Новое в рекомендациях по диагностике и лечению АГ

Европейское кардиологическое общество, Европейское общество гипертонии, 2013 год

Перевод и публикация РКО – 2014 год

- «Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией» -

  документ, опубликованный Общероссийской общественной организацией содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». Санкт-Петербург, 2015

Пороговые цифры АД при измерении различными методами

	САД		ДАД
Клиническое или офисное АД	140	и/или	90
СМАД: среднесуточное АД	130	и/или	80
Дневное АД	130 - 135	и/или	85
Ночное АД	120	и/или	70
Домашнее АД	135	и/или	85

Домашнее мониторирование АД

- Не рекомендуются запястные приборы
- В течение 7ми дней, 2 раза в день, по 2 измерения с интервалом 1-2 минуты
- Прогностическая значимость домашнего контроля выше, чем офисного

Классификация АГ

1. Степень повышения

Категории	САД		ДАД
Оптимальное	< 120	и	< 80
Нормальное	120 - 129	и/или	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
Изолированная систолическая АГ	> =140	и	< 90

Безсимптомное поражение органов-мишеней

- **Пульсовое давление** у пожилых более 60 мм. рт.ст.
- **Гипертрофия левого желудочка:**

  - ЭКГ-признаки (признак Соколова-Лайона (RV5 или RV6 + SV1 или SV2) >3,5 мВ (35 мм)

  корнельское произведение [RaVL(мм) + SV3 (мм) × QRS (мс)] > 244 мв×мс)

  - ЭХО-КГ-признаки (ИММЛЖ>115 г/м2 для мужчин и >95 г/м2 для женщин)

Безсимптомное поражение органов-мишеней

- **Сосуды:**

  - УЗ признаки утолщения стенки сонных артерий (ТИМ>0,9) или атеросклеротическая бляшка (безсимптомная) сонных артерий (магистральных сосудов - по версии ВНОК);

  - скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии (каротидно-феморальной волны) > 10 м/с

  - лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

Поражение органов-мишеней

- **Почки:**

  - небольшое повышение сывороточного креатинина: 115 – 133 мкмоль/л для мужчин или 107 – 124 мкмоль/л для женщин (ВНОК)

  - **рСКФ 30-60 мл/мин/1,73м2 (по формуле CKD-EPI, MDRD)**

  или низкий клиренс креатинина <60 мл/мин

  (по формуле Крокрофта-Гаулта) (ВНОК)

  - микроальбуминурия 30 – 300 мг/сутки

  - отношение альбумин/креатинин в моче 30-300 мг/г, 3,4 – 34 мг/ммоль

ХБП

- Снижение СКФ: СКФ <60 мл/мин/1,73 $м^2$ (категории СКФ 3а-5)
- **Формула CKD-EPI**

Для мужчин: СКФ* = 141×min (Scr**/0,9), 1)-0,411 × max (Scr**/0,9), 1)-1,209 × 0,993 Возраст

Для женщин: СКФ* = 144×min (Scr**/0,7), 1)-0,329 × max (Scr**/0,7), 1)-1,209 × 0,993 Возраст

- **MDRD формула**

СКФ (мл/мин/1,73м2)=

186 х (креатинин/88,мкмоль/л)$^{-1,154}$х (возраст, годы)$^{-0,203}$

Для женщин результат умножают на 0,742

- **Формула Кокрофта-Голта** (мл/мин) Клиренс креатинина

Для женщин =1,05х $\frac{\text{(140-годы)х массу тела}}{\text{креатинин}}$

Для мужчин = 1,23х $\frac{\text{(140-годы)х массу тела}}{\text{креатинин}}$

Измеряется в мл/мин/1,73 м2

Стадии ХБП по уровню рСКФ

Стадия	Уровень СКФ (мл/мин/1,73 м^2)	Описание
С1	>90	Высокая или оптимаьная
С2	60-89	Незначительно сниженная
С3а	45-59	Умеренно сниженная
С3б	30-44	Существенно сниженная
С4	15-29	Резко сниженная
С5	<15	Терминальная поч. недостаточность

Ассоциированные клинические состояния (уже имеющиеся СС или почечные заболевания)

- **ЦВЗ**: - ишемическое НМК
  - кровоизлияние в мозг
  - транзиторные ишемические атаки.
- **ИБС:** инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация.
- **ХСН:** включая СН с сохранной ФВ
- **Заболевания периферических артерий:** клинически манифестное поражение периферических артерий

Ассоциированные клинические состояния

- **Заболевания почек:**

  - **ХБП – снижение рСКФ менее 30 мл/мин/1,73 м2**

  - Протеинурия более 300 мг/сутки

  - ВНОК: почечная недостаточность: креатинин >133 мкмоль/л (м) и > 124 мкмоль/л (ж)

- **Гипертоническая ретинопатия:**

  - кровоизлияния или экссудаты;

  - отек соска зрительного нерва.

Факторы риска:

- Мужской пол
- Возраст: мужчины старше 55, женщины старше 65 лет
- Курение
- Дислипидемии: - ОХ>4,9 ммоль/л

  - и/или ХС ЛНП>3.0 ммоль/л;

  - и/или ХС ЛВП<1.0 ммоль/л (мужчины),

  ХС ЛВП<1.2 ммоль/л (женщины)

  - или ТГ>1,7 ммоль/л
- Глюкоза плазмы натощак 5,6 – 6,9 ммоль/л
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Семейный анамнез ранних ССЗ
- Ожирение (ИМТ>=30 кг/м2)
- Абдоминальное ожирение (окружность талии 102 см у мужчин и 88 см у женщин без МС)

Стратификация риска

Другие ФР, безсимптомное ПОМ или АКЗ	Высокое норм. сАД 130-139 дАД 85-89	АГ 1 степ. сАД 140-159 дАД 90-99	АГ 2 степ. сАД 160-179 дАД 100-109	АГ 3 степ. сАД >=180 дАД >= 110
Других ФР нет	Низкий	Низкий	Средний	Высокий
1 – 2 ФР	Низкий	Средний	Средний и высокий	Высокий
3 и более ФР	Низкий и средний	Средний и высокий	Высокий	Высокий
ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Средний и высокий	Высокий	Высокий	Высокий и оч. высокий
Клин. манифестные ССЗ, ХБП >= 4 ст., СД с ПОМ	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

Базовые принципы АГТ

- Больным АГ 2 и 3 степени с любым уровнем сердечно-сосудистого риска рекомендуется быстрое начало медикаментозной терапии — через несколько недель или одновременно с началом изменения образа жизни
- Медикаментозная антигипертензивная терапия также рекомендуется при наличии высокого общего сердечно-сосудистого риска, обусловленного поражением органов-мишеней, диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями или ХБП, даже при АГ 1 степени
- Целесообразно рассмотреть назначение антигипертензивной медикаментозной терапии также у больных АГ 1 степени с низким и средним риском, если АД остается в этом диапазоне на протяжении нескольких посещений врача или АД повышено по амбулаторным критериям и остается повышенным, несмотря на внедрение изменений в образ жизни на протяжении достаточного отрезка времени

Базовые принципы АГТ

- У больных АГ старческого возраста медикаментозная терапия рекомендуется при САД ≥160 мм рт. ст.
- Больным старческого возраста (по крайней мере, до 80 лет) можно назначать антигипертензивную медикаментозную терапию также при САД в диапазоне 140—159 мм рт. ст., при условии ее хорошей переносимости
- Пока не будут получены достаточные доказательства, не рекомендуется назначать антигипертензивную медикаментозную терапию при высоком нормальном АД
- Отсутствие доказательств также не позволяет рекомендовать назначение антигипертензивной медикаментозной терапии у молодых пациентов с изолированным повышением САД на плечевой артерии, однако таким пациентам следует рекомендовать изменение образа жизни и тщательно наблюдать их.

Немедикаментозная терапия

- Рекомендуется ограничить потребление соли до 5—6 г в сутки
- Рекомендуется ограничить потребление алкоголя до не более чем 20—30 г (по этанолу) в сутки для мужчин и не более чем 10—20 г в сутки для женщин
- Рекомендуется увеличить потребление овощей, фруктов, молочных продуктов с низким содержанием жира
- В отсутствие противопоказаний рекомендуется снижение массы тела до ИМТ 25 кг/м2 и окружность талии до <102 см у мужчин и <88 см у женщин
- Рекомендуются регулярные физические нагрузки, например, не менее 30 минут умеренной динамической физической активности в течение 5—7 дней в неделю
- Рекомендуется давать всем курильщикам совет по отказу от курения и предлагать им соответствующие меры помощи
- При высоком нормальном давлении целесообразность медикаментозной терапии следует рассматривать при наличии повышенного внеофисного АД (маскированная АГ)

Коррекция факторов риска, сопутствующих АГ

- Рекомендуется назначать статины больным АГ со средним и высоким сердечно-сосудистым риском; целевое значение холестерина липопротеинов низкой плотности <3.0 ммоль/л (115 мг/дл)
- При наличии клинически манифестной ИБС рекомендуется назначение статинов и целевое значение холестерина липопротеинов низкой плотности <1.8 ммоль/л (70 мг/дл)
- Антитромбоцитарная терапия, в частности, малые дозы аспирина, рекомендуется больным АГ, уже перенесшим сердечно-сосудистые события
- Целесообразно назначение аспирина больным АГ с нарушением функции почек или высоким сердечно-сосудистым риском, при условии хорошего контроля АД
- Аспирин не рекомендуется назначать для сердечно-сосудистой профилактики больным АГ с низким и умеренным риском, у которых абсолютная польза и абсолютный вред такой терапии эквивалентны
- У больных АГ с диабетом целевым показателем HbA1c на фоне антидиабетической терапии является <7.0%
- У более ослабленных пациентов старческого возраста, с большой продолжительностью диабета, большим числом сопутствующих заболеваний и высоким риском целесообразны целевые значения HbA1c <7.5-8.0%

Целевой уровень сАД<140

Целевое САД< 140 рекомендуется:

- больным с низким и средним сердечно-сосудистым риском
- Рекомендуется больным диабетом
- Целесообразно у больных, перенесших инсульт или ТИА
- Целесообразно у больных ХБП диабетической и недиабетической этиологии

Целевое уровень сАД 140-150

- Существуют надежные данные, позволяющие рекомендовать больным АГ пожилого и старческого возраста моложе 80 лет с уровнем САД ≥160 мм рт. ст. снижение САД до 140—150 мм рт. ст.
- У больных АГ пожилого и старческого возраста моложе 80 лет, находящихся в удовлетворительном общем состоянии, может быть целесообразным снижение САД до <140 мм рт. ст., в то время как у пациентов старческого возраста с ослабленным состоянием здоровья целевые значения САД следует выбирать в зависимости от индивидуальной переносимости
- У лиц старше 80 лет с исходным САД ≥160 мм рт. ст. рекомендуется снижать САД до 140–150 мм рт. ст., при условии, что они находятся в удовлетворительном состоянии физического и психического здоровья

Целевой уровень дАД

- В качестве целевого значения ДАД всегда рекомендуется <90 мм рт. ст., кроме больных диабетом, для которых рекомендуются целевые значения<85 мм рт. ст.
- Тем не менее, следует учитывать, что значения ДАД от 80 до 85 мм рт. ст. безопасны и хорошо переносятся

Лекарственная терапия

- Пять основных классов АГП, любой из них может применяться для стартовой или поддерживающей терапии
- Ингибиторы АПФ
- Диуретики
- Антагонисты кальция
- β-адреноблокаторы
- Блокаторы ангиотензиновых рецепторов AT_1
- Основные преимущества не в классе препарата, а в снижении АД
- В ряде ситуаций имеет смысл назначение конкретной группы препаратов

- ИАПФ, БРА II и прямые ингибиторы ренина противопоказаны при беременности, назначаются с осторожностью у женщин при планируемой/возможной беременности

- БАБ менее эффективны в качестве препаратов первой линии у пациентов старше 60 лет, более эффективны у лиц молодого возраста

- Если АД по-прежнему не контролируется, или есть побочные эффекты, могут добавляться другие классы антигипертензивных препаратов (альфа- блокаторы, препараты центрального действия)

Ингибиторы АПФ

- **Эналаприл** (Ренитек, Энап, Энам, Берлиприл) 10 и 20 мг
- **Каптоприл** (Капотен)
- **Лизиноприл** (Диротон, Ирумед, Листрил) 10 и 20 мг
- **Фозиноприл** (Моноприл, Фозикард) 10 и 20 мг
- **Рамиприл** (Тритаце, Хартил, Амприлан) 2,5 мг, 5 мг и 10 мг
- **Периндоприл** (Престариум А) 5 и 10 мг
- **Зофеноприл** (Зокардис) 7,5 и 30 мг

Современная терапия ИАПФ

- При назначении ИАПФ больному пожилого возраста или пациенту, их ранее не принимавшему, необходимо за 2-3 дня отменить диуретики и пролонгированные нитраты.
- Для лечения АГ желательно применять препараты длительного действия
- Эффективность ИАПФ может уменьшаться НПВС
- Эффективность ИАПФ значительно увеличивается при комбинации с 12.5 мг гипотиазида

Противопоказания

Абсолютные:

- Ангионевротический отек на прием и-АПФ в анамнезе
- Беременность и лактация
- Двухсторонний стеноз почечной артерии или стеноз артерии единственной почки

Относительные

- Тяжелая ХПН (креатинин больше 300 мкмоль/л
- Гиперкалиемия (более 5 ммоль/л)
- Артериальная гипотония
- Женщины детородного возраста, дети
- Взаимодействие с другими препаратами (К-сберегающими диуретиками, НПВС, препараты калия)

Блокаторы рецепторов к АТ-II

- **Лозартан** (Козаар, Лориста, Лозап, Презартан, Вазотенз 50 и 100 мг)
- **Кандесартан** (Атаканд, Кандекор) 8 и 16 мг
- **Эпросартан** (Теветен) 600 мг
- **Телмисартан** (Микардис) 40 и 80 мг
- **Валсартан** (Диован, Вальсакор, Валз, Нортиван) 80 и 160 мг
- **Ирбесартан** (Апровель) 150 и 300 мг
- **Азилсартан** (Эдарби) 40 и 80 мг
- **Олмесартан** (Кардосал) 10, 20 и 40 мг

Блокаторы рецепторов к АТ-II

- ХСН
- Перенесенный инфаркт миокарда
- Диабетическая нефропатия
- ГЛЖ
- Протеинурия/МАУ
- ФП
- СД и/или МС
- Кашель при приеме и-АПФ
- Недиабетическая нефропатия
- ИБС
- Дисфункция ЛЖ
- Пожилые пациенты

Противопоказания

- Беременность
- Лактация
- Гиперкалиемия
- Двухсторонний стеноз почечных артерий (либо стеноз артерии единственной почки)

Тиазидные диуретики

- Изолированная систолическая артериальная гипертония
- ХСН

Противопоказания

- **Абсолютные:** подагра
- **Относительные:**

Беременность

Нарушение толерантности к глюкозе

Метаболический синдром

Дислипидемии

Тиазидные диуретики

- **Индапамид** (Индап, Арифон, Равел СР) 2,5 мг и 1,5 мг
- **Хлорталидон** (в составе фиксированных комбинаций)
- **Гипотиазид** 25, 50 и 100 мг (в качестве гипотензивной применяется доза 12, 5 и 25 мг)

Бета-адреноблокаторы

- ИБС
- Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда
- ХСН
- Тахиаритмии
- Беременность
- Глаукома

Противопоказания

- **Абсолютные:**
- АВ-блокада 2-3 степени,
- бронхиальная астма
- **Относительные:**
- заболевания периферических артерий
- МС или НТГ
- ХОБЛ
- спортсмены
- физически и сексуально активные пациенты

Бета-адреноблокаторы

- **Атенолол**
- **Метопролол** (метопролола тартрат – эгилок, корвитол и метопролола сукцинат – Беталок-ЗОК)
- **Бисопролол** (Конкор, Бидоп, Бисогамма, Нипертен, Коронал, Арител, Корбис)
- **Карведилол** (Дилатренд, Кориол, Карведигамма)
- **Небиволол** (Небилет, Бинелол)

Антагонисты кальция

- **Группы**

верапамил/дилтиазем

Показаны при ИБС, атеросклерозе сонных артерий, при НЖТ

Противопоказаны при

АВ-блокаде 2-3 степени, при ХСН

- **Дигидропиридиновые**

антагонисты кальция

Показаны при ИСАГ (у пожилых), ИБС, атеросклерозе сонных и коронарных артерий,

ГЛЖ, беременности

Противопоказаны (относительно):

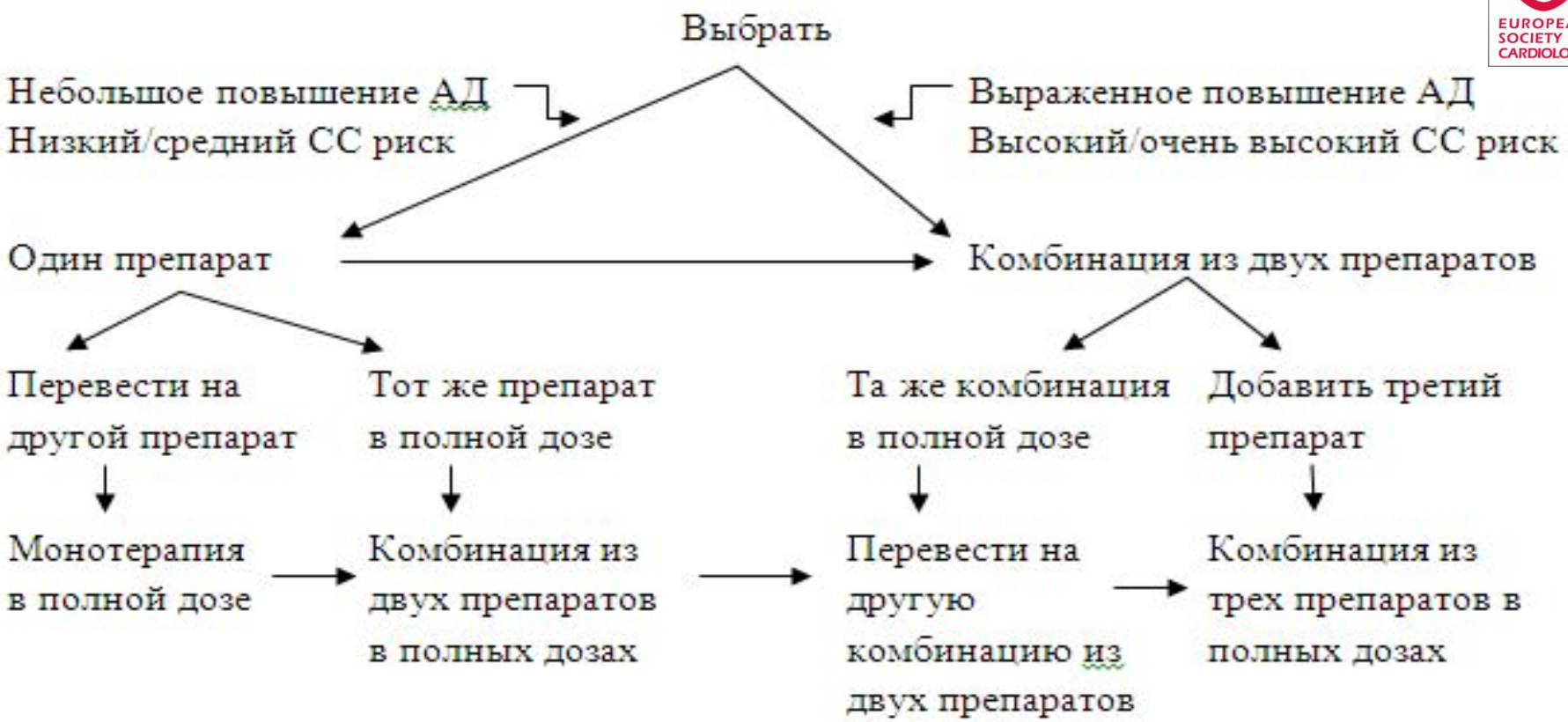
при тахиаритмиях, ХСН

Классификация антагонистов кальция

Группа	I	II А (новые лекарствен-ные формы)	II Б (новые лекарствен-ные в-ва)	III
Фенилалкиламины (артерии <сердце)	Верапамил	Верапамил SR,	Галлопамил	
Бензотиазепины) (артерии =сердце)	Дилтиазем	Дилтиазем SR		
Дигидропиридины (артерии >сердце)	Нифедипин Никардипин	Нифедипин SR/GITS, Никардипин SR Фелодипин ER	Бенидипин Исрадипин Нилвадипин Нимодипин Нитрендипин Нисолдипин Фелодипин	амлодипин лекарнидипин

ER и SR – замедленного высвобождения; GITS – гастроинтес-тинальная терапевтическая система

Выбор стартовой терапии для достижения целевого уровня АД (Европейские рекомендации, 2013 г.)



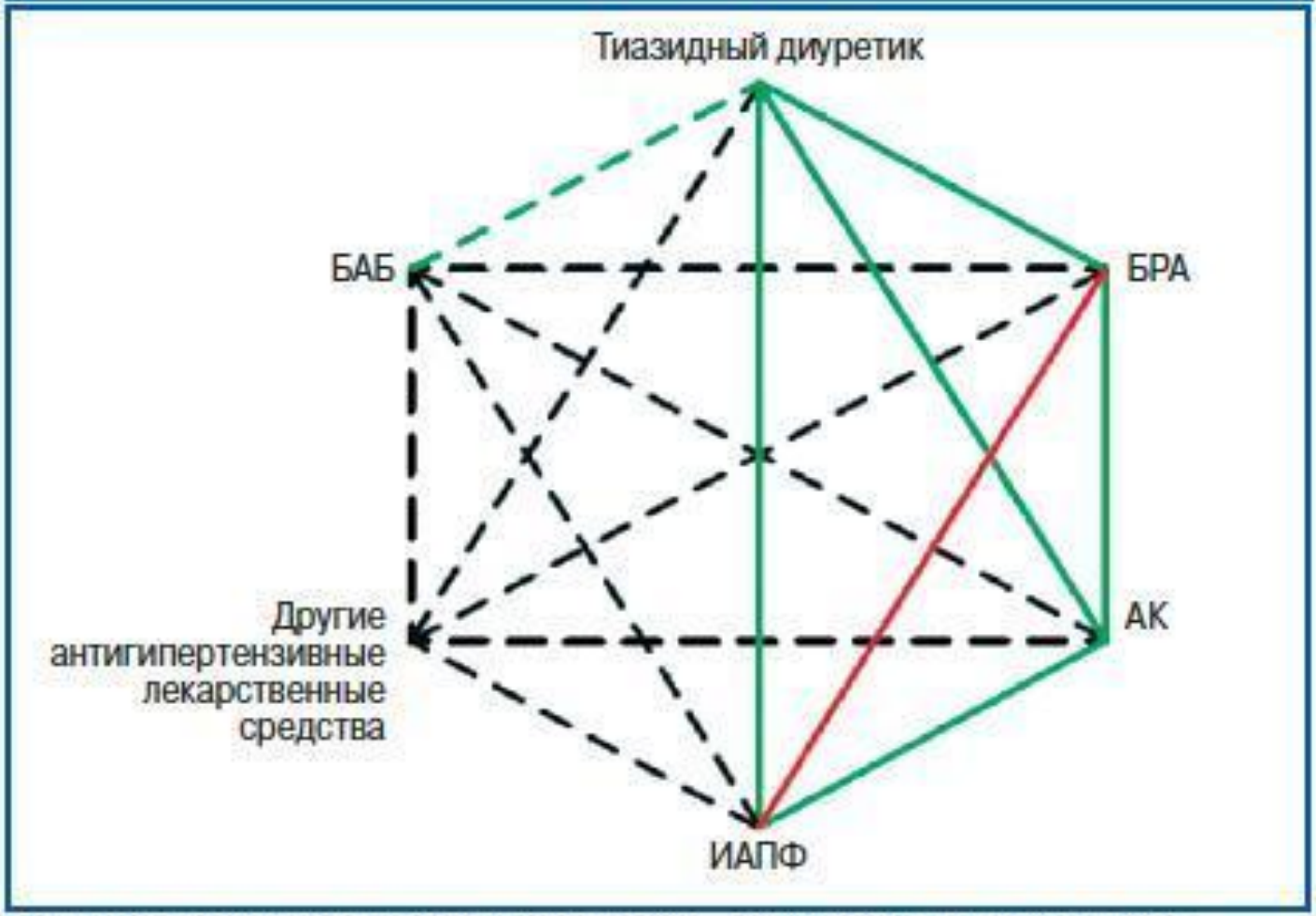
АД – артериальное давление, СС – сердечно-сосудистый

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of a[illegible] hypertension

Комбинированная терапия АГ

$$1 + 1 > 2$$

Рис. 2. Возможные комбинации антигипертензивных лекарственных средств (адаптировано: J Hypertens 2013; 31: 1281–357).



Примечание. Зеленая непрерывная линия – рациональные комбинации, зеленая прерывистая линия – возможные комбинации, черная прерывистая линия – возможная комбинация, менее изучена; красная линия – нерекомендуемая рекомендация.

Фиксированные комбинации гипотензивных препаратов

- И-АПФ + диуретик (ко-ренитек, хартил-Д, амприлан-Н, амприлан НЛ, нолипрел А, нолипрел А-форте, нолипрел А-бифорте)
- Сартан + диуретик (Лориста Н, лозап-плюс, валз Н, вальсакор Н, ко-диован, микардис плюс, атаканд-плюс)
- И-АПФ + АК (престанс, экватор, тарка, эгипрес, дальнева)
- Сартан + д. АК (твинста, эксфорж, ко-эксфорж, вамлосет)

АГ у пациентов с ГЛЖ

- БРА II
- ИАПФ
- Длительнодействующие АК
- Индапамид

Комбинации

- **БРА II /ИАПФ + ТД* или АК**
- БРА II /ИАПФ + ТД* + АК
- БРА II /ИАПФ + ТД* + АК

+ антагонисты альдостерона**

Вазодилататоры:

- гидралазин, миноксидил
- могут усугублять ГЛЖ

Целесообразны

Противопоказаны

Безсимптомный атеросклероз

- Показаны длительнодействующие АК или ИАПФ
- Комбинация: **ИАПФ + АК**
- Если ИАПФ противопоказаны или не переносятся, ЗАМЕНА на БРА II

Микроальбуминурия

- Показаны и-АПФ или БРА

  Комбинации:
- **БРА II / ИАПФ + индапамид**
- **БРА II / ИАПФ + индапамид** + АК или β-блокатор (при ЧСС > 84 уд/мин)
- АК: верапамил
- Бета-блокаторы - предпочтительны небиволол или карведилол

Инсульт в анамнезе

- Любые препараты и комбинации, эффективно снижающие АД
- Наиболее доказанная комбинация – **и-АПФ периндоприл + индапамид (Ко-перинева)**

АГ в сочетании с ИБС

- ИАПФ рекомендованы большинству пациентов с установленным диагнозом ИБС

(предпочтительны **периндоприл** и рамиприл)

- При симптомах стенокардии – бета-блокатор или длительно действующий дигидропиридиновый АК

Возможные комбинации:

- β-блокатор /АК *+ БРА/ИАПФ
- β-блокатор + АК**
- Наиболее предпочтительная комбинация – **БКК + и-АПФ**
- Противопоказан короткодействующий нифедипин

Инфаркт миокарда в анамнезе

- Наиболее показаны β-блокаторы, ИАПФ предпочтителен **периндоприл**), БРА II

Комбинации:

- β-блокатор /**АК** + БРА/**ИАПФ**
- β-блокатор + АК
- β-блокатор + БРА/ИАПФ + антагонисты минералокортикоидных рецепторов (особенно при ХСН)+

Поражение периферических артерий

- ИАПФ
- дигидропиридиновые АК
- Комбинация: **ИАПФ+ дигидропиридиновые АК**
- Бета-блокаторы могут ухудшать симптомы перемежающей хромоты, однако могут быть использованы под контролем врача

АГ в сочетании с ХСН

- ИАПФ БРА II β-блокатор* Диуретик
- Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Комбинации: БРА II/ИАПФ + β-блокатор/диуретик*

- БРА II/ИАПФ + β-блокатор + диуретик
- БРА II/ИАПФ + β-блокатор + диуретик+ антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Противопоказаны

- Недигидропиридиновые АК

Фибрилляция предсердий

- ИАПФ
- БРА II
- β-блокатор
- Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

При постоянной форме ФП:

- БРА II/ИАПФ + β-блокатор/недигидропиридиновые АК

АГ при сахарном диабете

- Препараты первой линии: И-АПФ и БРА II.

Комбинации:

- ИАПФ/БРА II + ТД*/АК
- ИАПФ/БРА II + ТД* + АК

(предпочтителен индапамид)

- БРА II / ИАПФ + индапамид + АК** или β-блокатор*** при ЧСС > 84 уд/ мин

(предпочтителен верапамил, из ББ – карведилол или небиволол)

- Целевое АД менее 140/85 мм рт.ст.

Метаболический синдром

- Рекомендованы ИАПФ, БРА II, длительнодействующие АК
- Комбинации: **ИАПФ**/БРА II + **ТД*/АК**

  ИАПФ/БРА II + ТД* + АК

  БРА II / ИАПФ + индапамид+ АК или β-блокатор** при ЧСС > 75 уд/мин
- Если давление по-прежнему не контролируется или есть побочные эффекты в тройную комбинацию могут добавлятьсядругие классы антигипертензивных препаратов: агонисты имидазолиновых рецепторов

(могут быть назначены раньше — при комбинации двух антигипертензивных препаратов), альфа-блокаторы

АГ и ожирение

- ИАПФ* (предпочтительны периндоприл или рамиприл)
- БРА II** (предпочтительны телмисартан или ирбесартан)

Комбинации:

- **ИАПФ**/БРА II + **индапамид/АК**
- **ИАПФ**/БРА II + **индапамид + АК**
- БРА II / ИАПФ + индапамид + АК или β-блокатор*** при ЧСС > 75 уд/мин
- Если давление по-прежнему не контролируется или есть побочные эффекты, в тройную комбинацию могут добавляться другие классы антигипертензивных препаратов: агонисты имидазолиновых рецепторов (могут быть назначены раньше — при комбинации двух антигипертензивных препаратов), альфа-блокаторы

Гиперурикемия или подагра

- БРА II* (препарат выбора – лозартан)
- Если БРА противопоказаныили не переносятся, ЗАМЕНА на длительнодействующие АК
- Комбинация: БРА II + АК
- Противопоказаны тиазидные диуретики

ИСАГ и пожилой возраст

- У больных пожилого и старческого возраста могут использоваться любые ан-тигипертензивные препараты, хотя при изолированной систолической АГ предпочтительны диуретики и антагонисты кальция.
- Комбинации: АК + ТД

  АК /ТД + БРА/**ИАПФ**

  АК + ТД + БРА/**ИАПФ**
- Целевые цифры сАД – 140-150 мм рт.ст., целесообразно начинать лечение при сАД выше 160 мм.рт.ст.
- При хорошей переносимости терапии возможно снижение сАД менее 140

Пациенты старше 80 лет

- Препарат выбора - индапамид
  Комбинации:
- **Индапамид + ИАПФ**
- **Индапамид + ИАПФ + АК**
- Если ИАПФ противопоказаны
- или не переносятся, замена на БРА II
- Пациентам с исходным САД ≥160 мм рт. ст. рекомендуется снижать САД до уровня 140—150 мм рт. ст., при условии, если они находятся в удовлетворительном состоянии физического и психического здоровья
- Когда больной АГ, получающий антигипертензивную терапию, достигает 80 лет, целесообразно продолжать эту терапию, если она хорошо переносится