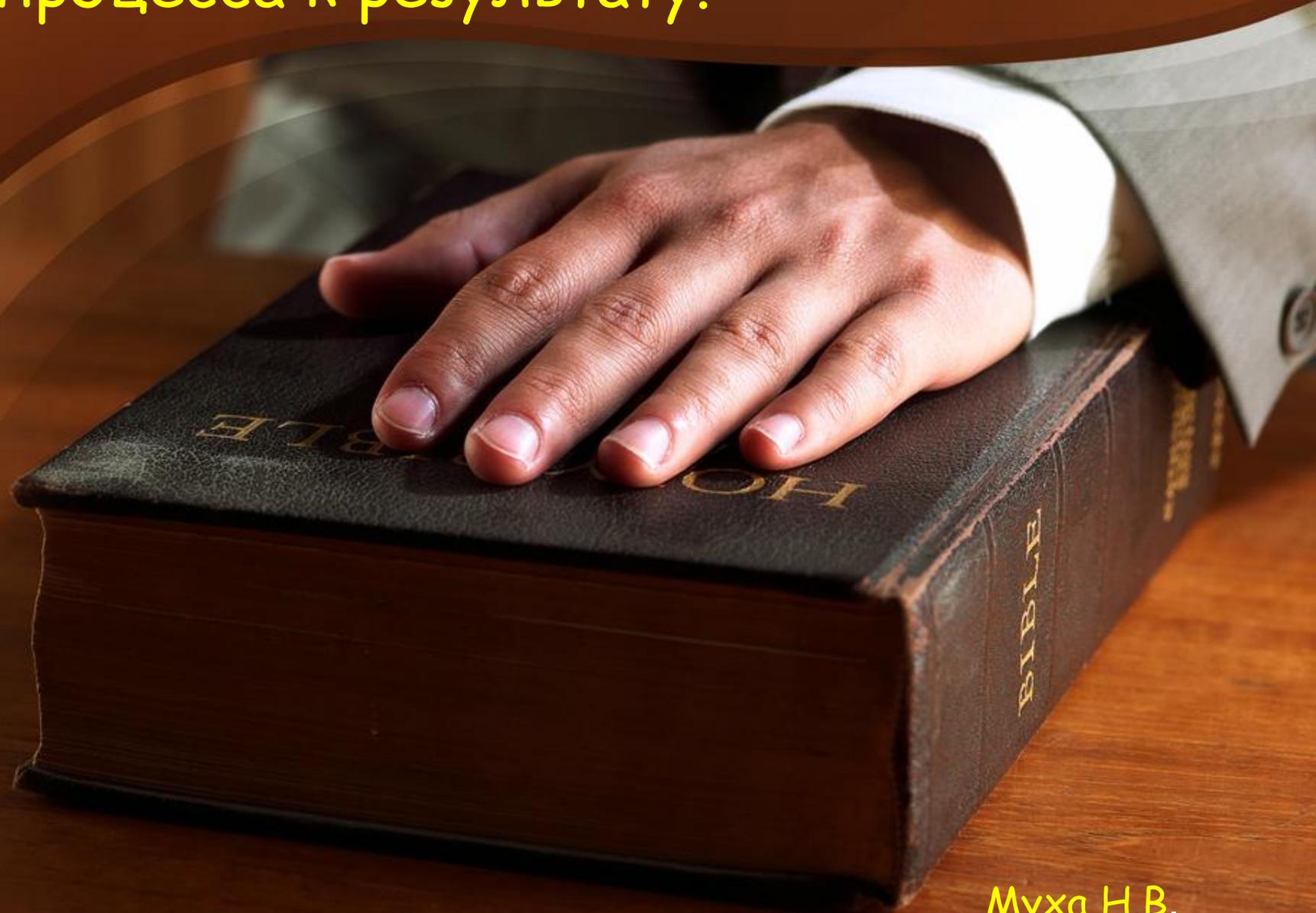
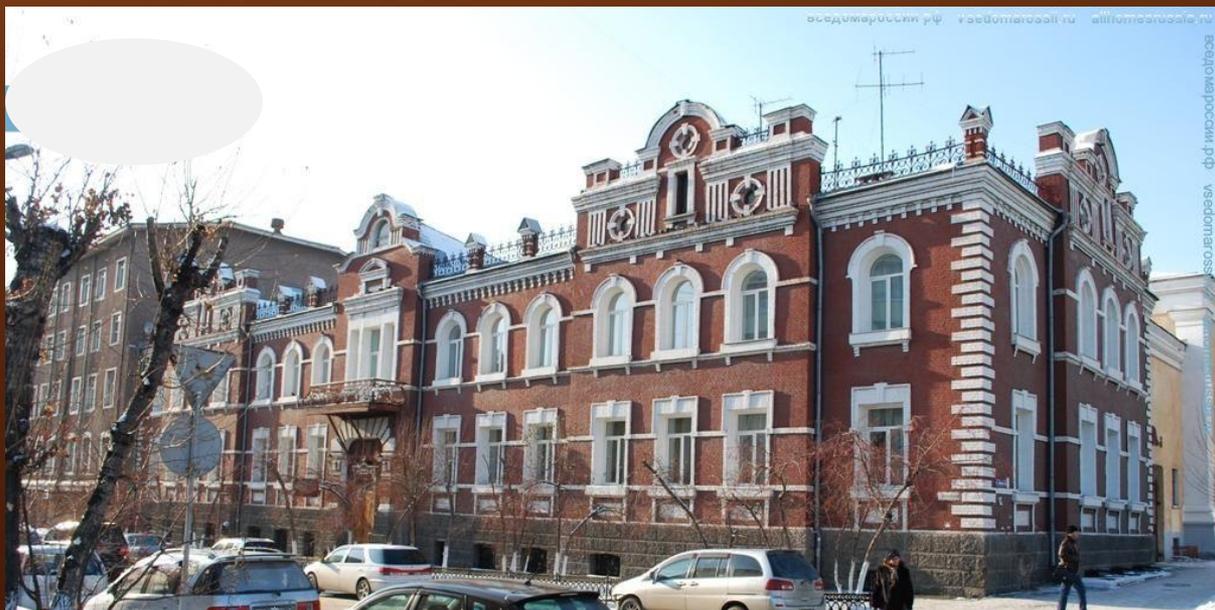


Один в грехе, а все в ответе: как перейти от процесса к результату.



Муха Н.В.

По статистике Генпрокуратуры
число уголовных дел в
отношении медиков возросло
почти в шесть раз — с 311 в 2012
году до 1791 в 2017 году.



Пациент А., 35 лет. Внезапная коронарная смерть.

12.03.2018 г. в 15.10 на СМП УБ поступил вызов от гражданки Н. по поводу болей в грудной клетке у ее сына - А.

В 15.15 - СМП прибытие на место вызова.

В 15.30 - сделана ЭКГ, оказание помощи: таб. нитроглицерина под язык, трамадол 2% - 2,0 в/в, ацетилсалициловая кислота 320 мг, гепарин 5000 ЕД в/в.

В 15.50 - транспортировка в ГУЗ ЦРБ.

В 16.00 - остановка сердечной и дыхательной деятельности в машине СМП.

Начаты реанимационные мероприятия. В 16.30 констатирована смерть.

Со слов брата А.: «в 15.00 зашел домой, сказал, что ему плохо и держался за сердце».

Вызов на СМП - 15.10. Фельдшер СМП выполнила регистрацию ЭКГ, выставила DS. ОКС с подъемом ST-T. 15.35 - транспорт пациента в ЦРБ.

Со слов терапевта: «ЭКГ, отправленная по телефону, малоинформативна. Но учитывая клинику, рекомендовала выставить DS. ОКС и проводить лечение согласно протоколу оказания медицинской помощи при ОКС, транспорт в ЦРБ».



«Спиртное А. пил очень редко, сигареты курил,
не работал в последнее время»

В амбулаторной карте указание на эпизодическое
повышение АД, избыточный вес, однократно
запись
на давящие боли в области сердца, однократно
уровень
холестерина - 5,6 ммоль/л.

умер от анафилактического шока развившегося от уколов.
Д. даже не интересовалась есть ли аллергия у А.»



Судебно-медицинский диагноз:

- Основной. Основан на выявлении равномерного кровенаполнения желудочка и неравномерного кровенаполнения сосудов с очагами кровоизлияния в виде пятен и стирания атеросклеротических бляшек (в отличие от естественной гематоматозная дистрофия).

Можно ли говорить об А.
как о
здоровом человеке?



Соблазнам не умея возражать,
я все же твердой линии держусь:
греха мне все равно не избежать,
так я им заодно и наслажусь.

Игорь Губерман



НОВОЕ!

Таблица 3. Специфические факторы риска у больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Пол (мужчины > женщины)
Возраст
Курение в настоящий момент
Общий холестерин
Уровень мочевины
СД
Ожирение либо избыток массы тела
Раннее развитие СС заболеваний (у больного или у родителей)
Раннее развитие АГ у больного или у родителей
Ранняя менопауза*
Малоподвижный образ жизни
Психосоциальные и социально-экономические факторы*
ЧСС в покое >80 уд./мин*
Примечания. Знаком * отмечены новые факторы риска. ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

Для чего снижать ХС?

Каждый % и ммоль/л снижения ХС-ЛНП на счету!



ХС-ЛНП

-1%



Риск ИБС

-1%



ХС-ЛНП

-1
ммоль/л



Риск инсульта

-21%

Риск СС-смерти

-22%



2019 ACC/AHA Рекомендации по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Geriatric Society, the American Society of Preventive Cardiology, and the Preventive Cardiovascular Nurses Association

© American College of Cardiology Foundation and American Heart Association

Arnett D et al *Circulation*. 2019 Mar 17. doi: 10.1161/CIR.0000000000000678.

European Heart Journal **Advance Access published August 27, 2016**



European Heart Journal
DOI:10.1093/eurheartj/ehw272

ESC/EAS GUIDELINES

2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)

Authors/Task Force Members: Alberico L. Catapano* (Chairperson) (Italy), Ian Graham* (Chairperson) (Ireland), Guy De Backer (Belgium), Olov Wiklund (Sweden), M. John Chapman (France), Heinz Drexel (Austria), Arno W. Hoes (The Netherlands), Catriona S. Jennings (UK), Ulf Landmesser (Germany), Terje R. Pedersen (Norway), Željko Reiner (Croatia), Gabriele Riccardi (Italy), Marja-Riitta Taskinen (Finland), Lale Tokgozoglu (Turkey), W. M. Horiogue Verschuren (The Netherlands), Charalambos Vlachopoulos (Greece), David A. Wood (UK), Jose Luis Zamorano (Spain)

Additional Contributor: Marie-Therese Conway (Ireland)

Document Reviewers: Lisa Badieris (CPG Review Coordinator) (Spain), Christian Funck-Brentano (CPG Review Coordinator) (France), Stefan Agewall (Norway), Gonzalo Barón-Escobedo (Spain), Jan Borén (Sweden), Eric Bruckert (France), Alberto Corbero (Spain), Alberto Corsini (Italy), Fantasia Gianuzzi (Italy)

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ И ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА АТЕРОСКЛЕРОЗА ПО ЛЕЧЕНИЮ ДИСЛИПИДЕМИЙ



Рабочая группа Европейского общества кардиологов (ЕОК) и Европейского общества атеросклероза (ЕОА) по лечению дислипидемий

Разработано при участии Европейской ассоциации профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации¹

Авторы /Члены рабочей группы: Zeljko Reiner* (Сопредседатель от ЕОК) (Хорватия), Alberico L. Catapano* (Сопредседатель от ЕОА)* (Италия), Guy De Backer (Бельгия), Ian Graham (Ирландия), Marja-Riitta Taskinen (Финляндия), Olov Wiklund (Швеция), Stefan Agewall (Норвегия), Eduardo Alegria (Испания), M. John Chapman (Франция), Paul Durrington (Великобритания), Serap Erdine (Турция), Julian Halcox (Великобритания), Richard Hobbs, (Великобритания), John Kjekshus (Норвегия), Pasquale Perrone Filardi (Италия), Gabriele Riccardi (Италия), Robert F. Storey (Великобритания), David Wood (Великобритания)

Суммарный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет (таблица SCORE)

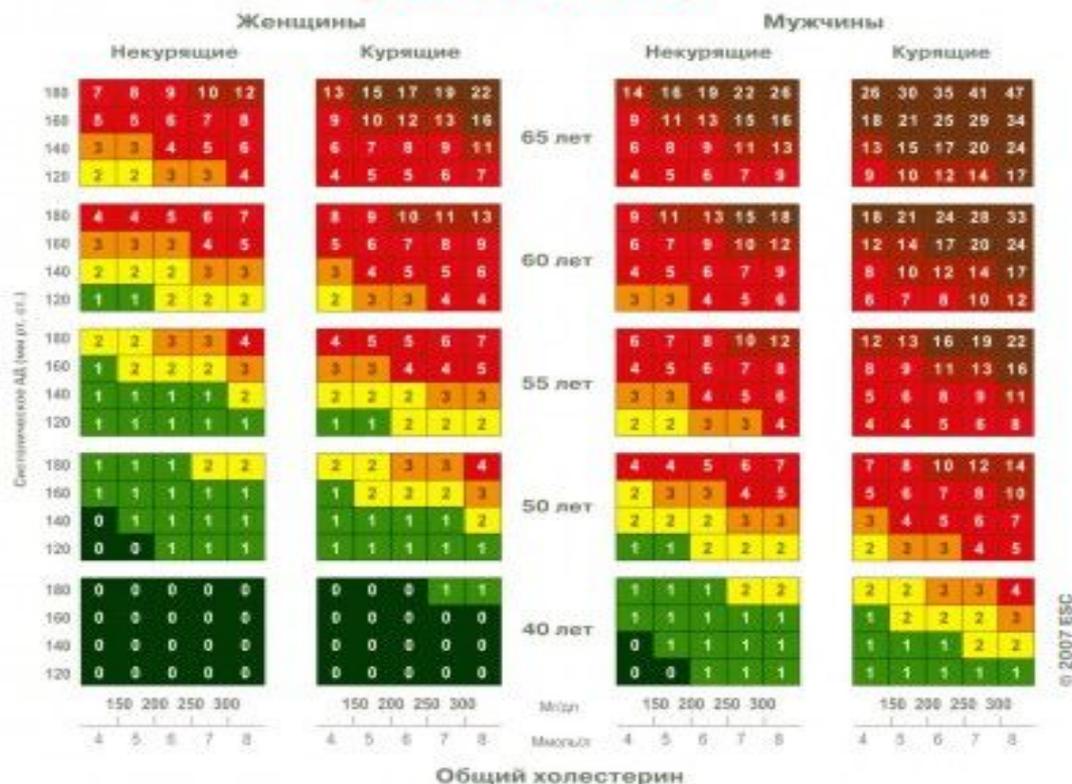


Таблица риска SCORE



Таблица относительного риска



Как определить СС риск?

Российские рекомендации 2017

Очень высокий риск: ХС ЛНП < 1.5 ммоль/л или снижение как минимум на 50%, если исходный уровень находится в диапазоне 1,5 - 3,5 ммоль/л

- Зарегистрированное ССЗ. Наличие в анамнезе ИБС, инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, ишемического инсульта или атеросклеротического поражения периферических артерий
- Наличие значимой (стеноз $\geq 50\%$) или осложненной атеросклеротической бляшки любой локализации
- СД с поражением органов-мишеней, напр. протеинурия, или с одним из ФР (курение, АГ, ДЛПТ)
 - ХБП тяжелой степени (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²)

Высокий риск: ХС ЛНП < 2.5 ммоль/л или снижение по крайней мере на 50%, если исходный уровень находится в диапазоне 2,5 - 5,0 ммоль/л

- Уровень одного из ФР заметно повышен, в частности холестерин > 8 ммоль/л или АД $\geq 180/110$ мм рт. ст.
- Наличие необструктивной (стеноз 20-49%) атеросклеротической бляшки
- Большинство других пациентов с СД (некоторые молодые люди с СД 1-го типа могут быть с низким или умеренным риском)
 - Умеренная ХБП (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²)
 - Риск по SCORE $\geq 5\%$ и < 10%

Умеренный риск: ХС ЛНП < 3.0 ммоль/л

- SCORE $\geq 1\%$ и < 5%

Низкий риск: ХС ЛНП < 3.0 ммоль/л

- SCORE < 1%

Американские рекомендации¹. Отличительные особенности

Определены **4 группы пациентов**, которым в обязательном порядке показано назначение статинов:

- С сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, ишемический инсульт, заболевания периферических артерий)
- С первичным повышением уровня ХС ЛПН ≥ 190 мг/дл (≥ 5 ммоль/л.)
- С диабетом в возрасте 40 – 75 лет с уровнем ХС ЛПН 70 – 189 мг/дл (1,8 – 4,9 ммоль/л.)
- Без клинических проявлений атеросклероза и/или без диабета с уровнем ХС ЛПН 70 – 189 мг/дл (1,8 – 4,9 ммоль/л.) в возрасте 40 – 75 лет и имеющие сердечно – сосудистый риск $\geq 7,5\%$ в течение ближайших 10 лет.



Холестерин

COR	LOE	Рекомендации
I	A	1. При умеренном риске ($\geq 7,5\%$ $< 20\%$) статины снижают риск АССЗ, режим умеренной интенсивности
I	A	2. При умеренном риске ($\geq 7,5\%$ $< 20\%$) снижение ХС ЛНП на 30% и более, при высоком риске ($\geq 20\%$) – на 50% и более

Arnett D et al *Circulation*. 2019 Mar 17. doi: 10.1161/CIR.0000000000000678.



Холестерин

COR	LOE	Рекомендации
I	A	3. У взрослых 40-75 лет с СД2 показаны статины в режиме умеренной интенсивности
I	B-R	4. У лиц 20-75 лет с ХС ЛНП $\geq 4,9$ ммоль/л – максимально переносимая доза статинов

Arnett D et al *Circulation*. 2019 Mar 17. doi: 10.1161/CIR.0000000000000678.



Холестерин

Recommendations for Adults with High Blood Cholesterol

COR	LOE	Рекомендации
IIa	B-NR	<p>7. При умеренном ($\geq 7,5\%$ $< 20\%$) или пограничном (5%-7,5%) риске для принятия решения определение индекса коронарного кальция (если есть возможность):</p> <ul style="list-style-type: none">• Если 0 – отменить статины и провести переоценку через 5-10 лет, если отсутствуют факторы риска (СД, семейный анамнез, курение);• Если 1-99, целесообразно назначить статины в возрасте ≥ 55 лет;• Если ≥ 100, целесообразно назначить статины

Arnett D et al *Circulation*. 2019 Mar 17. doi: 10.1161/CIR.0000000000000678.



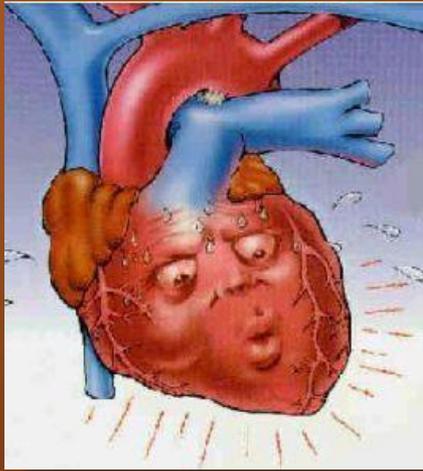
Статинотерапия высокой, умеренной и низкой интенсивности

Высокоинтенсивная статинотерапия	Умеренно-интенсивная статинотерапия	Низкоинтенсивная статинотерапия
↓ ЛПНП в среднем на ≥50 %	↓ ЛПНП в среднем на 30- 50%	↓ ЛПНП <30%
Аторвастатин 40--80 мг Розувастатин 20 -40 мг	Аторвастатин 10 (20) мг Розувастатин (5) 10 мг Симвастатин 20-40 мг ;	<i>Симвастатин 10 мг</i>
	Правастатин 40 (80) мг Ловастатин 40 г Флувастатин XL 80 мг Флувастатин 40 мг 2 раза в день <i>Питавастатин 2-4 мг</i>	Правастатин 10-20 мг Ловастатин 20 мг <i>Флувастатин 20 -40 мг</i>

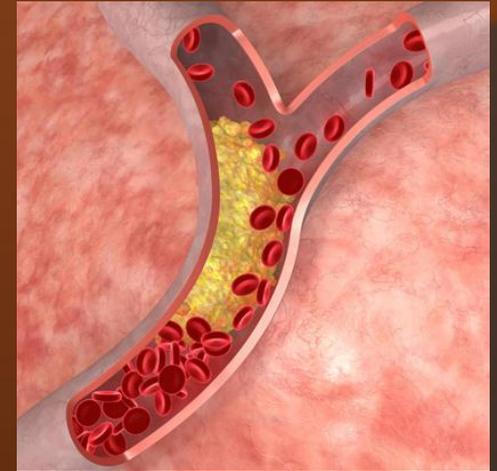
**ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ= СНИЖЕНИЕ ХС ЛПНП
>50%**



Статистика гиперлипидемии в России



В ежедневной практике
> 60 % пациентов
очень высокого риска



↑ХС 84%

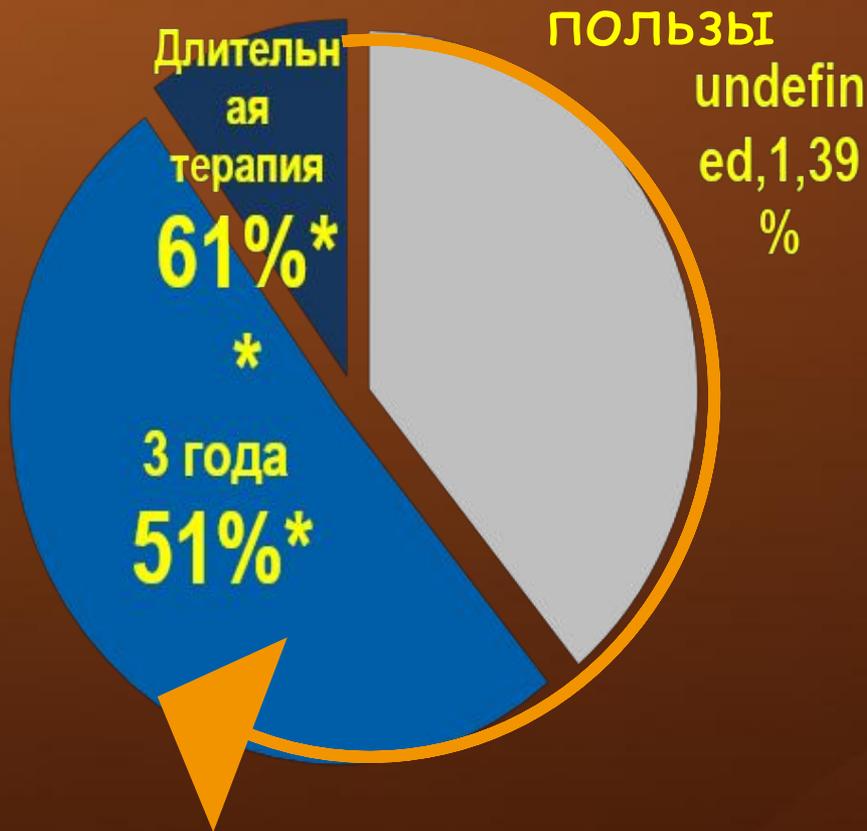
40% принимают статины



11% достигают целевого
уровня ОХС

Длительная терапия статинами

Чем длительнее терапия статинами, тем больше



Терапия статинами должна быть длительной

Снижение СС риска (%) на фоне терапии статинами по годам лечения

* оценено по снижению ХС-ЛПНП на 1,6 ммоль/л
** оценено по снижению ХС-ЛПНП на 1,8 ммоль/л



Аторис – эффективное снижение ХС-ЛНП и улучшение функции эндотелия

Исследование ФАРВАТЕР

Функция
эндотелия

Улучшилась через 12 недель
с 40 до 51%

Эластичность
сосудистой
стенки

Увеличилась после 24 недель
с 43 до 45%

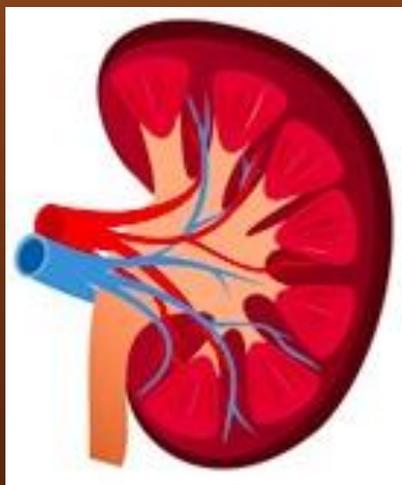
Жесткость
сосудистой
стенки

Снизилась после 24 недель
с 23 до 26%

В дополнение к эффективному снижению ХС-ЛНП
Аторис в 1,5 раза улучшил функцию эндотелия

Исследования Planet I и Planet II

Аторвастатин значительно снижает протеинурию и не влияет на функцию почек:



Аторвастатин сократил протеинурию на 15%

Аторвастатин сократил протеинурию более чем 20% на 26 и 52 неделе

Его действие аторвастатина достоверно выше, чем действие

Исследование PLANET I - 325 пациентов с СД 1 или 2 типа и Planet II - 220 пациентов без диабета. У пациентов было соотношение белка в моче / креатинин от 500 до 5000 мг/г, ХС-ЛНП 90 мг/дл или выше, и использовались ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), по крайней мере за три месяца до скрининга.

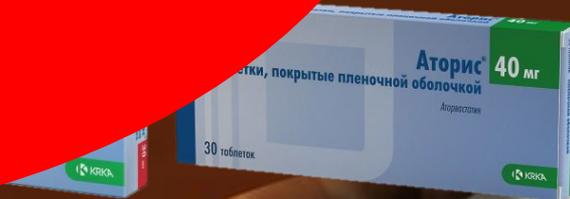
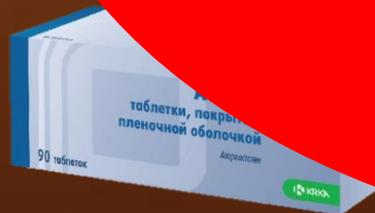
Аторвастатин эффективно влияет на весь липидный спектр

Аторвастатин

40 мг

%

Пациенту А. необходимо было снизить ХС, дополнительное обследование



Снижение ХС ЛНП

- 37%

- 43%

- 46%

- 48%

Пояснения гражданки Н.:

«А. был абсолютно здоровым и МОЛОДЫМ.
Спиртное А. пил очень
редко, сигареты курил,
не работал в последнее время»

В амбулаторной карте указание на ЭПИЗОДИЧЕСКОЕ
ПОВЫШЕНИЕ АД, избыточный вес, однократно запись
на давящие боли в области сердца, однократно уровень
холестерина - 5,6 ммоль/л.



Божьи мы творенья,
Возраст не грех мой.
Нет определенья
В Библии Святой.



НОВОЕ!



Таблица 3. Специфические факторы риска у больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Пол (мужчины > женщины)

Возраст

Курение в настоящий момент и в анамнезе

Общий холестерин и холестерин ЛПНП

Уровень мочевой кислоты*

СД

Ожирение либо избыточный вес

Раннее развитие СС заболеваний (мужчины ≤ 55 лет, женщины ≤ 65 лет)

Раннее развитие АГ у больного и/или у родителей

Ранняя менопауза*

Малоподвижный образ жизни

Психосоциальные и социально-экономические факторы*

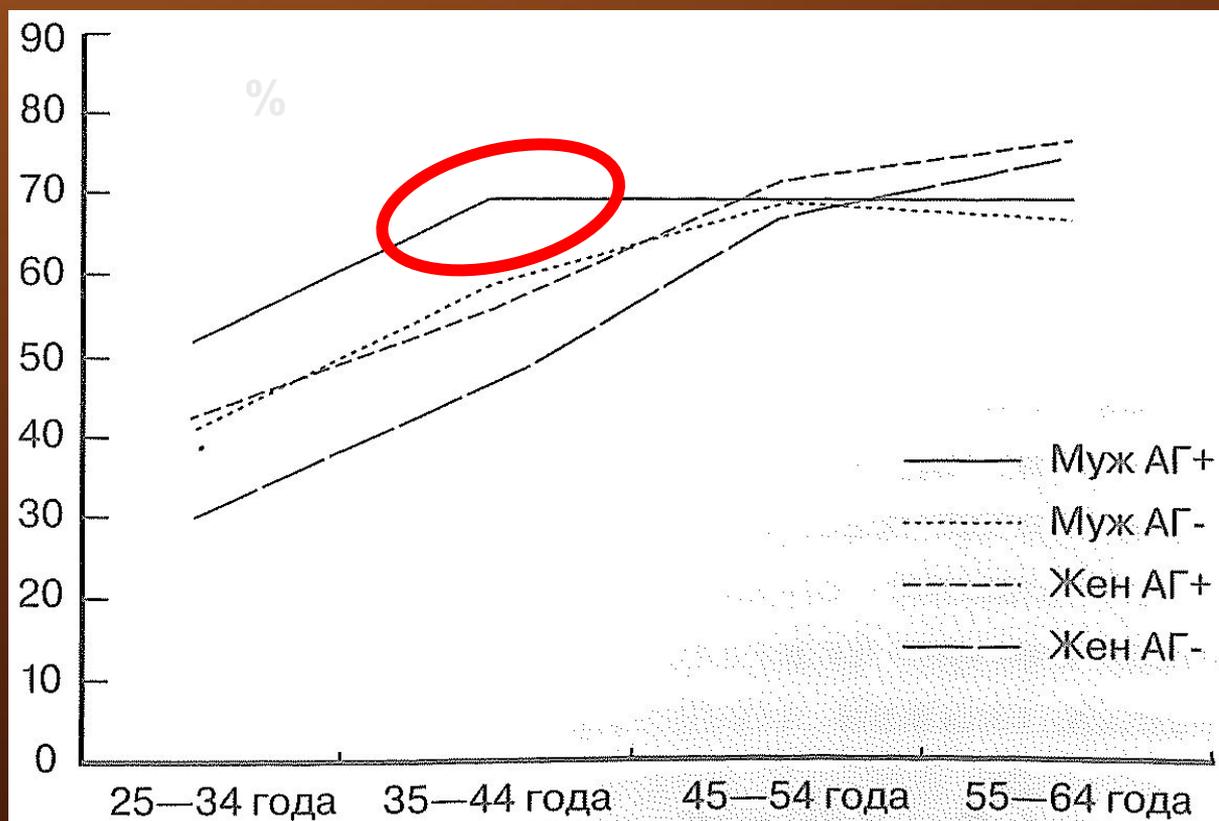
ЧСС в покое > 80 уд./мин*

Примечания. Знаком * отмечены новые факторы риска. ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

Распространенность факторов риска ССЗ в российской популяции больных с АГ: дислипидемия



- Доля пациентов с повышенным уровнем ЛПНП в зависимости от наличия АГ, возраста и пола в России, %



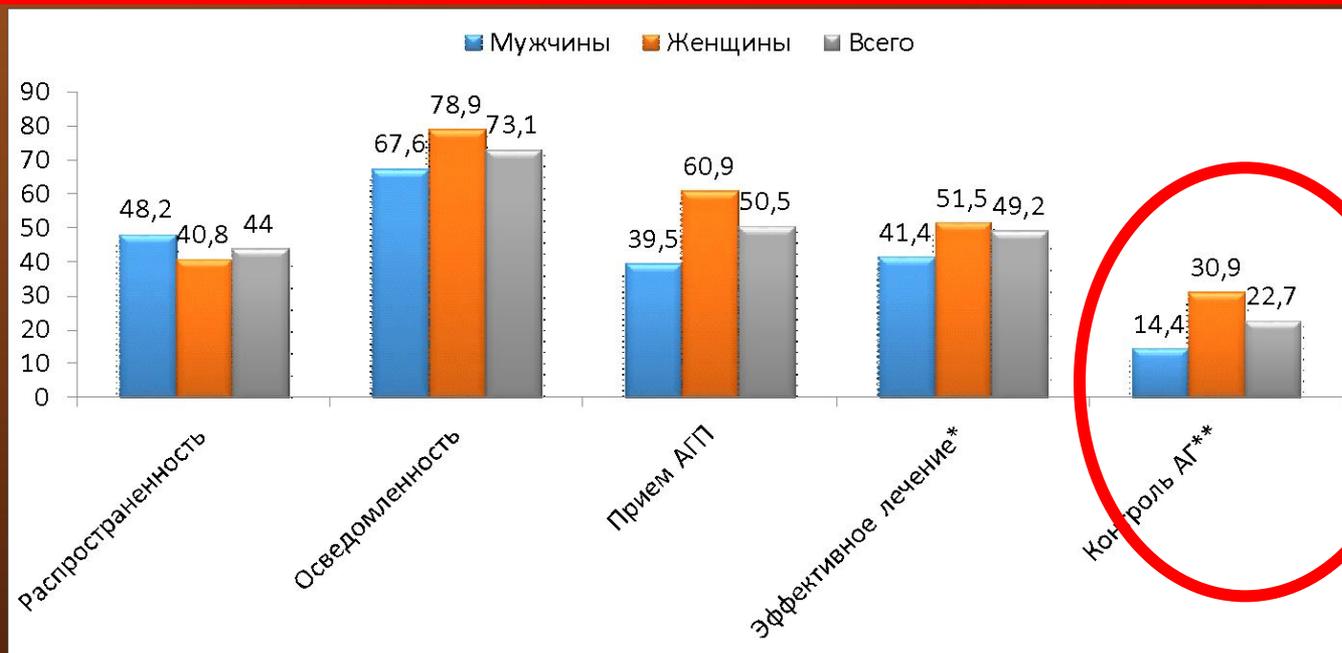
Артериальная гипертензия - «молчаливый убийца»

- 7,6 миллионов смертей во всем мире ежегодно (13,5% общего числа смертей) связано с высоким артериальным давлением.
- 54% инсультов и 47% осложнений ИБС во всем мире связано с неоптимальным контролем АД.

Данные исследования *Global Burden of Disease* (Глобальный ущерб заболеваний).



ЭССЕ РФ: распространенность, осведомленность и контроль АГ в РФ



9 регионов РФ
Возраст 25-64 года
мужчины 5563, женщины 9737

Уменьшение риска СС событий при адекватном контроле АД



Адекватный контроль АД пропорционален снижению риска наступления сердечно-сосудистых событий

Mancia G., Laurent S., Agabiti-Rosei E. et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: european Society of Hypertension Task Force document. J Hypertension 2009; 27:2121—2158.



Нерешенные задачи в терапии АГ:

Отсутствие эффективного контроля АД

Клиническое разнообразие АГ

Высокий риск ССО

Недостаточный суточный контроль АД

Низкая приверженность к терапии и плохая переносимость терапии



Частота достижения целевых уровней АД в различных категориях риска при различных режимах терапии

- Достижение целевых уровней АД практически не зависит количества АГП, но зависит от категории риска:
 - Практически все больные низкого риска достигают целевого уровня АД
 - При умеренном риске АД контролируют около 60% мужчин и более 70% женщин
 - АГ высокого риска характеризуется низкой эффективностью лечения, независимо от числа АГП

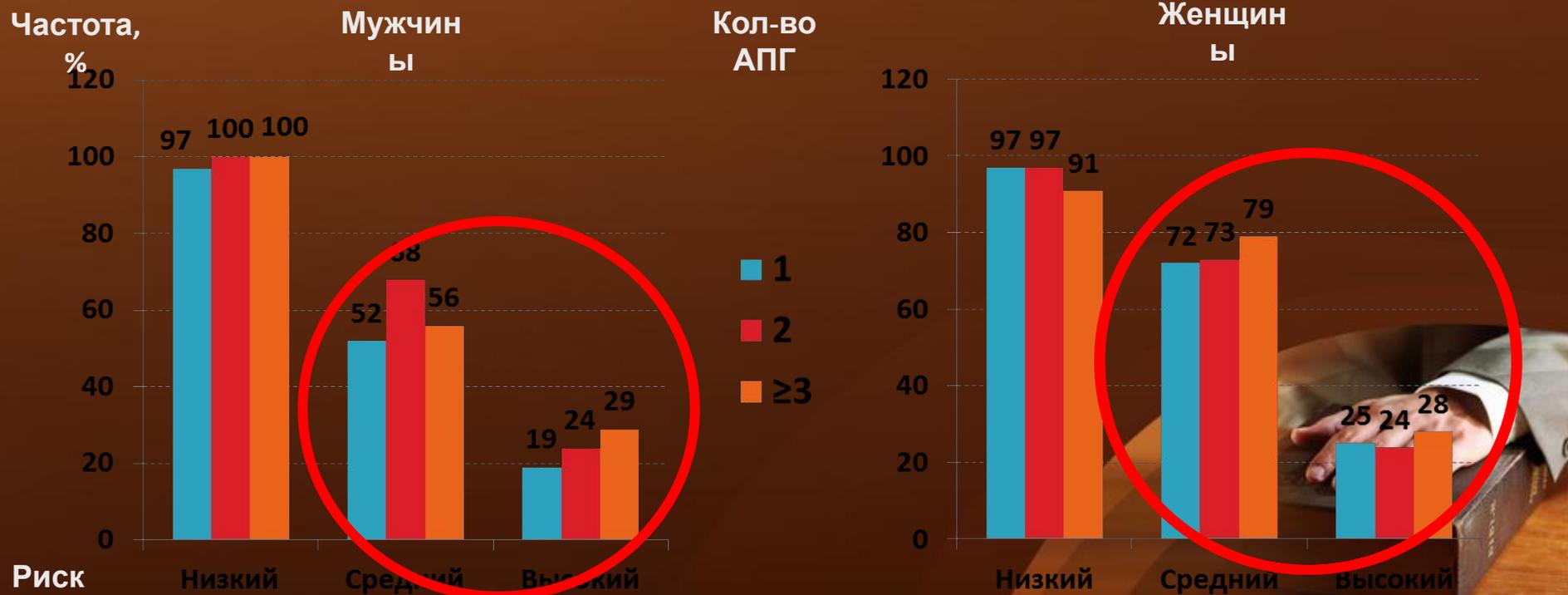


Таблица 6. Рекомендации по достижению целевых уровней АД (ESH/ESC, 2018)

Рекомендации	КР	УД
Вначале снизить уровень САД <140 мм рт. ст.	I	A
Если больной хорошо переносит терапию, впоследствии снизить уровень САД <130 мм рт. ст.	I	A
Рассмотреть возможность снизить ДАД <80 мм рт. ст. независимо от СС риска и сопутствующей патологии	IIa	B

Примечания. КР – класс рекомендации; УД – уровень доказательств.

Таблица 7. Рекомендации по достижению целевых уровней АД у отдельных категорий больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Группы больных	Целевое САД	КР	УД
Возраст <65 лет	120 до <130 мм рт. ст.	I	A
Возраст ≥65 лет	130 до <140 мм рт. ст.	I	A
СД	<130 мм рт. ст.	I	A
Ишемическая болезнь сердца	<130 мм рт. ст.	I	A
ХБП	130 до <140 мм рт. ст.	I	A
После инсульта / транзиторной ишемической атаки	120 до <130 мм рт. ст.	IIa	B

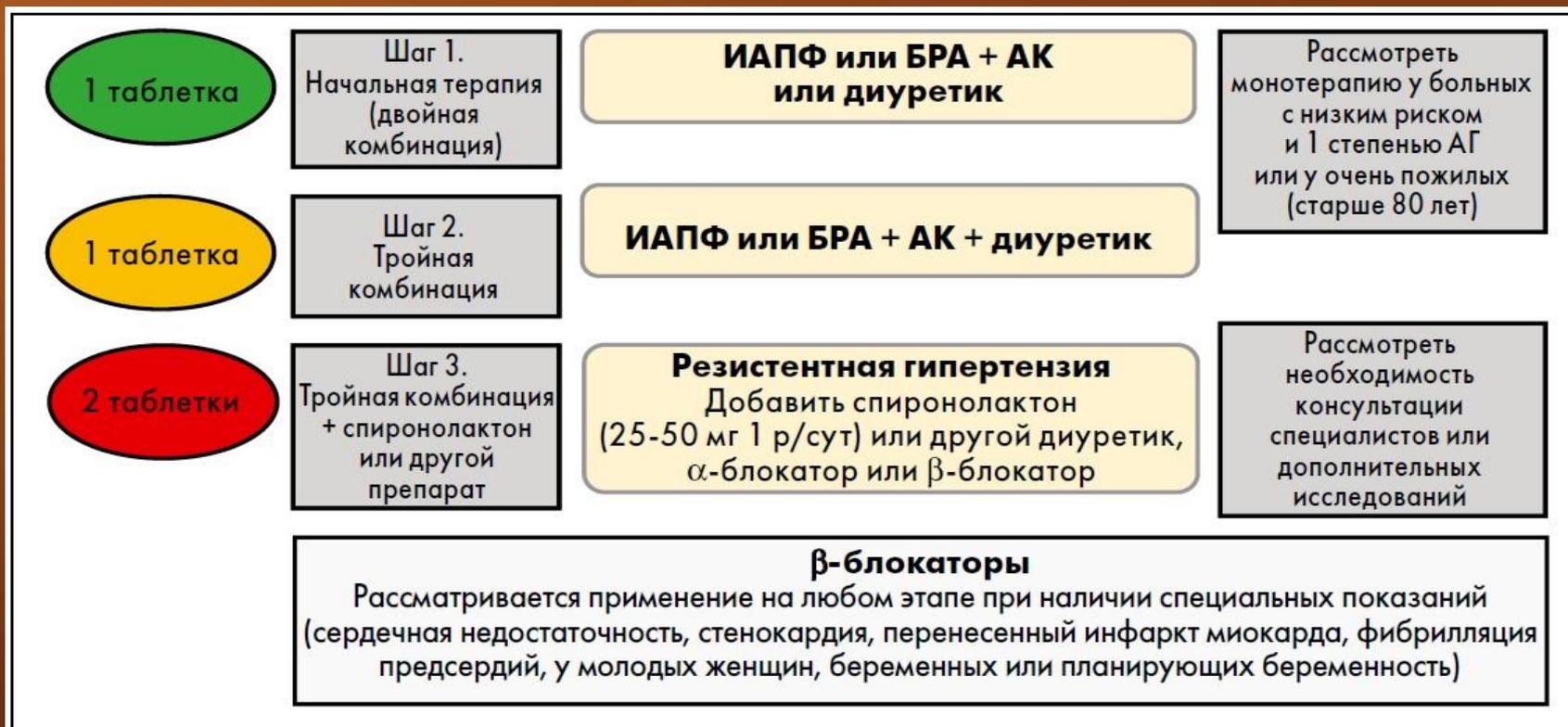


Рис. 3. Стратегия фармакотерапии у больных с неосложненной АГ (ESH/ESC, 2018)

Примечания. ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина; АК – антагонисты кальция.



Чем опасна низкая приверженность?

Когортное исследование с участием 33 728 гипертоников; оценка риска в подгруппе с низкой приверженностью:

Изменение риска, %

Риск инфаркта миокарда

+32%

Риск смерти от всех причин

+75%

Риск инсульта

+92%

Периндоприл – выдающийся иАПФ в своей группе

ПЕРИНДОПРИЛ



- Длительный эффект (24-часовой контроль АД) ⁽¹⁾
- Один из самых изученных иАПФ ^(1, 2)
- Тормозит развитие атеросклероза ^(1, 3)
- Улучшает функцию эндотелия ^(1, 3)
- Антитромботические и противовоспалительные свойства ^(1, 3)

Амлодипин – выдающийся БКК в своей группе

АМЛОДИПИН



- Длительный эффект (24-часовой контроль АД) ^(1, 2)
- Комбинация с бета-блокаторами
- Антиоксидантные свойства ⁽³⁾
- Дигидпропиридиновый БКК с наибольшим числом показаний ⁽¹⁾
- БКК доступны в самых разнообразных ФК с различными молекулами⁽⁴⁾

Свойства индапамида vs. ГХТ

ИНДАПАМИД



- Низкая частота побочных эффектов (1)
- Метаболически нейтральный диуретик (2,3)
- Защита от инсульта (4,5)
- Защищает сердце (4-6)
- Уменьшает микроальбуминурию (7)
- Снижает общую смертность (4,5)
- Не влияет на уровень мочевой кислоты (8)

1. Leonetti G. et al. *Am J Hypertens* 2001; 14 (S1): 102A-103A. 2. Ambrosioni E, Safar M, Degautec J-P, et al. *J Hypertens* 1998;16:1677-1684. 3. Akram J, Sheikh UE, Mahmood M, Donnelly R. *Curr Med Res Opin* 2007;23:2929-2936. 4. Gaciong Z, Symonides B. *Expert Opin Pharmacother* 2010;11:2579-2597. 5. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-1898. 6. Gosse P, Sheridan DJ, Zannad F, et al. *J Hypertens* 2000;18:1465-1475. 7. Marre M, Garcia J, Kokot F, et al. *J Hypertens* 2004;22:1613-1622. 8. Elliott WJ et al. *J Clin Pharmacol* 1991; 31 (8): 751-757



Три лидирующие антигипертензивные молекулы – различные звенья механизма развития АГ.

Блокада тканевого
и циркулирующей
РААС

ПЕРИНДОПРИЛ

ИНДАПАМИД

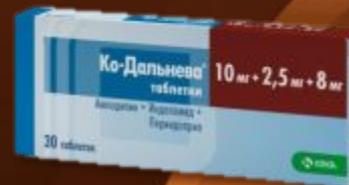
Расширение
сосудов
↓ Застойных
явлений

АМЛОДИПТИН

Блокада тока ионов Ca



КО-ДАЛЬНЕВА®



Дальнева® – современная фиксированная комбинация от компании КРКА

Дозировки и упаковки

5 мг/4 мг x №30, №90



10 мг/4 мг x №30



5 мг/8 мг x №30, №90



10 мг/8 мг x №30, №90



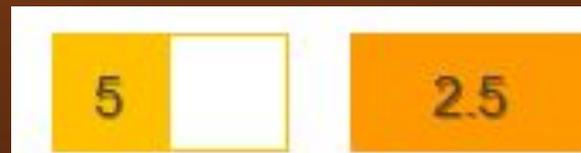
Способ применения:

1 раз в сутки, предпочтительно утром, перед завтраком.

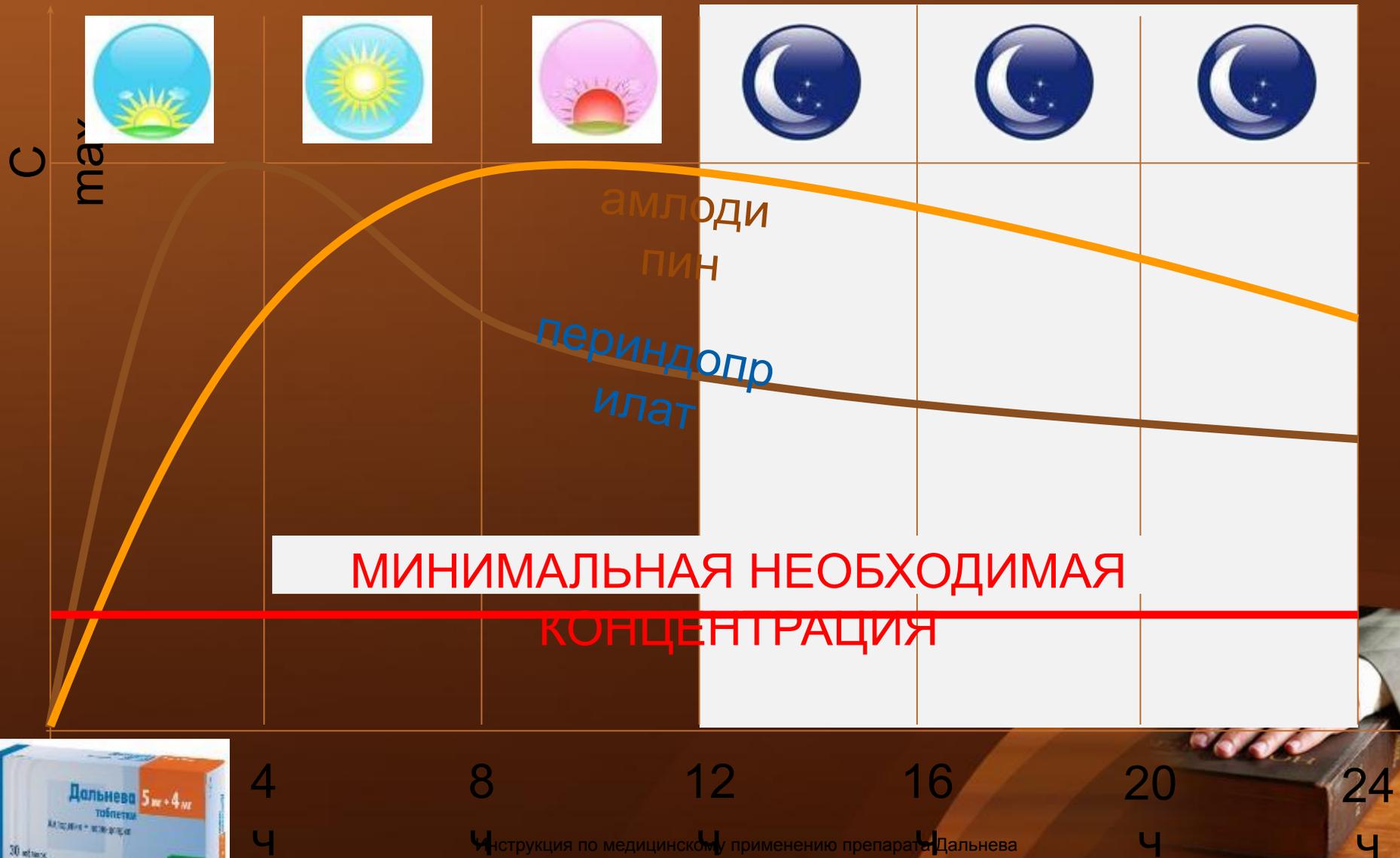


Ко-Дальнева®

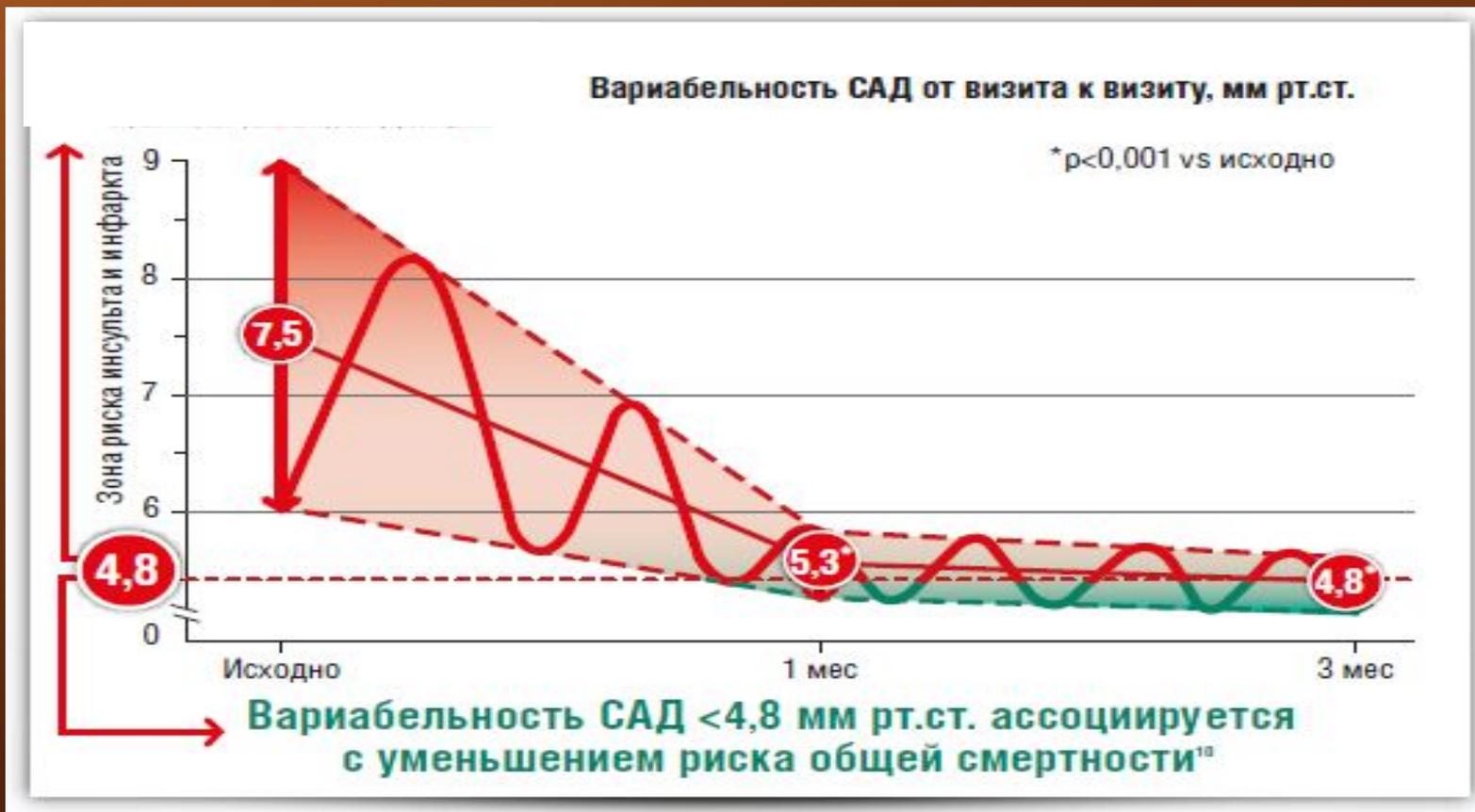
Индивидуальный подход к каждому пациенту



Дальнева®: контроль АД 24 часа 1 таб в сутки

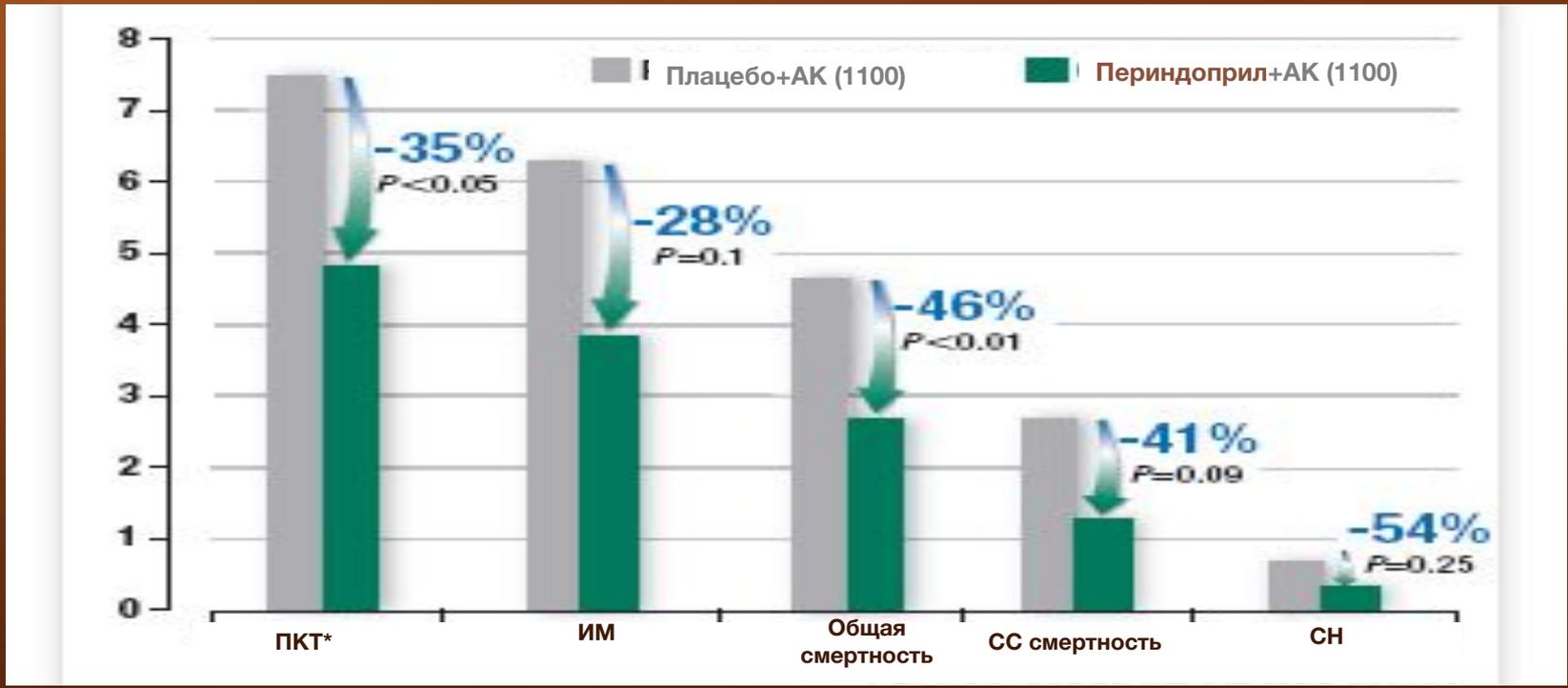


ДАЛЬНЕВА достоверно снижает ВАР от визита к визиту до безопасного уровня



Пациенты с АГ и ИБС

Периндоприл + АК снижает риск ССО



*Первичная конечная точка (ПКТ): СС смертность/ИМ/остановка сердца

Bertrand ME, Ferrari R, Remme WJ, Simoons ML, Deckers JW, Fox KM. Clinical synergy of perindopril and calcium-channel blocker in the prevention of cardiac events and mortality in patients with coronary artery disease. Post hoc analysis of the EUROPA study. Am Heart J. 2010;159:795-802.



Исследование СИЛА: цель и задачи

ЦЕЛЬ: Оценить эффективность и безопасность препаратов Ко-Дальнева и Дальнева у пациентов с неконтролируемой АГ в реальной клинической практике



Характеристика пациентов

16144 пациента, 6% были исключены вследствие нарушений протокола

60,5 лет
средний возраст

29,3 кг/м²
средний ИМТ

38%

ИБС



25%

диабет



12%

ИБС и диабет



27%

курящие



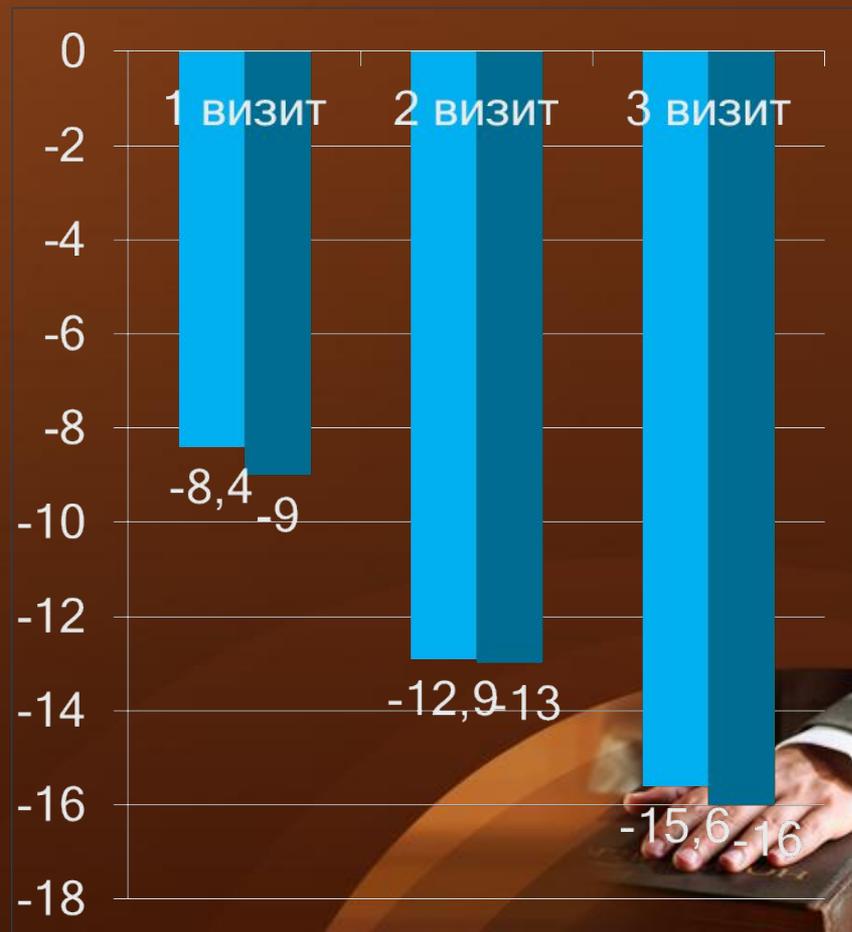
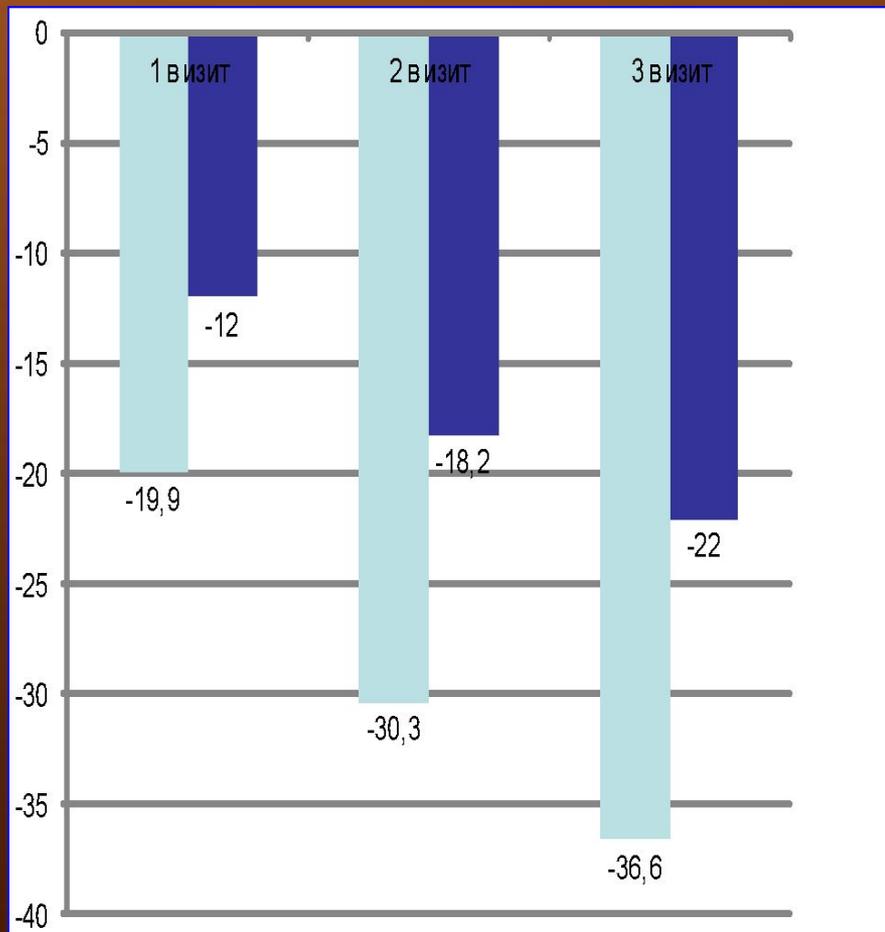
43%



пациентов относились к группе очень высокого риска

Снижение САД и ДАД в мм рт. ст и % на визитах исследования, по отношению к 0 визиту

ВИЗИТУ

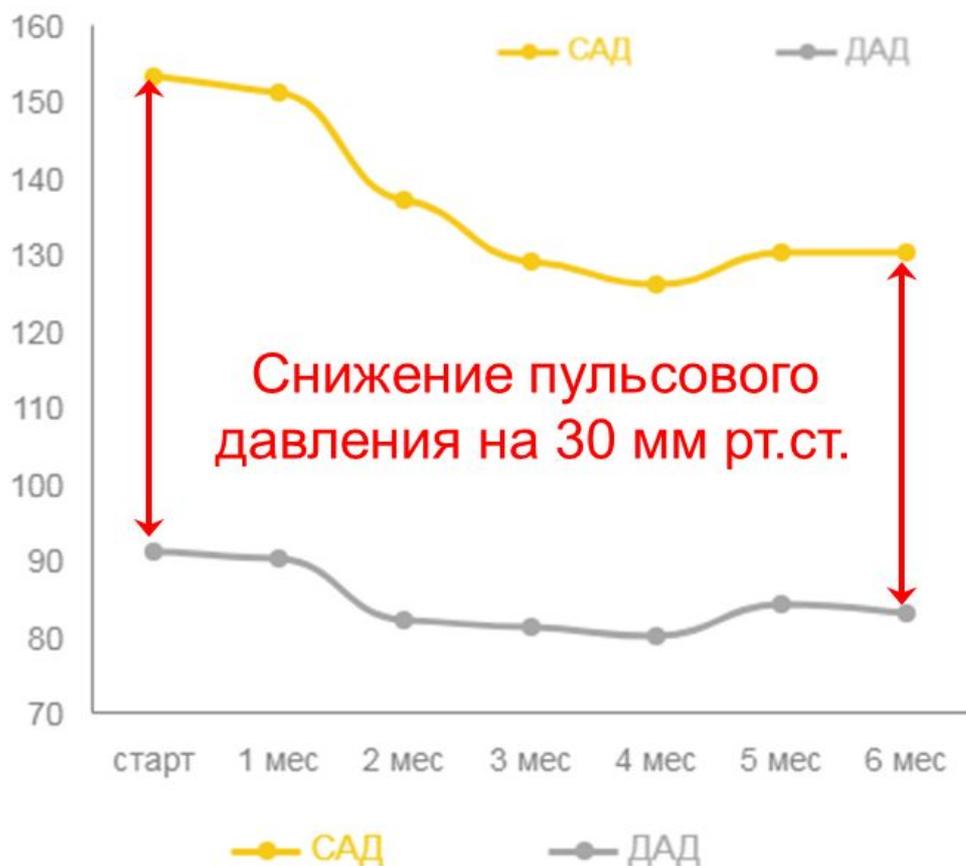


Доля пациентов, достигших целевых значений АД



Исследование по оценке эффективности Ко-Дальневэ у пациентов с неконтролируемой АГ

Динамика АД



Главный исследователь —
И.И.Чукаева

Популяция: 50 пациентов
с неконтролируемым АД
на комбинированной АГ-
терапии

Пояснения гражданки Н.:

«А. был абсолютно здоровым и молодым.

Спиртное А. пил очень
редко, сигареты курил,

не работал в последнее время»

В амбулаторной карте указание на эпизодическое

ПОВЫШЕНИЕ АД, **ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС,**

однократно запись

на давящие боли в области сердца, однократно уровень
холестерина - 5,6 ммоль/л.

НОВОЕ!

Таблица 3. Специфические факторы риска у больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Пол (мужчины > женщины)

Возраст

Курение в настоящий момент и в анамнезе

Общий холестерин и холестерин ЛПНП

Уровень мочевой кислоты*

СД

Ожирение либо избыточный вес

Раннее развитие СС заболеваний (мужчины ≤ 55 лет, женщины ≤ 65 лет)

Раннее развитие АГ у больного или у родителей

Ранняя менопауза*

Малоподвижный образ жизни

Психосоциальные и социально-экономические факторы*

ЧСС в покое > 80 уд./мин*

Примечания. Знаком * отмечены новые факторы риска. ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

Нерешенные задачи в терапии АГ:

Отсутствие эффективного контроля АД

Клиническое разнообразие АГ

Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений при недостаточном суточном контроле АД

Избыточный вес (ожирение) + СД

ИБС

Низкая приверженность к терапии
плохая переносимость терапии

Жировая ткань как эндокринный орган

1 лишний кг = повышение АД на 1 мм рт.ст.



**Блокада РААС в жировой ткани -
необходимое условие надёжного контроля АД!**

Особенности клинического течения АГ определяют выбор наиболее эффективной терапии

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Клиническими особенностями течения АГ, протекающей с метаболическими нарушениями, являются: частое формирование рефрактерной АГ, раннее поражение органов-мишеней – развитие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), быстро приводящей к дисфункции миокарда, почечной гиперfiltrации и МАУ, снижение эластичности аорты и артерий. По данным СМАД у больных АГ с метаболическими нарушениями диагностируются выраженные нарушения суточного ритма АД, высокие показатели нагрузки давлением в ночные часы и повышенная вариабельность АД.



Рис. 2. Алгоритм инициации терапии у больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Мероприятия по модификации ОЖ у пациентов с АГ или высоким нормальным АД

Рекомендации	Класс ^a	Уровень ^b
Рекомендуется ограничение употребления соли до <5 г/сут. [248, 250, 255, 258].	I	A
Рекомендуется ограничение употребления алкоголя: – Менее 14 ед./нед. для мужчин. – Менее 8 ед./нед. для женщин [35].	I	A
Рекомендуется избегать запоев.	III	C
Рекомендуется увеличить употребление овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов и ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло); уменьшить употребление мяса; употребление молочных продуктов низкой жирности [262, 265].	I	A
Рекомендуется контролировать массу тела для предупреждения развития ожирения (ИМТ >30 кг/м ² или окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин), стремление к идеальному ИМТ (около 20-25 кг/м ²) и окружности талии <94 см у мужчин и <80 см у женщин с целью снижения АД и уменьшения ССР [262, 271, 273, 290].	I	A
Рекомендуются регулярные аэробные физические упражнения (не менее 30 мин динамических упражнений умеренной интенсивности 5-7 дней/нед.) [262, 278, 279].	I	A
Рекомендуются прекращение курения, психологическая поддержка и выполнение программ по прекращению курения [286, 288, 291].	I	B

1 ед. соответствует 125 мл вина или 250 мл пива. «Также рекомендуется соблюдать в течение недели безалкогольные дни и избегать запоев»

Кофеин обладает острым прессорным эффектом. «Тем не менее употребление кофе ассоциируется с положительным влиянием на СС систему (систематизированный обзор проспективных когортных исследований, включавших более 1 млн пациентов)

- ✓ Краткая консультация врача оказывает небольшой, но значимый эффект в 1-3% случаев.
- ✓ Этот показатель можно улучшить с использованием фармакологических методов, при этом варениклин и комбинация с никотинзамещающей терапией имеют преимущество перед бупропионом и изолированным назначением никотинзамещающей терапии.
- ✓ Сочетание психологической поддержки с фармакотерапией увеличивают вероятность успеха до 70-100% по сравнению с краткой консультацией.

Основа преимуществ – механизм действия

АГ эффективность

- Липофильность



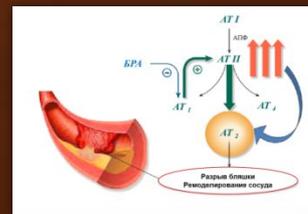
Органопroteкция

- Микроциркуляция



Прогноз

- Действие на уровне атеросклеротической бляшки



**Грех не был бы таким
привлекательным, если бы за
него пришлось платить сразу же**

