

Окно возможностей: сохранить здоровье без таблеток

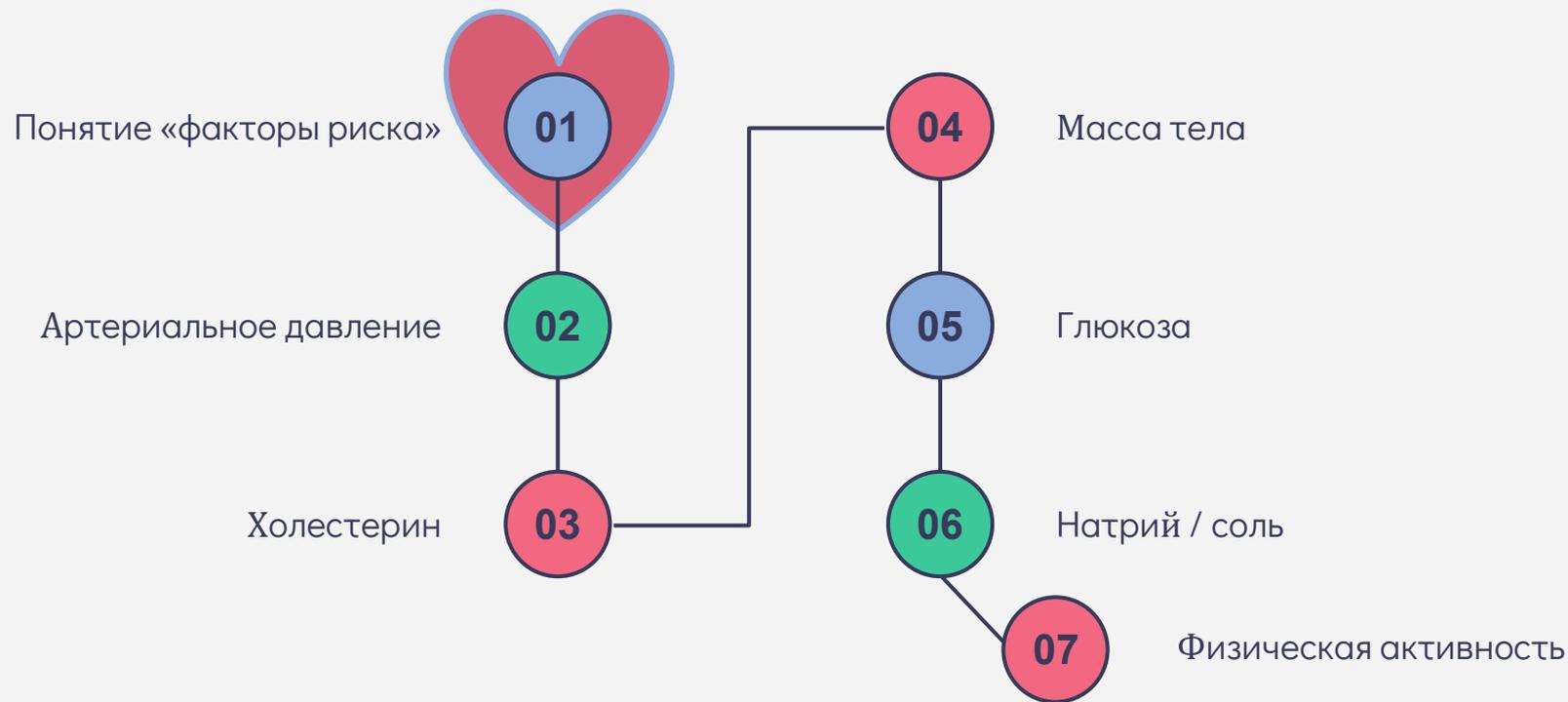


Бородкин Андрей,
врач-кардиолог, к.м.н.

Обращение к кардиологу = таблетки ?



План лекции



Понятие «факторы риска»

ФР ССЗ часто сочетаются и потенцируют влияние друг друга на риск развития ССЗ и их осложнений.

Введена концепция ССР, которая в настоящее время является базисной при проведении кардиоваскулярной профилактики

Основные факторы риска развития сердечно-сосудистых событий

- Артериальная гипертензия
- Дислипидемия
- Курение
- Абдоминальное ожирение
- Психосоциальные факторы
- Сахарный диабет



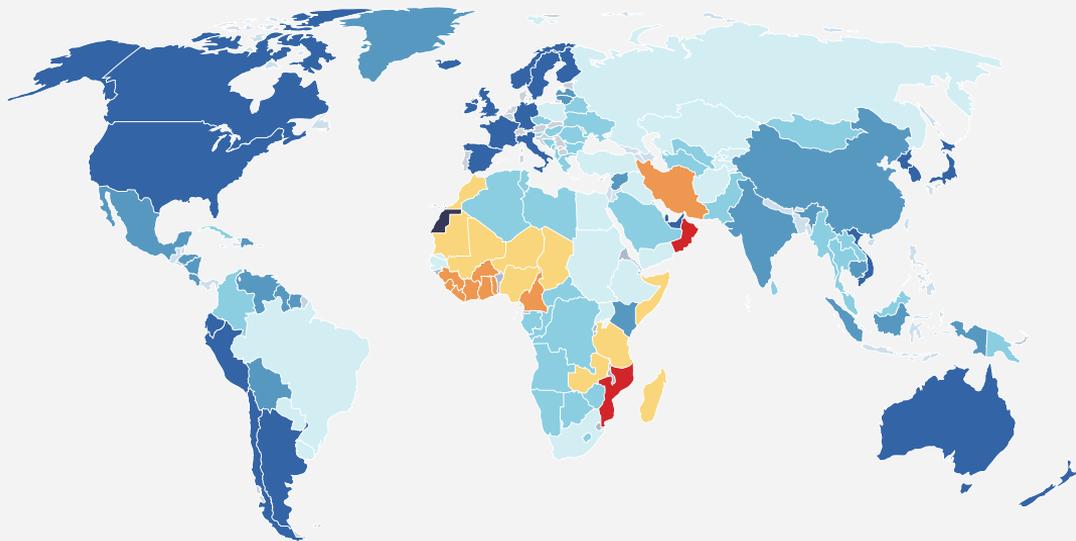
Кардиоваскулярная профилактика

1. оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.
2. ранняя диагностика сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом;
3. использование доказанных методов лечения
4. пропаганда здорового образа жизни
5. создание условий для ведения населением здорового образа жизни за счёт согласованных действий на всех уровнях.

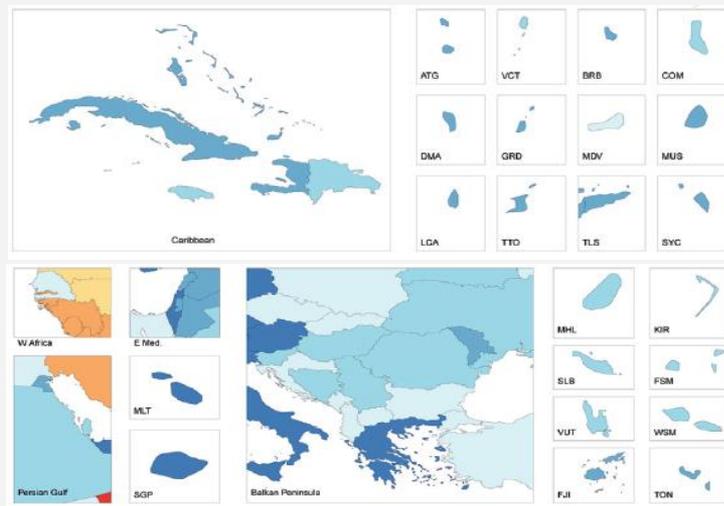
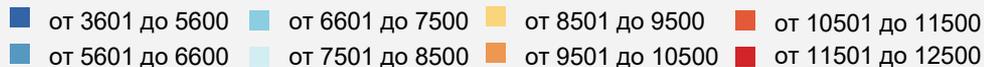


Распространенность ССЗ

Глобальная карта, стандартизованная по возрасту, распространенность ССЗ в 2015 г.



РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СЛУЧАИ



422,7 млн.
случаев ССЗ
в мире в год

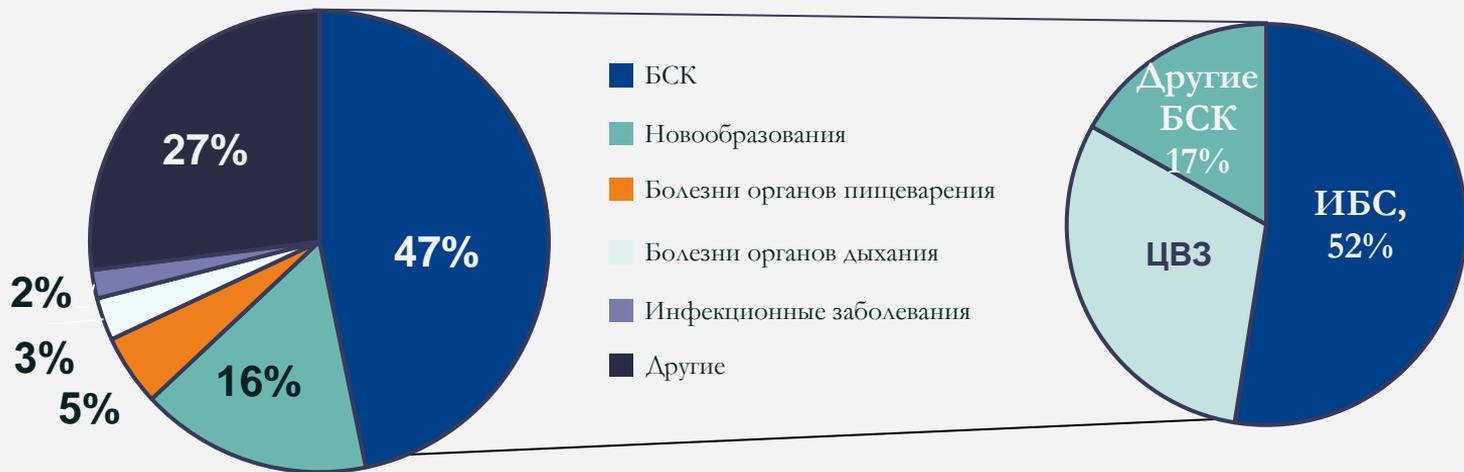


17,59 до 18,28 млн.
случаев смерти
от ССЗ в год

Болезни системы кровообращения – ведущая причина смертности в России

В 2018 году в России от БСК умерло ≈ 856 тыс. человек (47% в структуре общей смертности)

Смерть от ИБС и ЦВЗ составляет 39,2% в структуре общей смертности



Смертность по классам заболеваний в 2018 г.

Структура смертности от БСК в 2018 г.

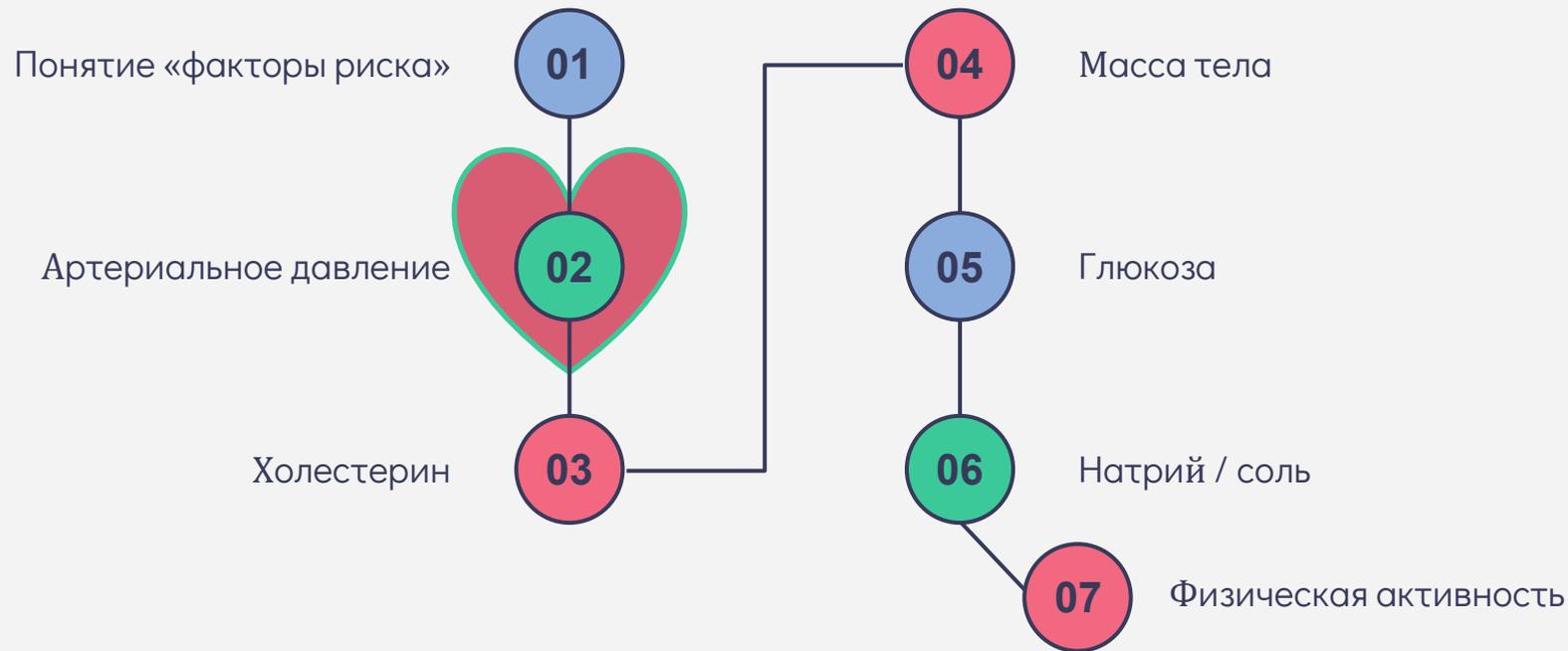
БСК – болезни системы кровообращения; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания.

ИБС и инсульт

Ключевые причины смерти по данным ВОЗ



План лекции



Артериальная гипертензия

Артериальная гипертензия

Синдром повышения клинического артериального давления (АД) при гипертонической болезни (ГБ) и симптоматических АГ выше пороговых значений, определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечно-сосудистого риска (ССР) и целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД ниже этих уровней АД



Первая цель <140/90 мм рт.ст. у большинства

Повышение АД – фактор риска

- Инсульта
- ИБС (ишемической болезни сердца)
- ХСН (хронической сердечной недостаточности)
- ХБП (хронической болезни почек)
- ФП (фибрилляции предсердий)
- ЗПА (заболеваний периферических артерий)



Этиология и патогенез

Факторы окружения



- Ауторегуляция
- Ингибиторы транспорта ионов
- Симпатическая нервная система
- Ренин-ангиотензин-альдостероновая система
- Другие гормональные системы
- Почечные механизмы
- Сократимость и структура сосудистой стенки
- Разрежение сосудистого русла

↑ Сердечный выброс или
↑ Периферич. сопротивление

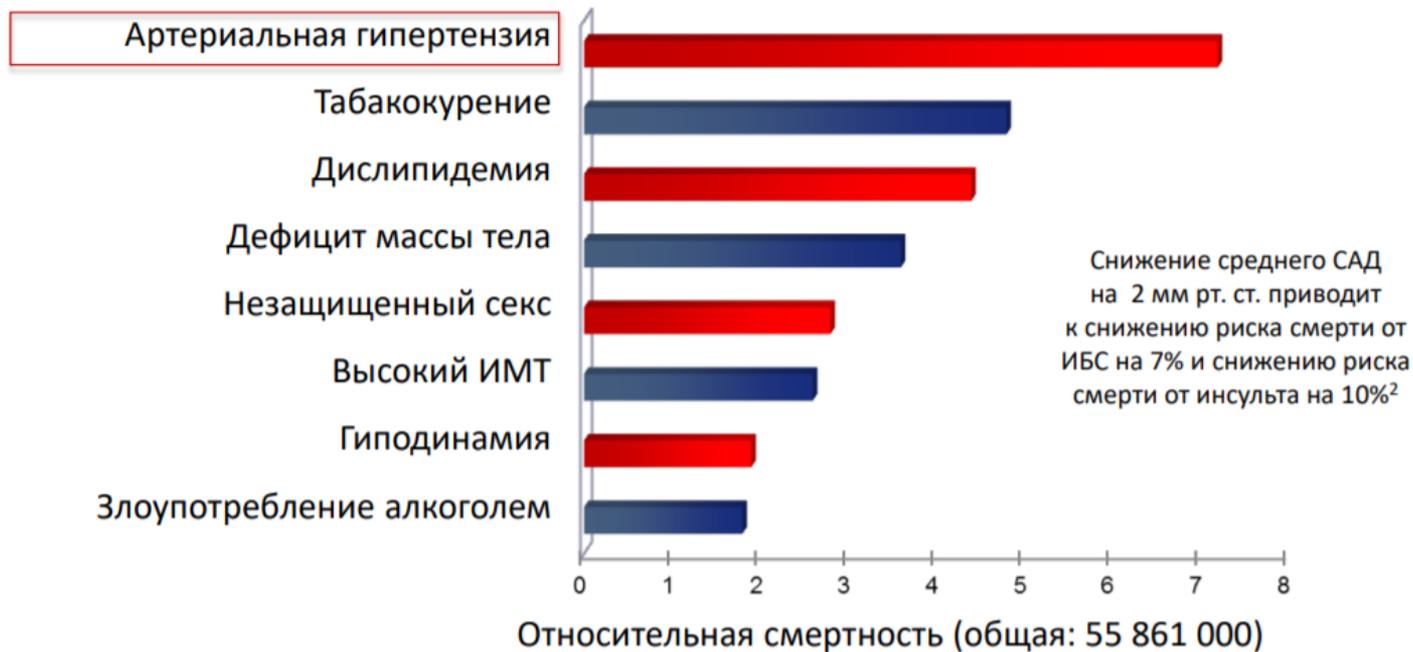
↑ АД

Распространённость артериальной гипертензии



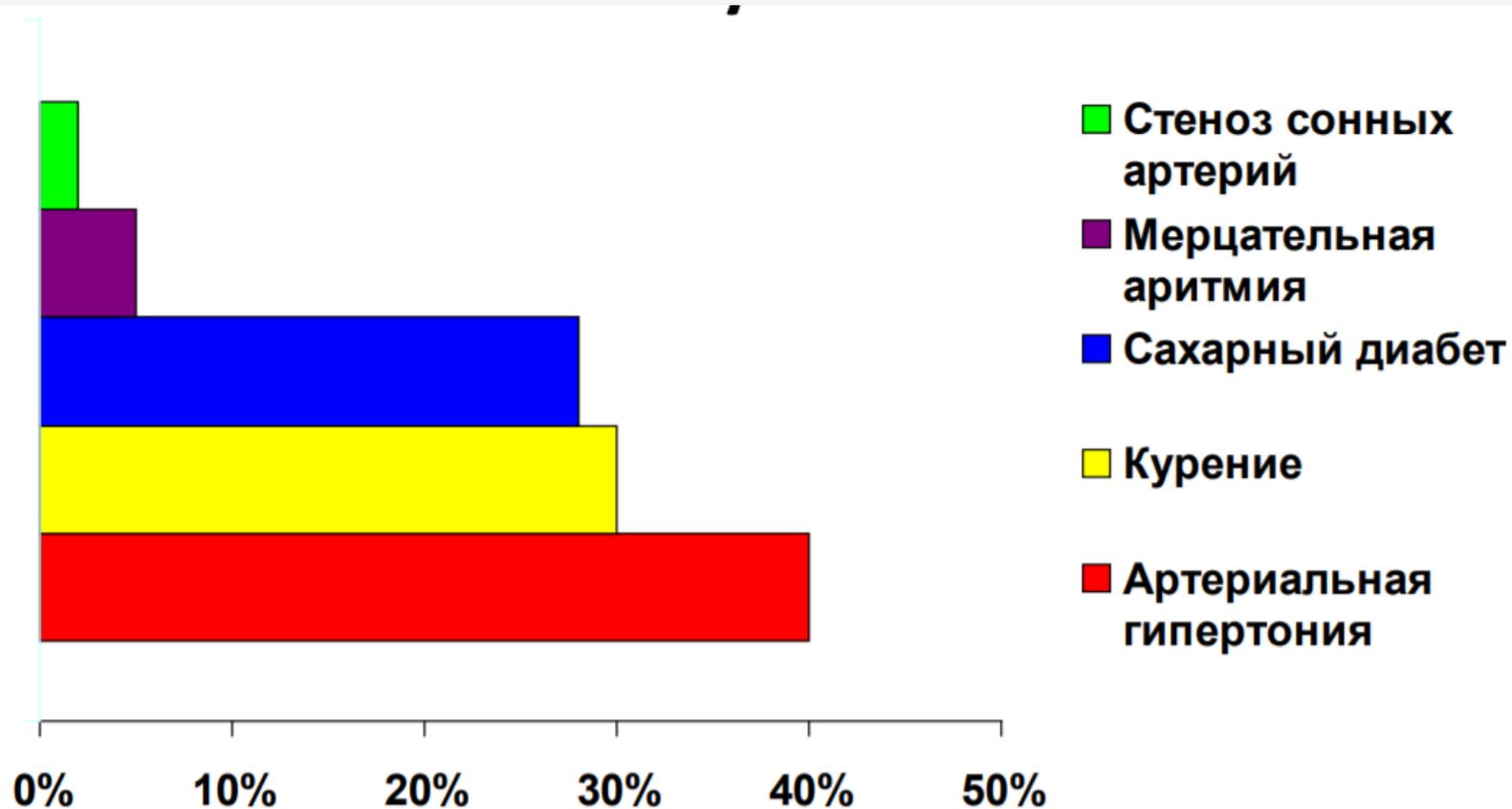
Артериальная гипертензия - фактор риска №1 в структуре общей смертности в мире

Структура общей смертности в мире¹



САД = систолическое артериальное давление
ИБС = ишемическая болезнь сердца
ИМТ = индекс массы тела

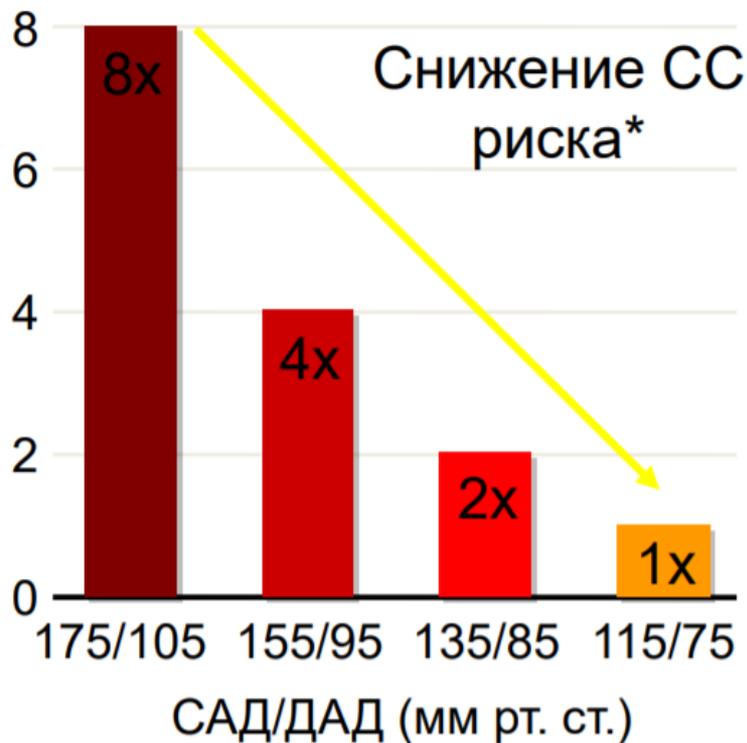
Вклад различных факторов риска в развитие инсульта



В России вклад гипертонии в развитие инсульта составляет 60%-80%*

Снижение АД на каждые 20/10 мм рт. ст. приводит к снижению сердечно-сосудистой смертности в 2 раза

Вероятность сердечно-сосудистого события



Американская кардиологическая ассоциация: отчёт по статистике болезней сердца и инсульта (2019)

Около 2 303 смертей от ССЗ каждый день
(по данным 2016 года)

КАЖДЫЕ 38 СЕКУНД
КТО-ТО УМИРАЕТ ОТ ССЗ

Около 795 000 новых или повторных инсультов
каждый год (по данным 2015 года)

КАЖДЫЕ 40 СЕКУНД
У КОГО-ТО СЛУЧАЕТСЯ ИНСУЛЬТ

Около 389,4 смертей от инсульта каждый день
(по данным 2016 года)

КАЖДЫЕ 3 МИН 42 СЕК
КТО-ТО УМИРАЕТ ОТ ИНСУЛЬТА

У пациентов с АГ есть важные неудовлетворённые потребности



1,13 млрд^{1,2}

Пациентов с АГ в 2015 году

Увеличение на 7,7% в
развитых странах (с 2000
по 2010)⁴



Артериальная
гипертензия

Причина №1 в структуре
общей смертности³

(9.4 млн человек⁴)



Менее чем у 1 из 2

человек диагностирована
артериальная гипертензия⁵



8 из 10

пациентов с артериальной
гипертензией
контролируют АД
неоптимальным
образом⁶

1. NCD-RisC. *Lancet*. 2017;389:37-55. 2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva. WHO Press. 2010. 3. World Heart Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. *WHO Press* 2011. 4. Poulter N et al. *Lancet*. 2015;386(9995):801-812. 5. Olsen MH et al. *Lancet*. 2016;388(10060):2665-2712. 6. Chow CK et al. *JAMA*. 2013;310(9):959-968.

Факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений

Мужской пол	Избыточная масса тела/ожирение (ИМТ 25 – 29,9 / ≥ 30 кг/м ²)
Возраст ≥ 55 лет у мужчин; ≥ 65 лет у женщин	Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (< 55 лет у мужчин, < 65 лет у женщин)
Курение (в настоящее время или в прошлом (в течение года))	Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у жен., ≥ 420 мкмоль/л у муж.)
Дислипидемия	Ранняя менопауза (до 45 лет)
ОХС более 4,9 ммоль/л	Малоподвижный образ жизни
ХС ЛПНП более 3 ммоль/л	Психологические и социально-экономические факторы
ХС ЛПВП у мужчин < 1 ммоль/л, у женщин $< 1,2$ ммоль/л, ХС-неЛВП -	ЧСС более 80 ударов в минуту
Триглицериды $> 1,7$ ммоль/л	Гипергликемия натощак (глюкоза плазмы):
Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье	Глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 или НТТ

Модифицирующие факторы риска

Социальная депривация

Большие психические расстройства

Психологический стресс, в том числе жизненное истощение

Лечение инфекций при наличии ВИЧ

Аутоиммунные и другие воспалительные заболевания

Синдром обструктивного апноэ сна

Предрасполагающие факторы к развитию ГБ



Возраст

Избыточное
потребление
натрия



Избыточная
масса
тела/ожирение

Злоупотребление
алкоголем



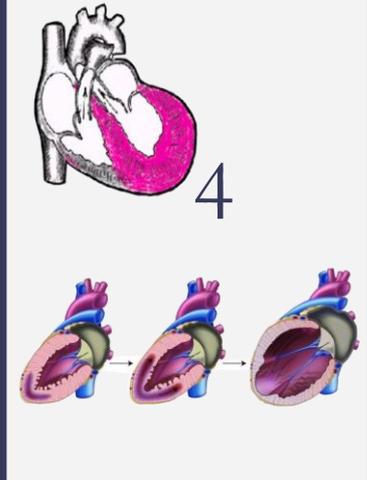
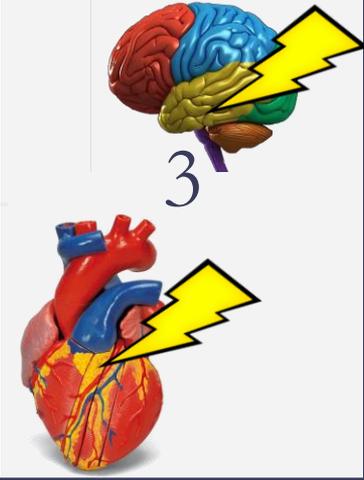
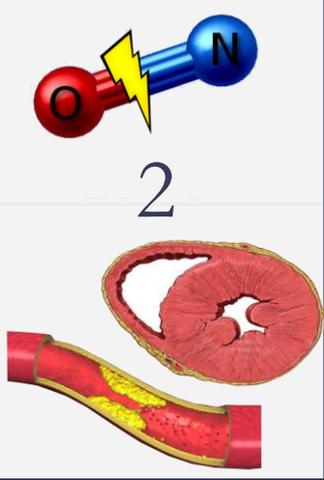
Наследственность



Гиподинамия



Сердечно - сосудистый континуум



Гипертоническая
болезнь
Дислипидемия
Сахарный диабет

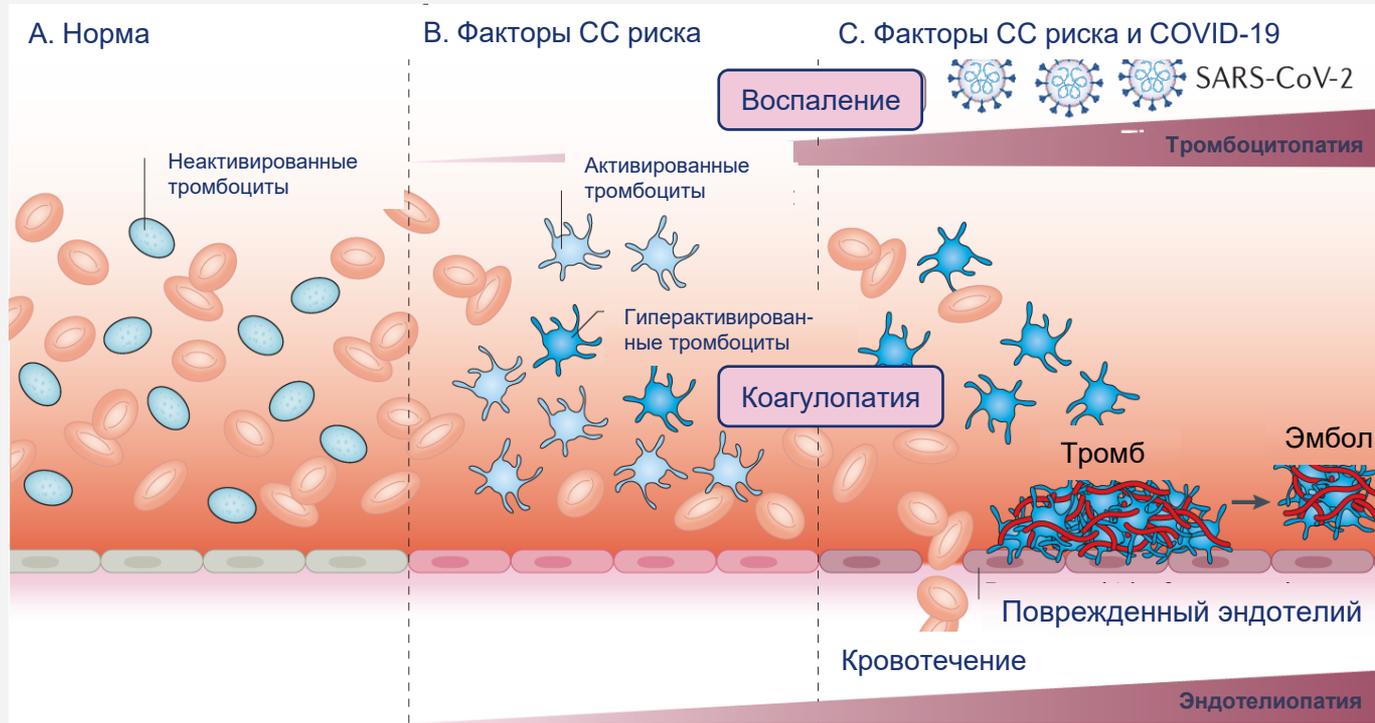
Эндотелиальная
дисфункция
Атеросклероз
Гипертрофия ЛЖ

Инфаркт
миокарда
инсульт

Ремоделирование
сердца и сосудов
Дисфункция ЛЖ

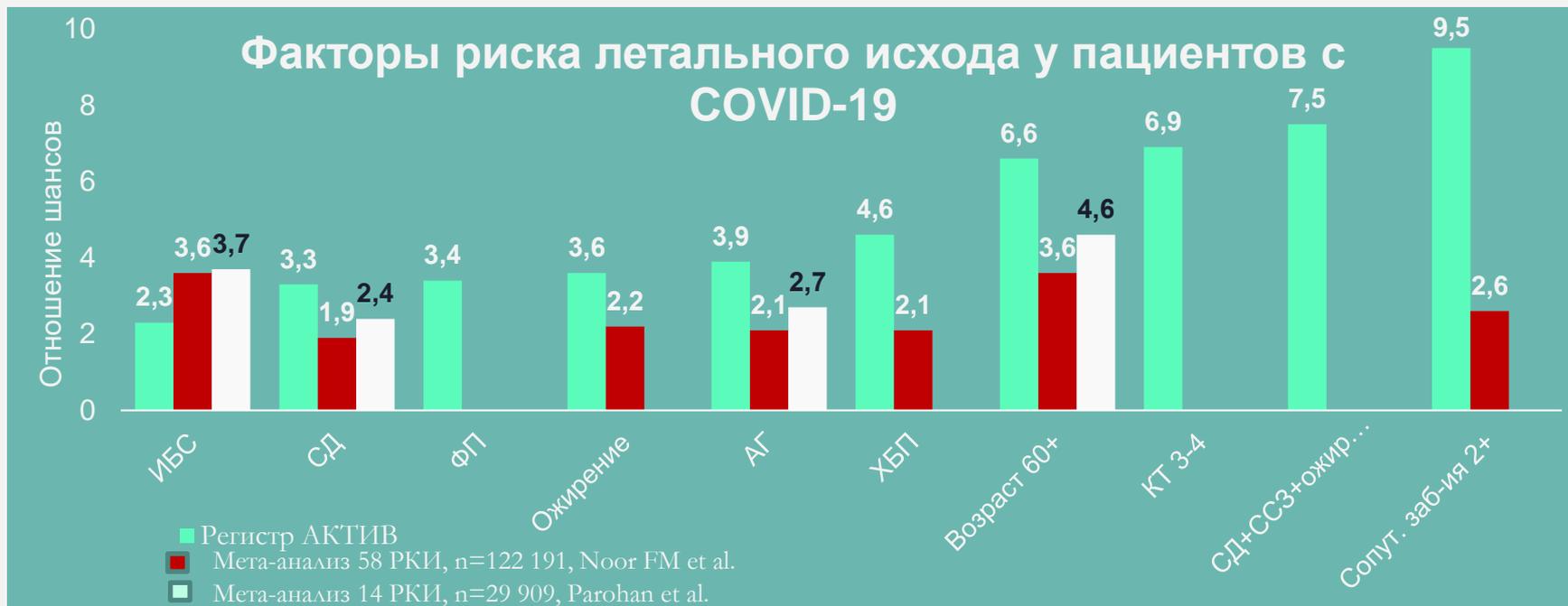
ХСН
Смерть

Ассоциированные с COVID-19 тромбоцитопатия и эндотелиопатия



СС – сердечно-сосудистый

Наличие ССЗ связано с более высокой вероятностью летального исхода у пациентов с COVID-19



- Регистр АКТИВ – центры в РФ, Республике Армения, Республике Казахстан и Кыргызской Республике
- Амбулаторные и стационарные пациенты, n=1003
- Анализ историй болезни или амбулаторных карт, исходов болезни

Немедикаментозное лечение АГ



- 11 мм рт.ст.

Диета типа DASH



- 5 мм рт.ст.

Повышение физической активности

-1,75 г/сут (4,4 г/сут) = - 4,2 мм рт.ст.

Уменьшение потребления натрия (соли)

Нормализация массы тела

от -5 до -20 мм рт.ст.



Умеренное потребление

- 4 мм рт.ст.



Вторичные причины АГ

Характеристика пациентов с резистентной АГ	Причины вторичной резистентной АГ	Лекарственные препараты и субстанции, которые могут приводить к повышению АД
Демографические параметры: <ul style="list-style-type: none">– Пожилой возраст (особенно >75 лет)– Ожирение– Чаще у чернокожих– Избыточное употребление натрия– Высокое исходное АД и хронически неконтролируемая АГ	Наиболее частые причины: <ul style="list-style-type: none">– Первичный гиперальдостеронизм– Атеросклеротическая реноваскулярная гипертензия– Синдром ночного апноэ– ХБП	Рецептурные препараты: <ul style="list-style-type: none">– Оральные контрацептивы– Симпатомиметики (например, противоотечные средства при лечении простудных заболеваний)– Нестероидные противовоспалительные средства– Циклоспорин– Эритропоэтин– Стероиды (например, преднизолон и гидрокортизон)– Некоторые методы лечения рака
Сопутствующие состояния: <ul style="list-style-type: none">– ПООГ: ГЛЖ и/или ХБП– Диабет– Атеросклеротическое поражение сосудов– Аортальная жесткость и изолированная систолическая АГ	Редкие причины: <ul style="list-style-type: none">– Феохромоцитомы– Фиброзно-мышечная дисплазия– Коарктация аорты– Болезнь Кушинга– Гиперпаратиреоз	Нерецептурные препараты: <ul style="list-style-type: none">– Наркотические препараты (например, кокаин, амфетамины, анаболические стероиды)– Чрезмерное употребление лакрицы– Растительные препараты (например, эфедра и ма хуанг)

Вторичные причины АГ

Частые причины вторичных гипертензий

Причина	Распространенность среди пациентов АГ	Возможные симптомы и признаки	Обследование
Синдром обструктивного апноэ во время сна	5-10%	Храп; ожирение (но может встречаться при отсутствии ожирения); сонливость днем.	Шкала Эпворта и полисомнография.
Ренопаренхиматозные заболевания	2-10%	Бессимптомное течение; сахарный диабет; гематурия, протеинурия, никтурия; анемия, образование почек при поликистозе у взрослых.	Креатинин и электролиты плазмы, СКФ; анализ мочи на кровь и белок, отношение альбумин/креатинин мочи; ультразвуковое исследование почек.
Реноваскулярные заболевания			
Атеросклероз почечных артерий	1-10%	Пожилые; диффузный атеросклероз (особенно периферических артерий); диабет; курение; рецидивирующий отек легких; шум в проекции почечных артерий.	Дуплексное сканирование почечных артерий или КТ-ангиография или МР-ангиография.
Фибромускулярная дисплазия почечных артерий		Молодые; чаще у женщин; шум в проекции почечных артерия.	

Вторичные причины АГ

Эндокринные причины

Первичный альдостеронизм	5-15%	Спонтанная или индуцированная диуретиками гипокалиемия, гипертензия в сочетании с надпочечниковой инсиденталомой, или синдромом сонного апноэ или семейным анамнезом гипертензии в раннем возрасте (до 40 лет), семейным анамнезом первичного гиперальдостеронизма (родственники 1-й линии родства).	Ренин, альдостерон плазмы (исследование проводят на нормокалиемии и через 6 нед. после отмены верошпирона); трактуют результаты с учетом антигипертензивной терапии, которую получает пациент.
Феохромоцитома	<1%	Периодические симптомы: эпизоды повышения АД, головная боль, потливость, сердцебиения и бледность; лабильное АД; подъемы АД могут быть спровоцированы приемом препаратов (ББ, метопролола, симпатомиметиков, опиоидов, трициклических антидепрессантов).	Метанефрины в плазме или суточной моче.
Синдром Кушинга	<1%	Лунообразное лицо, центральное ожирение, атрофия кожи, стрии, диабет, длительный прием стероидов.	Проба с 1 мг дексаметазона, и/или кортизол слюны в 23:00-00:00, и/или суточная экскреция свободного кортизола с мочой — исключить прием глюкокортикоидов!
Заболевания щитовидной железы (гипер- или гипотиреоз)	1-2%	Признаки и симптомы гипер- или гипотиреоза.	Оценка функции щитовидной железы (ТТГ, Т ₄ , Т ₃).
Гиперпаратиреоз	<1%	Гиперкальциемия, гипофосфатемия.	Паратгормон, уровень кальция.
Акромегалия		Увеличение акральных частей тела, укрупнение и огрубление черт лица, потливость.	Инсулиноподобный фактор роста 1 сыворотки крови.

Вторичные причины АГ

Другие причины

Коарктация аорты

<1%

Обычно выявляется у детей или подростков; разница АД ($\geq 20/10$ мм рт.ст.) между верхними и нижними конечностями и/или между правой и левой руками и задержка радиально-фemorальной пульсации; низкий ЛПИ; систолический шум в межлопаточной области; узурация ребер при рентгенографии.

Эхокардиография.

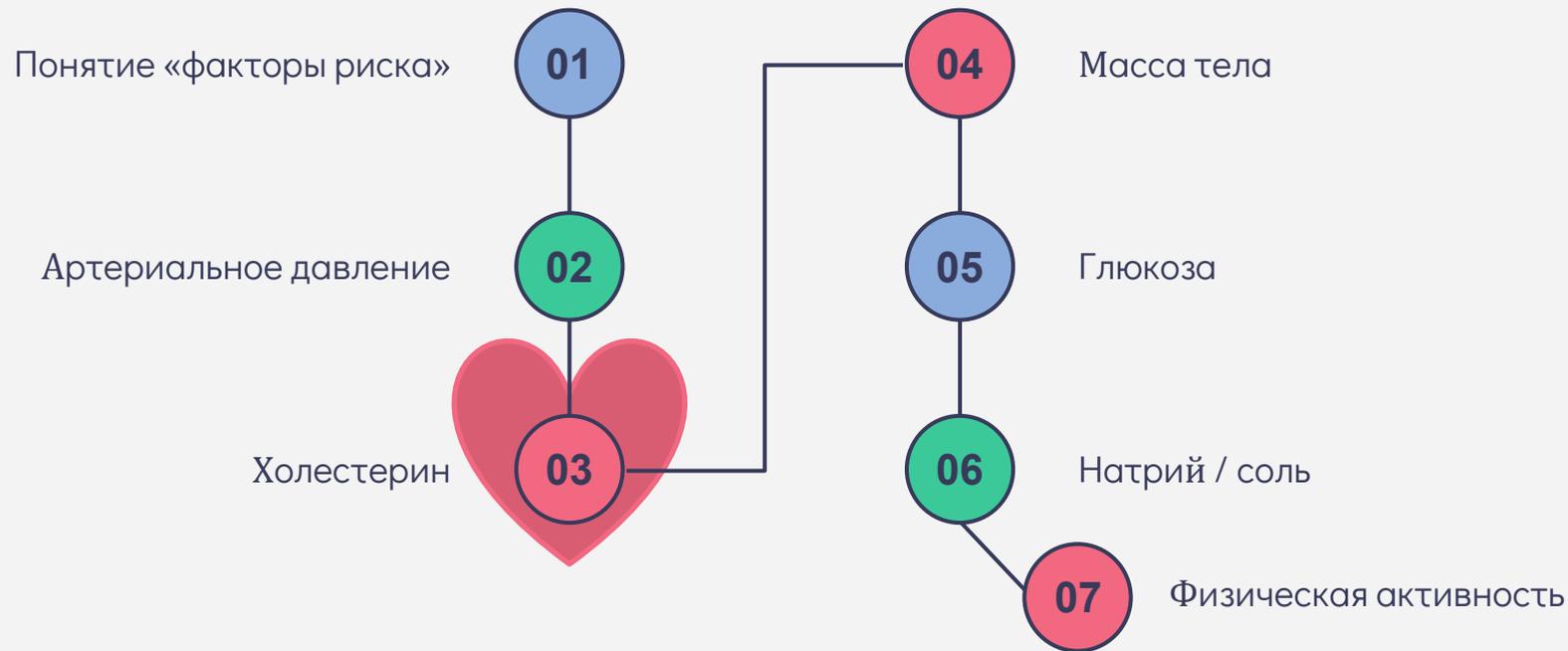


Вывод №1

Тонومتر В КАЖДЫЙ ДОМ



План лекции



Дислипидемия



Дислипидемия

Более половины российского населения имеет уровень общего холестерина, превышающий 5 ммоль/л

Показатели ЛИПИДНОГО спектра

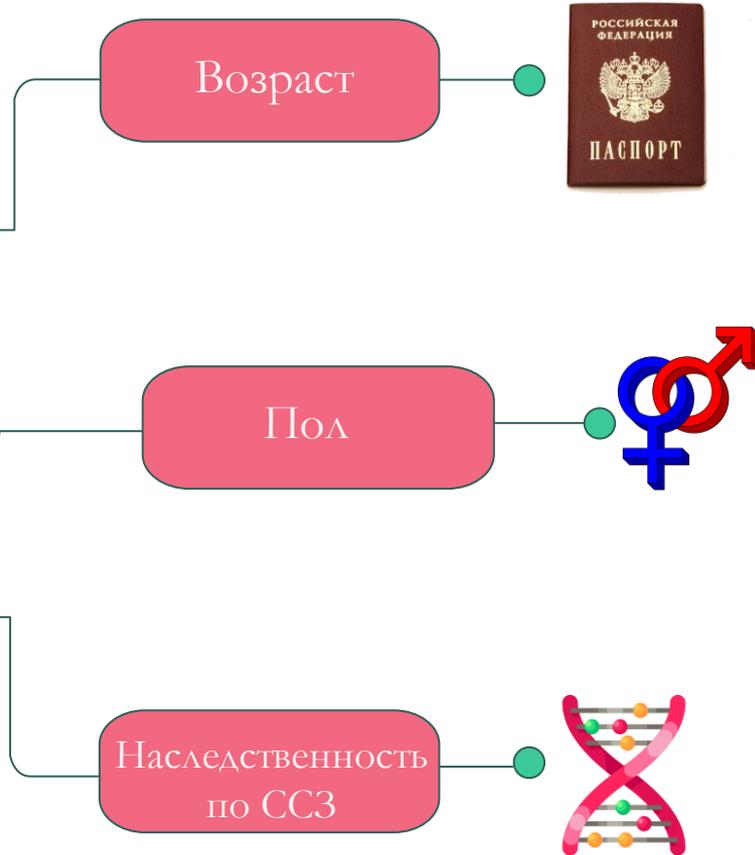
Рекомендации	Класс	Уровень
ОХС – для оценки риска в системе SCORE	I	C
ХС ЛВП – для дополнительной оценки риска	I	C
ХС ЛНП – главный показатель оценки риска	I	C
ТГ – рекомендован для дополнительной оценки риска	I	C
ХС неЛВП – для оценки риска, в частности при высоких ТГ, СД, ожирении, метаболическом синдроме или очень низком ХС ЛНП	I	C
АпоВ – для оценки риска, в частности при высоких ТГ, СД, ожирении, метаболическом синдроме или очень низком ХС ЛНП	I	C
Лп(а) – следует измерить хотя бы раз в жизни у любого взрослого. При уровне Лп(а) > 180 мг/дл риск эквивалентен гетерозиготной СГХС	IIA	C
Лп(а) следует измерять у пациентов с отягощенным семейным анамнезом для рестратификации риска между умеренным и высоким	IIA	C

Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

Модифицируемые



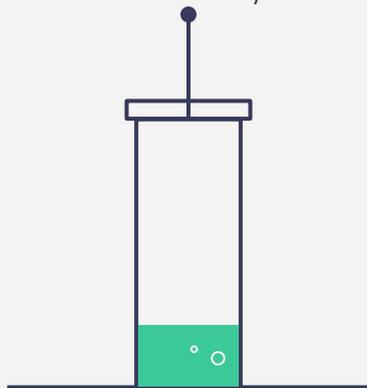
Немодифицируемые



○ +
Чем лучше уровень холестерина, тем дольше и качественнее жизнь ⊖

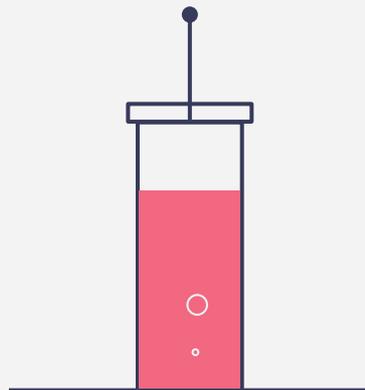
○
Повышение уровня ОХ на

1 ммоль/л



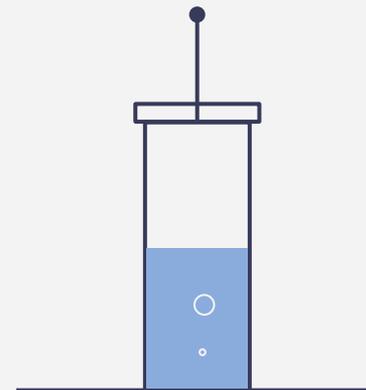
○
Повышение риска смерти от ИБС или нефатального ИМ на 45%

Снижение уровня ЛПНП на 1 ммоль/л



Снижение риска смерти от ССЗ и нефатального ИМ на 20-25%.

При уровне ЛПВП менее 1 ммоль/л



○
Риск ССО на 64% выше, чем у пациентов с ХС ЛВП $\geq 1,4$ ммоль/л



Липопротеиды НЕВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ

Целевые значения для ХС неЛВП должны быть
на 0,8 ммоль/л выше,

чем соответствующий целевой уровень ХС ЛВП

Вторичные целевые значения не-ХС ЛВП:

<2,2 ммоль/л **очень высокий риск**

<2,6 ммоль/л **высокий риск**

<3,4 ммоль/л **умеренный риск**



Красные флаги⁺

Показатель	Опасные концентрации	Направление пациента в липидную клинику или к врачу-липидологу
ТГ	>10ммоль/л (>880 мг/дл ^а)	Синдром хиломикронемии: высокий риск острого панкреатита
ХС ЛНП	>13ммоль/л (>500 мг/дл ^а)	Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия: очень высокий кардиоваскулярный риск
ХС ЛНП	>5ммоль/л (>190 мг/дл ^а)	Гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия: высокий кардиоваскулярный риск
ХС ЛНП у детей	> 4ммоль/л (>155 мг/дл ^а)	Гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия: высокий кардиоваскулярный риск
ЛП(а)	> 150 мг/дл (>99 перцентиль)	Очень высокий кардиоваскулярный риск (развития инфаркта миокарда, стеноза клапана аорты)
ХС ЛНП	< 0,3ммоль/л	Наследственная абеталипопротеинемия
Апо В	< 10 мг/дл	
ХС ЛВП	< 0,2 ммоль/л	
Апо А1	< 10 мг/дл	Наследственная гипоальфапопротеинемия (дефицит ЛХАТ)



У кого проводим скрининг

У пациентов с ССЗ
при неблагоприятном
семейном анамнезе

Мужчины старше 40 лет
Женщины старше 50
лет/после наступления
менопаузы

ХБП



СД

Мужчины и женщины
старше 20

ЗПА

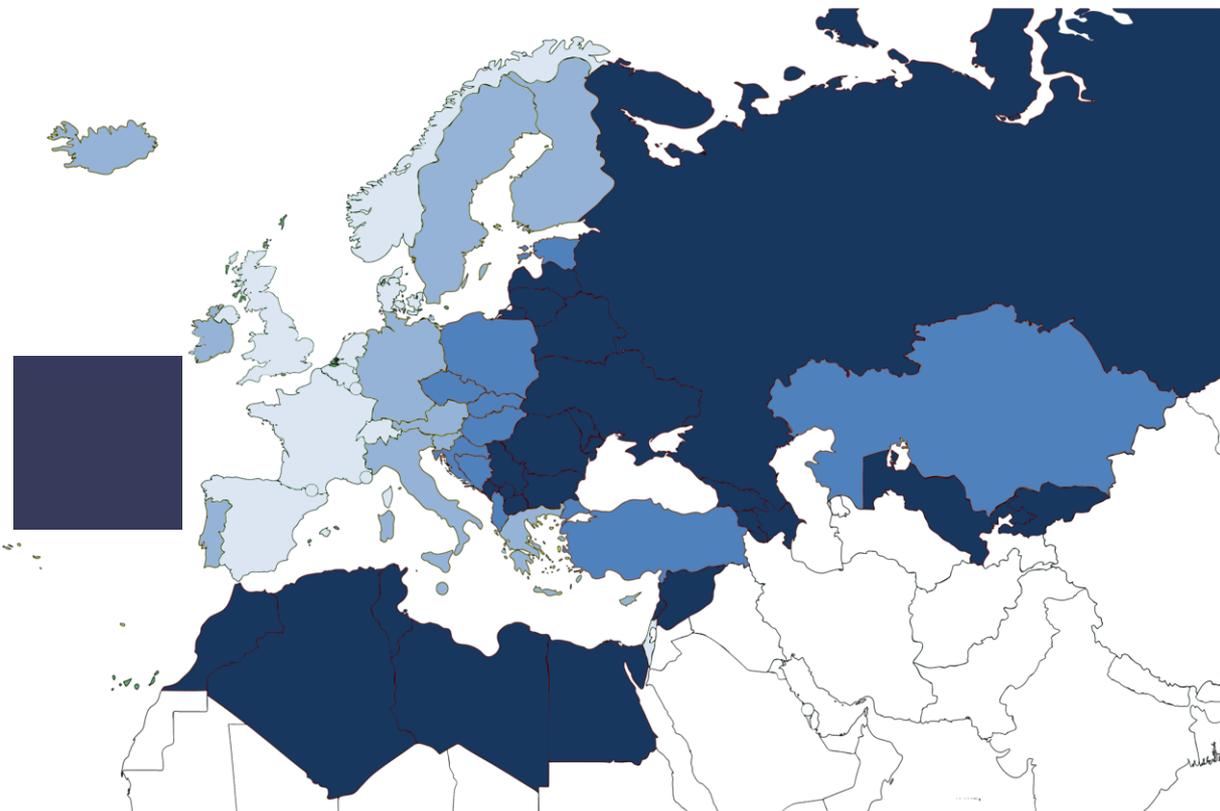
Отягощённая
наследственность

Факторы риска

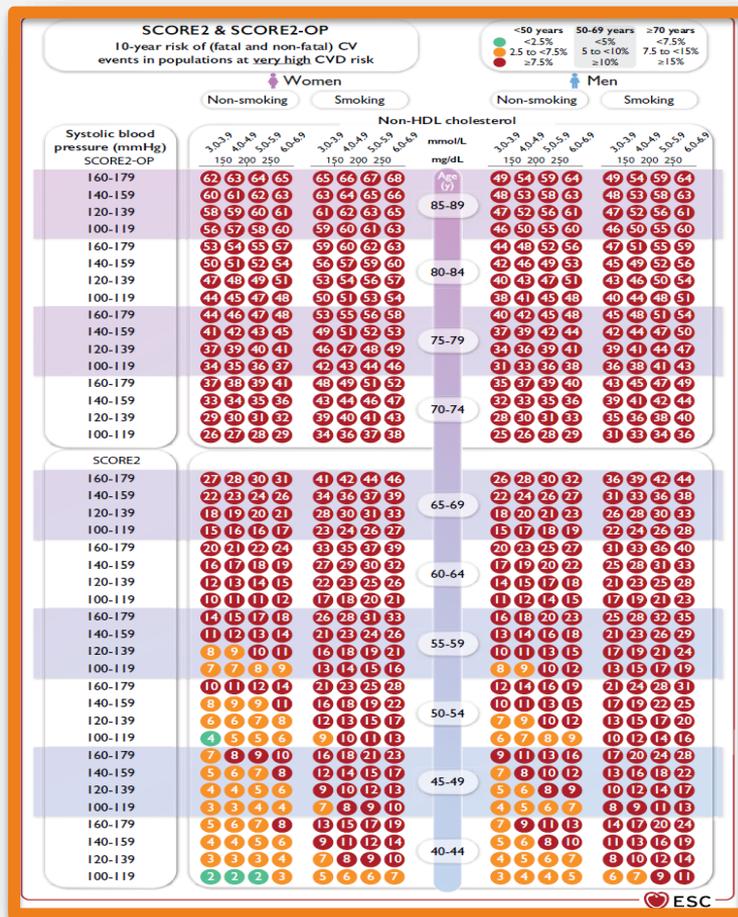
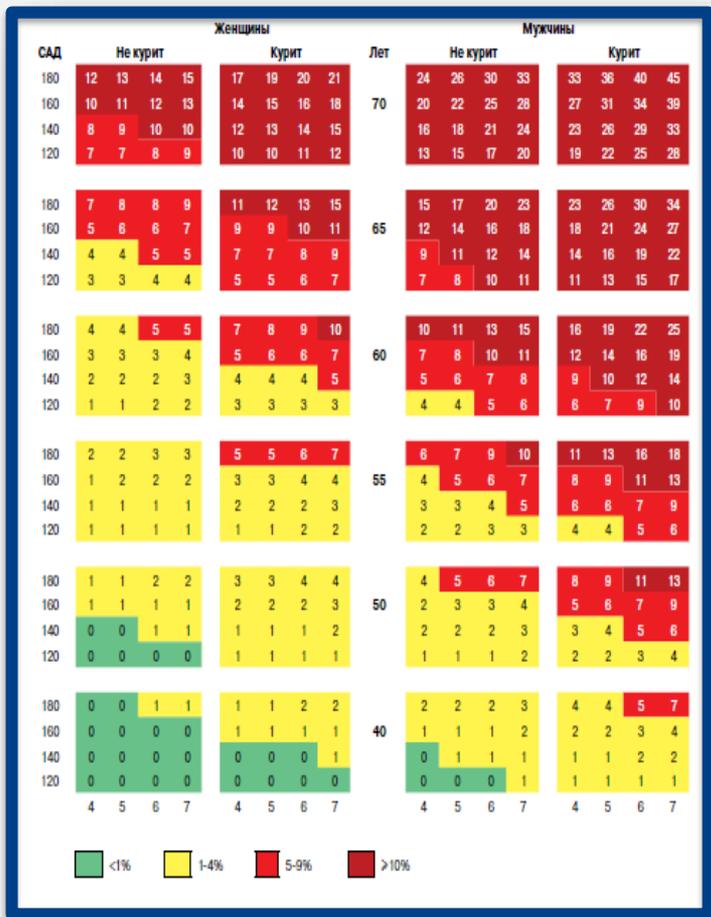
Факторы риска		Класс	Уровень
Возраст	Мужчины > 40 лет, женщины > 50 лет или с ранней менопаузой	I	C
Курение	Вне зависимости от количества	I	C
Артериальная гипертензия	АД \geq 140/90 мм рт. ст. или постоянный прием гипотензивных препаратов	I	C
Сахарный диабет 2 типа	Глюкоза натощак > 6,1 и 7,0 ммоль/л (капиллярная и венозная кровь соответственно)	I	C
Раннее начало ИБС у ближайших Родственников (отягощенная наследственность)	Инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия у мужчин в возрасте < 55 лет, у женщин < 60 лет	I	C
Семейная гиперлипидемия по данным анамнеза	Па, Пб	I	C
Абдоминальное ожирение	Окружность талии: у мужчин \geq 94 см, у женщин \geq 80 см	I	C
Хроническое заболевание почек	Снижение скорости клубочковой фильтрации < 60 мл/мин	I	C
Ожирение	Повышение ИМТ > 25 кг/м ²	I	C

Регионы с различным риском СС смерти

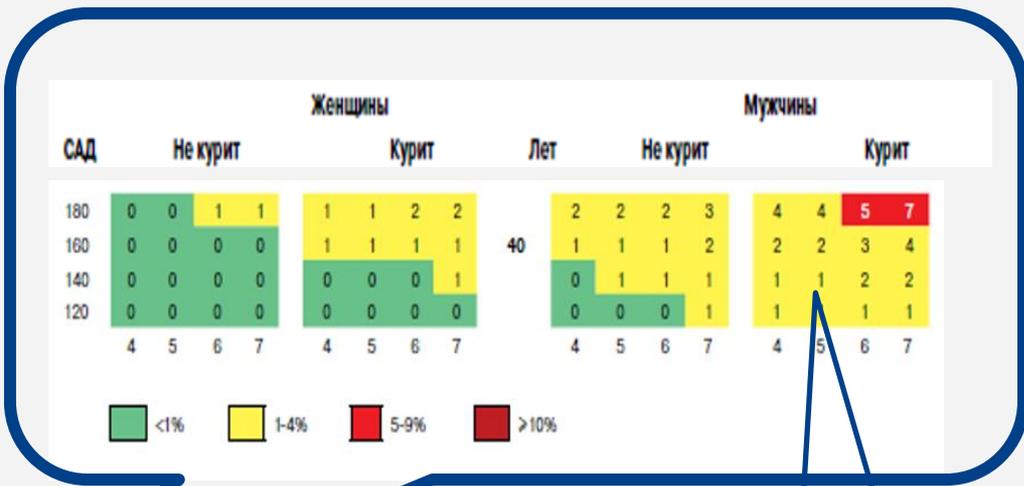
**Выделено 4 региона
(по уровню риска)**



Шкалы SCORE и SCORE 2



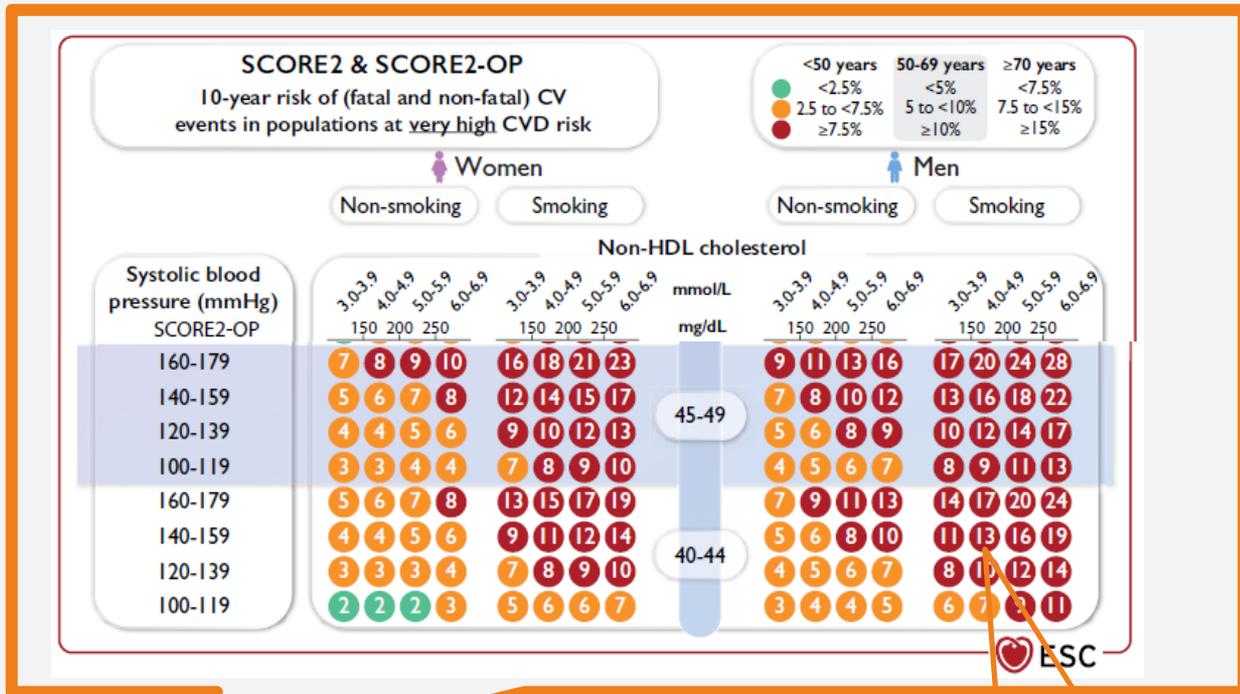
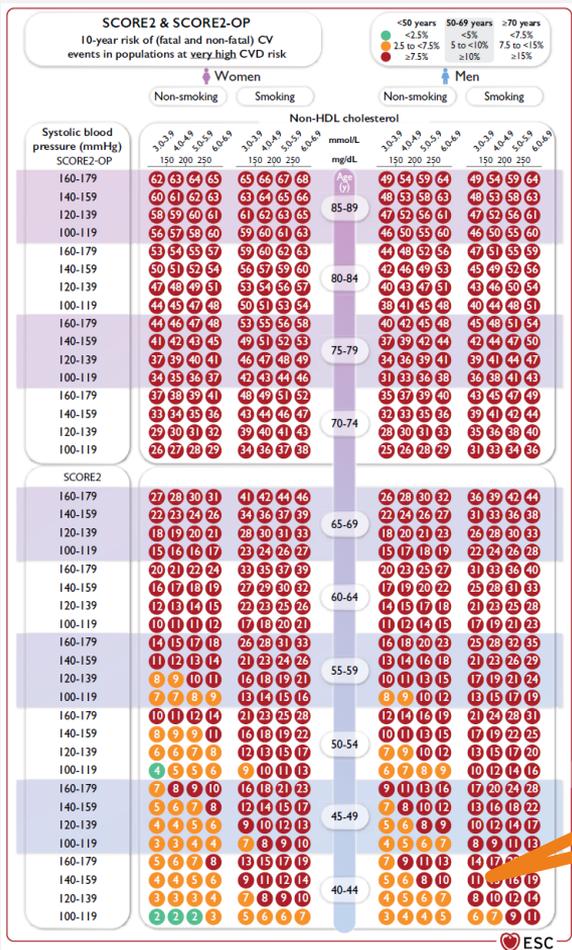
Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE



1 %

■ <1%
 ■ 1-4%
 ■ 5-9%
 ■ >10%

Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE2



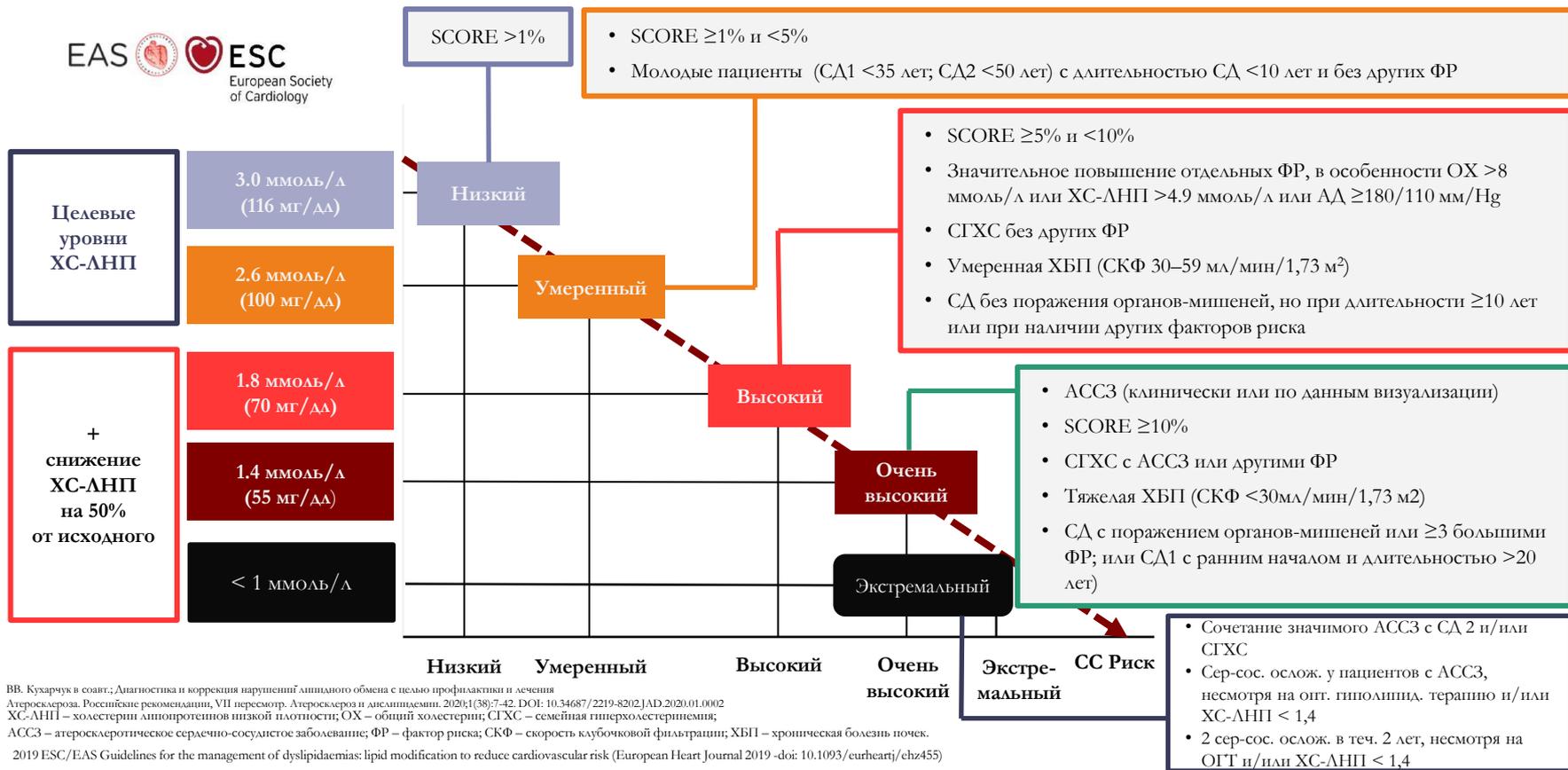
13 %

Шкала относительного риска

Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	Не курит					Курит					
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
	Холестерин, ммоль/л										

© ESC 2016

Целевые уровни для ХС-ЛНП в зависимости от категории сердечно-сосудистого риска: рекомендации ESC/EAS (2019 г.)

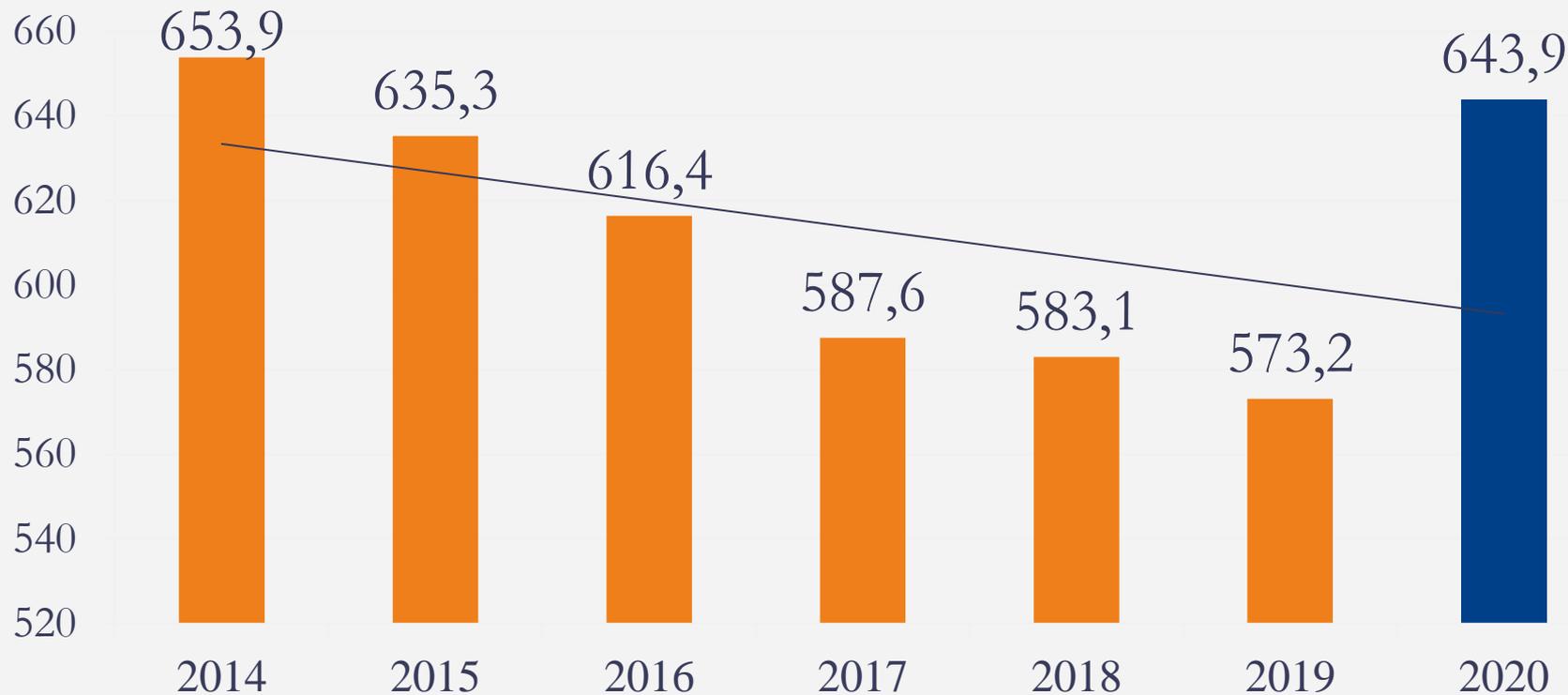


Высокий уровень холестерина прочно связан с повышенным риском смерти от ИБС



При повышении холестерина на каждый 1 ммоль/л выше обычного уровня риск смерти от ИБС или нефатального ИМ увеличивается на 45%

Показатели смертности от БСК в Российской Федерации



Коррекция гиперхолестеринемии внесла наибольший вклад в снижение смертности от ИБС в США

Основные факторы снижения смертности от ИБС в США (1980–2000 гг.)

Модификация факторов риска – 44%

Фактор	Вклад
Снижение общего холестерина	24%
Снижение систолического АД	20%
Борьба с курением	12%
Повышение физической активности	5%

Лечение ИБС

Составляющая	Вклад
Реваскуляризация и вторичная профилактика после ИМ	11%
Лечение ОКС	10%
Лечение ХСН	9%
Реваскуляризация при стабильном течении ИБС	5%
Другое лечение	12%

ОКС – острый коронарный синдром; ИМ – инфаркт миокарда; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

Ford E.S., et al. Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980–2000 // New England Journal of Medicine. 2007. Т. 356. №. 23. С. 2388–2398.

Мероприятия, направленные на нормализацию показателей липидного профиля

	Сила эффекта	Уровень доказательности
Мероприятия, направленные на снижение уровней ОХС и ХС ЛНП		
Избегание транс-жиров	++	A
Ограничение насыщенных жиров	++	A
Увеличение пищевых волокон	++	A
Употребление функциональных пищевых продуктов, богатых фитостеролами	++	A
Употребление нутрицевтического красного дрожжевого риска	++	A
Снижение увеличенной массы тела	++	A
Уменьшение употребления ХС	+	B
Повышение повседневной физической активности	+	B
Мероприятия, направленные на снижение уровней липопротеинов, богатых ТГ		
Снижение увеличенной массы тела	+	A
Уменьшение употребления алкоголя	+++	A
Повышение повседневной физической активности	++	A
Уменьшение употребления углеводов с пищей	++	A
Употребление n-3 ПНЖК	++	A
Уменьшение употребления моно- и дисахаридов	++	B
Замена насыщенных жиров моно- и полиненасыщенными жирами	+	B
Мероприятия, направленные на повышение уровня ХС ЛВП		
Избегание транс-жиров	++	A
Повышение повседневной физической активности	+++	A
Снижение увеличенной массы тела	++	A
Уменьшение употребления углеводов с пищей и замена их на ненасыщенные жиры	++	A
Может быть продолжено незначительно употребление алкоголя	++	B
Прекращение курения	+	B

Снижение уровня показателей липидного профиля мероприятиями по модификации образа жизни

1. при ожирении уменьшение концентрации ХС ЛНП **на 0,2 ммоль/л наблюдается при снижении веса на каждые 10 кг;**
2. уменьшение уровня ХС ЛНП под влияние регулярных физических упражнений еще меньше;
- 3. увеличение ХС ЛВП **на 0,01 ммоль/л наблюдается при снижении массы тела на каждый килограмм**, при условии стабильного снижения веса;
4. аэробные физические нагрузки, такие как быстрая ходьба на 25-30 км/нед. (или эквивалентная активность) - **повышение уровня ХС ЛВП на 0,08-0,15 ммоль/л;**
5. прекращение курения также вносит вклад в повышение ХС ЛВП, при условии предупреждения прибавки массы тела;
6. ежедневное употребление **2 г фитостеролов** может способствовать эффективному снижению уровней **ОХС и ХС ЛНП на 7-10%.**

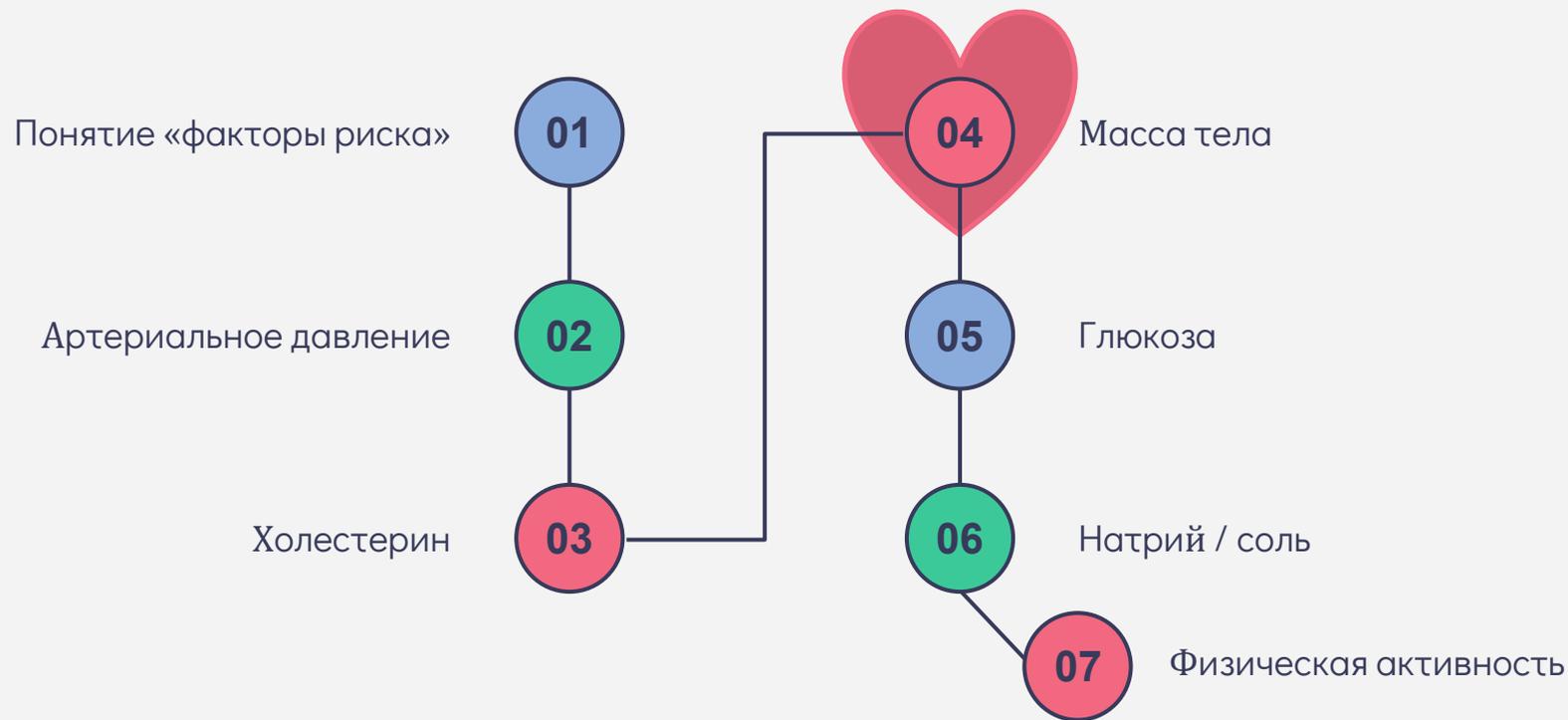


Вывод №2

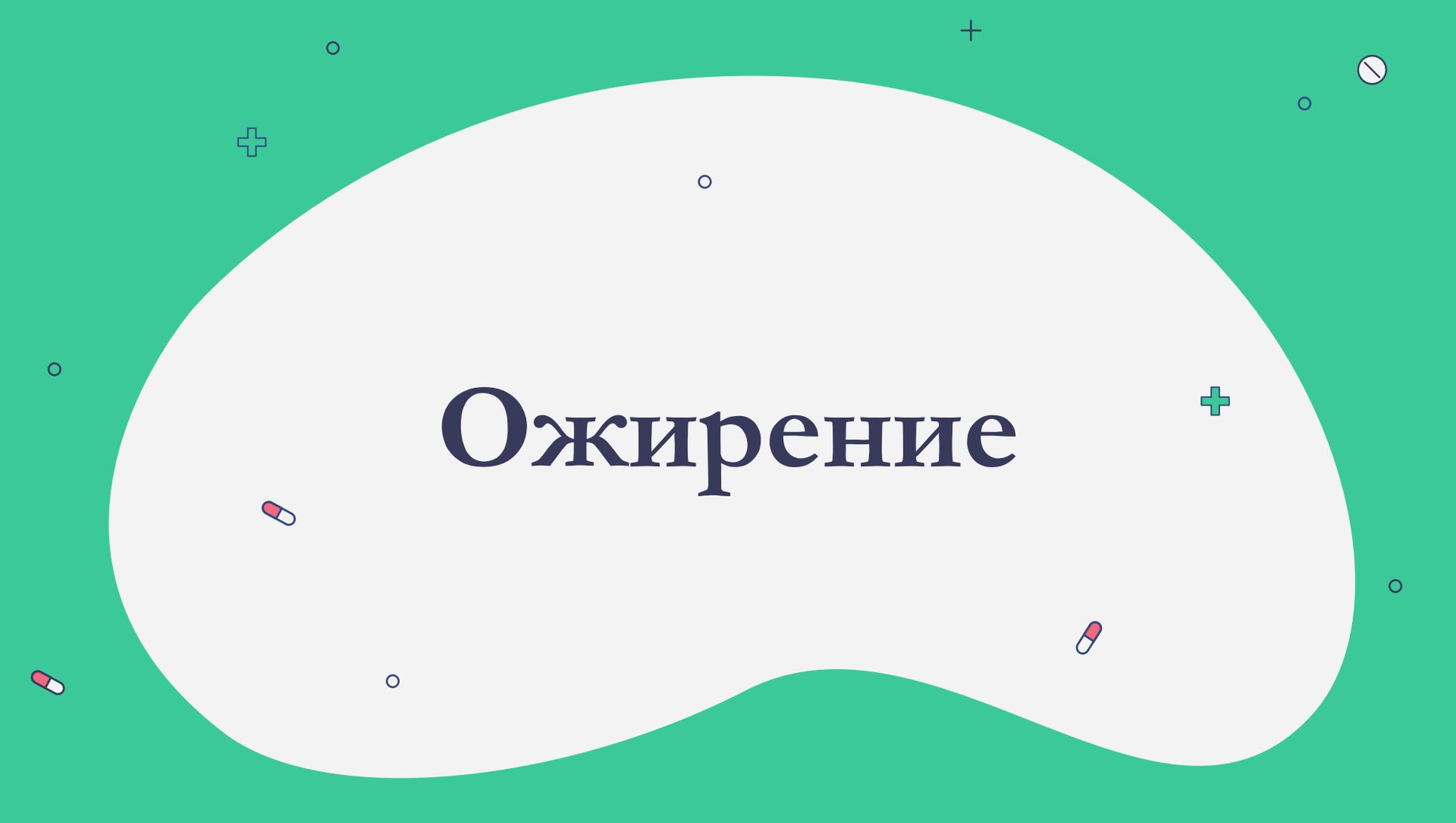
Сдавать кровь на
липидный спектр не реже
1 раза в год



План лекции



Ожирение



○ Основные положения



Ожирение – это хроническое, прогрессирующее при естественном течении заболевание.

- 2016 год – более 1,9 млрд взрослых имели избыточный вес, 650 млн были с ожирением;

- с 1975 по 2016 год больных, страдающих ожирением, стало более, чем в три раза больше;

- по прогнозам ВОЗ в 2030 году 60% населения мира могут иметь избыточный вес и ожирение;

- является одной из основных причин инвалидности и смертности во всём мире;

- у нас в стране на 2017 год 29,7% в общей популяции, 30,8% среди женщин и 26,6% среди мужчин;

- ожирение можно и нужно предотвратить.



Какой вес необходимо держать ?



Цель

- индекс массы тела от 20 до 25 кг/м².
- объём талии < 94 см у мужчин или < 80 см у женщин



«Спусковые крючки» ожирения

1. Физиологические (например, дефицит сна)
2. Генетические
3. Социальные (традиции, образование, окружение)
4. Психологические (стресс, повышенная тревожность, «заедание» негативных эмоций)



Доказанные эффекты снижения веса на 5-10%

Сопутствующая патология	Положительные эффекты
Артериальная гипертензия	Улучшение в 52-92% случаев
Сердечно-сосудистые заболевания	82 %
Сахарный диабет 2 типа	83%
Дислипидемия	63%
Подагра	77%
Заболевания суставов	41-76%
НАЖБП	Уменьшение степени гепатоза в 82%. Уменьшение выраженности воспаления в 37% случаев.  Уменьшение степени фиброза в 20% случаев
 Общая смертность	89% снижение общей смертности в ближайшие 5 лет

Немедикаментозное лечение АГ



- 11 мм рт.ст.

Диета типа DASH



- 5 мм рт.ст.

Повышение физической активности

-1,75 г/сут (4,4 г/сут) = - 4,2 мм рт.ст.

Уменьшение потребления натрия (соли)

Нормализация массы тела

от -5 до -20 мм рт.ст.



Умеренное потребление

- 4 мм рт.ст.



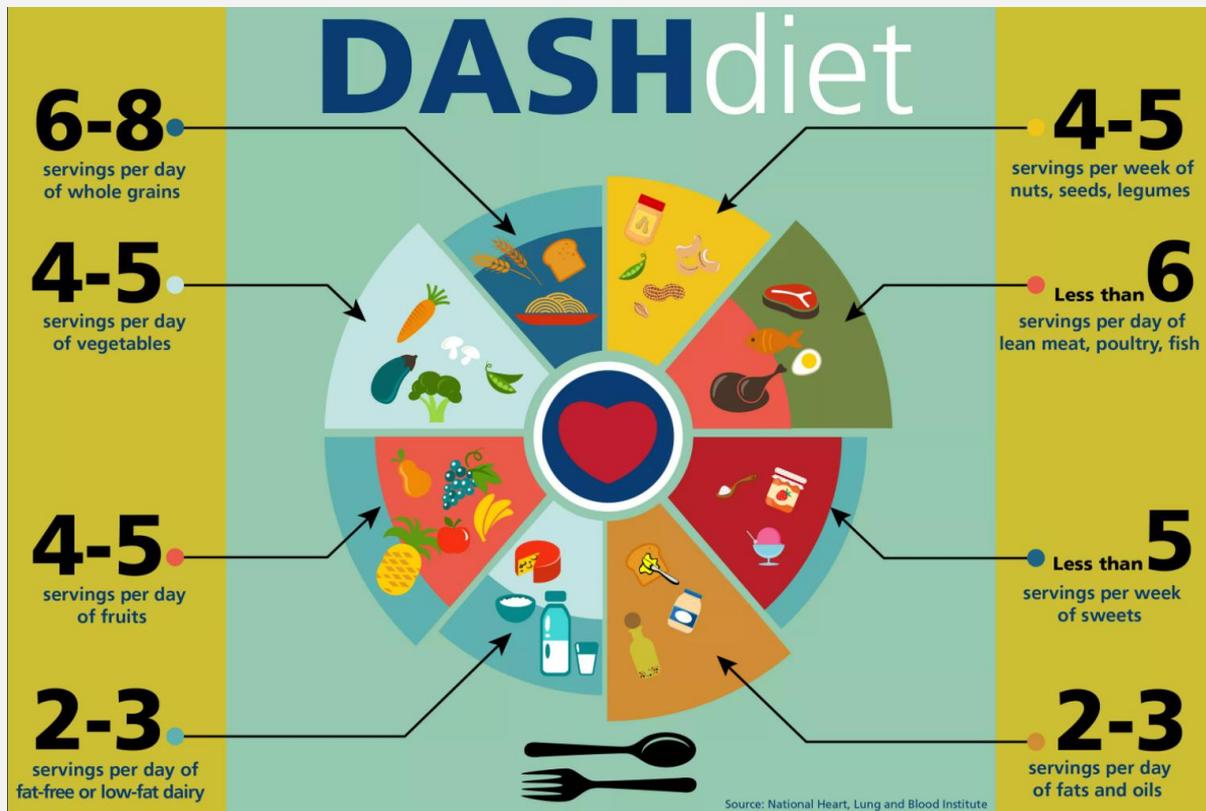
Принципы здорового питания



1. Энергетическое равновесие
2. Сбалансированность питания по содержанию основных пищевых веществ
3. Оптимальное содержание и соотношение в рационе питания жирных кислот
4. Снижение потребления поваренной соли
5. Ограничение в рационе питания простых углеводов (сахаров)
6. Повышение потребления овощей и фруктов
7. Широкое использование цельнозерновых продуктов



DASH диета



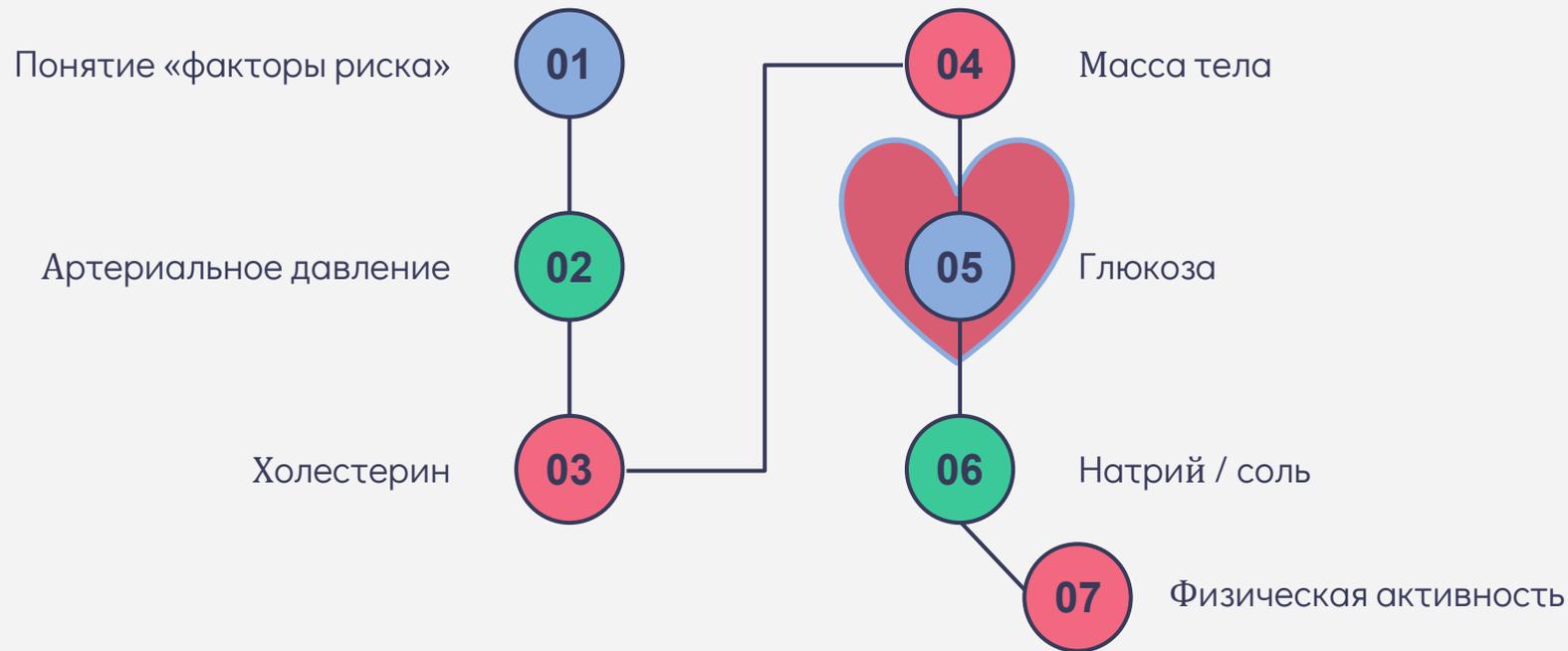
Source: National Heart, Lung and Blood Institute

Вывод №2

Держать вес !
Если уже ИМТ / ожирение –
к диетологу !



План лекции



Сахарный диабет



Распространённость СД в мире

- Рост распространённости СД в 21 веке является одним из самых высоких
- По прогнозам **2010 года** распространённость СД в мире к **2025 году** должна была составлять **438 млн** человек
- В **2019 году** распространённость СД в мире уже была **463 млн** человек
- **3 из 4 больных** с СД относятся к **работоспособному возрасту**
- По данным **2019 года** наибольшее число больных СД в Китае, Индии и США
- Впервые в число 10 основных причин смерти вошёл СД, рост смертности с 2000 г. – **70%**.

Сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет

- Сердечно-сосудистые заболевания остаются **ведущей причиной** заболеваемости и смертности у пациентов с сахарным диабетом
- Наличие сахарного диабета – это **высокий или очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений**



Главные причины утраты трудоспособности в развитых странах мира в возрасте 50-75 лет

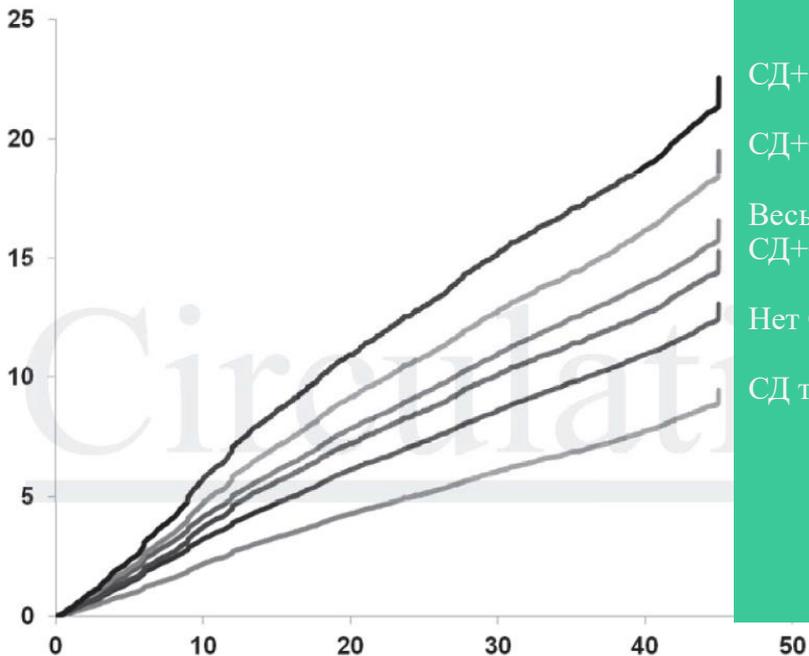
1990			2019	
1	Ишемическая болезнь сердца		1	Ишемическая болезнь сердца
2	Инсульт		2	Инсульт
3	ХОБЛ		3	Сахарный диабет
4	Туберкулёз		4	ХОБЛ
5	Рак лёгких		5	Рак лёгких
6	Сахарный диабет		6	Боль в пояснице
7	Цирроз печени		7	Цирроз печени
8	Боль в пояснице		8	Хроническая болезнь почек

Что необходимо помнить о СД при его лечении

- Наличие СД сопровождается увеличением риска сердечно-сосудистого риска в **2-3 раза**;
- Необходима **интенсивная коррекция ФР** сердечно-сосудистых заболеваний (**контроль гликемии, АД, липидов, антитромбоцитарные препараты**).
- АГ у пациентов с СД встречается **в 2 раза чаще**, чем у пациентов без СД.

Диагностированное сердечно-сосудистое заболевание значительно повышает сердечно-сосудистых риск у пациентов с СД 2 типа

Скорректированная кумулятивная частота случаев сердечно-сосудистой смерти, инфаркта миокарда, инсульта



МЕСЯЦЫ

СД+Сер-сос. заболевание+ишемическое событие в анамнезе

СД+СД+Сер-сос. заболевание

Весь СД

СД+Сер-сос. заболевание+ без ишемического события в анамнезе

Нет СД

СД только с ФР

При СД сердечно-сосудистые заболевания
развиваются на **10-15 лет раньше**, чем у
лиц без СД

Факторы риска при сахарном диабете

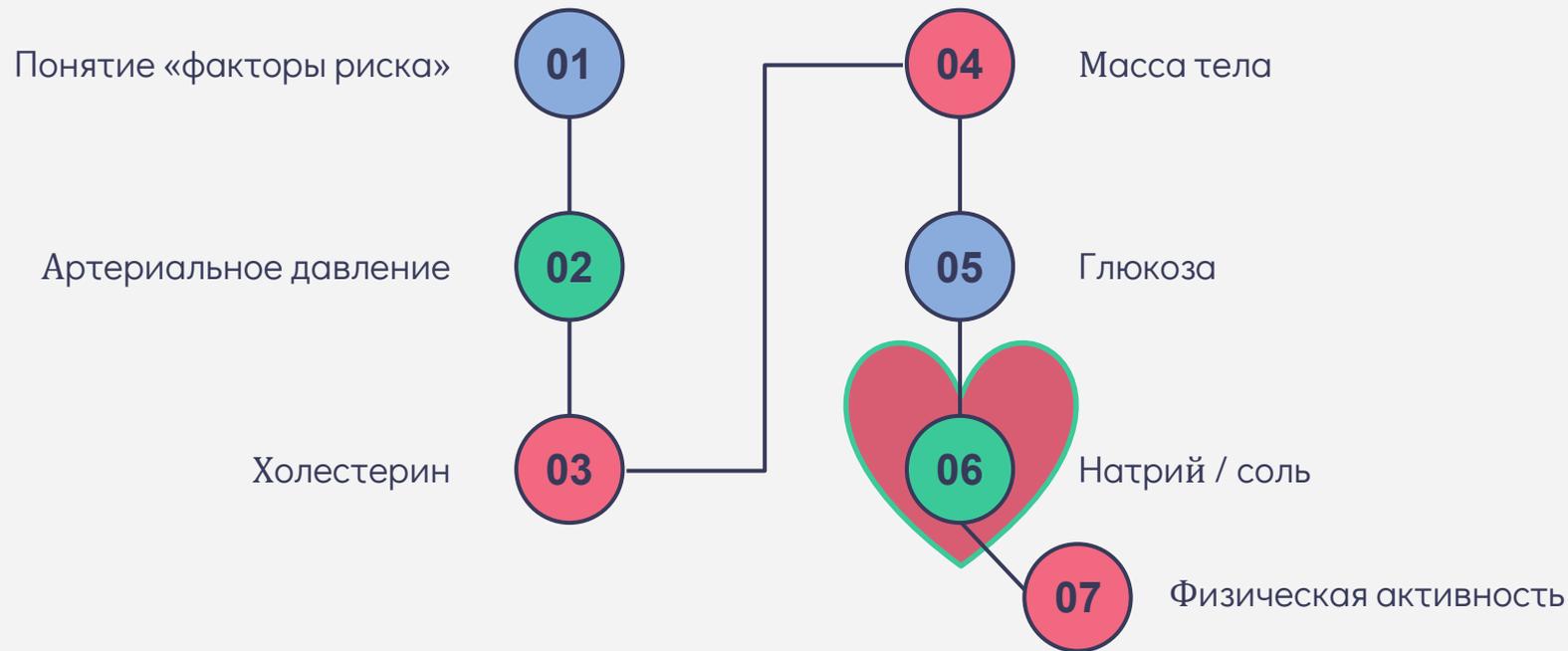
- Дисгликемия – 100%
- Избыточный вес или ожирение – 90%
- Дислипидемия – 70%
- Артериальная гипертензия – 66%

Вывод №3

Контроль глюкозы крови!
Правильное питание!
Не допустить развитие СД2!



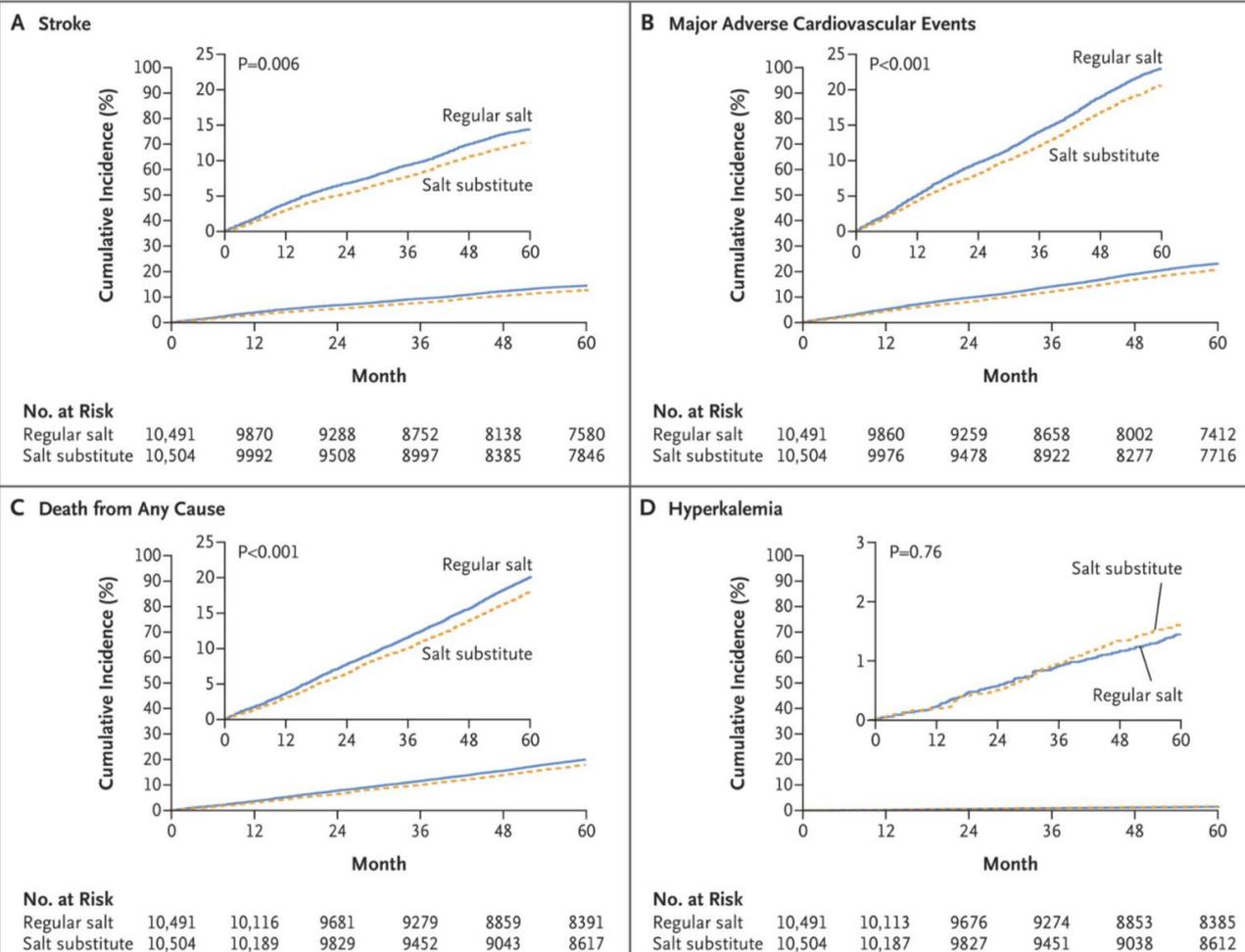
План лекции



Повышенное потребление соли

- Стандартное потребление соли во многих странах составляет от 9 до 12 г/сут. (в России 12,5 – 13 г/сут);
- 80% потребляемой соли - “скрытая соль”;
- уменьшение потребления до 5 г/сут. у пациентов АГ ведет к снижению САД на 4-5 мм рт.ст.

Исследование SSaSS

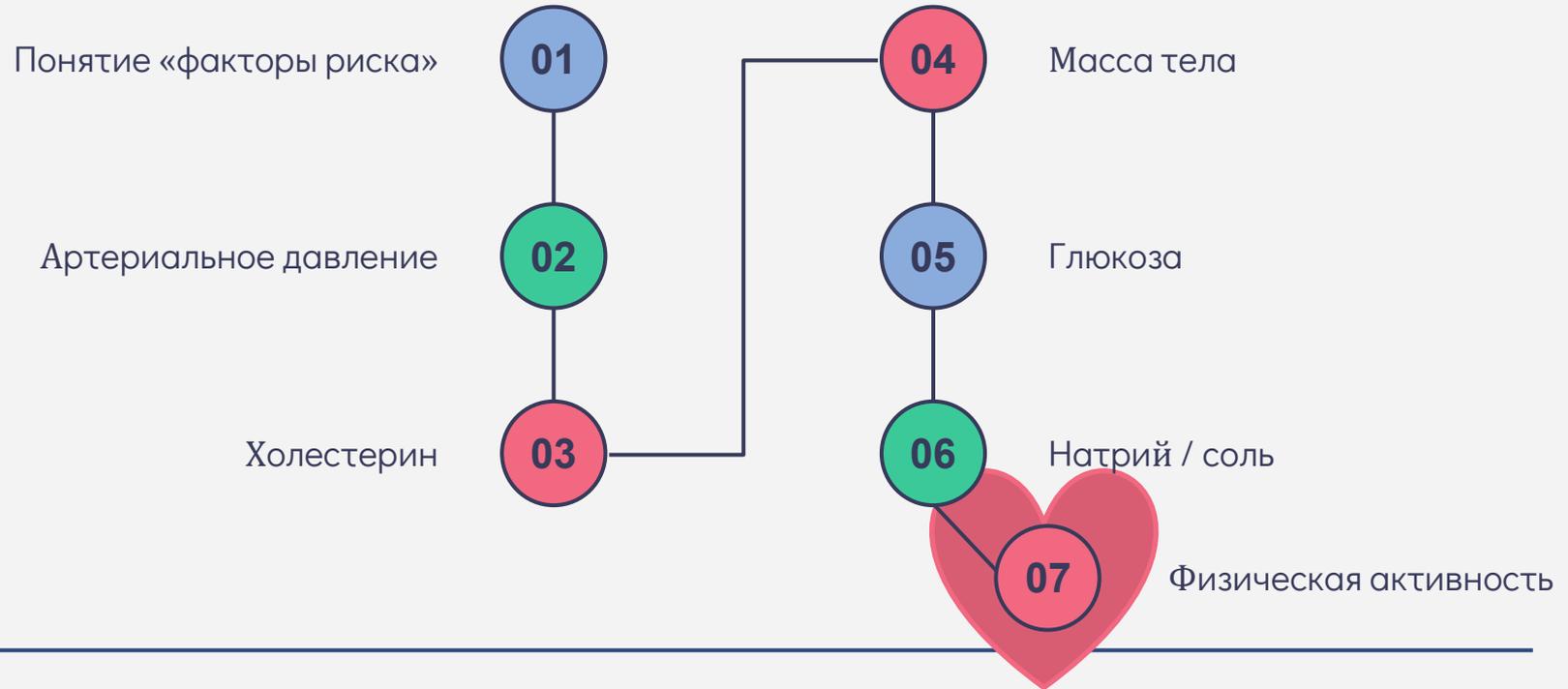


Вывод №4

Ограничить соль!
Не досолила — значит любит!



План лекции



Низкая физическая активность

- Умеренная аэробная ФА не менее 150 минут в неделю (по 30 минут 5 дней в неделю) или интенсивная аэробная ФА не менее 75 минут в неделю (по 15 минут 5 дней в неделю) или их эквивалентная комбинация
- Пациентам с АГ следует рекомендовать умеренные аэробные нагрузки (ходьба, скандинавская ходьба, езда на велосипеде, плавание, фитнес). Влияние изометрической силовой нагрузки на уровень АД и ССР до конца не ясно.

Вывод №5

Движение – ЖИЗНЬ !



**PS: и всё же
пару слов о...**

Курение

Возраст, в котором происходит отказ от курения	Преимущества по сравнению с теми, кто по-прежнему курит
Примерно в 30 лет	Увеличение ОПЖ почти на 10 лет
Примерно в 40 лет	Увеличение ОПЖ почти на 9 лет
Примерно в 50 лет	Увеличение ОПЖ почти на 6 лет
Примерно в 60 лет	Увеличение ОПЖ почти на 3 лет

Тот, кто прекращает курить после манифестации ИБС имеют риск умереть в половину меньший, чем тот, кто продолжает.

Ни одно лекарство не является столь эффективным!

Вывод №5

Воспринимать алкоголь и
табак как оружие !



Благодаря ЗОЖ можно

- Правильное питание
- Уменьшение массы тела
- Уменьшение потребления соли
- Повышение физической активности

в среднем
- 30 мм рт.ст.

Благодаря ЗОЖ можно

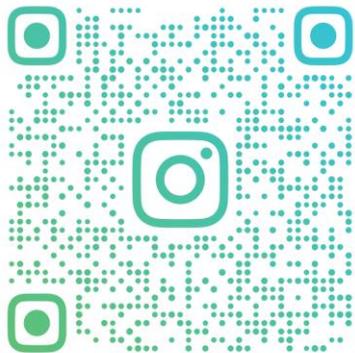
- Правильное питание
- Уменьшение массы тела
- Уменьшение потребления соли
- Повышение физической активности

Уменьшить
ЛПНП,
увеличить
ЛПВП

Выводы

1. Тонометр в каждый дом;
2. Сдавать кровь на липидный спектр не реже 1 раза в год;
3. Держать вес. Если уже ИМТ / ожирение – к диетологу;
4. Контроль глюкозы крови, **креатинина**. Не допустить развитие СД2;
5. Ограничить соль. Не досолила – значит любит;
6. Движение – ЖИЗНЬ;
7. Воспринимать алкоголь и табак как оружие.





DR_BORODKIN

Instagram

Поиск



dr_borodkin

Редактировать профиль



10 публикаций

550 подписчиков

163 подписок

КАРДИОЛОГ ТАМБОВ

Личный блог

Бородкин Андрей Владимирович

🎓 кандидат медицинских наук

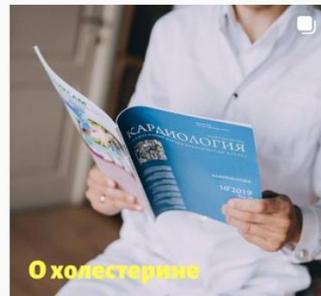
❤️ сохраним и приумножим здоровье вместе

🟢 здоровый человек - счастливый человек

ПУБЛИКАЦИИ

СОХРАНЕННОЕ

ОТМЕТКИ



”

«Будущее принадлежит медицине
предохранительной»

— Николай Иванович Пирогов

Благодарю за внимание!

