



ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России,  
кафедра терапии ФТК и ТП  
ГБПОУ СОМК, кафедра медико-  
биологических дисциплин



# Перемены и новые подходы в лечении пациентов с артериальной гипертензией

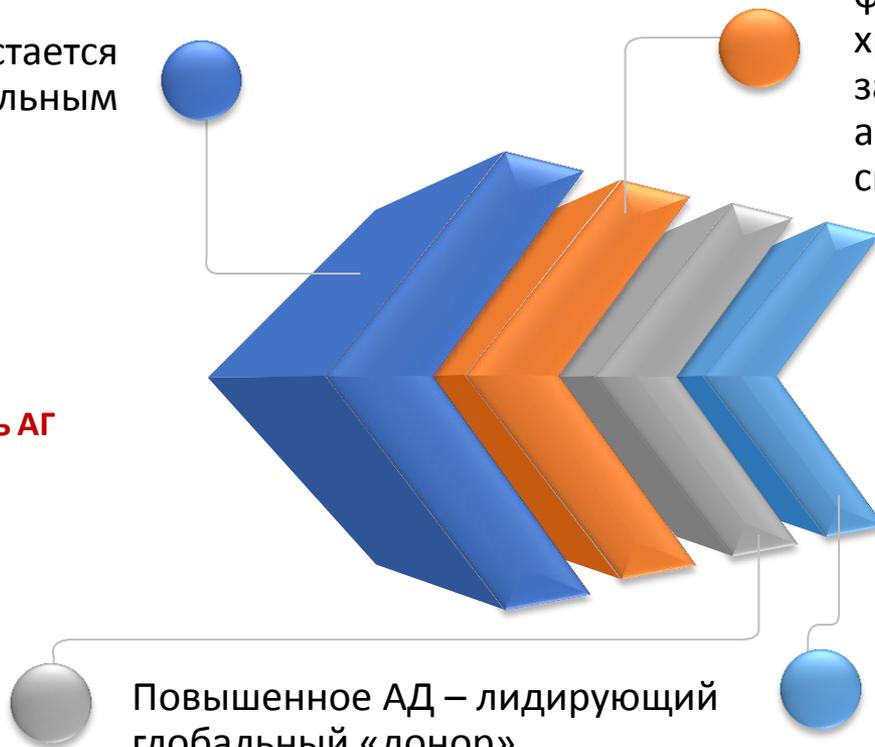
**Божко Яков Григорьевич,**  
врач-терапевт, аспирант каф. терапии ФТК и ТП УГМУ,  
преподаватель фармакологии СОМК

Екатеринбург, 2019 г.

# АГ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И РИСК

Контроль АД остается неудовлетворительным

**2025**  
Глобальная  
распространенность АГ  
1,5 миллиарда



Повышенное АД – лидирующий глобальный «донор» преждевременной смерти

АГ - главный фактор риска сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, хронической болезни почек, заболеваний периферических артерий, снижения когнитивных способностей

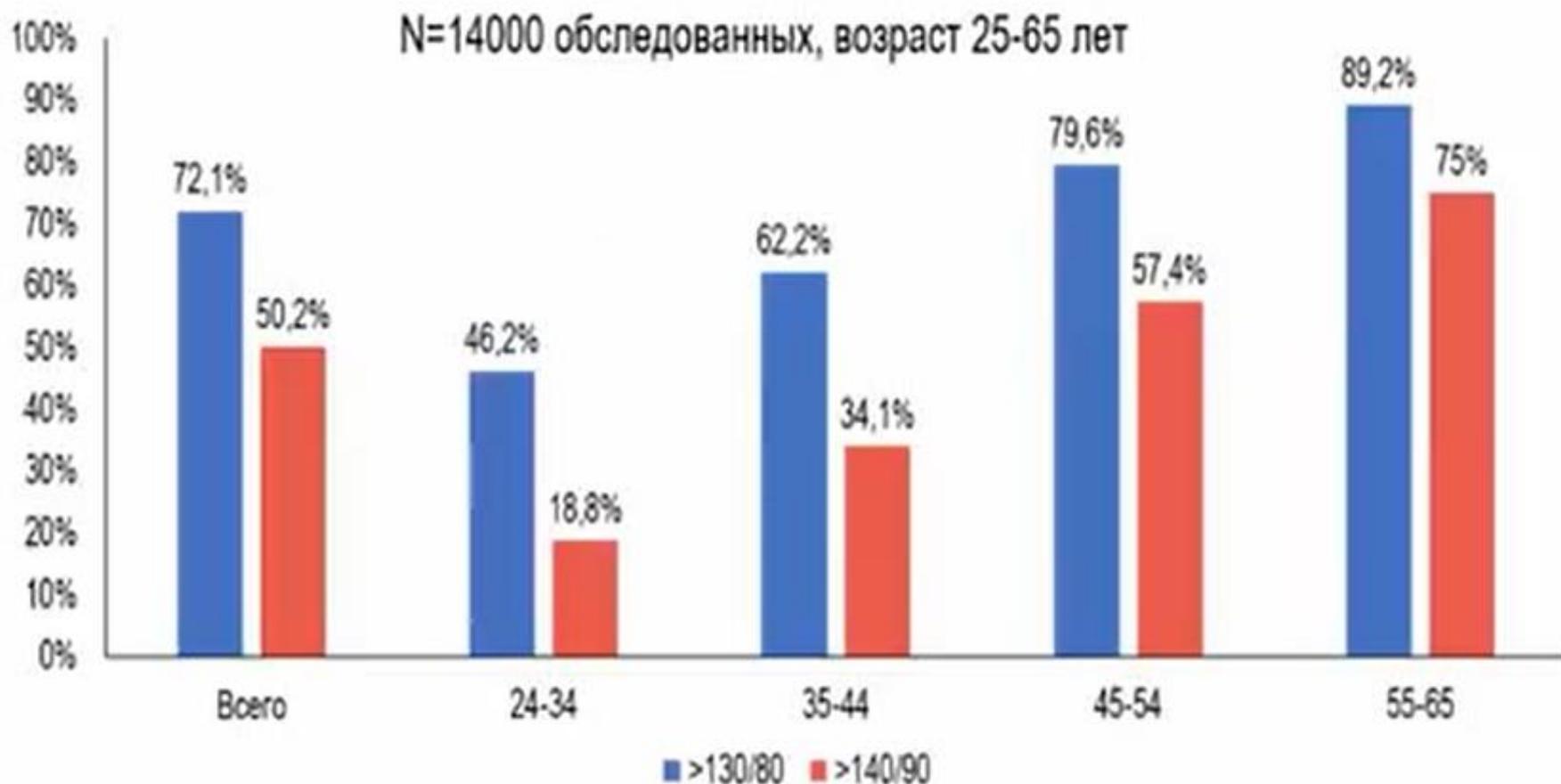
**2018**  
Более 1 миллиарда  
больных артериальной  
гипертензией

Наследственность по раннему сосудистому старению

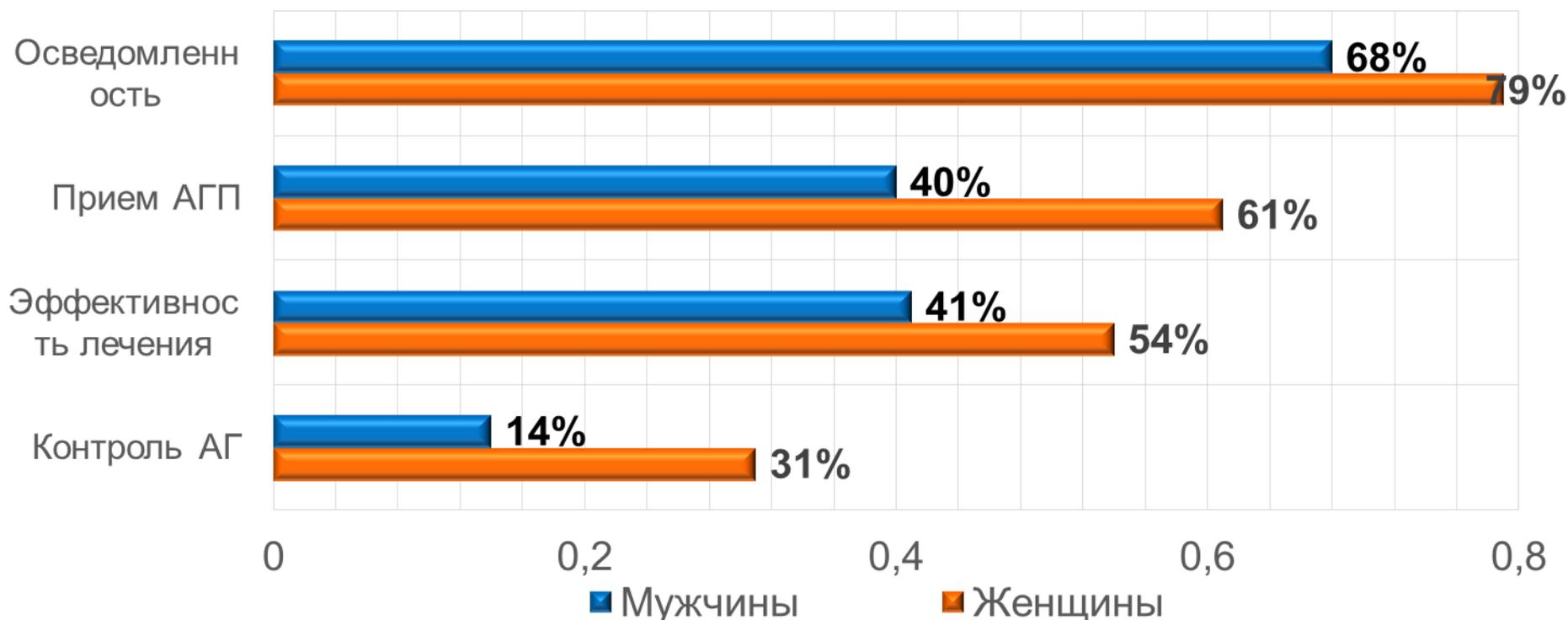
Гиподинамия и ожирение

Хронический стресс

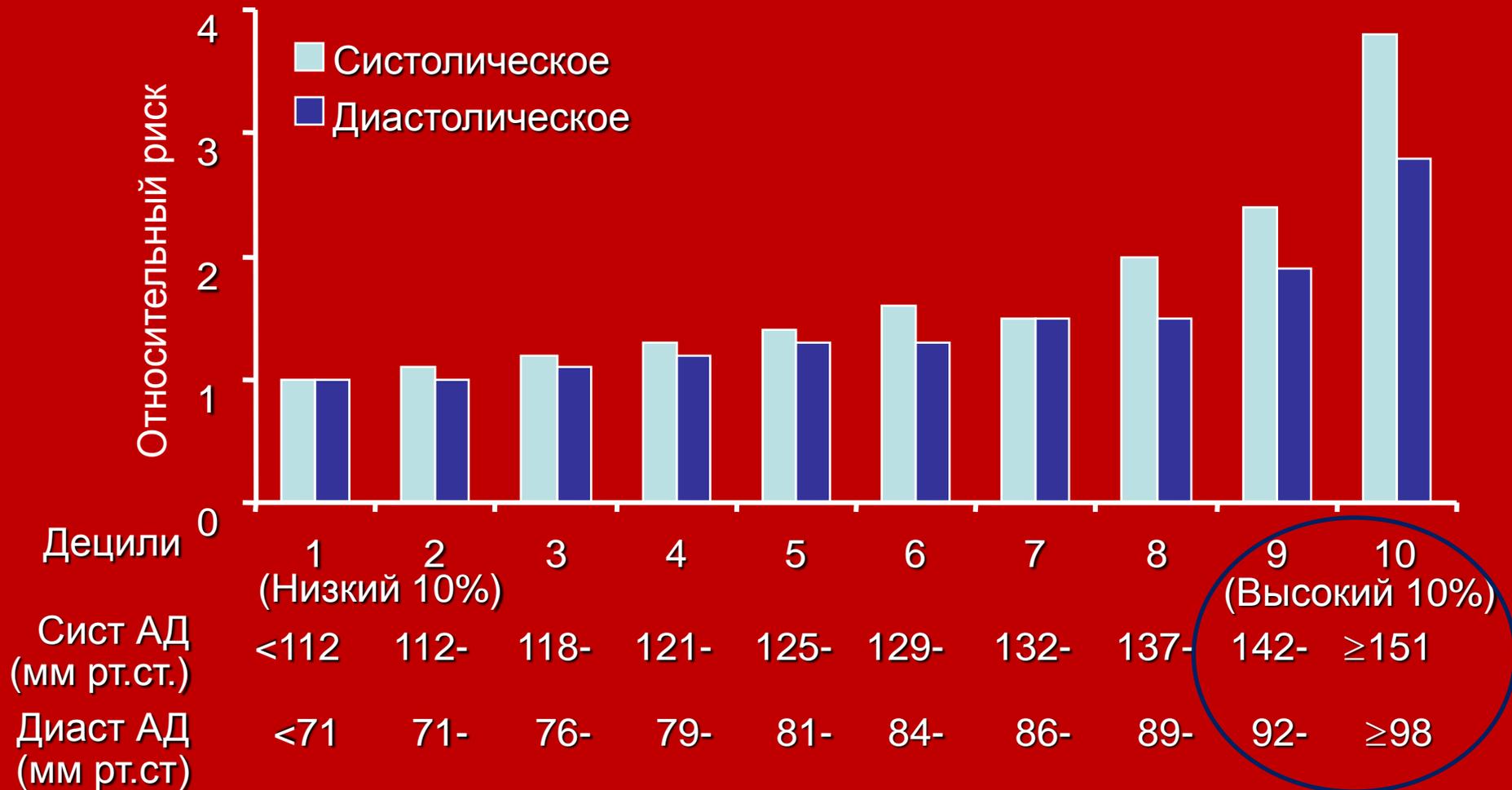
# Регистр ЭССЕ-РФ: распространенность АГ в разных возрастных группах



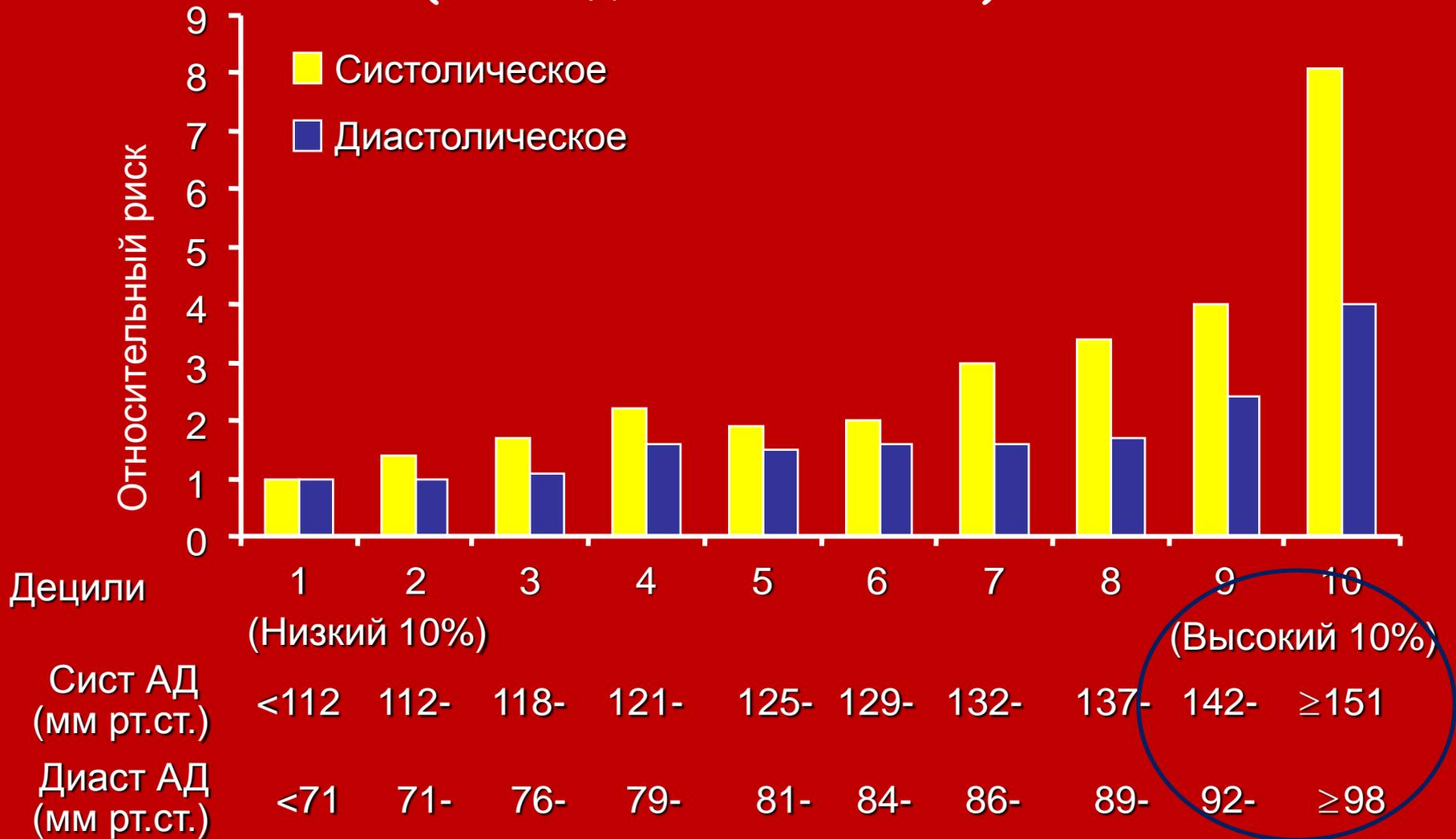
# Регистр ЭССЕ-РФ: КРАЙНЕ НИЗКИЙ КОНТРОЛЬ АД В РОССИИ



# Риск смерти от ИБС в зависимости от систолического и диастолического АД (исследование MRFIT)

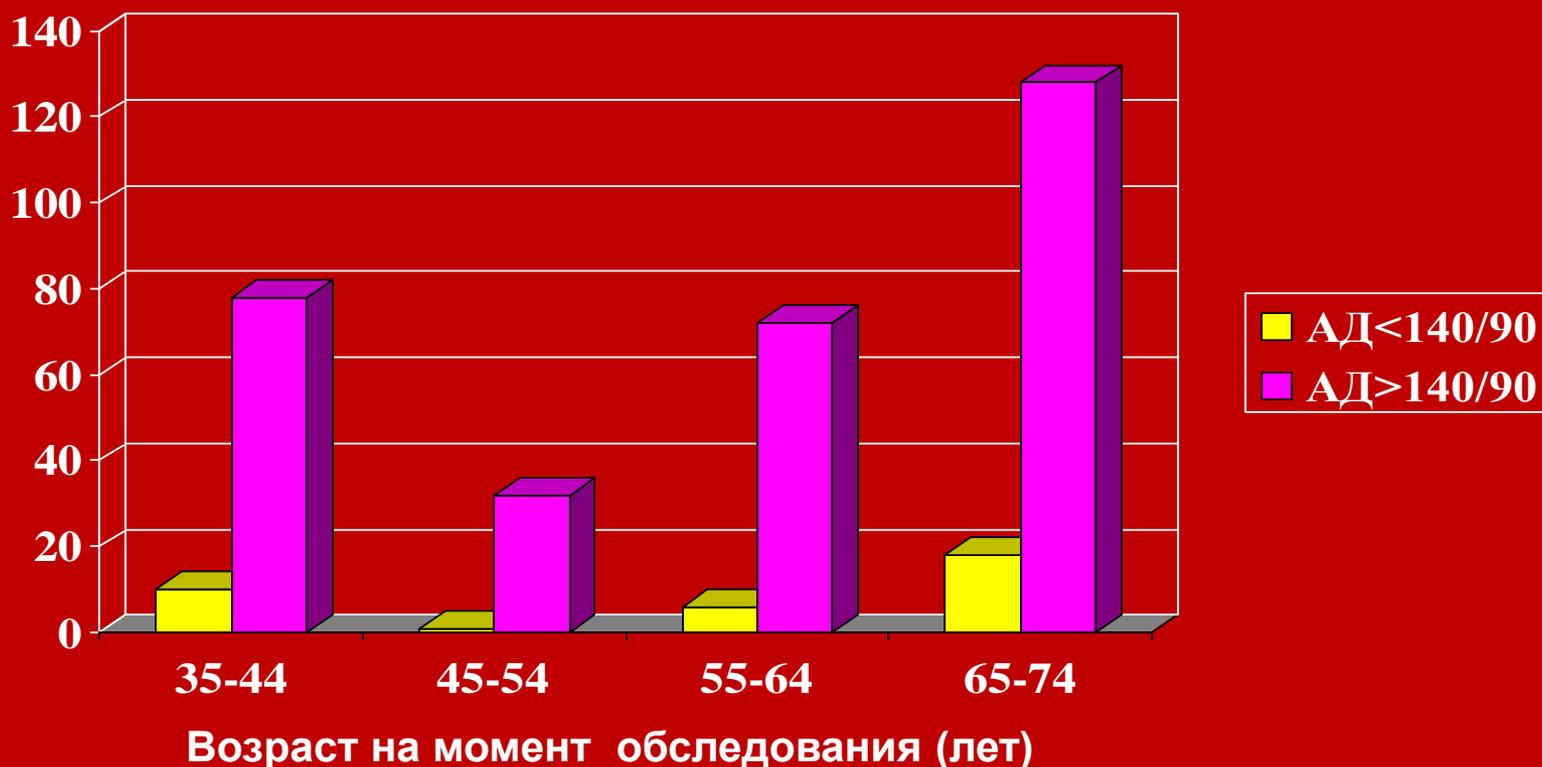


# Риск смерти от инсульта в зависимости от систолического и диастолического АД (исследование MRFIT)



# Риск хронической сердечной недостаточности в зависимости от уровня АД (Фрамингемское исследование)

Среднегодовая  
заболеваемость  
на 10 000 населения



# СС и почечный континуум



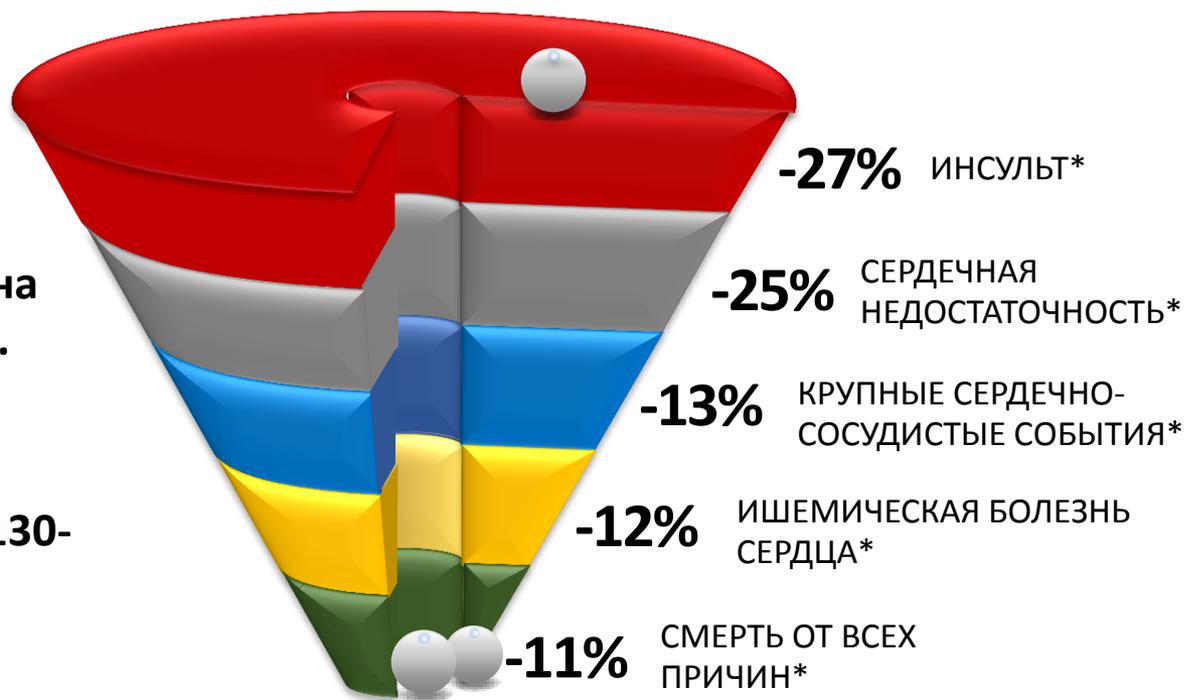
# КОНТРОЛЬ АД И СНИЖЕНИЕ СС РИСКА



При снижении САД на каждые 10 мм рт. ст.

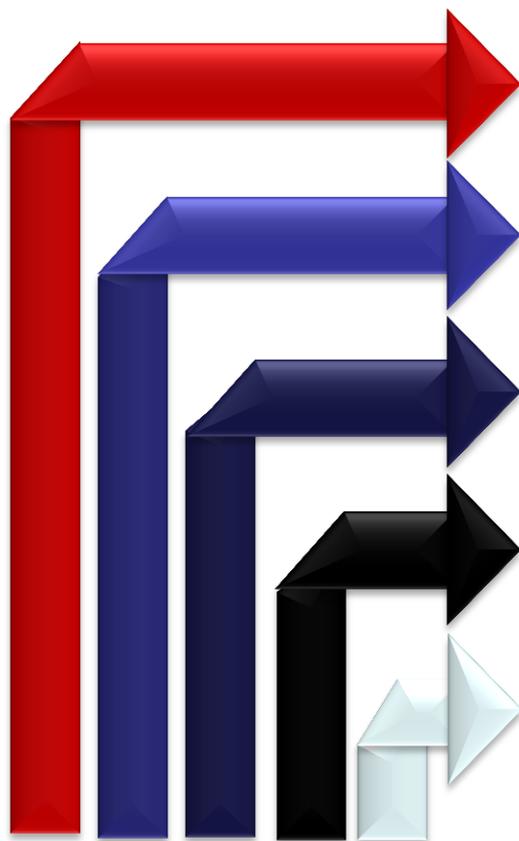


При исходном САД 130-139 мм рт. ст.



\* Все статистически значимы

# ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ АГ:



Сложная и долгая стратегия подбора и усиления лечения

Не назначаются препараты с наиболее доказанной эффективностью

Недостаточное использование фиксированных комбинаций

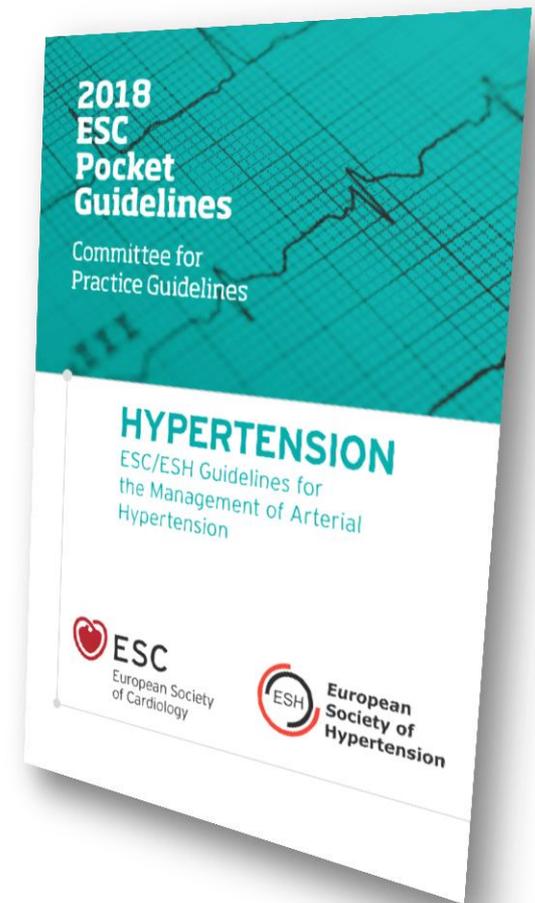
Врачебная инертность

Низкая приверженность пациентов лечению

# 2018 ESC/ESH Рекомендации по лечению артериальной гипертензии



**Ключевая идея:  
необходимо улучшение  
контроля АД**



# Определение АГ по офисным и амбулаторным значениям АД

Категория	Систолическое (мм рт.ст.)		Диастолическое (мм рт.ст.)
Офисное АД <sup>1</sup>	≥ 140	и/или	≥ 90
Амбулаторное АД			
• Дневное (бодрствование)	≥ 135	и/или	≥ 85
• Ночное (сон)	≥ 120	и/или	≥ 70
• Суточное	≥ 130	и/или	≥ 80
Домашнее АД	≥ 135	и/или	≥ 85

1- обычное измерение АД

# Диагноз должен быть подтвержден многократными измерениями АД совместно с оценкой ФР и поражением органов-мишеней

Категория	Офисное АД	Самостоятельное измерение (домашнее) АД	СМАД
<p><b>Гипертония «белого халата»</b> до 30-40% пациентов</p> <p>Чаще встречается с увеличением возраста, у женщин и у некурящих, при АГ 1 степени.</p>	$\geq 140/90$	$< 140/90$	$< 135/85$
<p><b>Маскированная гипертония</b> до 15% пациентов</p> <p>Чаще молодые люди, мужчины, курильщики, лица с более высоким уровнем физической активности, потреблением алкоголя и стрессом.</p>	$\leq 140/90$	$\geq 140/90$	$\geq 135/85$

# Определение степени АГ

## США

САД		ДАД	2017 ACC/AHA
<120	и	<80	Нормальное АД
120-129	и	<80	Повышенное АД
130-139	или	80-89	АГ 1 стадия
≥140	или	≥90	АГ 2 стадия

## Европа

ESC-ESH, 2018	САД		ДАД
Оптимальное АД	<120	и	<80
Нормальное АД	120-129	и	80-84
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89
АГ 1 степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2 степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3 степени	≥180	и/или	≥110
Изопированная САГ	≥140	и	< 90

# Факторы риска АГ

2013

2018

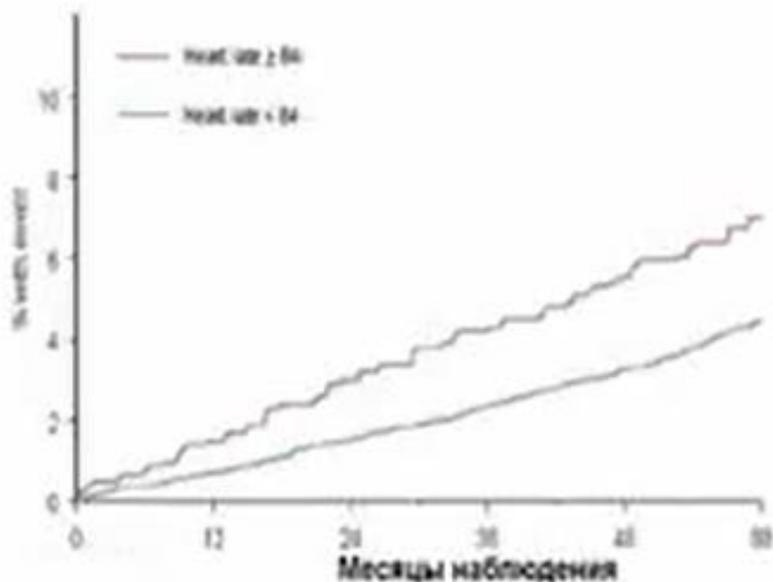
Мужской пол	Мужской пол
Возраст $\geq 55$ лет для мужчин и $\geq 65$ лет для женщин	Возраст (тот же)
Курение	Курение (в т.ч. в прошлом)
Дислипидемия	Дислипидемия
Глюкоза плазмы натощак 5,9-6,9 ммоль/л	Диабет
Нарушение толерантности к глюкозе	Повышение мочевой кислоты
Ожирение (ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> )	Повышенная масса тела или ожирение
Абдоминальное ожирение - талия $\geq 102$ см у мужчин и $\geq 88$ см у женщин для европеоидной расы	Ранняя менопауза
Семейный анамнез ранних ССЗ - у родственников мужского пола в возрасте $< 55$ лет и женского пола $< 65$ лет	Семейный анамнез ранних ССЗ (возраст тот же)
	Семейный анамнез ранней АГ
	Сидячий образ жизни
	Психосоциальные и социоэкономические факторы
	ЧСС в покое $> 80$ уд./мин

# LIFE: влияние ЧСС на СС и общую смертность у пациентов с АГ

Сохранение или появление ЧСС >84 уд/мин vs ЧСС <84 уд/мин

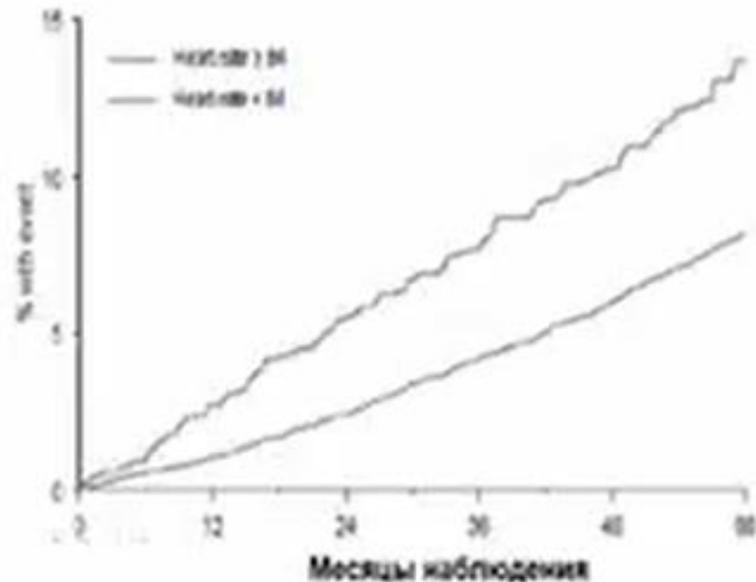
**Сердечно-сосудистая смертность**

↑ЧСС на 10 уд/мин → ↑ОР 23%



**Общая смертность**

↑ЧСС на 10 уд/мин → ↑ОР 27%



# VALUE: важность исходной ЧСС и ЧСС на фоне лечения у пациентов высокого риска

Конечная точка	Исходная ЧСС-ЭКГ	ЧСС-ЭКГ в ходе лечения
	ОР* (95%ДИ) на каждые +10 уд/мин	ОР** (95%ДИ) $\geq 80$ vs $< 80$ уд /мин
Первичная КТ	1,22 (1,18-1,26)	1,46 (1,26-1,69)
ХСН	1,32 (1,25-1,38)	1,88 (1,53-2,31)
Внезапная смерть	1,25 (1,15-1,35)	1,52 (1,12-2,07)
Инфаркт миокарда	1,15 (1,09-1,22)	1,22 (0,99-1,43)
Инсульт	1,12 (1,06-1,19)	1,26 (0,99 -1,60)

\* Коррекция по полу, возрасту, исходному САД, ДАД, ГТЖ, ХС, анализу ИБС

\*\*Коррекция по полу, возрасту, исходным САД, ДАД, ЧСС, ГТЖ, САД и ДАД перед событием, анализу ИБС

# Гиперурикемия (?)

- Нет универсального, общепринятого определения
- В практике: сывороточная концентрация МК, **превышающая точку растворимости (6.8 мг/дл [405 мкмоль/л])**, при измерении энзиматическими (уриказными) методами в рутинной клинической лаборатории
- В клинических исследованиях гиперурикемию определяли как уровень МК в сыворотке
  - >7 или 7.5 мг/дл (420 или 450 мкмоль/л) у мужчин и
  - >6 или 6.5 мг/дл (360 или 390 мкмоль/л) у женщин

# Лекарства, влияющие на уровень мочевой кислоты

Препарат	Эффект на уровень мочевой к-ты	Выраженность эффекта	Механизм
Лозартан	↓	20-25% ↓	Урикозурический эффект
Диуретики	↑	6-19% ↑	↑ реабсорбции МК в проксимальных канальцах
ББ	↑	6-9% ↑	неясно
Ингибиторы АПФ	= (нивелирует повышение, связанное с диуретиками)	-	Урикозурический эффект
Антагонисты кальция	↓	3-10% ↓	Урикозурический эффект
Статины	↓	3.6-12% ↓	Урикозурический эффект
Фенофибрат	↓	20% ↓	Ингибирование URAT1
Аспирин	↑ на низких дозах	6% ↑	Низкие дозы – задержка МК
	↓ на высоких дозах		Высокие дозы урикозурические

2013

# Бессимптомное ПОМ

2018

Пульсовое давление (САД - ДАД) у лиц пожилого и старческого возраста  $\geq 60$  мм рт.ст.

Пульсовое давление (САД - ДАД) у лиц пожилого и старческого возраста  $\geq 60$  мм рт.ст.

ГЛЖ по ЭКГ или ЭхоКГ

ГЛЖ по ЭКГ или ЭхоКГ

Утолщение стенки сонных артерий - комплекс интима-медиа  $> 0,9$  мм - или бляшка в них

Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны  $> 10$  м/сек

Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны  $> 10$  м/сек

Лодыжечно-плечевой индекс  $< 0,9$  (САД на лодыжке/САД на плече)

Лодыжечно-плечевой индекс  $< 0,9$

ХБП С3 (СКФ 30-59 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>)

ХБП С3 (СКФ 30-59 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>), а также С4 и С5 ( $< 30$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>)

Микроальбуминурия (30-300 мг/сут.)

Микроальбуминурия (30-300 мг/сут.)

Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва

# Ассоциированные клинические состояния

2013

2018

ЦВБ: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака

ЦВБ: ишемический инсульт, **церебральное кровоизлияние**, транзиторная ишемическая атака

ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, ЧКВ, АКШ

ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, ЧКВ, АКШ

Сердечная недостаточность, в том числе с сохранной фракцией выброса

Сердечная недостаточность, в том числе с сохранной фракцией выброса

Клинически манифестное поражение периферических артерий (перемежающаяся хромота и пр.)

Клинически манифестное поражение периферических артерий

ХБП С4-5

Протеинурия (> 300 мг/сут)

Тяжелая ретинопатия: кровоизлияние или экссудаты, отек соска зрительного нерва

Наличие атеросклеротической бляшки при визуализации

Фибрилляция предсердий

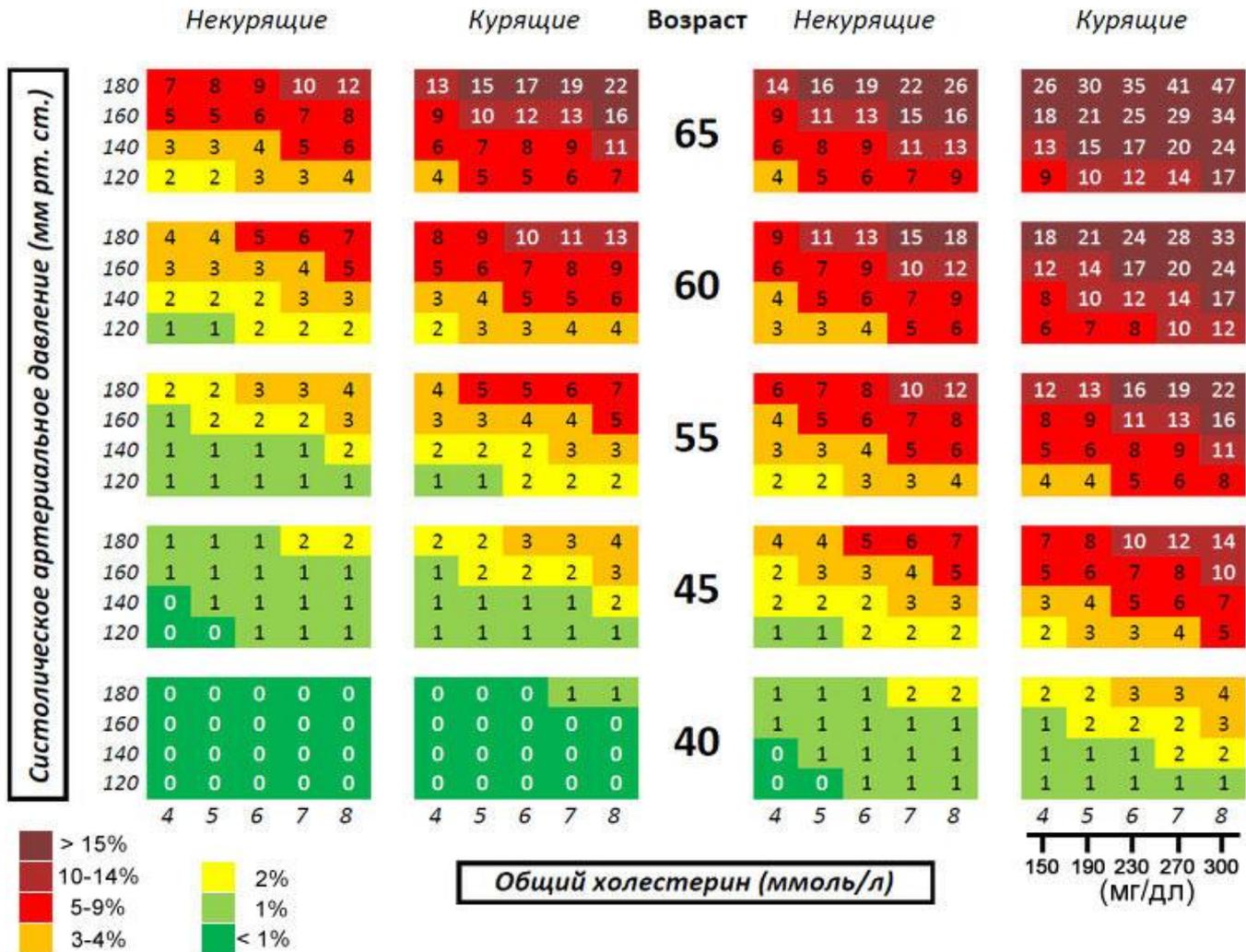
# Стратификация риска

Очень высокий риск	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Клиническое установленное ССЗ:</b> ИМ, ОКС, реваскуляризация, инсульт, ТИА, аневризма аорты, заболевание периферических артерий</li><li>• <b>ССЗ на визуализации:</b> значимая бляшка (стеноз <math>\geq 50\%</math>) на КАГ или УЗИ (утолщение комплекса интима-медия НЕ относится)</li><li>• <b>Сахарный диабет с поражением органов-мишеней</b> (например, протеинурия или сильно выраженный ФР)</li><li>• <b>Тяжелая ХБП</b> (СКФ <math>&lt; 30</math> мл/мин/1,73м<sup>2</sup>)</li><li>• Риск по <b>SCORE <math>\geq 10\%</math></b></li></ul>
Высокий риск	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Значимое увеличение одного ФР</b>, например, ОХС <math>&gt; 8</math> ммоль/л при семейной гиперхолестеринемии или АГ 3 степени</li><li>• Большинство людей с <b>сахарным диабетом</b> (кроме молодых людей с СД 1 типа без ФР, у которых риск может быть умеренным)</li><li>• <b>Гипертензивная ГЛЖ</b></li><li>• <b>ХБП С3</b> (СКФ 30-59 мл/мин/1,72м<sup>2</sup>)</li><li>• Риск по <b>SCORE 5-9%</b></li></ul>
Умеренный риск	<ul style="list-style-type: none"><li>• Риск по <b>SCORE 1-4%</b></li><li>• <b>АГ 2 степени</b></li><li>• Многие люди <b>среднего возраста</b></li></ul>
Низкий риск	<ul style="list-style-type: none"><li>• Риск по <b>SCORE <math>&lt; 1\%</math></b></li></ul>

# Шкала Score

Женщины

Мужчины



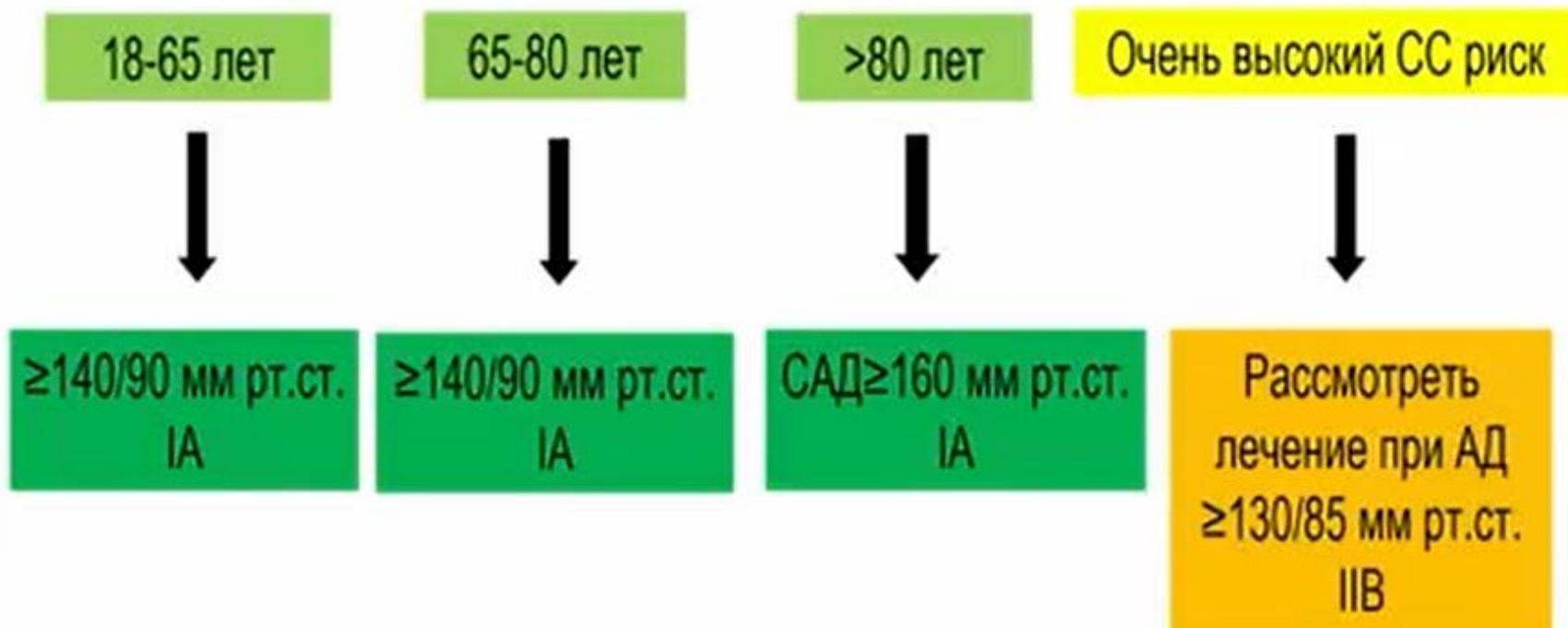
# Степень - стадия - риск

Стадии артериальной гипертензии	Другие факторы риска, поражение органов-мишеней или заболевания	Градации АД (мм рт.ст)			
		Высокое нормальное 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 $\geq 180$ ДАД $\geq 110$
Стадия 1 (неосложненная)	Нет других факторов риска	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1 или 2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный высокий риск	Высокий риск
	$\geq 3$ факторов риска	Низкий-умеренный риск	Умеренный высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия 2 (бессимптомное заболевание)	Поражение органов-мишеней, ХБП 3 ст. или сахарный диабет без поражения органов-мишеней	Умеренный-высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия 3 (симптомное заболевание)	Симптомное сердечно-сосудистое заболевание, ХБП $\geq 4$ ст., сахарный диабет с поражением органов-мишеней	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск



**СКРИНИНГ НА НАЛИЧИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ**, особенно ГЛЖ, ХБП или ретинопатии

# Пороговые значения АД для начала АГТ



Изменение образа жизни у всех с высоким нормальным АД ( $>130/85$  мм рт.ст.)

# СТАРТ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ОФИСНОГО АД:

Повышенное  
нормальное АД  
130-139 / 85-89

1 степень АГ  
140-159 / 90-99

2 степень АГ  
160-179 / 100-109

3 степень АГ  
≥ 180 / 110

Рекомендации по изменению образа жизни

**NEW!**

Рассмотреть  
медикаментозную  
терапию у пациентов с  
очень высоким риском  
с ССЗ, особенно при  
ИБС

Немедленная  
медикаментозная  
терапия у пациентов с  
высоким и очень высоким  
риском с ССЗ,  
заболеваниями почек или  
ПОМ

Немедленная медикаментозная  
терапия для всех пациентов

Немедленная медикаментозная  
терапия у пациентов с низким-  
умеренным риском без ССЗ,  
заболеваний почек и ПОМ  
через 3-6 мес после изменения образа  
жизни, если АД не снизилось

Цель лечения – контроль АД  
в течение 3 мес

# Целевые уровни АД снижены для большинства пациентов

**NEW!**

Возрастные группы	Целевое САД (офисное, мм рт.ст.)					Целевое ДАД (офисное, мм рт.ст.)
	АГ	+ Диабет	+ Инсульт/ ОНМК	+ ИБС	+ ХБП	
18 – 65 лет	Цель – 130 и ниже, при хорошей переносимости <b>не ниже 120</b>			Цель – ниже 140 до 130 при хорошей переносимости		<80 до 70
65 – 79 лет	Цель <140 до 130 при хорошей переносимости					
≥ 80 лет	Цель <140 до 130 при хорошей переносимости					
ДАД	<80 до 70					

# Стратегия медикаментозного лечения АГ, согласно рекомендациям ESC 2018 г.

1 таб

Начальная  
терапия  
Двойная  
комбинация

иАПФ или БРА + АК или диуретик

Монотерапия для  
пациентов низкого  
риска, очень  
пожилых (> 80 лет)  
или ослабленных  
пациентов

1 таб

Шаг 2  
Тройная  
комбинация

иАПФ или БРА + АК + диуретик

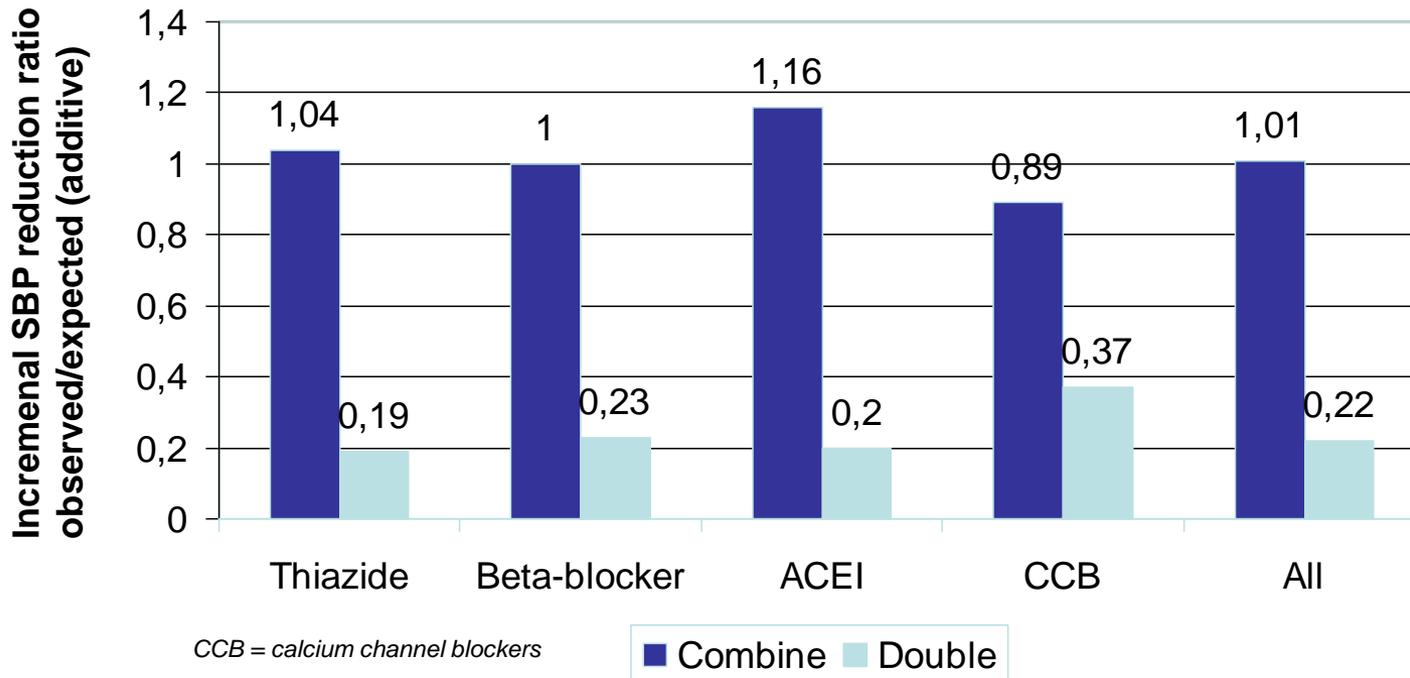
2 таб

Шаг 3  
Тройная  
комбинация +  
спиронолактон  
или другой ЛП

Резистентная АГ  
Добавить спиронолактон (25 – 50 мг 1 р/с)  
Или другой диуретик, альфа-блокатор или  
бета-блокатор

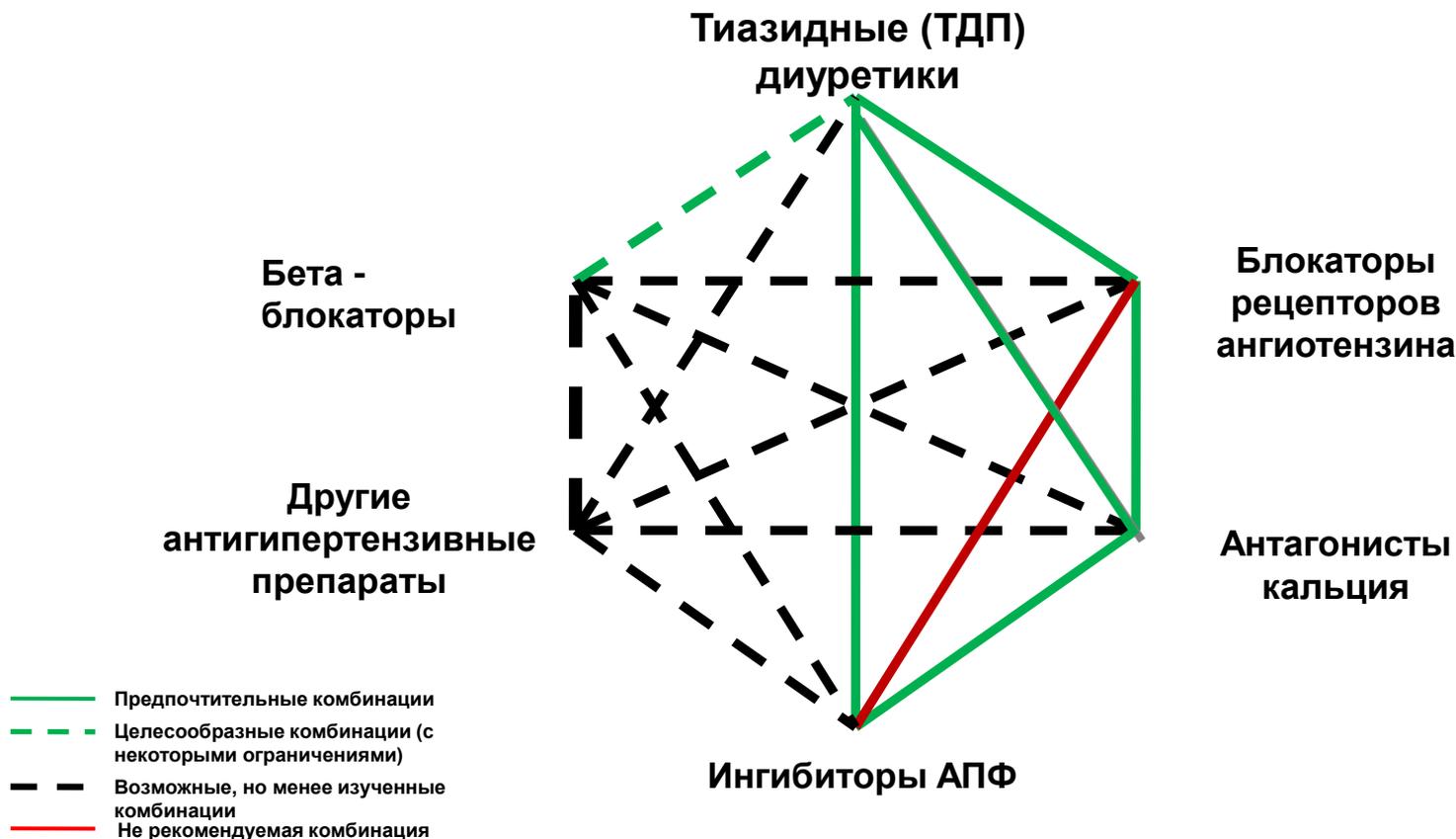
Принять во внимание ББ на любой ступени, когда существуют специфические показания к их применению, напр. СН, стенокардия, ПИКС, ФП или у молодой женщины в период или при планировании беременности

# Что эффективнее для снижения САД – удвоение дозы препарата или добавление препарата из другого класса?

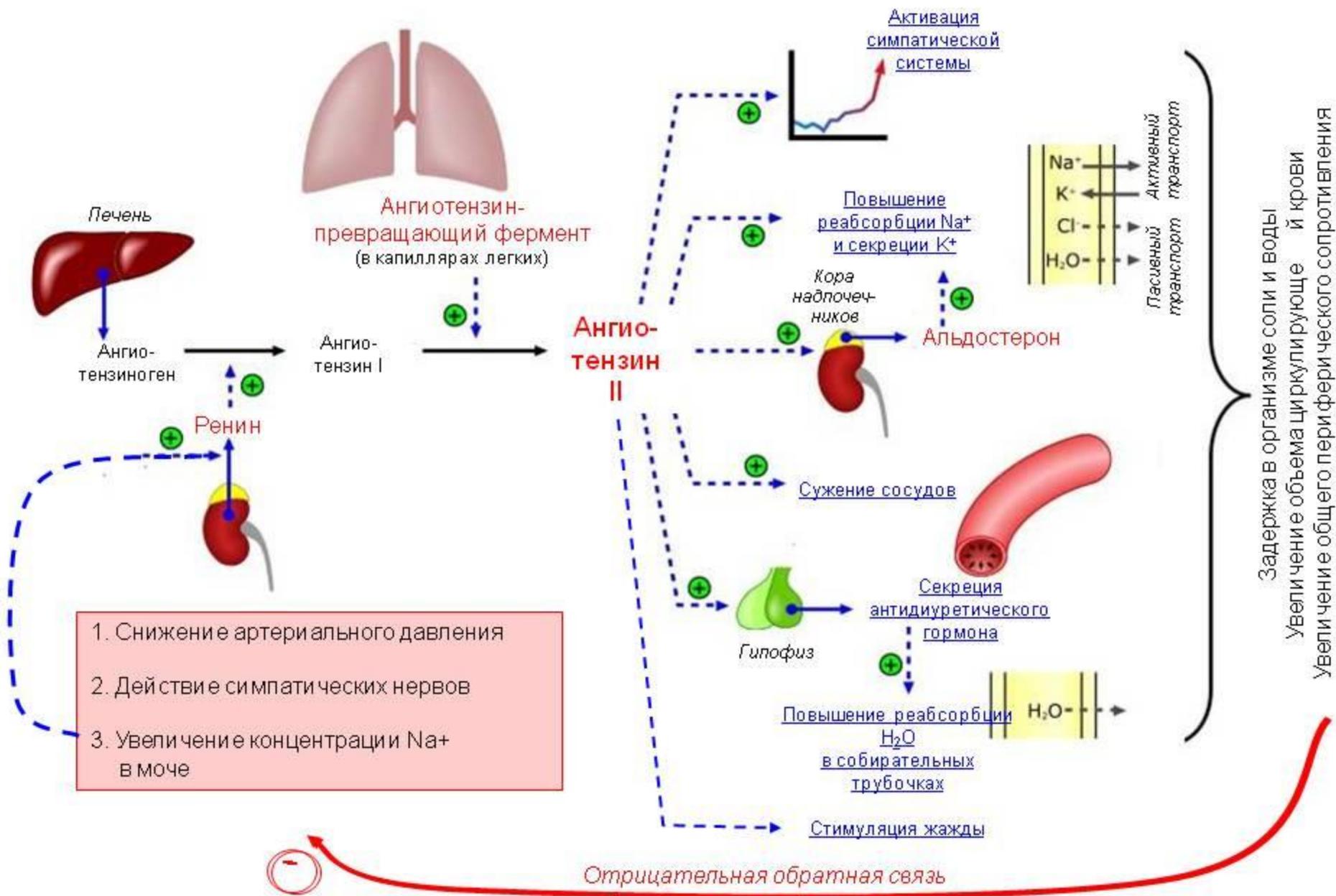


**Комбинации (даже низкодозовые) лучше снижают АД, чем один препарат в максимальной дозе**

# ВОЗМОЖНЫЕ КОМБИНАЦИИ КЛАССОВ АГ - ПРЕПАРАТОВ



# Ренин-ангиотензин-альдостероновая система



# ИАПФ

## классификация

**Липофильные  
лекарства**

**Липофильные  
пролекарства**

**Гидрофильные  
препараты**

Короткого действия  
Каптоприл 25-50 мг  
(скорая помощь)

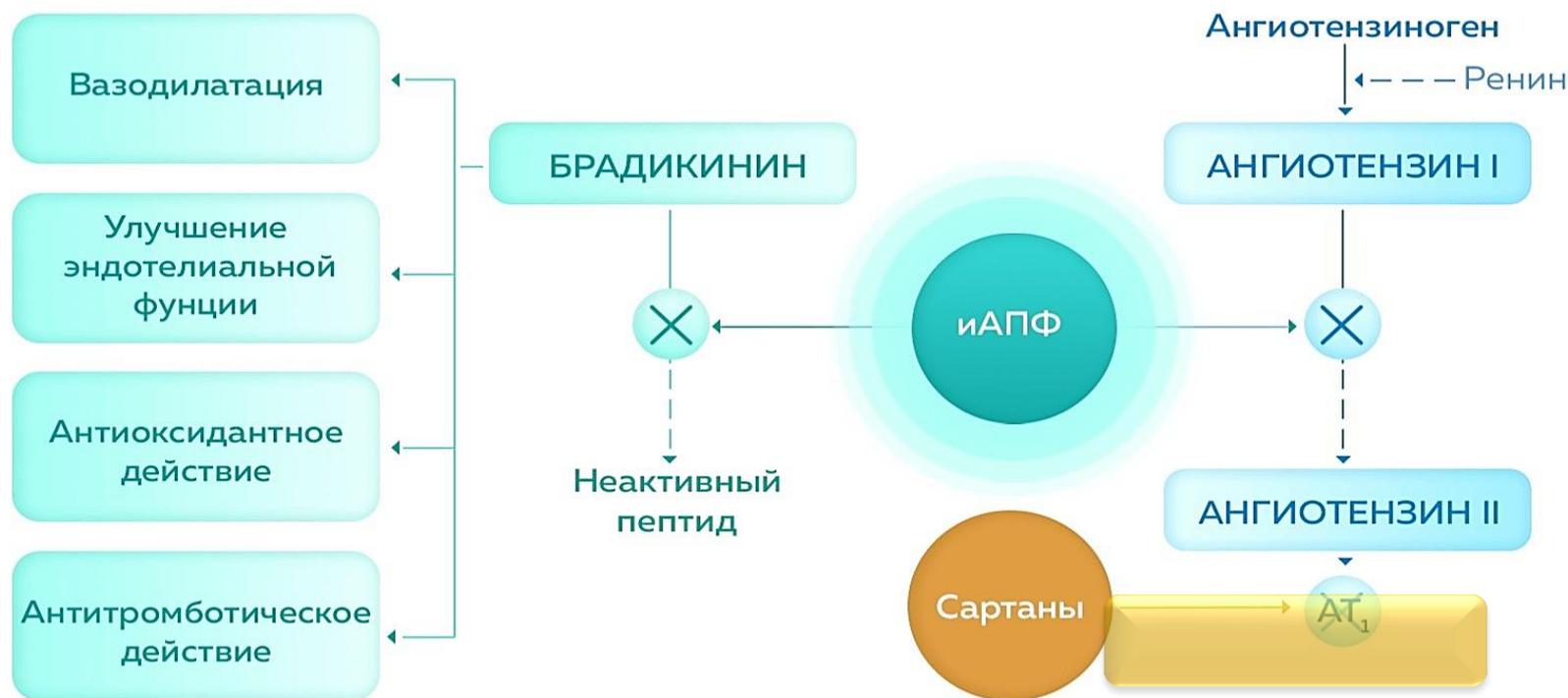
Средней длительности:  
Эналаприл  
2,5-5-10-20 мг \* 2 р./д.

Суточного действия:  
Периндоприл  
(Престариум А)  
2,5-5-10 мг \* 1 р./д.

Суточного действия:  
Лизиноприл  
5-10-20 мг \* 1 р./д.



# ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ АД и АТФ ОБУСЛОВЛЕНО ДЕЙСТВИЕМ БРАДИКИНИНА



Dominyak and Unger (eds) in *Ang II-AT<sub>1</sub>- Receptor Antagonists*. Steinkopff ;1997.

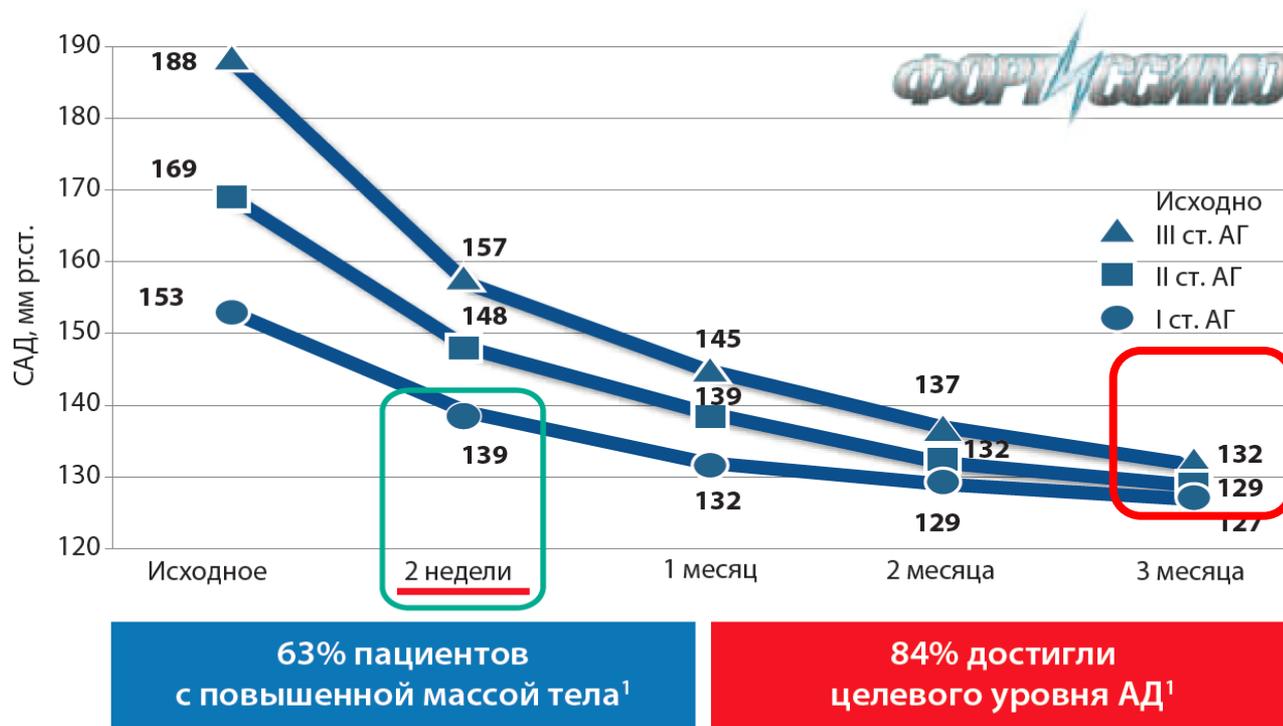
# Характеристика тиазидных/тиазидоподобных диуретиков

	Индапамид 1,25-2,5 мг	Хлорталидон 12,5-25 мг	Гидрохлортиазид 12,5-25 мг
АГ эффективность	+++	++	+
24-ч контроль АД	☑	☑	-
Метаболическая нейтральность	☑	-	-
Защита от ССЗ	☑	☑	-
Нефропротекция	☑	-	-
Снижение общей смертности	☑	-	-

1. Roush et al. *Hypertension*. 2015;65:1041-1046. 2. London G, Schmieder R, Calvo C, Asmar R. *Am J Hypertens*. 2006;19:113-121. 3. Messerli FH, Makani H, Benjo A, Romero J, Alviar C, Bangalore S. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57:590-600. 4. Ambrosioni E, Safar M, Degautec J-P, et al. *J Hypertens*. 1998;16:1677-1684. 5. Akram J, Sheikh UE, Mahmood M, Donnelly R. *Curr Med Res Opin*. 2007;23:2929-2936. 6. Gaciong Z, Symonides B. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11:2579-2597. 7. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-1898. 8. Gosse P, Sheridan DJ, Zannad F, et al. *J Hypertens*. 2000;18:1465-1475. 9. Marre M, Garcia J, Kokot F, et al. *J Hypertens*. 2004;22:1613-1622. 10. Roush GR, Sica DA. Diuretics for Hypertension: A Review and Update. *Am J Hypertens*. 2016;29(10):1130-7.

# Наиболее часто назначаемая фиксированная комбинация в РФ – индапамид + периндоприл

**Нолипрел А 0,626/2,5 мг**  
**Нолипрел А форте 1,25/5 мг**  
**Нолипрел А би форте 2,5/10 мг**



1 таблетка утром – контроль давления в течение суток<sup>2</sup>

1. Карпов Ю.А. Программа ФОРТИССИМО. Кардиология. 2013;3.

2. Инструкции по медицинскому применению препаратов Нолипрел® А, Нолипрел® А форте, Нолипрел® А Би-форте

# Нолипрел А/А форте/А Би форте относится к предпочтительной комбинации для пациентов:

Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией



Лечение артериальной гипертензии при метаболическом синдроме

**МС**



Лечение артериальной гипертензии при ожирении

**Ожирение**



Лечение артериальной гипертензии у пациентов с инсультом в анамнезе

**Инсульт**



\* комбинация периндоприла и индапамида предпочтительнее

## Показания:

1. Эссенциальная гипертензия
2. У пациентов с АГ и СД 2 типа для снижения риска **микрососудистых осложнений (со стороны почек)** и макрососудистых осложнений от сердечно-сосудистых заболеваний.



Лечение артериальной гипертензии у пациентов с сопутствующей патологией

**ГЛЖ**

Лечение артериальной гипертензии у пациентов с ГЛЖ



Лечение артериальной гипертензии при сахарном диабете (в том числе с диабетической нефропатией)

**СД**

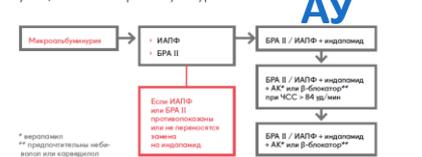


\* предпочтительнее индапамид  
\*\* предпочтительнее кандесартан  
\*\*\* предпочтительнее небиволол или карведилол  
\*\*\* Диуретики всех механизмов действия

При уровне креатинина более 150 мкмоль/л или уровне креатинина менее 30 мкг/мл (СД 2 типа), гипотензивные препараты должны быть заменены на тиазидные при необходимости их использования.

Лечение артериальной гипертензии у пациентов с микроальбуминурией

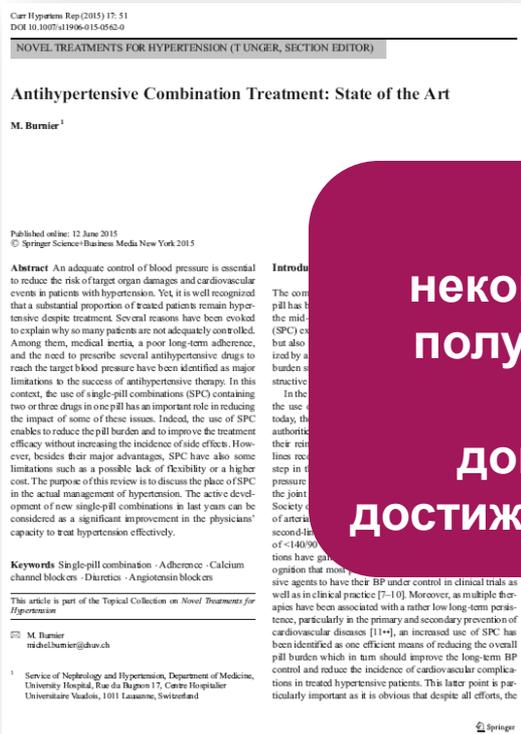
**АУ**



\* индапамид  
\*\* предпочтительнее небиволол или карведилол

Российская Федерация, Республика Беларусь

# Врачебная инерция в усилении АГ-терапии: переход от 2-х к 3-х компонентной терапии



«Большинство больных с неконтролируемым АД продолжают получать 2-компонентную терапию, тогда как они нуждаются в дополнительном препарате для достижения адекватного контроля АД...»

# Антагонисты кальция

## классификация

### 1. Дигидропиридиновые:

I поколение – нифедипин (10-20-40 мг 2-3 раза в сутки) **ТАХИ!**

II поколение – фелодипин, исрадипин

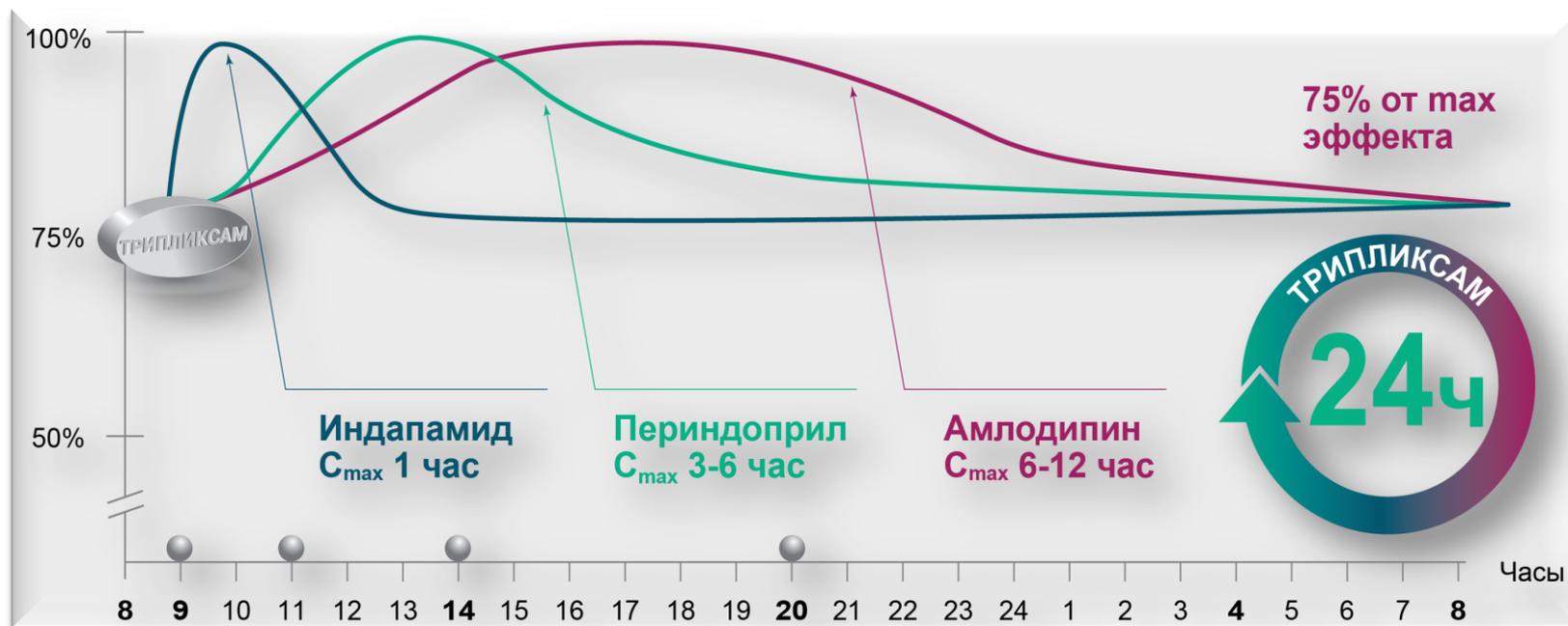
III поколение – **амлодипин 2,5-5-10 мг в сутки**  
**лекарнидипин 10-20 мг в сутки**

2. Производные бензотиазепина: дилтиазем 60-90 мг 2-3 раза в сутки

3. Фенилалкиламины: 40-80 мг 3-4 раза в сутки

# Доступные трехкомпонентные комбинированные антигипертензивные препараты

	Ингибитор РААС	Антагонист кальция	Диуретик
	Валсартан (160 и 320 мг)	Амлодипин (5 и 10 мг)	ГХТЗ (12,5 и 25 мг)
<b>ТРИПЛИКСАМ</b>	Периндоприл (5 и 10 мг)	Амлодипин (5 и 10 мг)	Индапамид (1,25 и 2,5 мг)



# Трипликсам - первый российский опыт: подтверждена высокая АГ-эффективность



 **ДОКАЗАТЕЛЬСТВО**

▶ 1599 пациентов с подтвержденным диагнозом АГ, уже получающие лечение. 3 месяца наблюдения.



# Трипликсам: отличный профиль переносимости и безопасности

БЕЗОПАСНО

кашель



8 случаев на 10 000

ГИПОТОНИЯ



1 случай на 1 000

отеки



2 случая на 1 000

**>99% пациентов без побочных эффектов**

# Трипликсам повышает приверженность пациентов к лечению в 5 раз

УДОБНО

ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

При включении



Через 3 месяца терапии



% пациентов с высокой приверженностью

Удобно принимать  
пациентам- одна таблетка вместо  
трёх

# Приверженность - это прогноз !

1 из 10 случаев ССО из за пропуска препаратов





## Пациент 55 лет

- Дальнобойщик
- Курит по полпачки сигарет в день
- Артериальная гипертензия (среднее домашнее АД 145/94 мм рт.ст.)
- ЧСС – 75 в мин.
- Липиды (ОХС 5,2 ммоль/л, ЛНП – 3,1 ммоль/л)
- Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст. (ИМТ- 31 кг/м<sup>2</sup>)

## Причина обращения в **марте 2019** года

-  Эпизодические головные боли
-  Неэффективность гипотензивной терапии
-  Последнее время принимает:
  - лозартан 50 мг + гидрохлортиазид 12,5мг;
  -  - аспирин 100 мг,
  - аторвастатин 20 мг

## Типичный анамнез заболевания

**2016 г.** Впервые самостоятельно при головных болях обнаружил повышение АД до 160/100 мм рт. ст. К врачам не обращался

**Терапия:** самостоятельно принимал **каптоприл 25 мг** при головных болях и повышении АД



**Апрель 2018 г.** Повышение АД до 160/100 мм рт.ст.

**Терапия:** терапевтом назначен **лозартан 50 мг утром**

**Продолжал** самостоятельно принимать каптоприл при головных болях и повышении АД



**Июнь 2018 г.** Повышение АД до 150/95 мм рт.ст., чаще в вечернее время

**Терапия:** лозартан 50 мг заменен на **лерканидипин 10 мг вечером**

## Типичный анамнез заболевания

**Август 2018г:** Повышения АД до 150/90 мм рт.ст.

**Терапия:** терапевтом отменен лерканидипин, назначен **валсартан 160 мг/сут** и **бисопролол 5 мг/сут**

Рекомендовано принимать моксонидин 0,2 мг при повышении АД



**Сентябрь 2018.** самостоятельно отменил назначенную терапию

**Принимал:** моксонидин 0,2 мг при головных болях. Перестал измерять давление.



**Ноябрь 2018.** Выписан из неврологического стационара, где находился с ПНМК.

**Терапия при выписке:** лозартан 50 мг+гипотиазид 12,5 мг, аспирин 100 мг, аторвастатин 20 мг на ночь.

# Работа над ошибками

Терапия	Ошибки	Работа над ошибками
<b>2016 г.</b> Впервые самостоятельно при головных болях обнаружил повышение АД до 160/95 мм рт. ст. К врачам не обращался <b>Терапия:</b> самостоятельно принимал каптоприл 25 мг при повышении АД.	Нет основной терапии!	Престанс или нолипрел
<b>Апрель 2018 г.</b> Повышение АД до 160/100 мм рт.ст. <b>Терапия:</b> терапевтом назначен лозартан 50 мг/сут	Монотерапия при АГ 2 степени	Престанс или нолипрел
<b>Июнь 2018 г.</b> Повышения АД на уровне 150/95 мм рт.ст. <b>Терапия:</b> терапевтом назначен лерканидипин 10 мг/сут	Переход на монотерапию при неэффективности монотерапии	Трипликсам низкодозовый
<b>Август 2018г:</b> Повышения АД на уровне 150/95 мм рт.ст. <b>Терапия:</b> терапевтом отменен леркамен, назначен валсартан 160 мг/сут и бисопролол 5 мг/сут	Нерациональная комбинация	Трипликсам среднедозовый
<b>Ноябрь 2018 инсульт!</b>	<b>Нерациональная терапия и низкая приверженность</b>	<b>Больше не совершать ошибок</b>

# ЧТО СЧИТАТЬ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ?



**Распространенность 5-15% среди пациентов с АГ**

Рекомендуется диагностировать резистентную АГ, когда:

1. Лечение с использованием оптимальных доз лекарственных препаратов (или максимальных переносимых), включающих диуретик (обычно иАПФ или БРА в сочетании с БКК и тиазидным/ тиазидоподобным диуретиком) не приводит к снижению САД и ДАД до значений  $<140$  мм рт.ст. и/или  $<90$  мм рт.ст.
2. Неадекватность контроля АД подтверждена с помощью СМАД или ДМАД.
3. Исключены причины псевдорезистентности (особенно низкая приверженность к терапии) и причины вторичной АГ.

# ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ

## третий шаг терапии



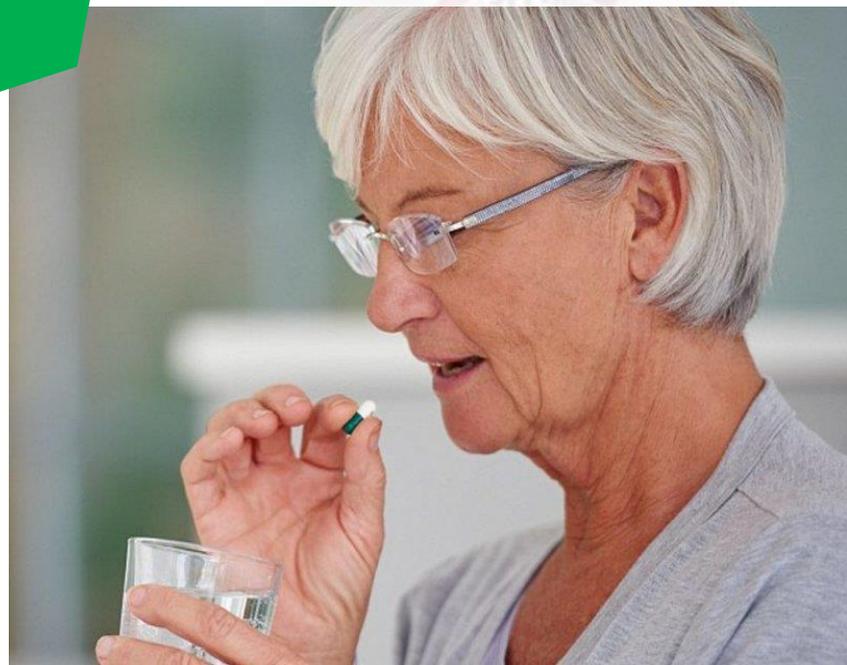
При недостаточной эффективности тройной терапии рекомендовано усиление мероприятий по модификации ОЖ, особенно ограничение употребления соли.

# Гипертонический криз в новых рекомендациях по АГ



Парентеральное введение препаратов

Скорость и степень снижения АД определяется ПОМ





Благодарю за внимание!

