



Министерство здравоохранения Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА И ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

ОСИПОВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

Д.М.Н., ПРОФЕССОР,

В.Н.С. ОТДЕЛА СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ,

ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ КАРДИОЛОГИИ С КУРСОМ АРИТМОЛОГИИ



Конфликт интересов отсутствует



Самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание - это артериальная гипертония.

Гипертонией страдает почти каждый второй взрослый россиянин

Возможные причины:

- низкая осведомленность пациентов о своем заболевании
- низкая комплаентность
- отсутствие доступной квалифицированной медицинской помощи,
- отсутствие качественного обследования
- отсутствие современных препаратов

Огромное количество пациентов по разным причинам НЕ достигает целевых уровней АД



По данным ЭССЕ-РФ-2

Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и соавт. Распространенность артериальной гипертонии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2019;15(4):450-466. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466



Артериальная гипертензия:

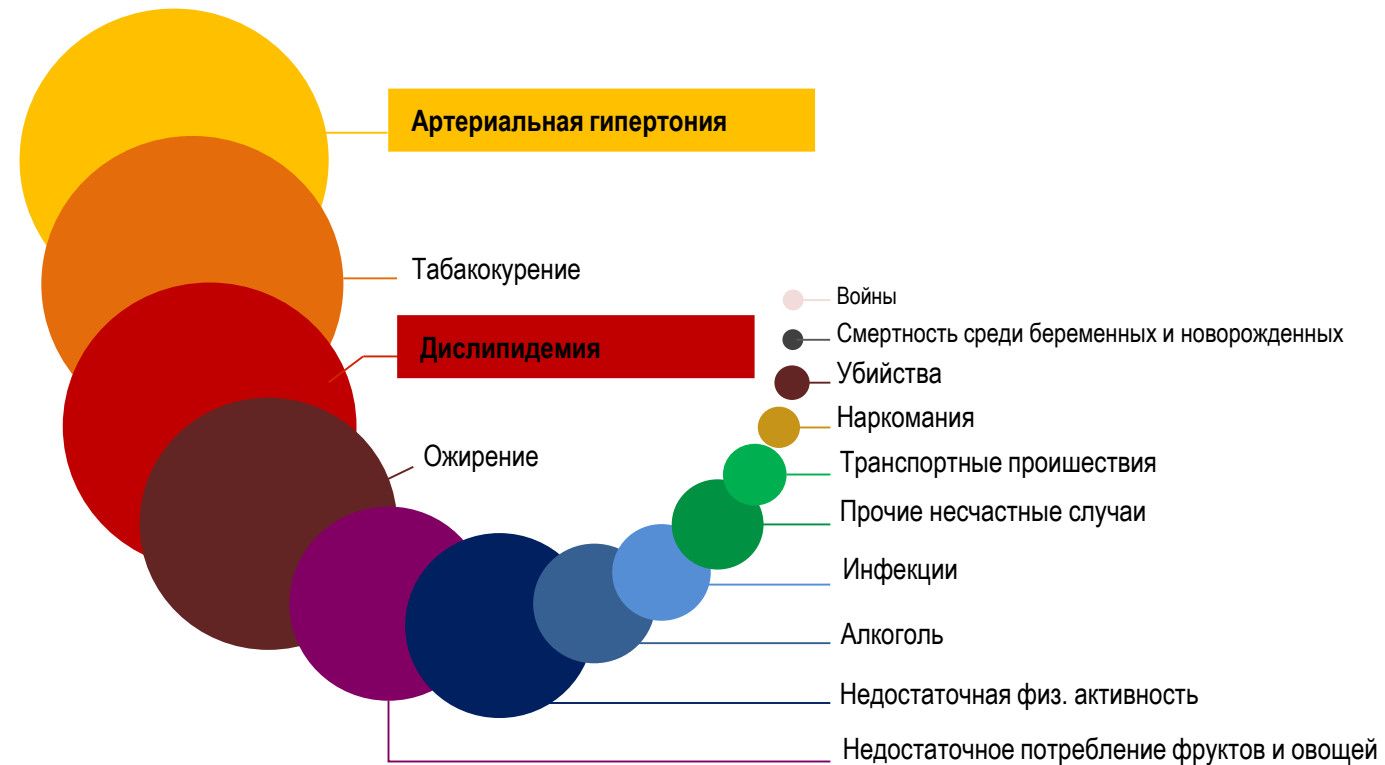
синдром повышения систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст.

**Хронически протекающее заболевание,
основным проявлением которого является
повышение АД**



Артериальная гипертония и дислипидемия – ведущие факторы риска

Основные факторы риска, влияющие
на смертность





Классификация

СТЕПЕНЬ

- ПО УРОВНЮ АД

СТАДИЯ

- ПОРАЖЕНИЕ
ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ



СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Категория	САД (мм рт. ст.)		ДАД (мм рт. ст.)
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное	130–139	и/или	85–89
АГ 1-й степени	140–159	и/или	90–99
АГ 2-й степени	160–179	и/или	100–109
АГ 3-й степени	≥180	и/или	≥110
Изолированная систолическая гипертензия	≥140	и	<90

САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление.



СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

I СТАДИЯ

- ОТСУТСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, НАЛИЧИЕ ФАКТОРОВ РИСКА

II СТАДИЯ

- БЕССИМПТОМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

III СТАДИЯ

- СОСУДИСТЫЕ КАТАСТРОФЫ





ФАКТОРЫ РИСКА

Пол и возраст

Наследственность

Менопауза

Гиперхолестеринемия

Курение

Алкоголь, некорректное питание

Гиподинамия

Избыточный вес

Сахарный диабет





Стадия гипертонической болезни	Другие факторы риска, ПОМ или заболевания	АД мм рт.ст.			
		Высокое нормал. САД 130-139 ДАД 85-89	1 степень САД 140-159 ДАД 90-99	2 степень САД 160-179 ДАД 100-109	3 степень САД ≥ 180 ДАД ≥ 110
Стадия 1 (не-осложненная)	Нет факторов риска	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1-2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный – высокий риск	Высокий риск
	≥ 3 факторов риска	Низкий - умеренный	Умеренный – высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия 2 (бес-симптомное заболевание)	Поражение ОМ, ХБП 3 стадии или СД без ПОМ	Умеренный – высокий	Высокий риск	Высокий риск	Высокий – очень высокий риск
Стадия 3 (симптомное заболевание)	Симптомное ССЗ, ХБП ≥ 4 стадии или СД с ПОМ	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск



Расчет риска у больных с АГ (Фрамингемская модель)

Факторы	Уровень АД (мм рт.ст.)		
	1 степень	2 степень	3 степень
Нет факторов риска	низкий	средний	высокий
1-2 фактора риска	средний	высокий	высокий
≥3 факторов риска	высокий	высокий	высокий
Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	высокий	высокий	очень высокий
ССЗ, ЦВБ, ХБП ≥4 ст. или СД с ПОМ или ФР	очень высокий	очень высокий	очень высокий

Категории риска	Риск ССЗ и смертности в ближ. 10 лет
Низкий	< 15%
Средний	15 – 20%
Высокий	20 – 30%
Очень высокий	> 30%



В чем опасность повышенного АД?

Геморрагический инсульт

Ишемический инсульт

Инфаркт миокарда

Внезапная смерть

Сердечная недостаточность

Заболевания периферических артерий





Целевые цифры АД

Возрастные группы	Целевое САД (мм рт. ст.)					Целевое ДАД (мм рт. ст.)
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+Инсульт/ ТИА	
18—65 лет	до 130 <i>или ниже при хорошей переносимости, но</i> не <120		до 130-139 <i>при хорошей переносимости</i>	до 130 <i>или ниже при хорошей переносимости, но</i> не <120		70-79
≥ 65 лет	до 130-139 <i>при хорошей переносимости</i>		до 130-139 <i>при хорошей переносимости</i>			
Целевое ДАД (мм рт. ст.)	70-79					



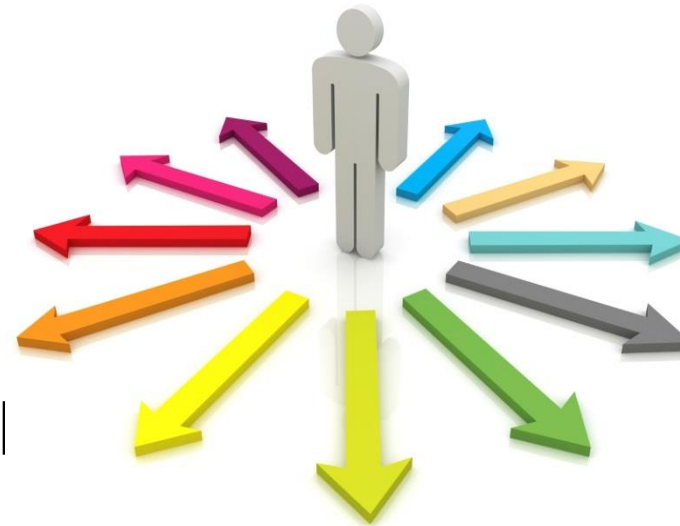
Европейское общество по артериальной гипертензии (ESH) совместно с Европейской почечной ассоциацией (ERA) и Международным обществом артериальной гипертензии (ISH) обновило руководство по артериальной гипертензии.

- Эксперты рекомендуют начинать лечение с двухкомпонентной терапии.
- Препараты предпочтительно принимать один раз в сутки с утра.



5 основных классов антигипертензивных препаратов

- **Ингибиторы АПФ**
- **Диуретики**
- **Антагонисты кальция**
- **Блокаторы ангиотензиновых рецепто|**
- **β-адреноблокаторы**



Подходят для начальной и поддерживающей терапии АГ.



Европейские рекомендации по лечению гипертонии 2018 года

1 таб.

Стартовая терапия
двойная комбинация
иАПФ или БРА
+ АК или диуретик

Монотерапия –
у пациентов низкого риска с АГ
1 степени ИЛИ у пациентов ≥ 80
лет ИЛИ
у физических слабых пациентов

1 таб.

Шаг 2
тройная комбинация
иАПФ или БРА
+ АК + диуретик

2 таб.

Шаг 3
Резистентная гипертензия
Добавить спиронолактон (25-50
мг/сутки) или другой диуретик или
альфа-блокатор или бета-блокатор

Дополнительный диагностический
поиск

На любом этапе возможно назначение **бета-блокатора** при наличии соответствующих показаний (ХСН, стенокардия, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий и др.)



Эффективные комбинации препаратов

- Ингибитор АПФ + диуретик
- Блокатор АТ1 – ангиотензиновых рецепторов + диуретик
- β -адреноблокатор + диуретик
- Антагонист кальция дигидропиридинового ряда
 - + β -адреноблокатор
- Антагонист кальция + иАПФ
- Антагонист кальция + диуретик
- α -адреноблокатор + β -адреноблокатор
- Препарат центрального действия + диуретик
- Возможны также комбинации ингибиторов АПФ, АК, БРА с агонистами имидазолиновых рецепторов.



Нерациональные комбинации препаратов

- сочетания разных лекарственных средств, относящихся к одному классу антигипертензивных препаратов
- β -АБ + недигидропиридиновый АК
- ИАПФ + калийсберегающий диуретик
- β -АБ + препарат центрального действия



Рекомендуемые комбинации 3-х препаратов

- ✓ **иАПФ + дигидропиридиновый АК + БАБ**
- ✓ **БРА + дигидропиридиновый АК + БАБ**
- ✓ **иАПФ + АК + диуретик**
- ✓ **БРА + АК + диуретик**
- ✓ **иАПФ + диуретик + БАБ**
- ✓ **БРА + диуретик + БАБ**
- ✓ **дигидропир АК + диуретик + БАБ**



Ингибиторы АПФ

Химич.название	Суточная доза	Продолжительность действия
Каптоприл	50 – 100 мг	8 часов
Эналаприл	5 – 40 мг	12 – 18 часов
Лизиноприл	10 – 80 мг	18 – 24 часа
Фозиноприл	5 – 40 мг	12 - 24 часа
Рамиприл	2,5 – 10 мг	24 часа
Периндоприл	4 – 8 мг	24 часа
Квинаприл	5 – 20 мг	24 часа
Моэксиприл	7,5 – 15 мг	24 часа
трандалаприл	0,5 – 4 мг	24 – 48 часов



Таблица 3. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (сартаны) при АГ

Название	Дозы (мг/сут)	Кратность приема
Азилсартан	40–80	1
Валсартан	80–320	1–2
Ирбесартан	150–300	1
Кандесартан	8–32	1
Лосартан	50–100	1–2
Олмесартан	20–40	1
Телмисартан	40–80	1
Эпросартан	400–800	1–2



**Таблица 2. Основные антагонисты кальция,
их средние терапевтические дозы
и кратность приема**

Препарат	Средние дозы (мг/сут)	Кратность приема
Нифедипин–ретард	30–120	1
Амлодипин	5–10	1
Исрадипин	5–20	2
Лацидипин	2–4	1
Фелодипин–ретард	5–20	1
Верапамил	120–480	2–3
Верапамил–ретард	240–480	1
Дилтиазем–ретард	180–360	2–3
Никардипин–ретард	60–120	2
Нисолдипин–ретард	20–40	1–2
Нитрендипин	10–40	1–2



Классификация и дозы диуретиков

Название	Суточная доза, мг
<i>Тиазидные диуретики</i>	
Гидрохлортиазид	12,5–50
<i>Тиазидоподобные диуретики</i>	
Клопамид	10 – 20
Индапамид	1,5 – 2,5
<i>Петлевые диуретики</i>	
Фуросемид	20 – 480
Этакриновая кислоты	25 - 100
<i>Калийсберегающие диуретики</i>	
Спиронолактон	25 – 100
Амилорид	5 – 10



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АГ В ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ



Сочетание СД и АГ

заслуживает особого внимания, поскольку оба заболевания существенно увеличивают риск развития микро- и макрососудистых поражений, включая диабетическую нефропатию, инсульт, ИБС, ИМ, ХСН, атеросклероз периферических артерий, и способствуют увеличению СС смертности.



- Препаратами первого выбора для этой категории пациентов являются БРА или ИАПФ, особенно при наличии протеинурии или микроальбуминурии, т.к. для них доказан наибольший ренопротективный эффект.



- комбинированная терапия чаще всего бывает целесообразной при лечении больных АГ с СД
блокаторам РАС целесообразно добавлять АК, агонисты имидазолиновых рецепторов, ТД в низких дозах, ББ (бисопролол, небиволол или карведилол).



Ингибиторы АПФ

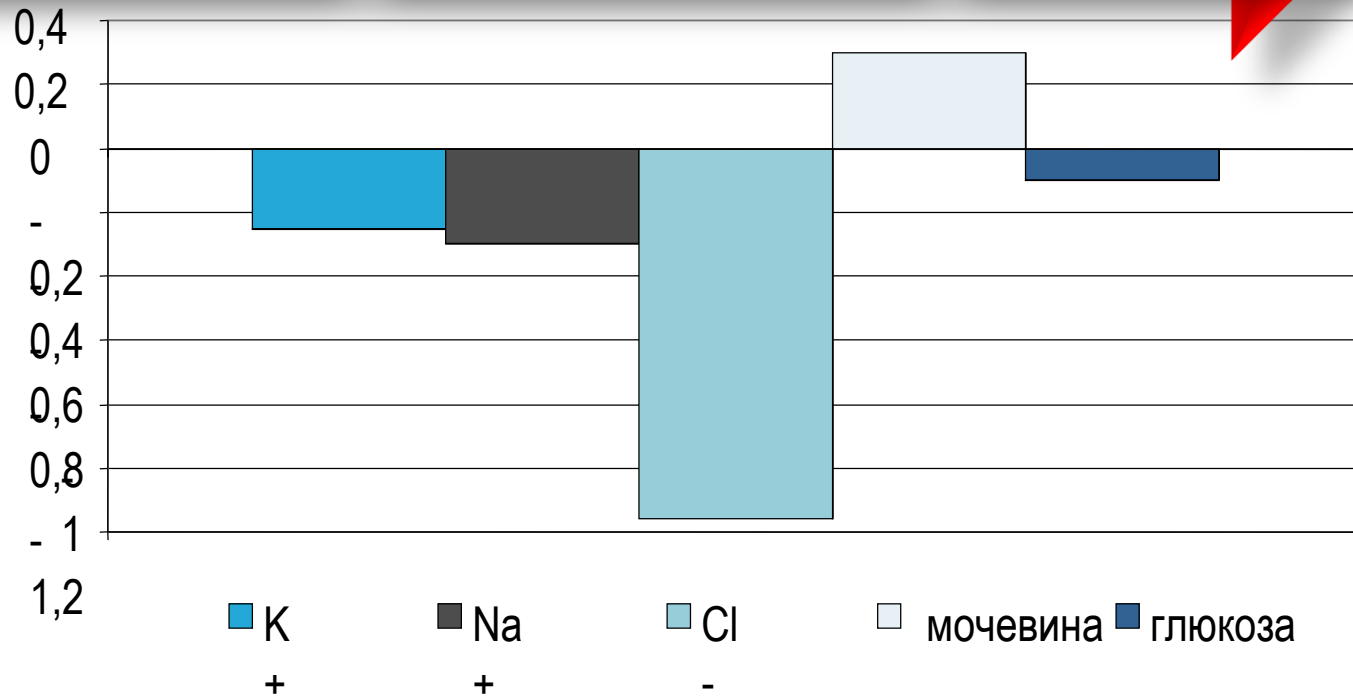
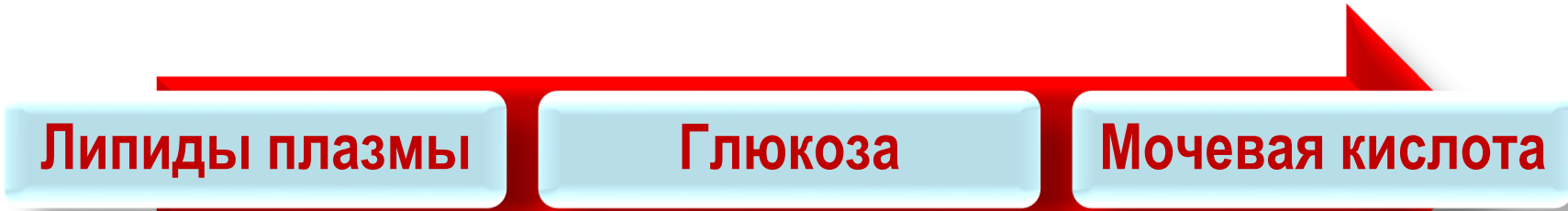
- препараты выбора для лечения АГ на фоне СД!

- не оказывают негативного воздействия на углеводный и липидный обмен
- снижают инсулинорезистентность периферических тканей
- обладают доказанным специфическим нефропротективным действием, не зависящим от их гипотензивного эффекта.

Больным СД 1-го и 2 типов с целью нефропротекции ИАПФ назначают при выявлении микроальбуминурии и протеинурии даже при нормальном уровне АД.



Индапамид – метаболически нейтральный диуретик.
Не влияет на липидный и углеводный обмен



Индапамид - наиболее безопасный диуретик для лечения артериальной гипертензии у больных с сахарным диабетом.



АГ у больных с ИБС



Подход к АГ терапии при ИБС

1 таб.

Стартовая терапия
двойная комбинация
иАПФ/БРА + АК/ББ
АК + диуретик/ББ
ББ + диуретик

Монотерапия –
у пациентов низкого риска с АГ 1 степени
ИЛИ у пациентов ≥ 80 лет ИЛИ
у физических слабых пациентов

1 таб.

Шаг 2
тройная комбинация
Тройная комбинация

Возможен ранний старт при САД > 130 мм
у пациентов высокого риска с
установленным ССЗ

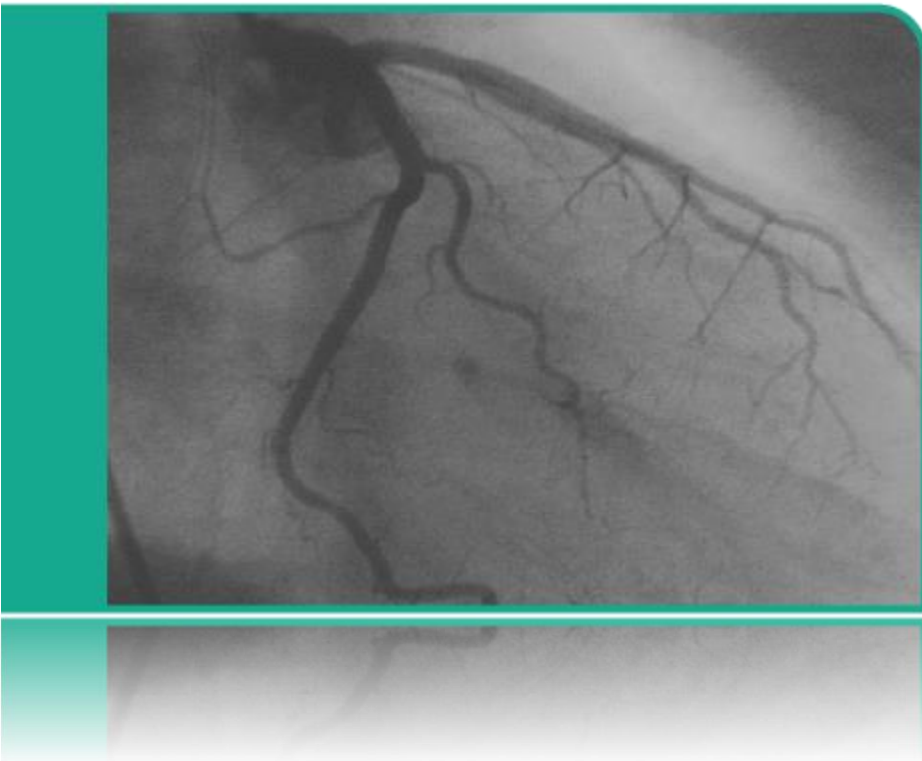
2 таб.

Шаг 3
Резистентная гипертензия
Добавить спиронолактон (25-50 мг/сутки) или
другой диуретик или альфа-блокатор

**Дополнительный
диагностический
поиск**

Значимость коронарной микроциркуляции

«Верхушка айсберга»
Увеличение < 500 мкм

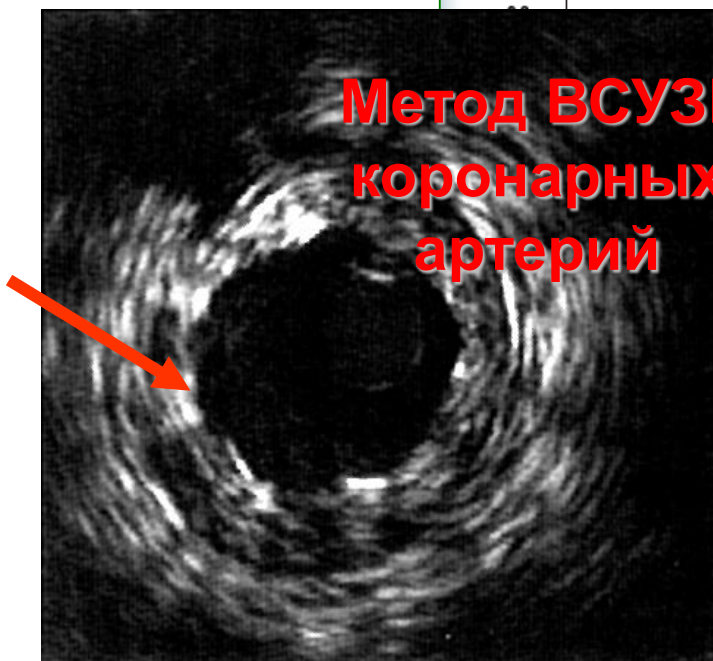


«Скрытая часть айсберга»
Увеличение > 500 мкм

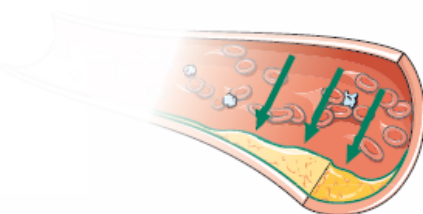




периндоприл 10 мг 1 раз в сутки через 3 года терапии достоверно уменьшает размеры некальцинированных (фиброзных) и мягко-кальцинированных бляшек в 10 раз, даже на фоне приема статинов.



антиагрегганты
статины



антиагрегганты
препараты
+ статин
+ Престариум А 10 мг



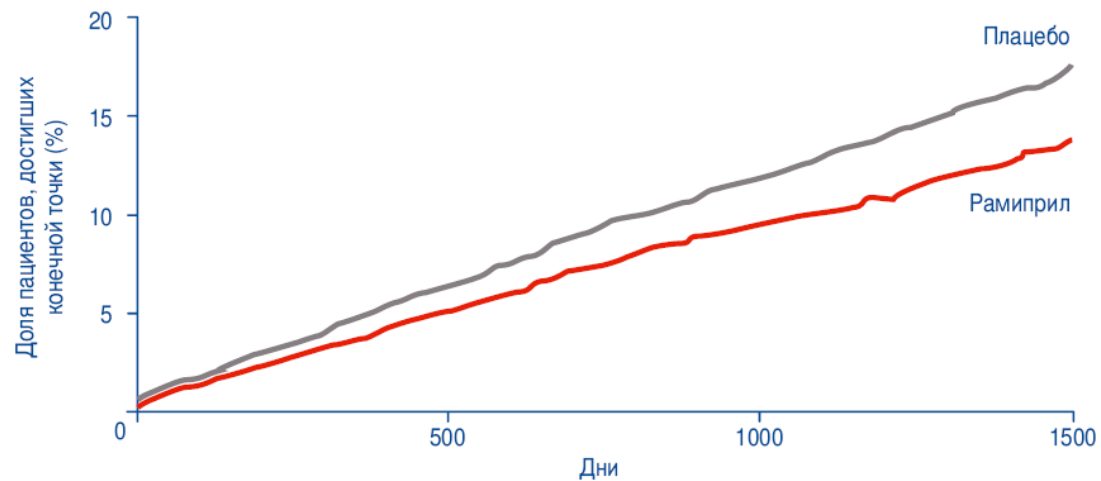
- 5 мг периндоприла+5 мг амлодипина или
5 мг периндоприла+10 мг амлодипина или
10 мг периндоприла+5 мг амлодипина или
10 мг периндоприла+10 мг амлодипина.



Рамиприл 1.25-2.5 мг 1-2 раза/сут. При необходимости возможно постепенное повышение дозы.

HOPE Основной результат

Выраженное снижение риска инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смерти

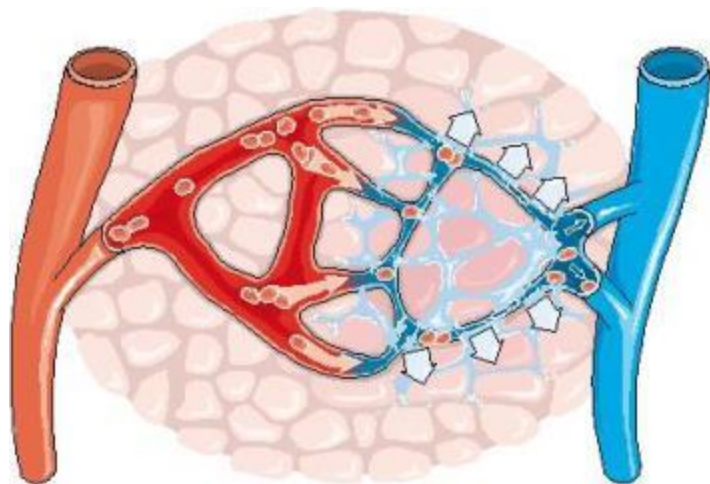


$p < 0,001$



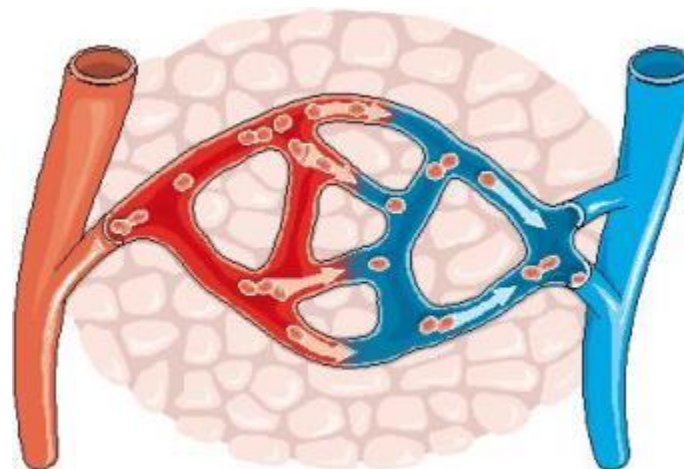
Синергия ИАПФ и АК приводит к уменьшению побочных эффектов

Только АК

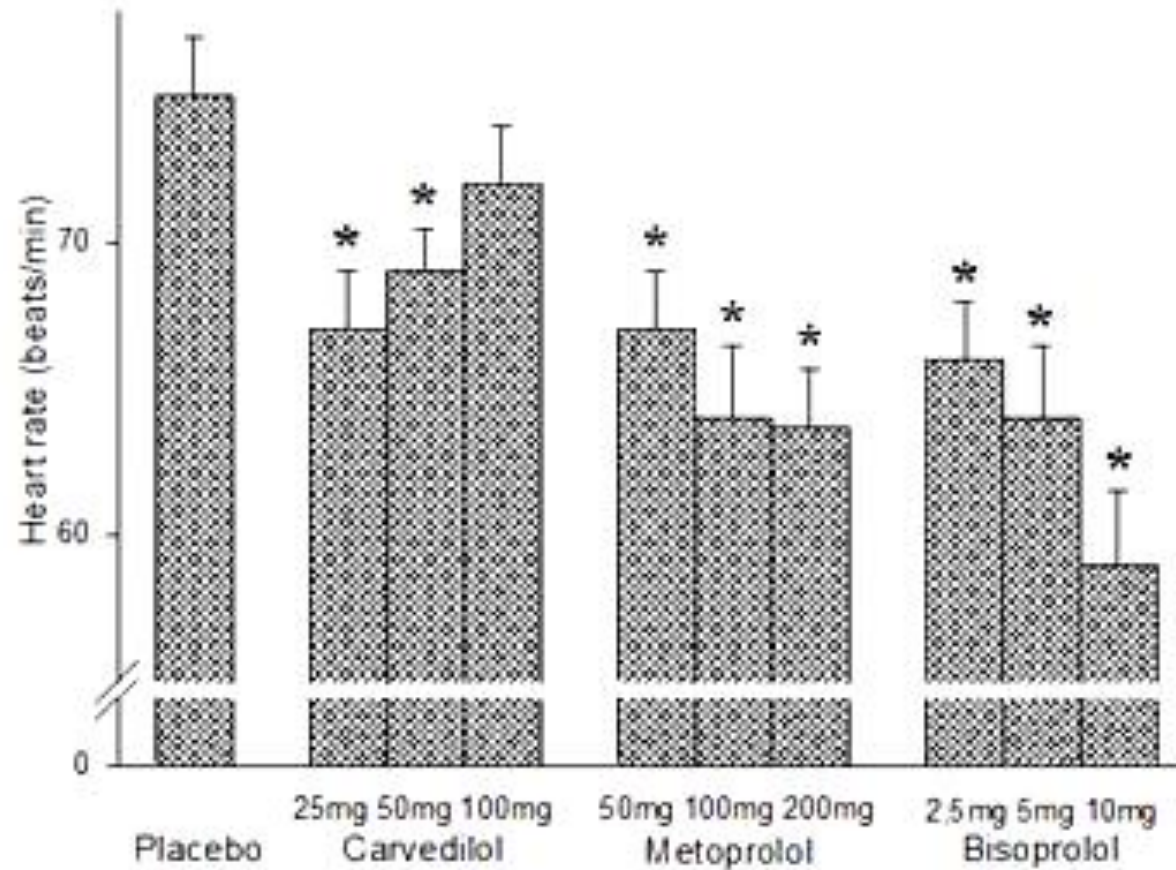


Прекапиллярная вазодилатация =>
отек

АК + ингибитор АПФ



Венозная вазодилатация
приводит к нормализации
капиллярного давления



ЧСС (уд/мин) в состоянии покоя, спустя 3 часа после перорального приема карведилола (25, 50, 100 мг), метопролола (50, 100, 200 мг) и бисопролола (2,5, 5, 10 мг).

Увеличение дозы метопролола и бисопролола вызывало дальнейшее урежение ритма, тогда как увеличение дозы карведилола вызывало повышение ЧСС. Назначение 200 мг метопролола и 10 мг бисопролола было значительно эффективнее, чем 100 мг карведилола, с явным преимуществом бисопролола; *, $p < 0.05$ (по сравнению с плацебо).



- У больных АГ, перенесших ИМ, раннее назначение ББ, ИАПФ и в меньшей степени БРА уменьшает риск смерти.
- Доказана эффективность применения антагонистов альдостерона для лечения АГ у больных после ИМ.



Подход к АГ терапии при ХБП

1 таб.

Стартовая терапия
двойная комбинация
иАПФ/БРА + АК
+ иАПФ/БРА + тиазидный или петлевой
диуретик

1 таб.

Шаг 2
тройная комбинация
Тройная комбинация

2 таб.

Шаг 3
Резистентная гипертензия
Добавить спиронолактон (25-50 мг/сутки) или
другой диуретик или альфа-блокатор или
бета-блокатор

На любом этапе возможно назначение бета-блокатора при наличии соответствующих показаний (ХСН, стенокардия, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий и др.)

**Дополнительный
диагностический
поиск**

У больных с ХБП, получающих антигипертензивную терапию, особенно при назначении иАПФ/БРА, можно ожидать снижения СКФ и повышения уровня креатинина, однако повышение уровня креатинина на > 30% требует немедленного обследования пациента для исключения реноваскулярного поражения



АГ у больных с заболеваниями легких



- назначение петлевых и ТД требует осторожности, в связи с высокой вероятностью развития гипокалиемии при их совместном применении с β_2 -агонистами и, особенно, системными стероидами



- ББ могут стать причиной развития бронхоспазма, особенно неселективные, в связи с чем, не должны рутинно назначаться пациентам с ХОБЛ и противопоказаны больным БА



- Ряд исследований, проведенных у ограниченного числа больных, показали, что применение небольших доз высокоселективных ББ (**бисопролол, небиволол**) не ухудшает, и может несколько улучшать бронхиальную проходимость



- Назначение ИАПФ у этих пациентов ограничено возможностью развития бронхоспазма из-за накопления бронхоирритантов (брадикинина и субстанции Р) и возникновения кашля (в 10-20% случаев), что существенно снижает приверженность больных лечению.



- БРА, в отличие от ИАПФ, значительно реже вызывают кашель, в связи с чем являются препаратами **первого выбора**
- у пациентов с АГ и бронхообструктивной патологией

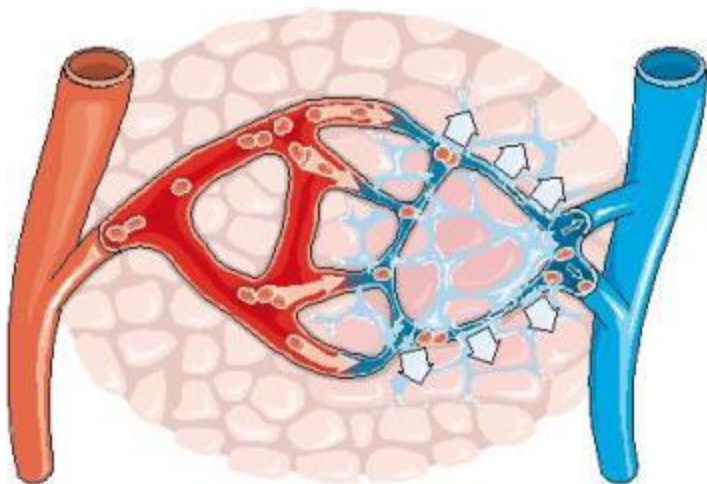


- Применение АК у пациентов с ХОБЛ и БА безопасно, и даже способствует снижению гиперреактивности бронхов и повышению бронходилатирующего эффекта β 2-агонистов.



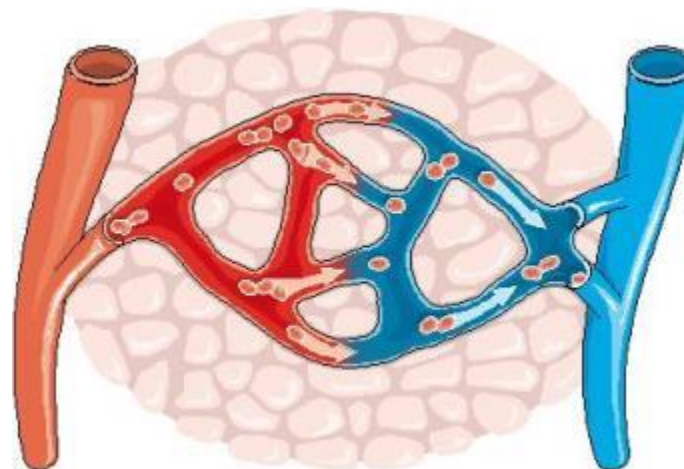
Синергия периндоприла и амлодипина приводит к уменьшению побочных эффектов

Только АК



Прекапиллярная вазодилатация =>
отек

АК + ингибитор АПФ



Венозная вазодилатация
приводит к нормализации
капиллярного давления

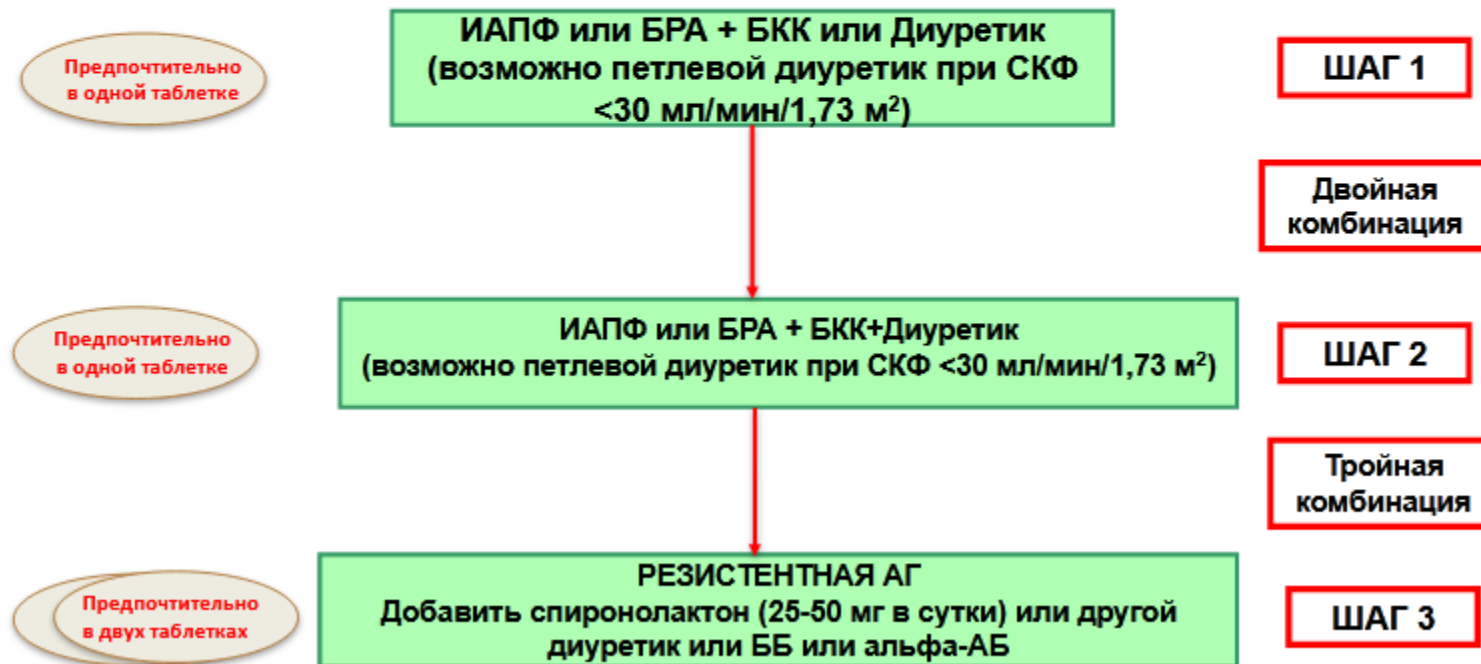


Лечение АГ при ХБП

ЦЕЛЬ: САД 130-139 мм рт.ст. у пациента любого возраста

Каждый шаг терапии 2-4 недели, достижение целевого АД за 3 месяца

Стартовая терапия





- **БРА и АК**
- **являются**
предпочтительным
вариантом АГТ



- Рефрактерной (резистентной) к лечению считается АГ, при которой лечение, включающее изменение (оздоровление) образа жизни и рациональную комбинированную АГТ, состоящую из трех препаратов, включая диуретик, в максимально переносимых дозах не приводит к достижению целевого уровня АД.



Причины неконтролируемой АГ



Псевдорелаксация (1)

Эффект «белого халата»

Псевдогипертония у пожилых людей

Использование обычной манжетки у больного с ожирением

Отсутствие приверженности к лечению

Перегрузка объемом

Избыточное потребление поваренной соли

Неадекватная терапия диуретиками



Лекарственные причины (2)

Низкие дозы антигипертензивных средств

Неадекватные комбинации антигипертензивных препаратов

Взаимодействия с другими препаратами

Прием препаратов, повышающих АД



Сопутствующие состояния и заболевания (3)

Курение

Нарастающее ожирение

Ночное апноэ

Инсулинорезистентность

Злоупотребление алкоголем

Гипервентиляционный синдром или приступы паники

Хроническая боль

Поражение мозга



- **Истинная РАГ часто наблюдается у пациентов с ожирением, МС, СД, при вторичных формах АГ.**
- **Тяжелое ПОМ (выраженная ГЛЖ, снижение функции почек, атеросклеротическое поражение артерий) способствует развитию резистентности к лечению.**



- включение в комбинацию АГП
небольших доз (25-50 мг)
спиронолактона или **эплеренона**
обеспечивает дополнительное
снижение АД у больных РАГ
(ASPIRANT).

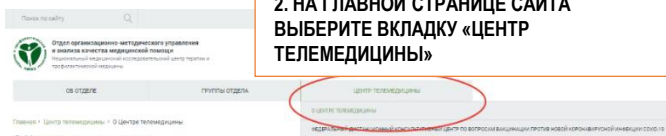


**Таблица 2. Основные антагонисты кальция,
их средние терапевтические дозы
и кратность приема**

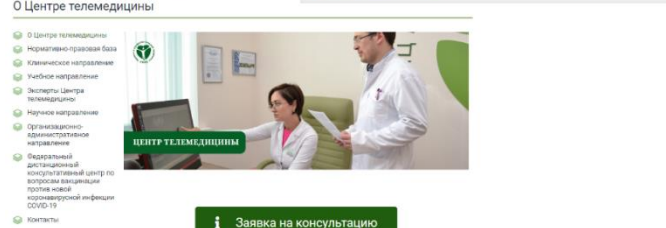
Препарат	Средние дозы (мг/сут)	Кратность приема
Нифедипин–ретард	30–120	1
Амлодипин	5–10	1
Исрадипин	5–20	2
Лацидипин	2–4	1
Фелодипин–ретард	5–20	1
Верапамил	120–480	2–3
Верапамил–ретард	240–480	1
Дилтиазем–ретард	180–360	2–3
Никардипин–ретард	60–120	2
Нисолдипин–ретард	20–40	1–2
Нитрендипин	10–40	1–2



1. <http://org.gnicpm.ru/>



2. НА ГЛАВНОЙ СТРАНИЦЕ САЙТА ВЫБЕРИТЕ ВКЛАДКУ «ЦЕНТР ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ»

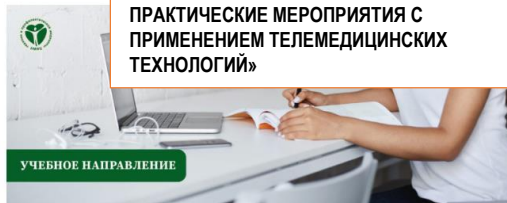


Заявка на консультацию

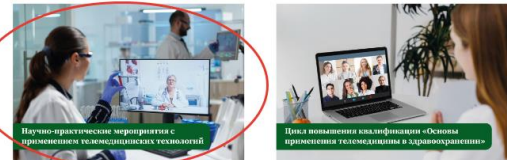
Учебное направление

- О Центре телемедицины
- Нормативно-правовая база
- Клиническое направление
- Учебное направление
- Эксперты Центра телемедицины
- Научное направление
- Организационно-административное направление
- Федеральный дистанционный консультативный центр по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19
- Контакты

4. НА СТРАНИЦЕ УЧЕБНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ВЫБЕРИТЕ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»



УЧЕБНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

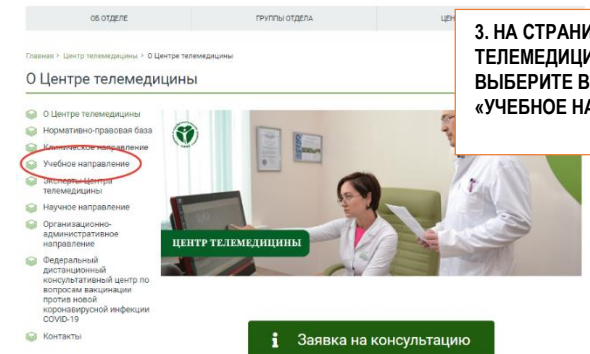


Научно-практические мероприятия с применением телемедицинских технологий

Получение повышения квалификации «Основы применения телемедицины в здравоохранении»

6. ВЫБЕРИТЕ ИНТЕРЕСУЮЩЕЕ ВАС МЕРОПРИЯТИЕ

- «Амбулаторное ведение больных с заболеваниями, вызванных атеросклерозом» 06.02.2024 11:00-12:00 (Мск)
- «Артериальная гипертензия у взрослых. Диагностика и лечение в практике врача-терапевта и общей врачебной практике» 15.02.2024 11:00-12:00 (Мск)
- «Стратификация риска гипертрофической кардиомиопатии на амбулаторном приеме врача-терапевта» 27.02.2024 11:00-12:00 (Мск)



3. НА СТРАНИЦЕ ЦЕНТРА ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ВЫБЕРИТЕ ВКЛАДКУ «УЧЕБНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ»

Заявка на консультацию

Научно-практические мероприятия с применением телемедицинских технологий

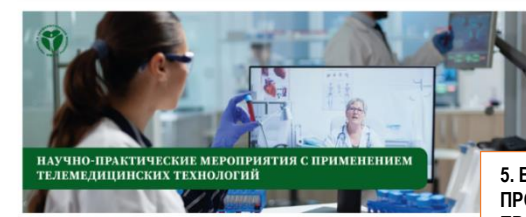
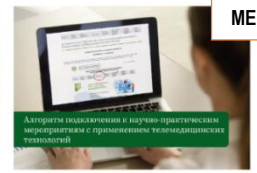


График проведения ФГБУ «ВНИИ ТПМ» Минздрава России научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий



5. ВЫБЕРИТЕ ГРАФИК ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

«Скрининг злокачественных новообразований шейки матки в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения: особенности организации, методика, этапы, операционные процедуры» 01.02.2024 11:00-12:00 (Мск)

В соответствии с графиком образовательных мероприятий с применением телемедицинских технологий 01.02.2024 г. состоится образовательный семинар «Скрининг злокачественных новообразований шейки матки в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения: особенности организации, методика, этапы, операционные процедуры».

Алмазова Ильяда Исмаиловна – старший преподаватель методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «ВНИИ ТПМ» Минздрава России.

Дата трансляции:
01.02.2024 г. 11:00-12:00 (Мск)

Регистрация и просмотр

7. ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

После завершения образовательного семинара необходимо заполнить форму обратной связи: [форма обратной связи](#)

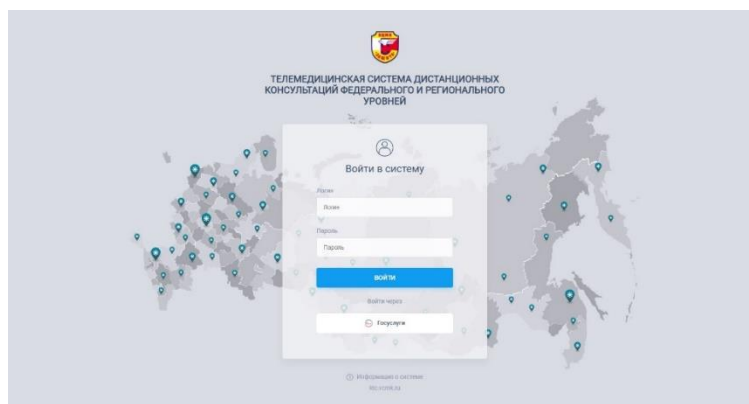
В случае возникновения вопросов по подключению к трансляции научно-практического мероприятия необходимо обратиться по контактным телефонам операторов



i Заявка на консультацию


Время работы						
ПН	ВТ	Ср	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)		

Кроме выходных и праздничных дней



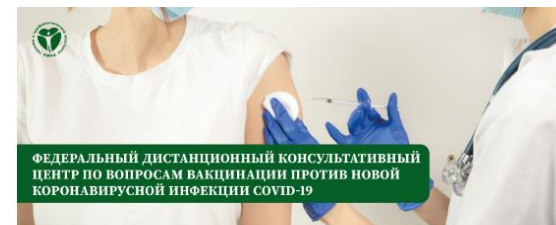
Для подачи заявки на телемедицинскую консультацию необходимо быть зарегистрированным в Телемедицинской системе дистанционных консультаций федерального и регионального уровней (<http://tmk.minzdrav.gov.ru/Account/Login>).



 **+7 (499) 553-69-19**

 **org.gnicpm.ru**

 **telemed@gnicpm.ru**



Все актуальные материалы размещены на [САЙТЕ](#) Федерального дистанционного консультативного центра по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Вакцинация против новой коронавирусной инфекции COVID-19. Лучшие региональные практики

Федеральный дистанционный консультативный центр по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19 создан с целью:

- консультативной помощи с применением телемедицинских технологий по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19;
- проведения еженедельных дистанционных семинаров «Региональный опыт организации проведения вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19»;
- информирования населения по телефонам «горячей линии» по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Телефон горячей линии: +7 (495) 790-71-72



Обращаем ваше внимание, что ФГБУ «НМИЦ Терапии и Профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по профилю Терапия и Терапия (COVID-19 вакцинация) пациентам достигших возраста **18 лет**.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,
д. 10, стр. 3



Москва, Китайгородский пр.,
д. 7



+7 (495) 790-71-72



vk.com/gnicpmru



www.gnicpm.ru



t.me/fgbunmictpm