

Новые подходы к классификации, диагностике и лечению артериальной гипертензии

 О.А. Кисляк

Кафедра госпитальной терапии № 2 Лечебного факультета РГМУ

В последние годы произошли значительные изменения в определении подходов к диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ). Безусловно, АГ является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности (ССС). Показано, что взаимоотношение между уровнем артериального давления (АД) и риском ССЗ и СССР является величинной постоянной и не зависит от других факторов риска. У людей в возрасте 40–70 лет при увеличении систолического АД (САД) на 20 мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) на 10 мм рт. ст. риск ССЗ и СССР возрастает вдвое.

Вопросы, касающиеся уточнения характеристик АГ, разработки новых принципов ее лечения, продолжают оставаться предметом многочисленных исследований, на основе которых создаются уточненные и выверенные рекомендации. Опубликованные в 1997 г. материалы VI отчета Объединенной комиссии по профилактике, выявлению и лечению АГ (JNC VI) существенно изменили представления о подходе к больным с АГ. В последние годы повсеместное распространение получили Рекомендации ВОЗ и МОАГ (1999 г.). На основе этих рекомендаций были созданы национальные рекомендации, в том числе и в России (2001 г.).

Дальнейшие исследования привели к необходимости пересмотра некоторых положений данных рекомендаций, что, однако, не меняет их общей концепции. По-прежнему, и это особенно важно, целью лечения АГ является максимальное снижение артериального давления АД для уменьшения

сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Новые предложения по классификации и принципам лечения АГ изложены в Рекомендациях по лечению артериальной гипертензии Европейского общества артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов (2003 г.) и в VII отчете Объединенной комиссии по профилактике, выявлению и лечению АГ (JNC VII, 2003 г.). Они призваны упорядочить некоторые положения, содержащиеся в предыдущих рекомендациях.

Классификация АГ

Прежде всего, следует отметить изменения, внесенные в классификацию. В настоящее время предлагается использовать упрощенную классификацию АГ (табл. 1). Для определения наличия и степени АГ используют среднее значение АД из двух или более измерений, сделанных у пациента в положении сидя во время двух или более визитов. Для отнесения к группе более выраженной АГ достаточно соответствующего повышения только САД или ДАД (например, у пациента с АД 140/100 мм рт. ст. следует диагностировать АГ 2 степени).

За нормальное АД приняты значения САД < 120 мм рт. ст. и ДАД < 80 мм рт. ст.

Ранее считавшиеся нормальным и высоким нормальным АД значения САД 120–139 мм рт. ст. и ДАД 80–89 мм рт. ст. теперь относят к понятию *прегипертензия*, что можно считать существенным вкладом в эволюцию взглядов на данную категорию пациентов.

Международные рекомендации

Таблица 1. Классификация уровней АД у людей в возрасте 18 лет и старше (JNC VII, 2003)

Характеристика АД	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Нормальное АД	<120	<80
Прегипертензия	120–139	80–89
1 степень (стадия) АГ	140–159	90–99
2 степень (стадия) АГ	160 и более	100 и более

Еще одно нововведение касается объема выделения АГ 2 и 3 степени. Предлагается выделять только 2 степени (стадии) АГ. 1 степень (стадия) АГ характеризуется значениями САД 140–159 мм рт. ст. и ДАД 90–99 мм рт. ст. Повышение САД или ДАД выше этого уровня свидетельствует о 2 степени (стадии) АГ. Предложенные изменения основаны на уточнении степени риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в группах больных с разными уровнями АД и поэтому имеют большую практическую ценность. Главная цель этих изменений – усиление внимания врачей к пациентам с прегипертензией, а также ко всем пациентам с АД более 159/99 мм рт. ст.

Тактика лечения пациентов с АГ

На основе данной классификации предлагается упростить и тактику лечения пациентов с АГ. Однако прежде чем решить вопрос о методах лечения, необходимо детально оценить целый ряд характеристик пациента. Эти данные можно получить путем опроса, изучения анамнеза, осмотра больного, проведения необходимых лабораторных и инструментальных тестов.

Во-первых, необходимо выявить основные факторы риска ССЗ и ССС, которые включают в себя кроме АГ курение, ожирение (индекс массы тела 30 кг/м^2 и более), малоподвижный образ жизни, дислипидемию, сахарный диабет, микроальбуминурию, возраст старше 55 лет для мужчин и старше 65 лет для женщин, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин до 55 лет и у женщин моложе 65 лет).

Во-вторых, следует исключить возможные причины вторичной АГ: хронические заболевания почек, реноваскулярные причины АГ, коарктацию аорты, болезни щитовидной железы или паразитовидных желез, феохромоцитому, синдром Иценко–Кушинга, терапию стероидами, первичный альдостеронизм, ночное апноэ, лекарственные АГ.

В-третьих, очень важно выявить поражения органов-мишеней, сопутствующие заболевания и состояния: гипертрофию левого желудочка, ишемическую болезнь сердца (в том числе перенесенный инфаркт миокарда), сердечную недостаточность, инсульт или транзиторную ишемическую атаку в анамнезе, нарушения функции почек, заболевания периферических сосудов, ретинопатию.

Врачебная тактика при АГ зависит как от уровня АД, так и от наличия факторов риска, поражения органов-мишеней, сопутствующих состояний и заболеваний (табл. 2).

Безусловно, в практической работе необходимо использовать возможности немедикаментозного лечения:

- снижение веса до показателей ИМТ $18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$;

- изменение диеты;

- уменьшение потребления натрия до 100 мэкв/л ;

- увеличение физической активности (ходьба как минимум 30 мин ежедневно);

- уменьшение потребления алкоголя (не более 30 мл этанола в день для мужчин и 15 мл в день для женщин).

Тем не менее, реальное воздействие на АГ возможно только с применением медикаментозных средств. Поэтому всем пациентам, у которых не удастся поддерживать АД на целевых значениях ($<140/90 \text{ мм рт. ст.}$, при сахарном диабете или нарушении функции почек $<130/80 \text{ мм рт. ст.}$), необходим подбор препаратов с использованием данных доказательной медицины.

Таблица 2. Врачебная тактика при различных уровнях АД (JNC VII, 2003)

Уровень АД	Изменение образа жизни	Медикаментозная терапия	
		без сопутствующих состояний и заболеваний	с сопутствующими состояниями и заболеваниями
Нормальное АД	При необходимости	Не назначается	Не назначается
Прегипертензия	Да	Не назначается	Препараты для лечения сопутствующих заболеваний и состояний
1 степень (стадия) АГ	Да	Тиазидные диуретики у большинства больных, а также ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов АТ, β-блокаторы, антагонисты кальция и их комбинации	Препараты для лечения сопутствующих заболеваний и состояний. Другие гипотензивные препараты (диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов АТ, β-блокаторы, антагонисты кальция) и их комбинации
2 степень (стадия) АГ	Да	Комбинации 2 гипотензивных препаратов у большинства больных (обычно тиазидный диуретик плюс препарат одного из 4 других вышеперечисленных классов)	Как при 1 степени (стадии) АГ

Лечение АГ при отсутствии сопутствующих заболеваний

Если у пациента нет сопутствующих заболеваний и состояний, то тактика медикаментозной терапии определяется степенью АГ.

1 степень (стадия) АГ

При 1 степени АГ основой гипотензивной терапии у большинства пациентов должны быть тиазидные и тиазидоподобные диуретики, так как они обладают выраженной способностью предотвращать сердечно-сосудистые осложнения АГ. Это было убедительно показано в целом ряде исследований, прежде всего в недавно завершившемся исследовании ALLHAT. Эти препараты высокоэффективны как в виде монотерапии, так и в комбинациях. Тиазидные диуретики претендуют на то, чтобы стать обязательным компонентом комбинированной медикаментозной терапии благодаря их способности усиливать гипотензивный эффект разнообразных режимов комбинированной терапии.

Кроме тиазидных диуретиков, некоторым пациентам с 1 степенью АГ могут быть рекомендованы ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция и блокаторы рецепторов ангиотензина (АТ), а также их комбинации.

Альтернативным вариантом лечения больных с 1 степенью АГ является назначение низкодозовой комбинированной терапии. По существу, речь идет о принципиально новом подходе к лечению пациентов с начальной стадией АГ. Вместо традиционной тактики назначения одного препарата в низкой дозе врачам уже на первом этапе предлагается выбор между монотерапией и низкодозовой комбинацией гипотензивных средств. Обоснованием для такого подхода стали многочисленные свидетельства того, что даже при 1 степени АГ монотерапия эффективна только у 60% больных. Особое значение имеет применение низкодозовых фиксированных комбинаций, получивших в последнее время широкое распространение во всем мире. К достоинствам низкодозовых фиксированных

Международные рекомендации

комбинаций относятся простой режим приема препаратов, способствующий повышению приверженности пациентов к лечению, уменьшение нежелательных явлений и возможность использования заведомо рациональных комбинаций гипотензивных средств.

2 степень (стадия) АГ

Медикаментозная терапия пациентов со 2 степенью (стадией) АГ должна быть более агрессивной. Необходимо признать, что в этих случаях монотерапия неэффективна. Поэтому при 2 степени АГ подавляющее большинство пациентов должно получать как минимум 2 гипотензивных препарата. Решение о назначении низкодозовой комбинации или комбинации препаратов в полных дозах принимается врачом исходя из уровня АД. При этом правило включения в комбинацию тиазидного или тиазидоподобного диуретика сохраняет свое значение. Рекомендуются комбинации диуретика с ингибитором АПФ, β -адреноблокатором, антагонистом кальция или блокатором рецепторов ангиотензина. Применение комбинированной терапии требует большой осторожности, особенно у пациентов с риском развития ортостатической гипотензии.

Лечение АГ при наличии сопутствующих заболеваний

Если помимо АГ у пациента имеется одно из следующих сопутствующих заболеваний/состояний: ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет, нарушение функции почек или сердечная недостаточность, то независимо от степени АГ выбор лечения должен определяться характером сопутствующей патологии.

ИБС наиболее часто сопутствует артериальной гипертензии. При стенокардии в сочетании с АГ препаратами первого выбора обычно бывают β -адреноблокаторы или пролонгированные антагонисты кальция. При остром коронарном синдроме (нестабильной стенокардии или инфаркте мио-

карда) лечение АГ проводят β -адреноблокаторами и ингибиторами АПФ. После перенесенного инфаркта миокарда наиболее целесообразно назначение β -адреноблокаторов, ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов АТ.

При нарушении функции почек выбор следует делать в пользу ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов АТ, а при сердечной недостаточности могут использоваться все препараты, кроме антагонистов кальция. И при почечной, и при сердечной недостаточности дополнительно можно использовать петлевые диуретики.

Для профилактики повторного нарушения мозгового кровообращения рекомендуется комбинация диуретиков и ингибиторов АПФ. Что касается снижения АД в период острого нарушения мозгового кровообращения, то необходимость слишком активного лечения не очевидна. Считается, что до стабилизации состояния больных в этот период или их выздоровления целесообразно поддерживать АД на промежуточном уровне (около 160/100 мм рт. ст.).

При сахарном диабете для достижения целевого давления требуется комбинированная терапия двумя и более препаратами. Используются тиазидные диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов АТ, β -адреноблокаторы и антагонисты кальция. Ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов АТ особенно эффективно предотвращают прогрессирование диабетической нефропатии.

При наличии сопутствующих заболеваний/состояний также имеется возможность применения низкодозовых комбинаций гипотензивных средств.

Особо следует отметить категорию пожилых пациентов с АГ. При лечении этих больных соблюдаются те же правила, что и при лечении других пациентов, но необходимо проявлять большую осторожность при назначении препаратов и стремиться к более плавному увеличению дозы. Обычно для лечения пожилых пациентов с АГ тре-

буется не менее 2 препаратов. При наличии у пожилых больных изолированной систолической АГ предпочтение следует отдавать тиазидным диуретикам и пролонгированным дигидропиридиновым антагонистам кальция.

При ожирении и метаболическом синдроме наряду с мероприятиями по изменению образа жизни необходимо сочетать гипотензивные препараты с лечением различных составляющих метаболического синдрома, в том числе с использованием гиполипидемических препаратов.

Таким должен быть первый этап гипотензивной терапии. Соблюдение вышеназванных принципов позволяет добиться достижения целевых цифр АД у большого числа пациентов. Однако у некоторых больных первый этап гипотензивной терапии не приводит к желаемому результату. В этих случаях рекомендуется оптимизация лечения, которая заключается в увеличении дозировок и изменении комбинаций с увеличением числа гипотензивных средств или заменой входящих в них препаратов. Следует помнить о том, что все больные с необъяснимой резистентностью к медикаментозной терапии должны пройти специальное обследование для определения причины такой резистентности.

Важную роль в обеспечении гипотензивного эффекта медикаментозной терапии играет наблюдение за больными после достижения целевого давления.

Рекомендуемая литература

- Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии // Артериальная гипертензия. 2001. Т. 7. № 1. Приложение. С. 4–16.
- Guidelines Sub-Committee. 1999 World Health Organization – International Society of hypertension guidelines for the management of hypertension // J. Hypertens. 1999. V. 17. P. 151–183.
- The ALLHAT officers and coordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in high risk hypertensive patients randomized to ACE inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic // JAMA. 2002. V. 288. P. 2981–2997.
- The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report // JAMA. 2003. V. 289. P. 2560–2573.
- 2003 European Society of hypertension – European Society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. 2003. V. 21. P. 1011–1053.



С 26 по 28 мая 2004 г. в Москве состоится 12-я конференция Международной Сети ВОЗ "Health Promoting Hospitals" ("Больницы, содействующие укреплению здоровья"). Организаторы данной конференции в Российской Федерации – Региональный Общественный Фонд "Клиника XXI века", координирующее учреждение Международной Сети ВОЗ "Health Promoting Hospitals" в Российской Федерации, и Российская Национальная Сеть "Больницы – за здоровый образ жизни". Председателем оргкомитета 12-й Международной Конференции является Национальный Координатор Международной Сети ВОЗ "Health Promoting Hospitals" в Российской Федерации профессор **Голухов Георгий Натанович**. Конференция посвящена проблемам ориентации на концепцию укрепления здоровья и ее эффективного внедрения в систему здравоохранения. В конференции примут участие члены Международной Сети ВОЗ из 34 Национальных/Региональных Сетей стран мира. Подробную информацию о конференции можно получить на сайте Координационного центра ВОЗ по укреплению здоровья в больницах и службам здравоохранения (Вена) www.univie.ac.at/hph/moscow2004 и на сайте РОФ "Клиника XXI века" www.hospital21.ru