При вдохе диафрагма сокращается, при выдохе пассивно расслабляется. Нормальная сократительная активность диафрагмы напрямую зависит от концентрации кислорода и кровоснабжения. Диафрагма уязвима и, как миокард, высокочувствительна к гипоксемии.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) инициирует морфологические изменения в структуре диафрагмы и ухудшает ее функциональное состояние. Диафрагмальная дисфункция на фоне ХСН приводит к нарушению функции внешнего дыхания. Диафрагма – орган-мишень, страдающий как от бездействия (атрофии), так и от избыточной нагрузки. На фоне полностью управляемой искусственной вентиляции легких (ИВЛ) быстро развивается и прогрессирует атрофия диафрагмы, что требует длительного проведения ИВЛ и пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии. Во избежание атрофии и слабости сократительной функции диафрагмы следует принимать меры по сохранению спонтанного дыхания или использовать новейшие вспомогательные режимы вентиляции. В качестве профилактики развития атрофических изменений в диафрагме целесообразно использовать методы механической респираторной поддержки вместо ИВЛ. Между тем диафрагма крайне чувствительна к избыточной мышечной

нагрузке. В результате чрезмерной нагрузки на мышечную ткань, особенно после длительного периода бездействия, могут появиться отеки, структурные повреждения мышечных волокон и воспаление. Выраженные органические изменения дыхательных мышц ассоциируются с потерей мышечной силы, невозможностью генерировать отрицательное давление и обеспечивать вентиляцию легких. Потеря мышечной силы служит предиктором длительной ИВЛ.

Таким образом, ИВЛ и механическая респираторная поддержка не физиологичны, нередко приводят к травмам диафрагмы, атрофии или перегрузке диафрагмы и, как следствие, к дисфункции диафрагмы.

На современном этапе продолжается поиск оптимальных методов проведения респираторной поддержки с применением эффективных и безопасных режимов вентиляции, позволяющих сохранить физиологическое функциональное состояние диафрагмы. Следует помнить, что влияние режима ИВЛ или неинвазивной ИВЛ на функцию диафрагмы опосредовано ее активностью. Важным условием успешной респираторной поддержки является мониторинг функции диафрагмы.

При ведении больных, нуждающихся в вентиляции легких, необходимо использовать меры, направленные на поддержку самостоятельного дыхания с акцентом на диафрагму. Учитывая особенности структуры диафраг-

мы, важно не допускать гипоксемии и дозировать нагрузку за счет адекватного подбора параметров неинвазивной ИВЛ.

Очевидно, что для сохранения функции диафрагмы желательно избегать назначения ИВЛ, применяя щадящие методы респираторной поддержки. За последние десятилетия приборы для респираторной поддержки претерпели значительные изменения. Сегодня в клинической практике успешно применяют современные компактные приборы для доставки кислорода. Во время пандемии COVID-19 доказала эффективность высокопоточная кислородная терапия. На смену громоздким стационарным приборам пришли современные, легкие, удобные в применении кислородные концентраторы, кислородные подушки, которые пациенты могут использовать как в клинике, так и на дому.

Универсальные и компактные аппараты для вентиляции легких высокого технологического уровня не только обеспечивают респираторную поддержку при дыхательной недостаточности, но и позволяют проводить дополнительный мониторинг уровня сатурации, частоты сердечного сокращения.

Итак, при наблюдении пациентов с ХСН и дыхательной недостаточностью необходимо учитывать особенности сократительной функции и структуры диафрагмы, а также всесторонне и достоверно оценивать функциональную активность диафрагмы на фоне кислородной терапии. ☺

ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



umedp.ru/magazines



elibrary.ru/contents



ИЗДАЕТСЯ С 2005 ГОДА

ПО ВАШЕМУ ПРОФИЛЮ

- Журнал «Эффективная фармакоterapia» включен в перечень рецензируемых научных изданий **ВАК** по научным специальностям: акушерство и гинекология; болезни уха, горла и носа; гастроэнтерология; глазные болезни; внутренние болезни; инфекционные болезни; кардиология; клиническая иммунология, аллергология; кожные и венерические болезни; нервные болезни; онкология; педиатрия; пульмонология; ревматология; урология; эндокринология
- Онлайн-версия на медпортале umedp.ru и в электронных рассылках
- Информационный партнер главных медицинских мероприятий
- Распространяется бесплатно





Клинические рекомендации Минздрава России по нарушениям липидного обмена – новые возможности коррекции дислипидемии в повседневной врачебной практике

Возможностям коррекции дислипидемии в различных группах пациентов, согласно клиническим рекомендациям Минздрава России 2023 г., был посвящен доклад ведущего научного сотрудника отдела профилактики метаболических нарушений Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, к.м.н. Надира Мигдатовича АХМЕДЖАНОВА.

Проблема профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в основе которой лежит атеросклеротическое поражение магистральных путей, остается крайне актуальной для российского здравоохранения. Несмотря на успехи отечественной медицины, достигнутые в этой области, уровень смертности от болезней системы кровообращения не снижается.

Нарушения липидного обмена являются важным фактором риска атеросклеротического поражения магистральных сосудов. Не случайно в США среди основных факторов именно коррекция гиперхолестеринемии внесла максимальный вклад в снижение смертности от ишемической болезни сердца.

С учетом актуальности проблемы в нашей стране продолжают совершенствоваться диагностические и лечебные подходы к выявлению и коррекции дислипидемии. Примером тому служат клинические рекомендации Минздрава России «Нарушения липидного обмена» 2023 г. В обновленных рекомендациях изменения в алгоритмах обследования коснулись новой редакции SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation). Предусмотрено использование двух таблиц – шкалы SCORE2 для лиц в возрасте 40–69 лет и SCORE2-OP для

лиц в возрасте 70–89 лет в популяции очень высокого риска. Кроме того, вместо показателя общего холестерина (ХС) предлагается использовать показатель ХС не липопротеинов высокой плотности (не-ЛПВП). Дело в том, что шкала SCORE прогнозирует развитие только фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших десяти лет, а шкала SCORE2 – фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий, что позволяет оценивать десятилетний риск совокупности фатальных и нефатальных неблагоприятных исходов, обусловленных атеросклеротическими ССЗ.

Согласно рекомендациям, у всех бессимптомных взрослых в возрасте 40 лет и старше без установленных ССЗ, хронической болезни почек, сахарного диабета, семейной гиперхолестеринемии с ХС ЛПНП менее 4,9 ммоль/л рекомендуется проведение скрининга для оценки общего риска с использованием шкалы SCORE2.

В новом документе сделан акцент на необходимости изменения образа жизни для снижения уровня общего ХС и ХС-ЛПНП, приведены рекомендации с уровнем их доказательности в отношении модификации питания и образа жизни.

При планировании гиполипидемической терапии целесообразно

оценивать общий риск развития ССЗ, обсуждать с пациентом особенности профилактики ССЗ, определять целевой уровень ХС-ЛПНП, предпочтение отдавать препарату из группы статинов, который способен обеспечить такой уровень снижения ХС-ЛПНП. Эффективность и переносимость терапии статинами переменчивы, в связи с чем может потребоваться титрация дозы препарата. Если монотерапия статином не позволяет достичь цели, следует рассмотреть возможность комбинированной терапии, в том числе статина и эзетимиба, предпочтительно в одной таблетке или капсуле (зарегистрированы розувастатин + эзетимиб и аторвастатин + эзетимиб). Важно, чтобы врач убедил пациента в необходимости непрерывной (пожизненной) гиполипидемической терапии.

В клинических рекомендациях обозначены рациональные подходы к терапии для лиц очень высокого риска, которые могут начать лечение сразу с комбинации статина и эзетимиба. В новом руководстве также определена тактика ведения больных с нарушением липидного обмена в разных клинических случаях (хроническая болезнь почек, сахарный диабет, семейная гиперхолестеринемия и др.). ☺

Поражение печени при сердечной недостаточности

Начальник центра гастроэнтерологии и гепатологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военно-клинический госпиталь им. А.А. Вишневецкого» Минобороны России, к.м.н. Алексей Сергеевич БАЛАБАНОВ рассказал о методах диагностики поражений печени у пациентов с сердечной недостаточностью.

Сердечная недостаточность представляет собой не отдельный диагноз, а клинический синдром, включающий основные жалобы и симптомы, которые могут сопровождаться другими клиническими признаками. В мире распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) варьируется от 0,3 до 5,3%. При этом, по данным российских авторов, на долю пациентов с ХСН III–IV функционального класса приходится 3,32%. Смертность в этой группе пациентов составляет 9,91%, а средняя продолжительность жизни – всего 3,8 года. Системные изменения при ХСН негативно отражаются на состоянии всех органов и систем, в том числе печени. Наиболее распространенными в клинической практике синдромами при поражении печени у пациентов с ХСН считаются цитолиз и холестаза. Основными маркерами дисфункции печеночной паренхимы при развитии сердечной недостаточности служат уровни гамма-глутамилтранспептидазы, общего билирубина и наличие гипоальбуминемии. В настоящее время выделяют такое понятие, как сердечно-печеночный синдром – совокупность клинико-лабораторных признаков нарушения функции печени, возникающих у пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточности при наличии исходного нарушения функции сердца и от-

сутствии других первичных заболеваний печени. Уникальная система кровоснабжения печени является основой для понимания патофизиологии заболеваний печени при ХСН. К механизмам кардиогенного повреждения печени относят индуцированный ХСН цитолиз гепатоцитов (гепатоцеллюлярный вариант), который развивается при нарушении венозного оттока, и холестатический вариант, связанный с системным застоем. Таким образом, на фоне острой сердечной недостаточности снижаются сердечный выброс и печеночный кровоток, а ХСН вызывает застойные явления в печени. Как острая, так и хроническая сердечная недостаточность приводит к гипоксии гепатоцитов и повреждению печени. Несмотря на высокую частоту заболеваний печени у пациентов с сердечной недостаточностью, до сих пор не разработаны четкие диагностические критерии по выявлению кардиогенного поражения печени для применения в реальной клинической практике. Отсутствие руководств по диагностике и лечению кардиогенного поражения печени, включая кардиальный цирроз печени, создает дополнительные проблемы для врача-клинициста. При острой и хронической сердечной недостаточности для выявления сердечно-печеночного синдрома оценивают совокупность клинико-лабораторных показателей печеночной дисфунк-

ции. При этом оценка клинических симптомов патологии печени нередко затруднена, поскольку симптомы «маскируются» под клинику сердечной недостаточности. В клинических рекомендациях по диагностике и лечению ХСН роль оценки печеночной патологии сведена к минимуму: рекомендуется определять уровни печеночных ферментов, билирубина, альбумина. Данные критерии не позволяют адекватно проанализировать состояние печеночной паренхимы и своевременно назначить лечение. Критерии острого поражения печени при сердечной недостаточности более четкие. Так, наличие сердечной или легочной недостаточности и уровней аминотрансфераз, в 20 раз превышающих верхнюю границу нормы, позволяют заподозрить острое повреждение печени. Накопленные данные указывают на то, что в прогрессировании декомпенсации ХСН, одной из самых распространенных болезней в мире, и ее прогнозе важную роль играет развитие дисфункции периферических органов-мишеней, в том числе печени. Бессимптомное или малосимптомное течение поражения печени на фоне отсутствия универсальных диагностических критериев усложняет оценку реальной распространенности сердечно-печеночного синдрома, что приводит к поздней диагностике кардиального фиброза/цирроза печени. ☺



Контроль артериального давления у пациентов с ожирением

Одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего артериальной гипертензии (АГ), является ожирение. Выбору оптимальной терапии пациентам с ожирением и АГ было посвящено выступление доцента кафедры терапии и полиморбидной патологии им. академика М.С. Вовси Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, к.м.н. Марии Викторовны КЛЕПИКОВОЙ.

Увеличение численности и среднего возраста населения и распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приводят к неуклонному росту числа лиц с артериальной гипертензией (АГ). По расчетам, в мире АГ страдают около 1 млрд человек. Согласно результатам исследования ЭССЕ-РФ, 33,8% взрослого населения нашей страны имеют повышенное артериальное давление (АД).

Взаимосвязь ожирения и АГ подтверждена в многочисленных исследованиях. Установлено, что более 50% пациентов с ожирением страдают АГ.

АГ признана самым распространенным фактором риска ССЗ. Не случайно снижение распространенности АГ, в том числе в плане профилактики неинфекционных заболеваний, – одна из глобальных задач Всемирной организации здравоохранения.

Избыточная масса тела сопряжена с повышением уровней АД, глюкозы крови и липидов, что обуславливает развитие атеросклероза. Порочный круг формирования АГ помимо ожирения включает гиперлептемию, гиперинсулинемию, предиабет, гиперактивацию симпатической нервной системы. У пациентов с ожирением нередко имеется целый спектр

заболеваний, в частности остеоартрит, неалкогольная жировая болезнь печени, сахарный диабет (СД) 2-го типа, болезнь желчного пузыря. Но в перечне сочетанных с ожирением болезней доминирует кардиологическая патология.

Немедикаментозное лечение АГ и ожирения предусматривает отказ от курения, соблюдение диеты с ограничением жиров менее 30%, насыщенных жиров – менее 10% от общего калоража и сокращением потребления соли, умеренную физическую активность (30–60 минут в день), уменьшение и контроль массы тела, уровней АД (< 140/90 мм рт. ст.) и гликированного гемоглобина до 6–7% при диабете.

У больных АГ с ожирением должны использоваться более рациональные подходы к медикаментозному лечению, в частности метаболически нейтральные антигипертензивные препараты.

Согласно современным рекомендациям, пациентам с ожирением в сочетании с АГ рекомендуется начинать лечение с комбинации блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) с антагонистом кальция или тиазидным/тиазидоподобным диуретиком, поскольку подобная комбинация благоприятно влияет

на частоту достижения целевого АД и снижение сердечно-сосудистого риска.

Бета-блокаторы обладают антилипазным эффектом и уменьшают термогенез, что может приводить к увеличению веса. У пациентов с ожирением, АГ и предиабетом риск развития СД 2-го типа на фоне применения блокаторов РААС ниже, чем при использовании бета-блокаторов или диуретиков. Блокаторы РААС и антагонисты кальция не только не ухудшают, но способны улучшить чувствительность к инсулину.

Считается, что максимальное упрощение режима приема препаратов способствует повышению приверженности пациентов лечению. Поэтому приоритет имеют фиксированные комбинации двух и более антигипертензивных препаратов в одной таблетке. Не случайно в современных международных, европейских и российских рекомендациях по лечению АГ у взрослых предпочтение отдается фиксированным комбинациям двух препаратов на старте лечения с целью улучшения приверженности терапии. Исключение составляют пациенты с низким сердечно-сосудистым риском, АГ 1-й степени, синдромом старческой астении, а также пациенты старше 80 лет. ➤



научно-практическая
конференция

СИСТЕМНАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

16-17
ноября
2023



Реклама

Организационно-технический
исполнитель: www.imfd.ru

здание
правительства Москвы
Новый Арбат, 36



Алгоритм ведения полиморбидного пациента с никотиновой зависимостью

Об актуальном алгоритме ведения полиморбидного пациента с никотиновой зависимостью рассказала ассистент кафедры терапии и полиморбидной патологии им. академика М.С. Вовси Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, к.м.н. Ольга Александровна ПОЛЯКОВА.

На современном этапе курение рассматривается как один из основных факторов риска полиморбидности в связи с негативным влиянием на органы дыхания, сердечно-сосудистую, пищеварительную, мочеполовую и эндокринную системы. Курение значительно повышает риск развития практически всех сердечно-сосудистых заболеваний и их исходов вплоть до внезапной сердечно-сосудистой смерти и смерти от инсульта. Установлено, что прекращение курения снижает сердечно-сосудистый риск уже через два года, а через десять лет после прекращения курения сердечно-сосудистый риск соответствует таковому у некурящих. Исключение составляют заболевания периферических артерий и аневризма брюшного отдела аорты у мужчин.

В России насчитывается свыше 30 млн курильщиков, и их количество не снижается. Алгоритм действий врача, к которому на прием пришел пациент, предусматривает шесть последовательных шагов:

- 1) установить статус курения/использования табачных изделий;
- 2) проанализировать степень никотиновой зависимости;
- 3) зафиксировать полученный результат в медицинской документации;
- 4) оценить мотивацию к отказу от курения и в соответствии с этим выбрать алгоритм ведения пациента;

Курение значительно повышает риск развития практически всех сердечно-сосудистых заболеваний и их исходов вплоть до внезапной сердечно-сосудистой смерти и смерти от инсульта. Установлено, что прекращение курения снижает сердечно-сосудистый риск уже через два года, а через десять лет после прекращения курения сердечно-сосудистый риск соответствует таковому у некурящих

5) дать краткий совет/провести короткую беседу по отказу от курения;

6) назначить немедикаментозное или медикаментозное лечение либо их комбинацию.

Согласно определению Европейской рабочей группы по профилактике курения и отказа от табака, ежедневным курильщиком считается тот, кто курит ежедневно по крайней мере на протяжении трех месяцев, а бывшим курильщиком – тот, кто прекратил курение по крайней мере на шесть месяцев. Для ежедневного курильщика рассчитывается интенсивность курения в виде количества выкуриваемых сигарет в день или количества пачко-лет. Оценка степени никотиновой зависимости проводится с помощью теста Фагерстрема.

Отказ от курения считается золотым стандартом для всех пациентов, но далеко не все способны его реализовать. В таком случае можно использовать тактику максимального сокращения вреда от курения. В рекомендациях Американского

колледжа кардиологов сказано, что пациентам, которые не могут сразу бросить курить, важно полностью перейти на продукты пониженного риска. Примером таких продуктов служат электронные системы нагревания табака, в которых концентрация вредных веществ на 90% ниже, чем в обычной сигарете. Безусловно, во время каждого визита пациента врач должен проводить с ним короткую беседу для повышения мотивации к отказу от курения и предоставлять информацию о возможных способах лечения зависимости.

Из немедикаментозных методов применяют когнитивно-поведенческую терапию, из медикаментозных – полные либо частичные агонисты никотиновых рецепторов. Медикаментозная терапия рекомендована пациентам со степенью никотиновой зависимости более 6 баллов по тесту Фагерстрема. Лечение считается эффективным, если оно обеспечивает период воздержания от потребления табака в течение не менее шести месяцев. 📌



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН НОВИНОК
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

MBOOKSHOP

WWW.MBOOKSHOP.RU



Нужна медицинская книга?

Закажите:

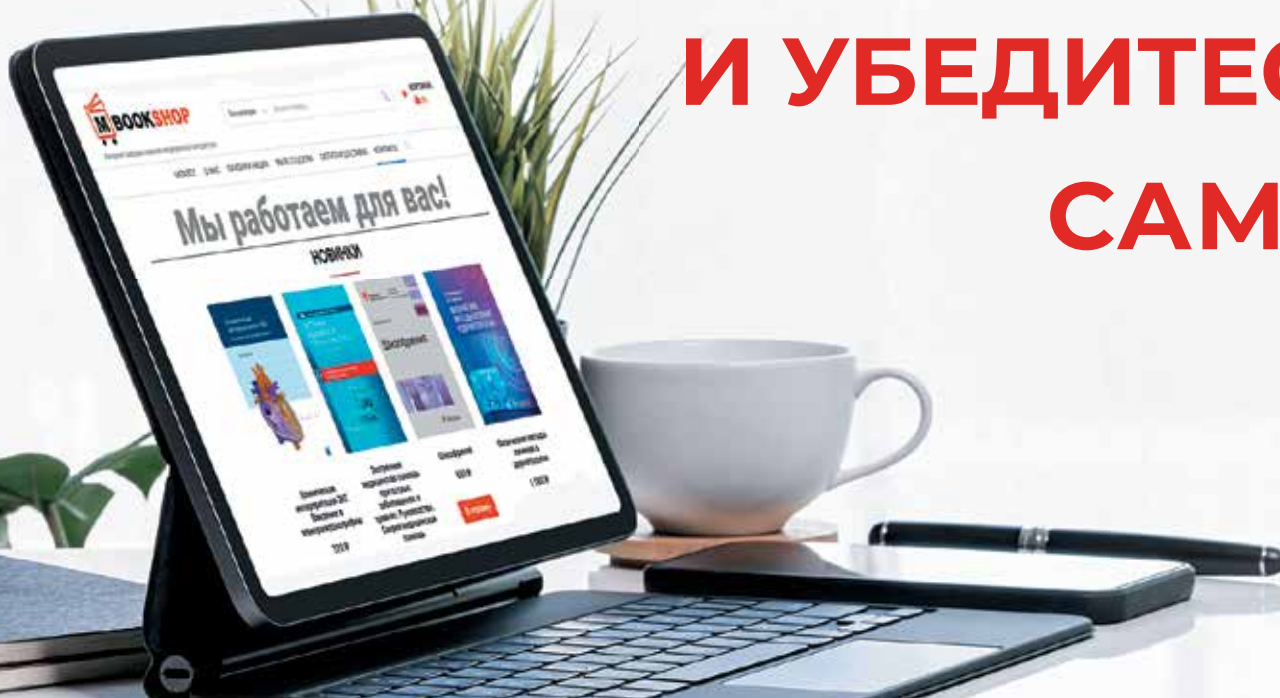
- на сайте www.mbookshop.ru
- по телефону 8 (967) 026-11-09
- по эл. почте zakaz@medcongress.ru

У НАС ДЕШЕВЛЕ!

СРАВНИТЕ ЦЕНЫ

И УБЕДИТЕСЬ

САМИ!





Широкие возможности применения минеральной и активной питьевой воды

Без сомнения, вода является одним из самых ценных продуктов для организма человека. Широким возможностям применения минеральной и активной питьевой воды в целях профилактики различных заболеваний было посвящено выступление генерального директора компании Stelmas Александра Алексеевича НАЗАРОВА, состоявшееся в рамках конгресса «Междисциплинарный подход к ведению пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Безусловно, вода может помочь провести работу по организации здоровой жизнедеятельности организма. Вода – основа организма. Организм человека на 75% состоит из воды, мозг – на 85%, кровь – на 94%, 99% молекул организма – молекулы воды. С потерей воды организм начинает болеть и стареть. При дефиците воды 2–3% хуже работает мозг, при дефиците 8% начинаются галлюцинации, при 10% – кома. Если дефицит воды превышает 12%, наступает смерть.

Без пищи человек может прожить около 40 дней, без воды – только 5–7 дней. Вода важнее, чем еда, поскольку вода в отсутствие пищи вырабатывает в организме энергию жизни. Вода доносит питание до клетки и вымывает отработанные ею вредные вещества, не допуская закисления и отравления организма. Не случайно в организме усваиваются и перерабатываются только водорастворимые вещества. Вода – лучший растворитель. Чем активнее вода, тем быстрее она растворяет питательные вещества и тем больше энергии получает человек.

Человеческий организм состоит из триллионов различных клеток. Сама клетка состоит на 75% из воды, поэтому при нехватке воды организм заби-

рывает ее из клетки до 66% своей потребности. В таких условиях эффективность работы клеток снижается на 40–50%, что в конечном итоге негативно сказывается на состоянии здоровья. Именно активная вода через стенки капилляров доносит питание до клеток и, что не менее важно, выводит вредные вещества. В случае когда активной воды не хватает, наступает обезвоживание, развиваются болезни. Кровь с питательными веществами проходит мимо клеток из артериальной в венозную систему. Энергия не вырабатывается, появляется головная боль, повышается давление, что свидетельствует об обезвоживании организма. В такой ситуации рекомендуется выпить активной воды, которая улучшает реологию крови, повышает

ее активность и предотвращает развитие недугов. Такими свойствами характеризуется вода Svetla и BioVitA. Исследования показывают, что эта вода быстро поступает в кровь, увеличивает выработку активных форм кислорода и энергии, за счет чего происходит синхронизация работы всех органов и систем организма. Минеральная лечебно-столовая вода StelmasMg помогает наладить работу пищеварительной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой и других систем, способна вернуть организму здоровье и предупредить развитие серьезных заболеваний. Важно помнить, что организм человека имеет скрытые резервы, пробудить которые можно, вовремя выпив активной, минеральной и лечебной воды. ☺

НОВОСТИ
СТАТЬИ
ЖУРНАЛЫ
МЕРОПРИЯТИЯ
ВИДЕО
ПРЕСС-РЕЛИЗЫ
ОНЛАЙН-МЕДИА



umedp.ru

Медицинский портал для врачей

Акушерство
и гинекология
Аллергология
и иммунология
Анестезиология
и реаниматология
Гастроэнтерология
Дерматовенерология
Инфекционные
болезни
Кардиология
Неврология
Онкология
Организация
здравоохранения
Оториноларингология
Офтальмология
Педиатрия
Психиатрия
Пульмонология
Ревматология
Терапия
Урология
Эндокринология

uMEDp

(Universal Medical Portal) создан при участии ведущих экспертов различных областей медицины, много лет сотрудничающих с издательским домом «Медфорум». Собранные в рамках издательских проектов научно-медицинские материалы стали отправной точкой в развитии сетевого ресурса

Информация на сайте uMEDp носит научный, справочный характер, предназначена исключительно для специалистов здравоохранения.

uMEDp – медицинский портал для врачей, объединяющий информацию о современных решениях для практики. Статьи экспертов по основным специальностям, обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости, видеоматериалы (в прямой трансляции или записи) составляют основное содержание портала.



НАЦИОНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА {2030}

NOP2030.RU

**СОБИРАЕМ
ДЕЛИМСЯ ИНФОРМАЦИЕЙ
АНАЛИЗИРУЕМ**



Реклама



ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ



- Мониторинг онкологической программы в масштабе реального времени
- Все регионы
- Лица, принимающие решения
- Актуальные отчеты
- Ключевые события
- Инновации
- Клиническая практика
- Банк документов
- Стандарты и практика их применения
- Цифровизация



Онлайн-освещение онкологической службы на федеральном и региональных уровнях на период 2018-2030 гг. в едином контуре цифровизации здравоохранения:

- руководителям онкологической службы
- организаторам здравоохранения
- врачам онкологам, радиологам, химиотерапевтам
- компаниям, представляющим препараты и оборудование для онкологии



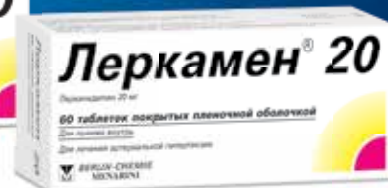
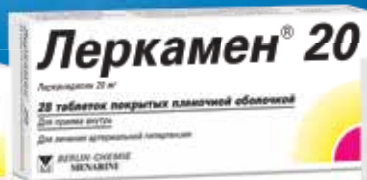
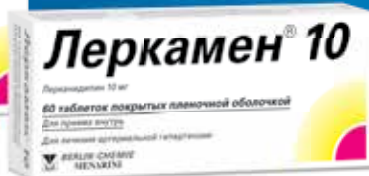
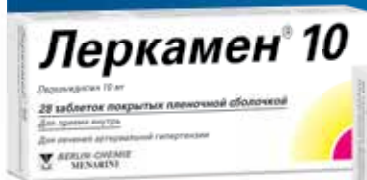
news@nop2030.ru

Леркамен®

Лерканидипин



Лерканидипин —
эффективное снижение АД
и хорошая переносимость^{1, 2}



Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата «Леркамен»® (международное непатентованное наименование: лерканидипин, дозы 10 мг и 20 мг)

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Показания к применению.** Артериальная гипертензия I-II степени у взрослых пациентов. **Способ применения и дозы.** Внутрь по 10 мг (1 таблетка препарата Леркамен® 10 или 1/2 таблетки препарата Леркамен® 20) 1 раз в сутки не менее чем за 15 минут до еды, предпочтительно утром, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. В зависимости от индивидуальной переносимости препарата пациентом, доза может быть увеличена до 20 мг (2 таблетки препарата Леркамен® 10 или 1 таблетка препарата Леркамен® 20). Терапевтическая доза подбирается постепенно, так как максимальное антигипертензивное действие развивается приблизительно через 2 недели после начала приема препарата. Препарат содержит менее 1 ммоль натрия (23 мг) на 1 таблетку, то есть практически не содержит натрия. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к лерканидипину, другим производным дигидропиридинового ряда или любому компоненту препарата; застойная сердечная недостаточность без лечения; нестабильная стенокардия; обструкция выносящего тракта левого желудочка; острый инфаркт миокарда и в течение 1 месяца после перенесенного инфаркта миокарда; тяжелая печеночная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность (СКФ <30 мл/мин) включая пациентов, находящихся на диализе; непереносимость лактозы, дефицит лактазы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; беременность и период грудного вскармливания; применение у женщин детородного возраста, не пользующихся надежными методами контрацепции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не изучены); одновременное применение с мощными ингибиторами СYP3A4 (кетоконазол, итраконазол, эритромицин, ритонавир, тролоандомицин); с циклоспорином; одновременное применение с грейпфрутом или грейпфрутовым соком. **С осторожностью.** Синдром слабости синусового узла (без электрокардиостимулятора); дисфункция левого желудочка сердца; ишемическая болезнь сердца; нарушения функции печени средней степени тяжести; нарушения функции почек легкой и средней степени тяжести; перитонеальный диализ; одновременное применение с индукторами/субстратами изофермента СYP3A4, мидазоламом, метопрололом, дигоксином; хроническая сердечная недостаточность (до начала применения препарата необходимо достичь компенсации хронической сердечной недостаточности); пожилой возраст. **Побочное действие.** Наиболее частыми нежелательными реакциями в клинических исследованиях и при обобщении данных постмаркетингового опыта применения являются следующие: периферические отеки, головная боль, приливы, тахикардия и сердцебиение.

Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Леркамен® 10 ЛСР-007057/09-250822 от 25.08.2022 г. и Леркамен® 20 ЛСР-006976/08-230822 от 23.08.2022 г.

1. Barrios V, et al. ELYPSE STUDY. Blood Pressure, 2002; 11: 95-100.

Антигипертензивная эффективность и переносимость лерканидипина в повседневной клинической практике: исследование ELYPSE. В исследовании ELYPSE оценивали эффективность и переносимость лерканидипина у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) I или 2 степени. Это было открытое, наблюдательное, многоцентровое исследование в реальной клинической практике. Главной целью исследования была оценка антигипертензивной эффективности и переносимости препарата. Вторичная цель состояла в оценке комплаенса пациента. Лерканидипин 10 мг в сутки назначали пациентам (n=9059), которым было показано применение дигидропиридиновых антагонистов кальция. Длительность наблюдения 3 месяца. Средний возраст пациентов 63 года. Результаты: исходное АД 160±10/96±7 мм рт.ст., ЧСС 77±9 уд в мин. Через 3 месяца наблюдения АД составило 141±11/83±7 мм рт.ст. и ЧСС 75±8 уд в мин (p<0.001). Общая частота нежелательных явлений (НЯ) составила 6,5%, среди которых наиболее часто наблюдались головная боль (2,9%), отек ног (1,2%), приливы (1,1%) и сердцебиение (0,6%). Отмена терапии из-за НЯ составила менее 1%. В этом исследовании лерканидипин продемонстрировал хорошую эффективность и переносимость в повседневной клинической практике.

2. Leonetti G, et al. COHORT Study. Am J Hypertens. 2002 Nov;15(11):932-40.

Переносимость длительного лечения лерканидипином по сравнению с амлодипином и лацидипином у пожилых пациентов с артериальной гипертензией. В исследовании COHORT изучали профиль переносимости лерканидипина по сравнению с двумя другими антагонистами кальция (амлодипин и лацидипин) у пожилых пациентов с артериальной гипертензией. Это многоцентровое, двойное слепое, в параллельных группах исследование, с участием 828 пожилых пациентов, ≥60 лет, рандомизированных в группы лерканидипина 10 мг/день (n=420), амлодипина 5 мг/день (n=200) или лацидипина 2 мг/день (N=208). При неудовлетворительном контроле АД дозу препарата удваивали, далее к терапии добавляли эналаприл или атенолол (при необходимости - диуретики). Пациентов наблюдали в среднем 12 месяцев. Первичной конечной точкой исследования была оценка частоты развития периферического отека в трех группах лечения. Также безопасность препаратов оценивалась на основании частоты развития других нежелательных явлений, симптомов, изменений самочувствия пациента, частоте сердечных сокращений, лабораторных тестах и ЭКГ. Результаты: У пациентов, получавших амлодипин, значительно чаще наблюдались отеки ног (19%; p<0.001) и чаще встречались случаи раннего отказа от терапии из-за отека (8,5%); по сравнению с лерканидипином (9% и 2.1%) и лацидипином (4% и 1.4%). Также симптомы, связанные с отеком (отек и тяжесть в нижних конечностях), значительно чаще (P<0,01) возникали при применении амлодипина (50% и 45% соответственно), чем при применении лерканидипина (35% и 33%) и лацидипина (34% и 31%). Большинство случаев отеков ног возникло в течение первых 6 месяцев, при этом разница между видами лечения была очевидна с момента начала лечения. Другие побочные эффекты, связанные с приемом препарата, не различались между видами лечения. Артериальное давление было одинаково эффективно снижено в трех группах. В группе лерканидипина в течение 6 месяцев АД, измеренное стоя, достоверно снизилось с 169 ± 11/ 98 ± 7 до 140 ± 15/84 ± 9 мм Hg (P<0.01). Случаев ортостатической гипотензии во время исследования не зарегистрировано. Два липофильных дигидропиридиновых антагониста кальция, лерканидипин и лацидипин, обладают антигипертензивным действием, сравнимым с таковым амлодипина, но имеют лучший профиль переносимости.

Информация для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту. RU-LER-01-2022-v02-print. Дата последнего утверждения/пересмотра 10.2022 Реклама

По лицензии Recordati
000 «Берлин-Хеми/А. Менарини», 123112, Москва, Пресненская наб. д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б.
Тел: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01, <http://www.berlin-chemie.ru>

 **БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**



ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» МЗ РФ

МОСКВА
16 НОЯБРЯ



18 НОЯБРЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ – 2023

ДВЕ СТОЛИЦЫ. ОСЕННИЙ СЕЗОН

16 ноября – Москва, Измайловское ш., д. 71, корп. 26,
гостиница «Бета Измайлово 3»

18 ноября – Санкт-Петербург, Московский просп., д. 97,
отель «Холидей Инн Московские Ворота»



Реклама

Формат гибридный.
Онлайн-трансляция
cardiologys.ru

