

Диспансерное наблюдение пациентов с артериальной гипертонией и нарушением липидного обмена: на что врачам следует обратить особое внимание?

Комиссаренко

Ирина Арсеньевна

д.м.н., профессор,

кафедра поликлинической терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Томск, 2015

Цель и задачи диспансерного наблюдения:

- достижение заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования;

- коррекция ФР

с целью предотвращения прогрессии патологического процесса и развития обострений, снижение числа госпитализаций и осложнений, повышения качества и увеличения продолжительности жизни



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр профилактической
медицины» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт пульмонологии»
Федерального медико-биологического агентства
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИХ РАЗВИТИЯ

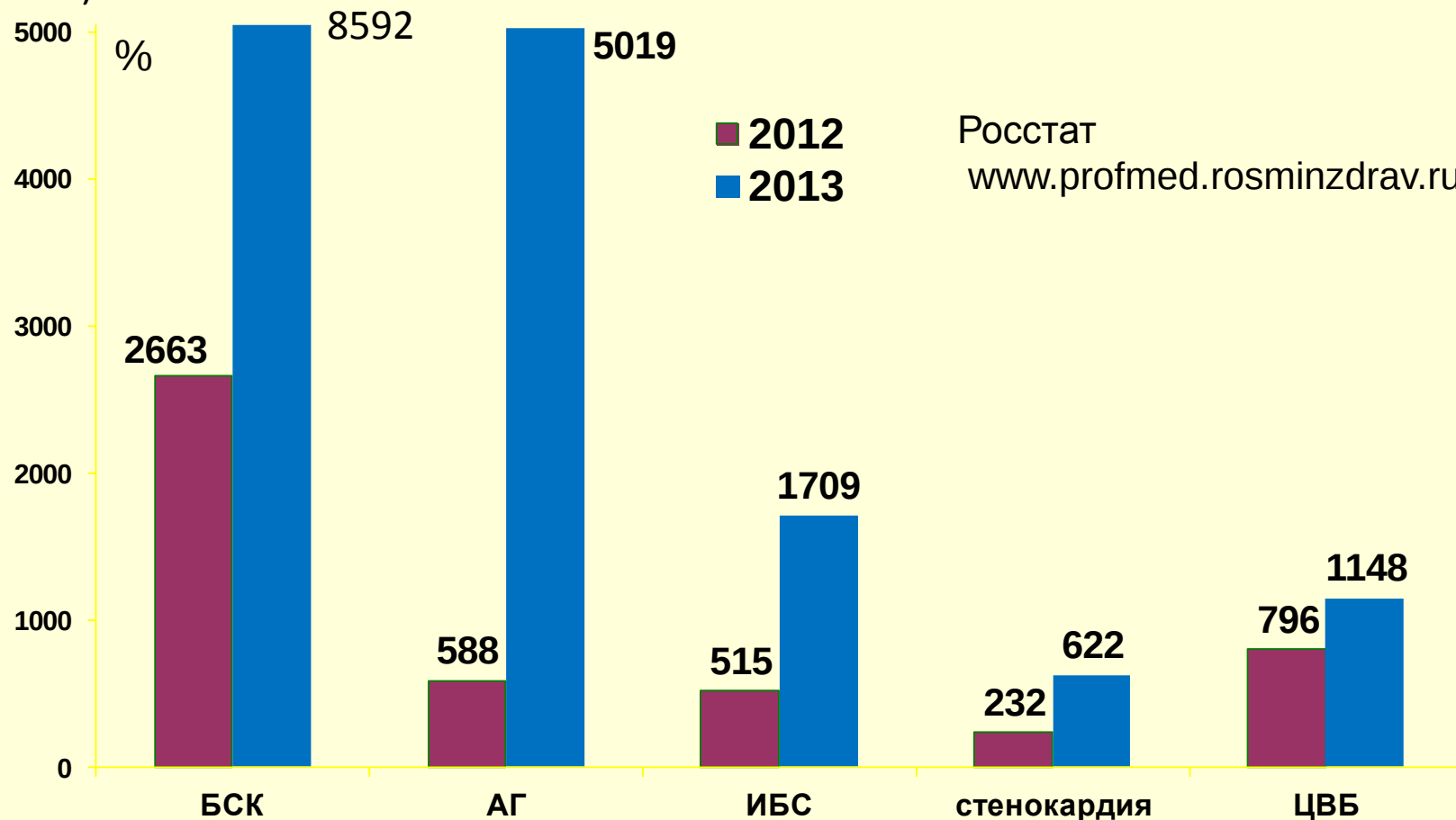
Методические рекомендации
под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г.

Москва 2014 г.



Впервые выявленные БСК в рамках текущей деятельности участкового врача 2012 года и диспансеризации 2013 года

(на 100 тыс.)

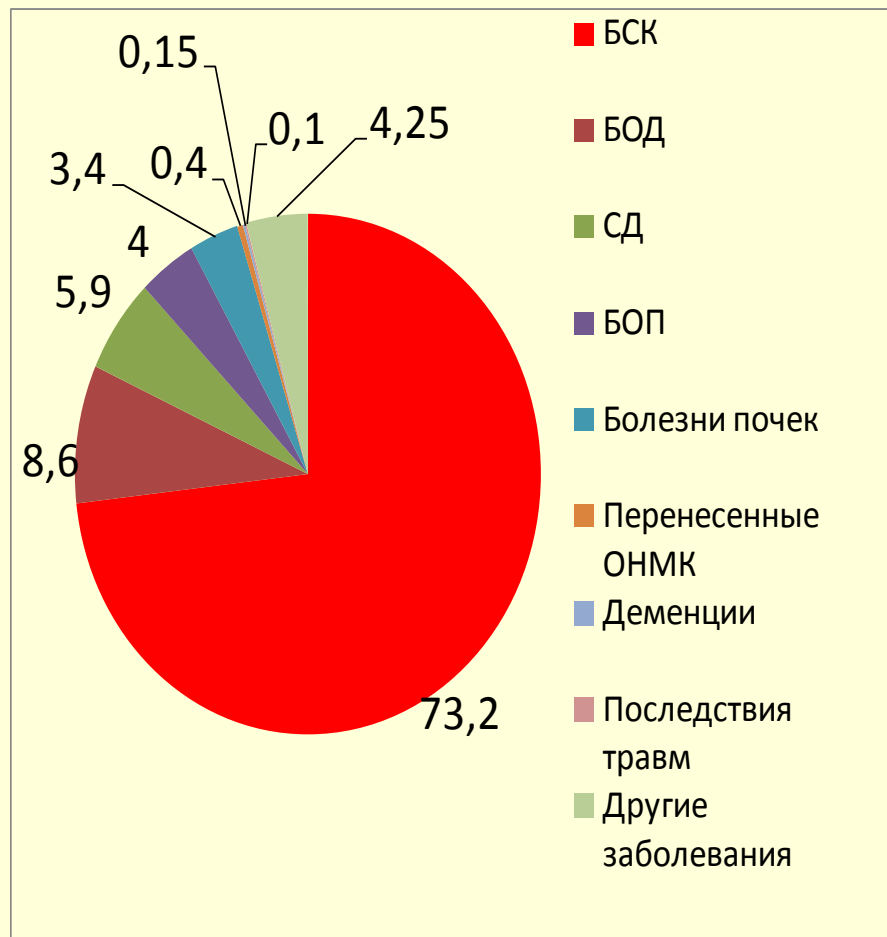


Росстат
www.profmed.rosminzdrav.ru

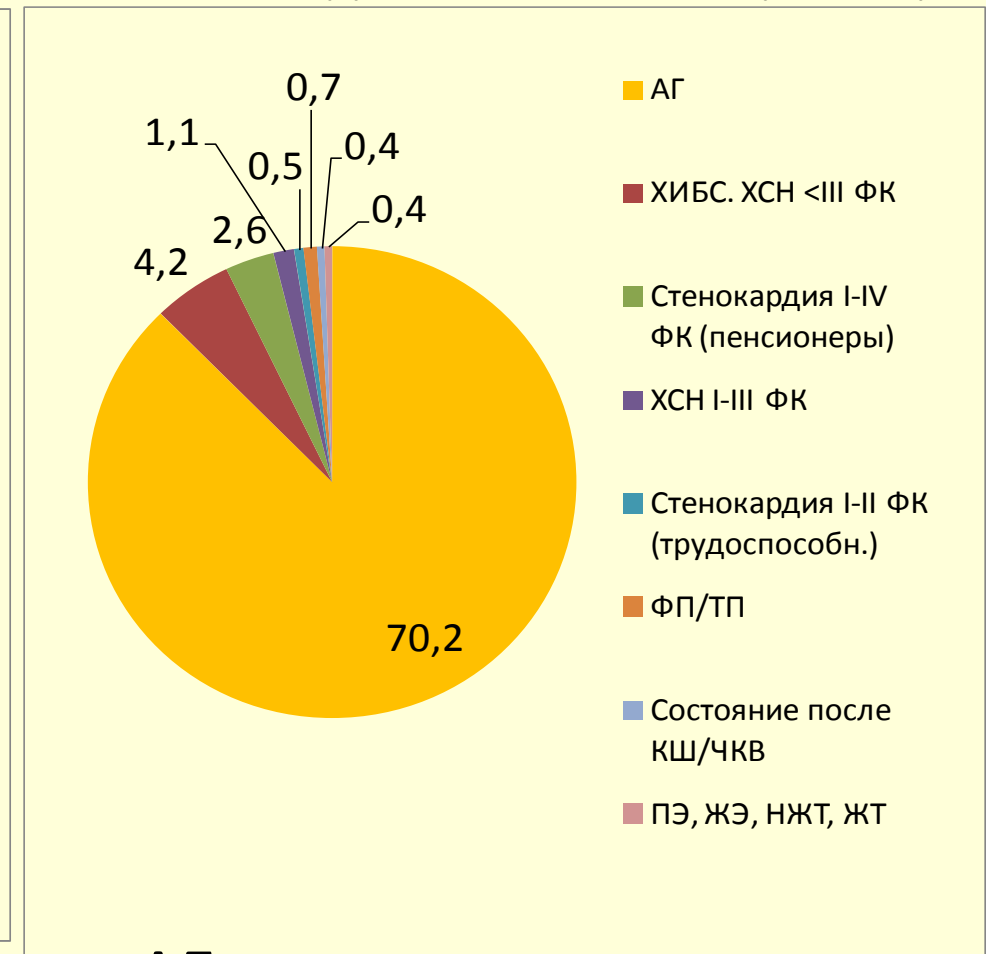
БСК – болезни системы кровообращения, ЦВБ – цереброваскулярная болезнь

Кто находится под наблюдением участкового терапевта?

Доля и структура диагнозов больных, взятых под ДН в течение 2013-2104 гг. (n=1870)



Доля и структура диагнозов больных ССЗ, взятых под ДН в течение 2013 г. (n=1055)



51% всех пациентов - больные АГ

Основные факторы риска развития и прогрессирования ИБС

Возраст	Мужчины > 45 лет Женщины > 55 лет или с ранней менопаузой
Раннее начало ИБС у ближ. родственников	ИМ или внезапная смерть у мужчин < 55 лет, у женщин < 65 лет
Курение сигарет АГ	Вне зависимости от количества АД > 140/90
ГХС	ОХС > 5 ммоль/л (200 мг/дл), ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл)
ГТГ, низкий уровень ХС ЛПВП	ТГ > 1,7 ммоль/л (180 мг/дл), ХС ЛПВП < 0,9 ммоль/л (35 мг/дл)
СД 2 типа Абдоминальное ожирение	Глюкоза натощак > 7 ммоль/л (125 мг/дл) ОТ у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см

Факторы риска АГ

Женщины > 65 лет

- Мужчины > 55 лет

- Курение

- **Холестерин - > 5,0 ммоль/л (190 мг/дл), или ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл) или ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л (< 40 мг/дл) для мужчин и < 1,2 (< 48 мг/дл) для женщин**

- Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин < 65 лет, у женщин < 55 лет)

- **Абдоминальное ожирение - окружность талии ≥ 102 см (для мужчин) и ≥ 88 см (для женщин)**

- Уровень сахара натощак 5,6-6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл)

- НТГ – глюкоза после теста $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л

Диспансерное наблюдения больных с АГ

(сбор жалоб, анамнез, физикальное обследование)

Заболевание	Регулярность профил. посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений. При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики	- сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при ФН, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, объеме диуреза - уточнение факта приема гипотензивных препаратов - уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний -измерение АД при каждом посещении - анализ данных самостоятельного контроля АД - уточнение характера гипотензивной терапии -общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию крупных сосудов, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении
АГ I-III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 2 раз в год	+ - уточнение характера гипотензивной терапии и терапии по поводу других ССЗ, ЦВБ и ХБП
АГ I-III степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 2 раз в год	

Диагностика артериальной гипертензии

Рекомендации	Класс	Уровень
Необходимо собрать анамнез ,адекватно обследовать больного для постановки диагноза, исключения вторичных форм, выявления ФР,ПОМ, и ассоциированных ССЗ	I	C
Важно также выяснить семейный анамнез для установления наследственной отягощенности по АГ и ССЗ	I	B
<u>Главным скринирующим методом для постановки диагноза является измерение АД врачом</u>	I	B
Диагноз АГ необходимо ставить на основании двух измерений как минимум на двух визитах к врачу	I	C
Всем пациентам необходимо прощупать пульс для оценки Ч.С.С и особенно выявления мерцательной аритмии	I	B
<u>Необходимо дополнительное измерение АД вне клиники для подтверждения диагноза АГ, характера гипертензии, эпизодов гипотонии и уточнения риска развития ССЗ</u>	IIa	B
В зависимости от доступности, показаний, предпочтения пациента можно использовать как суточное мониторирование АД , так и домашнее измерение	IIb	C

Преимущества домашнего измерения АД

- Расширение информации для стратификации риска
- Устранение эффекта "белого халата"
- Тесная корреляция с поражением органов-мишеней
- Высокая воспроизводимость
- Большое количество измерений в привычной для пациента обстановке
- Более точная оценка эффективности антигипертензивной терапии
- Улучшение приверженности пациента к лечению
- Снижение стоимости обследования и лечения

Реакция больного на знание уровня собственного АД может быть различна:

- 70% больных подобная информация успокаивает, а также повышает приверженность к лечению и эффективность проводимой терапии
- Тем не менее, есть люди, для которых измерение АД становится навязчивой идеей, и значениям домашних измерений АД у данных пациентов доверять нельзя

Ситуации, в которых выполнение СМАД наиболее целесообразно:



- повышенная лабильность АД при повторных измерениях, визитах или по данным самоконтроля;
- высокие значения клинического АД у б-х с малым числом факторов риска и отсутствием характерных для АГ изменений органов-мишеней;
- нормальные значения клинического АД у б-х с большим числом факторов риска и/или наличием характерных для АГ изменений органов-мишеней;
- большие отличия в величине АД на приеме и по данным самоконтроля;
- резистентность к антигипертензивной терапии;
- эпизоды гипотензии, особенно у пожилых пациентов и больных сахарным диабетом;
- АГ у беременных и подозрение на преэклампсию.

У пациентов с «гипертонией белого халата» :

- **внеофисные значения АД выше**
- **чаще обнаруживается бессимптомное поражение органов-мишеней,**
- **чаще имеются метаболические факторы риска и отдаленный риск развития диабета**
- **прогрессирование к стойкой АГ**

Рекомендуется подтверждать диагноз «гипертонии белого халата» не позднее, чем через 3–6 месяцев и тщательно обследовать и наблюдать этих пациентов, включая повторные внеофисные измерения

Рекомендации по лечению «гипертонии белого халата» и маскированной гипертонии	Класс ^a	Уровень ^b
У лиц с «гипертонией белого халата» терапевтическое вмешательство целесообразно <i>ограничивать только изменением образа жизни</i> , но за таким решением должно последовать тщательное динамическое наблюдение	IIa	C
У больных «гипертонией белого халата» с <i>более высоким сердечно-сосудистым риском</i> , обусловленным метаболическими нарушениями или бессимптомным поражением органов-мишеней, может быть <i>целесообразной медикаментозная терапия</i> , в дополнение к изменению образа жизни	IIb	C
При маскированной АГ целесообразно назначать как изменение образа жизни, так и антигипертензивную медикаментозную терапию, так как неоднократно установлено, что АГ этого типа характеризуется сердечно-сосудистым риском, очень близким к таковому при офисной и внеофисной АГ	IIa	C

Целевые значения артериального давления у больных АГ

Рекомендации	Класс ^а	Уровень б
Целевое значение САД < 140 мм рт.ст.		
а) рекомендуется больным с низким и средним сердечно-сосудистым риском	I	B
б) рекомендуется больным диабетом	I	A
в) целесообразно у больных, перенесших инсульт или ТИА	IIa	B
г) целесообразно у больных ХБП	IIa	B
д) целесообразно у больных ХБП диабетической и недиабетической этиологии	IIa	B

Целевые значения артериального давления у больных АГ

Больным АГ пожилого и старческого возраста моложе 80 лет с уровнем САД ≥ 160 мм рт.ст. - снижение САД до 140 –150 мм рт. ст.	I	A
У больных АГ пожилого и старческого возраста моложе 80 лет, находящихся в удовлетворительном общем состоянии, целесообразно снижение САД до < 140 мм рт.ст., в то время как у пациентов старческого возраста с ослабленным состоянием здоровья целевые значения САД следует выбирать в зависимости от индивидуальной переносимости	IIb	C
У лиц старше 80 лет с исходным САД ≥ 160 мм рт.ст. рекомендуется снижать САД до 140 –150 мм рт.ст., при условии, что они находятся в удовлетворительном состоянии физического и психического здоровья	I	B
В качестве целевого значения ДАД всегда рекомендуется < 90 мм рт.ст., кроме больных диабетом, для которых рекомендуются целевые значения < 85 мм рт.ст. Тем не менее, следует учитывать, что значения ДАД от 80 до 85 мм рт.ст. безопасны и хорошо переносятся	I	A

Цель лечения АГ – максимальное снижение риска развития ССО и смерти от них

для этого необходимо:

**↓ АД до целевого
уровня**

**Коррекция
модифицируемых ФР**

**Предупреждение, замедление
темпов прогрессирования
и/или ↓ поражения ОМ**

***Курение,
ДЛП,
гипергликемия
ожирение***

**Лечение
ассоциированных
заболеваний
(ИБС, СД и др.)**

Стратификация риска пациентов с АГ

Факторы риска, субклинические ПОМ или сопутствующие заболевания	Уровень артериального давления (мм.рт.ст)			
	Высокое нормальное 130-139 85-89	1 ст.АГ 140-159 90-99	2 ст.АГ 160-179 100-109	3 ст.АГ >180 или >110
Отсутствуют факторы риска		Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный - высокий риск	Высокий риск
3 фактора риска	Низкий - умеренный риск	Умеренный - риск	Высокий риск	Высокий риск
ПОМ, ХБП (3 ст) или диабет	Умеренный- высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий - очень высокий риск
Сердечно-сосудистые заболевания, ХБП 4-5 ст или диабет с ПОМ.	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск



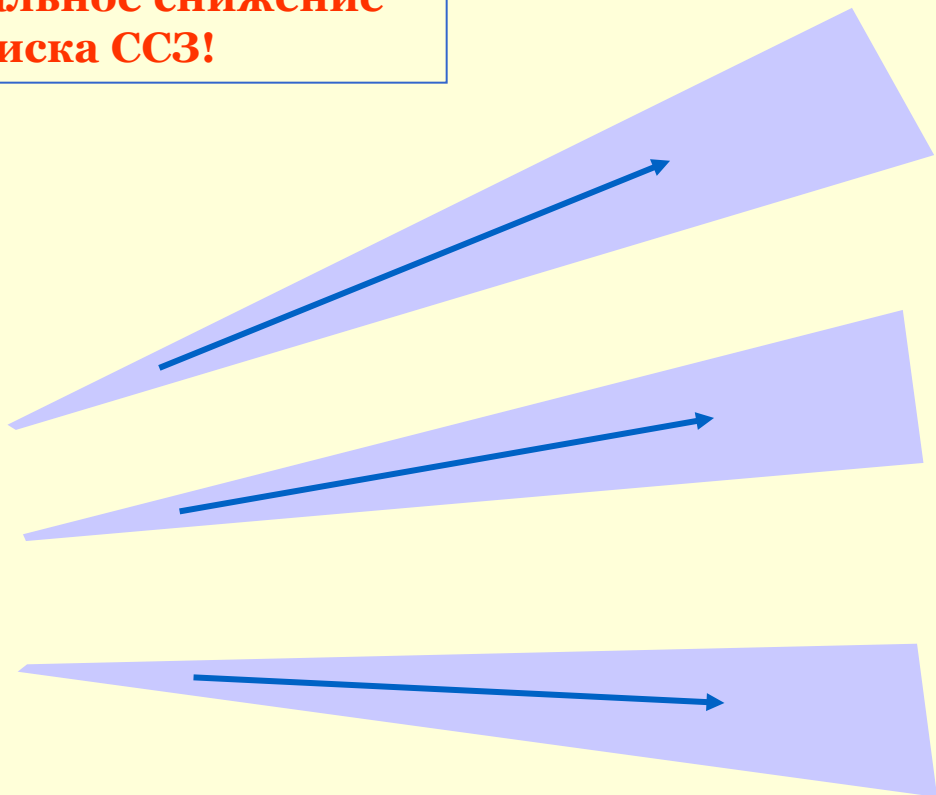
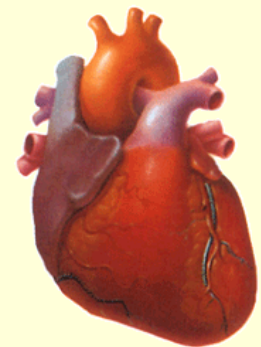
Идеальная антигипертензивная терапия

**Максимальное снижение
риска ССЗ!**

Контроль АД

**Метаболическая
нейтральность**

Органопротекция



Группы лекарственных препаратов:

- 1 - тиазидные и тиазидоподобные диуретики
- 2 - антагонисты кальция
- 3 – бета-адреноблокаторы
- 4 - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)
- 5 - блокаторы AT1-ангиотензиновых рецепторов
- 6 - α -адреноблокаторы
- 7 – препараты центрального действия
- 8 – прямые ингибиторы ренина

Метаболический синдром

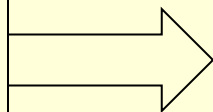
- **Основной критерий**
- **АО (ОТ > 94 см для мужчин и > 80 см для женщин)**
- **Дополнительные критерии:**
 - АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.,
 - ХС ЛНП > 3,0 ммоль/л,
 - ХС ЛВП < 1,0 ммоль/л для мужчин или < 1,2 ммоль/л для женщин,
 - ТГ > 1,7 ммоль/л,.
 - гипергликемия натощак $\geq 6,1$ ммоль/л,
 - НТГ – глюкоза плазмы через 2 часа после приема 75 г глюкозы $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л
- Сочетание основного и 2 из дополнительных критериев указывает на наличие метаболического синдрома

Стратегия лечения АГ при метаболическом синдроме

Рекомендации	Класс	Уровень
Изменения образа жизни актуальны для лиц с МС(снижение веса, ФА). Это приводит не только к снижению АД, но и коррекции компонентов метаболического синдрома.	I	B
Поскольку МС это состояние преддиабета препаратами выбора, которые по крайней мере не усугубляют метаболические нарушения, являются блокаторы РААС и АК. Бета-блокаторы (за исключением вазодилиатирующих) – как дополнительные препараты	IIa	C
Целевые уровни для лиц с МС – АД 140/90 мм.рт.ст	I	B
Не рекомендуется применять препараты у лиц с МС, имеющих высокий нормальный АД	III	A

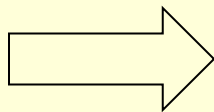
Метаболические эффекты антигипертензивной терапии

БАБ
диуретики



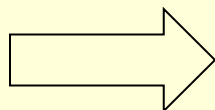
Усугубление ИР
Ухудшение липидного профиля
Снижение толерантности к глюкозе

Антагонисты Са²⁺
иАПФ
АРА



Метаболически
нейтральные

Агонисты I1-
имидазолиновых
рецепторов



—Чувствительность тканей
к инсулину

Препараты первого выбора для лечения АГ у больных с МС

АК, ИАПФ и БРА

(метаболическая нейтральность и органопротективное действие)

При недостаточной эффективности монотерапии

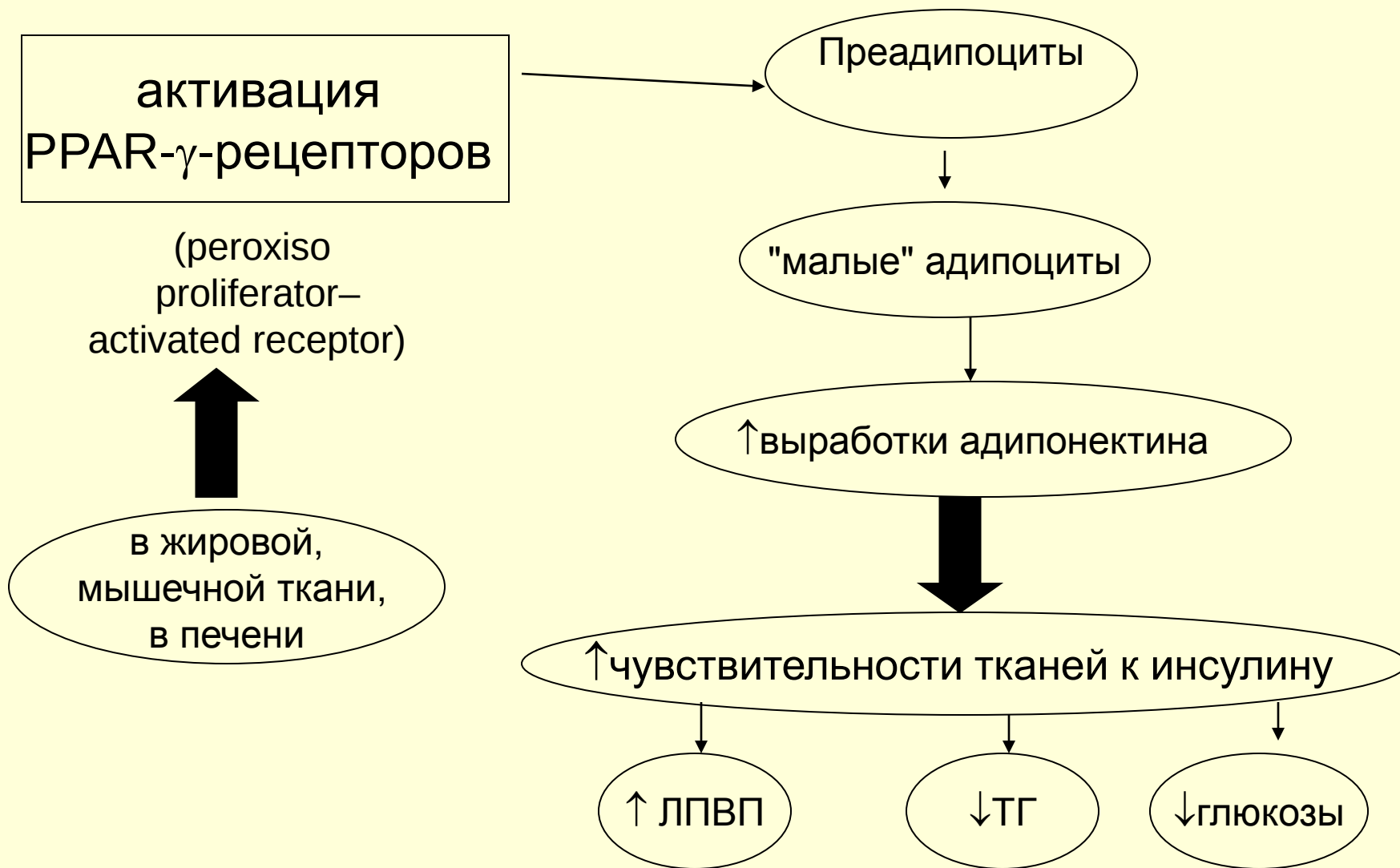
АК, ИАПФ
или
БРА

+

Агонисты имидазолиновых
рецепторов

Доказано, что эти комбинации хорошо снижают АД,
благоприятно воздействуют на органы-мишени
и снижают риск развития сахарного диабета.

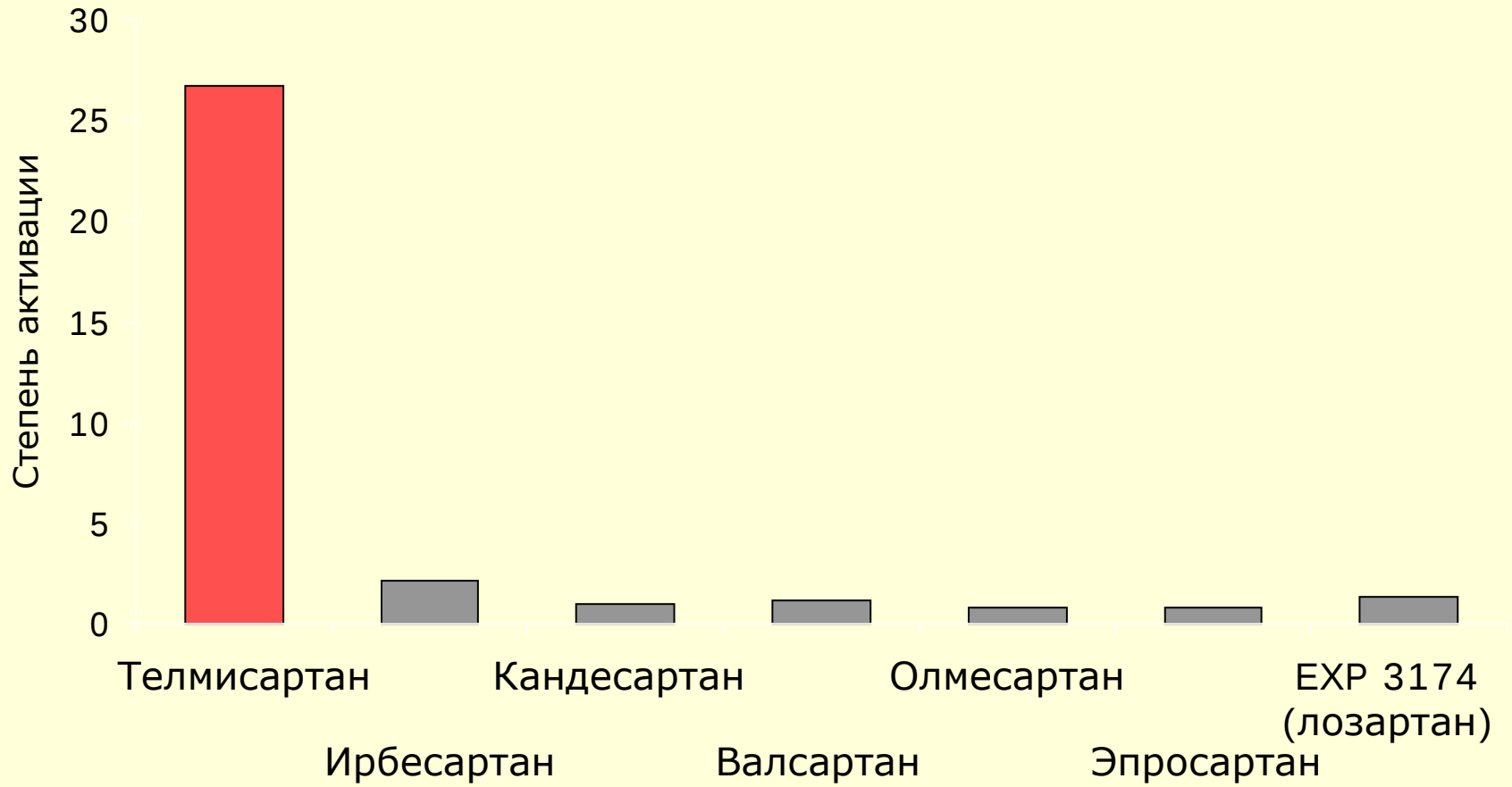
Блокаторы рецепторов АII (БРА)





Телмисартан активирует PPAR γ

Активация PPAR γ в клеточном анализе трансфекции



Метаболический синдром и АГ

- Без наличия отчетливых показаний больным не следует назначать БАБ

(негативное влияние на чувствительность к инсулину, углеводный и липидный обмен).

Исключение: небиволол

карведилол

бисопролол

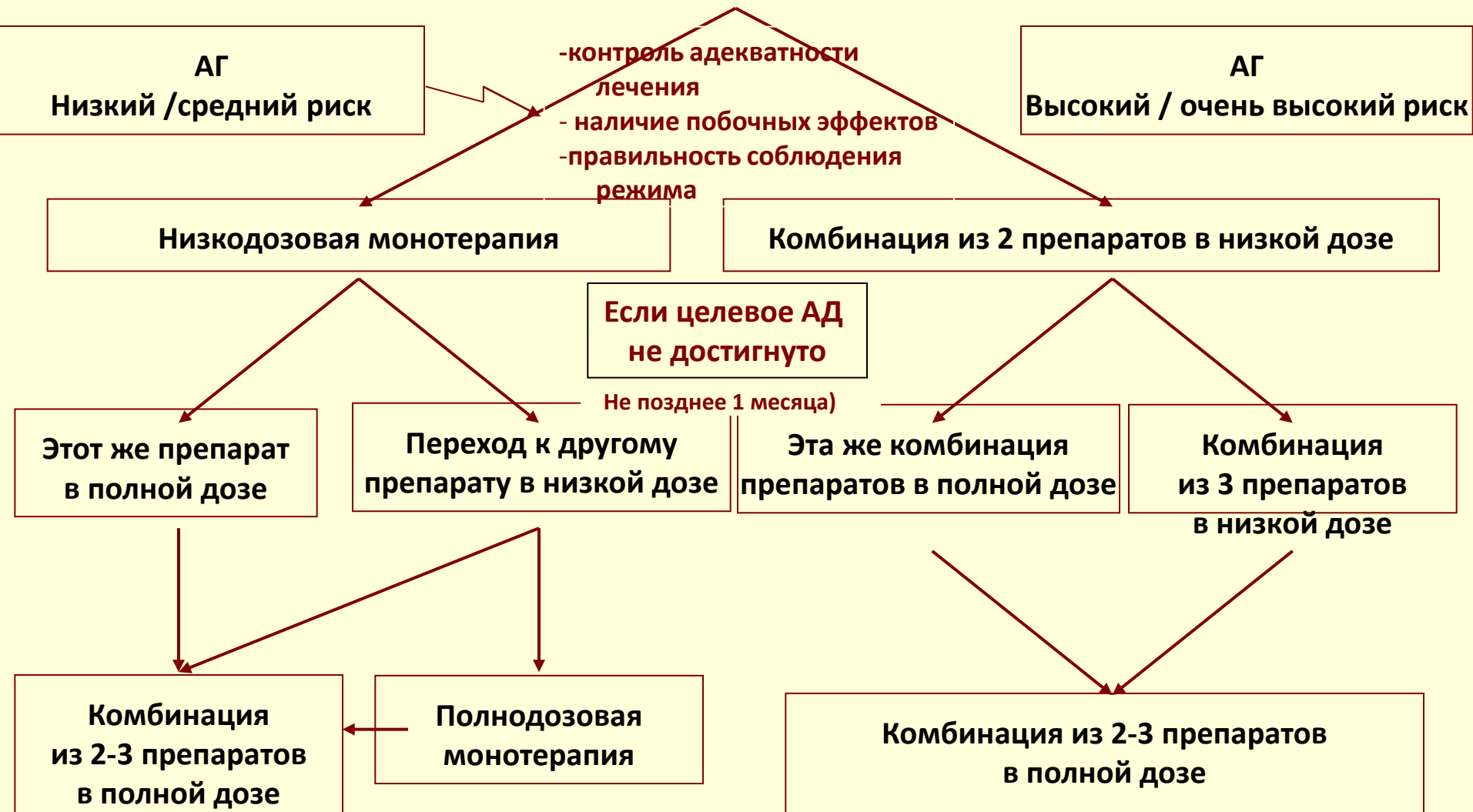
Выбор препарата при периферическом атеросклерозе

Рекомендации	Класс	Уровень
У лиц с каротидным атеросклерозом предпочтение надо отдавать иАПФ и антагонистам кальция , поскольку эти классы препаратов более эффективно тормозят прогрессирование атеросклероза, чем диуретики и бета-блокаторы	IIa	B
У пациентов со скоростью распространения пульсовой волны более 10 м сек можно использовать все классы препаратов при условии достижения устойчивого контроля АД- 140-90 мм.рт.ст	IIa	B
У пациентов с периферическим атеросклерозом необходимо достичь целевых уровней АД (140/90), поскольку у этих лиц повышен риск развития ИМ, МИ, сердечной недостаточности и смерти	I	A
У пациентов с перемежающейся хромотой допускается применение бета-блокаторов, поскольку они не снижают проходимость до возникновения болей расстояния . Хотя при этом рекомендуется следить за состоянием пациента	IIb	A

Основные положения лечения пожилых пациентов

Рекомендации	класс	уровень
У пожилых пациентов с САД >160 мм.рт.ст. есть серьезная доказательная база для достижения целевых АД в пределах 150 и 140 мм.рт.ст	I	A
При условии хорошей переносимости у пожилых пациентов можно начинать лечение и при САД более 140 мм.рт.ст с достижением целевых АД меньше 140 мм.рт.ст	IIb	C
У пожилых старше 80 лет можно начинать лечение при САД более 160 мм.рт.ст с достижением целевых АД в пределах 150 и 140 мм.рт.ст,если они находятся в адекватном физическом и умственном состоянии	I	B
У ослабленных пожилых пациентов антигипертензивная терапия проводится на усмотрение лечащего врача с учетом данных мониторингирования эффективности лечения	I	C
Антигипертензивную терапию можно продолжать у пациентов по достижению 80 лет при условии хорошей переносимости	Ila	C
У пожилых можно использовать все классы препаратов , однако при изолированной систолической гипертензии предпочтительны диуретики и антагонисты кальция	I	A

Выбор стартовой терапии для достижения целевого уровня АД (Рекомендации РМОАГ и ВНОК, 2010)



Возможные комбинации антигипертензивных препаратов

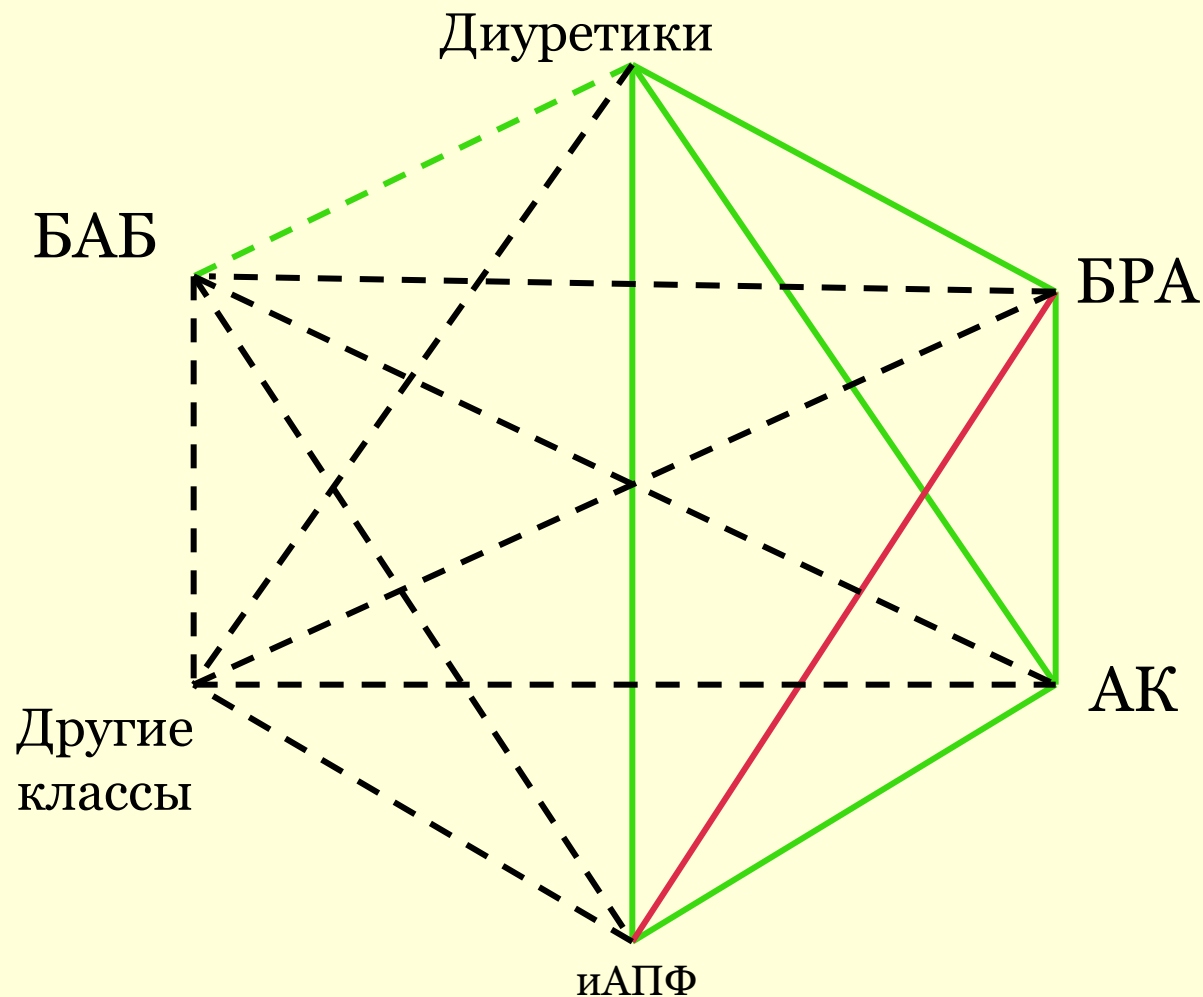


Таблица 14. Преимущественные показания к назначению рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов

ИАПФ + ТД • ХСН • Диабетическая и недиабетическая нефропатия • МАУ • ГЛЖ • СД • МС • Пожилые • ИСАГ	ИАПФ + АК • ИБС • ГЛЖ • Атеросклероз сонных и коронарных артерий • Дислипидемия • СД • МС • Пожилые • ИСАГ	БРА + ТД • ХСН • Недиабетическая нефропатия • МАУ • ГЛЖ • СД • МС • Пожилые • ИСАГ • Кашель при приеме ИАПФ	БРА + АК • ИБС • ГЛЖ • Атеросклероз сонных и коронарных артерий • Дислипидемия • СД • МС • Пожилые • ИСАГ • Кашель при приеме ИАПФ
АК + ТД • ИСАГ • Пожилые • ИБС	АК + β-АБ • ИБС • Атеросклероз сонных и коронарных артерий • Тахикардии • ИСАГ • Пожилые • Беременность	ТД + β-АБ • ХСН • Перенесенный ИМ • Тахикардии	

Анализ компьютерной базы данных пациентов с АГ, поступивших на консультацию или лечение с период 2005-2009 гг показывает, что **стартовая комбинированная терапия** по сравнению с монотерапией (с последующим переходом на комбинированную терапию) **приводит к более быстрому достижению целевого АД** и достоверному снижению риска развития ССЗ у пациентов с АГ без сопутствующих ССЗ

К важнейшим факторам риска развития атеросклероза относятся:

- курение сигарет,**
- АГ,**
- низкий уровень ХС-ЛПВП**
- сахарный диабет**

Эти факторы риска действуют в процессе одного или нескольких этапов развития атеросклероза и усиливают образование бляшек или вызывают их разрыв

К фоновым факторам риска относятся:

атерогенные диеты

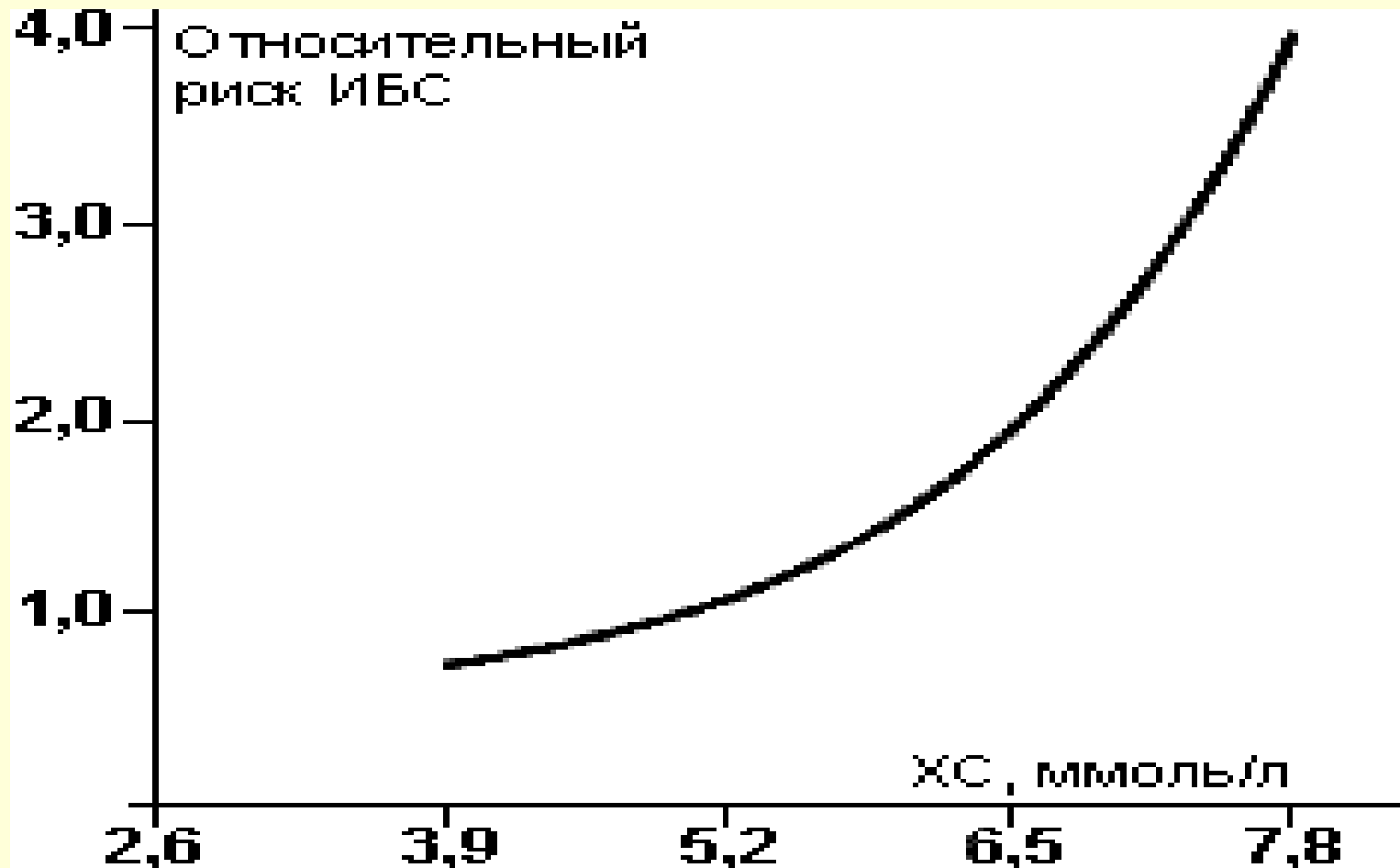
ожирение

сниженная физическая активность

генетическая предрасположенность

Связь между уровнем ХС плазмы крови и заболеваемостью ИБС

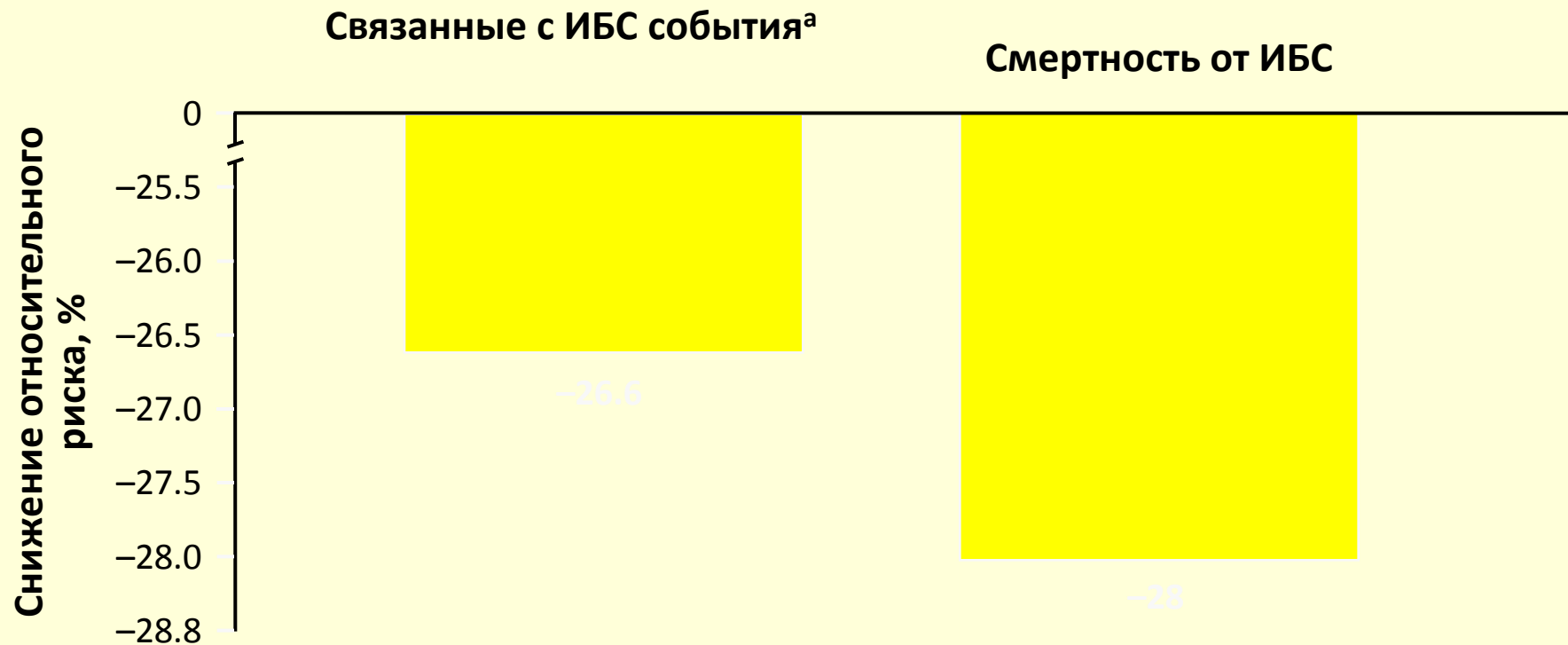
(исследование MRFIT, 356 222 чел)





Мета-анализ Gould AL: снижение Х-ЛПНП на 1 ммоль/л снижает риск ИБС более, чем на 20%

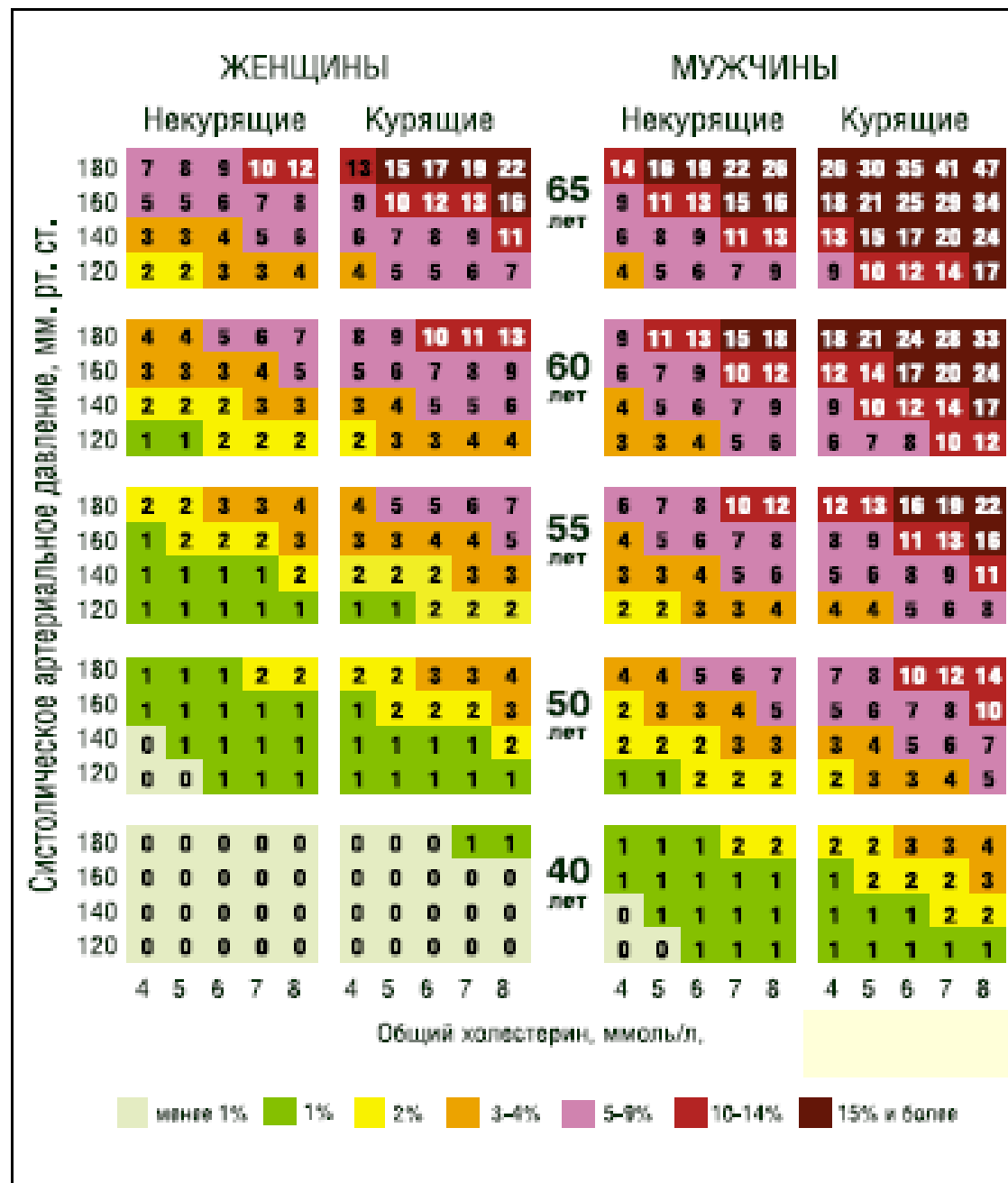
62 рандомизированных, контролируемых клинических исследованиях;
216 616 пациентов.



Вторичные дислипидемии , развивающиеся на фоне следующих заболеваний:

- **ожирение (повышение уровня ТГ, снижение ХСЛПВП)**
- малоподвижный образ жизни (снижение уровня ХСЛПВП)
- сахарный диабет (повышение уровня ТГ, ОХС)
- употребление алкоголя (повышение уровня ТГ, ХСЛПВП)
- гипотиреоз (повышение уровня ОХС)
- гипертиреоз (снижение уровня ОХС)
- нефротический синдром (повышение уровня ОХС)
- хроническая почечная недостаточность (повышение уровня ОХС, ТГ, снижение ЛПВП)
- цирроз печени (снижение уровня ОХС)
- обструктивные заболевания печени (повышение уровня ОХС)
- злокачественные новообразования (снижение уровня ОХС)
- синдром Кушинга (повышение уровня ОХС)
- **ятрогенные поражения на фоне приема:** оральных контрацептивов (повышение уровня ТГ, ОХС), тиазидных диуретиков (повышение уровня ОХС, ТГ), бета-блокаторов (повышение уровня ОХС, снижение ЛПВП), кортикостероидов (повышение уровня ТГ, повышение ОХС)

Рисунок 2. Шкала SCORE. Риск развития сердечно-сосудистой смерти в ближайшие 10 лет.



В соответствии с последними рекомендациями выделяют 4 категории риска: очень высокий, высокий, умеренный и низкий риск.

Категория очень высокого риска:

- больные с ИБС и/или симптомным атеросклерозом периферических артерий, ишемическим инсультом, подтвержденными диагностическими методами (коронарная ангиография, радионуклидные методы исследования, стресс-эхокардиография, дуплексное сканирование артерий);
- больные с СД 2 типа, либо больные с СД 1 типа и поражением органов-мишеней (микроальбуминурия);
- больные с ХПН и явлениями почечной недостаточности от умеренной до тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м²);
- 10-тилетний риск по шкале SCORE $\geq 10\%$.

Категория высокого риска:

- хотя бы один, выраженный ФР, например, уровень ОХС $>8,0$ ммоль/л либо тяжелая АГ.
- 10-тилетний риск смерти от ССЗ по шкале SCORE $\geq 5\%$ и $<10\%$.

Категория умеренного риска:

- 10-тилетний риск по шкале SCORE $\geq 1\%$ и $<5\%$. Дальнейшая оценка риска проводится с учетом наличия семейного анамнеза ранних ССЗ (мужчины <55 лет и женщины <65 лет), наличия абдоминального ожирения, степени физической активности, уровня ХС ЛВП, ТГ, вчСРБ, Лп(а), фибриногена, гомоцистеина, апоВ и социального статуса.

Категория низкого риска:

- 10-тилетний риск по шкале SCORE $<1\%$.

Уровни ХС ЛНП (ммоль/л), при которых следует начинать терапию дислипидемии в зависимости от категории риска (данные Европейских рекомендаций 2011 г.)

Риск (SCORE), %	Уровень ХС ЛНП (ммоль/л)				
	<1,8	1,8-2,4	2,5-3,9	4,0-4,8	≥4,9
<1 низкий					
Класс/уровень	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥1 и <5 умеренный					
Класс/уровень	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
≥5 и <10 высокий					
Класс/уровень	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥10 очень высокий* риск					
Класс/уровень	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A

-  Лечение не требуется.
-  Изменить образ жизни.
-  Изменить образ жизни и назначить липидснижающую терапию, если целевой уровень ХС ЛНП не достигнут.
-  Изменить образ жизни и назначить липидснижающую терапию.
-  Изменить образ жизни и сразу назначить липидснижающую терапию.

* У больных с ОКС терапия статинами назначается в течение первых 4-х дней пребывания в стационаре вне зависимости от уровня ХС ЛНП.

ПРЕПАРАТЫ, НОРМАЛИЗУЮЩИЕ ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН:

- Ингибиторы гидроксиметилглутарил-коэнзим А-редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы) – статины
- Ингибитор абсорбции ХС в кишечнике (эзетимиб)
- Секвестранты желчных кислот
- Производные фиброевой кислоты (фибраты)
- Никотиновая кислота (ниацин)
- Омега-3-ненасыщенные жирные кислоты

Особенности коррекции нарушений липидного обмена в отдельных группах населения

Женщины

до 45-50 лет

Имеют значительно меньший риск развития атеросклероза, чем у мужчин

У молодых женщин, страдающих семейной ГХС, **гиполипидемическая терапия необходима**

Беременным статины не назначают

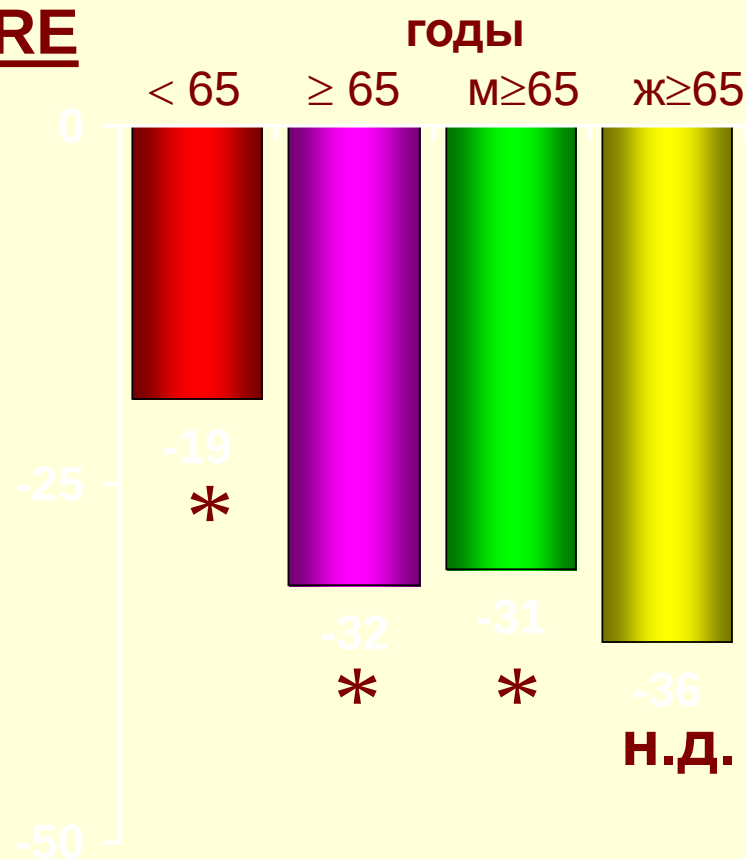


После менопаузы терапия ГЛП у женщин проводится также, как у мужчин, но дозы статинов назначают ниже, чем у мужчин

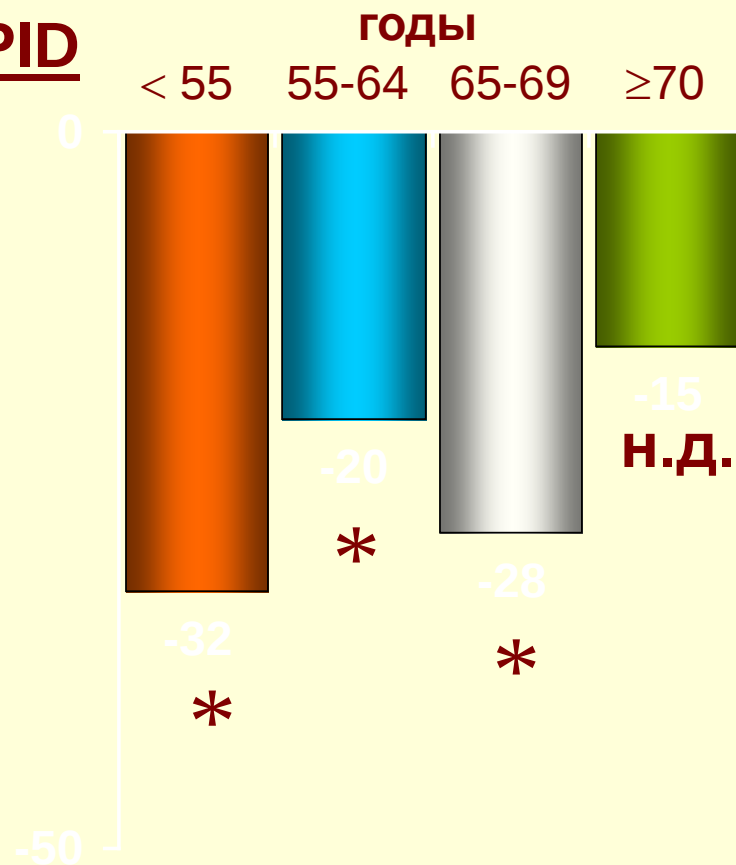
ГЗТ для профилактики ИБС не рекомендуется из-за повышенного риска ТЭЛА и инсульта

Статины снижают риск развития коронарных событий у пожилых пациентов

CARE



LIPID



Рекомендации по лечению дислипидемии у пациентов пожилого возраста

Рекомендации	Класс	Уровень
Статины назначают пациентам пожилого возраста с установленным ССЗ, по тем же показаниям, что и пациентам молодого возраста.	I	B
У пациентов пожилого возраста часто встречаются сопутствующие заболевания, которые могут влиять на фармакокинетику лекарств, поэтому липидснижающую терапию рекомендуется начинать с низкой дозы препарата, с постепенным ее увеличением до оптимальной.	I	C
Назначение статинов возможно пациентам пожилого возраста, не страдающим ССЗ, при наличии как минимум одного дополнительного выраженного фактора риска помимо возраста	IIb	B

Рекомендации по лечению дислипидемии у больных СД

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем больным СД 1 типа с наличием микроальбуминурии и заболеванием почек рекомендуется снизить уровень ХС-ЛНП, независимо от исходной концентрации как минимум на 30% назначением статинов (в некоторых случаях показана комбинированная терапия)	I	C
У пациентов с СД 2 типа и ССЗ или ХБП , а также у пациентов в возрасте > 40 лет без ССЗ , но с наличием одного и более ФР или с признаками поражения органов-мишеней, рекомендуемый уровень Х-ЛНП составляет <1,8 ммоль/л (менее ~ 70 мг/дл);	I	B
У пациентов с СД 2 типа без других ФР основной целью терапии является достижение уровня ХС-ЛНП < 2,5 ммоль/л (менее ~ 100 мг/дл).	I	B

Коррекция сопутствующих факторов риска

Рекомендации	Класс	Уровень
Необходимо использовать статины при умеренном и высоком риске для достижения холестерина ЛПНП 3 ммоль/л	I	A
У пациентов с ИБС рекомендуется при использовании статинов достигнуть уровня ХС ЛПНП 1,8 ммоль/л	I	A
Антиагрегантная терапия (аспирин в низких дозах) используется у пациентов с АГ и сопутствующей ИБС	I	A
Применение аспирина в низких дозах целесообразно у пациентов с АГ со сниженной функцией почек или лиц с высоким риском при условии адекватного контроля АД.	II a	B
Применение аспирина в низких дозах нецелесообразно у пациентов с АГ низкого и среднего риска, поскольку польза и риск одинаковы	III	A
У пациентов с АГ и диабетом необходимо достигнуть уровня гликированного гемоглобина 7,0%.	I	B
У пожилых пациентов с длительным течением диабета и сочетанной патологией уровень гликированного гемоглобина может быть 7,	Ila	C

- ***минимальный объем обследования*** включает определение уровня ОХ
- ***более детальная информация*** будет получена при полном исследовании липидного профиля, включая определение уровня Х-ЛПВП, ТГ и Х-ЛПНП

Контроль уровня липидов

Как часто следует контролировать уровень липидов?

- Перед началом гиполипидемической терапии следует как минимум дважды выполнить анализ с интервалом 1-2 нед, за исключением состояний, требующих немедленного назначения лекарственных препаратов, например развитие ОКС

Как часто следует определять уровень липидов после начала лечения?

- Через 8 (± 4) нед после начала приема лекарств
- Через 8 (± 4) нед после изменения режима терапии до достижения целевых значений контрольных показателей

Как часто следует проверять уровень холестерина или липидов после достижения пациентом целевого или оптимального уровня холестерина?

- Один раз в год (за исключением случаев, когда наблюдаются проблемы с соблюдением указаний врача или возникают другие специфические причины для более частого выполнения анализов)

Контроль уровня печеночных ферментов

Как часто следует контролировать уровень печеночных ферментов (АЛТ) у пациентов, принимающих гиполипидемические препараты?

- Перед началом лечения
- Через 8 нед после начала лекарственной терапии или после любого повышения дозы лекарственных средств
- После этого один раз в год, если уровень печеночных ферментов < 3 ВГН

Что делать в случае повышения уровня печеночных ферментов у пациентов, принимающих гиполипидемические препараты?

Если уровень ферментов не превышает 3 ВГН:

- Продолжать лечение
- Повторно проверить уровень ферментов через 4-6 нед

Если уровень ферментов превышает 3 ВГН:

- Прием статинов следует прекратить или снизить дозу препаратов, повторно проверив уровень ферментов через 4-6 нед

Частота сопутствующих факторов риска у больных АГ (%)



Случайная выборка больных состоящих на учете в поликлиниках
-1495 чел



*"Тело - багаж, который
несешь всю жизнь. Чем
он тяжелее, тем
короче путешествие."*

Арнольд Глазгоу

ОЖИРЕНИЕ увеличивает риск

- ишемической болезни сердца в 2-3 раза
- мозговых инсультов в - 7 раз

Негативные последствия ожирения и инсулинорезистентности (метаболические, ПОМ, активация С.Н.С.)



Висцеральная жировая ткань

- - в отличие от жировой ткани другой локализации, богаче иннервирована, имеет более широкую сеть капилляров и непосредственно сообщается с портальной системой
- Установлена четкая корреляция между степенью развития висцеральной жировой ткани и величиной окружности талии (ОТ)
- Экспериментальные и клинические исследования показали прямую зависимость между степенью развития абдоминально-висцеральной жировой ткани и выраженностью ИР
 - Жировая ткань является самостоятельным активным эндокринным органом, который секретирует целый ряд гормонов, ферментов, провоспалительных цитокинов (адипокинов)

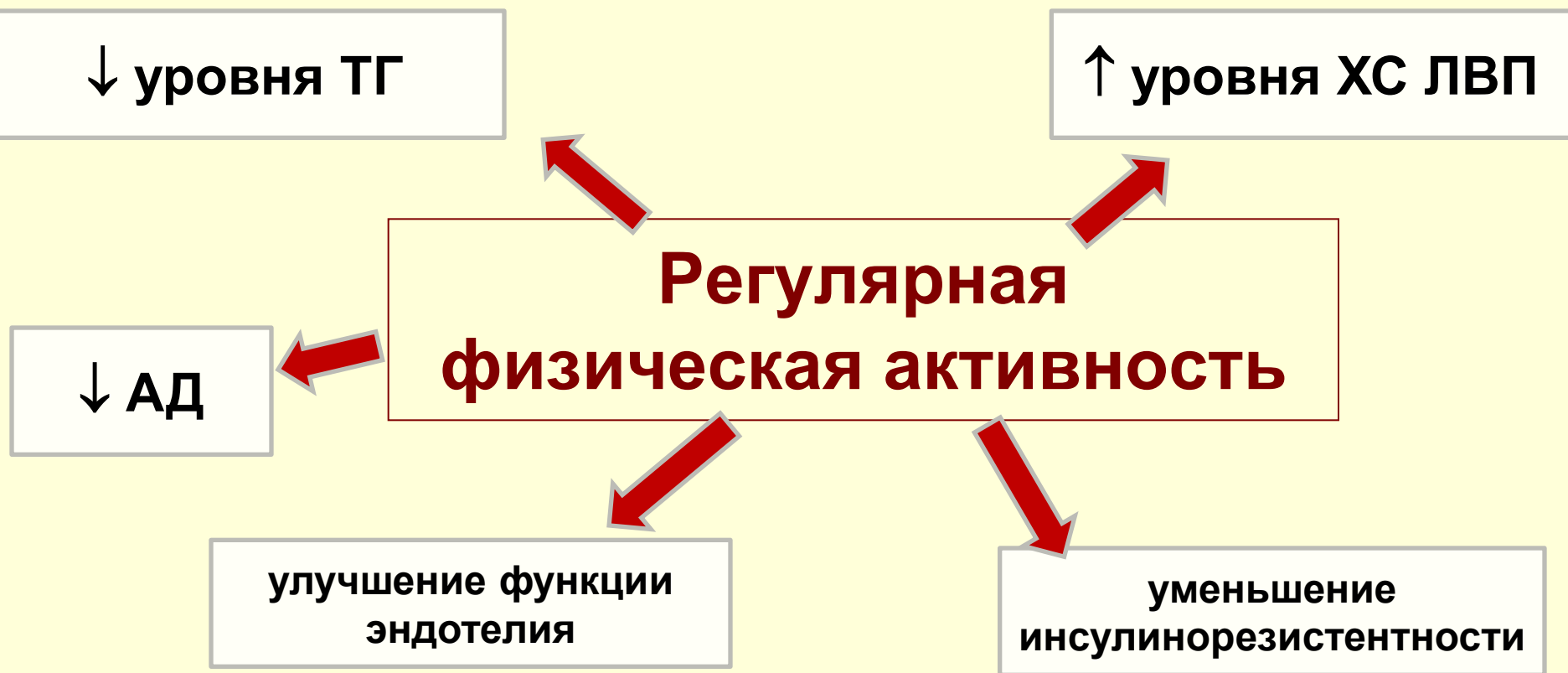
В исследовании Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) *выявлена ассоциация между увеличением ИМТ и повышением ТГ на 35–48 %, снижением ЛПВП на 5–9% у женщин.*

Наиболее высокий показатель «общий холестерин/ЛПВП» наблюдался у женщин в постменопаузе, страдающих ожирением.

Увеличение индекса массы тела у мужчин (NHANES II) ассоциировано с увеличением ТГ на 62–118 % и снижением ЛПВП на 7–15 %.

По данным отчета Национальной службы США по здоровью и питанию снижение уровня холестерина в среднем на 15 мг/дл приводит к снижению смертности от основных сердечно-сосудистых заболеваний на 50 % за 20 лет.

Все это четко указывает на необходимость воздействия на факторы патогенеза МС, и прежде всего — на необходимость нормализации нарушенного липидного обмена.



Рекомендуемый уровень физической активности 30-45 минут 3-4 раза в неделю на фоне ЧСС = 65-70% от максимальной для данного возраста (220-возраст)

Больным с ИБС и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы режим тренировочных нагрузок подбирается индивидуально с учетом результатов нагрузочного теста.

Физическая нагрузка также эффективна для **коррекции метаболических нарушений и предотвращения СД 2 типа.**

Достижение идеальной массы тела у больных с МС
в большинстве случаев — нереальная цель,
но уменьшение массы тела на 10–15% от исходной уже дает
выраженный терапевтический эффект
за счет снижения висцерального жира и регресса системной гиперинсулинемии.

снижение массы на 10 кг

↓ общей смертности на 20%

↓ смертности от диабета на 30%

↓ САД и ДАД на 10мм рт.ст.

↓ гипергликемии натощак у 50% б-х

↑ ЛПВП на 8%

↓ ТГ на 30%

Избыточное потребление пищи
Очень вкусная пища
Ожирение

Внешние стимулы
(например, никотин)

Избыточная (чрезмерная)
активность эндоканнабиноидной
системы

МОЗГ

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ТКАНИ

Гипоталамус
↑ Аппетит

Nucleus accumbens
↑ Мотивация есть/курить

Адиipoциты
↑ Накопление жира

Увеличенное потребление пищи

Зависимость от табака

↑ Резистентность к инсулину
↓ Толерантность к глюкозе
↓ Адипонектин
↓ ХС ЛПВП
↑ Триглицериды

- *В регуляции массы тела задействовано множество эффекторных систем (нейропептиды, моноамины, опиоиды, эндоканнабиоиды и др.), тесно взаимодействующие между собой как на центральном, так и на периферическом уровне.*
- В РФ для долгосрочной терапии ожирения одобрены орлистат (длительность лечения 4 года) и сибутрамин (длительность лечения 1 год)

SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Morbidity/Mortality Outcomes Study in Overweight or Obese Subjects at Risk of a Cardiovascular Event)

- первое проспективное исследование по изучению связи между снижением массы тела при долгосрочной фармакотерапии ожирения сибутрамином и сердечно-сосудистыми исходами (сердечно-сосудистая смерть, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт)
- двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, в котором участвовало 300 медицинских центров, расположенных в 17 странах мира

Сибутрамин – соотношение польза/риск - данные наблюдений

SCOUT (2003 – 2012г.)

Цель исследования SCOUT: изучение влияния сибутрамина на сердечно-сосудистые исходы у пациентов с избыточной массой тела и ожирением и с высоким риском сердечно-сосудистых событий

Параметры	
Количество пациентов	9 804 человек
Длительность терапии	3,4 года
Возраст пациентов	> 55 лет (средний 63,2 года)
Заболевания с высоким риском	Сахарный диабет тип 2 Сердечно-сосудистые заболевания (включая ИБС и инсульт в анамнезе)

Не соответствие
дизайна
исследования
инструкции по
медицинскому
применению



привело к
увеличению
кардиоваскуляр
ного риска

1. Включение пациентов с высоким риском ССЗ
2. Лечение без учета эффективности
3. При повышении АД и ЧСС прием сибутрамина продолжался

SCOUT группы пациентов

1. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа, без сердечно-сосудистых заболеваний, **но** с СС факторами риска
2. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями:
 - поражение коронарных артерий (инфаркт в анамнезе)
 - I и II степень сердечной недостаточности
 - цереброваскулярные заболевания (инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе)
 - облитерирующий эндартериит
 - окклюзии периферических артерий в анамнезе
3. Пациенты с комбинацией перечисленных сердечно-сосудистых заболеваний и с сахарным диабетом 2 типа

Предварительные результаты исследования SCOUT (ноябрь 2009 г.):

- длительная терапия сибутрамином у пожилых пациентов с избыточным весом и ожирением с уже существующими сердечно-сосудистыми заболеваниями привела к повышению на 16% риска развития несмертельного инфаркта миокарда и несмертельного инсульта, но не риска смерти от сердечно-сосудистых осложнений или любой другой причины.

При этом между группами лечения – основной и плацебо – не наблюдалось разницы в риске смерти от сердечно-сосудистых заболеваний или смерти от других причин.

Т.е. было показано, что **увеличение риска возникновения нежелательных явлений возникает у пожилых пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями**, т.е. у тех пациентов, которым и так принимать сибутрамин запрещено.

Но даже у них длительное применение сибутрамина не увеличивает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

4 августа 2010 г. были одобрены изменения инструкции по медицинскому применению сибутрамина, касающиеся оценки рисков и возможности их снижения.

Изменения в параметрах безопасности заключались во внесении в список противопоказаний таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, тахикардия, аритмия, окклюзионные заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, неконтролируемая артериальная гипертензия > 145/90 мм рт.ст. и возраст старше 65 лет

Ключевыми моментами снижения риска были предложены:

- правильный отбор пациентов;
- мониторинг состояния пациента;
- прекращение применения сибутрамина в случае неэффективности терапии в течение 2 или 3 месяцев.

Алгоритм применения препаратов центрального действия и мониторинга эффективности и безопасности терапии

Взрослый с ожирением/излишним весом: исходный ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ или ИМТ $\geq 27 \text{ кг/м}^2$ при наличии диабета II типа в сочетании с дислипидемией и отсутствием результатов от диеты и физических упражнений.

Нет

Не применять

Да

Рассмотреть возможность лечения

Имеется установленное сердечно-сосудистое заболевание или неконтролируемая артериальная гипертензия $> 145/90 \text{ мм.рт.ст.}$

Да

Не применять

Нет

Рассмотреть возможность лечения

На 2-х последовательных визитах пульс и/или артериальное давление превышает пределы увеличения на 10 уд/мин или 10 мм.рт.ст или 145/90 мм.рт.ст; пациент не снизил вес на 2 кг при приеме дозы 15 мг Редуксина в течение 4 недель

Да

Прекратить лечение

Нет

Продолжить лечения

На 2-х последовательных визитах пульс и/или артериальное давление превышает пределы увеличения на 10 уд/мин или 10 мм.рт.ст или 145/90 мм.рт.ст; после 3 месяцев лечения снижение веса составляет $< 5\%$ от исходной массы тела; начиная с 4 месяца лечения обратный набор веса составляет $> 3 \text{ кг}$ от ранее достигнутого снижения

Да

Прекратить лечение

Нет

Рассмотреть возможность продолжения лечения до 12 месяцев

В 2011–2012 гг. на территории России было проведено крупномасштабное наблюдательное исследование «ВЕСНА» среди пациентов с ожирением и избыточным весом (координатор исследования – ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России), в рамках которого осуществлялся мониторинг эффективности и безопасности применения препарата Редуксин в дозировке 10 и 15 мг в течение 6 месяцев.

Более 34 000 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет.

«ВЕСНА» показала высокую эффективность и безопасность применения Редуксина:

диагноз ожирения был снят у 44% пациентов, столько же достигли целевого снижения массы тела на 10–14% от исходной, а 11,6% наблюдаемых пациентов достигли идеальной массы тела

Среди пациентов с исходно имеющимся СД2 и другими нарушениями углеводного обмена было отмечено **снижение показателей глюкозы венозной крови на 7%.**

Кроме того, выявлено **значимое улучшение показателей липидного профиля:** увеличение уровня липопротеидов высокой плотности на 14%, снижение уровней триглицеридов и липопротеидов низкой плотности на 14% и общего холестерина на 13%.

Положительное влияние снижения веса на параметры ССС, липидного профиля и гликемического контроля

Всероссийская наблюдательная программа «ВЕСНА» Мониторинг безопасности терапии препаратом Редуксин (2011-2012 гг.)

34 719 пациентов

1 520 врачей различных специальностей

592 ЛПУ

52 города РФ

Национальный координатор
Аметов А.С.

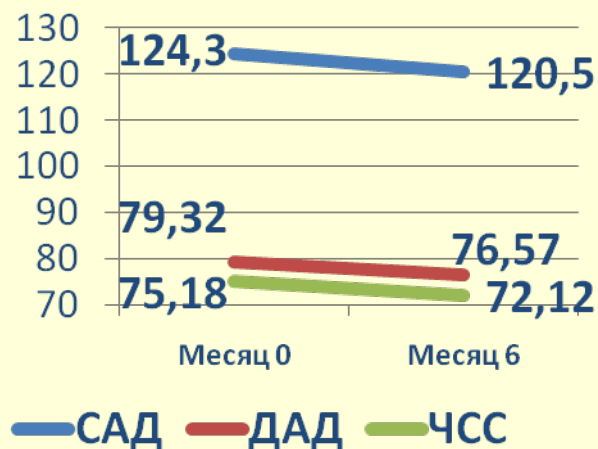
Профессор, д.м.н.,
Заведующий кафедрой эндокринологии и
диабетологии ГБОУ ДПО РМАПО .

с
н
и
ж
е
н
и
е

↓

Δ **Обхват талии** = -10,4%
Δ **массы тела** = -14,3%
Δ **холестерин** = -13%
Δ **глюкоза** = -7%
Δ **триглицериды** = -14%
Δ **ЛПНП** = -13%
Δ **ЛПВП** = +15%

Динамика параметров ССС



Всероссийская наблюдательная неинтервенционная Программа мониторинга безопасности применения препарата Редуксин для снижения Веса при терапии больных с алиментарным ожирением в клинической практике – «ПримаВера»

(национальный координатор программы – ФГБУ ЭНЦ Минздрава России под руководством академика РАН и РАМН, Президента Российской ассоциации эндокринологов И.И. Дедова).

Основным отличием программы стала длительность приема препарата – более 6 месяцев.

Программа ориентирована на пополнение данных о клинической эффективности и безопасности применения препарата Редуксин

Положительное влияние снижения веса на маркеры метаболического синдрома

Всероссийская наблюдательная программа «ПримаВера»
Мониторинг безопасности терапии препаратом Редуксин
(2012 – 2015 гг.)

100 000 пациентов

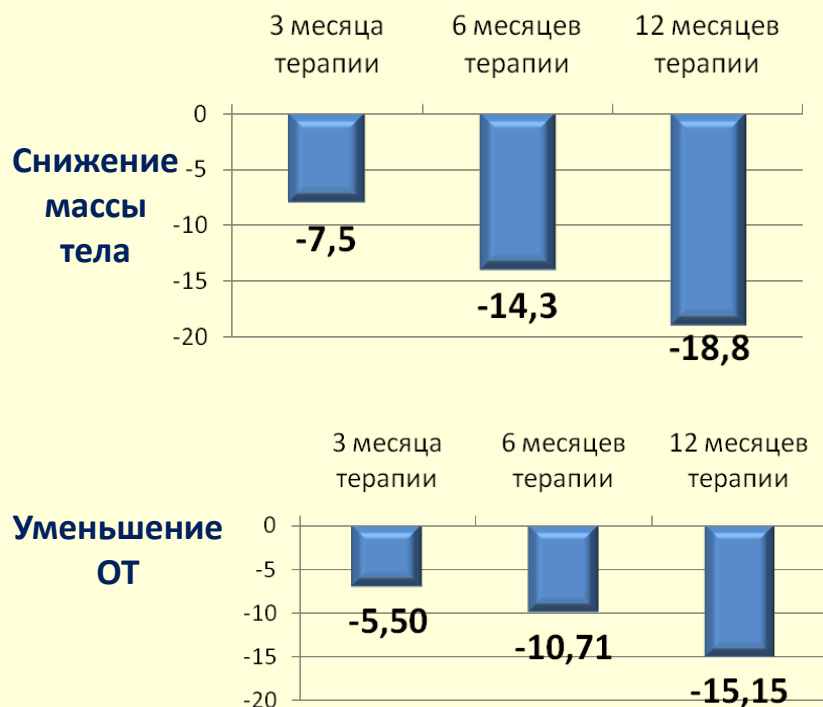
3 095 врачей различных специальностей

1 272 ЛПУ

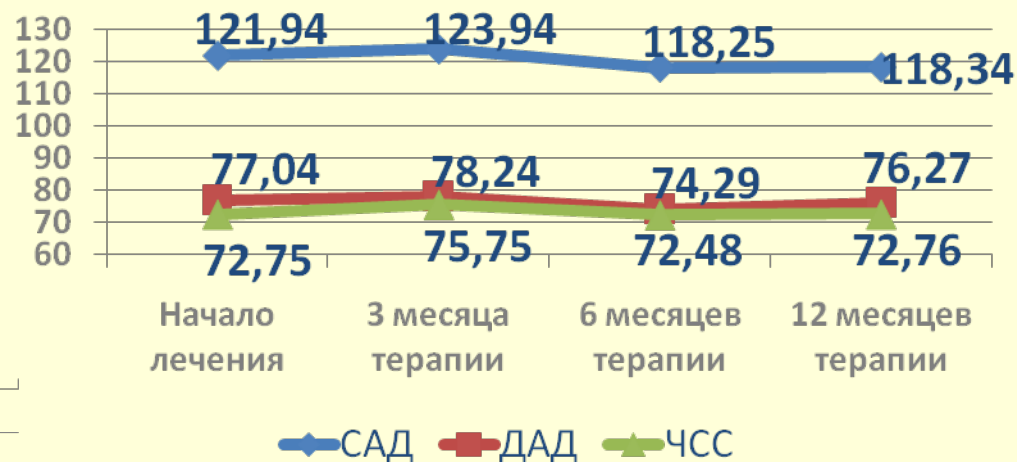
133 города РФ

Национальный координатор
Дедов И.И.

академик РАН, профессор, д.м.н.
Почетный заведующий кафедрой ГОУ ВПО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова



Динамика показателей ССС



РЕДУКСИН®

ОБЛАДАЕТ УНИКАЛЬНЫМ ДВОЙНЫМ ЭФФЕКТОМ

Универсальный двойной эффект сибутрамина

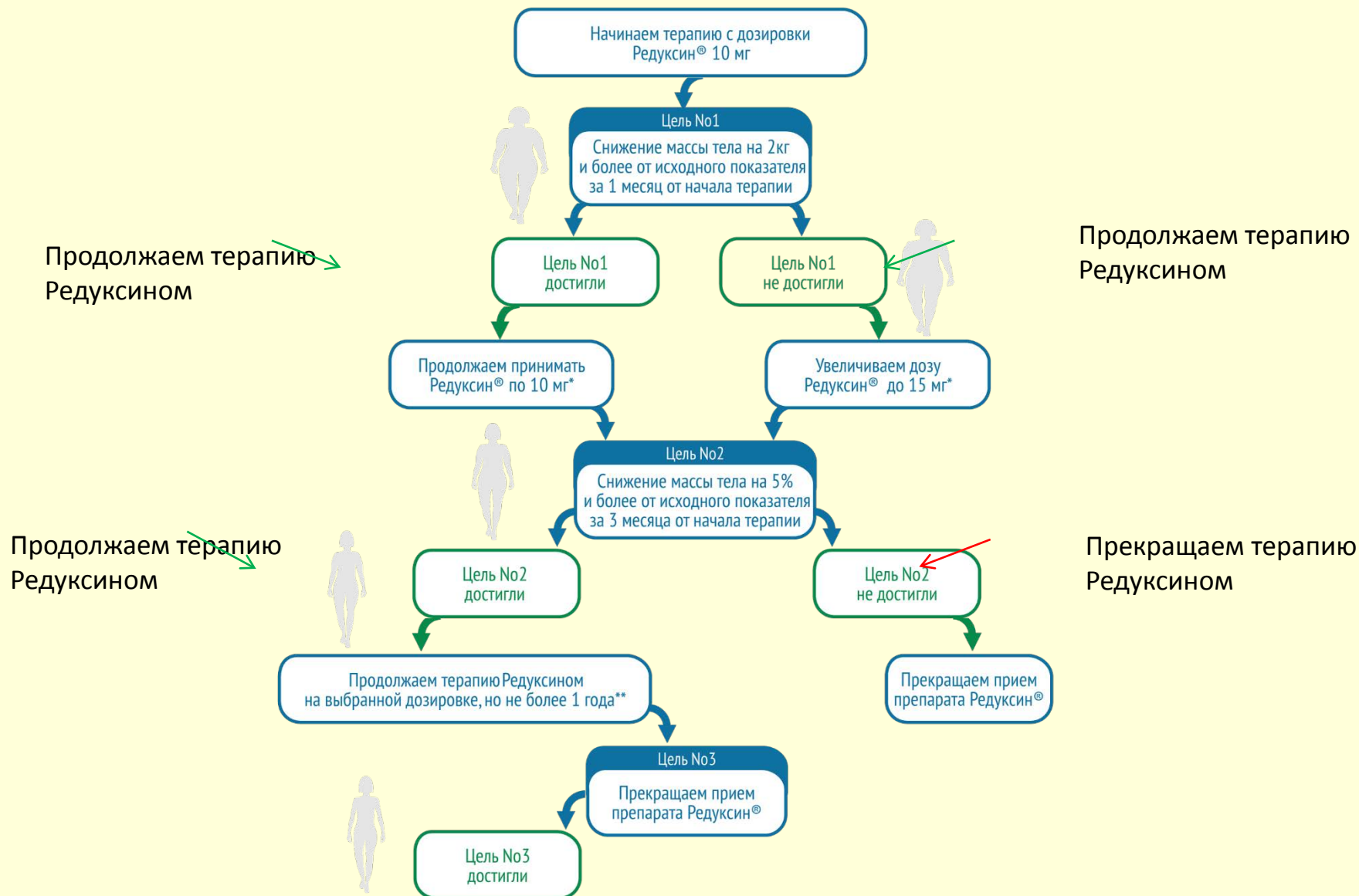


Показания к приему Редуксина

Редуксин® показан для снижения массы тела при следующих состояниях:

- алиментарное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) 30 кг/м² и более;
- алиментарное ожирение с индексом массы тела 27 кг/м² и более в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и дислипидемией.

Алгоритм выбора и коррекции дозы при назначении препарата РЕДУКСИН®



Противопоказания к приему Редуксина

- сердечно-сосудистые заболевания (в анамнезе и в настоящее время): ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда (ИМ), стенокардия); хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, окклюзирующие заболевания периферических артерий, тахикардия, аритмия, цереброваскулярные заболевания (инсульт, транзиторные нарушения мозгового кровообращения);
- неконтролируемая артериальная гипертензия (артериальное давление (АД) выше 145/90 мм рт.ст.);
- тиреотоксикоз;
- тяжелые нарушения функции печени и/или почек;
- доброкачественная гиперплазия предстательной железы;
- феохромоцитома;
- закрытоугольная глаукома;
- установленная фармакологическая, наркотическая или алкогольная зависимость;
- беременность и период грудного вскармливания;
- возраст до 18 лет и старше 65 лет.

На что необходимо обратить внимание?

Диагностика АГ

Полнота обследования пациента с АГ (наличие ФР, ПОМ) для объективной стратификации риска и выбора адекватной тактики ведения



Ведение пациентов с АГ

Стратегия ведения предполагает максимальное снижение риска:

а – рекомендации по здоровому образу (для всех пациентов с АГ независимо от группы риска)

б – выбор препарата в зависимости от клинической ситуации с учетом метаболических эффектов и органопротекции (не пропустить комбинированную терапию)

Ведение пациентов

(продолжение)

**в - достижение целевых цифр АД
(суточный контроль АД)**

**г - не пропустить сопутствующую
липидснижающую и антиагрегантную
терапию, коррекцию избыточного веса**

Коррекция сопутствующих АГ факторов риска

10%

+

10%

=

45%

Артериальное
давление

Общий холестерин

Смертность от ССЗ

Отдельным вопросом является ***влияние регулярного мониторинга уровня липидов и АД на отношение пациентов к соблюдению рекомендаций, касающихся изменения образа жизни или приема лекарственных препаратов***

В ряде клинических исследований было обнаружено положительное влияние такого регулярного обследования на приверженность пациентов терапии

До конца не ясно, только ли регулярный контроль уровня липидов и АД вызывает этот эффект или он развивается в результате сочетания информирования пациента, его регулярного контакта с врачом и оценки степени выполнения медицинских рекомендаций

Основными факторами, объясняющими плохое выполнение пациентами рекомендаций врача, прежде всего является **постоянный прием гиполипидемических и гипотензивных препаратов**

На приверженность пациентов лечению влияют:

- возраст пациентов и уровень образования
- понимание пациентом проблемы заболевания
- особенности назначения терапии лечащим врачом
- взаимоотношения между пациентом и медицинским персоналом
- состояние системы здравоохранения (доступность лекарственных средств)
- готовность к постоянной терапии



*«Будьте бдительны –
больные склонны
умалчивать о том, как в
действительности они
принимают назначенные
лекарства»*

Гиппократ 500 лет до н.э.

***"Препараты не действуют на
пациентов, которые их не
принимают."***

C. Everett Koop