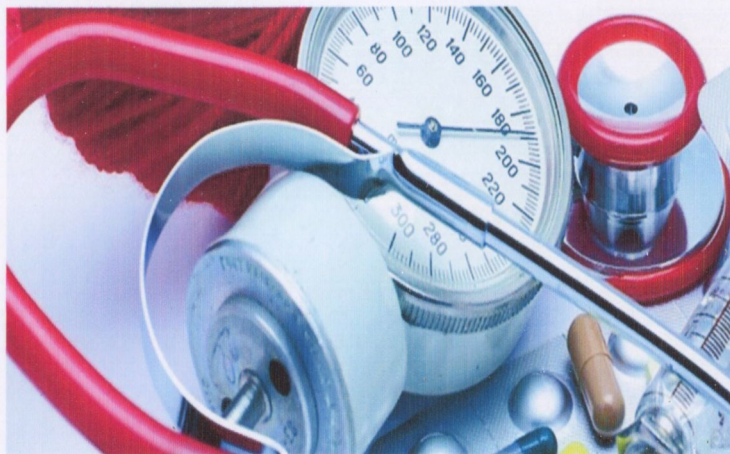


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**



Дадабаева Р.К., Абдурахимова Л.А., Абдуганиева Э.А., Рузиева Р.И.

**СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

В ПОМОЩЬ СЕМЕЙНОМУ ВРАЧУ
(Учебно – методическое пособие)

Ташкент-2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе ТМА,
профессор Ш.А.Боймурадов



2021 г

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В ПОМОЩЬ СЕМЕЙНОМУ ВРАЧУ

(Учебно – методическое пособие)

TASHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

Ташкент-2021

Составители:

Р.К.Дадабаева	Зав.кафедрой повышения квалификации врачей Ташкентской медицинской Академии, к.м.н, доцент
Л.А.Абдурахимова	Доцент кафедры внутренних болезней №3 Ташкентской медицинской Академии, PhD
Э.А.Абдуганиева	Ученый секретарь Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии, PhD
З.И.Рузиева	Ассистент кафедры повышения квалификации врачей Ташкентской медицинской Академии

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ в помощь семейному врачу

Данные алгоритмы по ведению больных с артериальной гипертензией подготовлены для семейных врачей и слушателей курсов повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения.

Учитывая, что сердечно-сосудистая патология, в том числе артериальные гипертензии занимает первое место в мире среди всех заболеваний по уровню смертности и инвалидизации, важнейшее значение имеет ранняя диагностика и правильное квалифицированное ведение больных в первичном звене здравоохранения. Квалифицированный подход к ведению больных с артериальной гипертензией, особенно при наличии коморбидных состояний является важным аспектом работы врачей. Однако при выборе гипотензивных препаратов, а также их комбинация для эффективного лечения, для некоторых специалистов является сложным и трудоемким процессом.

Исходя из этого, нами подготовлен данный материал по выбору групп антигипертензивных средств, в соответствии с рекомендациями Российского кардиологического общества, предложенными в 2020 году. Материал изложен в краткой, простой и доступной форме с приведением наиболее часто встречающихся в практической деятельности клинициста патологических состояний.

Рецензенты:

Г.Ж.Джарилкасынова	Проректор по учебной работе, Бухарского государственного медицинского института, к.м.н., доцент
Д.А.Набиева	Зав.кафедрой факультетской и госпитальной терапии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., доцент

Рассмотрен на ЦМК и передан для утверждения на Совете Ташкентской медицинской академии
« 8 » *май* 2021 г (Протокол № 9)

Рассмотрен и утвержден на Совете Ташкентской медицинской академии
« 26 » *май* 2021 года (протокол № 12)

Список сокращений:

АГ	- Артериальная гипертензия
АД	- Артериальное давление
АКС	- Ассоциированные клинические состояния
АК	- Антагонисты кальция
АГТ	- Антигипертензивная терапия
ББ	- Бета-блокаторы
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГБ	- Гипертоническая болезнь
ГЛЖ	- Гипертрофия левого желудочка
ДАД	- Диастолическое артериальное давление
ИМ	- Инфаркт миокарда
ИМТ	- Индекс массы тела
ИБС	- Ишемическая болезнь сердца
ИАПФ	- Ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
ИИ	- Ишемический инсульт
ЛПНП	- Липопротеиды низкой плотности
ЛПВП	- Липопротеиды высокой плотности
МС	- Метаболический синдром
НТГ	- Нарушение толерантности к глюкозе
ОНМК	- Острое нарушение мозгового кровообращения
ОХС	- Общий холестерин
ПАД	- Пульсовое артериальное давление
ПОМ	- Поражение органов-мишеней
ПП	- Постприандиальная
САГ	- Симптоматическая артериальная гипертензия
САД	- Систолическое артериальное давление
СД	- Сахарный диабет
СН	- Сердечная недостаточность
ССЗ	- Сердечно-сосудистые заболевания
ССО	- Сердечно-сосудистое осложнение
СКФ	- Скорость клубочковой фильтрации
ТИА	- Транзиторная ишемическая атака
ФР	- Фактор риска
ХБП	- Хроническая болезнь почек
ЧСС	- Частота сердечных сокращений
ЭКГ	- Электрокардиография
ЭхоКГ	- Эхокардиография

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертония (гипертоническая болезнь) - это самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. Гипертонией обозначают стабильно повышенное артериальное давление. Повышение артериального давления происходит тогда, когда имеется сужение артерий и/или их более мелких ответвлений – артериол. У некоторых людей артериолы часто суживаются, вначале из-за спазма, а позже их просвет остается постоянно суженным вследствие утолщения стенки, и тогда, чтобы поток крови преодолел эти сужения, усиливается работа сердца и больше крови выбрасывается в сосудистое русло. У таких людей, как правило, и развивается гипертония.

Примерно 40% взрослого населения имеют повышенный уровень артериального давления. При этом знают о наличии у них заболевания около 37% мужчин и 58% женщин, а лечатся - лишь 22 и 46% из них. Должным образом контролируют свое артериальное давление лишь 5,7% мужчин и 17,5% женщин. Артериальная гипертония это хроническое заболевание, сопровождающееся стойким повышением артериального давления выше допустимых пределов (систолическое давление выше 139 мм рт.ст. или (и) диастолическое давление выше 89 мм рт.ст.). Приблизительно у одного из десяти гипертоников повышенное артериальное давление вызвано поражением какого-либо органа. В этих случаях говорят о вторичной или симптоматической гипертонии. Около 90% больных страдает первичной или эссенциальной гипертонией. Точка отсчета повышенного артериального давления – как минимум, трехкратно зарегистрированный врачом уровень 139/89 мм рт. ст. и более у лиц, не принимающих препараты для снижения давления.

ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- Мужской пол
- Возраст: муж >55 лет, жен >65 лет
- Курение
- Дислипидемия: ОХС >4,9 ммоль/л и/или ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л и/или ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л (муж) и 1,2 ммоль/л (жен) и/или триглицериды >1,7 ммоль/л
- Мочевая кислота ≤ 360 мкмоль/л (жен) и ≥ 420 мкмоль/л (муж)
- Гипергликемия натощак в плазме 5,6-6,9 ммоль/л и НТГ
- Ожирение
- Наследственность
- Ранняя менопауза
- Гиподинамия ЧСС в покое > 80 ударов в минуту
- Психологические и социально-экономические факторы

КЛАССИФИЦИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (для всех пациентов старше 16 лет)

- Оптимальное АД < 120/80 мм рт. ст.
- Нормальное АД < 120-129/80-84 мм рт. ст.
- Высокое нормальное АД < 130-139/85-89 мм.рт.ст.
- **Артериальная гипертензия АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст.**
 - 1 степень АГ: 140-159 и/или 90-99 мм.рт.ст.
 - 2 степень АГ: 160-179 и/или 100-109 мм.рт.ст.
 - 3 степень АГ: более 180 и/или 110 мм.рт.ст.
- Изолированная САГ: > 140 и < 90 мм.рт.ст.

**СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ/Уровень 10-летнего сердечно-сосудистого риска**

ФР, ПОМ	АГ 1 степени 140-159/90-99	АГ 2 степени 160-179/100-109	АГ 3 степени ≥ 180/≥ 110
Нет ФР	Низкий риск 15%	Умеренный риск 15-20%	Высокий риск 20-30%
1-2 ФР	Средний риск 15-20%	Средний риск 15-20%	Очень высокий риск Более 30%
Более 3 ФР или ПОМ	Высокий риск 20-30%	Высокий риск 20-30%	Очень высокий риск Более 30%
АКС, СД, ХБП ≥ 4	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

**КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПО СТАДИЯМ
(ВОЗ, 2003)**

Стадии	Проявления
I стадия	Отсутствуют объективные признаки ПОМ и АКС. Единственное проявление – синдром АГ
II стадия	Как минимум один признак ПОМ: <ul style="list-style-type: none"> • гипертрофия ЛЖ, ПАД ≥60 мм.рт.ст. (у пожилых) • Отсутствие АКС, СД без ПОМ • ХБП С3 (СКФ 30-59 мл/мин), альбуминурия 30-300мг/сут.; креатининемия 115-133мкмоль/л (муж) и 107-124 мкмоль/л (жен) • сужение артерий сетчатки, кровоизлияния, экссудаты, отек соска зрительного нерва
III стадия	<ul style="list-style-type: none"> • Синдром АГ и ПОМ, ХБП С4-С% ст, СД с ПОМ глюкоза плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л и/или HbA1c ≥6,5% и/или глюкоза ПП ≥11,1 ммоль/л • Наличие АКС: стенокардия, ИМ, СН, ОНМК, энцефалопатия, деменция, ретинопатия

Стадия I-отсутствие ПОМ и АКС, возможное наличие факторов риска:

Факторы СС риска у пациентов с АГ:

- Пол; Возраст ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин;
- Курение (в настоящем или прошлом);
- Дислипидемия: ОХС $> 4,9$ ммоль/л и/или ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л и/или ХС ЛПВП у мужчин — $< 1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин — $< 1,2$ ммоль/л (46 мг/дл) и/или триглицериды $> 1,7$ ммоль/л;
- Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин);
- Нарушение гликемии натощак: глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л;
- Нарушение толерантности к глюкозе;
- Избыточная масса тела (ИМТ 25–29,9 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30);
- Наследственность: ССЗ в молодом возрасте (< 55 лет-муж и < 65 лет-жен);
- Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье;
- Ранняя менопауза;
- Малоподвижный образ жизни;
- Психологические и социально-экономические факторы;
- Частота сердечных сокращений в покое > 80 ударов в минуту.

Стадия II - бессимптомное ПОМ, связанное с АГ и/или ХБП С3 (СКФ 30–59 мл/мин), и/или СД без ПОМ и отсутствие АКС:

Бессимптомное ПОМ:

- Артериальная жесткость;
- Пульсовое давление (ПД) (у пожилых пациентов) ≥ 60 мм рт. ст.
- Каротидно-фemorальная СПВ > 10 м/с
- ЭКГ признаки ГЛЖ;
- ЭхоКГ признаки ГЛЖ (индекс массы ЛЖ (масса ЛЖ, г/рост, м);
- Альбуминурия 30–300 мг/24 ч или отношения альбумин-креатинин 30–300 мг/г или 3,4–34 мг/ммоль (предпочтительно в утренней порции мочи);
- ХБП С3 стадии с СКФ > 30 –59 мл/мин/1,73 м²;

-Выраженная ретинопатия: наличие кровоизлияний, экссудатов или отека соска зрительного нерва

Стадия III - наличие АКС, в том числе ХБП С4–С5 стадии, и/или СД с ПОМ:

- СД (рассматривается как дополнительное состояние, усугубляющее риск): глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л при 2х последовательных измерениях и/или HbA1c $\geq 6,5\%$, и/или глюкоза плазмы после нагрузки или при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л.
- Стадии АГ имеют уточняющий характер по поражениям органов-мишеней и сопутствующей патологии.
- На основании уровня АД, наличия ФР, ПОМ, АКС, СД выделяют 4 категории риска ССО: низкий (риск 1), умеренный (риск 2), высокий (риск 3) и очень высокий (риск 4)
- Наиболее значимым является определение категории риска у пациентов с ГБ I и II стадии

ПОКАЗАНИЯ К НАЧАЛУ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Возраст	Пороговое значение САД				+Инсульт\ТИА
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	
18-64 лет	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140
65-79 лет	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140
≥ 80 лет	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160
Пороговое Значение ДАД в мед. учреждении	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90

ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Возраст	Целевое значение САД				
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+Инсульт\ТИА
18-64 лет	≤130 при переносимости не<120	≤130 при переносимости не<120	≤140 при переносимости до 130	≤130 при переносимости не<120	≤130 при переносимости не<120
65-79 лет	130-139 при переносимости				
≥80 лет	130-139 при переносимости				
ДАД	70-79 мм рт ст				

Группы гипотензивных препаратов

- Диуретики
- β-адреноблокаторы
- Антагонисты кальция
- Ингибиторы АПФ
- Антагонисты рецепторов ангиотензина II
- Все эти классы препаратов подходят для стартовой и поддерживающей терапии, как в виде монотерапии, так и в составе определенных комбинаций (Класс I, уровень А)
- Центральные альфа2-агонисты
- Альфа-адреноблокаторы

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕОГ\ЕОК ПО НАЗНАЧЕНИЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГРУПП (2013 г)

ГЛЖ	ИАПФ, АК, БРА	Метаболический синдром	ИАПФ, БРА, АК
Асимптомный атеросклероз	АК, ИАПФ, БРА	Сахарный диабет	ИАПФ, БРА

Микроальбуминурия	ИАПФ, БРА	Беременность	Метилдопа, ББ, АК
Почечная дисфункция	ИАПФ, БРА	Заб-я периф. артерий	ИАПФ, АК
Инсульт	Любой (и БРА)	Аневризма аорты	ББ
ИМ	ИАПФ, БРА, ББ	ФП: предупреждение	БРА, ИАПФ
Стенокардия	ББ, АК	ФП, контроль ритма	
СН	Диуретик, ИАПФ, БРА, ББ	Терминальное поражение почек	ИАПФ, БРА

ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Группы/препараты	Противопоказания	
	Абсолютные	Относительные
Диуретики (тиазидовы\т-подобные)	Подагра	МС, НТГ, беременность, гипер-Са, гипо-К
Бета-блокаторы	БА, ЧСС<60 в мин СА- или АВ-блокада 2-3 ст.	МС, НТГ, спортсмены и физически активные лица
Антагонисты Са (дигидропирины)		Тахикардии, СН с низкой ФВ, ФК 3-4, выраженные отеки н\к
Антагонисты Са (верапамил, дилтиазем)	СА- или АВ-блокада высокой ст, выраженная дисфункция ЛЖ<40%, ЧСС<60 в мин	Запоры
ИАПФ	Беременность ангионевротич.отек в анамнезе, 2-ст. стеноз почечных артерий, гиперкалиемия >5,5 ммоль/л	ЖФВ, не получающие адекватную контрацепцию

БРА	Беременность, 2-ст стеноз почечных артерий, гиперкалиемия >5,5 ммоль/л	ЖФВ, не получающие адекватную контрацепцию
------------	--	--

НАЧАЛО АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Высокое нормальное АД 130-139\85-89	АГ 1 степени 140-159\90-99	АГ 2 степени 160-179\100-109	АГ 3 степени ≥ 180\≥ 110
Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни
Целесообразна медикаментозная терапия у пациентов с очень высоким риском и наличием ССЗ, ИБС	Немедленно начать препараты у пациентов с высоким и очень высоким риском с ССЗ, ХБП, ПОМ	Немедленно начать препараты у всех пациентов	Немедленно начать препараты у всех пациентов
	Препараты пациентам с низким риском без ССЗ, ХБП, ПОМ, рекомендуются через 3-6 мес после изменения образа жизни и если не достигнут контроль АД	Цель – достижение контроля АД в теч 3-х мес.	Цель – достижение контроля АД в теч 3-х мес.

ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Цель: < 140/90, но не < 120/70 мм рт ст

Монотерапия рекомендована: пациентам с АГ с низким риском при АД < 150/90, пациентам старше 80 лет: ТД, ИАПФ, БРА, ББ, длительно действующие АК

ШАГ 1:

2-ная комбинация: ИАПФ\БРА + АК\диуретик

ШАГ 2:

Тройная комбинация: ИАПФ\БРА + АК + диуретик

ШАГ 3:

Комбинация в 2х таблетках: ИАПФ\БРА + АК + диуретик + спиронолактон или петлевой диуретик или ББ или моксонидин или альфа-блокатор

Для каждого шага дается 2-4 нед, для достижения целевого АД - 3 мес

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Цель: АГ+ГЛЖ <65 лет без ХБП – САД до 120-130

Монотерапия у б-х > 80 лет		АД>140/90 у б-х АГ с высоким и очень высоким риском ССО	
	При недостижении целевого АД		
БРА, ИАПФ, АК, индапамид как действующие на обратное развитие ГЛЖ		БРА\ИАПФ +ДАК	в 1 табл
		БРА\ИАПФ +ТД + АК	

Если ИАПФ или БРА противопоказаны, замена на длительно действующих АК или индапамид		БРА\ИАПФ + ТД + АК + спиронолактон.	в 2 табл
---	--	-------------------------------------	----------

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- Пациентам с АГ+СД - АГТ начать при АД $\geq 140/90$
- Целевой уровень АД:
- < 65 лет: до 130, но не < 120 мм рт ст
- ≥ 65 лет: 130-139 мм рт ст
- Целевой уровень ДАД: 80-70 мм рт ст
- Всем: ИАПФ\БРА + АК\ТД

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Цель: САД до 130-139 мм рт ст у пациента любого возраста

- **ШАГ 1**
- ИАПФ\БРА + АК\Д (возможно петлевой, при СКФ < 30 мл\мин\1,73 м²)
- **ШАГ 2** (двойная комбинация)
- ИАПФ\БРА + АК + Диуретик (возможно петлевой, при СКФ < 30 мл\мин\1,73 м²)
- **ШАГ 3** (тройная комбинация)
- Резистентная АГ: Схеме 2 шага добавить спиронолактон (25-50 мг\сут) или другой диуретик или ББ или альфа-блокатор

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Цель: Пациенты < 65 лет без ХБП – САД ≤ 130, но не < 120 мм рт ст

Пациенты ≥ 65 лет с ХБП – САД до 130-139 мм рт ст; ДАД < 80, но не < 70 мм рт ст

в 1 или 2 табл	Старт.терапия 2-ная комбинация	ИАПФ\БРА+ББ\АК или АК+диуретик\ББ или ББ + Диуретик	При АГ 1 ст или пожилых старше 80 лет возможна монотерапия
в 2 табл	Шаг 2 3-ная комбинация	Тройная комбинация из препаратов из предыдущего шага	Оценить целесообразность начала лечения при САД>130 у этой категории пациентов очень высокого риска при ИБС
в 2 табл	Шаг 3 3-ная комб-я + спиронолактон или др АГП	Резистентная АГ – Шаг 2 + спиронолактон (25-50 мг\сут) или др диуретик или альфа-АБ	Оценить целесообразность направления в спец клинику для дальнейшего обследования

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

уровень САД 120-130 мм рт ст у б-х < 65 лет и без ХБП

уровень САД 130-139 мм рт ст у б-х > 65 лет при наличии ХБП

при сохраненной ФВ – можно использовать любые основные АГП

в 2 табл	Стартовая терапия Всем б-м начать АГТ при АД ≥140\90 мм рт ст	ИАПФ\БРА + диуретик (возможно петлевой) + ББ
	Шаг 2	ИАПФ\БРА + диуретик (возможно петлевой) + ББ + спиронолактон\эплеренон

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Уровень САД 120-130 мм рт ст у б-х < 65 лет и без ХБП

Уровень САД 130-139 мм рт ст у б-х > 65 лет при наличии ХБП

- **ШАГ 1.** Стартовая терапия:
- ИАПФ\БРА + ББ\АК (недигидропириновый) - или
- ББ + АК
- **ШАГ 2**
- ИАПФ\БРА + ББ + АК (дигидропириновый)\Диуретик или ББ + АК (дигидропириновый) + Диуретик
- **ШАГ 3**
- ИАПФ\БРА + ББ\АК (дигидропириновый) + Диуретик + спиронолактон\эплеренон или
- ББ + АК (дигидропириновый) + Диуретик + спиронолактон\эплеренон
- Оральные антикоагулянты назначать по показаниям и при отсутствии п/п

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- Пациентам с внутримозговой гематомой при САД < 200 мм рт ст не рекомендуется незамедлительно снижать АД!
- Пациентам с внутримозговой гематомой при САД \geq 220 мм рт ст – осторожно снижать до < 180 мм рт ст
- Пациентам с острым ИИ рутинное снижение АД не рекомендуется (гипоперфузия гол мозга)
- Пациентам с острым ИИ, которым предстоит в/в тромболизис, АД снижать осторожно и поддерживать на < 180\105 мм рт ст в теч 24 часов после тромболизиса

- Пациентам с САД ≥ 220 и/или ДАД ≥ 120 мм рт ст, которым не проводился тромболизис снижать АД на 15% в 1-е сутки после инсульта в зависимости от клиники
- Всем с АГ, перенесшие ОНМК - АГТ назначать сразу после ТИА и через несколько дней после ИИ
- Всем с АГ после ИИ или ТИА < 65 лет и без ХБП снижать САД до 120-130 мм рт ст

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ

Цель – < 140\90, но не < 120\70 мм рт ст
всем с ЦВБ для снижения риска инсульта – БРА\ИАПФ+АК\Д

в 1 или 2 табл	БРА\ИАПФ + индапамид + статин или БРА\ИАПФ +АК + статин	Стартовая терапия
в 2 табл	БРА\ИАПФ + индапамид + АК + статин	Шаг 2
	БРА\ИАПФ + индапамид + статин + спиронолактон	Шаг 3

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ

Цель – < 140\90, но не < 120\70 мм рт ст

в 1 или 2 табл	БРА\ИАПФ + ББ + статин или БРА\ИАПФ + АК + статин (при симптомах стенокардии)	Стартовая терапия
в 2 табл	БРА\ИАПФ + ББ + ТД + статин или БРА\ИАПФ + АК + ТД + статин	Шаг 2
	БРА\ИАПФ + ББ\АК + ТД + статин + спиронолактон	Шаг 3

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ НЕФРОПАТИЯХ

Цель – < 140\90, до 130-139\70-79

в 1 или 2 табл	ИАПФ\БРА + индапамид или АК + статин		Стартовая терапия
		Мониторирование уровня калия и креатинина пациентам с ХБП на терапии ИАПФ или БРА	
в 2 табл	ИАПФ\БРА + индапамид + АК + статин		Шаг 2
		При креатинин > 150 мкмоль\л ТД заменить на петлевые	
	ИАПФ\БРА + индапамид + АК + статин + ББ\альфа-АБ		Шаг 3

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ОЖИРЕНИИ

Цель – < 140\90, но не < 120\70 мм рт ст

Монотерапия: Б-е с АГ с низким риском при АД < 150\90, или старше 80 лет	АД < 150\90 у б-х с АГ с умеренным и выше риском	Стартовая терапия
БРА\ИАПФ		
в 1 табл	ИАПФ\БРА+АК\Диуретик	Шаг 1 Двойная комбинация
в 1 табл	ИАПФ\БРА+АК+диуретик	Шаг 2 Тройная комбинация
в 2 табл	Резистентная АГ: добавить спиронолактон 25-50 мг\сут или ББ или моксонидин	Шаг 3

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Цель – < 140\90, но не < 120\70 мм рт ст

	Стартовая терапия	
в 1 табл	БРА + АК	Шаг 1
в 2 табл	БРА + АК + ТД	Шаг 2

в 2 табл	Резистентная АГ Добавить спиронолактон 25-50 мг\сут или высокоселективный ББ (небивалол или бисопролол) в минимально эффективной дозе после консультации пульмонолога или альфа-АБ	Шаг 3
----------	--	--------------

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

- **Всех беременных с САД \geq 170 и ДАД \geq 110 мм.рт.ст - срочно госпитализировать!**
- Необходимо контролируемое снижение САД < 160 и ДАД < 105 мм т ст
- Пероральная терапия – метилдопа и нифедипин
- Преэклампсия+отек легких – нитроглицерин не более 4х часов
- Для предотвращения эклампсии и лечения судорог – сульфат магния в\в
- При высоком риске преэклампсии с целью ее профилактики – до 150 мг аспирина с 12-недели до 36 недели, при отсутствии п\п
- Резервные АГП для плановой терапии бер-х – верапамил и бисопролол
- АГТ проводится до 12 недель после родов (особенно при ПЭ и рождении недоношенных детей)
- АГП выбрать с учетом лактации
- ИАПФ и БРА противопоказаны при беременности

Современные алгоритмы ведения пациентов с артериальной гипертензией (в помощь семейному врачу) подготовлены с использованием Клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых» 2020 года, разработанными и пересмотренными кардиологическим обществом Российской Федерации

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией. Общероссийская общественная организация «Содействие профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». Санкт-Петербург, 2015. Издание первое. URL: http://www.ahleague.ru/images/rekom/Algoritmy_AG.pdf
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Москва, 2010. URL: <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/recommendation-ag-2010.pdf> 3.
3. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г. Москва, 2014г. URL: https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metod_rek_disp_nabl.pdf
4. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» разработанный и пересмотренный кардиологическим обществом Российской Федерации. 2020 год.
5. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии.ESH/ESC 2013. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов, Российский кардиологический журнал. №1,2014г. URL: <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESChypertension2013.pdf>
6. Бритов А. Н., Елисева Н. А., Деев А. Д., Орлов А.А. Влияние социально-экономического статуса и стресса на сердечно-сосудистую систему в проспективном популяционном исследовании. Российский кардиологический журнал. 2006;17-23.
7. Муромцева Г. А., Концевая А. В., Константинов В. В., Артамонова Г. В., Гатагонова Т. М., Дупляков Д. В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(6):4-11.<https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-4-11>
8. Kini S, Kamath VG, Kulkarni MM, Kamath A. PreHypertension among young adults (20-30 Years) in coastal villages of udupi district in Southern India: An Alarming Scenario. PLoS One. 2016;11(4): e0154538. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154538>