

# Образовательный Мастер-курс по артериальной



Москва, 12-13 сентября 2007 года



БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ

Европейское общество по артериальной гипертензии проводит новый цикл образовательного Мастер-курса по артериальной гипертензии и сердечно-сосудистому риску 2007-2008 года при поддержке компании Berlin-Chemie Menarini. Цель Мастер-курсов – ознакомить кардиологов европейских стран с последними достижениями в диагностике и лечении артериальной гипертензии, а также обсудить наиболее актуальные вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Основная тема для выступлений и дискуссий – «Рекомендации по лечению артериальной гипертензии», которые были представлены в июне 2007 года.

12-13 сентября в Москве, в отеле «Ле Меридиан Москоу Кантри Клуб» прошло очередное заседание образовательного Мастер-курса. Российские ученые, опираясь на собственный опыт, обсудили специфику адаптации «Рекомендаций» к клинической практике в стране. В рамках курса прошли дискуссии по актуальным вопросам кардиологии в России, стратегическому подходу к планированию и проведению исследований по лечению артериальной гипертензии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

В работе московского Мастер-курса приняли участие: заведующий кафедрой внутренних болезней, член Совета Европейского общества гипертензии Э. Амброзиони (Италия), академик РАН Е.И.Чазов, руководитель Центра исследований сердечно-сосудистых заболеваний Великобритании Э. Хагерти, академик РАМН Р.Г. Оганов, секретарь Европейского общества гипертензии Р. Сифкова (Чехия) профессор И.Е.Чазова, профессор С.А. Бойцов, академик РАМН А.И. Мартынов, профессор Ю.А. Карпов, чл.-корр. АН РТ А.С. Галявич, профессор Ю.М. Лопатин, профессор Д.В. Небиеридзе и другие известные ученые.



## ПРОГРАММА ПО БОРЬБЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ



**Е.И. Чазов**

д.м.н., профессор, академик РАН,  
Генеральный директор РКНПК, Москва

В 2001 году правительство РФ приняло специальную программу по борьбе с артериальной гипертензией. Мы надеялись получить значительные результаты за пять лет. Но наши американские коллеги добились успеха только через 20-25 лет активной работы.

Опыт показывает, что существует целый ряд мероприятий, которые обуславливают успех в борьбе с артериальной гипертензией. В первую очередь – профилактика. Затем – эффективное лечение по современным рекомендациям, что невозможно без повышения квалификации врачей различных уровней, и, в первую очередь, врачей первичного звена здравоохранения. Немаловажная роль принадлежит обучению больных и информированности населения. В этом направлении мы работаем совместно с Союзом журналистов России. В 2006 году в общедоступных СМИ было опубликовано 5 тыс. статей о необходимости борьбы с артериальной гипертензией.

Мы добились определенных успехов в эффективности лечения артериальной гипертензии. За эти годы она увеличилась в два раза – с

12% до 20%. Может ли нас устраивать такой результат? Наверное, нет. В США на пике успеха уровень эффективности лечения достигал 35-40%. Это планка, к которой мы должны стремиться.

Сегодня мы наблюдаем разительные изменения в использовании гипотензивных препаратов. Возросла эффективность, безопасность и конкретная направленность этих лекарств на определенный механизм повышения артериального давления. К сожалению, фармацевтическая революция не только принесла возможность создания эффективных методов лечения, но и привела к трудностям.

Поэтому внедрение стандартов лечения – это очень важно. Когда мы создаем эффективный метод лечения, то должны помнить о том, что имеются индивидуальные особенности каждого патологического процесса – ассоциированные заболевания, индивидуальная чувствительность к тем или иным препаратам. Стандарт – это общий принцип, а при лечении конкретного больного должна идти кропотливая и непростая работа врача.



# гипертонии и сердечно-сосудистому риску



## ПРОБЛЕМЫ И ЛЕЧЕНИЕ ОСОБЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ ESH/ESC 2007 ГОДА

Достаточно давно известно, что группами риска по развитию артериальной гипертонии являются пожилые больные, больные сахарным диабетом, цереброваскулярными и сердечно-сосудистыми заболеваниями, пациенты с ожирением, с заболеваниями почек и др.

Проводимые рандомизированные исследования показали, что применение антигипертензивных препаратов пациентами с систолической и изолированной систолической гипертензией в возрасте старше 60 лет может значительно уменьшить кардиоваскулярную заболеваемость и смертность. В качестве групп гипотензивных препаратов первой линии рекомендованы пять классов: диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину. Однако различные классы гипотензивных медикаментов, безусловно, отличаются друг от друга по некоторым эффектам у разных с клинической точки зрения групп пациентов. Так тиазидные диуретики предпочтительнее для пожилых больных, пациентов с изолированной систолической АГ, при наличии хронической сердечной недостаточности и др.

Пожилым больным требуется назначение двух или более препаратов под постоянным контролем артериального давления. Достигнуть у этой группы пациентов снижения систолического значения до 140 мм рт. ст. весьма

сложно. Следующая группа, в которой наиболее часто встречаются проблемы снижения артериального давления, считаются больные с сахарным диабетом. Сочетание сахарного диабета и артериальной гипертонии составляет более 70-80% среди сложных клинических случаев. Сочетание гипертензии и диабета и наличие некоторых факторов риска: почечной и другой органной патологии, сердечно-сосудистых заболеваний вносит дополнительную сложность в лечение артериальной гипертонии. Если у больных диабетом артериальное давление выше 130/80 мм рт. ст., то лечение артериальной гипертонии можно начинать с высокодозированных лекарственных средств в комбинации 2-х и более препаратов. Лечение необходимо проводить под контролем функции почек. В некоторых состояниях действие препаратов усиливается назначением блокаторов ренин-ангиотензиновой системы. Назначение этих препаратов является регулирующим в комбинированной терапии. Лечебная стратегия должна быть направлена на все агрессивные кардиоваскулярные факторы риска.

Почечная патология очень часто ассоциируется с высоким риском развития кардиоваскулярной патологии. Отмечается два основных показателя, которые требуют строго контроля: артериальная гипертензия (не выше 130/80 мм рт. ст.) и протеинурия (не должно превышать



**Э. Амброзиони**  
заведующий кафедрой внутренних болезней,  
член Совета Европейского общества гипертензии, Италия

1 г в день). Интеграционное терапевтическое воздействие в этой группе больных должно быть с применением антигипертензивных препаратов, статинов, антиагрегантов. Такой подход наиболее целесообразен.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ



### Р.Г. Оганов

д.м.н., профессор, академик РАМН,  
директор НИЦ профилактической медицины МЗ РФ,  
главный кардиолог России

Если говорить о распространенности артериальной гипертонии, то надо учитывать, что термины «повышенное давление» и «нормальное давление», являющиеся, в определенной степени, условными. Зависимость между артериальным давлением и сердечно-сосудистыми осложне-

ниями имеет прямолинейный характер. Чем выше давление, тем чаще возникают осложнения. А если учесть, что риск больного с артериальной гипертонией зависит не только от уровня артериального давления, но и от сопутствующих заболеваний, других факторов риска, то становится еще более очевидным условность деления «нормальное – повышенное» давление. Мы сейчас все чаще и чаще говорим «оптимальное давление», избегая термина «нормальное давление».

Распространенность артериальной гипертонии обычно нарастает с возрастом. В среднем 40% взрослого населения России можно причислить к лицам, страдающим артериальной гипертонией. В этом мы мало, чем отличаемся от стран Европы и США. Наше отличие от западных стран – в уровне контроля артериального давления, т.е. в доведении повышенного артериального давления до нормы. По подсчетам ВОЗ в преждевременной смертности населения России артериальная гипертония занимает первое место.

Около 20 лет назад было проведено крупное исследование по борьбе с артериальной гипертонией, которое показало, что если привлечь пациентов к регулярному лечению и попытаться контролировать артериальное давление, то это может привести к снижению смертности от мозгового инсульта на 48%.

Артериальная гипертония остается фактором риска и после того, как пациент уже перенес мозговой инсульт и ишемическую атаку. Имеется ряд исследований, которые показывают, что если среди лиц, которые перенесли мозговой инсульт, проводить активное лечение по снижению артериального давления, то это приводит к снижению риска повторного мозгового инсульта на 28%.

Когда мы говорим о борьбе с артериальной гипертонией, мы все время подчеркиваем важность лечения этого заболевания. Но лечение не приводит к снижению распространенности, потому что число новых случаев не уменьшается. Поэтому мы хотим улучшить не только контроль артериальной гипертонии, но и сократить распространенность этого заболевания. Для этого нужно заниматься первичной профилактикой артериальной гипертонии.

Я хотел бы обратить ваше внимание на популяционную стратегию, т.к. артериальная гипертония – заболевание массовое, и стратегия борьбы с артериальной гипертонией должна быть также массовой. Если в популяции снизить уровень артериального давления и уровень общего холестерина на 10%, то это приведет к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 45%.

## РОССИЙСКИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ



### Ю.А. Карпов

д.м.н., профессор,  
руководитель отдела ангиологии РКНПК

Определение наиболее оптимальных путей лечения больных артериальной гипертонией возможно только при проведении крупномас-

штабных исследований с участием сотен и тысяч пациентов, но до последнего времени такие дорогостоящие проекты осуществлялись исключительно в странах Западной Европы, США, Канаде. Поэтому несомненный интерес вызывают результаты российских национальных исследований по артериальной гипертонии. Среди них – ФАГОТ – фармакоэкономическая оценка использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) в амбулаторном лечении больных АГ осложненного течения; РОСА – исследование оптимального снижения артериального давления; ПРОЛОГ – исследование преимуществ длительной контролируемой терапии АГ в сравнении с обычной стандартной терапией, назначаемой в реальной клинической практике больным мягкой и умеренной АГ; ФЛАГ – программа достижимости целевых уровней артериального давления при лечении больных с артериальной гипертонией фозиноприлом и другие.

Проведение в нашей стране исследований, демонстрирующих возможность адекватного лечения АГ, использующих современные и доступные гипотензивные препараты, на-

значаемые по ступенчатой схеме, имеющих целью достижение целевых значений АД, при одновременном контроле за безопасностью проводимой терапии, представляется крайне актуальным.

Анализ российских многоцентровых исследований по артериальной гипертонии позволяет выделить их общие черты. Во всех исследованиях дается оценка эффективности снижения АД и переносимости лечения, но редко – влияние на риск осложнений и течение заболевания. Нет группы сравнения или проводится сравнение со стандартной терапией. В исследованиях значительное число больных, выбывших из исследования, часто без указания причин. Большинство исследований посвящено оценке ингибиторов АПФ в монотерапии или в фиксированной комбинации, мало исследований по другим препаратам. Исследуемый препарат (препараты) присоединяется, как правило, к проводимой ранее, но неэффективной антигипертензивной терапии. Относительно небольшая частота развития нежелательных эффектов. Продолжительность исследований – 3-4 месяца.



## ЦЕЛИ И СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ ESH/ESC 2007

При выборе терапии артериальной гипертензии в Рекомендациях ESH/ESC 2007 говорится о дифференцированном подходе, который учитывает возраст, пол, принадлежность к различным этническим группам. В базовую терапию следует включать несколько групп лекарственных препаратов.

Принципиальные изменения претерпела концепция факторов риска. Стратификация риска необходима не только для больных с АГ, но и для лиц с нормальным АГ. При наличии ассоциированных заболеваний пациенты имеют высокий и даже очень высокий риск развития осложнений, поэтому тактика их ведения резко меняется. Целевыми уровнями АГ следует считать уровень ниже 130/80 мм рт. ст. для больных с сахарным диабетом и уровень ниже 140/90 мм рт. ст. у всех остальных пациентов.

Среди общих принципов медикаментозной терапии следует обратить внимание на рекоменда-

ции о расширении показаний для проведения комбинированной терапии. Для достижения целевого АГ большинству пациентов необходима комбинированная терапия двумя и более гипотензивными препаратами.

Большинству пациентов артериальное давление следует снижать постепенно, и целевой уровень должен быть достигнут в течение нескольких недель. При необходимости для комбинированной терапии могут быть использованы также препараты центрального действия (агонисты альфа<sub>2</sub>-адренорецепторов и имидазолиновых рецепторов), а также комбинация ингибитора АПФ и блокатора рецепторов к ангиотензину II. Выбор гипотензивного средства должен быть основан на целом ряде факторов: опыт предшествующего лечения данного пациента, стоимость, наличие факторов риска, органических поражений, сопутствующих заболеваний, а также предпочтении самого пациента.



**Э. Хагерти**

руководитель Центра исследований сердечно-сосудистых заболеваний Великобритании

## ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОССИИ

Частота артериальной гипертензии среди женского населения России составляет 40,1%, среди мужчин — 37,2%. Эти значения выше, чем уровень заболеваемости артериальной гипертензией в развитых странах, который сейчас составляет 37%, и значительно выше, чем в развивающихся странах — 22,9%. К сожалению, планируется рост числа больных с артериальной гипертензией, и в 2025 году в развивающихся странах их будет 1,5 млрд. человек, а 413 млн. пациентов обратятся за помощью к нашим коллегам в развитых странах. В наш материальный век можно купить все — дома, бриллианты, красивую жену, в некоторых странах продают титулы лордов, но купить здоровье, к сожалению, а, может быть, к счастью, нельзя. Это подтверждают результаты зарубежных и российских исследований. Данные НИЦ академika P.Г. Оганова говорят о том, что распространенность артериальной гипертензии фактически одинакова — и среди бедных слоев населения, и среди самых богатых людей в России.

Наша страна занимает одно из лидирующих мест в мире по риску возникновения мозгового инсульта. В большей степени это обусловлено тем, что в России артериальная гипертензия достаточно плохо лечится. Сейчас 9,4% мужчин-гипертоников лечится эффективно, у женщин эти значения составляют 13%. Трудно объяснить эти показатели одной причиной. Наши пациенты лечатся не совсем качественными

препаратами, вероятно, не всегда соблюдают режим приема лекарственных средств. В пожилом возрасте, несмотря на то, что частота назначаемых лекарственных препаратов растет, охват лечения увеличивается, эффективность лечения снижается. Это обусловлено и большей распространенностью систолической гипертензии, а мы знаем, что систолическая гипертензия труднее контролируется, чем диастолическая. Но, к сожалению, наши пожилые пациенты не имеют возможности покупать качественные эффективные лекарства, а должны довольствоваться более дешевыми, но не всегда безопасными и эффективными препаратами.

Есть ли у нас в России возможности эффективно лечить больных с артериальной гипертензией? Да, теоретически, у нас есть все возможности для лечения больных с этой патологией. Для лечения больных с АГ имеются диуретики, бета-блокаторы — старые препараты, как мы их называем, и препараты новые — антагонисты кальция и альфа-адреноблокаторы. Все они активно назначаются. Какие же препараты наши врачи и пациенты любят больше? Наиболее часто в России назначаются ингибиторы АПФ. По данным фармако-эпидемиологического исследования Пифагор, которое было проведено несколько лет назад, в нашей стране наиболее часто, в 32% случаев, назначаются ингибиторы АПФ. На втором месте стоят бета-адреноблокаторы — 27%. Диуретики — 21%, антаго-



**И.Е. Чазова**

д.м.н., профессор, руководитель отдела острых гипертензий РКНПК

нисты кальция — 15%. Очень хорошо, что эти препараты активно назначаются у нас в стране. Отрадно то, что препараты центрального действия, которые не имеют доказательной базы и вызывают очень частые побочные эффекты, назначаются у нас все меньше и меньше. И, я надеюсь, что процент назначения препаратов центрального действия будет и в дальнейшем сокращаться.