



**БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
Кафедра кардиологии**

**БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер  
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»**

## **«ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
для врачей первичной медико-санитарной помощи**

**Коллектив авторов:**

**Урванцева И.А.,**  
к.м.н., доцент, заведующий  
кафедрой кардиологии,  
главный врач  
БУ ХМАО-Югры  
«ОКД «ЦД и ССХ»  
Заслуженный врач РФ

**Кожокарь К.Г.,**  
к.м.н., преподаватель кафедры,  
врач-кардиолог  
БУ ХМАО-Югры  
«ОКД «ЦД и ССХ»

**Сургут – 2018**

### Список сокращений:

АГ – артериальная гипертензия	РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система
АК – антагонисты кальция	РФ – Российская Федерация
АКС – ассоциированные клинические состояния	САД – систолическое артериальное давление
АРП – активность ренина в плазме крови	СД – сахарный диабет
АП – ангиотензин II	СЗ – сопутствующие заболевания
БА – бронхиальная астма	СКАД – самоконтроль артериального давления
β-АБ – β-адреноблокатор	СКФ – скорость клубочковой фильтрации
БРА – блокатор рецепторов АТ1	СМАД – суточное мониторирование артериального давления
ГБ – гипертоническая болезнь	ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка	ССО – сердечно-сосудистые осложнения
ДАД – диастолическое артериальное давление	ТГ – триглицериды
ИАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента	ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка
ИБС – ишемическая болезнь сердца	ФК – функциональный класс
ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка	ФР – фактор риска
ИМТ – индекс массы тела	ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ИСАГ – изолированная систолическая артериальная гипертензия	ХБП – хроническая болезнь почек
ЛЖ – левый желудочек	ХС ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности
МАУ – микроальбуминурия	ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности
ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка	ХСН – хроническая сердечная недостаточность
НТГ – нарушенная толерантность к глюкозе	ЦВБ – цереброваскулярные болезни
ОКС – острый коронарный синдром	ЭКГ – электрокардиограмма
ОТ – окружность талии	ЭхоКГ – эхокардиография
ОХС – общий холестерин	SCORE – Systemic Coronary Risk Evaluation__
ПОМ – поражение органов-мишеней	

**Артериальная гипертензия** - синдром повышения АД при гипертонической болезни (ГБ) и симптоматических АГ. Под **гипертонической болезнью** принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является АГ, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ).

### Сбор индивидуального и семейного медицинского анамнеза

1. Длительность и прежние значения повышенного АД, включая домашние.
2. Вторичная гипертония
  - а) Семейный анамнез ХБП (поликистоз почек).
  - б) Наличие в анамнезе болезней почек, инфекций мочевых путей, гематурии, злоупотребления обезболивающими (паренхиматозные заболевания почек).
  - в) Прием лекарств, таких как пероральные контрацептивы, солодка, карбеноксолоны, сосудосуживающие капли в нос, кокаин, амфетамины, глюко- и минералокортикоиды, нестероидные противовоспалительные средства, эритропоэтин, циклоспорин.
  - г) Повторные эпизоды потливость, головной боли, тревоги, сердцебиения (феохромоцитома).
  - д) Периодическая мышечная слабость и судороги (гиперальдостеронизм).
  - е) Симптомы, позволяющие предполагать заболевания щитовидной железы.
3. Факторы риска
  - а) Семейный и личный анамнез АГ и сердечно-сосудистых заболеваний.
  - б) Семейный и личный анамнез дислипидемии.
  - в) Семейный и личный анамнез сахарного диабета (препараты, показатели гликемии, полиурия).
  - г) Курение.
  - д) Особенности питания.
  - е) Динамика массы тела, ожирение.
  - ж) Уровень физической активности.
  - з) Храп, апноэ во сне (сбор информации также от партнера).
  - и) Низкая масса тела при рождении.
4. Анамнез и симптомы поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистых заболеваний
  - а) Головной мозг и зрение: головная боль, головокружение, нарушение зрения, ТИА, чувствительные или двигательные нарушения, инсульт, реваскуляризация сонной артерии.

- б) Сердце: боль в груди, одышка, отек лодыжек, инфаркт миокарда, ревазуляризация, обмороки, сердцебиения в анамнезе, аритмии, особенно фибрилляция предсердий.
- в) Почки: жажда, полиурия, никтурия, гематурия.
- г) Периферические артерии: холодные конечности, перемежающаяся хромота, расстояние безболевого ходьбы, периферическая ревазуляризация.
- д) Храп, хронические заболевания легких, апноэ сна.
- е) Когнитивная дисфункция.

#### 5. Лечение АГ

- а) Текущая антигипертензивная терапия.
- б) Предшествующая антигипертензивная терапия.
- в) Данные о приверженности или недостаточной приверженности к лечению.
- г) Эффективность и побочные эффекты препаратов.

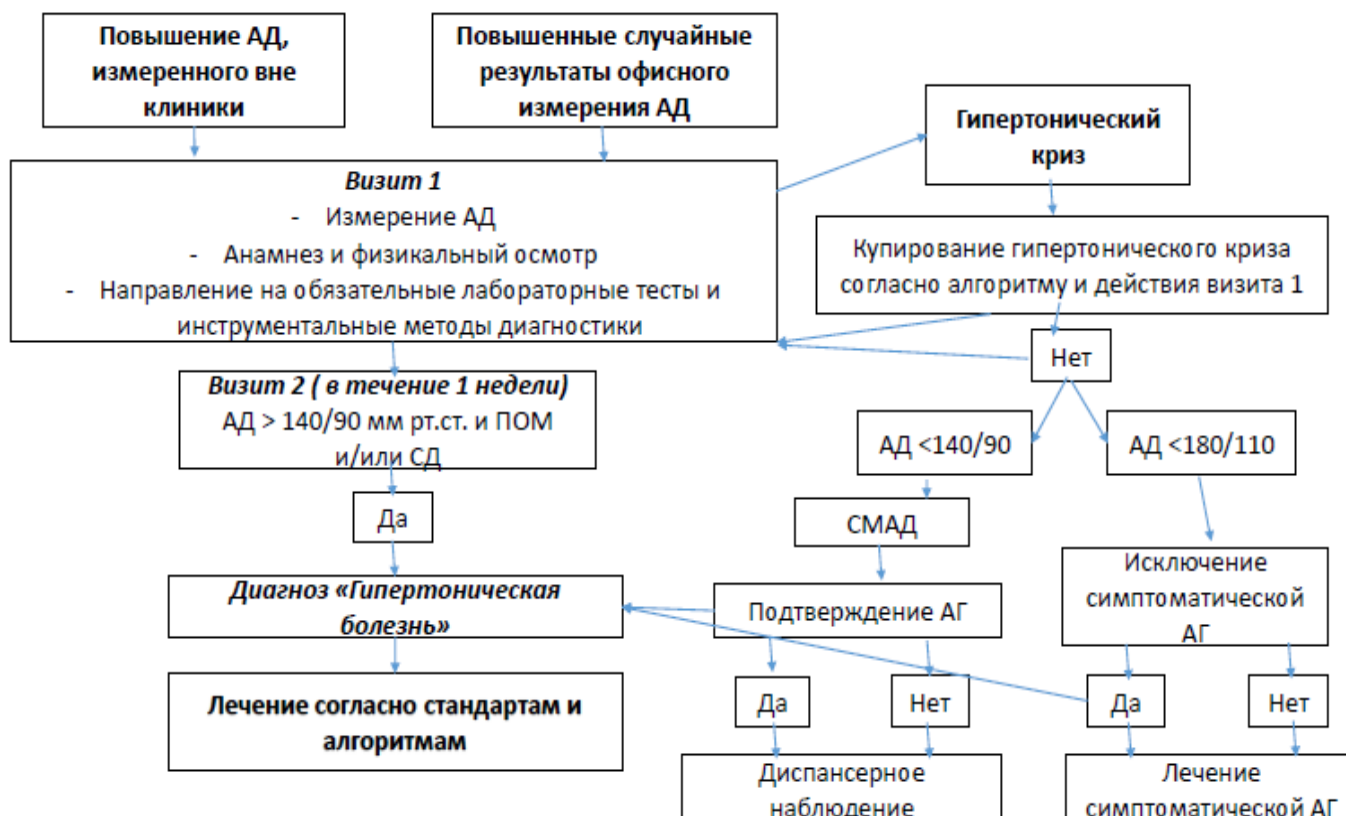


Рис.1. Тактика ведения пациента с впервые выявленным повышением артериального давления

Таблица 1. Классификация уровней АД

Категории АД	САД		ДАД
Оптимальное	< 120	и	< 80
Нормальное	120 – 129	и/или	80 – 84
Высокое нормальное	130 – 139	и/или	85 – 89
АГ 1-й степени	140 – 159	и/или	90 – 99
АГ 2-й степени	160 – 179	и/или	100 – 109
АГ 3-й степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая АГ *	≥ 140	и	< 90

\* ИСАГ должна классифицироваться на 1, 2, 3 ст. согласно уровню систолического АД.

Таблица 2. Пороговые уровни АД (мм рт.ст.) для диагностики артериальной гипертонии по данным различных методов измерения

Категории АД	САД		ДАД
Офисное АД	≥140	и/или	≥90
Амбулаторное АД			
Дневное (бодрствование)	≥135	и/или	≥85
Ночное (сон)	≥120	и/или	≥70
Суточное	≥130	и/или	≥80
СКАД	≥135	и/или	≥85

## Лабораторные и инструментальные методы обследования при артериальной гипертензии

### Рутинные тесты

- Гемоглобин и/или гематокрит.
- Глюкозы плазмы натощак.
- Общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности в сыворотке.
- Триглицериды сыворотки натощак.
- Калий и натрий сыворотки.
- Мочевая кислота сыворотки.
- Креатинин сыворотки (с расчетом СКФ).
- Анализ мочи с микроскопией осадка, белок в моче по тест-полоске, анализ на микроальбуминурию.
- ЭКГ в 12 отведениях.

### Дополнительные методы обследования, с учетом анамнеза, данных физикального обследования и результатов рутинных лабораторных анализов

- Гликированный гемоглобин (HbA1c), если глюкоза плазмы натощак >5,6 ммоль/л (102 мг/дл) или если ранее был поставлен диагноз диабета.
- Качественная оценка протеинурии (при положительном результате на белок по тест-полоске); калий и натрий в моче и их соотношение.
- Домашнее и суточное амбулаторное мониторирование АД.
- Эхокардиография.
- Холтеровское ЭКГ-мониторирование (в случае аритмий).
- Ультразвуковое исследование сонных артерий.
- Ультразвуковое исследование периферических артерий/брюшной полости.
- Измерение скорости пульсовой волны.
- Лодыжечно-плечевой индекс.
- Фундоскопия.

### Расширенное обследование (обычно проводится соответствующими специалистами)

- Углубленный поиск признаков поражения головного мозга, сердца, почек и сосудов, обязателен при резистентной и осложненной АГ.
- Поиск причин вторичной АГ, если на то указывают данные анамнеза, физикального обследования или рутинные и дополнительные методы исследования.

## Факторы, влияющие на прогноз течения АГ и используемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

### Факторы риска

- Мужской пол,
- Возраст (≥55 лет у мужчин, ≥65 лет у женщин),
- Курение,
- Дислипидемия (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена):  
 Общий холестерин >4,9 ммоль/л (190 мг/дл) и/или Холестерин липопротеинов низкой плотности >3,0 ммоль/л (115 мг/дл) и/или Холестерин липопротеинов высокой плотности: <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 (150 мг/дл),  
 Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл),  
 Нарушение толерантности к глюкозе,  
 Ожирение (ИМТ ≥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).

#### **Бессимптомное поражение органов-мишеней**

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

Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона  $> 3,5$  мВ,  $RaVL > 1,1$  мВ; индекс Корнелла  $> 244$  мВ x мсек) или Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс МЛЖ:  $> 115$  г/м<sup>2</sup> у мужчин,  $5$  г/м<sup>2</sup> у женщин (ПШТ)),

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

Скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны  $> 10$  м/сек,

Лодыжечно-плечевой индекс  $< 0,9$ ,

ХБП с рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ПШТ),

Микроальбуминурия (30–300 мг в сутки) или соотношение альбумина к креатинину (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи).

#### **Сахарный диабет**

Глюкоза плазмы натощак  $\geq 7,0$  ммоль/л (126 мг/дл) при двух измерениях подряд и/или HbA1c  $> 7\%$  (53 ммоль/моль) и/или Глюкоза плазмы после нагрузки  $> 11,0$  ммоль/л (198 мг/дл).

#### **Уже имеющиеся сердечно-сосудистые или почечные заболевания**

Цереброваскулярная болезнь: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака,

ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ,

Сердечная недостаточность, включая сердечную недостаточность с сохранной фракцией выброса,

Клинически манифестное поражение периферических артерий ХБП с рСКФ  $< 30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ПШТ); протеинурия ( $> 300$  мг в сутки),

Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва.

#### **Физикальное обследование на предмет вторичной АГ, поражения органов-мишеней и ожирения**

##### **Симптомы, позволяющие предполагать вторичную АГ**

- Признаки синдрома Кушинга.
- Кожные проявления нейрофиброматоза (феохромоцитома).
- Увеличение почек при пальпации (поликистоз).
- Наличие шумов в проекции почечных артерий (реноваскулярная гипертензия).
- Шумы в сердце и в грудной клетке (коарктация и другие заболевания аорты, поражение артерий верхних конечностей).
- Ослабление и замедление пульсации на бедренной артерии, снижения АД в бедренной артерии, в сравнении с АД, одновременно измеренным на плечевой артерии (коарктация и другие заболевания аорты, поражение артерий нижних конечностей).
- Разница АД на правой и левой руке (коарктация аорты, стеноз подключичной артерии).

##### **Признаки поражения органов-мишеней**

- Головной мозг: двигательные или чувствительные нарушения.
- Сетчатка: изменения на глазном дне.
- Сердце: частота сердечных сокращений, наличие III или IV тона, шумы, нарушения ритма, локализация верхушечного толчка, хрипы в легких, периферические отеки.
- Периферические артерии: отсутствие, ослабление или асимметрия пульса, холодные конечности, ишемические язвы на коже.
- Сонные артерии: систолический шум.

##### **Признаки ожирения**

- Масса тела и рост.
- Расчет ИМТ: масса тела /рост<sup>2</sup> (кг/м<sup>2</sup>).
- Окружность талии, измеренная в положении стоя, на середине расстояния между нижним краем реберной дуги и верхним краем подвздошной кости.



**Таблица 3. Тактика ведения больных с АГ в зависимости от степени повышения АД и градации суммарного сердечно-сосудистого риска**

Другие факторы риска, поражения органов-мишеней, заболевания	Высокое нормальное (САД 130–139 или ДАД 85–89 мм рт. ст.)	1-я степень АГ (САД 140–159 или ДАД 90–99 мм рт. ст.)	2-я степень АГ (САД 160–179 или ДАД 100–109 мм рт. ст.)	3-я степень АГ САД>180 или ДАД>110)
Нет	Не требуется	<b>Низкий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких месяцев</li> <li>затем лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Умеренный риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких недель</li> <li>затем лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>немедленная лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>
1–2 ФР	<b>Низкий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких месяцев</li> </ul>	<b>Умеренный риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких недель</li> <li>затем лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Умеренный или высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких недель</li> <li>затем лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>немедленная лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>
3 и более ФР	<b>Низкий – умеренный риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких месяцев</li> </ul>	<b>Умеренный или высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких недель</li> <li>затем лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких недель</li> <li>затем лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>немедленная лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>
ПОМ, ХБП III стадия или СД	<b>Умеренный или высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких месяцев</li> </ul>	<b>Высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>немедленная лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>
АКС, ХБП IV стадия, СД с ПОМ/ФР	<b>Очень высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни в течение нескольких месяцев</li> </ul>	<b>Очень высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Очень высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>	<b>Очень высокий риск</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>изменение образа жизни</li> <li>немедленная лекарственная терапия</li> <li>целевое АД&lt;140/90</li> </ul>

**Таблица 4. Диагностика вторичной гипертензии**

	Клинические показания		Диагностика		
	<i>Частые причины</i>				
	Анамнез	Физикальное обследование	Лабораторное и инструментальное обследование	Обследование первой линии	Дополнительные/верифицирующие методы обследования
<b>Паренхиматозные заболевания почек</b>	Инфекции или обструкция мочевых путей, гематурия, злоупотребление обезболивающими, семейная отягощенность по поликистозу почек	Образования брюшной полости (при поликистозе почек)	Белок, эритроциты или лейкоциты в моче, снижение СКФ	Ультразвуковое исследование почек	Подробное обследование по поводу заболевания почек
<b>Стеноз почечных артерий</b>	Фибромускулярная дисплазия: раннее начало АГ, особенно у женщин. Атеросклеротический стеноз: внезапное начало АГ, ухудшение или нарастающие проблемы с контролем АД, внезапный отек легких	Шум в проекции почечной артерии	Разница длины почек >1.5 см (УЗИ почек), быстрое ухудшение функции почек (спонтанное или при назначении ингибиторов РААС)	Дуплексная доплероультрасонография почек	Магнитнорезонансная ангиография, мультиспиральная компьютерная томография, внутриартериальная цифровая субтракционная ангиография
<b>Первичный гиперальдостеронизм</b>	Мышечная слабость, семейная отягощенность по ранней АГ и цереброваскулярным событиям в возрасте до 40 лет	Аритмии (при тяжелой гипокалиемии)	Гипокалиемия (спонтанная или индуцированная приемом диуретиков), случайное обнаружение образования в надпочечнике	Отношение альдостерона к ренину в стандартизованных условиях (коррекция гипокалиемии и отмена препаратов, влияющих на РААС)	Подтверждающие пробы (с пероральной нагрузкой натрием, с инфузией физ.раствора, с подавлением флудрокортизоном, проба с каптоприлом), КТ надпочечников, селективный забор крови из вен надпочечников
<i>Редкие причины</i>					

<b>Феохромоцитома</b>	Пароксизмальная АГ или кризы на фоне постоянной АГ; головная боль, потливость, сердцебиение, бледность; семейный анамнез, отягощенный по феохромоцитоме	Кожные проявления нейрофиброматоза (пятна цвета «кофе с молоком», нейрофибромы)	Случайное обнаружение образования в надпочечнике (или, в некоторых случаях, вне надпочечников)	Определение фракция метанефринов в моче или свободных метанефринов в плазмефракции	КТ или МРТ брюшной полости и таза; скинтиграфия с <sup>123</sup> I-метайодобензилгуанидином; генетический скрининг на патологические мутации
<b>Синдром Кушинга</b>	Быстрая прибавка массы тела, полиурия, полидипсия, психические нарушения	Характерный внешний вид (центральное ожирение, матронизм, «климактерический горбик», стрии, гирсутизм)	Гипергликемия	Суточная экскреция кортизола с мочой	Пробы с дексаметазоном

### Формулировка диагноза

При формулировании диагноза по возможности максимально полно должны быть отражены ФР, ПОМ, АКС, сердечно-сосудистый риск. Степень повышения АД обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ, у остальных больных пишется достигнутая степень АГ.

#### Примеры диагностических заключений:

- ГБ I стадии. Степень АГ 2. Дислипидемия. Риск 2 (средний).
- ГБ II стадии. Достигнутая степень АГ 3. ДЛП. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ III стадии. Степень АГ 2. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ II стадии. Достигнутая степень АГ 2. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск 3 (высокий).
- ГБ III стадии. Достигнутая степень АГ 1. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. перемежающаяся хромота. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ I стадии. Степень АГ 1. СД типа 2. Риск 3 (высокий).
- ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (крупноочаговый) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ III стадии. Достигнутая степень АГ 1. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Ожирение II степени. Нарушение толерантности к глюкозе. Риск 4 (очень высокий).
- Феохромоцитома правого надпочечника. Степень АГ 3. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).

**Лечение.** Тактика ведения и лечения больных с АГ представлена в таблице 3.



**Рис. 2. Возможные комбинации различных классов антигипертензивных препаратов**

**Таблица 5. Препараты для лечения АГ, предпочтительные в конкретных обстоятельствах**

Клиническая ситуация	Препарат
<i>Бессимптомное поражение органов-мишеней</i>	

ГЛЖ	Ингибитор АПФ, антагонист кальция, БРА
Бессимптомный атеросклероз	Антагонист кальция, ингибитор АПФ
Микроальбуминурия	Ингибитор АПФ, БРА
Нарушение функции почек	Ингибитор АПФ, БРА
<b>Сердечно-сосудистое событие</b>	
Инсульт в анамнезе	Любой препарат, эффективно снижающий АД
Инфаркт миокарда в анамнезе	Бета-блокатор, ингибитор АПФ, БРА
Стенокардия	Бета-блокатор, антагонист кальция
Сердечная недостаточность	Диуретик, бета-блокатор, ингибитор АПФ, БРА, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
Аневризма аорты	Бета-блокаторы
Фибрилляция предсердий, профилактика	БРА, ингибитор АПФ, бета-блокатор или антагонист минералокортикоидных рецепторов
Фибрилляция предсердий, контроль ритма желудочков	Бета-блокаторы, недигидропиридиновый антагонист кальция
ТСБП/протеинурия	Ингибитор АПФ, БРА
Периферическое поражение артерий	Ингибитор АПФ, антагонист кальция
<b>Прочее</b>	
ИСАГ (пожилой и старческий возраст)	Диуретик, антагонист кальция
Метаболический синдром	Ингибитор АПФ, БРА, антагонист кальция
Сахарный диабет	Ингибитор АПФ, БРА
Беременность	Метилдопа, бета-блокатор, антагонист кальция

**Таблица 6. Основные препараты, используемые для лечения АГ**

Препарат	Дозировка (мин-макс)	Кратность дозирования
<b>Диуретики</b>		
Индапамид	1,5-2,5 мг	1 раз в сутки
Гидрохлортиазид	12,5-100 мг	1 раз в сутки
Торасемид	5-20 мг	1 раз в сутки
<b>Блокаторы рецепторов к ангиотензину</b>		
Лозартан	25-100 мг	1 раз в сутки
Валсартан	80-320 мг	1-2 раза в сутки
Кандесартан	8-32 мг	1 раз в сутки
Ирбесартан	75-300 мг	1 раз в сутки
Азилсартан	20-80 мг	1 раз в сутки
<b>Ингибиторы АПФ</b>		
Лизиноприл	10-40 мг	1 раз в сутки
Периндоприл	1-8 мг	1 раз в сутки
Фозиноприл	10-40 мг	1 раз в сутки
Рамиприл	1,25-10 мг	1 раз в сутки
<b>Антагонисты кальция</b>		
Амлодипин	2,5-10 мг	1 раз в сутки
Фелодипин	2,5-20 мг	1 раз в сутки
Лерканидипин	10-20 мг	1 раз в сутки
Верапамил	40-480 мг	3-4 раза в сутки
Дилтиазем	60-360 мг	1-3 раза в сутки
<b>Бета-адреноблокаторы</b>		
Бисопролол	1,25-20 мг	1 раз в сутки
Метопролол	50-200 мг	1-2 раза в сутки
Небиволол	2,5-10 мг	1 раз в сутки
Карведилол	6,25-25 мг	1 раз в сутки



**Таблица 7. Абсолютные и относительные противопоказания к назначению различных групп антигипертензивных препаратов**

Класс препаратов	Абсолютные противопоказания	Относительные противопоказания
Тиазидные диуретики	подагра	МС, НТГ, гипер- и гипокалиемия, беременность
ББ	атриовентрикулярная блокада 2-3 степени, бронхиальная астма	МС, НТГ, спортсмены и физически активные пациенты, ХОБЛ (за исключением ББ с вазодилатирующим эффектом)
АК дигидропиридиновые		тахикардии, ХСН
АК недигидропиридиновые	атриовентрикулярная блокада 2-3 степени, ХСН, сниженная ФВ ЛЖ	
ИАПФ	беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий, ангионевротический отек	женщины, способные к деторождению,
БРА	беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий	женщины, способные к деторождению,
Диуретики антагонисты альдостерона	гиперкалиемия, острая и хроническая почечная недостаточность (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	

**Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов**

Диспансерному наблюдению **участковым врачом** подлежат больные АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов.

**Таблица 8. Диспансерное наблюдение больных АГ**

	АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП	АГ I-III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП	АГ I-III степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП
<b>Регулярность профилактических посещений</b>	не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений. При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики	не менее 2 раз в год	не менее 2 раз в год
<b>Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений</b>			
сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза	+	+	+
уточнение факта и характера приема гипотензивных препаратов	+	+	+
уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний	+	+	+
опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности	+	+	+
измерение АД при каждом посещении	+	+	+
анализ данных СКАД	+	+	+

общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении	+	+	+
гемоглобин и/или гематокрит при взятии	-	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
глюкоза плазмы крови натощак (допускается экспресс-метод),	не реже 1 раза в год	не реже 1 раза в год	не реже 1 раза в год
общий холестерин (допускается экспресс-метод),	не реже 1 раза в год	не реже 1 раза в год	не реже 1 раза в год
оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE	+	при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю	при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю
холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
калий и натрий сыворотки	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
креатинин сыворотки (с расчетом СКФ)	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
мочевая кислота сыворотки	-	-	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям
анализ мочи с микроскопией осадка и определением белка в моче	-	-	не реже 1 раза в год
анализ мочи на микроальбуминурию	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнелльского показателя	не реже 1 раза в год	не реже 1 раза в год	не реже 1 раза в год
ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции, при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка по данным расчета индекса Соколова-Лайона и Корнелльского показателя,	при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года	при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года

дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ>30 кг/м <sup>2</sup> и более и общем холестерине >5 ммоль/л и более с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раз в 3 года	при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раз в 3 года	не реже 1 раза в 2 года
измерение скорости пульсовой волны на каротидно-феморальном участке артериального русла; далее - при отсутствии достижения целевых значений АД	при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не реже 1 раза в 3 года	-	-
лодыжечно-плечевой индекс при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей	-	+	+
УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию	-	+	+
дуплексное сканирование подвздошных и бедренных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию	-	-	+
консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва	-	при взятии под ДН и по показаниям	при взятии под ДН и по показаниям
корректировка терапии (при необходимости),	+	+	+
объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая.	+	+	+

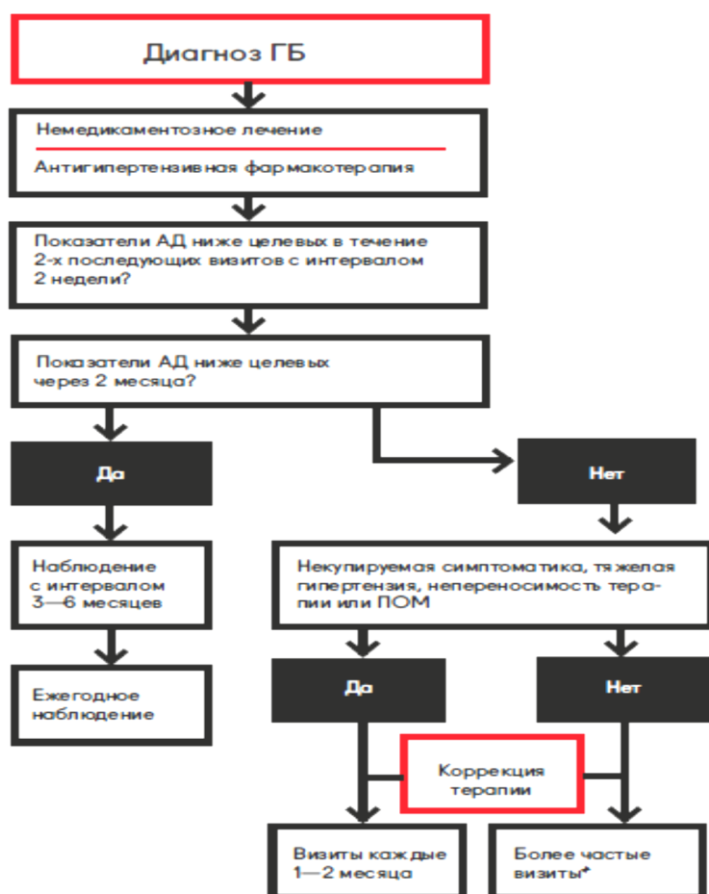


Рис. 3. Рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациентов после постановки диагноза гипертоническая болезнь

### **Список использованной литературы:**

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией. Общероссийская общественная организация «Содействие профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». Санкт-Петербург, 2015. Издание первое. URL: [http://www.ahleague.ru/images/rekom/Algoritmy\\_AG.pdf](http://www.ahleague.ru/images/rekom/Algoritmy_AG.pdf)
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Москва, 2010. URL: <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/recommendation-ag-2010.pdf>
3. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г. Москва, 2014г. URL: [https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metod\\_rek\\_disp\\_nabl.pdf](https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metod_rek_disp_nabl.pdf)
4. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов, Российский кардиологический журнал. №1,2014г. URL: <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESHypertension2013.pdf>

**Исполнитель:** Кожокарь К.Г., к.м.н.,  
преподаватель каф.кардиологии МИ БУ ВО «СурГУ»  
тел.8(3462)52-85-01, e-mail: kkg@okd.ru