

УДК: 616.12 – 008.331.1 + 616 – 08.

Рекомендации ESH/ESC по лечению артериальной гипертензии (Милан, июнь 2007г.) Что нового.

О.Н. Крючкова, И.Л. Кляритская, Е.А. Ицкова

Кафедра терапии и семейной медицины Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского

Ключевые слова:

Артериальная гипертензия (АГ), дробного и критически осмысленного объема данных, которые сопровождались бы сериями работ, где были представлены специальные рекомендации, а так же подготовлены практические рекомендации для скорейшего опубликования, как это было сделано в 2003г;

3) прежде всего, оценить данные, полученные от крупномасштабных рандомизированных исследований. При необходимости – не оставлять в стороне данные, полученные от наблюдательных исследований и других источников, при условии, что эти исследования соответствовали высоким научным стандартам;

4) акцентировать, что рекомендации рассматривают заболевание в целом, и поэтому их роль в каждом индивидуальном случае лечения должна быть просветительской, а не нормативной или принудительной, так как личностные, медицинские и культурные отличия между пациентами могут быть существенными, и, следовательно, решения о лечении могут отклоняться от опубликованных методических рекомендаций.

Оценка общего кардиоваскулярного риска

Новое руководство придает особое значение оценке общего кардиоваскулярного риска, что находит свое отражение в классификации АГ. При постановке диа-

гноза каждому пациенту определяется степень артериальной гипертензии и индивидуальный уровень риска кардиоваскулярных осложнений, который прогнозируется с учетом факторов риска, признаков поражения органов – мишеней, наличия сахарного диабета, сердечно-сосудистого или почечного заболевания.

При этом, уровень артериальной гипертензии рекомендуется определять в виде 1, 2 и 3 степени, не используя термины «мягкая», «умеренная» и «тяжелая» АГ. Объясняется это тем, что формулировки «мягкая» или «умеренная» АГ определенным образом успокаивают пациента, что не способствует приверженности к регулярной антигипертензивной терапии. В рекомендациях 2007г. указывается так же, что:

✓ Если систолическое и диастолическое артериальное давление пациента попадает под различные категории, для количественного определения общего сердечно-сосудистого риска, принятия решения о медикаментозном лечении и для оценки эффективности лечения следует использовать более высокую категорию;

✓ Изолированная систолическая гипертензия должна рассматриваться (степень 1, 2 и 3) согласно тем же значениям систолического артериального давления, которые указаны для систолическо-диасто-

1) попытаться предложить наиболее качественные и наиболее сбалансированные рекомендации всем работникам охраны здоровья, которые связаны с лечением АГ;

2) достигать этой цели снова путем по-

Табл. 1

Определения и классификация уровней (мм.рт.ст.) артериального давления (АД)

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

лической артериальной гипертензии. Однако, как упоминалось выше, сочетание с низким диастолическим артериальным давлением (например, 60-70 мм рт. ст.) нужно расценивать как дополнительный риск;

✓ Пороговое значение артериального давления для определения гипертензии и потребность в медикаментозном лечении, должно быть гибким, основываясь на уровне и профиле общего сердечно-сосудистого риска. Например, значение артериального давления может быть оценено как недопустимо высоким и требующим лечения при состояниях с высоким риском, но в то же время оставаться приемлемым у пациентов с низким риском.

Таким образом, очень важным моментом является то, что граница АД для начала лечения изменилась. Она установлена на уровне $\geq 140/90$ мм рт. ст. для для всех гипертензивных пациентов и $< 140/90$ мм рт. ст. пациентов с высоким риском («гибкая граница»), т.е. медикаментозная терапия показана пациентам, которые в предыдущем руководстве рассматривались как нормотензивные. Накопленная за прошедшие годы большая доказательная база позволила определить целевой уровень АД для пациентов высокого риска $< 130/80$ мм.рт.ст.

Сегодня при постановке диагноза АГ наиболее важным моментом является определение суммарного сердечно-сосудистого риска, т.к. решение о выборе стратегии лечения (начало медикаментозного лечения, порог АД и цель лечения), использование комбинированного лечения, потребность в назначении статинов целиком зависит от начального уровня риска.

Факторы, влияющие на прогноз дальнейшего течения болезни

Пациенты с высоким и очень высоким риском:

- ✓ АД ≥ 180 мм рт.ст. систолическое и/или ≥ 110 мм рт.ст. диастолическое
- ✓ Систолическое АД >160 мм рт.ст. с низким диастолическим АД (<70 мм рт.ст.)
- ✓ Сахарный диабет
- ✓ Метаболический синдром
- ✓ > 3 факторов сердечно-сосудистого риска

✓ Одно или несколько субклинических повреждений органов, указанных ниже:

- ▶ электрокардиографическая (особенно с перегрузкой) или эхокардиографическая (особенно концентрическая) гипертрофия левого желудочка
- ▶ ультразвуковые данные об утолщении стенок сонной артерии или о наличии бляшки
- ▶ повышенная жесткость артерий
- ▶ умеренное увеличение сывороточного креатинина
- ▶ снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации или клиренса креатинина
- ▶ микроальбуминурия или протеинурия
- ▶ Имеющее место сердечно-сосудистое или почечное заболевание.

Появился ряд новых подходов к оценке субклинического повреждения органов-мишеней.

В качестве рутинных методов обследования пациентов с гипертензией указаны, в частности, определение креатинина сыворотки, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) или клиренса креатинина и – новый рутинный метод – качественный анализ на микроальбуминурию. Уже доказано, что даже небольшое повышение креатинина сыворотки ($>1,4$ мг/дл) значительно увеличивает КВ риск. Кроме того, КВ риск увеличен у пациентов со значениями СКФ или клиренса креатинина < 60 мл/мин. Оба эти показателя можно легко вычислить по формуле, которая учитывает возраст, массу тела и значения креатинина.

Накоплено огромное количество доказательств того, что и у пациентов с сахарным диабетом, и в общей популяции микроальбуминурия является предиктором почечных и КВ исходов.

Стандарты подхода к сбору семейного и индивидуального анамнеза

Рекомендации ESH/ESC 2007г. сформулировали стандарты подхода к сбору семейного и индивидуального анамнеза:

1. Длительность повышения и предыдущие уровни высокого артериального давления.
2. Симптомы, свидетельствующие о вторичных причинах артериальной гипертензии:
 - а) семейный анамнез по заболеваниям

почек (поликистозная почка);

- б) болезни почек, инфекция мочевых путей, гематурия, злоупотребление анальгезирующими средствами (заболевание паренхимы почек);
 - в) прием медикаментов / веществ: пероральных контрацептивов, лакрицы, карбеноксолона, капель в нос, кокаина, амфетаминов, стероидов, нестероидных противовоспалительных препаратов, эритропоэтина, циклоспорина;
 - г) приступы потоотделения, головной боли, страха, учащенного сердцебиения (феохромоматома);
 - д) приступы мышечной слабости и тетиции (альдостеронизм).
3. Факторы риска:
- а) артериальная гипертензия и сердечно-сосудистые заболевания в семейном и индивидуальном анамнезе;
 - б) дислипидемия в семейном и индивидуальном анамнезе;
 - в) сахарный диабет в семейном и индивидуальном анамнезе;
 - г) курение;
 - д) пищевые привычки, ожирение;
 - е) количество физических упражнений;
 - ж) храп, апноэ во сне;
 - з) особенности характера.

4. Симптомы поражения органов – мишеней:

- а) мозг и глаза: головная боль, головокружение, ухудшение зрения, транзиторные ишемические атаки, сенсорная и моторная недостаточность;
- б) сердце: учащенное сердцебиение, боль в груди, затруднение дыхания, отеки лодыжки;
- в) почки: жажда, полиурия, никтурия, гематурия;
- г) периферические артерии: холодные конечности, перемежающаяся хромота.

5. Предыдущая антигипертензивная терапия: использованные медикаменты, эффективность и побочные эффекты.

6. Индивидуальные, семейные факторы и факторы окружающей среды.

Итоговыми положениями по проведению физикального исследования являются следующие:

1. Признаки предполагаемой вторичной артериальной гипертензии:
 - ▶ Типичная для синдрома Кушинга внешность;
 - ▶ Характерные признаки нейрофиброматоза на коже (феохромоматома);
 - ▶ Пальпация увеличенных почек (поликистозная почка);

Табл. 2

Артериальное давление (мм рт. ст.)					
Другие факторы риска, поражение органов-мишеней или болезнь	Нормальное САД 120 - 129 или ДАД 80 - 84	Высокое нормальное САД 130-139 или ДАД 85-89	АГ I степени САД 140-159 или ДАД 90-99	АГ II степени САД 160-179 или ДАД 100-109	АГ III степени САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110
Другие факторы риска отсутствуют	Средний риск в популяции	Средний риск в популяции	Низкий дополнительный риск	Умеренный дополнительный риск	Высокий дополнительный риск
1 - 2 фактора риска	Низкий дополнительный риск	Низкий дополнительный риск	Умеренный дополнительный риск	Умеренный дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
≥ 3 факторов риска, МС, поражение органов мишеней или диабет	Умеренный дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
Установленное сердечно-сосудистое или ренальное заболевание	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск

▶ Аускультация шума в области живота (вазореальная артериальная гипертензия);
 ▶ Аускультация шумов в прекардиальной области и груди (коарктация аорты);
 ▶ Снижение или отсутствие пульсации на бедренной артерии и понижение АД на бедре (коарктация аорты или болезни аорты и ее ветвей).

2. Признаки повреждения органов-мишеней:

▶ Мозг: шумы на шейных артериях, моторные или сенсорные дефекты;
 ▶ Сердце: расположение и характеристики верхушечного толчка, нарушение ритма сердца, желудочковый галоп, хрипы в легких, периферические отеки;
 ▶ Сетчатка: отклонения при фундоскопии;
 ▶ Периферические артерии: отсутствие, ослабление или асимметрия пульса, холодные конечности, ишемические повреждения кожи;
 ▶ Каротидные артерии: систолические шумы.

3. Признаки ожирения по абдоминальному типу:

▶ Масса тела;
 ▶ Увеличение диаметра талии (в положении стоя): М>102 см; Ж>88 см;
 ▶ Увеличенный индекс массы тела [масса тела (кг) / рост (м²)] избыточная масса тела > 25 кг/м², ожирение > 30 кг/м².

Так же в руководстве приводятся рекомендации по использованию лабораторных и инструментальных исследований:

1. Рутинные тесты:

▶ Уровень глюкозы натощак;
 ▶ Уровень общего холестерина в сыворотке;
 ▶ Уровень сывороточного холестерина ЛПНП;
 ▶ Уровень сывороточного холестерина ЛПВП;
 ▶ Уровень сывороточных триглицеридов

дов натощак;
 ▶ Уровень калия в крови;
 ▶ Уровень мочевой кислоты в сыворотке;
 ▶ Уровень креатинина в сыворотке;
 ▶ Вычисление клиренса креатинина (Формула Кокрофта-Голта) или уровня клубочковой фильтрации (Формула MDRD);

▶ Гемоглобин и гематокрит;
 ▶ Анализ мочи (дополненный микроальбуминурией с использованием экспресс-пробы с полосками и микроскопическим исследованием);

▶ Электрокардиография.

2. Рекомендованные анализы:

▶ Эхокардиография;
 ▶ Ультразвуковое исследование сонных артерий;

▶ Количественная протеинурия (если экспресс-проба позитивная);

▶ Лодыжечно-плечевой индекс АД;

▶ Фундоскопия;

▶ Тест толерантности к глюкозе (если уровень глюкозы натощак >5,6 ммоль/л (100 мг/дл);

▶ Мониторинг домашнего и амбулаторного (24-часового) АД;

▶ Измерение скорости распространения пульсовой волны (где доступно).

3. Расширенная оценка (выполняется специалистом)

▶ Дальнейшее исследование пораженного мозга, сердца, почек и сосудов. Предпочтительный метод при артериальной гипертензии с осложнениями.

▶ Исследование для уточнения диагноза вторичной артериальной гипертензии, если она предполагается, медицинский осмотр или необходимые анализы: определение уровня ренина, альдостерона, кортикостероидов, катехоламинов в плазме и/или моче, артериография, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Решение о начале антигипертензивной

терапии основывается на двух критериях, а именно:

▶ уровне систолического и диастолического АД;
 ▶ уровне суммарного сердечно-сосудистого риска

Лекарственная антигипертензивная терапия

Изменение образа жизни рекомендуется всем без исключения больным с АГ. Пациенты, у которых для снижения АД применяется только этот подход, требуют даже большего внимания врача, чем получающие медикаментозную терапию. В отношении лекарственной антигипертензивной терапии рекомендации подчеркивают, что:

1. Главная польза антигипертензивной терапии обусловлена непосредственным снижением АД, как такового (per se).

2. 5 основных категорий антигипертензивных средств – тиазидные диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина и β-блокаторы – подходят для стартовой и поддерживающей антигипертензивной терапии как сами по себе, так и в сочетании с друг с другом. β-блокаторы, особенно в комбинации с тиазидными диуретиками не следует использовать для больных высоким метаболическим синдромом или при высоком риске развития диабета.

3. Поскольку многие пациенты нуждаются более чем в одном препарате, идея выбора, какой же из них должен быть основным, часто является бесполезной. Однако, есть ряд обстоятельств, при которых становится очевидным преимущество одних препаратов перед другими в начале лечения или в качестве компонента комбинированной терапии.

4. Выбор определенного препарата или сочетания одних препаратов и исключение других, должен учитывать следующее:

Табл. 3

Факторы риска	Субклинические повреждения органов
Уровень систолического и диастолического АД Уровень пульсового АД (в пожилом возрасте) Возраст (М>55 лет; Ж>65 лет) Курение Дислипидемия ▶ ХС>5,0 ммоль/л (190 мг/дл) или: ▶ ХС ЛПНП>3,0 ммоль/л (115 мг/дл) или: ▶ ХС ЛПВП: М<1,0 ммоль/л (40 мг/дл), Ж<1,2 ммоль/л (46 мг/дл) или: ▶ ТГ >1,7 ммоль/л (150 мг/дл) Уровень глюкозы натощак 5,6-6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл) Нарушение толерантности к углеводам по данным перорального глюкозотолерантного теста Абдоминальный тип ожирения Окружность талии >102 см (М), >88см (Ж) Ранние проявления СС заболеваний в семейном анамнезе (М в возрасте <55 лет; Ж в возрасте <65 лет).	Электрокардиографическая ГЛЖ (Соколов-Лайон >38 мм; Корнелл >2440 мм*мс) или: Эхокардиографическая ГЛЖ (ИММЛЖ > 125 г/м ² (М) и >110 г/м ² (Ж)) Утолщение стенок сонной артерии (ТИМ>0,9 мм) или наличие бляшек Скорость распространения пульсовой волны >12м/с Лодыжечно-плечевой индекс АД<0,9 Незначительное увеличение креатинина плазмы: М: 115-133 мкмоль/л (1,3-1,5 мг/дл); Ж: 107-124 мкмоль/л (1,2-1,4 мг/дл) Низкая скорость клубочковой фильтрации (<60мл/мин/1,73 м ²) или клиренс креатинина(<60 мл/мин) Микроальбуминурия 30-300 мг/24ч или соотношение альбумин-креатинин:>22 (М); или >31 (Ж) мг/г креатинина.
Сахарный диабет Уровень глюкозы натощак >7.0 ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях или: Глюкоза плазмы 11.0 ммоль/л (198 мг/дл) через 2 часа при проведении перорального глюкозотолерантного теста	Установленные сердечно-сосудистые или почечные заболевания Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт; кровоизлияния в мозг; преходящая ишемическая атака Заболевания сердца: инфаркт миокарда; стенокардия; коронарная ревазуляризация; сердечная недостаточность Заболевания почек: диабетическая нефропатия; почечная недостаточность (сывороточный креатинин М>133, Ж>124 ммоль/л); протеинурия (>300 мг/24 ч) Болезни периферических артерий Выраженная (тяжелая) ретинопатия; кровоизлияния или экссудат, отек диска зрительного нерва.
Примечание: совокупность трех из пяти факторов риска из абдоминального ожирения, измененный уровень глюкозы натощак, АД>130/85 мм рт.ст., низкий ХС ЛПВП и высокие триглицериды (обозначенный выше) указывает на наличие метаболического синдрома	

✓Предыдущий благоприятный или неблагоприятный опыт использования у больного данного класса препаратов.

✓Влияние препаратов на факторы сердечно-сосудистого риска в соответствии с профилем сердечно-сосудистого риска у конкретного пациента.

✓Наличие субклинического повреждения органов-мишеней, клинических сердечно-сосудистых осложнений, заболеваний почек или диабета, которые, возможно, более эффективно лечатся одними препаратами, нежели другими.

✓Наличие других нарушений, которые могут ограничивать использование определенных категорий антигипертензивных препаратов.

✓Возможности взаимодействий с препаратами, используемыми для лечения других состояний.

✓Стоимость препаратов для пациента или для системы здравоохранения, однако вопрос стоимости не должен преобладать над вопросами эффективности, переносимости и протекторных свойств у каждого отдельного пациента.

5. Внимание всегда следует уделять побочным эффектам препаратов, потому что это самая главная причина отсутствия приверженности к лечению. Препараты отличаются по частоте возникновения побочных эффектов, особенно у отдельных пациентов.

6. Эффект снижения АД должен длиться не менее 24 часов. Это можно проверить офисным, домашним или амбулаторным мониторингом артериального давления.

7. Следует отдать предпочтение препаратам, антигипертензивный эффект которых продолжается свыше 24 часов при приеме 1 раз в день, потому что они упрощают схему лечения и способствуют повышению приверженности к нему.

Состояния, при которых предпочтительнее использование одних антигипер-

тензивных препаратов, нежели других:

1. Тиазидные диуретики:
▶ изолированная систолическая АГ (у пожилых)

▶ сердечная недостаточность;

2. Бета-блокаторы:

▶ стенокардия

▶ после инфаркта

▶ сердечная недостаточность

▶ тахикардия

▶ глаукома

▶ беременность;

3. Антагонисты кальция (дигидропиридины):

▶ изолированная систолическая АГ (у пожилых)

▶ беременность;

▶ стенокардия

▶ гипертрофия левого желудочка

▶ каротидный/коронарный атеросклероз;

4. Антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем):

▶ стенокардия

▶ каротидный атеросклероз

▶ суправентрикулярная тахикардия;

5. Ингибиторы АПФ:

▶ сердечная недостаточность

▶ после инфаркта

▶ дисфункция левого желудочка

▶ диабетическая нефропатия

▶ гипертрофия левого желудочка

▶ каротидный атеросклероз

▶ протеинурия / микроальбуминурия

▶ фибрилляция предсердий

▶ метаболический синдром

6. Антагонисты рецепторов ангиотензина

▶ сердечная недостаточность

▶ после инфаркта

▶ диабетическая нефропатия

▶ гипертрофия левого желудочка

▶ протеинурия / микроальбуминурия

▶ фибрилляция предсердий

▶ метаболический синдром

▶ кашель при приеме ИАПФ;

7. Диуретики (антагонисты альдостерона):

▶ сердечная недостаточность

▶ после инфаркта;

8. Петлевые диуретики:

▶ терминальная стадия почечной недостаточности

▶ сердечная недостаточность.

Рекомендации 2007г. обращают внимание, что монотерапия *любым* антигипертензивным препаратом позволяет достичь целевого снижения АД только у ограниченного количества пациентов.

У большинства больных для достижения целевых уровней АД необходимо использовать комбинированную терапию. Для этого предложен широкий спектр эффективных и хорошо переносимых комбинаций.

В качестве стартовой терапии может быть использованы как моно-, так и комбинированная терапия.

Пациентам 2-й и 3-й степени АГ, а так же больным высокого и очень высокого риска начинать антигипертензивную терапию рекомендуется с использованием комбинации двух препаратов. Использование фиксированных комбинаций из двух препаратов помогает упростить режим лечения и улучшить приверженность к нему. При этом обращает внимание, что у больных с признаками метаболического синдрома нежелательна комбинация β-адреноблокаторов и тиазидных диуретиков.

Лечение ассоциированных факторов риска

Большое внимание уделяется лечению ассоциированных факторов риска.

Липидснижающие препараты

✓Все больные гипертензией с установленным сердечно-сосудистым заболеванием или со 2-м типом сахарного диабета должны получать терапию статинами,

Табл. 4

Уровень артериального давления (мм рт. ст.)					
Другие факторы риска, поражение органов-мишеней или заболевание	Нормальное САД 120 - 129 или ДАД 80 -84	Высокое нормальное САД130-139 или ДАД 85-89	I степень САД140-159 или ДАД 90-99	II степень САД 160-179 или ДАД 100-109	III степень САД≥ 180 или ДАД ≥ 110
Другие факторы риска отсутствуют	Не требуется вмешательств для контроля АД	Не требуется вмешательств для контроля АД	Изменение образа жизни в течение нескольких месяцев, затем медикаментозное лечение, если АД не контролируется	Изменение образа жизни в течение нескольких недель, затем медикаментозное лечение, если АД не контролируется	Высокий дополнительный риск
1 - 2 фактора риска	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни в течение нескольких недель, затем медикаментозное лечение, если АД не контролируется	Изменение образа жизни в течение нескольких недель, затем медикаментозное лечение, если АД не контролируется	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение
≥3 факторов риска, МС, поражение органов мишеней	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни и возможно медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение
Диабет	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни + медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение
Подтвержденное сердечно-сосудистое заболевание или заболевание почек	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение	Изменение образа жизни + Немедленное медикаментозное лечение

направленную на снижение уровня общего холестерина и ЛПНП в сыворотке, соответственно до <4,5 ммоль/л (175 мг/дл) и <2,5 ммоль/л (100 мг/дл) и даже ниже.

✓ Пациенты с гипертензией без явного сердечно-сосудистого заболевания, но с высоким сердечно-сосудистым риском (>20% риска случаев заболеваний за 10 лет) должны также получать терапию статинами, даже если у них уровень общего холестерина и ЛПНП в сыворотке не повышены.

Антитромбоцитарная терапия

✓ Антитромбоцитарная терапия, в частности, ацетилсалициловая кислота в низких дозах, должна назначаться больным гипертензией, имевшим ранее сердечно-сосудистые осложнения, контролируемую при этом риск развития кровотечения.

✓ Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты следует назначать больным без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, в возрасте старше 50 лет, с умеренным повышением уровня креатинина в сыворотке или с высоким сердечно-сосудистым риском. При всех этих клинических ситуациях доказано, что соотношение польза/риск от ее приема (уменьшение вероятности возникновения инфаркта миокарда больше, чем риск кровотечения) будет благоприятным.

✓ Антитромбоцитарное лечение должно быть начато после достижения эффективного контроля АД, для того чтобы минимизировать риск геморрагического

инсульта.

Гликемический контроль

✓ Эффективный контроль уровня глюкозы в крови имеет важное значение у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

✓ Диета и медикаментозное лечение сахарного диабета у этих пациентов должны быть нацелены на понижения уровня глюкозы натощак до уровня < 6 ммоль/л (108 мг/дл) и гликозилированного гемоглобина <6,5%.

Цель лечения

Значительные изменения в рекомендациях ESH/ESC 2007 коснулись цели лечения.

♦ Для больных артериальной гипертензией первичной целью лечения является достижение максимального уменьшения суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

♦ Лечение требует как повышение АД само по себе, так и связанные с ним все обратимые факторы риска.

♦ АД должно быть снижено как минимум до уровня ниже 140/90 мм рт. ст. (систолическое/диастолическое) и даже ниже, если больной гипертензией переносит его удовлетворительно.

♦ Уровень АД должен быть менее <130/80 мм рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом, с высоким риском, а так-

же у тех пациентов, у которых имеются сопутствующие клинические осложнения (инсульт, инфаркт миокарда, нарушение функции почек, протеинурия).

♦ Несмотря на использование комбинированного лечения, снижение систолического АД до уровня < 140 мм рт. ст. может оказаться трудным, особенно если целевое значение < 130 мм рт. ст. Дополнительные трудности следует ожидать при лечении пожилых пациентов и пациентов с сахарным диабетом, а также больных с имеющимися сердечно-сосудистыми осложнениями.

♦ Для более легкого достижения целевого АД, антигипертензивное лечение необходимо начинать прежде, чем начнут развиваться клинические проявления поражения сердечно-сосудистой системы.

Широкое принятие настоящих рекомендаций различными национальными обществами артериальной гипертензии является хорошей предпосылкой для их внедрения в практику и улучшения результатов лечения больных. Учитывая сказанное, настоящие рекомендации были подготовлены в тесном сотрудничестве с IV-ой объединенной рабочей группой европейского и других обществ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Члены комитета по подготовке рекомендаций хорошо осознают то, что факт их существования не создает системы, но может быть полезным, как часть стратегии профилактической медицины, основанной на доказательствах.