

Секция 9: Медицинские науки

ЖАНГЕЛОВА ШОЛПАН БОЛАТОВНА

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

АЛЬМУХАМБЕТОВА РАУЗА КАДЫРОВНА

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ЖАНГЕЛОВА МАЙРА БЕЛЬГИБАЕВНА

Д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №3,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

БОТАН СЫМБАТ МАҚАНҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

НЕСИПБАЕВА БАҚЫТ БАЯНБЕКОВНА

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ЕЛЕУ ЖАНАР ӘУЕЗҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ҚАСЫМ ПЕРИЗАТ БАУЫРЖАНҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ХОНТАЕВА ФАРИЗА ТОРОҚУЛОВНА

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ЭПЛЕРЕНОН В ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Известно, что раннее назначение эплеренона после инфаркта миокарда способствует лучшему прогнозу за счет замедления ремоделирования сердечно-сосудистой системы. Поэтому в последних рекомендациях Европейского общества кардиологов по менеджменту сердечной недостаточности от 2016 года эплеренон рекомендован всем пациентам с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса на фоне ингибиторов ангиотензин-превращающего ферменты (ИАПФ) или блокаторов ренин ангиотензина II (БРА II) в комбинации с бета-блокаторами (класс и уровень доказательности - IA).

АРМ (спиронолактон и эплеренон) блокируют рецепторы, которые связывают альдостерон и другие стероидные гормоны (например, кортикостероиды, андрогены). Спиринолактон или эплеренон рекомендуются всем пациентам с симптоматикой (несмотря на лечение иАПФ и ББ) с СН-нФВ и ФВЛЖ $\leq 35\%$, с целью снижения смертности и

госпитализации по поводу СН. Следует соблюдать осторожность при использовании АРМ у пациентов с нарушением функции почек и у пациентов с уровнем калия в сыворотке крови >5 ммоль/л, для чего должен проводиться регулярный контроль в зависимости от клинического статуса пациента [1, с.7-81; 2, с.37-48; 3, с.147-152; 4, с.137-144; 5, с.4-38; 6, с.13-704].

Цель исследования: изучение эффективности эплеренона 25-50 мг на течение сердечной недостаточности у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда при умеренно сниженной фракции выброса левого желудочка.

Материал и методы: В исследование включено 80 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которые не страдали сердечной недостаточностью или фракцией выброса $<40\%$ без признаков сердечной недостаточности. Все пациенты были разделены на две группы: первая группа (40 пациентов) принимала в составе комплексной терапии 25-50 мг эплеренона (ЭПНОН для кардиологического отделения №5 был предоставлен фирмой MSN LABORATORIES) один раз в день с момента поступления в стационар, вторая группа (40 пациентов) получала стандартное лечение инфаркта миокарда с нормальной фракцией выброса на ЭхоКГ согласно протокола РЦРЗ без препарата эплеренон, но пациенты принимали спиронолактон 25-50 мг в сутки. Лечение начиналось в течение 12-24 часов от первых признаков появления симптомов. Комбинированной конечной точкой были первые случаи смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в течение месяца после инфаркта, фракция выброса $<40\%$ после одного месяца лечения.

Результаты и обсуждение. Исходно фракция выброса составила $44,8 \pm 8,9\%$ в первой группе и $45,2 \pm 6,2\%$ во второй группе. Через 1 месяц после перенесенного инфаркта миокарда фракция выброса в первой группе была $54,2 \pm 5,7\%$, во второй группе $52,8 \pm 7,9\%$. В течение месяца от момента

перенесенного инфаркта миокарда летальность в первой группе составила – 5 % (2 случая), во второй группе 7,5% (3 случая). Гиперкалиемия через 1 месяц после инфаркта миокарда была выявлена у 2 пациентов с первой группы, у 6 пациентов со второй группы. Других побочных эффектов не зарегистрировано. Летальность в течение одного месяца после инфаркта миокарда в группе больных, получающих эплеренон оказалась на 2,5% меньше.

Выводы: Раннее назначение эплеренона после инфаркта миокарда способствуют лучшему прогнозу: наблюдалось меньшее количество летальных исходов в группе пациентов с острым инфарктом миокарда, принимающих эплеренон 25-50 мг в течение 30 дней от инфаркта миокарда, а также более выраженное увеличение фракции выброса по ЭхоКГ. Побочный эффект в виде гиперкалиемии наблюдался на 24% чаще. Отмечена хорошая переносимость лечения в группе пациентов, принимающих эплеренон.

Литература

1. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016 / Российский кардиологический журнал.- № 1 (141). - 2017. С. 7-81.
2. ЛАРИНА В.Н., ЧУКАЕВА И.И. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности (по рекомендациям Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016 г.) / Журнал «Лечебное дело», №3.-2016. - С.37-48.
3. Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Тарасов Р.С. Пациент пожилого возраста с инфарктом миокарда, осложненным сердечной недостаточностью. Возможности медикаментозной терапии в улучшении прогноза / РМЖ. 2017. №3. С. 147-152

Оригинальная статья опубликована на сайте РМЖ (Русский медицинский журнал):

http://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Pacient_poghilogo_vozrasta_s_in_farktom_miokarda_oslozhnennym_serdechnoy_nedostatochnostyyu_Vozmoghnosti_medikamentoznoy_terapii_v_uluchshenii_proгноза/#ixzz4iG4Tv9UV

4. Терещенко С.Н., Жиров И.В., Осмоловская Ю.Ф. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов в лечении больных с сердечной недостаточностью после инфаркта миокарда с хронической сердечной недостаточностью. Терапевтический архив, 2013, 85 (12): 137-144.
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической и острой сердечной недостаточности / Евразийский кардиологический журнал, 2014, 2: 4-38.
6. Клинический протокол диагностики и лечения «Хроническая сердечная недостаточность» МЗ РК № 13 от 28.06.2013 года. / <https://diseases.medelement.com/disease/хроническая-сердечная-недостаточность/13704>