



Лечение артериальной
гипертензии в
соответствии с
новыми
Рекомендациями ЕОГ и
ЕОК (2013г.)

Давыдова
Ирина Владимировна
доцент кафедры кардиологии
НМАПО им П.Л.Шупика

1. Распространенность АГ

2. Классификация АГ

3. Факторы - риска

4. Почему необходимо лечить АГ?

5. Осложнения АГ

6. Стратификация риска больных АГ

1. Распространенность АГ

**Здоровье – состояние полного
физического, духовного и
социального благополучия, а не
только отсутствие болезни или
физических дефектов**

ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

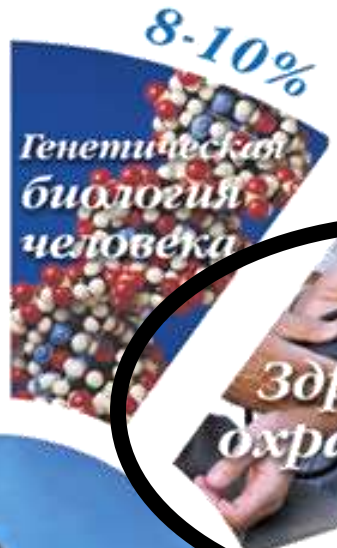
17-20%

Внешняя среда и природно-климатические условия



8-10%

Генетическая биология человека



8-10%

Здорово-охранение



ЗДОРОВЬЕ



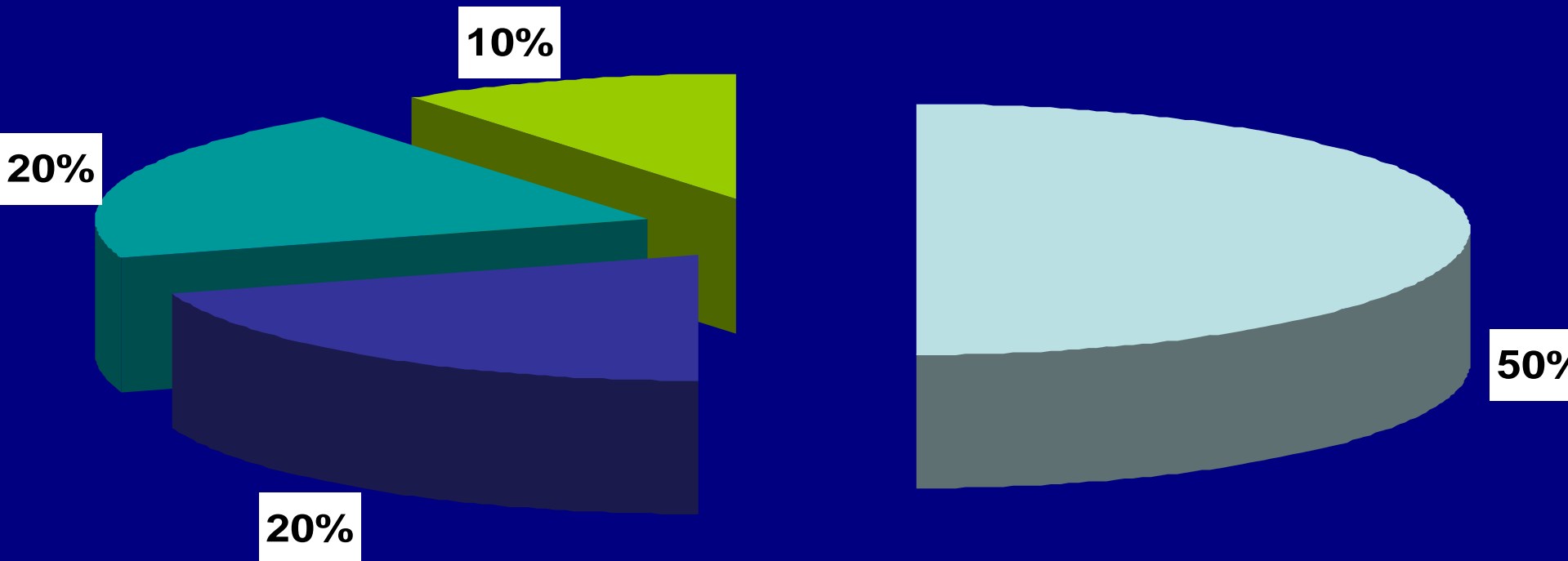
Образ жизни
(питание, условия труда, материально-бытовые условия)



45-55%



ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ?



Окружающая среда

Наследственность

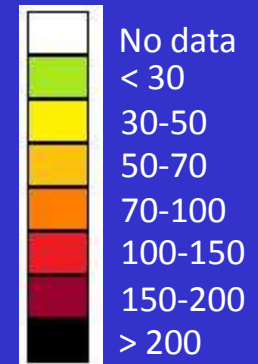
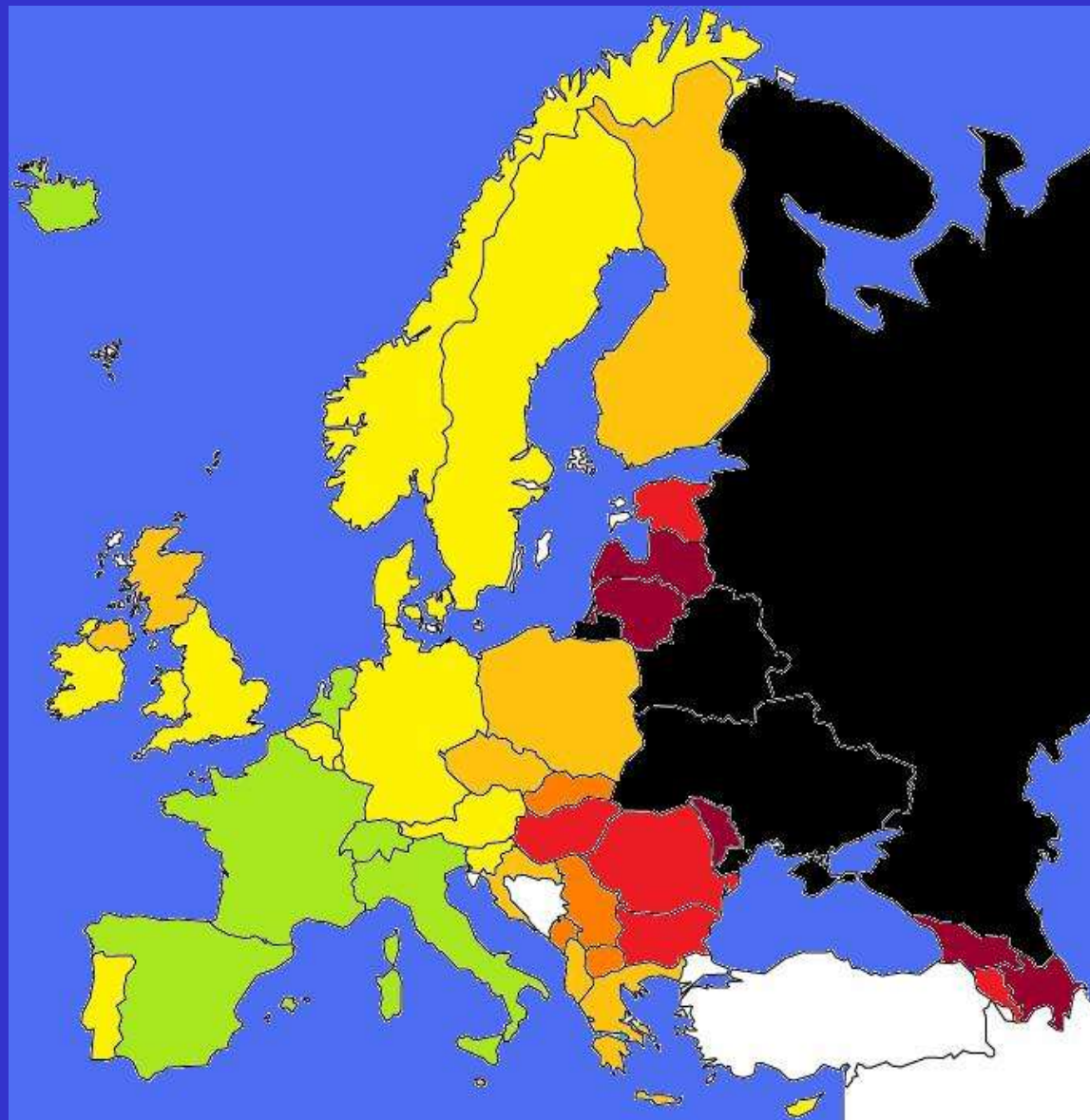
Социальные факторы

Здравоохранение

Сердечно-сосудистые заболевания: лидер причин смертности во всем мире



Сердечно-сосудистая смертность максимальная в Восточной Европе

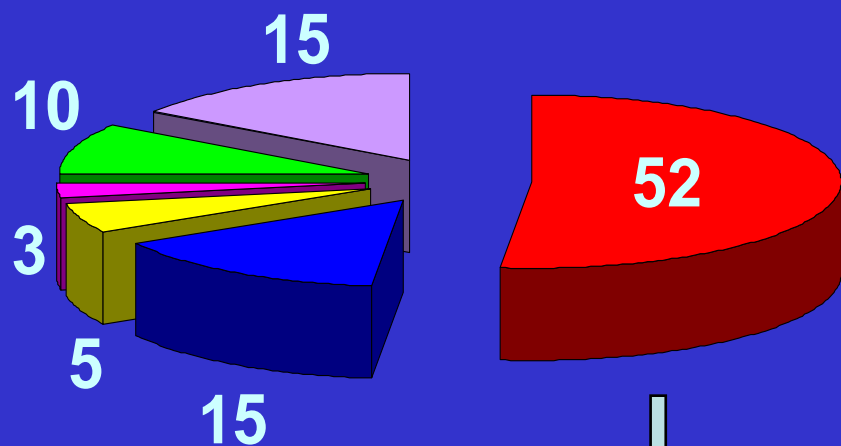


**Стандартизованная
по возрасту (< 65
лет) смертность от
ИБС
ESC, 2010**

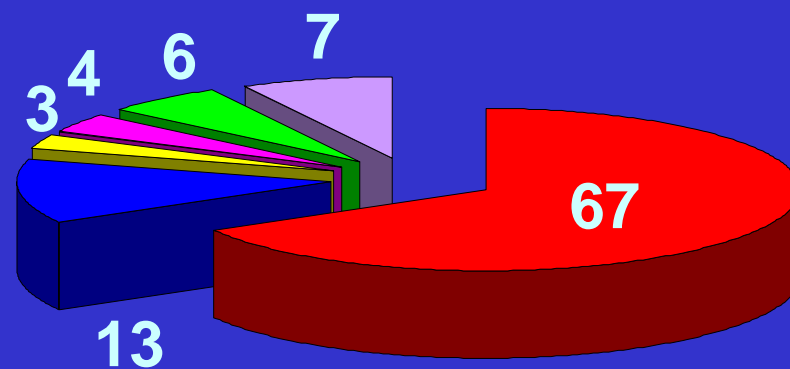
**Ian Graham
Chairman JTF4,
European Prevention Implementation
Committee
and IHF Council on CVD Prevention**

Динамика структуры смертности населения Украины (%)

1992



2010



↓
1970 г. – 47 %

- ССЗ
- онкологические заболевания
- болезни органов дыхания
- болезни органов ЖКТ
- внешние причины
- другие причины

Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

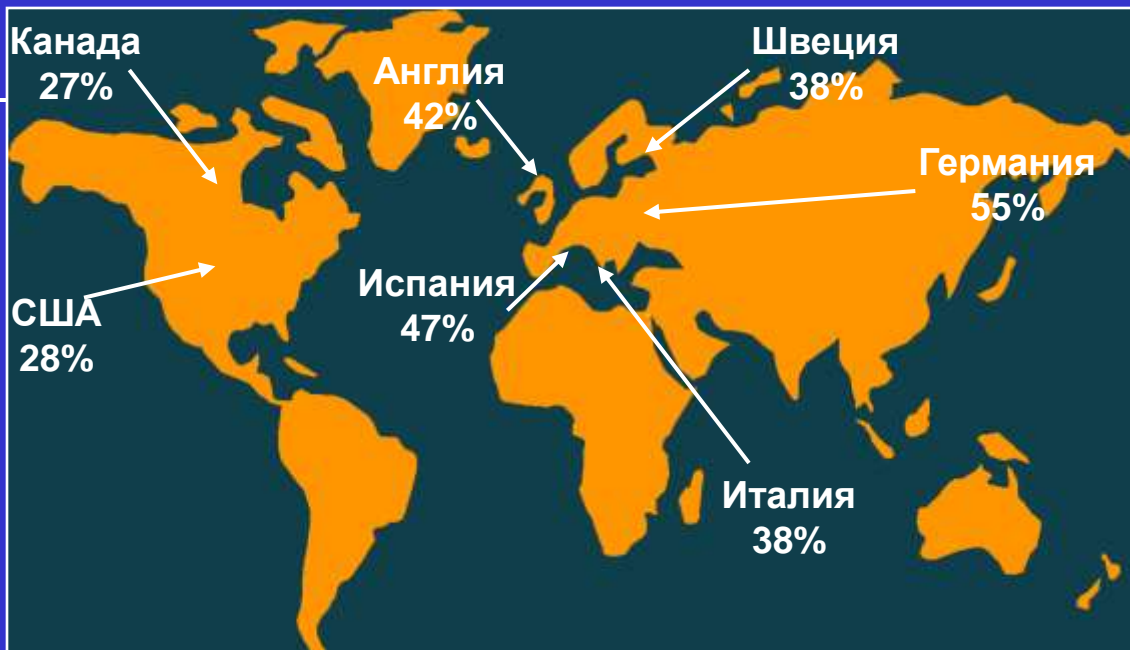
• Модифицируемые

- Курение
- Дислипидемия
 - Повышение ХС-ЛПНП
 - Снижение ХС-ЛПВП
 - Повышение триглицеридов
- Повышение артериального давления
- Сахарный диабет
- Ожирение
- Диетические факторы
- Низкая физическая активность
- Алкоголь

• Немодифицируемые

- Индивидуальный анамнез ИБС
- Семейный анамнез ИБС
- Возраст
- Пол

Распространенность артериальной гипертензии в мире

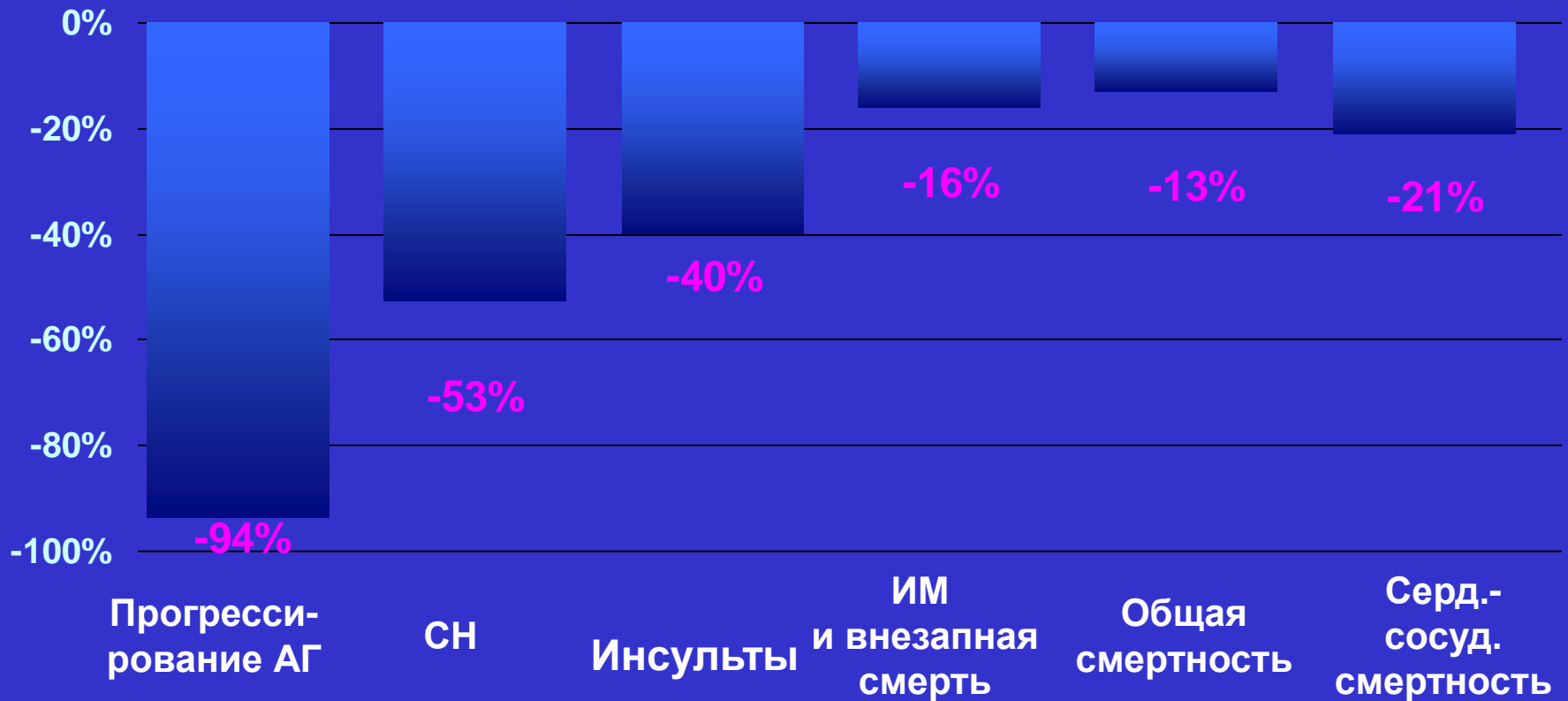


Распространенность АГ в Украине:

2007 г. – 10,6 млн (24% взрослого населения) - *Статистические данные Министерства здравоохранения Украины, 2007*

По данным эпидемиологического исследования, проведенного Институтом кардиологии им. Н.Д.Стражеско – 44% взрослого населения Украины гипертоники. Лечение получают только 12% сельского населения и 61% жителей городов. Лечение эффективно только у 6% и 21% пациентов, соответственно.

Влияние антигипертензивной терапии на риск осложнений



2. Классификация АГ

Рекомендации Украинской ассоциации кардиологов по профилактике и лечению артериальной гипертензии, 2007

➤ Вместо названий «мягкая, умеренная, тяжелая», предлагается использовать терминологию: степень 1, степень 2, степень 3.

| | | |
|--|---|---|
| Оптимальный Нормальный Высокий нормальный | Систолическое < 120 | Диастолическое < 80 |
| | < 130 | < 85 |
| | 130-139 | 85-89 |
| | мм.рт.ст. | мм.рт.ст. |

| | |
|--|------------------------|
| Степень I (мягкая) | 140-159/ 90-99 |
| Степень II (умеренная) | 160-179/100-109 |
| Степень III (тяжелая) | ≥ 180 / ≥ 110 |
| Изолированная систолическая гипертензия | ≥ 140 ≤90 |

**Артериальная
гипертензия**

- У 90%-95% лиц с АГ гипертензия является первичной, у 5%-10% - вторичной
- Вторичная гипертензия , в отличие от первичной, может быть в ряде случаев излечена – при условии своевременной диагностики и лечения

Статистика

- В 2012 г в Украине зарегистрировано более 12 млн.больных с АГ
- Больных с вторичной АГ зарегистрировано 188 тыс.
- Расчетное количество больных с вторичной АГ в Украине- от 500 тыс. до 1 млн. (5%-10% всех больных с АГ)
- Диагноз установлен только у 37% больных с вторичной АГ

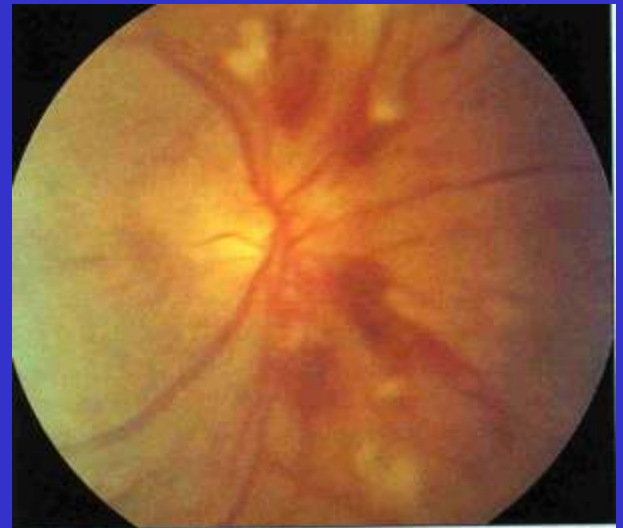
Резистентная (рефрактерная) АГ

- это гипертензия, при которой назначение 3-х или более антигипертензивных препаратов различных классов (одним из которых является **диуретик**) в адекватных дозах не приводит к достижению целевого АД

Злокачественная АГ

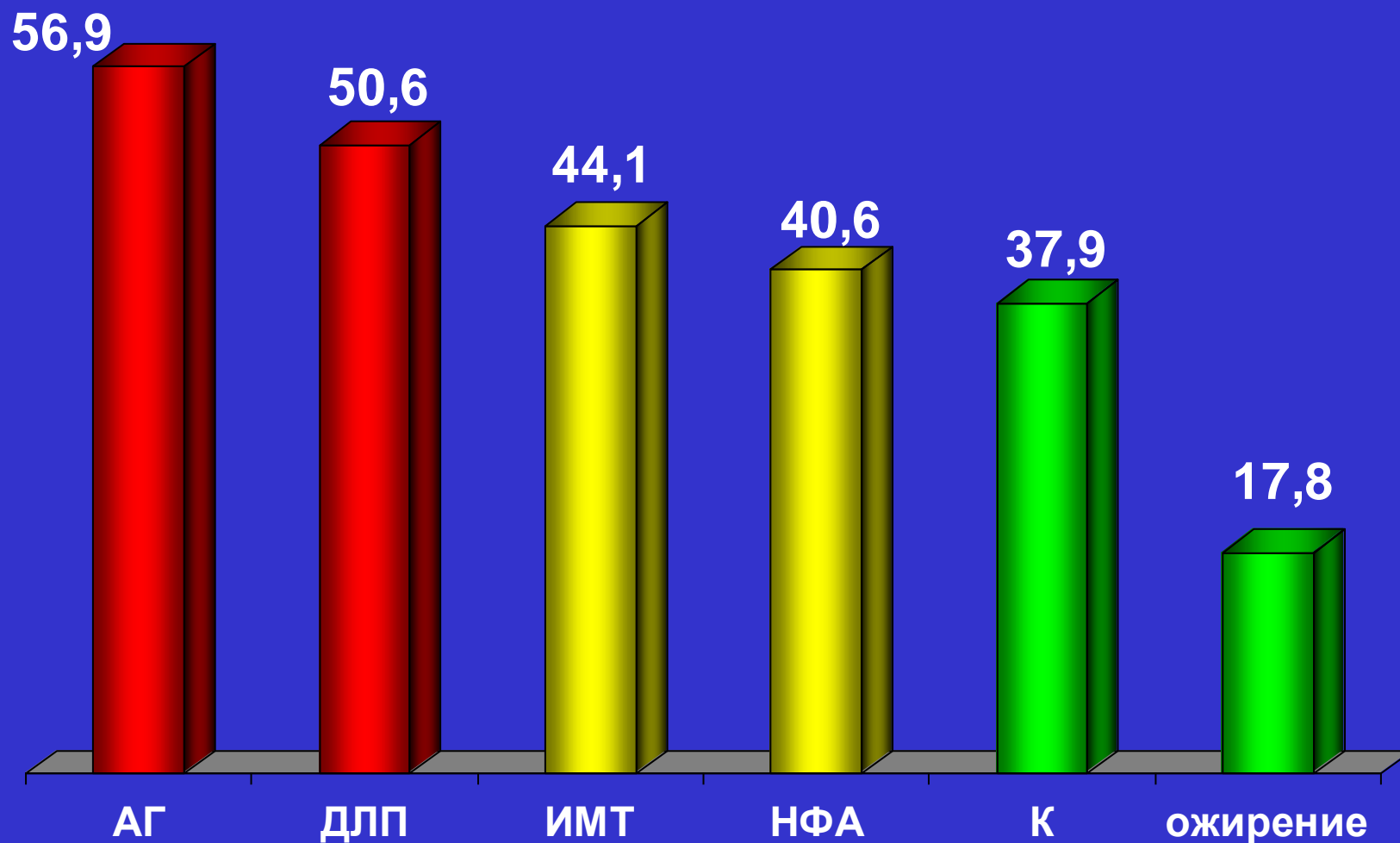
-это гипертензия, отличающаяся
высоким АД и наличием
характерных изменений
глазного дна

*(кровоизлияния, экссудаты,
отек диска зрительного нерва)*

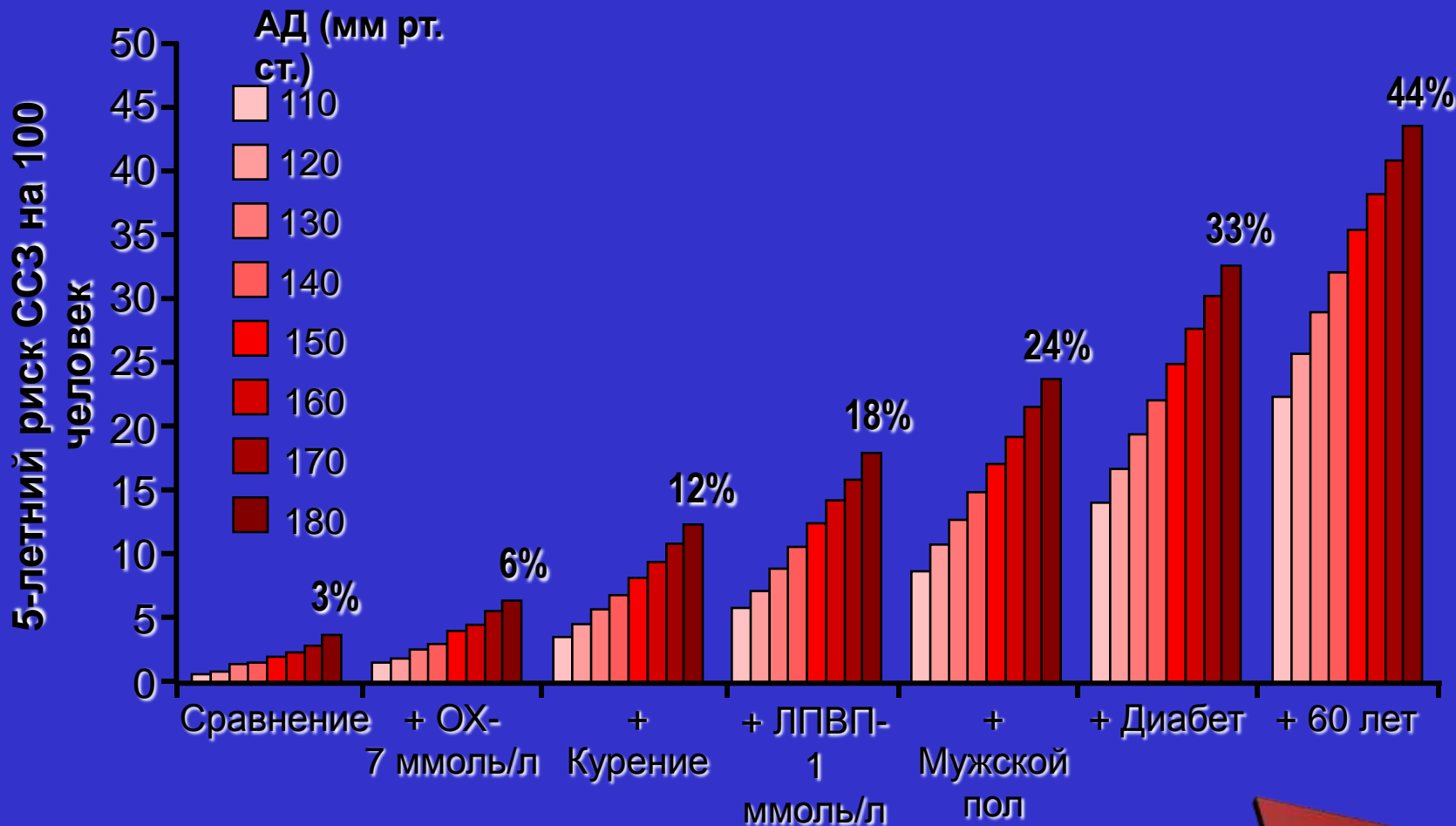


3. Факторы риска АГ

Распространенность факторов риска (%) – данные НИЦ «Институт кардиологии ім. академіка М.Д.Стражеска», 2006



Множественные СС факторы риска в дополнение гипертензии приводят к высокому риску ССЗ



Увеличение количества факторов риска

*Сравнение - женщина без диабета, не курит, в возрасте 50 лет с уровнем общего холестерина (ОХ)=4.0 ммоль/л и Х-ЛПВП=1,6 ммоль/л.

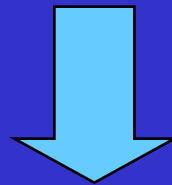
Jackson R et al. *Lancet*. 2005;365:434-441.

4. Почему необходимо лечить АГ?

АГ - основной пусковой механизм в структуре кардиоваскулярного континуума



К чему ведет артериальная гипертензия и атеросклероз ?

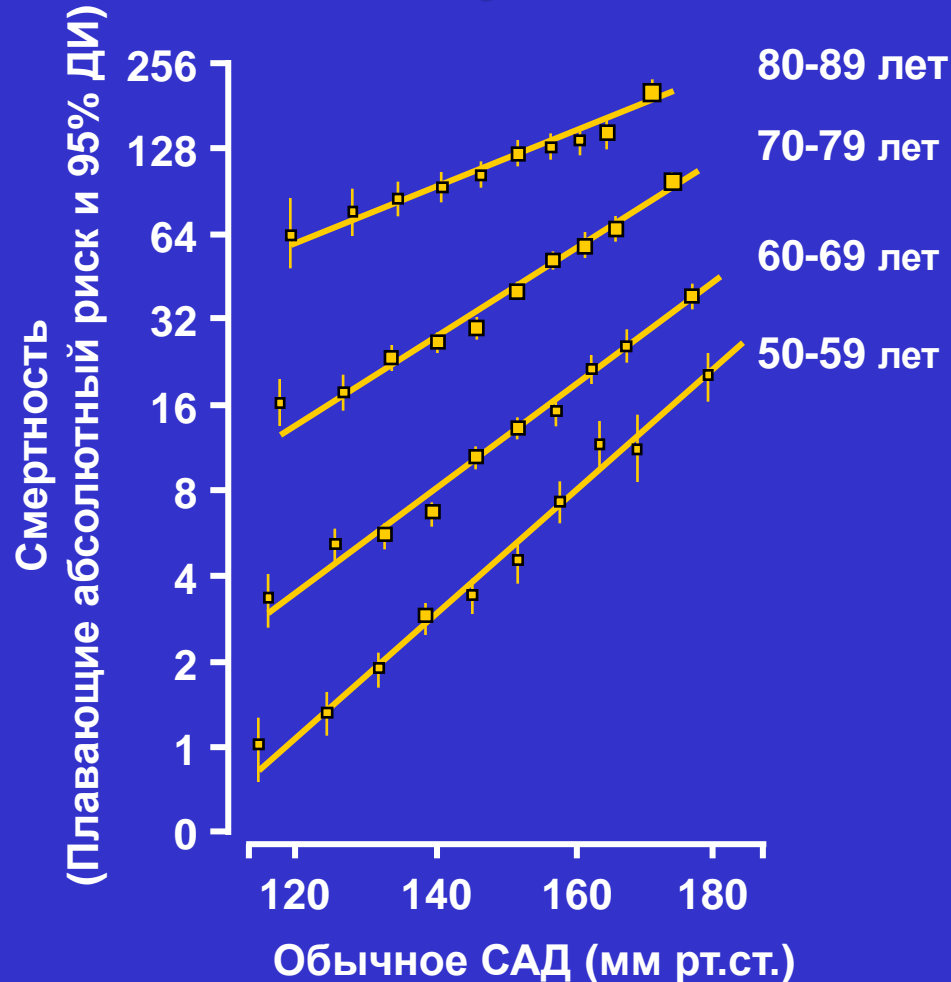


сердечная или сердечно-сосудистая
смерть

Повышенное САД увеличивает смертность от ССЗ

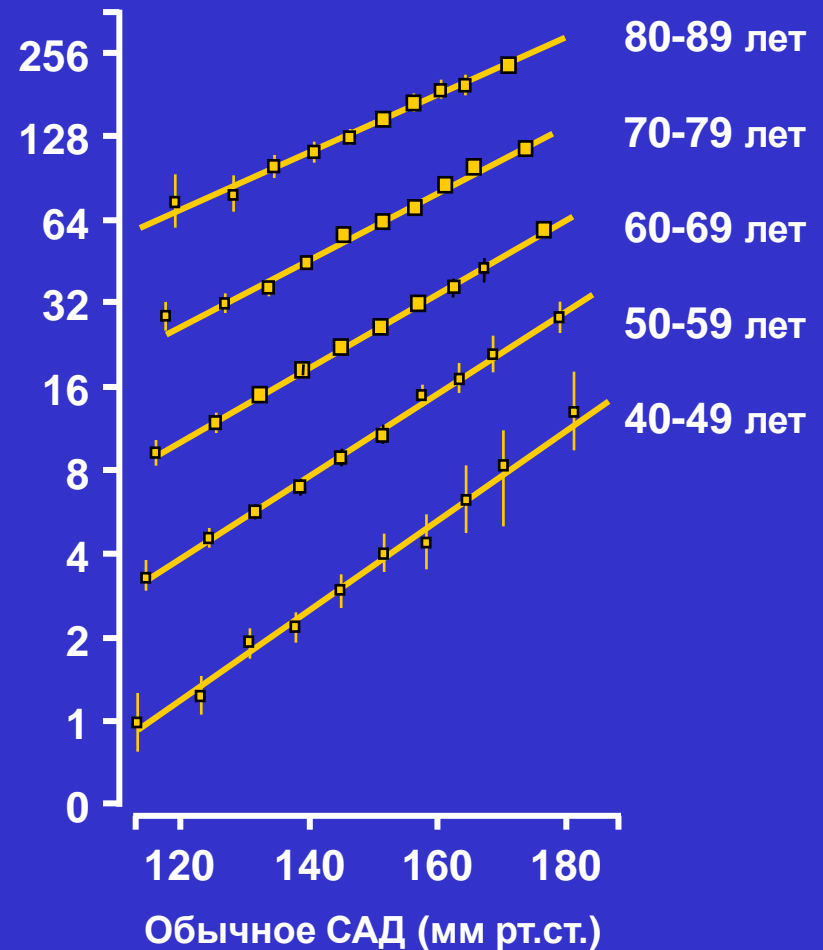
Инсульт

Возраст риска



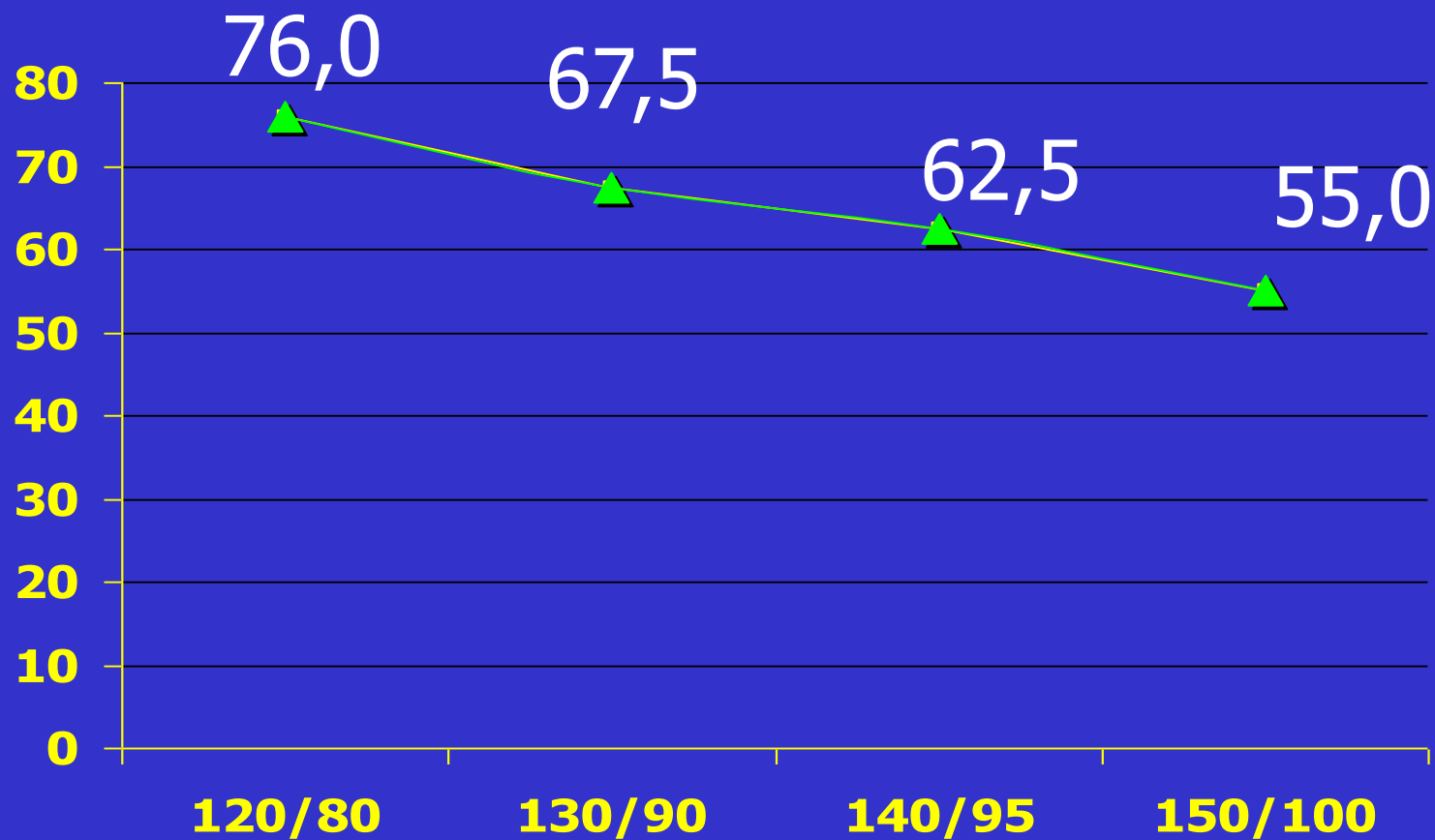
ИБС

Возраст риска



САД=систолическое артериальное давление; ИБС=ишемическая болезнь сердца.
Prospective Studies Collaboration. *Lancet*. 2002;360:1903-1913.

Ожидаемая продолжительность жизни в Украине в зависимости от уровня АД (в годах)



И.М. Горбась, 2006

6. СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА БОЛЬНЫХ АГ

Стратификация риска у больных с АГ

ESC-ESH-Guidelines-2013

| ФР,асимптомное поражение органов-мишеней или ССЗ | Высокое N САД 130-139 ДАД 85-89 | АГ 1ст. САД 140-159 ДАД 90-99 | АГ 2ст. САД 160-179 ДАД 100-109 | АГ 3ст. САД ≥ 180 ДАД ≥ 110 |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Нет ФР | | Н и з к и й | Умеренный | Высокий |
| 1-2 ФР | Н и з к и й | Умеренный | Умеренный / высокий | Высокий |
| ≥ 3 ФР | Низкий / умеренный | Умеренный / высокий | Высокий | Высокий |
| ПОМ,ХБП 3ст.или СД | Умеренный / высокий | Высокий | Высокий | Высокий / очень высокий |
| ССЗ, ХБП ≥ 4 ст.или СД с ПОМ или ФР | Очень высокий | Очень высокий | Очень высокий | Очень высокий |

Количественная оценка риска

Используют методики расчета риска ИБС в течение 10 лет (в соответствии с рекомендациями ЕОК по атеросклерозу и по гипертензии);

Группы риска:

Низкий риск: риск развития ССО в ближайшие 10 лет составляет менее 15%;

Средний риск: риск развития ССО в ближайшие 10 лет составляет 15-20%;

Высокий риск: риск развития ССО в ближайшие 10 лет превышает 20%;

Очень высокий риск: риск развития ССО в ближайшие 10 лет превышает 30%.

Факторы, влияющие на прогноз пациента с АГ (рекомендации ESH/ESC, 2013)

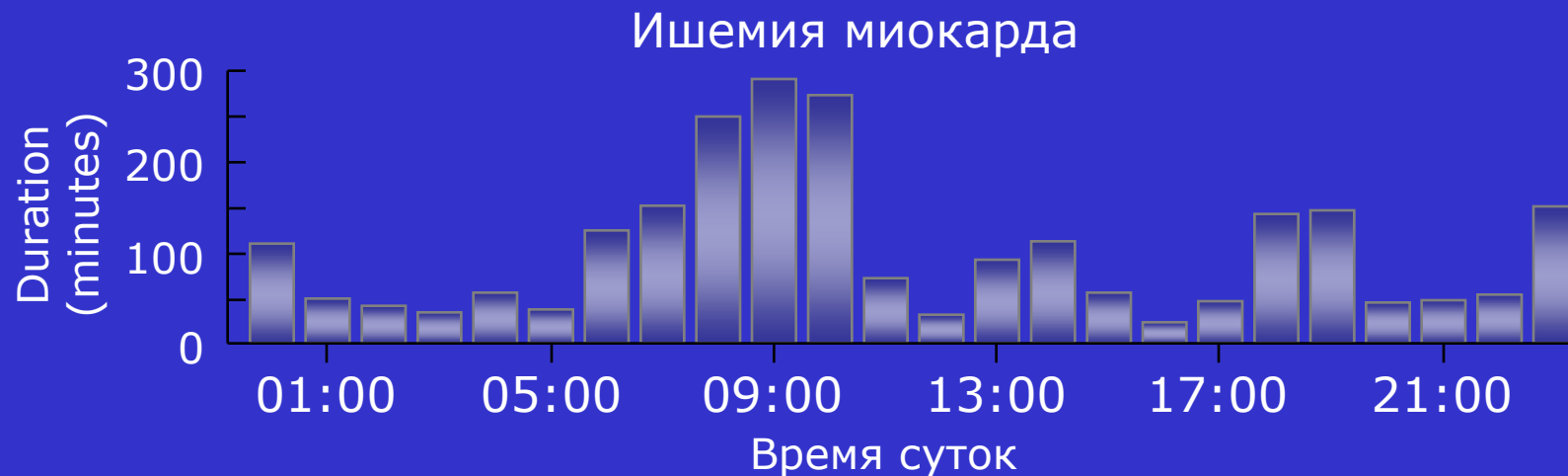
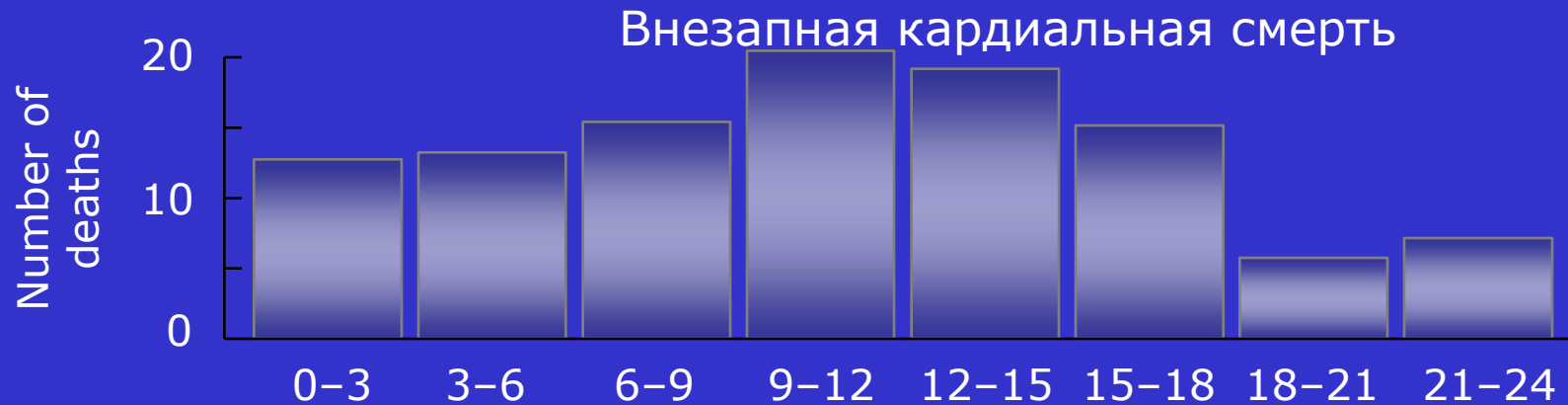
| Факторы риска | Доклинические признаки поражения органов-мишеней |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Уровни сист. и диаст. АД - Пульсовое АД (для пожилых) - Возраст (м>55 лет, ж>65 лет) - Табакокурение - Дислипидемия: ХС общ.>4,9 ммоль/л ЛПНП >3,0 ммоль/л ЛПВП(м)<1,0 (ж)<1,2 ммоль/л - Глюкоза натощак 5,6-6,9 –»-- - НТГ - Ожирение абдоминального типа (ОТ (м) >102 см, (ж) >88 см); ИМТ < 25 - Семейный анамнез по КВЗ (для М до 55, Ж – до 65 лет) | <ul style="list-style-type: none"> - ЭКГ признаки ГЛЖ или ЭхоКГ признаки ГЛЖ (ИММ для М >115(125)г/м², для Ж >95(110)г/м²) - ТИМ КА>0,9 мм или наличие бляшек - СПВ >10(12) м/с; Под.-пл. индекс < 0,9 - Увеличение креатинина плазмы м: 115-133 мкмоль/л ж: 107-124 мкмоль/л - Снижение СКФ < 60мл/мин/1,73м² с. клиренс креатинина < 60мл/мин - Микроальбуминурия 30-300 мг/сутки с. альб.-креат. индекс: 22 (м), и 31 (ж) мг/г |

Ассоциированные клинические состояния

- **Цереброваскулярная болезнь:** ишемический инсульт, геморрагический инсульт, преходящее нарушение мозгового кровообращения.
- **Заболевания сердца:** ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия; миокардиальная реваскуляризация с ЧВКС (чрескожным вмешательством на коронарных сосудах) или АКШ; СН, включая с сохраненной фракцией выброса.
- **Поражение сосудов нижних конечностей.**
Прогрессирующая ретинопатия: кровоизлияние или экссудат, отёк соска зрительного нерва
- **Поражение почек:** ХПН со СКФ < 30 mL/мин/1,73м²; протеинурия > 300 мг/24 ч.

Опасность утреннего повышения АД

Повышение риска внезапной кардиальной смерти и ишемии



Контроль АД в опасный утренний период

Плохой контроль утреннего АД у больных с клинически контролируемым АД

ACAMPA Study



J-MORE



- Нет контроля
- Контролируется (утреннее АД <135/85 mmHg)

Центральное АД наиболее точно определяет влияние на прогноз в сравнении с брахиальным АД

Модель связи относительного влияния центрального и брахиального АД на риск СС осложнений

| Показатель | HR | 95% CI | P в сравнении с брахиальным АД |
|--------------------------------------|--------------|-------------|--------------------------------------|
| Центральное пульсовое АД (квартили) | 1.229 | 1.098-1.376 | <0.001 |
| Брахиальное пульсовое АД (квартили)* | 1.117 | 0.999-1.248 | |

* на каждые 10 мм рт.ст



Значение центрального аортального давления

ESH/ESC-2007

Guidelines

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

В результате наложения исходящей и отраженной волн центральное систолическое и пульсовое аортальное давление (то есть давление на уровне сердца, мозга, почек) могут существенно отличаться от брахиального давления

Влияние различных антигипертензивных препаратов на центральное систолическое и пульсовое аортальное давление не находится в прямой зависимости от способности препарата снижать давление на уровне плечевой артерии

3.1.7 Central blood pressure

Due to the variable superimposition of incoming and reflected pressure waves along the arterial tree, aortic systolic and pulse pressure (i.e. the pressure exerted at the level of the heart, brain and kidney) may be different from the conventionally measured brachial pressure [162].

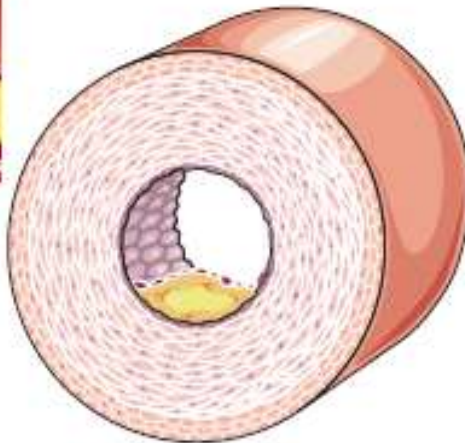
Furthermore, the claim has long been made that peripheral and central systolic and pulse pressures may be differently affected by antihypertensive drugs [163]. The need for invasive measurement of central blood pressure has confined this issue to research. However, recently a method has been described to non-invasively estimate aortic blood pressure by calculating the “augmentation index” from the pulse wave pressure contour recorded from a peripheral artery [164,165]. Use of this method has confirmed that the effects of antihypertensive drugs on central systolic and pulse pressure do non invariably reflect those seen at the brachial artery level [166,167]. Furthermore, the results obtained in a large substudy performed within a randomized trial have shown that central pulse pressure as assessed from the “augmentation index” is significantly related to cardiovascular events [166]. However, the prognostic role of central

Центральное аортальное давление зависит от жесткости сосудов

Without Coversyl



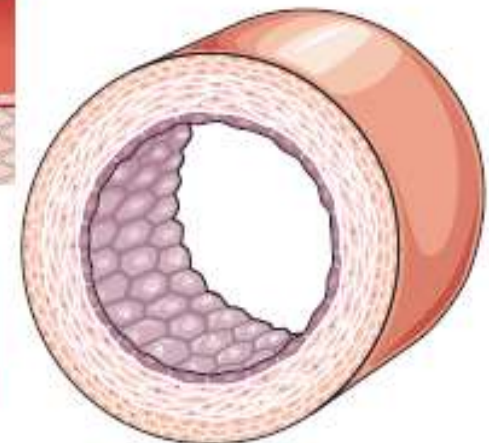
Жесткая артерия



With Coversyl



Эластичная
артерия



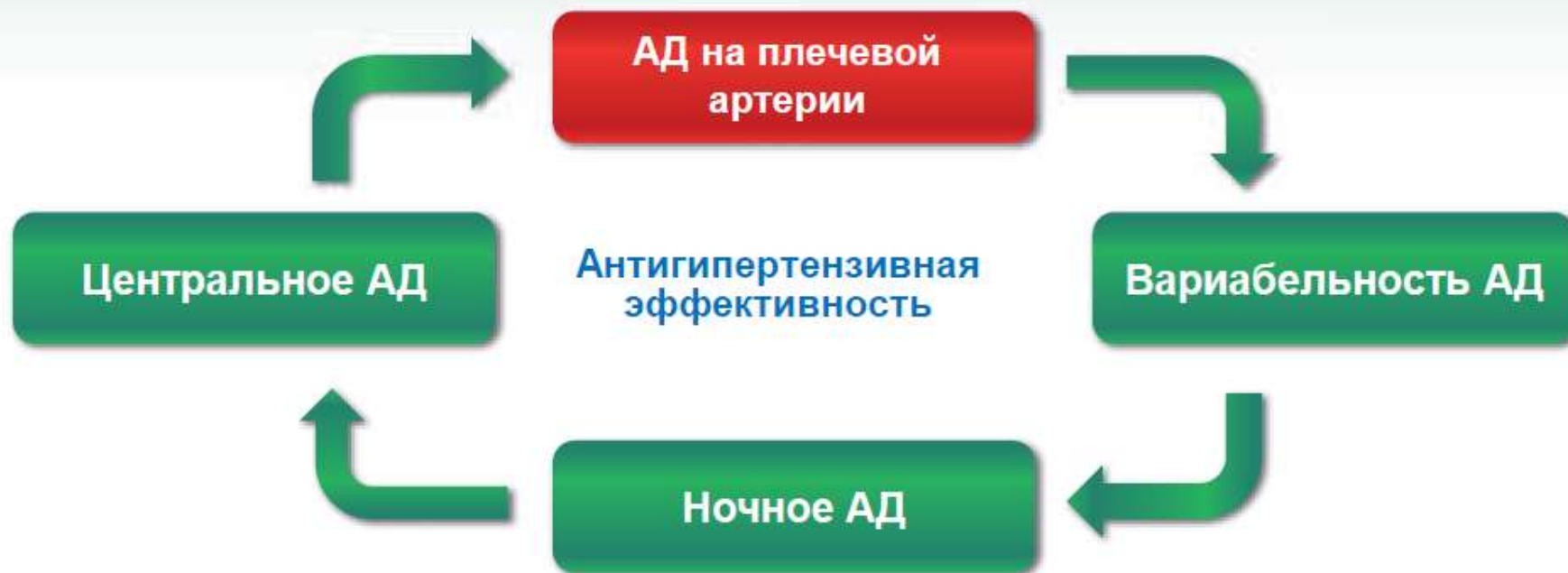
«Зависимость между жесткостью сосудов и частотой
кардиоваскулярных эпизодов прямая»

ESC and ESH guidelines 2007

Современная концепция снижения АД

Антигипертензивная эффективность

Различные компоненты антигипертензивной эффективности имеют независимое прогностическое значение

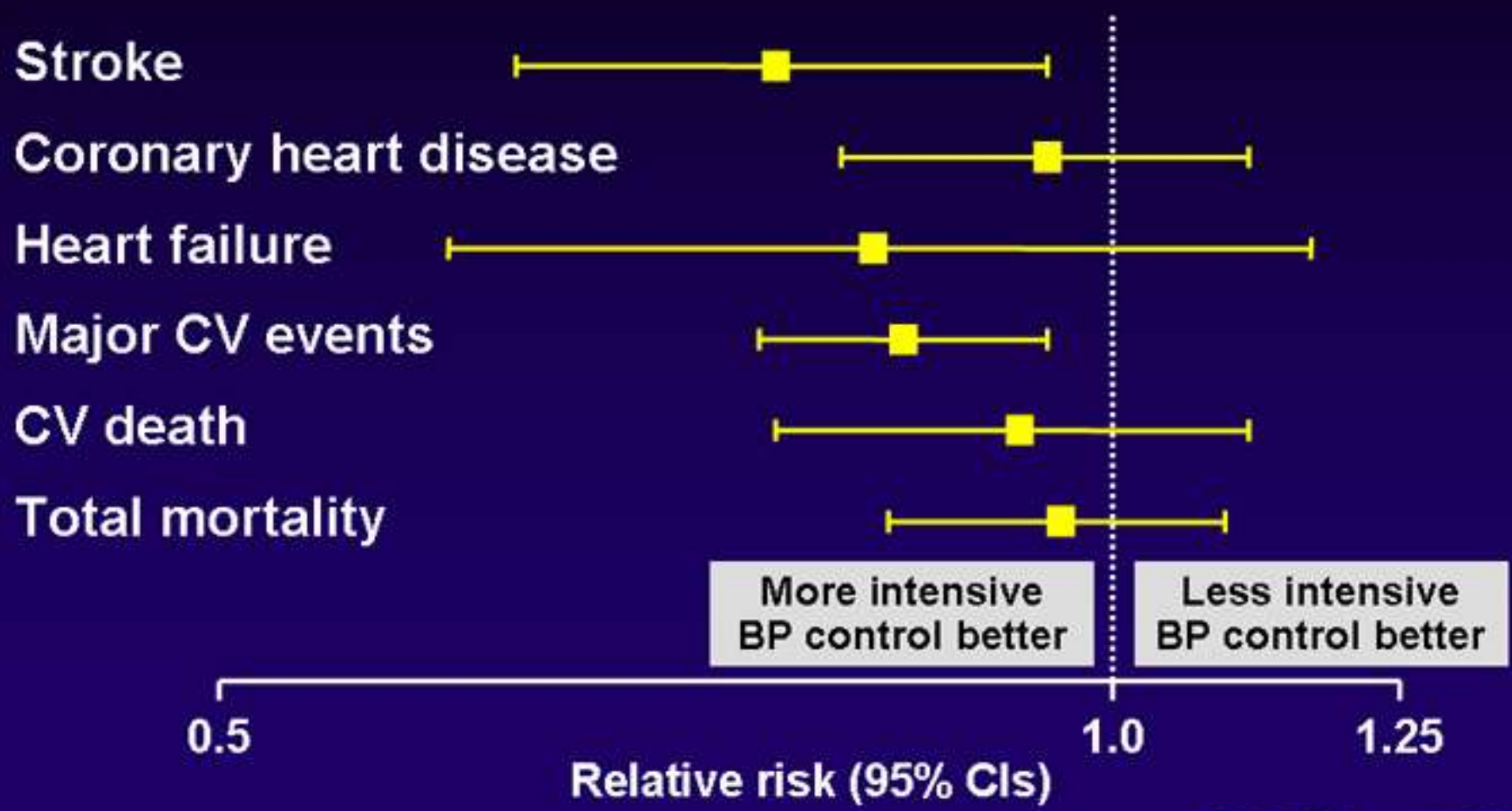


7. Подходы к лечению больных АГ

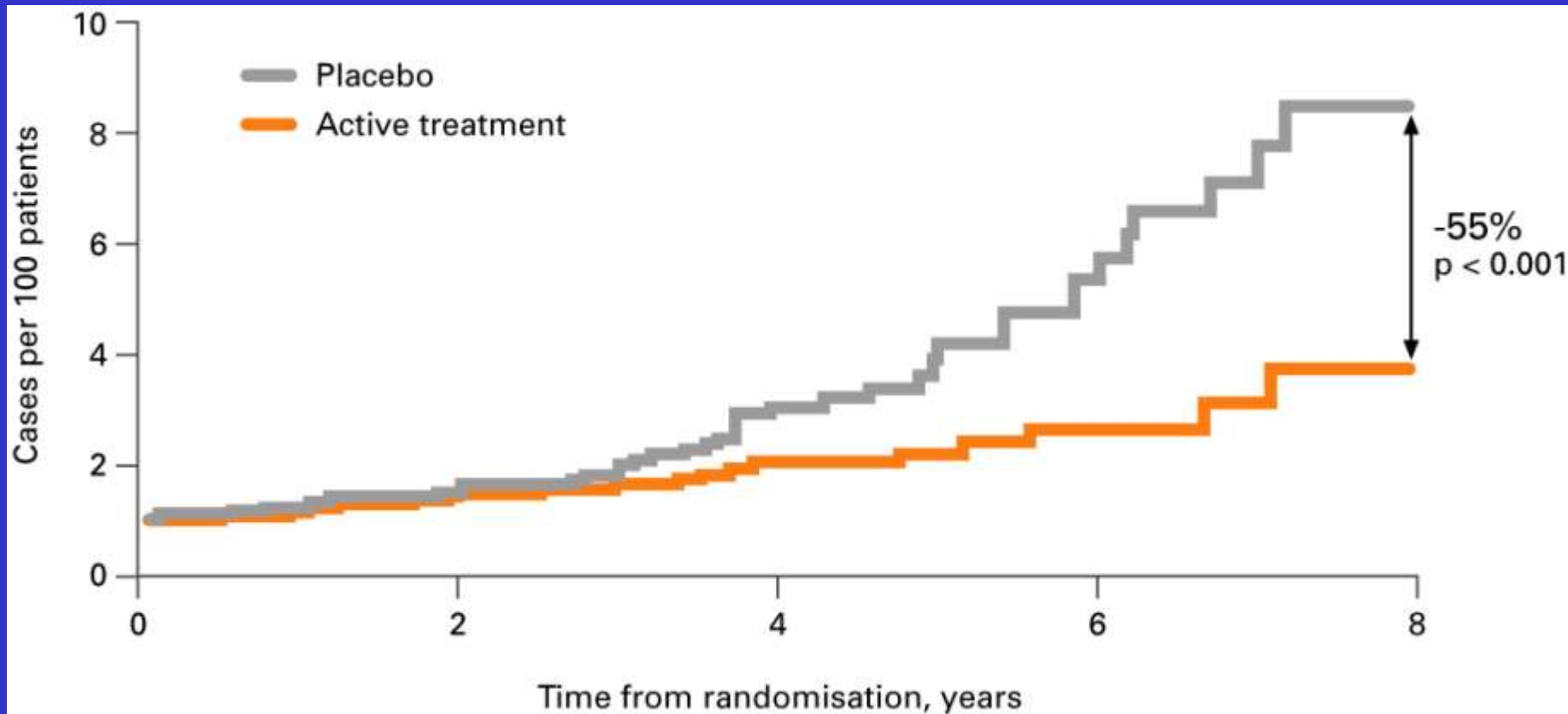
Основные вопросы, которые должен решать практикующий врач:

1. Есть ли АГ?
2. Первичная или вторичная АГ?
3. С чего начать лечение?
4. Как быстро следует снижать АД?
5. Как долго лечить АГ?
6. Следует ли менять антигипертензивные препараты?

Effect of antihypertensive therapy on all CV events: Comparison of more or less intensive BP control



Benefits of antihypertensive therapy

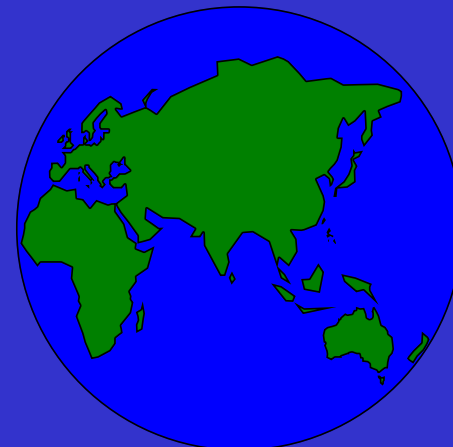


Вопреки наличию большого выбора антигипертензивных препаратов

75% пациентов

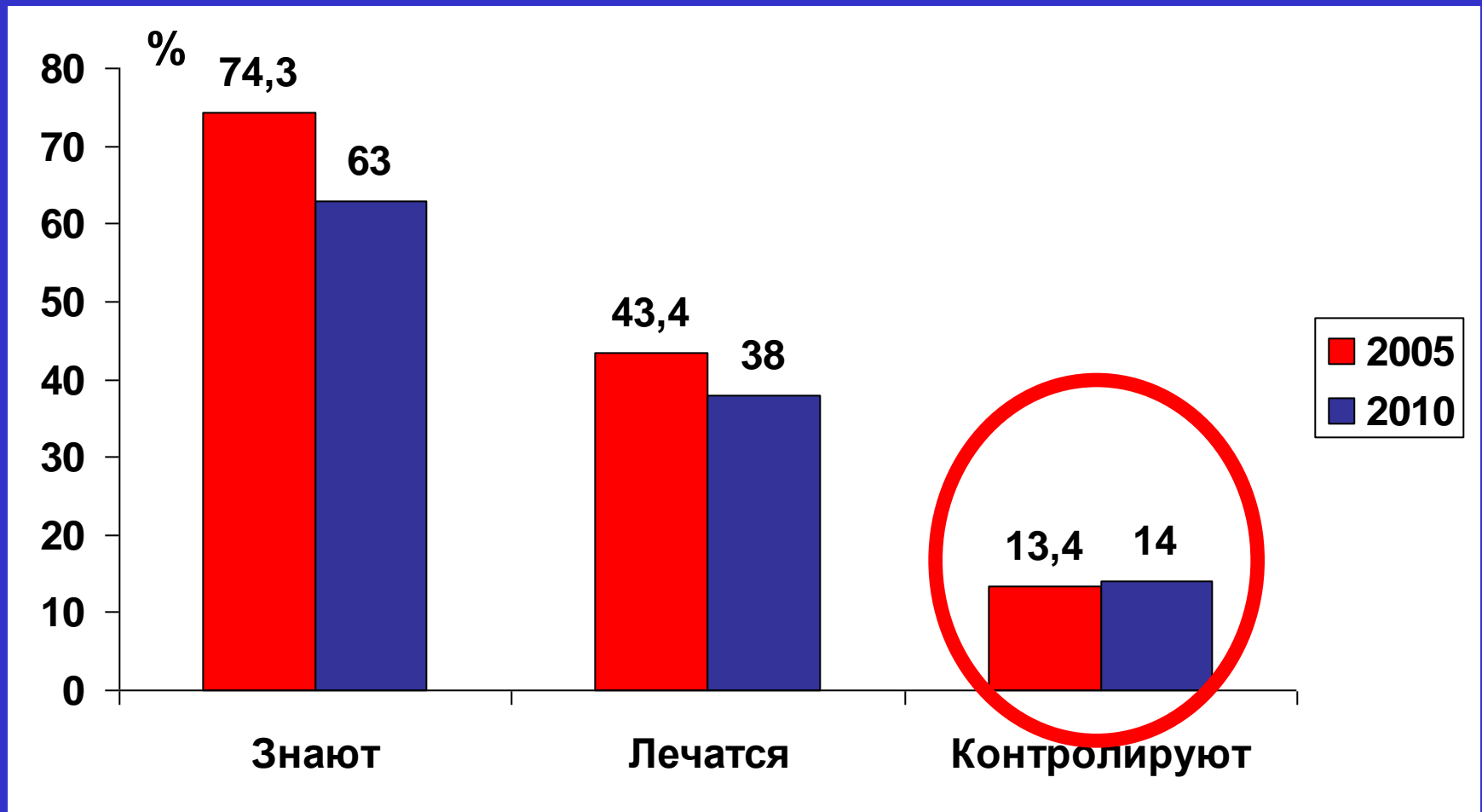
- либо вообще не получают терапии
- либо их лечение оказывается

неэффективным

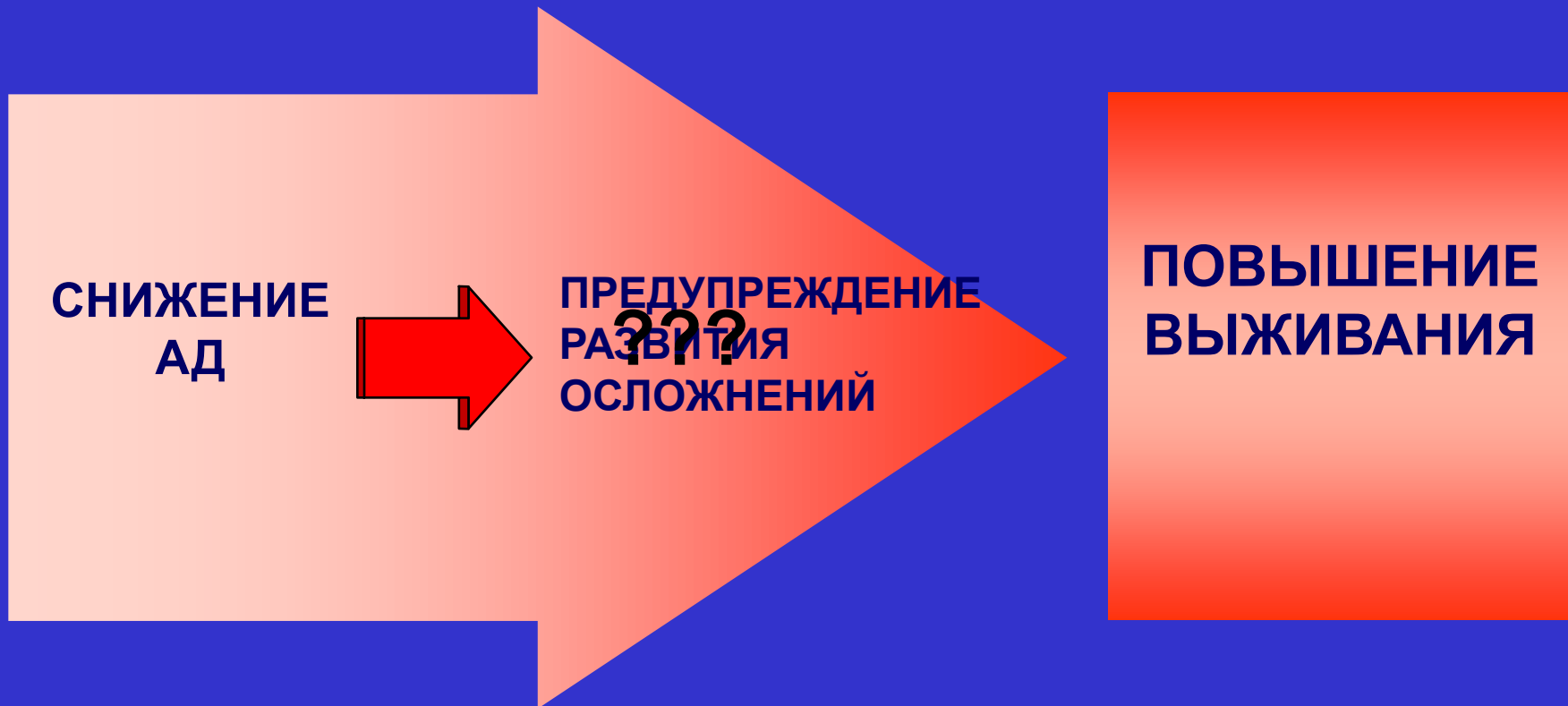


525 млн человек

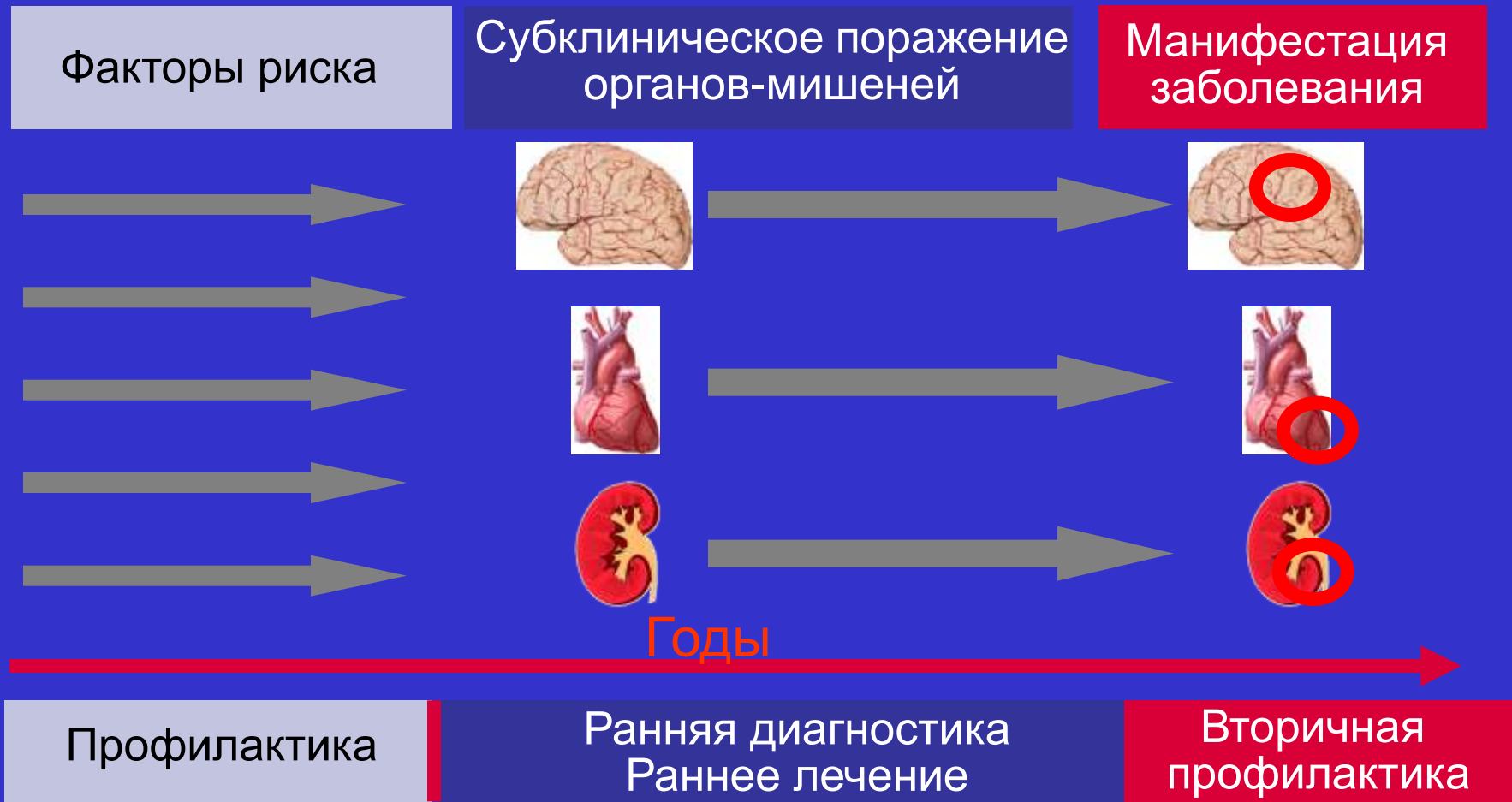
СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОНТРОЛЯ АГ В УКРАИНЕ, 2010



ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ



Развитие кардиоваскулярных заболеваний



При каком АД необходимо начинать терапию?

- **В соответствии с новыми Рекомендациями, показатель АД, при котором рекомендовано начинать терапию, базируется на общем риске сердечно-сосудистых осложнений.**

Подходы к лечению АГ при разном уровне риска

ESC-ESH-Guidelines-2013

| ФР,асимптомное поражение органов-мишеней или ССЗ | Высокое N САД 130-139 ДАД 85-89 | АГ 1ст. САД 140-159 ДАД 90-99 | АГ 2ст. САД 160-179 ДАД 100-109 | АГ 3ст. САД ≥ 180 ДАД ≥ 110 |
|--|--|--|--|--|
| Нет ФР | АГТ не требуется | Модиф.обр.жизни неск.м-цев. Добавить АГТ до АД < 140/90 | Модиф.обр.жизни неск.нед. Добавить АГТ до АД < 140/90 | Модиф.обр.жизни. Немедленно АГТ до АД < 140/90 |
| 1-2 ФР | Модиф.обр.жизни АГТ не требуется | Модиф.обр.жизни неск.нед. Добавить АГТ до АД < 140/90 | Модиф.обр.жизни неск.нед. Добавить АГТ до АД < 140/90 | Модиф.обр.жизни. Немедленно АГТ до АД < 140/90 |
| ≥ 3 ФР | Модификация образа жизни. АГТ не проводится | Модиф.обр.жизни неск.нед. Добавить АГТ до АД < 140/90. | Модиф.обр.жизни АГТ до АД < 140/90. | Модиф.обр.жизни. Немедленно АГТ до АД < 140/90 |
| ПОМ,ХБП 3ст.или СД | Модиф.образа жизни. АГТ не проводится | Модиф.обр.жизни АГТ до АД < 140/90. | Модиф.обр.жизни АГТ до АД < 140/90. | Модиф.обр.жизни. Немедленно АГТ до АД < 140/90 |
| ССЗ, ХБП ≥ 4 ст.или СД с ПОМ или ФР | Модиф.обр.жизни АГТ не проводится | Модиф.обр.жизни АГТ до АД < 140/90. | Модиф.обр.жизни АГТ до АД < 140/90. | Модиф.обр.жизни. Немедленно АГТ до АД < 140/90. |

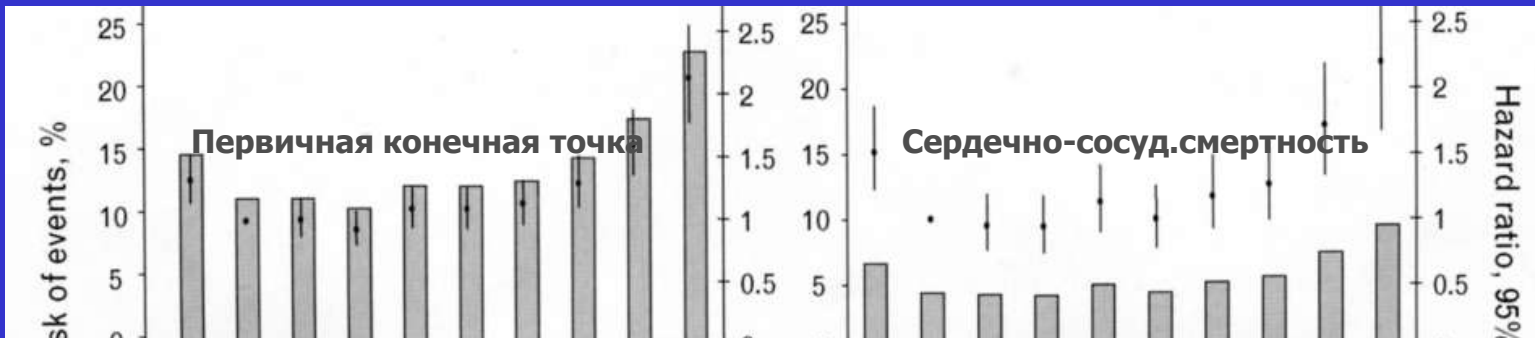
- До какого уровня необходимо снижать АД?

2009 год - переоценка значений целевого

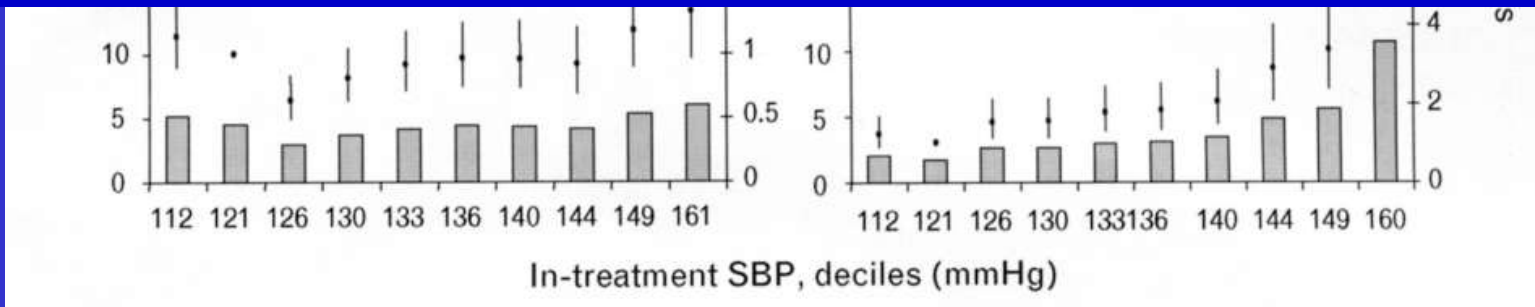
АД

- Принцип снижения АД «чем ниже, тем лучше» оказался неправильным для больных высокого риска
- Чрезмерное снижение АД может увеличивать количество осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы по типу J-кривой (INVEST, ONTARGET, VALUE)

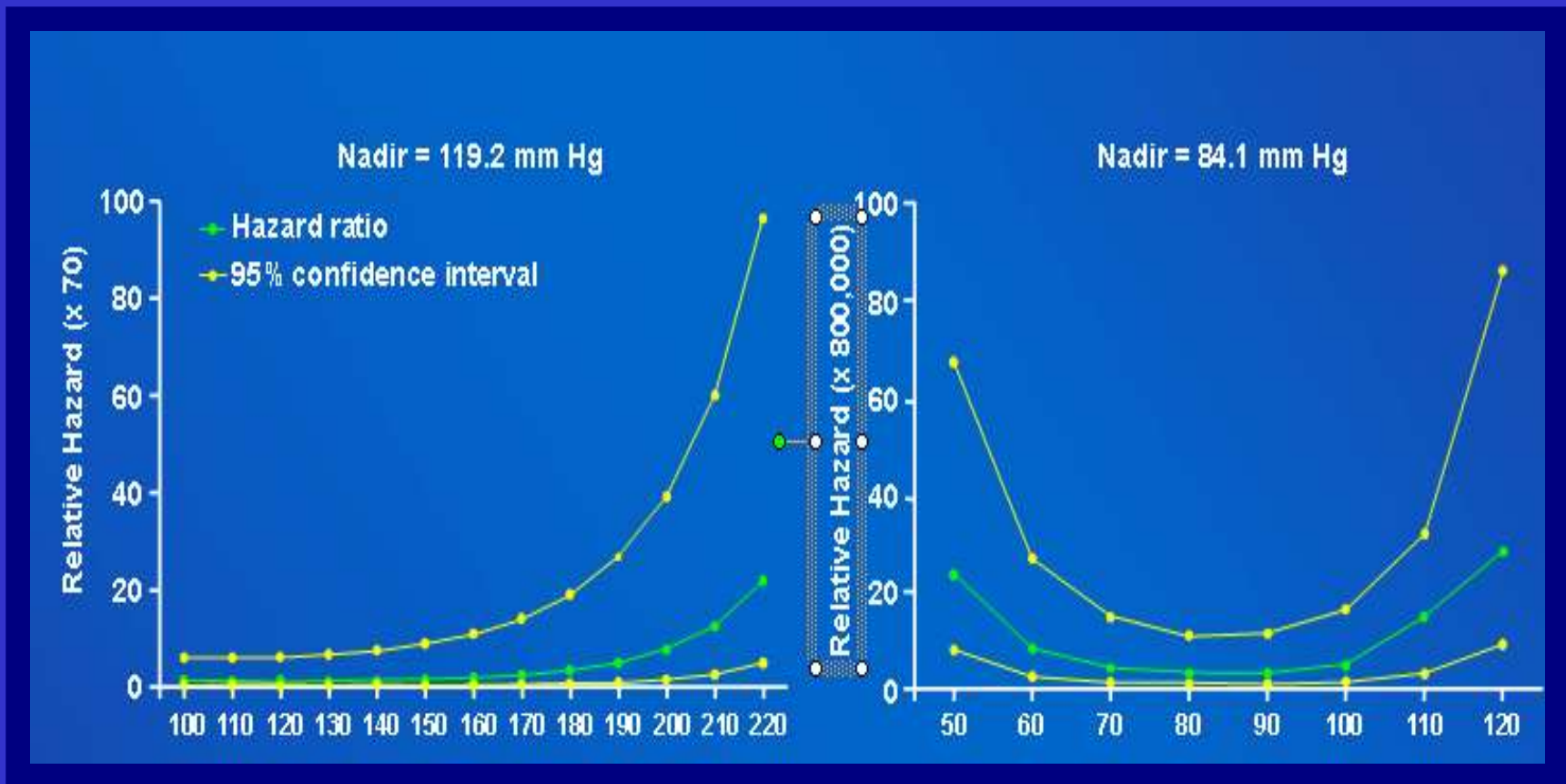
ONTARGET: прогностическое значение снижения АД в процессе лечения



J

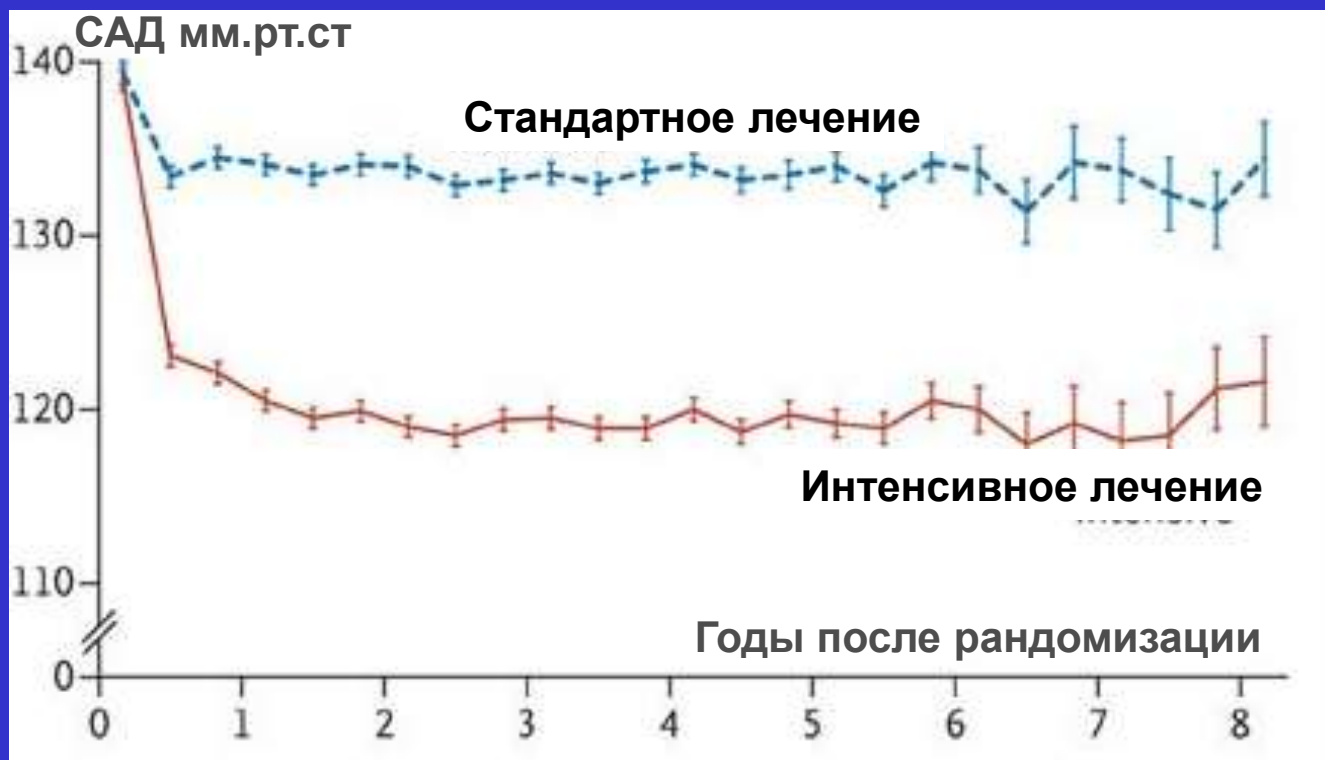


INVEST: прогностическое значение снижения АД в процессе лечения



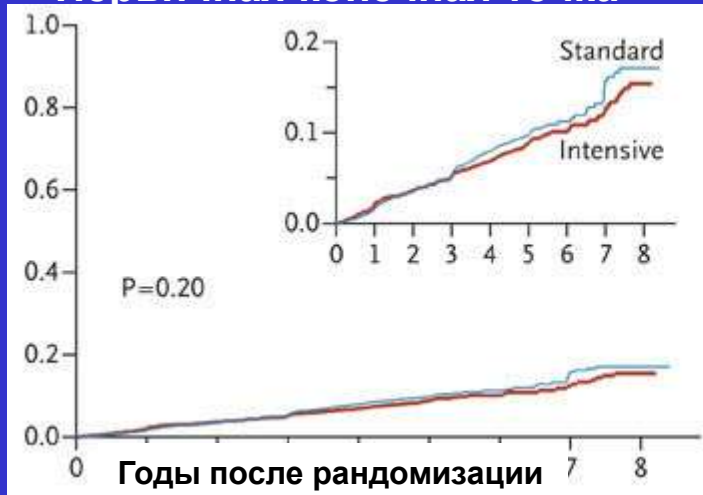
ACCORD: антигипертензивная ветвь

Снижение АД в процессе лечения

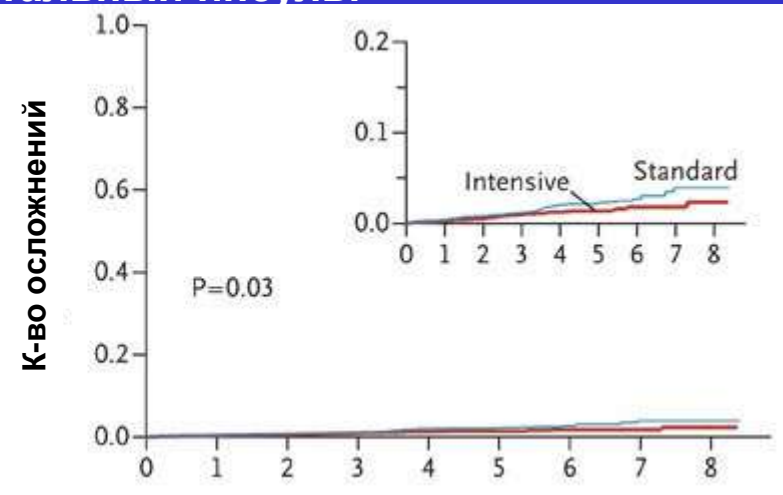


ACCORD: прогностическое значение снижения АД в процессе лечения

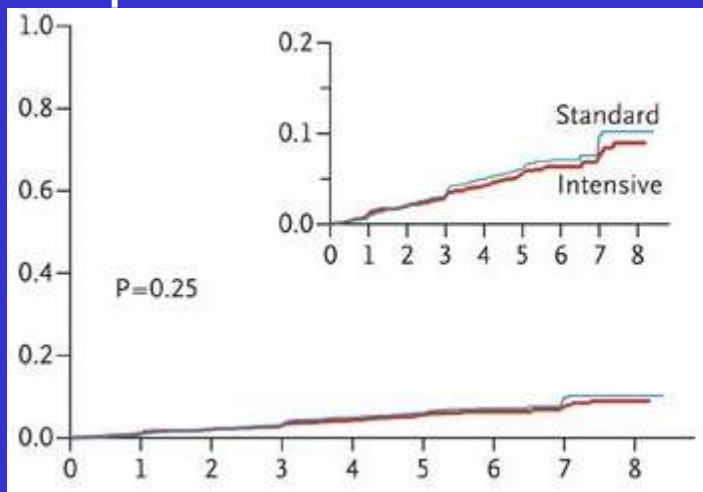
Первичная конечная точка



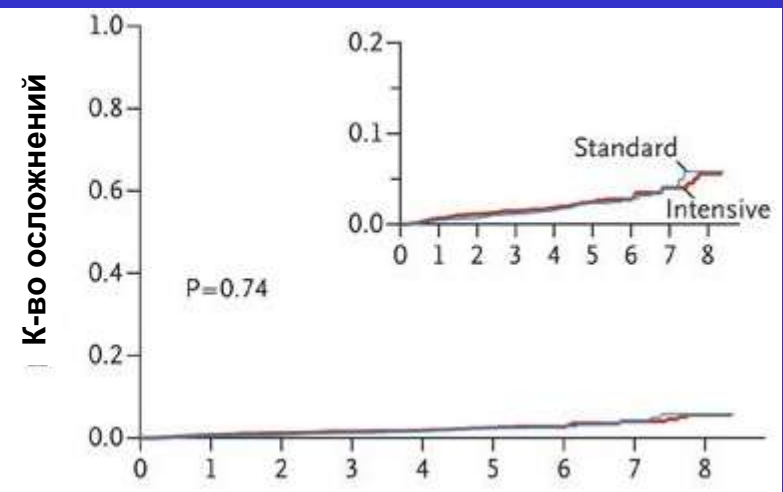
Нефатальный инсульт



Нефатальный ИМ



Смерть от с-с заболеваний



ACCORD: Снижение АД <120 мм рт.ст. не ведет к улучшению функции почек

| Показатель | Интенсив. лечение N=2362 | Стандарт. Лечение N=2371 | P |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------|
| Почечные события | | | |
| Почеч.недостаточность | 5 (0.2) | 1 (0.04) | 0.12 |
| Терминаль.ХПН или диализ | 59 (2.5) | 58 (2.4) | 0.93 |
| Лабораторные показатели | | | |
| Изменение уровня креатинина | | | |
| >1.5 mg/dl у мужчин | 304 (12.9) | 199 (8.4) | <0.001 |
| >1.3 mg/dl у женщин | 257 (10.9) | 168 (7.1) | <0.001 |
| СКФ < 30 мл/мин/1.73 м ² | 99 (4.2) | 52 (2.2) | <0.001 |



Какое АД надо считать целевым?

ESC-ESH-Guidelines-2013

САД < 140 мм рт. ст. рекомендуется:

- а) у больных с низким-средним риском ССЗ (Ib);
- б) у пациентов с СД (IA);
- с) у больных с предшествующим инсультом или ТИА (IIa B);
- д) у больных ИБС (IIa B);
- е) у пациентов с диабетической или недиабетической ХБП (IIa B).

ДАД < 90 мм рт ст. рекомендуется всем,

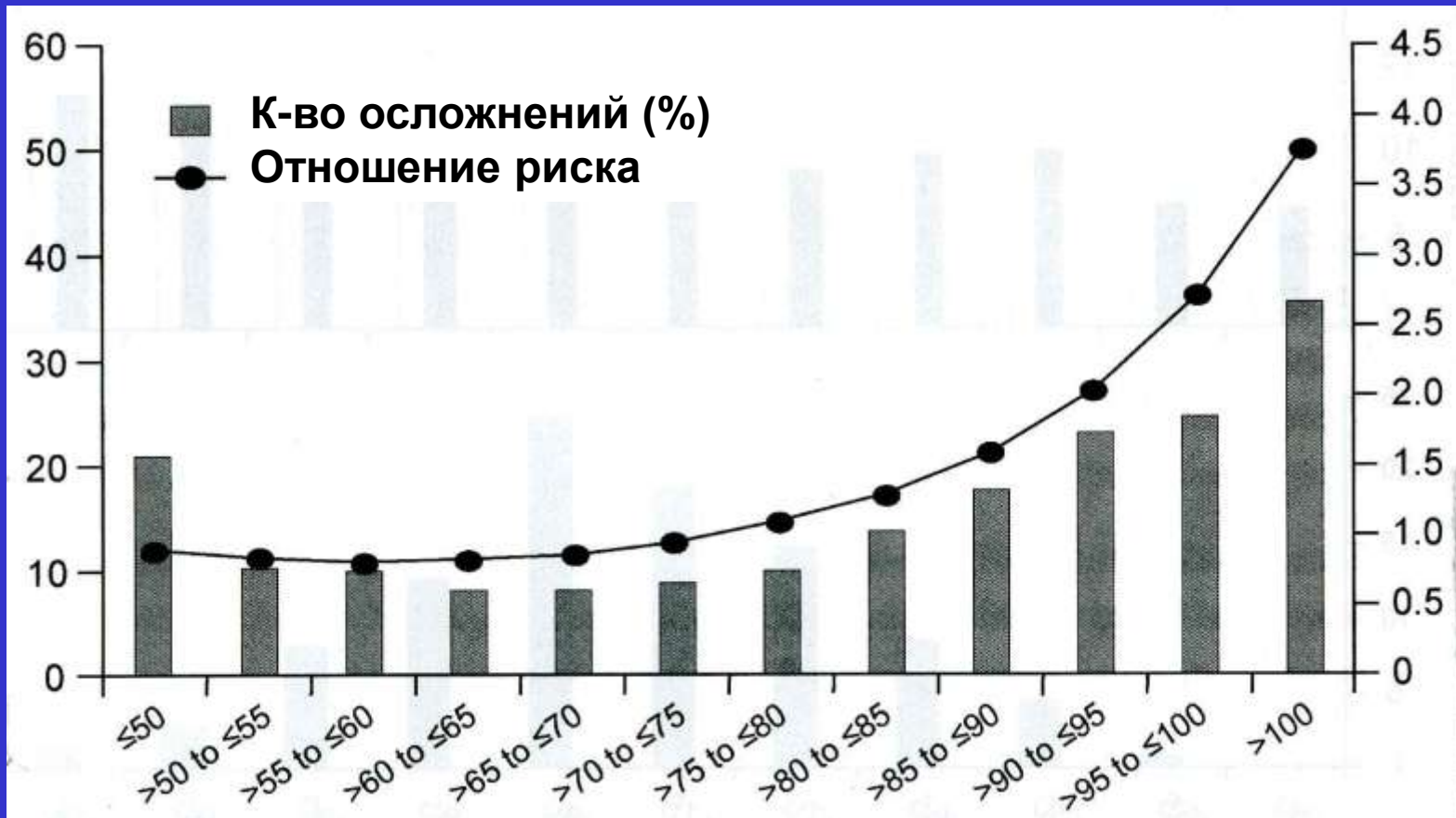
кроме больных с СД, которым рекомендовано снижение < 85 мм рт ст.

У пожилых (до 80 лет) - уменьшить САД от 150 до 140 мм рт. (IA); При хорошей переносимости можно снизить САД < 140 мм рт ст. (Ib C).

У лиц старше 80 лет - снизить до 150 - 140 мм рт.ст, при условии, что пациенты находятся в хорошем физическом и психическом состоянии (I B).

До какого уровня снижать ЧСС в
процессе антигипертензивной
терапии?

INVEST: связь между ЧСС на фоне терапии и с-с событиями



Изменение образа жизни

Снижение массы
тела



(-5-20 мм рт. ст./10 кг)

Увеличение
физической
активности



(-4-9мм рт. ст.)

Ограничение потребления:

- алкоголя (-2-4 мм рт. ст.)
- натрия (-2-8 мм рт. ст.)
- жиров
- холестерина



Увеличение потребления:

- калия
- кальция
- магния



(-8-14 мм рт. ст.)



Отказ от
курения

Диетические рекомендации

Увеличить употребление

- овощи фрукты, с высоким содержанием калия
- молочных продуктов с низким содержанием жиров
- каши
- рыба
- птица
- орехи
- растительные белки
- ненасыщенные жиры

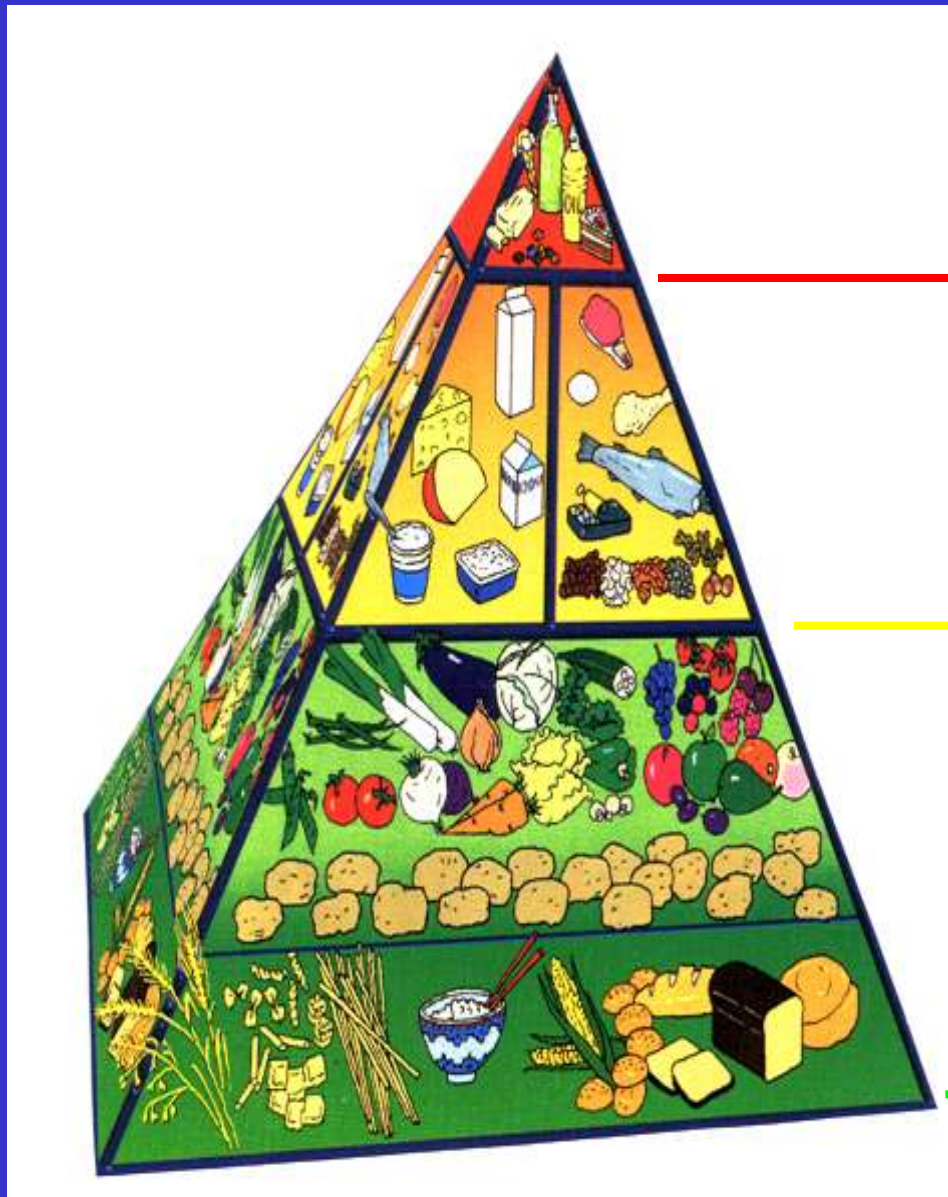
Уменьшить употребление

- кухонной соли
- алкоголя
- жиров
- красного мяса
- сладостей и сладких напитков

Уменьшить

- суточный калораж еды !!!

Пирамида питания



Подумай, надо ли
употреблять
(1 часть рациона)

Употребляй
обдуманно
(2 части рациона)

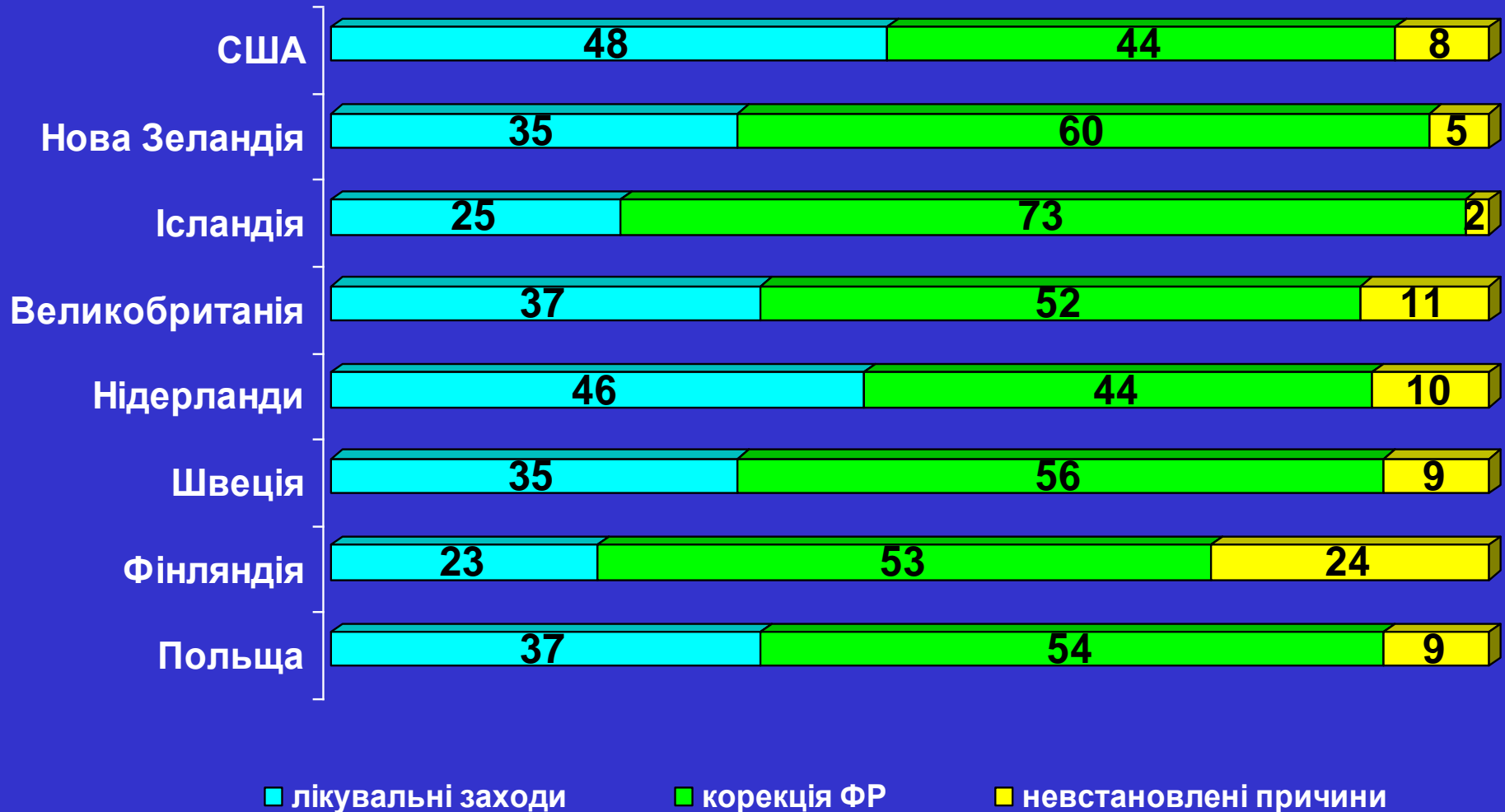
Употребляй без
ограничений
(7 частей рациона)

Рекомендации по физической активности



- **ВИД АКТИВНОСТИ:** ритмичное использование больших групп мышц в аэробном режиме (ходьба, бег, велосипед)
- **частота:** 5–7 раз в неделю
- **длительность:** 30-60 мин/день
- **интенсивность:** 50-70 % от максимальной частоты сердечных сокращений

Вклад лечебных мероприятий и коррекции факторов риска в снижении на 50 % смертности от ИБС (%)



“Не сподівайтесь на медицину, вона непогано лікує багато хвороб, але вона не може зробити людину здоровою...

Щоб стати здоровим необхідні власні зусилля, постійні і значні.

Замінити їх не можна нічим.

На щастя, людина настільки досконала, що повернути здоров'я можна майже завжди”

Николай Амосов

ПОЧЕМУ ПРИ ДОСТАТОЧНОМ
КОЛИЧЕСТВЕ ЛЕКАРСТВ
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
КАЧЕСТВЕННО **НЕ ДАЕТСЯ?**



Ограниченные возможности современных методов лечения АГ

Отсутствие надежного и устойчивого

24-часового контроля АД современными средствами

Недостаточно аккуратный мониторинг уровня АД

Нежелание лечиться, низкая приверженность и ошибки пациентов:

- Неудобная частота приема таблеток
- Много неприятных побочных эффектов

Выбор лекарственного средства необходимо проводить с учетом следующих положений:

- предшествующего опыта использования препарата;
- влияния препарата на факторы риска и поражения органов-мишеней (ПОМ);
- наличия коморбидных клинических состояний и заболеваний;
- возможного взаимодействия с другими лекарствами;
- стоимости препарата, однако стоимость не должна доминировать над эффективностью, переносимостью и влиянием на прогноз.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

(Рекомендации ЕОГ и ЕОК, 2013 г)

Препараты первого ряда

(2003 год)

- ◆ Тиазидовые диуретики
- ◆ Бета-блокаторы
- ◆ Антагонисты кальция
- ◆ Ингибиторы АПФ
- ◆ Антагонисты рецепторов ангиотензина II

Препараты первого ряда

(2013 год)

- ◆ Тиазидовые диуретики
- ◆ Антагонисты кальция
- ◆ Ингибиторы АПФ
- ◆ Антагонисты рецепторов ангиотензина II
- ◆ Бета-блокаторы

Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384
«Про затвердження та впровадження
медико-технологічних документів
зі стандартизації медичної допомоги
при артеріальній гіпертензії»

Статус: Чинний



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

24.05.2012

№ 384

м. Київ

**Про затвердження та впровадження
медико-технологічних документів зі стандартизації
медичної допомоги при артеріальній гіпертензії**

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Артеріальна гіпертензія» як джерела доказової інформації про найкращу медичну практику, що **додається**.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ЕКСТРЕНОЇ ТА ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 2012

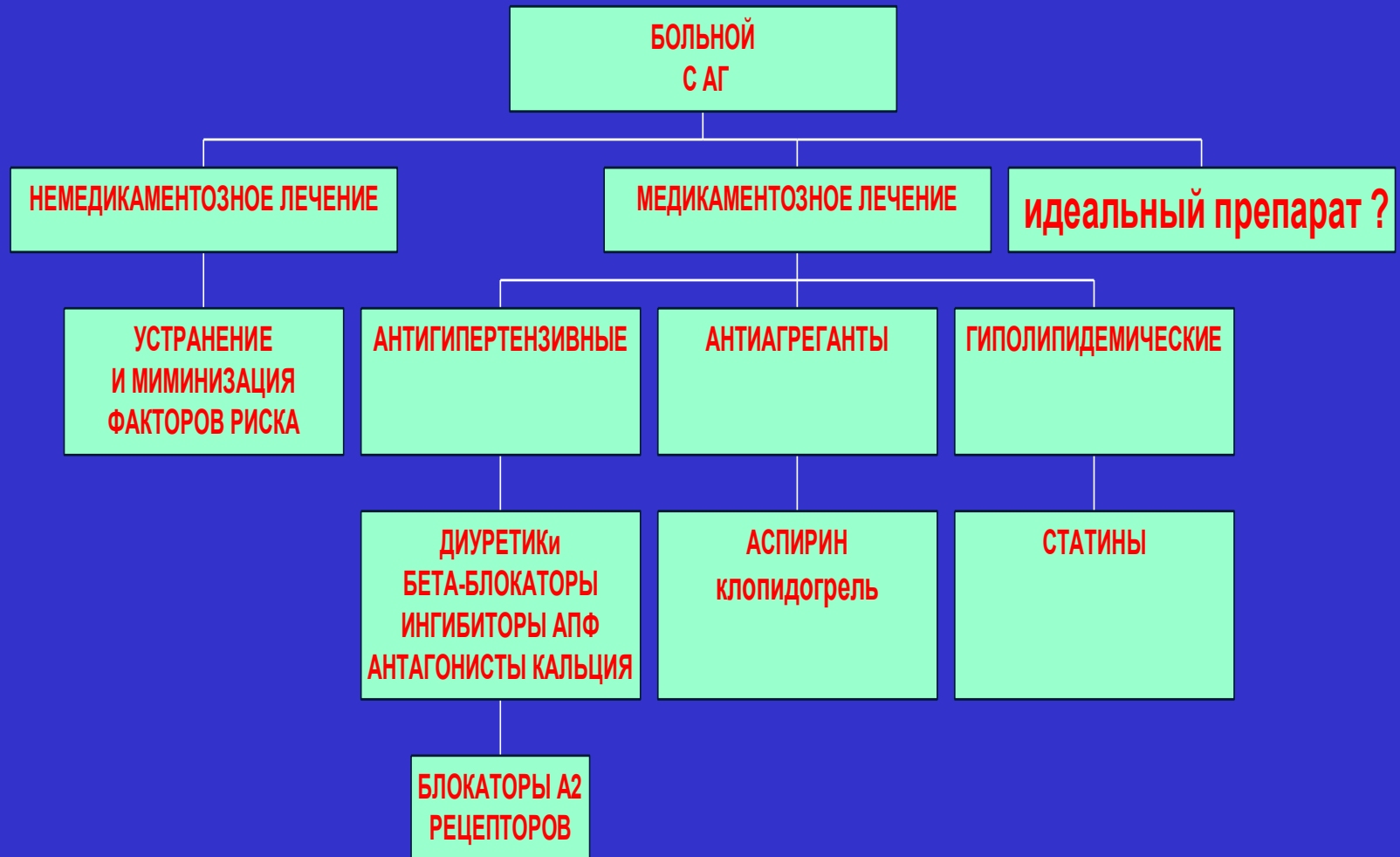
1. «Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги» по своїй формі, структурі і методическим підходам приведений в відповідності до вимогам доказательної медицини
2. Принципіальне відміння від протоколів 2009г- враховані всі дані доказательної медицини Європейської асоціації кардіологів, Американської **NICE (National Clinical Guideline Center. Hypertension)**.
3. Згідно з наказом №384, департамент лікувально-профілактичної допомоги буде впроваджувати всі його положення в практичну медицину не пізніше 2015 г. Т.е., цей протокол є новим і всі існуючі етапи надання допомоги, алгоритм діагностики і лікування будуть приведені в відповідності до нього.

Основные положения

В УКПМД включены основные этапы оказания медицинской помощи пациентам с повышенным АД:

- а) оценка уровня АД и диагностика артериальной гипертензии
- б) стратификация риска для назначения дифференцированной терапии
- в) назначение лечения, направленного на достижение целевого уровня АД
- г) привлечение пациентов к информационному участию в процессе оказания медицинской помощи

СХЕМАТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АГ



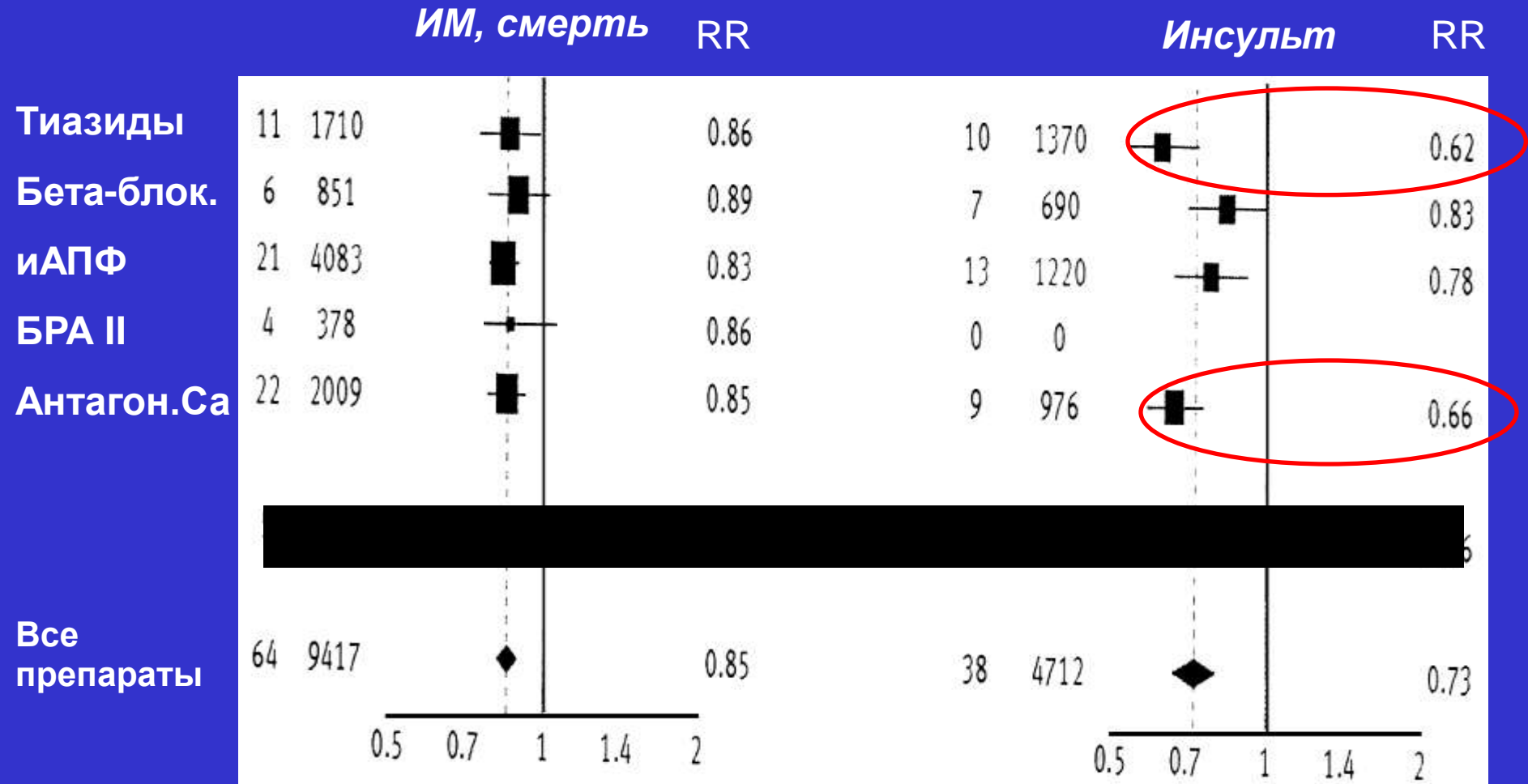
Влияние антигипертензивных препаратов различных классов на осложнения ИБС

| | Δ BP (mmHg) | | Number of | | Relative Risk (95% CI) |
|-------------------|-------------|------|-----------|--------|---------------------------|
| | SBP | DBP | Trials | Events | |
| Диуретики v др. | .4 | 0.2 | 15 | 4229 | 0.99 (0.91, 1.08) |
| Бета-блок v др. | .4 | 0.6 | 10 | 2182 | 1.04 (0.92, 1.17) |
| иАПФ v др. | .9 | 0.4 | 21 | 6026 | 0.97 (0.90, 1.03) |
| БРАII v др. | .4 | 0.1 | 10 | 2744 | 1.04 (0.94, 1.16) |
| Антагон.Са vv др. | .4 | -0.9 | 21 | 6288 | 1.00 (0.91, 1.10) |

ИМ, смерть



Риск ИБС (ИМ, смерть) и инсульта при антигипертензивной терапии по сравнению с плацебо



Влияние лечения АГ на развитие СН: сравнение между препаратами

| Препарат | К-во исслед. | К-во событий | RR |
|-----------------------|--------------|--------------|------|
| Антагонисты Са в. др. | 21 | 4572 | 1,22 |
| Тиазиды в др. | 2 | 2335 | 0,91 |
| Бета-блокаторы в др. | 2 | 335 | 1,04 |
| иАПФ в др. | 9 | 5063 | 0,98 |
| БРА II в др. | 7 | 2436 | 1,00 |

- RR < 1.0 указывает на снижение риска
- RR > 1,0 - повышение риска

Побочные эффекты антигипертензивных препаратов

| <u>Диуретики</u> | <u>β блокаторы</u> | <u>Антагонисты Ca</u> | <u>Ингибиторы АПФ</u> |
|------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Импотенция | ↑ Серд. недост. | Перифер. отеки | Гипотензия |
| Гипокалиемия | Брадикардия | Приливы | Кашель |
| Дислипидемия | Бронхоспазм | Головокружен | Ангиоэдема |
| | С.Рейно | Запоры | Головная боль |
| | Импотенция | Гипотензия | Головокружен. |
| | Астения | | Диаррея |
| | | | Сыпь |
| | | | Извращения вкуса |