

Министерство Здравоохранения
Кыргызской Республики



Гипертоническая болезнь

Клинический протокол

MANAS



MANAS

Бишкек 2010

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Клинический протокол

БИШКЕК – 2010

Клинический протокол разработан согласно клиническому руководству по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых приняты Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждены Приказом МЗ КР № 839 от 25 декабря 2009 года.

Состав рабочей группы по разработке клинических протоколов:

Джумагулова А.С. – доктор медицинских наук, профессор, директор Национального Центра Кардиологии и Терапии, главный внештатный кардиолог МЗ КР.
Романова Т.А. – к.м.н., заведующий отделением артериальных гипертензий НЦКТ
Полупанов А.Г. – д.м.н., старший научный сотрудник отделения артериальных гипертензий НЦКТ
Ческидова Н.Б. – к.м.н., научный сотрудник отделения артериальных гипертензий НЦКТ

Методологическая экспертная поддержка:

Мураталиев Т.М. – д.м.н., профессор, зав.отделением острого инфаркта миокарда НЦКТ кардиология
Сабиров И.С. – д.м.н., профессор кафедры терапевтических дисциплин №2 КРСУ терапия
Кулов Б.Б. – д.м.н., зам. директора по науке КНИИ курортологии и восстановительного лечения неврология
Нанаева М.Т. – д.м.н., профессор кафедры базисной и клинической фармакологии КГМА, КРСУ фармакология
Усупбаева Д.А. – д.м.н., зав. отделением ультразвуковых методов диагностики НЦКТ кардиология
Алышева Н.В. – зав. отделением эндокринологии Национального госпиталя при МЗКР эндокринология
Григиченко Н.С. – врач-кардиолог ГСВ № 2 кардиология
Бокоева А. – старшая мед. сестра отд. артериальных гипертензий НЦКТ сестринское дело
Агеева Л.М. – пенсионерка пациентка

Методологическая экспертная поддержка

Бартон Смит – Специалист по семейной медицине Института научных технологий и языков
Барыктабасова Б.Ж. – Специалист по доказательной медицине, к.м.н.
Панькова О.Н. – Специалист по доказательной медицине

Техническая поддержка:

Каракеева Г.Ж. – врач, специалист отдела доказательной медицины РЦЗиИТ
--

Клинический протокол предназначен врачам первичного звена, организаторам здравоохранения и больным с гипертонической болезнью старше 18 лет

Любые комментарии и пожелания по содержанию клинических протоколов приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой:

Кыргызстан, Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 3, 720040
 Национальный Центр Кардиологии и Терапии
 Тел: +996(312) 66-50-27 E-mail: romanova_14@mail.ru

Издан при содействии Национальной программы по реформированию системы здравоохранения «Манас Таалими» за счет средств SWAp

Клинический протокол 110 Первичный уровень

Гипертоническая болезнь – это хроническое, часто бессимптомное заболевание с точно неустановленной причиной, основным проявлением которого является повышение артериального давления с последующим вовлечением в патологический процесс органов-мишеней: сердца, мозга, почек, артерий, глаз.

Выявление и профилактика артериальной гипертензии

В связи с тем, что гипертоническая болезнь зачастую является «молчащим» заболеванием, необходимо проводить скрининг на гипертензию. Хотя оптимальный вариант для проведения скрининга не уточнен, рекомендуется, чтобы все взрослые (>18 лет и старше) с САД<120 и ДАД<80 должны измерять уровень своего АД каждые два года. Пациенты с САД 120–139 или ДАД 80–89 должны измерять уровень своего АД ежегодно. В 2007 Европейское Общество Гипертензии и Европейское Общество Кардиологии предложили следующую классификационную схему:

Таблица 1

Категория	САД	ДАД
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое-нормальное	130–139	85–89

Пациенты с «высоким нормальным» артериальным давлением подвергаются повышенному риску развития гипертензии и должны находиться под наблюдением. В этих случаях изменение стиля жизни может помочь предотвратить развитие гипертензии.

Систолическое давление 140 мм рт.ст. и выше и/или диастолическое давление 90 мм рт.ст. и выше, зарегистрированное не менее чем при трех врачебных осмотрах (с разницей не менее 1 недели), при каждом из которых АД измеряется по крайней мере дважды, с соблюдением всех правил оценки уровня АД (см. Приложение 1). При систолическом АД более 210 мм рт.ст. и/или диастолическом АД более 120 мм рт.ст. для постановки диагноза достаточно однократного измерения.

Определение и классификация гипертонической болезни

Первичная (эссенциальная) гипертензия (90% случаев). Гипертензия без выявленной этиологической причины.

Вторичная (симптоматическая) гипертензия (5–10% случаев). Гипертензия, вторичная по отношению к основному состоянию (например, применение оральных контрацептивов, стеноз почечных артерий, феохромоцитомы и т.д.). Исключить вторичные формы артериальной гипертонии на основании сбора жалоб и анамнеза с использованием опросника ВОЗ (см. Приложение 2), данных объективного осмотра и специальных лабораторно-инструментальных методов исследования.

Пациентам, которым выставлен диагноз гипертензии, следует классифицировать артериальное давление, как определено в Таблице 2 и задокументировать это в медицинской карте:

Таблица 2

Категория	САД	ДАД
I степень гипертонии	140-159	90-99
II степень гипертонии	160-179	100-109
III степень гипертонии	≥180	≥110
Изолированная систолическая гипертония	≥140	<90

Оценки риска сердечно-сосудистых осложнений

Для принятия решения по назначению лечения, пациента следует отнести к одной из следующих групп риска ССЗ, в зависимости от частоты развития прогнозируемых осложнений в течение 10-летнего наблюдения за больными:

- ♦ **Низкий риск** сердечно-сосудистых осложнений (риск ССЗ за 10 лет < 15%)
- ♦ **Средний риск** сердечно-сосудистых осложнений (риск ССЗ за 10 лет 15–20%)
- ♦ **Высокий риск** сердечно-сосудистых осложнений (риск ССЗ за 10 лет 20–30%)
- ♦ **Очень высокий риск** сердечно-сосудистых осложнений (риск ССЗ за 10 лет > 30%)

При определении групп риска у больного ГБ врачу следует учитывать следующие пять критериев (каждый должен быть четко задокументирован в медицинской карте пациента):

1. Уровень артериального давления (см Таблицу 2)
2. Количество факторов риска ССЗ (см Приложение 3)
3. Наличие поражения органов мишеней (см Приложение 3)
4. Наличие сахарного диабета (см Приложение 3)
5. Наличие ассоциированных клинических состояний (см Приложение 3)

Учитывая приведенные выше критерии, распределяют больных ГБ на группы риска, руководствуясь нижеприведенной таблицей 3.

Таблица 3. Принципы распределения больных ГБ по группам риска

ФР, ПОМ и СЗ	Артериальное давление (мм рт.ст.)			
	Высокое нормальное 130-139/85-89	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени ≥ 180/110
Нет ФР	Минимальный риск	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Средний риск	Средний риск	Высокий риск
≥ 3 ФР, ПОМ, МС или СД	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
АКС				

Примечание: ФР – факторы риска; ПОМ – поражение органов-мишеней; СЗ – сердечные заболевания; МС – метаболический синдром; СД – сахарный диабет; АКС – ассоциированные клинические состояния.

Обследование

Как только диагноз гипертензии выставлен, каждый пациент должен быть тщательно обследован на признаки и симптомы вторичной гипертензии и поражение органов – мишеней при помощи

физикального осмотра и базового лабораторного обследования (по возможности). Физикальный осмотр также позволяет выявить абдоминальный тип ожирения, как фактор риска ССЗ.

Физикальный осмотр

Следующие компоненты физикального осмотра должны рутинно документироваться при начальном обследовании при гипертензии (см Приложение 4):

- ◆ Вес тела с расчетом ИМТ или измерением окружности талии
- ◆ Осмотр глазного дна (кроме случаев, когда в медучреждении нет офтальмоскопа)
- ◆ Прослушивание шумов на сонных артериях
- ◆ Осмотр грудной клетки (пальпация и аускультация сердца; аускультация легких)
- ◆ Осмотр брюшной полости: пальпация увеличенных в размере почек; аневризмы брюшной аорты; аускультация шумов на почечных и бедренных артериях
- ◆ Осмотр конечностей: ишемические изменения; пальпация на похолодание конечностей, отеки, проверка мышечной силы и симметричности пульса на лучевых артериях и на стопах; выявление запаздывания лучевого и бедренного пульса)

Лабораторно-инструментальные исследования:

Обязательные:

- ◆ Общий анализ мочи
- ◆ Гемоглобин
- ◆ Общий холестерин сыворотки крови
- ◆ Сахар сыворотки крови (натощак)
- ◆ По возможности: Суточная протеинурия или отношение альбумина мочи (мг) к креатинину мочи (ммоль) в случайно взятом (в любое время) анализе мочи
- ◆ Креатинин сыворотки крови и расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Гоулта

◆ ЭКГ

◆ Калий сыворотки крови

Рекомендации

- ◆ ЛПВП, ЛПНП, Триглицериды (натощак)
- ◆ Эхокардиограмма

По показаниям:

- ◆ Пероральный тест толерантности к глюкозе – при уровне глюкозы в плазме крови (натощак) $> 5,6$ ммоль/л (100 мг/дл);

- ◆ УЗИ почек (у пациентов с протеинурией, гематурией или цилиндрурией)

- ◆ УЗИ надпочечников (у пациентов с симптоматикой, предполагающей феохромоцитому)

Лечение

Немедикаментозные методы лечения:

Изменение стиля жизни является ключевым элементом лечения гипертензии и высокого нормального АД. Следуя этим рекомендациям, пациенты могут как снизить АД, так и уменьшить риск ССЗ. Предоставление пациенту письменной информации и устное консультирование должно быть отражено в медицинской карте.

- ◆ Снижение избыточной массы тела, в особенности у лиц с абдоминальным (центральным) типом ожирения;
- ◆ Ограничение потребления поваренной соли до 4–6 г/сут. Снижение потребления соли может как напрямую снизить АД, так и повысить эффективность гипотензивной терапии.
- ◆ Динамические физические тренировки не менее 4 раз в неделю по 30–45 минут;
- ◆ Отказ от курения;
- ◆ Ограничение потребления спиртных напитков до 30 г/сутки в пересчете на чистый этиловый спирт у мужчин, до 15 г/сутки у женщин;
- ◆ увеличение в рационе фруктов и овощей и уменьшение насыщенных жиров и жира в целом.

Медикаментозное лечение:

Когда начинать медикаментозное лечение. Решение начать медикаментозную терапию пациента зависит от уровня АД и общего риска ССЗ. Все пациенты с ГБ 2–3 степени нуждаются в назначении гипотензивных препаратов. Пациенты с ГБ 1 степени гипертензии могут лечиться только путем изменения стиля жизни, в зависимости от их общего риска ССЗ. Большинство пациентов с умеренным риском и все пациенты с высоким или очень высоким риском должны получать медикаментозное лечение. Даже пациенты с гипертонией I степени, у которых артериальное давление постоянно повышено через шесть месяцев после предпринятых изменений в образе жизни должны получать антигипертензивные препараты.

Какие гипотензивные препараты применять. В целом, достижение целевого артериального давления гораздо более важно, чем конкретный медикаментозный агент, по отношению к снижению заболеваемости и смертности от сердечнососудистых заболеваний и большинству пациентов нельзя рекомендовать только один конкретный препарат, преобладающий над другим, как «препарат первого выбора»; однако множественные факторы, включая возраст пациента, тип имеющихся повреждений органов мишеней, сопутствующих заболеваний, стоимости медикаментов и потенциального взаимодействия лекарственных средств могут и должны повлиять на выбор гипотензивных препаратов (см Приложение 5 и 6).

При отсутствии прямых показаний к использованию медикаментов других классов, тиазидные диуретики можно рекомендовать в качестве терапии первого ряда в связи со своей небольшой стоимостью, возможностью однократного ежедневного приема, и одинаковой эффективностью, по сравнению с другими группами гипотензивных препаратов, в снижении артериального давления и риска ССЗ. Кроме того, при приеме в рекомендованных дозировках, эти препараты дают очень небольшое количество побочных эффектов.

Приложение 7 содержит список гипотензивных препаратов (по категориям), а также рекомендованные дозы и интервалы между приемами.

Приложение 8 содержит терапевтические алгоритмы лечения пациентов с гипертензией, с учетом риска общего ССЗ и сопутствующих заболеваний.

Лечение артериальной гипертензии должно быть длительным (пожизненным). Предпринять попытку уменьшить дозу и/или число применяемых препаратов следует только у больных с низким риском ССЗ и только после того, как АД поддерживается на желаемом уровне («гипертензия эффективно контролируется») на протяжении 1 года.

Цели терапии. АД должно снизиться хотя бы ниже 140/90, и до более низких цифр, при хорошей переносимости, у всех пациентов с гипертензией. Целевое АД должно быть по крайней мере < 130/80 у больных СД и пациентов из групп высокого и очень высокого риска.

Аспирин. С целью первичной профилактики осложнений у больных старше 50 лет с контролируемой гипертензией (АД < 150/90 мм рт.ст.) при наличии поражения органов-мишеней и/или сахарного диабета, и/или 10-летнем риске развития коронарной болезни сердца более 15% рекомендуется использовать аспирин в дозе 75–150 мг/сут.

Терапия для снижения уровня липидов крови. Больным ГБ до 80-летнего возраста с уровнем общего холестерина >4,5 ммоль/л или ЛПНП >2,6 ммоль/л показано назначение статинов при наличии КБС, атеросклероза магистральных артерий, сахарного диабета, перенесенного ишемического инсульта, а также при 10-летнем риске развития КБС, превышающим 20%. Целью липидкорректирующей терапии является снижение общего холестерина до уровня менее 4,0 ммоль/л, а ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л.

Обучение пациента. Крайне важно обучить пациента принимать медикаменты регулярно, вне зависимости от результатов измерения АД и самочувствия на данный день. Им следует порекомендовать не устраивать «лекарственных каникул» и следует убедить, что к гипотензивным препаратам устойчивость не развивается. Пациентов следует расспрашивать о соблюдении терапевтического режима во время каждого посещения и напоминать о важности непрерывного медикаментозного лечения.

Показания для госпитализации

- ◆ Неясность диагноза и необходимость проведения специальных (чаще инвазивных) исследований для уточнения природы гипертонии;
- ◆ Трудности в подборе медикаментозной терапии – частые гипертензивные кризы, рефрактерная АГ;
- ◆ Наличие гипертонии у детей.

Приложение 1

Правила измерения артериального давления

- I. *Положение больного:*
 - ✓ Сидя в комфортных условиях;
 - ✓ Рука на столе фиксирована;
 - ✓ Манжета на уровне сердца, на 2 см выше локтевого сгиба;
- II. *Обстоятельства:*
 - ✓ Исключается употребление кофе и напитков, содержащих кофеин (Coca-Cola, какао, чай и др.) в течение 1 ч перед исследованием;
 - ✓ Запрещается курить в течении не менее чем за 15 мин до измерения;
 - ✓ Исключается применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

- ✓ В покое после 5-минутного отдыха

III. Оснащение:

✓ Манжета – следует выбрать соответствующий размер (резинная часть должна быть не менее 2/3 длины предплечья и не менее $\frac{3}{4}$ окружности руки)

✓ Тонومتر должен каждые 6 месяцев подвергаться проверке, положение столбика ртути или стрелки тонметра перед началом измерения должны находиться на нуле

IV. Кратность измерения:

✓ Для оценки уровня артериального давления следует выполнить не менее 3 измерений с интервалом не менее 1 мин, при разнице более 5 мм рт.ст. проводятся дополнительные измерения. За конечное значение принимается среднее из 2 последних измерений

✓ Для диагностики заболевания должно быть выполнено не менее 3 измерений с разницей не менее 1 недели.

V. Собственно измерение:

✓ Накачать воздух в манжеты до уровня давления на 20 мм рт.ст. превышающего систолическое (по исчезновению пульса);

✓ Снижать давление в манжете со скоростью 2–3 мм рт.ст. в 1 сек.

✓ Уровень давления, при котором появляется I тон Короткова, соответствует систолическому давлению;

✓ Уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5-я фаза тонов Короткова) принимают за диастолическое давление;

✓ Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и несколько раз согнуть и разогнуть, затем измерение повторяют. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа;

✓ Первоначально следует измерить давление на обеих руках, в дальнейшем измерения делаются на той руке, где АД выше;

✓ У больных старше 65 лет, больных сахарным диабетом и получающих антигипертензивную терапию, следует также произвести измерение стоя через 2 мин.

Опросник ВОЗ для исключения симптоматической гипертензии

Анамнез

Лекарственные средства

◆ Принимает ли больной (особенно женщины) пероральные эстроген-прогестероновые противозачаточные средства, такие как ригевидон, нон-овлон и т.п.

◆ Принимает ли больной кортикостероиды, кортикотропины (АКТГ) или нестероидные противовоспалительные средства

Если на один из вопросов получен ответ «да» – следует думать о вторичной (лекарственной) гипертензии и рекомендовать прекратить прием указанных препаратов.

Если на все вопросы получен ответ «нет», переходить к следующему разделу.

Болезни почек

◆ Не злоупотребляет ли больной приемом анальгетиков?

◆ Были ли у больного в прошлом или в настоящем времени заболевания почек или инфекции мочевыводящих путей?

◆ Не было ли в анамнезе травмы почек или/и гематурии?

◆ Есть ли в семье больные с заболеванием почек?

Если на один из вопросов получен ответ «да» – следует провести дополнительные обследования для уточнения характера поражения почек.

Если на все вопросы получен ответ «нет», переходить к следующему разделу.

Другие причины

◆ Бывают ли у больного приступы головных болей, сопровождающиеся резкой бледностью, потливостью, беспокойством?

Если «да», то при клиническом осмотре следует обратить внимание на наличие на коже стигматов нейрофиброматоза и переходить к дополнительному обследованию с целью исключения феохромоцитомы.

Если «нет», задать следующий вопрос.

◆ Бывают ли приступы резкой мышечной слабости и судороги?

Если «да», то следует переходить к дополнительному обследованию с целью исключения синдрома Кона (первичного гиперальдостеронизма).

Если «нет», приступить к анализу объективных данных.

Данные объективного осмотра

♦ Есть ли признаки синдрома Кушинга? (лунообразное лицо, рост бороды и усов, ожирение с преимущественным отложением жира в области шеи, плеч, туловища, бедер, живота, гирсутизм, стрии на коже живота, молочных желез, бедер)

Если «да», то переходить к дополнительному обследованию с целью исключения эндокринной патологии.

Если «нет», уточнить следующее:

♦ При аускультации выслушиваются ли амбодоминальные или поясничные шумы?

Если «да», то переходить к дополнительному обследованию с целью исключения реноваскулярной гипертензии.

Если «нет», уточнить следующее:

♦ Сохранена ли пульсация на бедренной артерии, не запаздывает ли она по сравнению с таковыми на лучевой артерии. Нет ли в области грудной клетки выраженной коллатеральной сети? Не снижено (или равно) артериальное давление на нижних конечностях по сравнению с верхними?

Если на один из вопросов получен ответ «да», следует переходить к дополнительному обследованию с целью исключения коарктации аорты.

Если в результате вышеуказанных вопросов и исследований определить причины подъема АД не удастся, следует считать, что у больного эссенциальная гипертензия.

Приложение 3

Сердечно-сосудистые факторы риска

- ♦ величина пульсового АД (если САД – ДАД > 60 мм Нг)
- ♦ возраст (мужчины > 55 лет; женщины > 65 лет)
- ♦ курение
- ♦ дислипидемия:
 - ОХС > 5,0 ммоль/л (190 мг/дл) или
 - ХС ЛНП > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл) или
 - ХС ЛВП < 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и < 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) для женщин или
 - ТГ > 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
- ♦ глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл)
- ♦ семейный анамнез ранних ССЗ (у мужчин < 55 лет; у женщин < 65 лет)

♦ абдоминальное ожирение (ОТ > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин) при отсутствии МС *

Поражение органов мишеней

ГЛЖ

♦ ЭКГ: признак Соколова-Лайона (SV1+RV5 or RV6 > 38 мм) или Корнельского (RaVL + SV3 > 28 мм для мужчин; > 20 мм для женщин)

♦ ЭхоКГ: ИММЛЖ > 125 г/м² для мужчин и > 110 г/м² для женщин

Сосуды

♦ УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ > 0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов

♦ скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии > 12 м/с

♦ лодыжечно/плечевой индекс < 0,9

Почки

♦ небольшое повышение сывороточного креатинина: 115–133 мкмоль/л (1,3–1,5 мг/дл) для мужчин или 107–124 мкмоль/л (1,2–1,4 мг/дл) для женщин

♦ низкая СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² (MDRD формула) или низкий клиренс креатинина < 60 мл/мин (формула Кокрофта-Гаулта)

♦ ККр (мл/мин) по формуле Кокрофта-Гаулта = 88 x (140-возраст, годы) x масса тела [кг] / 72 x креатинин, мкмоль/л (для женщин результат умножают на 0.85)

♦ Микроальбуминурия (30–300 мг альбумина/сут) или

♦ отношение альбумин/креатинин в моче > 22 мг/г (2,5 мг/ммоль) для мужчин и > 31 мг/г (3,5 мг/ммоль) для женщин (это исследование не требует сбора мочи в определенное время суток)

Сахарный диабет

♦ глюкоза плазмы натощак > 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях

♦ глюкоза плазмы после еды или через 2 часа после приема 75 г глюкозы > 11,0 ммоль/л (198 мг/дл)

Ассоциированные клинические состояния

ЦВБ:

- ◆ ишемический МИ
- ◆ геморрагический МИ
- ◆ ТИА

Заболевания сердца

- ◆ ИМ
- ◆ стенокардия
- ◆ коронарная реваскуляризация
- ◆ ХСН

Заболевания почек

- ◆ диабетическая нефропатия
- ◆ почечная недостаточность: сывороточный креатинин > 133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин и > 124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) для женщин

Заболевания периферических артерий

- ◆ расслаивающая аневризма аорты
- ◆ симптомное поражение периферических артерий

Гипертоническая ретинопатия

- ◆ кровоизлияния или экссудаты
- ◆ отек соска зрительного нерва

Критерии метаболического синдрома

Сочетание основного и 2 из дополнительных критериев указывает на наличие метаболического синдрома:

Основной критерий

- ◆ АО (ОТ > 94 см для мужчин и > 80 см для женщин)

Дополнительные критерии:

- ◆ АД > 140/90 мм рт.ст.,
- ◆ ХС ЛНП > 3,0 ммоль/л,
- ◆ ХС ЛВП < 1,0 ммоль/л для мужчин или < 1,2 ммоль/л для женщин,
- ◆ ТГ > 1,7 ммоль/л,
- ◆ гипергликемия натощак > 6,1 ммоль/л,
- ◆ НТГ – глюкоза плазмы через 2 часа после приема 75 г глюкозы > 7,8 и > 11,1 ммоль/л

Физикальный осмотр пациентов с гипертонией: что искать и почему

Признаки вторичной гипертонии и органичных поражений

- ◆ Признаки синдрома Кушинга (лунообразное лицо, ожирение на верхней части тела, стрии на животе, боках или бедрах)
- ◆ Кожные признаки нейрофиброматоза (феохромоцитомы)
- ◆ Пальпация увеличенных в размере почек (поликистоз почек)
- ◆ Аускультация сосудистых шумов в брюшной полости (рено-васкулярная гипертония)
- ◆ Аускультация прекардиальных и грудных шумов (коарктация или другие заболевания аорты)
- ◆ Сниженный и запаздывающий пульс на бедренных артериях и снижение АД на бедренных артериях (коарктация и другие заболевания аорты)

Признаки органичных поражений

- ◆ Головной мозг: шумы на артериях шеи, двигательные и чувствительные выпадения
- ◆ Сетчатка глаза: нарушения на глазном дне
- ◆ Сердце: положение и характеристики верхушечного толчка, патологические сердечные шумы, желудочковый галоп, жужжание над легочной артерией, периферические отеки
- ◆ Периферические артерии: отсутствие, снижение или асимметрия периферической пульсации, похолодание конечностей, ишемические кожные изменения
- ◆ Сонные артерии: систолический шум

Признаки висцерального ожирения

- ◆ Большая окружность живота (в положении стоя): М > 102 см; Ж > 88 см
- ◆ Повышенный индекс массы тела [вес тела (кг)/рост (м)²]: Повышенный вес > 25 кг/м²; Ожирение > 30 кг/м²

Прямые показания для приема определенных гипотензивных препаратов, по классам

Класс препаратов	Основные показания	Возможные показания
Тиазидные диуретики	АГ в возрасте > 50 лет Систолическая АГ ГБ в сочетании с сердечной недостаточностью	ГБ в сочетании с сахарным диабетом (в низких дозах) ГБ в сочетании с остеопорозом
Тиазидоподобные диуретики (индапамид)		ГБ в сочетании с сахарным диабетом ГБ в сочетании с остеопорозом МС
Бета-блокаторы	Стенокардия Перенесенный инфаркт миокарда Тахикардия Сердечная недостаточность	АГ у беременных Сахарный диабет Предоперационная АГ Гипертиреоз
Антагонисты кальция (продленного действия дигидропиридиновые)	Стенокардия Систолическая гипертензия Атеросклероз сонных и коронарных артерий Беременность	Хронические бронхообструктивные заболевания
Антагонисты кальция (недигидропиридиновые)	Атеросклероз сонных артерий Суправентрикулярные тахикардии	Инфаркт миокарда Сахарный диабет с протеинурией
Ингибиторы АПФ	ХСН Дисфункция ЛЖ ИБС Диабетическая нефропатия Недиабетическая нефропатия Атеросклероз сонных артерий Протеинурия Мерцательная аритмия Сахарный диабет Метаболический синдром Перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения	
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов	Кашель при приеме ИАПФ ХСН Перенесенный инфаркт миокарда Диабетическая нефропатия Протеинурия Мерцательная аритмия Сахарный диабет Метаболический синдром	
Альфа-адреноблокаторы	Гипертрофия предстательной железы	
Агонисты имидазолиновых рецепторов	Недостаточно данных, чтобы дать прямые рекомендации по препаратам. Не назначать пациентам с ХСН.	Метаболический синдром Сахарный диабет

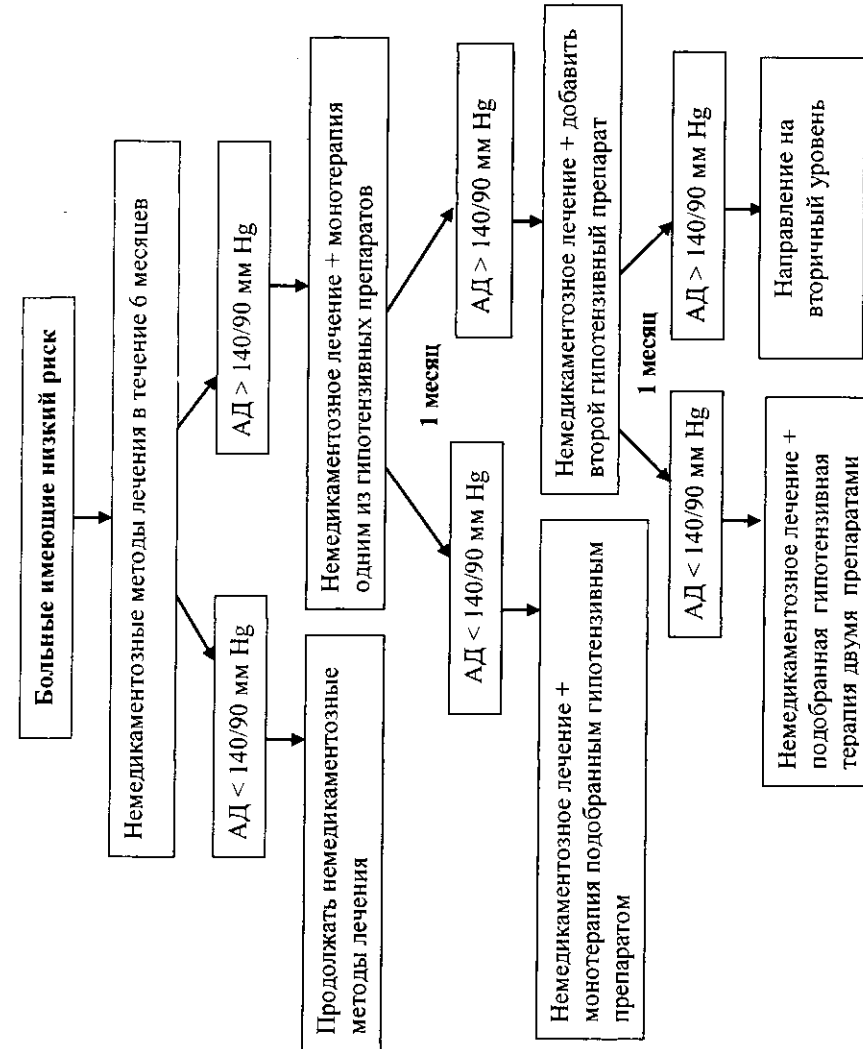
Абсолютные и относительные противопоказания к назначению различных групп антигипертензивных препаратов

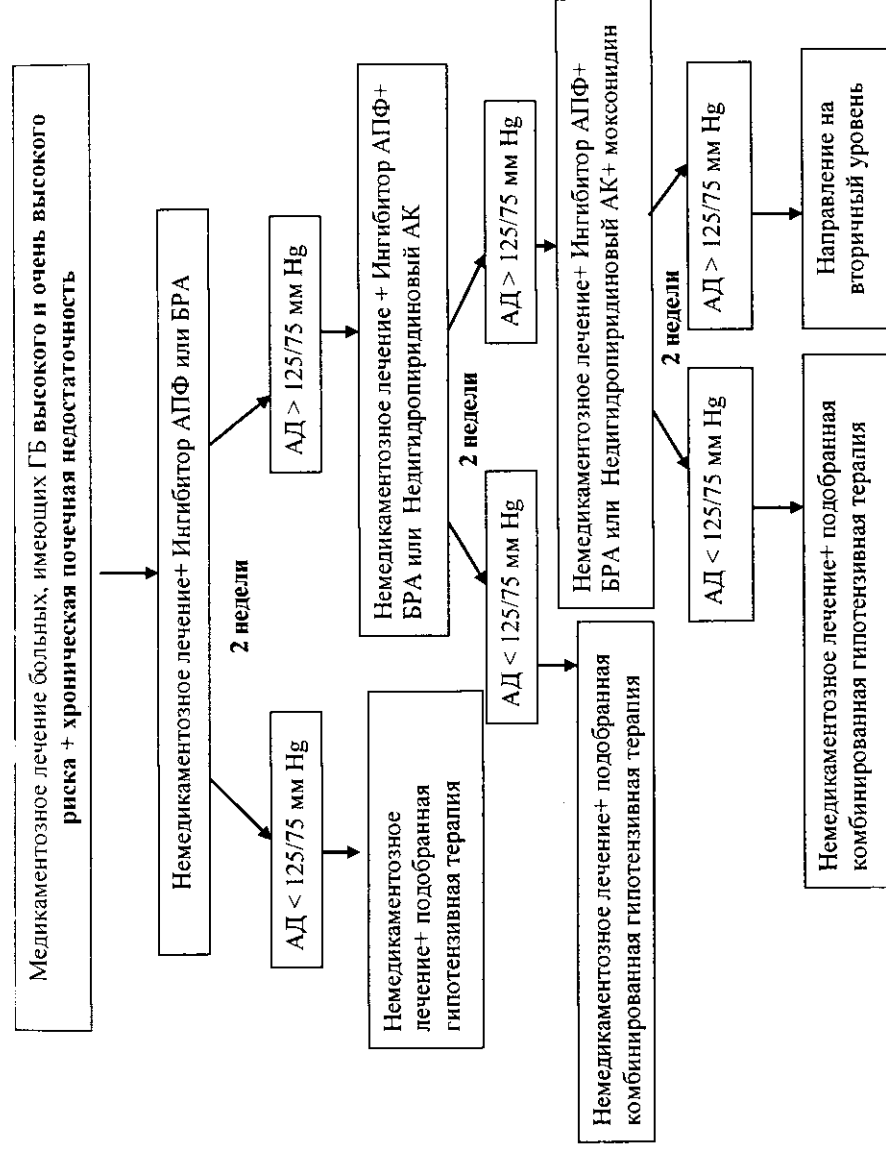
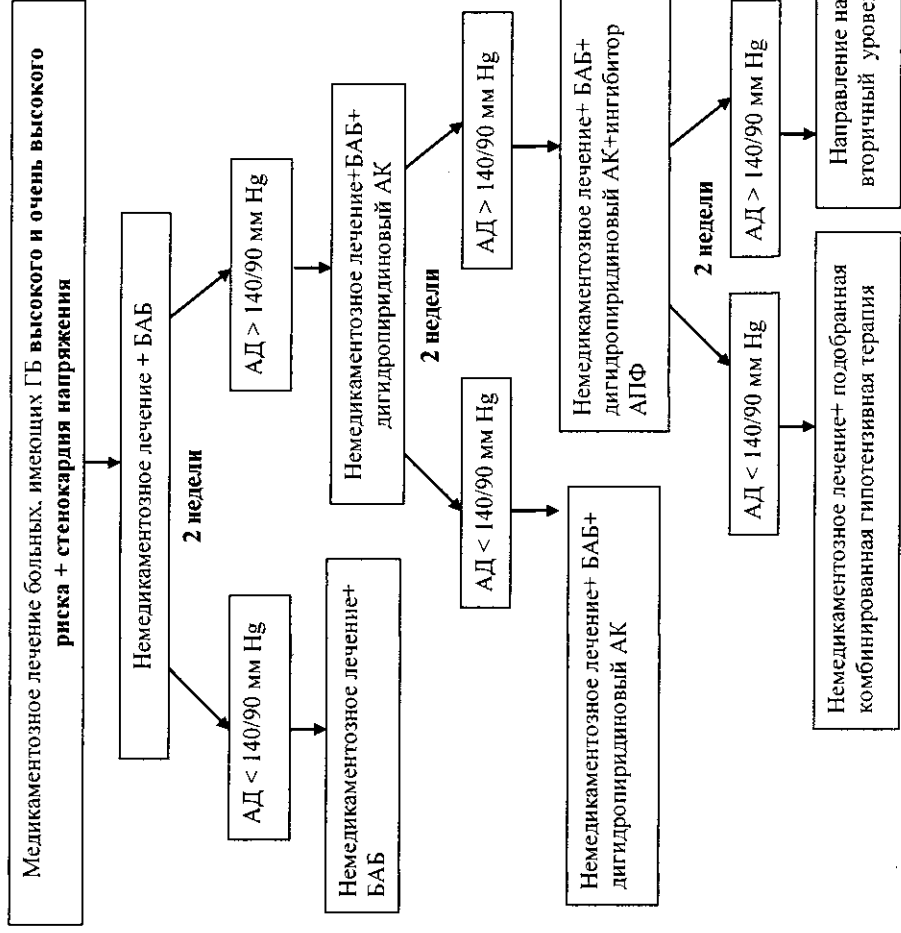
Класс препаратов	Абсолютные противопоказания	Относительные противопоказания
Тиазидные диуретики	Подагра	Метаболический синдром Нарушение толерантности к углеводам Дислипидемии Беременность
Тиазидоподобные диуретики (индапамид)		Беременность
β-адреноблокаторы	Атриовентрикулярная блокада 2–3 степени Бронхиальная астма	Заболевания периферических артерий Метаболический синдром Нарушение толерантности к углеводам Спортсмены и физически активные пациенты ХОБЛ в обострении
Антагонисты кальция дигидропиридиновые		Тахикардии ХСН
Антагонисты кальция недигидропиридиновые	Атриовентрикулярная блокада 2-3 степени ХСН	
ИАПФ	Беременность Гиперкалиемия (>5.5 ммол/л) Двусторонний стеноз почечных артерий Ангиневротический отек	
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов	Беременность Гиперкалиемия (>5.5 ммол/л) Двусторонний стеноз почечных артерий	
Альфа-адреноблокаторы	ХСН Ортостатическая гипотензия	
Агонисты имидазолиновых рецепторов	ав-блокада II-III степени Сinusовая брадикардия (ЧСС < 50 в минуту) Синдром слабости синусового узла ХСН	Печеночная недостаточность Почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 30 мл/мин)

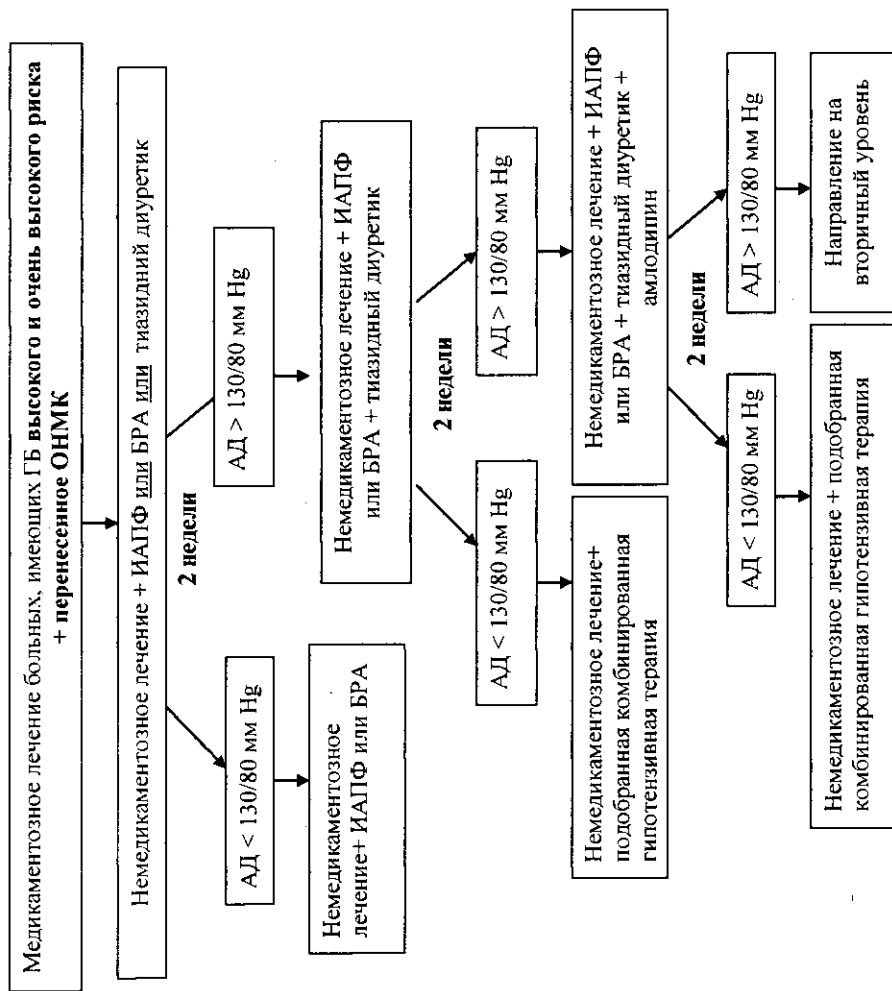
Дозы и кратность назначения препаратов

Препарат	Средние дозы и кратность приема
Диуретики: Гидрохлортиазид Индапамид	12,5–25 мг однократно утром 2,5 мг однократно утром
Бета-блокаторы: Атенолол Метопролол сулцинат Бисопролол Небиволол Карведилол	25–50 мг 2 раза в день 25–50 мг 2 раза в день 5–10 мг однократно утром 5–10 мг однократно утром 6,25–25 мг 2 раза в день
Антагонисты кальция: Нифедипин ретард Нифедипин-ГИТС Верапамил Верапамил ретард Амлодипин	20 мг 2 раза в день 30 мг однократно 80 мг 3 раза в день 120 мг 2 раза в день 5–10 мг однократно
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента: Каптоприл Эналаприл Лизиноприл Фозиноприл Моэксиприл Периндоприл	25–50 мг при кризовом повышении АД 5–10 мг 2 раза в день 5–10 мг 1-2 раза в день 10 мг 1-2 раза в день 7,5–15 мг однократно 4-8 мг однократно
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов Лозартан Эпросартан	25–50 мг 2 раза в день 600 мг однократно
Альфа адреноблокаторы: Празозин Доксазозин	1-10 мг 2-3 раза в сутки 1-4 мг 1-2 раза в день
Препараты центрального действия: Клонидин Моксонидин	0,075 – 0,15 мг при кризовом повышении АД 0,2 мг 1-2 раза в день

ЛЕЧЕБНЫЕ АЛГОРИТМЫ







Формат 60/84^{1/16} Бумага офсетная. Объем 1.5 печ. листа
Тираж 3000 экз.

Отпечатано: ОсОО "Гулчынар" г. Бишкек ул. Токтогула 106