

Основные положения рекомендаций Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов 2007 по ведению пациентов с артериальной гипертензией

В течение ряда лет Европейское общество гипертензии (ESH) и Европейское общество кардиологов (ESC) принимали рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертензией (АГ), разработанные Всемирной организацией здравоохранения и Международным обществом гипертензии, и лишь в 2003 году опубликовали собственные, учитывающие специфику диагностики, оценки сердечно-сосудистого риска и оказания медицинской помощи в странах Европы. Высоко оценивая этот документ, эксперты отмечали возможность его усовершенствования на обновленной доказательной базе, что и обусловило появление рекомендаций ESH/ESC 2007 г. Подчеркивается рекомендательный (а не нормативный) характер разработок, их образовательная функция, а также различный уровень доказательности отдельных положений, обусловленный включением данных и рандомизированных, и обсервационных исследований, и метаанализов, и критических обзоров, а также мнений экспертов.

Влияние артериального давления (АД) на сердечно-сосудистый риск столь значимо, что и терминология, и нормативные показатели постоянно пересматриваются. В настоящих рекомендациях сохранена классификация АГ, приведенная в документе ESH/ESC 2003 г., при этом:

1) если систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД) пациента попадают в разные категории, при определении сердечно-сосудистого риска, выборе фармакотерапии и оценке ее эффективности принимают во внимание более высокую градацию;

Таблица 1. Классификация уровней артериального давления, мм рт.ст.

Категория	Систолическое		Диастолическое
Оптимальное	< 120	и	< 80
Нормальное	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное	130–139	и/или	85–89
Гипертензия 1-й степени	140–159	и/или	90–99
Гипертензия 2-й степени	160–179	и/или	100–109
Гипертензия 3-й степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая гипертензия	≥ 140	и	< 90

Примечание: степень изолированной систолической гипертензии (1, 2, 3-я) определяется показателями систолического АД при условии, что показатели диастолического < 90 мм рт.ст.; 1, 2 и 3-я степени соответствуют терминам «мягкая», «умеренная» и «тяжелая» АГ, и эта замена позволяет избежать недоразумений при оценке общего сердечно-сосудистого риска.

2) степень изолированной систолической гипертензии (1, 2, 3-я) определяется такими же показателями систолического АД, как для систолодиастолической гипертензии. Сочетание с низкими показателями диастолического АД (60–70 мм рт.ст.) следует рассматривать как дополнительный риск;

3) порог гипертензии (и необходимость фармакотерапии) рассматривают во взаимосвязи с уровнем и профилем общего сердечно-сосудистого риска. К примеру, показатели АД могут быть расценены как неприемлемо высокие и требующие лечения в ситуации высокого риска, и как вполне приемлемые у пациента с низким риском.

Общий сердечно-сосудистый риск

У пациентов с АГ обычно присутствуют дисметаболические риск-факторы и субклинические поражения органов-мишеней.

Кроме степени АГ, у всех гипертензивных пациентов должен оцениваться общий сердечно-сосудистый риск — на основе определения различных сопутствующих риск-факторов, органических поражений и заболеваний.

Исходный общий сердечно-сосудистый риск в значительной мере определяет лечебную стратегию — начало фармакотерапии, пороговое и целевое АД, применение комбинированной терапии, необходимость статинов и прочих неантигипертензивных лекарственных средств.

Существует ряд методов оценки общего сердечно-сосудистого риска, каждый из которых имеет преимущества и недостатки. Рекомендуется простая в использовании классификация общего сердечно-сосудистого риска как низкого, умеренного, высокого и очень высокого дополнительного. Термин «дополнительный» относится к риску, дополняющему средний.

Таблица 2. Стратификация сердечно-сосудистого риска по 4 категориям

Другие риск-факторы, ОП или заболевания	Артериальное давление (мм рт.ст.)				
	Нормальное	Высокое нормальное	АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
	САД 120–129 или ДАД 80–84	САД 130–139 или ДАД 85–89	САД 140–159 или ДАД 90–99	САД 160–179 или ДАД 100–109	САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110
Других риск-факторов нет	Среднепопуляционный риск	Среднепопуляционный риск	Низкий дополнительный риск	Умеренный дополнительный риск	Высокий дополнительный риск
1–2 риск-фактора	Низкий дополнительный риск	Низкий дополнительный риск	Умеренный дополнительный риск	Умеренный дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
3 и более риск-фактора, МС, ОП или диабет	Умеренный дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
Наличие заболевания СС-системы или почек	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск

Примечания: СС — сердечно-сосудистый; ОП — субклиническое поражение органов, МС — метаболический синдром; низкий, умеренный, высокий и очень высокий риск отражает риск развития фатальных и нефатальных СС-событий в течение 10 лет; термин «дополнительный» соответствует повышению риска во всех категориях по сравнению со средним.

Общий риск обычно выражает абсолютный риск развития сердечно-сосудистых событий в течение 10 лет. У молодых гипертензивных пациентов абсолютный общий сердечно-сосудистый риск может быть ниже, даже при высоком АД и наличии дополнительных риск-факторов, однако при неэффективном лечении с годами возможно развитие отчасти необратимого высокого риска. Решение о лечении молодых пациентов с АГ должно определяться преимущественно количественной оценкой относительного риска, т.е. повышения риска по сравнению со средним в популяции.

В табл. 3 представлены факторы, наиболее значимые для стратификации риска у гипертензивных пациентов: демографические, антропометрические, анамнестические (семейный анамнез, перенесенные заболевания, курение), а также показатели АД, содержания глюкозы и липидов в крови, степени поражения органов-мишеней, наличие сахарного диабета и других ассоциированных клинических состояний, что было отражено в рекомендациях 2003 г.

Таблица 3. Прогностически значимые факторы

Риск-факторы	Субклиническое поражение органов
<ul style="list-style-type: none"> – Уровень САД и ДАД – уровень пульсового АД (у пожилых) – возраст (для мужчин – старше 55, для женщин – старше 65 лет) – курение – дислипидемия: общий ХС > 5,0 ммоль/л (190 мг/дл), или ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл), или ХС ЛПВП у мужчин < 1,0 ммоль/л (40 мг/дл), у женщин < 1,2 ммоль/л (45 мг/дл), или ТГ > 1,7 ммоль/л (150 мг/дл) – уровень глюкозы в плазме натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл) – нарушение теста толерантности к глюкозе – абдоминальное ожирение (окружность талии > 102 см у мужчин, > 88 см у женщин) – отягощенный семейный анамнез (случаи преждевременной сердечно-сосудистой смерти – до 55 лет у мужчин, до 65 лет у женщин) 	<ul style="list-style-type: none"> – ЭКГ-признаки ГТ ЛЖ (индекс Sokolow – Lyon > 38 мм; индекс Cornell > 2440) – ЭхоКГ-признаки ГТ ЛЖ¹ (ММ ЛЖ ≥ 125 г/м² у мужчин и ≥ 110 г/м² у женщин) – утолщение стенки сонной артерии (ТИМ > 0,9 мм) или бляшка – скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 12 м/с – индекс АД лодыжка/плечо < 0,9 – незначительное повышение уровня креатинина в плазме: мужчины – 115–133 ммоль/л (1,3–1,5 мг/дл), женщины – 107–124 ммоль/л (1,2–1,4 мг/дл) – снижение скорости клубочковой фильтрации² (< 60 мл/мин/1,73 м²) или клиренса креатинина (< 60 мл/мин) – микроальбуминурия 30–300 мг/сутки или соотношение альбумин/креатинин ≥ 22 мг/г креатинина (у мужчин) или ≥ 31 мг/г креатинина (у женщин)
<p>Сахарный диабет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – уровень глюкозы в плазме натощак ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях – или постпрандиальная гликемия > 11,0 ммоль/л (198 мг/дл) 	<p>Установленное заболевание сердечно-сосудистой системы или почек:</p> <ul style="list-style-type: none"> – цереброваскулярное заболевание: ишемический инсульт, геморрагия, ТИА – заболевание сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация, СН – заболевание почек: диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (сывороточный креатинин > 133 ммоль/л у мужчин и > 124 ммоль/л у женщин) – заболевание периферических артерий – выраженная ретинопатия: геморрагии или экссудат, отек соска зрительного нерва

Примечания: ¹ – риск максимален для концентрической ГТ ЛЖ – повышение индекса массы ЛЖ и соотношение толщина стенки/радиус ≥ 0,42; ² – по формуле MDRD; ³ – по формуле Cockcroft – Gault; ХС – холестерин; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ТГ – триглицериды; ЭКГ – электрокардиография; ЭхоКГ – эхокардиография; ЛЖ – левый желудочек; ГТ – гипертрофия; ММ – масса миокарда; ТИМ – толщина комплекса интима-медиа; ТИА – транзиторная ишемическая атака; СН – сердечная недостаточность.
NBI Кластер 3 из 5 таких риск-факторов, как абдоминальное ожирение, повышение уровня глюкозы в плазме натощак, повышение АД ≥ 130/85 мм рт. ст., снижение уровня холестерина ЛПВП и повышение уровня триглицеридов (как описано выше), отражает наличие метаболического синдрома.

Следующие положения дополняют предыдущие рекомендации.

1. Метаболический синдром упомянут (без заключений о патогенетической сущности) как комбинация риск-факторов, часто ассоциированных с АГ, что значительно повышает кардиоваскулярный риск.
2. Внимание вновь акцентируется на диагностике поражений органов-мишеней, поскольку субклинические повреждения некоторых из них, обусловленные АГ, отражают прогрессирование сердечно-сосудистого континуума, что значительно повышает риск в сравнении с просто наличием риск-факторов.
3. Расширен перечень почечных маркеров поражений органов-мишеней — включены определение клиренса креатинина по формуле Cockcroft — Gault или оценка скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD как более точные индексы кардиоваскулярного риска на фоне почечной дисфункции.
4. Микроальбуминурия рассматривается как обязательная составляющая оценки органных поражений, поскольку ее определение легко и доступно.
5. Концентрическая гипертрофия левого желудочка определена как структурный параметр сердца, значительно повышающий кардиоваскулярный риск.
6. Рекомендовано по возможности оценивать поражения различных органов (сердца, сосудов, почек, головного мозга), поскольку полиорганность ассоциируется с худшим прогнозом.
7. Дополнило перечень факторов, влияющих на прогноз, повышение скорости пульсовой волны как ранний маркер жесткости крупных артерий, хотя доступность этого исследования в клинической практике ограничена.
8. Низкое соотношение показателей АД на лодыжке и на плече (< 0,9) — простой в определении маркер атеросклероза и повышения общего кардиоваскулярного риска.

9. Оценка состояния органов-мишеней рекомендуется не только до начала лечения (для стратификации риска), но и в динамике, поскольку доказано, что регресс гипертрофии левого желудочка и редукция протеинурии отражают такой эффект терапии, как кардиовазопротекция.

10. Возможным риск-фактором считают увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС) — с учетом растущего числа доказательств влияния показателя на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, а также на общую смертность. Приведены данные о том, что увеличение ЧСС повышает риск возникновения АГ и часто ассоциируется с метаболическими расстройствами и метаболическим синдромом. Тем не менее большая вариабельность нормальных значений ЧСС в покое (60–90 в 1 мин) не позволяет рекомендовать оценку ЧСС для повышения точности стратификации сердечно-сосудистого риска.

11. Основные показатели, определяющие категории высокого или очень высокого риска (следует обратить внимание на то, что наличие нескольких риск-факторов, сахарного диабета или поражений органов позволяет безусловно отнести пациента с АГ (даже при высоком нормальном АД) к категории высокого риска):

1) повышение САД > 180 мм рт.ст. и/или ДАД > 110 мм рт.ст.;

2) САД > 160 мм рт.ст. при низком ДАД (< 70 мм рт.ст.);

3) сахарный диабет;

4) метаболический синдром;

5) наличие 3 и более сердечно-сосудистых риск-факторов;

6) наличие по меньшей мере одного из субклинических поражений органов-мишеней:

— ГТ ЛЖ по данным ЭКГ (особенно при нагрузке) или ЭхоКГ (особенно концентрическая);

— утолщение стенки или бляшка сонной артерии по данным ультразвукового обследования;

— повышение артериальной жесткости;

— умеренное повышение сывороточного креатинина;

— установленное снижение скорости клубочковой фильтрации или клиренса креатинина;

7) установленное заболевание сердца или почек.

Диагностическая оценка

При обследовании пациента устанавливаются: 1) показатели АД; 2) наличие вторичной АГ; 3) наличие других факторов сердечно-сосудистого риска, субклинических поражений органов, сопутствующих заболеваний, а также осложнений сердечно-сосудистых и почечных заболеваний. С этой целью проводятся повторные измерения АД, учитываются данные анамнеза (в том числе семейного), физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследования.

Измерение АД

Непосредственно перед измерением АД пациенту следует посидеть несколько минут в спокойной обстановке. Требуется по меньшей мере два измерения с интервалом 1–2 минуты. Обычно используют стандартную манжетку (12–13 см длиной, 35 см шириной), однако должны быть доступны как большая (для полных пациентов), так и манжетка меньших размеров (для детей, худых пациентов). При измерении АД манжетка тонометра должна располагаться на уровне сердца независимо от положения пациента; выпускать воздух из нее следует со скоростью 2 мм рт.ст./с. Расценивают как САД и ДАД первую и пятую (исчезновение) фазу тонов Короткова соответственно. При первом визите пациента необходимо измерять АД на обеих руках — для выявления различий, обусловленных заболеванием периферических артерий; в таком случае референтными считают более высокие показатели. У пожилых пациентов, у больных сахарным диабетом, а также при частой или предполагаемой постуральной гипотензии АД следует также измерить на 1-й и 5-й минутах после перехода в вертикальное положение. Необходимо также

оценить частоту сердечных сокращений — посредством пальпации пульса по меньшей мере в течение 30 секунд.

«Офисное», амбулаторное и «домашнее» измерение АД

Амбулаторное измерение АД может повысить точность оценки кардиоваскулярного риска по сравнению с «офисным» как у нелеченых, так и у получающих антигипертензивную терапию. 24-часовой мониторинг АД особенно информативен в таких случаях:

- значительная вариабельность «офисных» показателей АД;
- высокие показатели АД при офисном измерении сочетаются с низким общим кардиоваскулярным риском у пациента;
- значительные расхождения при измерении АД на приеме и в домашних условиях;
- предполагается резистентность к антигипертензивной терапии;
- предполагаются эпизоды гипотензии, особенно у пожилых пациентов и у больных сахарным диабетом;
- предполагается наличие сонных апноэ;
- у беременных, если при «офисном» измерении установлено повышенное АД и предполагается преэклампсия.

В норме показатели среднего за 24 часа АД ниже «офисных» и составляют: САД < 125–130 мм рт.ст., ДАД < 80 мм рт.ст., причем в дневное время САД < 130–135 мм рт.ст., ДАД < 85 мм рт.ст.

Самостоятельное измерение АД в домашних условиях также имеет значение и должно поощряться, поскольку позволяет судить об эффективности антигипертензивной терапии, особенно в промежутках между приемами препаратов; повышает приверженность к лечению — улучшает комплаенс; позволяет оценить технические аспекты и окружающие условия, в которых проводится амбулаторный мониторинг АД.

Не следует поощрять самостоятельное измерение АД в домашних условиях, если это причиняет беспокойство пациенту или влечет за собой самостоятельную модификацию режима терапии.

Нормальные показатели «домашнего» АД также ниже офисных: САД < 130–135 мм рт.ст., ДАД < 85 мм рт.ст.

Особые состояния: изолированная офисная гипертензия (гипертензия белого халата) и изолированная амбулаторная гипертензия (скрытая гипертензия). В первом случае при офисных измерениях у пациента персистирует АД > 140/90 мм рт.ст., но при амбулаторном или самостоятельных измерениях в домашних условиях АД < 130–135/85 мм рт.ст. (в дневное время). Кардиоваскулярный риск у таких пациентов ниже, чем в случае повышенного и офисного, и амбулаторного/домашнего АД, но несколько выше, чем при нормотензии во всех этих условиях.

При изолированной амбулаторной (скрытой) гипертензии повторные измерения на приеме демонстрируют показатели АД < 140/90 мм рт.ст., а гипертензию выявляет либо суточное мониторирование (АД > 125–130/80 мм рт.ст.), либо самостоятельное измерение в домашних условиях (АД > 130–135/85 мм рт.ст.). У таких пациентов кардиоваскулярный риск соответствует офисной и внеофисной гипертензии.

Диагностическая оценка

У пациентов с АГ следует выяснять следующие данные анамнеза: 1) течение заболевания и предшествующие показатели повышенного АД; 2) индикаторы вторичной гипертензии; 3) риск-факторы; 4) симптомы поражения органов; 5) предшествующая антигипертензивная терапия (эффективность, побочные действия); 6) личные, семейные факторы, среда обитания. При физикальном обследовании предполагается выявление признаков вторичной гипертензии, признаков поражения органов и наличия висцерального ожирения.

К рутинным лабораторным исследованиям относятся: оценка уровня глюкозы в плазме крови натощак, содержания в сыворотке общего холестерина, холестерина ЛПНП и ЛПВП, триглицеридов, калия, мочевой кислоты, креатинина, определение клиренса креатинина (по формуле Cockcroft — Gault) или скорости клубочковой фильтрации (по формуле MDRD), а также оценка уровня гемоглобина и гематокрита; при исследовании мочи необходима оценка микроальбуминурии (качественная проба) и микроскопия осадка. Рутинным исследованием является и ЭКГ.

Рекомендованные тесты: эхокардиография, ультразвуковое исследование сонных артерий, количественная оценка протеинурии (при позитивной качественной пробе), оценка лодыжечно-плечевого индекса АД, фундоскопия, глюкозотолерантный тест (при уровне глюкозы в плазме натощак > 5,6 ммоль/л или > 100 мг/дл), самостоятельное измерение АД в домашних условиях и 24-часовой мониторинг АД, а также измерение скорости распространения пульсовой волны (по возможности).

Расширенное обследование (компетенция специалиста): 1) дальнейшее выявление церебральных, сердечно-сосудистых и почечных повреждений (обязательно у пациентов с осложненной АГ); 2) выявление вторичной гипертензии, заподозренной на основании данных анамнеза, физикального обследования или рутинных параклинических тестов: измерение уровня ренина, альдостерона, кортикостероидов, катехоламинов в плазме и/или моче, артериография, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Субклиническое поражение органов

Учитывая важность субклинического поражения органов и как промежуточной стадии континуума сосудистого заболевания, и как детерминанты общего сердечно-сосудистого риска, необходимо их выявлять целенаправленно, с применением адекватных технологий.

Сердце . ЭКГ — для выявления гипертрофии левого желудочка (ГТ ЛЖ), паттернов напряжения, ишемии и аритмий. Эхокардиография рекомендована как более чувствительный метод диагностики ГТ ЛЖ, а также для оценки систолической функции ЛЖ (паттерн геометрии ЛЖ позволяет выявить его концентрическую гипертрофию — фактор неблагоприятного прогноза). Для диагностики диастолической дисфункции применяют трансмитральную доплерографию.

Таблица 4. Доступность, прогностическая ценность и стоимость определения некоторых маркеров поражения органов-мишеней (шкала от 0 до 4 плюсов)

Маркеры	Прогностическое значение (по сердечно-сосудистым событиям)	Доступность	Стоимость
ЭКГ	++	++++	+
ЭхоКГ	+++	+++	++
Толщина комплекса интима-медиа каротид	+++	+++	++
Артериальная жесткость (скорость пульсовой волны)	+++	+	++
Лодыжечно-плечевой индекс	++	++	+
Содержание кальция в коронарных сосудах	+	+	++++
Характеристика ткани сердца/сосудов	?	+	++
Маркеры циркуляторного коллагена	?	+	++
Эндотелиальная дисфункция	++	+	+++
Церебральные лакуны/повреждение белого вещества	?	++	++++
Скорость клубочковой фильтрации или клиренс креатинина	+++	++++	+
Микроальбуминурия	+++	++++	+

Сосуды . Ультразвуковое сканирование экстракраниальных сонных артерий рекомендуют для выявления их гипертрофии и для диагностики асимптомного атеросклероза. Повышенная артериальная жесткость (приводящая к изолированной систолической АГ у пожилых) может быть выявлена с помощью измерения скорости пульсовой волны, и этот метод следует применять шире. Низкий лодыжечно-плечевой индекс АД свидетельствует о продвинутой стадии заболевания периферических артерий.

Почки . Диагноз обусловленного гипертензией заболевания почек базируется на выявлении сниженной почечной функции или повышенной альбуминурии. Рутинной процедурой должен стать расчет скорости клубочковой фильтрации (по формуле MDRD, учитывающей возраст, пол, расу) и определение клиренса креатинина (по формуле Cockcroft — Gault, учитывающей также вес тела). Всем пациентам с АГ следует проводить качественную пробу на наличие белка в моче, а при

негативном результате выявлять микроальбуминурию в капельном анализе и соотносить с экскрецией креатинина.

Фундоскопия. Осмотр глазного дна рекомендуется только при тяжелой гипертензии. «Мягкие» изменения сетчатки обычно неспецифичны, особенно у пациентов молодого возраста. Кровоизлияния, экссудаты и отек соска зрительного нерва (лишь при тяжелой АГ) ассоциируются с повышенным кардиоваскулярным риском.

Головной мозг. «Немые» и лакунарные инсульты, мелкие кровоизлияния, повреждения белого вещества мозга не являются редкостью среди гипертензивных пациентов и могут быть диагностированы с помощью КТ и МРТ, однако широкое применение последних ограничено доступностью и стоимостью. Для диагностики начальных повреждений мозга у пожилых пациентов с АГ могут использоваться когнитивные тесты.

Доказательства преимуществ антигипертензивной терапии

В плацебо-контролируемых исследованиях доказано, что снижение АД редуцирует частоту фатальных и нефатальных кардиоваскулярных событий, причем преимущества показаны для инициации терапии тиазидными диуретиками, бета-блокаторами, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ или блокаторами ангиотензиновых рецепторов. Сравнительные исследования различных антигипертензивных средств (или их комбинаций) не доказали, что при условии одинакового снижения АД есть различия в редукации кардиоваскулярного риска. Таким образом, как исследования, так и их метаанализы подтверждают определяющее значение собственно снижения АД для снижения всех видов кардиоваскулярных событий — инсульта, инфаркта миокарда и сердечной недостаточности, независимо от примененных антигипертензивных средств.

Для отдельных причинно-специфических кардиоваскулярных событий (инсульт, сердечная недостаточность, коронарные события) сообщается о независимых от снижения АД эффектах специфических антигипертензивных средств, однако доминирующим остается эффект собственно снижения АД. Специфические, независимые от снижения АД эффекты антигипертензивных средств более значимы для событий, возникающих на ранних этапах кардиоваскулярного континуума: например, предотвращение субклинических поражений органов, профилактика состояний, обуславливающих высокий кардиоваскулярный риск, — сахарного диабета, почечной недостаточности, фибрилляции предсердий.

Инициация антигипертензивной терапии

Принимая решение о назначении фармакотерапии, следует опираться на два критерия: уровни систолического и диастолического АД, уровень общего кардиоваскулярного риска. Необходимо учитывать следующее: 1) безотлагательное назначение антигипертензивной терапии показано пациентам с АГ 3-й степени, а также пациентам с очень высоким риском — при любой выраженности АГ; 2) при АГ 1-й и 2-й степени и умеренном риске начало фармакотерапии может быть отложено на несколько недель, однако при отсутствии адекватного снижения АД препараты следует назначить; 3) при высоком нормальном АД решение о начале лечения базируется на оценке риска.

Как представлено в табл. 5, модификация стиля жизни обязательна у всех пациентов, в том числе при наличии показаний к фармакотерапии. Целью ее является снижение АД, контроль прочих риск-факторов и снижение доз антигипертензивных препаратов, которые назначаются в дальнейшем. Изменить образ жизни предлагается и при высоком нормальном АД с наличием других риск-факторов — для уменьшения вероятности развития АГ. Доказано, что к снижению АД и кардиоваскулярного риска приводят такие меры: отказ от курения, снижение (и стабилизация) массы тела, прекращение злоупотребления алкоголем, физические упражнения, уменьшение употребления поваренной соли, увеличение употребления фруктов и овощей, уменьшение употребления жиров (насыщенных и в целом). Устные рекомендации по модификации стиля жизни требуют экспертной поддержки и поведенческого закрепления, их необходимо периодически повторять. Учитывая низкую приверженность к изменениям стиля жизни и вариабельность возникающих при этом изменений АД, не следует откладывать назначение фармакотерапии при наличии показаний к ней.

Таблица 5. Начало антигипертензивной терапии

Другие риск-факторы, поражение органов или заболевания	Артериальное давление (мм рт.ст.)				
	Нормальное САД 120–129 или ДАД 80–84	Высокое нормальное САД 130–139 или ДАД 85–89	АГ 1-й степени САД 140–159 или ДАД 90–99	АГ 2-й степени САД 160–179 или ДАД 100–109	АГ 3-й степени САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110
Других риск-факторов нет	Влияния на АД не требуется	Влияния на АД не требуется	Модификация стиля жизни – несколько месяцев, при неэффективности – фармакотерапия	Модификация стиля жизни – несколько недель, при неэффективности – фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия
1–2 риск-фактора	Модификация стиля жизни	Модификация стиля жизни	Модификация стиля жизни – несколько недель, при неэффективности – фармакотерапия	Модификация стиля жизни – несколько недель, при неэффективности – фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия
3 и более риск-фактора, метаболический синдром или поражение органов	Модификация стиля жизни	Модификация стиля жизни и решение вопроса о фармакотерапии	Модификация стиля жизни плюс фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия
Сахарный диабет	Модификация стиля жизни	Модификация стиля жизни плюс фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия
Наличие заболевания сердечно-сосудистой системы или почек	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия	Модификация стиля жизни плюс немедленно фармакотерапия

Выбор антигипертензивных лекарственных средств

Основные преимущества антигипертензивной терапии обусловлены собственно снижением АД. Начальная и поддерживающая терапия может проводиться антигипертензивными средствами 5 основных групп — тиазидными диуретиками, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ, антагонистами ангиотензиновых рецепторов и бета-блокаторами, в виде как монотерапии, так и комбинированного применения.

Бета-блокаторы, особенно в комбинации с тиазидными диуретиками, не следует назначать ни при наличии метаболического синдрома, ни при высоком риске развития сахарного диабета.

Акцент на выбор антигипертензивного средства первой линии часто бывает неоправдан, так как многим пациентам показана комбинированная терапия. Тем не менее, во многих ситуациях доказаны преимущества одних препаратов перед прочими — для начального или поддерживающего лечения.

Большое внимание следует уделять побочным эффектам препаратов, так как они являются наиболее важной причиной неприверженности к лечению. Время развития этих эффектов отличается и для препаратов, и для отдельных пациентов.

Эффект антигипертензивной терапии должен длиться 24 часа, что можно контролировать при офисных или самостоятельных (дома) измерениях АД или при амбулаторном мониторинге.

Преимущества следует отдавать препаратам, антигипертензивный эффект которых длится более 24 часов, что обеспечивает возможность однократного за сутки их приема и улучшает комплаенс.

При выборе лекарственного средства или их комбинации, а также избегая применения прочих средств, следует учитывать:

1. Анамнез индивидуального ответа пациента на применение данного класса антигипертензивных средств.
2. Влияние средств на факторы кардиоваскулярного риска в сопоставлении с профилем такового у конкретного пациента.
3. Наличие субклинических поражений органов-мишеней, установленных заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы, а также сахарного диабета.

4. Наличие других расстройств, ограничивающих применение определенных антигипертензивных средств.
5. Возможность взаимодействия лекарственных средств, в том числе с теми, которые назначены по другому поводу.
6. Стоимость лечения (для пациента и организации, которая его обеспечивает), однако эти соображения никогда не должны превалировать над факторами эффективности, переносимости и протективного влияния на пациента.

Таблица 6. Антигипертензивная терапия выбора

Показания	Препараты выбора
Субклинические поражения органов	
Гипертрофия левого желудочка	ИАПФ, АК, БРА
Асимптомный атеросклероз	АК, ИАПФ
Микроальбуминурия	ИАПФ, БРА
Почечная дисфункция	ИАПФ, БРА
Состояния	
Изолированная систолическая АГ (у пожилых)	Диуретики, АК
Метаболический синдром	ИАПФ, БРА, АК
Сахарный диабет	ИАПФ, БРА
Беременность	АК, метилдопа, БЕ
Популяция негроидов	Диуретики, АК
Клинические события	
Перенесенный инсульт	Любой препарат
Перенесенный инфаркт миокарда	БЕ, ИАПФ, БРА
Стенокардия	БЕ, АК
Сердечная недостаточность	Диуретики, БЕ, ИАПФ, БРА, антиальдостероновые
Фибрилляция предсердий: – персистирующая; – постоянная	БРА, ИАПФ БЕ, АК (недигидропиридиновые)
Почечная недостаточность/протеинурия	ИАПФ, БРА, петлевые диуретики
Заболевания периферических артерий	АК

Как видим, в Европейских рекомендациях 2007 года больше всего показаний установлено для 2 классов антигипертензивных средств — ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов. Показания к применению последних существенно расширены (по сравнению с предыдущими рекомендациями 2003 года): доказаны преимущества их применения при сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, перенесенном инфаркте миокарда и при метаболическом синдроме.

Монотерапия или комбинированное лечение

Монотерапия позволяет достичь целевого АД лишь у части гипертензивных пациентов, в большинстве же случаев необходимо применение комбинированной терапии. Доступно множество эффективных и безопасных комбинаций лекарственных препаратов. У пациентов с мягкой АГ, низким или умеренным кардиоваскулярным риском возможна инициация лечения с монотерапии или с комбинации низких доз 2 антигипертензивных средств с последующим увеличением дозы или количества средств при необходимости. При АГ 2-й и 3-й степени, а также при высоком и очень высоком кардиоваскулярном риске у пациентов с мягкой АГ следует с самого начала отдавать предпочтение комбинации низких доз 2 антигипертензивных средств. Применение фиксированных комбинаций лекарственных средств облегчает режим их приема и улучшает комплаенс. У некоторых пациентов контроль АД двумя антигипертензивными средствами не достигается, и требуется комбинация 3 и более. При неосложненной АГ и у пациентов пожилого возраста антигипертензивную терапию начинают постепенно. При наличии более высокого риска следует достигать целевых показателей АД быстрее, для чего начинают с комбинированной терапии, а дозы лекарственных средств увеличивают быстрее.

Антигипертензивная терапия в специальных группах пациентов

У лиц пожилого возраста антигипертензивная терапия снижает кардиоваскулярную заболеваемость и смертность как при систолодиастолической, так и при изолированной систолической АГ. Эти данные получены при проведении РКИ: 1) в сравнении с плацебо или отсутствием лечения; 2) преимущества лечения показаны по меньшей мере для одного представителя каждого из 5 классов антигипертензивных средств. В популяции людей старше 80

лет антигипертензивная терапия не оказывает влияния на общую смертность, но уменьшает частоту фатальных и нефатальных кардиоваскулярных событий.

Для инициации фармакотерапии могут применяться тиазидные диуретики, антагонисты кальция, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, ингибиторы АПФ и бета-блокаторы. Исследования изолированной систолической гипертензии показали преимущества тиазидных диуретиков и антагонистов кальция, однако субанализ других исследований также демонстрирует эффективность блокаторов ангиотензиновых рецепторов. Наличие прочих риск-факторов, поражений органов-мишеней и сопутствующей патологии может оказать влияние на выбор препарата первой линии. Для достижения целевого АД пациентам пожилого возраста часто показана комбинированная антигипертензивная терапия. Увеличение начальных доз должно быть постепенным, учитывая вероятность нежелательных эффектов, особенно у очень пожилых и ослабленных пациентов.

Таблица 7. Особые показания к препаратам

Препараты	Показания
Тиазидные диуретики	Изолированная систолическая АГ в пожилом возрасте Сердечная недостаточность АГ у негроидов
Антиальдостероновые диуретики	Сердечная недостаточность Перенесенный инфаркт миокарда
Петлевые диуретики	Терминальная стадия заболевания почек Сердечная недостаточность
Бета-блокаторы	Стенокардия Перенесенный инфаркт миокарда Сердечная недостаточность Тахикардии Глаукома Беременность
Антагонисты кальция (дигидропиридиновые)	Изолированная систолическая АГ в пожилом возрасте Стенокардия Гипертрофия левого желудочка Атеросклероз сонных/коронарных артерий Беременность АГ у негроидов
Антагонисты кальция (верапамил/дилтиазем)	Стенокардия Атеросклероз сонных артерий Суправентрикулярная тахикардия
Ингибиторы АПФ	Сердечная недостаточность Дисфункция левого желудочка Перенесенный инфаркт миокарда Диабетическая нефропатия Недиабетическая нефропатия Гипертрофия левого желудочка Атеросклероз каротид Протеинурия/микрoальбуминурия Фибрилляция предсердий Метаболический синдром
Блокаторы рецепторов ангиотензина	Сердечная недостаточность Перенесенный инфаркт миокарда Диабетическая нефропатия Гипертрофия левого желудочка Протеинурия/микрoальбуминурия Фибрилляция предсердий Метаболический синдром Кашель, индуцированный ингибиторами АПФ

Целевое АД, как и у более молодых пациентов, ниже 140/90 мм рт.ст. при условии хорошей переносимости. Поскольку высок риск развития постуральной гипотензии, АД всегда следует измерять и в положении пациента стоя. В значительном количестве случаев для контроля АД необходимо 2 лекарственных средства и более, причем достичь уровня систолического АД < 140 мм рт.ст. бывает трудно.

Лечение должно осуществляться с учетом имеющихся риск-факторов, поражений органов и ассоциированных кардиоваскулярных и несердечных состояний, столь частых у пожилых людей. Несмотря на недостаточную доказательную базу преимуществ антигипертензивной терапии у пациентов 80 лет и старше, нет оснований прекращать эффективное и хорошо переносимое лечение при достижении этого возраста.

Антигипертензивная терапия у пациентов с сахарным диабетом. В рекомендациях прежде всего подчеркнута важность нефармакологических подходов, особенно снижения веса и потребления поваренной соли.

Целевое АД < 130/80 мм рт.ст. Антигипертензивную терапию следует назначать рано, уже на этапе высокого нормального АД. Для снижения АД можно применять все эффективные средства,

которые хорошо переносятся, при этом часто необходима комбинация 2 и более лекарственных средств.

Снижение АД замедляет прогрессирование диабетической нефропатии. Дополнительную ренопротекцию обеспечивают как блокаторы рецепторов ангиотензина, так и ингибиторы АПФ.

Таблица 8. Противопоказания к антигипертензивным средствам

Класс препаратов	Абсолютные противопоказания	Возможные противопоказания
Тиазидные диуретики	Подагра	Метаболический синдром Нарушение толерантности к глюкозе Беременность
Бета-блокаторы	Астма Атриовентрикулярная блокада II–III степени	Заболевания периферических артерий Метаболический синдром Нарушение толерантности к глюкозе Атлеты и физически активные пациенты Хроническая обструктивная болезнь легких
Антагонисты кальция (дигидропиридиновые)		Тахикардии Сердечная недостаточность
Антагонисты кальция (верапамил/дилтиазем)	Атриовентрикулярная блокада II–III степени Сердечная недостаточность	–
Ингибиторы АПФ	Беременность Ангioneвротический отек Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий	–
Блокаторы рецепторов ангиотензина	Беременность Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий	–
Антиальдостероновые диуретики	Почечная недостаточность Гиперкалиемия	–

Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) должны быть обязательной составляющей комбинированной терапии и средствами выбора в случаях, когда достаточно монотерапии.

При выявлении микроальбуминурии следует ускорить назначение антигипертензивных препаратов даже у пациентов с высоким нормальным АД. Блокаторы РААС имеют выраженный антипротеинурический эффект и являются средствами выбора.

Лечебные стратегии должны предусматривать влияние на все факторы сердечно-сосудистого риска, в том числе и назначение статинов.

Учитывая высокую частоту постуральной гипотензии, АД всегда следует измерять и в положении пациента стоя.

Антигипертензивная терапия и метаболический синдром. МС часто выявляется у людей зрелого и пожилого возраста и характеризуется вариабельной комбинацией висцерального ожирения, нарушений обмена глюкозы, липидов и АГ.

У таких пациентов чаще, чем в общей популяции, диагностируют микроальбуминурию, гипертрофию левого желудочка и повышение жесткости артерий. Общий сердечно-сосудистый риск у них оценен как высокий, как и риск развития сахарного диабета.

Диагностический поиск у лиц с МС должен быть направлен на оценку субклинических поражений органов-мишеней, целесообразен также амбулаторный мониторинг и самоконтроль АД в домашних условиях.

Модификация образа жизни при МС является необходимостью.

При выявлении АГ антигипертензивную терапию следует начинать вне зависимости от наличия сахарного диабета, при этом блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы могут быть дополнены антагонистами кальция или тиазидными диуретиками в низких дозах до нормализации показателей АД.

Что касается преимуществ антигипертензивной терапии у всех пациентов с МС и высоким нормальным АД, то доказательная база на сегодня не является достаточной. Есть данные РКИ о способности блокаторов РААС отсрочить развитие АГ.

Статины и антидиабетические средства следует назначать при наличии дислипидемии и сахарного диабета соответственно.

Показано, что сенситизаторы инсулина значительно снижают частоту новых случаев сахарного диабета, однако преимущества и недостатки их применения при наличии нарушений уровня гликемии натощак или нарушений толерантности к глюкозе (как составных МС) должны быть доказаны в дальнейших исследованиях.

Антигипертензивная терапия у пациентов с нарушением функции почек. Подчеркивается, что почечная дисфункция и недостаточность ассоциируются с очень высоким риском кардиоваскулярных событий. Ренопротекцию обеспечивают два основных направления: 1) строгий контроль уровня АД < 130/80 мм рт.ст. (и даже ниже, если протеинурия превышает 1 г/сут.); 2) снижение протеинурии по возможности до нормальной. Обычно для контроля АД необходима комбинированная терапия, в том числе с применением петлевых диуретиков; для снижения протеинурии необходимы блокаторы ангиотензиновых рецепторов, ингибиторы АПФ или их комбинированное применение.

Предупреждение или замедление прогрессирования нефросклероза у гипертензивных пациентов без сахарного диабета и без протеинурии — тот аспект, в котором специфические преимущества блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы дискуссионны. Несмотря на это, включение либо блокаторов ангиотензиновых рецепторов, либо ингибиторов АПФ в комбинированное лечение таких пациентов признано целесообразным.

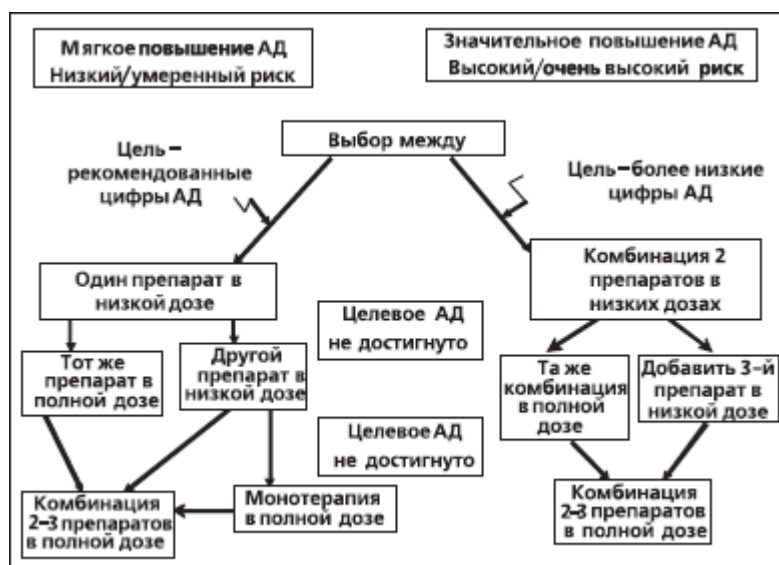


Рисунок 1. Монотерапия или комбинированная терапия: лечебные стратегии

Учитывая высокий кардиоваскулярный риск, при ведении пациентов с почечной патологией часто прибегают к интегральной терапевтической стратегии: антигипертензивная терапия + статин + антитромбоцитарный препарат.

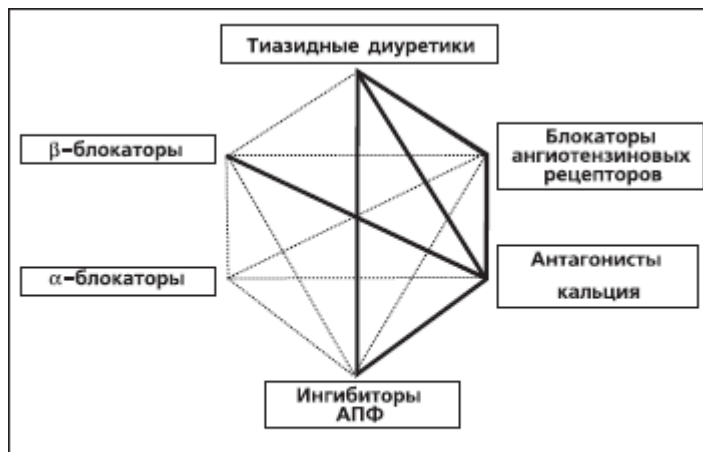


Рисунок 2. Рекомендованные комбинации антигипертензивных средств
 Примечания: — наиболее целесообразные комбинации в общей популяции гипертензивных пациентов; — комбинации, эффективность которых показана в контролируемых исследованиях.

Антигипертензивная терапия при коронарной болезни сердца и при сердечной недостаточности. Доказано, что раннее назначение бета-блокаторов, ингибиторов АПФ или блокаторов ангиотензиновых рецепторов после перенесенного инфаркта миокарда снижает частоту повторных инфарктов и уровень смертности, что можно объяснить специфическими протективными свойствами этих средств и частично — незначительным снижением АД. Доказаны также преимущества антигипертензивной терапии при хронической коронарной болезни сердца для разных средств и их комбинаций, в том числе для антагонистов кальция, для исходного уровня АД < 140/90 мм рт.ст. и для достижения АД < 130/80 мм рт.ст.

Анамнестические указания на АГ характерны для СН, но выявляют АГ у таких пациентов нечасто. Для их лечения могут быть использованы тиазидные диуретики, а также бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов и антиальдостероновые средства. Назначения антагонистов кальция следует избегать, если только они не показаны для контроля АГ или ангинальных симптомов. Развитие диастолической СН закономерно при наличии АГ в анамнезе и значительно ухудшает прогноз; в данном случае преимущества специфических антигипертензивных средств не доказаны.

Пациенты с цереброваскулярным заболеванием. При наличии инсульта или ТИА в анамнезе антигипертензивная терапия существенно редуцирует частоту повторных событий и снижает ассоциированный высокий кардиоваскулярный риск. Целевые показатели АД — ниже 130/90 мм рт.ст., причем преимущества лечения антигипертензивными препаратами показаны как при АГ, так и при высоком нормальном АД. В значительной мере они обусловлены собственно снижением АД, поэтому возможно использование всех средств и их комбинаций. Проведенные РКИ в основном касались применения ингибиторов АПФ, блокаторов ангиотензиновых рецепторов и их комбинации с диуретиками и традиционным лечением, однако доказательная база специфического церебропротекторного влияния блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы пока недостаточна. Не доказаны и преимущества снижения АД в остром периоде инсульта; получено больше данных о целесообразности начала антигипертензивной терапии после стабилизации клинического состояния, обычно через несколько дней. В рекомендациях приведены также данные обсервационных исследований о прямой связи уровня АД с частотой когнитивных расстройств и деменции у пациентов пожилого возраста, и в этом аспекте оговариваются возможности антигипертензивной терапии.

Пациенты с фибрилляцией предсердий. АГ — наиболее важный риск-фактор развития фибрилляции предсердий (ФП). ФП, в свою очередь, значительно повышает риск кардиоваскулярной заболеваемости и смертности, в частности от эмболического инсульта. Увеличение массы левого желудочка и размеров левого предсердия — независимые предикторы ФП, требующие назначения антигипертензивной терапии. Жесткий контроль АД у пациентов, получающих антикоагулянты, необходим для предотвращения интра- и экстрацеребральных кровотечений. Сообщается о меньшей частоте возникновения и рецидивов пароксизмов ФП у гипертензивных пациентов, леченных блокаторами ангиотензиновых рецепторов. Контроль частоты сокращений желудочков у пациентов с постоянной ФП достигается с помощью бета-блокаторов и недигидропиридиновых антагонистов кальция (верапамил, дилтиазем).

АГ у женщин

Лечение. По ответу на антигипертензивные средства и по наличию преимуществ терапии различий с мужчинами не установлено. Тем не менее у беременных и планирующих беременность женщин следует избегать лечения ингибиторами АПФ и блокаторами ангиотензиновых рецепторов, учитывая их потенциальную тератогенность при беременности.

Пероральные контрацептивы. Даже средства с низким содержанием эстрогена ассоциируются с повышением риска АГ, инсульта и инфаркта миокарда. Оптимальные контрацептивы для гипертензивных женщин — прогестеронсодержащие препараты, однако их влияние на кардиоваскулярные исходы исследовано недостаточно.

Гормонозаместительная терапия. Ее преимуществом является снижение частоты костных переломов и возникновения рака толстой кишки, которые ассоциируются с повышенным риском коронарных событий, инсульта, тромбоемболий, рака молочной железы, заболеваний желчного пузыря и деменции. Эта терапия не рекомендована как кардиопротекция у женщин в постменопаузе.

АГ у беременных. Гипертензия при беременности, особенно преэклампсия, неблагоприятно влияет на исходы и у матерей, и у новорожденных. У беременных с САД 140–149 мм рт.ст. и ДАД 90–95 мм рт.ст. следует рассмотреть нефармакологические подходы (включая строгое наблюдение и ограничение активности). В случае гестационной гипертензии (с наличием протеинурии или без нее) показатели АД > 140/90 мм рт.ст. являются показанием к фармакотерапии. Неотложная госпитализация показана при САД > 170 мм рт.ст. или ДАД > 110 мм рт.ст.

При нетяжелой АГ препаратами выбора для перорального применения являются метилдопа, лабеталол, антагонисты кальция и реже — бета-блокаторы. В случае преэклампсии с развитием отека легких препарат выбора — нитроглицерин, применение диуретиков не является обоснованным, поскольку объем плазмы крови снижен.

Для неотложной помощи при АГ показано внутривенное введение лабеталола, пероральный прием метилдопы/нифедипина. Не является более препаратом выбора гидралазин, вводимый внутривенно, поскольку повышает частоту неблагоприятных перинатальных событий. Что касается внутривенного введения нитропруссид натрия, то препарат показан при гипертензивных кризах, но пролонгированного его применения следует избегать.

Не рекомендован прием препаратов кальция, рыбьего жира и низких доз аспирина. Тем не менее низкие дозы аспирина могут использоваться для профилактики у женщин с ранее имевшейся преэклампсией в анамнезе.

Резистентная гипертензия

Это АД > 140/90 мм рт.ст., отмечающееся несмотря на применение по меньшей мере 3 препаратов (включая диуретик) в адекватных дозах и после исключения ложной АГ, такой как изолированная офисная гипертензия или результат измерения АД манжеткой, не соответствующей окружности плеча.

Причины:

- низкая приверженность к лечению;
- недостаточная модификация образа жизни (включая увеличение массы тела, избыточное употребление алкоголя);
- продолжение приема препаратов, повышающих АД (ликорайз, кокаин, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные средства и т.д.);
- обструктивные апноэ во сне;
- нераспознанная вторичная АГ;
- необратимое или ограниченно обратимое поражение органов;

— перегрузка объемом вследствие неадекватной диуретической терапии, прогрессирующей почечной недостаточности, избыточного поступления натрия, гиперальдостеронизма.

Лечение: 1) адекватное исследование причины; 2) применение более чем трех антигипертензивных средств, при необходимости включая антагонисты альдостерона.

Неотложные состояния при АГ:

- гипертензивная энцефалопатия;
- гипертензивная левожелудочковая недостаточность;
- АГ с развитием инфаркта миокарда;
- АГ с нестабильной стенокардией;
- АГ с диссекцией аорты;
- тяжелая гипертензия, ассоциированная с субарахноидальным кровотечением или цереброваскулярным событием;
- криз, ассоциированный с феохромоцитомой;
- применение рекреационных препаратов — амфетаминов, ЛСД, кокаина, экстази;
- АГ в периоперационном периоде;
- тяжелая преэклампсия или эклампсия.

Ассоциированные с АГ факторы сердечно-сосудистого риска

Ассоциированным с АГ факторам сердечно-сосудистого риска, а также применению гиполипидемических, антиагрегационных средств и контролю гликемии у гипертензивных пациентов уделено особое внимание.

Так, *статины* показаны всем гипертензивным пациентам с установленным сердечно-сосудистым заболеванием или сахарным диабетом II типа. Целевые показатели: уровень общего холестерина < 4,5 ммоль/л (< 175 мг/дл), уровень ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л (< 100 мг/дл), но по возможности следует стремиться к еще более низким показателям.

Статины также показаны гипертензивным пациентам без явного сердечно-сосудистого заболевания, если их сердечно-сосудистый риск оценен как высокий (> 20% риск развития осложнений в течение 10 лет), даже при нормальном исходном уровне общего ХС и ХС ЛПНП.

Эффекты статинов при АГ изучены в серии рандомизированных клинических исследований (PROSPER, ALLHAT, SPARCL, ASCOT). Несмотря на установленную тесную корреляцию уровня сывороточного ХС с частотой именно коронарных, но не цереброваскулярных событий, статины эффективно предупреждают развитие и тех, и других, а также их осложнений и при АГ, и у нормотензивных пациентов. Таким образом, пациенты в возрасте по меньшей мере до 80 лет, страдающие сердечно-сосудистым заболеванием или сахарным диабетом, должны получать статин.

Комбинация «статин + модификация стиля жизни» обычно позволяет достичь показателей общего ХС < 5 ммоль/л (< 190 мг/дл) и ХС ЛПНП < 3 ммоль/л (< 115 мг/дл). Если результат неудовлетворительный, отмечается низкое содержание ХС ЛПНП (< 1 ммоль/л) или высокое содержание триглицеридов (> 2,3 ммоль/л), целесообразно добавить к лечению эзетимиб или другие лекарственные средства.

В рекомендациях приведены результаты исследования ASCOT: более 10 тысяч гипертензивных пациентов с наличием других факторов сердечно-сосудистого риска и содержанием общего ХС < 6,5 ммоль/л получали либо аторвастатин 10 мг/сут., либо плацебо. На фоне терапии аторвастатином содержание общего ХС снизилось на 19,9 %, общий сердечно-сосудистый риск — на 36 %, частота инсультов — на 27 %.

Низкие дозы аспирина (75–100 мг/сут.) при АГ показаны:

1) всем пациентам, имеющим сердечно-сосудистые события в анамнезе, при условии отсутствия повышенного риска кровотечений;

2) при отсутствии сердечно-сосудистых событий в анамнезе:

— пациентам старше 50 лет;

— пациентам с повышенным уровнем сывороточного креатинина;

— пациентам с высоким сердечно-сосудистым риском.

Для этих категорий пациентов доказано, что редукция случаев инфаркта миокарда превышает риск развития кровотечений. Для минимизации риска геморрагического инсульта антитромбоцитарную терапию следует начинать после достижения контроля АД.

Эффективный контроль гликемии чрезвычайно важен у пациентов с АГ и сахарным диабетом. Цель диеты и медикаментозной терапии диабета — достижение уровня глюкозы в плазме натощак < 6 ммоль/л (108 мг/дл) при содержании гликозилированного гемоглобина < 6,5 %.

Наблюдение за пациентами

Эффективный контроль и титрация АД требуют частых визитов к врачу для своевременной модификации режима терапии в соответствии с изменениями АД и развитием побочных эффектов. При достижении целевых показателей АД визиты становятся более редкими, однако длительные интервалы нежелательны, поскольку нарушается взаимодействие врача и пациента, а в результате ухудшается комплаенс.

При низком сердечно-сосудистом риске или при АГ 1-й степени рекомендованы визиты 1 раз в 6 месяцев, а в интервалах — регулярные измерения АД в домашних условиях. При высоком и очень высоком риске частота визитов должна быть выше, то же касается и пациентов, которым предписана лишь модификация образа жизни из-за вариабельности ответа на антигипертензивные средства и низкого комплаенса.

Целью последующих визитов является поддержание контроля всех обратимых риск-факторов, а также оценка состояния органов-мишеней. Поскольку и на фоне лечения уменьшение массы левого желудочка и толщины стенок сонных артерий происходит медленно, повторять такие обследования чаще 1 раза в год нецелесообразно.

Лечение должно продолжаться пожизненно, поскольку при верно диагностированной АГ отказ от терапии обычно сопровождается возвратом гипертензивного статуса. Возможна попытка осторожного обратного титрования подобранных антигипертензивных препаратов у пациентов с низким сердечно-сосудистым риском после длительного контроля АД, особенно при успешности нефармакологических подходов.

Как улучшить приверженность к антигипертензивной терапии

— Информировать пациента об опасности АГ и преимуществах эффективного лечения;

— обеспечить ясные письменные и устные рекомендации, касающиеся терапии;

— индивидуализировать режим терапии с учетом образа жизни и потребностей пациента;

— упростить лечение — уменьшить (по возможности) количество применяемых за день лекарственных препаратов;

— вовлечь семью или партнеров пациента — информировать их о заболевании и плане лечения;

— использовать самостоятельное измерение АД в домашних условиях и поведенческие стратегии — системы напоминания;

— уделять большое внимание побочным эффектам (даже незначительным) и быть готовым своевременно изменять дозы или тип препаратов — при необходимости;

- вести диалог с пациентом о приверженности к лечению и быть информированным о его/ее проблемах;
- обеспечить соответствующую систему поддержки и приемлемых цен;
- организовать расписание последующих визитов для наблюдения.

***Подготовила О.Г. ПУЗАНОВА ; , к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних
болезней № 1 НМУ***