



Абдуразакова Асиет Оразманбетовна

Добрый вечер. На фоне лечения коронавирусной пневмонии, нетяжелого течения, в стадии реабилитации появилась гипотония и брадикардия 50 в мин, данных за ТЭЛА и удлинённый QT нет. Какая тактика?



Рогачев Владимир Александрович

Уважаемая Валерия Дорофеевна, поясните логику назначения индапамида с азилсартаном в терапии моряка с развившейся ФП, на ФК Эдарби кло с ХТД, который гораздо эффективнее индапамида по силе АГ действия и его длительности? Да и по комплаэнтности лучше ФК перед двумя монопрепаратами. Спасибо.



Абдуразакова Асиет Оразманбетовна

Женщина 70 л, ГБ 3 стадии, выполнена денервация почечных артерий, после чего цифры АД оставались около 170, перенесла 2 инсульта. Принимаемое лечение: торасемид 10, лозартан 100, моксонидин 0,2 и 0,4 мг, спиронолактон 25, амлодипин 10 мг, доксазозин 2 мг. По СМАД - среднее АД 177/100, макс 238/, какова тактика ведения такой пациентки? Допегита в аптеках нет, при его назначении пациентка пропускает приём. Сохраняется на осмотре АД 170-210/



Абдуразакова Асиет Оразманбетовна

Можно ли диализным пациентам с кризовым течением, при неэффективности блокаторов кальциевых каналов и центральных препаратов, назначать иапф и сартаны?



Комар Владимир Владимирович

Добрый вечер, Валерия Дорофеевна! Спасибо большое за интересные клинические случаи. Может, что-то сможете порекомендовать. Пациентка 70 лет, в анамнезе артериальная гипертензия 20 лет, сахарный диабет 2 тип, нарушение жирового обмена, ИМТ 38. Жировой гепатоз. В анамнезе в молодом возрасте ревматизм, недостаточность митрального клапана 1ст. В липидном спектре крови отклонений не выявлено, мочева кислота, мочевины, креатинин в норме. Пациентка принимает утром Бисопролол 2,5 мг, вечером лозартан 100 мг, глюкофаж 1000 мг, кардиомагнил 75 мг. На этой терапии в последние месяцы артериальное давление 160/90 ммрт.ст, при этом головная боль и головокружение. Что бы Вы посоветовали в терапии? Спасибо большое.



Абдулмуслимова Лаюза Мухтаррахмедовна

Добрый вечер. Какой гипотензивный порекомендуете в случае повышения уровня Калия в крови, уровень креатинина в пределах 120 ммоль /л, ХБП СЗб. Ограничиться петлевыми диуретиками и антагонистами кальция? Спасибо.



Никитичева Валентина Геннадьевна

Здравствуйте. Возможно ли применение моксонидина для лечения ГБ при сопутствующей болезни Паркинсона?



Абдуразакова Асиет Оразманбетовна

Можно ли использовать комбинацию иапф и моксонидин, не используя блокаторы кальциевых каналов?



Хайретдинов Раис Кэтдусович

Спасибо большое за интереснейшую лекцию!! Не могли бы вы порекомендовать тактику ведения больных старческого возраста с гипотензией?



Абдуразакова Асиет Оразманбетовна

Если у пациента старше 80 лет имеет белково-энергетическую недостаточность, после инсульта с гемипарезом и склонности к гипотонии (110/60), хс 3.5 и менее, целесообразно ли назначение статинов? При наличии ГБ, но без гипотензивной терапии



Лубик Марина Леонидовна

Добрый вечер! Большое спасибо за чудесную лекцию. Пациентка 57 лет отмечает подъемы АД в ночное время с 01.00 до 03.00 до 150 - 170 мм. рт. ст. сердцебиение 100 - 140 уд. на фоне приема телмисартан 40 мг и амлодипин 5 мг 4-5 раз в нед. Приступы купирует каптопресом, анаприлином, корвалолом в течение 15 мин. Храп отрицает. Приливы не беспокоят. К - 4.2, метанефрины мочи - 63, по СМАД АД не зарегистрировано на фоне АГ-терапии, кроме ночного всплеска АД до 150 \104 пульс 104. Проведено ХМ ЕКГ - 2 ночи - 42 часа, нарушений ритма не зарегистрировано, кроме СТ - 100 -110 уд. во время подъема АД. При обследовании надпочечников патологии не выявлено. ЭХОКС без патологии. Какое дообследование надо провести пациентке и какая коррекция терапии. Спасибо.



Григорьева Екатерина Анатольевна

Беременная 28 нед АД при кризах 200\100. Допегита не, плохая переносимость нифекард ХЛ. На приеме АД 158\98 Пульс 116 в мин. Какая тактика ведения. Акушеры против планового назначения диуретиков(гипотиазид 6,25мг сут категорически против ...



Гальцов Андрей Владимирович

Спасибо



Федорова Вера Ивановна

Большое спасибо, Валерия Дорофеевна, за прекрасное информативное сообщение!



Худякова Людмила Дмитриевна

Спасибо!



Рогачев Владимир Александрович

Беременным эналаприл, это же иАПФ, которые строго запрещены при бер-ти?!



Абдуразакова Асиет Оразманбетовна

Какова тактика снижения АД при ОНМК ишемического и геморрагического типов в первые 24ч, далее 48-72? И какие препараты и в каком виде (перорально или парентерально) должны быть введены препараты в остром и острейшем периодах онмк?



Королева Татьяна Алексеевна

Уважаемая Валерия Дорофеевна, пожалуйста, посоветуйте как вести больную 70 лет с гипертонией, если прием валоосета 5/80 осложнился геморрагическим васкулитом, при попытке перевести на лозап плюс появились выраженные судороги в ногах, на препараты ингибиторы АПФ (престариум 10 мг) у нее возникает спастический кашель, в настоящее время получает престариум 10мг, но даже при небольшой физической нагрузке АД повышается до 150/75 мм рт ст . Стресс-ЭХО КГ показала низкую толерантность к физической нагрузке, реакция АД по гипертоническому типу. На ЭХО-КГ небольшая гипертрофия МПП, гиперкинез, значительное усиление систолической функции ФВ 83%. Спасибо.



Морозова Ирина Васильевна

Валерия Дорофеевна, подскажите, пожалуйста! Я врач офтальмолог, 64 года. Склонность к брадикардии. Принимаю Лористу 25 мг два раза в день. Бывает в середине дня падение АД до 117 - систолич. А вот вторую неделю во второй половине дня 170/90 и выше. Беру чуточку Капотена. Что предпринять? К врачу обратиться нет возможности. Живу в постоянной психотравмирующей ситуации. Принимала Лористу-Н, но часто было падение АД. На Нолипрел - кашель.





Пахомова Елена Дмитриевна

Больной 64 года с АГ, ИБС ПИКС, СД; ХБП, креатинин 180, сф 38 получает апроваск 10/300, торасемид 10 мг, небилет 5 мг; эплеренон 0,25, моксонидин 2 мг 2 раза в день. Сохраняется АД 160/100. Что можно изменить?



Никонова Елена Егоровна

Спасибо большое за прекрасную лекцию!



Мусликова Ольга Ивановна

Добрый вечер! Хотелось бы узнать ваше мнение. Давление чаще 115/70-110/65. Холестерин 7,6 ЛПНП 5, триглицериды 1.2. Женщина 55 лет. Менопауза 16 лет после операции, послеоперационный гипотиреоз компенсированный 150 мг тироксина с 1991 г. Надо ли назначать статины? И какие? Спасибо!



Фаяук Ирина Викторовна

Уважаемая Валерия Дорофеевна-- пожалуйста порекомендуйте-- чем лечить ССС слабость синусового узла. Склонность у пациента к брадикардии. Редко загрудинные боли, после физической перегрузки. Возраст 37 лет. Спасибо!



Слепова Алена

Уважаемая Валерия Дорофеевна, скажите, как так сложилось, что при появлении на рынке сартанов, мы видели хороший гипотензивный эффект от лозапа 25 мг. На настоящее время редки такие назначения, и.к. доза неэффективна для контроля над гипертензией, назначаем 100 мг и более. Эффект привыкания понятен у 1 пациента, но непонятен у пациентов которые ранее не получали сартаны.



Уресметов Владимир

Пациентка, 85 лет, получала лозартан 50мг, амлодипин 5мг. АД отмечалось в пределах 120/70-140/80. Произошел ишемический инсульт при давлении 160/90. В дальнейшем лозартан 100мг, амлодипин 10 мг+риваксобан 2,5мг. АД на этом фоне 120-125/65-75. Стоит ли уменьшить дозу антигипертензивных препаратов.



Коршунова Татьяна Ивановна

спасибо за лекцию.



Кругомов Алексей Валерьевич

Добрый вечер! Как вы относитесь к определению уровня С-реактивного белка как показателю эффективности коррекции АГ в рамках метаболического синдрома? Если надо контролировать, то как часто?



Прокофьева Татьяна Михайловна

Добрый вечер, подскажите пожалуйста, пациентка принимает нолипрел форте 2.5 утром, Амлодипин 10 мг, розукард 10 мг. ,Тромбо асс 100. Утром АД 140/80.верошпирон с панангином раз в месяц по 10 дней. Брадикардия 53-55. Эпизодически подъем АД до 200/110.(Принимает моксонидин,капотен) беспокоит кашель в помещении больше в горизонтальном положении.голени отекают . Возможно ли проявление кашля на нолипрел,а отеки на Амлодипин. ? Сопутствующие : ОНМК в мозжечке,аутоиммунный гепатит.



Шапина Юлия Витальевна

Добрый вечер! В практике нередко встречаются пациенты с резистентной АГ, которые пользуются нитратами для снижения АД без подтвержденной ИБС, стенокардии. Есть ли с вашей точки зрения какие-то особенности у таких пациентов? Какая тактика ведения для таких пациентов будет оптимальной? Почему у обоих пациентов отменена АСК (высокий сср)?

