

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

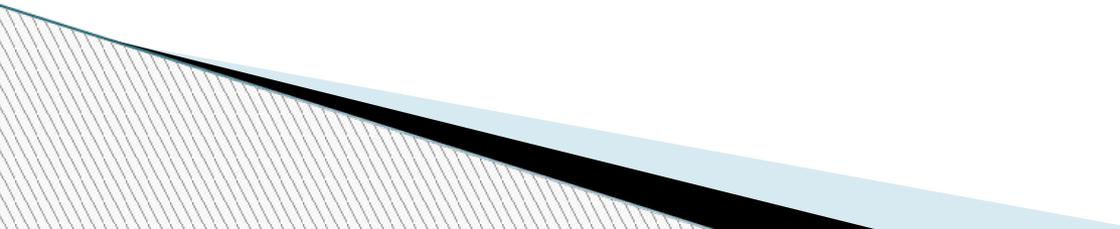
«Антигипертензивная Лига».

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) \times QRS (мс)] > 244 мВ \times 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 ($\text{ТИМ} > 0,9$) 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
СКД-ЕРІ, 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 м²
(категории СКФ 3а-5)

▣ **Формула СКД-ЕРІ**

Для мужчин: $СКФ^* = 141 \times \min(Scr^{**}/0,9),$
 $1) - 0,411 \times \max(Scr^{**}/0,9), 1) - 1,209 \times 0,993$
Возраст

Для женщин: $СКФ^* = 144 \times \min(Scr^{**}/0,7),$
 $1) - 0,329 \times \max(Scr^{**}/0,7), 1) - 1,209 \times 0,993$
Возраст

▣ MDRD формула

$$\text{СКФ (мл/мин/1,73м}^2\text{)} = 186 \times (\text{креатинин/88, мкмоль/л})^{-1,154} \times (\text{возраст, годы})^{-0,203}$$

Для женщин результат умножают на 0,742

▣ Формула Кокрофта-Голта (мл/мин)

Клиренс креатинина

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

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

Измеряется в мл/мин/1,73 м²

Стадии ХБП по уровню рСКФ

Стадия	Уровень СКФ (мл/мин/1,73 м ²)	Описание
C1	>90	Высокая или оптимальная
C2	60-89	Незначительно сниженная
C3a	45-59	Умеренно сниженная
C3b	30-44	Существенно сниженная
C4	15-29	Резко сниженная
C5	<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 \geq 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 ФР	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

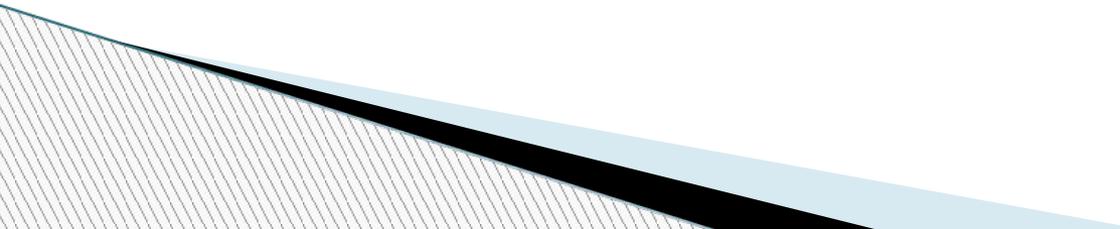
- Рекомендуется ограничить потребление соли до 5—6 г в сутки
- Рекомендуется ограничить потребление алкоголя до не более чем 20—30 г (по этанолу) в сутки для мужчин и не более чем 10—20 г в сутки для женщин
- Рекомендуется увеличить потребление овощей, фруктов, молочных продуктов с низким содержанием 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 АТ₁
- 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)

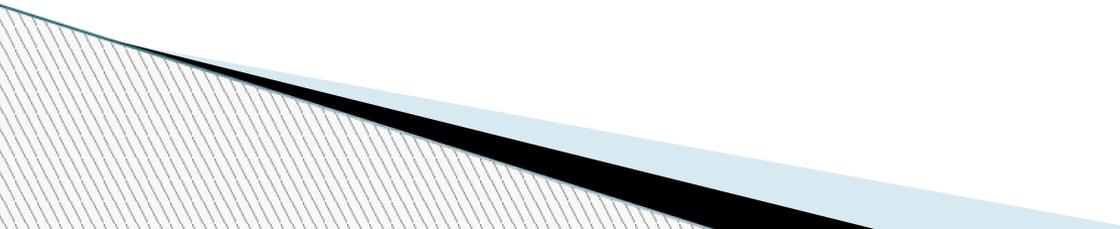
Бета-адреноблокаторы

- ИБС
- Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда
- ХСН
- Тахикардии
- 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 – эгилор, 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):

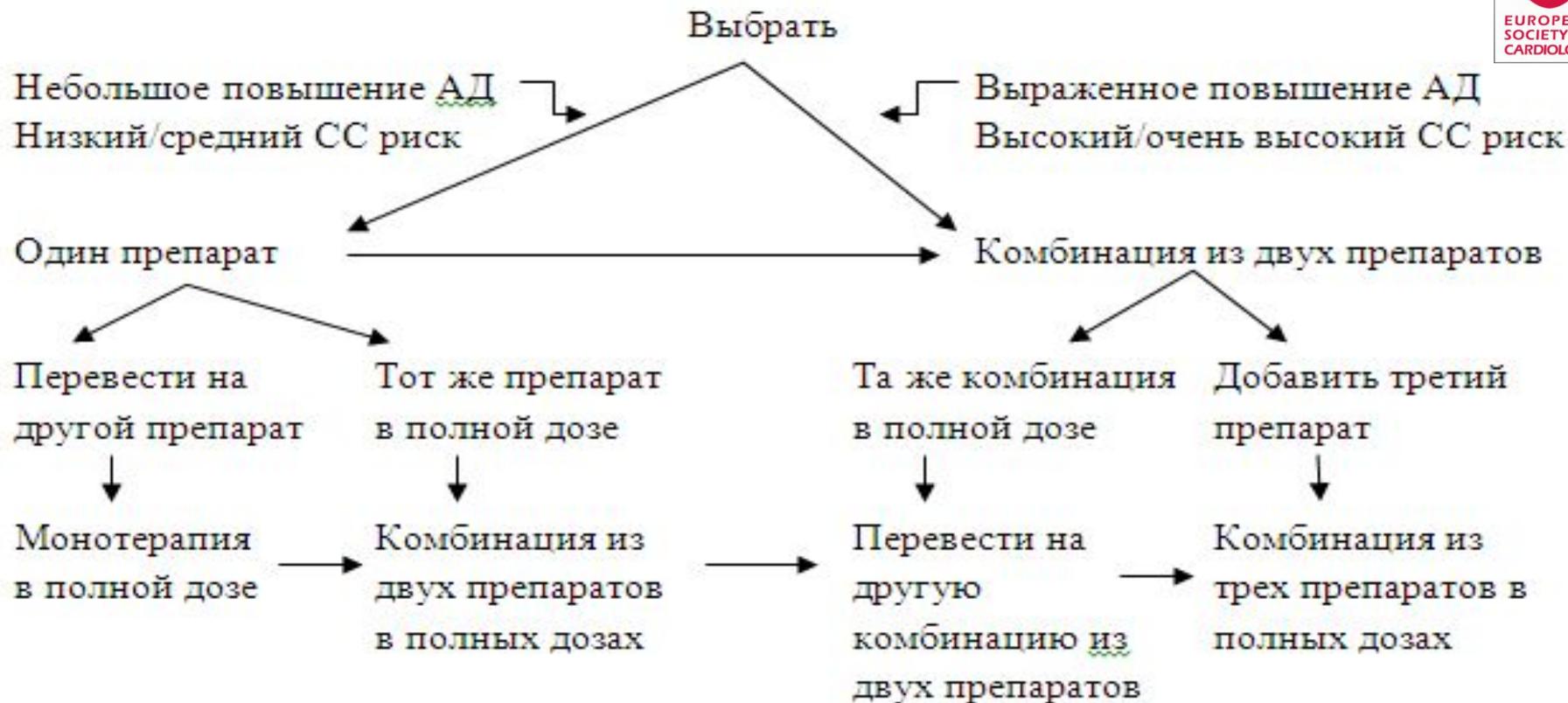
при тахиаритмиях, ХСН

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 Нитрендипи н Нисолдипин Фелодипин	амлодипин лекарнидип ин

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

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

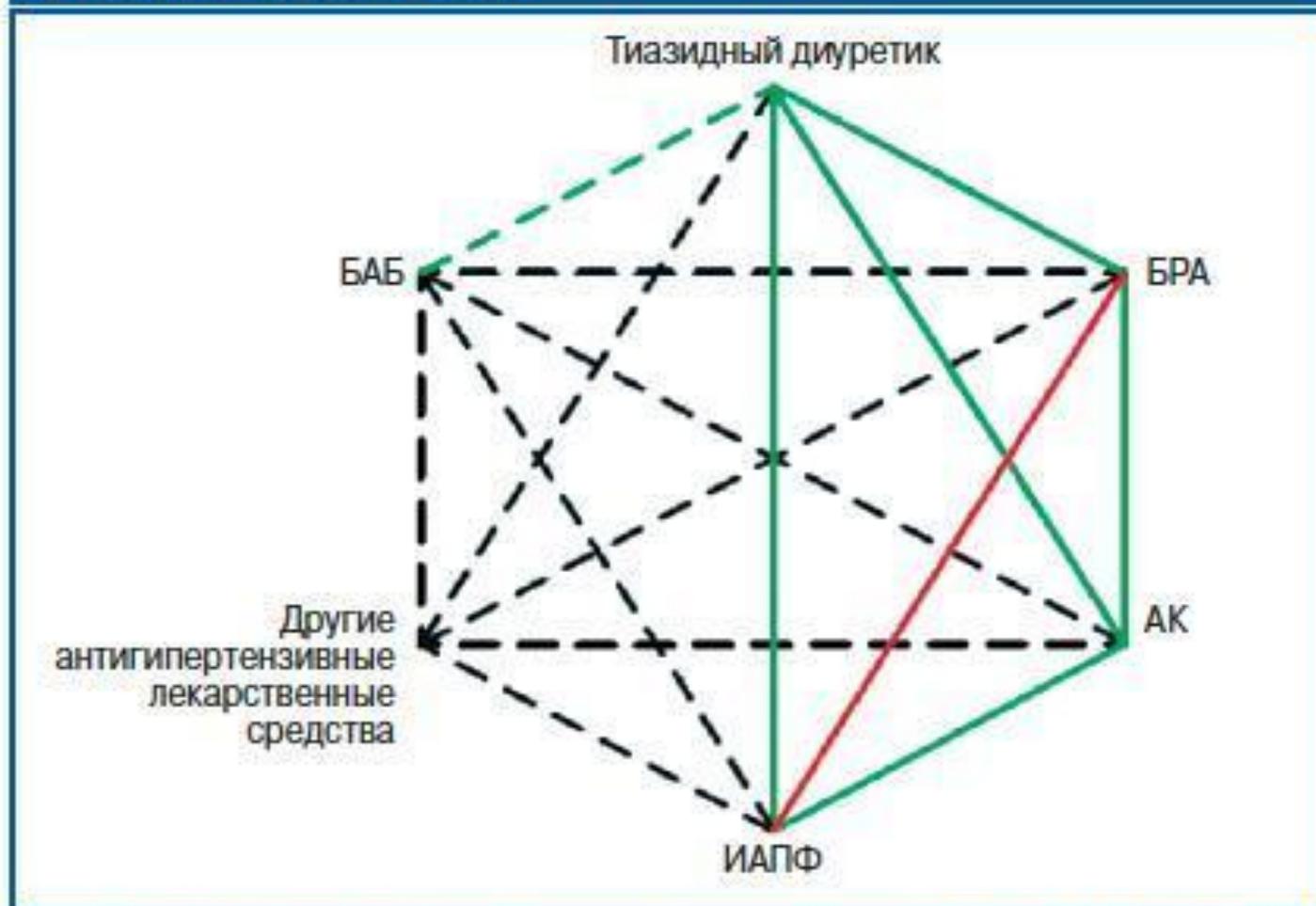


АД – артериальное давление, СС – сердечно-сосудистый

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 комбинация.

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 + иАПФ**
- 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 перемежающейся 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 добавляться другие 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 противопоказаны или 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