

Организация диспансерного наблюдения больных хроническими не инфекционными заболеваниями на ФАПе

Главный внештатный терапевт Департамента здравоохранения
Курганской области Носова Е.Г.

17.08.2017 г.

- Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями,
- в целях своевременного выявления, предупреждения и профилактики **осложнений, обострений заболеваний**, иных патологических состояний, и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц (статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»).
- Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан является **Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н**. Его положения лежат в основе методических рекомендаций в форме адаптированной к практическому применению участковым врачом с поясняющими комментариями и дополнительными информационными материалами.

Концепция профилактики НИЗ на врачебном участке

Диспансеризация и диспансерное наблюдение звенья

одной цепи

Подлежат ДН (в т.ч. дистанционному) на одном участке (1800 человек):

- ~~Больные АГ – около 700 человек~~
- Больных ИБС - около 230 человек
- Больных СД- около 50
- Больных ХОБЛ – около 100 человек
- Больные ХСН – около 70 человек
- Больные НРС – около 100 человек

Диспансерное наблюдение

Формирование ЗОЖ, снижение риска

Увеличение группы диспансерного наблюдения

Выявление заболеваний и риска их развития

Диспансеризация

Увеличение посещений с профилактической целью

Активный эффективный контроль показателей здоровья в соответствии с рекомендациями

**-Уменьшение обострений,
-госпитализаций,
-вызовов СМП
-Снижение предотвратимой смертности**

- 502 человека на 1 уч.врача
- 110 человек на 1 уч.фельдшера



■ янв.14 ■ дек.14

Методические рекомендации (33 тысячи экземпляров)



РОПНИЗ
Российское общество профилактики
неинфекционных заболеваний

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 инфекционных заболеваний



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

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

Авторский коллектив: Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М.,
Андреев Е.Ю., Сердюк С.Е., Колос И.П., Творогова Т.В.,
Дудинская Е.Н., Пулин А.А., Биличенко Т.Н., Амелина Е.Л.,
Шилов Е.М., Бобкова И.Н., Швецов М.Ю.

Научный редактор: Ипатов П.В.

Экспертная оценка: Гендлин Г.Е., Мазуров В.И.

ОГЛАВЛЕНИЕ

- I. Общие вопросы организации и проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития 5
- II. Частные вопросы проведения диспансерного наблюдения больных с различными неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском 13
 - 2.1. Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией 13
 - 2.2. Диспансерное наблюдение больных хронической ишемической болезнью сердца и стенокардией. Диспансерное наблюдение больных ИБС после хирургических и эндоваскулярных вмешательств (операций) на сердце и его сосудах 25
 - 2.3. Диспансерное наблюдение больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом 34
 - 2.4. Диспансерное наблюдение больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения 41
 - 2.5. Диспансерное наблюдение больных с нарушениями ритма сердца 49
 - 2.6. Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью 61
 - 2.7. Диспансерное наблюдение больных с сахарным диабетом 68
 - 2.8. Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск 82
 - 2.9. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких 86
 - 2.10. Диспансерное наблюдение больных с хронической болезнью почек 99

Контрольная карта диспансерного наблюдения

Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, ... в амбулаторных условиях...»

Наименование медицинской организации _____ Код формы по ОКУД _____
_____ Код организации по ОКПО _____

Адрес _____ Медицинская документация
_____ Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ N _____

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____ Код по МКБ-10 _____

2. Дата заполнения карты: число ____ месяц ____ год ____

3. Специальность врача _____ 4. ФИО врача _____

5. Дата установления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: впервые - 1, повторно - 2.

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом осмотре - 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента _____

12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

15. Код категории льготы _____

16. Контроль посещений: _____

обратная сторона ф. N 030/у

17. Сведения об изменении диагноза _____

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия _____

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

Дата	Формулировка диагноза	Код по <u>МКБ-10</u>	ФИО врача

N п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача

Цель диспансерного наблюдения:
уменьшение обострений, вызовов СМП, госпитализаций,
снижение предотвратимой смертности

**Снизить смертность в стране можно только снизив ее на каждом
терапевтическом участке**

Способ достижения цели диспансерного наблюдения:
достижение целевых значений АД, ЧСС, характера ритма,
холестерина, глюкозы, МНО, массы тела у больных ХСН,
параметров ФВД

Контингенты, подлежащие диспансерному наблюдению

- Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих
- отдельными видами (или их сочетаниями) хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний
- имеющих высокий риск их развития,
- граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).
- Диспансерное наблюдение за больными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), обуславливающими около 75% ежегодной смертности всего населения страны и лицами, имеющими высокий риск их развития, является приоритетным.
- Вся система диспансеризации и диспансерного наблюдения нацелена прежде всего на их профилактику, раннее выявление и квалифицированное лечение.
- К таким ХНИЗ, имеющим общие факторы риска, относятся болезни системы кровообращения, обусловленные, прежде всего, атеросклерозом неосложненного и осложненного течения (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания), злокачественные новообразования, болезни органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, бронхиальная астма) и сахарный диабет.

Основная цель и задачи диспансерного наблюдения

- Для лиц, имеющих доказанные хронические неинфекционные заболевания,
- Достижение заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования,
- коррекция факторов риска развития данных заболеваний с целью предотвращения прогрессии патологического процесса и развития обострений,
- снижения числа госпитализаций и осложнений,
- повышения качества и увеличения продолжительности жизни.

Периодичность, длительность, определение объема обследования и лечения при диспансерном наблюдении

При наличии утвержденного приказом Минздрава России стандарта первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях со сроком лечения 365 дней больным неинфекционными заболеваниями, включенными в Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом (Приложение к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. №1344н), ,

- периодичность диспансерных приемов, объем обследования при проведении диспансерного наблюдения, частоту и содержание профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.
- Перечень ХНИЗ, при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения участковым врачом (в соответствии с Приложением к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. №1344н) включает:
- Хроническую ишемическую болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II функционального класса; Состояние после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II функционального класса со стабильным течением, ХСН не более II функционального класса;
- Стенокардию напряжения I-II функционального класса со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста; Стенокардию напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста;
- Артериальную гипертонию 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением и др.....

Кто осуществляет диспансерное наблюдение

- Диспансерное наблюдение осуществляют
- 1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебно-профилактического участка, врач общей практики (семейный врач));
- 2) врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);
- 3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
- 4) врач (фельдшер) центра здоровья;
- 5) **фельдшер фельдшерско-акушерского пункта** (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача

Ориентировочный объем диспансерного наблюдения в масштабах страны

- Согласно результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения к группе лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении, относятся 43,7% взрослых граждан,
- больные гипертонической болезнью, ИБС, цереброваскулярными болезнями, транзиторными ишемическими атаками, сахарным диабетом 2 типа, хроническим бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой.

Ориентировочный объем диспансерного наблюдения в масштабах терапевтического участка

- Количество больных с ХНИЗ и лиц с высоким риском их развития, подлежащих диспансерному наблюдению на различных терапевтических участках, может значительно варьировать в зависимости от специфики района города/поселения, где находится данный участок.
- анализ данных эпидемиологических исследований и результатов диспансеризации взрослого населения в 2013 году показал, что при средней численности терапевтического участка в 2000 человек под диспансерным наблюдением долж но находиться около 800 человек, имеющих различные сочетания ХНИЗ.
- Из них большинство составляют граждане, имеющие артериальную гипертонию (АГ) около 40% взрослых имеют повышенное артериальное давление (АД),
- Больных ИБС на каждом терапевтическом участке находится в среднем около 230 человек,
- больных сахарным диабетом — около 50 и
- больных хронической обструктивной болезнью легких — около 60 человек.

Продолжение

- Больные со злокачественными новообразованиями должны находиться под наблюдением **онкологов**.
- Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и в большинстве случаев фибрилляция/трепетание предсердий (ФП) не являются самостоятельными заболеваниями, а рассматриваются как осложнение других видов патологии.
- Но учитывая их значимость с точки зрения вероятности развития тяжелых осложнений, следует считать указанные заболевания самостоятельным предметом для диспансерного наблюдения.
- Так, среди больных с ИБС и АГ фибрилляция/трепетание предсердий обнаруживаются в 14%, а ХСН более чем в 50%.
- Сочетание четырех основных болезней системы кровообращения (ИБС, АГ, ФП, ХСН) в различных вариантах является типичным.
- Для пациентов, имеющих в качестве основного диагноз АГ наиболее частой является ее комбинация с ИБС и ХСН (в 51% случаев). Еще в 13% случаев эти три заболевания сочетаются с ФП. Для больных, имеющих в качестве основного заболевания ИБС, сочетание с АГ

Содержание диспансерного приема

- Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) включает:
- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования; 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в

- При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником учитываются рекомендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) гражданина, содержащиеся в его медицинской документации, в том числе по результатам лечения гражданина в стационарных условиях.
- Большое значение в повышении эффективности лечебно-профилактических мероприятий при ХНИЗ имеют школы пациентов с соответствующими заболеваниями.
- В целях обучения своевременным и правильным действиям при развитии тяжелых осложнений (гипертонический криз, острый коронарный синдром, внезапная потеря сознания, приступ сердечной или бронхиальной астмы) с пациентами ХНИЗ, а также с их родными и близкими проводятся специальные занятия.
- пациента с высоким риском развития жизнеугрожающего состояния необходимо объяснить: - основные клинические проявления этого состояния; - необходимость срочного вызова скорой помощи при их появлении; -
- простейшие мероприятия первой помощи, которые необходимо провести до прибытия бригады скорой помощи.
- Желательно обеспечить пациента необходимой памяткой по алгоритму действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (памятка для пациента «Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при развитии острых жизнеугрожающих заболеваний (состояний)» представлена в Приложение 2 к национальным рекомендациям «Профилактика хронических инфекционных заболеваний», М. 2013. Интернет-ресурс: <http://www.gnicpm.ru/309/14177/550251>)

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

- 1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);
- 2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);
- 3) устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня. В случае отказа пациента от диспансерного наблюдения оформляется письменный отказ.

Анализ результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения

- Врач-терапевт, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет:
- учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения.
- Заместитель руководителя (иное уполномоченное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.
- ;

Основными критериями эффективности диспансерного наблюдения являются: находящиеся под диспансерным наблюдением

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан,
- 2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- 3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 4) снижение показателей предотвратимой смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся:

- в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у-04) и
- Контрольную карту диспансерного наблюдения (форма №030/у-04),).

Алгоритм и организация учета диспансерного наблюдения пациентов

- В Сведения о диспансерном наблюдении вносятся:
- в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у-04)
- Контрольную карту диспансерного наблюдения (форма №030/у-04),
- Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.
- Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), в таблице пункта 17 такое заболевание записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение.
- Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных, заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится в таблицу.
- В ситуациях наличия у одного пациента нескольких этиологически связанных хронических неинфекционных заболеваний, его диспансерное наблюдение осуществляет врач-специалист по профилю основного заболевания пациента, при необходимости проводятся консультации других врачей-специалистов по профилю сопутствующих заболеваний

-
- На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой - заполняются отдельные контрольные карты.

- Карты хранятся в картотеке у каждого врача, по месяцам назначений явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний, не связанных между собой
- что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.
- Карты на категорию граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, рекомендуется хранить отдельно.

Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией

- **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**
- **АГ I-III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП - Не менее 2 раз в год**
- **АГ I-III степени с ССЗ, ЦВБ и – ХБП - Не менее 2 раз в год**
- сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза- уточнение факта и характера приема гипотензивных препаратов- уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных

гипогликемических препаратов при наличии показаний- опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности

- измерение АД при каждом посещении

- анализ данных СКАД

- общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию под-ключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении

- глюкоза плазмы крови натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)

- общий холестерин не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)- оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале

SCOR- холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года

- калий и натрий сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года

- креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года

- анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года

Цель диспансерного наблюдения за больными АГ

- Основная цель диспансерного наблюдения (по сути дела — лечения) больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития осложнений АГ: фатальных и нефатальных ССЗ, ЦВБ и ХБП.
- Для достижения этой цели необходимо снижение АД до целевых уровней, коррекция всех модифицируемых ФР (курение, дислипидемии, гипергликемия, ожирение и др.), предупреждение/замедление темпа прогрессирования и/или лечение имеющихся сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний.

Целевым АД для всех категорий больных является

- -уровень АД < 140/90 мм рт.ст.
Исключение составляют больные АГ с сахарным диабетом, для которых целевой уровень АД <140/85 мм рт.ст
- ***Следует особо подчеркнуть, что при достижении целевых значений уровня АД гипотензивная терапия не должна прерываться.***
- ***Курсовое проведение терапии недопустимо!***

Мероприятия по изменению образа жизни.

- **Отказ от курения.** Курение — один из главных факторов риска ССЗ атеросклеротического генеза.
- **Нормализация массы тела.** АГ тесно связана с избыточной массой тела, а ее снижение сопровождается снижением АД и улучшает эффективность АГТ. Для профилактики развития АГ лицам с нормальным АД и для снижения АД больным АГ рекомендуется поддержание массы тела с ИМТ около 25 кг/м² и окружностью талии <102 см у мужчин и <88 см у женщин. У лиц с ожирением
- **Снижение потребления алкогольных напитков.**
- Существует тесная связь между пагубным употреблением алкоголя и АГ. Лицам с АГ, злоупотребляющим алкоголем, следует ограничить его прием < 30 г алкоголя в сутки для мужчин и 20 г/сутки для женщин. Суммарное потребление алкоголя в неделю не должно превышать 140 г у мужчин и 80 г у женщин.
- **Увеличение физической активности.** Регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки очень полезны для профилактики и лечения АГ
- **Снижение потребления поваренной соли.** Избыточное потребление соли может играть
- роль в развитии рефрактерной АГ. Уменьшение ее потребления до 5 г/сутки у больных АГ введет к снижению САД на 4-5 мм рт. ст., что является очень значимым.
- **Изменение режима питания.** Увеличение потребления растительной пищи, увеличение в рационе зерновые), а также уменьшение потребления животных жиров, что существенно повышает эффективность АГТ. Больным АГ следует рекомендовать употребление рыбы не реже двух раз в неделю и 300-400 г в сутки овощей и фруктов

Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ),
блокаторы рецепторов АТ II (БРА),
антагонисты кальция (АК),
β-адреноблокаторы (ББ) и
диуретики,

для которых способность предупреждать развитие ССО доказана в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ). Все эти классы препаратов подходят для стартовой и поддерживающей терапии, как в виде монотерапии, так и в составе определенных комбинаций.

В качестве дополнительных классов АГП для комбинированной терапии могут использоваться агонисты имидазолиновых рецепторов (АИР), α-адреноблокаторы (АБ) и прямые ингибиторы ренина (ПИР).

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕИ

- ГЛЖ – БРА , ИАПФ, АК
- Бессимптомный атеросклероз – АК, ИАПФ
- Микроальбуминурия – ИАПФ, БРА
- Поражение почек- ИАПФ,БРА, АИР

Наличие ССЗ, ЦВБ, ХБП

- Предшествующий ИНСУЛЬТ – **любые антигипотензивные препараты**
- Предшествующий ИМ – **ББ, ИАПФ, БРА**
- ИБС, стабильная стенокардия- **ББ,АК**
- ХСН – **диуретики, ББ, ИАПФ, БРА, антагонисты альдостерона**
- Фибрилляция предсердий пароксизмальная – **БРА, ИАПФ, ББ, антогонисты альдестерона**
- Фибрилляция предсердий постоянная – **ИАПФ, БРА,**
- Почечная недостаточность/протеинурия – **ИАПФ, БРА**
- Заболевания периферических артерий –**ИАПФ, АК**
- Аневризма аорты - **ББ**

Особые клинические ситуации

- Пожилые, ИСАГ – БРА, АК, диуретики
- Метаболический синдром – БРА, ИАПФ, АК, АИР
- Сахарный диабет – БРА, ИАПФ, АК, АИР
- Беременность – МЕТИЛДОПА, АК, ББ (бисапролол),

Сопутствующая терапия для коррекции имеющих факторов риска

- У больных АГ при наличии заболеваний, связанных с атеросклерозом, а также у пациентов с высоким и очень высоким риском по шкале SCORE должна быть рассмотрена необходимость назначения статинов
- целевых уровней ОХ $<4,5$ ммоль/л и ХС ЛПНП $<2,5$ ммоль/л для лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и ОХ $<4,0$ ммоль/л ХС ЛПНП $<1,8$ ммоль/л для лиц с очень высоким сердечно-сосудистым риском. У пациентов умеренного риска следует стремиться к поддержанию целевого значения ХС ЛПНП $<3,0$ ммоль/л.

-
- При наличии перенесенного ИМ, инсульта или транзиторной ишемической атаки рекомендуется применение ацетилсалициловой кислоты в низких дозах (75–150 мг в сутки) или её комбинации с протекторными средствами в отношении слизистой оболочки желудка, в частности с гидроксидом магния.

АГ и САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- Эффективный гликемический контроль очень важен у больных АГ, сочетающейся с сахарным диабетом. Его можно достигнуть соблюдением диеты и/или медикаментозной терапии.
- Необходимо стремиться поддерживать целевой уровень гликемии в зависимости от возраста и характера течения СД. Для этого используется определение уровня гликированного гемоглобина

- Все больные с АГ и повышенным сердечно-сосудистым риском информируются о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при развитии гипертонического криза и других жизнеугрожающих состояний, заболеваний и их осложнений путем индивидуального и/или группового обучения, а также обучения членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях, которые представлены в приложении №2 к Рекомендациям «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний»

- М.: ГНИЦПМ, 2013, с. 123, интернет-адрес:
<http://www.gnicpm.ru>

Спасибо за внимание!