

# Современные возможности контроля артериального давления и снижения сердечно-сосудистых рисков.

По материалам XXVI конгресса «Человек и лекарство» и III Кардио Саммита

Ю.В. Евсютина✉, ORCID: 0000-0003-0139-9773, e-mail: evsyutina.yulia@gmail.com

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины; 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

Артериальная гипертензия является лидирующим сердечно-сосудистым заболеванием и основным сердечно-сосудистым фактором риска. Современные антигипертензивные препараты позволяют контролировать уровень артериального давления на протяжении 24 часов, что ассоциировано с улучшением прогноза и повышением качества жизни. Вариабельность артериального давления является важным параметром оценки эффективности антигипертензивной терапии. Ключевыми принципами лекарственной терапии при артериальной гипертензии можно назвать: приверженность, использование комбинированной терапии, назначение фиксированных комбинаций.

Одной из главных тем, обсуждаемых в рамках XXVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» и III Кардио Саммита, являлась артериальная гипертензия (АГ).

В настоящее время, по подсчетам экспертов, 1 млрд людей в мире страдают АГ. Учитывая рост частоты ожирения и состояний, ассоциированных с ним, а также увеличение продолжительности жизни, к 2025 г. ожидают, что число пациентов с гипертензией достигнет 1,5 млрд [1]. В России также отмечается рост лиц с повышенным уровнем АД. Как показано в крупном эпидемиологическом исследовании ЭССЕ-РФ, завершившемся в 2014 г., распространенность АГ по сравнению с данными мониторинга, проводимого в рамках федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», выросла с 39,7% (в том числе среди женщин – 40,5%, среди мужчин – 38,1%) до 43,4%, при этом наиболее значимый рост до 45,4% отмечен в мужской популяции [2].

Наибольшую трудность представляют пациенты с АГ высокого риска. Для этой группы больных характерны низкая физическая активность, несбалансированное питание и высокое потребление соли, сочетание ожирения, инсулинорезистентности и сахарного диабета 2-го типа, низкая приверженность терапии и подчас недооценка самими пациентами сердечно-сосудистых рисков. Согласно современным представлениям, АГ отождествляется с состоянием раннего ускоренного старения сердечно-сосудистой системы. Отдельное внимание в рамках конгресса «Человек и лекарство» было уделено осложнениям АГ и их профилактике. Эта тема, ежегодно обсуждаемая на конгрессе, привлекает большую аудиторию. Инфаркт миокарда и инсульт являются всем известными осложнениями АГ. Также в XXI в. к ним относятся сердечная недостаточность, в том числе с сохранной фракцией выброса, фибрилляция предсердий на фоне гипертрофии миокарда левого желудочка, хроническая болезнь почек и деменция.

Метаболический синдром (МС) тесно связан с АГ. Так, по данным консорциума MARE, чем больше компонентов МС, тем больше ригидность стенки артерий [3]. Хроническая болезнь почек является частым осложнением АГ, ведь именно пациенты с гипертензией и диабетом являются

основной популяцией, нуждающейся в гемодиализе. В связи с этим необходимо периодически проводить исследование мочи у больных АГ с целью раннего выявления микроальбуминурии и ее последующей коррекции.

Одним из главных звеньев патогенеза АГ является ангиотензин II. Именно он ответственен за вазоконстрикцию, воспаление и гипертрофию сосудистой стенки. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА) играют ключевую роль в лечении АГ и ее осложнений. Важно подчеркнуть, что АРА, по данным метаанализа (22 клинических исследования с 143 тыс. участников), ассоциированы с наименьшей частотой сахарного диабета в сравнении с другими антигипертензивными препаратами и плацебо [4]. Еще одной отличительной особенностью данного класса лекарственных препаратов является его нефропротективный эффект. При выборе конкретного антигипертензивного препарата или комбинации следует руководствоваться данными доказательной медицины и отдавать предпочтение молекулам, обеспечивающим наилучший контроль артериального давления (АД) и максимальную органопротекцию.

Когда мы говорим об АД, то в первую очередь подразумеваем его абсолютные значения. Однако не менее важным показателем является его вариабельность. Вариабельность АД – это колебания АД, превышающие его физиологические значения. Выделяют несколько типов вариабельности АД. В рамках визита – колебания АД на плечевой артерии при сравнении трех последовательных измерений в ходе одного визита к врачу либо колебания АД при самостоятельном измерении АД в домашних условиях [5]. Также имеют место суточная вариабельность АД (в периоды сна и бодрствования), вариабельность АД между визитами, вариабельность АД в разные дни, вариабельность АД в разные недели, вариабельность АД в разные сезоны.

Самой изученной вариабельностью АД является суточная вариабельность: АД достигает минимума около 3 часов утра, плавно нарастает до 5 часов утра и начинает резко увеличиваться за час до пробуждения. При этом у некоторых индивидуумов повышение АД в утренние часы носит патологический характер и приводит к сердечно-сосудистым осложнениям. В нескольких крупных исследованиях продемонстрировано, что в предутренние

часы наблюдается пик инсульта, инфаркта миокарда, а также внезапной сердечной смерти. В частности, в исследовании Каго К. и соавт. показано, что риск инсульта у больных с утренним подъемом АД более чем на 55 мм рт. ст. в 2,7 раза выше, чем у пациентов с величиной утреннего подъема менее 55 мм рт. ст. [6]. По данным метаанализа показано, что между 6 часами утра и 12 часами дня, по сравнению с другими суточными интервалами, на 40% выше риск инфаркта миокарда, на 29% выше риск внезапной смерти и на 49% выше риск инсульта. Это соответствует тому, что каждый 11-й инфаркт миокарда, каждая 15-я внезапная смерть и каждый 8-й инсульт ассоциируются с утренним повышением АД. Именно поэтому наиболее эффективными антигипертензивными препаратами являются те, которые контролируют вариабельность АД в ранние утренние часы.

Важной темой открытых дискуссий и практических школ, проводимых в рамках конгресса «Человек и лекарство», стала рациональная антигипертензивная терапия.

В 2018 г. были опубликованы новые европейские клинические рекомендации по диагностике и лечению АГ [7]. Выделены основные принципы фармакотерапии:

- приверженность – это ключевой фактор успешного лечения АГ,
- комбинированная терапия признана наиболее эффективной терапией у большинства пациентов,
- приверженность терапии лучше при приеме одной таблетки.

Увеличивается количество доказательств, что низкая приверженность лечению в совокупности с инерцией врача (т.е. отсутствие терапевтического действия, когда АД пациента не поддается контролю) – самая важная причина плохого контроля АД.

В новых европейских рекомендациях были представлены несколько алгоритмов по выбору лекарственной терапии при АГ, в частности алгоритм выбора терапии при неосложненной АГ.

При выборе антигипертензивной терапии у больных с неосложненной АГ сразу рекомендуется начинать с комбинированной терапии ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов ангиотензина совместно с блокатором кальциевых каналов. При этом предпочтение следует отдавать фиксированным комбинациям. Монотерапия возможна только у пациентов низкого риска с АГ 1-й степени (систолическое АД < 150 мм рт. ст.) или у очень пожилых (≥80 лет) или ослабленных пациентов.

В случае отсутствия адекватного снижения АД на фоне двойной комбинации логичным шагом является усиление лечения с назначением трех антигипертензивных препаратов: как правило, блокатора ренин-ангиотензиновой системы, блокатора кальциевых каналов и диуретика. По данным клинических исследований, тройная комбинация должна обеспечить контроль АД более чем у 80% больных [9].

Третьим шагом на пути достижения целевых показателей АД при резистентной АГ является тройная комбинация в сочетании со спиронолактоном или другим

препаратом. Доза спиронолактона должна составлять 25–50 мг/сут. В качестве альтернативы спиронолактону можно рассмотреть другой диуретик, альфа-блокатор или бета-блокатор. Помимо этого, у больных резистентной АГ следует рассмотреть возможность направления в специализированный центр для дальнейшего обследования и решения вопроса о лечении.

На протяжении многих лет бета-блокаторы являются неотъемлемой частью терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. У пациентов с АГ данный класс препаратов может быть использован на любом этапе лечения при сопутствующей сердечной недостаточности, после инфаркта миокарда, при ишемической болезни сердца, при фибрилляции предсердий, а также у женщин, планирующих беременность, или беременных [7].

В рамках конгресса «Человек и лекарство» проходила апробация клинического алгоритма по диагностике и лечению АГ в амбулаторной практике с использованием компьютерных технологий и очных коммуникаций. Результаты работы скоро будут доступны широкой аудитории.

При лечении АГ важно понимать, к каким целевым значениям АД стремиться. Первичной целью для всех пациентов должно быть снижение АД < 140/90 мм рт. ст. При этом у пациентов в возрасте 18–64 лет с АГ в сочетании с сахарным диабетом или инсультом/транзиторной ишемической атакой или ишемической болезнью сердца целью лекарственной терапии при условии ее переносимости должен стать показатель систолического АД от 120 до 130 мм рт. ст. У пациентов до 65 лет с сопутствующей хронической болезнью почек целью антигипертензивной терапии следует считать уровень систолического АД от 130 до 139 мм рт. ст. У пациентов 65 лет и старше целевым уровнем систолического АД считается 130–139 мм рт. ст. при хорошей переносимости терапии. Что касается цифр диастолического АД, то у всех больных оно составляет 70–79 мм рт. ст.

Важно подчеркнуть, что достижению вышеперечисленных целевых значений АД во многом способствует хорошая приверженность терапии. Вопрос «как повысить приверженность лечению?» неоднократно поднимался на научных заседаниях конгресса «Человек и лекарство». Следует помнить, что приверженность зависит не только от врача, который должен преподнести информацию в доступном виде, но и от самого пациента (здесь важен самоконтроль АД, школы для пациентов, участие семьи), а также системы здравоохранения (софинансирование, повышение доступности препаратов) и фармацевтических компаний (упаковки с напоминаниями, большие фасовки).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериальная гипертензия остается глобальной сердечно-сосудистой проблемой, диагностика и лечение которой значительно улучшились в последнее время. При выборе антигипертензивной терапии предпочтение следует отдавать фиксированным комбинациям. Достижение целевых значений артериального давления должно стать основной задачей медикаментозной терапии.



## Список литературы / References

- Forouzanfar M.H., Liu P., Roth G.A., Ng M., Biryukov S., Marczak L., Alexander L., Estep K., Hassen Abate K., Akinyemiju T.F., Ali R., Alvis-Guzman N., Azzopardi P., Banerjee A., Barnighausen T., Basu A., Bekele T., Bennett D.A., Biadgilign S., Catalá-López F., Feigin V.L., Fernandes J.C., Fischer F., Gebru A.A., Gona P., Gupta R., Hankey G.J., Jonas J.B., Judd S.E., Khang Y.H., Khosravi A., Kim Y.J., Kimokoti R.W., Kokubo Y., Kolte D., Lopez A., Lotufo P.A., Malekzadeh R., Melaku Y.A., Mensah G.A., Misganaw A., Mokdad A.H., Moran A.E., Nawaz H., Neal B., Ngalesoni F.N., Ohkubo T., Pourmalek F., Rafay A., Rai R.K., Rojas-Rueda D., Sampson U.K., Santos I.S., Sawhney M., Schutte A.E., Sepanlou S.G., Shifa G.T., Shiue I., Tedla B.A., Thrift A.G., Tonelli M., Truelsen T., Tsilimiparis N., Ukwaja K.N., Uthman O.A., Vasankari T., Venketasubramanian N., Vlassov V.V., Vos T., Westerman R., Yan L.L., Yano Y., Yonemoto N., Zaki M.E., Murray C.J. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA*. 2017;317(2):165–82. doi: 10.1001/jama.2016.19043.
- Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков А.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.А., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Чазова И.Е., Шляхто Е.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Константинов В.В., Оганов Р.Г., Мамедов М.Н., Баранова Е.И., Назарова О.А., Шутемова О.А., Фурменко Г.И., Бабенко Н.И., Азарин О.Г., Бондарцов Л.В., Хвостикова А.Е., Ледяева А.А., Чумачек Е.В., Исаева Е.Н., Басырова И.Р., Кондратенко В.Ю., Лопина Е.А., Сафонова Д.В., Скрипченко А.Е., Индукаева Е.В., Черкасс Н.В., Максимов С.А., Данильченко Я.В., Мулерова Т.А., Шалаев С.В., Медведева И.В., Шава В.П., Сторожок М.А., Толпаров Г.В., Астахова З.Т., Тогузова З.А., Кавешников В.С., Карпов Р.С., Серебрякова В.Н. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;(4):4–14. doi: 10.15829/1728-8800-2014-4-4-14.
- Scuteri A., Laurent S., Cucca F., Cockcroft J.A., Cunha P.G., Mañas L.R., Mattace Raso F.U., Muijsan M.L., Ryliškytė L., Rietzschel E., Strait J., Vlachopoulos C., Völzke H., Lakatta E.G., Nilsson P.M. Metabolic syndrome across Europe: different clusters of risk factors. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(4):486–91. doi: 10.1177/2047487314525529.
- Elliott W.J., Meyer P.M. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. *Lancet*. 2007;369(9557):201–7. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60108-1.
- Феськова А.А., Перцев А.В., Резова Н.В. Вариабельность артериального давления у лиц молодого возраста. *Молодой ученый*. 2017;(55):92–95. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/139/39130/>.
- Kario K., Pickering T.G., Umeda Y., Hoshida S., Hoshida Y., Morinari M., Murata M., Kuroda T., Schwartz J.E., Shimada K. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives: a prospective study. *Circulation*. 2003;107(10):1401–6. doi: 10.1161/01.cir.0000056521.67546.a.
- Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M., Clement D.L., Coca A., de Simone G., Dominiczak A., Kahan T., Mahfoud F., Redon J., Ruijlope L., Zanchetti A., Kerins M., Kjeldsen S.E., Kreutz R., Laurent S., Lip G.Y.H., McManus R., Narkiewicz K., Ruschitzka F., Schmieder R.E., Shlyakhto E., Tsioufis C., Aboyans V., Desormais I. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
- 2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(12):143–228. Режим доступа: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/hypertesc.pdf>.
- Volpe M., Rump C.L., Ammentorp B., Laeis P. Efficacy and safety of triple antihypertensive therapy with the olmesartan/amlodipine/hydrochlorothiazide combination. *Clin Drug Investig*. 2012;32:649–4. doi: 10.2165/11636320-000000000-00000.