



Ингибиторы НГКТ 2 типа: взгляд кардиолога



Кореннова Ольга Юрьевна

Главный внештатный кардиолог МЗ ОО

Главный врач БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер»

Д.м.н., профессор

*Профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО,
Профессор кафедры госпитальной терапии с курсом гастроэнтерологии ОмГМУ*



07.09.2023 г.



г. Иркутск



7-9 сентября 2023 года

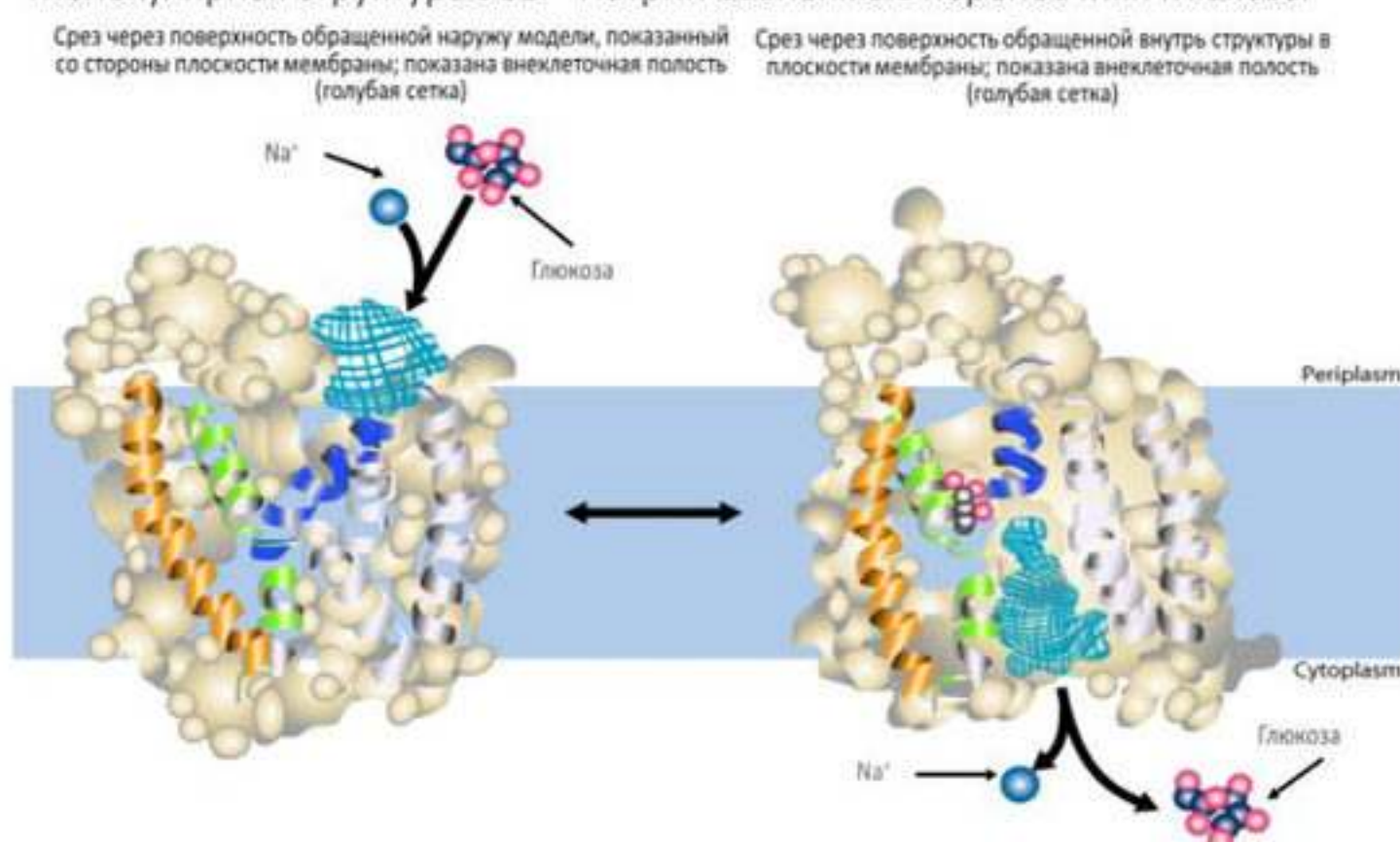
Экскреция глюкозы с мочой посредством ингибирования SGLT2

Отфильтрованная глюкоза,
нагрузка **180 г/сутки**

Ингибитор
SGLT2

Ингибиторы SGLT2
уменьшают
реабсорбцию
глюкозы в
проксимальных
почечных
канальцах,
приводя к
экскреции
глюкозы с мочой*
и осмотическому
диурезу

Молекулярная структура SGLT- Натрий-зависимые переносчики глюкозы



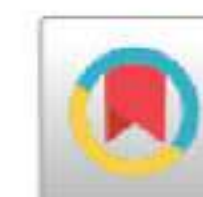
*Потеря **~80 г глюкозы/сутки** (~240 кал/сутки).

Gerich JE. *Diabet Med.* 2010;27:136–142.

MINI-FOCUS ISSUE: DRUG THERAPY

CLINICAL RESEARCH

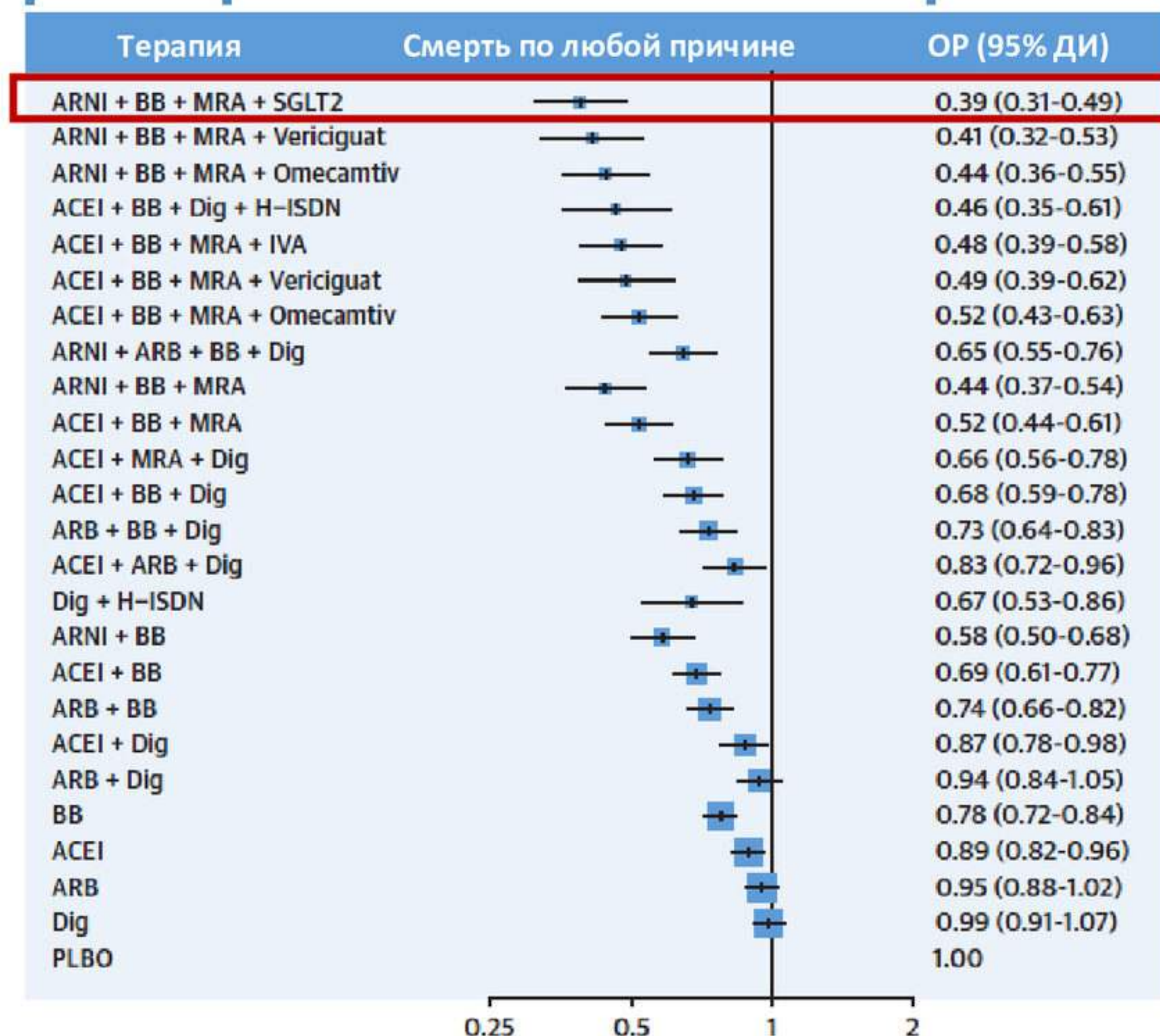
Систематический обзор и мета-анализ исследований по лечению пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса



Jasper Tromp, MD, PhD,^{a,b,c,*} Wouter Ouwerkerk, PhD,^{b,d,*} Dirk J. van Veldhuisen, MD, PhD,^a
Hans L. Hillege, MD, PhD,^a A. Mark Richards, MBChB, PhD,^{e,f,g} Peter van der Meer, MD, PhD,^a Inder S. Anand, MD,^h
Carolyn S.P. Lam, MBBS, PhD,^{a,b,c} Adriaan A. Voors, MD, PhD^a

Tromp, J. et al. J Am Coll Cardiol HF. 2022;10(2):73–84.

Относительное снижение риска смерти по любой причине на фоне различной комбинированной терапии СНнФВ



Наиболее эффективная комбинация в отношении снижения риска смерти по любой причине –

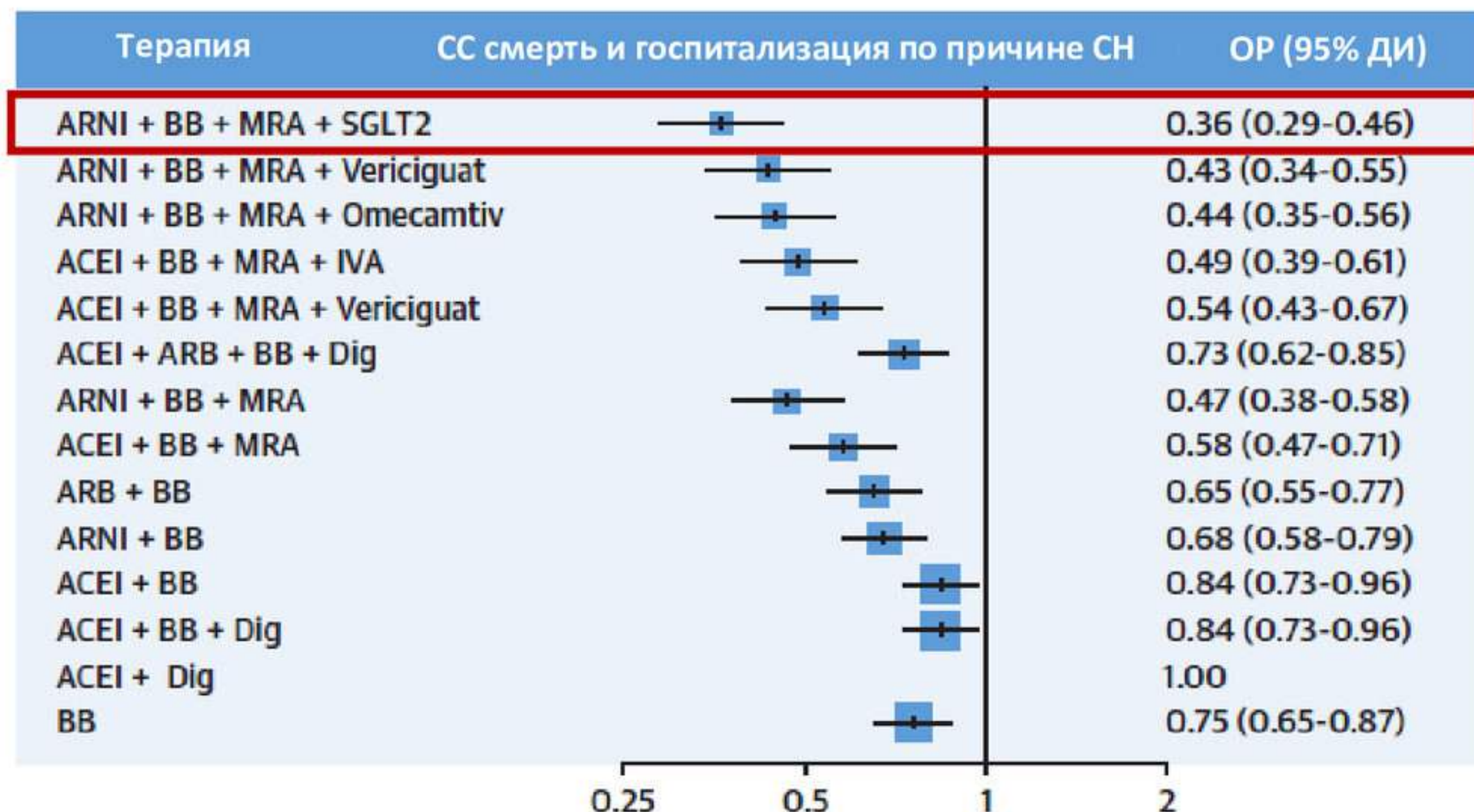
АРНИ+ бета-блокатор + антагонист минералокортикоидных рецепторов + ингибитор SGLT2
(ОР: 0.39; 95% ДИ: 0.31-0.49)

75 клинических исследований с 1987 года по январь 2020 года, 95 444 пациентов с СНнФВ

ACEI-ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; ARB - блокатор рецепторов ангиотензина; BB-бета-блокатор; Dig-дигоксин; H-ISDN -гидралазин и изосорбида динитрат; IV-ивабрадин; MRA -антагонист минералокортикоидных рецепторов; PLBO -плацебо; АРНИ-ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор; иSGLT2 -ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа; СНнФВ-сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса

Tromp, J. et al. J Am Coll Cardiol HF. 2022;10(2):73–84.

Относительное снижение риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации по причине сердечной недостаточности на фоне различной комбинированной терапии СНнФВ



Наиболее эффективная комбинация в отношении снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации по причине сердечной недостаточности-

АРНИ+ бета-блокатор + антагонист минералокортикоидных рецепторов

+ ингибитор SGLT2

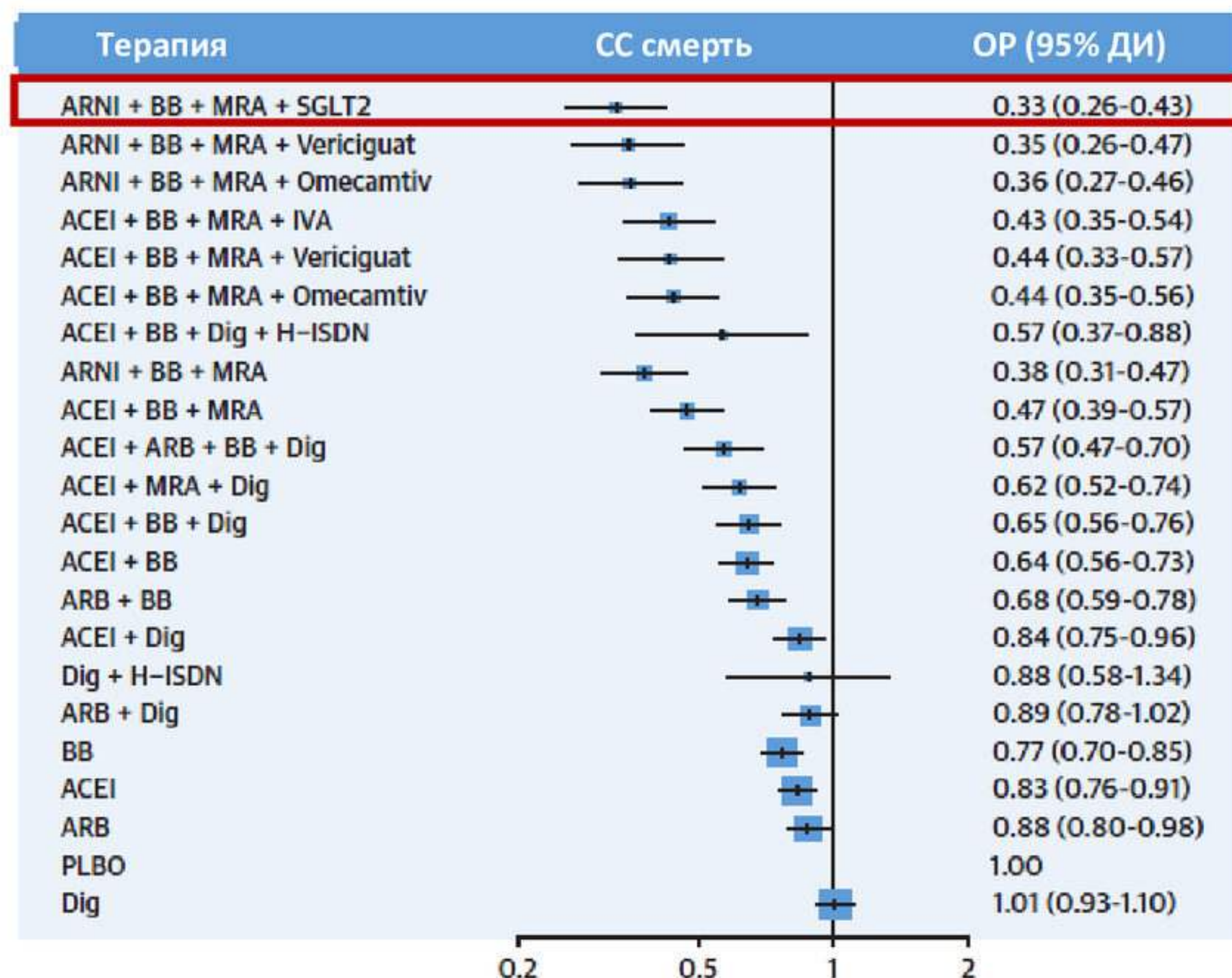
(ОР: 0.36; 95% ДИ: 0.29-0.46)

75 клинических исследований с 1987 года по январь 2020 года, 95 444 пациентов с СНнФВ

СС-серечно-сосудистая; СН-сердечная недостаточность; ACEI-ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; ARB -блокатор рецепторов ангиотензина; BB-бета-блокатор; Dig- дигоксин; H-ISDN -гидралазин и изосорбида динитрат; IV- ивабрадин; MRA -антагонист минералокортикоидных рецепторов; АРНИ-ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор; иSGLT2 -ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа; СНнФВ-сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса

Tromp, J. et al. J Am Coll Cardiol HF. 2022;10(2):73–84.

Относительное снижение риска сердечно-сосудистой смерти на фоне различной комбинированной терапии СНнФВ



Наиболее эффективная комбинация в отношении снижения риска сердечно-сосудистой смерти -
АРНИ+ бета-блокатор + антагонист минералокортикоидных рецепторов + ингибитор SGLT2
 (ОР: 0.33; 95% ДИ: 0.26-0.43)

Tromp, J. et al. J Am Coll Cardiol HF. 2022;10(2):73–84.

75 клинических исследований с 1987 года по январь 2020 года, 95 444 пациентов с СНнФВ

СС-сердечно-сосудистая; ACEI-ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; ARB -блокатор рецепторов ангиотензина; BB-бета-блокатор; Dig- дигоксин; H-ISDN -гидралазин и изосорбида динитрат; IV- ивабрадин; MRA -антагонист минералокортикоидных рецепторов; PLBO -плацебо; АРНИ-ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор; иSGLT2 -ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа; СНнФВ-сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса

Увеличение продолжительности жизни по сравнению с плацебо (без лечения) на комбинированной терапии СНнФВ

	Увеличение продолжительности жизни по сравнению с плацебо								
	50 лет			60 лет			70 лет		
	Среднее	95% ДИ		Среднее	95% ДИ		Среднее	95% ДИ	
АРНИ+ бета-блокатор + антагонист минералокортикоидных рецепторов + ингибитор SGLT2	7.9 лет	4.7	11.2	6.6 лет	3.7	9.5	5.4 года	2.9	7.8

Лечение пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса комбинированной терапией АРНИ+ бета-блокатор + антагонист минералокортикоидных рецепторов + ингибитор SGLT2 значительно увеличивает продолжительность жизни

75 клинических исследований с 1987 года по январь 2020 года, 95 444 пациентов с СНнФВ

АРНИ-ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор; иSGLT2 -ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа; СНнФВ-сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса

Tromp, J. et al. J Am Coll Cardiol HF. 2022;10(2):73–84.

ХСН – возможно изменить прогноз жизни!

Клинические рекомендации по СН ESC 2021

КВАДРОТЕРАПИЯ

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Ведение пациентов с СНнФВ

Для снижения смертности- все пациенты

иАПФ/АРНИ

β-блокаторы

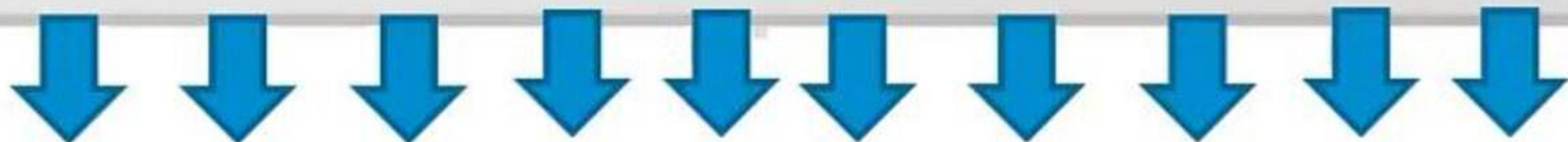
АМКР

ИНГЛТ2

Для снижения смертности/ госпитализации- определенным пациентам

Перегрузка объемом

Диуретики



Одновременное начало терапии как альтернатива схеме с титрованием

	АПНИ	Бета- блокаторы	АМКР	иSGLT2
День 1	Низкая доза	Низкая доза	Низкая доза	Стандартная доза
День 7-14	Продолжить	Титровать по переносимости	Продолжать	Продолжать
День 14-28	Титровать по переносимости	Титровать по переносимости	Титровать по переносимости	Продолжать
День 21-42	Титровать по переносимости	Титровать по переносимости	Продолжать	Продолжать

Greene SJ et al. JAMA Cardiol. 2021:dol:10.1001/jamacardio.2021.0496.

РАСШИРЕНИЕ ПРОГРАММЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

«Не федеральный льготник»

Расширение перечня препаратов

175 тыс.(15%) пациентов

Группы пациентов

ХСН, ФВ<40% в сочетании

ОНМК, ИМ, АКШ, АП со стентированием,
катетерной абляцией

утвержденная действующая программа

Острое заболевание / Вмешательство

ОНМК

Инфаркт миокарда

АКШ

Ангиопластика со стентированием

Абляция

Было: 23 препарата

Препараты, снижающие смертность:

- спиронолактон
- валсартан + сакубитрил
- дапаглифлозин
- эмпаглифлозин

риск смерти и госпитализации с ХСН:

- ивабрадин
- дигоксин

СИМПТОМЫ:

- фуросемид
- ацетазоламид

Стало: 31 препарат

2 года

Постановление Правительства Российской Федерации
от 06.05.2022 № 823

Приказ Минздрава России от 29.09.2022 № 639н

2 года + расширение перечня

Омская область: в 2023 г. 9182 пациента получили лекарства на сумму 162806000 руб.

Кабинет диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности

Кабинет работает с мая 2021 г.

- пациентов направляют кардиологи
- кардиодиспансера, либо врачи стационара: с низкой ФВ (менее 40%) – более 300 человек

ВМП:

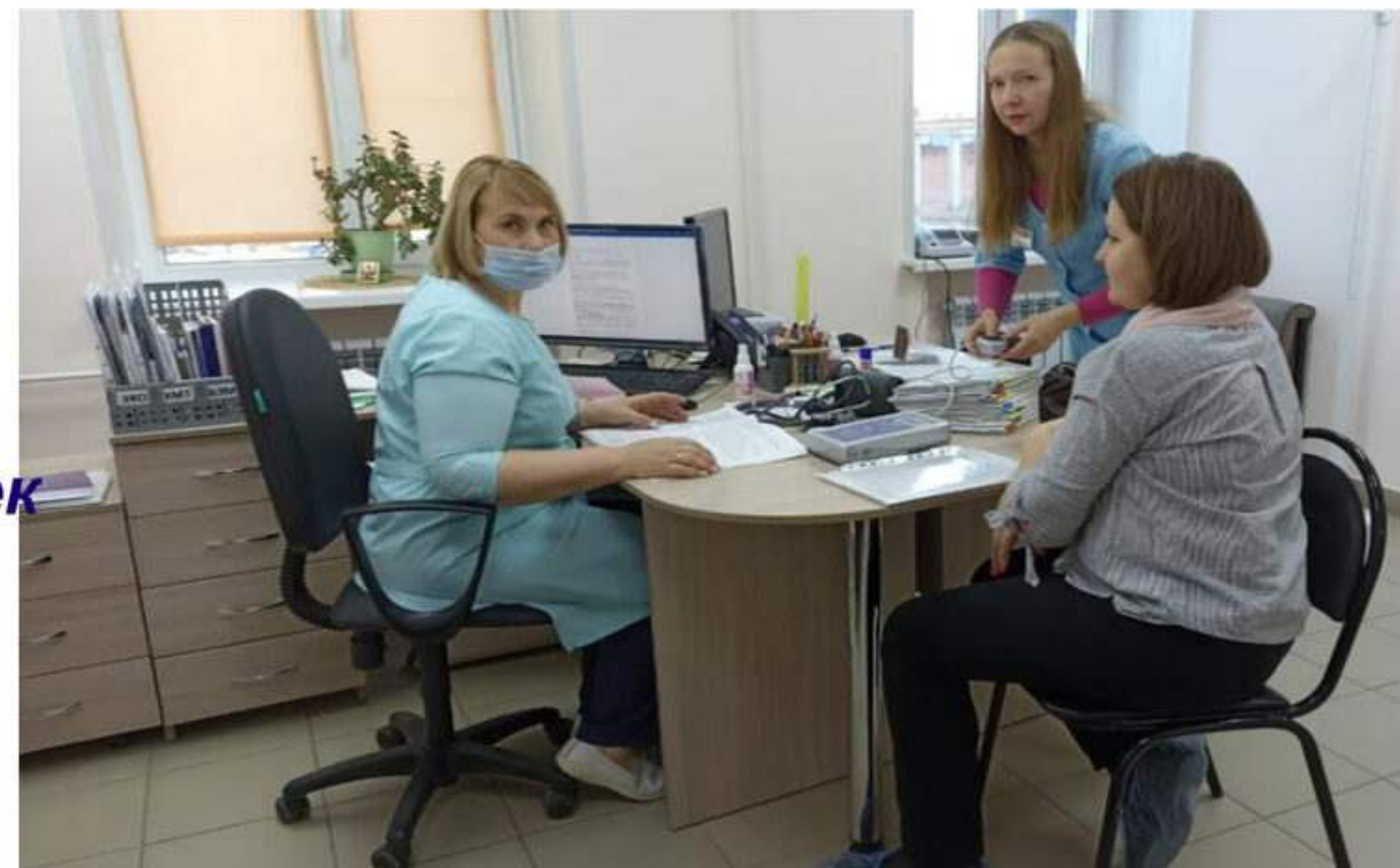
- ИКД – 20 человек (10,2%)
- РСТ – 4 человека (2%)
- реваскуляризация – 12 человек
- коррекция порока – 5 человек
- трансплантация сердца – 2 человека (1 повторно)

Лечение медикаментозное:

- Юперо – 100%
- иНГЛТ2 – 100%
- АМКР – 100%
- БАБ – 100%

- 8 пациентов (4,1%) умерли от разных причин
- 13,3% улучшилась ФВ!!!

Омская область: в 2023 г. получили валсартан/сакубитрил на сумму 9525738 руб., Гифлазины – 13000000 руб.



Перечень препаратов для обеспечения пациентов

23 МНН	+ 8 МНН
Амиодарон, Амлодипин, Апиксабан, Аторвастатин, Ацетилсалициловая кислота, Бисопролол, Гидрохлоротиазид, Бисопролол, Гидрохлоротиазид, Дабигатрана этексилат, Изосорбида мононитрат, Индапамид, Клопидогрел, Лаптаконитина гидробромид, Лозартан, Метопролол, Моксонидин, Периндоприл, Пропафенон, Ривароксабан, Симвастатин, Соталол, Тикагрелор, Эналаприл	1. Ивабрадин 2. <u>Спиронолактон</u> 3. <u>Валсартан/сакубитрил</u> 4. <u>Лапаглифлозин</u> 5. <u>Эмпаглифлозин</u> 6. Дигоксин 7. Фуросемид 8. Ацетазоламид

Примечание: В таблице указаны 23 МНН, которые являются основой для формирования перечня препаратов для обеспечения пациентов. В список включены препараты, которые являются основой для формирования перечня препаратов для обеспечения пациентов. В список включены препараты, которые являются основой для формирования перечня препаратов для обеспечения пациентов.

Мета-анализ исследований DELIVERY and EMPEROR-Preserved

Muthiah Vaduganathan, MD MPH
Brigham and Women's Hospital
Harvard Medical School



5988 пациентов

54.3+/-8.8

40-49%	50-59%	>60%
32.2%	34.3%	32.5%



EMPEROR
PRESERVED

Госпитализации
по СН в течении
12 недель 23.3%



СКФ

60.8 мл/мин/1.73м²
СКФ<60=50.2



ИБС
36%



ФП
51.5%



СД2
48.9%

Диуретики: 86%

иАПФ: 40%

БРА: 39%

АРНИ: 2%

АМКР: 37%

ББ: 86%



994 (501-1740)

NT-proBNP пг/мл



71.9 лет
Ж 44.6%



ФК II по NYHA 81.1%

6263 пациента

54.2+/-8.8

40-49%	50-59%	>60%
33.7%	36%	30.2%



DELIVER

Госпитализации по
СН
16%< 90 дней по
госпитализации
10%<30 дней



СКФ

61.0 мл/мин/1.73м²



ИБС

50.5%



ФП

56.7%



СД2

44.8%

Диуретики: 72%

иАПФ: 33%

БРА: 34%

АРНИ: 4%

АМКР: 38%

ББ: 76%



1011 (623-1751)

NT-proBNP пг/мл



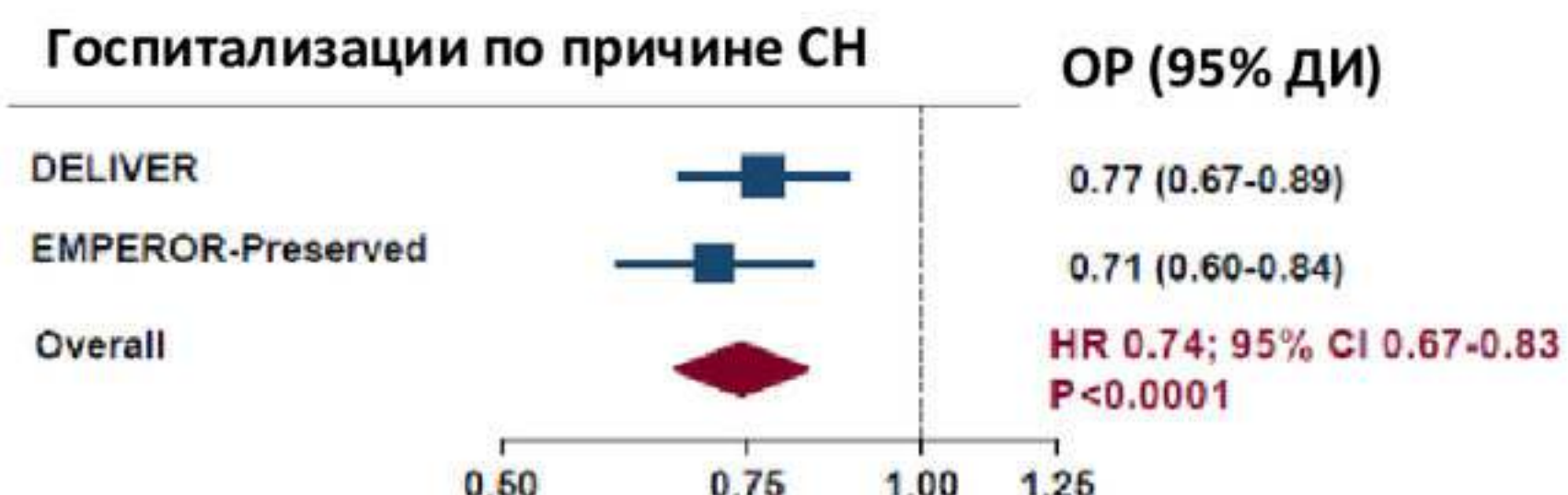
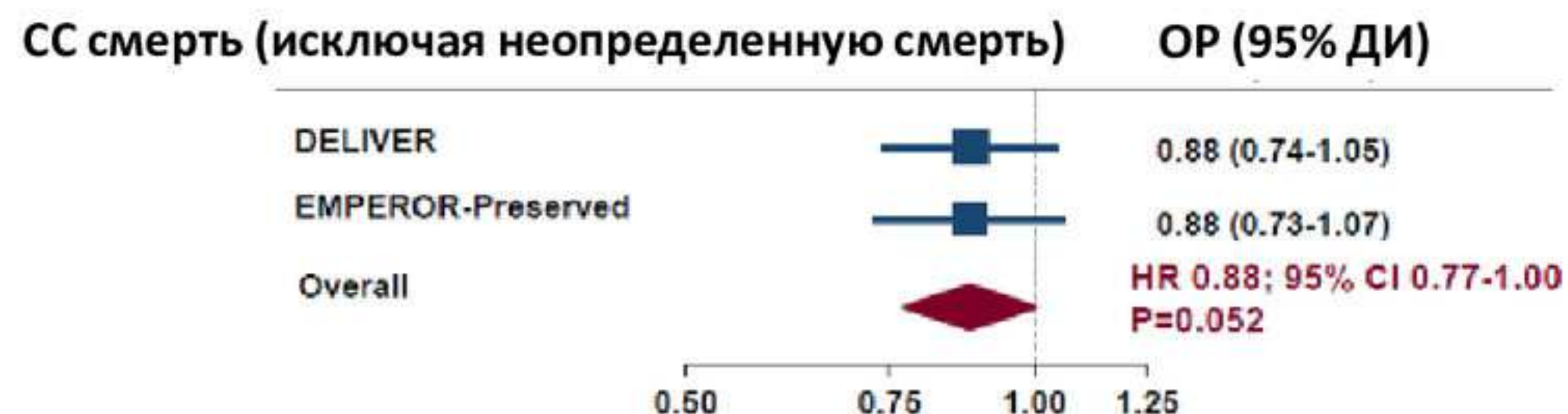
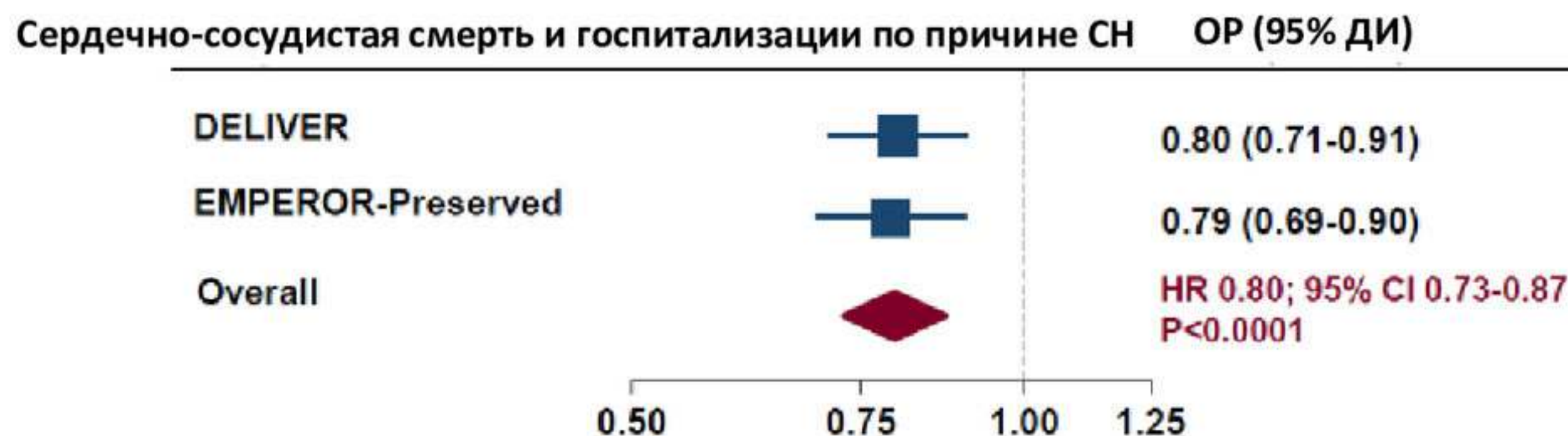
71.1 лет
Ж 43.9%



ФК II по NYHA 75.1%

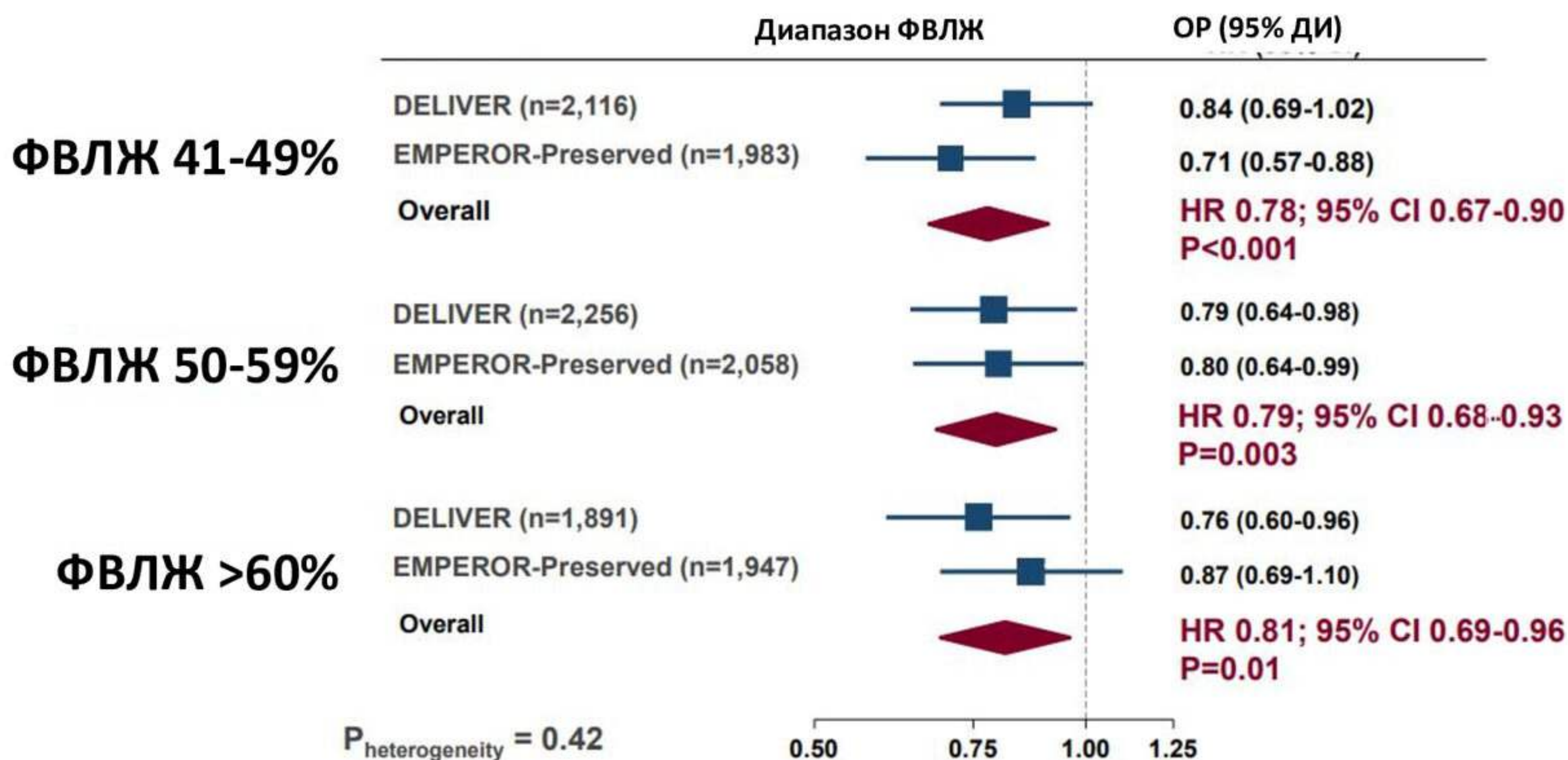
Исследования DELIVER и EMPEROR-Preserved:

↓20% (13-27%) относительное **снижение риска первичной конечной точки**
при последовательном снижении риска по обоим компонентам

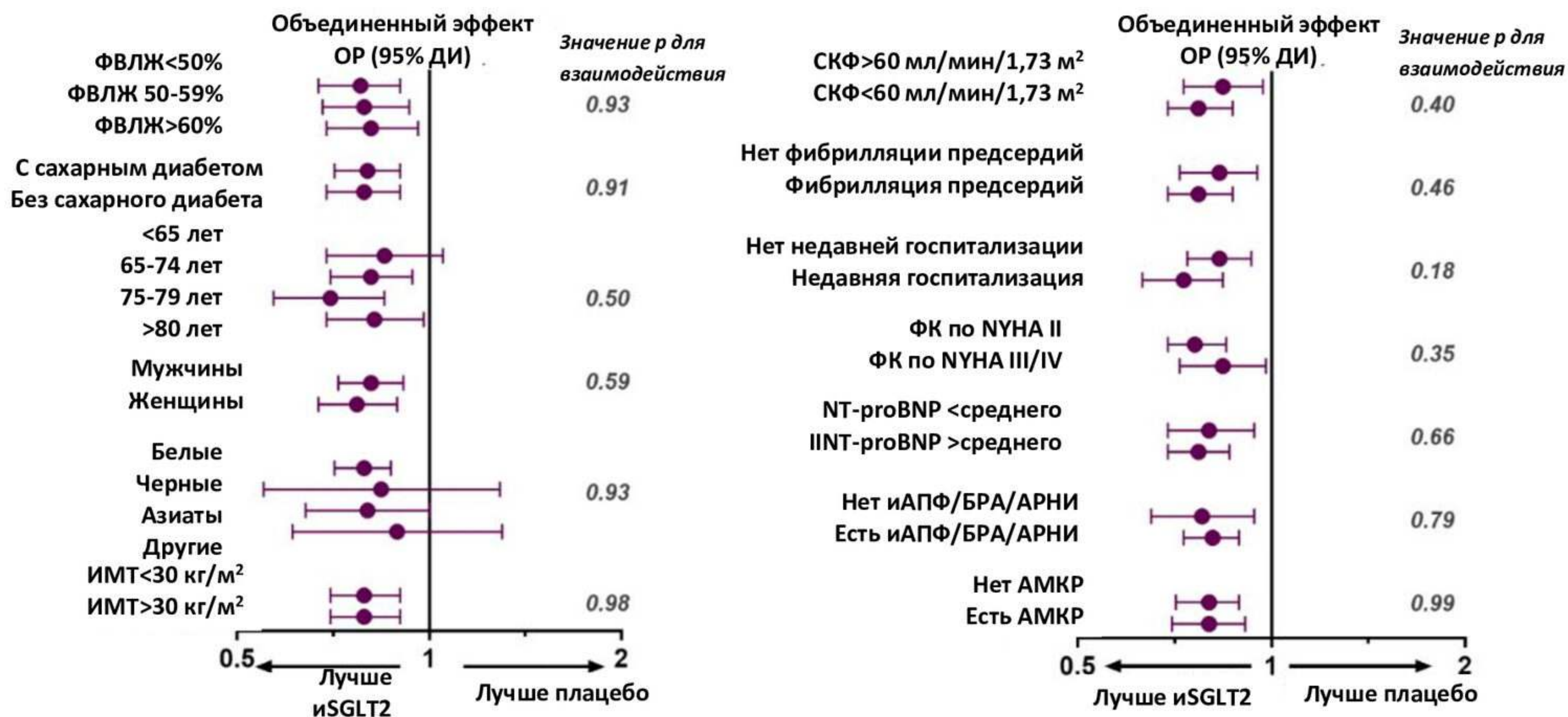


$P_{\text{heterogeneity}} > 0.40$ for all endpoints

Исследования DELIVER и EMPEROR-Preserved:
 последовательное снижение первичной конечной точки во всем диапазоне ФВЛЖ, в том числе при ФВЛЖ $\geq 60\%$

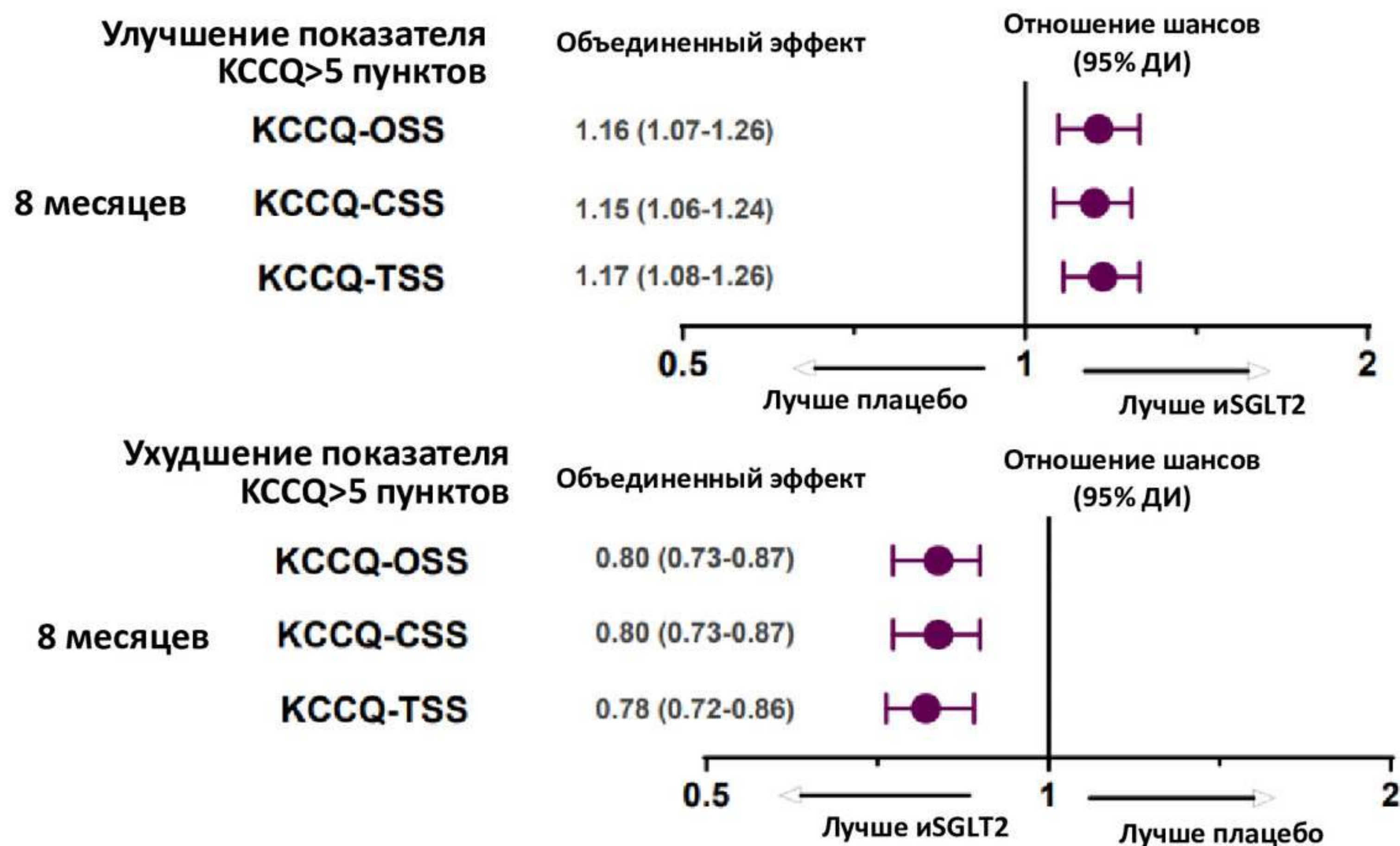


Исследования DELIVER и EMPEROR-Preserved: отсутствие существенной гетерогенности по первичной конечной точке в 13 подгруппах



Muthiah Vaduganathan, Lancet . 2022 Sep 3;400(10354):757-767. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01429-5. Epub 2022 Aug 27.

Исследования DELIVER и EMPEROR-Preserved: улучшение клинических показателей качества жизни



Muthiah Vaduganathan, Lancet . 2022 Sep 3;400(10354):757-767. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01429-5. Epub 2022 Aug 27.

С момента публикации рекомендаций ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2021 года было проведено несколько рандомизированных контролируемых исследований, которые должны изменить методы лечения пациентов до выхода следующего запланированного полного руководства. В этом целевом обновлении 2023 года рассматриваются изменения в рекомендациях по лечению СН, вызванные этими новыми данными. Мы рассматривали новые опубликованные доказательства до 31 марта 2023 года. После рассмотрения и обсуждения многих новых крупных рандомизированных контролируемых клинических исследований и метаанализов Рабочая группа проголосовала за включение тех из них, которые приведут к рекомендациям классов IIa и I. Это привело к тому, что мы обновили некоторые наши рекомендации по лечению HFmrEF, HFpEF, сопутствующих заболеваний и острой СН.



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2023) 00, 1–13
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>

ESC GUIDELINES

2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

**Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute
and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)**

**With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA)
of the ESC**

Рекомендации по лечению пациентов с СИМПТОМНОЙ сердечной недостаточностью

с умеренно сниженной ФВ ЛЖ

Recommendation Table 1 — Recommendation for the treatment of patients with symptomatic heart failure with mildly reduced ejection fraction

Recommendation	Class ^a	Level ^b
An SGLT2 inhibitor (dapagliflozin or empagliflozin) is recommended in patients with HFmrEF to reduce the risk of HF hospitalization or CV death. ^{c 6,8}	I	A

© ESC 2023

CV, cardiovascular; HF, heart failure; HFmrEF, heart failure with mildly reduced ejection fraction; SGLT2, sodium–glucose co-transporter 2.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cThis recommendation is based on the reduction of the primary composite endpoint used in the EMPEROR-Preserved and DELIVER trials and in a meta-analysis. However, it should be noted that there was a significant reduction only in HF hospitalizations and no reduction in CV death.

с сохраненной ФВ ЛЖ

Recommendation Table 2 — Recommendation for the treatment of patients with symptomatic heart failure with preserved ejection fraction

Recommendation	Class ^a	Level ^b
An SGLT2 inhibitor (dapagliflozin or empagliflozin) is recommended in patients with HFpEF to reduce the risk of HF hospitalization or CV death. ^{c 6,8}	I	A

© ESC 2023

CV, cardiovascular; HF, heart failure; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction; SGLT2, sodium–glucose co-transporter 2.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cThis recommendation is based on the reduction of the primary composite endpoint used in the EMPEROR-Preserved and DELIVER trials and in a meta-analysis. However, it should be noted that there was a significant reduction only in HF hospitalizations and no reduction in CV death.

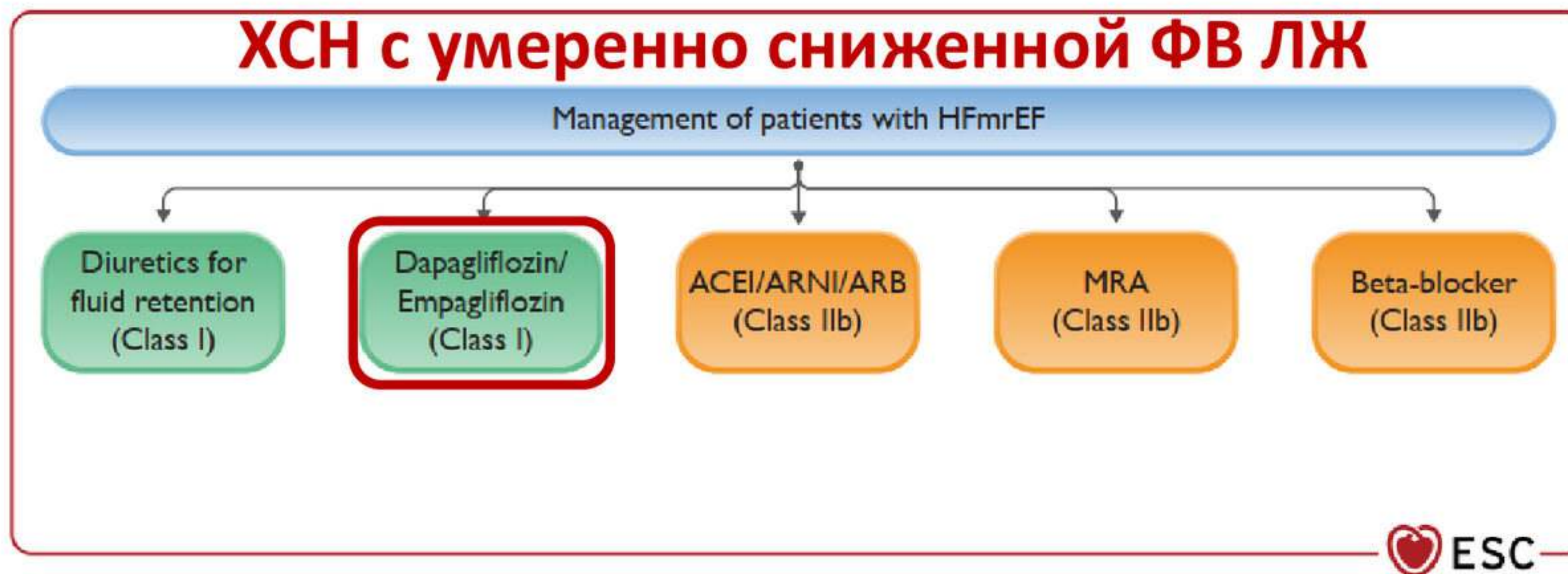


Figure 1 Management of patients with heart failure with mildly reduced ejection fraction. ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor–neprilysin inhibitor; HFmrEF, heart failure with mildly reduced ejection fraction; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist.

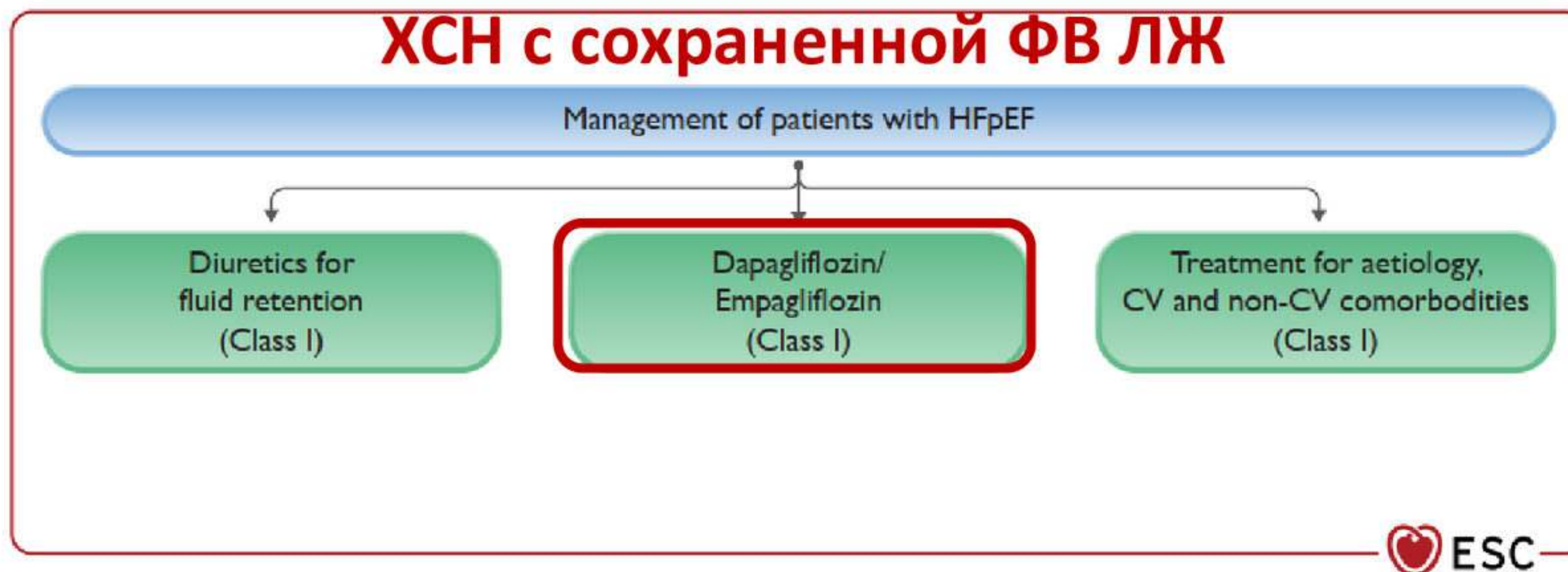


Figure 2 Management of patients with heart failure with preserved ejection fraction. CV, cardiovascular; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction.

Рекомендации по профилактике сердечной недостаточности при СД 2 типа и ХБП

Recommendation Table 4 — Recommendations for the prevention of heart failure in patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In patients with T2DM and CKD, ^c SGLT2 inhibitors (dapagliflozin or empagliflozin) are recommended to reduce the risk of HF hospitalization or CV death. ^{5,7,35}	I	A
In patients with T2DM and CKD, ^c finerenone is recommended to reduce the risk of HF hospitalization. ^{10,11,34,40}	I	A

© ESC 2023

CKD, chronic kidney disease; CV, cardiovascular; eGFR, estimated glomerular filtration rate; HF, heart failure; SGLT2, sodium–glucose co-transporter 2; T2DM, type 2 diabetes mellitus.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cCKD was defined as follows: an eGFR 25–75 mL/min/1.73 m² and a urinary albumin-to-creatinine ratio ≥200–5000 mg/g in DAPA-CKD;⁵ an eGFR 20–45 mL/min/1.73 m² or an eGFR 45–90 mL/min/1.73 m² with a urinary albumin-to-creatinine ratio ≥200 mg/g in EMPA-KIDNEY;⁷ an eGFR 25–60 mL/min/1.73 m², a urinary albumin-to-creatinine ratio 30–300 mg/g, and diabetic retinopathy, or an eGFR 25–75 mL/min/1.73 m² and a urinary albumin-to-creatinine ratio 300–5000 mg/g, in FIDELIO-DKD;¹⁰ and an eGFR 25–90 mL/min/1.73 m² and a urinary albumin-to-creatinine ratio 30 to <300 mg/g, or an eGFR >60 mL/min/1.73 m² and a urinary albumin-to-creatinine ratio 300–5000 mg/g, in FIGARO-DKD.¹¹

2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes

Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Nikolaus Marx [✉]*, (Chairperson) (Germany), Massimo Federici [✉]*, (Chairperson) (Italy), Katharina Schütt [✉]*, (Task Force Co-ordinator) (Germany), Dirk Müller-Wieland [✉]*, (Task Force Co-ordinator) (Germany), Ramzi A. Ajjan [✉] (United Kingdom), Manuel J. Antunes [✉] (Portugal), Ruxandra M. Christodorescu (Romania), Carolyn Crawford (United Kingdom), Emanuele Di Angelantonio [✉] (United Kingdom/Italy), Björn Eliasson [✉] (Sweden), Christine Espinola-Klein (Germany), Laurent Fauchier (France), Martin Halle [✉] (Germany), William G. Herrington [✉] (United Kingdom), Alexandra Kautzky-Willer [✉] (Austria), Ekaterini Lambrinou [✉] (Cyprus), Maciej Lesiak [✉] (Poland), Maddalena Lettino [✉] (Italy), Darren K. McGuire [✉] (United States of America), Wilfried Mullens (Belgium), Bianca Rocca [✉] (Italy), Naveed Sattar [✉] (United Kingdom), and ESC Scientific Document Group

- Ингибиторы SGLT2 являются предпочтительными препаратами при терапии больных СД2 с АССЗ, независимо от сахароснижающего эффекта и от применения метформина.
- Не было значимого улучшения риска МАСЕ в подгруппах пациентов без АССЗ, но с множественными ФР.
- Лечение ингибиторами SGLT2 можно рассматривать как средство снижения риска ССЗ, независимо от соображений контроля уровня глюкозы.

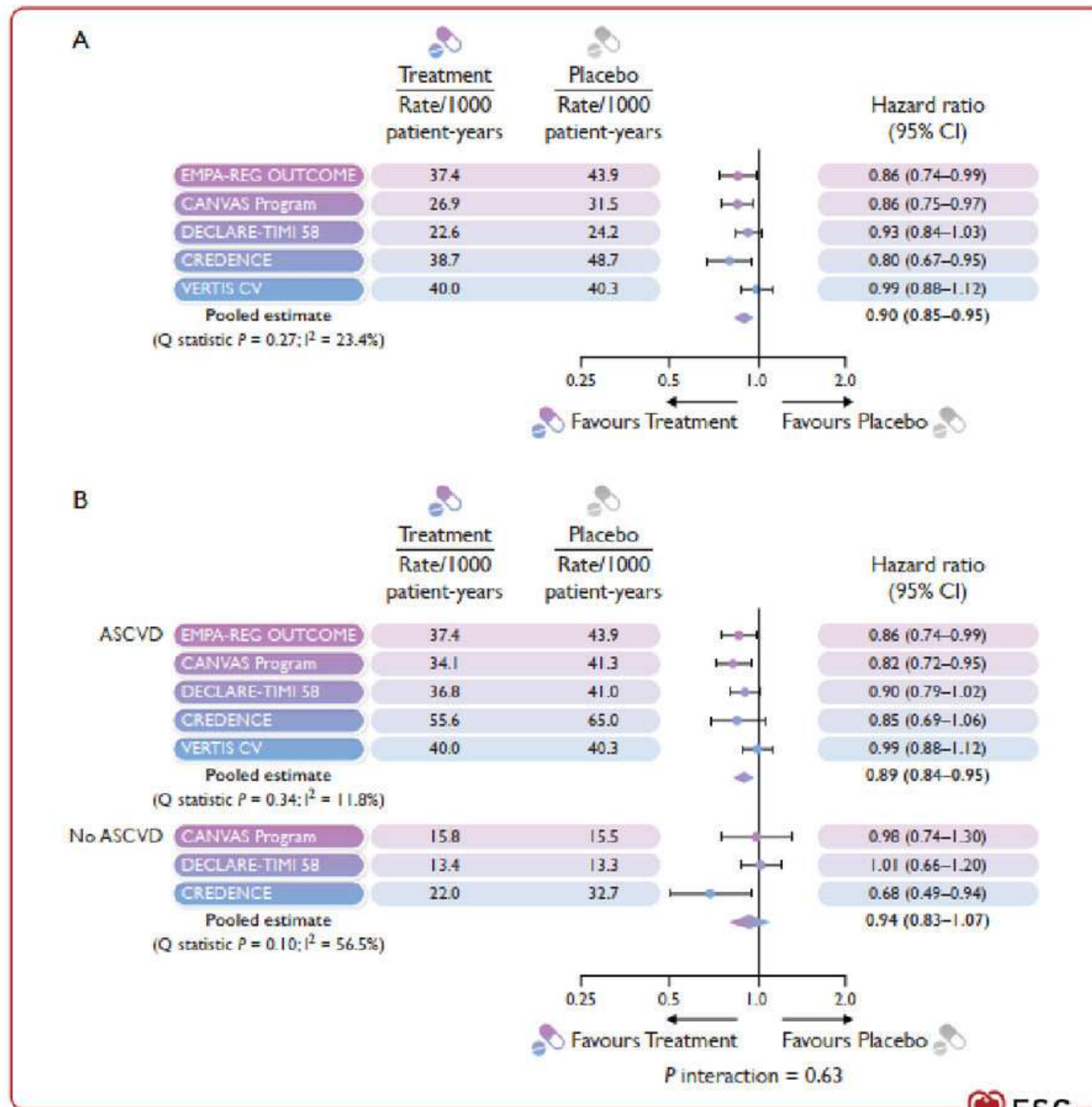


Figure 5 Meta-analysis of cardiovascular outcomes trial results of sodium–glucose co-transporter-2 inhibitors among patients with type 2 diabetes with or at high risk for atherosclerotic cardiovascular disease. (A) Overall major adverse cardiovascular events; (B) Major adverse cardiovascular events by atherosclerotic cardiovascular disease status. ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CI, confidence interval; Figure adapted from McGuire *et al.* 2021. This is an open access article distributed under the terms of the CC-BY-NC-ND License <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> ¹⁵⁵



Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства»

Проект приказа Минздрава России «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства» (далее – приказ) разработан в целях обеспечения доступности лекарственной терапии для пациентов, перенесших острые сердечно-сосудистые заболевания и страдающих хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка.

Согласно информации главных внештатных специалистов Минздрава России, среди фенотипов сердечной недостаточности только для хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка имеется лекарственная терапия, увеличивающая выживаемость.

Доступность оптимальной медикаментозной терапии для данной группы пациентов будет способствовать достижению национальных целей по снижению смертности от болезней системы кровообращения и увеличению общей продолжительности жизни.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.И. ЧАЗОВА

(ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России)

121552, г. Москва, ул. 3-я Черепковская, д.15А
Тел.: +7(495) 150-44-19; +7(495)414-60-31
www.cardioweb.ru, e-mail: info@cardioweb.ru
ОГРН 1037739144640; ОКПО 01897535
ИНН/КПП 7731243467/773101001

от 18.11.2022 № 02-1/328

Руководителям органов
исполнительной власти в сфере
здравоохранения Центрального,
Уральского, Сибирского и
Дальневосточного федеральных
округов Российской Федерации

Копия:

Главным внештатным специалистам
кардиологам субъектов указанных
федеральных округов

Добавленные в перечень лекарственных препараты должны применяться для лечения хронической сердечной недостаточности в тех случаях, когда она выявляется у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнено аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и/или катетерная абляция. Медикаментозное лечение в амбулаторных условиях хронической сердечной недостаточности и других сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний у перечисленных категорий лиц должно проводиться согласно клиническим рекомендациям по соответствующим нозологиям, утвержденным Научно-практическим советом Минздрава России.

6 **Хроническая сердечная недостаточность**

7

8 Кодирование по Международной

9 статистической классификации

10 болезней и проблем, связанных со здоровьем: I50.0, I50.1, I50.9

11

12 Возрастная группа: взрослые

13 Год утверждения: 2022

14 Разработчик клинической рекомендации:

15 • Российское кардиологическое общество

16 При участии:

17 • Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и
18 заболеваний миокарда

19 • Общество специалистов по сердечной недостаточности

20 • Российское научное медицинское общество терапевтов

1981 **3.1.2.4. Дапаглифлозин**/эмпаглифлозин** (именуемые в научной литературе**

1982 **как ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа)**

1983 • Дапаглифлозин**/эмпаглифлозин** рекомендуются всем пациентам с симптомной

1984 СН и сниженной фракцией выброса ЛЖ вне зависимости от наличия или отсутствия

1985 СД и при отсутствии противопоказаний для снижения риска госпитализации из-за СН

1986 и смерти.

1987 **ЕОК IА (УУР А, УДД 2)**

5	Клинические рекомендации	3377	Лечение ХСНунФВ
6	Хроническая сердечная недостаточность	3378	• У пациентов с ХСНунФВ и признаками задержки жидкости рекомендуется
7		3379	назначение диуретиков с целью улучшения клинической симптоматики ХСН.
8	Кодирование по Международной	3380	ЕОК 1С (УУР А, УДД 1)
9	статистической классификации	3381	Faris R, Flather M, Purcell H, Henein M, Poole-Wilson P, Coats A. Current evidence supporting the role of diuretics in heart
10	болезней и проблем, связанных со здоровьем: 150.0, 150.1, 150.9	3382	failure: a meta analysis of randomized controlled trials. Int J Cardiol 2002;82:149-158.
11		3383	• У пациентов с ХСНунФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема
12	Возрастная группа: взрослые	3384	валсартан+сакубитрила** с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и
13	Год утверждения: 2022	3385	смерти.
14	Разработчик клинической рекомендации:	3386	ЕОК 1аВ (УУР В, УДД 2)
15	• Российское кардиологическое общество	3387	Solomon SD, McMurray JJV, Anand IS, Ge J, Lam CSP, Maggioni AP, Martinez F, Packer M, Pfeffer MA, Pieske B,
16	При участии:	3388	Redfield MM, Rouleau JL, van Veldhuisen DJ, Zannad F, Zile MR, Desai AS, Claggett B, Jhund PS, Boytsov SA, Comin-Colet J,
17	• Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и	3389	Cleland J, Döngen HD, Gonçalvesova E, Katova T, Kerr Saraiva JF, Lelonek M, Merkely B, Senni M, Shah SJ, Zhou J, Rizkala
18	заболеваний миокарда	3390	AR, Gong J, Shi VC, Lefkowitz MP; PARAGON-HF Investigators and Committees. N Engl J Med. 2019 Oct 24;381(17):1609-
19	• Общество специалистов по сердечной недостаточности	3391	1620. doi: 10.1056/NEJMoa1908655. Epub 2019 Sep 1. PMID: 31475794
20	• Российское научное медицинское общество терапевтов	3392	Solomon SD, Vaduganathan M, L Claggett B, Packer M, Zile M, Swedberg K, Rouleau J, A Pfeffer M, Desai A, Lund LH,
		3393	Kober L, Anand I, Sweitzer N, Linssen G, Merkely B, Luis Arango J, Vincereanu D, Chen CH, Senni M, Sibulo A, Boytsov S, Shi
		3394	V, Rizkala A, Lefkowitz M, McMurray JJV. Sacubitril/Valsartan Across the Spectrum of Ejection Fraction in Heart Failure.
		3395	Circulation. 2020 Feb 4;141(5):352-361. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.044586. Epub 2019 Nov 17. PMID: 31736342.
		3396	Mc Causland FR, Lefkowitz MP, Claggett B, Anavekar NS, Senni M, Gori M, Jhund PS, McGrath MM, Packer M, Shi V,
		3397	Van Veldhuisen DJ, Zannad F, Comin-Colet J, Pfeffer MA, McMurray JJV, Solomon SD. Angiotensin-Neprilysin Inhibition and
		3398	Renal Outcomes in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. Circulation. 2020 Sep 29;142(13):1236-1245. doi:
		3399	10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047643. Epub 2020 Aug 17. PMID: 32845715.
		3400	• У пациентов с ХСНунФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема иАПФ/
		3401	АРА, бета-адреноблокаторов, разрешенных при ХСНнФВ, и альдостерона
		3402	антагонистов, с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти.
		3403	ЕОК 1бС (УУР В, УДД 5)
		3404	Cleland JGF, Bunting KV, Flather MD, Altman DG, Holmes J, Coats AJS, et al. Beta-blockers in Heart Failure
		3405	Collaborative Group. Beta-blockers for heart failure with reduced, mid-range, and preserved ejection fraction: an individual patient-
		3406	level analysis of double-blind randomized trials. Eur Heart J 2018;39:26-35
		3407	Lund LH, Claggett B, Liu J, Lam CS, Jhund PS, Rosano GM, Swedberg K, Yusuf S, Granger CB, Pfeffer MA, McMurray
		3408	JJV, Solomon SD. Heart failure with mid-range ejection fraction in CHARM: characteristics, outcomes and effect of candesartan
		3409	across the entire ejection fraction spectrum. Eur J Heart Fail. 2018 Aug; 20:1230-1239.
		3410	Solomon SD, Claggett B, Lewis EF, Desai A, Anand I, Sweitzer NK, O'Meara E, Shah SJ, McKinlay S, Fleg JL, Sopko G,
		3411	Pitt B, Pfeffer MA; TOPCAT Investigators. Influence of ejection fraction on outcomes and efficacy of spironolactone in patients
		3412	with heart failure with preserved ejection fraction. Eur Heart J. 2016; 37: 455-62.
		3413	• У пациентов с ХСНунФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема
		3414	<u>дапаглифлозина**/ эмпаглифлозина**</u> с целью снижения риска госпитализации из-за
		3415	ХСН и смерти.
		3416	ЕОК 1А (УУР А, УДД 2)

5	Клинические рекомендации
6	Хроническая сердечная недостаточность
7	
8	Кодирование по Международной
9	статистической классификации
10	болезней и проблем, связанных со здоровьем: I50.0, I50.1, I50.9
11	
12	Возрастная группа: взрослые
13	Год утверждения: 2022
14	Разработчик клинической рекомендации:
15	• Российское кардиологическое общество
16	При участии:
17	• Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда
18	
19	• Общество специалистов по сердечной недостаточности
20	• Российское научное медицинское общество терапевтов

3428	Лечение ХСНсФВ
3429	• Пациентам с ХСНсФВ и застойными явлениями рекомендованы диуретики с целью
3430	устранения застойных явлений и уменьшения выраженности симптомов и признаков
3431	сердечной недостаточности.
3432	ЕОК IV (УУР А, УДД 1).
3433	Faris R., Flather M., Purcell H., Hencin M., Poole-Wilson P., Coats A.. Current evidence supporting the role of diuretics
3434	in heart failure: a meta analysis of randomized controlled trials. Int J Cardiol 2002;82:149–158.
3435	Faris R.F., Flather M., Purcell H., Poole-Wilson P.A., Coats A.J. Diuretics for heart failure.Cochrane Database Syst Rev
3436	2012;2:CD003838.
3437	• У пациентов с ХСНсФВ в эволюционном статусе, имеющих выраженные
3438	функциональные ограничения и тяжёлую диастолическую дисфункцию левого
3439	желудочка рекомендуются диуретики для улучшения клинической симптоматики СН.
3440	ЕОК IIaB (УУР В, УДД 2).
3441	Azizova A.G., Ovchinnikov A.G., Blankova Z.N., Ageev F.T. In patients with elevated LV filling pressure loop diuretics
3442	improve severity of heart failure and diastolic dysfunction, but torasemide does it somewhat better than furosemide. Eur J Heart
3443	Fail 2011;10 (Suppl 2):S186.
3444	Adamson PB, Abraham WT, Bourge RC, Costanzo MR, Hasan A, Yadav C, et al. Wireless pulmonary artery pressure
3445	monitoring guides management to reduce decompensation in heart failure with preserved ejection fraction. Circ Heart Fail. 2014
3446	Nov;7(6):935-44. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.001229.
3447	• У пациентов с ХСНсФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема
3448	<u>дапаглифлозина**/ эмпаглифлозина**</u> с целью снижения риска госпитализации из-за
3449	ХСН и смерти.
3450	ЕОК IA (УУР А, УДД 2)



Ингибиторы НГКТ 2 типа: **«рейдерский захват» кардиологами**



Кореннова Ольга Юрьевна

Главный внештатный кардиолог МЗ ОО

Главный врач БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер»

Д.м.н., профессор

*Профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО,
Профессор кафедры госпитальной терапии с курсом гастроэнтерологии ОмГМУ*



07.09.2023 г.

Отсканируйте QR код, чтобы перейти
на наш сайт omskcardio.com



г. Иркутск



7-9 сентября 2023 года