



Дәрігерлерге арналған дәрілік бюллетень

4-басылым

2013 жыл

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІНІҢ
«ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУДЫ ДАМУ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ОРТАЛЫҒЫ» РМК
ДӘРІ-ДӘРМЕК
АҚПАРАТТЫҚ-ТАЛДАУ
ОРТАЛЫҒЫ

Препараттарды ұтымды
қолдану пациенттердің
дәрілерді олардың
клиникалық
қажеттіліктеріне,
өздерінің жеке
қажеттіліктеріне сәйкес
келетін мөлшерде, қажет
болған уақытта, өздері
үшін және қоғам үшін ең
төмен бағамен алуын
талап етеді.

Дүниежүзілік денсаулық
сақтау ұйымы,
1988 ж.

Бұдан әрі басылымда:

Артериялды гипертензия	1
АГ анықтамасы және жіктелуі	2
АГ-мен ауыратын науқастарда жүрек-қан тамыр қаупін бағалау	2
АГ диагностикасы	4
АГ емдеу	7



*Лаура Мұстафақызы
Ахметниязова 2013 жылы
13 тамызда Қазақстан
Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігі Медициналық және
фармацевтикалық қызметті
бақылау комитетінің төрайымы
болып тағайындалды.*

Лаура Мұстафақызы
Ахметниязова 1971 жылы
26 қыркүйекте Шығыс Қазақстан
облысында дүниеге келген.
1993 жылы Ақтөбе мемлекеттік
медицина институтын «Емдеу ісі»
мамандығы бойынша тамамдаған.
Еңбек қызметін 1993 жылы Шымкент
қаласында «Фосфор» МСБ учаскелік
терапевті қызметінен бастаған.
1995-2013 жылдар аралығында
денсаулық сақтау басқармаларында
және ҚР ДСМ Стратегиялық даму
департаментінде басшылық
лауазымдарын атқарған. ҚР
Денсаулық сақтау министрінің
күрмет грамотасымен (2012 ж.),
«Қазақстан Республикасының
Тәуелсіздігіне 20 жыл» медалімен
марапатталған. Денсаулық сақтау
саласының үздік қызметкері.
(2008 ж).

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериялық гипертензия (АГ) дүниежүзінде және Қазақстанда өлім қаупінің басты факторы болып табылады. Дүниежүзінде инсульттан болған өлімнің 51%-ы және жүректің ишемиялық ауруларынан (ЖИА) болған өлім жағдайларының 45%-ы жоғары артериялық қысыммен (АҚ) тікелей байланысты. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің деректері бойынша АГ жүрек-қан тамыр ауруларының құрылымында 47% құрайды, яғни жүрегі ауыратын әрбір екінші пациентте АГ бар. Осы бюллетеньнің мақсаты – қазіргі заманғы халықаралық ұсыныстарды, нақты айтқанда, Еуропалық қоғамның артериялық гипертония жөніндегі 2013 жылғы жаңа ұсыныстарының негізінде АГ-ны диагностикалаудың, емдеу мен алдын-алудың қазіргі заманғы жолдары туралы ақпаратты тәжірибедегі дәрігерлерге ұсыну. Бұл ретте, ұсыныстар клиникалық қызметкерлердің қызметін регламенттеп қана қоймай, науқастың клиникалық ерекшеліктеріне немесе әлеуметтік жағдайларына негізделетін жеке шешімдерді қабылдау мүмкіндігімен бірге оларға науқастарға ем жүргізудің негізделген қағидаттарын да ұсынады. Сонымен қатар, нақты клиникалық жағдайдың субъективті бағасын жоққа шығармай, ұсыныстар тәжірибедегі дәрігерлерді жеке тәжірибе мен субъективті пікірге ғана негізделген шешімдерді қабылдау мүмкіндігін шектей отырып, өз қызметінде дүниежүзілік клиникалық тәжірибені қолдануға шақырады. Күнделікті клиникалық тәжірибеде қазіргі заманғы ұсыныстарды қолдану арқылы ғана оларды енгізудің нақты нәтижелеріне сенуге болады. АГ фармакологиялық бақылаудың пайдасы соңғы жылдары көптеген зерттеулерде цереброваскулярлық асқыныстар, миокард инфаркті, іркілген жүрек жеткіліксіздігі, созылмалы бүйрек жетіспеушілігінен болған сырқаттану мен өлім жиілігінің төмендеуімен сенімді түрде құжаттандырылған.

АГ АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЖІКТЕУ

САҚ ≥ 140 мм.сн.бағ. артуы және/немесе ДАҚ ≥ 90 мм.сн.бағ. артуы артериялық гипертензия болып табылады.

Медициналық мекемеде өлшенген АҚ дәрежелерін (кеңседегі АҚ)* жіктеу

Санаты	САҚ		ДАҚ
Оптималды	<120	және	<80
Қалыпты	120-129	және/немесе	80-84
Жоғары қалыпты	130-139	және/немесе	85-89
1-дәрежелі гипертензия	140-159	және/немесе	90-99
2-дәрежелі гипертензия	160-179	және/немесе	100-109
3-дәрежелі гипертензия	≥ 180	және/немесе	≥ 110
Оқшауланған систолалық гипертензия	≥ 140	және	<90

* АҚ санаты систолалық немесе диастолалық АҚ-ның анағұрлым жоғары деңгейі бойынша анықталады. Оқшауланған систолалық гипертензия систолалық АҚ деңгейіне сәйкес 1,2 немесе 3 дәрежелерге жіктелуі тиіс.

Кеңседе немесе кеңседен тыс АҚ өлшеу кезінде АҚ бастапқы параметрлері

Санаты	САҚ (мм. сн.бағ.)		ДАҚ (мм. сн.бағ.)
Кеңседегі АҚ	≥ 140	және	≥ 90
Амбулаторлық АҚ			
Күндізгі уақытта (сергек кезінде)	≥ 135	және/немесе	≥ 85
Түнгі уақытта (ұйықтау кезінде)	≥ 120	және/немесе	≥ 70
Тәуліктік АҚ	≥ 130	және/немесе	≥ 80
Үй жағдайларында өлшеу	≥ 135	және/немесе	≥ 85

АГ СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДА ЖҮРЕК-ҚАН-ТАМЫР ҚАУПІН БАҒАЛАУ

Қауіптің басқа факторлары, симптомсыз НМЗ немесе бірлескен аурулар	Артериялық қысым (мм. сн.бағ.)			
	Жоғары қалыпты САҚ 130-139 немесе ДАҚ 85-89	1-д АГ САҚ 140-159 немесе ДАҚ 90-99	2 д АГ САҚ 160-179 немесе ДАҚ 100-109	3 д АГ САҚ ≥ 180 немесе ДАҚ ≥ 110
Қауіп факторлары жоқ		Төмен қауіп	Орташа қауіп	Жоғары қауіп
1-2 қауіп факторы	Төмен қауіп	Орташа қауіп	Орташа/жоғары қауіп	Жоғары қауіп
≥ 3 қауіп факторы	Төмен/орташа қауіп	Орташа/жоғары қауіп	Высокий риск	Жоғары қауіп
НМЗ, 3 дәрежелі СБА немесе СҚ	Орташа/жоғары қауіп	Жоғары қауіп	Жоғары қауіп	Жоғары/өте жоғары қауіп
Клиникалық ЖКЖА, 4 және жоғары дәрежелі СБА, НМЗ/ҚФ болған кезде	Өте жоғары қауіп	Өте жоғары қауіп	Өте жоғары қауіп	Өте жоғары қауіп

АҚ = артериялық қысым; СБА = созылмалы бүйрек аурулары; ЖҚТ = жүрек-қан тамыры; ЖҚЖА = жүрек-қан тамыры жүйесінің аурулары; ДАҚ = диастоалық қысым; АГ = артериялық гипертензия; НМЗ = нысана-мүшелердің зақымдануы; ҚФ = қауіп факторлары; САҚ = систоалық қысым.

Болжамға әсер ететін және жалпы ЖҚ қауіпін анықтау кезінде қолданылатын факторлар

Қауіп факторлары
Ер адамдар
Жасы (≥ 55 жас - ерлер, ≥ 65 жас - әйелдер)
Темекі шегу
Дислипидемия
Жалпы холестерин деңгейі $> 4,9$ ммоль/л (190 мг/дЛ) және/немесе
Тығыздығы төмен липопротеидтер $> 3,0$ ммоль/л (115 мг/дЛ), және/немесе
Тығыздығы жоғары липопротеидтер: ерлерде $< 1,0$ ммоль/л (40 мг/дЛ), әйелдерде $< 1,2$ ммоль/л (46 мг/дЛ), және/немесе
Триглицеридтер $> 1,7$ ммоль/л (150 мг/дЛ)
Аш қарынға плазма глюкозасы 5.6 - 6.9 ммоль/л (102-125 мг/дЛ)
Глюкозаға төзімділіктің бұзылуы
Семіру (ДСИ ≥ 30 кг/м ² (бойы ²))
Абдоминалдық семіру (ерлердің белі ≥ 102 см, әйелдердің белі ≥ 88 см)
Бұрын болған ЖҚЖА отбасылық анамнезі (ерлерде < 55 жас; әйелдерде < 65 жас)
Нысана ағзаларының симптомсыз зақымдануы
Пульстық қысым (қарттарда) ≥ 60 мм.сн.бағ
Сол жақ қарынша гипертрофиясы (СҚГ) ЭКГ (Соколов-Лион индексі $> 3,5$ мВ; RaVL $> 1,1$ мВ; Корнель туындысы > 244 мВ*мс, немесе
ЭхоКГ: сол жақ қарынша гипертрофиясы (СҚГ) [ИМЛЖ ерлерде > 115 г/м ² , әйелдерде > 95 г/м ²]*
Күретамыр қабырғаларының қалыңдауы (ИМҚ $> 0,9$ мм) немесе атеросклероздық түйіндер
Каротидтік-жамбас ПТЖ > 10 м/с
Жіліншік сирақ-иық индексі $< 0,9$
СБА ШФЖ 30-60 мл/мин/1.73м ²
Микроальбуминурия (30-300 мг/тәул) немесе альбумин/креатинин арақатынасы (30-300 мг/г; 3.4-34 мг/ммоль) (таңғы несептегі)
Қант диабеті
Аш қарынға плазма глюкозасы ≥ 7 ммоль/л (126 мг/дЛ) екі әр түрлі талдауда, және/немесе
Гликоздендірілген гемоглобин HbA1c $> 7\%$ (53 ммоль/моль), және/немесе
Жүктемеден кейінгі плазма глюкозасы > 11 ммоль/л (198 мг/дл)
Қосарланған ЖҚА немесе бүйрек аурулары
Ми-тамырлық аурулар: ишемиялық инсульт, геморрагиялық инсульт, транзиторлық ишемиялық шабуыл
ЖИА: МИ, ЖИА, АКИШ немесе ТКӘ арқылы миокард реваскуляризациясы
Жүрек жетіспеушілігі, сақталған ШФ жетіспеушілігімен
Төменгі белдеу перифериялық артерияларының клиникалық аурулары
СКФ < 30 мл/мин/1.73м ² (ППТ) СБА; протеинурия (> 300 мг/тәул.)
Ретинопатия: геморрагии немесе экссудаттар, көру жүйкесінің ісінуі

ДСИ = дене салмағының индексі; АҚ = артериялық қысым; АҚШ = аорттық-коронарлық шунттау; СБА = созылмалы бүйрек ауруы; ЖҚ = жүрек-қан тамыры; ЖҚА = жүрек-қан тамыры аурулары; ШФ = шығару фракциясы; ШСЖ = шумақтық фильтрация жылдамдығы; ИМҚ = интима-медия қалыңдығы; СКГ = сол жақ қарынша гипертрофиясы; СҚСИ = сол жақ қарынша салмағының индексі; ТКА = тері арқылы коронарлық әрекет; ПТЖ = пульс толқынының жылдамдығы.

*Қауіп концентрлік СКГ кезінде жоғары: қабырға қалыңдығы мен радиус >0.42 арасындағы арақатынас кезінде СҚСИ ұлғаюы.

ДИАГНОСТИКА

АГ бар пациентті бастапқы тексеру:

1. гипертензия диагнозын растауға;
2. екінші реттік гипертензия себептерін анықтауға;
3. ЖҚ қауіпін, НАЗ және қосарланған симптоматикалық ауруларды бағалауға бағытталуы тиіс.

Ол үшін АҚ өлшеу, отбасылық анамнезбен қоса, анамнез жинау, физикалық тексеру, зертханалық талдаулар және қосымша диагностикалық зерттеулер қажет. Кейбір зерттеулер барлық пациенттер үшін, басқалары қажет болған жағдайда ғана талап етіледі.

АҚ өлшеу

Қабылдау кезінде АҚ өлшегенде төменде аталғандарды орындау қажет:

- АҚ өлшеу алдында науқасқа отыра тұруға 3-5 минут уақыт беру
- АҚ-ны, кем дегенде екі рет, отырған күйде 1-2 минут үзіліспен өлшеңіз; егер алғашқы екі көрсеткіш едәуір ерекшеленсе, өлшеуді қайталаңыз. Қажет болған кезде АҚ-ның орташа көрсеткішін есептеп шығарыңыз.
- Аритмиясы (мысалы, жүрекше фибрилляциясы) бар пациенттерде нәтиженің дәлдігін арттыру үшін АҚ-ны бірнеше рет өлшеу қажет.
- Ені 12-13 см және ұзындығы 35 см стандарты манжетаны қолданыңыз. Сәйкесінше ірі қолға (көлемі >32 см) немесе жіңішке қолға арналған үлкен және кіші өлшемді манжеттерді қолданған жөн.
- Манжет пациенттің күйіне қарамастан жүрек деңгейінде болуы тиіс.
- Аускультативті әдісті қолдану кезінде систолалық және диастолалық АҚ-ды Коротковтың тондарын I және V (жоғалу) фазаларын белгілеу қажет.
- Бірінші рет қаралып тұрса, айырмашылықты анықтау үшін АҚ-ды екі қолда өлшеу қажет. Бұл жағдайда анағұрлым жоғары АҚ көрсеткіштерін алады.
- Қант диабетімен ауыратын қарт адамдарда және ортостатикалық гипотониямен бірге жүретін басқа жағдайдағы пациенттерде АҚ-ны тұрған күйінде 1 және 3 минут өткен соң өлшеу орынды.
- Отырған күйде АҚ-ны қайта өлшегеннен кейін жүректің соғу жиілігін пульсті пальпациялау арқылы анықтаңыз (кем дегенде 30 с ішінде).

Зертханалық зерттеулер

Стандартты тестілер

Гемоглобин және/гематокрит

Аш қарынға плазмадағы глюкоза деңгейін анықтау

Жалпы холестерин, ТТЛП, ТЖЛП

Аш қарынға триглицеридтер деңгейін анықтау

Калий және натрий

Несеп қышқылы

Қан сарысуындағы креатин деңгейі (ШФЖ ескере отырып)

Несеп талдауы: микроскопия, тест-жолақтар арқылы протеинді анықтау, микроальбуминурия

12-арналы ЭКГ

Қосымша зерттеулер (анамнез, стандарты талдаулардың нәтижелерін қарау негізінде)

Гликозилирленген гемоглобин (егер плазма глюкозасы аш қарынға >5.6 ммоль/л (102 мг/дл) немесе бұрыннан қант диабеті болса)

Несептегі ақуыздың мөлшерін анықтау (егер экспресс-талдау оң болса); несептегі натрий және калий концентрациясы және олардың арақатынасы

АҚ-ды 24-сағаттық амбулаторлық мониторингтау және АҚ-ны үйде өлшеу

Эхокардиография

Аритмия болса, Холтерлік мониторинг жүргізу

Ұйқы артерияларын ультрадыбыстық зерттеу

Құрсақ қуысы және шеткері артериялардың доплерографиясы

Пульстық толқын жылдамдығы

Көздің түбін тексеру

Арнайы зерттеулер (жиі арнайы мамандар тағайындайтын)

Бас миының, жүректің, бүйрек пен қан тамырларының зақымдануын бағалау үшін қосымша зерттеу. Резистентті (емге көнбеген) және асқынған гипертензия кезінде міндетті түрде жүргізу керек!

Анамнез, физикалық зерттеу немесе стандарты тестілер көмегімен анықталған екінші реттік гипертензия диагнозын растау.

Екінші гипертензияның клиникалық белгілері мен диагностикасы

Кең таралған себептер	Клиникалық көрсеткіштер			Диагностика	
	Анамнез	Тексеріп-қарау	Зертханалық зерттеулер	Бірінші қатардағы зерттеулер	Қосымша зерттеулер
Бүйрек паренхимасының зақымдануы	Несеп шығаратын жолдар инфекциясының анамнезі, обструкция, гематурия, ауырсынуды басатын препараттарды асыра пайдалану, отбасылық анамнездегі бүйрек поликистозы	Құрсақ қуысындағы пайда болған ісіктер (бүйрек поликистозы)	Протеинурия, эритроциттер, несептегі лейкоциттер, СКФ төмендеуі	Бүйректің УДЗ	Бүйректі толық зерттеу
Бүйрек артериясының стенозы	Фибробұлшықетті дисплазиясы: жастар гипертензиясы (әсіресе әйелдерде) Атеросклероздық стеноз: АГ кенеттен басталуы, бақылауға көнбеу немесе қиындауы, жедел өкпе ісінуі	Бүйрек артериясының аускультациясы кезіндегі шуыл	Бүйрек ұзындығындағы айырмашылық > 1.5 см (бүйректі УДЗ), бүйрек функциясының күрт нашарлауы (кенеттен немесе ренин-ангиотензинді-альдостерондық жүйе блокаторларына жауап ретінде)	Бүйректің екі өлшемді доплерографиясы	МРТ, спиральды КТ, сандық артерияшілік ангиография
Алғашқы альдостеронизм	Бұлшық ет әлсіздігі, отбасылық анамнездегі ерте жастағы гипертензия немесе 40 жасқа дейінгі ЖҚ асқынулары	Аритмия (ауыр гипокалиемиа кезінде)	Гипокалий емия (кенеттен немесе диуретиктермен пайда болған), бүйрекбез ісігінің кездейсоқ анықталуы	Стандарты жағдайларда альдостерон/рениннің арақатынасы (гипокалиемианы түзету және РАА жүйесіне әсер ететін препараттарды тоқтату кезінде)	Натрий жүктемесі, физиологиялық ерітінділер инфузиясы, флудрокортизонмен суппрессия немесе каптоприл тесті; бүйрек үсті безі КТ; бүйрек үсті безі көктамырының биопсиясы
Сирек себептер					

Феохромоцитома	АҚ жоғарлау пароксизмдері немесе гипертензия кезіндегі криздер; бастың ауыруы, тершеңдік, жүрек соғысының жиілеуі, терінің бозғылттануы, отбасылық анамнездегі феохромоцитомы	Нейрофиброма тоздың терідегі көріністері («сүтті кофе») дақтары, нейрофибромалар)	Бүйрекүсті безі ісіктерінің кездейсоқ анықталуы (немесе бүйрекүсті безінен тыс ісіктер)	Несептегі конъюгирленген метанефринде рді немесе плазмадағы бос метанефринде рді өлшеу	Құрсақ қуысы мен кіші жамбас қуысының КТ немесе МРТ; сцинтиграфия мета-123 I-бензилгуанидинмен; мутацияның болуын генетикалық
Кушинг синдромы	Салмақтың тез жиналуы, полиурия, полидипсия, психологиялық бұзылыстар	Типтік сыртқы келбет (орталық семіру, ай тәрізді бет, стриялар, гирсутизм)	Гипергликемия	Кортизолдың несептегі тәуліктік экскрециясы	Дексаметазондық сынама

ЕМДЕУ

Гипертензияға қарсы терапияның басталуы

Қауіптің басқа факторлары, симптомсыз НМЗ немесе ауыру	Артериялық қысым (мм.сн.бағ.)			
	Жоғары қалыпты САҚ 130-139 немесе ДАҚ 85-89	1-дәрежелі АГ САҚ 140-159 немесе ДАҚ 90-99	2-дәрежелі АГ САҚ 160-179 немесе	3-дәрежелі АГ САҚ \geq 180 немесе ДАҚ \geq 110
ҚФ жоқ	Емдеу талап етілмейді	Өмір салтының модификациясы (ӨСМ) бірнеше ай, кейін АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ бірнеше апта кейін АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ Шұғыл АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар
1-2 ҚФ	ӨСМ АҚ емдеу талап етілмейді	ӨСМ бірнеше апта кейін АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ бірнеше апта кейін АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ Шұғыл АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар
\geq 3 ҚФ	ӨСМ АҚ емдеу талап етілмейді	ӨСМ бірнеше апта кейін АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ Шұғыл АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар
А3, 3-дәрежелі СБА немесе ҚД	ӨСМ АҚ емдеу талап етілмейді	ӨСМ АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ кейін АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар

Басқа қауіп факторлары, симптомсыз НМЗ немесе сырқаттану	Артериялық қысым (мм.сн.бағ.)			
	Жоғары қалыпты САҚ 130-139 немесе ДАҚ 85-89	1-дәрежелі АГ САҚ 140-159 немесе ДАҚ 90-99	2-дәрежелі АГ САҚ 160-179 немесе ДАҚ 100-109	3-дәрежелі АГ САҚ \geq 180 немесе ДАҚ \geq 110
ЖҚЖ аурулары, 4 және одан жоғары дәрежелі СБА, НМЗ/ҚФ болса	ӨСМ АҚ емдеу талап етілмейді	ӨСМ АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ АҚ <140/90 төмендетуге арналған препараттар	ӨСМ Шұғыл АҚ <140/90 төмендетуге арналған

АҚ = артериялық қысым; СБА = созылмалы бүйрек аурулары; ЖҚ = жүрек-қан тамыры; ЖҚЖА = жүрек-қан тамыры жүйесінің аурулары; ДАҚ = диастолалық қысым; АГ = артериялық гипертензия; АЗ = ағзалардың зақымдануы; ҚФ = қауіп факторлары; САҚ = систолалық қысым.

Өмір салтының модификациясы

Ұсынымдар	Класс ^a	Деңгейі ^{b,d}	Деңгейі ^{b,e}
Тұздың қолдануын күніне 5-6 г дейін шектеу ұсынылған	I	A	B
Алкогольді ерлер үшін этанолды күніне 20-30 г артық және әйелдер үшін күніне 10/20 г артық пайдаланбау ұсынылған	I	A	B
Көкөністерді, жемістерді, майлы емес сүт өнімін арттыру ұсынылған.	I	A	B
Қарсы көрсеткіштер болмаған кезде салмақты БСИ 25кг/м ² және белдің өлшемін ерлерге < 102 см және әйелдерге < 80 см дейін азайту ұсынылған.	I	A	B
Тұрақты физикалық белсенділік—аптасына 5-7 рет 30 минут орташа динамикалық жаттығу жасау ұсынылған.	I	A	B
Темекі шегетін барлық пациенттерге темекі шегуді тастау және оларға көмек көрсету ұсынылған.	I	A	B

БСИ = бой-салмақ индексі

^aҰсынымдар санаты

^bДәлелдер деңгейі

^dАҚ және ЖҚ қауіпіне әсер етуге негізделген

^eБастапқы зерттеулерге негізделген

Медикаментозды терапия
Гипертензияға қарсы препараттарды қолдануға абсолютті және салыстырмалы қарсы көрсеткіштер

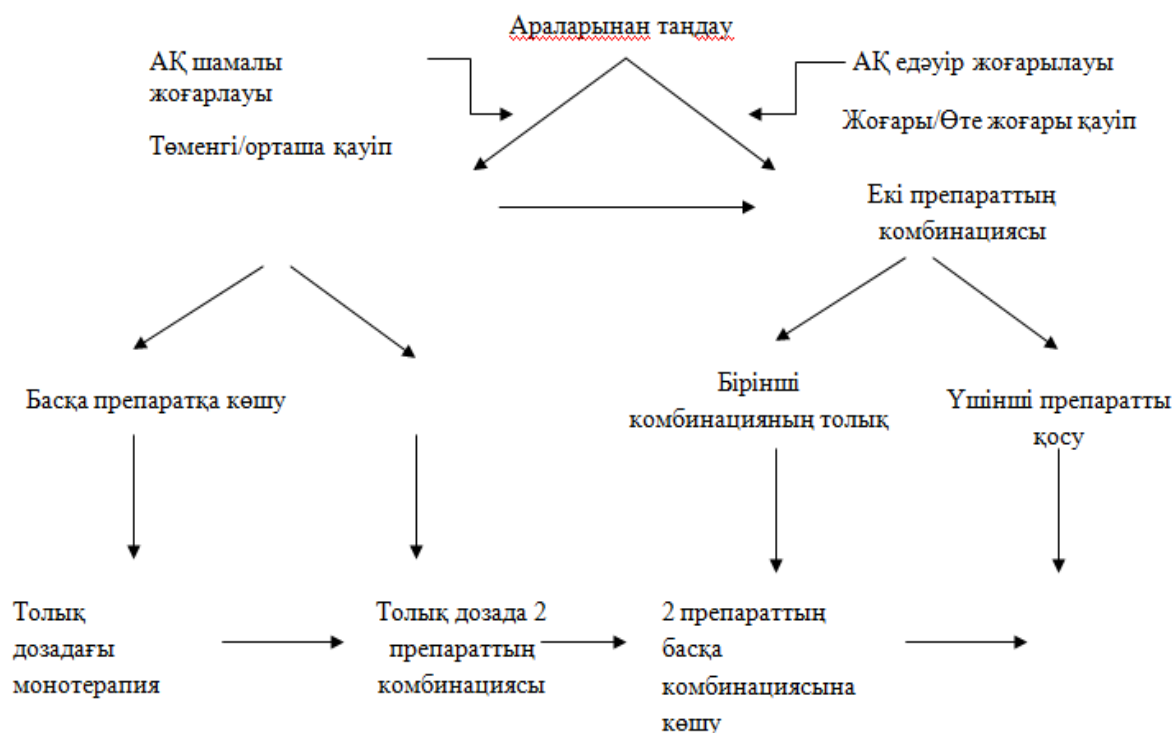
Препараттар	Абсолютті	Салыстырмалы
Диуретиктер (тиазидтер)	Подагра	Метаболиттік синдром Глюкозаға төзімділіктің төмендеуі Жүктілік Гиперкальциемия Гипокалиемия
Бета-блокаторлар	Демікпе 2-3 дәрежелі атрио- вентрикулярлық блокада	Метаболиттік синдром
		Глюкозаға төзімділіктің төмендеуі Спортшылар және СОӨА (ХОБЛ) бар физикалық белсенді пациенттер (вазодилатациялық әсері бар бета- блокаторлардан басқа)
Кальций антагонистері (дигидропиридиндер)		Тахикардия Жүрек жеткіліксіздігі
Кальций антагонистері (верапамил, дилтиазем)	Атрио-вентрикулярлық блок (2-3 дәрежелі немесе үш шоғырдың блокадасы) Ауыр СҚ жетіспеушілігі Жүрек жетіспеушілігі	
ААФ ингибиторлары	Жүктілік Ангиневроздық ісіну Гиперкалиемия Бүйрек артериясының екі жақты стенозы	Жүктілігі болуы мүмкін бала туатын жастағы әйелдер
Ангиотензиндік рецепторлардың блокаторлары	Жүктілік Гиперкалиемия Бүйрек артериясының екі жақты стенозы	Жүктілігі болуы мүмкін бала туатын жастағы әйелдер
Минералды кортикоидті рецепторлардың антагонистері	Жедел немесе ауыр бүйрек жетіспеушілігі (ШСеЖ <30 мл/мин) Гиперкалиемия	

Жекелеген препараттарды таңдауды талап ететін жағдайлар

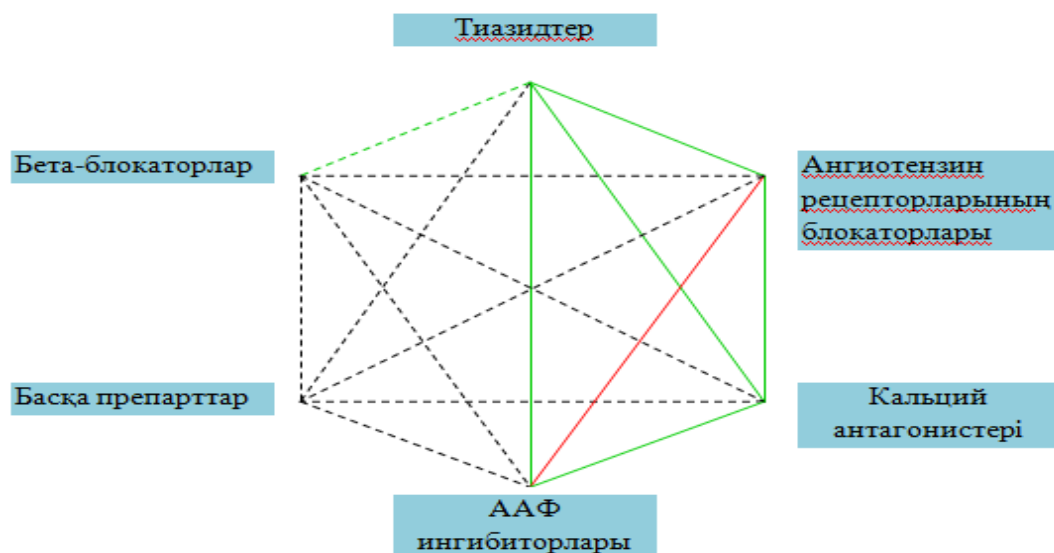
Жағдайлар	Препараттар
Нысана мүшелердің симптомсыз зақымдануы	
СҚГ	ААФИ, кальций антагонистері, АРБ
Симптомсыз атеросклероз	Кальций антагонистері, ААФИ
Микроальбуминурия	ААФИ, АРБ
Бүйрек функцияларының бұзылуы	ААФИ, АРБ
ЖҚЖ симптомдық зақымдануы	
Бастан өткізген инсульт	АҚ тиімді төмендететін кез келген препарат
Бастан өткізген инфаркт	ББ, ААФИ, АРБ
ЖИА	ББ, кальций антагонистері
Жүрек жеткіліксіздігі	Диуретиктер, ББ, ААФИ, АРБ, минералокортикоид рецепторларының антагонистері
Аорта аневризмасы	ББ
Жүрекше фибрилляциясы (профилактика)	АРБ, ААФИ, ББ немесе минералокортикоид рецепторларының антагонистері
Жүрекше фибрилляциясы (қарыншаның қысқаруын бақылау)	ББ, кальций антагонистері (дигидропиридинді емес)
Терминалды сатыдағы бүйрек жетіспеушілігі/протеинурия	ААФИ, АРБ
Шеткері артерия аурулары	ААФИ, кальций антагонистері
Басқалары	
ОСГ (қарттарда)	Диуретиктер, кальций антагонистері
Метаболиктік синдром	ААФИ, кальций антагонистері, АРБ
Қант диабеті	ААФИ, АРБ
Жүктілік	Метилдопа, ББ, кальций антагонистері
Қара нәсіл өкілі	Диуретиктер, кальций антагонистері

ААФИ = ангиотензин-арттыру факторының ингибиторлары; АРБ = ангиотензинді рецепторлардың блокаторлары; ББ = бета-блокаторлар; АҚ = артериялық қысым; ОСГ = оқшауланған систолалық гипертензия; СҚГ = сол жақ қарынша гипертрофиясы.

Моно немесе аралас терапияны таңдау



Антигипертензивтік препараттардың басым комбинациялары



Сурет. Антигипертензивтік препараттардың мүмкін болатын комбинациясы. Жасыл үздіксіз сызықтар – таңдаулы комбинациялар. Жасыл үздікті сызық – тиімді комбинация (бірақтар шектеулері бар). Қара үздікті сызық – қосарлауға болатын, бірақ аз зерттелген комбинациялар. Қызыл сызық – қолдануға болмайтын комбинация. Бірақ верапамил мен дилтиазем кейбір жағдайларда, жүрекше фибрилляциясы бар науқастарда пульсты бақылау үшін, бета-блокаторлармен бірге қолданады, әдеттегі жағдайларда бета-блокаторлармен дигидропиридин туындылары ғана қолданылады.

Емдеу стратегиясы және антигипертензиялық препараттарды таңдау жөніндегі ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Дәрежесі
Диуретиктер (тиазидтер, хлорталидон және индапамид), бета-блокаторлар, кальций антагонистері, ААФИ және ангиотензин рецепторларының блокаторлары - барлығы лайықты антигипертензивті заттар болып табылады және АГ бастапқы не қолдаушы ем немесе монотерапия түрінде немесе бір-бірімен комбинация үшін ұсынылады.	I	A
Кейбір препараттарды ерекше жағдайларда ғана тағайындауға болады, себебі олар сол жағдайларда зерттелген немесе олар кейбір нысана мүшелердің зақымдануы кезінде тиімді болып табылады.	IIa	C
АҚ едәуір жоғары немесе ЖҚ қаупі жоғары пациенттерде антигипертензивті терапияны екі препараттың комбинациясымен бастған жөн.	IIb	C
РАЖ екі антагонистін комбинациялауға болмайды.	III	A
Зерттеулерде тиімділігі зерттелген препараттар комбинациясы таңдаулы болып табылады, алайда, қажет болған кезде АҚ төмендеу дәрежесіне байланысты басқа да комбинацияларды қолдануға жол беріледі.	IIa	C
Бір таблеткада белгіленген дозадағы екі препараттың комбинациясын ұсынудың артықшылықтары бар, себебі бір күнде қабылданатын таблеткалардың санын азайту АГ кезінде емделу тәртібін ұстануды арттыра түседі.	IIb	B

Кеңселік және жасырын АГ емдеу бойынша ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
Қосымша қауіп факторларыңыз кеңсе гипертензиясы кезінде емдік шаралар өмір салтын өзгертуге ғана бағытталуы мүмкін, алайда бұл ретте науқастарды нақты бақылауға алған жөн.	IIa	C
Метаболиттік бұзылыстар немесе симптомсыз НМЗ есебінен жоғары ЖҚ қаупі бар ақ халат гипертензиясы кезінде өмір салтын өзгертуге қосымша дәрі-дәрмек терапиясы қажет.	IIb	C
Жасырын гипертензия кезінде өмір салты және дәрі-дәрмек терапиясы өзгеруі мүмкін, себебі гипертензияның бұл түрінде ЖҚ қаупі кеңседегі немесе кеңседен тыс гипертензия кезіндегі қауіпке жақын болады.	IIa	C

Қарттарда АГ-ны емдеу стратегиясы жөніндегі ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Денгейі
САҚ ≥ 160 мм.сн.бағ. қарт пациенттерде САҚ-ты 140-150 мм.сн.бағ. диапазонына дейін төмендету ұсынылады.	I	A
Физикалық жағдайы жақсы <80 жас қарт пациенттерде САҚ-ты ≥ 140 с.б.мм дейін түсіруге, емді жақсы көтерсе <140 мм.сн.бағ. дейін төмендетуге болады.	IIb	C
Бастапқы САҚ ≥ 160 мм.сн.бағ. жасы 80-нен жоғары пациенттердің физикалық және психикалық жай-күйі жақсы болған кезде олардың САҚ 140-150 с.б. мм диапазонға дейін төмендету ұсынылады.	I	B
Әлсіреген қарт пациенттердің гипертензияға қарсы терапиясы туралы шешім емдеуші дәрігердің көз-қарасына байланысты болып, клиникалық әсерлерінің мониторингін негізделеді.	I	C
Егер пациент алып жатқан ем жақса, сол емді пациенттер 80 жасқа толғанға дейін жалғастыруға болады.	IIa	C
Қарт пациенттерге гипертензияға қарсы препараттардың барлық класы ұсынылған, алайда, оқшауланған систолалық гипертензия кезінде кальций антагонистері мен диуретиктерге таңдау жасаған жөн.	I	A

САҚ = систолалық қысым

Әйелдердегі АГ емдеу бойынша ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Денгейі
Гормоналдық терапия және эстрогенді рецепторлардың селективті модуляторлары ЖҚЖА бірінші немесе екінші реттік профилактикасы ретінде қолданылмауы тиіс. Жас әйелдерде менопаузаның айқын белгілерін емдеу талап етілсе, оның пайдасы мен ықтимал қаупін өлшеп алу қажет.	III	A
Жүктілік кезінде САҚ >160 мм.сн.бағ. және ДАҚ >110 мм.сн.бағ. болғанда медикаментозды терапия ұсынылады.	I	C
Медикаментозды терапия жүкті әйелдерде АҚ $\geq 150/95$ мм.сн.бағ. немесе АҚ $\geq 140/90$ мм.сн.бағ. артқан кезде гестационды гипертензия, субклиникалық НМЗ немесе симптомдары болғанда қолданылуы мүмкін.	IIb	C
Асқазан-ішекте қан кетудің төмен қаупін ескере отырып, преэклампсия қаупі жоғары әйелдерді ацетилсалицил қышқылының төмен дозаларымен емдеуге болады. Емдеу 12 аптадан басталып, бала туғанға дейін	IIb	C

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
РАЖ блокаторлары жүктілік қаупі бар әйелдерге қарсы көрсетілген.	III	B
Жүктілік кезінде гипертензияны емдеу кезінде метилдопа, лабеталол және нифедипинге таңдау жасаған жөн. Лабеталолды немесе нитропруссидті шұғыл жағдайларда вена ішіне енгізуге болады (преэклампсия).	IIa	C

АҚ = артериялық қысым; АГ = артериялық гипертензия; САҚ = систолалық артериялық қысым; ЖҚ = жүрек-қан тамыры; ЖҚЖА = жүрек-қан тамыры жүйесінің аурулары; НМЗ = нысана мүшелердің зақымдануы; РАЖ = ренин-ангиотензиндік жүйе

Қант диабеті бар пациенттерді емдеу стратегиясы жөніндегі ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
ҚД бар пациенттерде гипертензияға қарсы терапияны бастау міндетті болып табылады және САҚ ≥ 160 мм.сн.бағ. болғанда талап етіледі, САҚ ≥ 140 мм.сн.бағ. кезінде міндетті түрде ұсынылады.	I	A
Мақсатты САҚ < 140 мм.сн.бағ. ҚД бар барлық пациенттерге ұсынылады.	I	A
Мақсатты ДАҚ < 85 мм.сн.бағ. ҚД бар барлық пациенттерге ұсынылады.	I	A
Гипертензияға қарсы препараттардың барлық кластары және ҚД бар пациенттерде қолдануға ұсынылған, микроальбуминурия немесе протеинурия болса РАЖ блокаторларына таңдау жасаған жөн.	I	A
Препараттарды науқасқа таңдау кезінде қосымша аурулары ескерілуі тиіс.	I	C
ҚД бар пациенттерге екі РАЖ блокаторын бір мезгілде тағайындауға болмайды және оған жол берілмеуі тиіс.	III	B

АҚ-артериялық қысым; АГ = артериялық гипертензия; САҚ = систолалық артериялық қысым; ЖҚ = жүрек-қан тамыры; ЖҚЖА = жүрек-қан тамыры жүйесінің аурулары; НМЗ = нысана мүшелердің зақымдануы; РАЖ = ренин-ангиотензиндік жүйе

Метаболиттік синдромы бар науқастарда АГ емдеу бойынша ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс ^a	Деңгейі ^b
Өмір салтының модификациясы, әсіресе салмақты азайту және физикалық белсенділік метаболиттік синдромы бар барлық пациенттерге ұсынылған. Бұл өзгерістер АҚ тек төмендетіп қана қоймай, сонымен қатар МС метаболалық компоненттеріне әсер етеді және ҚД дамуын тоқтатады.	I	B

Ұсыныстар	Класс ^a	Деңгейі ^b
МС диабет алды болып саналатындықтан, гипертензияға қарсы препараттарды таңдау кезінде кальций антагонистерінің инсулинге сезімталдылықты жақсарту (немесе нашарлатпау) қабілетін ескере отырып, РАЖ блокаторларына таңдау жасаған жөн. Бета-блокаторлар (тамыр кеңейтетіндерден басқа) және диуретиктер (калий-сақтаушы) тек қосымша препараттар ретінде ғана қолданылады.	IIa	C
Метаболиттік синдром кезіндегі гипертензияны медикаментозды емдеу АҚ $\geq 140/90$ мм.сн.бағ. болғанда өмір салтының өзгеруінің жеткілікті мерзімі өткеннен кейін тағайындалуы тиіс. АҚ-ны $<140/90$ мм.сн.бағ. сақтау ұсынылады.	I	B
Метаболиттік синдромы бар және АҚ жоғары қалыпты науқастарды медикаментозды ем ұсынылмайды.	III	A

Нефропатиясы бар пациенттерді гипертензияға қарсы емдеу жөніндегі ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
САҚ <140 мм.сн.бағ. дейін түсірген жөн.	I	B
Айқын протеинурия болған кезде САҚ <130 мм.сн.бағ. дейін төмендетіп, бұл ретте ШФеЖ өзгерісін бақылау қажет.	IIb	B
Басқа гипертензияға қарсы препараттарға қарағанда РАЖ блокаторлары протеинурияны анағұрлым тиімді төмендетеді, және протеинурия немесе микроальбуминуриясы бар пациенттер үшін тағайындалады.	I	A
Мақсатты АГ қол жеткізу үшін әдетте аралас терапия талап етіледі және РАЖ блокаторларын гипертензияға қарсы басқа препараттармен үйлестіру ұсынылады.	I	A
РАЖ екі блокаторын араластыру ұсынылмайды, алайда, ол протеинурияны анағұрлым тиімді төмендетеді.	III	A
Бүйрек функцияларының тежелуіне және гиперкалиемияға байланысты альдостерон антагонистері БСА кезінде, әсіресе РАЖ блокаторларымен қосарлап қолдану ұсынылмайды.	III	C

АҚ = артериялық қысым; САҚ = систолалық артериялық қысым; РАЖ = ренин-ангиотензиндік жүйе; ШФеЖ = шумақтық фильтрацияның есептік жылдамдығы; БСА—бүйректің созылмалы аурулары.

Цереброваскулярлы аурулары бар пациенттерде АГ емдеу жөніндегі ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
Жедел инсульттан кейін бір апта ішінде АҚ деңгейіне қарамастан АҚ-ды төмендету ұсынылмайды, алайда, САҚ өте жоғары болған кезде жағдайды клиникалық бағалау қажет.	III	B
Гипертензияға қарсы терапия АҚ жоғары және анамнезінде инсульт немесе ТИА (транзиторлық ишемиялық атака) бар пациенттерге бастапқы САҚ диапазоны 140-159 мм.сн.бағ. болса да ұсынылады.	I	B
Анамнезінде инсульт немесе ТИА бар пациенттерде мақсатты САҚ <140 мм сн.бағ.	IIa	B
Инсульт немесе ТИА болған қарт пациенттерде САҚ және бастапқы САҚ анағұрлым жоғары.	IIa	B
Инсульттың профилактикасы үшін АҚ тиімді түсіретін кез келген схемалары ұсынылады.	I	A

Жүрек аурулары бар пациенттерде АГ емдеу жөніндегі ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
Гипертензия мен ЖИА бар пациенттерде САҚ мақсатты деңгейі <140 мм.сн.бағ.	IIa	B
Жақында МИ басынан кешкен, гипертензиясы бар пациенттер үшін бета-блокаторлар ұсынылады. ЖИА басқа көріністері болған жағдайда гипертензияға қарсы препараттардың барлық кластарын қолдануға болады, алайда, симптомдарды емдеу үшін (стенокардия) бета-блокаторлар мен кальций антагонистерін таңдаған жөн.	I	A
Жүрек жетіспеушілігі немесе сол жақ қарыншаның ауыр дисфункциясы бар пациенттерге диуретиктер, бета-блокаторлар, ААФ ингибиторлары, ангиотензивті рецепторлардың блокаторлары және/немесе минералокортикоидті рецепторлардың антагонистері өлім жиілігі мен емдеуге жатқызуды төмендету үшін ұсынылған.	I	A
Сакталған ШФ (фракция выброса) бар жүрек жетіспеушілігі кезінде гипертензияға қарсы терапияның өзінің немесе қандай да бір жекелеген препараттың артықшылығы туралы деректер жоқ. Алайда, гипертензиясы мен систолалық дисфункциясы бар пациенттерде пациенттерде де САҚ 140 мм.сн.бағ. төмендеткен жөн. Сондай-ақ симптоматиялық ем болуы мүмкін (ісіну болса - диуретиктермен, тахикардия болса - бета-блокаторлар және т.б.)	IIa	C

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
ААФ ингибиторлары және ангиотензин рецепторларының блокаторлары (ал жүрек жетіспеушілігі кезінде бета-блокаторлар және минералокортикоид рецепторларының антагонистері) жүрекше фибрилляциясының даму немесе қайталану қаупі жоғары пациенттерде гипертензияға қарсы терапия ретінде қолданылуы	IIa	C
Гипертензияға қарсы терапия СКГ бар барлық пациенттерге ұсынылады.	I	B
СКГ бар пациенттерге бастапқы терапия ретінде гипертрофияны төмендету қабілеті бар дәлелденген препараттардың біреуін тағайындауға болады, атап айтсақ, ААФ ингибиторлары, ангиотензивті рецепторлардың блокаторы және кальций антагонистері.	IIa	B

ААФИ = ангиотензин-айналдыру факторының ингибиторлары; ЖИА = жүректің ишемиялық ауруы; ШФ = шығару фракциясы; СК = сол жақ қарынша; СКГ = сол жақ қарынша гипертрофиясы.

Атеросклероз, артериосклероз және шеткері артерия аурулары бар науқастарда АГ емдеу бойынша ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Деңгейі
Ұйқы артерияларының атеросклерозы болған кезде кальций антагонистерін және ААФ ингибиторларын қолдануға болады. Себебі олар диуретиктер мен бета-блокаторларға қарағанда атеросклероздың дамуын тоқтатуда тиімдірек болып келеді.	IIa	B
АГ және ПТЖ >10 м/с пациенттерде АҚ <140/90 мм сн.бағ. тұрақты бақыланып отырған жағдайда гипертензияға қарсы кез келген препараттарды қолдануға болады.	IIa	B
Инфаркт, инсульт, жүрек жетіспеушілігі және СС өлім қаупі жоғары болғандықтан, АГ мен ШАА бар пациенттерге мақсатты АҚ <140/90 мм сн.бағ. кезінде гипертензияға қарсы терапияны қолдану ұсынылады.	I	A
ШАА бар пациенттерде АГ емдеу үшін бета-блокаторларды қолдануға болады, себебі олардың қолданылуы ШАА симптомдарының күшеюімен байланысты емес (бірақ қатаң бақылау қажет).	IIb	A

АААФИ- ангиотензин айналдырушы фактор ингибиторлары; ШАА– шеткері артериялар аурулары; ПТЖ - пульстық толқын жылдамдығы.

Резистентті АГ емдеу жөніндегі ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Дәрежесі
Резистенттік гипертензиясы бар пациенттерде қысымды төмендету бойынша барлық алатын препараттарының тиімділігін тексеру және әсері аз немесе жоқ препараттарды алып тастау ұсынылады.	I	C
Қарсы көрсетілімдер болмаған кезде минералокортикоид рецепторларының антагонистерін, амилоридті және альфа-1 док сазосин блокаторын қолдануға болады.	IIa	B
Медикаментозды терапия тиімсіз болған жағдайда инвазивті шаралар қолдануға болады (бүйрек денервациясы немесе барорецепторлардың стимуляциясы).	IIIb	C
Бүйрек денервациясын және барорецепторлардың стимуляциясын тәжірибелі дәрігерлер жүргізуі тиіс, ал бақылау олардың ұзақ мерзімді тиімділігі мен қауіпсіздігі біраз дәлелденгенге дейін гипертензияны емдеу орталықтарында ғана жүргізілуі тиіс.	I	C
Инвазивті шаралар клиникалық көрсеткіштері АҚАӨ кезінде расталған САҚ ≥ 160 мм.сн.бағ. немесе ДАҚ ≥ 110 мм.сн.бағ. болатын нақты резистентті гипертензия кезінде ғана қолдану ұсынылады.	I	C

АҚАӨ = артериалды қысымды амбулатория жағдайында өлшеу.

АГ-мен байланысты қауіп факторларын емдеу бойынша ұсыныстар

Ұсыныстар	Класс	Дәрежесі
ТТЛП-ң мақсатты көрсеткіші < 3.0 ммоль/л, АГ және орташа/жоғары жүрек-қан-тамыр қауіпі бар пациенттерге статиндерді қолдану ұсынылады.	I	A
Жүректің коронарлық ауруы клиникалық көрініс берген кезде ТТЛП < 1.8 ммоль/л (70 мг/дл) дейін төмендету мақсатында статиндерді қолдану ұсынылған.	I	A
Антитромбоцитты терапия, әсіресе ацетилсалицил қышқылының төмен дозаларымен, ЖҚ ауруларымен ауырған АГ бар пациенттерге қолданылады.	I	A
АҚ жақсы бақылануын ескере отырып, ацетилсалицил қышқылын АГ немесе бүйрек функциялары нашарлаған немесе жүрек қан тамыр ауруларының қауіпі жоғары болған кезде қолдануға болады.	IIa	B
Ацетилсалицил қышқылы жүрек қан-тамыр ауруларының профилактикасы үшін төмен/орташа қауіпі бар пациенттерге ұсынылмайды (қауіп пен пайданың арақатынасы тең болған кезде).	III	A
HbA1c $< 7.0\%$ мақсатты мәні АГ мен ҚД бар пациенттерге ұсынылған.	I	B
ҚД ұзақ және қосымша аурулары көп және қауіпі жоғары анағұрлым әлсіз қарт пациенттерде мақсатты мәні HbA1c $< 7.5-8.0\%$ құрайды.	IIa	C

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2011 жылғы 04 қарашадағы
№ 786 бұйрығына қосымша

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде амбулаторлық деңгейде белгілі бір аурулары бар халықты тегін қамтамасыз ету үшін дәрілік заттардың және медициналық мақсаттағы бұйымдардың және мамандандырылған емдік өнімдердің тізбесі

№	Аурулар	Халық санаты	Дәрілік заттардың көрсеткіштері	Дәрілік заттардың атауы
Жергілікті бюджет қаражаты есебінен				
8	Артериялық гипертензия I 10	Диспансерлік есепте тұрған барлық санаттар	II-III-IV дәреже; созылмалы бүйрек аурулары кезіндегі симптоматикалық артериялық гипертензия (аралас препараттарды тағайындау кезінде монопрепараттарды тағайындауға рұқсат етілмейді)	Бисопролол, таблетка; Корведилол, таблетка; Метопролол, таблетка, оның ішінде баяу босатылатын, ұзақ әсерлі, ретард формалары; Эналаприл, таблетка; Лизиноприл, таблетка; Периндоприл, таблетка; Амлодипин, таблетка; Нифедипин, таблетка, соның ішінде баяу және бақыланып босатылатын, ауыз арқылы қолданылатын тамшылар, инфузия үшін ерітінді; Лозартан, таблетка; Кандесартан, таблетка; Моксонидин, таблетка; Индапамид, таблетка, капсула; Лозартан калия+гидрохлортиазид, таблетка; Фозиноприл, таблетка (жүректің басқа да қосымша ауруларымен бүйрек жетіспеушілігі бар пациенттер үшін; Валсартан+ Амлодипин, таблетка; Периндоприл + Индапамид, таблетка, оның ішінде пленкалық қабықпен жабылған түрі; Валсартан + Гидрохлортиазид, таблетка; Телмисартан + Гидрохлортиазид, таблетка; Эналаприл + Нитрендипин, таблетка; Лизиноприл + Амлодипин, таблетка;

ДӘРІ-ДӘРМЕК АҚПАРАТТЫҚ-ТАЛДАУ ОРТАЛЫҒЫ
«ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУЫТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ» ШЖҚ РМК
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

Дәрілік заттар және олардың әсері бойынша дәлелді медицина
принциптеріне негізделген шынайы ақпаратты ұсынады

Медициналық қызметкерлерді дәрілік заттарды ұтымды қолдану бойынша
баспа ақпараттарымен, әдістемелік нұсқаулармен, анықтамалықтармен
қамтамасыз етіп, жеке сұрақ-сауалдарға жауап береді

Формулярлық комиссияларға ақпараттық, әдістемелік көмек көрсетеді



ЛИАЦ DIAC



Астана қ-ғы телефондар
70 09 77, 56 44 03

ҚАЗАҚСТАН БОЙЫНША ҚОҢЫРАУ ШАЛУ ТЕГІН
8 800 080 88 87

WWW.DRUGINFO.KZ СІЗДІҢ САУАЛДАРЫҢЫЗДЫ КҮТЕМІЗ

Назар аударыңыз! Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы жарнама берушілермен және дәрілік заттарды өндірушілермен әріптестік жасамайды. Дәрілік бюллетеньді басып шығару мен таратуды Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі қаржыландырады. «Денсаулық сақтауды дамыту журналы» ғылыми-практикалық журналына қосымша.

Біздің байланыс деректеріміз: ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы: Астана қаласы, А. Иманов көшесі, 13-үй, 707, 707а кеңсе, тел.: 8 (7172) 70 09 71.

ДӘРІЛІК БЮЛЛЕТЕНЬ ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРІНІҢ ҚЖА ЖӨНІНДЕГІ КЕҢЕСШІСІ, М.Ғ.К. Р. КАБЫКЕНОВАНЫҢ, КАРДИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ІШКІ АУРУЛАР ҒЗИ ДИРЕКТОРЫНЫҢ КАРДИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ДИПЛОМНАН КЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ ЖӨНІНДЕГІ ОРЫНБАСАРЫ, М.Ғ.Д., ДОЦЕНТ Г. ЖҮНІСБЕКОВАНЫҢ, «ДСДРО» РМК БАС ДИРЕКТОРЫНЫҢ ОРЫНБАСАРЫ Д. ЕСІМОВТЫҢ РЕДАКЦИЯСЫМЕН ӘЗІРЛЕНГЕН.

КОНСУЛЬТАНТТАР: «ҚР ШБ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ АУРУХАНАСЫ» РМК БАС ДӘРІГЕРІНІҢ ЕМДЕУ ІСІ ЖӨНІНДЕГІ ОРЫНБАСАРЫ, ДӘРІГЕР-КАРДИОЛОГ, М.Ғ.Д. Р. ҚАРАБАЕВА, ҚЖА-ДАН БОЛҒАН ӨЛІМДІ ТӨМЕНДЕТУ ЖӨНІНДЕГІ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ШТАБ КООРДИНАТОРЫ, М.Ғ.К. Ж. СУРАБАЛДИЕВА, КАРДИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ІШКІ АУРУЛАР ҒЗИ ДИРЕКТОРЫ, М.Ғ.Д., ПРОФЕССОР Р. БЕРКІНБАЕВ.

МАТЕРИАЛДЫ ДАЙЫНДАҒАНДАР: Б. МОЛДАХМЕТОВА, А. АХИМОВА, Г. ЖҮСПОВА, А. ИХАМБАЕВА, Г. ГУРЦКАЯ.

Тегін таратылады

ТИРАЖ 5000 дана