

# Кардіо МАРАФОН

## АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА КОМОРБІДНІСТЬ



**За редакцією:**

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

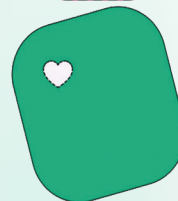
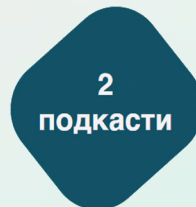
На допомогу лікарю-практику



3  
вебінари

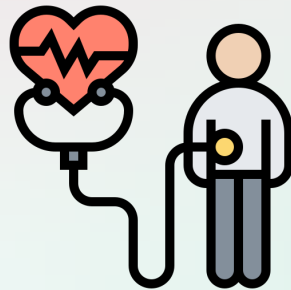


Кардіо  
МАРАФОН



**SERVIER**  
moved by you

# Порушення ритму



# СТАДІЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ



2023

- 1** – ризик розвитку ФП (наявність модифікованих і немодифікованих факторів ризику)
- 2** – пре-ФП (докази структурних або електричних змін, що сприяють розвитку ФП)
- 3А** – пароксизмальна ФП (триває до 7 днів)
- 3В** – персистуюча ФП (безперервна та стійка понад 7 днів і потребує втручання).
- 3С** – тривало персистуюча ФП (безперервна ФП, що триває > 12 місяців)
- 3D** – успішна абляція ФП (відсутня ФП після абляції або хірургічного втручання)
- 4** – постійна ФП (без подальших спроб контролювати ритм)

# Визначення факторів ризику за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

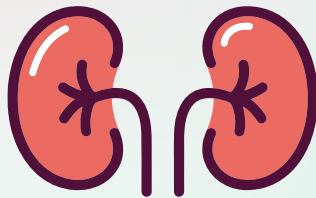
Літера	Фактор ризику		Бал
<b>C</b>	<b>Серцева недостатність</b>	Наявність ознак та симптомів як правошлуночкової СН (підвищення центрального венозного тиску, гепатомегалія) або лівошлуночкової СН (задишка під час фізичного навантаження, кашель, втомлюваність, ортопное, пароксизмальна нічна задишка, збільшення серця, хрипи, ритм галопу, легеневий венозний застій) чи обох, підтвержені неінвазивними або інвазивними вимірами, що демонструють об'єктивні докази СН	<b>1</b>
<b>H</b>	<b>Гіпертензія</b>	У стані спокою САТ > 140 мм рт. ст. та/або ДАТ > 90 мм рт. ст. як мінімум двічі випадково або анамнез АГ	<b>1</b>
<b>A<sub>2</sub></b>	<b>Вік, додатковий ризик/бал</b>	≥ 75 років	<b>2</b>
<b>D</b>	<b>Діабет</b>	Глюкоза натще ≥ 7 ммоль/л (126 мг/дл) або лікування цукрознижувальними препаратами та/або інсуліном	<b>1</b>
<b>S<sub>2</sub></b>	<b>Тромбоемболія</b>	Або ішемічний інсульт, ТІА, периферична емболія або тромбоемболія легеневої артерії	<b>2</b>
<b>V</b>	<b>Судинні захворювання</b>	ІХС (перенесений ІМ, стенокардія, черезшкірне коронарне втручання або АКШ) або захворювання периферичних судин (наявність будь-якого з наступного: переміжна кульгавість, перенесена операція або черезшкірне втручання на черевній аорті або судинах нижніх кінцівок, хірургічні втручання на судинах черевної або грудної порожнини, артеріальний та венозний тромбоз)	<b>1</b>
<b>A</b>	<b>Вік: стандартний ризик</b>	65-74 роки	<b>1</b>
<b>Sc</b>	<b>Стать</b>	Жіноча	<b>1</b>



Антикоагулянтна терапія  
рекомендована

Для запобігання  
інсульту та системним  
тромбоемболіям

# Оцінка функції нирок



# Швидкість клубочкової фільтрації та альбумінурія у пацієнтів з хронічною хворобою нирок

				Категорії альбумінурії Характеристика та рівень		
				A1	A2	A3
Класифікація ХХН базується на: причині (С) ШКФ (G) альбумінурії (A)				Нормальна або незначно підвищена < 30 мг/г < 3 мг/моль	Помірно підвищена  30-299 мг/г 3-29 мг/моль	Значно підвищена  ≥ 300 мг/г ≥ 30 мг/моль
Категорія ШКФ (мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> ) Характеристика та рівень	<b>G1</b>	Нормальна або підвищена	≥ 90	Скринінг 1	Лікування 1	Лікування 3
	<b>G2</b>	Помірно знижена	60-89	Скринінг 1	Лікування 1	Лікування 3
	<b>G3a</b>	Помірно- середньо знижена	45-59	Лікування 1	Лікування 2	Лікування 3
	<b>G3b</b>	Середньо значно знижена	30-44	Лікування 2	Лікування 3	Лікування 3
	<b>G4</b>	Значно знижена	15-29	Лікування* 3	Лікування* 3	Лікування 4+
	<b>G5</b>	Ниркова недостатність	< 15	Лікування 4+	Лікування 4+	Лікування 4+

- Низький ризик (за відсутності інших маркерів захворювання нирок, без ХХН)
- Помірно підвищений ризик
- Високий ризик
- Дуже високий ризик

Сітка показників альбумінурії та ШКФ відображає ризик прогресування захворювання за допомогою інтенсивності забарвлення (зелений, жовтий, помаранчевий, червоний, темно-червоний). Числа в клітинках вказують на частоту моніторингу (кількість разів на рік)

# Холістичний підхід до лікування хронічної хвороби нирок (ХХН) та модифікації ризику

## Спосіб життя



Здорове харчування



Фізична активність



Відмова від використання тютюновісних продуктів



Контроль маси тіла



## Перша лінія фармакотерапії для більшості пацієнтів

Продовжувати терапію ІНЗКТГ-2 до діалізу або трансплантації

+

**Мета: досягнення САТ < 120 мм рт. ст. іРААС\* в максимально переносимих дозах (якщо пацієнт з АГ)**

Статинотерапія помірно або високоінтенсивними статинами

## Таргетована терапія при ускладненнях

Контролювати гіперлікемію відповідно до Керівництва включно з використанням GLP-1 RA за показаннями

Застосувати нестероїдні селективні АМР у пацієнтів з діабетом або за показаннями

БКК та/або діуретик, якщо необхідно досягти цільовий АТ

Антитромбоцитарний препарат для клінічно вираженого АСС3

Контроль анемії, ХХН-МБД, ацидоз, порушення калієвого обміну, коли є показання

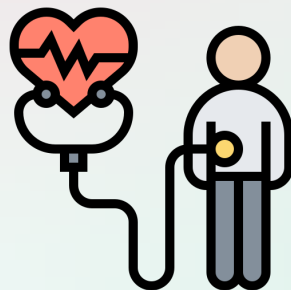
Стероїдні АМР за необхідністю при резистентній АГ, якщо ШКФ  $\geq 45$

Езетіміб, іРССК9 призначаються залежно від ризику АСС3 та ліпідів

Застосовувати такі ж принципи діагностики й менеджменту АСС3 та ФП, як і людям без ХХН

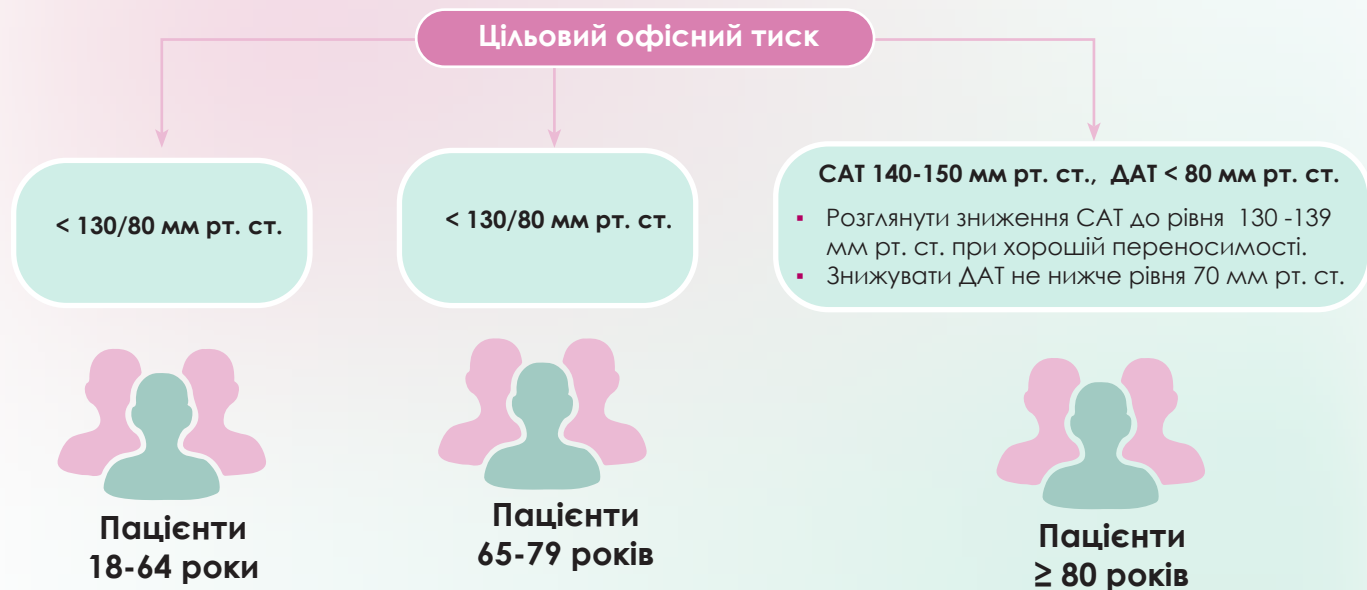
\*Інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або блокатор рецепторів ангіотензину II (БРА) повинні бути препаратами першої лінії терапії артеріальної гіпертензії за наявності альбумінурії, в іншому разі можна розглянути можливість застосування дигідропіридинової блокаторів кальцевих каналів (БКК) або діуретиків; для досягнення цільового рівня артеріального тиску (АТ) часто необхідні всі 3 класи. Представлені піктограми вказують на такі переваги: манжета для вимірювання АТ = зниження АТ; глюкометр – зниження рівня глюкози; серце = захист серця; нирки – захист нирок; ваги – контроль ваги; АСС3 – атеросклеротичне серцево-судинне захворювання; ХХН-МБД – хронічна хвороба нирок - мінеральні та кісткові розлади; ШКФ – розрахункова швидкість клубочкової фільтрації; GLP-1 RA – агоніст рецептора глюкагоноподібного пептиду-1; РССК9і – інгібітор пропротейінової конвертази субтилізін-кексинового типу 9; РАС – ренін-ангіотензинова система; САТ – систолічний артеріальний тиск; ІНЗКТГ2 – інгібітор натрій-глюкозного котранспортера-2; АМР – антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів.

# Контроль АД





# Рекомендовані цільові рівні офісного АТ



# ТРИПЛІКСАМ®

Периндоприлу аргінін / Індапамід / Амлодіпін



## Динаміка зниження АТ Трипліксамом\* залежно від попередньої терапії<sup>1</sup>



АТ – артеріальний тиск; іАПФ – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту; БРА – блокатори рецепторів до ангіотензину II; ГХТЗ – гідрохлоротіазид.

Лутай М.І., Лисенко Г.Ф. Лікування артеріальної гіпертензії фіксованою комбінацією інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту, блокатора кальцієвих каналів і тіазидоподібного діуретика. Результати українського багатоцентрового дослідження ТРИМФ-2 // Український кардіологічний журнал. – 2017. – № 4. У дослідження було включено 3556 пацієнтів з АГ I АТ > 140/90 мм рт. ст., які приймали 2-3 АГ препарати. Середній рівень АТ під час включення – 173/100 мм рт. ст., 99% пацієнтів були переведені на Трипліксаом® у дозах: 5/1,25/5 мг (24%), 5/1,25/10 мг (3%), 10/2,5/5 мг (27%), 10/2,5/10 мг (43%). Термін спостереження – 3 місяці. Значна зниження АТ порівняно з вихідним рівнем спостережени незалежно від рівня АТ на момент вступлення в дослідження. Середнє зниження АТ становило 44,3/21,7 мм рт. ст. Трипліксаом® показаний для лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів, яким необхідне лікування периндоприлом, індапамідом та амлодіпінном у дозах, нових у фіксованій комбінації. Протипоказання, особливості застосування, дози, побічні явища тощо дивіться в інструкції для медичного застосування препарату Трипліксаом® (ріп/№ UA/13929/01/01, № UA/13929/01/02, № UA/13931/01/02, № UA/13930/01/01). Затверджено: Наказ МОЗ України від 02.10.2019 р. № 2004, зміни внесені: Наказ МОЗ України від 06.01.2023 р. № 37.



