

Основные положения проекта второго пересмотра рекомендаций ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии

И.Е. Чазова, С.А. Бойцов, Д.В. Небиеридзе

Arterial hypertension: prevention, diagnostics, and treatment. Second edition of the National clinical guidelines, Society of Cardiology of the Russian Federation: project summary

I.E. Chazova, S.A. Boytsov, D.V. Nebieridze

По инициативе секции артериальной гипертензии ВНОК (председатель профессор И.Е.Чазова) и при поддержке президиума ВНОК был разработан и началось обсуждение второго пересмотра Национальных рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ), предназначенных, в первую очередь для практических врачей.

Он был составлен с учетом новой информации, появившейся с момента опубликования первой версии рекомендаций в 2001 г. В обсуждении проекта 22 апреля 2004 г. в ГНИЦ ПМ приняли участие известные Российские специалисты в области АГ. Продолжение обсуждения рекомендаций и его принятие планируются в г. Томске на конгрессе кардиологов России.

Определение

Под термином «артериальная гипертензия» подразумевают синдром повышения артериального давления (АД) при «гипертонической болезни» (ГБ) и «симптоматических АГ».

Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует распространенному в других странах понятию «эссенциальная гипертензия».

Под ГБ принято понимать хронически протекающее заболевание, основным симптомом которого является АГ, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраня-

емыми причинами — «симптоматические АГ». В силу того, что ГБ — гетерогенное заболевание с довольно отчетливыми клинико-патогенетическими вариантами, существенно различающимися на начальных этапах механизмами развития, в научной литературе вместо термина «гипертоническая болезнь» часто используется понятие «артериальная гипертензия».

Диагностика АГ. Диагностика и обследование больных АГ проводятся в строгой последовательности, в соответствии со следующими задачами:

- ✓ определение устойчивости и степени повышения АД;
- ✓ исключение симптоматической АГ или идентификация ее формы;
- ✓ оценка суммарного сердечно-сосудистого риска:
 - ❖ выявление других факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и результаты лечения;
 - ❖ определение у больного той или иной группы риска;
 - ❖ диагностика поражений органов-мишеней (ПОМ) и оценка их тяжести.

Классификация АГ

Определение степени повышения АД. Классификация АГ по степени повышения АД у лиц старше 18 лет представлена в таблице 1. Если значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) попадают в разные

Таблица 1

Классификация уровней АД (мм рт.ст.)

Категории АД	САД	ДАД
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	120-129	80-84
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
АГ 1-й степени (мягкая)	140-159	90-99
АГ 2-й степени (умеренная)	160-179	100-109
АГ 3-й степени (тяжелая)	≥ 180	≥ 110
ИСАГ	≥ 140	< 90

категории, то речь идет о более высокой степени АГ. Наиболее точно степень АГ может быть установлена в случаях впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты. Результаты суточного мониторингирования АД (СМАД) и самостоятельных измерений АД больным, а также врачом на дому могут помочь в диагностике АГ, но не заменяют повторные измерения АД в кабинете врача или клинике. Критерии диагностики АГ по результатам СМАД, измерений АД, выполненных врачом и самим пациентом в домашних условиях, различны. О наличии АГ при СМАД свидетельствует среднесуточное АД 125/80 мм рт.ст., при самостоятельном измерении АД пациентом в домашних условиях 135/85 мм рт.ст., при изме-

рении врачом 140/90 мм рт.ст.

Следует иметь в виду, что критерии повышенного АД в значительной мере условны, поскольку между уровнем АД и риском ССЗ существует прямая связь, начиная с величины АД 115/75 мм рт.ст.

Факторы, влияющие на прогноз, и оценка общего сердечно-сосудистого риска. Уровень АД — важнейший, но далеко не единственный фактор, определяющий тяжесть АГ, ее прогноз и тактику лечения. Большое значение имеет оценка суммарного сердечно-сосудистого риска, величина которого зависит от наличия или отсутствия сопутствующих ФР, ПОМ и ассоциированных клинических состояний (АКС) (таблица 2).

Таблица 2

Критерии стратификации риска

ФР	ПОМ	АКС
Основные - мужчины > 55 лет - женщины > 65 лет - курение - дислипидемия: ОХС > 6,5 ммоль/л (250 мг/дл) или ХС ЛНП > 4,0 ммоль/л (155 мг/дл) или ХС ЛВП < 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и < 1,2 ммоль/л (48 мг/дл) для женщин - семейный анамнез ранних ССЗ (у женщин < 65 лет, у мужчин < 55 лет) - АО (ОТ ≥ 102 см для мужчин или ≥ 88 см для женщин) - СРБ (≥ 1 мг/дл) Дополнительные ФР негативно влияющие на прогноз больного с АГ - НТГ - НФА - Повышение фибриногена	ГЛЖ - ЭКГ: признак Соколова-Лайона > 38 мм; Корнелльское произведение > 2440 мм × мс; - ЭхоКГ: ИММ ЛЖ ≥ 125 г/м ² для мужчин и ≥ 110 г/м ² для женщин - Rg-графия грудной клетки - кардио-торакальный индекс > 50% УЗ признаки утолщения стенки артерии (толщина слоя интима-медиа сонной артерии ≥ 0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов Небольшое повышение сывороточного креатинина 115-133 мкмоль/л (1,3-1,5 мг/дл) для мужчин или 107-124 мкмоль/л (1,2-1,4 мг/дл) для женщин МАУ 30-300 мг/сут; отношение альбумин/креатинин в моче ≥ 22 мг/г (2,5 мг/ммоль) для мужчин и ≥ 31 мг/г (3,5 мг/ммоль) для женщин	ЦВБ - ишемический МИ - геморрагический МИ - ТИА Заболевание сердца - ИМ - стенокардия - коронарная реваскуляризация - ХСН Поражение почек - диабетическая нефропатия - почечная недостаточность (сывороточный креатинин > 133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин или > 124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) для женщин - протеинурия (>300 мг/сут) Заболевание периферических артерий - расслаивающая аневризма аорты - симптомное поражение периферических артерий Гипертоническая ретинопатия: - кровоизлияния или экссудаты - отек соска зрительного нерва
СД Глюкоза крови натощак > 7 ммоль/л (126 мг/дл) Глюкоза крови после еды или через 2 часа после приема 75 г глюкозы > 11 ммоль/л (198 мг/дл)		

Примечание: ОТ — окружность талии, СРБ — С-реактивный белок, ЭКГ — электрокардиограмма, ЭхоКГ — эхокардиограмма, ИММ ЛЖ — индекс массы миокарда левого желудочка, УЗИ — ультразвуковое исследование, НТГ — нарушение толерантности к глюкозе, НФА — низкая физическая активность, ЦВБ — цереброваскулярные болезни.

В список ФР, которые следует учитывать при оценке риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных АГ, включены новые позиции: абдоминальное ожирение (АО), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП) и С-реактивный белок (СРБ). АО вошло в перечень ФР как входящий в кластер метаболического синдрома (МС), а СРБ как имеющий такое же важное прогностическое значение в плане развития ССО, как ХС ЛНП.

К ПОМ отнесена микроальбуминурия (МАУ), но исключено генерализованное или локальное сужение артерий сетчатки, т.к. часто встречается у лиц старше 50 лет. Протеинурия рассматривается как симптом АКС. Повышение уровня креатинина до 1,5 мг/дл оценивается в качестве признака ПОМ, а более высокие показатели как проявление АКС. В отдельную категорию факторов, влияющих на прогноз, выделен сахарный диабет (СД). В настоящее время СД по степени риска развития ССО приравнивается к ишемической болезни сердца (ИБС) и поэтому по значимости занимает место наравне с АКС.

В зависимости от степени повышения АД, наличия ФР, ПОМ и АКС все больные АГ могут быть отнесены к одной из четырех степеней риска: низкий, умеренный, высокий и очень высокий (таблица 3). Такое разделение на группы риска имеет значение для выбора тактики ведения больных АГ.

Уровень суммарного риска оценивается по новой европейской модели — SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation — Системная Оценка Коронарного Риска). Она более объективна, чем предшествующая ей американская

Фремингемская модель и определяет величину риска для европейских популяций, поскольку разработана на основании исследований, проведенных в странах Европы. По системе SCORE оценивается риск смерти от ССЗ, связанных с атеросклерозом, в течение 10 лет. Согласно этой модели низкому риску соответствует величина <4%, умеренному риску — 4-5%, высокому — 5-8% и очень высокому риску — >8%. Оценка риска производится с учетом пола, возраста, курения, САД и концентрации общего ХС (ОХС).

В систему стратификации риска включена категория лиц с высоким нормальным АД. Последние, крупномасштабные исследования показали улучшение прогноза у этой категории лиц с высоким риском развития ССО и, особенно при наличии АКС, в результате снижения АД.

Формулировка диагноза. При формулировании диагноза максимально должны учитываться степень повышения АД, ФР, ПОМ, АКС и группа риска. Необходимо указать стадию заболевания, которой в России по-прежнему придают большое значение. Согласно трехстадийной классификации ГБ, ГБ I стадии предполагает отсутствие ПОМ, ГБ II стадии — присутствие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней (ОМ). Диагноз ГБ III стадии устанавливается при наличии АКС. При отсутствии АКС термин «гипертоническая болезнь» закономерно занимает первую позицию в структуре диагноза. При наличии АКС, сугубо протекающих в острой форме как инфаркт миокарда (ИМ), «гипертоническая болезнь» в структуре диагноза сердечно-сосудистой патологии может занимать не первую позицию.

Таблица 3

Стратификация риска у больных АГ *

ФР, ПОМ или АКС	Категория АД мм рт.ст.			
	Высокое нормальное 130-139/85-89	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени > 180/110
Нет	Незначимый риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
> 3 ФР или ПОМ	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС или СД	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Примечание: * — точность определения общего сердечно-сосудистого риска напрямую зависит от того, насколько полным было клинико-инструментальное обследование больного. Без данных УЗИ сердца и сосудов для диагностики ГЛЖ и утолщения стенки (или бляшки) сонных артерий до 50% больных АГ могут быть ошибочно отнесены к категории низкого или умеренного риска вместо высокого или очень высокого.

Тактика ведения больных АГ

Цели терапии. Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития ССО и смерти от них. Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до нормального уровня, но коррекция всех модифицируемых ФР – курения, дислипидемии, гипергликемии, ожирения, и лечение таких сопутствующих заболеваний, как СД и т.д. Целевым уровнем АД при лечении АГ принят $\leq 140/90$ мм рт.ст. у всех больных АГ. При хорошей переносимости назначенной терапии полезно снижение АД до более низких значений. При сочетании АГ с СД или поражением почек рекомендуется снижать АД $<130/80$ мм рт.ст. При антигипертензивной терапии следует иметь в виду, что трудно достичь снижения САД <140 мм рт.ст. у пожилых больных. При достижении целевых уровней АД необходимо учитывать нижнюю границу падения САД до 110 мм рт.ст. и ДАД до 70 мм рт.ст.

Общие принципы ведения больных. После оценки сердечно-сосудистого риска определяется индивидуальная тактика лечения. Важнейшими ее аспектами служат решения о целесообразности и выборе медикаментозной терапии. При установлении показаний к антигипертензивной терапии следует учитывать степень сердечно-сосудистого риска и величину АД. Степень сердечно-сосудистого риска оценивается как основное показание для назначения антигипертензивных препаратов (схемы 1,2,3). В отличие от предыдущих рекомендаций предлагается тактика ведения пациентов не только с I и II степенью повы-



Схема 1 Тактика ведения лиц с высоким нормальным АД 130-139/85-89 мм рт.ст. при повторных измерениях



Схема 2 Тактика ведения больных АГ 1 и 2 степеней при повторных измерениях АД

шения АД, но и лиц с высоким нормальным АД и пациентов с III степенью АГ. Существуют убедительные доказательства пользы антигипертензивной терапии у лиц с высоким нормальным уровнем АД и высоким риском развития ССО; в первую очередь это касается больных ИБС или СД, а также перенесших мозговой инсульт (МИ) или транзиторные ишемические атаки (ТИА).

При АГ I и II степеней у больных с высоким или очень высоким риском развития ССО антигипертензивные препараты назначают немедленно. Параллельно необходимо модифицировать сопутствующие ФР и лечить АКС. При умеренном риске врач решает, когда следует начать медикаментозную терапию. Допустимо наблюдение за больным с регулярным контролем АД в течение 3 ме-

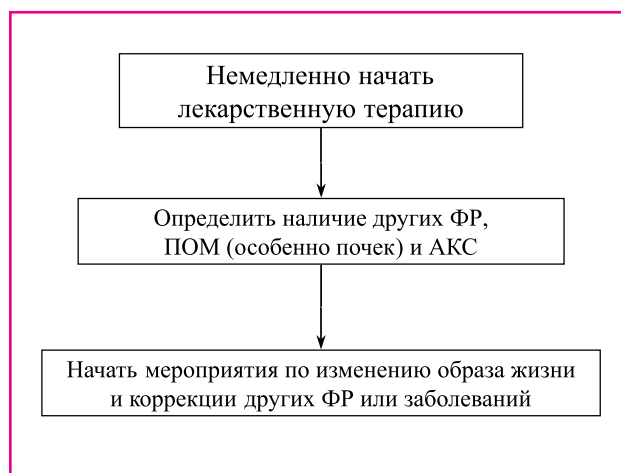


Схема 3 Тактика ведения больных АГ 3 степени — САД >180 или ДАД >110 мм рт.ст. при повторных измерениях в течение нескольких дней

сяцев до принятия решения о начале терапии. Лечение назначают при устойчивом повышении АД $>140/90$ мм рт.ст. В группе низкого риска рекомендуется 3-12-месячный период наблюдения и немедикаментозной терапии перед началом медикаментозного лечения. Показанием к нему служит устойчивый уровень АД в пределах 140-159/90-99 мм рт.ст.

При подозрении на АГ III степени необходимо в течение нескольких дней убедиться в стойком повышении АД до высоких значений, после чего немедленно начать антигипертензивную лекарственную терапию.

Мероприятия по изменению образа жизни. Изменить образ жизни следует рекомендовать всем больным, в т.ч. получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии ФР. Изменение образа жизни позволяет: снизить АД; уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и повысить их эффективность; благоприятно влиять на имеющиеся ФР; осуществлять первичную профилактику ГБ и снизить риск ССЗ на популяционном уровне.

Немедикаментозные методы предусматривают: отказ от курения; нормализацию массы тела — индекс массы тела (ИМТ) <25 кг/м²; снижение потребления алкогольных напитков менее 30 г алкоголя в сутки для мужчин и 20 г/сут для женщин; увеличение физической активности — регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки по 30-40 мин. не менее 4 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут; изменение режима питания с увеличением потребления продуктов богатых клетчаткой, уменьшением потребления животных жиров, увеличением в рационе калия, кальция, содержащихся в овощах, фруктах, зерновых, и магния, содержащегося в молочных продуктах.

Тактика медикаментозной терапии. У всех больных АГ необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых значений. Количество назначаемых антигипертензивных препаратов зависит от исходного АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ I степени и отсутствии ССО достичь целевого АД возможно приблизительно у 50% больных при монотерапии. При АГ II и III степеней и наличии ССО, например СД и диабетической нефропатии, в большинстве случаев требуется комбинированная терапия, состоящая из 2 или 3 препаратов. В настоящее время стало возмож-

ным использование 2 видов стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии (схема 4). Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата. Переход на комбинированное лечение целесообразен только при отсутствии эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия в начале лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия.

Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства, больной не будет нуждаться в еще одном препарате. Однако монотерапия требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства, сопровождается частой сменой препаратов и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе и, в конечном итоге, ведет к низкой приверженности лечению. Это актуально у больных мягкой и умеренной АГ, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению.

Недостатком комбинированной терапии служит то, что иногда больным приходится принимать препарат, в котором нет необходимости. Однако в большинстве случаев назначение лекарств с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а, с другой, минимизировать побочные эффекты. Комбинированная терапия позволяет подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Пациентам с уровнем АД $>160/100$ мм рт.ст. при ассоциации с СД,

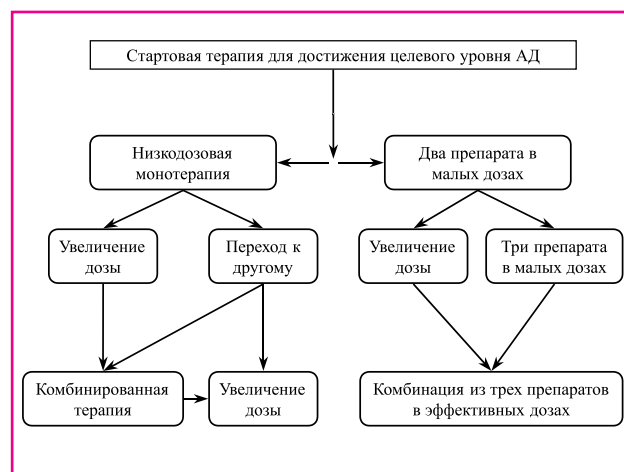


Схема 4 Выбор стартовой терапии для достижения целевого уровня АД.

протеинурией, хронической почечной недостаточностью (ХПН) полнородовая комбинированная терапия может быть использована на старте лечения. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных лечению. Для длительной антигипертензивной терапии необходимо использовать препараты пролонгированного действия, обеспечивающие 24-часовой контроль АД при однократном приеме. Преимущества таких препаратов — в большей приверженности больных лечению, меньшей вариабельности АД и, как следствие, более стабильном контроле АД. В перспективе такой подход к лечению АГ должен эффективнее снижать риск развития ССО и предупреждать ПОМ.

Выбор антигипертензивного препарата.

В настоящее время для лечения АГ рекомендуются семь классов антигипертензивных лекарственных средств: диуретики; β -адреноблокаторы (БАБ); антагонисты кальция (АК); ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ); блокаторы рецепторов AT_1 (БРА); антагонисты I_1 -имидазолиновых рецепторов (АИР); α -адреноблокаторы. Показания и противопоказания для назначения антигипертензивных препаратов представлены в таблице 4.

На выбор лекарства оказывают влияние многие факторы, наиболее важными из кото-

рых являются: наличие ФР у больного; ПОМ; АКС, поражения почек, СД; сопутствующие заболевания, при которых показаны назначение или ограничение применения антигипертензивных средств различных классов; индивидуальные реакции больного на медикаментозные средства различных классов; вероятность взаимодействия с лекарствами, которые назначены пациенту по другим поводам; социально-экономические факторы, включая стоимость лечения.

Основываясь на результатах многоцентровых, рандомизированных исследований, можно констатировать, что ни один из первых пяти классов антигипертензивных препаратов не имеет значимого преимущества в плане снижения АД и предупреждения ССО. Результаты недавно завершенных, крупномасштабных исследований расширили границы применения отдельных классов антигипертензивных средств. Так АК благоприятно влияют на толщину интима-медиа сонных артерий; пульсурежающие АК недигидропиридинового ряда, дилтиазем и верапамил-SR, целесообразно использовать у пациентов с суправентрикулярной тахикардией. Доказано, что БРА замедляют прогрессирование ХПН при АГ, ассоциированной с СД, а также обеспечивают обратное развитие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Блокатор альдостероновых рецепто-

Таблица 4

Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больных АГ

Класс препаратов	Клинические ситуации в пользу применения	Абсолютные противопоказания	Относительные противопоказания
Тиазидные диуретики	ХСН, ИСАГ, АГ у пожилых	подагра	беременность, ДЛП
Петлевые диуретики	ХПН, ХСН		
Блокаторы альдостероновых рецепторов	ХСН, после перенесенного ИМ	гиперкалиемия, ХПН	
БАБ	стенокардия, после перенесенного ИМ, ХСН (начиная с малых доз), беременность, тахикардия	АВ блокада II-III ст.	атеросклероз периферических артерий, НТГ, ХОБЛ *** БА, спортсмены и лица, физически активные
АК дигидропиридиновые *	ИСАГ, АГ у пожилых, стенокардия, атеросклероз периферических артерий, атеросклероз сонных артерий, беременность.		тахикардия, ХСН
АК недигидропиридиновые	стенокардия, атеросклероз сонных артерий, суправентрикулярная тахикардия	АВ блокада II-III ст., ХСН	
иАПФ	ХСН, дисфункция ЛЖ, после ИМ, нефропатии**, протеинурия	беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий.	
БРА	диабетическая нефропатия при СД 2 типа, диабетическая МАУ, протеинурия, ГЛЖ, кашель, вызванный иАПФ	беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий	
α_1 -адреноблокаторы	доброкачественная гиперплазия простаты, ГЛП	ортостатическая гипотония	ХСН
АИР	МС, СД		тяжелая ХСН, АВ блокада II-III ст.

Примечание: * — пролонгированные дигидропиридиновые АК; ** — диабетическая и гипертоническая нефропатия; *** — возможно назначение небольших доз высокоселективных пролонгированных БАБ: биспролол, метопролола сукцинат, небиволол, бетаксолол; АВ блокада — атриовентрикулярная блокада, ГЛП — гиперлипидемия.

ров (спиронолактон) эффективен у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и пациентов, перенесших ИМ.

Деление классов препаратов на «основные» и «неосновные» неактуально в свете необходимости в большинстве случаев применения комбинированной терапии для достижения целевого АД.

Эффективные комбинации препаратов. Довольно широко распространены комбинации из двух или трех антигипертензивных препаратов. Среди комбинаций двух антигипертензивных препаратов эффективными и безопасными считаются: диуретик + БАБ; диуретик + иАПФ; диуретик + БРА; АК дигидропиридинового ряда + БАБ; АК + иАПФ; АК + диуретик; α -адреноблокатор + БАБ; препарат центрального действия + диуретик; возможны комбинации иАПФ, АК и БРА с АИР.

Динамическое наблюдение. Достижение и поддержание целевого АД требуют длительного врачебного наблюдения с регулярным контролем выполнения пациентом рекомендаций по изменению образа жизни и соблюдению режима приема назначенных антигипертензивных средств, а также коррекции терапии в зависимости от эффективности, безопасности и переносимости лечения. При динамическом наблюдении решающее значение имеют достижение личного контакта между врачом и больным, обучение пациентов в школах для больных АГ, повышающие приверженность больного лечению.

Особенности лечения артериальной гипертензии у больных отдельных групп

АГ у лиц пожилого возраста. Результаты рандомизированных исследований свидетельствуют о том, что антигипертензивная терапия снижает риск ССЗ и смертности у пожилых больных систоло-диастолической АГ и изолированной систолической АГ (ИСАГ).

Принципы лечения пожилых больных АГ такие же, как и в общей популяции. Терапию следует начинать с изменения образа жизни. Ограничение потребления поваренной соли и снижение веса у этой категории больных оказывают существенный антигипертензивный эффект. Целевой уровень САД должен быть <140 мм рт.ст., и для его достижения часто требуется комбинировать два и более антигипертензивных препарата. Оптимальный уровень

ДАД у пожилых больных точно не определен, но по результатам анализа ряда исследований снижение ДАД <70 мм рт.ст. и, особенно <60 мм рт.ст., сопровождается плохим прогнозом.

Начальная доза антигипертензивных препаратов у некоторых пожилых пациентов может быть снижена. Вместе с тем, у большинства больных этой категории требуется назначение стандартных доз для достижения целевого АД. Следует обратить внимание на возможность возникновения у пожилых ортостатической гипотонии, и поэтому необходимо измерять АД также в положении стоя. У большинства пожилых пациентов имеют место другие ФР, ПОМ и АКС, что необходимо учитывать при выборе антигипертензивного препарата первого ряда. В целом, о чем свидетельствуют результаты недавно завершенных, крупномасштабных исследований, при лечении АГ в пожилом возрасте можно использовать антигипертензивные лекарства, относящиеся к разным классам: диуретики, БАБ, АК, иАПФ и БРА.

АГ и СД. Сочетание СД и АГ заслуживает особого внимания, поскольку оба заболевания служат ФР многих микро- и макрососудистых поражений, включая МИ, ИБС, ХСН, периферические сосудистые заболевания, и способствуют увеличению сердечно-сосудистой смертности. Важную роль в прогрессировании СД 2 типа играет ожирение, поэтому большое значение приобретают рекомендации по здоровому образу жизни: соблюдение низкокалорийной диеты, ограничение потребления поваренной соли. Для больных СД установлен целевой уровень АД $<130/80$ мм рт.ст.; для достижения его часто необходима комбинированная терапия. Наилучший ренопротективный эффект достигается при СД 1 типа включением в комбинацию иАПФ, а при СД 2 типа — иАПФ и БРА. АИР, повышая чувствительность тканей к инсулину, могут использоваться при СД 2 типа в качестве монотерапии и в сочетании с другими антигипертензивными препаратами в случаях неэффективности других средств лечения АГ. У больных АГ и СД 2 типа с высоким нормальным АД, возможно достижение целевого уровня на фоне монотерапии. Препаратами выбора служат либо иАПФ, либо БРА. Наличие МАУ у больных СД 1 и 2 типов служит показанием для антигипертензивной терапии, вызывающей блокаду ренин-ангиотензин-альдостеро-

новой системы, вне зависимости от уровня АД, т.е. назначения БРА или иАПФ.

АГ и цереброваскулярные заболевания. Снижение АД высоко эффективно при первичной профилактике МИ ишемического и геморрагического типов. У больных, перенесших МИ или ТИА, антигипертензивная терапия результативна при вторичной профилактике повторных МИ. АК длительного действия могут превосходить другие средства антигипертензивной терапии по способности снижать риск цереброваскулярных осложнений. С успехом можно использовать иАПФ, преимущественно в сочетании с тиазидными диуретиками (индапамид), БРА, а также БАБ, хотя последние менее эффективны у пожилых больных старше 65 лет. АД следует снижать постепенно с учетом индивидуальной переносимости, избегая эпизодов гипотонии. Особый контроль целесообразен в ночные часы. Не следует применять антигипертензивные препараты, вызывающие ортостатическую гипотонию.

АГ в сочетании с ИБС. Контроль АД при ИБС играет важную роль, поскольку риск развития повторных коронарных событий в значительной мере зависит от величины АД. При стабильной стенокардии и у больных, перенесших ИМ, препаратами выбора являются БАБ, доказавшие свою эффективность в плане улучшения выживаемости больных. Вместе с тем, недавно завершенное исследование INVEST (International Verapamil SR/Trandolapril Study) показало, что лечение больных АГ и ИБС на фоне назначения верапамил-SR с последующим добавлением трандолаприла также действенно в плане предупреждения повторных коронарных событий, как и терапия БАБ. У больных стабильной стенокардией могут использоваться пролонгированные АК дигидропиридинового ряда. В недавно завершенном исследовании EUROPA (European trial on Reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease) отмечена эффективность иАПФ (периндоприла) у больных стабильной стенокардией в плане снижения относительного риска ССО. Доказана продуктивность назначения блокатора рецепторов альдостерона для лечения АГ у больных после ИМ. При АГ в сочетании с ИБС следует избегать препаратов, вызывающих быстрое снижение АД, особенно если оно сопровождается рефлекторной тахикардией.

АГ в сочетании с ХСН. В качестве начальной терапии АГ, ассоциированной с ХСН, должны быть рекомендованы иАПФ, БАБ, диуретики и антагонисты рецепторов альдостерона. Только в случае недостаточного антигипертензивного эффекта могут быть использованы АК дигидропиридинового ряда. Недигидропиридиновые АК не показаны из-за возможности ухудшения сократительной способности миокарда и усиления симптомов ХСН. При асимптомном течении заболевания и дисфункции ЛЖ рекомендованы иАПФ и БАБ.

АГ при поражении почек. АГ — решающий фактор прогрессирования ХПН любой этиологии; адекватный контроль АД замедляет ее развитие. Особое внимание следует уделять нефропротекции при диабетической нефропатии. Необходимо добиваться целевого АД <130/80 мм рт.ст. и уменьшения протеинурии, макроальбуминурии и МАУ. Для снижения протеинурии препаратами выбора служат иАПФ или БРА. Для достижения целевого уровня АД при поражениях почек часто назначается комбинированная терапия с добавлением обычно диуретика (при нарушении азотовыделительной функции почек — петлевой диуретик), а также АК. У больных с поражением почек, особенно при СД, учитывая повышенный риск развития ССО, часто показана комплексная терапия — антигипертензивные препараты, статины, антиагреганты и др.

АГ и беременность. АГ и связанные с ней осложнения до настоящего времени остаются одной из основных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного. Единого определения АГ при беременности не существует. В настоящее время предпочтительно определение, основанное на абсолютных уровнях АД: САД — 140 мм рт.ст. и ДАД — 90 мм рт.ст.; при необходимости подтвердить повышенное АД, как минимум, двумя измерениями. Рекомендуется отмечать 4 и 5 фазы тонов Короткова, основываясь на первой из них. Цель лечения АГ при беременности состоит в снижении риска для матери, однако нельзя забывать, что используемые антигипертензивные препараты должны быть не только эффективными, но и безопасными для плода. В первые два триместра беременности противопоказано назначение всех антигипертензивных препаратов, кроме метилдопы. В третьем триместре возможно применение кардиосе-

лективных БАБ. САД >170 и ДАД >119 мм рт.ст. у беременной женщины расцениваются как криз и служат показанием к госпитализации. У таких больных для внутривенной терапии следует использовать лабеталол, для пероральной — метилдопу или нифедипин. Строго противопоказано назначение иАПФ и БРА в связи с возможным развитием врожденных уродств и гибели плода.

АГ в сочетании с бронхиальной астмой (БА) и хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ).

Часто АГ ассоциируется с ХОБЛ и БА. В ряде случаев заболевания легких предшествуют развитию АГ. Препаратами выбора у таких пациентов служат АК и БРА. Возможно назначение небольших доз высокоселективных пролонгированных БАБ — метопролола сукцинат, бисопролола, небиволола, бетаксолола, иАПФ, диуретиков. Лекарственные средства, назначаемые для лечения бронхообструктивного синдрома, могут повысить АД. Наиболее безопасными в этом отношении являются кромогликат натрия, ипратропиум бромид

и ингаляционные глюкокортикоиды.

Партнерские отношения с пациентами. Неотъемлемой частью мероприятий по длительной профилактике ССО у больных АГ должно стать повышение образовательного уровня пациентов. Если предположить, что для каждого конкретного больного АГ, врач разработает идеальные программы медикаментозного и немедикаментозного воздействий, внедрение их в жизнь весьма сложный процесс из-за низкой мотивации большинства больных АГ к лечению. Врачу необходимо информировать больного АГ о риске осложнений, факторах и заболеваниях, сопутствующих АГ, а также рассказать о существующих методах медикаментозного и немедикаментозного лечения АГ. Каждый этап лечения и профилактики следует согласовывать с больным. Необходимо знать, каким лекарствам и методам немедикаментозной профилактики отдает предпочтение больной. Эти меры обеспечат осознанное участие больного в лечебно-профилактическом процессе и повысят его эффективность.

Поступила 05/08-2004