

А.Н. РЕШИН

ОБЩЕСТВО КАРДИОЛОГОВ, 14 октября 2010 г.

НИИ кардиологии, Томск

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ВНОК, обновления 2010 г.**

ИНФОРМАЦИЯ КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ РФ

Национальные клинические рекомендации ВНОК

- Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности, *третий пересмотр* (приняты и опубликованы)
- Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности (приняты и опубликованы)
- Диагностика и лечение артериальной гипертензии, *четвертый пересмотр* (приняты, рекомендованы к публикации)
- Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (приняты, рекомендованы к публикации)

Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности

- АГ
- Пороки сердца
- Синдром Марфана
- ДКМП, ГКПМ, РКМП
- НРС

Антигипертензивные при беременности

- Метилдопа (В)
- Нифедипин пролонгированный (С)
- Селективные β -блокаторы: метопролол, бисопролол, бетаксолол, небиволол (С)
- Гидрохлортиазид (С)

Гипертонический криз при беременности

- Нитроглицерин в/в (С)
- Нифедипин короткого действия per os (не допускать сублингвального приема) (С)
- Метилдопа (В)

Препараты для лечения ХСН



ОСНОВНЫЕ

Их эффект на клинику, КЖ и прогноз доказан и сомнений не вызывает

1. ИАПФ
2. БАБ
3. Ант. Альдостер.
4. Диуретики.
5. Дигоксин
6. АРА

A

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ

Эффективность и безопасность исследованы, но требуют уточнения

1. Статины
2. Антикоагулянты

B

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ

Влияние на прогноз неизвестно, применение диктуется клиникой

1. ПВД
2. БМКК
3. Амiodарон
4. Аспирин
5. Негликозид. инотропные

C

Сердечные гликозиды у б-х ХСН

- При правильном использовании (0,125-0,25 мг/сут):
 - не влияют на прогноз и смертность б-х ХСН
 - улучшают клинический статус б-х и течение ХСН
 - повышают качество жизни
 - достоверно снижают риск госпитализаций
- Сердечные гликозиды в сочетании с ИАПФ остаются основным средством в комплексном лечении ХСН и особо показаны при тахи- формах МА. Однако, и при синусовом ритме их применение эффективно у больных с клинически выраженной ХСН и при низкой ФВ

β-адреноблокаторы при ХСН

- Бисопролол
- Метопролол сукцинат
- Карведилол
- Небиволол*

В обычных клинических ситуациях только «сверху», при выраженной тахикардии исключение для бисопролола (В)

Применение атенолола и метопролола тартрата (!) при ХСН противопоказано

Концепция изолированного снижения ЧСС для лечения ХСН представляется крайне перспективной и Ивабрадин изучается в качестве препарата, потенциально способного улучшить прогноз у больных ХСН...

ЦИТОПРОТЕКТОРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН

- **ТВЕРДЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ НЕТ**
- **ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОДОЛЖАЮТСЯ**
- **Триметазидин может назначаться**
- **Триметазидин МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ ТОЛЬКО ДОПОЛНИТЕЛЬНО К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ХСН!**
- **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАУРИНА, КАРНИТИНА, КОЭНЗИМА Q₁₀, МИЛДРОНАТА В ЛЕЧЕНИИ ХСН НЕ ПОКАЗАНО!**



Российское общество артериальной гипертензии и гипертонии
Всероссийское общество кардиологов



Диагностика и лечение артериальной гипертензии

Российские рекомендации
(четвертый пересмотр)

И.Е. Чазова, 2010

Целевой уровень АД

- **< 140/90 мм рт. ст., стремиться к 130/80**
- **для пациентов с СД
< 130/80 мм рт.ст.**
- **для больных с ХПН
< 125/75 мм рт. ст.**

Целевой уровень АД

~~ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ
УРОВНЕЙ АД НЕОБХОДИМО
УЧИТЫВАТЬ~~

~~НИЖНЮЮ ГРАНИЦУ СНИЖЕНИЯ
АД = 110/70 мм рт. ст. !!!~~

Целевые уровни АД

(Рекомендации РМОАГ/ВНОК, 2010 (проект))

- ✓ 130-139/80-89 мм рт.ст. – для всех категорий больных
- ✓ < 130/80 мм рт.ст. – при сочетании АГ с поражением почек
- ✓ САД < 150 мм рт.ст. у больных ИСАГ
- ✓ 110-115/70-75 мм рт.ст. – нижняя граница безопасного снижения АД

Выбор рациональных и возможных комбинаций АГП в зависимости от клинической ситуации

Поражение органов-мишеней

ГЛЖ

Бессимптомный атеросклероз

Микроальбуминурия

Поражение почек

БРА / ИАПФ с ТД или АК

БРА / ИАПФ с АК

БРА / ИАПФ с ТД

БРА / ИАПФ с ТД

Ассоциированные клинические состояния

Предшествующее ОНМК

Предшествующий ИМ

ИБС

ХСН

Почечная недостаточность / протеинурия

Заболевания периферических артерий

Любые рациональные комбинации АГП

β -БАБ / АК с БРА / ИАПФ, β -БАБ с АК

β -АБ или АК с БРА или ИАПФ

БРА / ИАПФ с β -АБ и ТД

БРА / ИАПФ с петлевым диуретиком

АК с БРА / ИАПФ

Особые клинические ситуации

Пожилые

ИСАГ

Метаболический синдром

Сахарный диабет

Беременность

БРА / ИАПФ с АК / ТД

АК с ТД, АК или ТД с БРА / ИАПФ

БРА / ИАПФ с АК / ТД

БРА / ИАПФ с АК / ТД

Метилдопа с АК / β -АБ

Рекомендации РМОАГ/ВНОК, 2010 (проект)

Преимущественные показания к назначению рациональных комбинаций АГП

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

Рекомендации РМОАГ/ВНОК, 2010 (проект).



Всероссийское научное общество кардиологов

Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике в клинической практике.

Обсуждение проекта.

проф. Ю.М. Поздняков

Москва 2010



Первые российские рекомендации по кардиоваскулярной профилактике

- Аналогично Европейским рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике, в основе настоящего документа лежит концепция суммарного риска
- Большое внимание уделено освещению различных стратегий профилактики
- Дано подробное изложение мероприятий по немедикаментозной коррекции отдельных факторов риска
- Подробно освещены особенности профилактики в отдельных группах пациентов (пациенты с СД и метаболическим синдромом, женщины); впервые включен раздел по кардиоваскулярной профилактике у детей и подростков



Основные принципы профилактики консультирования

- Установить хороший контакт с пациентом и добиться согласия на сотрудничество.
- Выяснить мнение пациента о причинах его заболевания.
- Выявить имеющиеся у пациента ФР и оценить суммарный риск ССЗ, затем убедительно разъяснить пациенту связь того или иного ФР (и их сочетания) с развитием ССЗ и их осложнений.
- Выяснить готовность пациента к изменению образа жизни
- Составить поэтапный план модификации образа жизни.
- Если коррекция одного из ФР невозможна по каким-либо причинам, необходимо уделить большее внимание контролю других ФР
- Необходимо регулярно контролировать процесс модификации образа жизни пациента в ходе последующих визитов к врачу
- У пациентов с низкой степенью готовности к изменению образа жизни или неоднократными неудавшимися попытками контроля отдельных ФР целесообразно использовать мультидисциплинарный подход
- У лиц с высоким суммарным риском и пациентов с ССЗ рекомендуется проведение группового профилактического консультирования в Школах Здоровья
- Эффективность любых профилактических мероприятий повышается при вовлечении в них семьи пациента.



Алгоритм контроля курения среди пациентов первичного звена здравоохранения

При каждом визите пациента в поликлинику, поступлении или при выписке из стационара, врач обязан:

1. Спрашивать о курении каждого пациента

Если:

→ **курит, не курит** – поощрять оставаться в таком статусе

- ↓
2. Оценить особенности курения (степень/тяжесть курения) и готовность бросить курить

3. Рекомендовать бросить курить (факты о вреде курения)

4. Определить стратегию по прекращению курения
 - совет/беседа по изменению поведения
 - никотинзаместительная терапия
 - лекарственная терапия

5. Регистрировать и обновлять данные пациента по курению в медицинской карте при каждом его визите

А.Н. Репин

Спасибо за внимание!