

Кардіо МАРАФОН

# ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА

## ВИЗНАЧЕННЯ, ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА



**За редакцією:**

**Носенко Н.М.**, к. м. н.,  
лікар-кардіолог вищої категорії, ДУ «НПЦ ЕНРХ НАМН УКРАЇНИ»

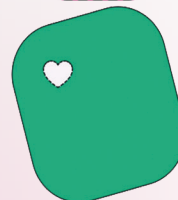
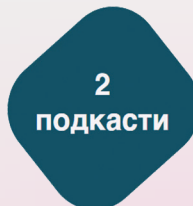
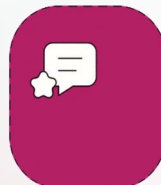
На допомогу лікарю-практику



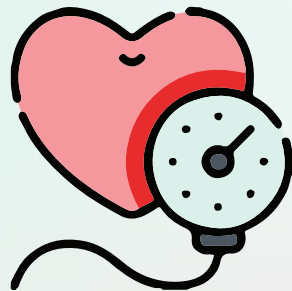
3  
вебінари



Кардіо  
МАРАФОН



**SERVIER**  
moved by you



## КРИТЕРІЇ ДІАГНОЗУ

# КРИТЕРІЇ ДІАГНОЗУ АГ 2023

## Класифікація офісного АТ та визначення ступенів гіпертензії

Категорія	Систолічний АТ (мм рт. ст.)		Діастолічний АТ (мм рт. ст.)
Оптимальний	<120	та	< 80
Нормальний	120-129	та	80-84
Високий нормальний	130-139	та/або	85-89
1-ий ступінь	140-159	та/або	90-99
2 -ий ступінь	160-179	та/або	100-109
3 -ій ступінь	≥ 180	та/або	≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія <sup>а</sup>	≥ 140	та	< 90
Ізольована діастолічна гіпертензія <sup>а</sup>	< 140	та	≥ 90

Категорія АТ визначається найвищим рівнем АТ, систолічним чи діастолічним.

<sup>а</sup> Відповідно до значень САТ і ДАТ в зазначених діапазонах, визначається ступінь ізольованої систолічної або діастолічної гіпертензії. Та сама класифікація використовується для підлітків віком ≥ 16 років.

# Рекомендації щодо вимірювання АТ в офісі та вдома

## Вдома:

зробіть 2 вимірювання з інтервалом в 1 хв між ними та використовуйте середнє значення<sup>c</sup>

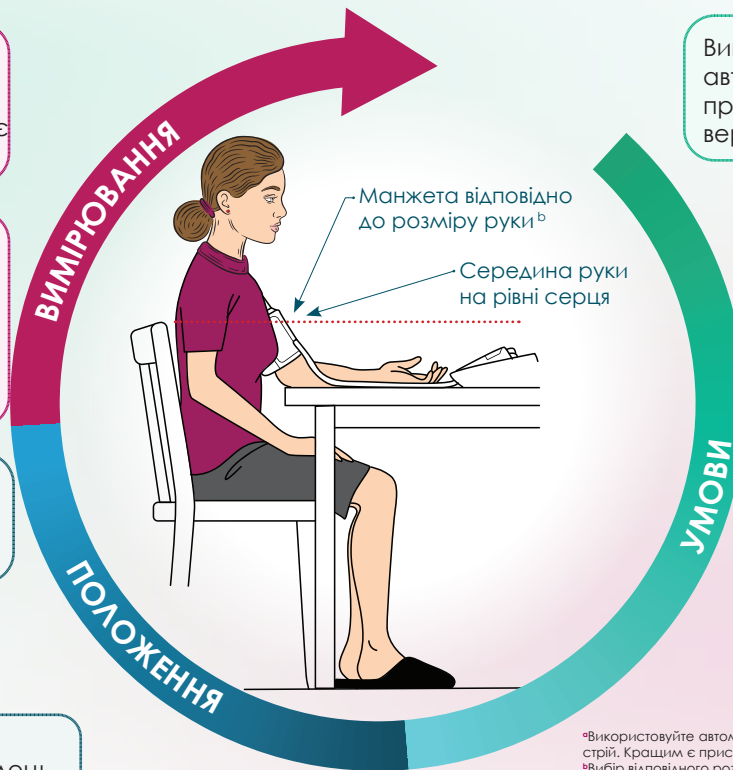
## На прийомі:

зробіть 3 вимірювання з інтервалом в 1 хв між вимірюваннями, використовуйте середнє значення останніх 2-х вимірювань<sup>d</sup>

Оголену руку покладіть на стіл так, щоб її середина була на рівні серця

Ноги не схрещуйте, ступнями повністю торкайтеся підлоги

Вимірюйте АТ сидячи, опираючись спиною на стілець



Використовуйте перевірений автоматизований електронний пристрій з манжетою на верхню частину руки<sup>a</sup>

Вимірюйте АТ в тихій кімнаті при комфортній температурі

Не паліть, не вживайте кофеїн, їжу, ліки та не робіть вправи за 30 хв до вимірювання

Залишайтеся у положенні сидячи та розслаблено протягом 3-5 хв

Не розмовляйте під час вимірювань

<sup>a</sup>Використовуйте автоматизований електронний (осцилометричний) пристрій. Кращим є пристрій, який автоматично знімає трикратні показання.  
<sup>b</sup>Вибір відповідного розміру манжети має вирішальне значення для точного вимірювання АТ і залежить від окружності руки кожної людини; манжета, менша за необхідну, завищує АТ, а більша – занижує. За допомогою автоматизованих електронних пристроїв виберіть розмір манжети згідно з інструкцією. Під час першого візиту виміряйте АТ на обох руках.

<sup>c</sup>Вимірюйте вранці та ввечері протягом 3-7 днів. Використовуйте середнє значення всіх показань, за винятком першого дня.

## Методика домашнього моніторингу АТ

- Вимірювання АТ за допомогою електронних приладів з манжетою для плеча
- Тривалість від 3 до 7 днів (5 днів у середньому)
- Рано ввечері до їди та прийому ліків
- 2 вимірювання з інтервалом в 1 хв після 5 хв відпочинку сидячи
- Під час розрахунку середнього значення виключати дані 1-го дня
- Діагностичний критерій АГ – «домашній АТ»  $> 135/85$  мм рт. ст.  
Нормальний «домашній АТ»  $< 130/80$  мм рт. ст.

## Визначення АГ за відповідністю показників домашнього та амбулаторного АТ до офісного

Метод	Систолічний АТ (мм рт. ст.)		Діастолічний АТ (мм рт. ст.)
Офісний АТ	≥ 140	та	≥ 90
Амбулаторний АТ			
Значення після пробудження	≥ 135	та/або	≥ 85
Значення перед сном	≥ 120	та/або	≥ 70
24-годинне значення	≥ 130	та/або	≥ 80
<b>Значення домашнього вимірювання АТ</b>	≥ 135	та/або	≥ 85

АГ - артеріальна гіпертензія; АТ - артеріальний тиск.

# Класифікація АГ за стадіями

## Стадія 1

Неускладнена АГ (без ураження органів-мішеней, опосередкованого АГ або, встановленого ССЗ, але включаючи ХХН 1-ї та 2-ї стадії)

## Стадія 2

Наявність ураження органів-мішеней, опосередкованого гіпертензією або ХХН 3-ї стадії, або діабет.

## Стадія 3

Встановлене ССЗ або ХХН 4-ї або 5-ї стадії.

АГ = артеріальна гіпертензія; ХХН = хронічна хвороба нирок; ССЗ = серцево-судинне захворювання.

# Серцево-судинний ризик залежно від ступеня та стадії АГ

Стадія гіпертонічної хвороби	Інші фактори ризику, ураження органів, опосередковане АГ, СС3 або ХХН	Оцінка АТ, мм рт. ст.			
		Високий нормальний САТ 130-139 ДАТ 85-89	Ступінь 1 САТ 140-159 ДАТ 90-99	Ступінь 2 САТ 160-179 ДАТ 100-109	Ступінь 3 САТ ≥ 180 ДАТ ≥ 110
Стадія 1	Немає інших факторів ризику <sup>a</sup>	Низький ризик	Низький ризик	Помірний ризик	Високий ризик
	1 або 2 фактори ризику	Низький ризик	Помірний ризик	Від помірнього до високого	Високий ризик
	≥ 3 фактори ризику	Від низького до помірнього	Від помірнього до високого	Високий ризик	Високий ризик
Стадія 2	Ураження органів, опосередковане АГ, ХХН 3-го ступеню, або цукровим діабетом	Від помірнього до високого	Високий ризик	Високий ризик	Дуже високий ризик
Стадія 3	Встановлене СС3 або ХХН ступеня ≥ 4	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик

АГ – артеріальна гіпертензія; ХХН = хронічна хвороба нирок;  
СС3 – серцево-судинне захворювання.

< 50 років	60-69 років	≥70 років
< 2,5%	< 5%	< 7,5%
2,5 до < 7,5 %	5 до <10 %	7,5 до <15 %
≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%



# Фактори, що впливають на серцево-судинний ризик у пацієнтів з гіпертонічною хворобою

## Параметри для стратифікації ризику, включені в SCORE2 і SCORE2-OP

- Стать
- Вік
- Рівень САТ<sup>a</sup>
- Куріння-поточна чи минула історія
- Не-ЛПВЩ холестерин

## Встановлені та запропоновані нові фактори

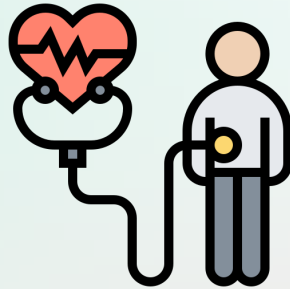
- Сімейний або батьківський анамнез ранньої гіпертензії
- Злоякісна гіпертензія в особистому анамнезі
- Сімейна історія передчасних ССЗ (чоловіки віком < 55 років; жінки віком < 65 років)
- Значення ЧСС (у спокої > 80 уд./хв)
- Низька вага при народженні
- Малорухливий спосіб життя
- Надмірна вага чи ожиріння
- Цукровий діабет
- Сечова кислота
- Lp(a)
- Несприятливі наслідки вагітності (повторна втрата вагітності, передчасні пологи, гіпертонічні розлади, гестаційний діабет)
- Рання менопауза
- Слабкість
- Психосоціальні та соціально-економічні фактори
- Міграція
- Вплив забруднення повітря або шуму на навколишнє середовище

# Критерії визначення ураження органів-мішеней у пацієнтів з АГ

Рекомендації ESH  
2023

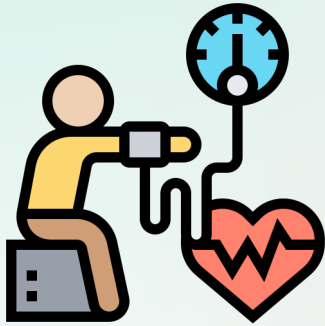
Метод визначення	Параметр	Параметр
<b>ЕКГ</b>		
<b>ГЛШ</b>	$SV_1 + R_{V_5}$ (індекс Соколова – Лайона)	> 35 мм
	Зубець R в aVL	$\geq 11$ мм
	$S_{V_3} + R_{aVL}$ (Корнельський вольтаж) Корнельський вольтаж (+ 6 мм у жінок) x тривалість комплексу QRS	Чоловіки: > 28 мм Жінки: > 20 мм > 2440 мм с
<b>ЕхоКГ</b>		
<b>ГЛШ</b>	Маса ЛШ/ППТ (г/м <sup>2</sup> )	Чоловіки: > 115, жінки: > 95
	Маса ЛШ/зріст (г/м <sup>2.7</sup> )	Чоловіки: > 50, жінки: > 47
<b>Відносна товщина стінки (ВТС)</b>	Концентричне ремоделювання ЛШ	$\geq 0,43$
<b>Розмір камер ЛШ</b>	Кінцевий діастолічний розмір ЛШ/зріст	Чоловіки: >3,4 см/м, жінки: > 3,3 см/м
<b>Діастолічна дисфункція ЛШ</b>	Септальне $e'$ (см/с)	< 7 см/с
<b>Тиск наповнення ЛШ</b>	Латеральне $e'$ (см/с)	< 10 см/с
	Середнє значення $E/e'$	> 14
	Об'єм ЛП/ППТ	> 34 мл/м <sup>2</sup>
<b>Систолічна дисфункція ЛШ</b>	Об'єм ЛП/висота <sup>2</sup>	Чоловіки: > 18,5 мл/м <sup>2</sup> , жінки: >16,5 мл/м <sup>2</sup>
	Глобальний поздовжній стрейн ЛШ (GLS)	<20%

Метод визначення	Параметр	Параметр
<b>Нирки</b>		
<b>Функція</b>	рШКФ	< 60 мл/хв/1,73 м <sup>2</sup>
<b>Альбумінурія</b>	Співвідношення альбумін/креатинін у сечі (UACR)	> 30 мг/г
<b>Індекс ниркової резистентності</b>	Індекс резистентності (RI)	> 0,7
<b>Жорсткість великих артерій</b>		
Пульсовий тиск (ПТ) Швидкість поширення пульсової хвилі (ШППХ)	Брахіальний ПТ (> 60 років) ШППХ (в осіб віком 60-70 років) Каротидно-феморальна ШППХ КФ (в осіб 50-60 років)	≥ 60 мм рт. ст. > 18 м/с > 10 м/с
<b>Атеросклероз сонної артерії</b>		
	Атеросклеротична бляшка	TІМ ≥ 1,5 мм, – або локальне збільшення товщини на 0,5 мм, або на 50% від величини TІМ на суміжних ділянках сонної артерії
	TІМ	> 0,9 мм
<b>Атеросклероз коронарних артерій</b>		
	Кальциноз коронарних артерій	Референтні значення відрізняються в залежно від віку та статі
<b>Атеросклероз коронарних артерій</b>		
	Кістково-плечовий індекс	< 0,9
<b>Очі</b>	Показник Кейта – Вегенера – Баркера	III стадія (геморагії, мікроаневризми, ексудати) або IV стадія (папілоедема та/або набряк зорового нерва)
<b>Мікрovasкулярні зміни</b>	Співвідношення стінка/просвіт	Немає встановленого еталонного значення



## Стандарти лабораторних дообстежень

# Лабораторна діагностика



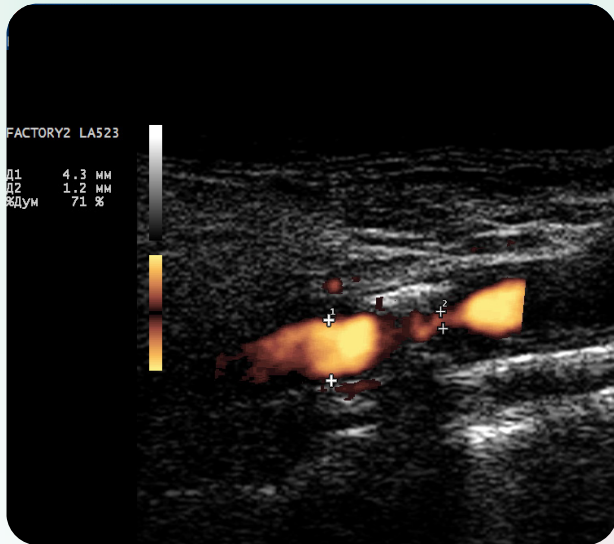
## БАЖАНІ

- Б/х крові: сечова кислота, АЛТ, АСТ, білірубін, ліпідний спектр,  $HbA_{1c}$
- Альбумінурія, співвідношення альбумін/креатинін
- ТТГ

## ОБОВ'ЯЗКОВІ

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Б/х крові: калій, натрій, глюкоза, креатинін (+визначення рШКФ), загальний холестерин

# Оптимальна стратегія



## Оцінка ураження органів-мішеней інструментальними методами:

- ЕКГ
- Ехокардіографія
- УЗД сонних артерій
- Візуалізація нирок/ниркових артерій і надниркових залоз
- Фундоскопія
- КТ/МРТ голови

## Стандартні лабораторні дослідження для обстеження хворих на АГ<sup>а</sup>

- Гемоглобін та/або гематокрит
- Рівень глюкози в крові натще та глікований гемоглобін HbA<sub>1c</sub>
- Ліпіди крові: загальний холестерин, ЛПНЩ, ЛПВЩ, тригліцериди
- Калій і натрій в крові
- Сечова кислота в крові
- Креатинін крові (та/або цистатин С) для розрахунку швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) з рШКФ формулами
- Кальцій в крові
- Аналіз сечі (перше сечовипускання вранці), багатокомпонентний тест-смужка для всіх пацієнтів, рівень альбуміну/креатиніну в сечі, мікроскопічне дослідження у відібраних пацієнтів.

рШКФ – розрахункова швидкість клубочкової фільтрації; ЛПВЩ – Ліпопротеїни високої щільності; ЛПНЩ – Ліпопротеїни низької щільності.

<sup>а</sup> Або може бути прийнятий відповідно до клінічних обставин.



## Оптимальна стратегія



### ОБОВ'ЯЗКОВІ

- ЕКГ

### БАЖАНО

- ЕхоКГ

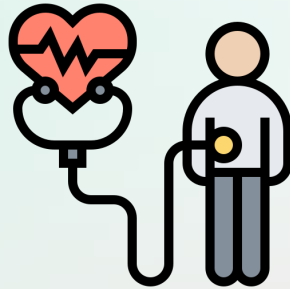
### ДОДАТКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- УЗД каротид

## «Гіпертензивне ураження серця»

- Підвищення індексу маси міокарда ЛШ (ІММЛШ)
- Та/або збільшення співвідношення товщини стінок до кінцево-діастолічного розміру ЛШ
- Та/або збільшення індексу кінцево-діастолічного розміру ЛШ
- Та/або збільшення індексу ЛШ
- Або ознаки гіпертрофії ЛШ за даними ЕКГ, МРТ

рШКФ – розрахункова швидкість клубочкової фільтрації; ЛПВЩ – ліпопротеїни високої щільності; ЛПНЩ – ліпопротеїни низької щільності.



**Коли направити далі?**

## Коли направити гіпертоніка до спеціаліста чи в лікарню?

- Пацієнти з підозрою на вторинну гіпертензію
- Молоді пацієнти (< 40 років) з АГ 2-го або 3-го ступеня, у яких слід виключити вторинну гіпертензію
- Пацієнт із раптовим початком або загостренням АГ, якщо раніше рівень АТ був нормальним
- Пацієнти з резистентною АГ
- Необхідність більш детальної оцінки ураження органів-мішеней, опосередкованого АГ, яке може вплинути на рішення про лікування
- Вимога в більш поглибленому оцінюванні спеціаліста з боку лікаря, який направляє
- Невідкладні стани при АГ (зазвичай потрібна стаціонарна допомога)

АГ – артеріальна гіпертензія; АТ – артеріальний тиск.

## Для есенціальної АГ характерно:

**Вік**

**Початок – вік 30-50 років**

**Перебіг**

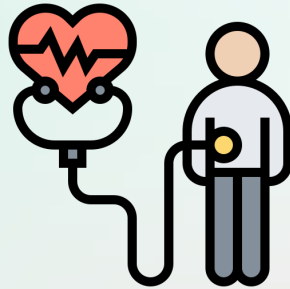
**Повільно прогресуючий**

**Часто безсимптомний перебіг до появи ознак ураження органів-мішеней**

## Характеристики пацієнтів, які мають викликати підозру на вторинну гіпертензію

- Молоді пацієнти (< 40 років) з 2-им ступенем АГ або АГ будь-якого ступеня у дітей
- Різке погіршення перебігу АГ у пацієнтів з попередньо документованою стабільною нормотензією
- Резистентна АГ (АТ не контролюється, незважаючи на оптимальні або добре переносимі дози трьох або більше препаратів, включно з діуретиками, і підтвержені АМАТ або ДМАТ
- Важка (ступінь 3) АГ або гіпертонічний криз
- Наявність ураження органів-мішеней
- Клінічні або біохімічні ознаки, що можуть вказувати на ендокринні причини гіпертензії або ХХН
- Клінічні ознаки, що можуть вказувати на обструктивне апное сну
- Симптоми, що можуть вказувати на феохромоцитому або родинну історію феохромоцитоми

АГ – артеріальна гіпертензія; АТ – артеріальний тиск; АМАТ – амбулаторний моніторинг артеріального тиску; ХХН – хронічна хвороба нирок, ДМАТ – домашній моніторинг артеріального тиску



## Тактика ведення АГ

## Немедикаментозне лікування



- Дієта
- Обмеження солі
- Фізична активність
- Модифікація способу життя
- Відмова від куріння
- Підтримання оптимальної ваги тіла



# Діагностика офісного АТ та первинне лікування АГ

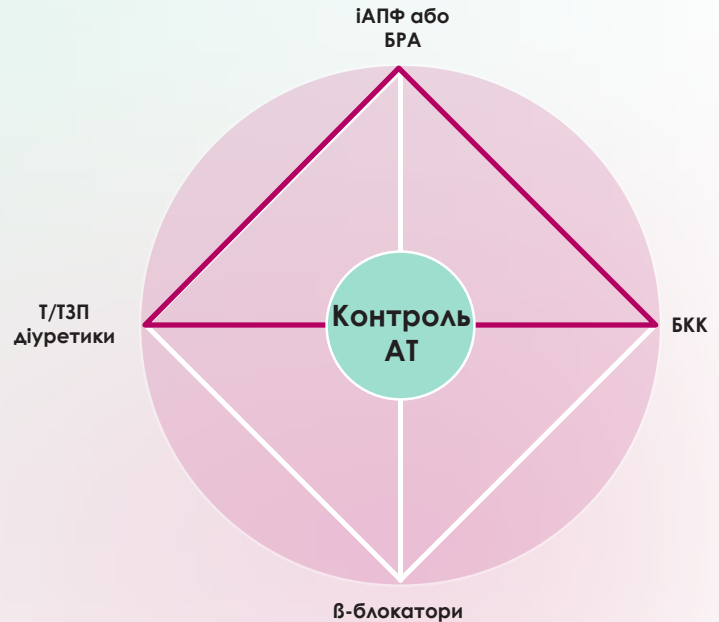


АГ – артеріальна гіпертензія; АТ – артеріальний тиск; ГУОМ – гіпертензивне ураження органів-мішеней; ССЗ – серцево-судинне захворювання; ХХН – хронічна хвороба нирок.

# Рекомендації ESH 2023 щодо медикаментозного лікування пацієнтів з АГ

## КРИТЕРІЇ ВИБОРУ ПРЕПАРАТІВ 3 5 КЛАСІВ:

- Доведена здатність препарату знижувати АТ в якості монотерапії
- Дані рандомізованих клінічних досліджень, які підтверджують зниження захворюваності та смертності на фоні прийому препарату
- Сприятливий профіль переносимості та безпеки препарату



іАПФ - інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту; БРА - блокатори рецепторів ангіотензину II; ББК - блокатори кальцієвих каналів; Т/ТЗП діуретики - тiazидні/тіазидоподібні діуретики.

## Рекомендовані цільові рівні офісного АТ

Група пацієнтів	Цільовий офісний тиск
<b>18-64 роки</b>	< 130/80 мм рт ст
<b>65-79 років</b>	< 140/80 мм рт ст
<b>≥ 80 років</b>	САТ 140-150 мм рт. ст., ДАТ < 80 мм рт ст <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Розглянути зниження САТ до рівня 130-139 мм рт. ст. при хорошій переносимості</li><li>▪ Знижувати ДАТ не нижче рівня 70 мм рт ст</li></ul>

## Обов'язкові протипоказання та стани, які вимагають обережного застосування препаратів, що знижують АТ

Клас препаратів	Протипоказання	Обережне використання
<b>іАПФ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вагітність</li> <li>Жінки, які планують вагітність</li> <li>Перенесений ангіоневротичний набряк.</li> <li>Тяжка гіперкаліємія (наприклад, калій &gt; 5,5 ммоль/л)</li> <li>Двосторонній стеноз ниркової артерії або стеноз єдиної (функціональної) нирки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Жінки дітородного віку без надійної контрацепції</li> </ul>
<b>БРА</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вагітність</li> <li>Жінки, які планують вагітність</li> <li>Тяжка гіперкаліємія (наприклад, калій &gt; 5,5 ммоль/л)</li> <li>Двосторонній стеноз ниркової артерії або стеноз єдиної (функціональної) нирки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Жінки дітородного віку без надійної контрацепції</li> </ul>
<b>β-блокатори</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Важка астма</li> <li>Будь-яка синоатріальна або атріовентрикулярна блокада високого ступеня</li> <li>Брадикардія (наприклад, пульс &lt; 60 уд./хв)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Астма</li> <li>Непереносимість глюкози</li> <li>Спортсмени та фізично активні пацієнти</li> </ul>
<b>Дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Тахіаритмія</li> <li>Серцева недостатність (серцева недостатність зі зниженою фракцією викиду, клас III або IV)</li> <li>Наявний сильний набряк ніг</li> </ul>

## Обов'язкові протипоказання та стани, які вимагають обережного застосування препаратів, що знижують АТ

Клас препаратів	Протипоказання	Обережне використання
<b>Недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (верапаміл, дилтіазем)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Будь-яка синоатріальна або атріовентрикулярна блокада високого ступеня</li> <li>▪ Брадикардія (наприклад, пульс &lt; 60 уд./хв)</li> <li>▪ Супутні препарати, чутливі до значних лікарських взаємодій, опосередкованих P-гр або CYP3A4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Запор</li> </ul>
<b>Тіазид/тіазидоподібні діуретики</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Гіпонатріємія</li> <li>▪ Хронічна хвороба нирок внаслідок обструктивної уропатії</li> <li>▪ Сульфонамідні алергії</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Подагра</li> <li>▪ Непереносимість глюкози</li> <li>▪ Вагітність</li> <li>▪ Гіперкальціємія</li> <li>▪ Гіпокаліємія</li> <li>▪ Ракові пацієнти з метастазами у кістках</li> </ul>
<b>Мінералокортикоїди (Антагоністи рецепторів альдостерону)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Тяжка гіперкаліємія (наприклад, калій &gt; 5,5 ммоль/л)</li> <li>▪ рШКФ &lt; 30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup></li> </ul>	Супутні препарати, чутливі до значних лікарських взаємодій, опосередкованих P-гр або CYP3A4 для Еплеренону

## Вибрані інші умови, при яких терапія ББ може бути сприятливою

- АГ з підвищеною частотою серцевих скорочень у спокої > 80 уд./хв
- Екстрене, невідкладне та парентеральне введення
- Періопераційна АГ
- Велика несерцева хірургія
- Надмірна пресорна відповідь на фізичне навантаження і стрес
- Синдром гіперкінетичного серця
- Синдром постуральної ортостатичної тахікардії
- Ортостатична АГ
- Обструктивне апное сну
- Захворювання периферичних артерій з кульгавістю
- Портальна гіпертензія, пов'язане з цирозом печінки варикозне розширення вен стравоходу та рецидивуюча варикозна кровотеча
- Глаукома
- Тиреотоксикоз, гіпертиреоз
- Гіперпаратиреоз при уремії
- Мігрень (головний біль при мігрені)
- Есенціальний тремор
- Тривожність та тривожні розлади
- Психічні розлади (посттравматичний стрес)

# 2023: лікування гіпертензії

Переваги фіксованої комбінації на будь-якому кроці



**Крок 1**  
Подвійна комбінація

**Крок 2**  
Потрійна комбінація

**Крок 3**  
Додавання інших препаратів

**Старт з подвійної комбінації для більшості пацієнтів**

**іАПФ або БРА + БКК або т/тп діуретик**

Збільшення дозування до повної дози за умов хорошої переносимості  
**до ≈60% контрольованих**



**іАПФ або БРА + БКК + т/тп діуретик**

Збільшення дозування до повної дози за умов хорошої переносимості  
**до ≈90% контрольованих**



**Справжня резистентна гіпертензія до ≈5%**

Розглянути напрямлення на консультацію до спеціалізованого центру пацієнтів, які досі неконтрольовані

**Старт з монотерапії – лише в окремих випадках:**

- низький ризик та АТ < 150/95 мм рт. ст.
- чи при високому нормальному тиску та дуже високому КВ ризику
- чи у пацієнтів старечого віку (≥ 80 років) або слабких пацієнтів

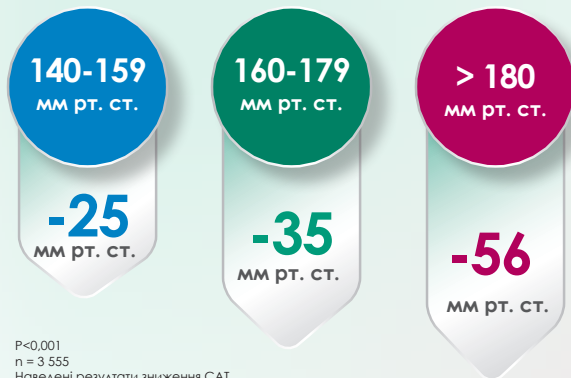
**β-блокатори**

Можуть бути призначені як монотерапія чи як складова комбінованої терапії на будь-якому кроці

іАПФ – інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту  
БРА – блокатори рецепторів ангіотензину  
КВ – кардіоваскулярний  
т/тп – тіазидний/тіазидоподібний

Пацієнти з АТ > 140/90 мм рт.ст.  
на 2-3 АГ компонентах

Ефективність зниження САТ, в  
залежності від вихідного рівня



P<0,001  
n = 3 556  
Наведені результати зниження САТ  
через 3 місяці лікування Трипліксам

# ТРИПЛІКСАМ®

Периндоприлу аргінін/Індапамід/Амлодіпін

Тільки  
1 таблетка  
на добу



Периндоприлу аргінін	5 мг	10 мг		
Індапамід	1,25 мг	2,5 мг		
Амлодіпін	5 мг	10 мг	5 мг	10 мг

Висновок зроблений за даними публікації: Лутай М.І., Лисенко Г.Ф. Лікування артеріальної гіпертензії фіксованою комбінацією інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту, блокатора кальцієвих каналів і тiazидоподібного діуретика. Результати українського багатоцентрового дослідження ТРИУМФ-2 // Український кардіологічний журнал. – 2017. – № 4. У дослідження було включено 3 556 пацієнтів з АГ і АТ > 140/90, які приймали 2-3 АГ препарати. Середній рівень АТ при включенні - 173/100 мм рт.ст. 99% пацієнтів були переведені на Трипліксам® в дозах: 5/1,25/5 (24%), 5/1,25/10 (3%), 10/2,5/5 (27%), 10/2,5/10 (45%). Термін спостереження - 3 місяці. Значне зниження АТ порівняно з вихідним спостережали незалежно від рівня АТ на момент залучення в дослідження. Середнє зниження АТ становило 44,3/21,7 мм рт.ст. Цільового рівня було досягнуто в 79% осіб.

Трипліксам® показаний для лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів, яким необхідно лікування периндоприлом, індапамідом та амлодіпіном у дозах, наявних у фіксованій комбінації. Показання, протипоказання, особливості застосування, дози, побічні явища та ін. див. в інструкції для медичного застосування препарату Трипліксам® (р/п № UA/13929/01/01, № UA/13929/01/02, № UA/13931/01/02, № UA/13930/01/01: Затверджено Наказ МОЗ України від 02.10.2019 № 2004. Зміни внесено Наказ МОЗ України від 06.01.2023 № 37





