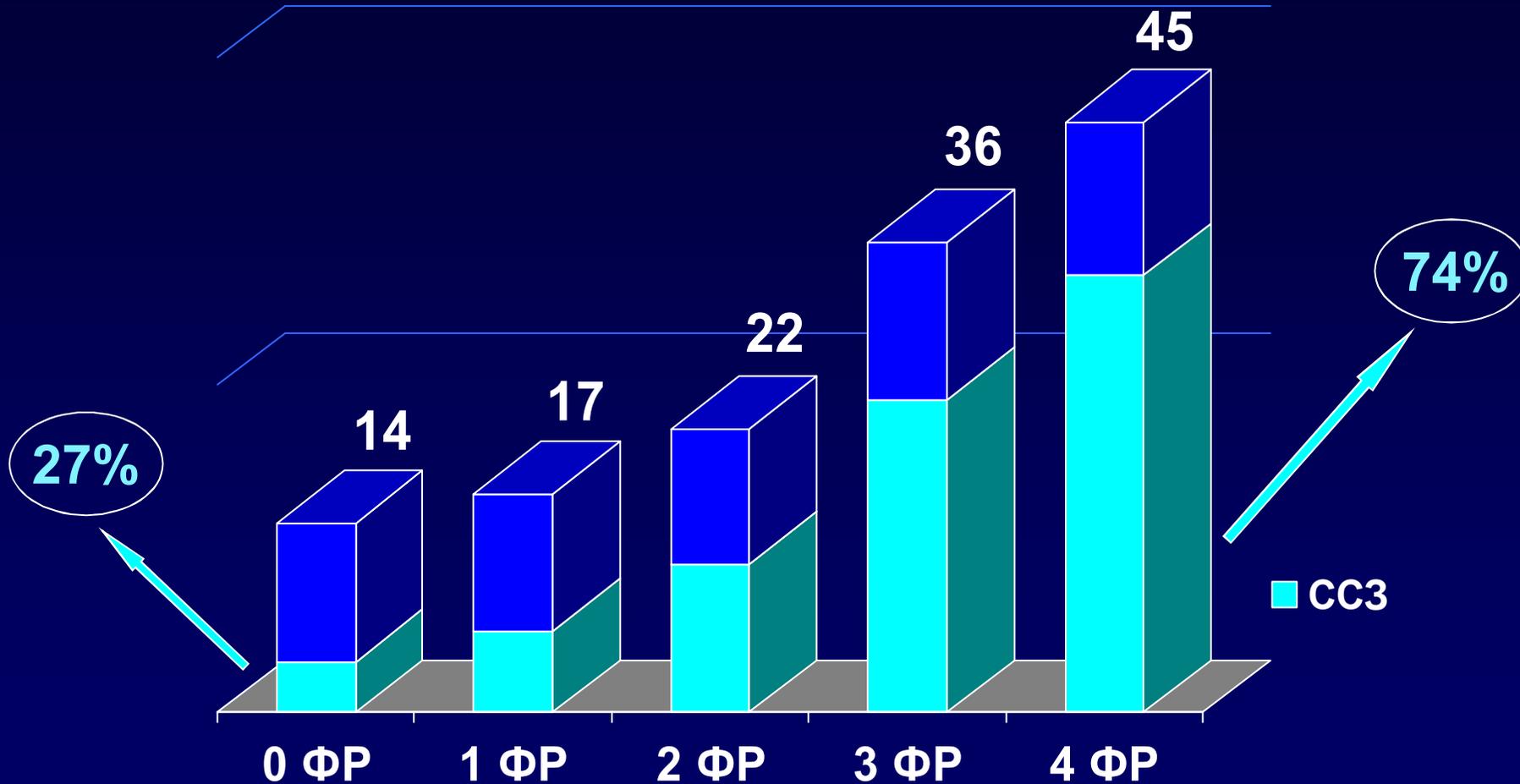




**В каких ситуациях в
лечении АГ
дигидропиридиновые
антагонисты Ca имеют
явные
преимущества ?**

**ДОЛЖЕНКО
Марина Николаевна
Профессор кафедры кардиологии и
функциональной диагностики
НМАПО им П.Л.Шупика**

Смертность мужчин с разным количеством факторов риска (на 1000 ч/л)



Факторов риска в смертность от ССЗ

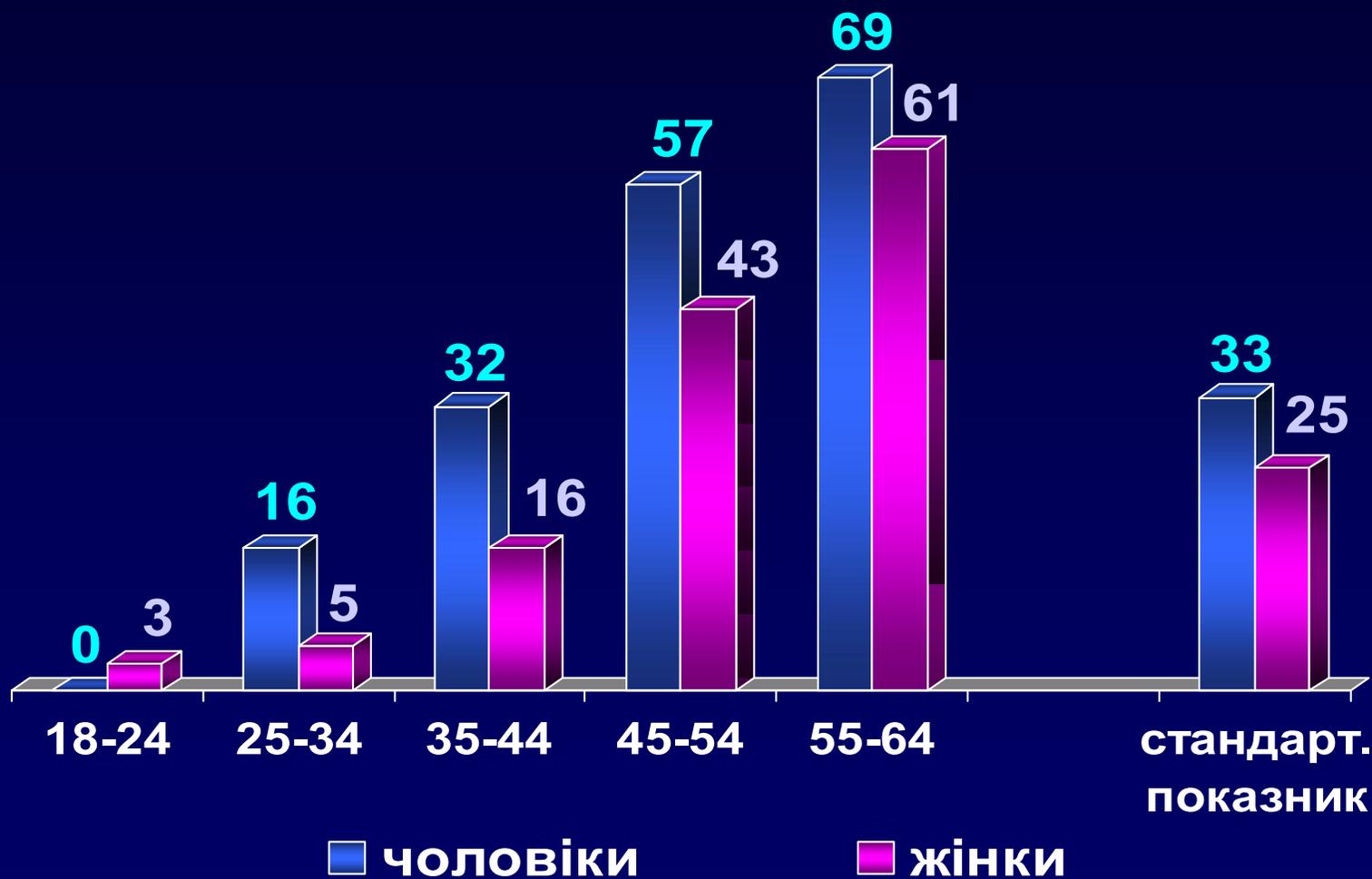
МУЖЧИНЫ

возраст (33%) – САД (32%) – количество сигарет (28%) –
ХС ЛПНП (7%)

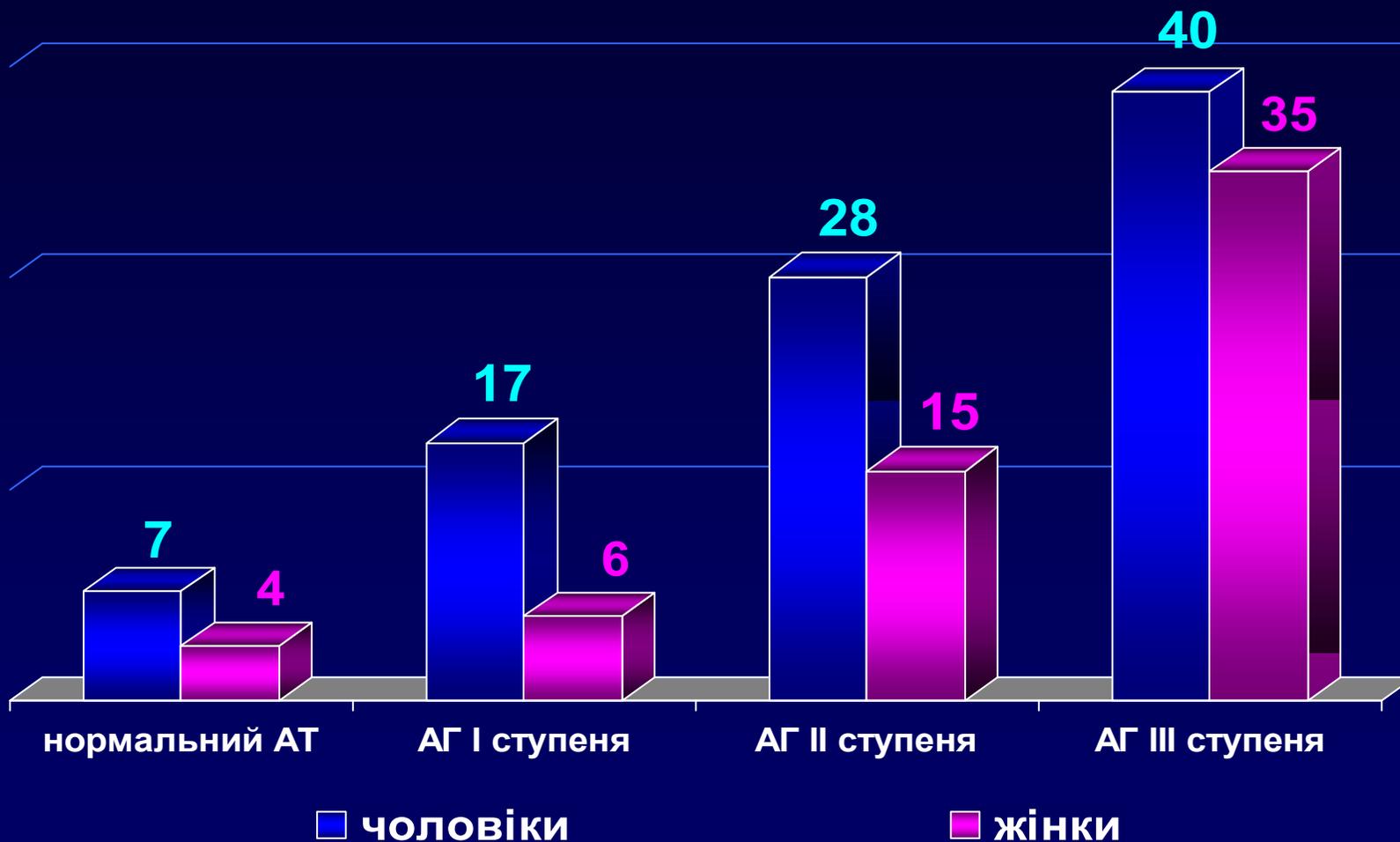
ЖЕНЩИНЫ

ДАД (38%) – ТГ (26%) – САД (20%) –
ХС ЛПВП (16%)

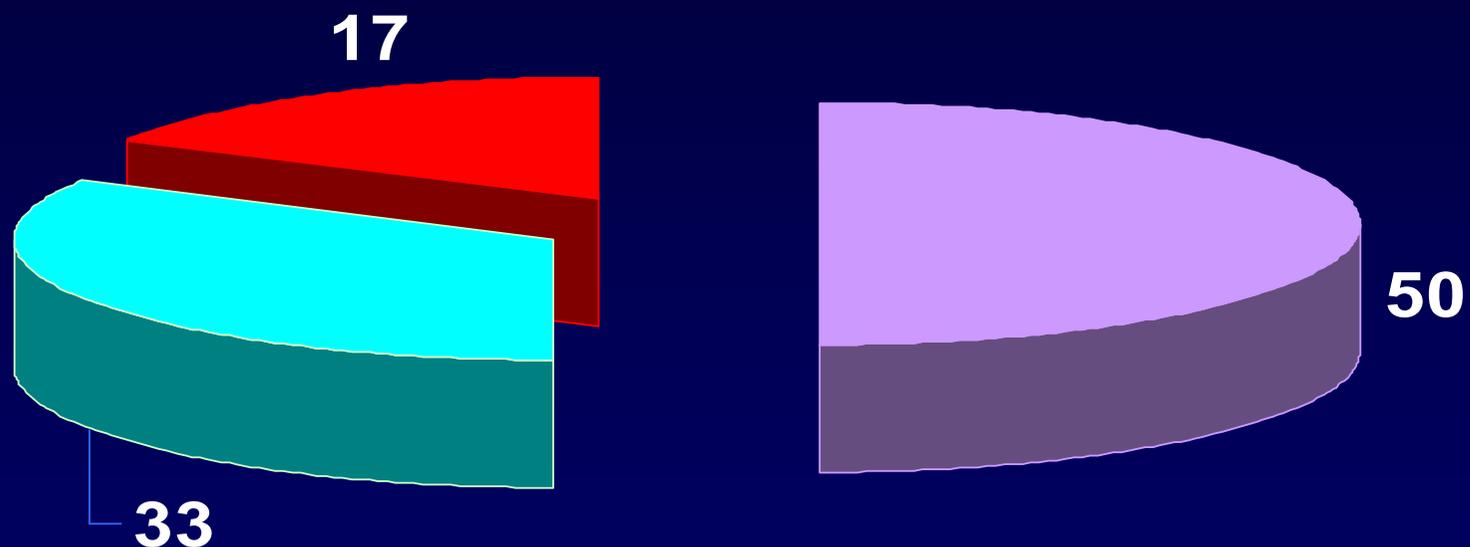
Возрастная распространенность АГ в городской популяции (%)



Рівень ССЗ в залежності від рівня АД (на 1000 ЧРС)

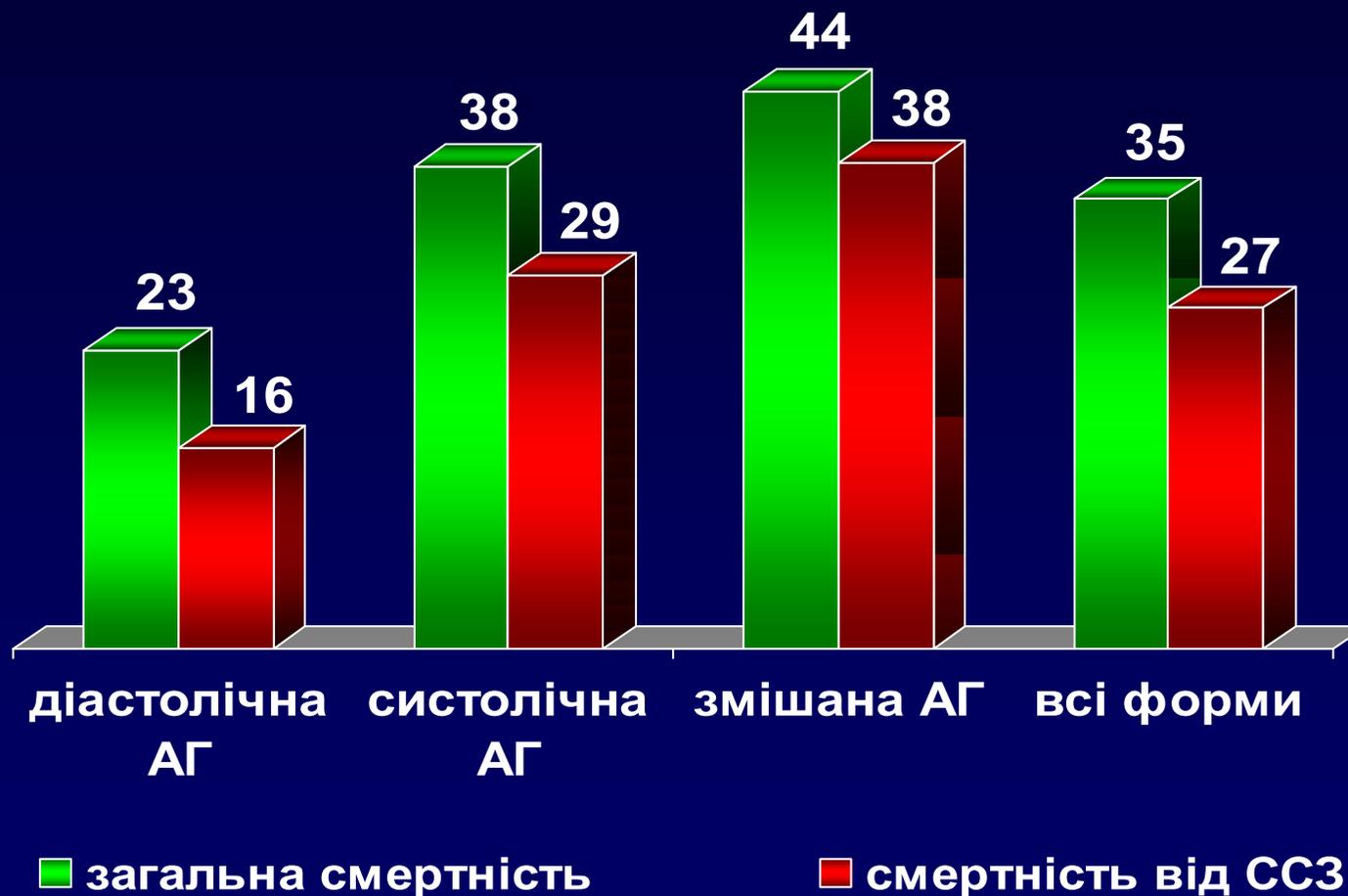


Структура АГ по уровню АД (%)



■ 1 ступінь ■ 2 ступінь ■ 3 ступінь

Смертність в залежності від форми АГ (на 1000 ЧЛС)



Артериальной гипертензии в городской популяции в Украине (%)

Показатели	Мужчины	Женщины	Оба пола
Распространенность АГ	33	25	29
Знают про наличие АГ	58	88	81
Лечатся	36	56	48
Эффективность лечения	9	25	19

ентозное лечение (монотерапия) больных АГ

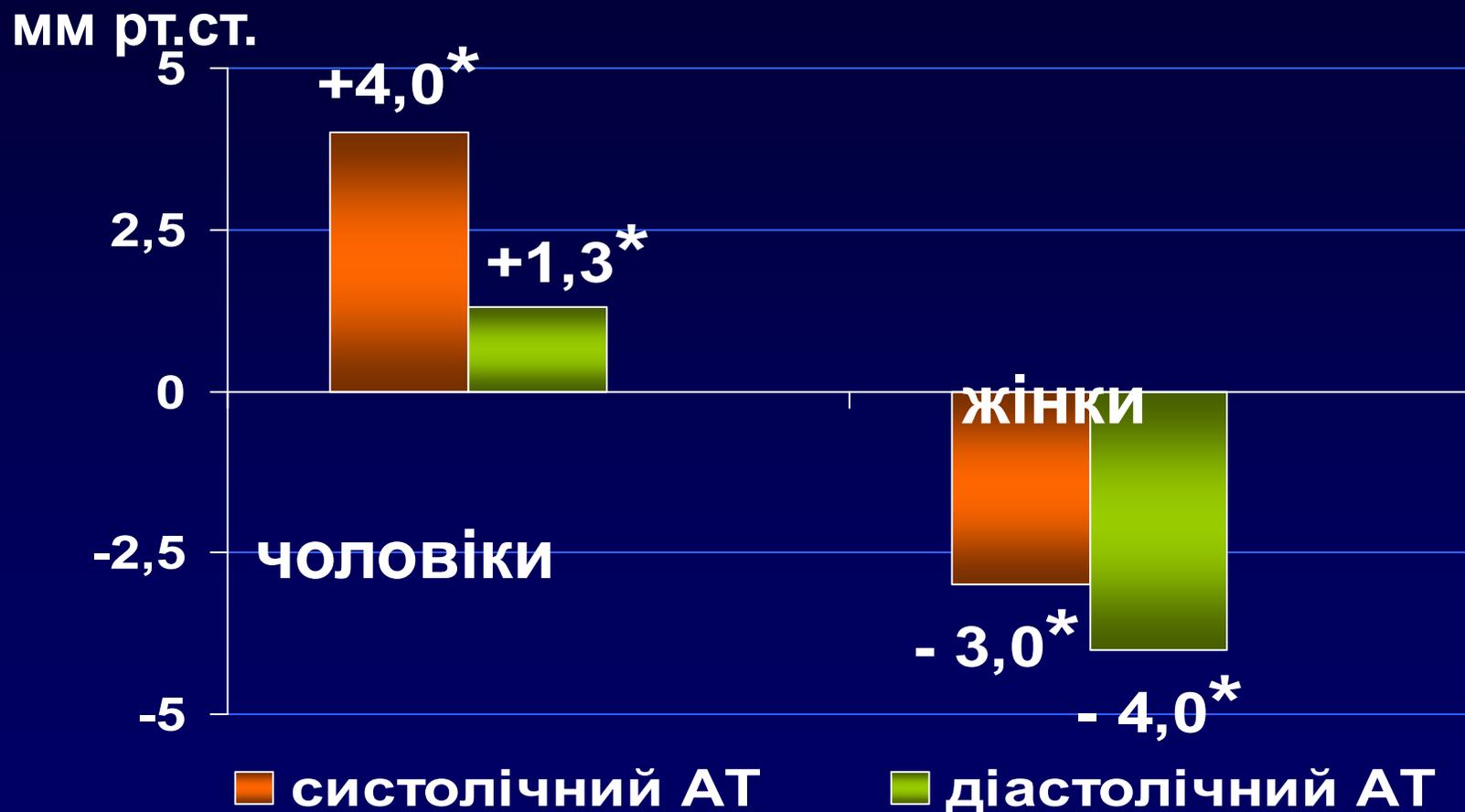
Классы препаратов	%
Ингибиторы АПФ	35,4
β-адреноблокаторы	26,2
Антагонисты кальция	16,3
Диуретики	5,2
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	0,3
Другие классы препаратов	16,6
Всего	100,0

и антигипертензивных препаратов

Комбинации препаратов	%
Ингибиторы АПФ + диуретик	50,8
β-адреноблокатор + диуретик	29,8
Резерпин + вазодилататор	13,8
Резерпин + диуретик	5,0
Резерпин + диуретик + вазодилататор	0,6
Всего	100,0

→ 19,4

УРОВЕНЬ АД В ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЗА 25 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД



Относительный вес факторов риска инсульта в популяции



ТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА

НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ

1.
(После 55 риск инсульта удваивается в течение
каждых последующих 10 лет)

2. : 6

3.

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ

1.

2.

3.

4.

5.

6.

(дилатационная кардиомиопатия,
протезированные клапаны,
дефекты перегородок,
аневризмы)

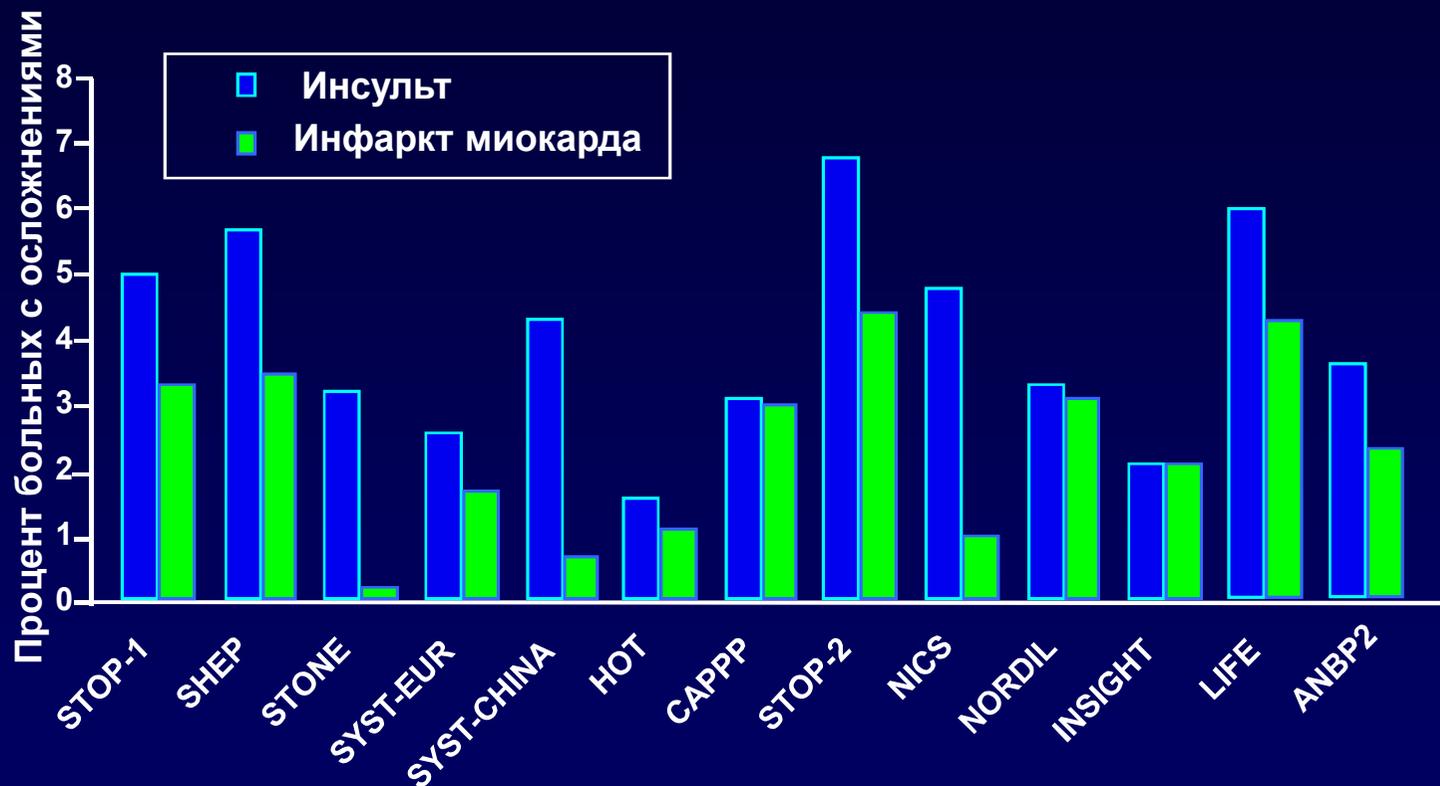
7. -

8.

ОСНОВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

1. **Нормализация АД**
2. **Статины (для больных высокого риска)**
3. **Исключить употребление больших доз алкоголя**
4. **Регулярные физические нагрузки**
5. **Аспирин – не влияет, но влияет на развитие ИМ**
6. **Клопидогрель, тиклопидин, дипиридамол не изучались для первичной профилактики инсульта**
7. **Варфарин (антикоагулянты длительного действия) – при ФП и высоком риске (> 75 лет или > 60 лет + факторы риска)
При умеренном риске (60 – 75 лет без факторов риска) – аспирин 325 мг**
8. **Каротидная эндартерэктомия при стенозе > 60 %.
Риск операции должен быть < 3 %.**

Инсульта и инфаркта миокарда у больных гипертонической болезнью

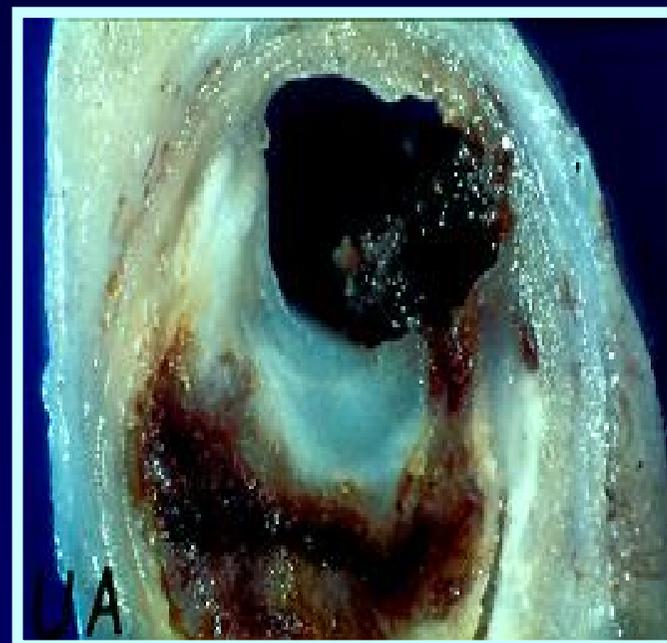
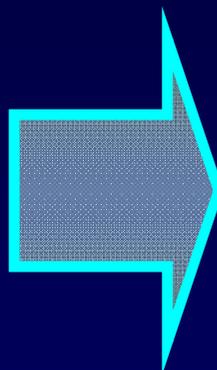


1. Kjeldsen SE et al. *Blood Pressure* 2001;10:190-192.
2. Dalh f B et al. *Lancet* 2002;359:995-1003.
3. Wing LMH et al. *N Engl J Med* 2003;348:583-592.

Клинические проявления атеросклероза

- **Коронарная болезнь сердца**
 - ó Стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная сердечная смерть, сердечная недостаточность (СН), нарушения ритма сердца
- **Цереброваскулярные заболевания**
 - ó ТИА, ОНМК
- **Поражение периферических сосудов**
 - ó перемежающаяся хромота, гангрена, болезнь зябких ног, боли в ногах, импотенция, тромбоз мезентериальных сосудов, атеротромбоз почечных сосудов

Разрыв бляшки и образование тромба



ТЕХНОЛОГИИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

- **Инвазивные**

- ó Внутрисосудистый УЗ (ВСУЗ)
- ó Коронароангиография

- **Неинвазивные**

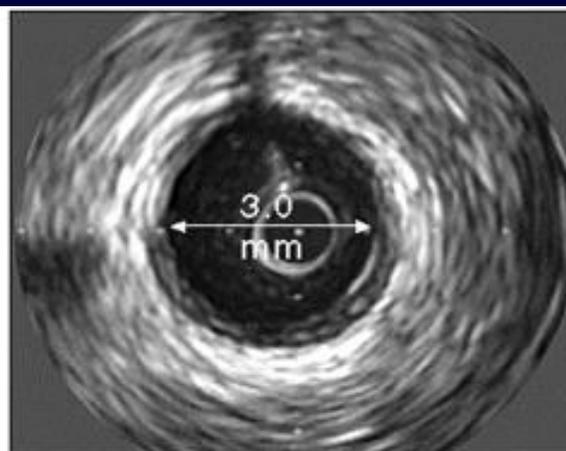
- ó Магнитный резонанс (МРТ)
- ó Компьютерная томография (КТ)
- ó Ультразвук (В-режим)

осудистый ультразвук (ВСУЗ) с атеросклеротической бляшкой

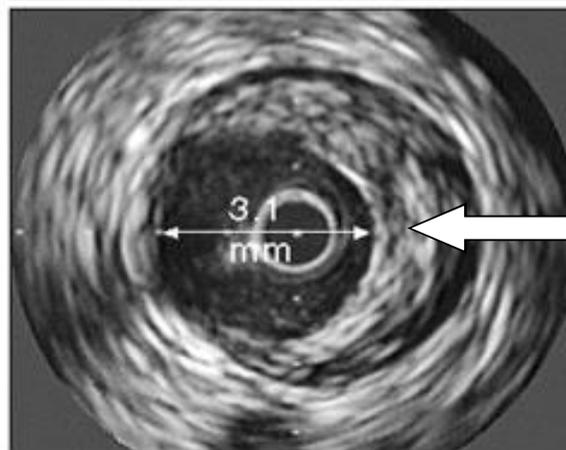
Ангиограмма



ВСУЗ



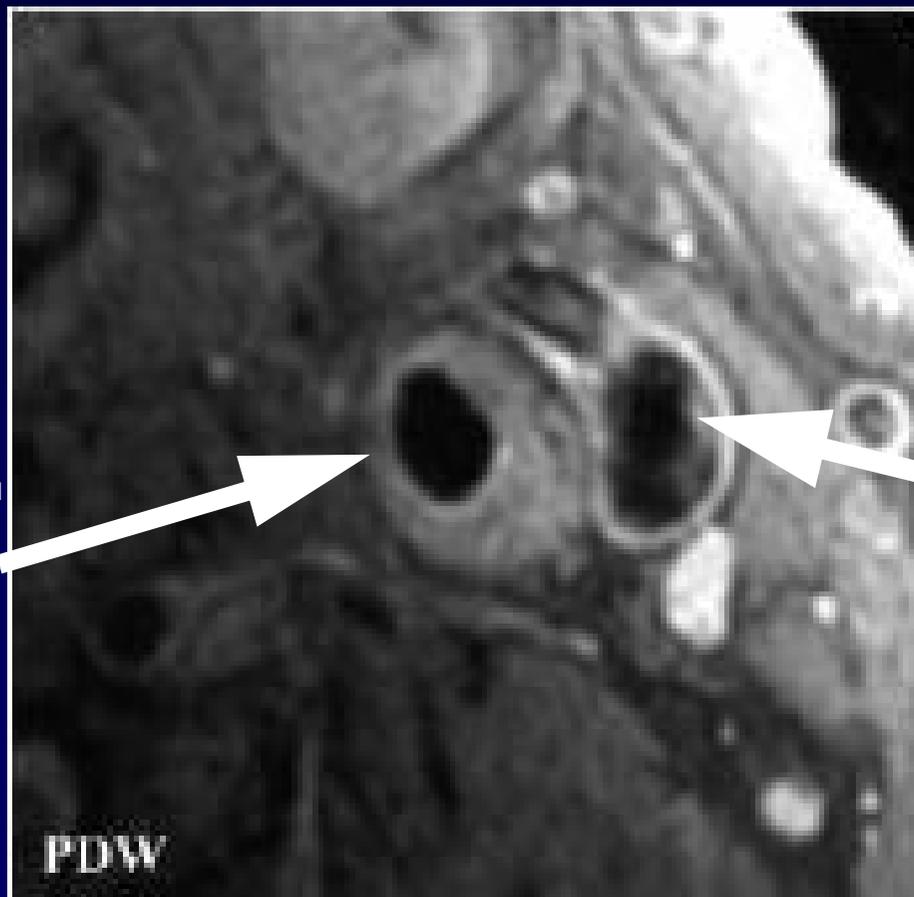
Нормальный сосуд



атерома

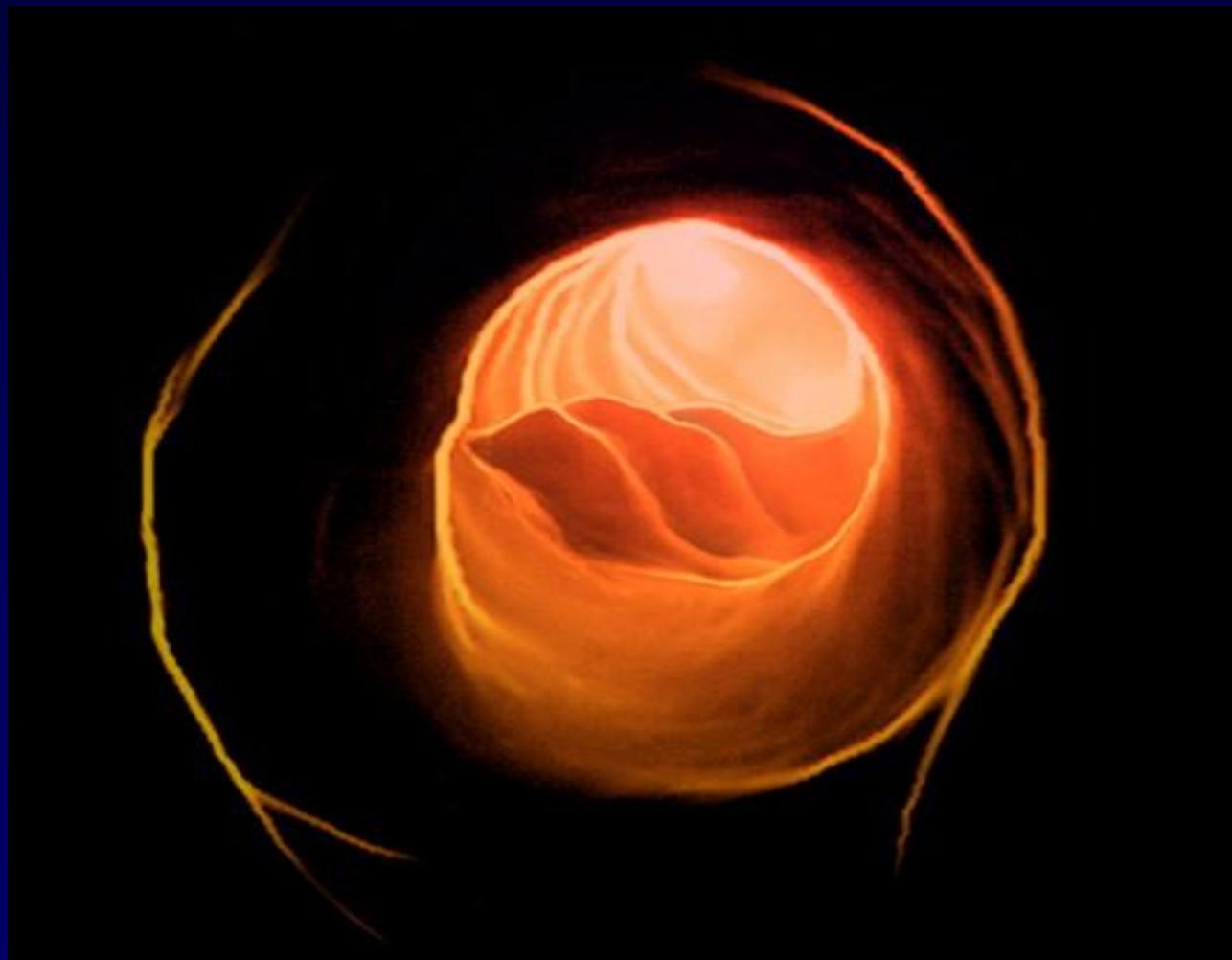
Магнитно-резонансная томография (МРТ) стеноза бифуркации общей сонной артерии

Бифуркация левой
ОСА: бляшка с
некротическим
ядром

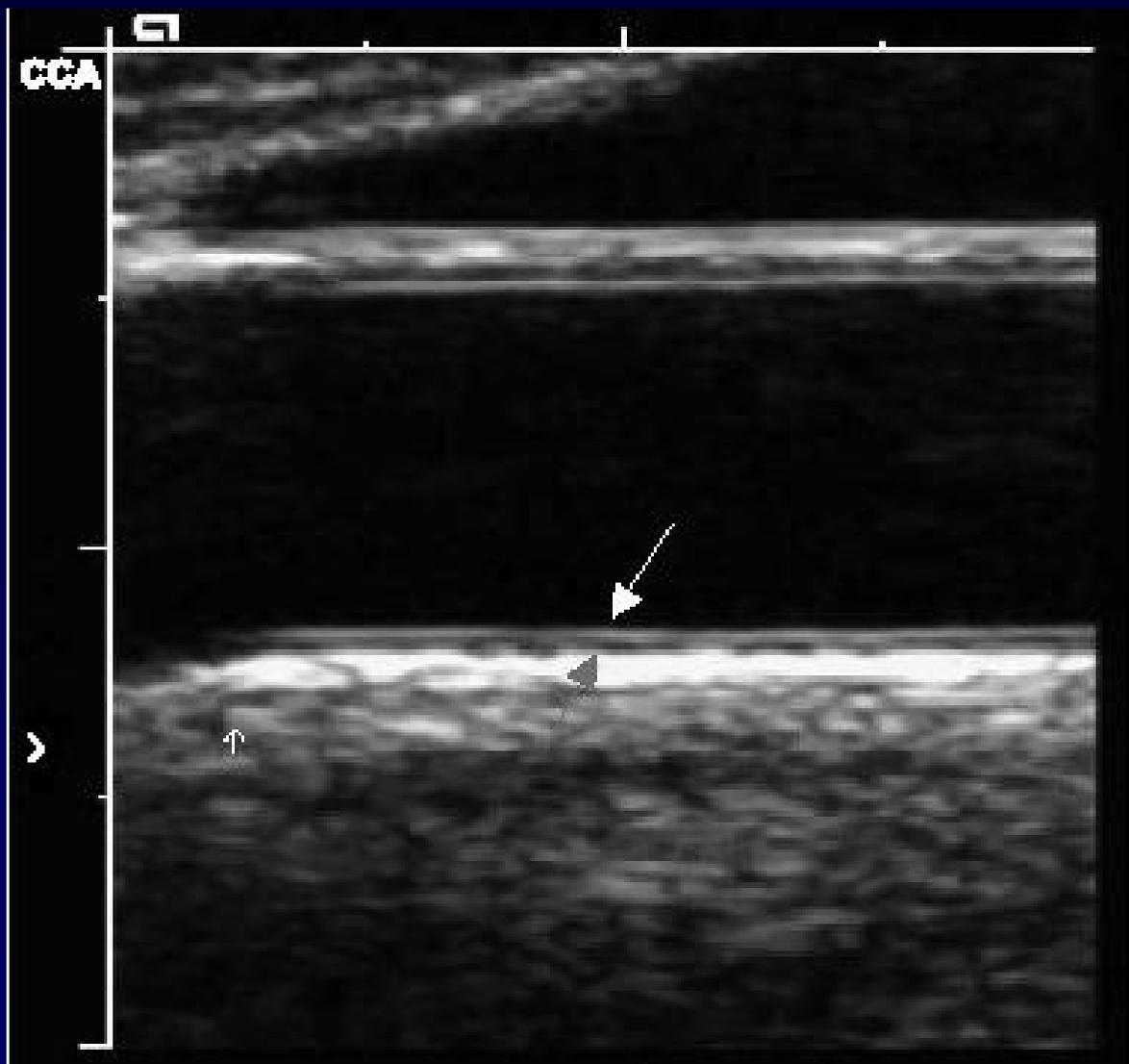


Относительно
нормальная
артерия

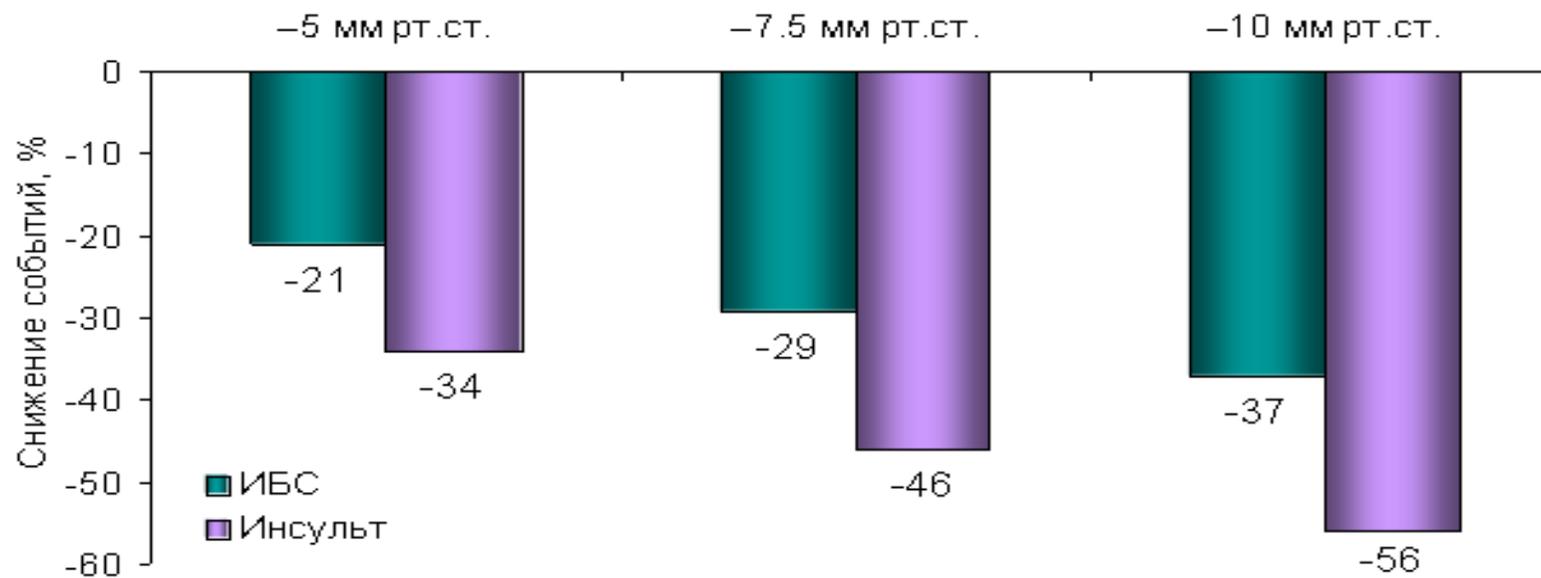
Компьютерная томография (КТ) артерии, пораженной атеросклерозом



Ультразвук в В-режиме



Влияние снижения диастолического АД на риск инсульта и ИБС



MacMahon S, et al. *Lancet*. 1990;335:765-774.

Рекомендации Европейской ассоциации кардиологов по профилактике и лечению артериальной гипертензии 2007

Оптимальный
Нормальный
Высокий нормальный

Систолическое
< 120
< 130
130-139

мм.рт.ст.

Диастолическое
< 80
< 85
85-89

мм.рт.ст.

Степень I (мягкая)	140-159/ 90-99
Степень II (умеренная)	160-179/100-109
Степень III (тяжелая)	≥ 180 / ≥ 110
Изолированная систолическая гипертензия	≥ 140 ≤90

**Артериальная
гипертензия**

Классификация СС риска по категориям.

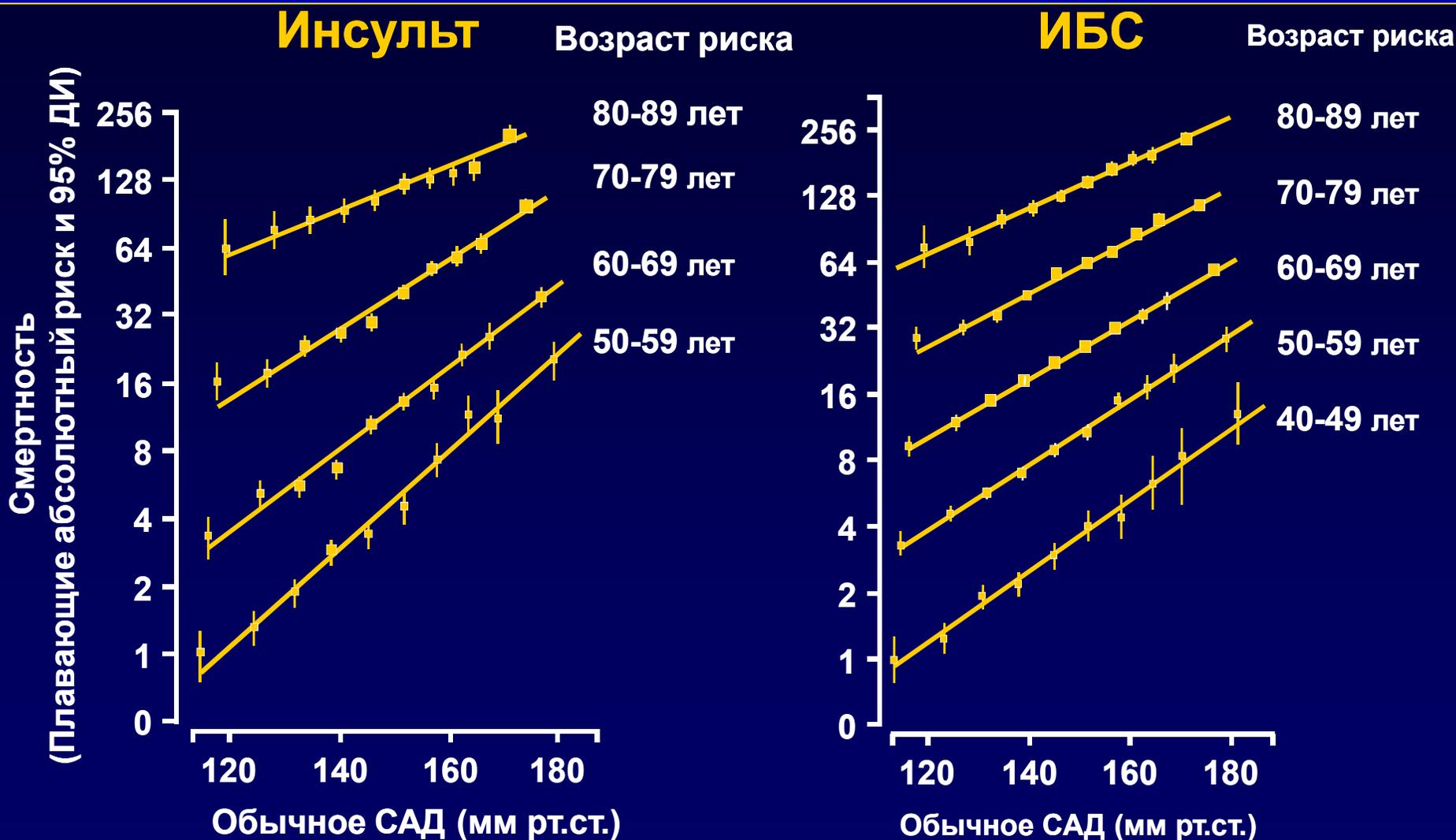
Наличие ФР или СЗ	Нормальн. АД с 120-129 или АД д 80-84	Высок. Нормальн. АД с 130-139 или АД д 85-89	I ст АГ АД с 140-159 или АД д 90-99	II ст АГ АД с 160-179 или АД д 100-109	III ст АГ АД с ≥ 180 или АД д ≥ 110
Нет ФР	Среднестат. риск	Среднестат. риск	Низк доп. риск	Умер доп. риск	Высокий доп. риск
1-2 ФР	Низк доп. риск	Низк доп. риск	Умер доп. риск	Умер доп. риск	Очень выс. доп. риск
3 или более ФР, МС, О-М или СД	Умер доп. риск	Высокий доп. риск	Высокий доп. риск	Высокий доп. риск	Очень выс. доп. риск
Выраженное ССЗ или ХЗП	Очень выс. доп. риск	Очень выс. доп. риск	Очень выс. доп. риск	Очень выс. доп. риск	Очень выс. доп. риск

Низкий, умеренный, высокий, очень высок риск развития в течение 10 лет СС фатального или нефатального события.

кардиоваскулярного риска при АГ

Вероятность развития в ближайшие 10 лет	Риск			
	Низки й (1)	Умеренн ый (2)	Высоки й (3)	Очень высокий (4)
Сердечно- сосудистые осложнения в целом	<15 %	15 -20 %	20 -30 %	>30 %
Летальных сердечно- сосудистых осложнений	<4%	4- 5 %	5-8 %	> 8%

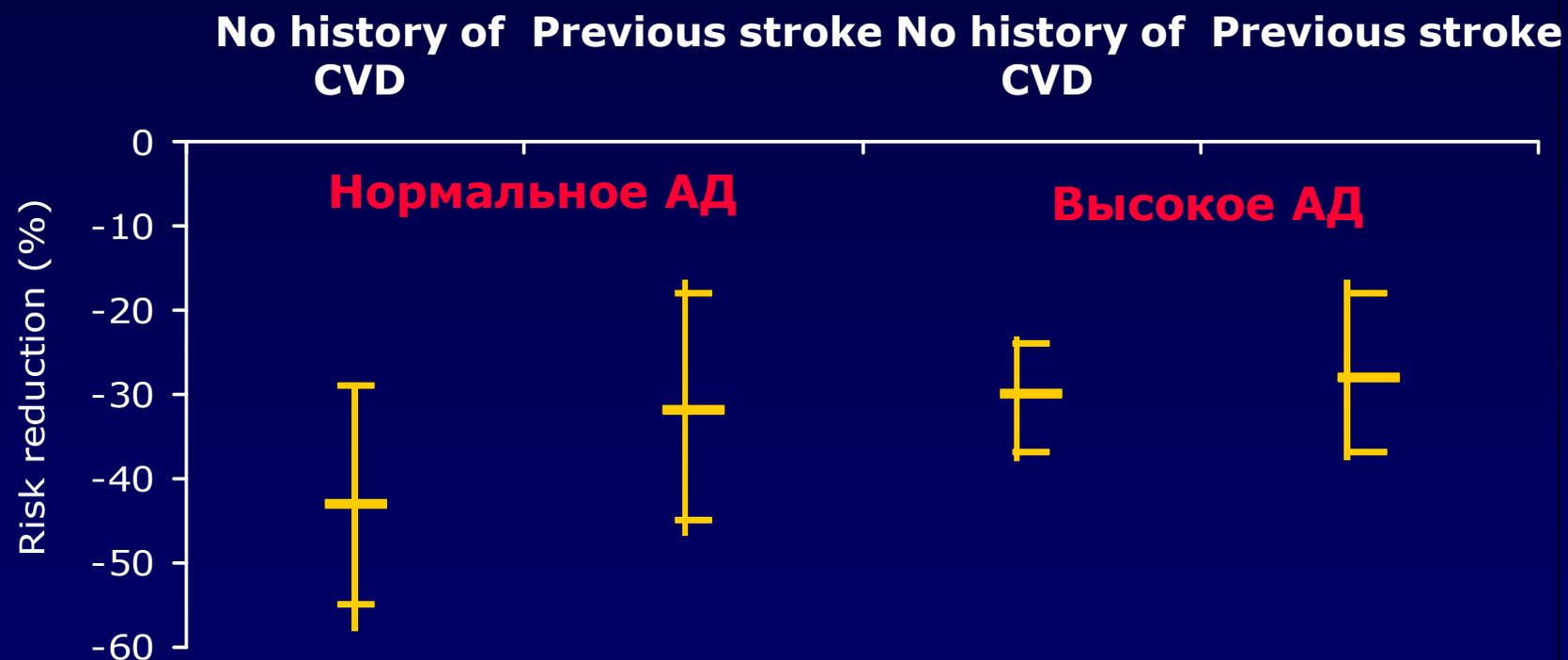
Высокое САД увеличивает смертность от ССЗ



= ; =
 Prospective Studies Collaboration. *Lancet*. 2002;360:1903-1913.

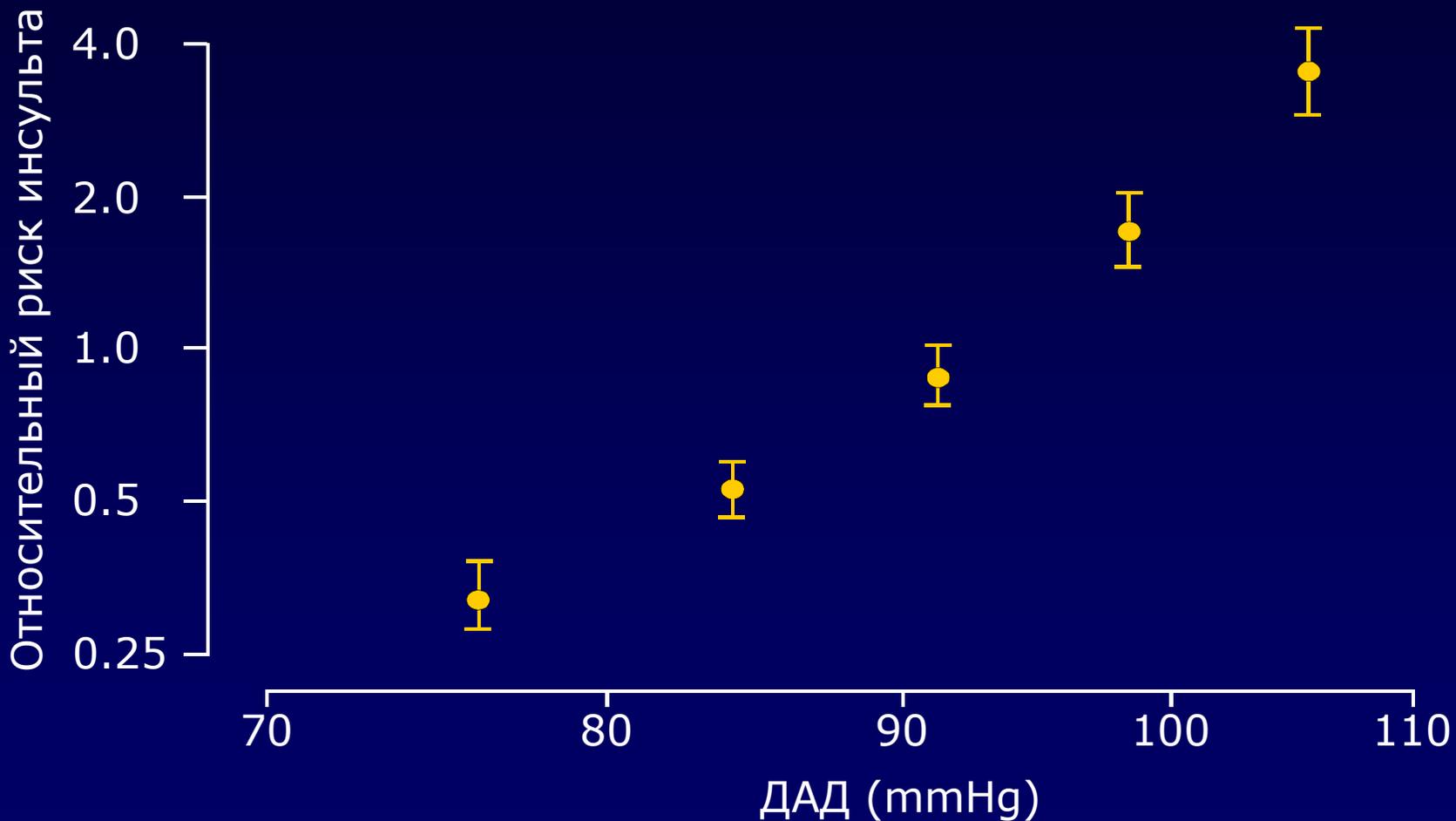
Эффект снижения АД в предотвращении развития инсульта: метаанализ 24 трайлов

- Относительное уменьшение риска на 34% при снижении ДАД на 5 mmHg

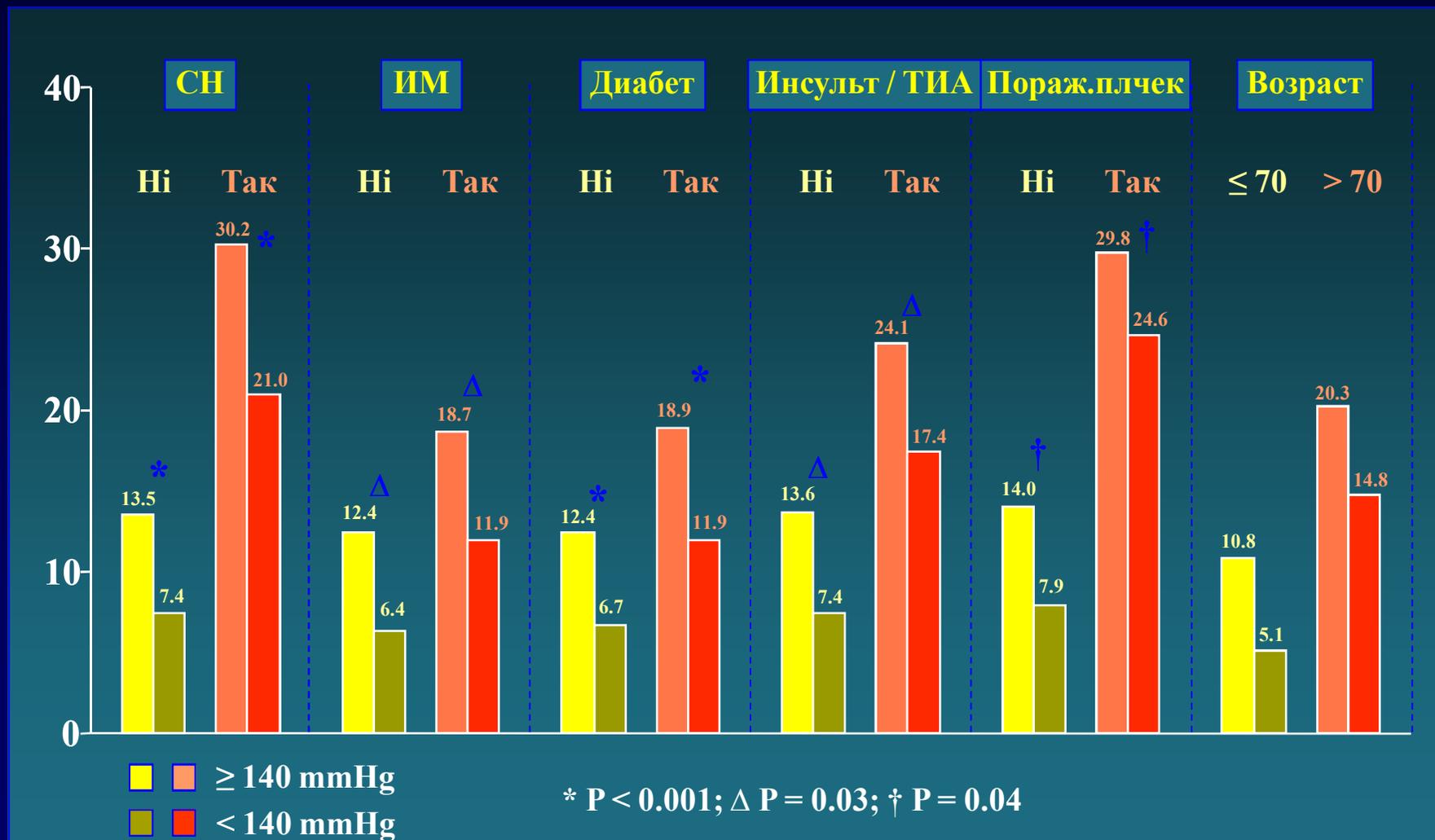


CVD=cardiovascular disease

ДАД повышает риск инсульта: метаанализ 9 трайлов



Риск сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от уровня АД



НИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

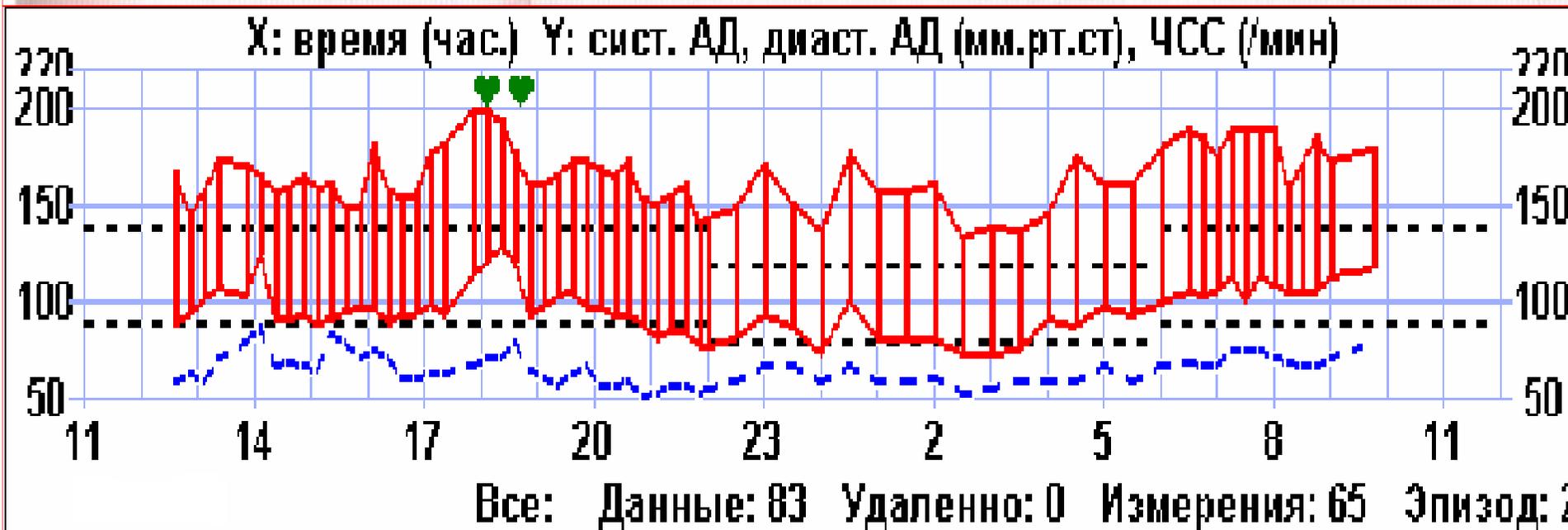
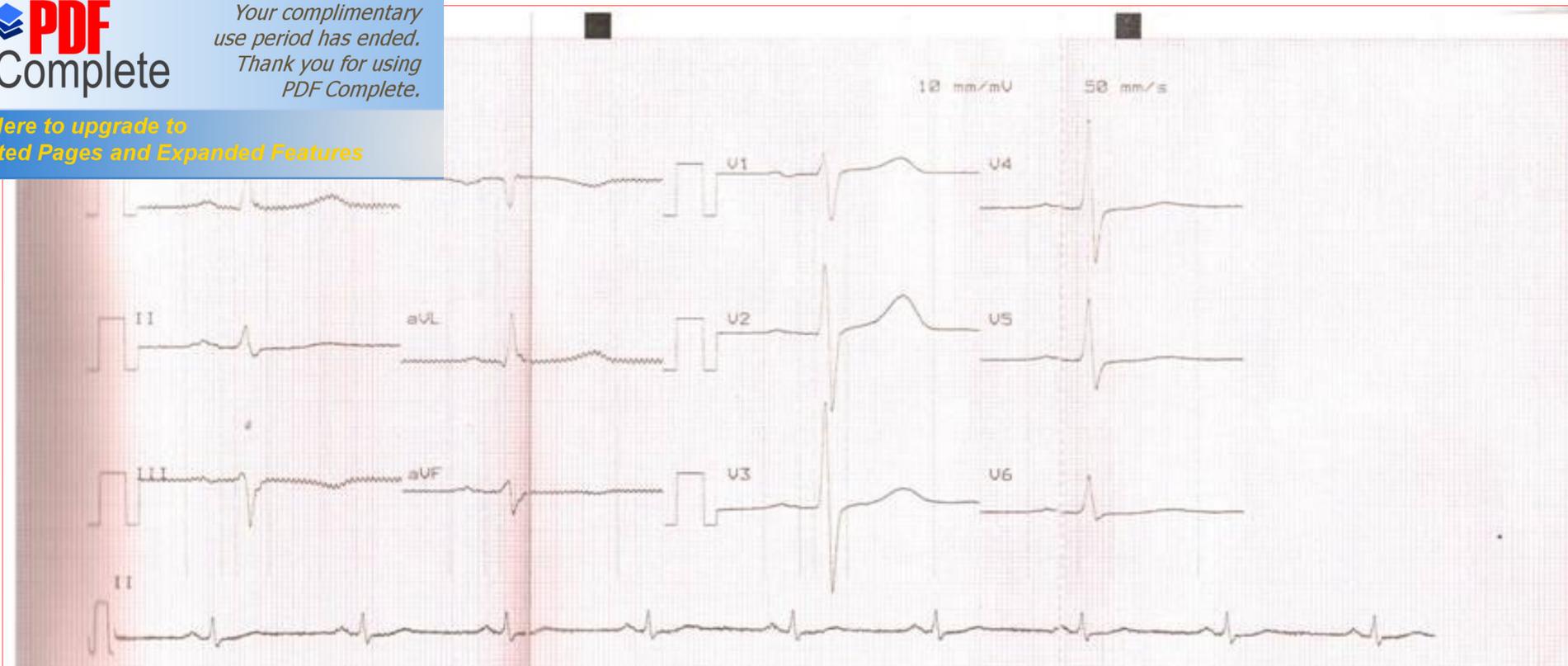
Больной А, 56 лет, вес 92 кг, рост 184 см, ИМТ=28,1 кг/м², объем талии 89 см.

Жалобы: головная боль в затылочной области к вечеру, сопровождается головокружением, одышка при физической нагрузке

Анамнез болезни: Страдает повышением АД в течение 5 лет. Систематически не лечился. АД_{max} 220/120 мм рт ст., АД_{min} достигаемое 160/100 мм рт ст.

Анамнез жизни: Материально-бытовые условия удовлетворительные, удовлетворительные, руководитель, отец трижды перенес инсульт, умер в 70 лет. Мать страдала АГ. У сестры в анамнезе ТИА.

Объективно: Состояние удовлетворительное, Сог: деятельность ритмичная, тоны приглушены. ЧСС=86 уд/мин, АД=180/100 мм рт ст. Pulm: Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=20 в мин. Живот мягкий б/болезненный. Печень у края реберной дуги, б/болезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, б/болезненное. Отеков нет.



20071

ДАТА 04.07.2007. ЧАС 12:14:00

Стать:

Ематологічний аналіз крові № 546.

П.І.б.б. пацієнта:

Алещенко І.С.

А/К, Лікар:

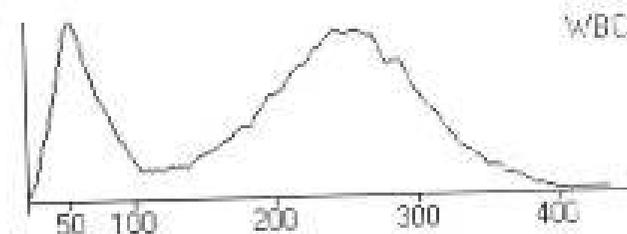
27486 Пешнірова

ЛЕЙКОГРАМА (%):

Еоз. - *2*; П/яд. - *3*; С/яд. - *50*; Лімф. - *35*; Моноц. - *4*; Баз. - *0*

ЗАКЛЮЧЕННЯ:

Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ЛЕЙКОЦ	12.0 h	10 ⁹ /л	4 - 9
ЛІМФ %:	19.4	%	19 - 37
ЛІМФ #:	2.3	10 ⁹ /л	1.2 - 3.0
МОН %:	5.4	%	3 - 11
МОН #:	.6	10 ⁹ /л	0.1 - 0.6
ГРАН %:	75.2 h	%	48.5 - 78.0
ГРАН #:	9.1 h	10 ⁹ /л	2.1 - 6.6

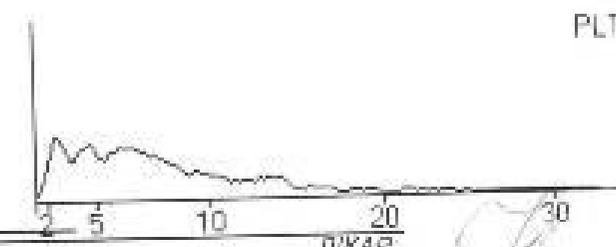


Флаги WBC:

Найменування	Знач.	Од. вимір.	Норми
ЕРИТР:	5.09 h	10 ¹² /л	4.0 - 5.0
ГЕМОГЛ:	154	г/л	130 - 160
Гематокрит	.436		0.40 - 0.48
Сер.Об'єм Ер.	86		75 - 95
Вміст Hb в 1Ер.	30.3	pg	27 - 33
Вм. Hb в Ер-тах	354	г/л	300 - 380
Анізоцитоз	13.3	%	< 16



Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ТРОМБ	241	10 ⁹ /л	150 - 400
Сер.Об'єм Тр.	8.4		7.4 - 10.4
Тромбокрит	.202		0.4
Анізоцитоз Тр.	16.8	%	< 20



ДЗ "Поліклініка № 1" ДУС 264-71-06

ШОЕ *14* мм/год.

ЛІКАР

Пешнірова

4 жовтня 2007

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № 37

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О. Рік народження _____ Стать: Ч/Ж
Медична карта № 23486 Лікар 2942 Діагноз _____

АНАЛІТ	Результат	Норма
Заг. білок	79	65-85 г/л
Сечова к-та	...	Ч. 0,20-0,42 мМ/л
		Ж. 0,14-0,34 мМ/л
Сечовина	9,8	2,5-8,3 мМ/л
Креатинін	0,22	Ч. 0,05-0,11 мМ/л
		Ж. 0,045-0,097 мМ/л
Тимолова п.	4,0	0-4 од.
Серомукобін	250	140-200 ум. од.
Калій	3,8	3,8-5,3 мМ/л
Натрій	142	130,5-152,3 мМ/л
Кальцій іон.		1,03-1,3 мМ/л
Кальцій заг.		2,25-2,5 мМ/л
Хлор		96-108 мМ/л
Залізо		Ч. 11,6-31,3 мк М/л
		Ж. 9,0-30,4 мк М/л

АНАЛІТ	Результат	Норма
Білірубін загальний	15,8	3,6-25,5 мк М/л
Білірубін зв'язаний	15,8	
Білірубін вільний	15,8	
АлАТ	22	Ч. до 42 Од/л Ж. до 32 Од/л
АсАТ	16	Ч. до 37 Од/л Ж. до 31 Од/л
ГГТП	42,8	Ч. 11-61 Од/л Ж. 9-39 Од/л
Амілаза		16-32 г/чехл
Фосф — за луг.	166	Ч. 64-306 Од/л
		Ж. 80-306 Од/л
Холестерин заг.	6,3	3,6-6,2 мМ/л
Тригліцериди	2,7	0,55-1,7 мМ/л
ХС-ЛВЩ	4,0	1,0-1,56 мМ/л
ХС-ЛНЩ	4,0	3,4-4,1 мМ/л
Інд. атероген	5,3	До 3,5

Дата 4. VII 07 Виконав [підпис]

СКФ = 58 мл/мин

10° 11 лютого 2008

Дата 11.02.08 Відділення схр
П.І.Б. Алещенко

Біохімічне дослідження крові 60

Загальний білок 62 65-85 г/л
Альбумін _____ 35-50 г/л
А/Г коефіцієнт _____ > 1,2
Білірубін загальний 10,8 2-21 мкмоль/л
Білірубін прямий _____ 0-5 мкмоль/л
Глюкоза 7,8 3,9-6,4 ммоль/л
Калій _____ 3,4-5,3 ммоль/л
Натрій _____ 130-157 ммоль/л
Холестерин 4,3 3,9-6,5 ммоль/л
АлАТ 0,24 0,1-0,68 ммоль/г. л.
АсАТ 0,20 0,1-0,45 ммоль/г. л.
Лужна фосфатаза 133 135-123 740-2290 нмоль/с. л.
ГГТП _____ 10-106 мкмоль/хв. л.
Альфа амілаза 21,8 12-32 г/г. л.
Холінестераза _____
Сечовина 12,1 2,5-8,3 ммоль/л
Креатинін 186 44-100 мкмоль/л
Тимолова проба 1,8 до 5 Од

Підпис [підпис]

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

АНАЛІЗ КРОВІ № 22544

ВМІСТ ГЛЮКОЗИ

«4» 07 200...4 р.

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О.

№ Карт. 23486 Лікар Томірове

РЕЗУЛЬТАТ

7,1

ММОЛЬ/Л

W / (3,9 - 6,4)

Підпис [Signature]

000 "Медицинская лаборатория"
г. Киев, ул. Героев Севастополя 30,
каб. 7, 3-й этаж тел. (044) 408-08-54

30 января 2008

30.01.2008 16:0

Результаты лабораторного обследования



Дата обследования : 30.01.08

Фамилия И. О. : АЛЕЩЕНКО А

Место приема : Медпрактика

Год рождения:

Пол: мужской

Примечание:

Название исследования, материал	Ед.изм-ия	Результат	Реф.значение
---------------------------------	-----------	-----------	--------------

МАРКЕРЫ ДИАБЕТА

Гликозилированный гемоглобин (плазма ЭДТА) процент

6,70

4,5 6,2

Подпись :

М. П.

16 марта 2007

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

АНАЛІЗ КРОВІ № 362

ВМІСТ ГЛЮКОЗИ

«16» 03 200... р.

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О.

№ Карт. 2438 Лікар Томірове

РЕЗУЛЬТАТ

7,7

ММОЛЬ/Л

W / (3,9 - 6,4)

Підпис [Signature]

Январь 1998
 СТА Ассесенко

Острота зрения ОД 0,9 ОС 0,9
 Очки ОД _____ ОС _____ ДРР _____ мм
 Передний отдел ОД _____ ОС _____
 Биомикроскопия сосудов бульбоконъюнктивных
 I. Сосудистые изменения: _____
 II. Внутрисосудистые изменения: _____
 III. Внесосудистые изменения: _____
 Роговица: прозрачная, помутнение /Д.С./ _____
 Передняя камера: мелкая, глубокая, неравномерная /Д.С./ влага
и норма
 Радужка: норма /Д.С./ _____, зрачок: норма /Д.С./ _____
 Хрусталик: прозрачен /Д.С./, мутный частично, спицы, _____
 полностью /Д.С./ _____
 Глазное дно ОИ: ди зр. нерв. Норма
 Границы гипер цвет блужд. ружд.
 Сосудистые соотношения /в №/ _____
 Артерии /сужены, неравномерны, напряжены, выпрямленные, извиты, _____
 симптом серебряной, проволоки симптом медной проволоки, _____
 облитерация распространенная, нераспространенная/ _____
 Вены расширены, очень широкие, обычного калибра, извиты, наличие _____
 микроаневризм. Самос I, II, III.
 Очаговые изменения: кровоизлияния единичные, мелкие, множественные, _____
 различной величины /Д.С./ в центральных _____
 отделах, на периферии.
 Ишемические очаги, фигура звезды, дегенеративные, хориоретинальные _____
 очаги:
 ВГД ОД _____ ОС _____ ЭК ОД _____ ОС _____
 Диагноз: Нарушения микроциркуля-
ции со
ангиоматоз склеротич.
 Назначение: септалин
Н.И.И.

Октябрьская больница

Почки

7 апреля 2000

Центральная клиническая больница г. Киева
 Отделение радионуклидной диагностики т. 227-9188

Динамическая сцинтиграфия почек с пентатех Tc-99m

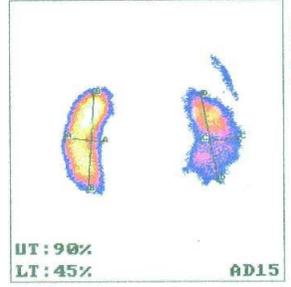
10:47:01 07-04-00

Пациент : АПЕЩЕНКО И.О. (408)

Возраст : 42 года

Изотоп : Tc99m (40мбк)

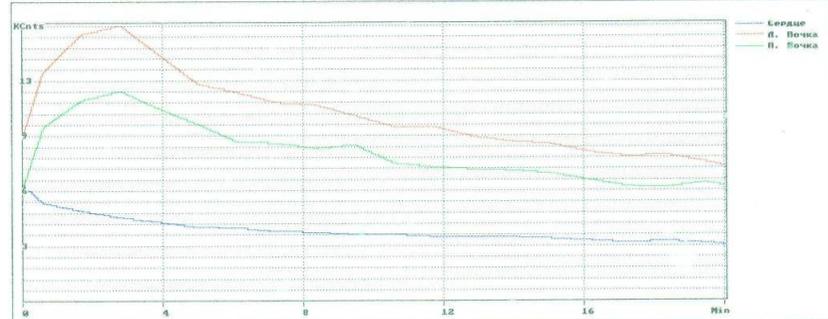
лучевая нагрузка: 0.96 мЗв



A-A : АП. Шир. : 42 мм
 B-B : АП. Выс. : 106 мм
 C-C : АП. Шир. : 43 мм
 D-D : АП. Выс. : 94 мм

UT: 90%
 LT: 45%

AD15



Показатель	Общие	Л. Поч	П. Поч	Ед.	Норма
T 1/2 крови	37			мин	35-40
КФ	103			мл/м	80-120
КФ /ст. пов.	83			мл/м	
дКФ	113			мл/м	
ФРП	91			%	
КФ разд.		59	44	мл/м	45-55
T макс		3	3	мин	до 5
Макс. сч.		15796	11996	им/м	
T 1/2		19	Нет	мин	до 20
Ост. РФП		49	54	%	
Ассим.	132			%	

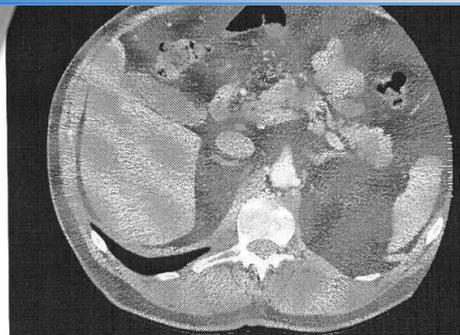
На сцинтифото представлен объем функционирующей паренхимы обеих почек.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: снижение секреторно-экскреторной функции правой почки. Объем клубочковой фильтрации правой почки снижен на 25% относительно левой почки и должной величины КФ.

С.П.С.

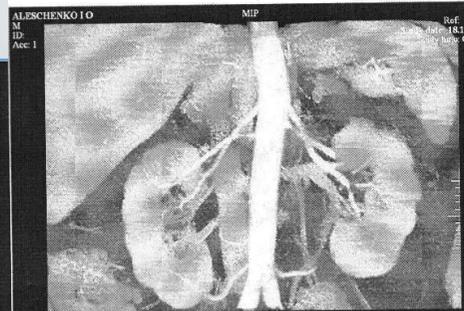
<<Verta!>>

10.2007

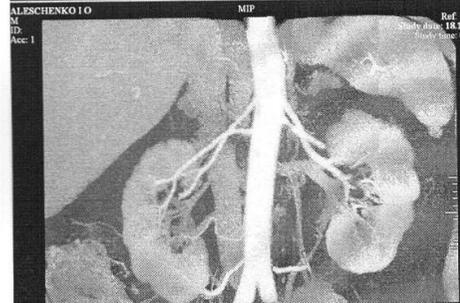
SCHENKO I.O. , : CT from 18.10.2007



W800 / C100
KV: 120
ma: 365
ST: 0.6mm

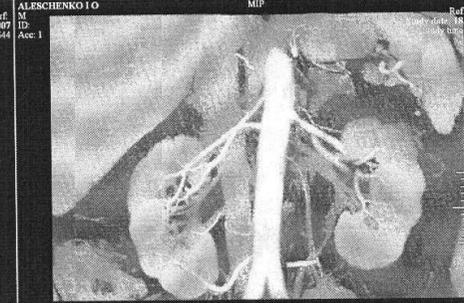


ALESCHENKO I O MIP
M ID: 18.10.2007
Acc: 1



ALESCHENKO I O MIP
M ID: 18.10.2007
Acc: 1

WS19 / C115
KV: 120
ma: 365
ST: 15.6mm



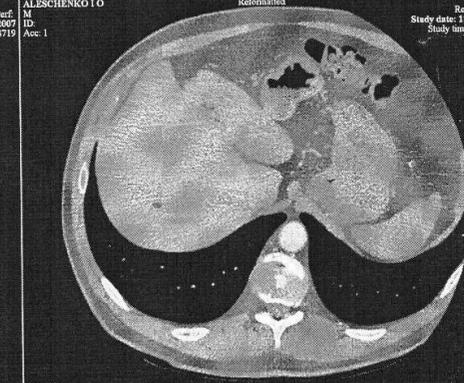
ALESCHENKO I O MIP
M ID: 18.10.2007
Acc: 1

WS19 / C115
KV: 120
ma: 365
ST: 15.6mm



ALESCHENKO I O MIP
M ID: 18.10.2007
Acc: 1

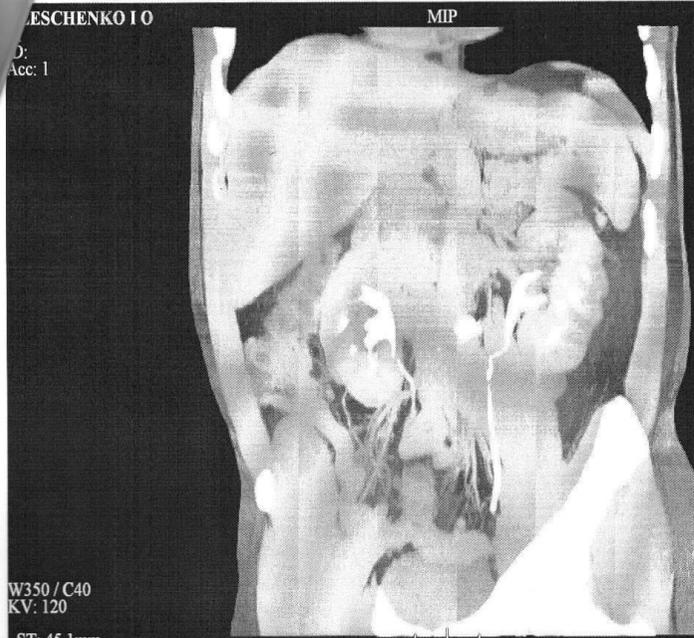
WS19 / C115
KV: 120
ma: 365
ST: 15.6mm



ALESCHENKO I O Refonntat
M ID: 18.10.2007
Acc: 1

WS19 / C115
KV: 120
ma: 365

W800 / C100
KV: 120
ma: 365



ALESCHENKO I O MIP
M ID: 18.10.2007
Acc: 1

Ref. / Perf.
Study date: 18.10.2007
Study time: 065309

W350 / C40
KV: 120

ST: 45.1mm

Position: HFS
106 IMA 1
Zoom factor: x3.13



ALESCHENKO I O MIP
M ID: 18.10.2007
Acc: 1

Ref. / Perf.
Study date: 18.10.2007
Study time: 065316

W350 / C40
KV: 120

Position: HFS
106 IMA 2

18 октября 2007

НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Інститут Кардіології ім. М.Д. Стражеска
Інститут томографії Регіонального лікувально-діагностичного центру
80 Київ-80, вул. Народного Ополчення, 5. тел.(38-044) 249-70-14
Спиральної комп'ютерної томографії аорти, черевної порожнини

ПІБ:	Апещенко І.О.	Номер дослідження:	2739	Товщина зрізу, мм:	0,625
Вік:	49	Дата дослідження:	18.10.07.	Орієнтація зрізу:	Поперечна
Стать:	Чол.	Проміневе навантаження, мЗв:	3.2	Контраст:	ОМНИПАК
Історія хвороби:		Концентрація, мг/мл:	350	Об'єм, мл:	100
Діагноз:	ОБСТЕЖ.	Швидкість введення, мл/с:	3.5		

Исследование выполнено до и после в/в введения контрастного препарата в артериальную и паренхиматозную фазы контрастирования. Ослобненний на в/в введеніе контрастного препарата не выявлено.

Печень обычно расположена, контуры ее четкие, ровные, незначительно увеличена, на 20мм ниже края реберной дуги. Паренхима гомогенная, плотность 57 - 61НУ., внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь не расширен, содержимое однородное, стенки уплотнены. Селезенка в размерах не увеличена, с четкими контурами, паренхима ее однородная.

Поджелудочная железа гетерогенного строения, с четкими контурами, не увеличена, очаговых изменений паренхимы не определяется.

Надпочечники без особенностей. Контуры четкие ровные.

Почки расположены на уровне L3-L4, верхний полюс ниже уровня 12 ребра. Контуры их четкие, ровные, паренхима однородная, плотность не изменена. Рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено.

Визуализируются увеличенные л/у печеночной группы 20x23мм, 27мм в диаметре, 20x31мм, желудочно-сальниковой группы до 15мм в диаметре. Костной деструкции на исследованном уровне не определяется.

Максимальные размеры брюшной аорты: на уровне чревного ствола – 25 x 25мм, на уровне верхней брыжеечной артерии – 24 x 23.3 мм, на уровне отхождения почечных артерий 21 x 22 мм, на уровне бифуркации – 16 x 17 мм. Общие подвздошные артерии 10.5 мм.

При проведении аортографии определяются четыре почечные артерии правой почки и две артерии левой почки.

Верхние артерии обеих почек отходят на уровне верхней мезентериальной артерии. Ниже на 6-7мм отходят следующие почечные артерии.

Третья артерия правой почки, диаметром 1,5-2мм, отходит ниже 2-ой на 60-70мм.

Артерия нижнего полюса правой почки отходит на 5мм выше бифуркации на подвздошные артерии. Убедительных данных за сужение, стенозы почечных артерий не выявлено.

В паренхиматозную фазу обе почки функционируют, симметрично выделяют контрастное вещество. Определяется неполное удвоение лоханочно-мочеточникового сегмента.

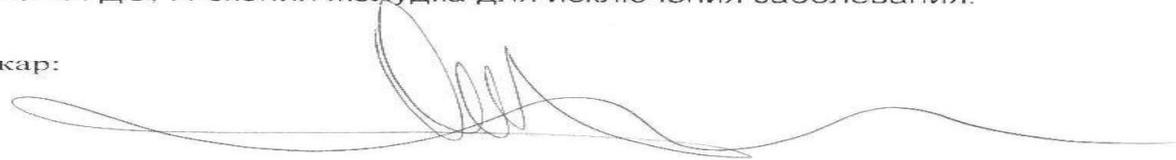
Заключение: Аномалия развития – дополнительных артерий почек. Неполное удвоение лоханочно-мочеточникового сегмента обеих почек.

Двухсторонняя поясничная дистопия почек.

Лимфоаденопатия узлов печеночной, желудочно-сальниковой групп, не ясного генеза.

R-но: ФГДС, R-скопия желудка для исключения заболевания.

Лікар:



О.А. Шараєвський.

6 ноября 2007
исследок

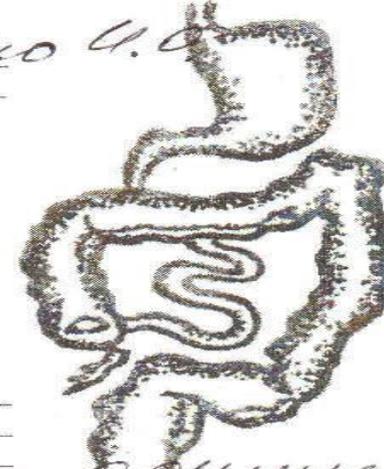
МЗ УКРАИНЫ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №18 г.КИЕВА

ГОРОДСКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ФЭГДС № 3160

Бульвар Шевченко, 17, тел. 235-70-68

Фамилия, имя, отчество Алещенко И.О.

В пищеводе без патологии.
В желудке натощак умеренное количество
Секреторной жидкости.
Форма и размеры желудка обычные.
Слизистая желудка гиперемирована, складки
сохранены, эластичны.
Привратник округлой формы, перистальтирует.
Слизистая луковицы и 12п. кишки умеренно
гиперемирована.



В антральном
отделе желудка оршизм.
и на слизистой желудка.

[Handwritten signature]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эритематозная гастропатия. Эрозивная
гастропатия.



« 6 » XI 2007г.

Врач: [Signature]



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

17 вересня 2007
огії ім. М.Д. Стражеска АМН України
ціональної діагностики КМАПО ім. П.Л. Шупика

ЕКОКАРДІОГРАФІЯ

Король Олександр, 49 р.

Площа поверхні тіла = 2.3 м², ВТС ЛШ = 20.45 у.о.

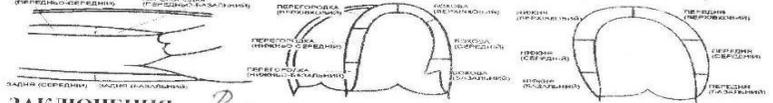
	Значення	Межі норми	Показник	Значення	Межі норми
Стінка ЛШ (см)	0.7	<math><0.5</math>	КДР ЛШ (см)	4.75	3.5-5.7
LVOI/Висх. аорта (см)	2.3/3.9	2.0-3.8	КСР ЛШ (см)	2.95	2.3-3.8
ЛП (см)	4.9	2.0-4.0	КДО ЛШ (мл)	105	51-160
ПП (см)		2.0-4.0	КСО ЛШ (мл)	33	14-70
ПШ (см)	3.9	0.9-3.0	УО (мл)	72	
МШП (см)	1.7	0.6-1.2	МК:		
Стінка ЛШ (см)	1.7	0.6-1.1	Е/А	0.87	
			Е/Em	0/0 <math><1</math>	
ФВ ЛШ (%)	68%	>55%	DecTime (с. мс)	240	
			IVRT (мс)	120	RR:
			Vp (см/с), E/ Vp		
Клапан	Структура		Функція		
Мітральний	N		N		
Аортальний	N		N		
Трикуспідальний	N		N		
Легеневої артерії	N		N		

Легенева гіпертензія: немає, помірна, виражена, важка. Сист. тиск у ЛА = 15 mmHg.

Перикард: N

Діастолічна дисфункція ЛШ: немає, порушення релаксації (Е <math><A></math>) вікові зміни, псевдонормалізація, рестриктивне наповнення, визначити неможливо.

Сегментарна скоротливість (гіпер-1; нормо-1) гіпо-2, акі-3, дискінезія-4):



ЗАКЛЮЧЕННЯ: Виражена концентрична гіпертрофія ЛШ. Ехо-признаки гіпертензивного серця. Сократимість задовільна.

Дата 12.09.2007 Лікар: [Signature]

Заключение:

**Выраженная концентрическая гипертрофия ЛЖ
ЭХО-признаки гипертензивного сердца
Сократимость удовлетворительная**

ИММЛЖ=208 г/м2



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

17 сентября 2007

НАУКОВИЙ ЦЕНТР
імені АКАДЕМІКА М.Д.СТРАЖЕСКА"
АРИТМІЙ СЕРЦЯ
одного ополчення,5)

ВЕЛОЕРГОМЕТРІЯ

П.І.П. Амешко І.О. 49, 19___ р.н., стать чоловік

Мета проби: проба на ІХС, визначення толерантності до фізичного навантаження
Вихідний стан: вага 102 кг, зріст ___ см.

- Розрахункові належні величини:
1. Субмаксимальне (75%) навантаження 185 Вт.
 2. Субмаксимальна (75%) ЧСС 152 уд/хв.

Протокол: Початковий рівень 50 Вт, приріст 22 Вт, тривалість кожного ступеня 3 хв.

Навантаження	Вихід	50 Вт	100 Вт	150 Вт	200 Вт	Вт	Вт	Вт
Тривалість		3'	3'	3'	2'			
ЧСС, уд/хв.	68'	74'	82'	100'	106'			
АТ, мм.рт.ст.	130/95	140/100	145/100	170/100	180/120			

Досягнуті показники:
Порогове навантаження 230 Вт.
Тривалість навантаження 2 хв.
Максимальна ЧСС 106 уд/хв.
Максимальний АТ 180/120 мм.рт.ст.

Зміни ЕКГ: - немає,
- зміни сегмента ST: депресія на ___ мм. у відведеннях ___
елевація на ___ мм. у відведеннях ___
- зміни зубця Т: позитивізація у відведеннях ___
негативізація у відведеннях ___
- порушення ритму: ___
- зміни вольтажу зубця R: ___

Клінічні дані: немає, виражена втома, приступ стенокардії, необхідність прийому нітрогліцерину (___ табл.), запаморочення. + біль в ногах

ЗАКЛЮЧЕННЯ ПО ФУНКЦІОНАЛЬНОМУ СТАНУ СЕРЦЯ:

Проба на ІХС: негативна, позитивна, сумнівна, неінформативна (недосягнення ЧСС).
Толерантність до фізичного навантаження: в нормі, знижена, відповідає ФК.
Реакція АТ на навантаження: нормотонічна, гіпертонічна, дистонічна, гіпотонічна.
Реституція: - ЧСС: - в межах вікової норми, сповільнена, 3 хв.
- АТ - в межах вікової норми, сповільнена, 3 хв.
- зміни ЕКГ: ___ хв.
- більового синдрому: ___ хв..

Проба припинена у зв'язку з:
- досягненням максимальної ЧСС.
- перевищенням АТ максимально допустимих меж (230/120 мм.рт.ст.).
- виникненням приступу стенокардії.
- виникненням проявів ішемії на ЕКГ.
- втомою пацієнта. + біль в ногах

Дата 17/09/2007 Лікар [Signature]

Заключение:

**Проба на ИБС –
неинформативная,
не достигнута ЧСС
тах**

**Толерантность к
физ.нагрузке - в
норме**

**Реакция АД –
гипертоническая**

Реституция – норма

**Проба прекращена
вследствие
усталости пациента,
(боль в ногах)**

6 лютого 2007

Сосуди голови і шиї

Л
Е ВІДДІЛЕННЯ

СКАНУВАННЯ

фальних судин і транскраніальне
дулексне сканування

Апарат: **LOGIQ 400 PRO series**

Пацієнт: Александров Г. О. 1958 р. нар.

Дата: 6 / 11 / 2007 р.

Комплексу "інтіма-медіа" сонних артерій 0,7 мм структура
важкий

Діаметр хребтових артерій у VI сегменті: лівої 4,0 мм, правої 3,0 мм.

Брахіоцефальний стовбур: з проходів

Підключичні артерії: в біфуркації обидьох СА -
стінка 3,0-3,5 мм

Венозний відтік: н

ТК УЗДС

Артерія	справа (Ps, см/с)	ліва (Ps, см/с)	N (см/с)
A. cerebri anterior	90	90	40-90
A. cerebri media	130	125	60-120
A. cerebri posterior	80	70	40-90
A. vertebralis (V 4)	50	60	30-90
A. basillaris		65	30-90
A. supratrochlearis	50/18	50/18	

RI (індекс периферичного опору): 0,58 - змертвілі
тисі спектраграм

Заключення: Таборова легка перманентна

Рекомендації: перевірка кровотоку на
висівки Андрюшарузе

Лікар: Лазакובה І.Р.

(підпис, прізвище, ім'я, по батькові)

Тисі корекція АТ.

Поліклініка №1 ДУС
Лабораторія

Аналіз крові
показники системи згортання

П. І. Б. Александров Г. О.
Мед. карта 234 86 Лікар 299

Найменування дослідження	Результат	Норма
Толерантність плазми до гепариту	10	6-13 хв.
Протромбіновий індекс	116	70-130%
MNV	15/285	0,89-1,33
Тромбіновий час	15/285	15-18 сек
Фібриноген	3,3	2-4 г/л
Еталонний тест	негативний	Негативний
Фібринолітична активність		7-8 хвилин
АТЧТ	38 8	32-42 сек
Гематокрит	50	Ч: 40-48% Ж: 36-42%

4 " 07 20 р. Підпис [підпис]

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

ГБ, III степени, II стадии, очень высокого риска (4). ГЛЖ. СН I ст. , NYHA II ст. сохраненной систолической функцией.

СД 2 тип, ст компенсации.

ХБП, II стадия, аномалия развития почек, ХПН I ст.

Рекомендуемые препараты

**Состояние
высокого риска,
особые показания**

**Диу
ретики**

**Бета-
блокатор
ы**

**АПФ-
I**

БРА

БКК

**Антагонисты
альдосте
рона**



ПЬНОГО –ВЫСОКОГО КАДИОВАСКУЛЯРНОГО УТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК НА ФОНЕ СД ТИП2



АРА II

ИАПФ

В-АБ



АНТИТРОМ-БОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Пациент А., 56 л

ТИАЗИДОВЫЙ ДИУРЕТИК

СТАТИНЫ

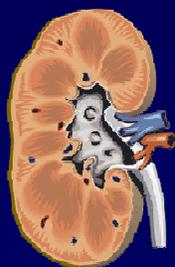
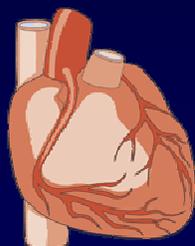
БЛОКАТОР КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ

КОНТРОЛЬ СОПУТСТВУЮЩ ИХ СОСТОЯНИЙ (СД, А/Б терапия?)



Органы – мишени артериальной гипертензии

- “ ишемия
- “ инфаркт миокарда
- “ гипертрофия миокарда
- “ СН



- “ нефросклероз
- “ атрофия нефронов
- “ ХПН

- “ инсульт
- “ ТИА



- “ ретинопатия
- “ повреждение
- “ слепота

ГИПЕРТОНИЯ

Целевое артериальное давление

Популяция пациентов	Целевое АД
Общая популяция больных	< 140/90 мм рт ст
АГ + сахарный диабет без протеинурии	< 130/85 мм рт ст
АГ + сахарный диабет с протеинурией	< 125/75 мм рт ст
АГ + хроническая почечная недостаточность	< 125/75 мм рт ст

(2007)

АД	<130/80
протеинурия 1г/24 час	<125/75
HbA1c	≤6,5%
Глюкоза венозной крови натощак	<6,0 мг/дл
постпrenaдальная	<7,5 мг/дл
ОХС	<4,5 мг/дл
ЛПНП	≤1,8 мг/дл
ЛПВП	
мужчины	>1,0
женщины	>1,2
Триглицериды	<1,7
ИА	<3

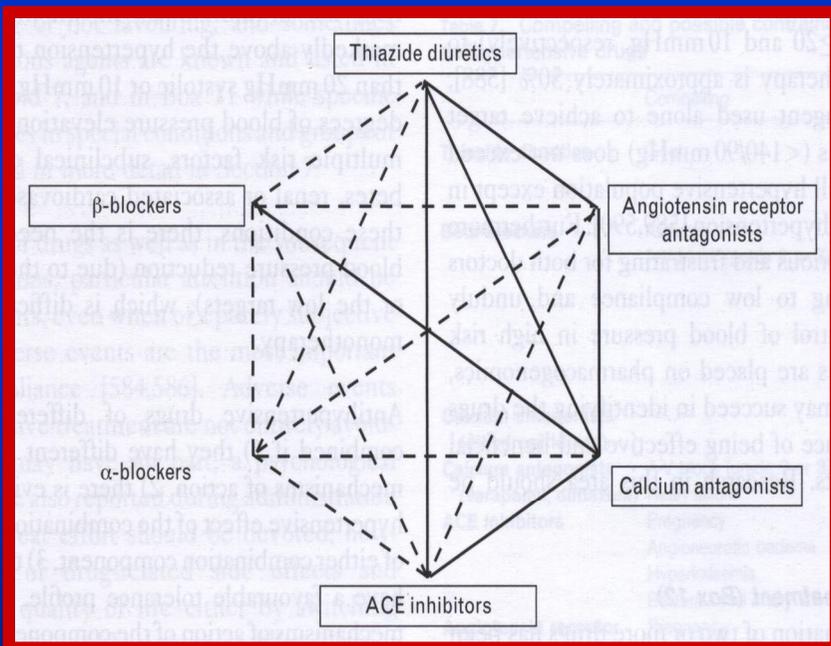
История применения гипотензивных препаратов



Оптимальная комбинация антигипертензивных препаратов 2009 год

Диуретик

БРА



БКК

ИАПФ

у не рекомендуется назначать е(ТД) и тиазидоподобные (ТПД) диуретики больным СД 2 типа?

- При использовании ТД в высоких дозировках их комплексы с белками плазмы могут препятствовать утилизации глюкозы в тканях, ↑ гликемию, ↑ инсулинорезистентность, ↑ уровни ОХС и ХСЛПНП в плазме.

Brenner B. The Kidney, 2004, p. 2469-2494

ИАПФ+ТД

**иические нарушения, связанные с
приемом ТД**

Editorial Commentary

Thiazide-Associated Glucose Abnormalities: Prognosis, Etiology, and Prevention Is Potassium Balance the Key?

Jeffrey A. Cutler

**Да,
ТД ↑
риск**

СД

**Опасн
о ли
это ?**



ИАПФ+ТД

иические нарушения, связанные с приемом ТД

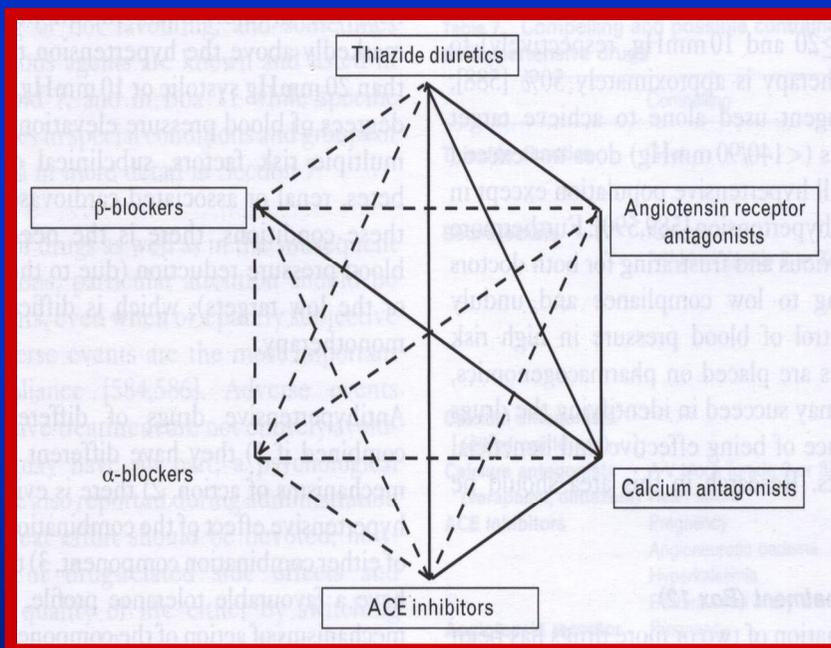
Reports by Verdecchia et al.⁶ seem to support this view. They observed that treatment with thiazide diuretics was an independent predictor of new diabetes among patients with hypertension, followed for a median of 6 years (range, 1 to 16 years).

On the other hand, additional analysis from the ALLHAT did not find an increased risk of cardiovascular events among patients with impaired fasting glucose or diabetes who received thiazide diuretics compared with patients who received either ACE inhibitor or CCB.⁷ In addition, in a 14-year follow-up study of patients from the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP), the investigators did not find an increased risk of mortality among patients who developed diabetes during the trial while receiving chlorthalidone compared with patients who developed diabetes during the trial but received placebo.⁸

Оптимальная комбинация антигипертензивных препаратов 2009 год

Диуретик

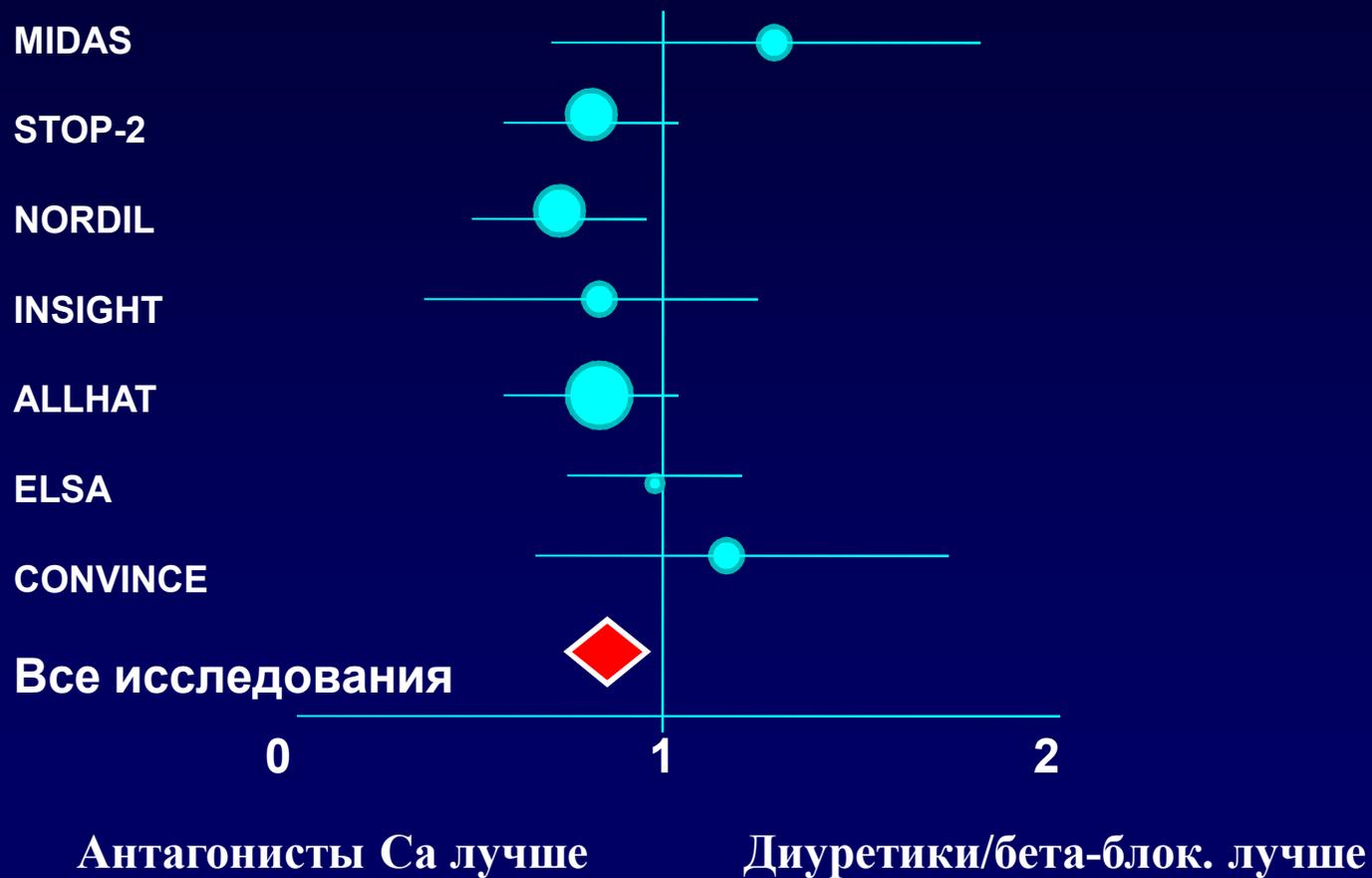
БРА



БКК

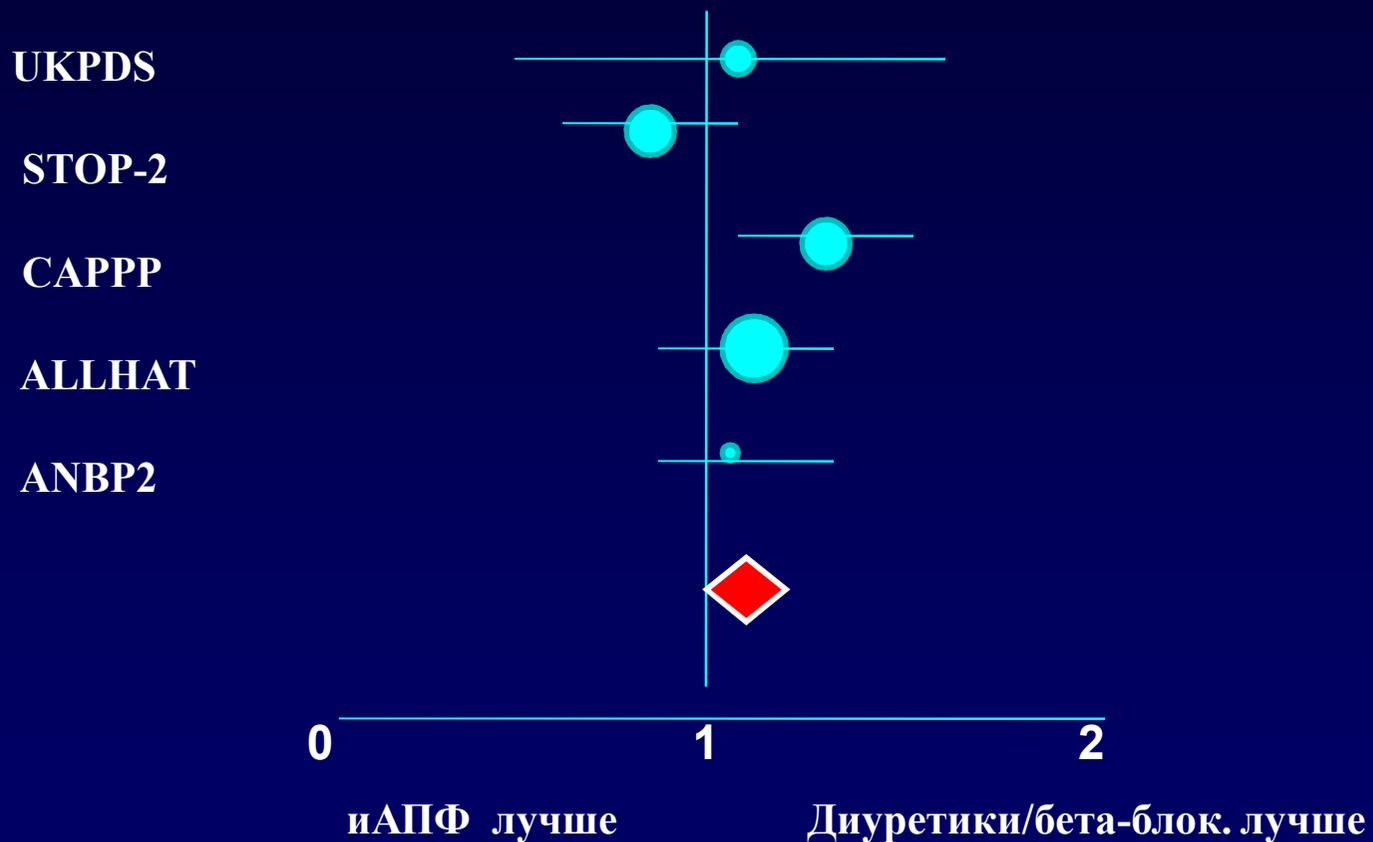
ИАПФ

Протекторное действие антагонистов Ca по сравнению с диуретиками/бета-блокаторами



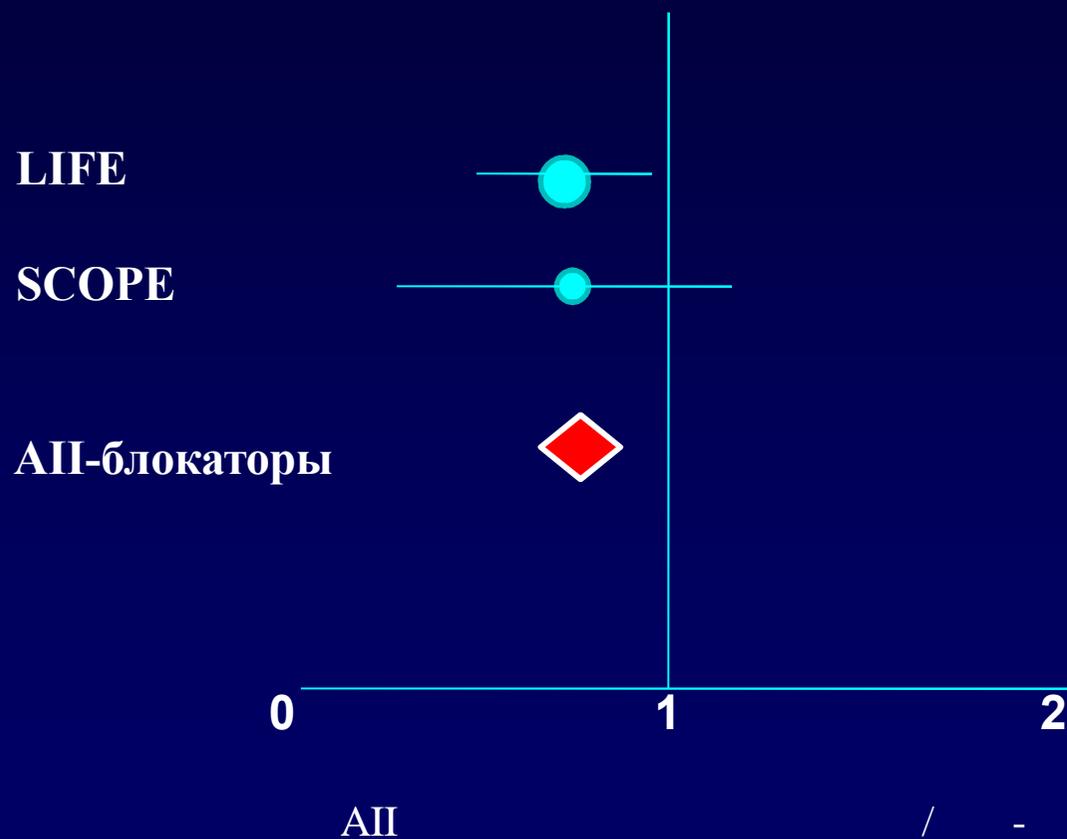
Церебропротекторное действие ингибиторов АПФ

по сравнению с диуретиками/бета-блокаторами



Церебропротекторное действие АП-блокаторов

по сравнению с диуретиками/бета-блокаторами



Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration meta-analysis

N = 158,709

Δ BP between Rx (mm Hg)

ИАПФ vs D/BB

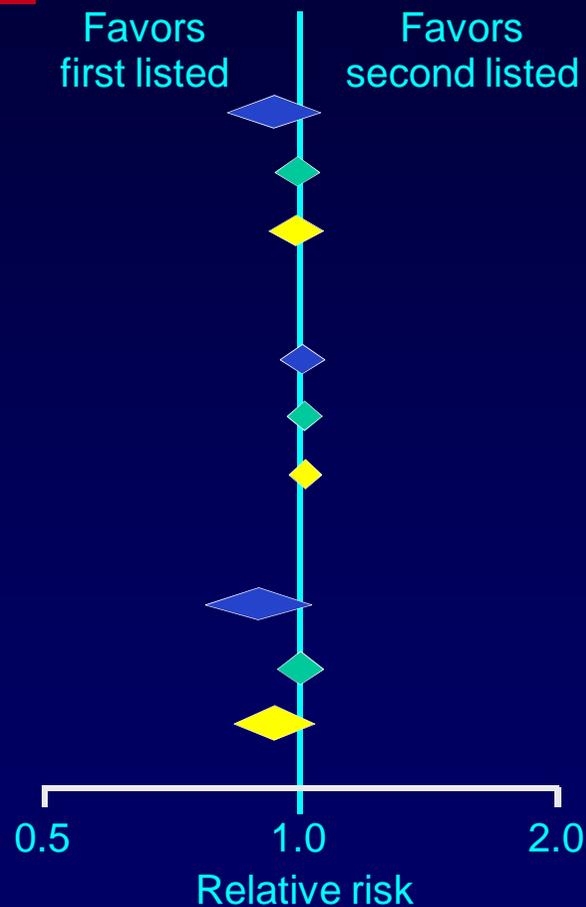
	Δ BP (mm Hg)	Relative risk
Diabetes	2.2/0.3	0.83
No diabetes	1.5/0.2	0.98
Overall (P homog = .33)		0.96

БКК vs D/BB

Diabetes	0.7/ 0.8	1.00
No diabetes	1.1/ 0.4	1.01
Overall (P homog = .86)		1.01

ИАПФ vs БКК

Diabetes	1.6/1.2	0.76
No diabetes	1.3/0.9	0.98
Overall (P homog = .22)		0.83



ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor
 D/BB = diuretic/ β -blocker
 CCB = calcium channel blocker

АНАЛИЗ СРАВНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТОВ

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration meta-analysis

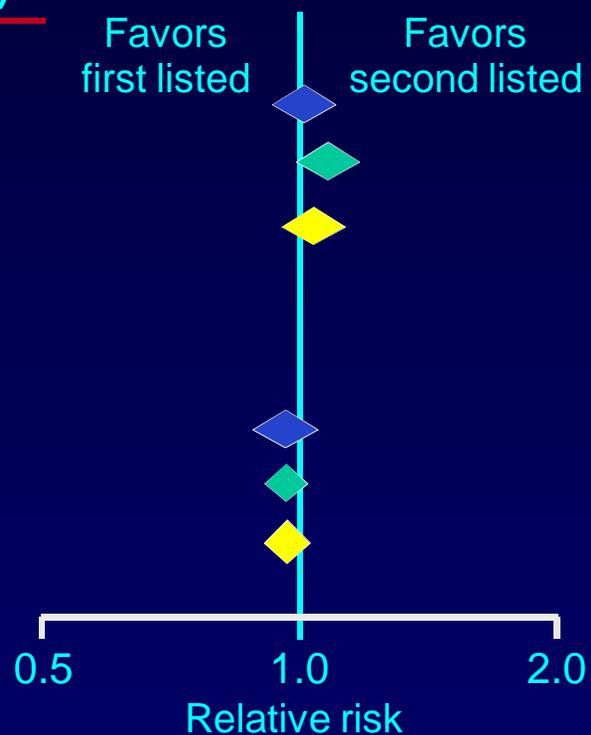
N = 158,709

ИАПФ vs D/BB

	Δ BP between Rx (mm Hg)		
Diabetes	2.2/0.3	Favors first listed	1.02
No diabetes	1.4/0.2		1.11
Overall (P homog = .49)			1.08

БКК vs D/BB

Diabetes	0.7/. 0.8		0.94
No diabetes	1.1/. 0.4		0.92
Overall (P homog = .84)			0.92



ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor
 D/BB = diuretic/ β -blocker
 CCB = calcium channel blocker

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

4.4.3 ACE inhibitors versus calcium antagonists

Comparisons of these two drug classes as performed in the BPLTT meta-analysis are based on a total of almost 26000 patients from 6 studies.²⁹² The results show the odds ratio expressing relative benefits of the two regimens to be close to unity and non-significant for total coronary

events, cardiovascular mortality, total mortality as well as coronary heart disease. Protection against stroke was, on the other hand, significantly more effective for calcium antagonists, whilst protection against heart failure was better for ACE inhibitors.

European guidelines on hypertension European Society of Hypertension Task

Force document

Giuseppe Mancia^a, Stéphane Laurent^b, Enrico Agabiti-Rosei^c,
Ettore Ambrosioni^d, Michel Burnier^e, Mark J. Caulfield^f, Renata Cifkova^g,
Denis Clément^h, Antonio Cocaⁱ, Anna Dominiczak^j, Serap Erdine^k,

Calcium antagonists

Calcium antagonists have been cleared from the suspicion of causing a relative excess of coronary events by the same authors who had raised the suspicion [195]. On the contrary, some recent meta-analyses [148,186,187,196] suggest that these agents may have some additional advantage in preventing stroke,

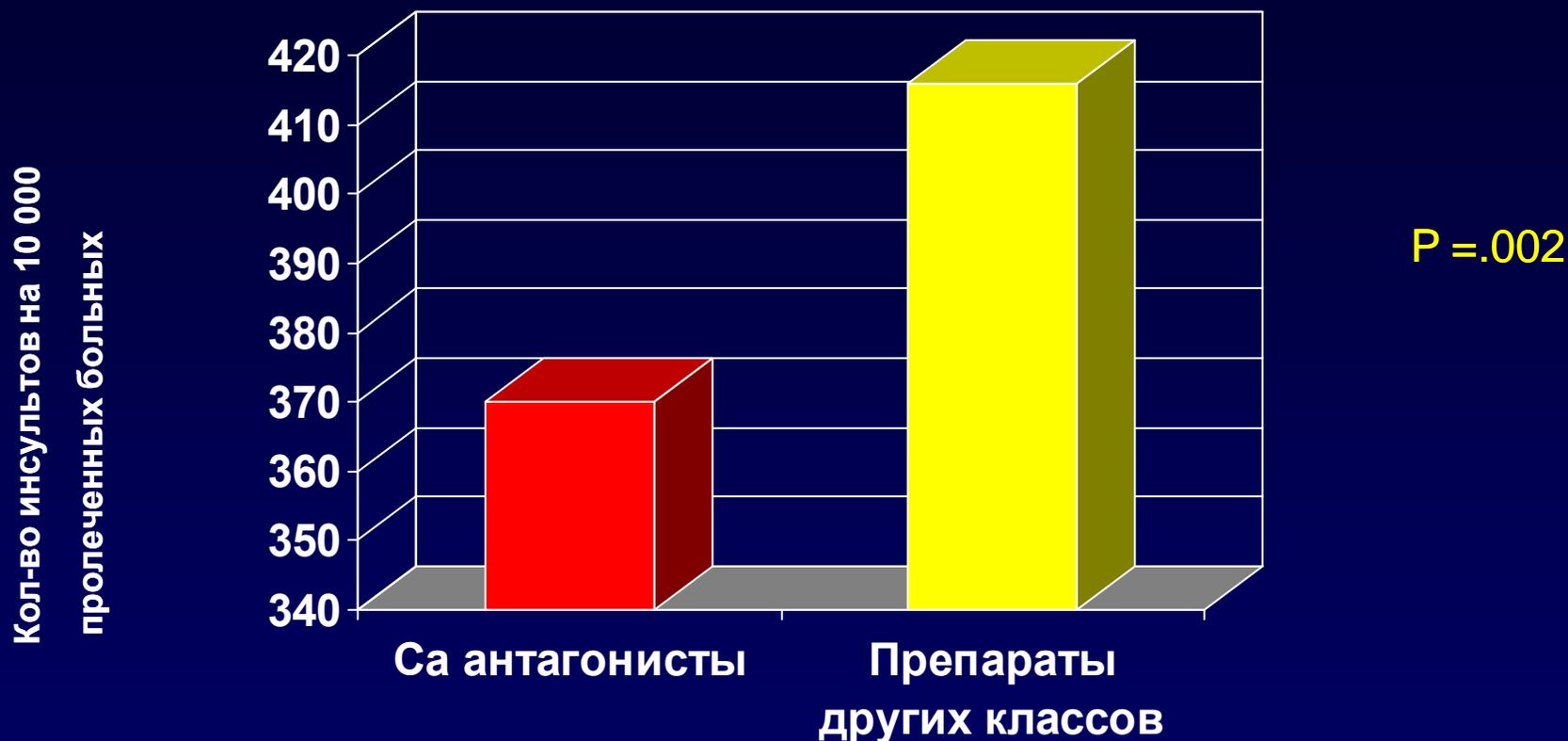
HYPERTENSION AND STROKE

Cristina Sierra, Antonio Coca

*Hypertension Unit, Department of Internal Medicine, Institute of Medicine and Dermatology, Hospital Clinic (IDIBAPS),
University of Barcelona, Barcelona, Spain*

In the overviews of randomised trials performed by the Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration (BPLTTC) [14] in 2000, the data showed that placebo-controlled trials of calcium antagonists reduced the risk of stroke by 39% [95% CI 15–56] and that placebo-controlled trials of ACE inhibitors reduced the risk of stroke by 30% [95% CI 15–43], without significant differences between these groups of regimens. More “inten-

Антагонисты Са в профилактике инсультов

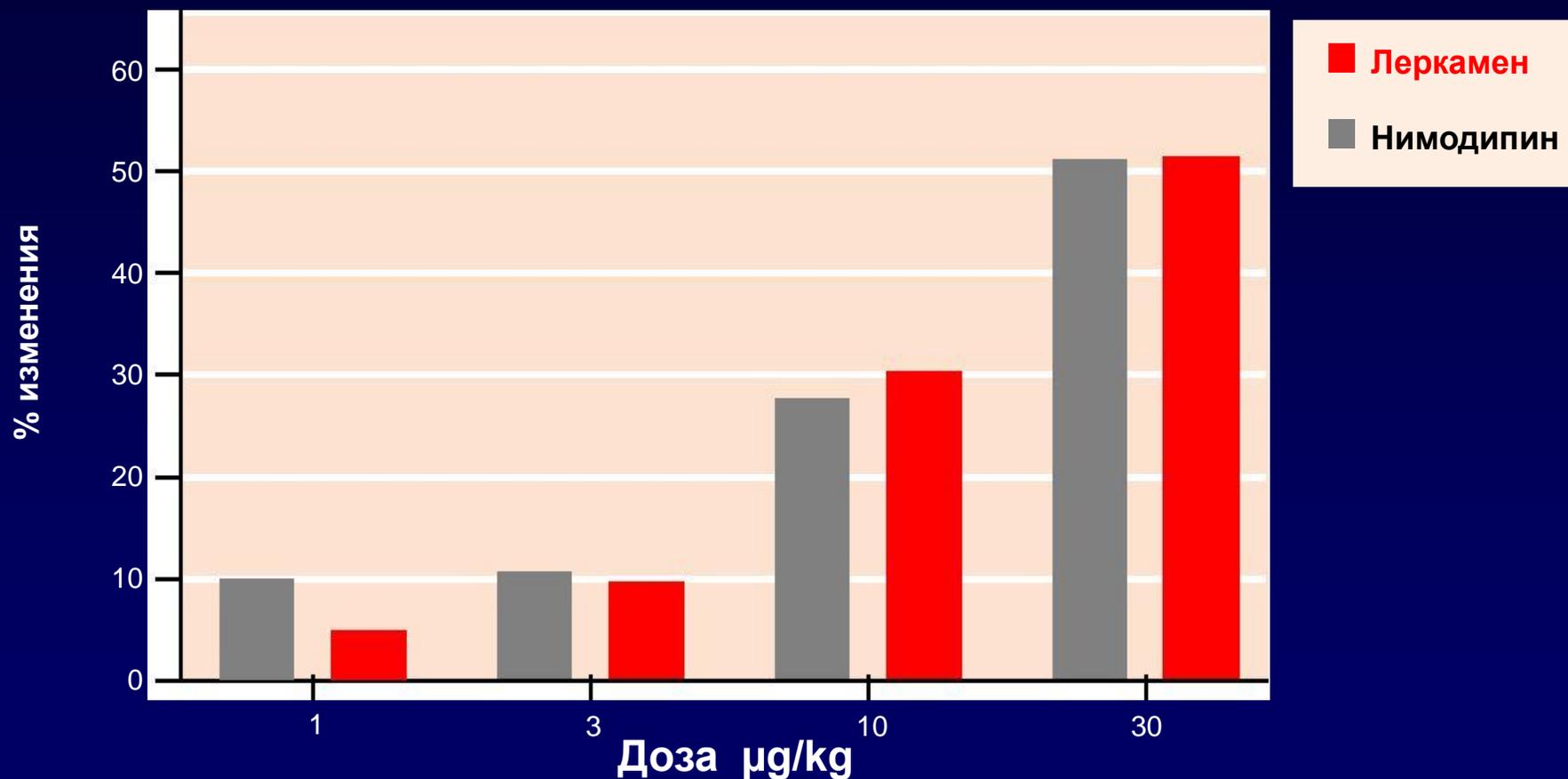


Calcium channel blockade to prevent stroke in hypertension: a meta-analysis of 13 studies with 103,793 subjects. Am J Hypertens. 2004 Sep;17(9):817-22.

Уменьшение риска инсультов (при снижении систолического АД на 10 мм. рт. ст.) на фоне применения антагонистов Са составляет 14% по сравнению с ингибиторами АПФ!!! (Verdecchia P et al., Hypertension 2005: 46, 386-92)

III: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗАЩИТЫ органов-мишеней

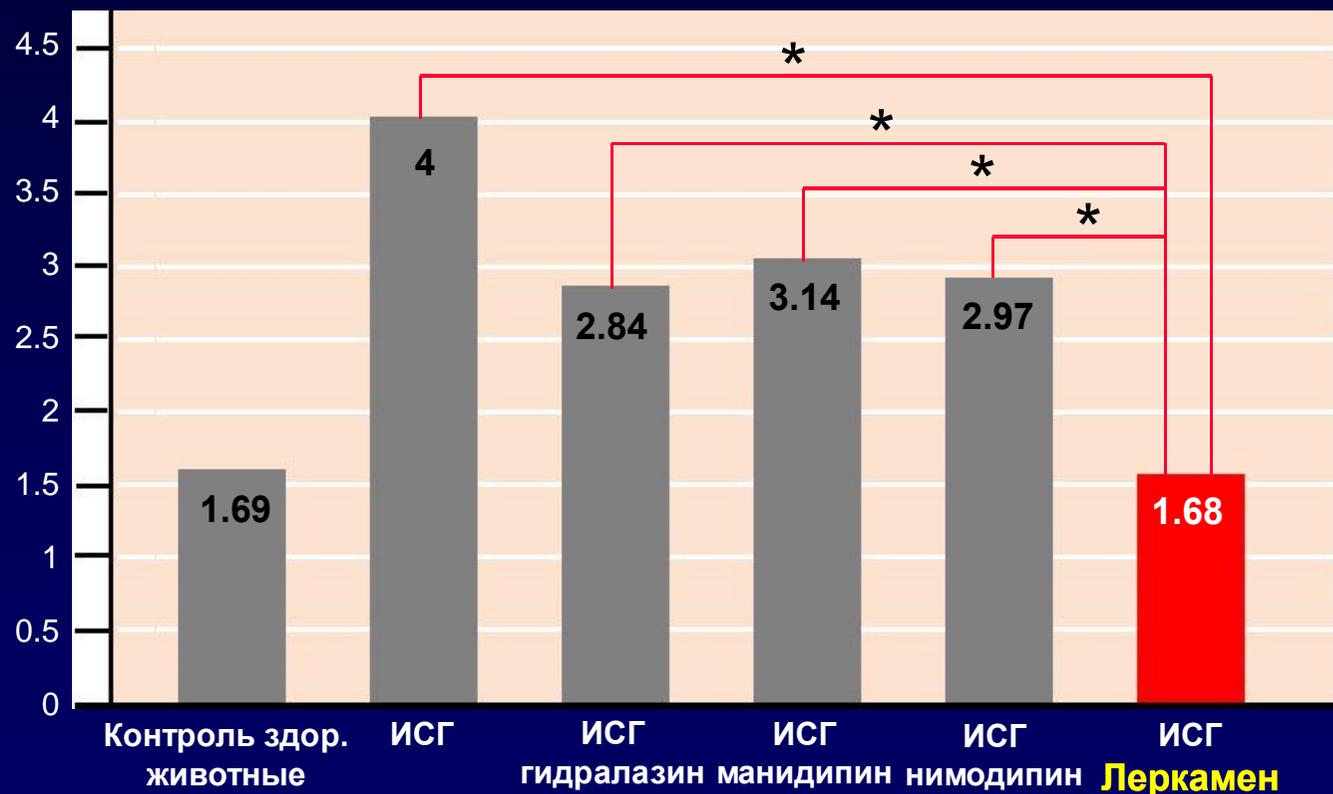
Увеличение общего каротидного кровотока



Леркамен: новые возможности лечения гипертонии и патологии органов-мишеней

Воздействие на церебральные сосуды

Отношение толщина стенки/просвет сосуда

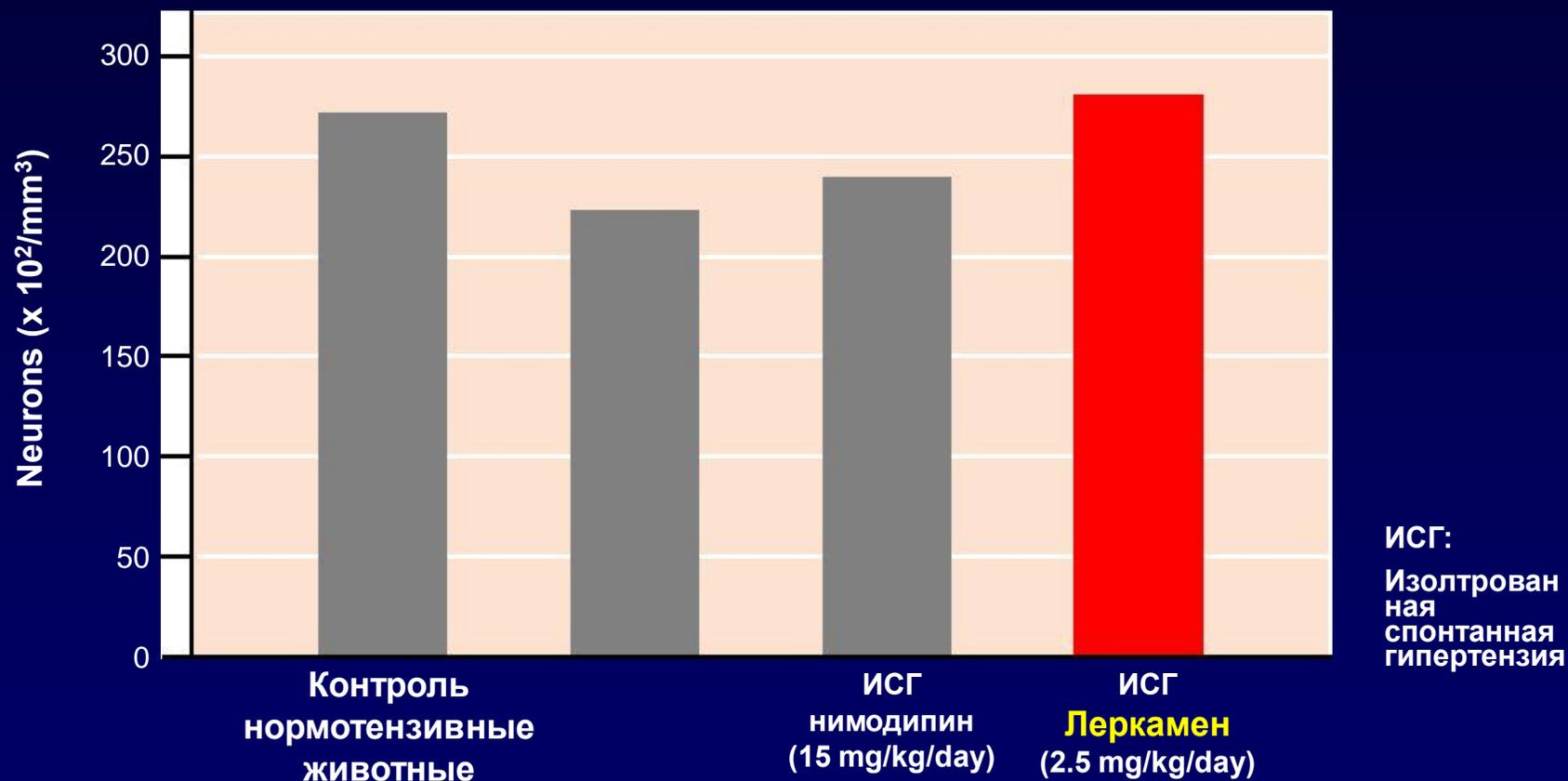


* p < 0.05

ИСГ:
Изолтирован
ная
спонтанная
гипертензия

II: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗАЩИТЫ органов-мишеней

Уменьшение гибели нейронов головного мозга



Применение Леркамена на мозговую гемодинамику у больных с АГ, ассоциированной с поражением сонных артерий

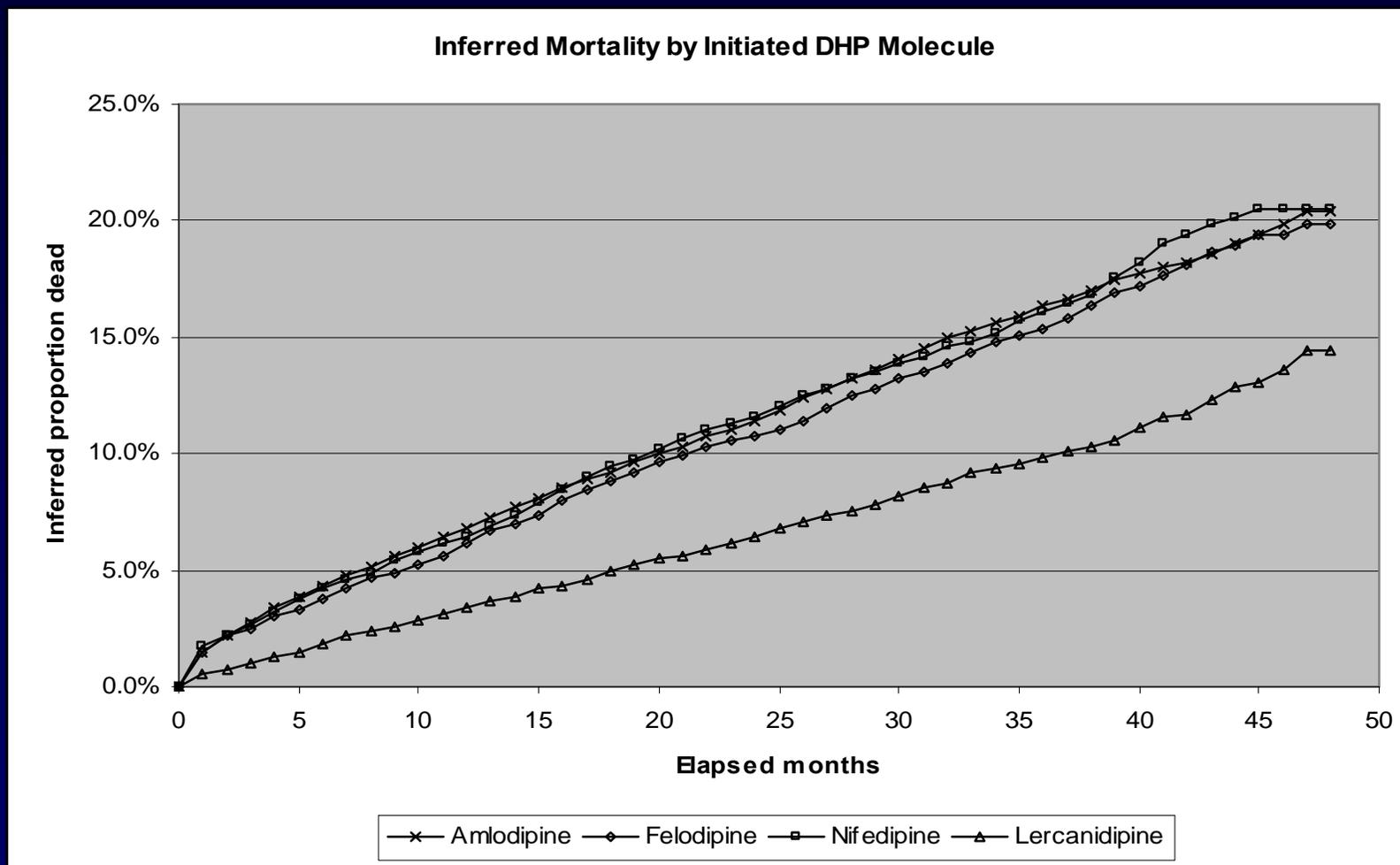
«Применение Леркамена в ср. дозе 10 мг/сут способствует снижению избыточной максимальной линейной скорости кровотока в бассейне средней мозговой артерии, что является важным фактором снижения риска развития цереброваскулярных осложнений»

Улучшение динамики транскраниального кровотока у б-х с дисциркуляторной энцефалопатией (по данным транскраниальной УЗДГ)



И.В. Прихода, 2007

5-летней смертности пациентов с АГ на применения ЛЕРКАМЕНА и других дигидропиридиновых антагонистов кальция



Hypertension 2009;53;1116. M Ortiz¹, G Calcino² **INFERRED MORTALITY DIFFERENCES BETWEEN DIHYDROPYRIDINE ANTIHYPERTENSIVES**

European guidelines on hypertension European Society of Hypertension Task

Force document

Giuseppe Mancia^a, Stéphane Laurent^b, Enrico Agabiti-Rosei^c,
Ettore Ambrosioni^d, Michel Burnier^e, Mark J. Caulfield^f, Renata Cifkova^g,
Denis Clément^h, Antonio Cocaⁱ, Anna Dominiczak^j, Serap Erdine^k,

Because the 2007 European guidelines did not include the ACE inhibitor–angiotensin receptor antagonist combination between the preferred combinations, the scheme they presented does not appear to require substantial modification at present. It should be underlined, however, that outcome reduction has been documented in trials using the following combinations: ACE inhibitor and diuretic, angiotensin receptor antagonist and diuretic, calcium antagonist and diuretic, and ACE inhibitor and calcium antagonist. Successful trials have also used β-blocker and diuretic in association, but this is the combination more easily inducing new diabetes in pre-disposed patients [158].

а основе дигидропиридиновых стов Ca снижает риск инсульта (STOP-Hypertension-2)

- **Продemonстрировано, что “новая” терапия (ингибиторы АПФ/антагонисты кальция) была значительно более эффективна (на 25%) чем “традиционная” (диуретики/бета-блокаторы) в профилактике всех случаев инсульта у больных пожилого возраста с изолированной систолической АГ.**

Ekblom T, Linjer E, Hedner T, Lanke J, De Faire U, Wester PO, Dahlof B, Schersten B.

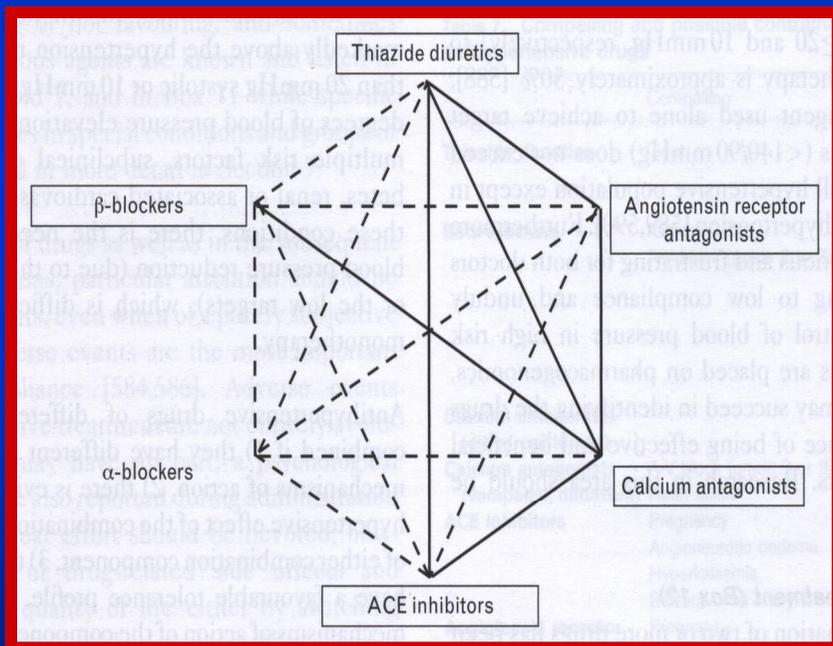
Cardiovascular events in elderly patients with isolated systolic hypertension. A subgroup analysis of treatment strategies in STOP-Hypertension-2.

Blood Press. 2004;13(3):137-41.

Оптимальная комбинация антигипертензивных препаратов 2009 год

Диуретик

БРА



БКК

ИАПФ

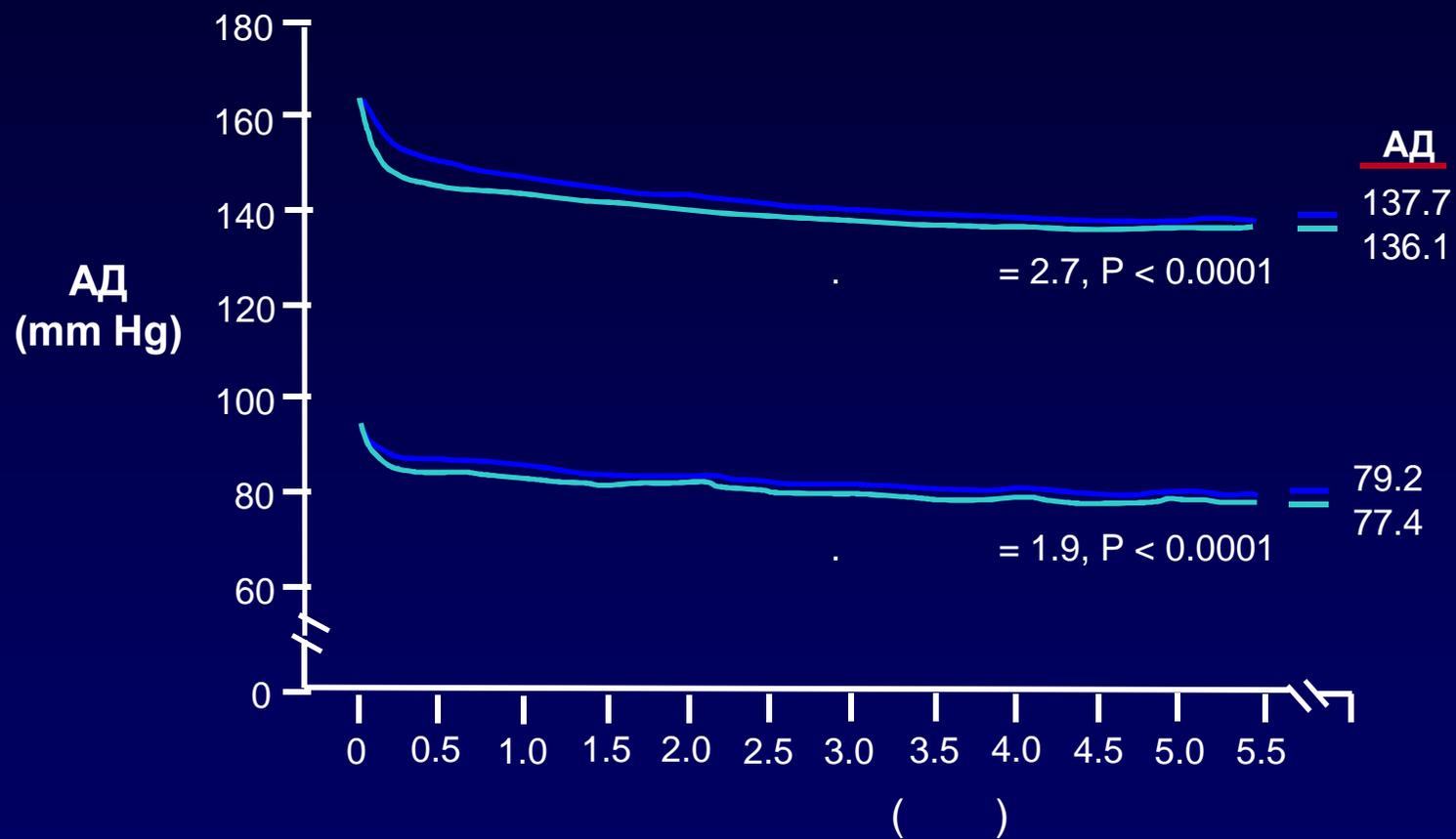
на основе дигидропиридиновых антагонистов Ca снижает риск основных сердечно-сосудистых осложнений

ASCOT-BPLA: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm

Англо-скандинавское исследование
сердечно-сосудистых осложнений – ветвь
антигипертензивной терапии

19,257 больных артериальной гипертензией с
наличием 3-х и более других факторов риска

ВРЛА: показатели АД



ASCOT-BP/LA: Выводы

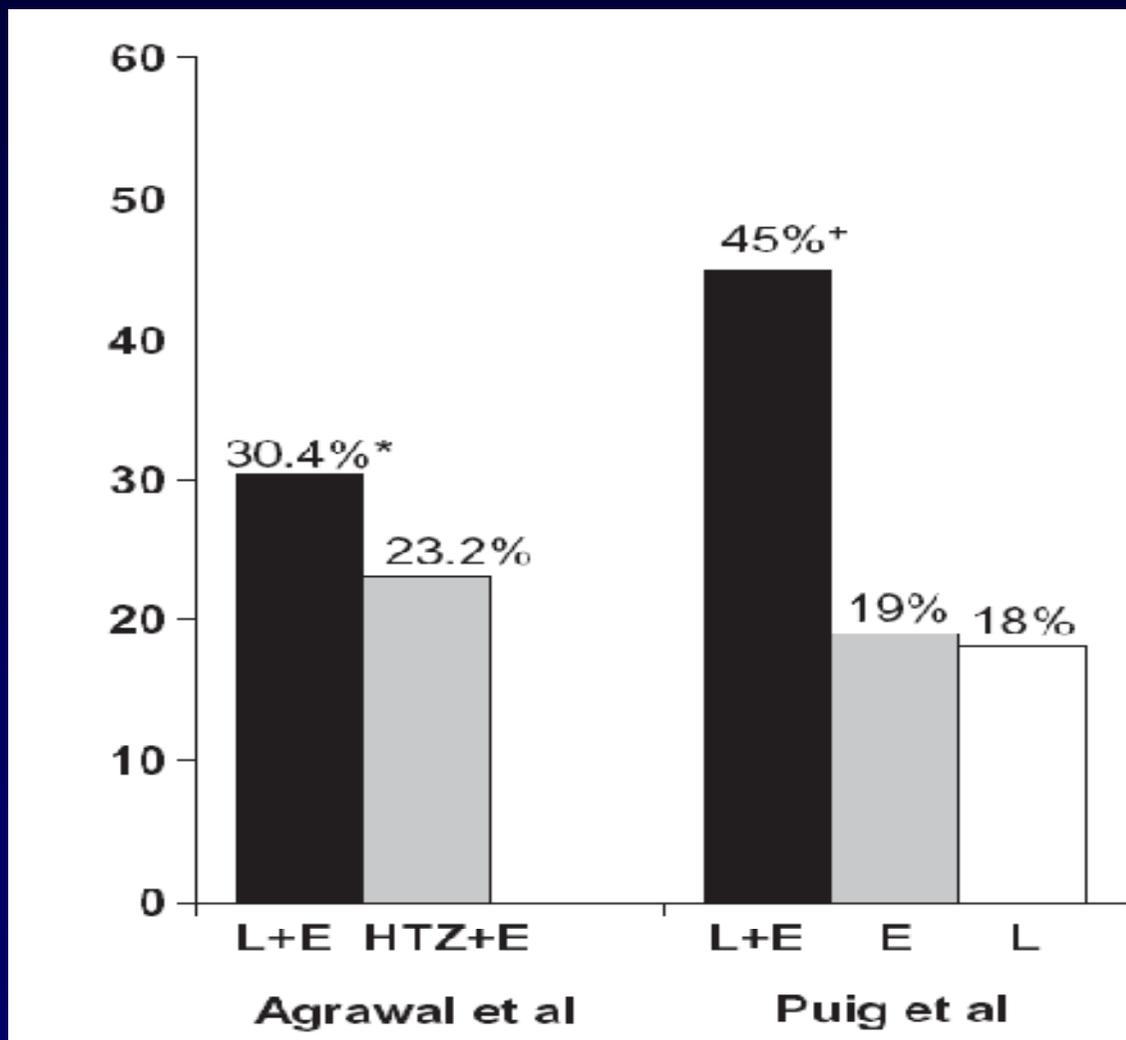
- **Терапии, основанной на применении новых антигипертензивных препаратов должно отдаваться предпочтение перед назначением старых комбинаций: бета-блокатор ± диуретик**
- **Терапия, основанная на антагонистах Са имеет преимущества, как в снижении АД, так и в предотвращении сердечно-сосудистых осложнений в сравнении с комбинацией бета-блокатор ± диуретик**
- **Комбинация дигидропиридинового антагониста Са с и-АПФ позволяет снизить частоту:**
 - ó **Основных серд-сосудистых осложнений на 16%**
 - ó **Новых случаев сахарного диабета на 30%**
 - ó **Инсультов на 23%**
 - ó **Смертности на 11%**

Результаты ASCOT подтверждают целесообразность использования комбинаций новых препаратов с целью снижения риска осложнений и возникновения нарушений метаболизма, особенно у пациентов с осложненной АГ

Риск сердечно-сосудистых осложнений на фоне комбинации антагониста Са с и-АПФ в сравнении с комбинацией диуретика с и-АПФ



Комбинация Леркамен +эналаприл может повысить эффективность терапии АГ



V. Barrios et al, 2008

19 Европейский конгресс по лечению АГ (Милан, июнь 2009)

Симпато моделирующая активность комбинации
Леркамен 10мг + эналаприл 20мг превышает
таковую в комбинации
фелодипин 5мг + эналаприл 20мг

Связь артериальной гипертензии и патологии почек

Laragh J. H., Brenner B. M. (eds.) Hypertension - New York. – 1995 - 1720 p.



МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ

НОРМА
менее 30 мг/сут

ПРОТЕИНУРИЯ
более 300 мг/сут

Микроальбуминурия – это... ранний признак развития почечной недостаточности, независимый фактор риска кардиоваскулярной смерти при сахарном диабете 2 типа, фактор риска кардиоваскулярной смерти у пациентов без диабета

ния уровня альбуминурии

DIAL

Количество пациентов
Исходная альбуминурия
Альбуминурия в конце
исследования

Лерканидипин

Рамиприл

64

66

86.5 - 54.5 66.9 - 42.4

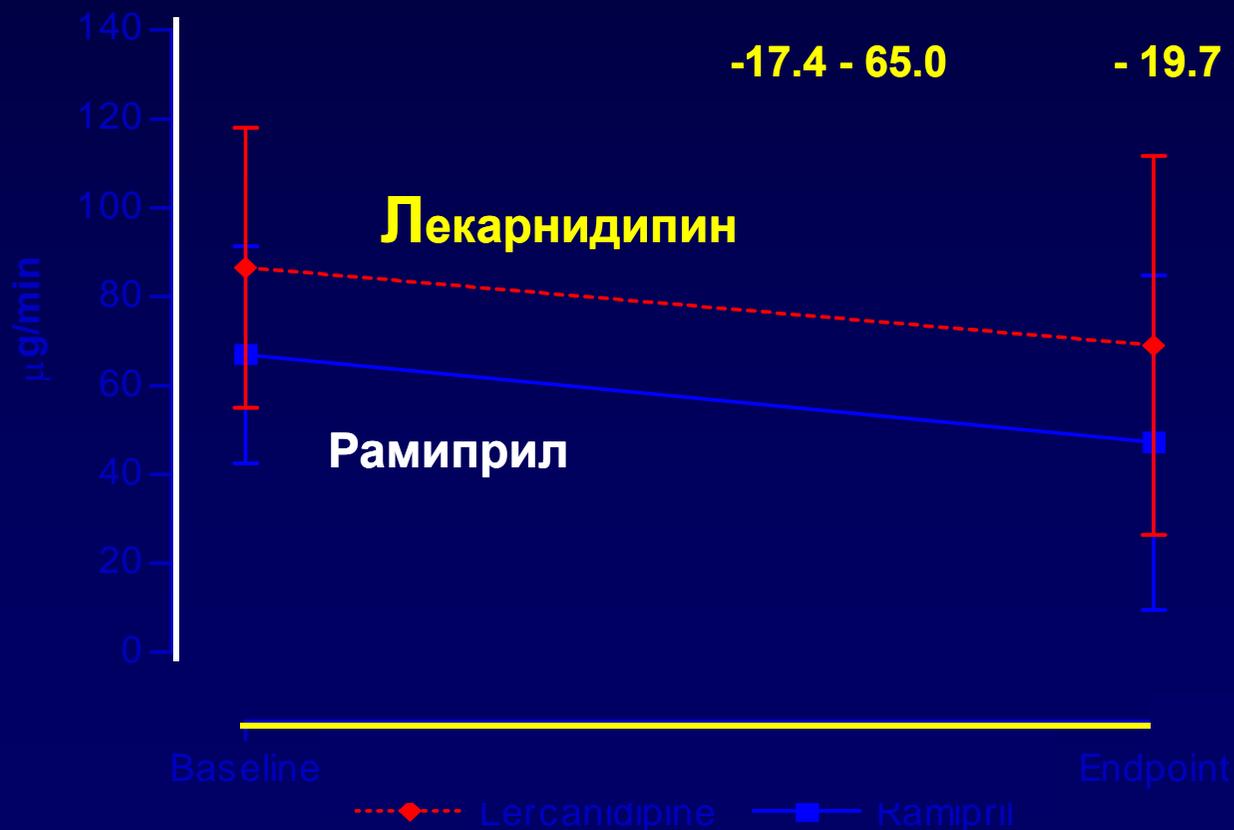
69.0 - 73.9

47.2 - 65.2

-17.4 - 65.0

- 19.7 - 52.

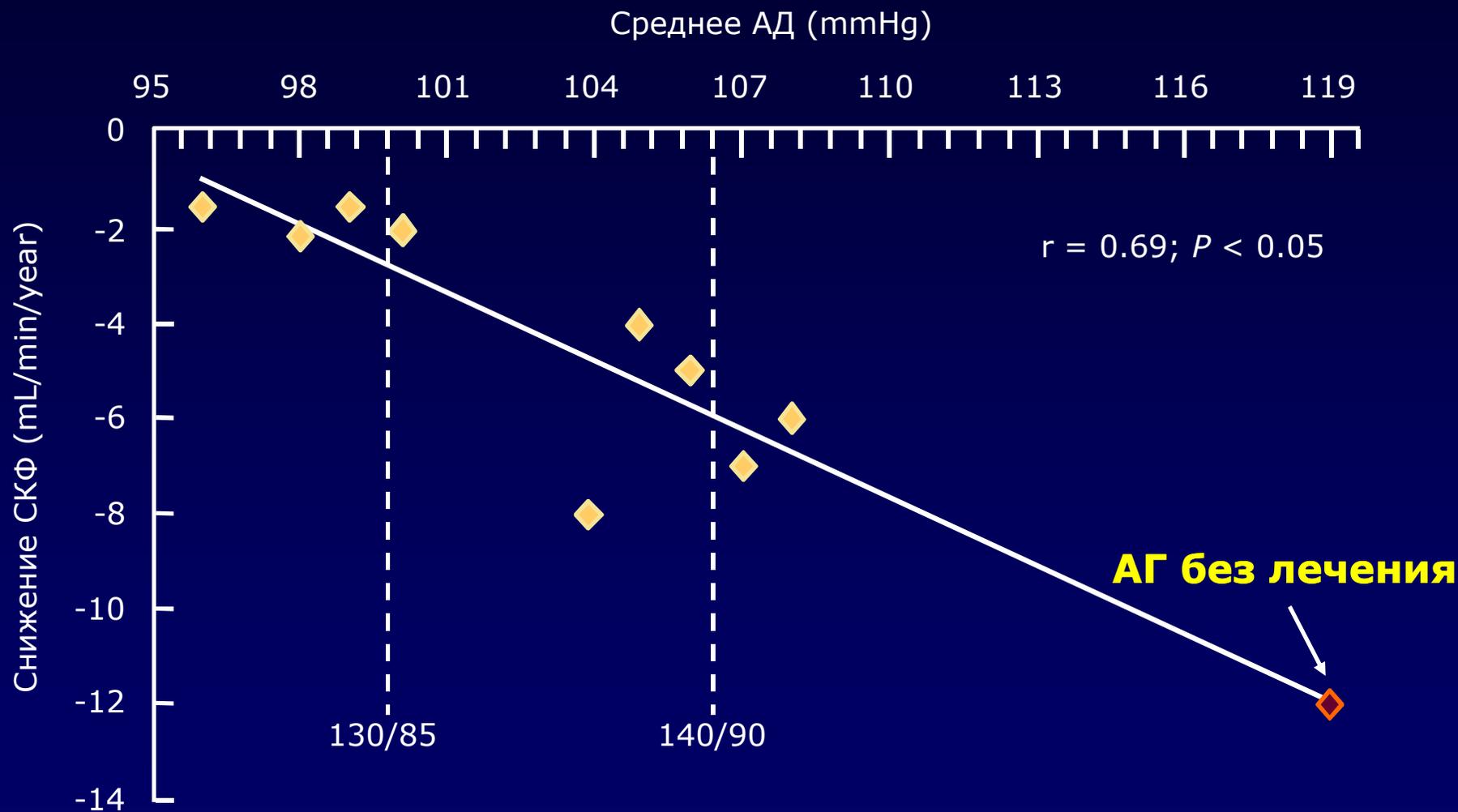
Δ (мкг/мин)



Пациенты с микроальбуминурией

	Леркамен	Рамиприл
Количество пациентов		
n (%)	64	66
Микроальб. ↓ > 50%	13 (34.2)	8 (22.2)
Микроальб. ↑ > 50%	5 (13.6)	2 (5.6)

ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ АД НА СКОРОСТЬ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК



Эффективность Леркамена у больных с ХГН (исследование ZAFRA)

Почечный клиренс

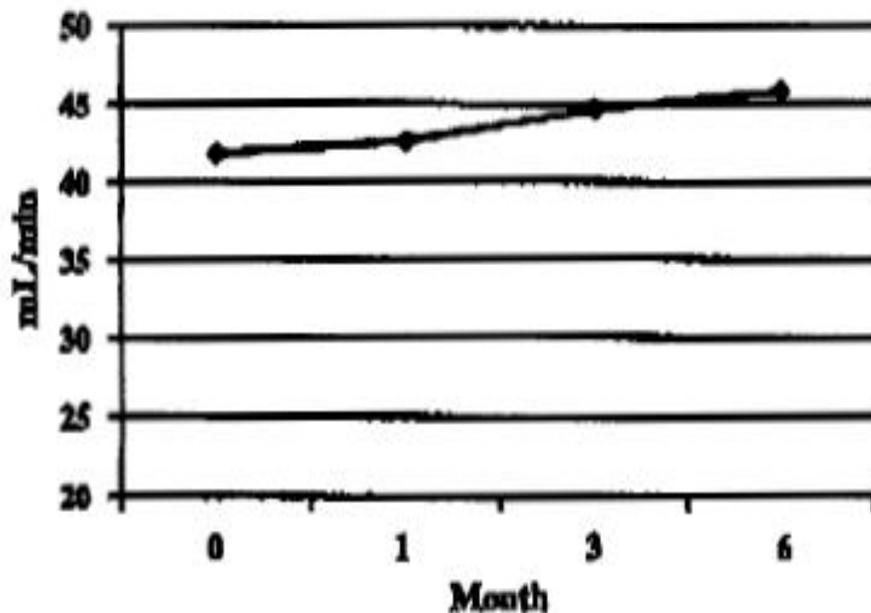


Figure 2. Creatinine clearance steadily increases along the treatment with lercanidipine ($p=0.019$).

Протеинурия

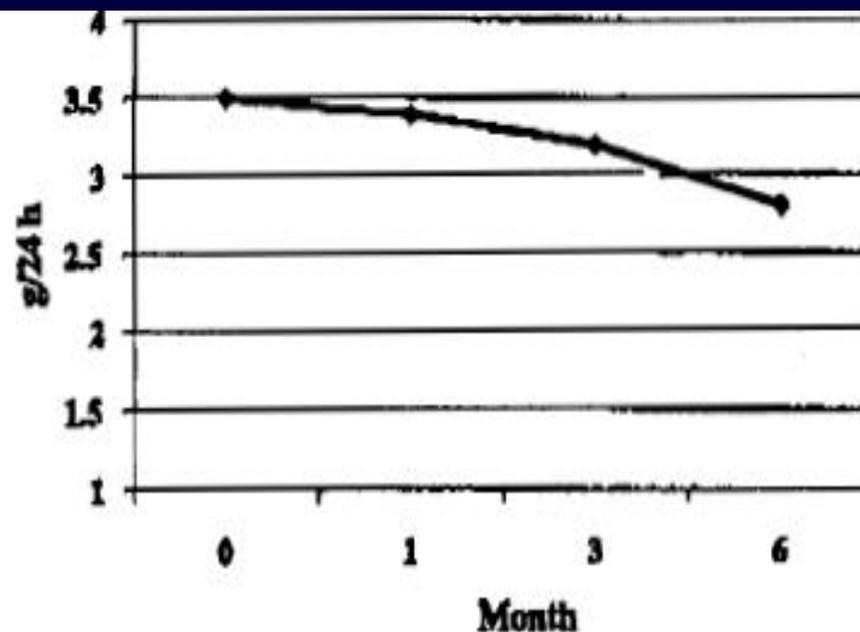
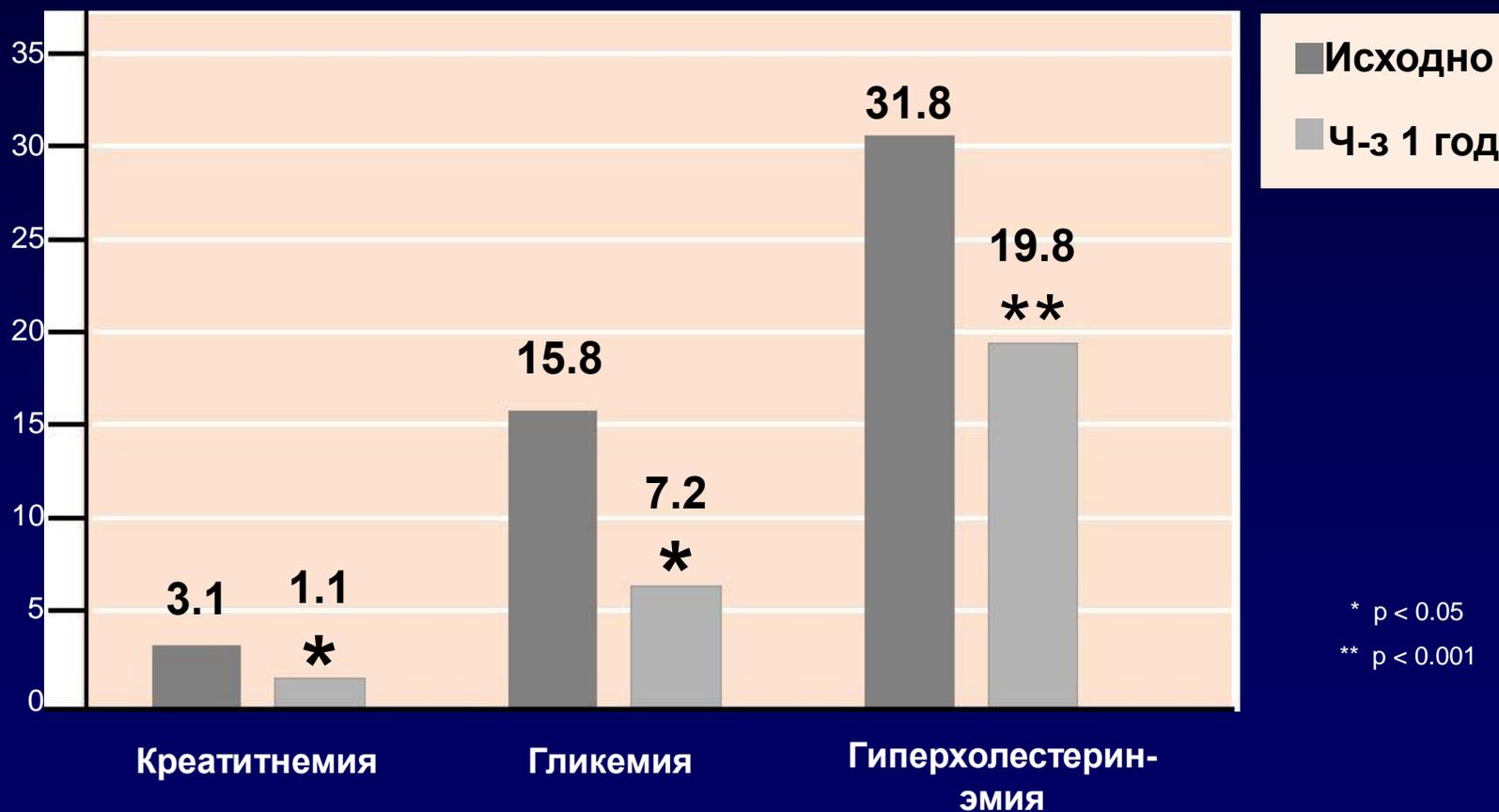


Figure 3. Proteinuria decrease after adding lercanidipine to ACE inhibitor/ARB therapy, although this change was significant at 6 months ($p=0.015$).

арнидипин: метаболическая нейтральность

%пациентов с нормальными п-лями



Сравнение ASCOT-BPLA и -LLA вместе: на оптимальную профилактику ССЗ

Частота/1000 пациенто-лет

Конечный результат	Частота/1000 пациенто-лет		Снижение относительног о риска
	Амлодипин ± периндоприл + Статин	Атенолол ± тиазид + плацебо	
Фатальная осложненная ИБС и нефатальный ИМ	4.8	9.2	48%
Фатальный и нефатальный инсульт	4.6	8.2	44%

Эффективность статинов на предотвращение развития ишемических инсультов, фатальных инсультов и геморрагических инсультов (результаты метаанализа *Lancet Neurol 2009*)

Исследование	Относительный риск
Все инсульты	0.82 (0.77–0.87)
Все инсульты: первичная профилактика	0.81 (0.75–0.87)
Все инсульты: вторичная профилактика (SPARCL, HPS, LIPID, and CARE)	0.88 (0.78-0.99)
Все фатальные инсульты	0.87 (0.73–1.03)
Фатальные инсульты: первичная профилактика	0.90 (0.76–1.05)
Фатальные инсульты: вторичная профилактика (SPARCL)	0.59 (0.36–0.97)
Все геморрагические инсульты	1.03 (0.75–1.41)
Геморрагические инсульты: первичная профилактика	0.81 (0.60–1.08)
Геморрагические инсульты: вторичная профилактика (SPARCL, HPS)	1.73 (1.19–2.50)

Обследование 165,000 пациентов показало, что снижение уровня ЛПНП на 39-mg/dL уменьшает относительный риск развития инсультов на 21%

of statins for stroke prevention. Lancet Neurol 2009; 8:453-463.

Системная профилактика СС риска уменьшает в целом СС события

“ Добавление статинов к антигипертензивной терапии даже у пациентов, не имеющих существенной дислипидемии, помогает снизить общий СС риск: ^{1,2}

без лечения гипертензивные пациенты имеют СС риск на протяжении 10 лет **28%***

только лишь антигипертензивная терапия снижает СС риск на протяжении 10 лет на **6%**

- - антигипертензивная терапия совместно со статинами снижает СС риск на протяжении 10 лет на **15%**

“ Комбинирование антигипертензивной терапии и терапии статинами может предупредить **55%** из прогнозируемых СС событий у пациентов с АГ ¹

1. Williams B. JACC 2005; 45: 813-827.

2. Cleeman J et al. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) JAMA 2001; 285 (19): 2486-2497.

ТЯЖЕЛОГО –ВЫСОКОГО КАДИОВАСКУЛЯРНОГО СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК НА ФОНЕ СД ТИП2

Берлиприл

Леркамен

АСК

Пациент А., 56 л

**КОНТРОЛЬ
СОПУТСТВУЮЩ
ИХ СОСТОЯНИЙ
(СД, А/Б
терапия?)**

ВАБАДИН