

Семнадцатый Европейский конгресс по артериальной гипертензии (Милан, 15-19 июня 2007 года)

Е.И. Баранова

СПбГМУ имени акад. И.П.Павлова, кафедра факультетской терапии имени акад. Г.Ф. Ланга.

17 European Hypertension congress (Milan, 2007)

E.I. Baranova

Статья поступила в редакцию: 00. и принята к печати: 00.

Мы живем в эпоху объединения — создан Европейский союз, который служит цели соединения стран Европы в содружество государств, объединенных не только общей территорией, но и имеющих устойчивые экономические и политические связи. Закономерно, что и врачи Европы стремятся «говорить на одном языке», хотят иметь возможность обмениваться накопленным опытом по лечению различных заболеваний, в том числе артериальной гипертензии. Кроме того, очевидно, что мы живем в эпоху доказательной медицины, у врачей появилась возможность оперировать не только (и не столько) личным опытом, но и фактами, полученными в результате проведения многоцентровых клинических исследований. Именно цели объединения усилий клиницистов по оптимизации диагностики и лечения артериальной гипертензии служат ежегодно проводимые в Европе конгрессы. Очередной конгресс проходил с 15 по 19 июня 2007 года в Милане.

Рассказывает участник европейского конгресса по проблемам артериальной гипертензии Елена Ивановна БАРАНОВА, профессор кафедры факультетской терапии имени Г.Ф. Ланга СПбГМУ им. И.П. Павлова:

17 июня 2007 года в Милане на XVII Европейском конгрессе по артериальной гипертензии были представлены новые рекомендации по лечению этого заболевания, составленные экспертами Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов. Авторы этого документа работали независимо друг от друга, ориентируясь на результаты научных исследований и собственный клинический опыт, а также опираясь на объективный и критический анализ всей современной литературы.

В предисловии к новым рекомендациям составители этого документа подчеркивают, что рекомендации касаются медицинских проблем в целом и, следовательно, их роль должна быть образовательной и рекомендательной, а не обязательной для исполнения при лечении пациентов. В своей практической деятельности врачи должны учитывать особенности течения заболевания больного, его личностные качества и уровень образования. Исходя из этого, тактика, которую избирает врач, может не совпадать с общими рекомендациями.

Классификация и определение артериальной гипертензии.

Классификация АГ в целом не претерпела существенных изменений по сравнению с Европейскими рекомендациями 2003 года за исключением того, что в рекомендациях 2007 года термины «мягкая», «умеренная» и «тяжелая» гипертензия отсутствуют. Употребление этих терминов в ряде случаев нецелесообразно, так как нередко градация АГ противоречит общему сердечно-сосудистому риску больного. Например, пациент с «мягкой» АГ, сочетающейся с ишемической болезнью серд-

ца, должен быть отнесен к категории очень высокого риска. Следовательно, в этом случае в диагнозе необходимо использовать термин «АГ 1 степени».

В рекомендациях 2007 года увеличилось количество факторов риска, которые, по мнению экспертов, оказывают наиболее значимое влияние на прогноз больного с АГ. Европейское общество специалистов по АГ и Европейское общество кардиологов предлагают этот перечень дополнить такими показателями, как высокий уровень глюкозы натощак (5,6–6,9 ммоль/л), аномальный тест на толерантность к глюкозе и высокий уровень пульсового давления у пожилых пациентов.

Европейские рекомендации 2007 года предлагают относить к поражениям органов-мишеней, наряду с традиционными патологическими изменениями, такие показатели, как снижение скорости клубочковой фильтрации (<60 мл/мин/1,73 м²), измеренной по формуле MDRD или снижение клиренса креатинина (<60 мл/мин), оцененного по формуле Кокрофта. Эти простые в определении показатели являются высокоинформативными для прогнозирования сердечно-сосудистого риска, характерного для больных с почечной дисфункцией. Увеличение скорости пульсовой волны (>12 м/сек в области сонных и бедренных артерий), характеризующее увеличение жесткости артерий, и снижение соотношения АД, измеренного на артериях голени и плечевой артерии ($<0,9$), также свидетельствуют об увеличении риска сердечно-сосудистых заболеваний и внесены в перечень Европейских рекомендаций 2007 года.

В рекомендациях 2007 года подчеркивается неблагоприятное прогностическое значение метаболического синдрома и предлагается приравнять это состояние

(по степени влияния на сердечно-сосудистый риск) к поражению органов-мишеней. Существует несколько критериев метаболического синдрома. Европейское общество специалистов по АГ и Европейское общество кардиологов предлагает использовать следующий: наличие трех из 5 параметров, среди которых: абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см), гипергликемия натощак, АД $\geq 130/85$ мм рт. ст., низкий уровень ХС-ЛПВП и высокий уровень триглицеридов.

В Европейских рекомендациях 2007 года при определении риска сердечно-сосудистых заболеваний используется термин «**добавочный риск**», в то время как в Российских рекомендациях по АГ 2004 года этот термин не применяется. В зависимости от степени повышения АД, наличия факторов риска, поражения органов-мишеней, сахарного диабета и ассоциированных клинических состояний все больные АГ могут быть отнесены к одной из четырех категорий сердечно-сосудистого риска: низкий, умеренный, высокий и очень высокий **добавочный** риск. **Добавочный** риск сердечно-сосудистых осложнений означает увеличение степени риска развития этих состояний по сравнению с лицами, у которых АД оптимально. Точность определения сердечно-сосудистого риска зависит от того, насколько тщательным и полным было клинико-инструментальное исследование больного. Такое разделение больных на группы риска имеет определяющее значение для выбора тактики ведения больных АГ.

В рекомендациях приведен перечень показателей, которые, по мнению экспертов, позволяют отнести пациента к категории высокого и очень высокого риска.

Пациенты высокого и очень высокого риска

АД систолическое ≥ 180 мм рт.ст. и / или АД диастолическое ≥ 110 мм рт.ст.

АД систолическое > 160 мм рт.ст. и низкое диастолическое АД (< 70 мм рт.ст.)

Сахарный диабет

Метаболический синдром

Факторы риска (≥ 3)

Признаки поражения органов-мишеней (≥ 1)

Электрокардиографические или эхокардиографические признаки ГЛЖ

Ультразвуковые признаки атеросклеротической бляшки или утолщения комплекса интима-медиа

Увеличение жесткости артерий

Умеренное повышение уровня креатинина

Снижение скорости клубочковой фильтрации или клиренса креатинина

микроальбуминурия или протеинурия

Ассоциированное клиническое состояние (установленное заболевание сердца, сосудов или почек)

Вместе с тем, эксперты подчеркивают, что современная модель оценки сердечно-сосудистого риска не лишена недостатков. В частности, при оценке риска не учитывается длительность воздействия факторов риска и не принимаются во внимание некоторые показатели, которые также могут оказывать влияние на прогноз (низкая физическая активность и стресс). Выявление некоторых признаков поражения органов-мишеней требует больших материальных и временных затрат, а их

точная диагностика зависит от доступности и стоимости метода, квалификации специалиста, оценивающего результаты исследования, стандартизации метода.

Лечение артериальной гипертензии.

Целевой уровень АД при лечении больных АГ остается прежним. У всех пациентов АД должно быть менее 140/90 мм рт.ст. Как и в Европейских рекомендациях 2003 года, при сочетании АГ с сахарным диабетом или с поражением почек рекомендуется достижение более низкого целевого уровня АД — $< 130/80$ мм рт.ст. Вместе с тем, в новых Европейских рекомендациях подчеркивается, что такой целевой уровень АД должен быть не только у больных сахарным диабетом или с патологией почек (почечной дисфункцией, протеинурией), но и у всех пациентов с высоким и очень высоким риском, в частности у пациентов с ассоциированными клиническими состояниями (инсультом и инфарктом миокарда в анамнезе). Для более успешного достижения целевого уровня АД антигипертензивная терапия должна быть начата до появления тяжелых сердечно-сосудистых осложнений.

При проведении антигипертензивной терапии следует иметь в виду, что у пожилых больных и у пациентов с сахарным диабетом трудно достичь снижения систолического АД менее 140 мм рт. ст. При достижении целевых уровней АД необходимо учитывать наличие J-образной кривой выживаемости, свидетельствующей об увеличении смертности не только среди больных с высокими цифрами АД, но и у пациентов с резко сниженным уровнем АД. Следовательно, при лечении больных с АГ необходимо учитывать и степень снижения АД. Систолическое АД не должно быть ниже 110 мм рт.ст., а диастолическое — не ниже 70 мм рт.ст.

Количество назначаемых препаратов для достижения целевого уровня АД зависит от исходного АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии сердечно-сосудистых осложнений достижение целевого АД при помощи монотерапии возможно примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степеней и наличии осложнений или тяжелых сопутствующих заболеваний, например сахарного диабета и диабетической нефропатии, в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов.

Стратегия лечения остается такой же, как и в Европейских и национальных рекомендациях (2003, 2004). На первом этапе лечения возможен выбор между монотерапией и комбинированной низкодозовой терапией.

Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации из двух препаратов с различными механизмами действия. Такая стратегия впервые была предложена в Европейских рекомендациях 2003 года, полномочность этой стратегии подтверждена в рекомендациях 2007 года. Это обусловлено тем, что большинству больных АГ для достижения целевого уровня АД необходима комбинированная терапия. Эксперты подчеркивают, что эта тактика наиболее оправдана у пациентов с сахарным диабетом, патологией почек и высоким риском, так как целевой уровень АД у этих пациентов ниже, чем в общей популяции больных АГ.

Недостатком комбинированной терапии служит то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Однако в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а, с другой, — минимизировать количество побочных эффектов. Рациональная комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Пациентам с уровнем АД $\geq 160/100$ мм рт.ст. при сочетании с сахарным диабетом, протеинурией или хронической почечной недостаточностью полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения.

Монотерапия или комбинированная антигипертензивная терапия?

Монотерапия, независимо от класса используемого препарата, позволяет достичь целевого уровня АД у небольшого числа пациентов.

Использование нескольких препаратов необходимо у большинства пациентов для достижения целевого уровня АД.

В начале лечения можно использовать как монотерапию, так и комбинированную терапию, состоящую из двух препаратов в низкой дозе; в последующем возможно увеличение доз и числа лекарственных препаратов.

Монотерапия может быть использована у больных с АГ 1 степени и низким и умеренным сердечно-сосудистым риском.

Комбинированную терапию двумя препаратами в низких дозах следует использовать в качестве терапии первого ряда у больных с АГ 2 или 3 степени, либо у пациентов с высоким или очень высоким риском.

Фиксированная комбинация из 2 препаратов упрощает лечение и повышает приверженность пациентов к нему.

У некоторых пациентов эффективный контроль АД возможен только при использовании комбинации, состоящей из 3 и более препаратов.

При неосложненной гипертензии и у пожилых больных антигипертензивную терапию можно подбирать постепенно; у пациентов высокого риска целевого уровня АД следует добиваться быстрее, для чего следует использовать комбинированную терапию и быстрее увеличивать дозы антигипертензивных препаратов.

Выбор антигипертензивного препарата.

Европейские рекомендации (2003, 2007), основываясь на результатах многочисленных клинических исследований, постулируют два чрезвычайно важных положения:

1. благоприятное влияние антигипертензивной терапии у больных АГ обусловлено собственно снижением АД и в значительной степени не зависит от характера лекарственной терапии;

2. тиазидовые диуретики (равно как и хлорталидон, индапамид), β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина могут адекватно снижать артериальное давление и значимо снижать сердечно-сосудистые исходы.

Другие классы антигипертензивных препаратов, такие как α_1 -адреноблокаторы, препараты центрального действия (агонисты α_2 -адренорецепторов и агонисты I_1 -

имидазолиновых рецепторов) продемонстрировали адекватный антигипертензивный эффект и оказывают ряд положительных воздействий на метаболизм, но сведения о пользе их длительного применения немногочисленны. Именно исходя из этого, эксперты Европейского общества специалистов по АГ и общества кардиологов не включили эти лекарственные средства в перечень основных классов антигипертензивных препаратов. Вместе с тем, α_1 -адреноблокаторы, агонисты α_2 -адренорецепторов и I_1 -имидазолиновых рецепторов могут с успехом использоваться в составе комбинированной терапии.

Вместе с тем, в Европейских рекомендациях (2007) подчеркивается, что результаты рандомизированных клинических исследований последних лет позволили выделить наиболее эффективные и безопасные комбинации препаратов, к ним относятся:

- тиазидовый диуретик + ингибитор АПФ;
- тиазидовый диуретик + блокатор рецепторов ангиотензина;
- тиазидовый диуретик + антагонист кальция;
- антагонист кальция + ингибитор АПФ;
- антагонист кальция + блокатор рецепторов ангиотензина;
- антагонист кальция (дигидропиридин) + бета-адреноблокатор;

Следует обратить внимание на то, что в перечень наиболее эффективных и безопасных комбинаций не вошли сочетания бета-адреноблокатора и тиазидового диуретика, а также бета-адреноблокатора и альфа-адреноблокатора. Комбинацию бета-адреноблокатора и тиазидового диуретика, широко применяемую в клинической практике, по мнению экспертов, нельзя отнести к оптимальным из-за негативного влияния на метаболизм, особенно при сочетанном использовании этих препаратов. Обе эти группы препаратов при длительной терапии способствуют прогрессированию атерогенной дислипидемии и увеличивают вероятность развития сахарного диабета. Следовательно, эта комбинация может применяться для лечения больных АГ, но ее следует избегать у больных с метаболическим синдромом и у пациентов с высоким риском развития сахарного диабета.

В своей речи во время представления рекомендаций председатель конгресса Джузеппе Манчиа сказал, что рекомендации представлены медицинской общественности и теперь главное — преодолеть барьеры между рекомендациями и практикой. Только при выполнении этого условия возможно успешное внедрение рекомендаций в практическую деятельность клиницистов.