

Европейский конгресс кардиологов 2021: обзор новых рекомендаций ESC по сердечной недостаточности 2021 г.

Обзор подготовила студент: Маяцкая Анастасия Дмитриевна 1.6.11а

СНК кафедры Госпитальной терапии имени П. Е. Лукомского ЛФ

Кураторы СНК: Кокорин Валентин Александрович, д. м. н., доцент,
Соболева Валентина Николаевна, к. м. н., доцент

**ESC
CONGRESS
2021**

THE DIGITAL EXPERIENCE

27 - 30 AUGUST





Если кратко:

-
- Новый термин. Вместо «сердечная недостаточность со средней фракцией выброса» (ФВ 41-49%) теперь предложен термин «сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса» (HFmrEF)
 - Новый упрощенный алгоритм лечения HFrEF. К препаратам первой линии добавлены SGLT2-ингибиторы. Все 4 группы основных препаратов считаются равнозначными, выбор — за врачом.
 - Добавлен новый алгоритм лечения HFrEF в соответствии с различными фенотипами
 - Модифицирована классификация острой СН
 - Обновлены методы лечения большинства сопутствующих заболеваний, не связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая диабет, гиперкалиемию, дефицит железа и рак.
 - Обновлена информация о кардиомиопатиях, включая роль генетического тестирования и новых методов лечения

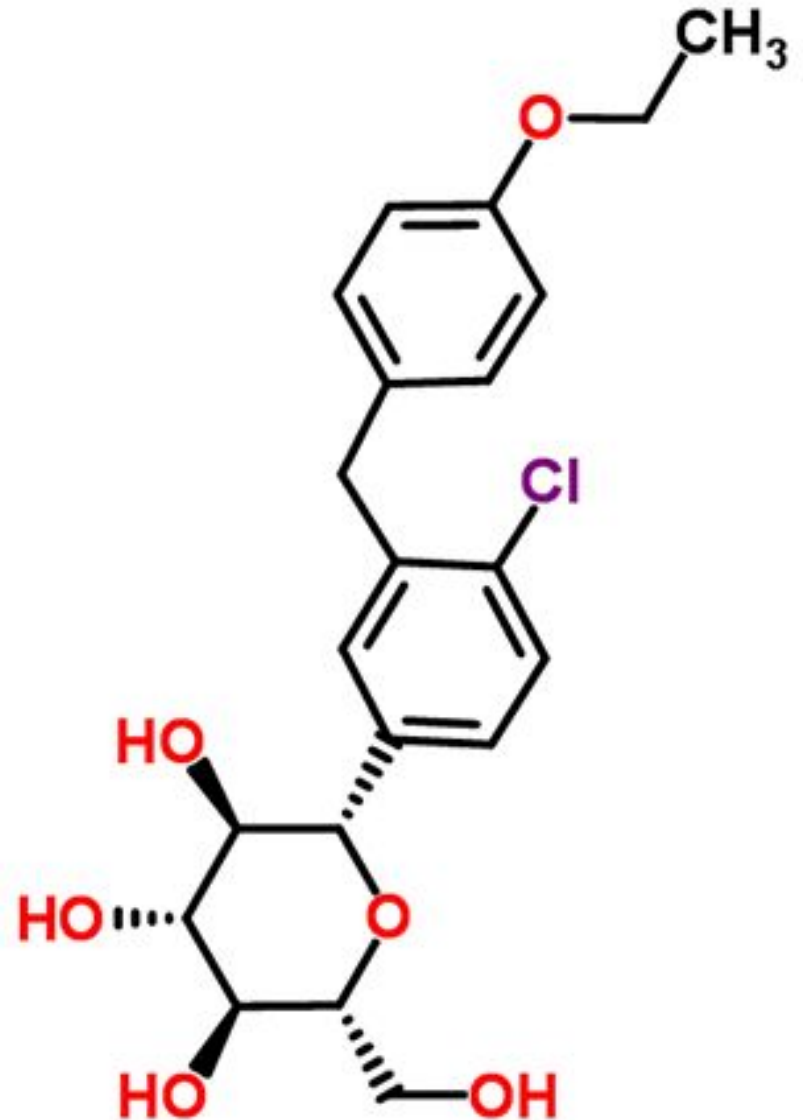
Обновленные рекомендации:

- 1. Всем пациентам с подозрением на сердечную недостаточность необходимо сделать ЭКГ, эхокардиографию, R-графию ОГК, анализы крови (общий и биохимический, включая мочевины и электролиты), функцию щитовидной железы, гликированный гемоглобин (HbA1c), липиды, исследования железа и натрийуретический пептид В-типа (BNP/NT-proBNP). МРТ сердца рекомендуется пациентам с плохим акустическим окном на УЗИ или пациентам с подозрением на инфильтративную кардиомиопатию, гемохроматоз, некомпактность миокарда ЛЖ или миокардит.

2. В списке препаратов первой линии для ведения пациентов с HFrEF появились SGLT2-ингибиторы **дапаглифлозин** и **эмпаглифлозин**. Их назначение позволяет снизить риск госпитализации и смерти от сердечной недостаточности (класс I, уровень A).

Что интересно — новый двойной SGLT 1/2 ингибитор **Сотаглифлозин** пока не получил ~~рекомендации по применению~~ у пациентов HFrEF.

Dapagliflozin



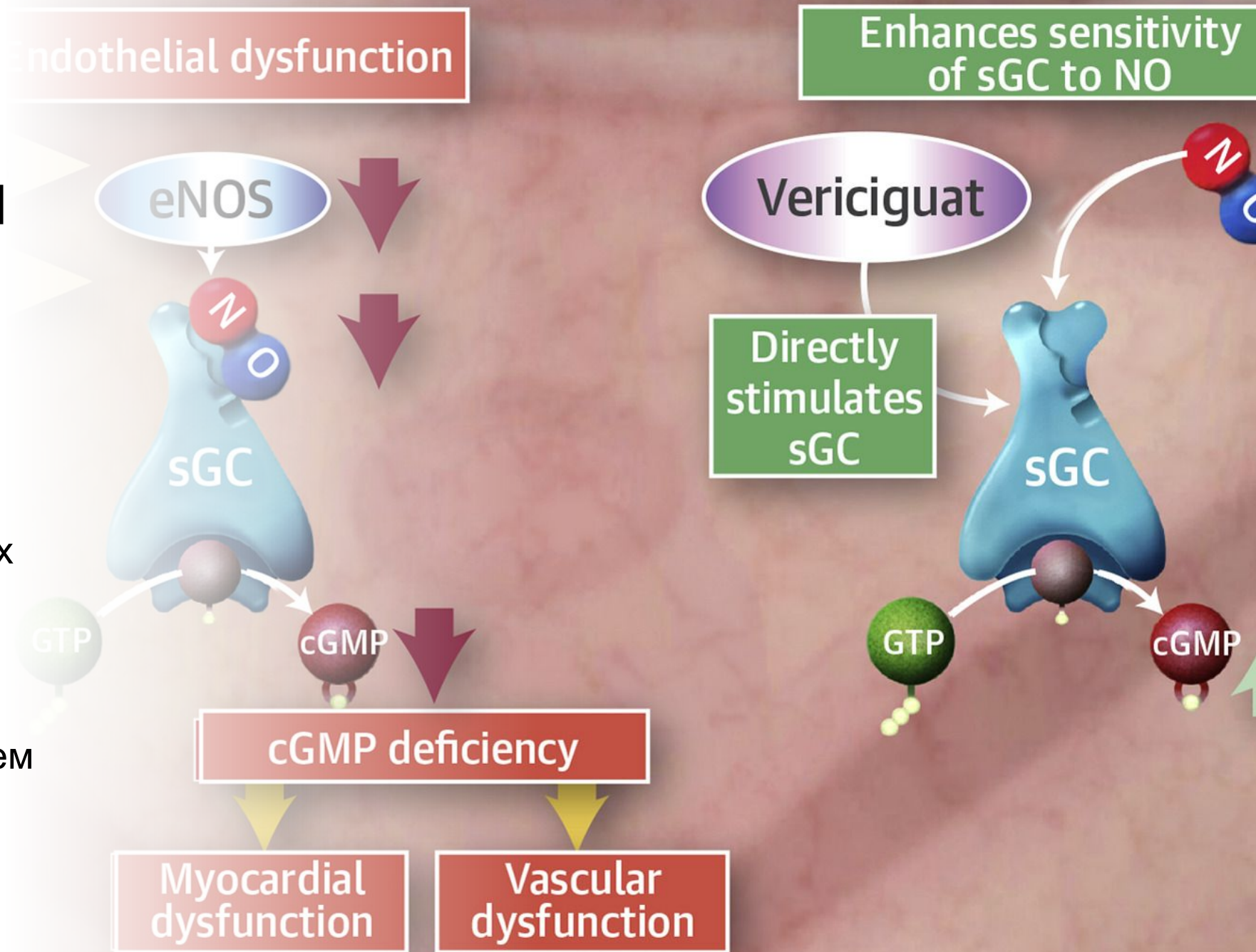


Обновленные рекомендации

- 3. Назначение ингибиторов SGLT2 (*в рекомендациях указаны дапаглифлозин, эмпаглифлозин, сотаглифлозин, канаглифлозин, эртруглифлозин*) у пациентов с сахарным диабетом позволяет снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений, почечной дисфункции и смерти.
- 4. Роль иАПФ/БРА, бета-блокаторов и антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР) осталась неизменной.
- 5. К препаратам первой линии (выше) могут быть добавлены петлевые диуретики в случае задержки жидкости.
- 6. Также новой является рекомендация рассмотреть возможность начала приема **сакубитрила/валсартана** у пациентов с HFrEF, ранее не получавших иАПФ (класс IIb, уровень B).

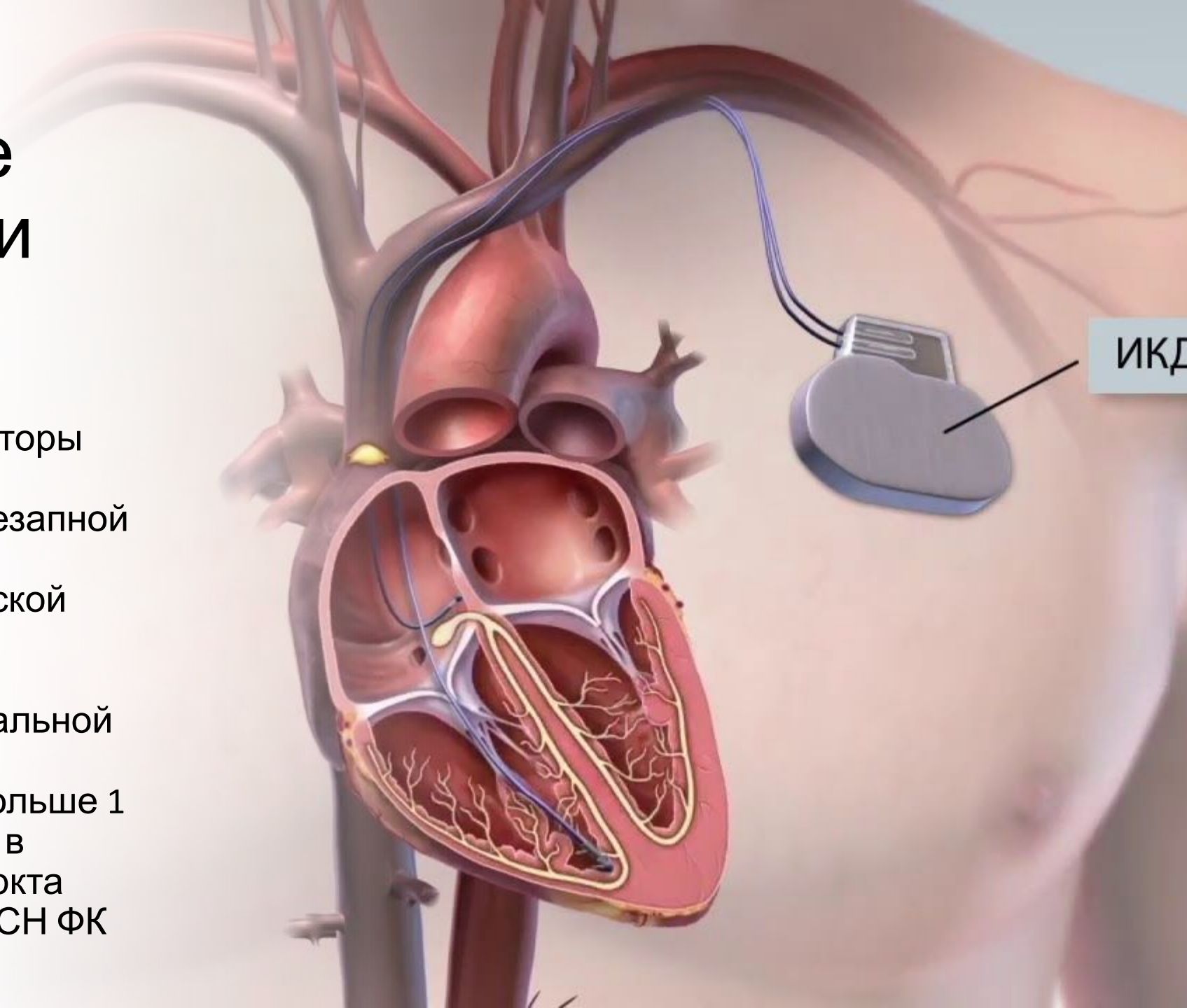
Обновленные рекомендации

7. Другие новые препараты, которые могут быть рассмотрены для отдельных пациентов с HFrEF, — это **верицигуат** (класс IIb, уровень B) и **омекамтив мекарбил**, которые могут быть рассмотрены в будущем (на данный момент не сертифицированы).



Обновленные рекомендации

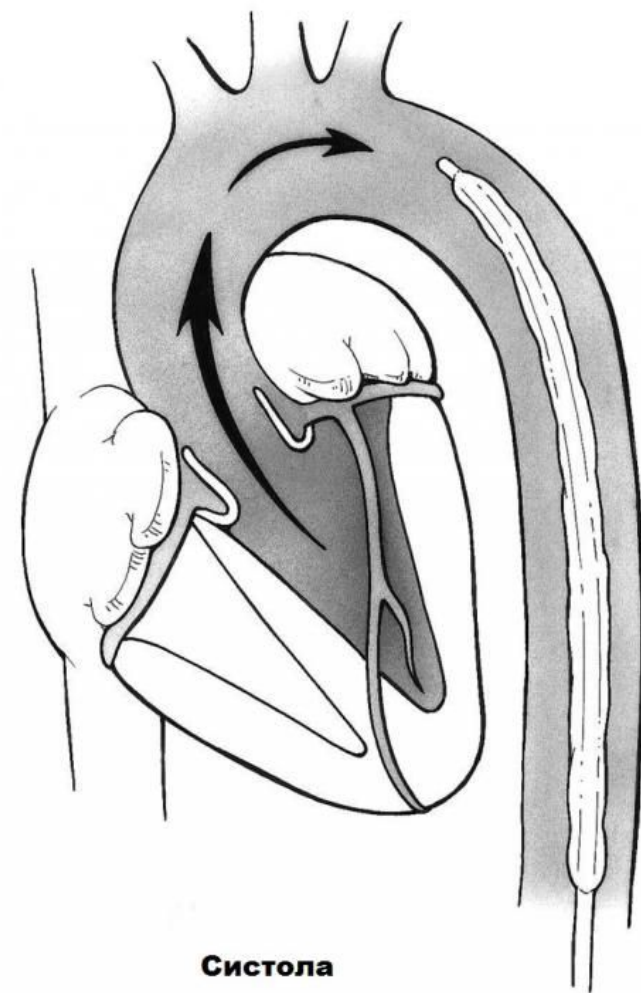
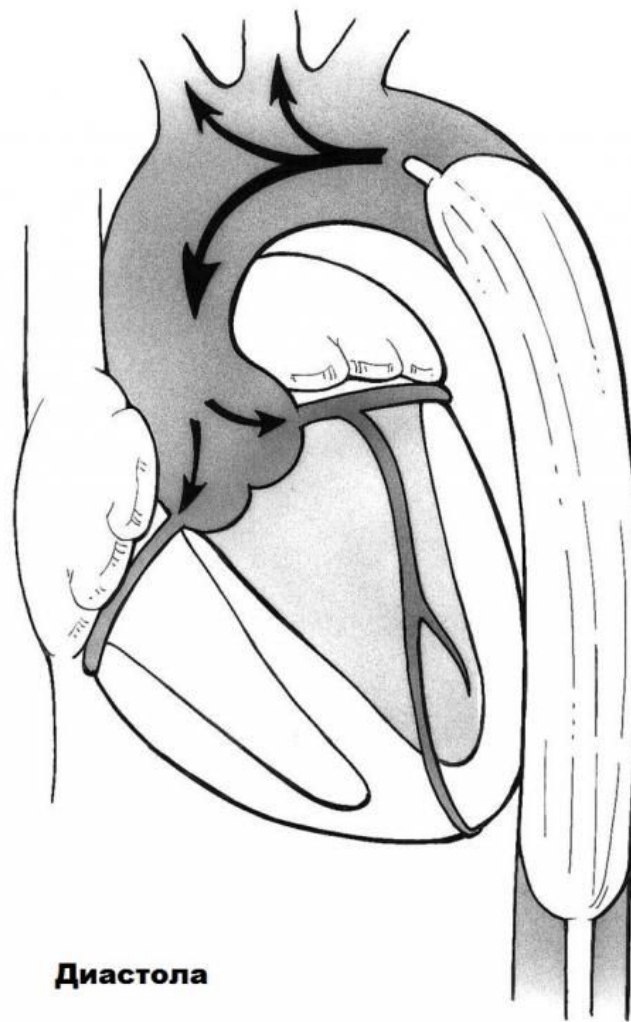
•8.Импламентируемые кардиовертеры-дефибрилляторы (ИКД) рекомендуются для первичной профилактики внезапной сердечной смерти при симптоматической ишемической или неишемической кардиомиопатии с ФВ $\leq 35\%$, несмотря на 3 месяца оптимальной терапии, если ожидаемая продолжительность жизни больше 1 года. ИКД НЕ рекомендуется в течение 40 дней после инфаркта миокарда или пациентам с ХСН ФК IV по NYHA.



Обновленные рекомендации

•9. Ресинхронизирующая терапия (имплантация CRT) рекомендуется при симптоматической HFrEF с ФВ <35% при синусовом ритме с блокадой левой ножки пучка Гиса и шириной QRS более 150 мс, несмотря на оптимальную терапию. CRT также рекомендуется при HFrEF с EF <35% независимо от симптомов или продолжительности QRS у пациентов с АВ-блокадой высокой степени.

•10. При острой декомпенсированной СН не рекомендуется рутинное использование инотропов при отсутствии кардиогенного шока и НЕ рекомендуется рутинное использование опиоидов. Также НЕ рекомендуется рутинное использование ВАБК при кардиогенном шоке у пациентов после инфаркта миокарда.



Другие важные изменени я:

• **Новая терминология и рекомендации по лечению для пациентов с HFmrEF.** Название категории было изменено с *«сердечная недостаточность со средней фракцией выброса»* на *«сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса»* (HFmrEF), чтобы более четко выделить эту группу пациентов. Рекомендации по поводу фармакологического лечения при HFmrEF включают диуретики (класс I, уровень C), иАПФ/БРА, бета-блокаторы, АМКР и сакубитрил / валсартан (класс IIb, уровень C).

Новая классификация острой сердечной недостаточности.

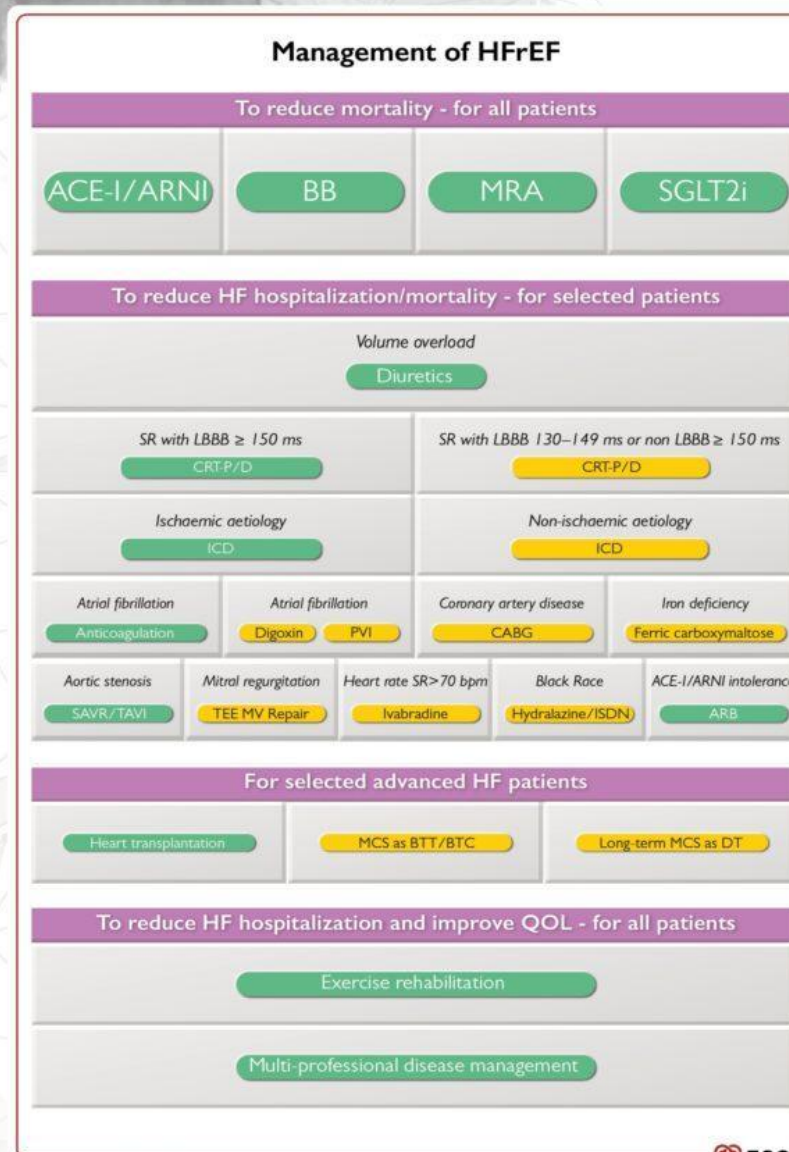
•Предложена таблица с четырьмя категориями клинических проявлений острой СН с информацией об основных механизмах, основной причине СИМПТОМОВ, ВОЗНИКНОВЕНИИ, ОСНОВНЫХ гемодинамических аномалиях, основных клинических проявлениях и основном лечении.

2021 ESC Guidelines



Diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

#ESCGuidelines



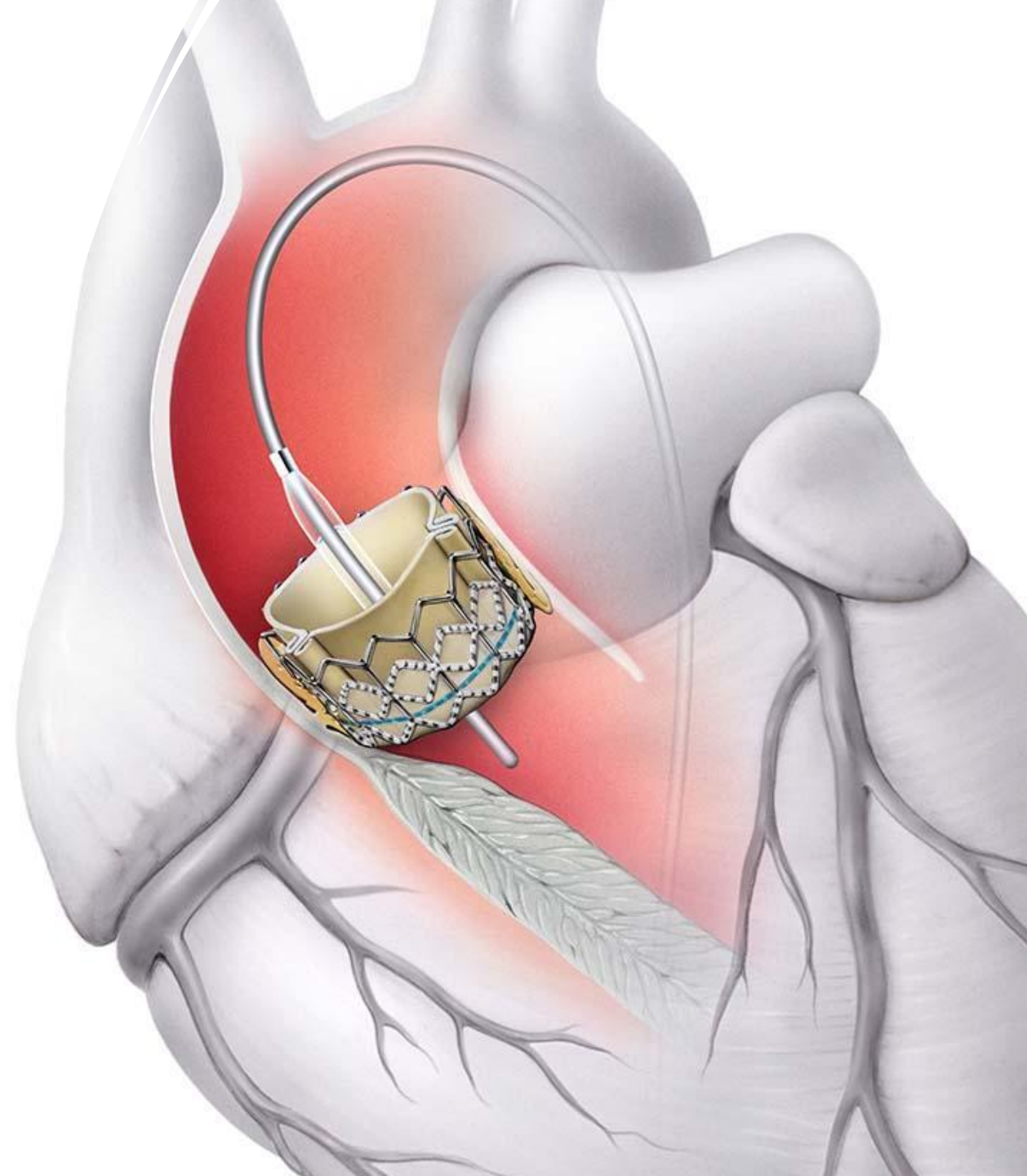
Ведение онкологических пациентов.

- Пациенты, которые имеют повышенный риск кардиотоксичности, определяемый анамнезом или факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, предыдущей кардиотоксичностью или воздействием кардиотоксических агентов, должны пройти оценку сердечно-сосудистой системы перед назначенной противоопухолевой терапией, предпочтительно у кардиолога с опытом в кардио-онкологии.



Ведение пациентов с сердечной недостаточностью и пороками клапанов сердца.

•Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) или хирургическая замена аортального клапана (SAVR) рекомендуются пациентам с сердечной недостаточностью и тяжелым высокоградиентным стенозом аортального клапана для снижения смертности и улучшения качества жизни. Выбор между TAVI и SAVR следует делать на основе индивидуальных предпочтений пациента и учитывая возраст, хирургический риск, клинические, анатомические и процедурные аспекты, а также преимущества каждого подхода.



Сердечная недостаточность и дефицит железа.

•Новым в рекомендациях по анемии и недостаточности железа при сердечной недостаточности является рекомендация о том, что все пациенты с сердечной недостаточностью должны периодически проходить скрининг на анемию и дефицит железа с полным анализом крови, концентрацией ферритина в сыворотке и TSAT (сатурация трансферрина (англ. Transferrin Saturation) или коэффициент насыщение трансферрина железом). Кроме того, для снижения риска госпитализации с сердечной недостаточностью следует рассмотреть возможность внутривенного введения препаратов железа с карбоксимальтозой железа (III) у пациентов с симптомами сердечной недостаточности, недавно госпитализированных по поводу сердечной недостаточности и с ФВ ЛЖ <50% и дефицитом железа (класс IIa, уровень B).



- **Сердечная недостаточность и амилоидоз.** Тафамидис — рекомендация класса I для пациентов с TTR амилоидозом и симптомами СН ФК I-II по NYHA.

- **Сердечная недостаточность и фибрилляцией предсердий.** У пациентов с СН и ФП рекомендуется использовать прямые оральные антикоагулянты вместо антагонистов витамина K, за исключением пациентов с механическим протезом клапана или умеренным/тяжелым митральным стенозом.

- **Ничего нового для HFrEF.** В обновленные руководства не было включено никаких новых рекомендаций по лечению HFrEF. Пока нет методов лечения HFrEF, которые бы снижали смертность.



**Благодарю за
внимание!**

