

Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний, поражающих взрослое население индустриально развитых стран.

Так, в Украине зарегистрировано около 12 млн таких больных, что составляет 50% от общего числа лиц с патологией сердечно-сосудистой системы.

Управление артериальной больше чем контроль



Ю.Н. Сиренко

Несмотря на высокую распространенность и исключительную социально-экономическую важность АГ, ее лечение остается одной из главных проблем здравоохранения даже в условиях развитой медицины. Так, в странах Западной Европы целевого уровня артериального давления (АД) удается достичь не более чем у трети больных. Лечение таких пациентов не должно ограничиваться контролем АД, поскольку исход АГ определяется также профилем общего сердечно-сосудистого риска. Таким образом, антигипертензивная терапия, несмотря на кажущуюся простоту, имеет достаточно много «подводных камней». Разобраться с некоторыми из них мы попытались в беседе с руководителем отдела симптоматических гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Юрием Николаевичем Сиренко.

— На сколько важна роль АГ как компонента, определяющего дополнительный сердечно-сосудистый риск?

— АГ — наиболее распространенный фактор сердечно-сосудистого риска. Так, АГ ассоциирована с высоким риском развития мозгового инсульта; ишемической болезни сердца (ИБС), в частности острого инфаркта миокарда (ОИМ); деменции; хронической болезни почек (с формированием хронической почечной недостаточности); сахарного диабета (СД). Кроме того, наличие АГ в определенной степени повышает вероятность возникновения онкологической патологии. Таким образом, АГ — универсальный фактор риска (ФР), сокращающий жизнь человека. Наиболее частыми осложнениями АГ являются церебро- и кардиоваскулярные поражения.

Современный взгляд на лечение АГ сводится к снижению общего и сердечно-сосудистого риска, что реализуется с помощью нескольких подходов. Во-первых, следует корригировать все выявленные ФР и лечить ассоциированные состояния (сердечные аритмии, хроническую сердечную недостаточность (ХСН), хроническое заболевание почек и др.) Во-вторых, необходимо снижать

АД, то есть проводить антигипертензивную терапию в чистом виде. При этом снижение АД при АГ не является основной целью лечения, это лишь один из его компонентов. Главным же, безусловно, является уменьшение сердечно-сосудистого риска.

— Какова распространенность основных факторов сердечно-сосудистого риска среди населения Украины?

— Гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина (ОХС) в плазме крови $\geq 6,0$ ммоль/л) встречается у 40% населения. В то же время превышение соответствующей нормы концентрации плазменного ОХС ($\geq 5,0$ ммоль/л) регистрируется у 70% украинцев. Курение, по данным официальной статистики, распространено среди 40% мужчин и 25% женщин, хотя складывается впечатление, что в действительности этот ФР встречается чаще. Наконец, АГ страдает около трети взрослого населения Украины, причем этот ФР легче всего и выявлять, и контролировать.

Перечисленные ФР в основном затрагивают проблему здорового образа жизни. Отметим, что в Украине формированию последнего уделяется недостаточно внимания как со стороны врачей и пациентов, так и со стороны общественных организаций, проводящих санитарно-просветительскую работу среди населения, в том числе среди подрастающего поколения. Нужно подчеркнуть, что формирование здорового образа жизни — проблема не столько медицинская, сколько социальная, и решать ее необходимо на государственном уровне. В Европе после принятия Люксембургской декларации здорового сердца («0 сигарет, 30 мин физических нагрузок в день, АД $< 140/90$ мм рт. ст., ОХС < 5 ммоль/л») была создана стройная профилактическая концепция, фактически проигнорированная Украиной.

Например, борьба с курением у нас часто проводится по принципу «ничего не вижу, ничего не слышу, никому ничего не скажу». Так, у нас в стране действительно принят закон, запрещающий курение в общественных местах, однако на практике он не реализуется. Пока наше правительство под давлением общественности не начнет внедрять профилактические программы, ежегодно от заболеваний сердца и сосудов будут умирать около 500 тыс. украинцев. Между тем контроль трех основных ФР — гиперхолестеринемии, курения и АГ — позволит уменьшить сердечно-сосудистую заболеваемость примерно на треть.

— Как правильно обследовать пациента, у которого АГ обнаружена впервые?

— Обследуя пациента, у которого впервые зарегистрировано повышенное АД, нужно прежде всего убедиться в том, что это не ситуативный, а постоянный признак, поскольку у подавляющего большинства людей можно обнаружить так называемый феномен белого халата, отражающий реакцию человека на стресс, необычную обстановку, поэтому его нельзя считать проявлением АГ. Следовательно,

на первом этапе работы с пациентом, у которого обнаружено повышенное АД, врач должен избежать гипердиагностики АГ. К сожалению, до сих пор отсутствуют рекомендации, которые бы четко регламентировали количество визитов, необходимое для постановки этого диагноза. Очевидно, в таких ситуациях нужно учитывать индивидуальные факторы. Например, если пациент ранее измерял АД в домашних условиях и оно было повышенным, то диагноз АГ не должен вызывать каких-либо трудностей. С другой стороны, если АД, измеренное на врачебном приеме, превышает $160/100$ мм рт. ст., то для диагностики АГ, вероятно, достаточно 2 визитов. Хотя следует отметить, что, по данным французских исследователей, количество визитов, необходимое для постановки соответствующего диагноза, колеблется от 3 до 6.

Убедившись в том, что повышенное АД является симптомом АГ, необходимо выявить наличие прочих факторов сердечно-сосудистого риска, а также доклинические или манифестные поражения органов-мишеней. Следовательно, такие пациенты нуждаются в тщательном и всестороннем обследовании — физикальном и лабораторно-инструментальном, причем желательным в специализированном учреждении. Так, исследование, проведенное в Италии, показало, что по сравнению с кардиологами врачи общей практики у пациентов с АГ сердечно-сосудистый риск занижают. Это связано с недооценкой значимости бессимптомных поражений органов-мишеней, например гипертрофии левого желудочка, утолщения комплекса интима-медиа сонной артерии и др.

Измерять АД нужно не только на руках, но и на ногах (голенях), что позволяет распознавать облитерирующее поражение артерий нижних конечностей. В частности, на эту патологию будет указывать более низкое АД на артериях голени по сравнению с АД на плечевой артерии. К сожалению, большинство наших врачей АД на ногах не измеряют, отчасти из-за недостаточного понимания важности этого подхода. Между тем диагностика облитерирующего поражения артерий ног свидетельствует о том, что пациент относится к группе очень высокого сердечно-сосудистого риска и нуждается в агрессивной терапии.

Большим АГ нужно проводить доступные биохимические исследования, такие как определение в плазме крови уровня креатинина, глюкозы, ОХС и его фракций, калия, натрия.

Распознавание вторичной АГ не должно превращаться в рутинную процедуру, хотя в отечественной практике его проводят достаточно часто уже в самом начале диагностического поиска. Более разумным является прагматический подход, принятый в западной медицине: вторичную АГ исключают при неэффективности правильно подобранной антигипертензивной терапии либо при наличии симптоматики, не укладывающейся в клиническую картину эссенциальной гипертензии.

— Чем определяется целевой уровень АД у больных АГ?

— Это довольно сложный вопрос. До недавнего времени мы считали, что для подавляющего большинства пациентов целевой уровень АД должен быть $< 140/90$ мм рт. ст.; для больных СД и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском — $< 130/80$ мм рт. ст.; для пациентов, страдающих нефропатией с выраженной протеинурией, — $< 120/75$ мм рт. ст. В то же время сейчас отсутствует ясность в вопросе о целевом уровне АД для пациентов с ИБС или цереброваскулярной патологией. В частности, для этих категорий пациентов нет строгих доказательств относительно преимуществ значений целевого АД $< 130/80$ мм рт. ст. перед $< 140/90$ мм рт. ст. Сложно также определить целевой уровень АД у пациентов с низким сердечно-сосудистым риском, поскольку необходимые для этого исследования пока не проводились. Соответственно, европейские эксперты рекомендуют у этих групп больных определять целевой уровень АД, руководствуясь понятием клинической целесообразности.

Например, если у пациента с низким сердечно-сосудистым риском немедикаментозные методы лечения эффективно контролируют АД, то необходимость в назначении лекарственных средств нет. Больным ИБС, у которых высока вероятность усугубления ишемии миокарда, вероятно, не стоит снижать АД $< 130/80$ мм рт. ст. Однако у пациентов, перенесших цереброваскулярные события, антигипертензивная терапия, очевидно, должна быть более агрессивной, так как уровень АД прямо коррелирует с риском мозговых катастроф. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты исследования ACCORD: у больных СД снижение систолического АД до уровня 120 мм рт. ст. сопровождается дополнительным уменьшением риска мозгового инсульта по сравнению с пациентами, у которых систолическое АД составляет 130 мм рт. ст.

На практике врачи при цереброваскулярной патологии, обусловленной атеросклеротической окклюзией сонных артерий, отказываются снижать АД до более низкого уровня, опасаясь гипоперфузии головного мозга. Однако при постепенном снижении АД такие опасения представляются бессосновательными. Думается, в скором времени удастся доказать, что, контролируя АД у пациентов с цереброваскулярной патологией, нужно придерживаться принципа «чем ниже, тем лучше».

В целом же хотелось бы подчеркнуть еще раз: вопрос о целевом уровне АД для различных категорий пациентов пока далек от решения и требует дальнейших исследований. Необходимо отметить, что современная антигипертензивная терапия не только снижает АД до безопасного уровня, но и стабильно поддерживает его в течение 24 ч. При этом пациент должен принимать минимальное количество лекарственных средств, придерживаясь максимально удобной схемы дозирования препаратов. Только

гіпертензією — артеріального тиску

при таком условии будет достигнута хорошая приверженность больных к назначаемой терапии.

— **Каким образом можно повысить приверженность к терапии?**

Для изучения данного вопроса нами было проведено несколько исследований. И мировой опыт, и результаты, полученные нами, свидетельствуют о том, что приверженность больных к антигипертензивному лечению повышается при использовании таких подходов, как реализация мероприятий, направленных на повышение образовательного уровня врачей; повышение осведомленности пациентов о заболевании; назначение фиксированных комбинаций лекарственных препаратов.

Согласно нашим данным, профессиональное образование врачей — наименее эффективная мера: после прослушивания врачами соответствующего цикла лекций приверженность пациентов к назначаемой терапии повышалась незначительно, что, вероятно, является следствием врачебной инертности, то есть отсутствия адекватной реакции на недостаточные результаты антигипертензивной

терапии. Особенно отчетливо врачебная инертность проявляется в случаях, когда достигнутый уровень АД незначительно отличается от целевого. В такой ситуации врачу необходимо лишь несколько увеличить дозу назначенного препарата, однако нередко он этого не делает. Кроме образовательных программ, для преодоления врачебной инертности можно использовать материальное поощрение врача за достижение у своих пациентов целевого уровня АД. Мировая практика показывает, что этот метод более эффективен, чем образовательный. В рамках другого подхода контроль за уровнем АД осуществляется при активном участии медицинских сестер. При этом пациент обсуждает с медицинской сестрой те вопросы лечения, которые не решаются задат врач.

Образовательные мероприятия для пациентов, как показали результаты нашего исследования, являются гораздо более действенной мерой, особенно у жителей сельской местности. Распространение памяток, в которых рассказывается о сущности АД и методах борьбы с ней, позволяет ощутимо

повысить приверженность больных к назначаемой терапии. Особенно этот подход оправдан в тех случаях, когда у врача нет времени на беседу с пациентами об особенностях течения и терапии их заболевания.

Установлено также, что приверженность к лечению повышается при использовании фиксированных комбинаций препаратов, что обеспечивает удобство приема. Кроме того, приверженность к терапии возрастает при назначении отечественных препаратов, доступных в ценовом отношении большинству наших пациентов. Конечно, комбинированная терапия имеет и определенные недостатки. В частности, нередко возникает вопрос: показано ли данному больному назначение второго препарата? Однако в условиях значительной распространенности АД и, следовательно, существенной нагрузки на врачей назначение комбинированной терапии представляется вполне оправданной стратегией.

— **Какие факторы определяют выбор той или иной группы антигипертензивных препаратов у конкретного больного?**

— Принципиальным является то, что все современные антигипертензивные препараты в эквивалентных дозах обладают сопоставимой способностью снижать АД. Это означает, что врач может назначить любое антигипертензивное средство в любой последовательности. Конечно, существуют отдельные ситуации, требующие вполне определенной тактики (например, применение β -адреноблокаторов после ОИМ или ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и β -адреноблокаторов при ХСН). В большинстве же случаев выбор препарата носит не обязательный, а рекомендательный характер, поскольку невозможно предугадать, какое осложнение АД разовьется у данного пациента. Противоположный подход, как правило, связан не с медицинскими, а с сугубо коммерческими причинами.

— **Какая новая информация об АД появилась в последнее время?**

— К сожалению, за последние годы в лечении АД не произошло кардинальных изменений: пока не разработаны методы, позволяющие получить дополнительные эффекты. В то же время для некоторых категорий пациентов предложены подходы, которые могут оказаться полезными. Так, следует обратить внимание на имплантируемые стимуляторы каротидного синуса для лечения рефрактерной АД; абляцию симпатических нервов, иннервирующих почечные артерии; технологию ритмического дыхания, снижающего АД. Наконец, в США интенсивно изучается эффективность фиксированных тройных комбинаций препаратов для стартовой антигипертензивной терапии.

Подготовил **Глеб Данин**



МЕДИЦИНСКАЯ ХРОНИКА

1877. Болезнь Пейджета (воспаление костной ткани, выражающееся в утолщении костей) открыта английским хирургом Джеймсом Пейджетом (1814-1899).

1877. Сахарный диабет, вызванный нарушением функции поджелудочной железы, описан французским врачом Этьеном Лансеро (1829-1910).

1877. Специальные шины для соединения фрагментов кости при лечении сложных травм разработаны валлийским хирургом-ортопедом Хью Томасом (1833-1891).

1878. Французским физиологом Полем Бером (1833-1886) установлено, что причиной кессонной болезни водолазов, дышащих сжатым воздухом, является азот, перенасыщающий кровь при высоком давлении. При резком понижении давления в процессе подъема водолаза азот образует в крови пузырьки (явление «вскипания крови»).

1879. Применение электрокардиографа для изучения электрической активности мозга введено английским врачом Августом Уоллером (1816-1880).

1879. Бактерия гонококк — возбудитель гонореи открыта немецким бактериологом Альбертом Нейссером (1855-1916).

1880. Бактерия — возбудитель брюшного тифа открыта немецким бактериологом Карлом Эбертом (1835-1926) и независимо его соотечественником Робертом Кохом (1843-1910), а позднее (1884) немецким бактериологом Георгом Гаффки (1850-1918).

1881. Пневмококк — бактерия, вызывающая пневмонию, открыта американским врачом Джорджем Стренбергом (1838-1915).

1882. Холецистэктомия — операция по удалению желчного пузыря — проведена немецким хирургом Карлом Лангенбухом (1846-1901).

1883. Швейцарским хирургом Эмилем Кохером (1841-1917) установлена связь между микседемой и работой щитовидной железы.

1883. Анальгетик и жаропонижающее антипирин получен немецким химиком Людвигом Кнорром (1859-1921).

1883. Немецким бактериологом Робертом Кохом (1843-1910) открыта бактерия — возбудитель холеры. В том же году ученый разрабатывает вакцину против сибирской язвы.

1883. Английским паразитологом Патриком Мэнсоном (1844-1922) установлено, что трипаномы, вызывающие различные заболевания, переносятся кровососущими насекомыми.

1884. Бактерия — возбудитель дифтерии открыта немецким бактериологом Эдвином Клебсом (1834-1913) и выделена его соотечественником Фридрихом Лефлером (1852-1915).

1884. Кокаин впервые использован как местный анестетик в глазной хирургии американским врачом австрийского происхождения Карлом Колером (1849-1925).

1884. Операция по удалению опухоли головного мозга впервые осуществлена английским хирургом Рикманом Годли (1849-1925).

1885. Акромегалия (чрезмерный рост костей после периода полового созревания) описана французским неврологом Пьером Мари (1853-1940). Причина заболевания — гиперфункция гипофиза — выявлена американским врачом Харви Кушингом в 1909 г.

1885. Метод лечения базедовой болезни путем частичного удаления щитовидной железы предложен швейцарским хирургом Эмилем Кохером (1841-1917).

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
імені Л.В.Громашевського НАМН України»
Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»



Науково-практична конференція Актуальні інфекційні захворювання: клініка, діагностика, лікування та профілактика

**Основні
науково-практичні
напрями роботи:**

- Вірусні та бактеріальні інфекції;
- Гострі вірусні та хронічні гепатити;
- Інфекційні захворювання шлунково-кишкового тракту;
- Інфекційні захворювання органів дихання;
- ВІЛ-інфекція
- Геморагічні лихоманки;
- Протозойні інфекції, гельмінтози;
- Захворювання сполучної тканини;
- Рідкісні та нові інфекції;
- Атипичний перебіг;
- Внутрішньолікарняні інфекції;
- Антибактеріальні, противірусні препарати;
- Імунопрофілактичні засоби;
- Сучасні дезінфікуючі засоби, нові технології стерилізації та дезінфекції;
- Діагностичне обладнання, діагностикуми

**24–25
листопада
2010 року**

**Будинок Офіцерів
м. Київ, вул. Грушевського 30/1
(метро Арсенальна)**

Додаткова інформація за тел.: (044) 521-84-54, (097)376-65-83 або по E-mail: conference_n@ukr.net