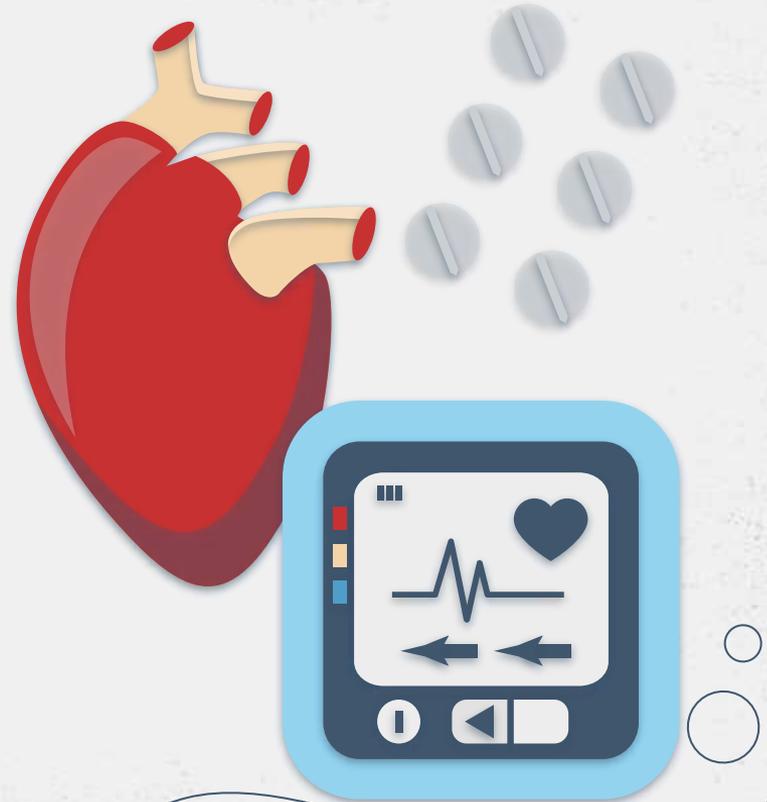




ГБУЗ НО НОЦОЗМП  
ПОКОЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

# Медикаментозное лечение артериальной гипертонии и сапомощь при внезапном повышении АД

«ШКОЛА ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ»





# Цель терапии АГ

Основной целью лечения пациента с ГБ является достижение максимальной степени снижения общего риска сердечно-сосудистых осложнений.

Это предполагает воздействие на все выявленные обратимые факторы риска:

- курение
- высокий уровень холестерина
- лечение сопутствующих заболеваний (например, сахарного диабета)



# До какого уровня и как быстро нужно снижать повышенное АД?

1. Снижать АД нужно до целевого уровня - **менее 140 и 90 мм рт. ст.**, (уменьшается риск развития осложнений и не ухудшается кровоснабжение мозга, сердца, почек)
2. У лиц с СД необходимо снижать АД **ниже 130/85 мм рт. ст.**, при хронической почечной недостаточности при наличии белка в моче 1 г/сутки – менее 125/75 мм рт ст.
3. У пожилых пациентов (старше 65 лет) целевое САД должно быть **между 130 - 140 мм рт. ст., а ДАД – ниже 80 мм рт. ст.**

Достижение целевого АД должно быть постепенным и хорошо переносимым.

При появлении каких-либо реакций со стороны мозга или сердца не следует добиваться дальнейшего снижения АД.



# Снижения АД

- На первом этапе АД целесообразно снижать на **10-15% от исходного уровня за 2-4 недели** с последующим возможным поддержанием на достигнутом уровне.
- Далее темпы снижения АД определяются индивидуально, при этом необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых значений.
- **Лечение должно осуществляться непрерывно, а не курсами.** Пациенту надо постоянно принимать лекарственные препараты и находиться под наблюдением врача. Это позволит снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.



# Основных принципы лечения:



строгое соблюдение  
рекомендаций врача



непрерывность лечения,  
постоянный прием  
гипотензивных препаратов



проведение самоконтроля  
АД в домашних условиях



умение устранять  
неблагоприятные факторы,  
провоцирующие повышение  
АД и осложняющие лечение



устранение факторов риска



умение оказывать  
доврачебную помощь при  
гипертоническом кризе



соблюдение предостережений  
при приеме гипотензивных  
лекарств, в частности не  
употреблять алкогольные  
напитки



ГБУЗ НО НОЦОЗМП  
ПОКОЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

# Выбор антигипертензивного препарата

Назначение медикаментозного лечения осуществляет **только врач**.

Фельдшер может вносить корректировки в режим приема и дозы лекарственных препаратов.

Пациент должен выполнять рекомендации, контролировать АД и может регулировать дозы в зависимости от повышения АД или его значительного снижения.

**Современные лекарственные препараты** эффективно снижают АД у больных АГ, защищают органы-мишени (почки, сердце, мозг, сосуды) у больных артериальной гипертензией при длительном приеме, снижают повышенное АД в течение суток при однократном приеме.





## В лечении АГ используются 5 основных классов антигипертензивных препаратов (АГП):

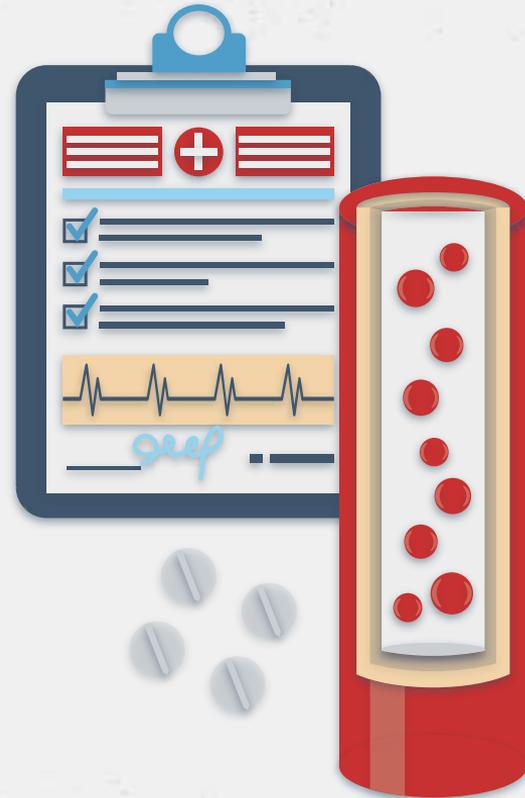
№	Группа антигипертензивных препаратов	Механизм действия (упрощенно)
1.	Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ): каптоприл, эналаприл, фозиноприл, периндоприл, квинаприл, лизиноприл, рамиприл, мозексиприл, трандолаприл, цилазаприл.	Подавляют избыточную активность выработки гормона ангиотензина II на уровне почек. Являются мощными и наиболее часто используемыми классами препаратов для лечения АГ
2.	Антагонисты рецепторов ангиотензина II (блокаторы рецепторов ангиотензина II – БРА): лозартан, валсартан, ирбесартан, эпросартан, кандесартан, телмисартан.	
3.	Блокаторы кальциевых каналов (БКК): нифедипин, амлодипин, фелодипин, исрадипин, никардипин, лацидипин, нитрендипин, дилтиазем, верапамил.	Замедляют ток кальция в периферических сосудах и уменьшают влияние на сосудистую стенку гормонов, повышающих АД
4.	Диуретики: гидрохлортиазид, индапамид, фуросемид, клопамид, триамтерен, хлорталидон, амилорид.	Препятствуют переносу натрия хлора в клетки стенок мелких сосудов, увеличивают их выведение с мочой, и таким образом уменьшают объем циркулирующей крови.
5.	Бета-адреноблокаторы: метопролол, бисопролол, бетаксолол, надолол, талинолол, небиволол, пропранолол, атенолол.	Препятствует влиянию катехоламинов на сердце и сосуды



Все эти классы препаратов подходят для постоянной поддерживающей терапии АГ.

**Артериальная гипертензия** – это многопричинной заболевание, для ее лечения требуется воздействие на несколько точек приложения факторов, вызывающих болезнь.

Поэтому чаще всего используется комбинированная гипотензивная терапия, при которой назначение минимальных доз нескольких классов препаратов дает хороший эффект.





# Побочные действия лекарств

## Тиазидовые диуретики

снижать уровень калия в крови, оказывать некоторое отрицательное влияние на углеводный и жировой обмена, но использование малых доз практически лишено этих побочных эффектов.

## Бета-адреноблокаторы

урежают частоту сердечных сокращений, могут обострить хронический бронхит и перемежающуюся хромоту.

## Антагонисты кальция

могут появиться головная боль, отеки голеней, покраснение кожных покровов.

## Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

могут вызвать кашель.

## Блокаторы альфа-рецепторов

могут резко снижать давление, особенно в вертикальном положении, вследствие чего возможны слабость и головокружение.



# Побочные эффекты

- Вероятность появления и выраженность побочного эффекта зависит от дозы: **чем выше доза, тем вероятнее риск развития побочных эффектов.**
- Именно поэтому врач стремится к назначению малых доз препаратов.
- При появлении на фоне приема лекарств каких-либо новых симптомов или неприятных ощущений необходима консультация лечащего врача, который определит, является ли данный симптом побочным эффектом этого препарата.
- При появлении побочных действий лекарства врач всегда может его заменить на другой, не менее эффективный.



# Что такое приверженность к лечению и почему она важна?

- Лечение зависит и от врача, и от самого пациента, а также от особенностей назначенного медицинского препарата, его переносимости и побочных действий.
- Поэтому **знание** сущности заболевания, его основных причин, факторов, влияющих на его развитие и течение, – необходимый компонент всего комплекса лечения.
- Это первый шаг к поставленной цели. Необходимо отказаться от ложного представления о том, что лечиться нужно только тогда, когда «болит голова».
- Часто высокое АД недооценивается в силу отсутствия болезненных ощущений. Пациенты перестают приходить к врачу и принимать выписанное лекарство. Быстро забывают полезные советы врача.
- Медикаментозное лечение улучшает прогноз пациента с ГБ только тогда, когда лекарственный препарат, принимающийся регулярно, обеспечивает равномерное снижение АД на протяжении суток.



# Что такое приверженность к лечению и почему она важна?

- Наибольшая частота острых сердечно-сосудистых осложнений наблюдается в утренние часы. В эти часы происходит **резкий подъем АД**, который рассматривается как пусковой механизм развития этих осложнений.
- Именно поэтому одним из принципов проведения антигипертензивной терапии должно быть **воздействие на утренний подъем АД** с целью профилактики осложнений в ранние утренние часы.
- Если сохраняется утреннее повышение АД, необходимо подбирать антигипертензивную терапию с учетом фармакодинамики препарата таким образом, чтобы **уменьшить выраженность утренних подъемов АД**, опасных развитием осложнений, и в первую очередь инсультов.



# ВАЖНО!

- Кроме приема лекарственных препаратов, крайне важным являются **устранение сопутствующих факторов риска**: курения, избыточного потребления поваренной соли, а также нормализация веса, физическая активность, преодоление стрессовых ситуаций.
- Риск развития осложнений снижается у больных с хорошо контролируемой АГ, что означает соблюдение рекомендаций врача, постоянный прием препаратов, **достижение целевого АД (менее 140/90 мм рт. ст.), хорошее самочувствие пациента.**



# Особенности приема антигипертензивных препаратов у некоторых категорий пациентов.

- Особая категория больных, нуждающихся в совместном наблюдении кардиолога (терапевта) и невролога. Это больные ГБ с поражением сосудов головного мозга, перенесшие транзиторную ишемическую атаку и инсульт.
- Снижение АД у этих больных должно проводиться постепенно (на I этапе на 20-25% от исходных значений) до достижения минимальных переносимых уровней.
- Следует следить за уровнем АД в положении стоя, особенно после быстрой перемены положения тела из горизонтального в вертикальное, так как существует риск развития так называемой



# «Ортостатической гипотонии»

- резкого снижения АД при вставании, от чего может резко ухудшиться мозговое кровообращение.

- При сочетании АГ гипертонии с ишемической болезнью сердца у больных, как правило, в комплексном лечении используются бета-адреноблокаторы. В целом, у данной категории больных следует избегать применения короткодействующих препаратов из группы блокаторов кальциевых каналов – нифедипина (коринфара), вызывающего быстрое снижение АД и тахикардию (сердцебиение).



# Сахарный диабет

Сочетание сахарного диабета и АГ заслуживает особого внимания, поскольку обе патологии являются факторами риска многих макро- и микрососудистых поражений.

- Частота артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом в 1,5-2 раза выше по сравнению с лицами без диабета. При сочетании сахарного диабета и АГ еще большее значение приобретают меры коррекции образа жизни.
- Для всех больных сахарным диабетом вне зависимости от возраста устанавливается целевой уровень снижения АД меньше 130/85 мм рт. ст. При выборе препарата предпочтение отдается ингибиторам АПФ.





ГБУЗ НО НОЦОЗМП  
ПОКОЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

# Бронхиальная астма и хронические обструктивные заболевания легких

Предпочтение отдается блокаторам кальциевых каналов, которые обладают бронхорасширяющим эффектом.

- Больным этой группы **противопоказаны бета-адреноблокаторы**.
- С осторожностью следует использовать ингибиторы АПФ, и в случае появления кашля их можно заменить на антагонистов рецепторов ангиотензина II (лозартан и другие).





ГБУЗ НО НОЦОЗМП  
ПОКОЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

**Спасибо за  
внимание!  
Будьте здоровы!**

