Особенности лечения гипертонической болезни и нарушений ритма сердца у авиационного персонала ГА

Классификация АГ в клинических рекомендациях 2017 ACC/AHA Hypertension Guidelines

Клинические рекомендации 2017 ACC/AHA Hypertension Guidelines	САД и ДАД, мм рт. ст.
Нормальное АД	Меньше 120 и меньше 80
Повышенное АД	120-129 и меньше 80
АГ 1 степени	130-139 или 80-89
АГ 2 степени	140-159 или 90-99
АГ 3 степени	160 или выше (САД), 100 или выше (ДАД)

Новые целевые значения АД для пациентов, получающих лечение АГ: 130/80 мм рт.ст.

Стратификация АГ по степени риска

	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (мм рт. ст.)		
Факторы риска и анамнез	Степень 1 (мягкая АГ) АДс 140-159 или АДд 90-99	Степень 2 (умеренная АГ) АДс 160-179 или АДд 100-109	Степень 3 (тяжелая АГ) АДс ї 180 или АДд □ 110
I. Нет ФР, ПОМ, АКС	НИЗКИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК
II.Есть 1-2 фактора риска, нет ПОМ, нет АКС	ВЫСОКИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
III. Есть 3 и более ФР и/или ПОМ, и/или СД, нет АКС	ВЫСОКИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
IV. Есть АКС, ПОМ +-, ФР+-	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК

ФР –факторы риска

ПОМ- поражение органов-мишеней

АКС –ассоциированные клинические состояния

Уровни риска (риск инсульта или инфаркта

Низкий риск (1) = менее 15%;

средний риск (2) = 15-20%;

высокий риск (3) = 20-30%;

Неболеем
Медицина и здоровье

Принципы лечения артериальной гипертензии

1. Лечение необходимо начинать как можно раньше и проводить его на протяжении всей жизни. Отмена антигипертензивных препаратов приводит к рецидиву АГ.
2. Все лица с повышенным АД подлежат немедикаментозному лечению (модификации стиля жизни):
   - отказ от курения и употребления алкоголя;
   - увеличение физической активности;
   - ограниченное употребление кухонной соли (до 6 г в сутки);
   - снижение массы тела при ожирении
3. Схема медикаментозного лечения должна быть масимально простой – по возможности по принципу 1 таблетка в сутки; преимущество необходимо отдавать препаратам длительного дейсвия (профилактика значительных колебаний АД на протяжении суток)
4. Недопустимо быстрое снижение АД до низкого уровня, особенно у пожилых людей .
5. Основная цель лечения – снижение АД до 140/90 мм рт. ст. Для улучшения качества жизни это имеет большее значение, нежели характер препаратов, которые используются. Целесообразнее назначить больному дешевые и ”немодные” препараты, чем не лечить его вообще.

Лечение артериальной гипертензии

(Рекомендации ESH/ESC, 2013, JNCVIII, 2013
ДАГ4, 2010)

Препараты первой линии
(2003 год)

- Тиазидные диуретики
- Бета-блокаторы
- Антагонисты кальция
- Ингибиторы АПФ

Основные препараты
(с 2007/2008 года, в модификации 2013 г.)

- Ингибиторы АПФ
- БРА
- Антагонисты кальция
- ~~Бета-блокаторы (США)~~
- Тиазидные диуретики

Антигипертензивные препараты

Основные

- ✓ Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)
- ✓ Блокаторы рецепторов АТ1 (БРА)
- ✓ Антагонисты кальция (АК)
- ✓ Тиазидные диуретики (ТД)
- ✓ β-адреноблокаторы (β-АБ)

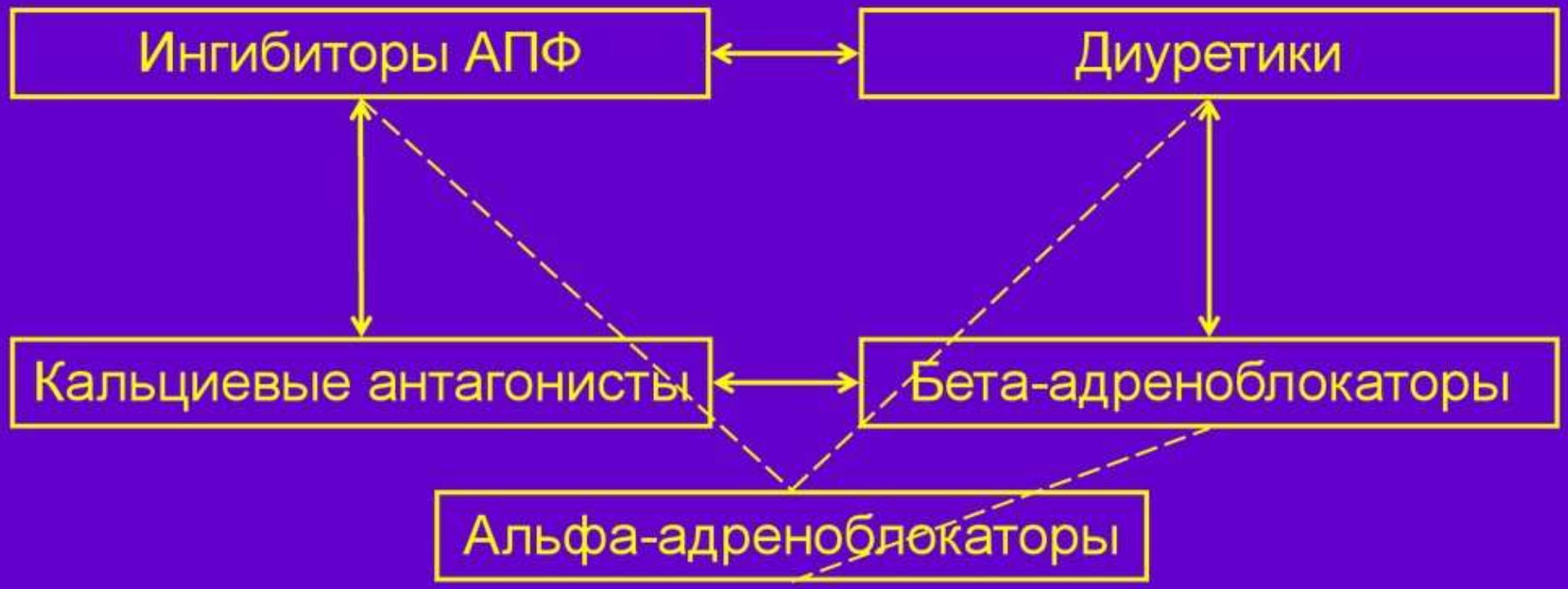
Дополнительные (в составе комбинированной терапии)

- ✓ α-адреноблокаторы
- ✓ агонисты имидазолиновых рецепторов

Российские рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (третий пересмотр, 2008)

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

При неэффективности средних доз одного препарата показана комбинированная терапия двумя или тремя препаратами



Обзидан
Гипотиазид
Верапамил
Коринфар
Атенолол
Эналаприл
Лациплил
Рамиприл
Небиволол

A. ACCEPTABLE
U. UNACCEPTABLE

CVS (B-blockers not acceptable for use by aerobatic/fighter pilots)		
Digoxin	Lanoxin	U
Quinidine		U
Disopyramide	Norpace, Rythmodan	U
Flecainide	Tambocor	U
Amiodarone	Cordarone X, Hexarone	U
Glyceryl trinitrate	Angised, Nitrolingual spray	U
Isosorbide dinitrate	Angi-spray, Isordil	U
Isosorbide mononitrate	Elanton, Ismozo, Imdur	U
Reserpien	Brinerdin	U
Methyldopa	Aldomet, Normopress	U
Prazosine	Minipress	U
Doxazosin	Cardura	U
Terazosin	Hytrin	U
Diazoxide	Hyperstat	U
Hydralazine	Apresoline, Hyperphen	U
Minoxidil	Loniten	U
Hydrochlorothiazide	Ridaq	A
Indapamide	Natrilix, Daptril, Dopamax	A
Furosemide	Lasix	U
Bumetanide	Burinex, Burinex-K	U
Spironolactone	Aldactone	U
Amiloride	Moduretic, Adco-retic, Amiloretic	A
Triamterene	Dyazide	A
Propranolol	Inderal, Pur-Bloka	U
Atenolol	Tenormin, Ten-Bloka	A
Bisoprolol	Concor	A
Metoprolol	Lopresor	A
Nebivolol	Nebilet	A

A. ACCEPTABLE
U. UNACCEPTABLE

Labetalol	Trandate	U
Carvedilol	Dilatrend, Carloc	A
Nifedipine	Adalat retard, Adalat XL	A
Amlodipine	Norvasc	A
Felodipine	Plendil	A
Isradipine	Dynacirc	A
Nisoldipine	Syscor	A
Verapamil	Isoptin, Calcicard SR	U
Diltiazem	Tilazem, Zildem	U
Captopril	Capoten, Zapto	A
Benazepril	Cibace	A
Cilazapril	Inhibace	
Enalapril	Renitec, Hypace, Pharmapress	A
Fosinopril	Monopril	A
Moexipril	Perdix	A
Perindopril	Coversyl	A
Quinapril	Accupril	A
Ramipril	Tritace	A
Lisinopril	Zestril, Zetomax	A
Trandolapril/verapamil	Tarka	U
Losartan	Cozaar	A
Candesartan	Atacand	A
Irbesantan	Aprovel	A
Telmisartan	Micardis	A
Valsartan	Diovan	A

Клинические показания для проведения СМАД

•Подозрение на «гипертензию белого халата» у больных с низким риском сердечно - сосудистых заболеваний;
•Уточнение диагноза в случаях пограничного повышения АД;
•Выявление ночной артериальной гипертензии;
•Определение суточного ритма АД;
•Недостаточность вегетативной нервной системы;
•Резистентная к медикаментозному лечению артериальная гипертензия;
•Скрытая артериальная гипертензия;
•Выбор и оценка эффективности лечения антигипертензивными препаратами;
•Диагностика гипотензии

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

по B.Lown и M.Wolf (1971 г), модификация 1975 г. M. Ryan и соавт.

I - редкие мономорфные экстрасистолы (до 30 за любой час мониторинга);

II - частые мономорфные экстрасистолы (свыше 30 за любой час мониторинга);

III - полиморфные экстрасистолы;

IVa - мономорфные парные экстрасистолы;

IVб - групповые (залповые) экстрасистолы, включая неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии;

V - ранние желудочковые экстрасистолы - типа R на T.

Классификация антиаритмических препаратов (E. Vaughan Williams)

Класс антиаритмических препаратов, механизм действия	Препараты
Класс 1. Блокатор быстрых натриевых каналов	
Ia Умеренное замедление проведения, удлинение потенциала действия	Хинидин, прокаинамид,дизопирамиид
1в Минимальное замедление проведения, укорочение потенциала действия	Лидокаин, мексилитин, фенитоин
1с Выраженное замедление проведения, минимальное удлинение потенциала действия.	Пропафенон, морацизин, этацизин
Класс II. β-Адреноблокаторы	
IIa Неселективные	Пропранолол, надолол
IId Селективные β-адреноблокаторы	Атенолол, метопролол, бисапролол, эсмолол
Класс III Блокаторы калиевых каналов (препараты, увеличивающие продолжительность потенциала действия)	Амиодарон, соталол, нибентан
Класс IV Блокаторы медленных кальциевых каналов	Верапомил, дилтиазем

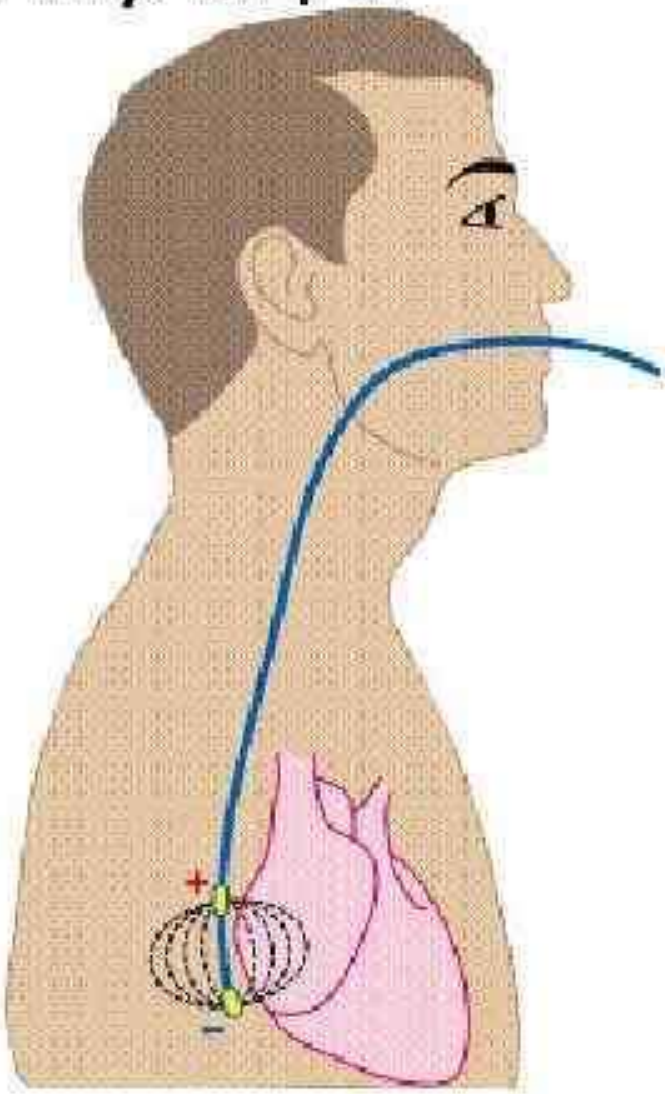
Vaugan Williams E. J Clin Pharmacol 24:129, 1984

ПРИНЦИПЫ ПОДБОРА АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРТИМИЯХ

- β-адреноблокаторы (пропранолол 30–60 мг/сут, атенолол или метопролол 25–100 мг/сут, бисопролол 5–10 мг/сут, бетаксолол 10–20 мг/сут, небиволол 5–10 мг/сут);
- антагонисты кальция (верапамил 120–480 мг/сут, дилтиазем 120–480 мг/сут); обе группы эффективны в том числе при триггерной наджелудочковой экстрасистолии;
- d,l-соталол 80–160 мг/сут (при одновременном наличии ЖЭ с него следует начинать лечение);
- антиаритмические средства I класса (с учётом противопоказаний): дизопирамид 200–400 мг/сут, аллапинин 50–100 мг/сут и пролонгированные формы хинидина 400–800 мг/сут (при одновременном наличии желудочковых аритмий не назначают), которые можно использовать при умеренной брадикардии; пропафенон 450–600 мг/сут, этацизин 75–200 мг/сут; у больных с высоким риском развития ФП антиаритмические средства I класса считаются препаратами первой линии;
- амиодарон по стандартной схеме с последующим переходом на поддерживающую дозу 100–300 мг/сут (при неэффективности прочей терапии или при необходимости быстро достичь хорошего эффекта).

Чреспищеводная электрокардиостимуляция

- Методика позволяет вызвать тахикардию путем электростимуляции сердца через электрод, введенный в пищевод до уровня левого предсердия.
- Критерии положительной пробы при ИБС – появление изменений ST-T (как при нагрузочных пробах)



РКНПК
Москва

Применение ЧПЭС для диагностики и лечения нарушений ритма сердца и проводимости

- оценка функционального состояния синусового узла
- оценка функционального состояния предсердно-желудочковой проводящей системы сердца; выявление дополнительных предсердно-желудочковых аномальных путей проведения (п. Кента)
- диагностика различных форм пароксизмальных наджелудочковых тахикардий и определение механизмов их развития
- ЧПЭС левого предсердия как метод купирования пароксизмов наджелудочковых реципрокных тахикардий
- ЧПЭС как метод подбора индивидуальной эффективной медикаментозной антиаритмической профилактической терапии у больных с пароксизмальными формами наджелудочковых нарушений ритма сердца