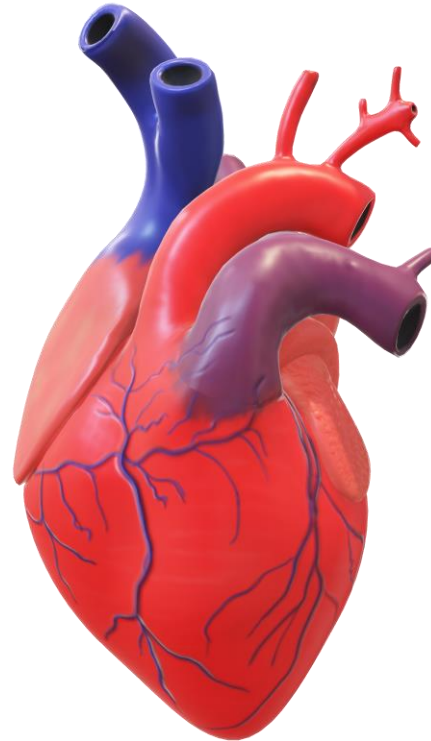


# Хронічна серцева недостатність: діагностика та базисна терапія



доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини, терапії, кардіології та неврології ФПО  
Запорізького державного медичного університету  
ESC Professional Member, EACVI certified member

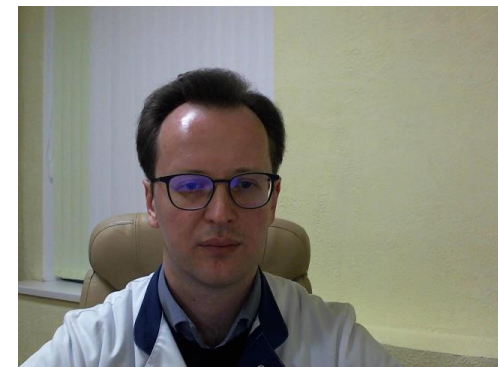
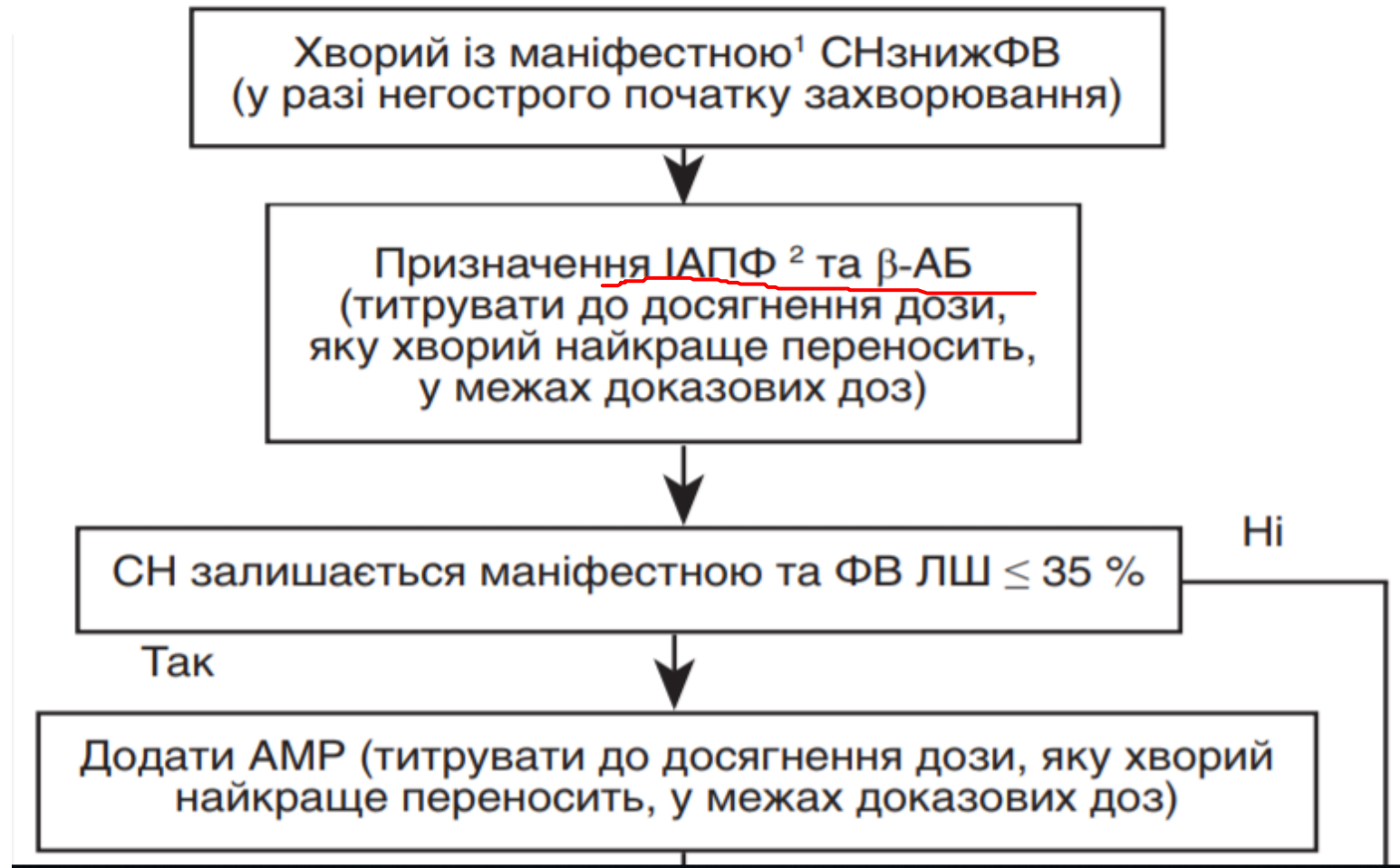
**Колесник Михайло Юрійович**

# Принципи базисної терапії ХСН

1. ЕТАПНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ.
2. ТІТРАЦІЯ ДОЗ – ВІД НАЙМЕНШОЇ ДО МАКСИМАЛЬНО ПЕРЕНОСИМОЇ.
3. РЕГУЛЯРНИЙ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИЙ КОНТРОЛЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ТЕРАПІЇ



# Етапність терапії ХСН із ФВ < 40 %



# Інгібітори АПФ

Представник	Стартова доза	Цільова доза
Каптоприл	6,25 мг 3 рази на день	50 мг 3 рази в день
Еналаприл	2,5 мг 2 рази на день	10-20 мг 2 рази в день
Лізиноприл	2,5-5 мг 1 раз на день	20-35 мг 1 раз в день
Раміприл	2,5 мг 1 раз на день	10 мг 1 раз в день
Трандолаприл	0,5 мг 1 раз на день	4 мг 1 раз в день

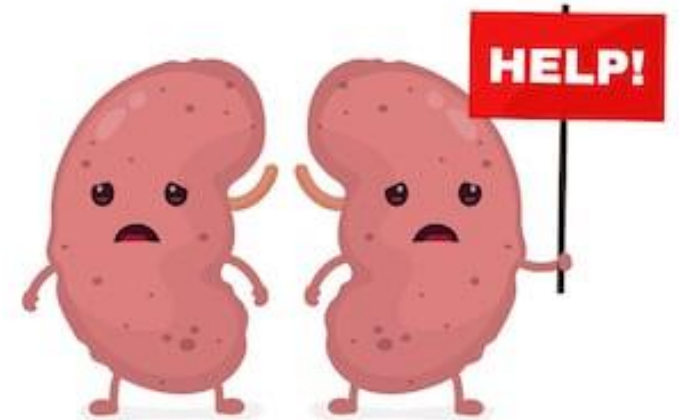
## Протипоказання:

1. Двобічний стеноз ниркових артерій.
2. Ангіоневротичний набряк на прийом іАПФ в анамнезі.
3. Вагітність чи потенційна вагітність.



# Побічні ефекти інгібіторів АПФ

брадікінін



# Практичні аспекти призначення іАПФ

Перед призначенням:

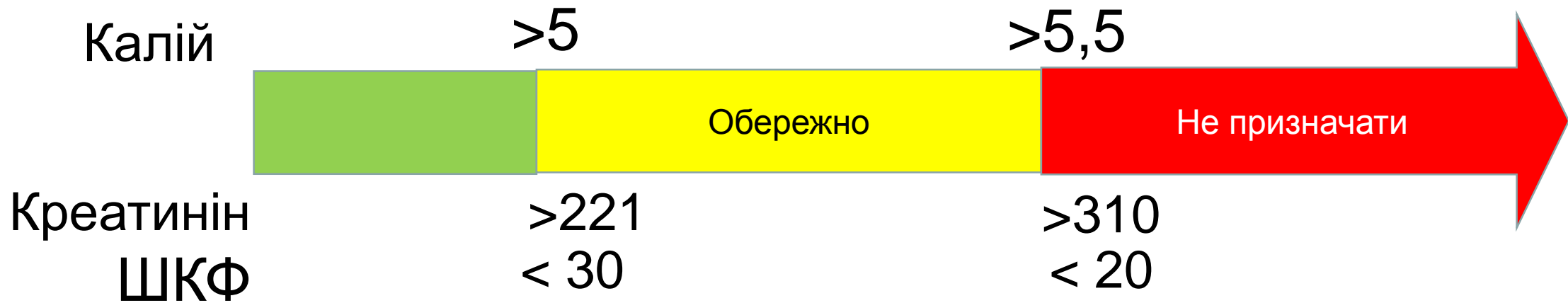
- Перевірити креатинін, ШКФ, калій
- Почати з мінімальної дози
- При рівні САТ менше 100 – призначення на ніч

В процесі лікування:

- Тітрація доз кожні 2 тижні
- Контроль креатиніну, ШКФ, калію через 1-2 тижні після зміни режиму терапії

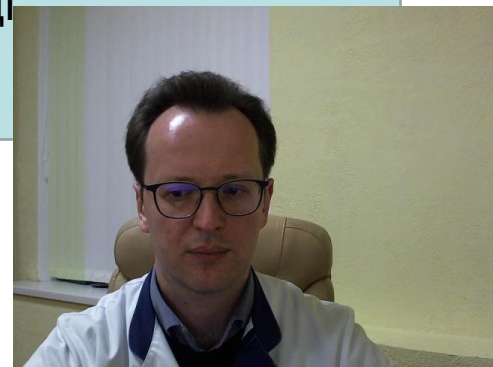


# Практичні аспекти призначення іАПФ



КОНТРОЛЬ ЧЕРЕЗ КОЖНІ 1-2 ТИЖНЯ ПІСЛЯ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ЗМІНИ ДОЗИ

ПРИ ДОСЯГНЕННІ ЦІЛЬОВОЇ / ПЕРЕНΟΣИМОЇ ДОЗИ – 1 раз на 4 місяці  
(при стабільних показниках)





# Приріст калія та креатиніна в процесі лікування іАПФ

Параметр	Можливо	«Сіра зона»	Відмінити
Калій	$\leq 5,5$		$> 5,5$
Креатинін	$< 266$ або ріст менше від початкового 50 %	Перевірити прийом НПЗС, препаратів калія, калійзберегаючих діуретиків.	$> 310$ або ріст понад 100 %
ШКФ	$> 25$	ЗМЕНШИТИ ДОЗУ іАПФ вдвічі.	$< 20$





# Чи є місце для сартанів?

Рекомендовано призначати БРА симптомним хворим, які не переносять ІАПФ (хворі також мають отримувати  $\beta$ -АБ та АМР). Мета – зниження ризику госпіталізацій, спричинених СН, та серцево-судинної смерті

Представник	Стартова доза	Цільова доза
Кандесартан	4–8 мг/добу	32 мг/добу
Валсартан	40 мг 2 рази на добу	160 мг 2 рази на добу
Лосартан	50 мг/добу	150 мг/добу

## Протипоказання:

1. Двобічний стеноз ниркових артерій.
2. Ангіоневротичний набряк на прийом іАПФ в анамнезі.
3. Вагітність чи потенційна вагітність.



# Бета-блокатори

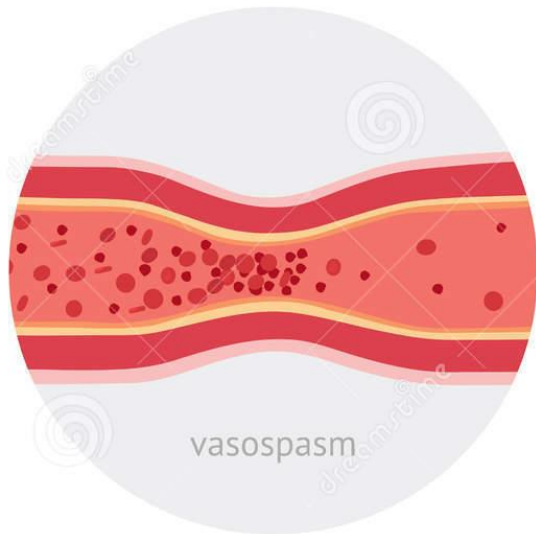
Представник	Стартова доза	Цільова доза
Бісопролол	1,25 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день
Карведілол	3,125 мг 2 рази в день	25 мг 2 рази в день
Метопролола сукцинат	12,5-25 мг 1 раз в день	200 мг 1 раз в день
Небіволол	1,25 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день

## Протипоказання:

1. Атріовентрикулярна блокада II-III ступеня.
2. Критична ішемія нижніх кінцівок.
3. Астма (відносне протипоказання).



# Побічні ефекти бета-блокаторів



ЧСС < 50 ударів



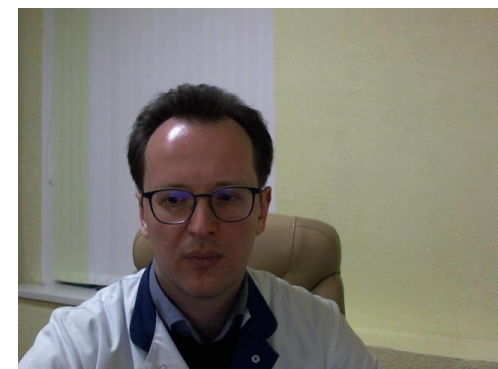
# Практичне використання бета-блокаторів

Перед призначенням:

- Записати ЕКГ
- Почати з мінімальної дози
- Після компенсації ХСН

В процесі лікування:

- Титрація доз кожні 2 тижні
- Контроль АТ та ЧСС (не менш 50 уд/хв)



# Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів

## ПОКАЗАННЯ:

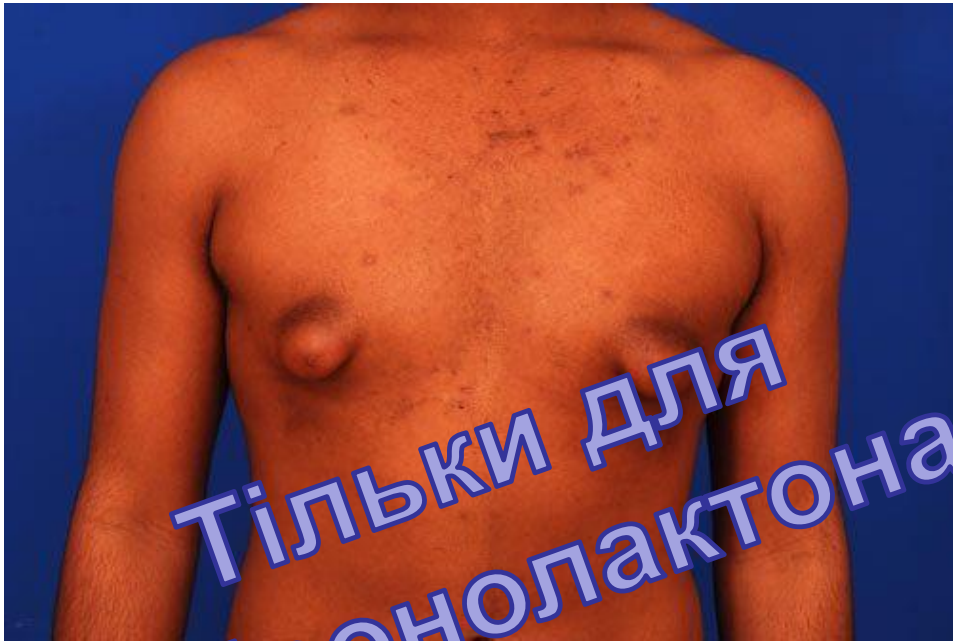
У симптомних пацієнтів з II-IV ФК та ФВ ЛШ менше 35%, незважаючи на прийом інгібіторів АПФ та бета-блокаторів

Представник	Стартова доза	Цільова доза
Спіронолактон	25 мг 1 раз на день	50 мг 1 раз на день
Еплеренон	25 мг 1 раз на день	50 мг 2 раз на день

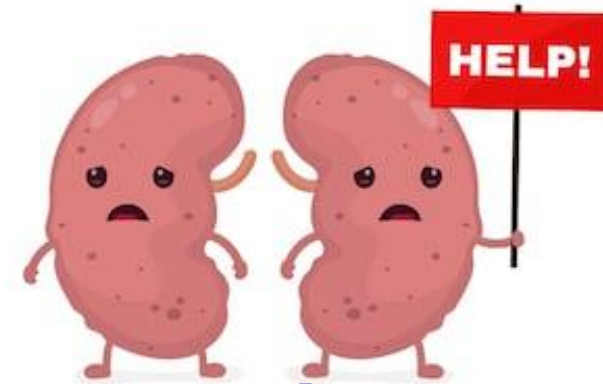




# Побічні ефекти антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів



Тільки для  
спіронолактона



Подібно до  
іАПФ/сартанів



# Практичне використання антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів

Перед призначенням:

- Перевірити креатинін, ШКФ, калій

В процесі лікування:

- Тітрація дози через 4-8 тижнів
- Контроль креатиніну, ШКФ, калію через 1 та 4 тижні після початку та зміни режиму терапії, потім у 8 тижнів, 12 тижнів, 6-й, 9-й, 12-й місяць, потім – кожні 4 місяці



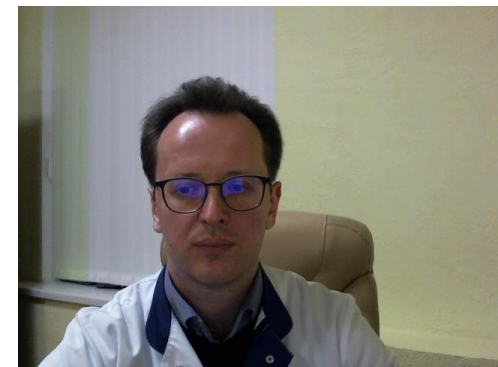
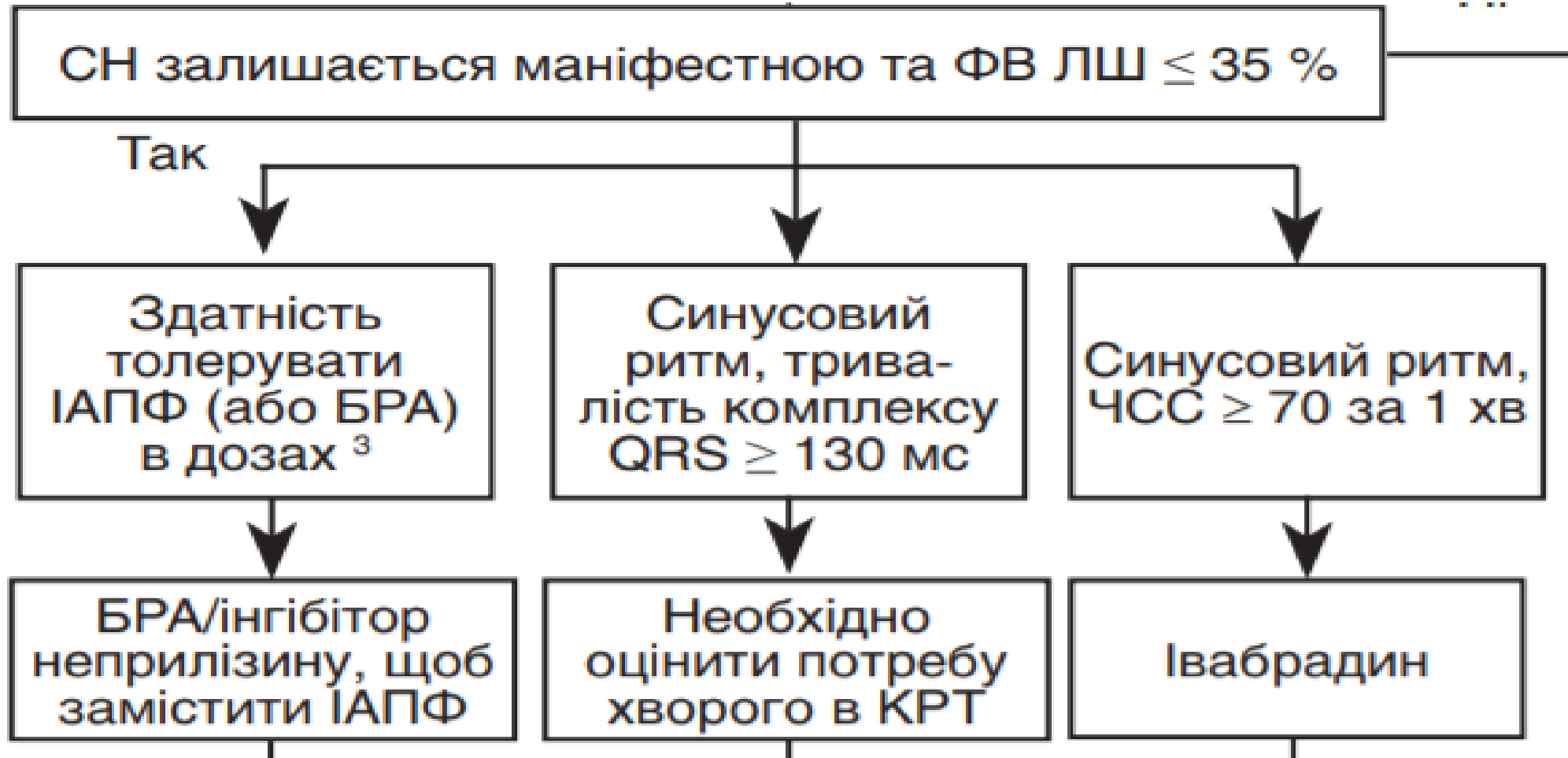


# Приріст калія та креатиніна в процесі лікування іАПФ

Параметр	Зменшити дозу вдвічі	Відмінити
Калій	5,5 – 6,0	> 6
Креатинін	221-310	> 310
ШКФ	20-30	< 20



# Пацієнт симптомний на потрійній терапії



# Блокатори рецепторів ангіотензину / ингібітори неприлізину (ARNI)

Представник	Стартова доза	Цільова доза
Сакубітрил/ валсартан	49/51 мг (24/26 мг*) 2 рази на день	97/103 мг 2 рази на день

## Протипоказання:

1. Ангіоневротичний набряк в анамнезі на прийом іАПФ чи БРА.
2. Спадковий чи ідіопатичний ангіоневротичний набряк.
3. Одночасний прийом з іАПФ чи БРА.
4. \*Значна печінкова чи ниркова дисфункція.



# Практичне використання блокаторів РА / інгібіторів неприлізину

Умови призначення:

- Після 36 годин після останнього прийому інгібіторів АПФ;
- САТ > 100 мм рт. ст.;
- Калій < 5,4 ммоль/л;
- Стабільний стан пацієнта;



# Івабрадин – блокатор *If*-каналів

- СИНУСОВИЙ РИТМ
- ЧСС понад 70 уд/хв

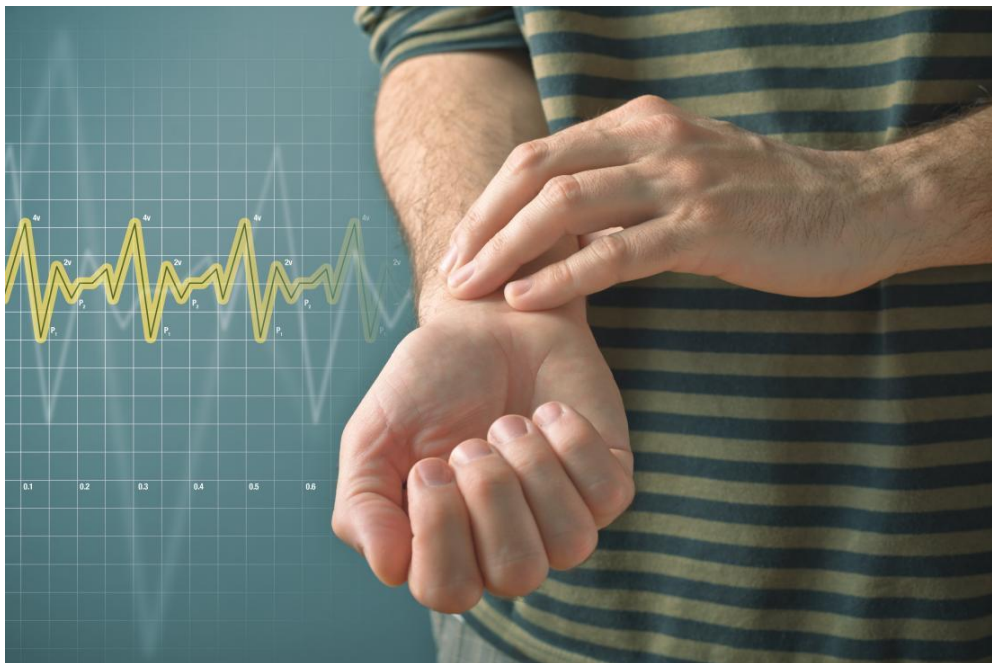
Представник	Стартова доза	Цільова доза
Івабрадин	5 мг 2 рази на день	7,5 мг 2 рази на день

## Протипоказання:

1. Нестабільні кардіоваскулярні стани (інсульт/ТІА, інфаркт міокарда, важка гіпотензія)
2. Значна печінкова та ниркова дисфункція (ШКФ менше 15 мл/хв) .
3. Вагітність та лактація.



# Побічні ефекти івабрадину



**< 50 ударів/хв**

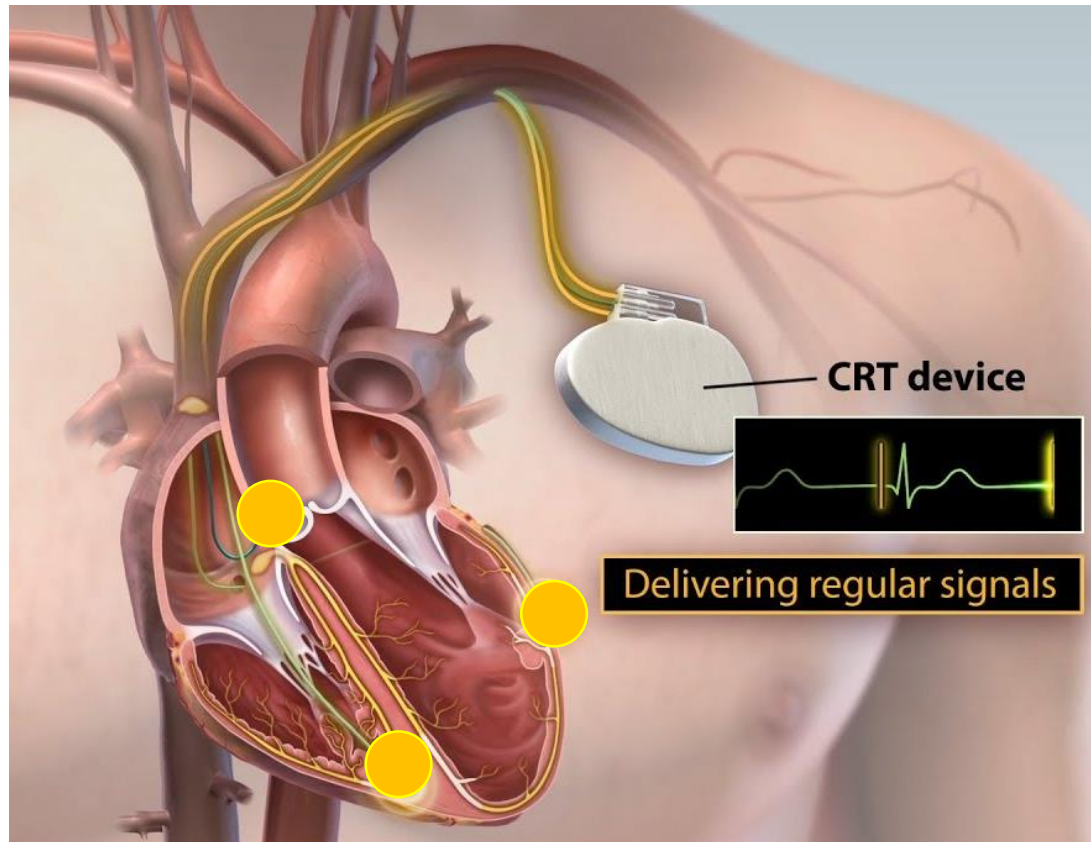


**фотопсії**





# Апаратні методи лікування – кардіоресинхронізувальна терапія



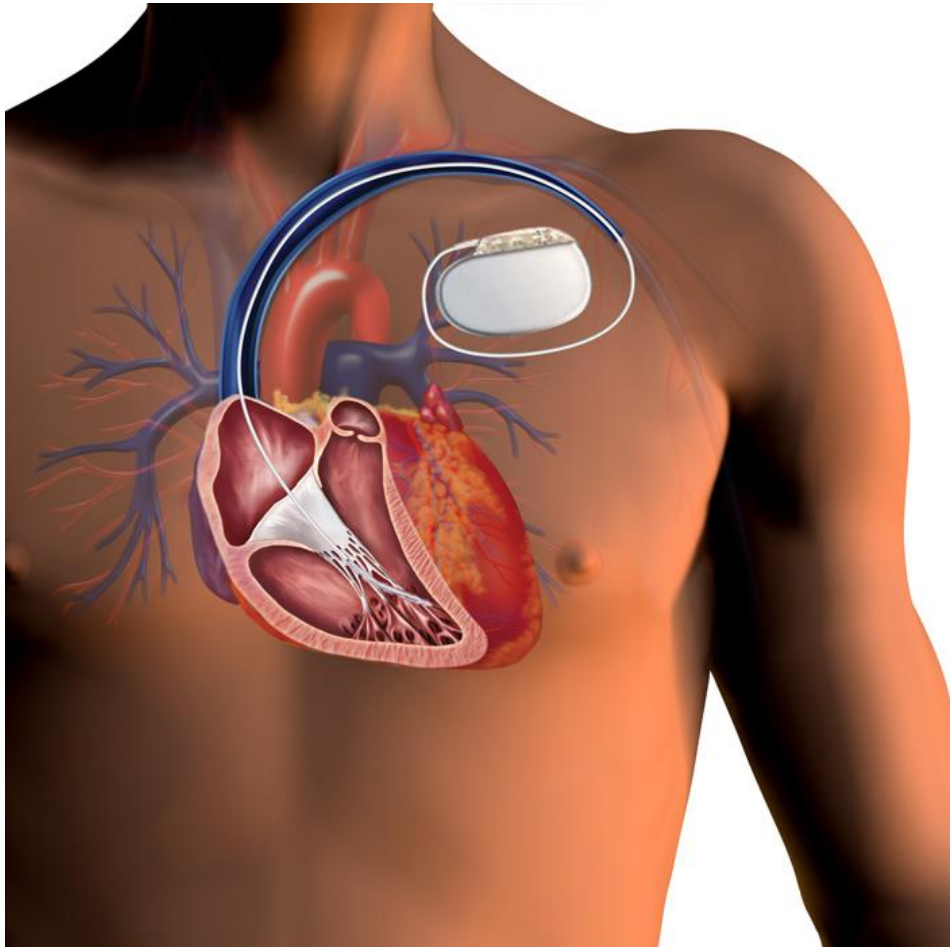
## ПОКАЗАННЯ:

- симптомність пацієнта
- синусний ритм
- тривалість QRS  $\geq 150$  мс із морфологією БЛНПГ
- ФВ ЛШ  $\leq 35\%$ , яка зберігається, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію





# Попередження раптової серцевої смерті: кардіовертер-дефібрилятор



## Первинна профілактика

Встановлення ІКД рекомендовано для зменшення ризику раптової смерті та загальної смертності у пацієнтів із симптомною СН (II–III ФК за NYHA) та ФВ ЛШ  $\leq 35\%$ , незважаючи на  $\geq 3$  міс оптимальної медикаментозної терапії, за умови, якщо очікувана тривалість їхнього життя в задовільному функціональному стані значно  $> 1$  року і вони мають:

- ІХС (за винятком ІМ у попередні 40 днів – див. нижче)
- дилатаційну кардіоміопатію

Встановлення ІКД не рекомендовано протягом 40 днів після ІМ, оскільки в цей проміжок часу не покращує прогноз

ІКД не рекомендовано пацієнтам IV ФК за NYHA з тяжкими симптомами, стійкими до фармакотерапії, якщо вони не є кандидатами на проведення КРТ, встановлення пристроїв допомоги шлуночкам або трансплантацію серця

I

I

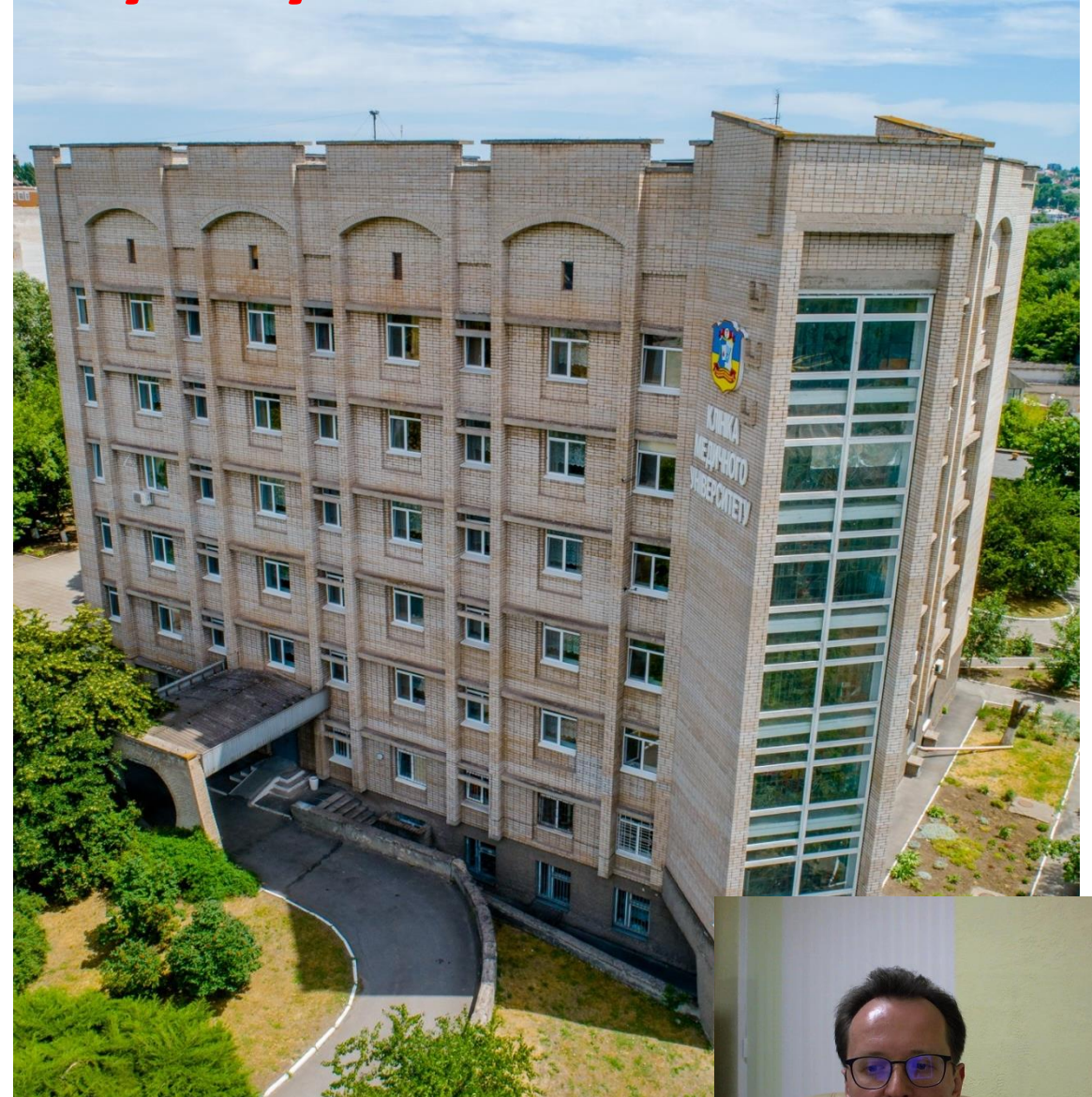
III

III





**Дякую за увагу!**



**Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»  
Запорізького державного медичного університету ([www.uk.zp.ua](http://www.uk.zp.ua))**