



Гипертония и коморбидность

Конференция «Гипертония и коморбидность» под председательством президента Российского научного медицинского общества терапевтов академика РАН Анатолия Ивановича МАРТЫНОВА состоялась в здании правительства Москвы 13 октября 2014 г. На мероприятии присутствовали 200 врачей из Москвы, Московской области, Центрального федерального округа. Техническим организатором конференции стала компания «ИИСИ Медикал».

Сообщение д.м.н., профессора Григория Павловича АРУТЮНОВА касалось лечения артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Для таких больных очень важна правильная оценка функции почек с обязательным расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и оценкой выраженности альбуминурии. Из рекомендованных на сегодняшний день формул расчета СКФ наиболее часто используется формула СКД-ЕРІ, учитывающая пол больных, расу, возраст и креатинин сыворотки. Расчет по этой формуле более точный, чем по формулам Кокрофта – Голта и MDRD. Значимым параметром является также уровень натрийуреза. Уровень натрия очень важен в регуляции артериального давления. Реабсорбция Na^+ и Cl^- в *macula densa* играет ведущую роль в регуляции синтеза ренина и активации ренин-ангиотензиновой системы. Именно поэтому необходимо уделять внимание рациональному использованию диуретиков у больных с АГ и ХБП. Выбор препарата должен осуществляться с учетом его фармакокинетических особенностей. Приоритет в лечении АГ может быть отдан диуретикам пролонгированного действия. К таким препаратам относится Бритомар – препарат торасемида на основе гидрофильной матрицы из гуаровой камеди, что обеспечивает постепенное нарастание натрийуреза и отсутствие пикового диуреза,

способного привести к рикошетной задержке натрия.

Доклад академика РАН Анатолия Ивановича МАРТЫНОВА был посвящен проблемам целевых уровней снижения артериального давления (АД) у лиц пожилого и старческого возраста. Распространенность АГ у лиц пожилого возраста высока. Среди лиц старше 70 лет более 70% страдают АГ. Вместе с тем растет и частота различных форм цереброваскулярной болезни – от хронической ишемии до инсультов головного мозга. У таких больных опасность представляет как повышение АД, так и избыточная гипотензия, особенно ночная. В 2013 г. были рассмотрены рекомендации по ведению больных с АГ Европейского общества кардиологов. Согласно этим рекомендациям пациентам с АГ пожилого и старческого возраста моложе 80 лет с уровнем систолического АД > 160 мм рт. ст. показано его снижение до 140–150 мм рт. ст. У пациентов старческого возраста с ослабленным состоянием здоровья целевые значения систолического АД следует выбирать исходя из индивидуальной переносимости. А.И. Мартынов представил результаты собственного исследования, целью которого было определение особенностей течения, а также эффективности медикаментозного и немедикаментозного лечения АГ у лиц пожилого возраста. Показано, что эффективное лечение АГ в пожилом возрасте требует обязательного контроля клинической симптоматики, наличия жалоб

пациента (признаки дискомфорта, нарушений сна, усиления головокружения, стенокардии и одышки). Целесообразны суточное мониторирование АД, когнитивные тесты, оценка динамики ЭКГ, скорости клубочковой фильтрации. Выступление к.м.н. Ивана Александровича ЩУКИНА было посвящено проблемам лечения больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями. В патогенезе церебральной ишемии ведущую роль играют атеросклеротическое поражение стенки сосудов, АГ, сахарный диабет и другие состояния. Все эти заболевания приводят к изменению мозгового кровотока с гипоксией вещества мозга и каскадом биохимических изменений, что влечет за собой диффузные многоочаговые изменения в веществе головного мозга. Гемодинамические нарушения сопровождаются клеточными и молекулярными изменениями, глутаматной эксайтотоксичностью, активацией внутриклеточных ферментов и накоплением внутриклеточного Ca^{2+} , повышением синтеза окиси азота и окислительного стресса, развитием локальной воспалительной реакции, повреждением гематоэнцефалического барьера и микроциркуляторными нарушениями. Принято выделять три стадии хронической сосудистой мозговой недостаточности (дисциркуляторной энцефалопатии).

Для первой стадии характерны жалобы на повышенную утомляемость, частые головные боли, раздражительность, умеренные

нарушения памяти (прежде всего оперативной), снижение работоспособности, нарушения сна. Нарушения сопровождаются стойкими очаговыми расстройствами в виде анизорефлексии, дискоординаторных явлений, легких глазодвигательных нарушений, симптомов орального автоматизма. На этой стадии большинство симптомов поддаются частичной или полной коррекции при назначении адекватной терапии.

Для второй стадии характерны те же жалобы, что и для первой, но более тяжелой степени: углубление нарушений памяти и внимания, нарастание интеллектуальных и эмоциональных расстройств, значительное снижение работоспособности. У части больных выявляются легкие подкорковые нарушения и расстройства походки (шаркающая, семенящая). Более отчетливой становится очаговая симптоматика в виде оживления рефлексов орального автоматизма, центральной недостаточности лицевого и подъязычного нервов, координаторных и глазодвигательных расстройств, пирамидной недостаточности, амиостатического синдрома.

На третьей стадии количество жалоб уменьшается, что обусловлено снижением критики больным его состояния. Сохраняются жалобы на снижение памяти, неустойчивость при ходьбе, шум и тяжесть в голове, нарушения сна. Выраженность интеллектуально-мнестических и неврологических расстройств нарастает. На этой стадии заболевания больные нередко нуждаются в уходе, а иногда становятся полностью беспомощными в быту.

При компьютерной или магнитно-резонансной томографии у таких больных визуализируются множественные ишемические очаги, лейкоареоз, атрофия мозгового вещества с расширением ликворных пространств.

Важнейшую роль при ведении больных с хронической ишемией головного мозга играет стра-

тегия нейропротекции. Фенотропил обладает комплексным ноотропным эффектом. Установлено сочетание ноотропного, психоактивирующего, вегетотропного и адаптогенного эффектов препарата. Причем Фенотропил не обладает нежелательными явлениями, обычно присущими психостимуляторам (развитие синдрома отмены, зависимости, толерантности).

Доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины Учебно-научного медицинского центра Галина Анатольевна БАРЫШНИКОВА представила рекомендации по ведению больных АГ с метаболическими нарушениями. Пациенты с сахарным диабетом, метаболическим синдромом, нефропатией входят в группу высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Дополнительным фактором, влияющим на риск неблагоприятных исходов, является снижение функции почек. В терапии таких больных важно не только добиваться целевого снижения АД, но и использовать препараты, обеспечивающие максимальную нейропротекцию. Активация ренин-ангиотензиновой системы имеет особое значение для формирования и прогрессирования поражения органов-мишеней. Ангиотензин не только способствует повышению тонуса сосудов, но и стимулирует факторы роста, активирует внутрисосудистое воспаление и факторы свертывания крови. Это обуславливает необходимость обеспечения эффективной блокады ренин-ангиотензиновой системы при лечении больных с АГ и метаболическими нарушениями. Доказанной эффективностью у таких больных обладают препараты из группы блокаторов рецепторов ангиотензина.

В своем докладе д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Нина Александровна ПЕТУНИНА рассказала о сочетании заболева-

ний сердечно-сосудистой системы и заболеваний щитовидной железы. У пожилых лиц, страдающих ишемической болезнью сердца, нередко имеет место гипотиреоз. Частота такого сочетания может возрасти в связи с тем, что характерные для гипотиреоза повышение уровня липопротеинов низкой плотности, снижение липопротеинов высокой плотности и повышение АД являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Даже субклинический гипотиреоз считается существенным и самостоятельным фактором риска инфаркта миокарда и атеросклероза аорты. Заместительная терапия левотироксином, по данным большинства авторов, приводит к регрессу всех изменений, возникающих при гипотиреозе. При развитии у больного после начала лечения симптомов стенокардии или усилении симптомов предшествующей стенокардии необходимо снизить дозу левотироксина, исследовать коронарный кровоток, оптимизировать лечение исходной патологии миокарда. Особую осторожность следует проявлять при назначении левотироксина пациентам с кардиальной патологией и лицам старше 65 лет, у которых может быть невыявленное заболевание сердца. При тиреотоксикозе у пожилых пациентов с сопутствующей патологией классические клинические симптомы могут отсутствовать. Пациенты с субклиническим тиреотоксикозом могут иметь тахикардию, а также клинически нераспознанные эпизоды мерцательной аритмии, которые спонтанно прекращаются. У пожилых пациентов с субклиническим тиреотоксикозом риск развития постоянной формы мерцательной аритмии в три раза выше, чем у лиц с нормальным уровнем тиреотропного гормона. При появлении мерцательной аритмии спектр кардиальных симптомов может расширяться – вплоть до развития сердечной недостаточности,



периферических отеков, одышки. В ряде случаев в неспецифической терапии тиреотоксикоза у кардиологических больных особую роль играют бета-адреноблокаторы.

Первичной профилактике у пациентов с АГ и сопутствующей патологией был посвящен доклад д.м.н. Ларисы Олеговны МИНУШКИНОЙ. В лечении больных с АГ помимо контроля АД важна коррекция других факторов риска. При назначении антитромбоцитарной терапии особое значение приобретает отбор больных, для которых польза от назначения данного лечения будет превышать возможный риск осложнений, связанных с кровотечениями. В обычной клинической практике АГ не является показанием к назначению антитромбоцитарных препаратов, однако среди больных гипертонической болезнью немало тех, у кого польза от назначения ацетилсалициловой кислоты (АСК) доказана. Анализ результатов исследования NOT показал, что у больных с высоким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений (> 10%), исходя высоким уровнем АД, соответствующим 3-й степени АГ, нарушением функции почек назначение низких доз АСК может существенно снизить риск неблагоприятных исходов. При этом для повышения безопасности терапии желательно использовать минимально эффективные дозы АСК (75 мг/сут), а также защищенные лекарственные формы. Среди защищенных форм особый интерес представляют буферные (Кардиомагнил), содержащие небольшие количества невсасывающихся антацидов. Прямое сравнение с кишечнорастворимыми препаратами показало для Кардиомагнила меньшую частоту развития эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и диспепсических нарушений.

Темой доклада к.м.н. Светланы Николаевны ТОЛПЫГИНОЙ, ведущего научного сотрудника отдела профилактической фар-

макотерапии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, стала эффективность и безопасность гиполлипидемической терапии. В настоящее время основой гиполлипидемической терапии является назначение статинов. Появились высокоэффективные препараты, позволяющие снизить уровень холестерина липопротеинов низкой плотности на 50% и более. Однако даже это не всегда позволяет достигать целевых значений. В комбинированной терапии дислипидемии могут использоваться такие препараты, как блокатор кишечной абсорбции холестерина эзетимиб и препараты омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. У больных с сочетанием дислипидемии и заболеваний печени, имеющих повышенные уровни трансаминаз, возможно профилактическое назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты. Проблему когнитивных нарушений у больных АГ рассмотрела к.м.н., старший научный сотрудник Центра патологии речи и нейрореабилитации Вероника Николаевна ШИШКОВА. Снижение когнитивных функций – значимый фактор риска развития неблагоприятных исходов. Показано, что наличие деменции ассоциируется с риском инсульта, сердечной недостаточности, сердечно-сосудистой смертности. Ассоциация когнитивной дисфункции с другими неблагоприятными исходами связана с тем, что деменция может быть маркером тяжести поражения органов-мишеней. Кроме того, для пациентов с деменцией характерна низкая приверженность лечению. У больных со снижением когнитивных функций особый образ жизни, предполагающий ограничение физических нагрузок, определенный характер питания, частое развитие психической депрессии. При проведении терапии хронической сердечной недостаточности важно использовать

препараты с церебропротективными свойствами. Среди основных групп антигипертензивных препаратов наиболее доказанным является церебропротективное действие блокаторов ангиотензиновых рецепторов. Дополнительная эффективность может быть достигнута при использовании церебролизина – препарата, восстанавливающего мозговое кровообращение, способствующего обмену веществ в тканях мозга и обеспечивающего нейропротекторное действие.

Выступление доцента кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Российского университета дружбы народов Владимира Эрнстовича МЕДВЕДЕВА было посвящено дополнительным возможностям повышения эффективности терапии АГ. Адекватная и своевременно начатая терапия психопатологических расстройств у пациентов с АГ является неотъемлемой частью современного комплексного подхода к лечению данного соматического заболевания. Психотерапия данного контингента больных осуществляется с использованием всех классов психотропных препаратов. При этом затруднения, отмечающиеся при назначении психотропных препаратов у пациентов с АГ, связаны с неблагоприятным влиянием многих психофармакологических средств на гемодинамические показатели, их взаимодействием с кардиотропными веществами и зачастую с возрастным снижением активности цитохромов, определяющих метаболизм лекарственных препаратов. Исходя из этого терапевтические мероприятия применительно к рассматриваемому контингенту больных требуют особенно тщательного наблюдения: на первый план выходят характеристики психотропного препарата, связанные с его переносимостью и безопасностью. ☺

Подготовила Л.О. Минушкина