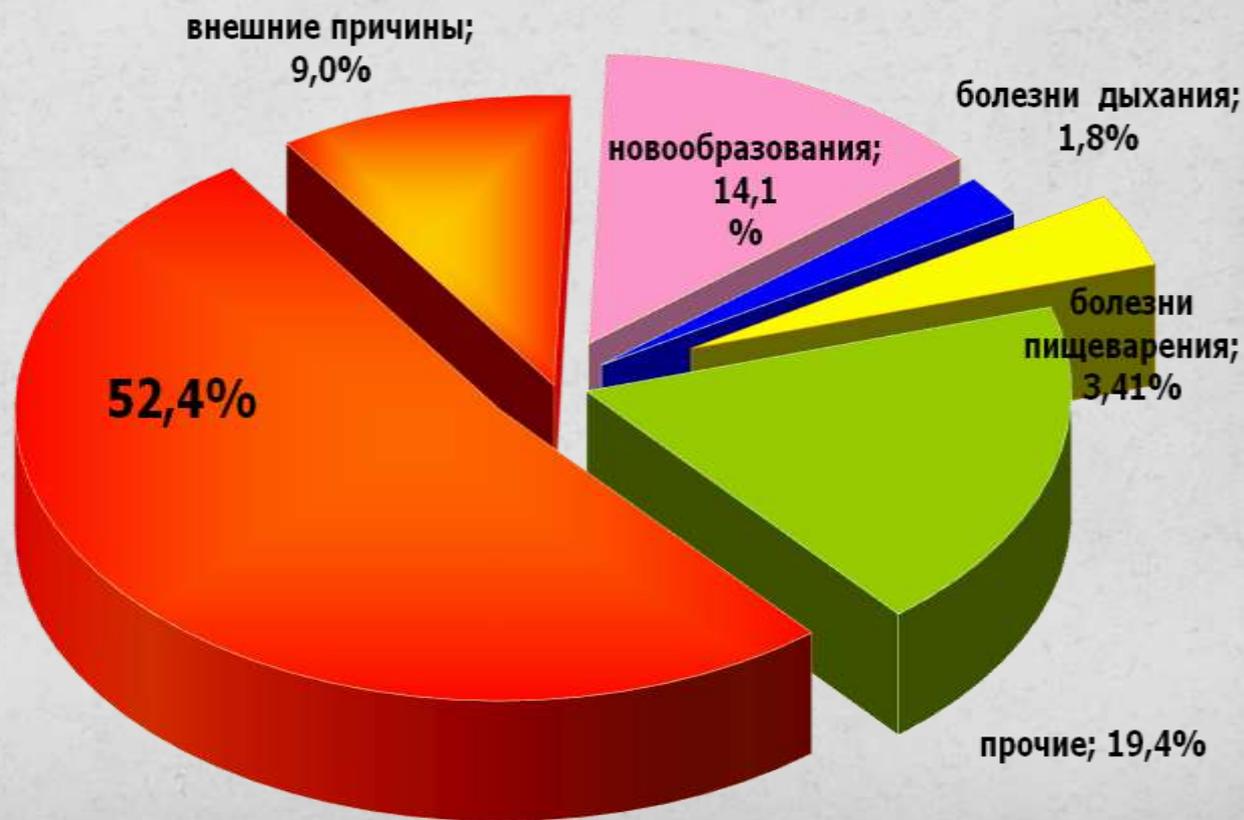


*Актуальные вопросы лечения  
сердечно-сосудистых  
заболеваний: возможности  
СП ООО «Фармлэнд»*

*Сушинский В.Э.  
БелМАПО, БГМУ*

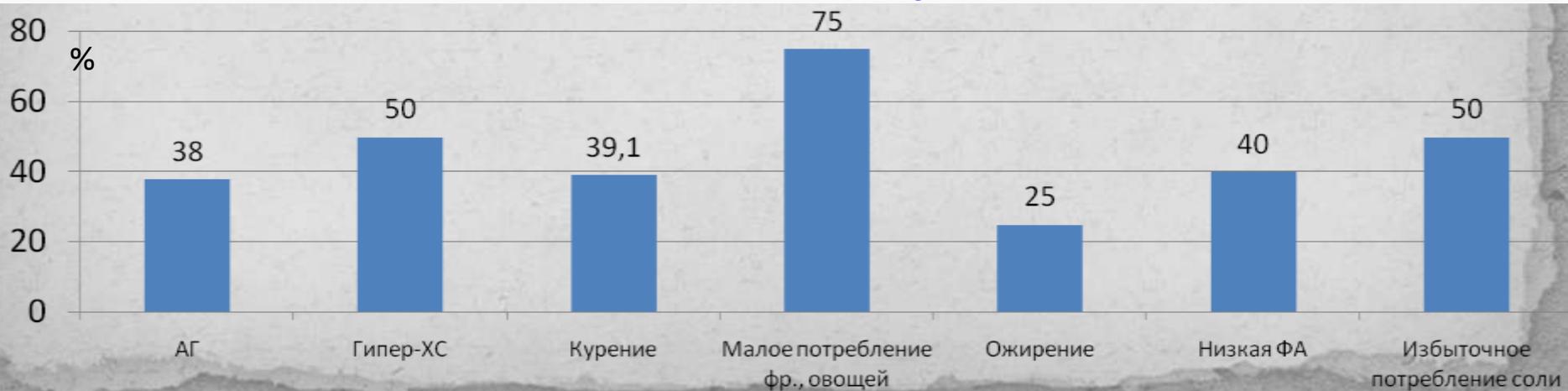
# Болезни системы кровообращения традиционно занимают первое место в структуре смертности и инвалидности населения



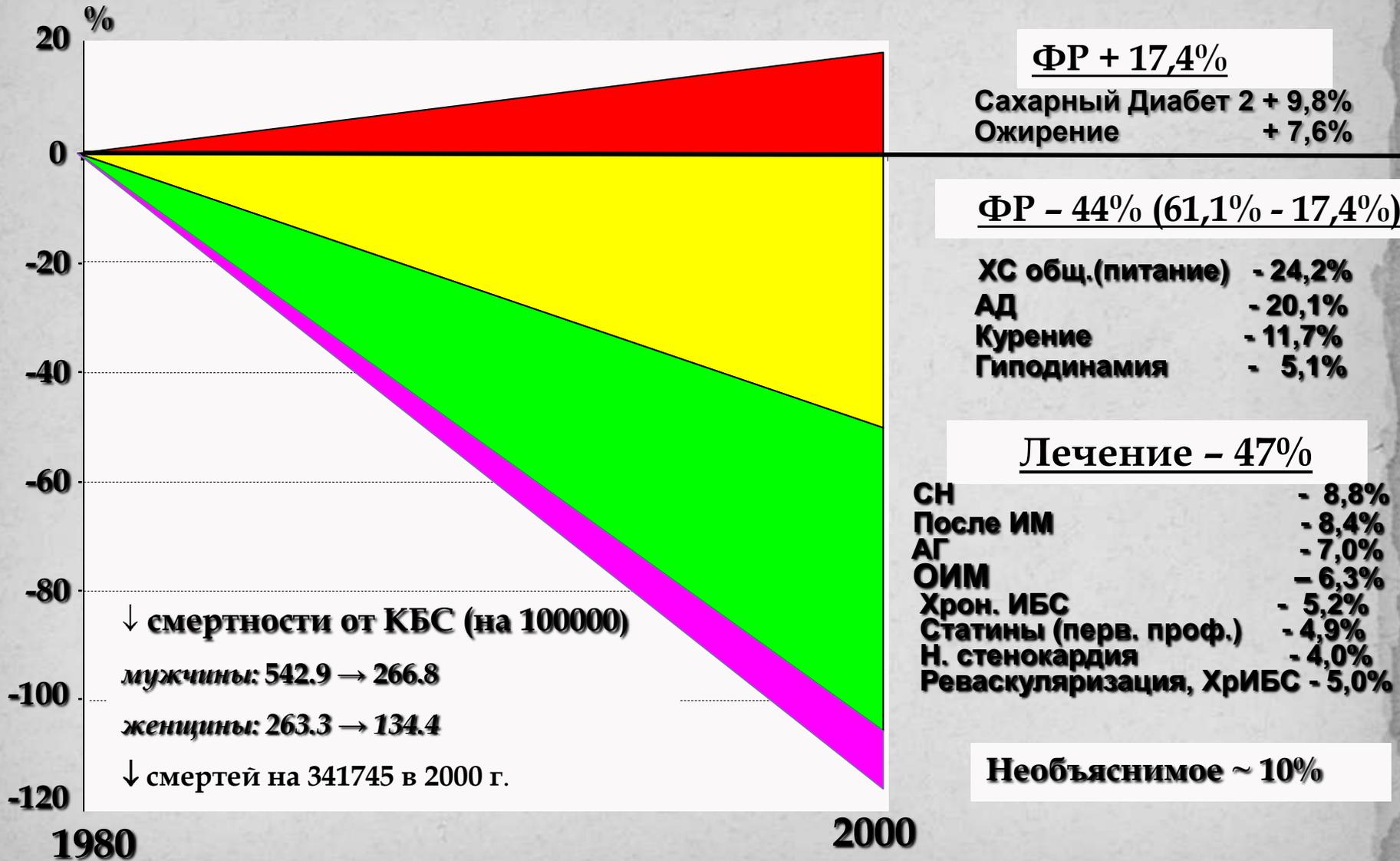
# Вклад основных факторов риска в смертность населения в Российской Федерации



# Распространенность факторов риска НИЗ в Российской Федерации



# Вклад лечения и изменения уровней факторов риска в снижение смертности от КБС (%)



# Основные этапы развития сердечно - сосудистого заболевания



# Атеросклеротический континуум

Факторы риска



Эндотелиальная дисфункция

Молчаливый рост бляшки

Нестабильная бляшка

Острый инфаркт миокарда

ХСН  
Смерть



ДЕСЯТИЛЕТИЯ

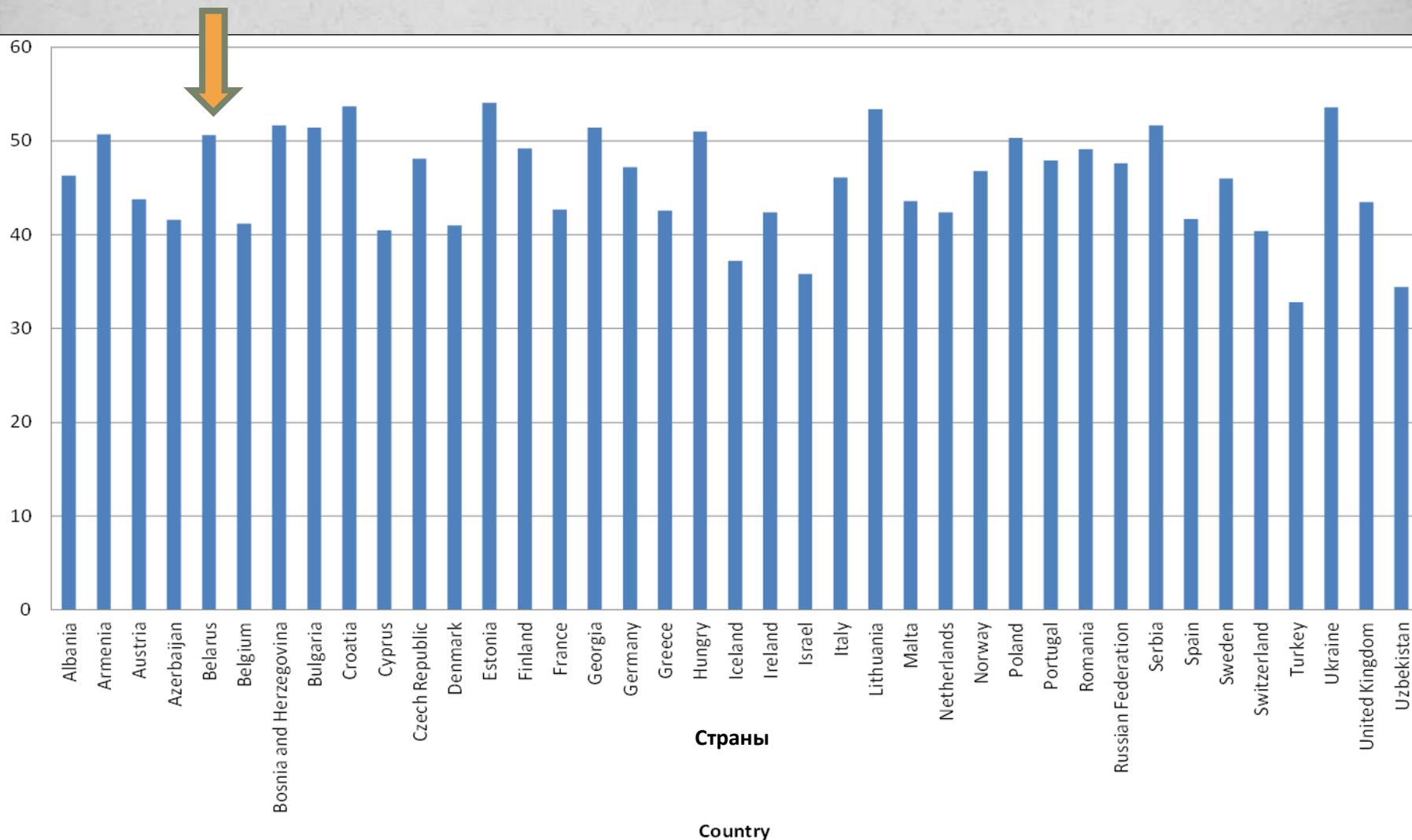
ЧАСЫ / МЕСЯЦЫ

# ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

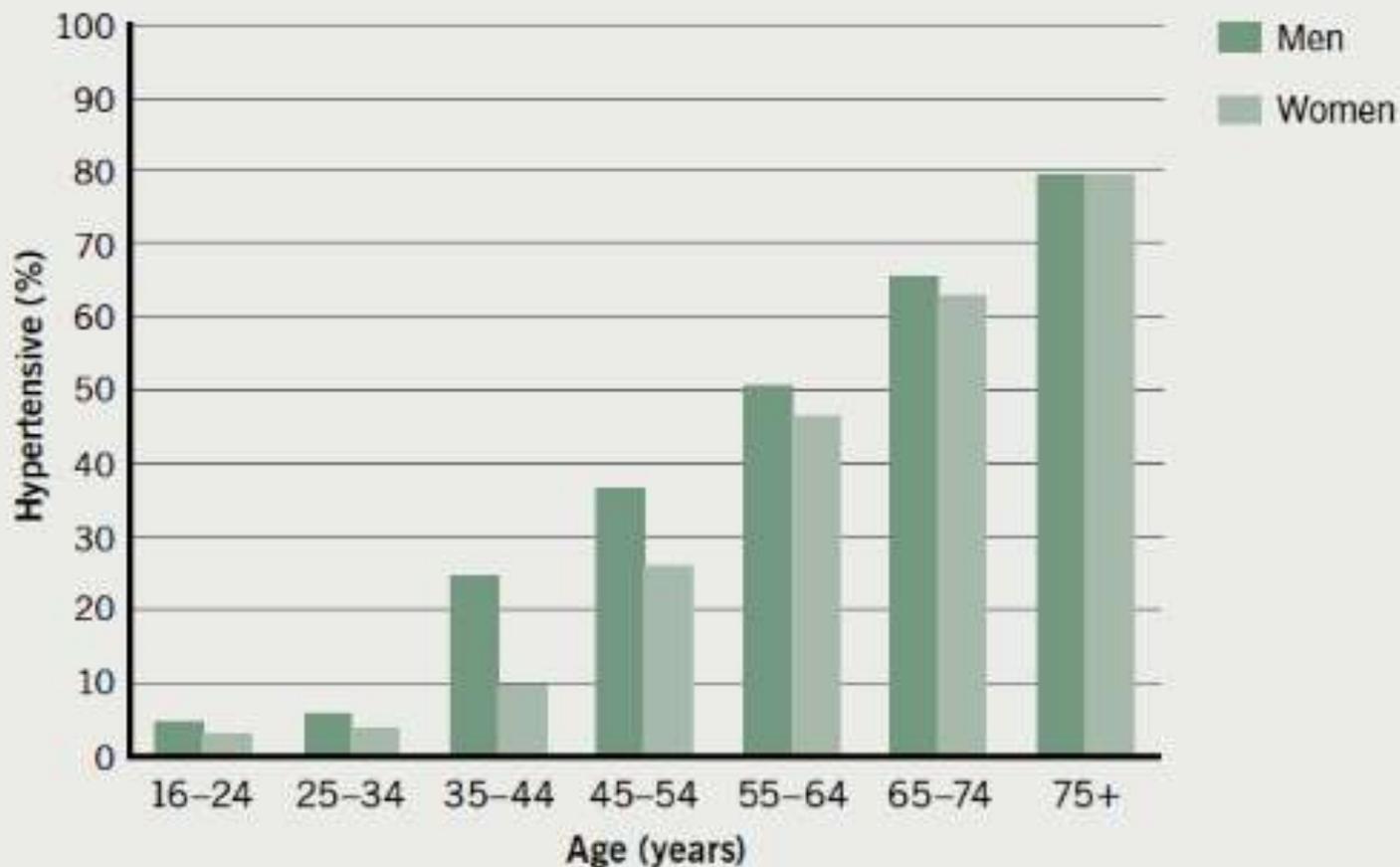


Высококачественное сырье под контролем голландского инвестора

# Доля населения с повышенным артериальным давлением (в %) в Европейском регионе ВОЗ в 2008 г.



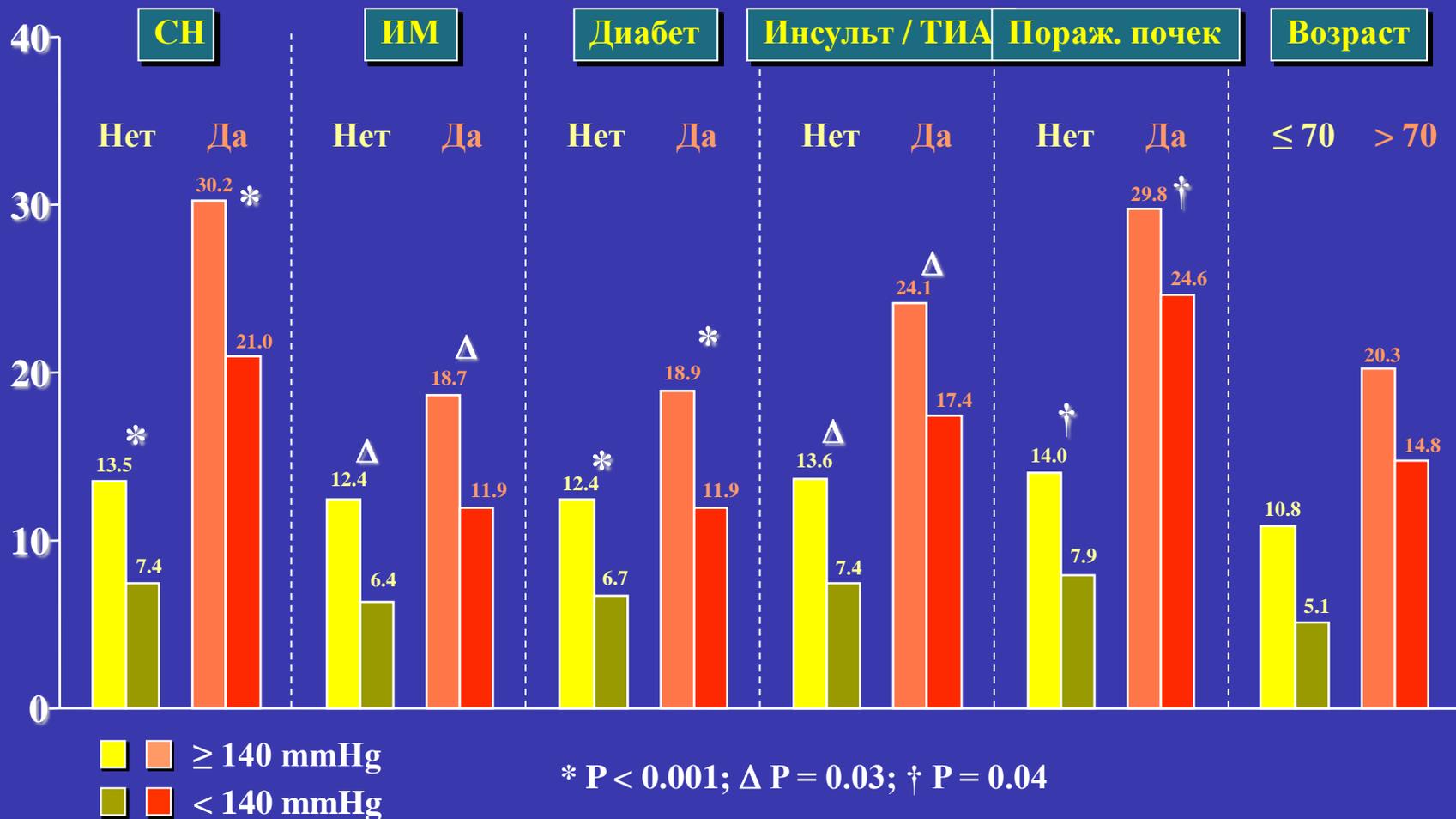
# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ



Data from National Statistics 2010<sup>2</sup>

**Key:** Includes controlled, uncontrolled and untreated patients

# РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНТОЛЯ АД

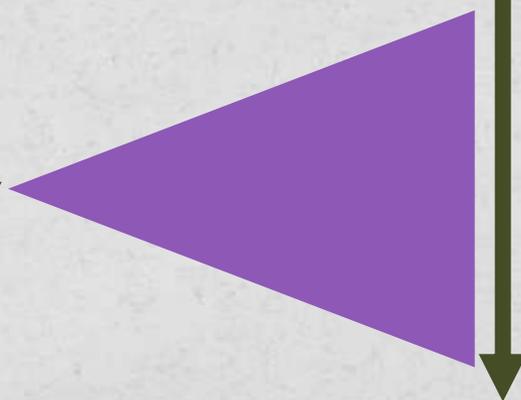


# Снижение АД на 2 мм рт. ст. уменьшает риск сердечно-сосудистых событий на 7–10%

- Мета-анализ 61 проспективного наблюдательного исследования
- 1 миллион взрослых лиц
- 12,7 миллионов человеко-лет

2 мм рт. ст.

Снижение  
среднего  
САД



7%

Снижение риска  
смерти от ИБС

10%

Снижение риска  
смерти от инсульта

# Критерии для выделения групп риска

Факторы риска	Поражение органов-мишеней	Ассоциированные клинические состояния
<p><b>Основные:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мужчины &gt;55 лет</li> <li>- Женщины &gt;65 лет</li> <li>- Курение</li> <li>- Холестерин &gt;6,5 ммоль/л или 250 мг/дл</li> <li>- Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у женщин &lt;65 лет и мужчин &lt;55 лет)</li> <li>- Абдоминальное ожирение (округлость талии <math>\geq 102</math> см для мужчин или <math>\geq 88</math> см для женщин)</li> <li>- СРБ (<math>\geq 1</math> мг/дл)</li> </ul> <p><b>II. Дополнительные факторы, негативно влияющие на прогноз больного с АГ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Нарушение толерантности к глюкозе</li> <li>- Повышение фибриногена</li> <li>- Низкая физическая активность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ: признак Соколова Лайона <math>&gt; 38</math> мм; Корнельское произведение <math>&gt; 2440</math> мм<sup>2</sup>мс), ЭхоКГ: индекс ММЛЖ <math>\geq 125</math> г/м<sup>2</sup> для муж и <math>\geq 110</math> г/м<sup>2</sup> для жен.)</li> <li>- Ультразвуковые признаки утолщения стенки артерии (толщина слоя интимамедиа сонной артерии <math>\geq 0,9</math> мм) или атеросклеротические бляшки в магистральных сосудах</li> <li>- Небольшое повышение сывороточного креатинина 115-133 ммоль/л (1,3 -1,5 мг/дл) для мужчин или 107-124 ммоль/л (1,2-1,4 мг/дл) для женщин</li> <li>- Микроальбуминурия 30-300 мг/сут</li> <li>- Отношение альбумин/креатинин в моче <math>\geq 22</math> мг/г (2,5 кг/ммоль) для мужчин и <math>\geq 31</math> мг/г (3,5 кг/ммоль) для женщин</li> </ul>	<p><b>ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ишемический мозговой инсульт</li> <li>- Геморрагический мозговой инсульт</li> <li>- Транзиторные ишемические атаки</li> </ul> <p><b>ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Инфаркт миокарда, - Стенокардия</li> <li>- Коронарная реваскуляризация, - ХСН</li> </ul> <p><b>ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Диабетическая нефропатия</li> <li>- Почечная недостаточность (сывороточный креатинин 133 ммоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин или 124 ммоль/л (1,4 мг/дл) для женщин</li> <li>- Протеинурия <math>&gt; 300</math> мг/сут</li> </ul> <p><b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ (- Расслаивающая аневризма аорты, - Симптоматическое поражение периферических артерий</b></p> <p><b>ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ (- Кровоизлияния или экссудаты, - Отек соска зрительного нерва)</b></p> <p><b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- глюкоза крови натощак <math>&gt; 7</math> ммоль/л (126 мг/дл), глюкоза крови после еды или через 2 часа после приема 75 мг г глюкозы <math>&gt; 11</math> ммоль/л (198 мг/дл)</li> </ul>

# Цель лечения пациентов АГ и целевые уровни АД



- Основной целью лечения АГ является достижение целевого уровня АД при максимальном снижении общего риска ССО и продление жизни пациентов в отдаленном периоде.

# Цель лечения пациентов АГ и целевые уровни АД

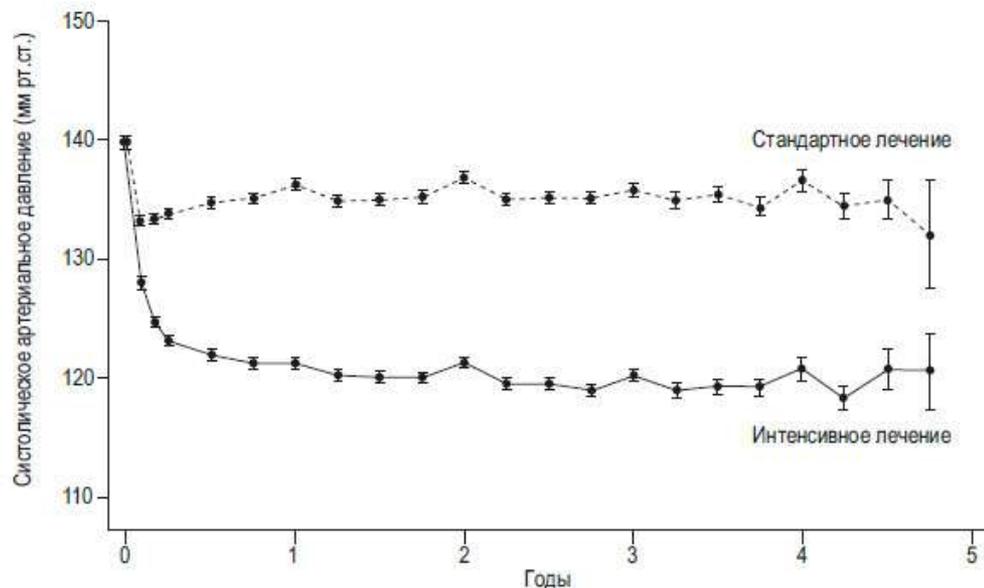


Достижение целевого уровня АД является важнейшим условием уменьшения риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с АГ, в том числе и у пациентов пожилого возраста с ИСАГ.

# Целевые уровни АД.

- **Снижение САД  $<140$  мм рт. ст.** рекомендовано всем больным с умеренным и низким СС риском, пациентам с сахарным диабетом. Данная тактика может быть целесообразной у больных с ИБС, ХБП, перенесших церебральный инсульт или ТИА.
- **Снижение ДАД  $<90$  мм рт. ст.** рекомендовано всем пациентам с АГ, кроме больных с сопутствующим сахарным диабетом, у которых целевой уровень ДАД  $<85$  мм рт. ст.
- *Целевые уровни определены для офисного АД, поскольку ни в одном крупном рандомизированном исследовании не использовалось амбулаторное или домашнее определение, тем не менее рекомендуется определять АД, как в клинических, так и в домашних условиях, учитывая, что АД, измеренное вне офиса, должно быть ниже.*

# СРАВНЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО И СТАНДАРТНОГО КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: ИССЛЕДОВАНИЯ SPRINT



Количество пациентов с наличием данных

Стандартное лечение	4683	4345	4222	4092	3997	3904	3115	1974	1000	274
Интенсивное лечение	4678	4375	4231	4091	4029	3920	3204	2035	1048	286

Среднее количество принимаемых препаратов

Стандартное лечение	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9
Интенсивное лечение	2,3	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,0

**Рисунок 2. Показатели систолического артериального давления в двух группах лечения в ходе исследования**

**Примечание:** целевые показатели систолического артериального давления в группе интенсивной терапии составляли менее 120 мм рт.ст., а целевые показатели в группе стандартного лечения — менее 140 мм рт.ст. Среднее количество препаратов — это количество принимаемых антигипертензивных препаратов по окончании каждого визита. Отметки I на графике отображают 95% доверительный интервал.

**А Основной исход**



Количество участников с риском

Стандартное лечение	4683	4437	4228	2829	721
Интенсивное лечение	4678	4436	4256	2900	779

**В Смерть по любой причине**



Количество участников с риском

Стандартное лечение	4683	4528	4383	2998	789
Интенсивное лечение	4678	4516	4390	3016	807

**Рисунок 3. Основной исход и смерть по любой причине**

**Примечание:** представлены совокупные риски основного исхода (инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, инсульт, сердечная недостаточность или смерть по сердечно-сосудистым причинам) (часть А) и смерти по любой причине (часть В). Вставка в каждой части показывает данные по оси y, идентичные таковым на увеличенном графике. ДИ — доверительный интервал.

# Основные препараты, используемые в лечении АГ

В качестве как начальной, так и поддерживающей антигипертензивной терапии могут применяться препараты, относящиеся к 5 основным классам лекарственных средств:

*тиазидные и тиазидоподобные диуретики,  
блокаторы кальциевых каналов,  
ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента,  
блокаторы рецепторов ангиотензина II,  
 $\beta$  – блокаторы.*

Препараты этих классов могут применяться как в виде монотерапии, так и в сочетании друг с другом.

Помимо указанных основных групп могут дополнительно использоваться и другие медикаментозные препараты.

# ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ



Высококачественное сырье под контролем голландского инвестора

# Препараты, предпочтительные в конкретных обстоятельствах

Сердечно-сосудистое событие	
Инсульт в анамнезе	Любой препарат, эффективно снижающий АД
Инфаркт миокарда в анамнезе	Бета-блокатор, ингибитор АПФ, БРА
Стенокардия	Бета-блокатор, антагонист кальция
Сердечная недостаточность	Д, БАБ, ИАПФ, БРА, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
Аневризма аорты	Бета-блокаторы
Фибрилляция предсердий, профилактика	БРА, ИАПФ, БАБ или антагонист минералокортикоидных рецепторов
Фибрилляция предсердий, контроль ритма желудочков	Бета-блокаторы, недигидропиридиновый антагонист кальция
ТСБП/протеинурия	Ингибитор АПФ, БРА
Периферическое поражение артерий	Ингибитор АПФ, антагонист кальция
Прочее	
ИСАГ (пожилой и старческий возраст)	Диуретик, антагонист кальция
Метаболический синдром	Ингибитор АПФ, БРА, антагонист кальция
Сахарный диабет	Ингибитор АПФ, БРА
Беременность	Метилдопа, бета-блокатор, антагонист кальция
Негроидная раса	Диуретик, антагонист кальция

# Лозартан

в виде лозартана калия

**100 мг и 50 мг**

**NEW!**

таблетки №30

**Стандартная начальная и  
поддерживающая дозы составляют  
50 мг – 100 мг**

**1 раз в сутки**

**независимо от приема пищи**



# Лозартан

в виде лозартана калия

**100 мг и 50 мг**  
таблетки №30



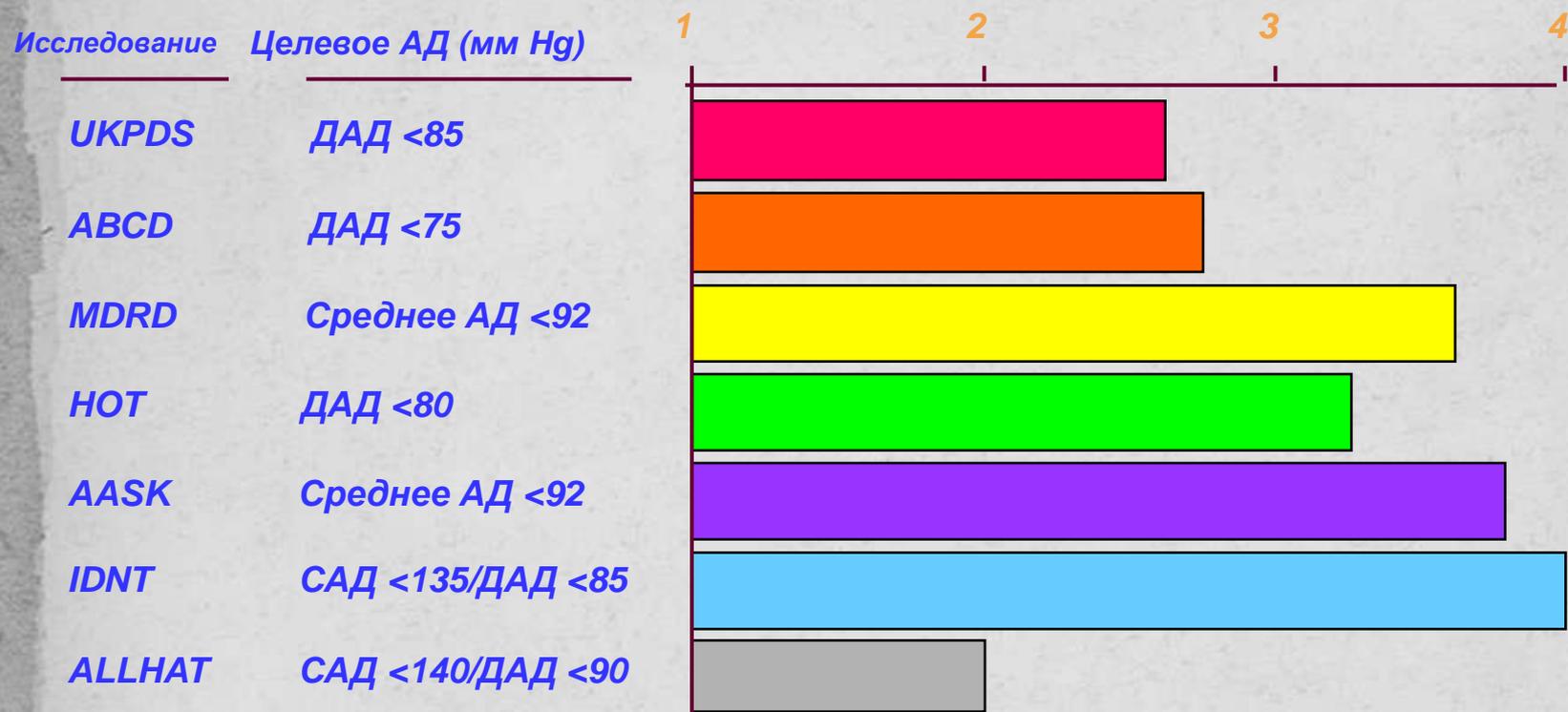
## ВКЛЮЧЕН:

- ✓ **Республиканский формуляр 2016г.**
- ✓ **Перечень основных лекарственных средств**

**ПО РЕЦЕПТУ**

# Количество гипотензивных препаратов, необходимых для достижения целевого АД в крупнейших исследованиях

Количество препаратов



Высокая частота необходимости назначения комбинированной терапии является обоснованием возможного назначения одновременно 2 лекарственных средств уже на первом этапе лечения больных АГ.

# ЛИЗИРЕТ

- Лизиноприл - 10 мг / 20 мг (в виде лизиноприла дигидрата)
- Гидрохлортиазид - 12,5 мг



**Комбинированное лекарственное средство:  
ингибитор ангиотензин-превращающего  
фермента + тиазидный диуретик**

# ЛИЗИРЕТ

## ■ Лизиноприл + гидрохлоротиазид

*Кардиопротекторный*

• эффект

*Вазопротекторный*

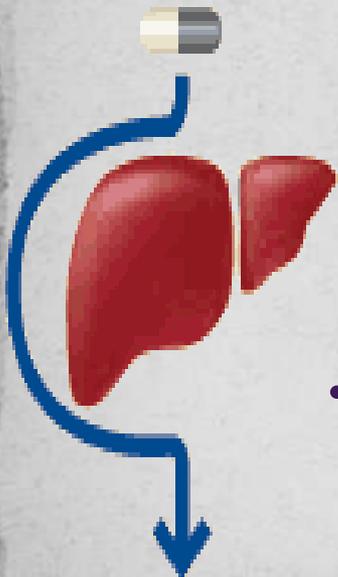
• эффект

*Нефропротекторный*

• эффект

# ЛИЗИРЕТ

- **Фиксированная комбинация, которая не подвергается биотрансформации в печени**



- **Эффективность и скорость действия не зависит от приема с других лекарственных препаратов.**
- **Скорость выведения не зависит от приема других лекарственных препаратов.**

# ЛИЗИРЕТ

■ **Фиксированная комбинация,  
для эффективной когнитивной защиты**



Раннее начало адекватной антигипертензионной терапии, позволяет сохранять когнитивные функции.

Комбинация ингибитора АПФ и диуретика, не являясь средством лечения деменции, уменьшает риск ее развития.

Когнитивная защита у комбинации ингибитора АПФ и диуретика доказана в исследованиях PROGRESS, HYVET

# ЛИЗИРЕТ

Синергизм обеих составных частей комбинации

Применение диуретиков сопровождается развивающейся гипертензией



В условиях гипертензии реализуется  
максимальный гипотензивный эффект ИАПФ

ИАПФ уменьшают вторичный гиперальдостеронизм  
с последующей задержкой калия



Диуретики способствуют удалению калия

Диуретики влияют на увеличение уровня глюкозы



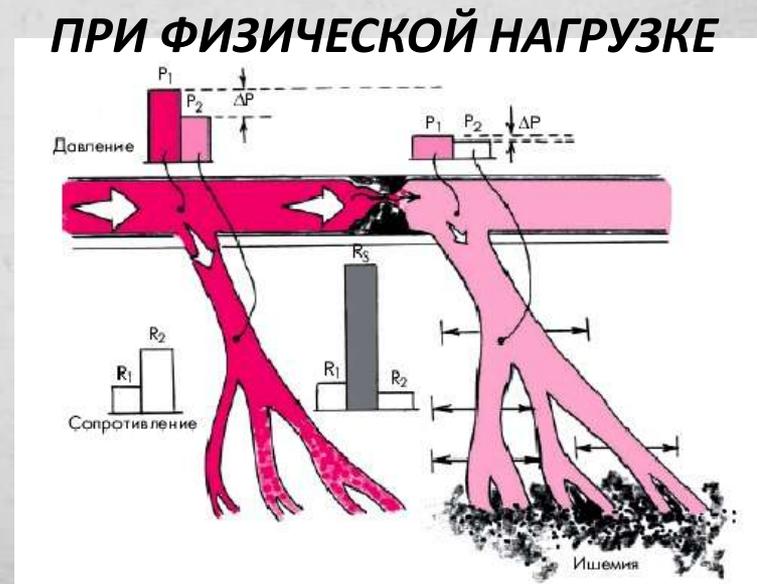
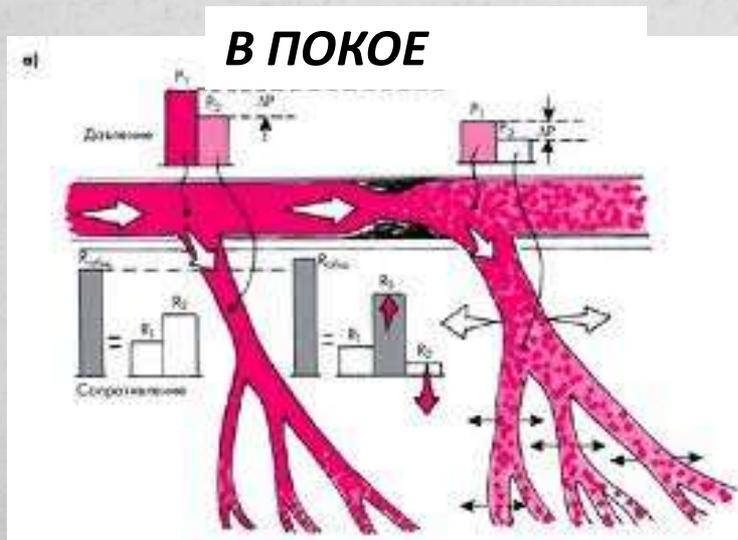
ИАПФ повышают чувствительность клеточных рецепторов к инсулину и усиление  
потребления глюкозы

ИАПФ потенцируют натрийуретический эффект диуретиков

# Стенокардия

- Наиболее распространенная форма ИБС
- 30.000 – 40.000 на 1 млн. населения
- Является первым симптомом ИБС у мужчин в 40,7% случаев, у женщин — в 56,5%
- Распространенность с возрастом увеличивается
  - У мужчин 45-54 лет -2,5%; 65-74 лет – 11 - 20%
  - У женщин 45-54 лет – 0,5 -15%; 65 -74 лет – 10-14%
- Может трансформироваться

Стенокардия появляется во время физических нагрузок (ФН) или стрессовых ситуаций, при наличии сужения просвета коронарной артерии, как правило, не менее чем **на 50-70%**.



# Лечение

- **Достижение целей осуществляется путем сочетания немедикаментозных, медикаментозных и хирургических методов лечения.**

- **Выбор метода лечения зависит от клинической реакции на первоначальную медикаментозную терапию.**
- **В процессе выбора необходимо учитывать мнение больного, а также соотношение цены и эффективности предлагаемого лечения.**

# Лечение

- **Препараты, улучшающие выживаемость:**
- Антитромботические
- Липиднормализующие
- Бета-адреноблокаторы (у больных после ИМ)
- Ингибиторы АПФ
- **Препараты, улучшающие качество жизни и снижающие частоту осложнений:**
- Бета-адреноблокаторы
- Антагонисты кальция
- Нитраты и (диласидом)
- Миокардиальные цитопротекторы

# Изо-Миг лонг

**БАЗОВОЕ СРЕДСТВО  
ПРОФИЛАКТИКИ АНГИНАЛЬНОГО СИНДРОМА**



**Единственный ИЗОСОРБИДА ДИНИТРАТ с  
модифицированным высвобождением на рынке  
Республики Беларусь!**

# Изо-Миг лонг



таблетки пролонгированного действия  
изосорбида динитрат 20, 40, 60 мг №60

ПОКАЗАН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
И ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ

# Изо-Миг Лонг

**Непролонгированные нитраты приходится принимать 3 раза в сутки и более. Это существенно снижает приверженность к лечению.**

Кратность приема	Уровень комплаенса
1 раз в сутки	78 %
2 раза в сутки	76 %
3 раза в сутки	69 %
4 раза в сутки	59 %

## Изо - Мик Лонг

Принимают *1 раз в сутки*

(2 раза в случае повышенной потребности в нитропрепаратах).

*Такой режим приема препарата способствует повышению комплаенса терапии, а, следовательно, и эффективности, и безопасности лечения.*

# МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

## МИЛДОНИЙ ФАРМЛЭНД

### РАСТВОР

ДЛЯ В/В И В/М ВВЕДЕНИЯ  
ВО ФЛАКОНАХ (100 мг/мл)  
10 % - 5 мл

КАПСУЛЫ 250 мг  
№20, 40, 60



# МИЛДОНИЙ ФАРМЛЭНД в кардиологии



- Миокардиоцитопротекторное действие
- Снижение потребления кислорода
- Легкое гипотензивное действие
- Противоаритмическое действие

**СНИЖАЕТ ЧАСТОТУ И ИНТЕНСИВНОСТЬ  
ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ**

**СНИЖАЕТ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИЙ И  
ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**ПОВЫШАЕТ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К  
ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ**

# МИЛДОНИЙ ФАРМЛЭНД в неврологии



- Нейроцитопротекторное действие
- Улучшает циркуляцию крови в очаге ишемии
- Повышает устойчивость нейронов к гипоксии
- Оказывает тонизирующее действие

**ВОССТАНАВЛИВАЕТ ФИЗИЧЕСКУЮ  
АКТИВНОСТЬ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ**

**ВОССТАНАВЛИВАЕТ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ  
ФУНКЦИИ**

**УЛУЧШАЕТ КООРДИНАЦИЮ И  
ВЕГЕТАТИВНЫЕ ФУНКЦИИ**

# Вторичная профилактика ИМ

- **АГ:** поддерживать АД на целевом уровне ниже 140/90 мм рт.ст., а при почечной недостаточности и сахарном диабете — ниже 130/80 мм рт.ст.
- **Курение:** рекомендуют прекращение курения (при необходимости фармакотерапия, психотерапия).
- **Масса тела:** целевой уровень ИМТ — 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>.
- **Диета:** средиземноморская диета, увеличение содержания  $\omega$ -3 ЖК.
- **Физическая реабилитация:** показаны индивидуальные программы физической реабилитации. Мин. нагрузка — прогулки в течение 30–60 мин 3–4 раза в неделю.
- **Психическая реабилитация:** лечение тревоги и депрессии, обсуждение вопросов социальной реабилитации, сексуальной активности и др.
- **Сахарный диабет:** оптимизация снижения концентрации HbA1c в крови до менее 6,5%.

# Вторичная профилактика ИМ

## Лекарственная терапия:

- Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота по 75–150 мг постоянно, клопидогрел в дозе 75 мг в течение 1 года, если проводили ТБКА.
- $\beta$ -Адреноблокаторы.
- Гиполипидемическая терапия: статины (целевое содержание ЛПНП в крови менее 2,6 ммоль/л),
- Ингибиторы АПФ особенно показаны больным с обширным ИМ (фракция выброса менее 40%), повышенным АД, сахарным диабетом.
- Блокаторы рецепторов ангиотензина II назначают при непереносимости ингибиторов АПФ.

***Благодарю за  
внимание!***