ФГБУ «НМИЦК
ИМ. АК. Е.И. ЧАЗОВА»
МИНЗДРАВА РОССИИ

НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

IX РОССИЙСКИЙ ФОРУМ

ПО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМ МИОКАРДА ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

05-06 ОКТЯБРЯ 2022 г

время МСК

Место проведения:

**Центр Международной Торговли,
г. Москва, Краснопресненская наб., 12,
Офисное здание-2, подъезд 7, 2 этаж.**

ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ: ГИБРИДНЫЙ

ИДЕЙНЫЙ ОРГАНИЗАТОР ФОРУМА:
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА (АНО НОИСН)

сайт форума:
https://heartfail.ru/

платформа видеотрансляций:
АльфаМед
ПЛАТФОРМА ОНЛАЙН ОБРАЗОВАНИЯ

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ФОРУМА

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Васильева Елена Юрьевна	Главный внештатный специалист-кардиолог Департамента здравоохранения г.Москвы, главный врач ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ, профессор, д.м.н.
Терещенко Сергей Николаевич	Руководитель Отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, Председатель Правления АНО «Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда», профессор, д.м.н.

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:

Жиров Игорь Витальевич	Ведущий научный сотрудник отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры кардиологии ГБОУ ДПО РМАНПО

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Агеев Фаиль Таипович	Руководитель научно-диспансерного отдела ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, д.м.н., профессор
Акчурин Ренат Сулейманович	Заместитель генерального директора по хирургии ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, руководитель отдела сердечно-сосудистой хирургии, д.м.н, профессор, академик РАН
Архипов Михаил Викторович	Заведующий кафедрой терапии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «УГМУ» Минздрава России, д.м.н., профессор
Барбараш Ольга Леонидовна	Директор ФГБНУ "Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний", академик РАН, д.м.н., профессор
Бойцов Сергей Анатольевич	Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог (по ЦФО, УФО, СибФО, ДВФО) Минздрава России, академик РАН, д.м.н, профессор
Васюк Юрий Александрович	Заведующий кафедрой клинической функциональной диагностики ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, д.м.н., профессор
Галявич Альберт Сарварович	Заведующий кафедрой кардиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, вице-президент РКО, главный внештатный специалист-кардиолог Приволжского федерального округа, д.м.н.

Гендлин Геннадий Ефимович	Профессор кафедры госпитальной терапии No2 лечебного факультета ФГАОУ РНИМУ им. Н.И.Пирогова, д.м.н.
Глезер Мария Генриховна	Профессор кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», Минздрава России (Сеченовский Университет) Зав кафедрой кардиологии ФУВ ГБУЗ МО Московский областной научно¬-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского, главный внештатный специалист-кардиолог Московской области, д.м.н.
Готье Сергей Владимирович	Директор ФГБУ «НМИЦТИО им ак. В.И. Шумакова» Минздрава России, главный внештатный специалист-трансплантолог Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН
Затейщиков Дмитрий Александрович	Руководитель сердечно-сосудистого центра ГБУЗ «Городская клиническая больница №51» ДЗ Москвы, заведующий кафедрой терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, д.м.н., профессор
Кобалава Жанна Давидовна	Заведующая кафедрой внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики ФГАОУ ВПО РУДН, член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.
Лопатин Юрий Михайлович	Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.
Михин Вадим Петрович	Заведующий кафедрой внутренних болезней №2 ФГБОУ ВПО «КГМУ» Минздрава России, д.м.н., профессор
Моисеев Сергей Владимирович	Заведующий кафедрой внутренних, профессиональных болезней и ревматологии ФГАОУ ПГМУ (Сеченовский университет), член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.
Салухов Владимир Владимирович	Начальник 1 кафедры и клиники ФГБВОУ ВПО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" МО РФ, главный эндокринолог ВПО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" МО РФ, д.м.н., профессор
Ткачева Ольга Николаевна	Директор института геронтологии и гериатрии ГОУ ВПО ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный специалист гериатр Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор
Ускач Татьяна Марковна	Ведущий научный сотрудник отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры кардиологии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Чазова Ирина Евгеньевна	Заместитель генерального директора по научно-экспертной работе, ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Черкашин Дмитрий Викторович	Начальник кафедры военно-морской терапии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, главный кардиолог ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, д.м.н., профессор
Шевченко Алексей Олегович	Руководитель Центра критической сердечной недостаточности ФГБУ «НМИЦТИО им ак. В.И.Шумакова» Минздрава России, заведующий кафедрой кардиологии ФГАОУ РНИМУ имени Н.И.Пирогова, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН
Шлык Сергей Владимирович	Ректор ФГБУ ВПО «РГМУ» Минздрава России, д.м.н., профессор
Шпектор Александр Вадимович	Член-корреспондент РАН, профессор кафедры кардиологии ФГБОУ ДПО МГМСУ им А.И.Евдокимова, д.м.н.

СЕКРЕТАРИ ФОРУМА

Миндзаев Дзамболат Роланович	Врач-кардиолог ГКБ имени В.В.Вересаева ДЗМ г.Москвы
Сафронова Наталья Владимировна	Научный сотрудник отдела сердечной недостаточности и заболеваний миокарда ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Минздрава России, к.м.н.

05 октября 2022 г.
КРАТКАЯ ПРОГРАММА

время МСК	Зал «Амур»+Зал «Енисей»+Зал «Волга»
10.00-11.50	**ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ**
10.00-10.20	Приветственное слово
10.20-10.40	Хроническая сердечная недостаточность: спорные и нерешенные вопросы. **Терещенко С.Н.** *(Лекция посвящена вопросам диагностики и лечения СН, не освященным в рекомендация по ведению больных с СН)*
10.40-11.00	Сердечная недостаточность в 21 веке: от патофизиологии к реальной клинической практике. **Лопатин Ю.М.** *(Лекция посвящен современным возможностям диагностики и лечения больных с СН)*
11.00-11.20	Новые подходы в организации помощи больным с хронической и острой сердечной недостаточностью в г.Москве. **Васильева Е.Ю.** *(Главный кардиолог Москвы поделится опытом ведения больных с СН)*
11.20-11.50	Современные возможности оценки и мониторирования остаточного застоя у пациентов с ХСН. **Кобалава Ж.Д**. *(Новые методы контроля терапии при ОДСН)*
11.50-12.10	ПЕРЕРЫВ

12.10-13.40	Зал «Амур»	Зал «Енисей»	Зал «Волга»
	СИМПОЗИУМ Российского трансплантологического общества **Трансплантация сердца и механическая поддержка кровообращения в Российской Федерации** *(ведущие специалисты НИИ трансплантологии поделятся опытом лечения больных с терминальной СН)* Сопредседатели: Готье С.В., Шевченко А.О.	СИМПОЗИУМ компании «АстраЗенека» *(не входит в программу для НМО)* **ХСН 2022: что нас ждет в будущем и что есть в настоящем?** Председатель: Терещенко С.Н.	СИМПОЗИУМ Российской Ассоциации геронтологов и гериатров **Кардиогериатрия: фокус на сердечную недостаточность** *(Симпозиум посвящен особенностям ведения больных с СН старшей возрастной группы)* Председатель: Ткачева О.Н.

13.40-14.30	ПЕРЕРЫВ		
14.30-16.00	**Зал «Амур»**	**Зал «Енисей»**	**Зал «Волга»**
	СИМПОЗИУМ **Современный подход к объективизации застоя и его динамики у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности** *(На симпозиуме обсудят современные способы оценки тяжести декомпенсации СН)* Сопредседатели: Кобалава Ж.Д., Сафарова А.Ф.	СИМПОЗИУМ **Новое в диагностике и лечении ХСН** *(Современные возможности диагностики и лечения СН)* Председатель: Галявич А.С.	СИМПОЗИУМ компании «СупраГен» *(не входит в программу для НМО)* **Что спасает сердечную мышцу и жизни пациентов при ИМпST** Сопредседатели: Терещенко С.Н., Барбараш О. Л.
16.00-16.15	ПЕРЕРЫВ		
16.15-17.45	**Зал «Амур»**	**Зал «Енисей»**	**Зал «Волга»**
	СИМПОЗИУМ компании «Viatris» *(не входит в программу для НМО)* **ХСН: новые парадигмы** Председатель: Терещенко С.Н.	СИМПОЗИУМ **Молекулярная кардиология – от механизма болезни к лечению** *(На симпозиуме будет произведен детальный разбор патогенеза СН)* Сопредседатели: Костарева А. А., Затейщиков Д.А.	СИМПОЗИУМ компании «Гедеон Рихтер» *(не входит в программу для НМО)* **Сердечно-сосудистая патология в период пандемии новой коронавирусной инфекции** Председатель: Подзолков В.И.
17.45-18.00	ПЕРЕРЫВ		
18.00-19.30	**Зал «Амур»**	**Зал «Енисей»**	**Зал «Волга»**
	СИМПОЗИУМ компании «Сервье» *(не входит в программу для НМО)* **ХСН как чрезвычайная ситуация: предотвращение, спасение, помощь!** Председатель: Агеев Ф.Т.	СИМПОЗИУМ компании «CSL Vifor» *(не входит в программу для НМО)* **Важные вопросы терапии коморбидных пациентов с сердечной недостаточностью** Председатель: Галявич А.С.	СИМПОЗИУМ **Интервенционное лечение хронической сердечной недостаточности.** *(Симпозиум посвящен возможности хирургического лечения СН)* Часть 1 Сопредседатели: Ускач Т.М., Сапельников О.В.

06 октября 2022 г.
КРАТКАЯ ПРОГРАММА

09.00 – 09.30	**Зал «Амур»**	**Зал «Енисей»**	**Зал «Волга»**
	Клиническая лекция **Диагностика ХСН** *(Лекция посвящена современным рекомендациям по диагностике СН)* Жиров И.В.	Клиническая лекция **Миокардиты – 2022. Классификация, этиология, патогенез** *(Новые рекомендации по ведению больных с миокардитом)* Нарусов О.Ю.	Клиническая лекция **Экспертные центры по амилоидозу сердца: первый опыт работы** *(Ведущие специалисты делятся опытом по ведению больных с амилоидозом)* Насонова С.Н., Аншелес А.А.
09.30-09.45	ПЕРЕРЫВ		
09.45-10.30	**Зал «Амур»**	**Зал «Енисей»**	**Зал «Волга»**
	Клиническая лекция **Острая сердечная недостаточность – 2022** *(Современные рекомендации по диагностике и лечению ОСН)* Жиров И.В.	Клиническая лекция **Миокардиты – 2022. Лечение** *(Новые рекомендации по лечению больных с миокардитом)* Нарусов О.Ю.	Лекция при поддержке компании «АКРИХИН» *(не входит в программу НМО)* **ХСН в разных возрастных группах: особенности терапии** Ткачева О.Н.
10.30-10.45	ПЕРЕРЫВ		
10.45-12.15	**Зал «Амур»**	**Зал «Енисей»**	**Зал «Волга»**
	СИМПОЗИУМ компании «АстраЗенека» *(не входит в программу для НМО)* **Место иНГЛТ2 в терапии пациентов с СНнФВ. Расставляем точки над И** Председатель: Кобалава Ж.Д.	СИМПОЗИУМ компании «Новартис» *(не входит в программу для НМО)* **Проблема СНсФВ – решения, которые есть в нашем арсенале уже сейчас** Председатель: Терещенко С.Н.	СИМПОЗИУМ **Амилоидоз сердца. Вопросы диагностики и лечения** *(Симпозиум посвящен современным рекомендациям по диагностике и лечению амилоидоза сердца)* Председатель: Моисеев С.В.
12.15-13.00	ПЕРЕРЫВ		

13.00-14.30	СИМПОЗИУМ компании «Грин Лиф Фарма» *(не входит в программу для НМО)* **Пациент с ХСН в стационаре – важные аспекты, о которых легко забыть** Председатель: Терещенко С.Н.	СИМПОЗИУМ компании «Скопинфарм» *(не входит в программу для НМО)* **Кардиологические маски болезни Фабри. Как кардиологу не пропустить редкое заболевание?** Председатель: Моисеев С.В.	СИМПОЗИУМ **Поражение сердца при противоопухолевой терапии, как причина ХСН** *(На симпозиуме будут разобраны современные рекомендации по лечению кардиологических заболеваний у онкологических больных)* Сопредседатели: Васюк Ю.А., Гендлин Г.Е.
14.30-14.45	ПЕРЕРЫВ		
14.45-16.15	**Зал «Амур»**	**Зал «Енисей»**	**Зал «Волга»**
	СИМПОЗИУМ компании «Санофи» *(не входит в программу для НМО)* **Что скрывает гипертрофическая кардиомиопатия неясного генеза: особенные пациенты в практике кардиолога** Председатель: Моисеев С.В.	СИМПОЗИУМ компании «Берлин-Хеми» *(не входит в программу для НМО)* **30 лет сердечно-сосудистому континууму. Эволюция взглядов** Председатель: Васюк Ю.А.	**Интервенционное лечение хронической сердечной недостаточности.** Часть 2 *(возможности хирургического лечения СН)* Председатель: Терещенко С.Н.

05 октября 2022 г.
РАЗВЕРНУТАЯ ПРОГРАММА

10.00-11.50 **Зал «Амур»**

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

10.00-10.20 **Приветственное слово**

10.20-10.40 Хроническая сердечная недостаточность: спорные и нерешенные вопросы. **Терещенко С.Н.**
(Лекция посвящена вопросам диагностики и лечения СН, не освященным в рекомендация по ведению больных с СН)

10.40-11.00 Сердечная недостаточность в 21 веке: от патофизиологии к реальной клинической практике. **Лопатин Ю.М.**
(Лекция посвящен современным возможностям диагностики и лечения больных с СН)

11.00-11.20 Новые подходы в организации помощи больным с хронической и острой сердечной недостаточностью в г.Москве.
Васильева Е.Ю.
(Главный кардиолог Москвы поделится опытом ведения больных с СН)

11.20-11.50 Современные возможности оценки и мониторирования остаточного застоя у пациентов с ХСН. **Кобалава Ж.Д.**
(Новые методы контроля терапии при ОДСН)

11.50-12.10 **ПЕРЕРЫВ**

12.10-13.40 **Зал «Амур»**

СИМПОЗИУМ Российского трансплантологического общества
Трансплантация сердца и механическая поддержка кровообращения в Российской Федерации
(ведущие специалисты НИИ трансплантологии поделятся опытом лечения больных с терминальной СН)
Сопредседатели: **Готье С.В., Шевченко А.О.**

12.10-12.30 Трансплантация сердца в России: достижения и перспективы. **Готье С.В.**

12.30-12.45 Механическая поддержка кровообращения в лечении терминальной сердечной недостаточности у детей и взрослых. **Захаревич В.М., Халилуллин Т.А., Рябцев Д.В.**

12.45-13.00 Трансплантация сердечно-легочного комплекса: состояние проблемы. **Пашков И.В.**

13.00-13.15 Тактика ведения больного терминальной сердечной недостаточностью в листе ожидания сердечного трансплантата. **Колоскова Н.Н., Круглый Л.Б.**

13.15-13.30 Как улучшить отдаленный прогноз у реципиентов сердца. **Шевченко А.О.**

13.30-13.40 Дискуссия

12.10-13.40 **Зал «Енисей»**
СИМПОЗИУМ компании «АстраЗенека»
(не входит в программу для НМО)
ХСН 2022: что нас ждет в будущем и что есть в настоящем?
Председатель: **Терещенко С.Н.**

12.10-12.15 Вступительное слово. **Терещенко С.Н.**

12.15-12.40 Общие принципы диагностики и лечения СНсФВ. **Галявич А.С.**

12.40-13.05 Исследование DELIVER. Новая стратегия терапии СНсФВ. P.Otasevic (**П. Оташевич) (Сербия)**

13.05-13.30 Современные клинические рекомендации по ХСН: фокус на СНсФВ. **Лопатин Ю.М.**

13.30-13.40 Дискуссия

12.10-13.40 **Зал «Волга»**
СИМПОЗИУМ Российской Ассоциации геронтологов и гериатров
Кардиогериатрия: фокус на сердечную недостаточность
(Симпозиум посвящен особенностям ведения больных с СН старшей возрастной группы)
Председатель: **Ткачева О.Н.**

12.10-12.30 Кардиогериатрия: история и современность. **Ткачева О.Н.**

12.30-12.50 Когнитивные функции и сердечная недостаточность: опыт мультидисциплинарного ведения. **Изюмов А.Д.**

12.50-13.10 Недостаточность питания и сердечная недостаточность. **Федин М.А.**

13.10-13.30 Физическая реабилитация пожилых пациентов с сердечной недостаточностью. **Ерусланова К.А.**

13.30-13.40 Дискуссия

13.40-14.30 ПЕРЕРЫВ

14.30-16.00 **Зал «Амур»**
СИМПОЗИУМ
Современный подход к объективизации застоя и его динамики у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности
(На симпозиуме обсудят современные способы оценки тяжести декомпенсации СН
Сопредседатели: **Кобалава Ж.Д., Сафарова А.Ф.**

14.30-14.50 УЗ-ассистированный осмотр пациента с острой декомпенсацией сердечной недостаточности: сердце и легкие. **Писарюк А.С.**

14.50-15.10 УЗ -ассистированный осмотр пациента с одышкой: УЗИ легких **Зоря О.Т.**

15.10-15.30 Прикроватная оценка тяжести венозного застоя. Как мы используем шкалу VExUS. **Сафарова А.Ф.**

15.30-15.50 БИВА: Клинический пример обследования пациента с ДХСН. **Галочкин С.А.**
15.50-15.55 Ответы на вопросы, дискуссия
15.55-16.00 Заключительное слово председателей. **Кобалава Ж.Д., Сафарова А.Ф.**

14.30-16.00 **Зал «Енисей»**
СИМПОЗИУМ
Новое в диагностике и лечении ХСН
(Современные возможности диагностики и лечения СН)
Председатель: **Галявич А.С.**
14.30-14.50 ХСН: от патогенеза к диагностике и лечению. **Галявич А.С.**
14.50-15.10 Базисное лечение ХСН. **Терещенко С.Н.**
15.10-15.30 Острая декомпенсация сердечной недостаточности. **Жиров И.В.**
15.30-15.50 ХСН и фибрилляция предсердий. **Ускач Т.М.**
15.50-16.00 Дискуссия

14.30-16.00 **Зал «Волга»**
СИМПОЗИУМ компании «СупраГен» *(не входит в программу для НМО)*
Что спасает сердечную мышцу и жизни пациентов при ИМnST
Сопредседатели: **Терещенко С.Н., Барбараш О. Л.**
14.30-14.40 Вступительное слово.
14.40-15.00 Необходимость тромболитической терапии перед первичным ЧКВ в регионах РФ. Принципиальное отличие канадских рекомендаций от российских и какие из них более предпочтительны в РФ? **Барбараш О.Л.**
15.00-15.20 Данные регистров по ОКС в РФ, что нового? **Шахнович Р.М.**
15.20-15.40 Какие изменения необходимы в РФ чтобы предотвратить увеличение пациентов с сердечной недостаточностью. Оценка реперфузионной терапии у пациентов с ОКСПST в регионе РФ. **Олейников В. Э.**
15.40-16.00 Роль внутривенных антиагрегантов для предотвращения развития сердечной недостаточности. **Ускач. Т. М.**

16.00-16.15 ПЕРЕРЫВ

16.15-17.45 **Зал «Амур»**
СИМПОЗИУМ компании «Viatris» *(не входит в программу для НМО)*
ХСН: новые парадигмы
Председатель: **Терещенко С.Н.**
16.15-16.40 Клинические рекомендации по ХСН и ХСН вследствие ОИМ: что нового? **Терещенко С.Н.**
16.40-17.05 Квадротерапия ХСН: «точки приложения». **Жиров И.В.**
17.05-17.30 Роль АМКР в лечении ХСН. **Галявич А.С.**
17.30-17.45 Дискуссия

16.15-17.45 **Зал «Енисей»**

СИМПОЗИУМ

Молекулярная кардиология – от механизма болезни к лечению

(На симпозиуме будет произведен детальный разбор патогенеза СН)

Сопредседатели: **Костарева А. А., Затейщиков Д.А.**

16.15-16.30 Генетические детерминанты развития ХСН. **Костарева А.А.**

16.30-16.45 Молекулярные основы развития ГКМП. **Чумакова О.С.**

16.45-17.00 Генетика ДКМП – 2022. **Затейщиков Д.А.**

17.00-17.15 Подходы к лечению пациентов с Синдромом удлиненного интервала QT в зависимости от молекулярно -генетического варианта. **Харлап М.С.**

17.15-17.30 Генная терапия заболеваний миокарда. **Соничева Н.А.**

17.30-17.45 Дискуссия

16.15-17.45 **Зал «Волга»**

СИМПОЗИУМ компании «Гедеон Рихтер» *(не входит в программу для НМО)*

Сердечно-сосудистая патология в период пандемии новой коронавирусной инфекции

Председатель: **Подзолков В.И.**

16.15-16.45 Многоликая коморбидность: варианты течения и алгоритмы ведения пациентов. Персонифицированный подход к лечению пациентов с факторами риска. **Подзолков В.И.**

16.45-17.15 Постковидный синдром и тахикардия: теоретические основы и подходы к лечению. **Брагина А. Е.**

17.15-17.45 Новые возможности в лечении постковидного синдрома: взгляд кардиолога. **Тарзиманова А. И.**

17.45-18.00 ПЕРЕРЫВ

18.00-19.30 **Зал «Амур»**

СИМПОЗИУМ компании «Сервье» *(не входит в программу для НМО)*

ХСН как чрезвычайная ситуация: предотвращение, спасение, помощь!

Председатель: **Агеев Ф.Т.**

18.00-18.30 Предотвращение развития ХСН: базовая терапия на начальных этапах. **Жиров И.В.**

18.30-19.00 Спасение пациентов с ХСН дело рук их врачей. Возможности продления жизни. **Агеев Ф.Т.**

19.00-19.30 Помощь, которая всегда вовремя: от ИБС до ХСН. **Лопатин Ю.М.**

18.00-19.30 **Зал «Енисей»**

СИМПОЗИУМ компании «CSL Vifor» *(не входит в программу для НМО)*

Важные вопросы терапии коморбидных пациентов с сердечной недостаточностью

Председатель: **Галявич А.С.**

18.00-18.05 Приветственное слово – **Галявич А.С.**
18.05-18.25 Зачем кардиологу нужно знать про дефицит железа? **Гиляревский С.Р.**
18.25-18.45 Корректируя дефицит железа, лечим сердечную недостаточность. **Лопатин Ю.М.**
18.45-19.05 Как корректировать дефицит железа в реальной клинической практике? **Ускач Т.М.**
19.05-19.25 Лечение дефицита железа у пациентов с сердечной недостаточностью – трата или экономия? **Галявич А.С.**
19.25-19.30 Дискуссия.

18.00-19.30 **Зал «Волга»**
СИМПОЗИУМ
Интервенционное лечение хронической сердечной недостаточности. Часть 1
(Симпозиум посвящен возможности хирургического лечения СН)
Сопредседатели: **Ускач Т.М., Сапельников О.В.**
18.00-18.20 Модуляция сердечной сократимости у пациентов с ХСН и ФП. **Ускач Т.М., Сафиуллина А.А.**
18.20-18.40 Катетерная аблация фибрилляции предсердий у пациентов с систолической дисфункцией. **Сапельников О.В., Ардус Д.Ф.**
18.40-19.00 Возможности профилактики внезапной смерти у пациентов с сердечной недостаточностью. **Аманатова В.А., Гришин И.Р.**
19.00-19.20 Катетерная аблация желудочковых нарушений ритма сердца различной этиологии у пациентов с сердечной недостаточностью. Сапельников О.В.
19.20-19.30 Дискуссия.

06 октября 2022 г.

РАЗВЕРНУТАЯ ПРОГРАММА

09.00-09.30 **Зал «Амур»**
Клиническая лекция
Диагностика ХСН
(Лекция посвящена современным рекомендациям по диагностике СН)
Жиров И.В.

09.00-09.30 **Зал «Енисей»**
Клиническая лекция
Миокардиты – 2022. Классификация, этиология, патогенез
(Новые рекомендации по ведению больных с миокардитом)
Нарусов О.Ю.

09.00-09.30 **Зал «Волга»**
Клиническая лекция
Экспертные центры по амилоидозу сердца: первый опыт работы
(Ведущие специалисты делятся опытом по ведению больных с амилоидозом)
Насонова С.Н., Аншелес А.А.

09.30-09.45 ПЕРЕРЫВ

09.45-10.30 **Зал «Амур»**
Клиническая лекция
Острая сердечная недостаточность – 2022
(Современные рекомендации по диагностике и лечению ОСН)
Жиров И.В.

09.45-10.30 **Зал «Енисей»**
Клиническая лекция
Миокардиты – 2022. Лечение
(Новые рекомендации по лечению больных с миокардитом)
Нарусов О.Ю.

09.45-10.30 **Зал «Волга»**
Лекция при поддержке компании «АКРИХИН»
(не входит в программу НМО)
ХСН в разных возрастных группах: особенности терапии
Ткачева О.Н.

10.30-10.45 ПЕРЕРЫВ

10.45-12.15 **Зал «Амур»**

СИМПОЗИУМ компании «АстраЗенека»

(не входит в программу для НМО)

Место иНГЛТ2 в терапии пациентов с СНнФВ. Расставляем точки над И.

Председатель: **Кобалава Ж.Д.**

10.45-11.05 Ключевые задачи и оптимальные подходы к терапии пациентов с СНнФВ. **Жиров И.В.**

11.05-11.15 Дискуссия

11.15-11.35 Фокус внимания кардиолога: Опорные точки ведения пациента с СНнФВ. **Фомин И.В.**

11.35-11.45 Дискуссия

11.45-12.05 Многофакторное влияние терапии иНГЛТ2 на прогноз пациента с СНнФВ. **Кобалава Ж.Д.**

12.05-12.15 Дискуссия

10.45-12.15 **Зал «Енисей»**

СИМПОЗИУМ компании «Новартис» *(не входит в программу для НМО)*

Проблема СНсФВ – решения, которые есть в нашем арсенале уже сейчас

Председатель: **Терещенко С.Н.**

10.45-11.05 Бремя ХСН: состояние проблемы. **Ускач Т.М.**

11.05-11.15 Дискуссия

11.15-11.35 Основные принципы диагностики СНсФВ – что нужно знать практикующему врачу. **Овчинников А.Г.**

11.35-11.45 Дискуссия

11.45-12.05 Новые возможности инновационной терапии СНсФВ. **Жиров И.В.**

12.05-12.15 Дискуссия

10.45-12.15 **Зал «Волга»**

СИМПОЗИУМ

Амилоидоз сердца. Вопросы диагностики и лечения

(Симпозиум посвящен современным рекомендациям по диагностике и лечению амилоидоза сердца)

Председатель: **Моисеев С.В.**

10.45-11.05 Амилоидоз на современном этапе – уже не фатальная проблема. **Моисеев С.В.**

11.05-11.25 Системный амилоидоз с поражением сердца. Вопросы патогенеза и подходы к лечению. **Рамеев В.В.**

11.25-11.55 Лечение сердечной недостаточности и нарушений ритма при амилоидозе сердца. **Андреев Д.А.**

11.55-12.15 Способы оценки прогрессирования амилоидоза сердца и других системных проявлений заболевания. **Рамеева А.С., Бобкова И.Н., Рамеев В.В. Моисеев С.В.**

12.15-13.00 ПЕРЕРЫВ

13.00-14.30 **Зал «Амур»**

СИМПОЗИУМ компании «Грин Лиф Фарма» *(не входит в программу для НМО)*

Пациент с ХСН в стационаре: важные аспекты, о которых легко забыть

Председатель: **Терещенко С.Н.**

13.00-13.20 Опыт применения новых технологий в диагностике и ведении застойного синдрома при ХСН. **Терещенко С.Н.**

13.20-13.45 За и против использования дистанционного диэлектрического исследования в менеджменте пациентов с ХСН в реальной госпитальной практике. **Галявич А.С.**

13.45-14.10 Привычные методы обследования пациента с ХСН не всегда достаточны в условиях стационара. **D.Bensimhon (Д.Бенсимхон) (США)**

14.10-14.30 Рекомендации по ведению пациентов с ХСН о диагностике и лечении волемических нарушений. **Лопатин Ю.М.**

13.00-14.30 **Зал «Енисей»**

СИМПОЗИУМ компании «Скопинфарм» *(не входит в программу для НМО)*

Кардиологические маски болезни Фабри. Как кардиологу не пропустить редкое заболевание?

Председатель: **Моисеев С.В.**

13.00-13.05 Приветственное слово – **Моисеев С.В.**

13.05-13.25 Роль кардиолога в диагностике редких заболеваний – в фокусе болезнь Фабри. **Моисеев С.В.**

13.25-13.45 Анализ электронных медицинских карт НМИЦ кардиологии- промежуточные результаты пилотного проекта. **Жиров И.В.**

13.45-14.05 Характерные особенности МРТ при болезни Фабри. **Моисеев А.С., Тао Е.А.**

14.05-14.25 Как на ЭКГ заподозрить Болезнь Фабри? **Харлап М.С.**

14.25-14.30 Дискуссия

13.00-14.30 **Зал «Волга»**

СИМПОЗИУМ

Поражение сердца при противоопухолевой терапии, как причина ХСН

(На симпозиуме будут разобраны современные рекомендации по лечению кардиологических заболеваний у онкологических больных)

Сопредседатели: **Васюк Ю.А., Гендлин Г.Е.**

13.00-13.25 Профилактика, диагностика и лечение кардиотоксических осложнений противоопухолевой терапии: кому, когда и зачем? **Васюк Ю.А.**

13.25-13.30 Дискуссия

13.30-13.55 Особенности кардиотоксичности при лечении злокачественных заболеваний. **Гендлин Г.Е.**

13.55-14.00 Дискуссия

14.00-14.25 Профилактика тромбозов и эмболий у больных с длительной таргетной терапией. **Емелина Е.И.**
14.25-14.30 Дискуссия
14.30-14.45 ПЕРЕРЫВ

14.45-16.15 **Зал «Амур»**
СИМПОЗИУМ компании «Санофи» *(не входит в программу для НМО)*
Что скрывает гипертрофическая кардиомиопатия неясного генеза: особенные пациенты в практике кардиолога
Председатель: **Моисеев С.В.**
14.45-15.05 NGS кардио в помощь кардиологу для дифференциальной диагностики гипертрофии миокарда. **Харлап М.С.**
15.05-15.35 Современные подходы к мониторингу и лечению пациентов с болезнью Фабри. **Моисеев С.В.**
15.35-15.55 Новые возможности дистанционного сопровождения пациентов с кардиологической патологией на примере болезни Фабри. **Сенчихин В.Н.**
15.55-16.15 Интерактивная дискуссия, ответы на вопросы

14.45-16.15 **Зал «Енисей»**
СИМПОЗИУМ компании «Берлин-Хеми»
(не входит в программу для НМО)
30 лет сердечно-сосудистого континуума. Эволюция взглядов
Председатель: **Васюк Ю.А.**
14.45-15.15 АГ и ИБС как предикторы развития ХСН. **Сергиенко И.В.**
15.15-15.45 ХСН: эволюция подходов к терапии. **Васюк Ю.А.**
15.45-16.15 ХСН: сложные вопросы клинической практики. **Жиров И.В.**

14.45-16.15 **Зал «Волга»**
СИМПОЗИУМ
Интервенционное лечение хронической сердечной недостаточности.
(Симпозиум посвящен возможности хирургического лечения СН)
Часть 2
Председатель: **Терещенко С.Н.**
14.45-15.05 Реваскуляризация и аневризмэктомия в лечении пациентов с сердечной недостаточностью. **Лепилин П.М.**
15.05-15.25 Коррекция аортального порока при сердечной недостаточности. **Имаев Т.Э., Комлев А.Е.**
15.25-15.45 Возможности коррекции митральной недостаточности у пациентов с сердечной недостаточностью. **Саидова М.А.**
15.45-16.05 Использование длительной вспомогательной поддержки сердца у пациентов с терминальной сердечной недостаточностью. **Иванов М.Г.**
16.05-16.15 Дискуссия

СОХРАНИТЬ САМУ ЖИЗНЬ

форсига® (дапаглифлозин) таблетки 10 мг

NEW:

Новое показание от 1 октября 2021 года
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК[1]

У пациентов с ХБП*

ФОРСИГА – ЕДИНСТВЕННЫЙ# ПРЕПАРАТ, ДОКАЗАВШИЙ ЗАМЕДЛЕНИЕ** ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП НА 39%[1-4]

1 таблетка 10 мг[1] | **1 раз в сутки[1]** | **без титрации[1]** | **включен в ЖНВЛП[3] и ОНЛС[4]**

ФОРСИГА, 10 мг (дапаглифлозин). Краткая инструкция по медицинскому применению. Регистрационный номер: ЛП–002596. Торговое название: Форсига (FORXIGA). Международное непатентованное название: дапаглифлозин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показание к применению: Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов в дополнение к диете и физическим упражнениям для улучшения гликемического контроля в качестве: монотерапии, когда применение метформина невозможно ввиду непереносимости; комбинированной терапии с метформином, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформином), тиазолидиндионами, ингибиторами дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4) (в том числе, в комбинации с метформином); агонистом рецепторов глюкагоноподобного полипептида-1 (ГПП-1) эксенатидом пролонгированного действия в комбинации с метформином; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения) при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии; стартовой комбинированной терапии с метформином, при целесообразности данной терапии. Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска" для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности. * возраст у мужчин ≥ 55 лет или ≥ 60 лет у женщин и наличие не менее одного фактора риска: дислипидемия, артериальная гипертензия, курение. Хроническая сердечная недостаточность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН): функциональный класс по классификации NYHA) со сниженной фракцией выброса у взрослых пациентов для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации по поводу сердечной недостаточности. Хроническая болезнь почек. Хроническая болезнь почек у взрослых пациентов с риском ее прогрессирования для уменьшения риска устойчивого снижения рСКФ, наступления терминальной стадии почечной недостаточности, сердечно-сосудистой смерти и госпитализации по поводу сердечной недостаточности. Противопоказания: • Гиперчувствительность или наличие в анамнезе ангионевротического отека к дапаглифлозину и/или к любому из вспомогательных веществ в составе препарата. • Сахарный диабет 1-го типа. • Диабетический кетоацидоз. • Нарушение функции почек при расчетной СКФ (рСКФ) < 25 мл/мин/1,73 м² (для начала терапии) (в связи с ограниченным опытом применения в клинических исследованиях). • Терминальная стадия почечной недостаточности, требующая проведения диализа (в связи с ограниченным опытом применения в клинических исследованиях). • Наследственная непереносимость лактозы, дефицит лактазы или синдром глюкоза-галактозной мальабсорбции. • Беременность и период грудного вскармливания. • Возраст до 18 лет (в связи с отсутствием клинических данных по эффективности и безопасности дапаглифлозина в данной возрастной популяции). С осторожностью: печеночная недостаточность тяжелой степени, инфекции мочевыделительной системы, повышение показателя гематокрита. Применение в период беременности и грудного вскармливания, беременность. В связи с тем, что применение дапаглифлозина в период беременности не изучено, препарат противопоказан в период беременности. В случае диагностирования беременности терапия дапаглифлозином должна быть прекращена. Период грудного вскармливания. Неизвестно, проникает ли дапаглифлозин и/или его неактивные метаболиты в грудное молоко. Нельзя исключить риск для новорожденных/младенцев. Дапаглифлозин противопоказан в период грудного вскармливания. Способ применения и дозы. Внутрь, независимо от приема пищи, не разжевывая. СДЗ. Мониторинг: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Комбинированная терапия: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки в комбинации с метформином, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформином), тиазолидиндионами, ингибиторами ДПП-4 (в том числе, в комбинации с метформином); агонистом рецепторов ГПП-1 — эксенатидом пролонгированного действия, в комбинации с метформином; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения). С целью снижения риска гипогликемии при совместном назначении препарата Форсига с препаратами инсулина или препаратами, повышающими секрецию инсулина (например, с производными сульфонилмочевины), может потребоваться снижение дозы препаратов инсулина или препаратов, повышающих секрецию инсулина. Стартовая комбинированная терапия с метформином: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки, доза метформина – 500 мг 1 раз в сутки. В случае недостаточного гликемического контроля дозу метформина следует увеличить. СДЗ у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Хроническая сердечная недостаточность. Рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Хроническая болезнь почек. Рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Побочное действие. Профиль безопасности дапаглифлозина оценивали в клинических исследованиях безопасности и эффективности дапаглифлозина при применении для терапии СДЗ, хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек, в период пострегистрационного наблюдения. Профиль безопасности дапаглифлозина по изучаемым в исследованиях показателям был сопоставим. Тяжелая гипогликемия и диабетический кетоацидоз наблюдались только у пациентов с сахарным диабетом. Нежелательные реакции небыли дозозависимыми. Возможные на фоне терапии дапаглифлозином нежелательные реакции распределены по системно-органным классам с указанием частоты их возникновения согласно рекомендациям ВОЗ: очень часто (≥1/10), часто (≥1/100, <1/10), нечасто (≥1/1000, <1/100), редко (≥1/10000, <1/1000), очень редко (<1/10000) и неустановленной частоты (невозможно оценить на основании имеющихся данных). Инфекционные и паразитарные заболевания: часто** – вульвовагинит, баланит и связанные с ними генитальные инфекции#; инфекция мочевыводящих путей#; нечасто** – вульвовагинальный зуд, грибковые инфекционные заболевания; очень редко – некротизирующий фасциит промежности (гангрена Фурнье). Нарушения со стороны обмена веществ и питания: очень часто — гипогликемия (при применении в комбинации с производным сульфонилмочевины или инсулином)#; нечасто** — снижение ОЦК#, жажда; редко — диабетический кетоацидоз (при применении при СДЗ)#. Нарушения со стороны нервной системы: часто* — головокружение. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто** — запор, сухость во рту. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: часто* — сыпь; очень редко — ангионевротический отек. Нарушения со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: часто* — боль в спине. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: часто* — дизурия, полиурия#; нечасто** — никтурия. Лабораторные и инструментальные данные: часто* — дислипидемия#, повышение значения гематокрита#, снижение почечного клиренса креатинина на начальном этапе терапии#; нечасто** — повышение концентрации мочевины в крови, повышение концентрации креатинина в крови на начальном этапе терапии#. Представленные данные применения препарата до 24 недель (краткосрочная терапия) независимо от приема дополнительного гипогликемического препарата. *См. соответствующий подраздел ниже для получения дополнительной информации. Вульвовагинит, баланит и связанные с ними генитальные инфекции включают, например, следующие заранее определенные предпочтительные термины: вульвовагинальную грибковую инфекцию, вагинальную инфекцию, баланит, грибковую инфекцию половых органов, вульвовагинальный кандидоз, вульвовагинит, кандидозный баланит, генитальный кандидоз, инфекцию половых органов, инфекцию половых органов у мужчин, инфекцию полового члена, вульвит, бактериальный баланит, абсцесс вульвы. #Инфекция мочевыводящих путей включает следующие предпочтительные термины, перечисленные в порядке убывания частоты: инфекция мочевыводящих путей, цистит, инфекция мочевыводящих путей, вызванная бактериями рода Escherichia, инфекция мочеполового тракта, пиелонефрит, тригонит, уретрит, инфекция почек и простат. Снижение ОЦК включает, например, следующие заранее определенные предпочтительные термины: обезвоживание, гиповолемия, артериальная гипотензия. Полиурия включает предпочтительные термины: поллакиурия, полиурия и усиление диуреза. **Средние изменения значения гематокрита от исходных значений составили 2,30% в группе дапаглифлозина 10 мг по сравнению с –0,33% в группе плацебо. Значения гематокрита >55% отмечены у 1,3% пациентов, получавших дапаглифлозин 10 мг, по сравнению с 0,4% пациентов, получавших плацебо. #среднее изменение следующих показателей в процентах от исходных значений в группе дапаглифлозина 10 мг и группе плацебо, соответственно, составило: общий холестерин 2,5% по сравнению с 0,0%; холестерин-ЛПВП 6,0% по сравнению с 2,7%; холестерин-ЛПНП 2,9% по сравнению с 1,0%; триглицериды –2,7% по сравнению с 0,7%. Отмечено в исследовании DECLARE. Частота основана на годовом показателе. HP отмечена при пострегистрационном наблюдении. Сыпь включает следующие предпочтительные термины, перечисленные в порядке частоты развития в клинических исследованиях: сыпь, генерализованная сыпь, эритематозная сыпь, макулопапулезная сыпь, пустулезная сыпь, везикулезная сыпь, эритематозная сыпь. В плацебо-контролируемых и с активным контролем клинических исследованиях (группа, получавшая дапаглифлозин: n=5936, контрольная группа: n=3403) частота развития сыпи была сходной у пациентов, получавших дапаглифлозин (1,4%), и пациентов в контрольной группе (1,4%), что соответствует категории частоты «часто». **Отмечены у ≥ 2% пациентов, принимавших дапаглифлозин в дозе 10 мг, и на ≥ 1% чаще, чем в группе плацебо. **Отмечены у ≥ 0,2% пациентов и на ≥ 0,1% чаще и у большего количества пациентов (как минимум на 3) в группе дапаглифлозина 10 мг по сравнению с группой плацебо, вне зависимости от приема дополнительного гипогликемического препарата. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП – 002596 от 21.08.2014 г.

ХБП – хроническая болезнь почек, СС – сердечно-сосудистый, СН– сердечная недостаточность, ТПН – терминальная почечная недостаточность, ЖНВЛП — жизненно важные и необходимые лекарственные препараты, ОНЛС – обеспечение необходимыми лекарственными средствами.

* Независимо от наличия СД 2го типа и ХСН. ** Достоверное снижение терминальной конечной точки в исследовании DAPA-CKD, включающей удвоение функции почек, ХПН, а также почечную и СС-смерть. # Под единственным понимается широкая популяция вне зависимости от наличия СД 2 типа и ХСН.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП-002596 от 21.08.2014.
2. DAPA–CKD. Heerspink H.JL. et al. N Engl J Med. 2020;383:1436–1446. 3. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения. https://minzdrav.gov.ru/ по состоянию на 16.11.2021.
4. Перечень лекарств для обеспечения отдельных граждан. https://minzdrav.gov.ru/ по состоянию на 16.11.2021.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.
ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз». 123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д.21, стр.1, Башня «ОКО», 30 этаж. Тел.: +7 (495) 799-56-99, факс: +7 (495) 799-56-98 . www.astrazeneca.ru, www.az-most.ru
FOR_RU-12112. Дата одобрения 06.12.2021. Срок истечения 06.12.2023.

Реклама

AstraZeneca

СОХРАНИТЬ САМУ ЖИЗНЬ

форсига (дапаглифлозин) таблетки 10 мг

ФОРСИГА – ЕДИНСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАВШИЙ СНИЖЕНИЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ БЕЗ ТИТРАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХСНнФВ[#1-3]

↓26%
Снижает риск СС смерти и госпитализаций по поводу СН*,[3]
ОР 0,74, ДИ 95% (0,65–0,85), p = 0,000001, NNT = 21

↓18%
Снижает риск СС смерти[3]**
ОР 0,82, ДИ 95% (0,69–0,98)

↓30%
Снижает риск госпитализаций[3]**
ОР 0,70, ДИ 95% (0,59–0,85)

имеется в виду сочетание характеристик: снижение относительного риска сердечно-сосудистой смерти как компонента первичной конечной точки в исследовании DAPA-HF (ОР 0,82, 95% ДИ (0,69–0,98)) и отсутствие необходимости титровать дозу дапаглифлозина для пациентов с ХСНнФВ вне зависимости от СД 2 типа.

1 таблетка 10 мг[1]

1 раз в сутки[1]

без титрации[1]

включен в ЖНВЛП[4] и ОНЛС[5], в рекомендации по ХСН[2]

ФОРСИГА, 10 мг (дапаглифлозин). Краткая инструкция по медицинскому применению. Регистрационный номер: ЛП–002596. Торговое название: Форсига (FORXIGA). Международное непатентованное название: дапаглифлозин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показание к применению: Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов в дополнение к диете и физическим упражнениям для улучшения гликемического контроля в качестве: монотерапии, когда применение метформина невозможно ввиду непереносимости; комбинированной терапии с метформином, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформином), тиазолидиндионами, ингибиторами дипептидилпептидазы 4 (ДПП–4) (в том числе, в комбинации с метформином); агонистом рецепторов глюкагоноподобного полипептида–1 (ГПП–1) эксенатидом пролонгированного действия в комбинации с метформином; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения) при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии; стартовой комбинированной терапии с метформином, при целесообразности данной терапии. Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно–сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно–сосудистого риска* для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности. * возраст у мужчин ≥ 55 лет или ≥ 60 лет у женщин и наличие не менее одного фактора риска: дислипидемия, артериальная гипертензия, курение. Хроническая сердечная недостаточность. Хроническая сердечная недостаточность (II–IV функциональный класс по классификации NYHA) со сниженной фракцией выброса у взрослых пациентов для снижения риска сердечно–сосудистой смерти и госпитализации по поводу сердечной недостаточности. Хроническая болезнь почек. Хроническая болезнь почек у взрослых пациентов с риском ее прогрессирования для уменьшения риска устойчивого снижения рСКФ, наступления терминальной стадии почечной недостаточности, сердечно–сосудистой смерти и госпитализации по поводу сердечной недостаточности. Противопоказания. • Гиперчувствительность или наличие в анамнезе ангионевротического отека к дапаглифлозину и/или к любому из вспомогательных веществ в составе препарата. • Сахарный диабет 1–го типа. • Диабетический кетоацидоз. • Нарушение функции почек при расчетной СКФ (рСКФ) < 25 мл/мин/1,73 м² (для начала терапии) (в связи с ограниченным опытом применения в клинических исследованиях). • Терминальная стадия почечной недостаточности, требующая проведения диализа (в связи с ограниченным опытом применения в клинических исследованиях). • Наследственная непереносимость лактозы, дефицит лактазы или синдром глюкозо–галактозной мальабсорбции. • Беременность и период грудного вскармливания. • Возраст до 18 лет (в связи с отсутствием клинических данных по эффективности и безопасности дапаглифлозина в данной возрастной популяции). С осторожностью: печеночная недостаточность тяжелой степени, инфекции мочевыделительной системы, повышение показателя гематокрита. Применение в период беременности и грудного вскармливания. Беременность. В связи с тем, что применение дапаглифлозина в период беременности не изучено, препарат противопоказан в период беременности. В случае диагностирования беременности терапия дапаглифлозином должна быть прекращена. Период грудного вскармливания. Неизвестно, проникает ли дапаглифлозин и/или его неактивные метаболиты в грудное молоко. Нельзя исключить риск для новорожденных/младенцев. Дапаглифлозин противопоказан в период грудного вскармливания. Способ применения и дозы. Внутрь, независимо от приёма пищи, не разжевывая. СД2. Монотерапия: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Комбинированная терапия: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки в комбинации с метформином, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформином), тиазолидиндионами, ингибиторами ДПП–4 (в том числе, в комбинации с метформином); агонистом рецепторов ГПП–1 — эксенатидом пролонгированного действия, в комбинации с метформином; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения). С целью снижения риска гипогликемии при совместном назначении препарата Форсига с препаратами инсулина или препаратами, повышающими секрецию инсулина (например, с производным сульфонилмочевины), может потребоваться снижение дозы препаратов инсулина или препаратов, повышающих секрецию инсулина. Стартовая комбинированная терапия с метформином: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки, доза метформина — 500 мг 1 раз в сутки. В случае неадекватного гликемического контроля дозу метформина следует увеличить. СД2 у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно–сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно–сосудистого риска для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Хроническая сердечная недостаточность. Рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Хроническая болезнь почек. Рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Побочное действие. Профиль безопасности дапаглифлозина оценивали в клинических исследованияха безопасности и эффективности дапаглифлозина при применении для терапии СД2, хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек, в период пострегистрационного наблюдения. Профиль безопасности дапаглифлозина по изучаемым в исследованиях показаниям был сопоставим. Тяжелая гипогликемия и диабетический кетоацидоз наблюдались только у пациентов с сахарным диабетом. Нежелательные реакции не были дозозависимыми. Возможные на фоне терапии дапаглифлозином нежелательные реакции распределены по системно–органным классам с указанием частоты их возникновения согласно рекомендациям ВОЗ: очень часто (≥1/10), часто (≥1/100, <1/10), нечасто (≥1/1000, <1/100), редко (≥1/10000, <1/1000), очень редко(<1/10000) и неуточненной частоты (невозможно оценить на основании имеющихся данных). Инфекционные и паразитарные заболевания: часто* — вульвовагинит, баланит и связанные с ними генитальные инфекции[b,c], инфекция мочевыводящих путей[b,d]; нечасто** — вульвовагинальный зуд, грибковые инфекционные заболевания; очень редко — некротизирующий фасциит промежности (гангрена Фурнье). Нарушения со стороны обмена веществ и питания: очень часто — гипогликемия (при применении в комбинации с производным сульфонилмочевины или инсулином)[b]; нечасто** — снижение ОЦК[b,e], жажда; редко — диабетический кетоацидоз (при применении при СД2)[b,i]. Нарушения со стороны нервной системы: часто* — головокружение. Нарушения со стороны желудочно–кишечного тракта: нечасто** — запор, сухость во рту. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: часто* — сыпь[j]; очень редко — ангионевротический отек. Нарушения со стороны костно–мышечной системы и соединительной ткани: часто* — боль в спине. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: часто* — дизурия, полиурия[f]; нечасто** — никтурия. Лабораторные и инструментальные данные: часто* — дислипидемия[h], повышение значения гематокритаg, снижение почечного клиренса креатинина на начальном этапе терапииb; нечасто** — повышение концентрации мочевины в крови, повышение концентрации креатинина в крови на начальном этапе терапии[b]. [a]Представлены данные применения препарата до 24 недель (краткосрочная терапия) независимо от приема дополнительного гипогликемического препарата. [b]См. соответствующий подраздел ниже для получения дополнительной информации. [c]Вульвовагинит, баланит и связанные с ними генитальные инфекции включают, например, следующие заранее определенные предпочтительные термины: вульвовагинальную грибковую инфекцию, вагинальную инфекцию, баланит, грибковую инфекцию половых органов, вульвовагинальный кандидоз, вульвовагинит, кандидозный баланит, генитальный кандидоз, инфекцию половых органов, инфекцию половых органов у мужчин, инфекцию полового члена, вульвит, бактериальный вагинит, абсцесс вульвы. [d]Инфекция мочевыводящих путей включает следующие предпочтительные термины, перечисленные в порядке убывания частоты: инфекция мочевыводящих путей, цистит, инфекция мочевыводящих путей, вызванная бактериями рода Escherichia, инфекция мочеполового тракта, пиелонефрит, тригонит, уретрит, инфекция почек и простатит. [e]Снижение ОЦК включает, например, следующие заранее определенные предпочтительные термины: обезвоживание, гиповолемия, артериальная гипотензия. [f]Полиурия включает предпочтительные термины: поллакиурия, полиурия и усиление диуреза. [g]Средние изменения значения гематокрита от исходных значений составили 2,30% в группе дапаглифлозина 10 мг по сравнению с –0,33% в группе плацебо. Значения гематокрита >55% отмечены у 1,3% пациентов, получавших дапаглифлозин 10 мг, по сравнению с 0,4% пациентов, получавших плацебо. [h]Среднее изменение следующих показателей в процентах от исходных значений в группе дапаглифлозина 10 мг и группе плацебо, соответственно, составило: общий холестерин 2,5% по сравнению с 0,0%; холестерин–ЛПВП 6,0% по сравнению с 2,7%; холестерин–ЛПНП 2,9% по сравнению с 1,0%; триглицериды –2,7% по сравнению с 0,7%. [i]Отмечено в исследовании DECLARE. Частота основана на годовом показателе. [j]НР отмечена при пострегистрационном наблюдении. Сыпь включает следующие предпочтительные термины, перечисленные в порядке частоты развития в клинических исследованиях: сыпь, генерализованная сыпь, зудящая сыпь, макулёзная сыпь, макулопапулезная сыпь, пустулёзная сыпь, везикулёзная сыпь, эритематозная сыпь. В плацебо–контролируемых и с активным контролем клинических исследованиях (группа, получавшая дапаглифлозин: n=5936, контрольная группа: n=3403) частота развития сыпи была схожей у пациентов, получавших дапаглифлозин (1,4%), и пациентов в контрольной группе (1,4%), что соответствует категории частоты «часто». *Отмечены у ≥ 2% пациентов, принимавших дапаглифлозин в дозе 10 мг, и на ≥ 1% чаще, чем в группе плацебо. **Отмечены у ≥ 0,2% пациентов и на ≥ 0,1% чаще и у большего количества пациентов (как минимум на 3) в группе дапаглифлозина 10 мг по сравнению с группой плацебо, вне зависимости от приема дополнительного гипогликемического препарата. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП — 002596 от 21.08.2014 г.

ХСНнФВ — хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса, СС — сердечно–сосудистый, СН — сердечная недостаточность.

[†] События первичной конечной точки: сердечно–сосудистая смерть, госпитализация и неотложное обращение по поводу СН. * Включая неотложные обращения по причине СН. ** Компонент конечной первичной точки эффективности в исследовании DAPA–HF.

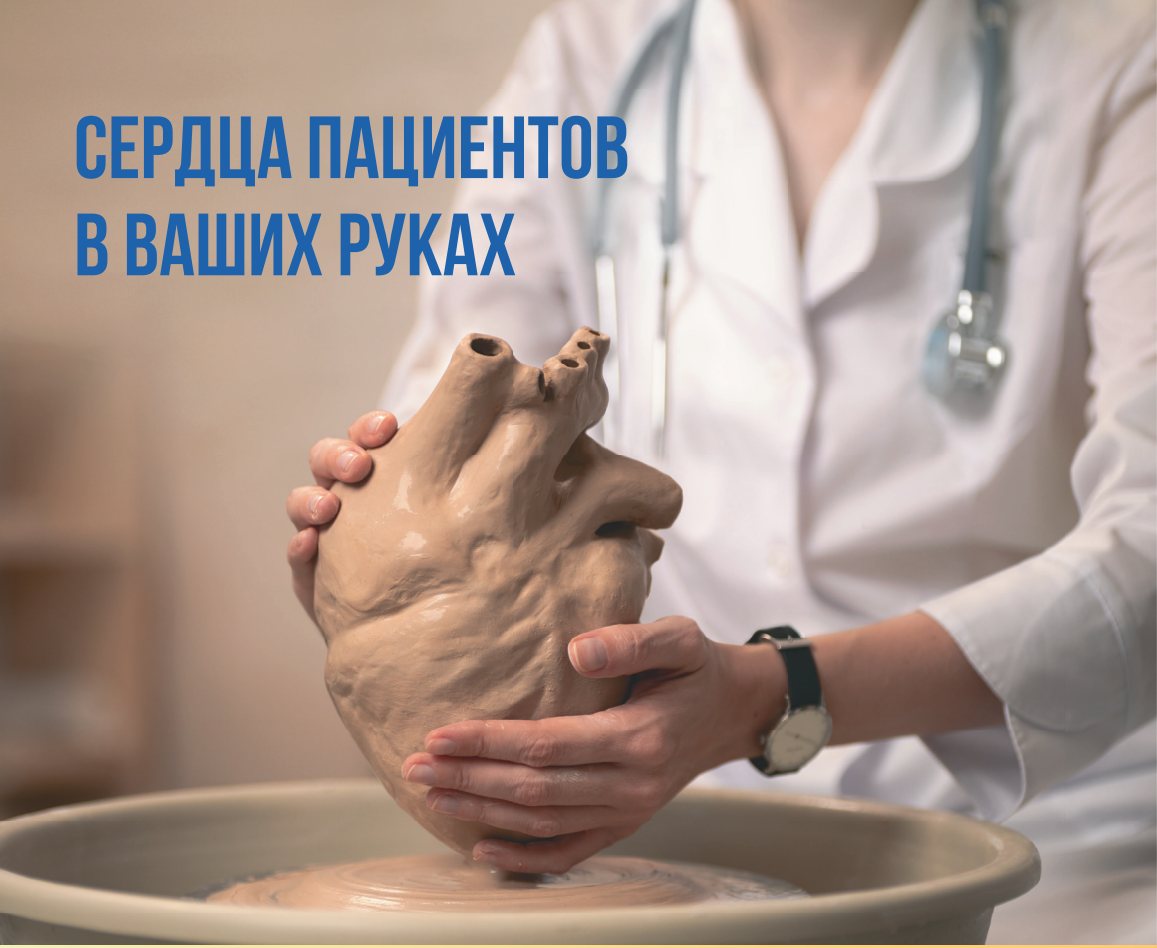
1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП–002596 от 21.08.2014. 2. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность 2020. https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf (дата обращения 14.10.2020). 3. McMurray JJV et al. Dapaglitlozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. N Engl J Med. 2019 Nov21 ;381 (21):1995–2008. 4. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения. 5. Перечень лекарств для обеспечения отдельных граждан.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз». 123112, г. Москва,
1-й Красногвардейский проезд, д.21, стр.1., Башня «ОКО», 30 этаж.
Тел.: +7 (495) 799-56-99, факс: +7 (495) 799-56-98. www.astrazeneca.ru, www.az-most.ru
FOR_ RU-13070. Дата одобрения: 28.03.2022. Дата истечения: 27.03.2024.

AstraZeneca

СЕРДЦА ПАЦИЕНТОВ В ВАШИХ РУКАХ



Гипертрофия левого желудочка сегодня может привести к ХСН завтра[1]

- АГ является причиной СН в 95% случаев[2]
- У половины пациентов после постановки диагноза ХСН продолжительность жизни не превышает 5 лет[3]
- Дисбаланс систем САС, РААС и НУП – ведущий механизм прогрессирования ХСН[4-8]
- За год в России умирают более 600 тысяч больных сердечной недостаточностью[2]

АГ – артериальная гипертензия, ХСН - хроническая сердечная недостаточность, САС - симпато-адреналовая система, РААС - ренин-ангиотензин-альдостероновая система, НУП - натрийуретические пептиды.

1. Messerli F.H. et al. JACC: Heart Fail. 2017; 5(8):543 -551. 2. Фомин И.В. Российский кардиологический журнал. 2016; 8 (136): 7-13. 3. Roger V.L. et al. JAMA. 2004;292(3):344-350. 4. Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ. http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/134; 5. Braunwald E. JACC. 2015;65:1029–41. 6. Brewster U.C. et al. Am J Med Sci. 2003;326(1):15-24. 7. Pandey K.N. J Am Soc Hypertens. 2008 July 1; 2(4): 210–226. 8. Хирманов В.Н. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2016; 6(2):3-25.

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий. Материал подготовлен при поддержке ООО «Новартис Фарма».

ООО «Новартис Фарма». 125315, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 70. Тел.: +7 (495) 967-12-70, факс: +7 (495) 967-12-68. www.novartis.ru

502325/GenMed/All/0822/1

АТТЕНТО®

амлодипин + олмесартана медоксомил

Фиксированная комбинация:

- Эффективное снижение АД[1,2]
- Кардио- и ангиопротективный эффект[3*]

Краткая инструкция по медицинскому применению Аттенто® (фиксированная комбинация олмесартана медоксомила и амлодипина 20+5, 40+5, 40+10 мг)

Показания к применению: эссенциальная гипертензия (при неэффективности монотерапии олмесартана медоксомилом или амлодипином). **Способ применения и дозы.** Препарат Аттенто® принимают внутрь 1 раз в сутки, в одно и то же время, независимо от времени приема пищи, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости (например, стаканом воды). Максимальная суточная доза амлодипина составляет 10 мг; олмесартана медоксомила - 40 мг. **Противопоказания:** гиперчувствительность к олмесартану медоксомилу, амлодипину и другим производным дигидропиридина или к любому из вспомогательных веществ; печеночная недостаточность тяжелой степени тяжести (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); обструкция желчевыводящих путей; тяжелая артериальная гипотензия (САД менее 90 мм рт. ст.); шок (включая кардиогенный); острый инфаркт миокарда (и период в течение 1 месяца после него); нестабильная стенокардия; почечная недостаточность тяжелой степени тяжести (клиренс креатинина менее 20 мл/мин; опыт клинического применения отсутствует); состояние после трансплантации почки (опыт клинического применения отсутствует); гемодинамически значимая обструкция выносящего тракта левого желудочка (например, стеноз устья аорты тяжелой степени); беременность; период грудного вскармливания; одновременное применение с алискиреном и препаратами, содержащими алискирен у пациентов с сахарным диабетом и/или с умеренными или тяжелыми нарушениями функции почек (скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м2 площади поверхности тела); одновременное применение с ингибиторами АПФ у пациентов с диабетической нефропатией. **С осторожностью:** стеноз аортального или митрального клапана; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; синдром слабости синусового узла (выраженная тахикардия, брадикардия); одновременное применение с ингибиторами или индукторами изофермента CYP3A4; ангионевротический отек в анамнезе; гипонатриемия; одновременное применение с препаратами лития; гиперкалиемия; гиповолемия (в том числе вследствие диареи, рвоты или одновременного применения диуретиков), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением потребления поваренной соли; почечная недостаточность легкой и умеренной степени тяжести (клиренс креатинина 20-60 мл/мин); первичный гиперальдостеронизм; вазоренальная гипертензия (двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки); прочие состояния, сопровождающиеся активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы; одновременное применение с ингибиторами АПФ или препаратами, содержащими алискирен; хроническая сердечная недостаточность (III-IV функциональный класс по классификации NYHA); хронические формы ишемической болезни сердца; артериальная гипотензия; ишемические цереброваскулярные заболевания; печеночная недостаточность легкой и умеренной степени тяжести (менее 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); пожилой возраст (старше 65 лет); применение у пациентов негроидной расы. Применение препарата Аттенто® у пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией не рекомендуется в связи с недостаточным опытом клинического применения. Препарат Аттенто® не следует применять для купирования гипертонического криза. **Нежелательные реакции:** Наиболее частыми нежелательными реакциями при применении препарата Аттенто® являются периферические отеки (11,3%), головная боль (5,3%) и головокружение (4,5%).

Более подробная информация об Аттенто® содержится в общей характеристике лекарственного препарата ЛП-№(000590)-(РГ-RU)-180222.

* Олмесартан продемонстрировал способность предотвращать или замедлять темпы прогрессирования поражения органов-мишеней
АД – артериальное давление

ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини», 123112, Москва, Пресненская набережная, дом 10,
БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495)785-01-00, факс: (495) 785-01-01, http://www.berlin-chemie.ru.
Информация для специалистов здравоохранения. Отпускают по рецепту.

RU-ATT-04-2022-V01-print Дата утверждения 09.2022

1. Redon J. Fabia MJ. J Renin Angiotensin Aldosterone Syst. 2009 Sep;10(3):147-56.
2. Chrysant SG et al. Clin Ther.2008 Apr;30 (4):587-604
3. De la Sierra A. Volpe M. J.Hypertens.2013 Mar;31 Suppl 1:S13-7

БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

ФОРТЕЛИЗИН®

Опережая время, сохраняем жизнь

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- МИНИМАЛЬНЫЙ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ
- ЭФФЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС

Супраген®

119270, г. Москва, наб. Лужнецкая, д. 6, стр. 1, оф. 301. т/ф.: +7 (495) 287-9807,
www.fortelyzin.ru, info@supergene.ru

Регистрационный № ЛП-001941 от 18.12.2012 г. Информация предназначена для специалистов здравоохранения.
При любых сомнениях следует обратиться к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата ФОРТЕЛИЗИН®
Данная информация не является рекламой и не может быть передана третьим лицам и пациентам. Для лиц старше 18 лет.

Имеются противопоказания. Необходима консультация врача.

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ

НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

IX РОССИЙСКИЙ ФОРУМ

ПО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМ МИОКАРДА ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Стратегический партнер: AstraZeneca

Генеральные партнеры: Супраген®

При поддержке ООО «Новартис Фарма»

Официальные партнеры:

CSL Vifor

VIATRIS

Гедеон Рихтер

Здоровье — наша миссия

БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

Green Leaf Pharma

SERVIER

Информационный партнер: Врачи РФ

сайт форума: https://heartfail.ru/

платформа видеотрансляций: АльфаМед

ПЛАТФОРМА ОНЛАЙН ОБРАЗОВАНИЯ