



# Диагностика и лечение эссенциальной артериальной гипертензии.

Выполнила: студентка группы 503 В  
Газизова Л.М.

Уфа 2016 г.



Артериальная гипертензия (АГ) — это стойкое повышение АД зарегистрированное не менее чем при 2-х врачебных осмотрах, при каждом из которых АД измеряется по крайней мере дважды.

# Классификация уровней АД

Категория АД	Систолическое АД	Диастолическое АД
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	129-130	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
АГ 1-й степени	140-149	90-99
АГ 2-й степени	150-169	100-109
АГ 3-й степени	> 180	> 110

## Классификация стадий артериальной гипертензии

Стадия I	Объективные признаки поражения органов-мишеней отсутствуют
Стадия II	Имеются объективные признаки поражения органов-мишеней при отсутствии симптомов с их стороны или нарушения функции <ol style="list-style-type: none"><li>1. Гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии).</li><li>2. Генерализованное или фокальное сужение артерий сетчатки.</li><li>3. Микроальбуминурия или незначительное повышение концентрации креатинина в плазме крови (115-133 мкмоль/л у мужчин, 107-124 мкмоль/л у женщин).</li><li>4. Поражение сонных артерий – утолщение интимы-медии сонной артерии более 0,9 мм, или наличие атеросклеротической бляшки</li></ol>
Стадия III	Есть объективные признаки повреждения органов-мишеней при наличии симптомов с их стороны или нарушения функции: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Сердце – инфаркт миокарда, сердечная недостаточность IIА-III ст</li><li>2. Мозг – инсульт, транзиторная ишемическая атака, острая гипертензивная энцефалопатия, сосудистая деменция.</li><li>3. Глазное дно – кровоизлияния и экссудаты в сетчатке с отёком диска зрительного нерва или без него (эти признаки патогномичны также для злокачественной фазы АГ).</li><li>4. Почки – протеинурия и/или концентрация креатинина в плазме крови &gt; 133 мкмоль/л у мужчин, &gt; 124 мкмоль/л у женщин.</li><li>5. Сосуды – расслоение аорты; окклюзирующее поражение периферических артерий</li></ol>

meduniver.com



# Критерии стратификации риска

## Факторы риск

- Мужской пол
- Возраст ( $\geq 55$  лет у мужчин,  $\geq 65$  лет у женщин)
- Курение
- Дислипидемия ОХ  $> 4,9$  ммоль/л (190 мг/дл) и/или ЛПНП  $> 3,0$  ммоль/л (115 мг/дл) и/или ЛПВП:  $< 1,0$  ммоль/л (40 мг/дл), у мужчин,  $< 1,2$  ммоль/л (46 мг/дл) у женщин и/или триглицериды  $> 1,7$  ммоль/л (15 мг/дл)
- Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл)
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Ожирение (имт  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>)
- абдоминальное ожирение (окружность талии:  $\geq 102$  см у мужчин,  $\geq 88$  см у женщин) (для лиц европейской расы)
- семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний ( $< 55$  лет у мужчин,  $< 65$  лет у женщин)

# Поражение органов мишеней

## ГЛЖ

- Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста)  $\geq 60$  мм рт.ст.
- Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона  $> 38$  мм;
- ЭхоКГ: ИММЛЖ  $> 125$  г/м<sup>2</sup> для мужчин и  $> 110$  г/м<sup>2</sup> для женщин

## Сосуды

- УЗ-признаки утолщения стенки артерии (ТИМ  $> 0,9$  мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов
- Скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии  $> 12$  м/с
- Лодыжечно-плечевой индекс  $< 0,9$

## Почки

- Небольшое повышение сывороточного креатинина:
- 115-133 ммоль/л (1,3-1,5 мг/дл) для мужчин и
- 107-124 ммоль/л (1,2-1,4 мг/дл) для женщин

## Сахарный диабет

- Глюкоза в плазме крови натощак  $> 7,0$  ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях
- Глюкоза в плазме крови после еды или через 2 ч после приема 75 г глюкозы  $> 11,0$  ммоль/л (198 мг/дл)

## Метаболический синдром

Основной критерий – (ОТ  $> 102$  см для мужчин и  $> 82$  для женщин)

Дополнительные критерии: АД  $> 130/85$  мм.рт.ст

ХС ЛПНП  $> 3,0$  ммоль/л, ХС ЛПВП  $< 1,0$  ммоль/л для мужчин или

$< 1,2$  ммоль/л для женщин; ТГ  $> 1,7$  ммоль/л, гипергликемия натощак  $> 5,1$

ммоль/л, НТГ – глюкоза плазмы через 2 ч после приема 75 г глюкозы  $7,8$  и  $< 11,1$  ммоль/л

## Ассоциированные клинические состояния:

### ЦВБ

- Ишемический МИ
- Геморрагический МИ
- ТИА

### Заболевания сердца

- ИМ
- Стенокардия
- Коронарная реваскуляризация
- ХСН

### Заболевание почек

- Диабетическая нефропатия
- Почечная недостаточность: сывороточный креатинин  $>133$  мкмоль-л для мужчин и  $>124$  мкмоль/л

### Заболевание периферических артерий

- Расслаивающая аневризма аорты
- Симптомное поражение периферических артерий

### Гипертоническая ретинопатия

- Кровоизлияния или экссудаты
- Отек соска зрительного нерва

# Стратификация риска у больных с АГ

ФР, ПОМ, СЗ	АД мм.рт.ст.		
	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени >180/110
НЕТ ФР	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 ФР	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
Более 3 ФР, ПОМ, МС или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

# Задачи диагностики АД

Обследование пациентов с АГ проводится в соответствии со следующими задачами:

- определение стабильности повышения АД и степени тяжести АГ
- исключение вторичной (симптоматической) АГ
- оценка общего сердечно-сосудистого риска:
  - выявление других ФР ССЗ, диагностика ПОМ и АКС, которые могут повлиять на прогноз и эффективность лечения;

# Диагностика АГ и последующее обследование включают следующие этапы:

- выяснение жалоб и сбор анамнеза;
- измерения АД;
- физикальное обследование;
- лабораторно-инструментальные методы исследования обследования.

# Рекомендации по сбору анамнеза у больных

1. Длительность существования АГ, уровни повышения АД, наличие гипертонических кризов.

2. Диагностика вторичных форм АГ:

- семейный анамнез почечных заболеваний (поликистоз почек);
- наличие в анамнезе почечных заболеваний, инфекций мочевого пузыря, гематурии, злоупотребление анальгетиками (паренхиматозные заболевания почек);
- употребление различных лекарств или веществ: оральные противозачаточные средства, назальные капли, стероидные и нестероидные противовоспалительные средства, кокаин, эритропоэтин, циклоспорин;
- эпизоды пароксизмального потоотделения, головных болей, тревоги, сердцебиений (феохромоцитома);
- мышечная слабость, парестезии, судороги (альдостеронизм)

### 3. Факторы риска:

- наследственная отягощенность по АГ, ССЗ, ДЛП, СД;
- наличие в анамнезе больного ССЗ, ДЛП, СД;
- курение;
- нерациональное питание;
- ожирение;
- низкая физическая активность;
- храп и указания на остановки дыхания во время сна (сведения со слов родственников пациента);
- личностные особенности пациента

### 4. Данные, свидетельствующие о ПОМ и АКС:

- головной мозг и глаза – головная боль, головокружения, нарушение зрения, речи, ТИА, сенсорные и двигательные расстройства;
- сердце – сердцебиение, боли в грудной клетке, одышка, отеки;
- почки – жажда, полиурия, никтурия, гематурия, отеки;
- периферические артерии – похолодание конечностей, перемежающаяся хромота.

5. Предшествующая антигипертензивная терапия: применяемые антигипертензивные препараты, их эффективность

и переносимость

6. Оценка возможности влияния на АГ факторов окружающей среды, семейного положения, рабочей обстановки

# Физикальное обследование, указывающие на вторичный характер АГ и органную патологию

## Признаки вторичной АГ:

- симптомы болезни или синдрома Иценко-Кушинга;
- нейрофиброматоз кожи (может указывать на феохромоцитому);
- при пальпации увеличенные почки (поликистоз почек, объемные образования);
- аускультация области живота – шумы над областью брюшного отдела аорты, почечных артерий (стеноз почечных артерий – вазоренальная АГ);
- аускультация области сердца, грудной клетки (коарктация аорты, заболевания аорты);
- ослабленный или запаздывающий пульс на бедренной артерии и сниженный уровень АД на бедренной артерии (коарктация аорты, атеросклероз, неспецифический аортоартериит).

## Признаки ПОМ и АКС:

- головной мозг – двигательные или сенсорные расстройства;
- сетчатка глаза – изменения сосудов глазного дна;
- сердце – смещение границ сердца, усиление верхушечного толчка, нарушения ритма сердца, оценка симптомов ХСН (хрипы в легких, наличие периферических отеков, определение размеров печени);
- периферические артерии – отсутствие, ослабление или асимметрия пульса, похолодание конечностей, симптомы ишемии кожи;
- сонные артерии – систолический шум.

## Показатели висцерального ожирения:

- увеличение ОТ (в положении стоя) у мужчин от  $>102$  см, у женщин от  $>88$  см;
- повышение ИМТ [масса тела (кг)/рост (м)<sup>2</sup>]: избыточная масса тела – ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>, ожирение – ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>

# Лабораторно-инструментальные МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обязательные исследования:

- общий анализ крови и мочи;
- содержание в плазме крови глюкозы (натощак);
- содержание в сыворотке крови ОХС, ХС ЛПВП, ТГ, креатинина;
- определение клиренса креатинина (по формуле Кокрофта-Гаулта) или СКФ (по формуле MDRD);
- ЭКГ.

## Исследования, рекомендуемые дополнительно:

- содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия;
- ЭхоКГ;
- определение МАУ;
- исследование глазного дна;
- УЗИ почек и надпочечников;
- УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий;
- рентгенография органов грудной клетки;
- СМАД и СКАД;
- определение лодыжечно-плечевого индекса;
- определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий);
- пероральный тест толерантности к глюкозе – при уровне глюкозы в плазме крови  $>5,6$  ммоль/л (100 мг/дл);
- количественная оценка протеинурии (если диагностические полоски дают положительный результат).

Углубленное исследование:

- осложненная АГ – оценка состояния головного мозга, миокарда, почек, магистральных артерий;

- выявление вторичных форм АГ – исследование в крови концентрации альдостерона, кортикостероидов, активности ренина; определение

катехоламинов и их метаболитов в суточной моче и/или в плазме крови; брюшная аортография; КТ или МРТ надпочечников, почек и головного мозга, КТ или МРА

# Немедикаментозные методы терапии включают в себя:

- отказ от курения
- нормализацию массы тела (ИМТ <math><25\text{ кг/м}^2</math>);
- потребление алкогольных напитков менее 30 г/сут алкоголя для мужчин и 20 г/сут для женщин;
- увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин не менее 4 раз в неделю;
- снижение потребления поваренной соли до 5г/сут;
- изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров

# Мероприятия по изменению образа ЖИЗНИ

Мероприятия по изменению ОЖ рекомендуют всем больным, в том числе получающим медикаментозную терапию. Они позволяют:

- снизить АД;
- уменьшить потребность в АГП и повысить их эффективность;
- благоприятно повлиять на имеющиеся ФР;
- осуществить первичную профилактику ГБ у больных с высоким нормальным АД и у имеющих ФР.

# Медикаментозная терапия

У всех больных АГ необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых уровней. **Особенно осторожно следует снижать АД у пожилых и больных, перенесших ИМ и МИ.** Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний.

Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии ПОМ, АКС, СД и МС в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. **В настоящее время возможно использование 2-х стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости.**

Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО (схема 1). **Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней.** Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия.



# Преимущества и недостатки монотерапии

Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать еще один препарат.

Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе и в конечном итоге ведет к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению.

# Преимущества и недостатки комбинированной терапии



При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций АГП в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению.

Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД  $\geq 160/100$  мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более

# Выбор антигипертензивного препарата

В настоящее время для лечения АГ рекомендованы 5 основных классов АГП:

- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)
- блокаторы ре-цепторов AT<sub>2</sub> (БРА)
- антагонисты кальция (АК)
- $\beta$ -адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ),
- диуретики

В качестве дополнительных классов АГП для комбинированной терапии могут использоваться:

- $\alpha$ -АБ,
- агонисты имидазолиновых рецепторов
- прямые ингибиторы ренина.

# Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Основными свойствами этих лекарственных средств являются:

- ингибирование превращения неактивного АІ в активное соединение АІІ, что обеспечивает уменьшение активности как почечно-надпочечниковой (гуморальной) РААС, так и тканевых РАС;
- уменьшение скорости разрушения брадикинина.

Препараты ИАПФ утвержденные в приказе  
МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. № 708н  
"Об утверждении стандарта первичной  
медико-санитарной помощи при  
первичной артериальной гипертензии  
(гипертонической болезни)"

- Каптоприл 25 мг
- Лизиноприл 10 мг
- Периндоприл 5 мг
- Рамиприл 10 мг
- Эналаприл 10 мг
- Эналаприлат 2,5 мг

# Преимущественные назначения к применению ИАПФ

- ХСН
- ИБС
- Диабетическая нефропатия
- Недиабетическая нефропатия
- Протеинурия
- ГЛЖ
- Пароксизмальная фибрилляция предсердий
- СД
- МС
- Дисфункция ЛЖ
- Атеросклероз сонных артерия

A decorative graphic on the left side of the slide. It features a dark grey arrow pointing to the right at the top. Below it, several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep upwards and to the right, creating a dynamic, organic feel.

## Абсолютные противопоказания к назначению ИАПФ

- Беременность
- Гиперкалиемия
- Двусторонний стеноз почечных артерий
- Ангионевротический отек



Препараты БРА 2 утвержденные в приказе МЗ  
РФ от 9 ноября 2012 г. № 708н

"Об утверждении стандарта первичной медико-  
санитарной помощи при  
первичной артериальной гипертензии  
(гипертонической болезни)

- Валсартан 80 мг
- Кандесартан 8 мг
- Лозартан 50 мг
- Телмисартан 40 мг



# Преимущественные назначения к применению БРА

**1. ХСН**

**2. ИБС**

**3. Диабетическая нефропатия**

**4. Недиабетическая нефропатия**

**5. Протеинурия**

**6. ГЛЖ**

**7. Пароксизмальная фибрилляция предсердий**

**8. СД**

**9. МС**

**10. Дисфункция ЛЖ**

**11. Атеросклероз сонных артерий**

**12. Пожилые**

**13. Кашель при приеме ИАПФ**

A decorative graphic on the left side of the slide. It features a dark grey arrow pointing to the right at the top. Below it, several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep upwards and to the right, creating a dynamic, abstract background element.

## Абсолютные противопоказания к назначению БРА

- Беременность
- Гиперкалиемия
- Двусторонний стеноз почечных артерий

## АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ

Эффективность АК в качестве антигипертензивных средств обусловлена замедлением тока  $Ca^{2+}$  через  $\alpha_1$ - и  $\alpha_2$ -адренергические пути и кальциевые каналы периферических сосудов, уменьшением чувствительности артериальных сосудов к эндогенным влияниям норадреналина, вазопрессина, гистамина, серотонина, ацетилхолина, что приводит к снижению общего периферического сосудистого сопротивления и АД.

## АК делят на 3 подгруппы в зависимости от химической структуры:

- 1) дигидропиридины (нифедипин, амлодипин, фелодипин и др.)
- 2) фенилалкиламины (верапамил)
- 3) бензодипины (дилтиазем).

Имеются значительные различия в способности АК влиять на миокард, сосудистую стенку и проводящую систему сердца. Дигидропиридины оказывают выраженное селективное действие на мускулатуру сосудов, приводя к расширению периферических артерий, не влияют на проводящую систему сердца и практически не вызывают снижения сократительной функции миокарда. Для недигидропиридиновых АК (верапамил и дилтиазем) характерно отрицательное ино- и дромотропное действие.



# Преимущественные назначения к применению АК

## **Дигидропиридиновые:**

- Пожилые
- ИСАГ
- ИБС
- ГДЖ
- Атеросклероз сонных и коронарных артерий
- Беременность

## **Недигидропиридиновые:**

- ИБС
- Атеросклероз сонных и коронарных артерий
- Суправентрикулярные тахикардии



**Относительные противопоказания к назначению АК дигидропиридиновые:**

- Тахиаритмии
- ХСН

**Абсолютные противопоказания к назначению АК недигидропиридиновые:**

- атриовентрикулярная блокада 2–3 степени
- ХСН

# Диуретики

Диуретики широко применяются для лечения больных эссенциальной АГ. Хотя эти лекарственные средства обладают достаточно высокой эффективностью, их длительное применение у больных ГБ требует большой осторожности в связи со значительным количеством побочных эффектов. Наиболее существенными из них являются:

- электролитные нарушения (гипокалиемия, гипомагниемия, гиперкальциемия и др.);
- рефлекторное увеличение активности ренина, повышение уровня АП и концентрации альдостерона в крови;
- рефлекторная активация САС;
- увеличение содержания в плазме мочевой кислоты;
- нарушения липидного обмена (повышение общего ХС, ХС ЛНП, триглицеридов);
- развитие инсулинорезистентности и повышение содержания глюкозы в крови.

# Диуретики могут быть представлены следующими группами.

I. Диуретики, оказывающие прямое влияние на функцию эпителия почечных канальцев

1. Вещества, содержащие сульфаниламидную группировку

а) Тиазиды (Гидрохлортиазид, Индопамид)

б) Соединения разной («нетиазидной») структуры (Фуросемид, Клопамид, Оксодолин)

2. Производные дихлорфеноксисукусной кислоты (Кислота этакриновая)

3. Ксантины (Эуфиллин)

4. Производные птеридина (Триамтерен)

5. Производные пиразиноилгуанидина (Амилорид)

II. Антагонисты альдостерона (Спиронолактон)

III. Осмотически активные диуретики (Маннит)

## Наибольшее распространение в качестве антигипертензивных средств получили тиазидные диуретики

Механизм действия: Угнетают активность  $\text{Na}^+$ - $\text{K}^+$ -АТФ-азы, сукцинатдегидрогеназы, связывают карбоангидразу. Вследствие этого нарушается обеспечение энергией натриевого насоса. Угнетают реабсорбцию ионов  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^-$  и воды. Способствуют выведению ионов  $\text{K}^+$  и  $\text{Mg}^{2+}$  и задерживают ионы  $\text{Ca}^{2+}$

ТД оказывают выраженный антигипертензивный эффект, сопоставимый с ИАПФ, БРА, АК и  $\beta$ -АБ. Эффективность лечения ТД в отношении снижения АД и уменьшения сердечно-сосудистой смертности доказана в многочисленных контролируемых сравнительных рандомизированных исследованиях, а также результатами метаанализов.



Использование низких доз ТД (12,5–25 мг гидрохлоротизида в сутки) в больших рандомизированных клинических исследованиях не сопровождалось ростом числа новых случаев СД и повышением величины ОХС. Однако не следует назначать гидрохлоротиазид в дозе 25 мг в сутки и более в виде монотерапии. Эффективность и безопасность низких доз тиазидных диуретиков, особенно в составе комбинированной терапии с БРА или ИАПФ, не ставятся под сомнение. Лечение гидрохлоротиазидом (6,25–12,5 мг) в сочетании с ИАПФ или БРА не ухудшает метаболические показатели и может назначаться даже больным СД. Единственным абсолютным противопоказанием к назначению ТД является подагра. Относительными противопоказаниями является беременность, ДЛП, МС.

# β-адреноблокаторы

В настоящее время показаниями для их назначения у больных АГ служат стабильная стенокардия, перенесенный ИМ, ХСН, тахиаритмия, глаукома и беременность.

## **Неселективные β-АБ:**

- небиволол
- карведилол

## **Селективные β-АБ**

- бисопролол
- метопролола



## **Абсолютные противопоказания к назначению $\beta$ -адреноблокаторов:**

- $\beta$ -АБ атриовентрикулярная блокада 2–3 степени
- БА

## **Относительные противопоказания:**

- МС,
- НТГ,
- спортсмены и физически активные пациенты
- ХОБЛ
- заболевания периферических артерий,

# Комбинация антигипертензивных препаратов:

Таблица 13. Комбинации антигипертензивных препаратов

	ИАПФ	БРА	ТД	$\beta$ -АБ	АКд	АКнд
ИАПФ	Н	В	Р	В	Р	Р
БРА	В	Н	Р	В	Р	Р
ТД	Р	Р	Н	Р	Р	Р
$\beta$ -АБ	В	В	Р	Н	Р	Н
АКд	Р	Р	Р	Р	Н	В
АКнд	Р	Р	Р	Н	В	Н

Р – рациональная комбинация; В – возможная комбинация; Н – нерациональная комбинация, АКд – АК дигидропиридиновый; АКнд – АК недигидропиридиновый

# Преимущественные показания к назначению рациональных комбинаций АГП

Таблица 14. Преимущественные показания к назначению рациональных комбинаций АГП

ИАПФ + ТД	ИАПФ + АК	БРА + ТД	БРА + АК
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ХСН</li> <li>• Диабетическая и недиабетическая нефропатия</li> <li>• МАУ</li> <li>• ГЛЖ</li> <li>• СД</li> <li>• МС</li> <li>• Пожилые</li> <li>• ИСАГ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС</li> <li>• ГЛЖ</li> <li>• Атеросклероз сонных и коронарных артерий</li> <li>• Дислипидемия</li> <li>• СД</li> <li>• МС</li> <li>• Пожилые</li> <li>• ИСАГ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ХСН</li> <li>• Диабетическая и недиабетическая нефропатия</li> <li>• МАУ</li> <li>• ГЛЖ</li> <li>• СД</li> <li>• МС</li> <li>• Пожилые</li> <li>• ИСАГ</li> <li>• Кашель при приеме ИАПФ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС</li> <li>• ГЛЖ</li> <li>• Атеросклероз сонных и коронарных артерий</li> <li>• Дислипидемия</li> <li>• СД</li> <li>• МС</li> <li>• Пожилые</li> <li>• ИСАГ</li> <li>• Кашель при приеме ИАПФ</li> </ul>
АК + ТД	АК + $\beta$ -АБ	ТД + $\beta$ -АБ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИСАГ</li> <li>• Пожилые</li> <li>• ИБС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС</li> <li>• Атеросклероз сонных и коронарных артерий</li> <li>• Тахикардии</li> <li>• ИСАГ</li> <li>• Пожилые</li> <li>• Беременность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ХСН</li> <li>• Перенесенный ИМ</li> <li>• Тахикардии</li> <li>• Пожилые</li> </ul>	

Примечание. АК – дигидропиридиновый АК.

## Использованная литература:

1. Российское медицинское общество по артериальной гипертонии Всероссийское научное общество кардиологов «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», Москва 2010 г.