



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

г. Санкт-Петербург · 25 июня 2026 г.

КАРДИОЛОГИЯ НА СТЫКЕ СФЕР ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЁЛОЙ ХБП

Руководитель учебного центра АО Кардиоклиника

к.м.н. Глебова Светлана Анатольевна

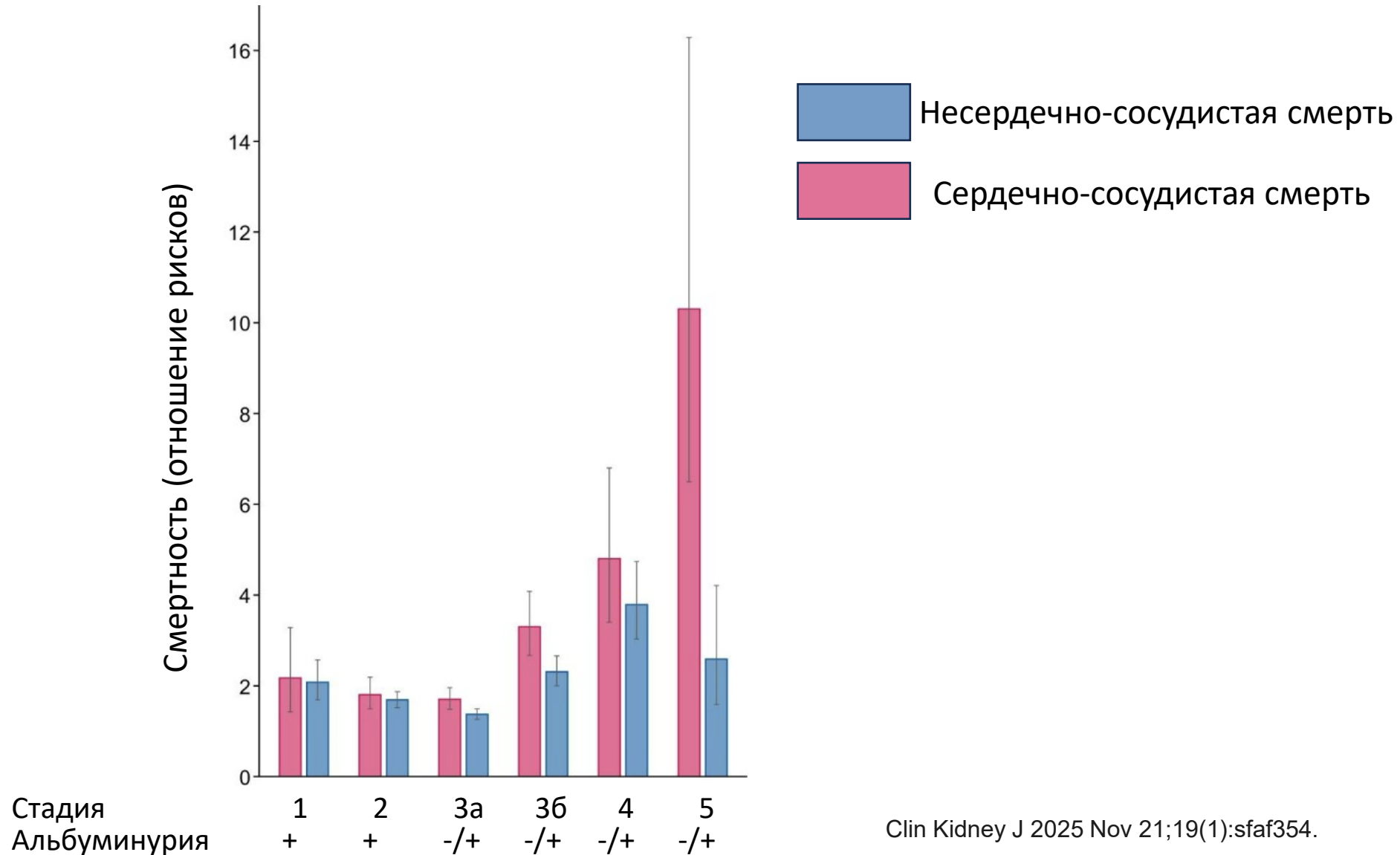


КЛАССИФИКАЦИЯ ХБП

				Градации альбуминурии (мг/сутки)		
				А 1	А 2	А 3
				Оптимальная или легко повышенная	Умеренно повышенная	Очень высокая
				< 30 мг сутки <3 мг/ммоль	30-300 мг сутки 3-30 мг/ммоль	> 300 мг сутки >30 мг/ммоль
СКФ категория (мл/мин/1,73 м ²)	С 1	Высокая или оптимальная	≥ 90	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	С 2	Незначительно сниженная	60-89	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	С 3а	Умеренно сниженная	45-59	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
	С 3б	Существенно сниженная	30-44	Высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск
	С 4	Резко сниженная	15-29	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск
	С 5	Терминальная почечная недостаточность	<15	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск



ВКЛАД СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СМЕРТНОСТЬ ЗАМЕТНО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК





KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the
Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease



Российский кардиологический журнал 2024;29(9):6117

doi: 10.15829/1560-4071-2024-6117

<https://russjcardiol.elpub.ru>

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ISSN 1560-4071 (print)

ISSN 2618-7620 (online)

Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024

Российское кардиологическое общество (РКО)

При участии: Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

Recommendation 3.4.1: We suggest that adults with high BP and CKD be treated with a target systolic blood pressure (SBP) of <120 mm Hg, when tolerated, using standardized office BP measurement (2B).

В качестве целевых значений САД у лиц с повышенным АД и ХБП экспертами KDIGO 2021 **предложен уровень <120 мм рт.ст.,** при условии его хорошей переносимости, при отсутствии постуральной гипотензии и без ограничения ожидаемой продолжительности жизни

Пациентам с диабетической и недиабетической ХБП рекомендуется в качестве первичной цели снижать АД до значений **< 140/80 мм рт ст** далее большинству при хорошей переносимости, снижать САД, измеренное в условиях медицинского учреждения стандартизованным методом, до значений 130 мм рт.ст. и ниже в связи с доказанными преимуществами в снижении риска ССС. ЕОК/ЕОАГ IA (УУР В, УДД 2)



А ВЫ ПОСТУПАЕТЕ ТАК ЖЕ?

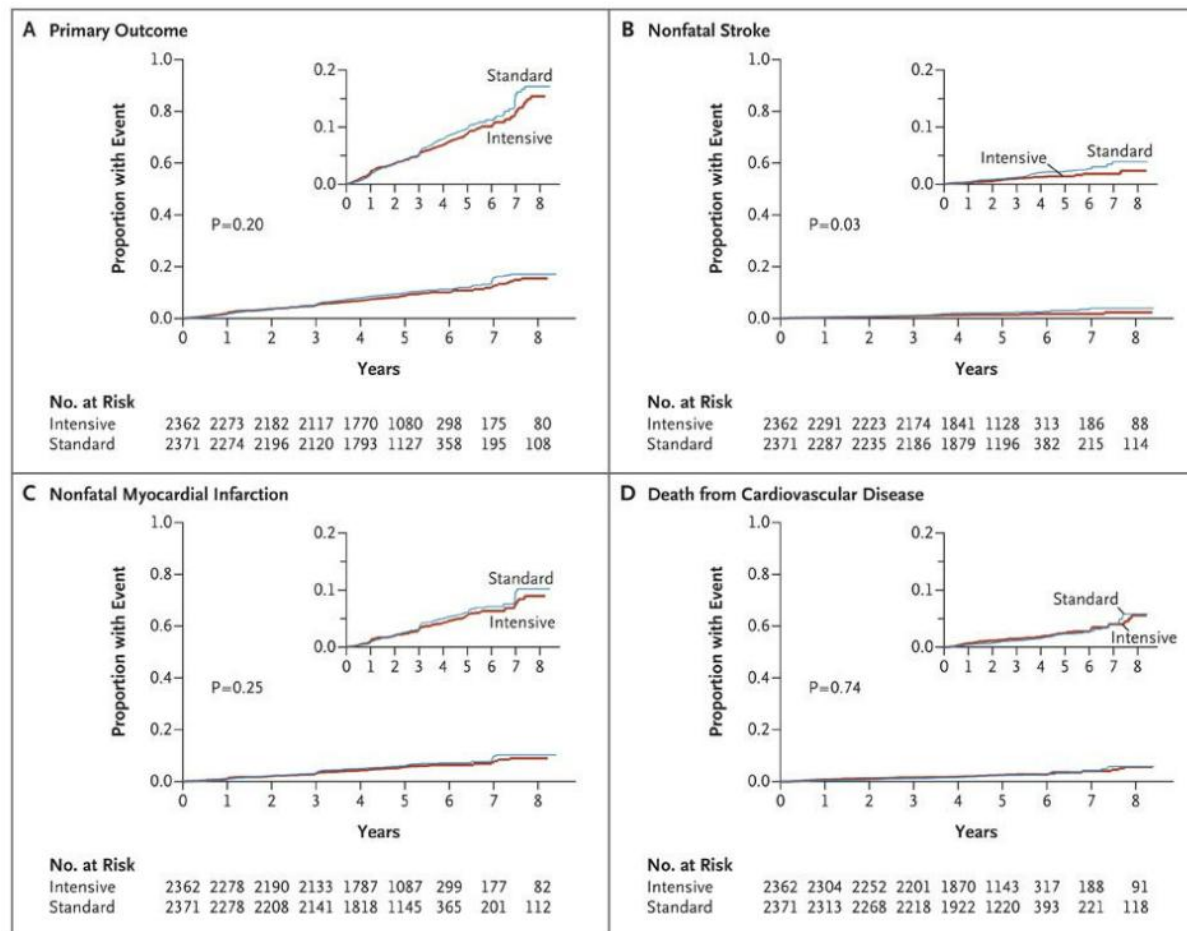


Полное отсутствие медицинского персонала (Unattended BP):

Пациента усаживали в отдельном изолированном кабинете. Врач или медсестра накладывали манжету, запускали аппарат и **выходили из кабинета**. Пациент оставался один, что исключало «эффект белого халата» и снижало уровень тревожности.



THE ACCORD STUDY GROUP



У пациентов с СД 2 типа с высоким риском сердечно-сосудистых событий достижение систолического артериального давления менее 120 мм рт. ст. по сравнению с уровнем менее 140 мм рт. ст. не снижало частоту комбинированного исхода фатальных и нефатальных основных сердечно-сосудистых событий.



ЧЕМ ЛЕЧИЛИ В SPRINT?

Table S1. SPRINT Formulary

Class	Drug	Available Strengths	Usual Dose Range / day	Usual Daily Frequency
Diuretic	Chlorthalidone	25mg	12.5-25 mg	1
	Furosemide	20mg, 40mg, 80mg	20-80 mg	2
	Spironolactone	25mg	25-50 mg	1
	Triamterene/HCTZ	75/50mg	37.5/25 mg – 75/50 mg	1
	Amiloride	5mg	5-10 mg	1-2
Ace Inhibitor	Lisinopril	5mg, 10mg 20mg, 40mg	5-40 mg	1
Angiotensin Receptor Blocker	Losartan	25mg, 50mg, 100mg	25 – 100 mg	1-2
	Azilsartan	40mg, 80mg	40-80 mg	1
	Azilsartan/ chlorthalidone	40/12.5mg, 40/25mg	40/12.5 – 40/25 mg	1
Calcium Channel Blockers	Diltiazem	120mg, 180mg, 240mg, 300mg	120-540 mg	1
	Amlodipine	2.5mg, 5mg, 10mg	2.5-10 mg	1
Beta Blockers	Metoprolol Tartate	25mg, 50mg, 100mg	50-200 mg	1-2
	Atenolol	25mg, 50mg, 100mg	25-100 mg	1
	Atenolol/ Chlorthalidone	50/25mg	50/25 mg	1
Vasodilators	Hydralazine	25mg, 50mg, 100mg	50-200 mg	2
	Minoxidil	2.5mg, 10mg	2.5-80 mg	1-2
Alpha 2 Agonist	Guanfacine	1mg, 2mg	0.5-2 mg	1
Alpha Blockers	Doxazosin	1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1-16 mg	1
Potassium Supplements	KCL tablets	20mEq	20-80 mEq	1-2
	KCL oral solution (10%)	20mEq/15ml	20-80 mEq	1-2

Лечение АГ при ХБП



У пациентов с СКФ <45 мл/мин/1,73 м² можно рассмотреть индивидуальный переход с Т/ТП на петлевой диуретик



предпочтительно
в 1 таблетке



предпочтительно
в 2 таблетках



предпочтительно
в 2 таблетках

Стартовая терапия

ХБП С1-3,
рСКФ>30 мл/мин/1,73 м²

иАПФ/БРА+АК
или Т/ТП диуретик

иАПФ/БРА+АК
+ Т/ТП диуретик

Истинная резистентная АГ
Добавить:
I. Спиронолактон** (25-50 мг/сут)
или
II. ББ или альфа адреноблокатор
или
III. Препарат центрального действия

ШАГ 1

ШАГ 2

ШАГ 3

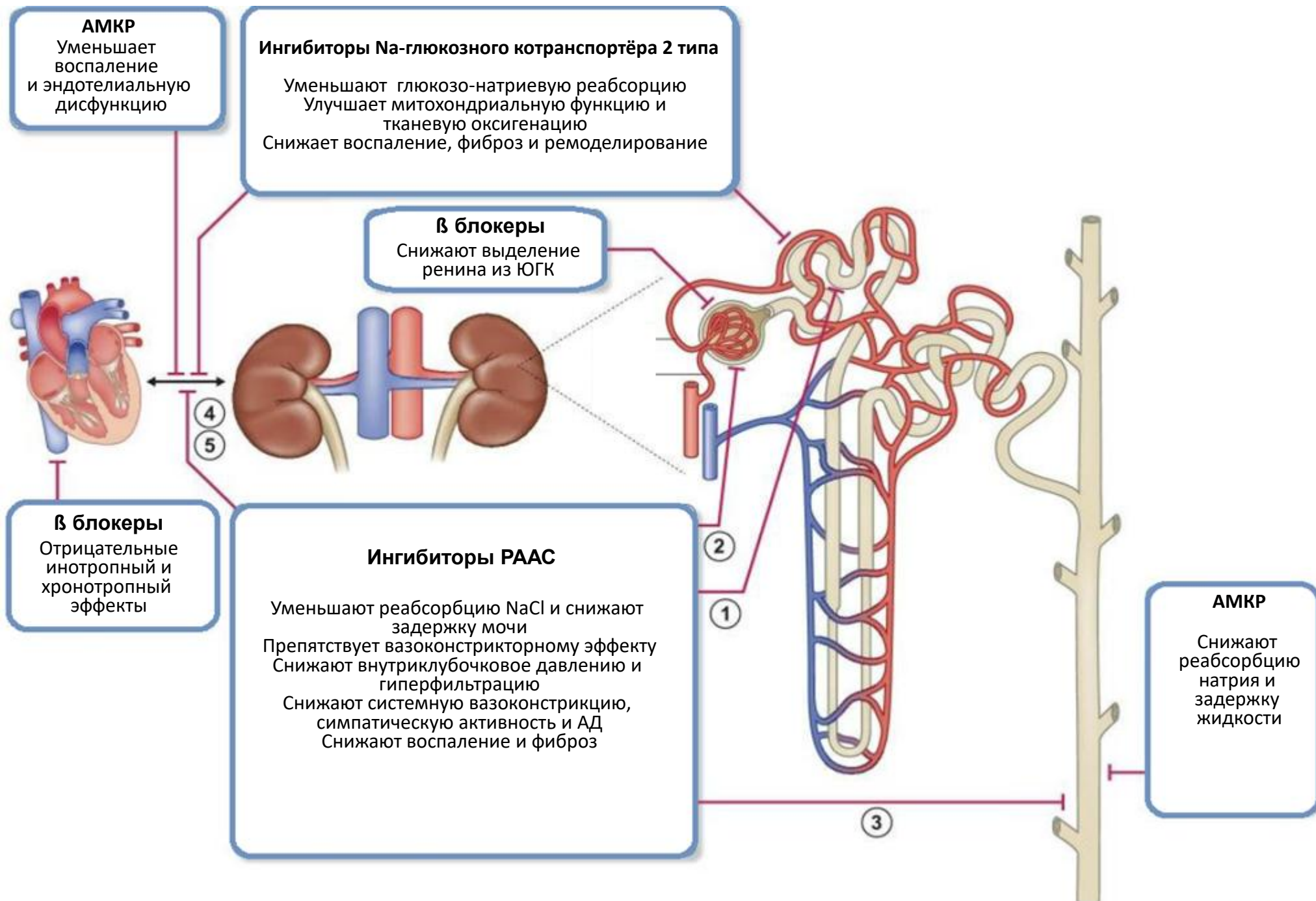
ХБП С4-5 (не диализ),
рСКФ<30 мл/мин/1,73 м²

иАПФ/БРА+АК
или петлевой диуретик

иАПФ/БРА+АК+
петлевой диуретик

Истинная резистентная АГ
Добавить:
I. Хлорталидон или другой Т/ТП
диуретик к петлевому
или
II. ББ или альфа-адреноблокатор
или
III. Препарат центрального действия

иНГЛТ2-могут быть назначены пациентам с ХБП для снижения риска прогрессирования почечной патологии, смерти от сердечно-сосудистых и ренальных осложнений





ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОЗЫ КЛЮЧЕВЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХБП

	СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ 59-30 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ 29-15 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ <15 мл/мин/1.73 м² Суточная доза
Ингибиторы РААС			Отсутствие больших РКИ. Большая вероятность пользы, требуется тщательный мониторинг лаб показателей	Недостаточное количество исследований. Большая вероятность пользы, требуется частый мониторинг лаб показателей
Рамиприл Преимущественно выводится почками	Целевая доза 10 мг	Целевая доза 5-10 мг	Начальная доза 1,25 мг, целевая 5 мг	Недостаточно данных, дозы в исследованиях 1,25-10 мг
Эналаприл Преимущественно выводится почками	Целевая доза 20 мг	Начальная доза 5-10 мг, титрация до 40 мг	Начальная доза 2,5 мг, титрация до 20 мг	Начальная доза 2,5 мг, дозы в исследованиях 5-40 мг
Кандесартан 2/3 экскретируется с желчью, 1/3 с мочой.	Целевая доза 32 мг	Целевая доза 32 мг	Начальная доза 4 мг	Начальная доза 2-4 мг, дозы в исследованиях 8-12 мг



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОЗЫ КЛЮЧЕВЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХБП

	СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ 59-30 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ 29-15 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ <15 мл/мин/1.73 м² Суточная доза
Ингибиторы РААС			Отсутствие больших РКИ. Большая вероятность пользы, требуется тщательный мониторинг лаб показателей	Недостаточное количество исследований. Большая вероятность пользы, требуется частый мониторинг лаб показателей
Лозартан 2/3 экскретируется с желчью, 1/3 с мочой.	Целевая доза 100 мг	Целевая доза 100 мг	Начальная доза 25-50 мг, целевая 100 мг	Начальная доза 25 мг, целевая доза 50-100 мг, дозы в исследованиях 50-100 мг
Валсартан 83% экскретируется с желчью, 1/13% почками.	Целевая доза 320 мг	Начальная доза 40-80 мг, целевая 320 мг	Начальная доза 40-80 мг, целевая 320 мг	Недостаточно исследований с СКФ менее 10. Дозы в исследованиях 80-160 мг
Телмисартан фекальный путь выведения, менее 1% выводится почками.	Целевая доза 80 мг	Начальная доза 20-40 мг, целевая 80 мг	Начальная доза 20 мг, целевая 80 мг	Начальная доза 20 мг, в исследованиях 80 мг

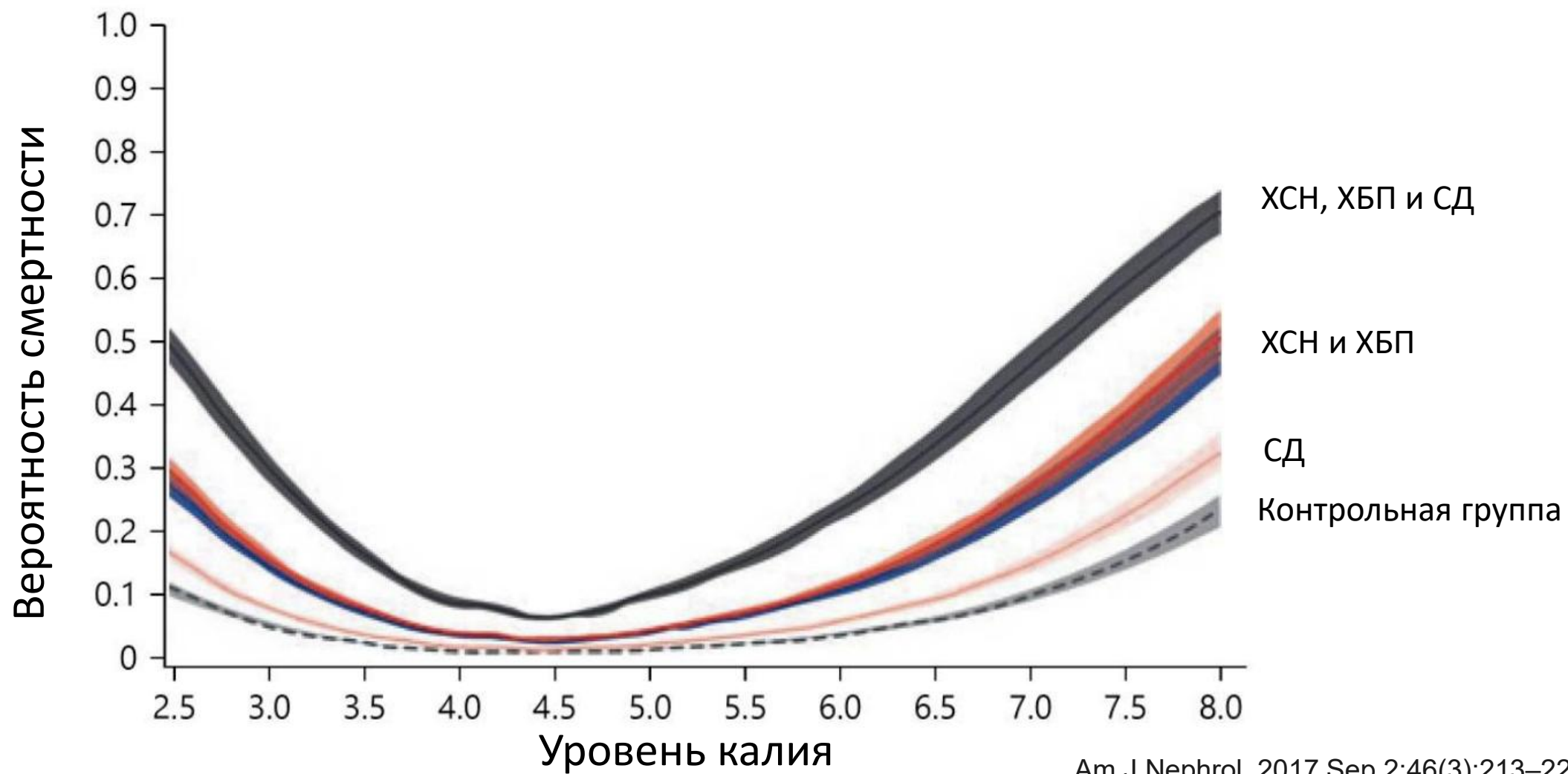


ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОЗЫ КЛЮЧЕВЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХБП

	СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ 59-30 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ 29-15 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ <15 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза
Ингибитор ангиотензиновых рецепторов и неприлизина			Отсутствие больших РКИ. Большая вероятность пользы, требуется частый мониторинг лаб показателей	Может быть рассмотрен Off- label в редких случаях при наличии строгих клинических показаний
Сакубитрил/валсартан Сакубитрил: 52-58% почечный путь выведения, 37-48 фекальный путь	Целевая доза 200 мг	Целевая доза 200 мг	Начальная доза 50 мг	Нет данных. Дозы в исследованиях 50-200 мг



ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ КАЛИЯ И СМЕРТНОСТИ





Препараты	Противопоказания
иАПФ	Беременность Ангioneвротический отек в анамнезе Гиперкалиемия (уровень калия >5,5 ммоль/л) Двусторонний стеноз почечных артерий
БРА	Беременность Гиперкалиемия (уровень калия >5,5 ммоль/л) Двусторонний стеноз почечных артерий
АМКР	Тяжелая гиперкалиемия (>5,5 ммоль/л) рСКФ <30 мл/мин/1,73 м ²

**ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К
ПРИМЕНЕНИЮ:**

**Фозиноприла
Эналаприла
Рамиприла**

**ДОПУСТИМО ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ
ГИПЕРКАЛИЕМИИ С
ОСТОРОЖНОСТЬЮ:**

**Лизиноприла
Моноприла
Периндоприла
Азилсартана
Телмисартана**

**ГИПЕРКАЛИЕМИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
ПРЕПЯТСТВИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

**Валсартана
Лозартана**



K/DOQI (KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE), HFSA (THE HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA), ESC, NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE)

Уровень калия, ммоль/л	Рекомендации
>5	Не начинать ингибиторы РААС при калии >5,0 Уменьшение дозы/отмена ингибиторов АПФ/АРА при калии >5,0 АМКР не рекомендуются при калии >5,0 Следует начать калийснижающий препарат при калии >5,0 ммоль/л на фоне ингибиторов РААС
5,0-5,5	Мероприятия по снижению калия после начала ингибиторов РААС Начать калийснижающий препарат при калии >5,0 ммоль/л
>5,5	Уменьшение дозы/отмена ингибиторов АПФ/АРА
>6	Отмена ингибиторов РААС



Начало терапии иАПФ или сартаном

Мониторинг сывороточного креатинина и калия через 2-4 недели после начала терапии или изменения дозы

Нормокалиемия

Гиперкалиемия

Снижение СКФ $\geq 30\%$

Сниже

Увелич
или с
пр

максимально
переносимую дозу

Однако медицинским работникам следует избегать необходимости прекращать прием этих препаратов, защищающих почки, особенно потому, что эти ранние “провалы”, как правило, обратимы и не являются признаком токсичности препарата

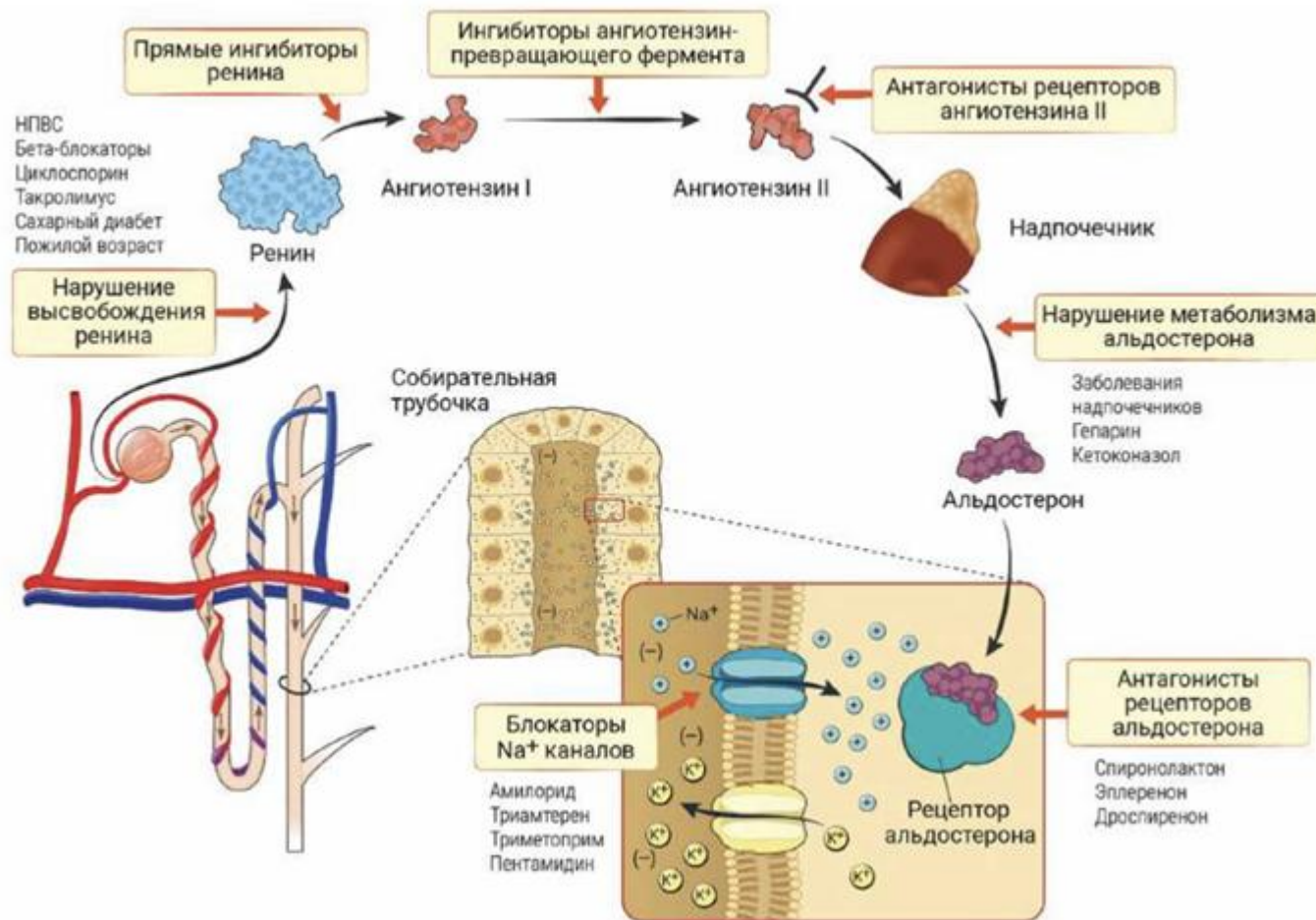
возможные
ОПП
ствующую
тики, НПВС)
почечных
й

Рассмотри:
Диуретики
Калий-связывающие агенты
Бикарбонат натрия

Уменьшить дозу иАПФ
или сартана или
прекратить если
остальные стратегии
неэффективны



АЛЬДОСТЕРОН И КАЛИЙ СВЯЗАНЫ В ОРГАНИЗМЕ СИСТЕМОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ: АЛЬДОСТЕРОН РЕГУЛИРУЕТ УРОВЕНЬ КАЛИЯ, ЗАСТАВЛЯЯ ПОЧКИ ВЫВОДИТЬ ЕГО ИЗБЫТОК С МОЧОЙ



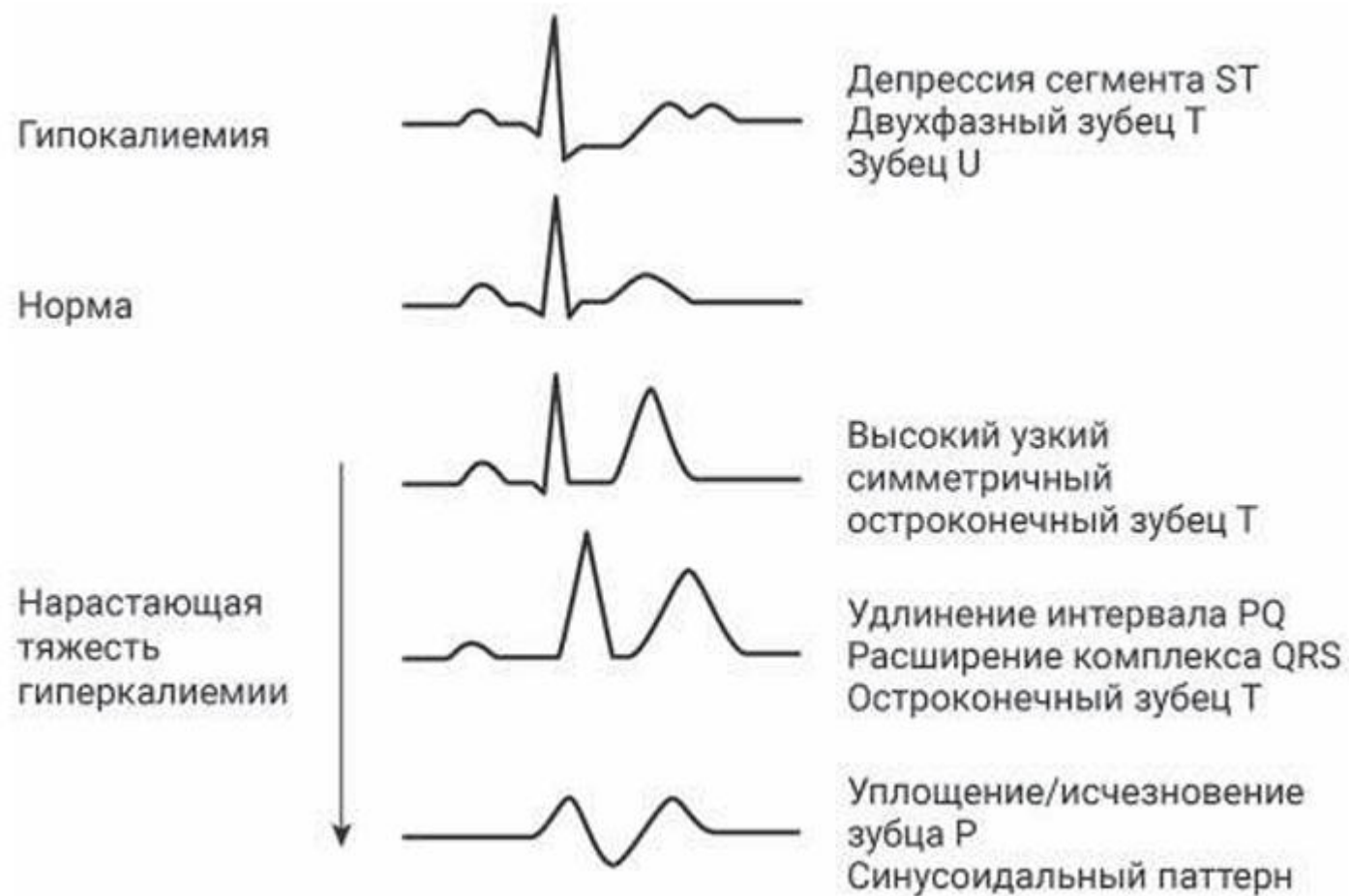


ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ИЛИ ПСЕВДОГИПЕРКАЛИЕМИЯ?

Традиционно наилучшим подтверждением истинности гиперкалиемии является наличие типичных изменений на электрокардиограмме. Так как гиперкалиемия снижает трансмембранный градиент калия, это ведет к повышению калиевой проводимости и укорачивает продолжительность действующего потенциала. Когда калий достигает уровня от 5,5 до 6,5 ммоль/л, обычно появляются остроконечный Т-зубец и удлинение PR-интервала, при дальнейшем увеличении уровня калия QRS становится все более широким, возникают фасцикулярная блокада и блокада ножек пучка Гиса, «синусоида» и асистолия



ЭКГ ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КАЛИЯ





ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ

ЭКГ+	Умеренная	Тяжёлая	Тяжёлая
ЭКГ-	Лёгкая	Умеренная	Тяжёлая
Концентрация калия сыворотки, ммоль/л	5,0-5,9	6,0-6,4	≥6,5

ЭКГ+ типичные изменения на ЭКГ присутствуют
ЭКГ- типичных изменений на ЭКГ нет



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОЗЫ КЛЮЧЕВЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХБП

	СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ 59-30 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ 29-15 мл/мин/1.73 м² Суточная доза	СКФ < 15 мл/мин/1.73 м² Суточная доза
АМКР		Повышенный риск гиперкалиемии, при СКФ $45 < \text{мл/мин/1.73 м}^2$ использование нежелательно	Противопоказан в соответствии с большинством рекомендаций, но некоторые исследования указывают на пользу для сердечно-сосудистой системы. Повышенный риск развития гиперкалиемии и ОПП.	Неясна польза для сердечно-сосудистых заболеваний. Высокий риск гиперкалиемии у пациентов, находящихся на диализе.
Финеренон Выводится 80% с мочой, 20% с калом.	Целевая доза 20 мг	Начальная доза 10 мг, целевая 10-20 мг.	Противопоказан в соответствии с рекомендациями при СКФ менее 25 мл/мин/1,73 м ² . Продолжаются исследования при СКФ 10-20 мл/мин/1,73 м ²	Противопоказан



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОЗЫ КЛЮЧЕВЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХБП

	СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ 59-30 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ 29-15 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ < 15 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза
АМКР		Повышенный риск гиперкалиемии, при СКФ $45 < \text{мл/мин/1.73 м2}$ использование нежелательно	Противопоказан в соответствии с большинством рекомендаций, но некоторые исследования указывают на пользу для сердечно-сосудистой системы. Повышенный риск развития гиперкалиемии и ОПП.	Неясна польза для сердечно-сосудистых заболеваний. Высокий риск гиперкалиемии у пациентов, находящихся на диализе.
Спиронолактон Выводится преимущественно почками.	Целевая доза 50 мг, до 200 мг при отёках	Начальная доза 12,5-25 мг, необходимо тщательно мониторировать калий	Противопоказан в соответствии с рекомендациями. В отдельных случаях можно с особой осторожностью назначать низкие дозы	Противопоказан, дозы в исследованиях 12,5-25 мг
Эплеронон Выводится на 2/3 с мочой, на 1/3 с желчью.	Целевая доза 50 мг	Начальная доза 12,5 -25 мг.	Противопоказан в соответствии с рекомендациями. В отдельных случаях можно с особой осторожностью назначать низкие дозы	Противопоказан, дозы в исследованиях 12,5-25 мг



ДИУРЕТИКИ ПРИ ХБП

Диуретики особенно полезны у пациентов с ХБП, поскольку эти люди чаще всего чувствительны к натрию (особенно пожилые, страдающие сахарным диабетом или ожирением) и имеют высокую распространенность резистентной к лечению артериальной гипертензии. Кроме того, было показано, что диуретики эффективно снижают протеинурию при добавлении к блокаторам РААС при протеинурической ХБП.

Когда СКФ падает ниже 45 мл/мин/1,73 м², тиазидные диуретики становятся менее эффективными, поскольку они не могут достичь места своего действия в канальцах из-за конкуренции за канальцевую секрецию с другими веществами, которые накапливаются при ХБП.

ТЕОРЕТИЧЕСКИ это относится и к тиазидоподобным диуретикам, но недавние данные РКИ показали, что, по крайней мере, хлорталидон клинически эффективен в снижении АД у пациентов с ХБП группы С4. В целом, у пациентов с ХБП С3b (рСКФ 30-44 мл/мин/1,73 м²) диуретическая терапия должна быть изменена и дозировка подобрана индивидуально, в то время как у пациентов с ХБП С4 (рСКФ <30 мл/мин/1,73 м²) тиазиды следует заменить петлевыми диуретиками.



Российский кардиологический журнал 2024;29(9):6117

doi: 10.15829/1560-4071-2024-6117

<https://russjcardiol.elpub.ru>

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ISSN 1560-4071 (print)

ISSN 2618-7620 (online)

Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024

Российское кардиологическое общество (РКО)

При участии: Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава Российской Федерации (12.09.2024)

При резистентной АГ и СКФ <30 мл/мин/1,73 м² ним из вариантов 4 шага терапии является добавление хлорталидона или другого тиазидного или тиазидоподобного диуретика [178]



ORIGINAL ARTICLE



Chlorthalidone for Hypertension in Advanced Chronic Kidney Disease

Authors: Rajiv Agarwal, M.D. , Arjun D. Sinha, M.D., Andrew E. Cramer, B.S., Mary Balmes-Fenwick, M.S., Jazmyn H. Dickinson, B.S., Fangqian Ouyang, M.S., and Wanzhu Tu, Ph.D. [Author Info & Affiliations](#)

Published November 5, 2021 | N Engl J Med 2021;385:2507-2519 | DOI: 10.1056/NEJMoa2110730

VOL. 385 NO. 27 | Copyright © 2021



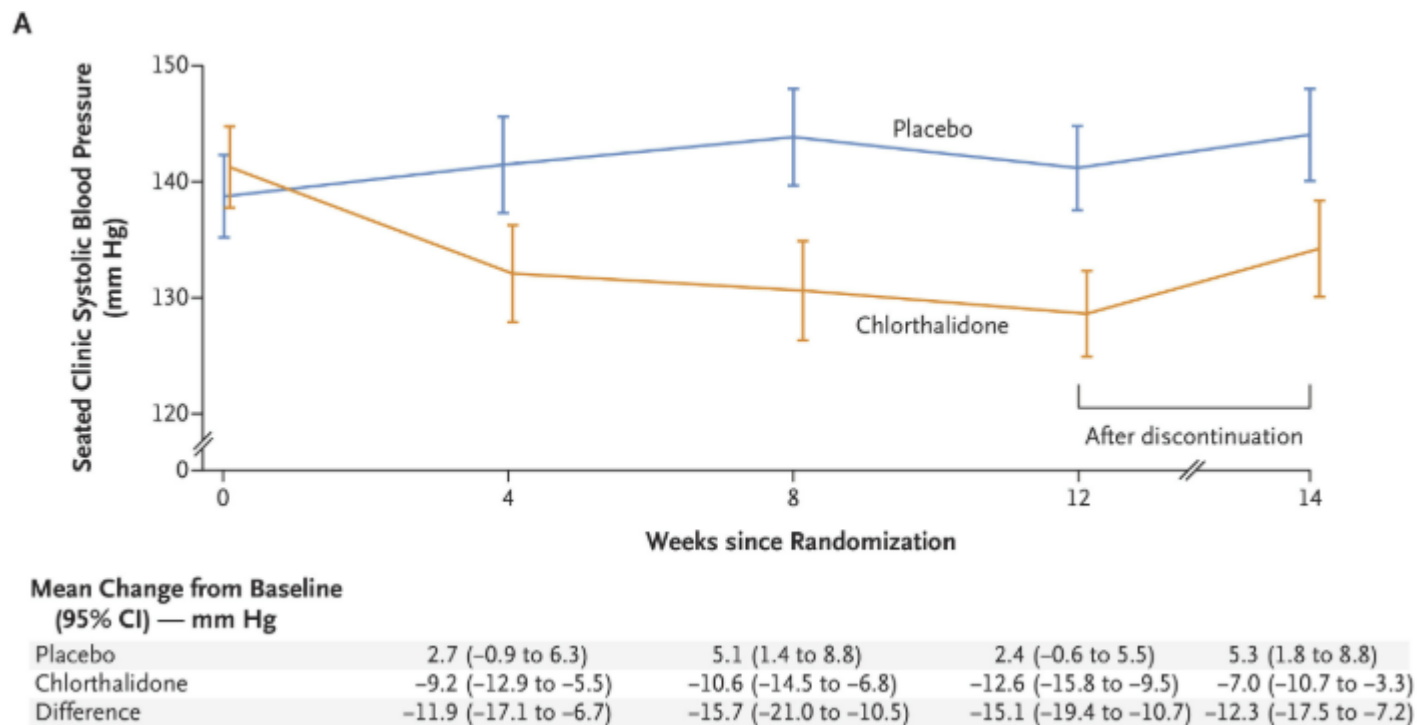
CHLORTHALIDONE IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

(CLICK) TRIAL

	Хлорталидон	Плацебо
Возраст	66.2±10.8	66.7±10.8
СКФ мл/мин/1.73 м ²	23.5±4.2	22.8±4.2
NT-proBNP— пг/мл	545 (189–1342)	636 (274–1601)



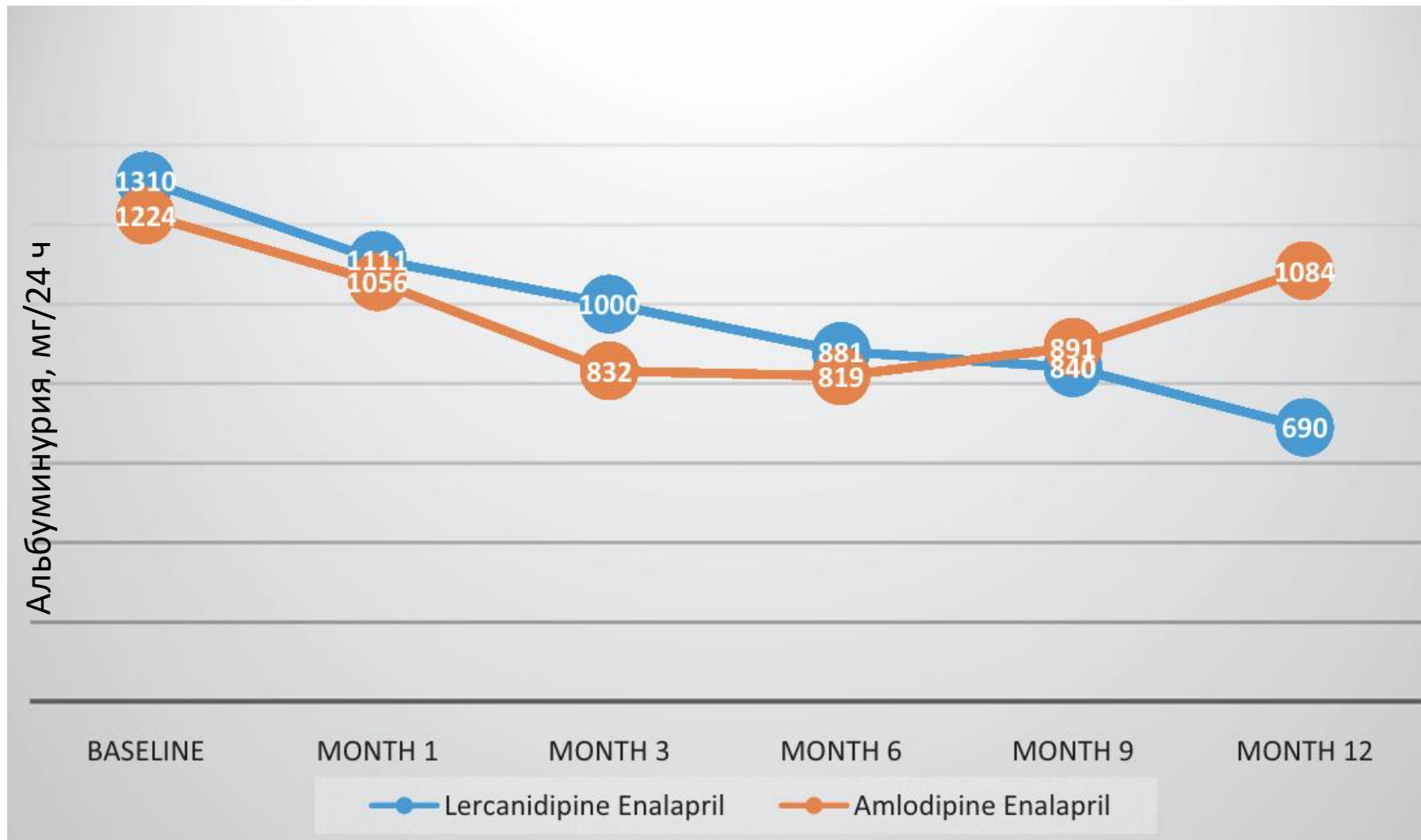
CHLORTHALIDONE IN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CLICK) TRIAL



Стартовая доза 12,5 мг, с увеличением (при необходимости) каждые 4 недели до максимума 50 мг в сутки



ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА ПРОТЕИНУРИЮ





ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОЗЫ КЛЮЧЕВЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХБП

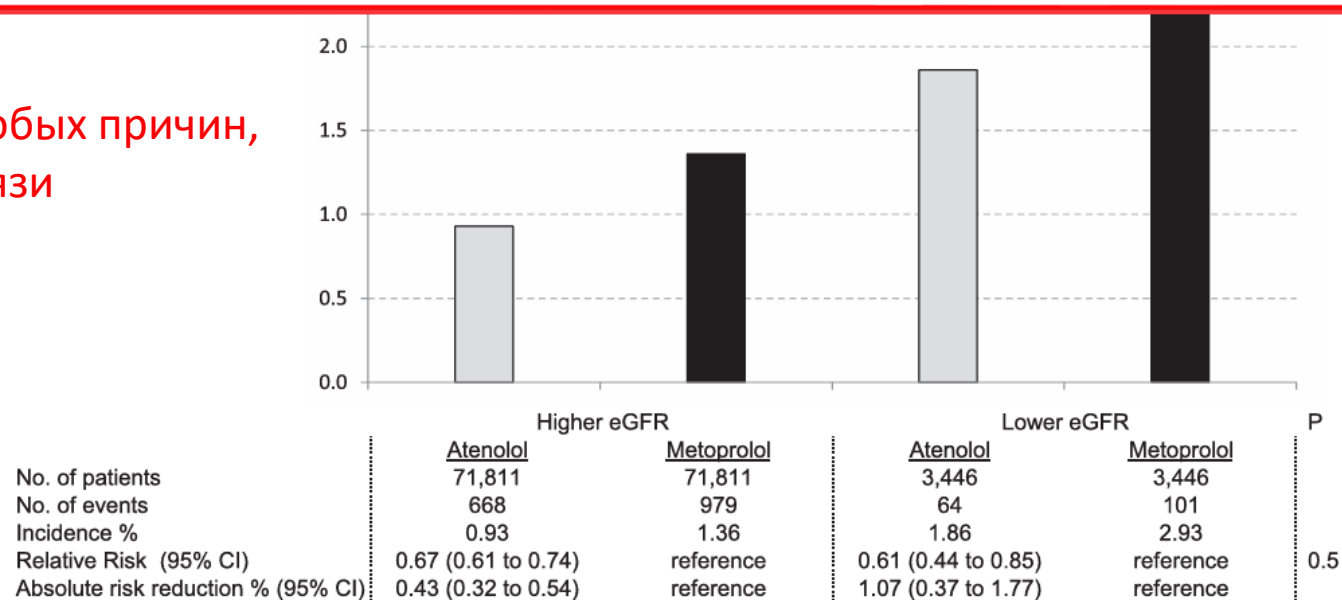
	СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ 59-30 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ 29-15 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза	СКФ < 15 мл/мин/1.73 м2 Суточная доза
Бета блокатор				
Метопролол Элиминируется главным образом печенью	Целевая доза 200 мг	Целевая доза 200 мг	Целевая доза 200 мг	Целевая доза 200 мг
Атенолол Главным образом элиминируется почками	При этом было установлено, что при эквивалентном снижении артериального давления, карведилол, по сравнению с атенололом, ассоциировался со значительно более выраженным снижением альбуминурии			противопоказан, в исследованиях 25 мг
Бисопролол 50% элиминируется почками, 50% печенью				максимальная доза 10 мг
Карведилол главным образом элиминируется печенью	Целевая доза 50-100 мг в сутки	Целевая доза 50-100 мг в сутки	Целевая доза 50-100 мг в сутки	В исследованиях 50 мг в сутки



ПРЯМОЕ СРАВНЕНИЕ АТЕНОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА

Вопреки нашим ожиданиям, было установлено, что по сравнению с метопрололом тартратом атенолол ассоциировался с более низким риском смертности в течение 90 дней у пациентов независимо от расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ), при этом различий в риске госпитализации по поводу брадикардии или артериальной гипотензии выявлено не было

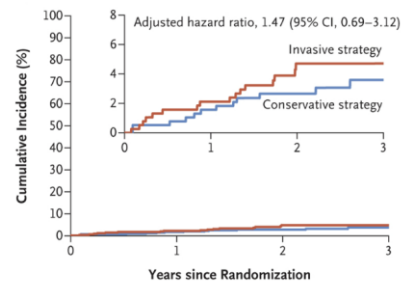
Частота смерти от любых причин,
госпитализации в связи
с брадикардией
или гипотонией





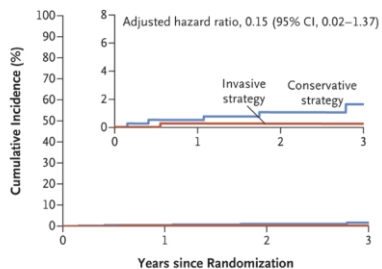
ИНВАЗИВНАЯ И КОНСЕРВАТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ИБС И ХБП С СРЕДНЕЙ СКФ 23

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
ПО ПОВОДУ ХСН



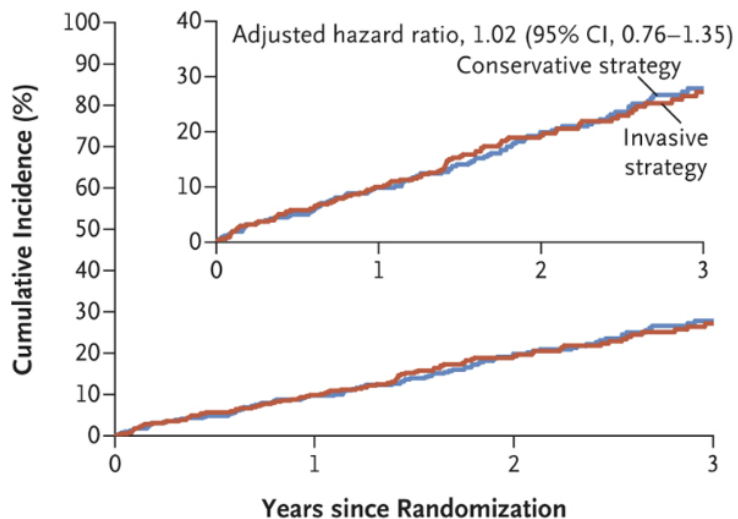
No. at Risk				
Conservative strategy	389	346	223	104
Invasive strategy	388	330	197	86

НЕСТАБИЛЬНАЯ
СТЕНОКАРДИЯ



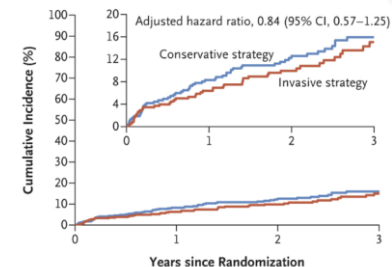
No. at Risk				
Conservative strategy	389	350	231	107
Invasive strategy	388	335	203	90

СМЕРТЬ



No. at Risk				
Conservative strategy	389	351	232	108
Invasive strategy	388	344	209	93

ИМ



No. at Risk				
Conservative strategy	389	330	212	91
Invasive strategy	388	319	190	80



ИВАБРАДИН ПРИ ХБП

Анализ исследования SHIFT

Как и следовало ожидать, исходя из механизма действия, ивабрадин со временем не оказывал влияния на РСКФ или уровень креатинина в сыворотке крови



РАНОЛАЗИН ПРИ ХБП

ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ СКФ МЕНЕЕ 30



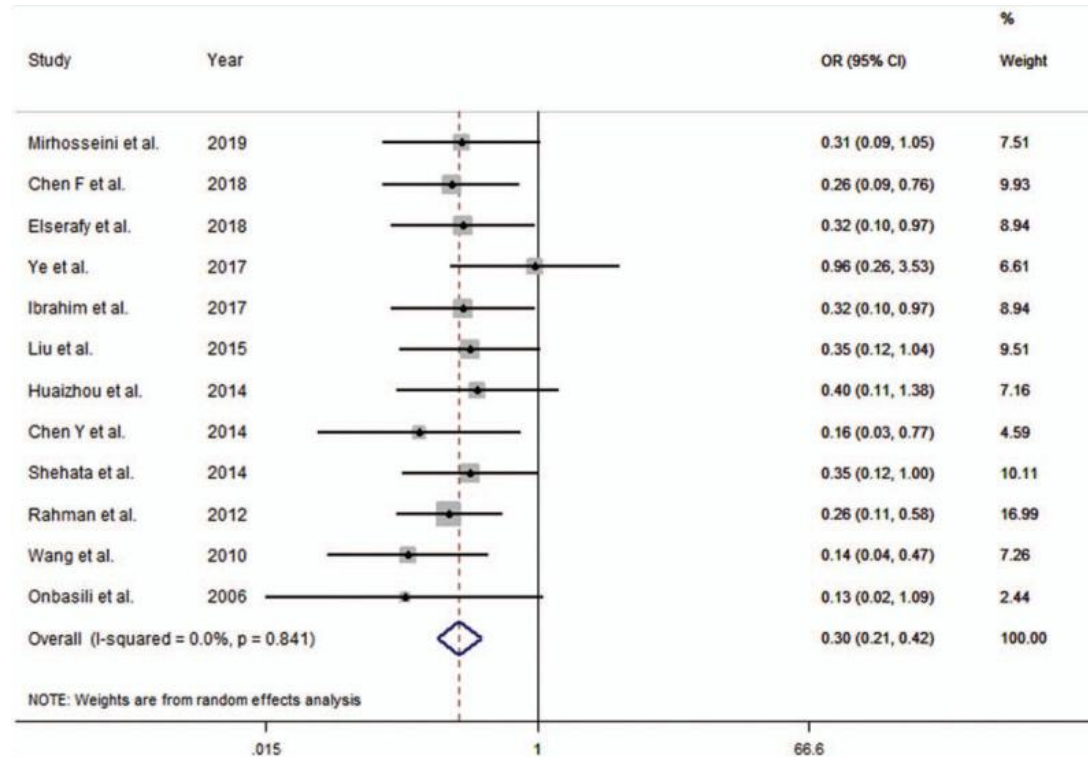
НИКОРАНДИЛ ПРИ ХБП

**НЕТ ОГРАНИЧЕНИЙ ПО СКФ
НИКОРАНДИЛА АКТИВАТОР АТФ-ЗАВИСИМЫХ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ
ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПЕРКАЛИЕМИИ
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЕСТЬ РИСК ГИПЕРКАЛИЕМИИ**



ТРИМЕТАЗИДИН ПРИ ХБП

**ПРИ СКФ МЕНЕЕ 30 МЛ/МИН/1,73 м²-ПРОТИВОПОКАЗАН
ПРИ СКФ 30-60 МЛ/МИН/1,73 м² РЕКОМЕНДУЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ**





НИТРАТЫ И МОЛСИДОМИН ПРИ ХБП

НЕТ ОГРАНИЧЕНИЙ ПО СКФ



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**



Приглашаем присоединиться
к участникам конференций
в Telegram-канале.