

Медицинский институт
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»
РЕКОМЕНДУЕТ



ТАКТИКА ВРАЧА- КАРДИОЛОГА

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией
члена-корреспондента РАН
Ж.Д. Кобалава



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания.....	6
Предисловие.....	8
Список сокращений и условных обозначений.....	9
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	11
Глава 1. Тактика врача-кардиолога при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	13
1.1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Дислипидемии.....	13
1.2. Артериальная гипертензия.....	24
1.3. Стабильная ишемическая болезнь сердца.....	46
1.4. Наджелудочковые тахикардии.....	64
1.5. Фибрилляция предсердий.....	78
1.6. Желудочковые тахикардии и профилактика внезапной сердечной смерти.....	91
1.6.1. Внезапная сердечная смерть.....	91
1.6.2. Желудочковые тахикардии.....	95
1.7. Брадиаритмии и атриовентрикулярные блокады.....	102
1.7.1. Общие положения и определения.....	102
1.7.2. Дисфункция синусового узла.....	102
1.7.3. Нарушения атриовентрикулярной проводимости.....	107
1.8. Клапанные пороки сердца.....	116
1.9. Инфекционный эндокардит.....	128
1.10. Врожденные пороки сердца у взрослых.....	140
1.11. Дилатационная кардиомиопатия.....	158
1.12. Гипертрофическая кардиомиопатия.....	172
1.13. Миокардит.....	184
1.14. Рестриктивная кардиомиопатия.....	194
1.15. Болезни перикарда.....	207
1.16. Сердечная недостаточность.....	221
1.17. Легочная гипертензия.....	236
1.18. Заболевания (атеросклероз) периферических артерий.....	250
1.19. Синкопальные состояния.....	270
1.20. Сердечно-сосудистые заболевания при беременности.....	278
1.20.1. Артериальная гипертония.....	278
1.20.2. Врожденные пороки сердца и легочная гипертония.....	283
1.20.3. Нарушения ритма сердца.....	284
1.20.4. Приобретенные пороки клапанов.....	284
1.21. Спортивная кардиология.....	286
Глава 2. Тактика врача-кардиолога при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....	287
2.1. Острый коронарный синдром.....	287
2.2. Тромбоэмболия легочной артерии.....	303
Список литературы.....	312
Краткий справочник лекарственных средств.....	312

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (*guidelines*) — это документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Для обозначения степени уверенности в достоверности научных доказательств и обоснованности клинических рекомендаций были созданы соответствующие системы оценок и уровней, получившие названия «уровни достоверности доказательств» (*levels of evidence*) и «уровни убедительности рекомендаций» (*grades of recommendation*). Применение систематизированного подхода к оценке достоверности доказательств эффективности медицинских технологий и убедительности рекомендаций способствует предотвращению ошибок в суждениях, их критическому восприятию и распространению среди специалистов в области здравоохранения. В настоящее время для оценки достоверности доказательств и убедительности рекомендаций отсутствует единая система и все большее число соответствующих международных организаций признает необходимость введения единого подхода к их оценке.

В представленном практическом руководстве приведены классы рекомендаций и уровни их доказательности в соответствии с критериями, принятыми Европейским обществом кардиологов.

Класс рекомендаций	Определение	Предлагаемая формулировка
I	Доказано, что данный вид лечения или диагностики полезен и эффективен	Рекомендуется/ показан
II	Существуют противоречивые доказательства и/или мнения о пользе/эффективности данного вида лечения или диагностики	
IIa	Преобладают доказательства/мнения, свидетельствующие о пользе/эффективности	Целесообразно применять
IIb	Существующие доказательства/мнения в меньшей степени подтверждают пользу/эффективность данного вида лечения	Можно применять
III	Доказано или достигнуто соглашение, что данный вид лечения или диагностики не полезен/не эффективен , а в некоторых случаях может быть вреден	Не рекомендуется

Уровень доказательности	Определение
A	Данные многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов

Уровень доказательности	Определение
В	Данные одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований
С	Согласованное мнение экспертов и/или небольшие исследования, ретроспективные исследования, регистры

В России для оценки достоверности доказательств для методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации и уровней убедительности рекомендаций используются соответствующие оценочные шкалы, приведенные в приказах Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» и от 23 июня 2020 г. № 617н «О внесении изменений в приложения № 1, 2 и 3 к приказу Минздрава России № 103н...».

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации

- 1 Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.
- 2 Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.
- 3 Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования.
- 4 Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай—контроль».
- 5 Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации

- А Сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными].
- В Условная рекомендация [не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными].
- С Слабая рекомендация {отсутствие доказательств надлежащего качества [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными]}.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клинического мышления и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

ТАКТИКА ВРАЧА-КАРДИОЛОГА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ДИСЛИПИДЕМИИ

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) определяется как скоординированная система мер на популяционном или индивидуальном уровне, направленная на устранение или минимизацию последствий ССЗ и связанной с ними инвалидности. В основе первичной профилактики ССЗ лежит оценка суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР).

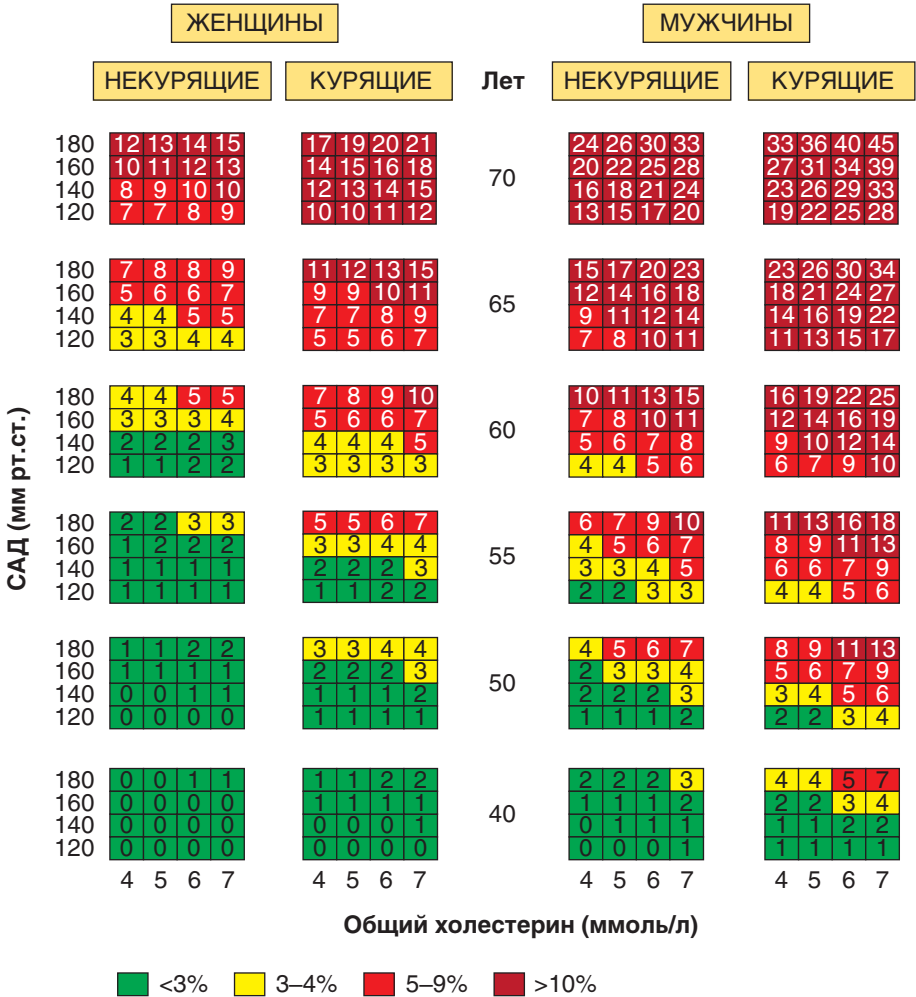
КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

- У здоровых лиц величина ССР чаще всего является результатом взаимодействия многих факторов. Это лежит в основе общей оценки риска и назначений.
- Скрининг на наличие факторов риска (ФР), включая липидный спектр, нужно рассматривать у мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет или в постменопаузе.
- Использование оценочных шкал [таких как Systematic COronary Risk Evaluation (SCORE)] может помочь в принятии решений по ведению таких пациентов и позволит избежать недостаточных и избыточных назначений.
- У лиц с высоким или очень высоким риском необходимо немедленное начало соответствующего лечения и воздействие на все ФР.
- Все оценочные шкалы несовершенны и требуют внимательной и взвешиваемой трактовки.
- Дополнительные факторы, влияющие на риск, можно оценить с использованием электронных оценочных шкал, например HeartScore.
- Общий подход к оценке ФР подразумевает гибкость: при невозможности оптимального контроля одного фактора нужно усилить воздействие на другие — это тоже приведет к снижению риска.

Принципы оценки ССР в Европе и РФ. С 2003 г. европейские рекомендации по профилактике ССЗ предлагают использовать шкалу SCORE, поскольку она основана на данных, полученных у больших репрезентативных когорт европейского населения (доступна на сайте <http://www.escardio.org/Guidelines-&>

Education/Practicetools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts). Шкала SCORE позволяет оценить 10-летний риск развития первого фатального события, ассоциированного с атеросклерозом, в зависимости от возраста, пола, статуса курения, уровня общего холестерина (ХС) и систолического (САД) артериального давления (АД). Шкала SCORE адаптирована для различного уровня ССР в различных европейских странах (Россия относится к странам высокого риска). В настоящее время шкалу SCORE рекомендовано применять у бессимптомных пациентов старше 40 лет, не относящихся к категории высокого или очень высокого риска на основании наличия ССЗ или почечного заболевания, сахарного диабета (СД), семейной гиперхолестеринемии или значимого повышения отдельных ФР. Лица с высоким или очень высоким риском ССЗ не нуждаются в стратификации риска и требуют немедленной коррекции ФР. Оценочные шкалы риска не следует использовать у пациентов с СД или семейной гиперхолестеринемией.

Шкала Systematic COronary Risk Evaluation: 10-летний риск развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний в странах с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний



КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ РИСКА

- Для оценки 10-летнего риска смерти от ССЗ выберите подходящую таблицу с учетом пола, возраста и статуса курения. Найдите клеточку, наиболее соответствующую уровню АД и общего ХС пациента. Категория риска должна быть переоценена после перехода пациента в следующую возрастную категорию.
- Риск обычно оценивают, основываясь на уровне АД и общего ХС до лечения (если они известны). Чем дольше продолжительность лечения и чем больше его эффективность, тем значительнее снижение риска. В целом общее снижение величины риска не превышает 1/3 исходной, что позволяет косвенно оценить риск до лечения.
- Пациентам низкого риска следует рекомендовать поддерживать его на этом уровне. Интенсивность вмешательств повышается по мере увеличения риска.
- Для повышения приверженности к проводимым мероприятиям можно использовать диаграммы, демонстрирующие пользу коррекции ФР. Например, у быстро прекратившего курение пациента риск снижается наполовину.

Ограничения оценочных шкал риска



Таблица относительного риска 10-летней смертности



Принципы оценки возрастного риска



Факторы – модификаторы риска Systematic COronary Risk Evaluation



Величина сердечно-сосудистого риска повышается при наличии маркеров бессимптомного атеросклероза



КАТЕГОРИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Оценка общего ССР — часть глобального континуума профилактики и лечения ССЗ. Отрезные уровни, используемые для выделения групп высокого риска, в какой-то степени произвольны и основаны на тех значениях риска, при которых наблюдалась польза от вмешательств в клинических исследованиях. Несомненно, в реальной клинической практике советы по изменению образа жизни и иногда лекарственной терапии должны получать и пациенты из групп умеренного и низкого риска. В связи с этим наиболее рациональным подходом для первоначального выбора тактики ведения является оценка ССР по глобальной шкале. Дальнейшие шаги подразумевают использование оценочных шкал риска, анализ наличия усилителей риска и оценку поражения органов-мишеней (ПОМ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) с дальнейшей стандартной стратификацией риска (см. «Артериальная гипертензия»).

ЭТАПЫ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА



Глобальная шкала категорий сердечно-сосудистого риска

Очень высокий риск	Наличие любого из следующих критериев Документированные атеросклеротические ССЗ (клинически или при визуализации): острый инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия, стабильная стенокардия напряжения, реваскуляризация артерий [чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), аортокоронарное шунтирование и др.], инсульт, транзиторная ишемическая атака, аневризма аорты, заболевания периферических артерий (ЗПА). Визуализация поражения артерий: значимое атеросклеротическое поражение по данным ангиографии или компьютерной томографии (КТ) (многососудистое поражение со стенозами >50% в двух крупных эпикардиальных артериях) или ультразвукового исследования сонных артерий. СД с ПОМ (альбуминурия, ретинопатия, невропатия), сочетание с тремя и более большими факторами риска или длительное (>20 лет) течение СД 1-го типа. Тяжелая ХБП со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) <30 мл/мин/1,73 м ² . Семейная гиперхолестеринемия с документированным атеросклеротическим ССЗ или другими большими факторами риска. 10-летний риск по шкале SCORE ≥10%
Высокий риск	Наличие любого из следующих критериев Выраженное повышение отдельных ФР: общий ХС >8 ммоль/л, ХС-ЛПНП >4,9 ммоль/л, АД ≥180/110 мм рт.ст. Пациенты с семейной гиперхолестеринемией без больших ФР. ГЛЖ на фоне АГ. Пациенты с СД без ПОМ, с продолжительностью СД ≥10 лет или с дополнительными факторами риска. Умеренная ХБП с СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м ² . 10-летний риск по шкале SCORE ≥5 и <10%

Средний риск	Наличие любого из следующих критериев Молодые пациенты (СД 1-го типа <35 лет; СД 2-го типа <50 лет) с продолжительностью заболевания <10 лет без других ФР. АГ II степени. 10-летний риск по шкале SCORE ≥ 1 и <5%
Низкий риск	10-летний риск по шкале SCORE <1%

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ УРОВНЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛИПИДНЫХ ФРАКЦИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Измерение сывороточных концентраций липидов и липопротеидов проводится для оценки риска атеросклеротических ССЗ и выбора терапевтического подхода. Традиционно взятие крови на липиды проводится натощак. Однако недавние исследования показали, что отличия в уровне липидов при анализе натощак и не натощак минимальны, и при скрининговой оценке общего риска результаты, полученные не натощак, имеют аналогичное прогностическое значение.

Рекомендации по анализу на липиды при оценке риска ССЗ



НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА. КОДЫ ПО МКБ-10

Нарушения обмена веществ (E70–E90).

E78 Нарушения обмена липопротеидов и другие липидемии.

E78.0 Чистая гиперхолестеринемия.

E78.1 Чистая гиперглицеридемия.

E78.2 Смешанная гиперлипидемия.

E78.3 Гиперхиломикронемия.

E78.4 Другие гиперлипидемии.

E78.5 Гиперлипидемия неуточненная.

E78.6 Недостаточность липопротеидов.

E78.8 Другие нарушения обмена липопротеидов.

E78.9 Нарушения обмена липопротеидов неуточненные.

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА


Выбор вмешательства определяется уровнем ССР и исходным уровнем ЛПНП. В целом общий подход к снижению ССР должен быть индивидуализирован. Постановка конкретных целей, вероятно, может повысить приверженность пациента к лечению.

Стратегии коррекции сердечно-сосудистого риска

Риск	ХС ЛНП без лечения (ммоль/л)					
	<1,4	1,4<1,8	1,8<2,6	2,6<3,0	3,9<4,9	≥4,9
Первичная профилактика						
Низкий	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ, рассмотреть ФТ при отсутствии контроля	Изменение ОЖ + ФТ
Класс/уровень	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A
Умеренный	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ, рассмотреть ФТ при отсутствии контроля	Изменение ОЖ, рассмотреть ФТ при отсутствии контроля	Изменение ОЖ + ФТ
Класс/уровень	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A
Высокий	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ, рассмотреть ФТ при отсутствии контроля	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ
Класс/уровень	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A
Очень высокий	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ, рассмотреть ФТ при отсутствии контроля	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ
Класс/уровень	IIa/B	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A
Вторичная профилактика						
Очень высокий	Изменение ОЖ, рассмотреть ФТ при отсутствии контроля	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ	Изменение ОЖ + ФТ
Класс/уровень	IIa/A	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A

Примечания. ОЖ — образ жизни; ФТ — фармакотерапия. В таблице представлены классы и уровни рекомендаций Европейского Общества кардиологов по лечению дислипидемий (2019).

Основные цели лечения для предотвращения атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний

Курение	Отказ от контакта с табаком в любой форме
Диета	Здоровая диета с низким содержанием насыщенных жиров, акцентом на цельнозерновые продукты, фрукты, овощи и рыбу
Физическая активность	3,5–7,0 ч умеренной физической активности в неделю или 30–60 мин в большинство дней
Масса тела	ИМТ 20–25 кг/м ² и окружность талии <94 см у мужчин и <80 см у женщин
АД	Первичная цель — <140/90 мм рт.ст.
ЛПНП Целевые значения липопротеидов низкой плотности в зависимости от категории риска 	Очень высокий риск (первичная/вторичная профилактика) Снижение более чем на 50% исходного уровня и цель <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл). При инициации липидснижающей терапии начать с терапии статинами высокой эффективности. При недостижении цели — интенсификация лечения. Высокий риск Снижение более чем на 50% исходного уровня и цель <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл). Умеренный риск Цель — <2,6 ммоль/л (<100 мг/дл). Низкий риск Цель — <3 ммоль/л (<116 мг/дл)
Не-ЛПВП (вторичная цель)	Очень высокий риск — <2,2 ммоль/л (<85 мг/дл). Высокий риск — <2,6 ммоль/л (<100 мг/дл). Умеренный риск — <3,4 ммоль/л (<130 мг/дл)
Аполипопротеин В (вторичная цель)	Очень высокий риск — <65 мг/дл. Высокий риск — <80 мг/дл. Умеренный риск — <100 мг/дл
Триглицериды	Нет определенных целей. Уровень <1,7 ммоль/л (<150 мг/дл) соответствует низкому риску. При более высоких значениях необходимо обследовать на наличие других ФР
СД	HbA1c <7% (<53 ммоль/моль)

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА



Характеристики здорового питания



МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

ЛПНП — важнейшая мишень терапии для предотвращения атеросклеротических ССЗ. Интенсивность медикаментозной терапии определяется общим ССР. Рекомендации по достижению минимально возможных значений ЛПНП основываются на крупнейших исследованиях с ингибиторами пропротеинконвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9).

Доступные в настоящее время холестеринснижающие препараты:

- ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим-А-редуктазы (статины);
- селективные ингибиторы абсорбции ХС в кишечнике (эзетимиб);
- секвестранты желчных кислот (ионообменные смолы);
- ингибиторы PCSK9;
- фибраты;
- Омега-3-ПНЖК.

Характеристика липидснижающих препаратов



Липидснижающие препараты и особенности их применения



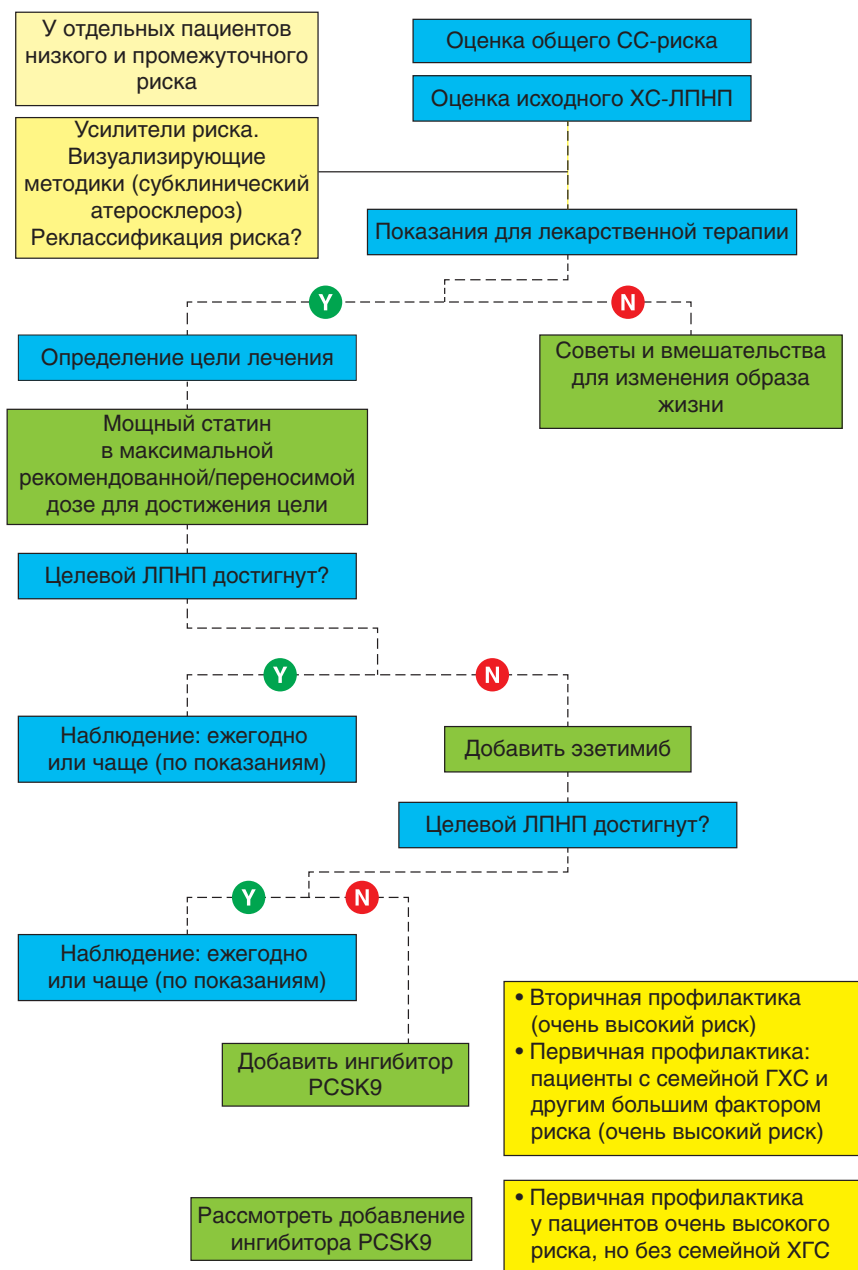
Ожидаемая клиническая польза от терапии, снижающей уровень липопротеидов высокой плотности



Рекомендации по назначению препаратов для снижения липопротеидов низкой плотности и триглицеридов

- Рекомендовано назначать статины высокой интенсивности в максимально переносимых дозах для достижения цели, установленной в соответствии с величиной риска (IA).
- При невозможности достичь цели на фоне максимально переносимых доз статинов к терапии следует добавить эзетимиб (IB).
- При невозможности достичь цели на фоне комбинированной терапии у пациентов очень высокого риска с анамнезом атеросклеротического ССЗ и/или семейной гиперхолестеринемии рекомендовано добавление ингибиторов PCSK9 (IA и IC). В первичной профилактике у пациентов очень высокого риска при отсутствии семейной гиперхолестеринемии можно рассмотреть добавление PCSK9 к комбинации статина и эзетимиба (IIbC).
- При непереносимости статинов в любых дозах даже после повторных попыток назначения в качестве липидснижающего препарата необходимо назначить эзетимиб (IIaC) и, возможно, рассмотреть его комбинацию с PCSK9 (IIbC).

Алгоритм назначения липидснижающей терапии



Примечание. Y — да, N — нет

- У ряда пациентов при недостижении цели можно рассмотреть комбинацию статина с секвестрантом желчных кислот (ИвС).
- Статины — препарат первого выбора при лечении пациентов высокого риска с гипертриглицеридемией (триглицериды >2,3 ммоль/л) (IV).
- Если уровень триглицеридов остается выше 1,5–1,6 ммоль/л, несмотря на терапию статинами, можно рассмотреть назначение омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (икозапент®) (IIaB).

- При достижении целевого ЛПНП и сохранении уровня триглицеридов $>2,3$ ммоль/л у пациентов высокого риска при первичной профилактике можно рассмотреть добавление фибратов к статину (IIbB).

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Пациенты с дислипидемией должны лечиться в домашних условиях, то есть амбулаторно.

Порядок амбулаторного наблюдения при дислипидемии



КРИТЕРИИ УЛУЧШЕНИЯ

Снижение уровня ЛПНП, достижение и удержание целевых значений является первичной мишенью при коррекции нарушений липидного обмена. Вторичными целями можно считать уровень не-ЛПВП и аполипопротеина В.

Другими важными целями являются:

- коррекция всех остальных модифицируемых ФР (курение, АГ, гипергликемия, ожирение);
- снижение уровня триглицеридов;
- предупреждение, замедление темпа прогрессирования атеросклеротических ССЗ.

Алгоритм диспансерного наблюдения больных с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском без анамнеза артериальной гипертензии и атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний





ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При своевременном выявлении и коррекции всех факторов риска, соблюдении всех правил лечения и рекомендаций лечащего врача прогноз при дислипидемии благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует рекомендациям по лечению больных с дислипидемией ЕОК/ЕОА (2019), российским рекомендациям (2016).
- Несоблюдение врачебных требований, например отказ от лечения или его прерывание в силу разных причин, повышает вероятность развития тяжелых и опасных для жизни сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — ПРОФИЛАКТИКА ССЗ

- Для снижения риска ССЗ необходимо комплексное воздействие на все факторы риска.
- Следование советам по изменению образа жизни позволяет снизить ССР как в первичной профилактике, так и при имеющемся анамнезе ССЗ.
- Основа медикаментозной терапии для снижения ССР — липидснижающие препараты.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО ЛПНП

- Достижение целевых значений ЛПНП — основная стратегия снижения ССР в первичной и вторичной профилактике.
- Статины — краеугольный камень липидснижающей терапии, доказанно снижающие СС смертность и риск нефатальных ССЗ.
- Польза от применения статинов по показаниям превышает риски возможных побочных эффектов.
- Липидснижающая терапия применяется строго по назначению врача.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.



- **Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии**

1.2. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения систолического АД ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт.ст. при офисном (клиническом) измерении АД.

Гипертоническая болезнь — хронически протекающее заболевание, при котором повышение АД не связано с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ.

Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует термину «эссенциальная гипертензия», используемому за рубежом.

Диагноз АГ следует основывать:

- на повторных офисных измерениях АД;
- на данных амбулаторного суточного или домашнего мониторинга АД при логической и экономической целесообразности.

КОДЫ ПО МКБ-10

Болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением (I10, I11, I12, I13, I15).

I10 Эссенциальная [первичная] гипертензия:

- высокое артериальное давление;
- гипертензия (артериальная, доброкачественная, эссенциальная, злокачественная, первичная, системная).

I11 Гипертензивная болезнь сердца [гипертоническая болезнь сердца с преимущественным поражением сердца].

I11.0 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью:

- ✧ гипертензивная [гипертоническая] сердечная недостаточность.

I11.9 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности:

- ✧ гипертензивная болезнь сердца без дополнительных уточнений (БДУ).

I12 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек:

- артериосклероз почек;
- артериосклеротический нефрит (хронический, интерстициальный);
- гипертензивная нефропатия;
- нефросклероз.

I12.0 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью:

- ✧ гипертоническая почечная недостаточность.

I12.9 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек без почечной недостаточности:

- ✧ почечная форма гипертонической болезни БДУ.

I13 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек.

I13.0 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью.

- I13.1 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью.
- I13.2 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью.
- I13.9 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная.
- I15 Вторичная гипертензия.
 - I15.0 Реноваскулярная гипертензия.
 - I15.1 Гипертензия, вторичная по отношению к другим поражениям почек.
 - I15.2 Гипертензия, вторичная по отношению к эндокринным нарушениям.
 - I15.8 Другая вторичная гипертензия.
 - I15.9 Вторичная гипертензия неуточненная.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Степень АГ определяется уровнем АД у нелеченых пациентов.

Категория	Систолическое АД, мм рт.ст.		Диастолическое АД, мм рт.ст.
Оптимальное АД	<120	и	<80
Нормальное АД	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное АД	130–139	и/или	85–89
I степень АГ	140–159	и/или	90–99
II степень АГ	160–179	и/или	100–109
III степень АГ	≥180	и/или	≥110
Изолированная систолическая АГ	≥140	и/или	<90

Категорию АД определяют по результатам его трехкратного измерения в положении пациента сидя. Используют средние значения САД и ДАД, определенных при двух последних измерениях.

2. Стадия АГ определяется наличием СД, ПОМ и ассоциированных клинических состояний. Стадия АГ не зависит от уровня АД.

- Стадия I — отсутствие ПОМ и ассоциированных клинических состояний, возможное наличие ФР.
- Стадия II — подразумевает наличие бессимптомного ПОМ, связанного с АГ и/или ХБП С3 (СКФ — 30–59 мл/мин), и/или СД без ПОМ и предполагает отсутствие ассоциированных клинических состояний.
- Стадия III — определяется наличием ассоциированных клинических состояний, в том числе ХБП С4–С5 стадии, и/или СД с ПОМ.

Факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск и стадию заболевания у пациентов с артериальной гипертензией

ФР	Бессимптомное ПОМ	Ассоциированные клинические состояния
<ul style="list-style-type: none"> • Пол (мужчины болеют чаще женщин). • Возраст ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин. • Курение (в настоящем или прошлом, при отказе от курения в течение последнего года). • Дислипидемия: общий ХС $>4,9$ ммоль/л, и/или ХС ЛПНП $>3,0$ ммоль/л, и/или ХС ЛПВП у мужчин $<1,0$ ммоль/л, у женщин $<1,2$ ммоль/л, и/или триглицериды $>1,7$ ммоль/л. • Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин). • Нарушение гликемии натощак: уровень глюкозы в плазме натощак 5,6–6,9 ммоль/л. • Нарушение толерантности к глюкозе. • Избыточная масса тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²). • Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (<55 лет для мужчин и <65 лет для женщин). • Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье. • Ранняя менопауза. • Малоподвижный образ жизни. • Психологические и социально-экономические факторы. • Частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое >80 в минуту 	<ul style="list-style-type: none"> • Артериальная жесткость: <ul style="list-style-type: none"> – пульсовое давление у пожилых пациентов ≥ 60 мм рт.ст.; – каротидно-фemorальная скорость пульсовой волны >10 м/с. • Электрокардиографические признаки ГЛЖ: индекс Соколова–Лайона >35 мм, или амплитуда зубца R в отведении aVL ≥ 11 мм, или корнельское произведение >2440 мм \times мс, или корнельский вольтажный индекс >28 мм для мужчин и >20 мм для женщин. • Эхокардиографические признаки ГЛЖ: <ul style="list-style-type: none"> – для пациентов с избыточной массой тела и ожирением: <ul style="list-style-type: none"> – для мужчин >50 г/м^{2,7}; – для женщин >47 г/м^{2,7}; – индексация на площадь поверхности тела (масса ЛЖ/рост, м²) для пациентов с нормальной массой тела: <ul style="list-style-type: none"> – для мужчин >115 г/м²; – для женщин >95 г/м². • Альбуминурия 30–300 мг/24 ч, или соотношение альбумина и креатинина 30–300 мг/г, или 3,4–34 мг/ммоль (предпочтительно в утренней порции мочи). • ХБП С3 стадии с СКФ >30–59 мл/мин/1,73 м². • Лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$. • Выраженная ретинопатия: наличие кровоизлияний, экссудатов или отека сосочка зрительного нерва 	<ul style="list-style-type: none"> • Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака. • Ишемическая болезнь сердца (ИБС): ИМ, стенокардия, реваскуляризация миокарда (методом ЧКВ или аортокоронарного шунтирования). • Атероматозные бляшки при визуализации (стеноз $\geq 50\%$). • Сердечная недостаточность (СН), в том числе СН с сохраненной фракцией выброса (ФВ). • ЗПА. • ФП. • Тяжелая ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м² <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • СД: <ul style="list-style-type: none"> – уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л при двух измерениях подряд; – и/или HbA1c $\geq 6,5\%$; – и/или уровень глюкозы в плазме после нагрузки $\geq 11,1$ ммоль/л; – и/или уровень глюкозы в плазме при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л

3. Категория риска развития сердечно-сосудистых осложнений при АГ учитывает уровень АД, сопутствующие ФР, наличие СД, ПОМ, ассоциированных клинических состояний.

Стадия АГ	Другие ФР, ПОМ, установленные заболевания	АД, мм рт.ст.			
		Высокое нормальное (130–139/85–89)	I степень АГ (140–159/90–99)	II степень АГ (160–179/100–109)	III степень АГ ($\geq 180/\geq 110$)
I (неосложненная)	Отсутствие ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1–2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск
	>3 ФР	Низкий/умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
II (асимптомные заболевания)	ПОМ, ХБП III стадии, СД	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/очень высокий риск
III (установленные заболевания)	ИБС или ХБП не менее IV стадии, СД с ПОМ или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск



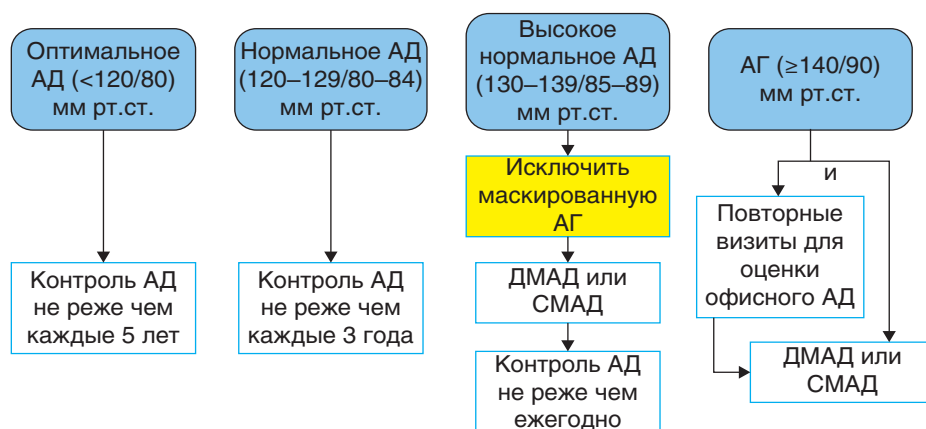
ДИАГНОСТИКА

В первую очередь у больного следует подтвердить диагноз АГ, исключить причины вторичной АГ и оценить ССР, ПОМ и имеющиеся ССЗ. Для этого необходимо измерить АД, собрать медицинский анамнез, включая семейный, провести физический осмотр и лабораторное исследование, а также дополнительные диагностические тесты.

Правила измерения клинического артериального давления



Скрининг и диагностика артериальной гипертензии



Клинические показания к домашнему и суточному мониторингу артериального давления



Определение артериальной гипертензии в зависимости от метода измерения артериального давления

Категория	САД, мм рт.ст.	ДАД, мм рт.ст.
АД, измеренное в медицинском учреждении	≥140	≥90
Амбулаторное АД	—	—
Дневное (или в период бодрствования) среднее	≥135	≥85
Ночное (или во время сна) среднее	≥120	≥70
Среднее за 24 ч	≥130	≥80
Среднее при домашних измерениях	≥135	≥85

Основная информация, которая должна быть получена при сборе анамнеза и физическом обследовании пациента



Частые причины вторичных артериальных гипертензий



Дополнительные методы исследования при артериальной гипертензии

Рутинное обследование	Обследование для выявления ПОМ
<ul style="list-style-type: none">• Гемоглобин и/или гематокрит.• Глюкоза и гликозилированный гемоглобин.• Липиды в крови: общий холестерин, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП.• Триглицериды.• Калий, натрий.• Мочевая кислота.• Креатинин и расчетная СКФ.• Показатели функции печени.• Анализ мочи: микроскопия осадка, качественная оценка протеинурии тест-полоской, соотношение альбумина и креатинина в разовой порции мочи (оптимально).• ЭКГ в 12 отведениях	Первичное обследование <ul style="list-style-type: none">• Электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях.• Соотношение альбумина и креатинина в разовой порции мочи.• Креатинин и расчетная СКФ.• Фундоскопия (особенно у больных АГ II–III степени)

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

- Необходимо указать стадию гипертонической болезни.
- Степень повышения АД (степень АГ) обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ. Если пациент принимает антигипертензивную терапию, то в диагнозе указывается наличие контроля АД (контролируемая/неконтролируемая АГ).
- При формулировании диагноза максимально полно должны быть отражены ФР, ПОМ, ССЗ, ХБП и категория ССР.
- Указание целевого уровня АД для данного пациента.

Примеры диагнозов

- Гипертоническая болезнь I стадии. Степень АГ I. Гиперлипидемия. Риск 2 (средний). Целевое АД <130/<80 мм рт.ст.
- Гипертоническая болезнь II стадии. Неконтролируемая АГ. Нарушенная гликемия натощак. Гиперлипидемия. ГЛЖ. Риск 3 (высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт.ст.
- Гипертоническая болезнь II стадии. Неконтролируемая АГ. Гиперлипидемия. Ожирение II степени. Нарушение толерантности к глюкозе. ГЛЖ. Альбуминурия высокой степени. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130–139/<80 мм рт.ст.
- ИБС. Стенокардия напряжения III функционального класса (ФК). Постинфарктный кардиосклероз (2010). Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая АГ. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт.ст.
- Гипертоническая болезнь III стадии. Контролируемая АГ. Ожирение I степени. СД 2-го типа, целевой уровень гликированного гемоглобина $\leq 7,5\%$. ХБП С4 стадии, альбуминурия А2. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130–139/<80 мм рт.ст.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Две доказанные стратегии, направленные на снижение АД:

- 1) изменение образа жизни;
- 2) медикаментозная терапия.

Аппаратные методы лечения в настоящее время не подтвердили свою эффективность.

Мероприятия по изменению образа жизни у пациентов с артериальной гипертензией



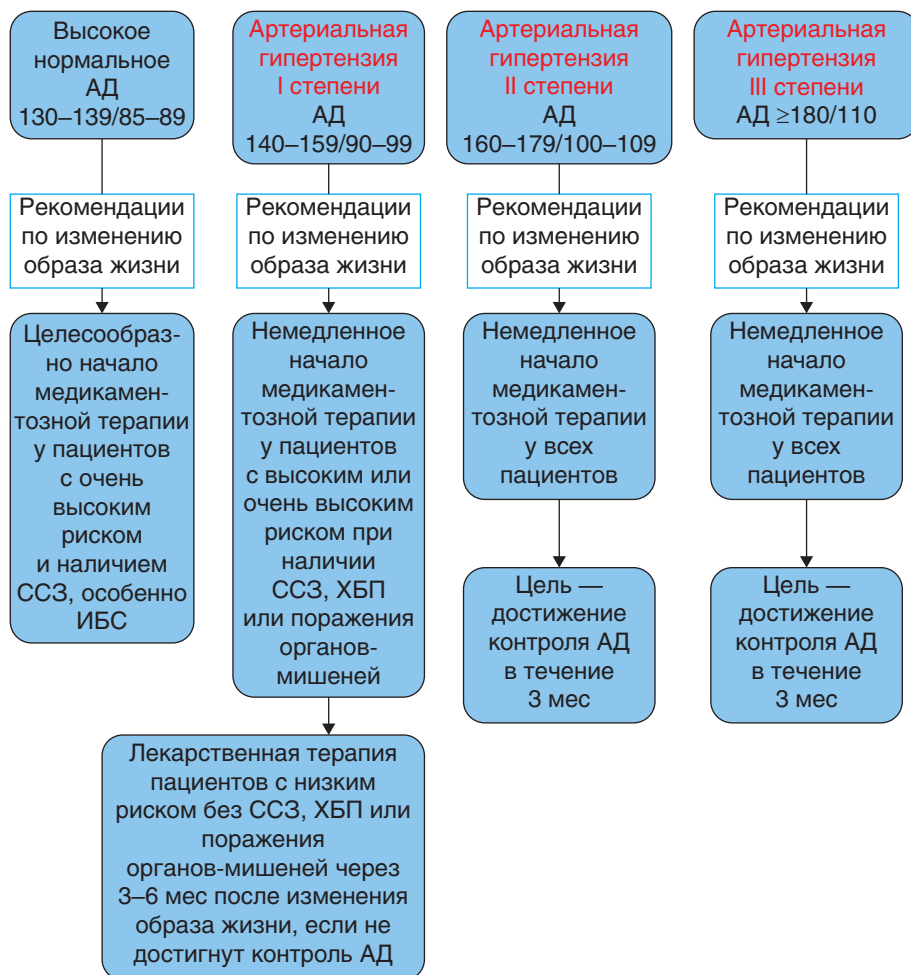
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Для медикаментозного лечения применяются пять основных классов препаратов: иАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) II, блокаторы кальциевых каналов (БКК), диуретики и ББ. Всем пациентам с АГ (кроме пациентов низкого риска с АД <150/90 мм рт.ст., ≥ 80 лет, с синдромом старческой астении) в качестве стартовой терапии рекомендована комбинация антигипертензивных

препаратов, предпочтительно фиксированная, для улучшения приверженности терапии. Предпочтительные комбинации должны включать блокатор ренин-ангиотензиновой системы (иАПФ или БРА) и дигидропиридиновый БКК или диуретик. ББ могут быть целесообразны на любом этапе лечения при наличии специфических показаний к их назначению, например, при СН, стенокардии, перенесенном ИМ, ФП или у молодых женщин, планирующих беременность либо беременных.

Шаги антигипертензивной терапии предполагают возможность или использования более высоких доз в комбинации, или сразу переход на трехкомпонентную схему лечения. При этом целевое АД должно быть достигнуто в течение 3 мес с шагом титрации дозы приблизительно 4 нед. В реальной практике на первом шаге терапии необходимо назначать препараты в оптимальных терапевтических дозах, которые могут обеспечить достижение целевого АД в указанные сроки. До перехода на четырехкомпонентную схему необходимо использование трех препаратов в максимальных дозах при хорошей переносимости.

Показания к антигипертензивной терапии в зависимости от исходного уровня артериального давления



Показания к началу антигипертензивной терапии в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний









Возраст, годы	Пороговое значение САД, мм рт.ст.				Пороговое значение клинического ДАД, мм рт.ст.
	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС + инсульт/ ишемическая атака	
18–64	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65–79	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥80	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Пороговое значение клинического ДАД, мм рт.ст.	≥90	≥90	≥90	≥90	—

Целевые значения клинического артериального давления










Возраст, годы	Целевое значение САД, мм рт.ст.					Целевое значение клинического ДАД, мм рт.ст.
	АГ	+ диабет	+ ХБП	+ ИБС	+ инсульт/ транзиторная ишемическая атака	
18–65	≤130 или ниже при переносимости. ≥ 120	≤130 или ниже при переносимости. ≥ 120	≤140 до 130 при переносимости. ≥120	≤130 или ниже при переносимости. ≥120	≤130 или ниже при переносимости. ≥120	70–79
65–79	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
≥80	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
Целевое значение ДАД, мм рт.ст.	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	—








Антигипертензивные препараты и особенности их применения





Препараты выбора	Особенности применения
1. Медикаментозная терапия, препараты основной группы	
иАПФ	
Каптоприл 	Короткодействующий препарат, не рекомендуется для постоянного применения. Рекомендуемая начальная доза — 12,5 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 150 мг (по 50 мг 3 раза в сутки)
Зофеноприл 	Рекомендуемая начальная доза — 2 таблетки по 7,5 мг (15 мг) 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 2 таблетки по 30 мг (60 мг/сут), принимаемых однократно или разделенных на 2 приема
Лизиноприл 	Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 40 мг 1 раз в сутки
Периндоприл 	Рекомендуемая начальная доза — 4 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 8 мг 1 раз в сутки. Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 10 мг 1 раз в сутки
Рамиприл 	Рекомендуемая начальная доза — 2,5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 10 мг 1 раз в сутки
Спираприл 	Рекомендуемая начальная доза — 3 мг (1/2 таблетки) 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 1 таблетка (6 мг/сут)
Трандолаприл® 	Рекомендуемая начальная доза — 0,5–2,0 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 8 мг 1 раз в сутки
Фозиноприл 	Рекомендуемая начальная доза — 10 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 40 мг 1 раз в сутки
Хинаприл 	Рекомендуемая начальная доза — 10 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза составляет 80 мг в 1 или 2 приема

Препараты выбора	Особенности применения
Цилазаприл 	Рекомендуемая начальная доза — 1 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 5 мг 1 раз в сутки
Эналаприл 	Рекомендуемая начальная доза — 10 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 40 мг 1 раз в сутки
БРА	
Кандесартан 	Рекомендуемая начальная доза — 8 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 32 мг
Валсартан 	Рекомендуемая начальная доза — 40 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 160 мг 1 раз в сутки
Телмисартан 	Рекомендуемая начальная доза — 40 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 80 мг
Азилсартана медоксомил 	Рекомендуемая начальная доза — 40 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 80 мг 1 раз в сутки
Ирбесартан 	Рекомендуемая начальная доза — 150 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 300 мг 1 раз в сутки
Лозартан 	Рекомендуемая начальная доза — 50 мг. Максимальная доза — 100 мг

Препараты выбора	Особенности применения
Олмесартана медоксомил 	Рекомендуемая начальная доза — 10 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 40 мг
Фимасартан 	Рекомендуемая начальная доза — 60 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 120 мг
Эпросартан 	Рекомендуемая начальная доза — 600 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 600 мг
ББ	
Пропранолол 	Рекомендуемая начальная доза — 40 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 320 мг
Атенолол 	Рекомендуемая начальная доза — 50 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 100 мг
Бетаксолोल 	Рекомендуемая начальная доза — 10 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 20 мг
Бисопролол 	Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 20 мг
Метопролол (метопролола сукцинат) 	Рекомендуемая начальная доза — 50 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 100 мг
Метопролол (метопролола тартрат) 	Рекомендуемая начальная доза — 25 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 200 мг/сут

Препараты выбора	Особенности применения
Небиволол 	Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 10 мг
Карведилол 	Рекомендуемая начальная доза 12,5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 50 мг
БКК, подгруппа недигидропиридиновых БКК	
Верапамил 	Рекомендуемая начальная доза — 40 мг 3–4 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 480 мг. Рекомендуемая начальная доза — 240 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 360 мг. Увеличение суточной дозы до 480 мг должно проводиться только в стационаре
Дилтиазем 	Рекомендуемая начальная доза — 90 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 360 мг
БКК, подгруппа дигидропиридиновых БКК	
Амлодипин 	Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 10 мг
Лерканидипин 	Рекомендуемая начальная доза — 10 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 20 мг
Нифедипин 	Начальная доза — 10 мг (1 таблетка) 3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 120 мг, разделенная на 3–4 приема
Нитрендипин 	Рекомендуемая начальная доза — 10–20 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 40 мг
Фелодипин 	Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 10 мг

Препараты выбора	Особенности применения
Лацидипин 	Рекомендуемая начальная доза — 2 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 4 мг 1 раз в сутки
Диуретики	
Хлорталидон 	Входит в состав фиксированных гипотензивных комбинаций, доза — 12,5; 25,0 мг
Спиронолактон 	Рекомендуемая начальная доза при лечении АГ — 25 мг 1 раз в сутки. Возможно увеличение дозы до 50 мг 1 раз в сутки
Гидрохлоротиазид 	Рекомендуемая начальная доза — 12,5–50,0 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 100 мг
Индапамид 	В дозе 1,5 мг 1 раз в сутки
Торасемид 	Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 10 мг
2. Медикаментозная терапия, препараты дополнительной группы. Могут применяться в качестве 4-й или 5-й линии выбора	
α-Адреноблокаторы	
Доксазозин 	Рекомендуемая начальная доза — 1 мг/сут однократно. Максимальная суточная доза — 16 мг при однократном приеме
Препараты центрального действия. Группа — агонисты имидазолиновых рецепторов	
Моксонидин 	Рекомендуемая начальная доза — 0,2 мг 1 раз в сутки. Максимальная разовая доза составляет 0,4 мг. Максимальная суточная доза, которую следует разделить на 2 приема, составляет 0,6 мг

Препараты выбора	Особенности применения
Прямые ингибиторы ренина	
3. Терапия для коррекция ФР — дислипидемии. Пациентам с АГ умеренного и высокого риска, а также с ССЗ применение только антигипертензивной терапии недостаточно для снижения ССР. Таким пациентам показано назначение статинов	
Симвастатин 	По 5–40 мг 1 раз в сутки длительно
Аторвастатин 	По 10–80 мг 1 раз в сутки длительно
Розувастатин 	По 5–40 мг 1 раз в сутки длительно
4. Первичная профилактика	
Не рекомендуется назначать ацетилсалициловую кислоту для сердечно-сосудистой профилактики пациентам с АГ без ССЗ	
5. Вторичная профилактика. У всех пациентов с АГ рекомендуется применение ацетилсалициловой кислоты в низких дозах для вторичной профилактики (при наличии в анамнезе атеросклеротического ССЗ). Показано, что у данной категории пациентов польза от снижения риска сердечно-сосудистых осложнений при использовании ацетилсалициловой кислоты (Аспирин[®]) превышает риск развития кровотечения. Для минимизации риска развития геморрагического инсульта лечение Аспирином[®] может быть начато только при контролируемой АГ	
Ацетилсалициловая кислота 	По 75–150 мг/сут

Согласно Клиническим рекомендациям по АГ (2020) класс сартаны является первой линией терапии АГ [1]. Телсартан® имеет широкий спектр доз и комбинаций: с амлодипином — Телсартан® АМ и с гидрохлоротиазидом — Телсартан® Н, что предоставляет возможность индивидуального подбора дозы в рамках одного препарата.

Антигипертензивное действие препарата Телсартан® сохраняется в течение 24 ч и остается значимым до 48 ч, что обеспечивает полноценный суточный контроль АД, включая опасные утренние часы и при пропуске дозы [2].

Телсартан® является единственным БРА с показанием снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов 55 лет и старше с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, включая наличие в анамнезе таких проявлений атеротромбоза, как ИБС, инсульт или атеросклероз периферических артерий, или СД типа 2 с документально подтвержденным поражением органов-мишеней [3].

Телсартан® обеспечивает нормализацию липидного, углеводного обмена, уменьшение системного воспаления, снижение массы тела благодаря 27-кратной активации ядерных PPAR-гамма-рецепторов. Положительные метаболические эффекты и максимальная липофильность в классе делают применение препарата при метаболических нарушениях наиболее патогенетически обоснованным [4].

Начальная рекомендованная доза препарата Телсартан® — 1 таблетка 40 мг 1 раз в сутки, максимальная рекомендованная доза препарата Телсартан® может быть увеличена до 80 мг [2].

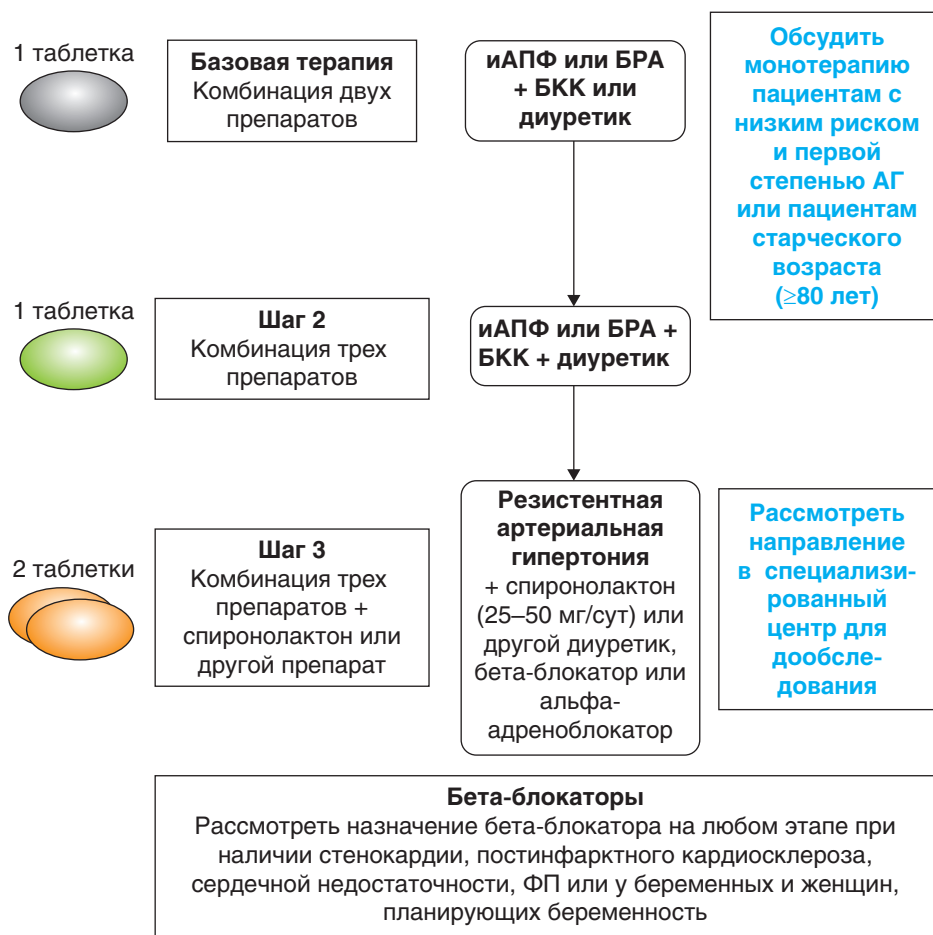
1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации МЗ РФ, 2020. https://Scardio.Ru/Content/Guidelines/Clinic_Rek_AG_2020.Pdf.
2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Телсартан® от 03.06.2020 г.
3. ONTARGET Investigators, Yusuf S., Teo K.K., Pogue J. et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events // N Engl J Med. 2008 Apr 10; 358(15): 1547–1559. doi:10.1056/NEJMoa0801317.
4. Benson S.C. et al. Identification of Telmisartan as a Unique Angiotensin II Receptor Antagonist with Selective PPAR γ -Modulating Activity // Hypertension 2004; 43: 993–1002.

Ознакомиться с инструкцией медицинского применению лекарственного препарата Телсартан® вы можете на сайте <https://www.medicine.abbott/>.

RUS2162644 (v1.3)

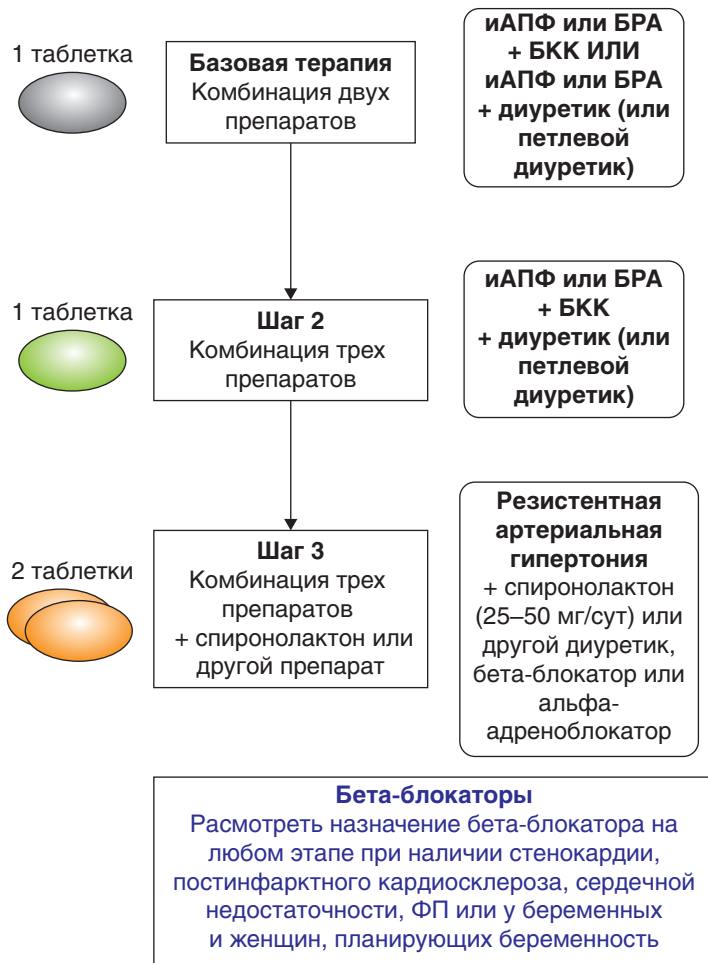
На правах рекламы

Основная стратегия лекарственной терапии у больных неосложненной артериальной гипертензией



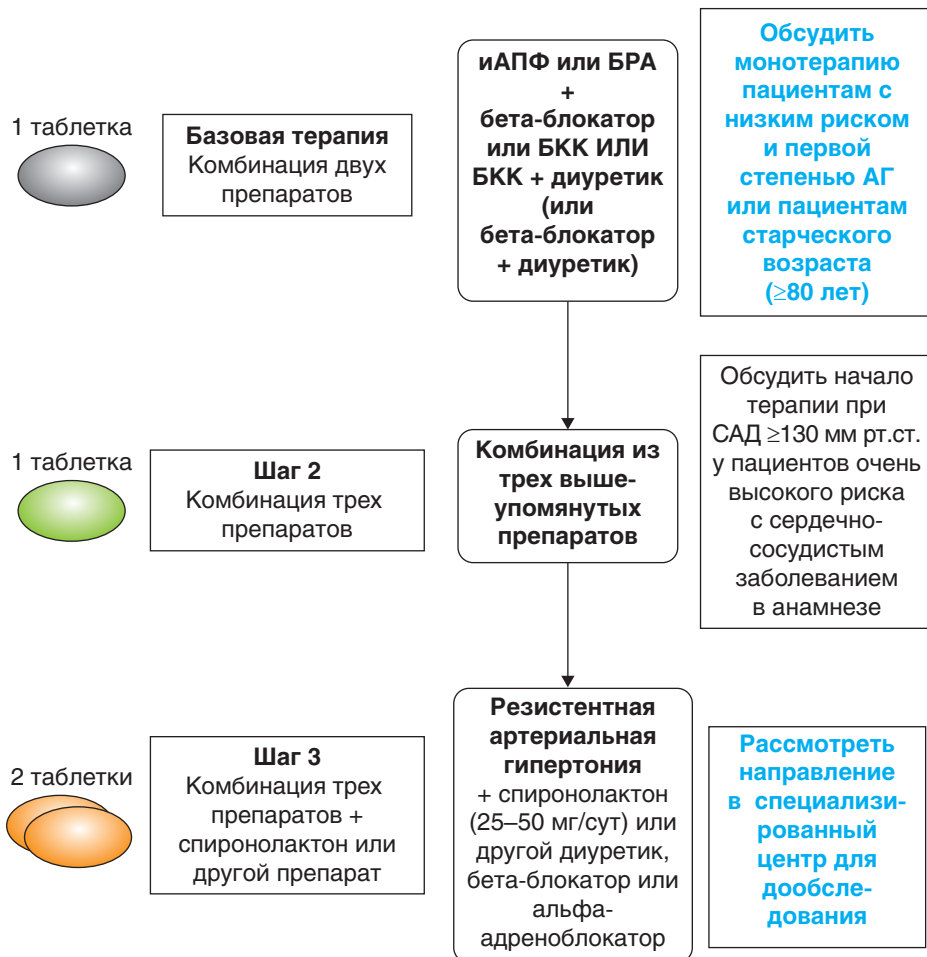
Примечание. Алгоритм назначения базовой терапии также подходит для пациентов с поражением органов-мишеней, цереброваскулярной болезнью, сахарным диабетом или заболеванием периферических артерий

Стратегия лекарственной терапии при сочетании артериальной гипертензии и хронической болезни почек

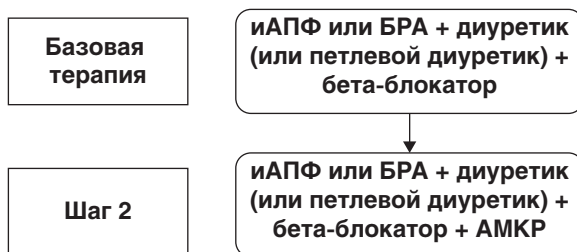


Примечания. У пациентов с ХБП, получающих антигипертензивную терапию, особенно иАПФ или БРА, можно ожидать повышения уровня креатинина. Значительное повышение уровня креатинина на фоне назначения блокаторов ренин-ангиотензиновой системы требует обследования пациента для исключения реноваскулярного заболевания. ХБП диагностируется при СКФ <60 мл/мин/1,72 м² вне зависимости от наличия протеинурии; при СКФ <30 мл/мин/1,73 м² следует использовать петлевые диуретики, поскольку тиазидные/тиазидоподобные диуретики значительно менее эффективны или неэффективны при снижении СКФ до этих значений. Следует помнить о риске гиперкалиемии при назначении спиронолактона, особенно при СКФ <45 мл/мин/1,73 м² или уровне калия исходно ≥4,5 ммоль/л

Стратегия лекарственной терапии при сочетании артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца



Стратегия лекарственной терапии при сочетании артериальной гипертензии и сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса



Примечания. Если антигипертензивная терапия не требуется, лечение следует проводить в соответствии с рекомендациями по СН. Оценить целесообразность назначения ингибитора неприлизина вместо иАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина в соответствии с рекомендациями по СН. Диуретик: тиазидный или тиазидоподобный. Оценить целесообразность назначения петлевых диуретиков у больных с отеками.

АМКР — антагонисты минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон или эплеренон)