

Нормативный документ МЗ Украины, определяющий тактику ведения пациентов с артериальной гипертензией в Украине в 2012–2020 гг.

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» **наказ МОЗ України №384**, розроблений на основі Оновленої та адаптованої клінічної настанови 2012 р. «АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ»

Вопросы, которые решает врач при первичном обследовании пациента

- Это гипертоническая болезнь или вторичная (симптоматическая) гипертензия?
- Оценка органных поражений у больных с артериальной гипертензией
- Выявление других факторов сердечно-сосудистого риска

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 24.05.2012 р. № 384. 2007 ESH/ESC guidelines for management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007; 28(12):1462-536

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Модифицируемые факторы риска:

- **Артериальная гипертензия**
- Повышенный уровень холестерина
- Курение
- Характер питания (индекс массы тела, ожирение)
- Малоподвижный образ жизни
- Стресс

Немодифицируемые факторы риска:

- Возраст
- Пол
- Раса
- Генетическая предрасположенность (наследственные признаки)





Дальнейшее обследование больного зависит от анамнеза и данных рутинного клинико-лабораторного исследования

- Суточное мониторирование артериального давления (АД) проводят в случаях, когда:
 - наблюдается значительная вариабельность АД как во время одного, так и нескольких визитов больного;
 - если у лиц с низким общим сердечно-сосудистым риском отмечается "гипертензия на белый халат";
 - при признаках падения АД;
 - при резистентности артериальной гипертензии к лечению.

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 394 від 24.05.2012. 2007 ESH/ESC guidelines for management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007; 28(12):1462-536

Нефармакологические методы лечения

Меры	Уровень доказательности
Снижение массы тела	A
↓ Алкоголь <30 г/дл	A
Физическая активность ↑	A
↓ Соль	A
Фрукты/овощи ↑, ПНЖК ↑, жир ↓	B
Психологический стресс ↓	C
Калий ↑	B
Кальций ↑	B
Магний ↑	B
Прекращение курения	B

Рекомендация Украинской ассоциации кардиологов с профилактикой и лечением артериальной гипертензии 2009
2009 ESH/ESC guidelines for management of arterial hypertension.

Целевое артериальное давление – это индикатор эффективности лечения артериальной гипертензии

Популяция пациентов	Целевое АД
Общая популяция больных	< 140/90 мм рт.ст.
Сахарный диабет 2-го типа	≤ 140/85 мм рт.ст.

* Снижение АД до переносимого уровня после стабилизации состояния (противопоказано резкое снижение АД в острый период); снижение АД в зависимости от клинической ситуации.

Выбор препарата основывается на:

- наличие факторов риска у больного;
- поражение органов-мишеней;
- ассоциированные клинические состояния, поражение почек, сахарный диабет;
- сопутствующие заболевания, при которых возможны ограничения применения различных классов антигипертензивных препаратов;
- индивидуальные реакции больного на препараты различных классов;
- вероятность взаимодействия с другими препаратами;
- социально-экономические факторы, включая стоимость лечения.

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія
Наказ Міністерства охорони здоров'я № 384 від 24.05.2012
2007 ESH/ESC guidelines for management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007; 28(12):1462-536

Выбор антигипертензивного препарата

- Начало гипотензивной терапии определяется не уровнем артериального давления, а исходной степенью риска.
- Тактика ступенчатого назначения препарата заменена на либеральную.
- Выбор препарата зависит от профиля ФР у данного пациента.
- Каждый класс антигипертензивных препаратов имеет четко установленные показания, противопоказания.
- Каждый класс препаратов имеет (+) и (-).

Стратегия выбора антигипертензивной терапии

Уровень АД до лечения; поражение органов-мишеней; факторы риска



Вернемся к нашему больному. Правомочны ли мы назначить блокаторы β -адренорецепторов?

- Формально – да.
- Однако – мужчина, физ., сексуальная активность – важно!
- У больных, ведущих активный образ жизни, спортсменов или лиц с нарушенным липидным профилем – это не лучший выбор.

Что ограничивает применение блокаторов β -адренорецепторов при артериальной гипертензии?

- Побочные эффекты являются существенным шагом назад для β -адреноблокаторов, особенно для неселективных;
- сексуальная дисфункция;
- повышенная утомляемость;
- депрессия;
- метаболические нарушения (снижение чувствительности тканей к инсулину, \uparrow уровня триглицеридов: углеводный и липидный дисбаланс).

Важность учета метаболических нарушений

- У больного высокий риск развития сахарного диабета.
- Нарушенная толерантность к глюкозе.
- Артериальная гипертензия, ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия – метаболический синдром.
- Ишемическая болезнь сердца.

Риск очень высокий!

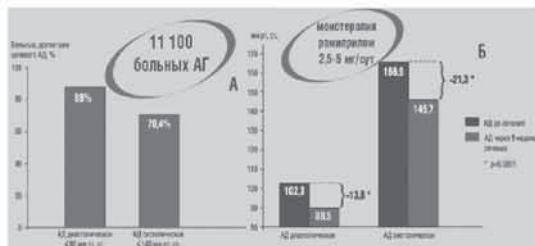
Особенности патогенеза артериальной гипертензии при сахарном диабете:

- Высокая активность тканевой РААС (при сахарном диабете активность РААС тканей больше ее активности в плазме крови в 1000 раз). Тканевая РААС участвует в развитии микро- и макрососудистых осложнений сахарного диабета.
- Высокая солечувствительность пациентов с сахарным диабетом (антинатрийуретический эффект инсулина), т.е. большее \uparrow артериального давления в ответ на высокосолевою диету, чем у пациентов без сахарного диабета.
- Часто сочетается с другими факторами риска: ожирением, гиперлипидемией, гиперурикемией и др.
- Частая резистентность к терапии

Рамиприл: доказательная база

- **Предупреждение смерти у больных высокого риска:**
APRES, AIRE-AIREX, MITRA PLUS, PILOTE, HOPE, HOPE-TOO, SECURE, MICRO-HOPE, DIABHYCAR, ONTARGET
- **Кардиопротекция:**
AIRE, AIRE-AIREX, HYGAR, RACE, HEART, PHARAO
- **Нефропротекция:**
AASK, ATLANTIS, REIN, MICRO-HOPE
- **Антигипертензивная эффективность:**
CARE, AASK, RACE, HYGAR

CARE: Эффективность и безопасность ингибитора АПФ рамиприла в обычной клинической практике

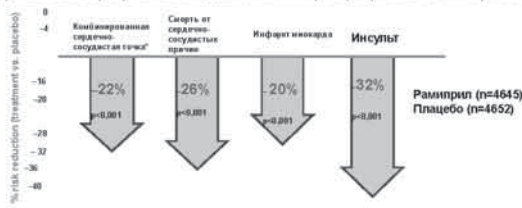


Kaplan NM *Clin Ther* 1996;18:658-670

HOPE: рамиприл у больных высокого сердечно-сосудистого риска

Эффективность рамиприла (n=4645) по сравнению с плацебо (n=4652) в предотвращении сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска с артериальной гипертензией и без нее

Эффекты рамиприла в равной степени проявлялись у больных с нормальным артериальным давлением и при артериальной гипертензии

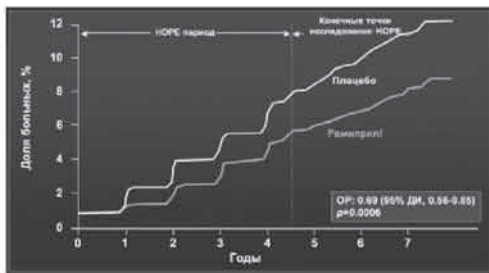


СС- сердечно-сосудистый; ИМ – инфаркт миокарда;
HOPE = Heart Outcomes Prevention Evaluation;
Yusuf S, et al., 2000

Результаты HOPE

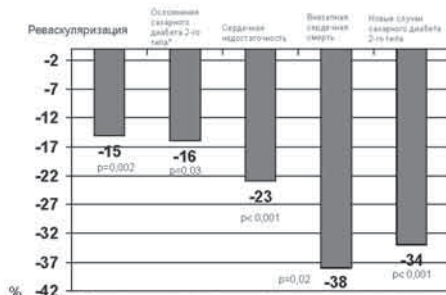
- В исследовании мы видим 20% снижение вероятности возникновения нового инфаркта миокарда и 25% снижение сердечно-сосудистой смертности.
- Фактически каждое 4-е возможное развитие событий было исключено у больных, получавших рамиприл.

Результаты HOPE



HOPE = Heart Outcomes Prevention Evaluation; Yusuf S. et al., 2000

Рамиприл – ингибитор АПФ, доказавший эффективность у пациентов высокого риска



The HOPE Study Investigators. *N Engl J Med* 2000;342:145-53

Результаты HOPE

- Фактически на примере рамиприла отработывалась концепция медикаментозной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

HOPE study: выводы

- Рамиприл эффективен у пациентов ВР, уже получающих эффективную терапию основного заболевания.
- Рамиприл в дозе 10 мг в сутки предупреждает сердечно-сосудистые осложнения независимо ни от степени снижения артериального давления, ни от получаемой больными терапии.

Влияние антигипертензивной терапии на риск развития сахарного диабета: ингибиторы АПФ

Исследование	Препарат	Снижение риска	p
HOPE	Рамиприл vs β-блокаторы + Д	-34%	<0,001
САРРР	Каптоприл vs β-блокаторы + Д	-13%	<0,05
ALLHAT	Лизиноприл vs Д	-33%	<0,001
ANBP-2	Эналаприл vs Д	-31%	<0,005

Выводы

- Таким образом, профилактический эффект рамиприла в исследовании HOPE не зависел от пола и возраста пациентов.
- У пожилых людей частота неблагоприятных исходов – выше, чем в молодом возрасте, поэтому применение рамиприла приводило к более значительному снижению абсолютного риска.
- При лечении рамиприлом по сравнению с плацебо выявили увеличение частоты регресса ЭКГ признаков гипертрофии левого желудочка и снижение частоты ее развития или прогрессирования. Этот эффект не зависел от изменений артериального давления.

Mathew J., Sleight P. et al. Reduction of cardiovascular risk by regression of electrocardiographic markers of left ventricular hypertrophy by the angiotensin-converting enzyme inhibitor ramipril. Circulation, 2001, 104, 1615-1621.

Что назначить нашему пациенту

- Рамиприл 10 мг
- Небиволол 5 мг
- Ацетилсалициловая кислота 75 мг
- Аторвастатин 40 мг

Причины низкой приверженности к лечению (данные соц.опроса)

- Большая стоимость лекарств – 5%
- Побочные явления – 30%
- Неудовлетворенность лечением – 20%

Проблемы антигипертензивного лечения

- Не у всех больных удается достичь целевых уровней артериального давления (АД).
- Высокая кардиоренальная летальность остается даже у лиц с эффективно контролируемым АД.
- Это связано с тем, что высокий риск развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных исходов при артериальной гипертензии определяется сопутствующими метаболическими нарушениями, ремоделированием сердца и сосудов, не связанных с наличием артериальной гипертензии

Цель антигипертензивного лечения - не только нормализация АД, но и предупреждение сопутствующего поражения ОМ.

Важно

- Говоря о применении ингибиторов АПФ, хотелось бы остановиться на таком важном моменте, как **использование эффективных доз**.
- В исследованиях «Еуроге» и «Норе» использовались большие дозы ингибиторов АПФ – рамиприла и периндоприла

Принципы медикаментозного лечения, которые должен знать пациент с гипертонической болезнью

- Необходим длительный («пожизненный») прием медикаментов.
- Доза препарата не может быть установлена один раз и навсегда.
- В процессе лечения возможна смена препаратов.
- Препарат назначается с учетом влияния на факторы риска и сопутствующие заболевания («каждому больному – свой препарат»).
- Следует использовать препараты длительного действия: удобно 1-2 раза в сутки.
- Случайный резкий подъем артериального давления не является основанием для смены принимаемых лекарств

**Могут ли ингибиторы АПФ
разорвать «порочный круг»
сердечно-сосудистого континуума?**

- Рамиприл – пример новой концепции лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями – концепции превалирующей органопротекции (благодаря высокой тканевой аффинности).
- Обладает возможностью обеспечивать органопротекцию на различных этапах сердечно-сосудистого континуума, начиная от воздействия факторов риска и заканчивая терминальными органами поражениями.

Выводы

Таким образом, рамиприл обладает не только доказанными антигипертензивными свойствами, но и эффективностью в профилактике сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий у пациентов высокого риска, а также в предупреждении поражения органов-мишеней и прогрессирования атеросклероза, возникновения новых случаев сахарного диабета и его осложнений.

**Рами Сандоз
в сердечно-сосудистом континууме**

При наличии у больных:

- ишемической болезни сердца, в том числе инфаркта миокарда;
- артериальной гипертензии;
- инсульта;
- сахарного диабета или метаболического синдрома;
- микроальбуминурии;
- хронической сердечной недостаточности (ХСН);
- хронической болезни почек с или без ХПН –

**РамиСандоз –
средство выбора
в решении проблемы
органопротекции**



Рамі САНДОЗ®
Раміприл
Рамі САНДОЗ® композитум
Раміприл/Гідрохлорид

ПОТРИБЕН РАМІПРИЛ?

Обирайте Рамі САНДОЗ®

Європейська якість препаратів Сандоз доступна для кожного пацієнта! SANDOZ

Как добиться большего использования эффективных средств для профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний

- Одним из важных подходов считается использование эффективных дженериков.
- Во всех странах (европейских, США и др.) – это единственный путь для охвата широкого круга больных в применении эффективных препаратов

Всеукраїнська соціальна ініціатива
Обґрунтування проекту

60+ КАРДІО

Кожен **3-й** українець досяг пенсійного віку

Кожен **3-й** українець має артеріальну гіпертензію

Кожні **5** хвилин в Україні реєструється інсульт

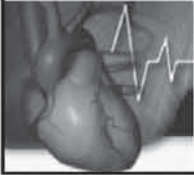
2 з 3-х українців помирають від хвороб серцево-судинної системи

Кожні **10** хвилин в Україні реєструється інфаркт міокарда

В старших вікових групах поширеність артеріальної гіпертензії досягає **80%**

Європейська якість препаратів Сандоз доступна для кожного пацієнта! SANDOZ

- *Разумный гонится не за тем, что приятно, а за тем, что избавляет его от неприятностей.*



Аристотель
