

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

16.03.2023



ГВС КАРДИОЛОГ
МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ
Светлова Н.А.

51 млн

россиян имеют
повышенное АД¹:

ИЗ НИХ
87%
находятся в
группе
высокого СС-
риска²

АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний²:

- инфаркт миокарда
- инсульт
- ишемическая болезнь сердца
- хроническая сердечная недостаточность

Распространенность АГ в России 47% у мужчин и 40% у женщин, ^{1,2}

Распространенность АГ **увеличивается с возрастом**, достигая **60%** и выше у лиц старше 60 лет^{1,2}

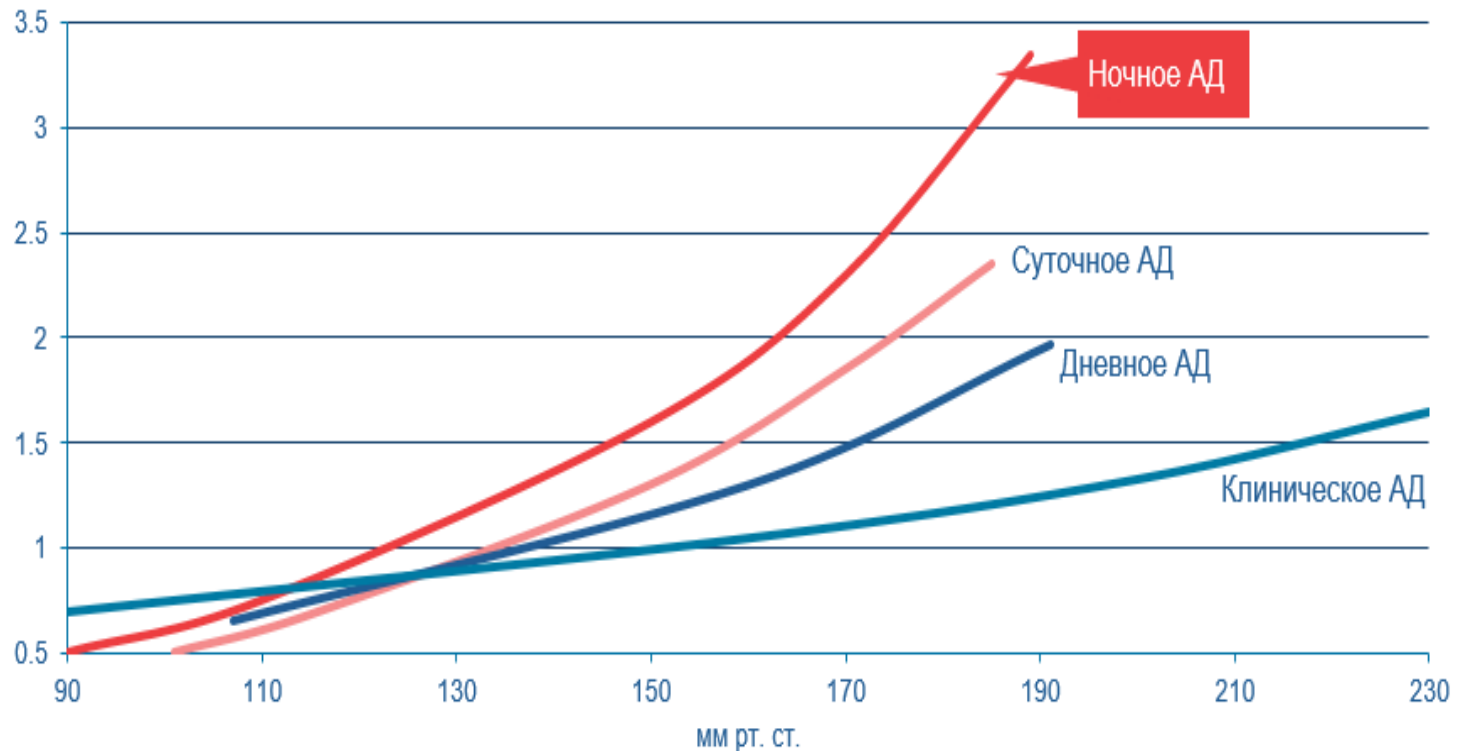
1. Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Куценко В. А., Имаева А. Э., Капустина А. В., Муромцева Г. А., Евстифеева С. Е., Максимов С. А., Карамнова Н. С., Яровая Е. Б., Кулакова Н. В., Калачикова О. Н., Черных Т. М., Белова О. А., Артамонова Г. В., Индукаева Е. В., Гринштейн Ю. И., Либис Р. А., Дупляков Д. В., Ротарь О. П., Трубачева И. А., Серебрякова В. Н., Ефанов А. Ю., Конради А. О., Бойцов С. А., Драпкина О. М. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. Вклад артериальной гипертензии и других факторов риска в выживаемость и смертность в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):3003. doi:10.15829/1728-8800-2021-3003

2. Риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией: эволюция взглядов Е.К. Шаварова, Э.Т. Муфтеева, Ж.Д. Кобалава Российский университет дружбы народов, Москва, Россия. Артериальная гипертензия ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ Том 15, № 3 / 2009.

Повышение ночного АД — наиболее опасный фактор, влияющий на риск смерти у пациентов с АГ¹

Риск смерти от ССЗ в течение 5 лет, %

(коррекция по полу, возрасту, ССЗ в анамнезе, наличию СД, статусу курения)



1. Dolan E., et al. Hypertension. 2005; 46: 156–161.

Ранние утренние часы – время значительного увеличения риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений



*-по сравнению с другим временем суток

Peixoto AJ, White WB. Circadian blood pressure: clinical implications based on the pathophysiology of its variability. *Kidney Int.* 2007 May;71(9):855-60.

Остроумова О.Д. и соавт. Кардиологический вестник, 2015 (3):76-80

Потенциальный эффект снижения АД на снижение смертности от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний

По данным мета-анализа 5 крупных популяционных исследований

Снижение САД	Снижение смертности		
	ИБС	Инсульт	Общая
-2 мм. рт. ст.	-4%	-6%	-3%
-3 мм. рт. ст.	-5%	-8%	-4%
-5 мм. рт. ст.	-9%	-14%	-7%

Факторы сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ (модифицируемые и немодифицируемые):

- Пол (мужчины > женщин);
- Возраст ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин;
- Курение (в настоящем или прошлом; курение в прошлом следует рассматривать как фактор риска при отказе от курения в течение последнего года);
- Дислипидемия (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена): 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/м) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м);
- Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (< 55 лет для мужчин и <65 лет для женщин);
- 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.**

Этапы оценки сердечно-сосудистого риска

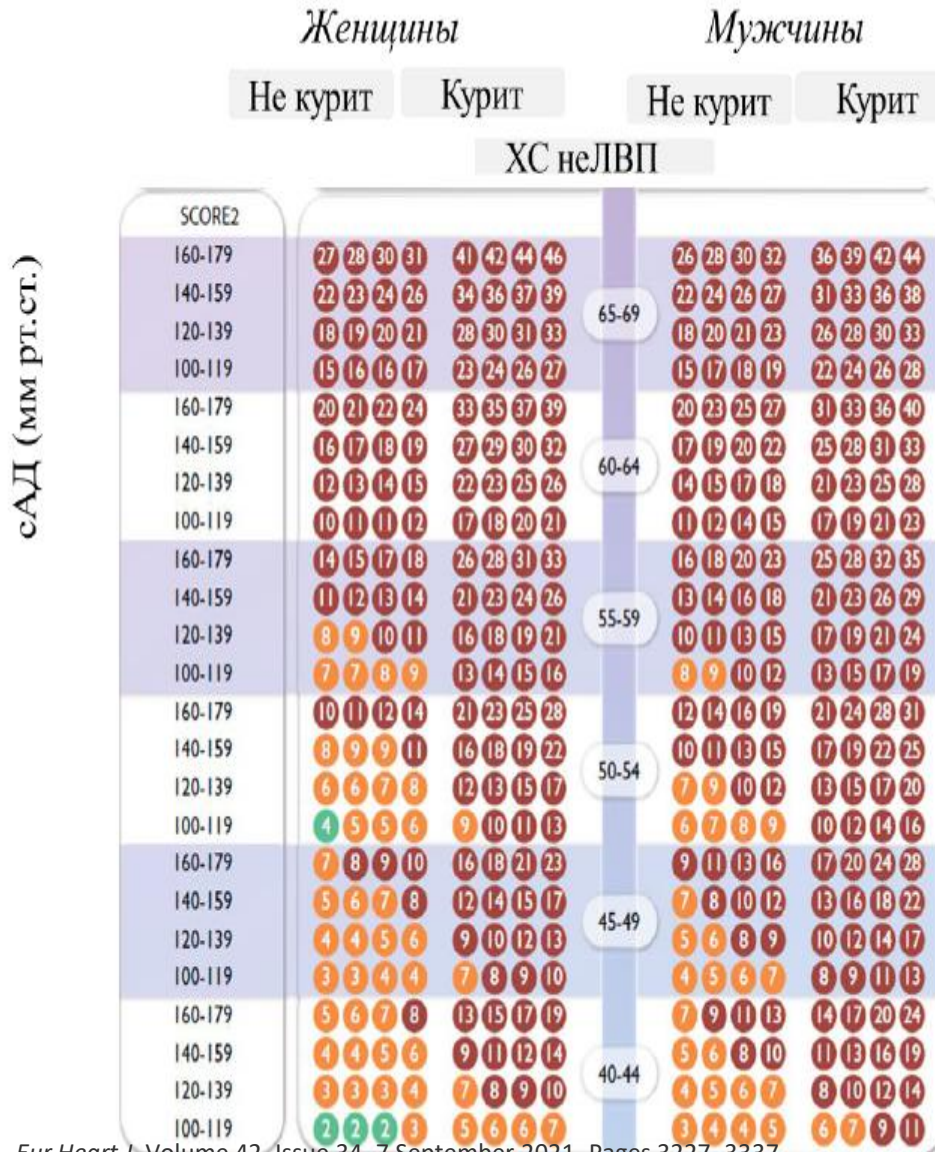
Этапы обследования	Необходимые процедуры
Клиническая оценка	Выявление пациентов высокого и очень высокого риска на основании документированных ССЗ, СД, ХБП 3–5-й стадий, чрезмерного повышения отдельных факторов риска, семейной гиперхолестеринемии или высокого риска по SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет
Оценка 10-летнего риска по шкале SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет	Проводить оценку риска по SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет рекомендовано у бессимптомных лиц без анамнеза ССЗ, СД, ХБП, семейной гиперхолестеринемии или повышения ХС-ЛНП $>4,9$ ммоль/л (>190 мг/дл)
Оценка факторов, изменяющих риск	У отдельных пациентов низкого или умеренного риска целесообразно оценивать дополнительные факторы, которые могут повлиять на стратификацию по риску и выбор тактики лечения: повышение аполипопротеина В, липопротеина (а) или С-реактивного белка, семейный анамнез ранних атеросклеротических ССЗ, выявление атеросклеротической бляшки
Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ	На основании уровня АД, наличия ФР, ПОМ, АКС, ХБП 3–5-й стадий, СД, ФП

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АКС — ассоциированное клиническое состояние, ПОМ — поражение органов-мишеней, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС-ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ФП – фибрилляция предсердий, ФР — факторы риска

Шкала глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска

Экстремальный	<ul style="list-style-type: none">Сочетание клинически значимого сердечно-сосудистого заболевания, вызванного атеросклерозом, с СД 2 типа и/или СГХС или два сердечно-сосудистых события (осложнения) в течение 2-х лет у пациента с сердечно-сосудистым заболеванием, вызванным атеросклерозом, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию и/или достигнутый уровень ХС ЛНП $\leq 1,5$ ммоль/л
Очень высокий	<ul style="list-style-type: none">Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая перенесённый ОКС, стабильную стенокардию, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражения периферических артерийатеросклеротическое ССЗ по данным обследований – значимая АСБ (стеноз $> 50\%$)СД + поражение органов-мишеней, ≥ 3 ФР, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью > 20 летВыраженная ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73 мSCORE $\geq 10\%$СГХС в сочетании с атеросклеротическим ССЗ или с ФР
Высокий	<ul style="list-style-type: none">Значимо выраженный ФР — ХС > 8 ммоль/л и/или ХС ЛНП $> 4,9$ ммоль/л и/или АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.СГХС без ФРСД без поражения органов-мишеней, СД ≥ 10 лет или с ФРУмеренная ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 мSCORE $\geq 5\%$ и $< 10\%$Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(-ы) $> 25-49\%$)
Умеренный	<ul style="list-style-type: none">Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД < 10 лет без поражения органов-мишеней и ФР SCORE $\geq 1\%$ и $< 5\%$
Низкий	<ul style="list-style-type: none">SCORE $< 1\%$

Шкала SCORE 2 (позволяет оценить риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет у лиц 40-69 лет (для стран с очень высоким ССР))



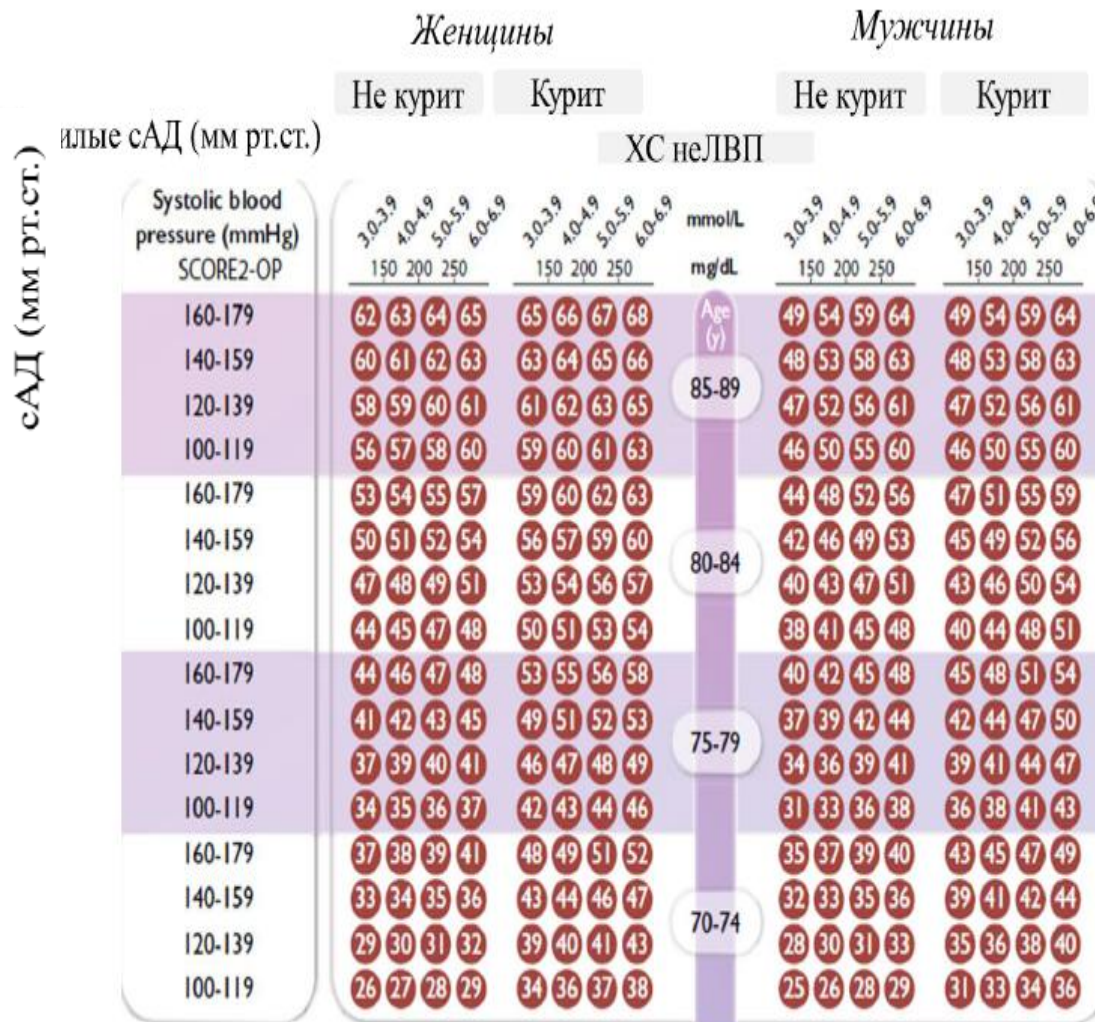
между измеренными значениями концентраций общего холестерина и холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП)

Уровень суммарного СС риска по шкале SCORE-2:



Пояснения: Продолжительность жизни здорового человека без сердечно-сосудистых осложнений. Показано как уменьшается риск при снижении ХС не-ЛВП на 1 ммоль/л

Шкала SCORE 2 -OP(риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений у лиц 70 лет и старше в течение ближайших 10 лет)



Пояснения: Продолжительность жизни здорового человека без сердечно-сосудистых осложнений. Показано как уменьшается риск при снижении ХС не-ЛВП на 1 ммоль/л

Классификация стадий АГ и стратификация риска

Стадия ГБ	Другие факторы риска, ПОМ или заболевания	АД (мм рт.ст.)			
		Высокое нормальное АД САД 130–139 ДАД 85–89	Степень 1 САД 140–159 ДАД 90–99	Степень 2 САД 160–179 ДАД 100–109	Степень 3 САД ≥180 ДАД ≥110
Стадия 1	Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск (риск 2)	Высокий риск (риск 3)
	1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск (риск 2)	Умеренный/Высокий риск	Высокий риск (риск 3)
	≥3 ФР	Низкий/Умеренный риск	Умеренный/Высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)
Стадия 2	ПОМ, ХБП стадия 3 или СД без поражения его органов-мишеней	Умеренный/Высокий риск	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)	Высокий/Очень высокий риск
Стадия 3	Установленное ССЗ, ХБП стадия ≥4 или СД с поражением его органов-мишеней	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)

Внутри категории очень высокого риска введена категория экстремального риска:

- сочетание клинически значимого сердечно-сосудистого заболевания, вызванного атеросклерозом, с СД 2 типа и/или СГХС;
- сердечно-сосудистое осложнение у пациента с атеросклеротически сердечно-сосудистым заболеванием, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию и/или достигнутый уровень ХС ЛНП ≤1,5 ммоль/л;

* АД - артериальное давление, АГ - артериальная гипертония, ПОМ - поражение органов-мишеней, САД - систолическое артериальное давление, ДАД - диастолическое артериальное давление

Проект клинических рекомендаций 2022. Артериальная гипертензия у взрослых. Эл.ресурс: https://scardio.ru/content/Guidelines/project/KR_AG.pdf Дата доступа: 18.01.2023г.

Гипертоническая болезнь I стадия, контролируемая, достигнуты целевые цифры АД, ХБП 2 ст. (СКФ по формуле СКД-ЕРІ = 88 мл/мин/1,73 кв.м., Клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта = 102 мл/мин), риск 2. Целевые цифры АД менее 140/80 мм рт. ст.

Гипертоническая болезнь II стадии, контролируемая, достигнутое целевое АД, гипертрофия левого желудочка, дислипидемия, СКФ 73 мл/мин/1,73м², риск 3. Целевое АД менее 130/80 мм.рт.ст.

Гипертоническая болезнь II стадия, контролируемая, достигнуты целевые цифры АД, гиперлипидемия 2Б, нестенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, гипертонический ангиосклероз сетчатки, ХБП 2 ст. (СКФ по формуле СКД-ЕРІ 82 мл/мин/1,73м²), риск 3. Целевое АД менее 130/80 мм рт.ст.

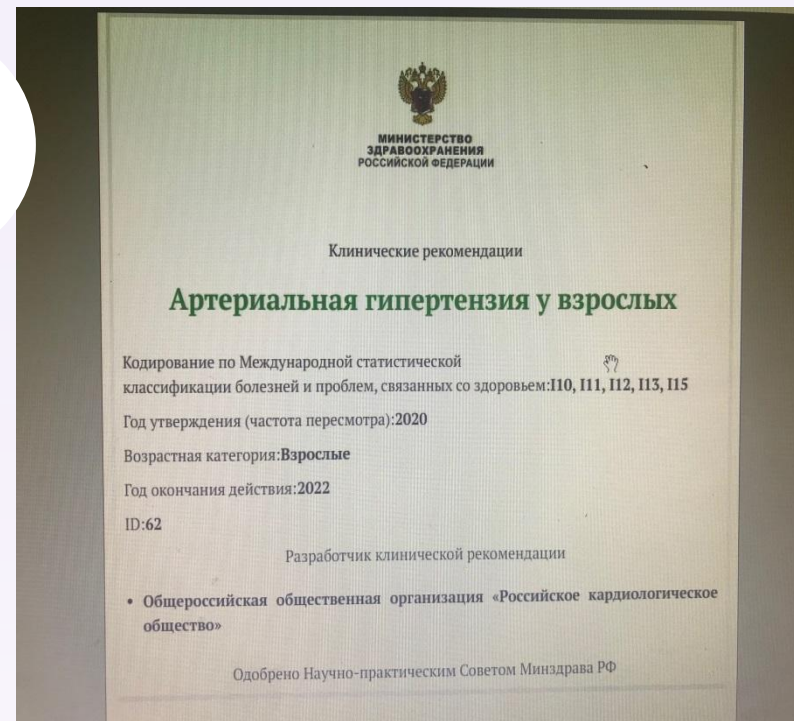
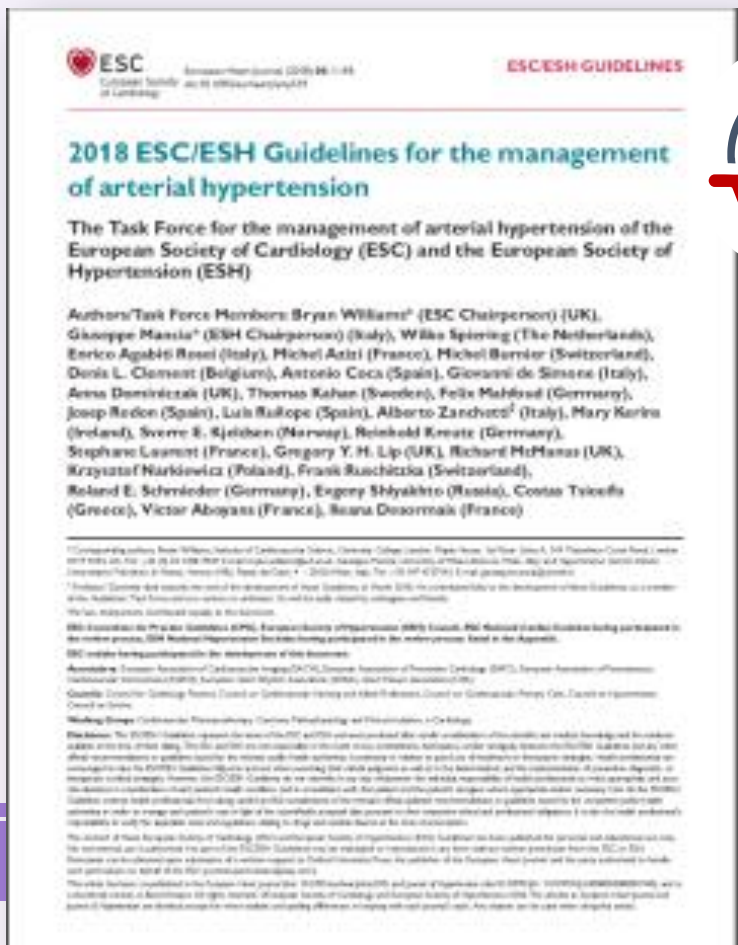
Гипертоническая болезнь III стадия, контролируемая АГ, нестенозирующий атеросклероз БЦА, ГЛП IIБ тип+гипоальфахолестеринемия, СКФ 60 мл\мин по СКД-ЕРІ. Повышенное питание (ИМТ 29,7 кг\м²). Риск 4. Целевое АД 120\70-130\80 мм рт.ст.

Целевые значения артериального давления у пациентов с АГ
Первичной целью для всех пациентов должно быть снижение АД < 140/90 мм рт.ст.

Возрастные группы	Целевое САД, мм рт.ст.		Целевое ДАД, мм рт.ст.
	неосложнённая АГ, + сахарный диабет, +инсульт/, +ИБС	+ХБП	
От 18 до 64 лет	Цель: 120-129 При переносимости терапии Не ниже 120 мм рт.ст.	Цель: 130-139 При переносимости терапии	70-79
≥65 лет	Цель: 130-139 При переносимости терапии		

АГ - артериальная гипертензия, ИБС - ишемическая болезнь сердца, ХБП - хроническая болезнь почек, ТИА - транзиторная ишемическая атака, САД - систолическое артериальное давление, ДАД - диастолическое артериальное давление

Вариабельность АД – независимый фактор ССЗ¹



**важную роль в снижении ССО
играет контроль
вариабельности АД!¹**

Вариабельность АД чаще всего наблюдается у пациентов с: ^{2,3}

Факторы риска^{1,2}

- **АГ**
- **Пожилой возраст**
- **ХБП**
- Атеросклероз сонных артерий
- Сердечная недостаточность
- **СД 2**
- **Метаболический синдром**



Поведенческие факторы¹

- Употребление алкоголя
- **Курение**
- Нестабильное эмоциональное состояние
- Генетическая предрасположенность



Образ жизни^{1,2}

- **Напряженная работа**
- **Психологический стресс**
- Употребление соли
- Чрезмерная физическая активность



Сон^{1,2}

- **Низкое качество сна**
- Ночная гипоксия



- Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения клинического артериального давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых значений, определенных в результате эпидемиологических исследований целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД ниже этих уровней АД.
- АГ у молодых — повышение АД выше пороговых значений у лиц моложе 50 лет
- Высокое нормальное АД — давление в диапазоне систолического АД (САД) от 130 до 139 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) от 85 до 89 мм рт. ст.
- Гипертония белого халата — форма АГ, при которой повышение АД ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт. ст. отмечается только на приеме у врача, а при измерении АД методом домашнего мониторинга АД (ДМАД) и/или суточного мониторинга АД (СМАД) показатели АД — в пределах нормы

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения систолического АД (далее — САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (далее — ДАД) ≥ 90 мм рт.ст.

Гипертоническая болезнь (далее — ГБ) — хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ). Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г. Ф. Лангом в 1948 г., соответствует терминам «эссенциальная гипертензия» и «артериальная гипертензия», используемым за рубежом. ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность превышает 90%.

Вторичная (симптоматическая) АГ — АГ, обусловленная известной причиной, которую можно устранить с помощью соответствующего вмешательства.

Гипертонический криз — состояние, вызванное значительным повышением АД, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии

У всех пациентов при выявлении повышения АД в медицинском учреждении необходимо два измерения АД на двух разных визитах для постановки диагноза АГ (таблица П2, Приложение Г1) [21;32].

На каждом визите должно быть проведено не менее двух измерений АД с интервалом в 1-2 мин и еще одно дополнительное измерение при разнице между первыми двумя более 10 мм рт. ст.

Уровень АД — это среднее из последних двух измерений.

Отличия КР по АГ 2020 г. и проекта КР 2023 по АГ:

-Акцент на значимость выявления ФР и поражения органов-мишеней для корректной оценки сердечно-сосудистого риска - одна из ключевых особенностей обновленных рекомендаций. Стратификация сердечно-сосудистого риска по системе **SCORE-2 и SCORE-2 OP**

-Изменение **целевого и стартового АД для пациентов с ХБП**: пациентам с диабетической и недиабетической ХБП при хорошей переносимости рекомендуется снижать САД, до значений 130 мм и ниже в связи с доказанными преимуществами в снижении риска сердечно-сосудистых событий

-**АГ у пожилых пациентов**: при лечении пациентов старших возрастных групп (> 65 лет) более интенсивная терапия АГ может быть предпочтительнее т.к. достижение целевых значений САД < 130 мм рт.ст. приводит к меньшему числу сердечно-сосудистых осложнений

- Введены **критерии оценки качества мед. помощи 1А**:

[Проект Клинические рекомендации Артериальная гипертензия у взрослых 2022 г.](https://scardio.ru/content/Guidelines/project/KR_AG.pdf)
https://scardio.ru/content/Guidelines/project/KR_AG.pdf

Мероприятия, которые могут повысить приверженность пациентов с артериальной гипертензией к лекарственной терапии

На уровне врача

- Предоставление пациенту информации о рисках при АГ и преимуществах терапии,
- согласование стратегии лечения, направленной на поддержание нормального АД с использованием рекомендаций по изменению образа жизни и назначения фиксированных комбинаций;
- использование информационных материалов, программ обучения,
- консультирование с помощью компьютерных технологий
- Получение обратной связи в отношении соблюдения рекомендаций и наличия улучшения
- Оценка и разрешение индивидуальных проблем, препятствующих высокой приверженности к лечению
- Сотрудничество с другими медицинскими сотрудниками

На уровне пациента

- Самоконтроль АД (в том числе телемониторирование)
- Групповые занятия и тренинги
- Рекомендации в сочетании с мотивационными стратегиями
- Использование систем напоминания
- Получение поддержки семьи и общества
- Обеспечение лекарственными препаратами на рабочем месте

На уровне лекарственной терапии

- Упрощение схем приема препарата, предпочтение — фиксированным комбинациям и стратегии «одной таблетки»
- Упаковки с системой напоминаний

На уровне системы здравоохранения

- Поддержка развития систем мониторинга (телефонные контакты, посещения на дому,
- телемониторинг результатов домашнего контроля АД)
- Финансовая поддержка системы взаимодействия между различными представителями системы здравоохранения (например, фармацевты и медицинские сестры)
- Система компенсации стратегии «одной таблетки»
- Развитие национальных баз данных, включая данные о назначении лекарственных препаратов, доступных для врачей и фармацевтов
- Доступность препаратов

Немедикаментозное лечение АГ

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем пациентам с АГ. Немедикаментозные методы лечения АГ

способствуют снижению АД, уменьшают потребность в антигипертензивных препаратах (АГП) и повышают их эффективность, позволяют осуществлять коррекцию ФР, проводить первичную профилактику АГ у пациентов с высоким нормальным АД и имеющих ФР.

Всем пациентам с АГ для улучшения контроля заболевания рекомендуется:

- ограничение употребления соли до <5 г в сутки
- ограничить употребления алкоголя и избегать хронического злоупотребления алкоголем.
- увеличить употребление овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов и ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло), молочных продуктов низкой жирности, уменьшить употребление мяса.
- контролировать массу тела для предупреждения развития ожирения
- регулярные аэробные физические упражнения (не менее 30 минут динамических упражнений умеренной интенсивности 5–7 дней в неделю)
- прекращение курения, психологическая поддержка и выполнение программ по прекращению курения

Медикаментозная терапия АГ

Основой антигипертензивной терапии для снижения АД и уменьшения числа СС событий являются **5 классов** антигипертензивных препаратов:

- ингибиторы АПФ (ИАПФ),
- блокаторы рецепторов ангиотензина-II (БРА),
- бета-адреноблокаторы (ББ),
- блокаторы кальциевых каналов (АК) и
- диуретики (тиазидные — гидрохлортиазид, и тиазидоподобные — хлорталидон и индапамид).

Основой антигипертензивной терапии для снижения АД и уменьшения числа СС событий являются 5 классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы АПФ (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина-II (БРА), бета-адреноблокаторы (ББ), блокаторы кальциевых каналов (АК) и диуретики (тиазидные - гидрохлортиазид, и тиазидоподобные — хлорталидон и индапамид).

- 3.1 Показания к антигипертензивной терапии
- Пациентам с АГ 2-й или 3-й степени при любом уровне СС риска рекомендуется незамедлительное начало антигипертензивной лекарственной терапии для снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений, СС смерти одновременно с рекомендациями по изменению образа жизни [59, 110].
- Пациентам с АГ 1-й степени, относящимся к категориям низкого/умеренного риска без признаков ПОМ (оценка риска по шкале SCORE (Таблица П11, Приложение Г2) рекомендуется начинать антигипертензивную лекарственную терапию в том случае, если у них сохраняется повышенное АД, несмотря на мероприятия по изменению образа жизни в течение 3 месяцев [21, 22, 97].
- Пациентам с АГ 1-й степени, относящимся к категории высокого риска (оценка риска по шкале SCORE (Приложение Г3) при неосложненной АГ или при наличии
- ПОМ, рекомендуется незамедлительное начало антигипертензивной лекарственной
- терапии одновременно с рекомендациями по изменению образа жизни [21, 22, 97].

Лечение АГ 1-2 стадий

ЦЕЛЬ:

<140/90 мм рт.ст., при хорошей переносимости <130/80 мм рт.ст., но не <120/70 мм рт.ст.

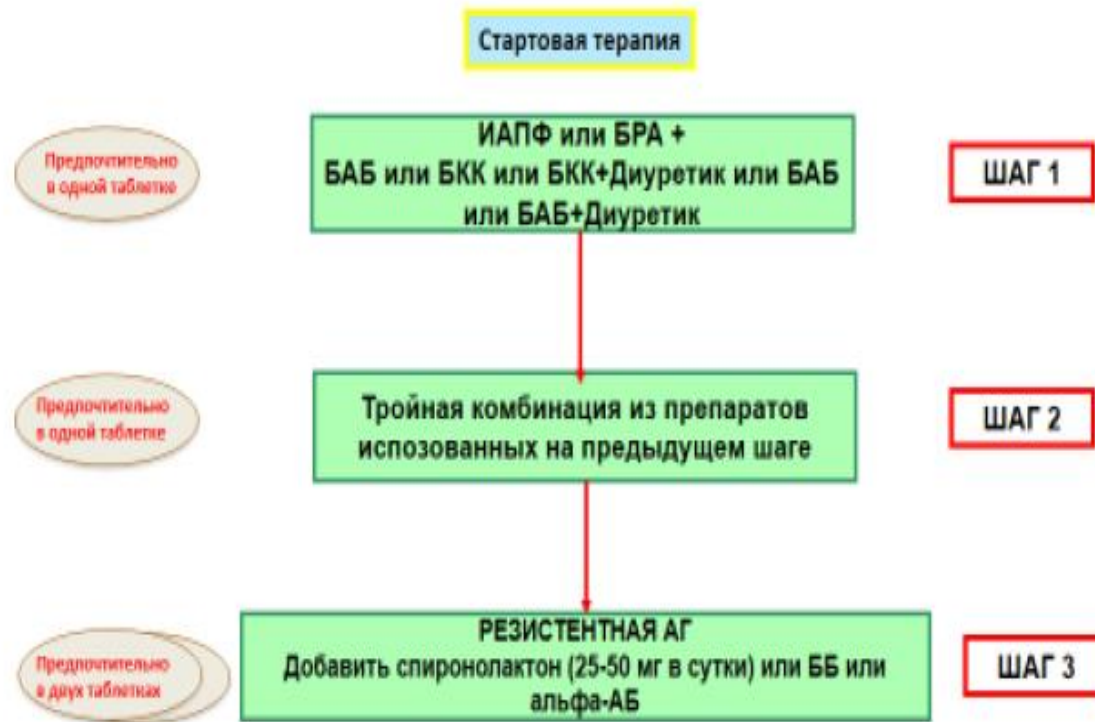
Каждый шаг терапии 2-4 недели для достижения целевого АД за 3 месяца



Лечение АГ при ИБС

ЦЕЛЬ: у пациентов моложе 70 лет – САД 120-130 мм рт. ст. при переносимости, у пациентов в возрасте 70 лет и старше – 130-139 мм рт. ст.

Каждый шаг терапии 2-4 недели для достижения целевого АД за 3 месяца



Лечение АГ при ХБП

САД 130-139 мм рт. ст. у пациентов старше 50 лет и моложе 90 лет
Каждый шаг терапии 2-4 недели для достижения целевого АД за 3 месяца



иНГЛТ-2 могут быть назначены пациентам с ХБП для снижения риска прогрессирования почечной патологии, смерти от сердечно-сосудистых и ренальных осложнений

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИЕМА САРТАНОВ

	Лозартан	Валсартан	Кандесартан	Ирберсартан	Олмесартан	Эпросартан	Телмисартан
Артериальная гипертония	+	+	+	+	+	+	+
АГ + ГЛЖ	+						
Диабетическая нефропатия	+			+			
ХСН, Нарушения ритма, фиброз миокарда	+	+					
Пациенты после ОИМ		+	+				

Лозартан и кандесартан являются пролекарством и метаболизируются в печени;

- Уменьшают фиброз миокарда, уменьшают ГЛЖ, профилактируют НР (уменьшают ФП на 50%); За счет уменьшения ГЛЖ и ЛП применяется у онкологических больных при химиотерапии.

Кандесартан имеет церебропротекцию (снижает риск постинсультных осложнений, Улучшает моторную функцию на 27%. Рекомендован пожилым людям). При ХСН ФВ менее 40% снижает ССР на 23%.

При метаболическом синдроме, СД, ретинопатии.

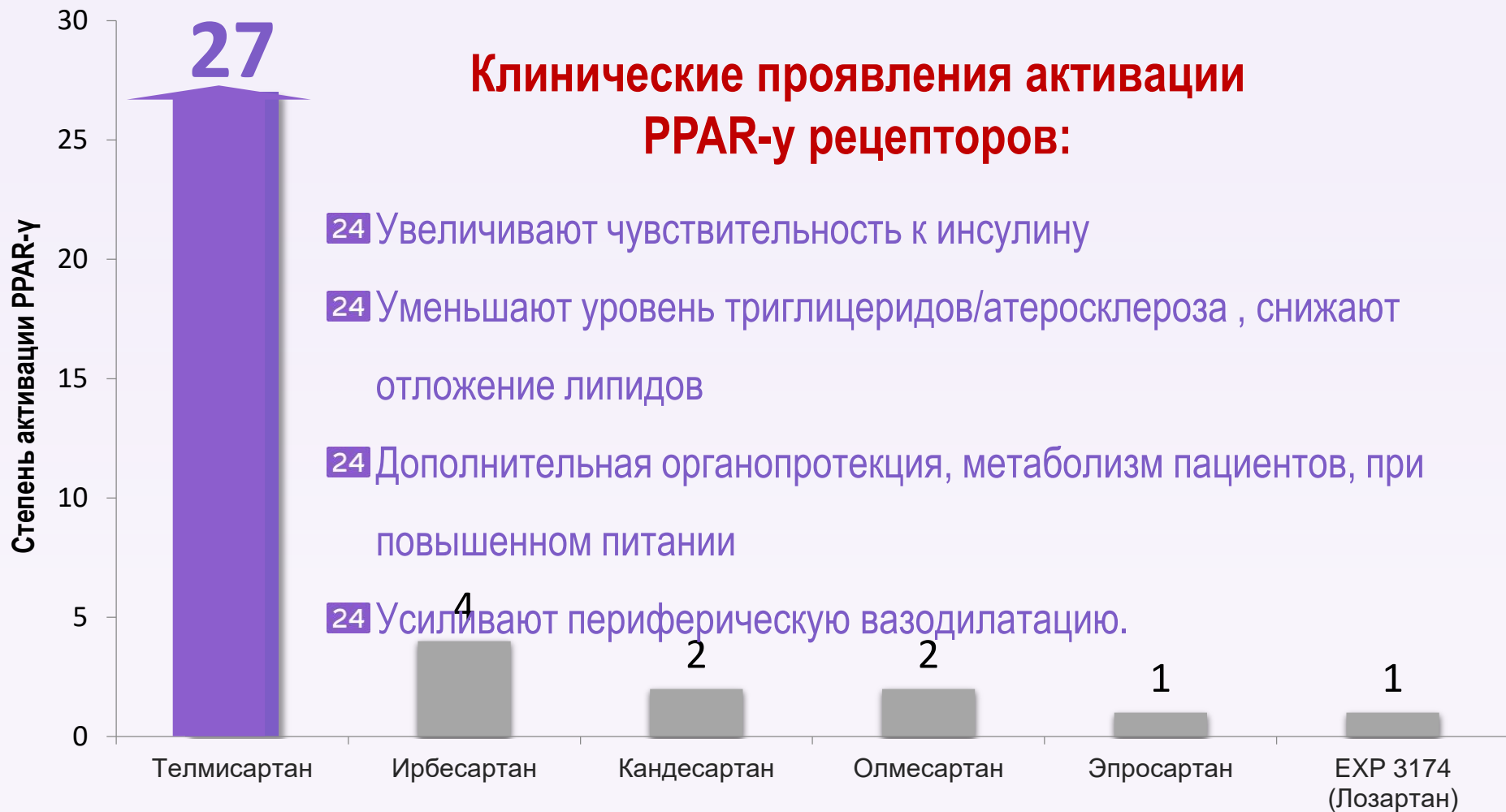
Валсартан и телмисартан – лекарство и глубоко проникают в ткани;

Являются (валсартан) препаратами выбора при остром инфаркте миокарда (органопротективное действие); Валсартан увеличивает ФВ при ХСН, уменьшает число госпитализаций.

Телмисартан – препарат выбора при ожирении, МС, Снижает СРБ, плейотропный эффект, СД, снижает ССО

Самый лучший при АГ;

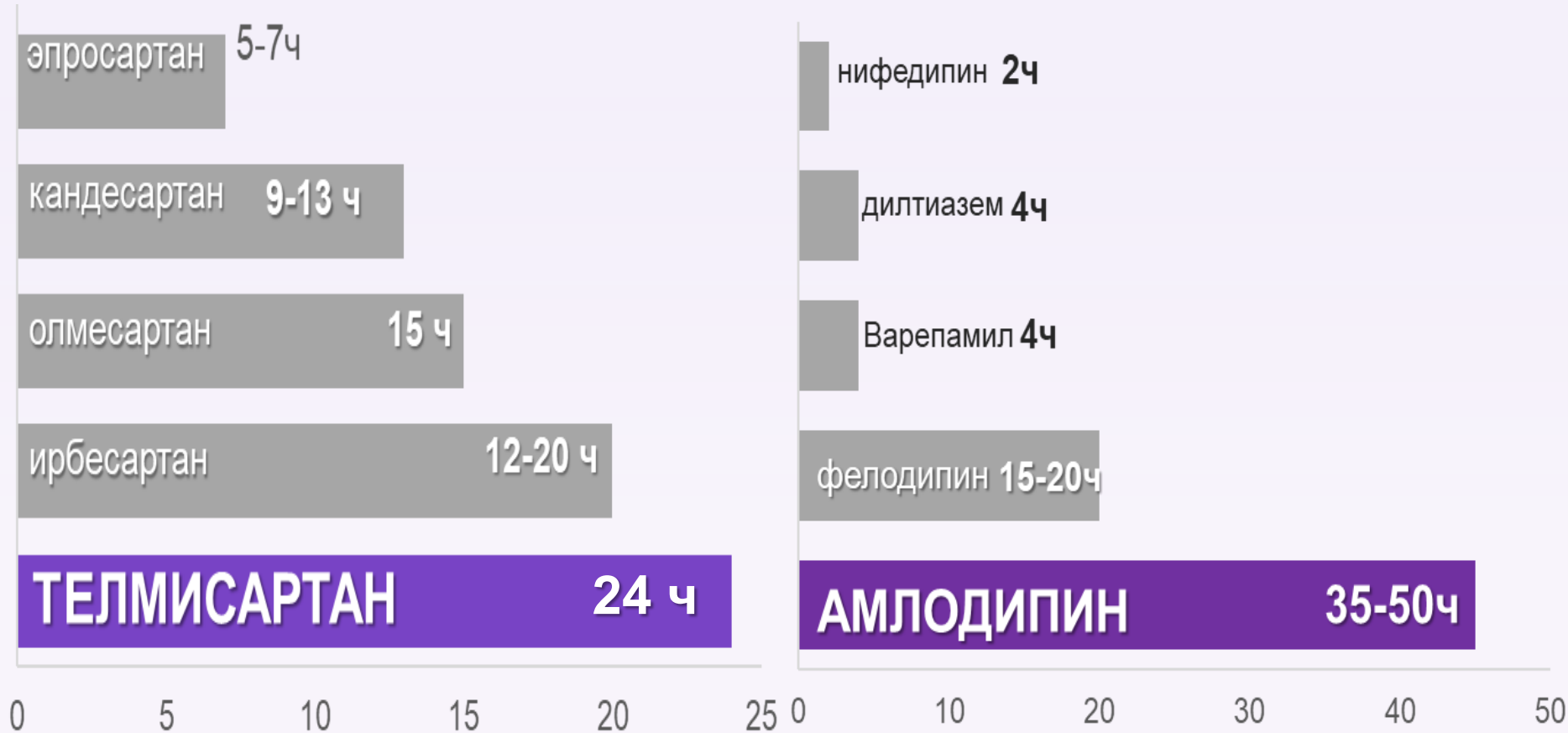
Органопротективные свойства телмисартана для защиты от ССО: PPAR-у рецепторы (поджелудочной железы, печени, почек, мозга,)



ФК Телмисартан/амлодипин – союз двух молекул сверхдлительного действия

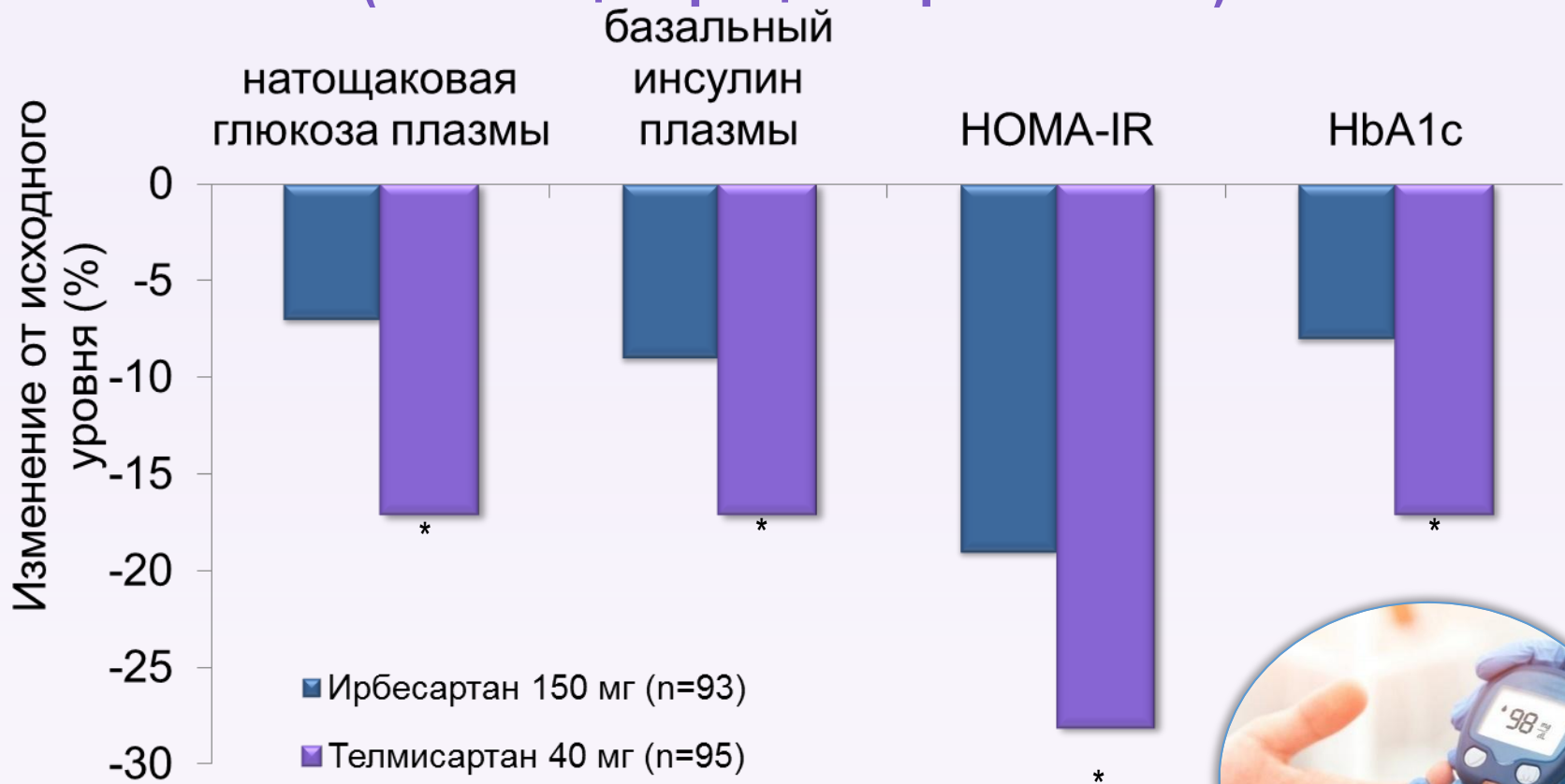
Период полувыведения (ч) БРА в плазме (1,3,4)

Период полувыведения (ч) БКК в плазме(4)



Увеличение венозного возврата к сердцу, нейтрализуют побочный эффект амлодипина

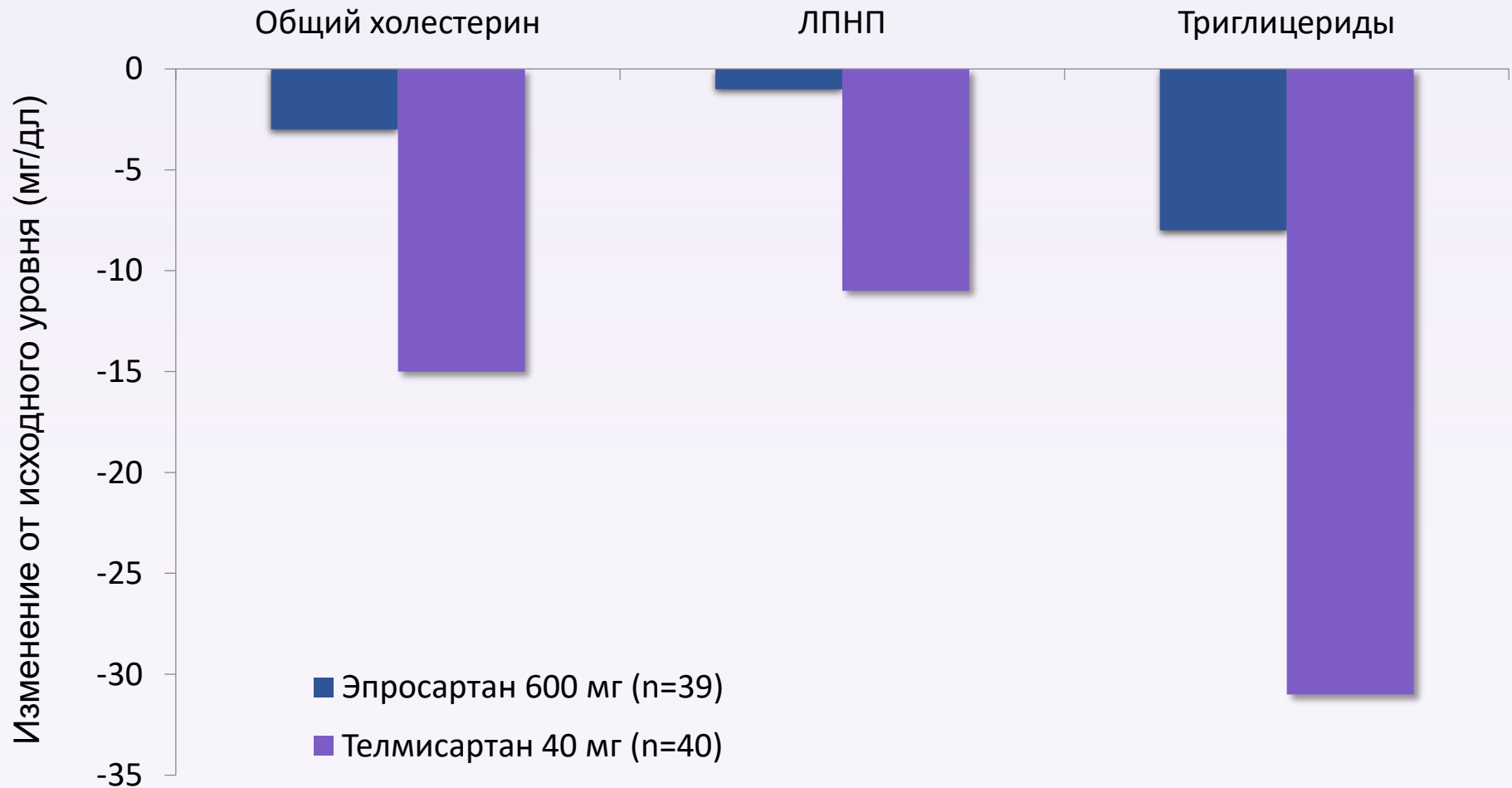
Телмисартан повышает чувствительность тканей к инсулину – подходит при СД 2, МС (активация рецепторов PPAR)



* P<0.05 в сравнении с ирбесартаном
Продолжительность исследования = 12 месяцев



Телмисартан снижает уровень триглицеридов и атеросклероза – подходит для пациентов с МС, ИБС, СД 2



3.6.21. Коррекция сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска

Пациентам с АГ и очень высоким или экстремальным СС риском рекомендовано назначение статинов для достижения целевого ХС-ЛНП $\leq 1,4$ ммоль/л или его снижение на $\geq 50\%$ от исходного [265–267]. ЕОК/ЕОАГ IV (УУР А, УДД 1)

Пациентам с АГ и высоким СС риском рекомендовано назначение статинов для достижения целевого ХС-ЛНП $\leq 1,8$ ммоль/л

Комментарии. У пациентов с низким риском можно рассмотреть назначение статинов для достижения целевого ХС-ЛНП $\leq 3,0$ ммоль/л. У пациентов с умеренным риском можно рассмотреть назначение статинов для достижения целевого ХС-ЛНП $\leq 2,6$ ммоль/л.

Пациентам с АГ с целью вторичной профилактики СС (ИБС) событий рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты в низких дозах [268].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

Пациентам с АГ не рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты с целью первичной профилактики при отсутствии ССЗ в связи с недоказанными преимуществами данного вмешательства в отношении снижения СС риска [268].

ЕОК/ЕОАГ IIIA (УУР А, УДД 1)

У пациентов со злокачественной АГ с или без почечной недостаточности среднее давление:

- должно быть снижено на 20–25% от исходного в течение нескольких часов у пациентов с гипертонической энцефалопатией рекомендовано –

- немедленное снижение среднего АД на 20–25% от исходного у пациентов с ОКС рекомендовано немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.

- У пациентов с кардиогенным отеком легких рекомендовано немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.

- У пациентов с расслоением аорты рекомендовано немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст. и ЧСС ниже 60 уд/мин.

- У пациенток с эклампсией и тяжелой преэклампсией или HELLP - синдромом рекомендовано немедленное снижение САД ниже 160 мм рт. ст. и ДАД ниже 105 мм рт. ст.

Препараты сублингвально или перорально (Не осложненный гипертонический криз):

Каптоприл 25 - 50 мг

Нифедипин 10 мг + пропранолол

Пропранолол 40 мг, карведилол 25 мг

Моксонодин (физиотенз) 0,4 мг

Клофелин 0,075 мг

Показания для экстренной госпитализации

- Гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе;
- Гипертонический криз при феохромоцитоме;
- Гипертонический криз с выраженными явлениями гипертонической энцефалопатии;
- Осложнения АГ, требующие интенсивной терапии: инсульт, ОКС, субарахноидальное кровоизлияние, острые нарушения зрения, отек легких, расслоение аорты, почечная недостаточность, эклампсия

Показания к выписке пациента из стационара

- Установленный диагноз симптоматической АГ или ГБ с использованием специальных методов исследования при уточнении причины повышения АД;
- Подобранный медикаментозная терапия при сочетанной патологии и/или частых гипертонических кризах с достижением целевого уровня АД или снижение АД на 25—30 % от исходных значений на момент выписки из стационара;
- Купированный гипертонический криз, отсутствие осложнений, требующих интенсивной терапии, стабилизация уровня АД

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ