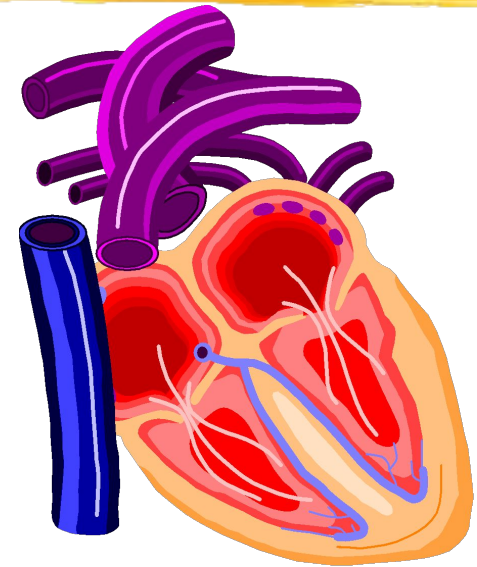


ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Заболевание, характеризующееся снижением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, нарушением механизмов регулирующих гемодинамику, ускорением возрастных сосудистых изменений, прогрессирующими осложнениями.



Распространенность гипертонической болезни



- В экономически развитых странах гипертонической болезнью страдают 20-25% населения.
- В настоящее время в России около **45 миллионов** людей страдают от гипертонической болезни.
- только 57% гипертоников знают о своей болезни;
- только 17 % из них получают лечение,
- только у 8% терапия является адекватной.
- В России **доля смертности** от сердечно-сосудистых заболеваний в общей смертности составляет **53,5%**,
- при этом 48% обусловлено **ИБС**,
- 35,2% - цереброваскулярными заболеваниями.
- Инсульты в России возникают в 4 раза чаще, чем в США и странах Западной Европы.

Эпидемиология АГ в России

- По данным обследования репрезентативной выборки (1993 г.), стандартизованная по возрасту **распространенность АГ** (>140/90 мм рт. ст.) в России составляет **среди мужчин 39,2%, а среди женщин – 41,1%.**
- Женщины лучше, чем мужчины, информированы о наличии у них заболевания (58,9% против 37,1%), чаще лечатся (46,7% против 21,6%), в том числе эффективно (17,5% против 5,7%)
- У мужчин и женщин отмечается отчетливое увеличение АГ с возрастом. **До 40 лет АГ чаще наблюдается у мужчин, после 50 лет – у женщин.**

Эпидемиология АГ в России

- Среди **мужчин** до 40 лет лекарственную терапию получают только **10% больных АГ**, в последующих возрастных группах этот показатель увеличивается до **40% у больных 70–79 лет**.
- Эффективность лечения АГ у мужчин практически не зависит от возраста и колеблется от 4 до 7%.
- Среди **женщин** антигипертензивную терапию получают от **30%** в возрастной группе 20–29 лет до **58%** в возрастной группе 60–69 лет.
- Эффективность лечения уменьшается с возрастом: если до 50 лет эффективно лечится каждая 5-я, то в последующем число эффективно леченных женщин уменьшается до 8%, достигая минимума в последние годы жизни (1,5%).

Возрастные особенности распространенности ГБ

Анализ распространенности гипертонической болезни в различных возрастных группах мужчин показал, что в России от гипертонической болезни страдает

- среди 20-29-летних - каждый 14-й (7,1%)
- среди 30-39-летних - каждый 6-й (16,3%)
- среди 40-49-летних - каждый 4-й (26,9%)
- среди 50-59-летних - каждый 3-й (34,4%)



Выводы



- В целом полученные данные свидетельствуют о:
- высокой распространенности АГ в российской популяции,
- плохой осведомленности больных о наличии у них заболевания (особенно среди мужчин),
- недостаточном назначении лекарственной терапии больным АГ и
- катастрофически низкой ее эффективности.

Факторы риска

- Мужчины 55 лет; Женщины 65 лет
- Нарушение липидного обмена (общий холестерин 6,5 ммоль/л)
- Сахарный диабет, микроальбуминурия
- Семейный анамнез ранних С-С заболеваний
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Ожирение
- Малоактивный образ жизни
- Повышение фибриногена
- Стресс
- Избыточное употребление алкоголя.

Классификация уровней АД у взрослых старше **18** лет

Категория	Систолическое АД (мм рт.ст.)	Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое нормальное	130-139	85-89
1 степень гипертензии (мягкая)	140-159	90-99
2 степень гипертензии (умеренная)	160-179	100-109
3 степень гипертензии (тяжелая)	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

Критерии диагностики АГ

- АГ диагностируют, если систолическое АД составляет 140 мм рт.ст. и более,
- диастолическое – 90 мм рт. ст. и более у лиц, не принимающих антигипертензивных препаратов.
- **нормальные значения АД для периода бодрствования составляют 135/85 мм рт. ст., в период сна – 120/70 мм рт. ст. со степенью снижения АД в ночные часы на 10–20%.**
- АГ диагностируют при среднесуточном АД >135/85 мм рт. ст.,
- в период бодрствования >140/90 мм рт. ст.,
- в период сна >125/75 мм рт. ст.

Правила измерения АД

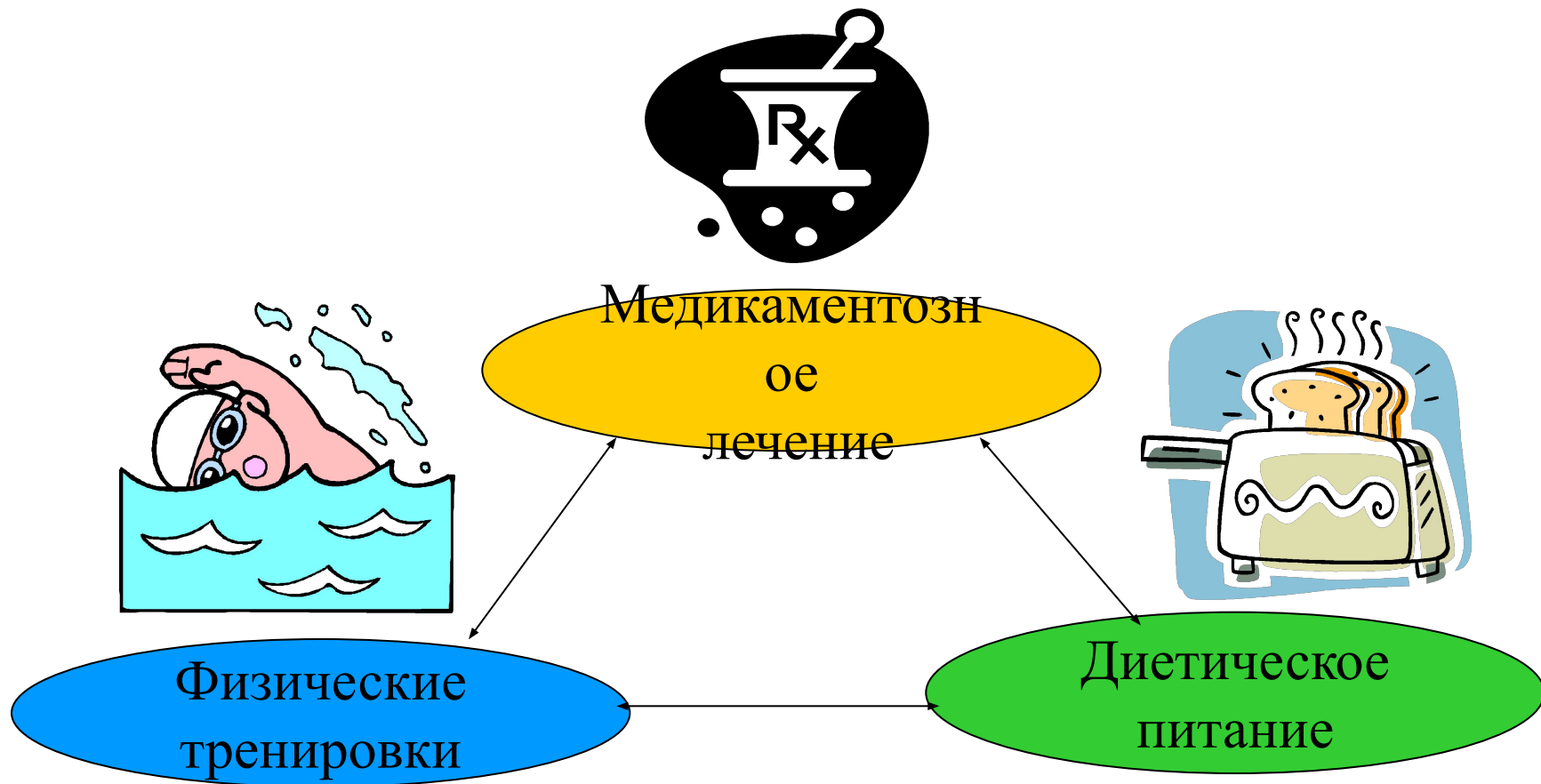
- Необходимо измерять давление на обеих руках
- При разнице АД, равной или большей 10 мм.рт.ст., в последующем измерения проводят на руке с большим давлением
- Если окружность плеча более 33см необходимо использовать более широкую манжету, в противном случае, цифры АД будут завышены.
- АД необходимо измерять как минимум дважды с интервалом 3 мин. И рассчитывать среднее значение 2х измерений

Методически правильное и систематическое измерение АД – залог успешного лечения гипертонической болезни!

Не медикаментозные методы лечения АГ

- Отказ от курения
- Снижение избыточной массы тела
- Уменьшение потребления поваренной соли
- Адекватное потребление калия (за счет потребления овощей и фруктов)
- Необходимое для здоровья потребление кальция и магния.
- Уменьшение потребления алкоголя
(Больным АГ следует рекомендовать уменьшение потребления алкоголя по крайней мере до 20–30 г чистого этанола в день для мужчин (соответствует 50–60 мл водки, 200–250 мл сухого вина, 500–600 мл пива) и 10–20 г в день для женщин.)
- Комплексная модификация диеты
- Увеличение физической активности

Три «кита», составляющие основу современной профилактики ССЗ.



7 «ЗОЛОТЫХ» правил диеты

1. Уменьшить общее потребление жира
2. Резко уменьшить потребление насыщенных кислот (животные жиры, сливочное масло, яйца) - способствуют гиперлипидемии
3. Увеличить потребление продуктов, обогащенных полиненасыщенными жирными кислотами (растительные масла, рыба, птица, морские продукты) - снижают уровень липидов в крови)
4. Увеличить употребление клетчатки и сложных углеводов (овощи, фрукты) – не менее 35 мг в день.
5. Заменить при приготовлении сливочное масло растительным
6. Резко уменьшить употребление продуктов богатых холестерином.
7. Ограничить количество поваренной соли в пище (до 3-5 г/сут.)

В древней системе Хатха-Йога даны советы по однодневному голоданию по средам и пятницам (разгрузочный дни). Такие же постные дни рекомендованы и в Библии)

Физические тренировки

**«Хватить через край – не значит достигнуть цели»
(О.Бальзак)**

**«Последовательность создает стиль,
так же как постоянство создает силу»
(Г. Флобер)**

**«Будь мудр: тем, кто спешит, грозит падение»
(У.Шекспир)**



Режим и интенсивность физических упражнений

Аэробные упражнения- основной вид!

- В них принимают участие большие группы мышц
- Можно проводить в течении длительного времени
- Ходьба, бег трусцой, плавание, теннис, катание на велосипеде.

Продолжительность ходьбы не менее 30-45 мин. в день

Регулярность не менее 4х дней в неделю.

**Анаэробные упражнения (тяжелая атлетика,
бодибилдинг)**

-при заболеваниях сердца ПРОТИВОПОКАЗАНЫ!

Правила безопасной ходьбы



- В течение 2х часов воздержаться от занятий
- При недомогании (грипп, простуда) занятия прекратить
- После болезни интенсивность и продолжительность тренировок несколько уменьшить
- Не следует пугаться болезненности мышц
- Знание симптомов обострения основного заболевания позволит своевременно прекратить тренировку.

Прогностические значения основных факторов риска ССЗ

Факторы риска/ Относительный риск осложнений	Мужчины	Женщины
Гиперхолестеринемия	X 1,7	X 1,4
Артериальная гипертензия	X 2,2	X 2,3
Курение	X 1,7	X 1,2
Сахарный диабет	X 2,2	X 3,7
Гипертрофия ЛЖ	X 4,7	X 7,4

АГ и дислипидемия

Нарушение липидного профиля плазмы.

Наиболее распространены гиперлипротемии с повышением уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов.

Повышенное или высокое содержание холестерина в крови –

гиперхолестеримия

Гипертрофия левого желудочка

- Гипертрофия левого желудочка является сильным независимым фактором риска внезапной смерти, инфаркта миокарда, инсульта и других сердечно-сосудистых осложнений.
- Данные исследований свидетельствуют о возможности снижения массы миокарда левого желудочка и уменьшения толщины его стенок на фоне приема антигипертензивных препаратов. Регресс электрокардиографических признаков гипертрофии левого желудочка ассоциируется со снижением риска сердечно-сосудистых осложнений

АГ и ИБС



- Наличие ИБС у пациента с АГ свидетельствует об очень высоком риске сердечно-сосудистых осложнений, который прямо пропорционален уровню АД.
- Установлено, что β -адреноблокаторы у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, приблизительно на 25% уменьшают риск повторного инфаркта и сердечной смерти.

АГ и заболевания почек

- При доказанной возможности существенного снижения частоты инсультов и ИБС при лечении АГ обозначилась новая проблема в виде возрастания частоты почечной недостаточности у больных АГ, в том числе получавших лечение.
- ***АГ может быть как причиной, так и следствием нефропатии. Однако в любом случае она является основным фактором риска прогрессирования поражения почек.***
- С другой стороны, уровни креатинина и протеинурии позволяют прогнозировать развитие не только почечной недостаточности, но и основных сердечно-сосудистых осложнений. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений при наличии нефропатии сопоставим с таковым при сердечно-сосудистых заболеваниях.
- Доказано, что нормализация АД приводит к замедлению прогрессирования поражения почек.

АГ и сахарный диабет

- АГ чаще встречается при сахарном диабете II типа. Предположительно АГ и нарушения углеводного обмена патогенетически взаимосвязаны и являются следствием инсулинорезистентности-гиперинсулинемии.
- Сочетание нарушения углеводного обмена, АГ, дислипидемии и центрального ожирения известно как **метаболический синдром**.
- Сочетание сахарного диабета и АГ повышает риск развития микрососудистых и макрососудистых нарушений и соответственно сердечной смерти, ИБС, сердечной недостаточности, церебральных осложнений и заболеваний периферических сосудов.

Гипертонический криз

Клинические проявления

- Внезапное повышение систолического и диастолического АД
- Страх, головные боли
- Боли в области сердца
- Тошнота, головокружение
- Иногда судороги, рвота, возбуждение

Необходимые меры до прихода врача

- Покой, полулежачее положение.
- Клофелин-0,075-0,15 мг. Под язык. Или
- Каптоприл 25-50мг под язык. Или
- Кордафлекс 10-20 мг под язык



Стратегические направления гипотензивной терапии

Цель лечения больных АГ – максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию всех выявленных факторов риска.

Целью лечения является достижение оптимальных или нормальных показателей АД (<140/90 мм рт. ст.)

У пациентов молодого и среднего возраста установлена безопасность и дополнительная польза для дальнейшего снижения сердечно-сосудистой заболеваемости при достижении уровня АД < 130/85 мм рт. ст.

Наиболее убедительно доказана польза дальнейшего снижения АД (<130/85 мм рт. ст.) у больных сахарным диабетом.

Для пожилых пациентов в качестве целевого рекомендуется уровень АД 140/90 мм рт. ст.

Продолжительность периода достижения целевого АД 6–12 нед.

Комбинации с доказанной эффективностью для лечения артериальной гипертензии


Эффективная комбинация препаратов подразумевает использование препаратов из различных классов с разным механизмом действия с целью получения дополнительного гипотензивного эффекта и уменьшения нежелательных явлений.

- **диуретик + бета-адреноблокатор**
- диуретик + ингибитор АПФ
- диуретик + антагонист рецепторов ангиотензина II
- **антагонист кальция группы нифедипина + бета-адреноблокатор**
- антагонист кальция + ингибитор АПФ
- **альфа1-адреноблокатор + бета-адреноблокатор**

Выбор антигипертензивного препарата

- Завершившиеся рандомизированные исследования не выявили преимуществ у какого-либо класса антигипертензивных препаратов в отношении степени снижения АД. **Главным критерием выбора препарата является его способность уменьшать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность при сохранении хорошего качества жизни.** Контролируемые клинические исследования – основа доказательной медицины – свидетельствуют в этом плане о неоспоримых преимуществах **β-блокаторов и диуретиков.**

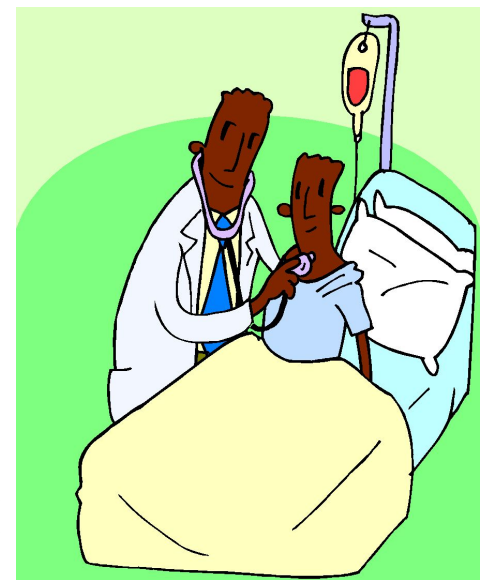
Преимущества применения ББ при лечении АГ



- У больных ГБ терапия ББ приводит к значительному снижению риска развития инсульта (29%) и застойной сердечной недостаточности (42%)

Основные механизмы гипотензивного действия бета-блокаторов

- **Уменьшение сердечного выброса** в результате снижения ЧСС и сократительной способности миокарда
- **Антирениновое действие** (блокада бета-1 рецепторов юктагломерулярного аппарата почек)
- Изменение чувствительности барорецепторов дуги аорты и каротидного синуса
- Угнетение высвобождения норадреналина из окончаний постганглионарных симпатических нервных волокон
- Воздействие на сосудодвигательные центры в головном мозге
- Уменьшение ОПСС



Требования к современному сердечно-сосудистому препарату



- Высокая эффективность, влияние на конечные точки
- Современность, соответствие международным стандартам
- Безопасность при длительном применении
- Влияние на качество жизни – приверженность пациентов терапии
- Удобство применения
- Доступность для пациентов

Конкор для врачей

ПАРАМЕТРЫ

- **Эффективность**
- **Надежность**
- **Безопасность**
- **Экономичность**
- **Удобство**
- **Доступность**

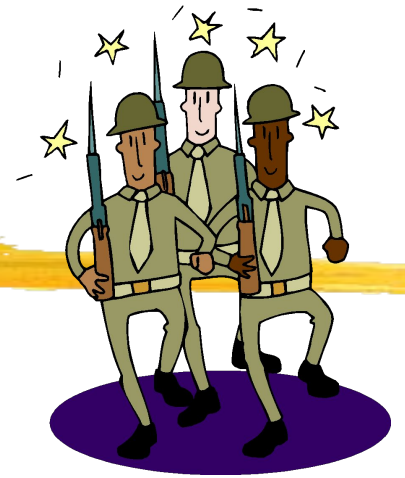


ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНКОРА.



- **Конкор** (5-10 мг однократно в сутки) обеспечивает и длительное дозозависимое снижение АД (Kirsten R, et al, 1986). Даже спустя 40 ч. после приема 10 мг **Конкора** на 4-й неделе лечения при мониторинговании АД наблюдалось значительное снижение АД и ЧСС (Asmar R., 1987).
- Плавное снижение АД на протяжении суток, в том числе в ранние утренние часы: коэффициент конечный эффект/пиковый эффект для **Конкора** составляет 91,2, что свидетельствует о выраженном и равномерном гипотензивном действии (Keim HJ, 1988; Метелица В.И., 1995).
- **Конкор** может применяться длительное время без снижения эффективности: в исследовании Giesecke HG et al (1990) 102 больных с артериальной гипертензией наблюдались в течение 3 лет. У 85% пациентов АД адекватно контролировалось при приеме 5-10 мг Конкора.
- Антигипертензивная эффективность **Конкора** не зависит от возраста: в исследовании, проведенном Hoffler D et al (1990), участвовали 2012 пациентов. После 8 недель лечения на терапию **Конкором** в дозе 5-10 мг "ответили" 94,9% пациентов моложе 60 лет и 90,6% пациентов старше 60 лет.
- **Конкор** вызывает регрессию гипертрофии миокарда (Gosse P., 1990)

Безопасность конкора



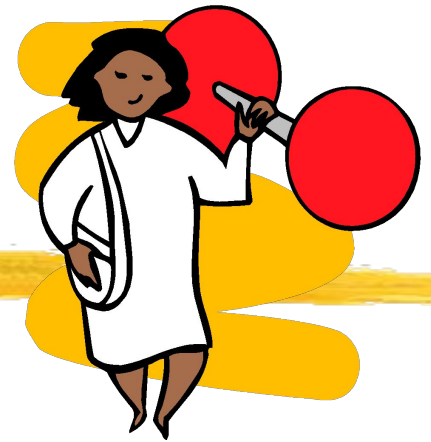
- Высокая селективность обеспечивает безопасность Конкора у больных с
 - сахарным диабетом
 - нарушениями периферического кровообращения
 - нарушениями липидного обмена
 - курильщиков
 - пациенты с бронхообструкцией
- Длительный период полувыведения обуславливает отсутствие синдрома отмены
- Безопасен у больных с нарушением функции печени и почек

Пожилой возраст



- Хотя считается, что с возрастом увеличивается риск осложнений при терапии б-блокаторами, формально ***пожилой возраст не является препятствием для их назначения***
- б-блокаторы сохраняют свою эффективность у больных даже самого пожилого возраста. Так, в исследовании ССР смертность пациентов старше 80 лет, получавших б-блокаторы в постинфарктном периоде, была на 32% меньше, чем у пациентов того же возраста, не получавших этой терапии

Надежность



**определяется высоким процентом
пациентов, “отвечающих” на терапию
Конкором.**

Конкор и артериальная гипертензия: влияние на сексуальную функцию у мужчин

- Ф Двойное слепое перекрестное плацебо-контролируемое исследование по влиянию Конкора (бисопролола) на сексуальную функцию у мужчин
- Ф 26 пациентов с АГ в возрасте 25-70 лет, разделенных на 2 группы
- Ф Отсутствие какой -либо патологии, нарушающей сексуальную функцию
- Ф Контроль АД
- Ф Анкета-опросник с оценкой качественных и количественных показателей сексуальной жизни (включая сексуальный анамнез, удовлетворение половой функцией, эректильные нарушения)



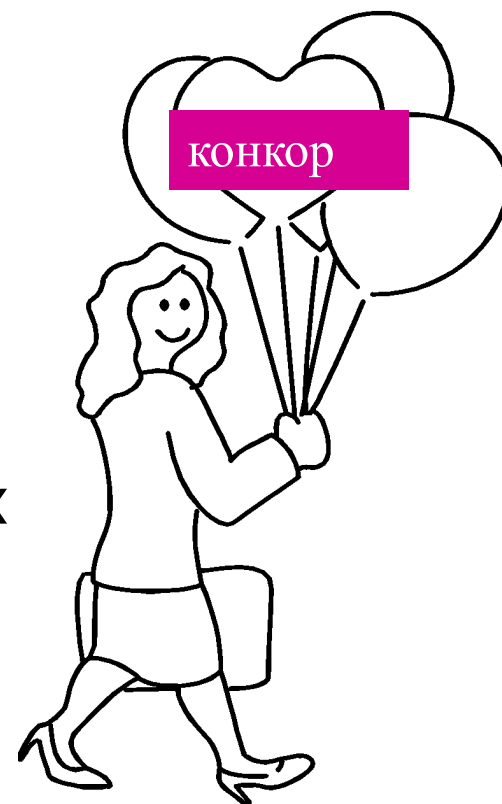
Удобство применения Конкора для больных

- Длительный период полувыведения позволяет применять препарат 1 раз в сутки.
- Применяется независимо от приема пищи.
- Не требует особых условий хранения.
- Таблетку можно делить на части, что облегчает режим дозирования.
- Запоминающаяся форма таблетки - в виде сердца.



Удобство применения Конкора для врачей

- Не требуется коррекции дозировки для пожилых пациентов
- Не требуется коррекции дозировки при нарушении функции печени и почек
- Комбинируется с большинством антигипертензивных препаратов
- Назначается широким группам больных
 - *курильщикам*
 - *при сопутствующем сахарном диабете*
 - *при дислипидемиях*
 - *при нарушениях периферического кровообращения*
 - *при бронхообструкциях*



ЭКОНОМИЧНОСТЬ



Средняя цена в московских аптеках

Конкора 5мг№30	180 рублей (до 230 рублей)
Конкора 10мг№30	280 рублей (до 320 рублей)

Из популярных бета-блокаторов сравним по цене с оригинальными препаратами: беталоксом и локреном; стоимость лечения дилатреном значительно дороже.

Конкор спасает жизни и сокращает расходы на госпитализации

В исследовании CIBIS II

- **20 пациентов надо пролечить Конкором, чтобы спасти одну жизнь**
- **Конкор предотвратил 60 госпитализаций на 1000 пациентов**
- **на 1000 больных ХСН, леченных Конкором, было спасено 50 жизней**

Доктор,
а что значит
«СОДРУЖЕСТВО»?

Диагноз

**1.Гипертоническая
болезнь**

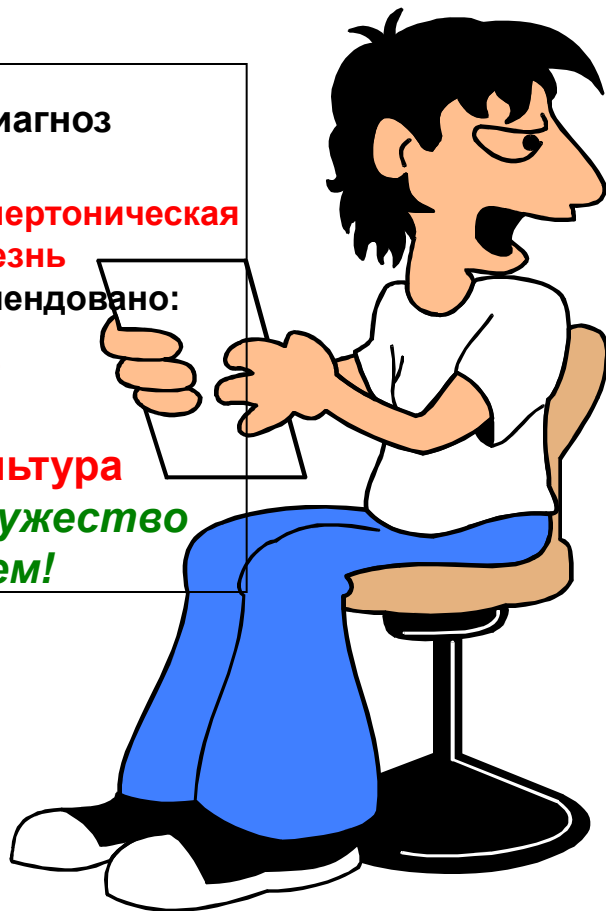
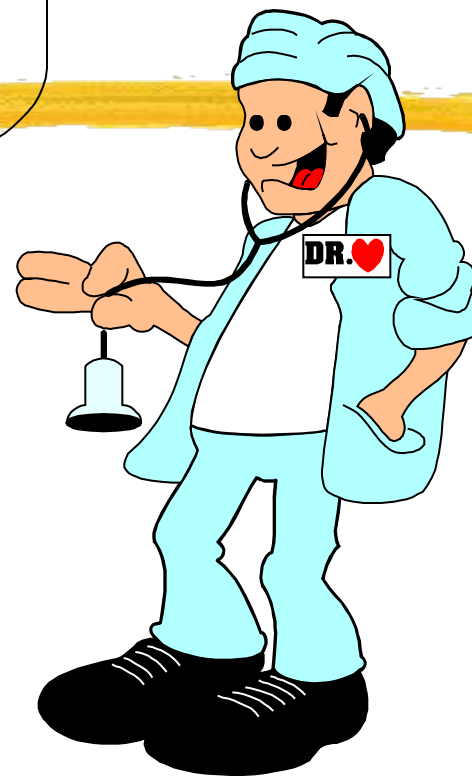
Рекомендовано:

Конкор

Диета

Физкультура

**+ Содружество
с врачом!**



Основные Задачи школы

- **Обучение больных методам самоконтроля**
- **Изменение поведенческих привычек, влияющих на течение заболевания**
- **Приобретение больным навыков управления лекарственной терапией**
- **Формирование у больного нового отношения к заболеванию, перенос части ответственности за лечение на себя**
- **Создание отношений партнерства между пациентом и медицинским персоналом, повышающих уровень доверия пациента к рекомендациям врача и мотивацию на их выполнение**

Оснощение школы



- Помещение для занятий
- Столы и стулья, для группы 6-8 человек
- Доска
- Набор наглядных пособий (плакаты, муляжи, средства введения препаратов, и т.д.)
- Средства контроля для каждого заболевания (аппараты для измерения давления)
- Методические материалы для больных (дневники, памятки и т.д.)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

