

УДК: 616.12-008.331.1+616-08

# Подходы к лечению артериальной гипертензии в свете рекомендаций Европейского Общества Гипертензии и Европейского Общества кардиологов 2003 г.

Крючкова О.Н., Кляритская И.Л., Ицкова Е.А., Кучеренко Т.В.

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь*

**П**роблема лечения артериальной гипертензии (АГ), как одного из ведущих факторов риска мозгового инсульта, инфаркта миокарда и внезапной смерти, находится в центре внимания медицинской общественности в течение многих лет. С 1999 г. кардиологи всего мира работают в свете Рекомендаций ВОЗ/МОГ по лечению АГ. Прошли пять лет, проведены и получены результаты целого ряда крупных международных исследований, появились новые существенные данные, которые не были охвачены Рекомендациями ВОЗ/МОГ 1999 г., что потребовало обновления этих рекомендаций.

В 2003 г. одновременно вышли в США обновленные Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии (7-я

редакция) объединенного национального комитета, и в Европе - обобщенные Рекомендации Европейских обществ гипертензии и кардиологов.

При этом в американских Рекомендациях, в основу которых положены результаты исследования ALLHAT препаратами первой линии для лечения больных АГ звучат диуретики. Именно с этих препаратов рекомендуется начинать терапию, при уровне АД < 160/100 мм рт. ст. использовать монотерапию тиазидовыми диуретиками, а при более высоком АД применять комбинированную терапию, одним из компонентов которой также должны быть диуретики.

Кроме этого американские Рекомендации вводят новую классификацию АГ. Уровень АД 130-139/85-89 мм рт. ст. расценива-

ется как предгипертония, в артериальной гипертензии выделяют-ся две стадии: I стадия - 140-159/90-99 мм рт. ст.; II стадия  $\geq$  160/100 мм рт. ст.

Европейские Рекомендации являются более гибкими, оставляют врачу больше возможностей для индивидуализации терапии у конкретного пациента. Учитывая, что Украина территориально расположена в Европе, в практике отечественным врачам, по-видимому, целесообразно основываться на Европейских Рекомендациях, учитывающих особенности Европейской популяции. Тем не менее, воспринимать их как догму, без учета особенностей течения АГ у пациентов, проживающих в определенном регионе, так же было бы ошибочно.

Основой для создания Европейских Рекомендаций послужил

Другие факторы риска и заболевания в анамнезе	Артериальное давление (мм рт.ст.)				
	Нормальное (САД 120-129 или ДАД 80-84)	Высокое нормальное (САД 130-139 или ДАД 85-89)	1 степени (САД 140-159 или ДАД 90-99)	2 степени (САД 160-179 или ДАД 100-109)	3 степени (САД $\geq$ 180 или ДАД $\geq$ 110)
Факторы риска отсутствуют	—	—	низкий риск	умеренный риск	высокий риск
1-2 фактора риска	низкий риск	низкий риск	умеренный риск	умеренный риск	очень высокий риск
3 и более факторов риска, или поражение органов мишеней или диабет	умеренный риск	высокий риск	высокий риск	высокий риск	очень высокий риск
Связанное с АГ клиническое состояние	высокий риск	очень высокий риск	очень высокий риск	очень высокий риск	очень высокий риск

ли результаты целого ряда исследований, прежде всего, таких как STOP-2, INSIGHT, ALLHAT. При этом подчеркнуто, что и уровень систолического и уровень диастолического артериального давления являются независимыми прогностическими факторами возникновения инсульта и коронарной смерти. Ранее исторически сложилось, что больше внимания уделялось диастолическому артериальному давлению в качестве прогностического фактора, однако, как показали последние рандомизированные контролируемые клинические исследования, для стареющего населения Европы, характерна тесная взаимосвязь между уровнем именно систолического артериального давления и риском развития мозгового инсульта и коронарной смерти.

Европейские Рекомендации в целом сохраняют классификацию, предложенную ВОЗ/МОГ в 1999, но при этом оговаривается, что для диагностики артериальной гипертензии пороговая величина уровня АД должна быть более гибкой, в зависимости от оценки общего сердечно-сосудистого риска для каждого конкретного пациента. Это значит, что высокое нормальное давление (130-139/85-89 мм рт.ст.) при наличии факторов риска и ассоциированных с артериальной гипертензией клинических состояний необходимо рассматривать как гипертензию, а в

группе низкого риска — как нормальное артериальное давление. Кроме этого, подгруппа пациентов с «пограничной гипертензией», присутствующая в рекомендациях ВОЗ/МОГ 1999 г. в современных рекомендациях не сохранена.

Сохраняют Европейские Рекомендации и систему стратификации общего сердечно-сосудистого риска, предложенную в 1999 г., с указанием дополнительного риска в некоторых группах пациентов с «нормальным» и «высоким нормальным» АД (Табл 1).

Введены целый ряд уточнений при отборе факторов, влияющих на прогноз:

1. Ожирение определяется как «абдоминальное ожирение», являясь одним из признаков метаболического синдрома.

2. Диабет указан как отдельный критерий, при наличии которого риск возрастает не менее чем в два раза.

3. Микроальбуминурия классифицируется как признак поражения органа-мишени, а протеинурия — как связанное клиническое состояние.

4. Повышение уровня креатинина в сыворотке до 133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) является признаком поражения органа-мишени, а выше этого уровня - признаком связанного клинического состояния.

5. В факторах риска введен С-реактивный белок, как предиктор сердечно-сосудистых осложнений.

6. Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки, часто встречающееся у лиц старше 50 лет удалено из признаков поражения органов-мишеней.

Факторы, влияющие на прогноз, отражены в табл. 2.

Подчеркнуто в рекомендациях, что для диагностики АГ могут по-прежнему использоваться и измерение АД врачом или медсестрой и суточное мониторирование АД с помощью специального устройства, и домашнее самомониторирование АД пациентом. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки.

Решение вопроса о начале антигипертензивной терапии основывается на двух критериях:

1. Общий сердечно-сосудистый риск

2. Уровень САД и ДАД.

Подчеркнуто, что в группах низкого и умеренного риска необходимо мониторирование АД и факторов риска на протяжении 3 месяцев на фоне модификации образа жизни, и только после этого индивидуальное решение вопроса о необходимости медикаментозной антигипертензивной терапии.

В группах высокого и очень высокого риска проводится медикаментозная антигипертензивная терапия на фоне модификации образа жизни. При этом и лица с высоким нормальным АД, имеющие такие грозные факторы рис-

ка, как сахарный диабет, ИБС, перенесенный инсульт подлежат медикаментозной терапии, что позволяет снизить риск развития кардиоваскулярных событий на 17-24%.

При этом на основании данных последних крупных исследований, может быть рекомендовано активное снижение как САД, так и ДАД до уровня 140/90 мм рт. ст. и ниже (при хорошей переносимости) у всех пациентов с АГ и до уровня 130/80 мм рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом. Могут возникнуть трудности при снижении САД ниже 140 мм рт. ст., особенно у пожилых пациентов. Европейские рекомендации не являются строгими указаниями, как предыдущие, и оставляют возможность врачу самому принимать решение в данном конкретном случае.

В отношении терапевтической стратегии Европейские рекомендации подчеркивают, что у большинства пациентов терапии АГ должна начинаться ступенчато, при этом целевой уровень АД достигается постепенно на протяжении нескольких недель. У боль-

шинства пациентов для достижения целевого уровня необходима комбинированная терапия. В соответствии с исходным уровнем АД и наличием осложнений возможны две начальные тактики лечения - монотерапия низкими дозами какого-либо антигипертензивного препарата или комбинация двух. При этом обе тактики имеют свои преимущества и недостатки.

В отличие от своих американских коллег, авторы Европейских рекомендации считают, что все основные классы препаратов (диуретики,  $\beta$ -блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов АП) приемлемы для начальной и последующей терапии.

Выбор препарата зависит от следующих моментов:

1. Предшествующего успешного или неуспешного опыта лечения конкретного пациента.
2. Профиля сердечно-сосудистого риска у конкретного пациента.
3. Наличие поражений органов-мишеней, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний по-

чек и сахарного диабета.

4. Наличия сопутствующих клинических состояний, которые могут ограничить использование тех или иных классов препаратов.

5. Цены препарата.

6. Возможностей комбинированной терапии с препаратами, которые применяются для лечения сопутствующих заболеваний.

Наиболее эффективными и хорошо переносимыми комбинациями антигипертензивных препаратов являются следующие:

- ◆ диуретик +  $\beta$ -блокатор
- ◆ диуретик + ингибитор АПФ или антагонист рецепторов ангиотензина II
- ◆ дигидропиридиновые антагонисты кальция +  $\beta$ -блокатор
- ◆ антагонисты кальция + ингибитор АПФ или антагонист рецепторов ангиотензина II
- ◆ антагонисты кальция и диуретики
- ◆  $\alpha$ -блокаторы и  $\beta$ -блокаторы.

В отношении терапевтической тактики у пожилых больных подчеркнуто, что антигипертензивная терапия у пожилых долж-

на проводится согласно общим рекомендациям, но особенно постепенно. При этом благоприятное влияние у пожилых пациентов в крупных исследованиях показано для всех основных классов антигипертензивных препаратов: диуретиков, β-блокаторов, антагонистов кальция, ингибиторов АПФ и антагонистов АП рецепторов. Большинству пожилых пациентов необходима комбинированная терапия. Антигипертензивная терапия у пожилых снижает риск сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности независимо от того, имеют они систолюдиастолическую или изолированную систолическую АГ.

У больных с сахарным диабетом все эффективные и хорошо переносимые антигипертензивные препараты могут быть использованы, особенно в комбинации на фоне обязательных нефармакологических мер (нормализации массы тела и ограничение употребле-

ния соли). Обнаружение микроальбуминурии, независимо от уровня АД, у больных сахарным диабетом является показанием для проведения антигипертензивной терапии с предпочтением для блокаторов ренин-ангиотензинной системы.

Подчеркнуто, что в группе пациентов, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку, снижении АД даже при исходно нормальном уровне АД имеет благоприятное влияние. Активное лечение, включающее гибкий режим приема ингибиторов АПФ, в последующем комбинацию с индапамидом снижает частоту повторных инсультов на 28%. Вопрос о снижении АД при остром инсульте пока остается открытым.

В отношении лечебных стратегий, направленных на другие факторы риска Европейские рекомендации подчеркивают:

1. Пользу использования статинов у пациентов с АГ с достиже-

нием целевых уровней для общего холестерина менее 4 ммоль/л, ХС ЛПНП менее 2 ммоль/л. У пациентов с сахарным диабетом II типа, имеющих высокий уровень триглицеридов предпочтение должно отдаваться фибратам.

2. Пользу антитромбоцитарной терапии, в особенности низких доз аспирина у больных с АГ, снижающих риск развития инсульта и инфаркта миокарда.

3. Необходимость контроля уровня глюкозы — целевой уровень глюкозы натощак < 6 ммоль/л (110 мг/дл), уровень гликозилированного гемоглобина - < 6,5%.

Европейские Рекомендации подготовлены на основании наиболее приемлемых данных по всем ключевым вопросам АГ, они носят образовательный характер, а не просто служат указаниями, и должны явиться основой для разработки региональных рекомендаций, в т.ч. и для Украины.

## Литература

1. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. - К., 2001. - 54 с.
2. Сиренко Ю.Н.. Новые рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии для Европы и Северной Америки (комментарий)//

- Украинский кардиологический журнал. - 2003. - прил. 1. - С. 3-4.  
 3. 2003 European Society of Hypertension 3. European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J/ Hypertension. - 2003. - Vol. 21. - P. 1011-1053.  
 4. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention,

- Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. - US Department of Health and Human Service. NIH Publication No. 03-5233, 2003. - 34 p.  
 5. 1999 WHO - ISH guidelines for the management of hypertension // J. Hypertension. - 1999. - Vol. 11. - P. 905-916

## **Підходи до лікування АГ згідно з рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів 2003 рік.**

**Крючкова О.Н., Кляритская И.Л., Ицкова Е.А., Кучеренко Т.В.**

Рекомендації Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів 2003 р. Враховують дані, отримані під час останніх рандомізованих контрольованих клінічних досліджень і доповнюють існуючі раніш рекомендації ВОЗ/МОГ (1999р.) за питаннями діагностики, класифікації, стратифікації загального серцево-судинного ризику та визначення тактики лікування в окремих групах пацієнтів.

***Arterial hypertension treatment approaches according the European Society's of Hypertension and European Society's of Cardiology Guidelines for management of arterial hypertension , year 2003.***

Kryuchkova O.N., Klyaritskaya I.L., Itskova E.A.,  
Kucherenko T.V.

The European Society's of Hypertension and European Society's of Cardiology Guidelines for management of arterial hypertension , year 2003. Last findings got in the recent clinical trials are taken into account and expand previous WHO/ISH (1999) recommendations regarding the diagnosis, classification, stratification of general cardiovascular risk and elaboration of the management strategy in separate patients groups