

А.А. Бова

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИЕЙ РЕКОМЕНДАЦИЙ ESH/ESC 2013

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В Республике Беларусь остается на высоком уровне заболеваемость артериальной гипертензией. В Европейских рекомендациях изменены целевые уровни артериального давления при антигипертензивной терапии, более подробно освещены подходы к лечению у женщин, пожилых, пациентов с сахарным диабетом.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, целевое артериальное давление, антигипертензивная терапия.

А.А. Bova

ARTERIAL HYPERTENSION – LOOK WITH A POSITION OF ESH/ESC RECOMMENDATIONS 2013

There is a high incidence of arterial hypertension in Republic of Belarus. In the European Guidelines are changed target levels of blood pressure at antihypertensive therapy, are in more detail shined approaches to treatment at women, of elderly people with diabetes.

Key words: antihypertensive therapy.

Артериальная гипертензия (АГ) в РБ занимает существенное место в структуре заболеваемости болезнями системы кровообращения. В Европе распространенность АГ находится в диапазоне 30-45% общей популяции, с резким возрастанием по мере старения [1]. АГ в РБ - общепризнанный основной фактор риска (ФР) развития инфаркта миокарда (ИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). У лиц с АГ находящихся под диспансерным динамическим наблюдением в лечебно-профилактических учреждениях республики отмечается неуклонный рост риска ОНМК. У лиц с АГ находящихся под диспансерным динамическим наблюдением в лечебно-профилактических учреждениях республики отмечается неуклонный рост риска ОНМК, что сопровождается ростом летальности и инвалидности. По ИМ отмечается некоторая стабилизация показателей. В целом указанные заболевания занимают около 40% в структуре всех причин смерти взрослого населения и более 80% среди всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Согласно данным проспективных исследований, вклад АГ в смертность людей трудоспособного возраста от ССЗ составляет 40%, а смертность от инсульта – 70-80% [4,5].

АГ является одним из наиболее значимых ФР других заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС). Результаты эпидемиологических исследований показали значимую связь между АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС), мозговым инсультом, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и хронической почечной недостаточностью (ХПН). Поэтому необходимость дальнейших усилий по совершенствованию подходов к диагностике, лечению, профилактике АГ для снижения распространенности ССЗ и ассоциированной с ними смертности не вызывает сомнений [2,4,5].

Другой немаловажный аспект проблемы АГ – это информированность населения о наличии данного заболевания, которая в настоящее время достигает более 40% у мужчин и около 50% у женщин. В РБ ежегодно растет число лиц с диагностированной АГ (более 1,7 млн. человек на конец 2012 г.). медикаментозное лечение получают более 60%

женщин и около 24% мужчин. Однако проводимая антигипертензивная терапия эффективна менее чем у 20% у женщин и 10-12% мужчин [5].

Исходя из приведенных статистических данных вполне оправданными являются столь регулярные пересмотры Европейским обществом гипертонии (ESH) и Европейским кардиологическим обществом (ESC) рекомендацией по артериальной гипертонии. 15 июня 2013 года в Милане приняты новые рекомендации по АГ, спустя 6 лет после предыдущих (2007 г.) [5]. За это время были проведены важные исследования и опубликовано много новых данных как по диагностике, так и по лечению пациентов с повышенным АД.

Распространенность АГ в Европе достаточно сложно оценивать из-за отсутствия сравнимых популяционных исследований в различных странах, поэтому для оценки контроля АД предложен суррогатный маркер – смерть от церебральных инсультов, которая тесно связана с контролем АД. Это для нас тем более актуально, что в отличие от стран Западной Европы, где в последние годы наблюдается четкая тенденция к уменьшению смертности от церебральных инсультов, у нас продолжается рост данной патологии.

Несмотря на то, что рекомендации 2013 г. соответствуют определенным фундаментальным принципам, которые легли в основу рекомендаций 2003 и 2007 гг., они во многих отношениях отличаются от предыдущих. Эти различия можно сформулировать следующими положениями:

1. Эпидемиологические данные по гипертонии и контролю АД в странах Европы.

2. Усиление прогностического значения домашнего мониторинга артериального давления (ДМАД) и его роли в диагностике и лечении гипертонии, в дополнение к суточному амбулаторному мониторингу артериального давления (СМАД).

3. Обновление данных о прогностическом значении ночного АД, «гипертонии белого халата» и маскированной гипертонии.

4. Усиление акцента на учет величины АД, сердечно-сосудистых факторов риска, бессимптомного поражения

органов-мишеней и клинических осложнений для оценки общего сердечно-сосудистого риска.

5. Обновление данных о прогностическом значении бессимптомного поражения органов-мишеней, включая сердце, кровеносные сосуды, почки, глаза и головной мозг.

6. Пересмотр риска избыточной массы тела и целевого значения индекса массы тела (ИМТ) при АГ.

7. АГ у пациентов молодого возраста.

8. Начало антигипертензивной терапии. Повышение доказательности критериев и воздержание от медикаментозной терапии при высоком нормальном АД.

9. Целевые значения для терапии АД. Повышение доказательности критериев и унифицированные целевые значения систолического артериального давления (САД) (<140 мм рт. ст.) у пациентов из группы как с высоким, так и с низким сердечно-сосудистым риском.

10. Свободный подход к начальной монотерапии, без какого-либо ранжирования препаратов.

11. Пересмотренная схема предпочтительных комбинаций из двух препаратов.

12. Новые алгоритмы терапии для достижения целевого АД.

13. Расширенный раздел по тактике лечения в особых ситуациях.

14. Пересмотренные рекомендации по лечению гипертонии у больных пожилого и старческого возраста.

15. Медикаментозная терапия лиц старше 80 лет.

16. Особое внимание к резистентной АГ и новым подходам к ее лечению.

17. Усиление внимания к терапии с учетом поражения органов-мишеней

18. Новые подходы к постоянной терапии АГ

Связь АД с поражением ССС и почек.

Связь между значением АД и сердечно-сосудистыми, почечными осложнениями изучались в большом числе обсервационных (наблюдательных) исследований. Эти результаты отражены следующим образом:

1. Офисное АД находится в независимой непрерывной связи с частотой ряда сердечно-сосудистых событий [инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти, сердечной недостаточности и периферическим поражением артерий (ППА)], а также с терминальной стадией болезни почек

(ТСБП). Это верно для всех возрастных и этнических групп.

2. Эта связь с АД начинается с высоких значений и продолжается до относительно низких значений – 110-115 мм рт. ст. для САД и 70-75 мм рт. ст. для диастолического АД (ДАД). У лиц старше 50 лет САД оказывается лучшим предиктором клинических событий, чем ДАД. По имеющимся сообщениям, у лиц пожилого и старческого возраста возможную дополнительную прогностическую роль играет пульсовое давление (разность между САД и ДАД). Об этом говорит также особенно высокий сердечно-сосудистый риск у пациентов с повышенным САД и нормальным или низким ДАД [изолированная систолическая АГ (ИСАГ)].

3. В непрерывной связи с клиническими событиями находятся также значения АД, измеренные вне офиса, например, полученные в ходе СМАД и ДМАД.

4. Взаимосвязь сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности изменяется в зависимости от наличия других сопутствующих сердечно-сосудистых факторов риска. Метаболические факторы риска при высоком АД встречаются чаще, чем при низком.

Определение и классификация АГ.

Определение и классификация АГ по уровню АД не претерпели изменения, поскольку они позволяют унифицировать подходы к терапии. Необходимо учитывать, что у АД-линейная, а не ступенчатая взаимосвязь с риском развития церебральных инсультов, смерти, инфарктов миокарда и терминальных стадий хронической болезни почек, причем риск увеличивается при САД более 110-115 мм рт. ст. и ДАД более 70-75 мм рт. ст., а не с «высоким нормальным» АД, как полагали ранее. Достаточно сложно провести грань между нормальным АД и гипертонией. В рекомендациях ESH/ESC 2013 г. гипертония определяется как повышение САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт.ст. у взрослых, независимо от возраста.

Оценка общего сердечно-сосудистого риска.

Более 10 лет в международных рекомендациях по лечению АГ (ВОЗ, 1999; ВОЗ/Международное общество гипертонии, 2003; рекомендации ESH/ESC 2003 и 2007 гг.) сердечно-сосудистый риск подразделяется на различные категории с учетом величины АД, наличия сердечно-сосудистых факторов риска, бессимптомного поражения орга-

Таблица 1. Стратификация риска при АГ

Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания	Артериальное давление (мм рт.ст.)			
	Высокое нормальное САД 130-139 или ДАД 85-89	АГ 1 степени САД 140-159 или ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 или ДАД 100-109	АГ 3 степени САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110
Других факторов риска нет		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Низкий риск	Средний риск	Средний и высокий риск	Высокий риск
3 и более факторов риска	Низкий и средний риск	Средний и высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Поражение органов-мишеней, ХБП 3 ст. или диабет	Средний и высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий и очень высокий риск
Клинически манифестные сердечно-сосудистые заболевания, ХБП ≥ 4 ст. или диабет с поражением органов-мишеней или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

АД - артериальное давление, АГ - артериальная гипертония, ХБП - хроническая болезнь почек;

ДАД - диастолическое артериальное давление, САД - систолическое артериальное давление

нов-мишеней, диабета, клинически манифестных сердечно-сосудистых заболеваний и хронической болезни почек (ХБП). Этому же принципу придерживаются рекомендации ESC по профилактике от 2012 г. Классификация на низкий, средний, высокий и очень высокий риск в настоящих рекомендациях сохранена и означает 10-летний риск сердечно-сосудистой смертности, в соответствии с определением, данным в рекомендациях ESC по профилактике от 2012 г. на Стратификация на группы риска, представлены в таблице 1.

Диагностическое обследование.

В настоящее время во многих (хотя и не во всех) европейских странах измерять АД ртутным сфигмоманометром больше не разрешается, вместо него используются аускультативные или осциллометрические полуавтоматические сфигмоманометры.

Офисное измерение АД (должно проводиться в положении сидя – после 2-5 мин. отдыха, с повторным измерением), остается стандартом для скринингового выявления АГ.

Оно должно измеряться на плече, на двух руках. При выявлении значимой (>10 мм рт. ст.) и постоянной разницы САД на двух руках, следует опираться на результаты более высокого значения АД. Разница результатов измерения АД на двух руках имеет значение, если она выявлена при одновременном измерении на обеих руках. У пожилых, у больных СД и при других состояниях, когда часто имеется или предполагается ортостатическая гипотония, рекомендуется измерять АД через 1 минуту и 3 минуты пребывания в вертикальном положении. Ортостатическая гипотония определяется как снижение САД более чем на 20 мм рт. ст. и ДАД > чем на 10 мм рт. ст. через 3 мин. пребывания в положении стоя. Измерение АД всегда должно сопровождаться определением частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Амбулаторное мониторирование и домашнее измерение АД обладают определенными преимуществами по сравнению с офисным измерением и позволяют более корректно диагностировать АГ. Внеофисное измерение АД должно проводиться при подозрении на гипертонию «белого халата» (АГ 1 степени при офисном измерении, высокое АД при отсутствии поражения органов – мишеней), подозрении на замаскированную гипертонию (высокое нормальное АД при офисном измерении, нормальное офисное АД при наличии поражения органов – мишеней), при значительной вариабельности офисного АД, при ортостатической постпрандиальной, медикаментозной гипотензии, у беременных, для определения истинной или ложной резистентности.

Показаниями для амбулаторного мониторирования являются значительные различия в уровне АД при офисном и домашнем измерении; оценка снижения АД в ночное время, в том числе у больных с ночным апноэ; хронической болезнью почек (ХБП), сахарным диабетом (СД); оценка вариабельности АД.

Как правило, показатели АД выше при офисном измерении. Рекомендуемые показатели АД приведены в табл. 2.

Несколько исследований показали, что амбулаторное АД лучше, чем офисное АД, коррелирует с ГЛЖ, увеличением толщины комплекса интима-медиа сонной артерии и другими маркерами поражения органов – мишеней.

Рекомендуется подробный сбор анамнеза и физикальное обследование для верификации диагноза, выявления вторичной гипертензии, факторов риска, поражения органов мишеней, сопутствующих заболеваний и наследственной предрасположенности.

Регистрация ЭКГ рекомендуется всем больным с АГ для выявления ГЛЖ, дилатации левого предсердия, аритмий или сопутствующих заболеваний сердца. Рекомендуется проведение ультразвукового исследования сонных артерий для выявления гипертрофии сосудов или бессимптомного атеросклероза, особенно у пожилых. Для оценки поражения почек всем больным с АГ рекомендовано определение креатинина плазмы с расчетом скорости клубочковой фильтрации, протеинурии с использованием тест-полосок и альбуминурии в утренней порции мочи.

При наличии когнитивных нарушений у больных с АГ рекомендуется проведение МРТ головного мозга с целью выявления немых инсультов и поражения белого вещества мозга.

Кардиоваскулярный риск и его оценка у больных с АГ.

Определение кардиоваскулярного риска играет важную роль, так как подходы к терапии у пациентов с высоким риском отличаются от таковых у больных с низким риском. Пациенты с высоким риском требуют назначения комбинированной антигипертензивной терапии, статинов и т.д.

Доказательств в пользу медикаментозной терапии при АГ 1 степени низкого и среднего риска крайне мало. В рекомендациях приводятся дополнительные аргументы в пользу лечения АГ у этой категории: выжидательная тактика повышает общий риск, а терапия часто не может полностью устранить высокий риск; в настоящее время существует большое число безопасных антигипертензивных препаратов, поэтому лечение можно персонализировать так, чтобы оно обладало максимально возможной эффек-

Таблица 2. Определение артериальной гипертонии по офисным и внеофисным значениям артериального давления

Категория	Систолическое АД (мм рт.ст.)		Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Офисное АД	≥140	и/или	≥90
Амбулаторное АД			
Дневное (бодрствование)	≥135	и/или	≥85
Ночное (сон)	≥120	и/или	≥70
Суточное	≥130	и/или	≥80
Домашнее АД	≥135	и/или	≥85

АД – артериальное давление

тивностью и переносимостью; у многих антигипертензивных препаратов уже истекли сроки патентов, поэтому они дешевы и обладают хорошим соотношением «стоимости – пользы».

Подходы к решению о начале медикаментозной терапии у пациентов с АГ.

Немедленное начало медикаментозной терапии рекомендовано всем больным с АГ 2 и 3-й степени (САД >160 мм рт.ст., ДАД >100 мм рт. ст. при любом уровне кардиоваскулярного риска, так же как и пациентам 1 степени АГ с высоким сердечно – сосудистым риском (ССР) (поражение органов мишеней, ССЗ, СД, ХБП). Больным с низким или средним ССР медикаментозная терапия назначается при неэффективности изменения образа жизни.

У пожилых больных фармакотерапия рекомендована при САД >160 мм рт. ст. Также пожилым больным (моложе 80 лет) при САД 140-159 мм рт. ст. может быть рекомендовано медикаментозное лечение, если они хорошо его переносят.

Не рекомендуется фармакотерапия пациентам с высоким нормальным АД (САД 130-139 или ДАД 85-89 мм рт. ст.), в отличие от рекомендаций ESH/ESC 2007 г., ввиду отсутствия доказательств эффективности такого подхода.

Целевые уровни АД.

Снижение САД <140 мм рт. ст. рекомендовано всем больным со средним и низким ССР, пациентам с СД. Данная тактика может быть целесообразна у больных с ИБС, ХБП, перенесших церебральный инсульт или ТИА.

Снижение ДАД <90 мм рт. ст. рекомендуется всем пациентам с АГ, кроме больных с сопутствующим СД, у которых целевой уровень ДАД <85 мм рт. ст. Указано, что снижение ДАД до уровня 80-85 мм рт. ст. безопасно и хорошо переносится пациентами.

Указанные показатели определены для офисного АД. Результаты внеофисного измерения АД всегда должны интерпретироваться вместе с клиническими измерениями.

Выбор антигипертензивных препаратов.

Рекомендации подтверждают, что диуретики (включая тиазидные, хлорталидон и индапамид), бета – блокаторы, АКК, иАПФ и АРА – все они подходят для начальной и поддерживающей антигипертензивной терапии (как моно так и комбинированной).

Предпочтение тому или другому классу препаратов может отдаваться в определенных клинических ситуациях.

Как только достигнуто согласие, что: основным механизмом пользы антигипертензивной терапии является само по себе снижение АД, влияние разных препаратов на связанные с АГ исходы одинаково или различается лишь в минимальной степени, предсказать тип исхода у конкретного больного невозможно и все классы антигипертензивных средств имеют свои преимущества и противопоказания. Становится ясно, что универсальное ранжирование препаратов для снижения АД не основано на доказательствах.

Начало терапии с комбинации двух антигипертензивных препаратов рекомендовано при значительном повышении АД (САД ≥160 мм рт. ст.), а также у больных с умеренным повышением АД (САД ≥140 мм рт. ст.), но с высоким кардиоваскулярным риском. Комбинированное лечение позволяет лучше контролировать АД у большого количества больных. Также при-

верженность к комбинированной терапии значительно выше.

Не рекомендуется применение комбинации двух блокаторов РААС, даже с целью уменьшения значительной протеинурии.

В перечень оптимальных вошли следующие комбинации:

- АРА + диуретик
- иАПФ + диуретик
- АРА + АКК
- иАПФ + АКК
- АКК + диуретик

Комбинация бетаблокатора и диуретика менее предпочтительна, так как при этой комбинации чаще, чем при других, регистрируются новые случаи впервые выявленного СД у предрасположенных к нему лиц.

Антигипертензивная терапия у молодых.

У некоторых молодых здоровых мужчин имеется повышение САД на плечевой артерии (>140 мм рт.ст.) при нормальных значениях ДАД (<90 мм рт.ст.). Центральное давление у таких людей иногда нормальное. Нет никаких доказательств того, что антигипертензивная терапия принесет им какую – то пользу. Существуют доказательства, что подобное состояние необязательно будет переходить в систолическую/диастолическую АГ. Этим молодым людям можно рекомендовать только изменение образа жизни, но их нужно тщательно наблюдать.

Антигипертензивная терапия пожилых больных.

Существуют доказательства того, что пожилым пациентам в возрасте до 80 лет при исходном САД >160 мм рт.ст. целесообразно снижать САД до уровня 150 – 140 мм рт. ст. У некоторых пожилых больных до 80 лет целевой уровень может быть и <140 мм рт.ст., при хорошей переносимости терапии.

Пациентам старше 80 лет при САД больше 160 мм рт. ст. целесообразно снижать САД до уровня 150-140 мм рт. ст., если они находятся в хорошем физическом и умственном состоянии.

Для фармакотерапии пожилых больных с АГ могут использоваться все классы антигипертензивных препаратов. У пациентов с изолированной систолической гипертензией предпочтение может отдаваться диуретикам и АКК.

Антигипертензивная терапия у женщин.

Гендерных отличий в эффективности антигипертензивных препаратов получено не было.

Прием оральных контрацептивов сопровождается наибольшим, но значимым повышением АД и развитием АГ примерно у 5% пользовательниц.

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) не рекомендуется женщинам для первичной и вторичной профилактики ССЗ. ЗГТ может рассматриваться у более молодых женщин при тяжелых менопаузальных симптомах, с тщательной оценкой пользы от такого лечения и возможного риска.

Необходимо проводить антигипертензивную терапию беременных с тяжелой гипертензией (САД >160 мм рт.ст. или ДАД >110 мм рт. ст.). Также антигипертензивное лечение может рассматриваться у беременных с постоянным повышением АД >150/95 мм рт.ст. и при гестационной гипертензии или поражении органов – мишеней при АД >140/90 мм рт. ст.

У беременных следует отдать предпочтение таким препаратам, как метилдопа, лабеталол и нифедипин. Для ур-

гентного снижения АД при эклампсии рекомендуется использовать внутривенно лабеталол или нитропруссид.

Антигипертензивная терапия у пациентов с сахарным диабетом.

В рекомендациях пересмотрены целевые уровни АД у пациентов с СД, они определены на уровне $<140/90$ мм рт.ст. Подчеркнуто, что антигипертензивные препараты не оказывают существенного влияния на диабетическую ретинопатию. Доказательные рекомендации заключаются в том, чтобы начинать антигипертензивную терапию у всех больных с СД со средним САД >160 мм рт.ст. Терапия также рекомендуется больным с СД с уровнем >140 мм рт.ст., при этом целью должно быть стойкое снижение АД до уровня <140 мм рт.ст. Целевые значения ДАД ниже 80-85 мм рт.ст. подтверждаются результатами исследований HOT и Британского проспективного исследования диабета (UKPDS). Так как добиться контроля АД при диабете труднее, целесообразно назначать комбинированную терапию. Поскольку ингибиторы РААС сильнее влияют на протеинурию, целесообразно включать в комбинацию либо иАПФ, либо АРА. Следует избегать назначения двух блокаторов РААС одновременно (включая ингибитор ренина алискирен).

Антигипертензивная терапия у больных с метаболическим синдромом.

В настоящее время мнение о том, что метаболический синдром (МС) является полезной клинической концепцией оспаривается, главным образом потому, что оказалось трудно доказать, что он что-то добавляет к прогностической силе своих отдельных факторов.

Прежде всего, у больных с МС необходимо добиваться снижения веса. Помимо снижения АД необходимо уделять внимание коррекции метаболических нарушений и замедлению развития СД. Фармакотерапия должна назначаться у больных с МС при АД $>140/90$ мм рт.ст. и недостаточной эффективности рекомендаций по изменению образа жизни. Не рекомендуется назначать медикаментозное лечение у больных с МС и высоким нормальным АД.

Так как МС можно рассматривать как состояние «предиабета», предпочтительны блокаторы РААС и АКК, поскольку они потенциально улучшают или, по крайней мере не ухудшают чувствительность к инсулину. БАБ (кроме вазодилатирующих) и диуретики следует считать лишь дополнительными препаратами и назначать их можно в малых дозах.

Антигипертензивная терапия пациентов с нефропатией.

У больных с диабетическим или недиабетическим поражением почек следует снижать САД до уровня <140 мм рт.ст. При наличии явной протеинурии - <130 мм рт.ст., при условии регулярного контроля рСКФ.

Для достижения целевого АД требуется комбинированная терапия. Предпочтение следует отдавать блокаторам РААС с целью более значительного снижения протеинурии, в комбинации с БКК или диуретиками.

Не следует применять комбинацию двух блокаторов РААС.

При ХБП нельзя рекомендовать антагонисты минералкортикоидных рецепторов, особенно в комбинации с блокаторами РААС из-за риска ухудшения функции почек и гиперкалиемии. Если креатинин сыворотки достигает 1,5 мг/дл или рСКФ <30 мл/мин/1.73м², то тиазидные диуретики заменяют петлевыми.

Гемодиализным больным можно назначать все антигипертензивные препараты, кроме диуретиков, при этом их дозы зависят от гемодинамической нестабильности и способности конкретного препарата проходить через диализные мембраны.

Антигипертензивная терапия пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.

В первую неделю после острого инсульта антигипертензивное лечение не рекомендуется, независимо от уровня АД, хотя при очень высоких значениях САД следует действовать по клинической ситуации.

Больным с АГ, перенесшим церебральный инсульт или ТИА, рекомендуется антигипертензивное лечение, даже если исходная САД 140-159 мм рт.ст., при этом целевой уровень САД <140 мм рт.ст., за исключением пожилых больных, у которых целевой уровень САД выше - в пределах 140-150 мм рт.ст.

Все классы антигипертензивных препаратов могут использоваться для профилактики церебральных инсультов у пациентов с АГ.

Для предотвращения инсульта для больных с АГ подходят любые режимы антигипертензивной терапии, обеспечивающие эффективное снижение АД. Имеющиеся данные позволяют предполагать, что несколько более эффективны в профилактике инсульта АКК. В метаанализах более выраженные цереброваскулярные протективные эффекты описаны также для АРА, при одинаковом снижении АД.

Антигипертензивная терапия больных с ИБС и/или сердечной недостаточностью.

Рекомендован целевой уровень САД <140 мм рт.ст. у больных с ИБС. Если больной АГ недавно перенес ИМ, рекомендуется использовать БАБ. При других формах ИБС возможно применение всех классов антигипертензивных препаратов, при этом предпочтение отдается БАБ и АКК, учитывая их антиангинальные свойства.

При АГ с сопутствующей СН со сниженной фракцией выброса (ФВ), рекомендуется использование блокаторов РААС, БАБ, диуретиков и антагонистов минералкортикоидных рецепторов (АМКР).

При АГ с СН с сохраненной ФВ отсутствуют доказательства эффекта снижения АД, тем не менее им также рекомендуется снижение АД до уровня САД <140 мм рт.ст. и проведение симптоматической терапии.

Антигипертензивная терапия и фибрилляция предсердий.

АГ - самое распространенное сопутствующее заболевание у пациентов с ФП. Даже высокое нормальное АД ассоциировано с развитием ФП, а АГ, вероятно, является ее обратимым этиологическим фактором.

Для профилактики ФП у больных с высоким общим риском или у больных АГ со структурной патологией сердца (ГЛЖ, дисфункция ЛЖ) следует применять блокаторы РААС (в комбинации с БАБ и АМКР при СН).

Антигипертензивная терапия и ГЛЖ.

ГЛЖ, особенно концентрическая, сопровождается сердечно-сосудистым риском более 20 % в ближайшие 10 лет. Уменьшение ГЛЖ тесно связано со снижением АД.

Антигипертензивная терапия рекомендована всем пациентам с ГЛЖ. У больных с ГЛЖ терапия должна начинаться с блокаторов РААС и АКК. В исследовании LIFE было доказано значительное снижение ССС в зависимости от регресса ГЛЖ.

Антигипертензивная терапия при атеросклерозе периферических артерий (ППА).

При наличии атеросклероза сонных артерий целесообразно назначать АКК и иАПФ.

Больным АГ с СПВ более 10 м/сек целесообразно назначать любые антигипертензивные препараты, при условии стойкого снижения АД до <140/90 мм рт.ст.

Больным АГ с ППА целевое АД рекомендуется <140/90 мм рт.ст., так как у них имеется высокий риск ИМ, МИ, СН и сердечно-сосудистой смертности.

Кроме антигипертензивных препаратов пациентам с АГ при умеренном и высоком риске рекомендуется применение статинов с целевым уровнем холестерина ЛПНП <3,0 ммоль/л, а у больных с верифицированной ИБС <1,8 ммоль/л. Пациентам с предшествующими ССС показано применение низких доз аспирина.

У больных с АГ и сопутствующим СД рекомендовано назначение антидиабетических препаратов с целевым уровнем HbA1c <7,0 %, а у пожилых пациентов с длительным анамнезом СД следует рассматривать целевой уровень HbA1c <7,5 – 8,0%.

Отдельно в рекомендациях выделены терапевтические проблемы, которые остаются открытыми и нуждаются в дополнительном изучении:

1. Нужно ли назначать медикаментозную антигипертензивную терапию всем больным с АГ 1 степени и низким и умеренным сердечно-сосудистым риском?

2. Нужно ли назначать медикаментозную антигипертензивную терапию больным старческого возраста с уровнем САД от 140 до 160 мм рт.ст.?

3. Нужно ли назначать медикаментозную терапию пациентам с «гипертонией белого халата»? Можно ли дифференцировать пациентов с этим состоянием, на нуждающихся и не нуждающихся в лечении?

4. Нужно ли начинать медикаментозную антигипертензивную терапию в диапазоне высокого нормального АД и если да, то каким больным?

5. Каковы оптимальные офисные значения АД (т.е., наиболее безопасные и обеспечивающие наилучшую протекцию), которых нужно достигать на фоне лечения у пациентов с различными демографическими и клиническими характеристиками?

6. Имеют ли подходы к лечению, основанные на контроле внеофисного АД, преимущество (в виде снижения клинической заболеваемости и смертности, применения меньшего числа препаратов, меньшего числа побочных эффектов) перед подходами, основанными на традиционном офисном контроле АД?

7. Каковы оптимальные значения внеофисного (домашнего и амбулаторного) АД, которых нужно достигать на фоне лечения, и должны ли целевые значения у больных АГ высокого риска быть выше или ниже?

8. Может ли учет значений центрального АД улучшить прогнозирование сердечно-сосудистых событий у нелеченых и леченых больных АГ?

9. Имеют ли инвазивные процедуры для лечения резистентной АГ преимущества перед наилучшей медикамен-

тозной терапией и обеспечивают ли они длительный контроль АД и снижение заболеваемости и смертности?

10. Является ли динамика бессимптомного поражения органов-мишеней, обусловленная лечением, предиктором исходов? Какие параметры или какая комбинация параметров наиболее ценны?

11. Могут ли изменения образа жизни, которые снижают АД, уменьшить также число осложнений и смертность у больных АГ?

12. Способствует ли уменьшение суточной вариабельности АД на фоне лечения лучшему протективному действию антигипертензивной терапии на сердечно-сосудистую систему?

13. Может ли снижение АД существенно уменьшить сердечно-сосудистый риск при резистентной АГ?

В целом рекомендации ESH/ESC 2013г. уточнили некоторые подходы к антигипертензивной терапии, в ряде случаев были пересмотрены целевые уровни АД и несколько либерализованы подходы к монотерапии.

Литература

1. Бова, А.А. Место антагонистов рецепторов ангиотензина II в клинической практике // Мед. новости. — 2009. — № 6. — С. 11-15. / Bova A.A. Place of angiotensin II receptor antagonists in clinical practice // Medical News [Meditsinskiye Novosti]. — 2009. — № 6. — P. 11-15 [Russian].

2. Верткин, А.Л., Скотников А.С. Артериальная гипертония: перспективы современной фармакотерапии и значение высокоселективных блокаторов ангиотензиновых рецепторов // Рус. мед. журн. — 2009. — Т. 17, № 18. — С. 1188-1193. / Vertkin A.L., Skotnikov A.S. Hypertension: perspectives of modern pharmacotherapy and highly selective angiotensin receptor blockers significance // Russian Medical Journal [Russkiy Meditsinskiy Zhurnal]. — 2009. — Vol. 17, № 18. — P. 1188-1193 [Russian].

3. Глезер, М.Г. Комбинированная терапия — современная стратегия лечения пациентов с артериальной гипертонией // Рус. мед. журн.—2009. — Т. 16, № 11. — С. 44-47. / Gleser M.G. Combination therapy — a modern treatment strategy in hypertensive patients // Russian Medical Journal [Russkiy Meditsinskiy Zhurnal]. — 2009. — Vol. 16, № 11. — P. 44-47 [Russian].

4. Национальные клинические рекомендации. Сб. под ред. Оганова Р.Г. — 2-изд. — М.: Изд-во «Силицей-Полиграф», 2009. — С. 528. / National clinical guidelines. Collection by R.G. Oganov (ed.). — 2nd edition. — Moscow: Publishing house «Silicea-Polygraph», 2009. — P. 528 [Russian].

5. Оганов, Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 2. — С. 3-7. / Oganov R.G., Maslennikova G.Y., Shalnova S.A., Deev A.D. The value of cardiovascular and other non-contagious diseases for public health in Russia // Disease Prevention and Health Promotion [Profilaktika Zabolevaniy i Ukrepleniye Zdorovya]. — 2002. — № 2. — P. 3-7 [Russian].

6. 2013 European Society of Hypertension-European of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2013; 31: (7): 1281-1357

Поступила 23.09.2013 г.