

Артериальная гипертензия и профилактика цереброваскулярных заболеваний. Позиция невролога

З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин

Введение

Под артериальной гипертензией (эссенциальной артериальной гипертензией, гипертонической болезнью) принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанной с наличием патологических процессов, при которых повышение артериального давления обусловлено известными причинами (симптоматическая артериальная гипертензия).

В последние годы артериальная гипертензия (АГ) привлекает особое внимание неврологов, занимающихся сосудистой патологией мозга. Это связано с тем, что она является важнейшим, хорошо изученным и поддающимся коррекции фактором риска различных форм нарушений мозгового кровообращения (геморрагического и ишемического инсультов, переходящих нарушений мозгового кровообращения и хронической цереброваскулярной патологии). АГ имеет значительную распространенность, которая в популяции экономически развитых стран мира достигает 35–40%, легко выявляется при массовых обследованиях путем измерения артериального давления (АД), кото-

рое может выполнять и средний медицинский персонал. Все последующие клинические, инструментальные и лабораторные исследования позволяют лишь уточнить характер и тяжесть заболевания. Имеющиеся в распоряжении врачей медикаментозные и немедикаментозные методы лечения позволяют осуществлять эффективный контроль показателей АД у большинства пациентов с АГ. Однако, несмотря на проведение специальных обучающих программ как для медицинских работников, так и для населения, во многих странах мира эффективно лечатся лишь от 10 до 25% больных АГ.

Классификация артериальной гипертензии. Риск сердечно-сосудистых осложнений

В настоящее время приняты три классификации АГ: по этиологии, уровню АД и состоянию органов-мишеней. По этиологии АГ делят на первичную (эссенциальная АГ, или гипертоническая болезнь) и вторичную (симптоматическую) АГ. Среди причин заболевания почек (гломерулонефрит, стеноз почечной артерии и др.), эндокринная патология (синдром Кушинга, первичный гиперальдостеронизм, заболевания щитовидной и паращитовидной желез, феохромоцитомы и др.), коарктация аорты, прием некоторых лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные средства, стероидные гормоны, оральные контрацептивы и др.). Считается, что в общей популяции 95% всех случаев

повышения АД можно отнести к эссенциальной АГ.

В 60–80-е годы XX века АГ диагностировалась при показателях АД 160/95 мм рт. ст. и выше. В этот период были получены основные данные о значимости АГ как фактора риска ишемической болезни сердца (ИБС) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), а также показана принципиальная возможность и высокая эффективность активного выявления и лечения больных с повышенным АД с целью предупреждения сердечно-сосудистых осложнений. В дальнейшем, в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1993 г.), критерии АГ изменились и стали следующими – систолическое АД 140 мм рт. ст. и выше и/или диастолическое АД 90 мм рт. ст. и выше. Поскольку АД является переменной величиной, для диагностики АГ необходимо подтвердить повышение АД путем повторных его измерений в течение нескольких визитов больного в лечебное учреждение.

В зависимости от уровня АД до недавнего времени АГ разделяли на “мягкую”, “умеренную” и “выраженную”. Как особую форму выделяли также “изолированную систолическую” АГ, диагностируемую при уровне систолического АД выше 140 мм рт. ст. и показателях диастолического АД ниже 90 мм рт. ст. Однако проведенные многоцентровые контролируемые исследования показали, что указанные выше термины отражают только показатели АД, а не степень тяжести клинического состояния больного и его прогноз в отношении вероятности развития кардио- и цереброваскулярных осложнений. Так, профилактичес-

Зинаида Александровна

Суслина – докт. мед. наук, профессор, директор ГУ НИИ неврологии РАМН.

Юрий Яковлевич Варакин – докт. мед. наук, руководитель отдела эпидемиологии, профилактики и координации научных исследований в неврологии ГУ НИИ неврологии РАМН.

кие исследования, направленные на оценку эффективности антигипертензивной терапии (АГТ) у пациентов с “мягкой” АГ (показатели диастолического АД 90–104 мм рт. ст.), проведенные в США (HDFP, включавшее более 10 тыс. больных АГ) и в Англии (MRCT, включавшее более 17 тыс. больных АГ), показали, что применение медикаментозных средств, снижающих АД, значительно (на 45%) уменьшает риск развития инсульта не только у пациентов с высоким уровнем АД, но в той же мере у лиц с умеренным его повышением. Эти данные являются чрезвычайно важными, потому что большую часть лиц с АГ в популяции составляют именно пациенты с “мягкой” АГ и суммарное количество инсультов при этой форме АГ превышает количество инсультов, происходящих у больных с высокими показателями АД.

Особенно важными для ангионеврологии явились исследования возможности и эффективности профилактики инсульта у лиц пожилого возраста с изолированным повышением систолического АД. В контролируемых профилактических исследованиях предыдущих лет основное внимание было обращено на коррекцию уровня диастолического давления. Систолическому давлению как фактору, связанному с поражением сердечно-сосудистой системы, уделялось значительно меньше внимания. Изолированное повышение систолического АД в пожилом возрасте объясняли возрастным атеросклеротическим изменением аорты и крупных артерий, что приводит к нарушению функции барорецепторов и снижает способность сосудистой системы уменьшать перепады АД. Считалось, что повышение систолического давления у этих пациентов имеет преимущественно компенсаторный характер и обеспечивает, в частности, необходимый уровень кровоснабжения мозга. Поэтому отношение к необходимости проведения антигипертензивной терапии больным с изолированной систолической АГ было неоднозначным.

Выполненные в последние годы многоцентровые исследования, такие как SHEP и “Syst-Eur Multicenter Trial”, показали, что в группе активной АГТ пожилых больных с изолированной си-

столической АГ по сравнению с пациентами, получавшими плацебо, достигнуто снижение числа случаев инсульта на 51%. В связи с этим дальнейшее использование в этих исследованиях плацебо по этическим соображениям было прекращено. Таким образом, показано, что АГТ, проводимая с целью предупреждения инсульта, так же эффективна у больных с изолированной систолической АГ, как и у пациентов с систоло-диастолической АГ. Важность результатов этого исследования для ангионеврологов очевидна. Антигипертензивная терапия проводилась пожилым людям, многие из которых имели атеросклеротические изменения магистральных артерий головы и различные клинические проявления цереброваскулярной патологии.

К органам-мишеням, страдающим при АГ в первую очередь, относят сосуды глазного дна, сердце, почки, головной мозг и крупные артерии (аорта, сонные, подвздошные и бедренные). В зависимости от их состояния выделяют три стадии АГ. В первой стадии объективные проявления поражения органов-мишеней отсутствуют. Во второй стадии выявляется хотя бы один из приведенных ниже признаков: сужение артерий сетчатки, гипертрофия миокарда левого желудочка сердца, присутствие белка в моче или умеренное повышение содержания креатинина плазмы крови (1,2–2,0 мг/дл), асимптомные атеросклеротические бляшки в крупных артериях. Третья стадия АГ характеризуется клиническими проявлениями поражения органов-мишеней: ИБС, инсульт, транзиторные ишемические атаки, гипертоническая энцефалопатия, ангиоретинопатия, почечная недостаточность, окклюзирующие поражения артерий с клиническими проявлениями.

В 1999 г. ВОЗ совместно с Международным обществом по гипертонии разработаны принципиально новые подходы к диагностике и ведению больных АГ. По сравнению с рекомендациями 1993 г. изменены параметры показателей АД – введены термины “оптимальное” и “высокое нормальное” АД. Отсутствует понятие “возрастной нормы” АД, его “нормальные” показатели признаны одинаковыми

для всех лиц старше 18 лет. Чтобы подчеркнуть условность названий “мягкая”, “умеренная” и “выраженная” АГ, эти понятия взяты в кавычки и сохранены лишь как привычные для врачей термины. Изолированная систолическая АГ более не рассматривается как особая форма заболевания. Предложена система стратификации больных АГ на 4 категории в зависимости от риска развития сердечно-сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт миокарда, внезапная смерть) на ближайшие 10 лет, основанная на данных Фремингемского исследования в США.

На базе этих методических материалов экспертами Всероссийского научного общества кардиологов разработаны и в 2001 г. опубликованы национальные “Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии”. В соответствии с ними АГ, как и прежде, диагностируется при АД 140/90 мм рт. ст. и выше. Однако показатели “нормального” АД разделены на три подгруппы: оптимальное, нормальное и высокое нормальное. Артериальная гипертония, в свою очередь, в зависимости от показателей АД, разделяется на три степени (табл. 1).

Определение группы риска, к которой относится конкретный пациент с АГ, а следовательно, и выработка тактики антигипертензивной терапии, производятся с учетом следующих четырех показателей: а) степени повышения АД; б) наличия дополнительных факторов риска (возраст больных – мужчины старше 55 лет и женщины старше 65 лет, курение, сахарный диабет, отягощенный семейный анамнез, общий холестерин более 6,5 ммоль/л, или более 250 мг/дл); в) поражения органов-мишеней (сердца – гипертрофия левого желудочка, почек – протеинурия или креатинин 1,2–2,0 мг/дл, сосудов – бляшки сонных, бедренных артерий, сужение артерий сетчатки); г) наличия ассоциированных клинических состояний (инсульт, транзиторные ишемические атаки, инфаркт миокарда, стенокардия, уровень креатинина более 2,0 мг/дл, ретинопатия и др.).

Выделяют четыре категории риска развития сердечно-сосудистых осложнений при АГ на ближайшие 10 лет:

Таблица 1. Классификация артериальной гипертензии по уровням артериального давления (ВНОК, 2001)

Категория	АД систолическое, мм рт. ст.	АД диастолическое, мм рт. ст.
Нормальное артериальное давление		
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое нормальное	130–139	85–89
Артериальная гипертензия		
АГ I степени	140–159	90–99
АГ II степени	160–179	100–109
АГ III степени	≥180	≥110

Таблица 2. Классификация артериальной гипертензии по уровням артериального давления (JNC 7, 2003)

Категория	АД систолическое, мм рт. ст.	АД диастолическое, мм рт. ст.
Нормальное	<120	<80
Прегипертензия	120–139	80–89
АГ I степени	140–159	90–99
АГ II степени	≥160	≥100

1) низкий (менее 15%) – мужчины моложе 55 лет и женщины моложе 65 лет с АГ I степени без других факторов риска;

2) средний (15–20%) – имеется АГ I степени и присутствуют не более двух факторов риска или АГ II степени без других факторов риска;

3) высокий (20–30%) – имеется АГ I или II степени плюс три фактора риска или более или поражение органов-мишеней или АГ III степени без других факторов риска;

4) очень высокий (более 30%) – АГ любой степени в сочетании с ассоциированной патологией или АГ III степени в сочетании с любыми факторами риска или поражениями органов-мишеней.

В соответствии с определенной таким образом степенью риска развития у больного АГ сердечно-сосудистых осложнений планировалось их лечение. Так, пациентам, отнесенным к группе низкого риска, гипотензивные препараты не назначались. Врачу рекомендовано провести за ними наблюдение длительностью 6–12 мес. Лица, имеющие средний риск развития ос-

ложнений, должны наблюдаться в течение 3–6 мес до принятия решения о назначении лекарственной терапии.

Приведенная выше классификация АГ по уровню АД и степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений, принятая экспертами ВОЗ в 1999 г., первоначально была инициирована рекомендациями Объединенного национального комитета (США) по профилактике, определению и лечению высокого АД (JNC 6), опубликованными в 1996 г. Применение указанных рекомендаций на практике выявило их громоздкость и излишнюю детализацию. Стало очевидным, что практикующим врачам требовалась не только более простая классификация АГ, но и четкие, ясные указания по лечению больных. В связи с этим, а также вследствие того, что за последние пять лет получены принципиально новые данные об эффективности различных групп антигипертензивных препаратов, в декабре 2003 г. были подготовлены и опубликованы новые и в значительной степени переработанные рекомендации Объединенного национального комитета (США) по профилактике, определению и лечению высокого АД (JNC 7), значительно отличающиеся от рекомендаций, приведенных выше.

Классификация АГ по уровню артериального давления существенно упрощена (табл. 2), внесены изменения в основные принципы АГТ, касающиеся прежде всего подбора различных групп гипотензивных препаратов как для начальной, так и для поддерживающей терапии. На этих вопросах мы остановимся несколько ниже.

Неожиданные находки и разочарования

Исследования возможности и эффективности профилактики сердечно-сосудистых осложнений при проведении активной АГТ больных АГ преподнесли много сюрпризов.

Так, было установлено, что существует прямая непрерывная связь между уровнем АД и риском сердечно-сосудистых заболеваний: чем выше показатели систолического и/или диастолического АД, тем выше риск развития как инсульта, так и инфаркта миокарда. Неожиданно выяснилось, что это

относится ко всем диапазонам показателей АД начиная со 115/75 мм рт. ст., т.е. включая и “нормальные” параметры АД. В связи с этим определение порогового уровня АД, ниже которого риск отсутствует, оказалось в принципе невозможно. Поэтому критерии диагностики АГ по уровню артериального давления условны, базируются, главным образом, на результатах исследований по профилактике сердечно-сосудистых осложнений и периодически корректируются.

В предшествовавших эпидемиологических исследованиях было показано, что АГ является важнейшим фактором риска как инфаркта миокарда, так и инсульта. Большинство многоцентровых профилактических исследований по контролю АГ были организованы кардиологами, и их целью было снижение заболеваемости инфарктом миокарда. Снижение риска развития инсульта явилось неожиданным “побочным” эффектом указанных работ. Причем при проведении АГТ риск инсульта снижался гораздо существеннее (на 45–50%), чем риск развития инфаркта миокарда (на 20–25%). Точных объяснений этому не найдено. Предполагается, что имеют значение различия патогенетических механизмов этих двух основных представителей заболеваний системы кровообращения. Возникновение ИБС связано, главным образом, с развитием коронарного атеротромбоза, и для ее профилактики эффективно использование гиполипидемических и антитромботических препаратов, а также отказ от курения. Инсульт же – это синдром, обусловленный многочисленными и совершенно разными причинами, связанными как с патологией сосудистой системы мозга, так и с экстрацеребральными факторами (падение общей гемодинамики, окклюзия мозговых артерий вследствие кардиогенной эмболии, артерио-артериальная эмболия из бляшек дуги аорты или атеросклеротической бляшки общей сонной артерии на шее, микроокклюзия внутримозговых артериол вследствие выраженных общих гемореологических нарушений).

Большим разочарованием для неврологов явились результаты крупного международного проекта “Много-

факторная профилактика ИБС”, в ходе которого наряду с контролем АД проводилось активное выявление и лечение пациентов с ИБС, а также борьба с курением и некоторыми другими факторами риска. Следовало ожидать, что дополнение лечения больных АД контролем такого важнейшего фактора риска ОНМК, каким является ИБС, существенно увеличит эффективность профилактической работы. Однако этого не произошло. Снижение заболеваемости инсультом, полученное в рамках этой трудоемкой программы, оказалось даже меньшим, чем в исследованиях, базирующихся исключительно на активном выявлении и лечении больных АД.

Длительное время при проведении многих контролируемых исследований наиболее значимым и требующим коррекции считался показатель диастолического АД. Однако исследования последних лет показали, что уровень систолического АД не менее важен, а у лиц старше 50 лет он становится основным прогностическим признаком, связанным с риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Наконец, проведенное в рамках международной программы Syst-Eur исследование возможности предупреждения развития сосудистой деменции у больных пожилого возраста с изолированной систолической АД при проведении гипотензивной терапии дало неожиданный результат. В группе активного вмешательства было получено существенное снижение количества случаев деменции альцгеймеровского типа, что заставило специалистов говорить о возможном участии “сосудистого фактора” в генезе или прогрессировании этого тяжелого заболевания.

Проблемы, требующие решения

Имеется целый ряд как общетерапевтических, так и специфических “неврологических” проблем, связанных с артериальной гипертензией и ее лечением. Приведем некоторые из них.

Стало очевидным, что необходимо создание эффективной системы информирования населения о последствиях неконтролируемого повышения АД, создание мотивации боль-

ного на сотрудничество с медицинскими работниками в этом вопросе. Опыт проведения национальных просветительных программ в США показал, что эта работа является непростой, но достаточно эффективной. Так, в 1976–1980 годах знал о своем заболевании только 51% больных АД, принимал соответствующие препараты 31% больных и поддерживали необходимый уровень АД (ниже 140/90 мм рт. ст.) только 10% больных. Ситуация существенно изменилась к 1999–2000 годам. Осведомленность о заболевании достигла 70%, лечились уже 59% больных АД и успешно контролировали уровень АД 34% больных.

В то же время, по данным обследования национальной представительной выборки населения России, в популяции 15 лет и старше стандартизованный по возрасту показатель распространенности АД (АД 140/90 мм рт. ст. и выше) оказался почти равным у мужчин (39,2%) и у женщин (41,1%). Знали о наличии у них заболевания 37,1% мужчин и 58,9% женщин, но получали адекватную гипотензивную терапию всего 5,7% мужчин и 17,5% женщин, больных АД. Таким образом, в России имеются значительные резервы использования такого важного фактора предупреждения острых нарушений мозгового кровообращения, как контроль АД. На решение этой проблемы направлена, в частности, Федеральная целевая программа “Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации”, утвержденная постановлением Правительства РФ от 17 июля 2001 г.

Другой проблемой является обеспечение приверженности больных АД постоянной антигипертензивной терапии. Достичь этого можно только при доверительных отношениях врача и больного, их активном сотрудничестве. Больной должен не только ориентироваться в цифрах своего АД и контролировать его самостоятельно в домашних условиях, но и знать “целевой уровень” АД, к достижению которого он должен стремиться вместе с врачом. Приверженность больного АД лечению зависит и от качества его жизни на фоне проведения АГТ. Применение комбинированных низкодозовых препаратов пролонгированного действия,

требующих приема всего 1–2 таблеток в день, облегчает проведение лечения и избавляет больного от необходимости неоднократного приема различных таблеток в течение суток.

Ключевым в решении проблемы профилактики нарушений мозгового кровообращения при АД является определение оптимальных (“целевых”) уровней АД, к которым следует стремиться при проведении АГТ у пациентов с “неосложненной” АД (без цереброваскулярных заболеваний и ИБС) и в случае ее сочетания с сосудистой патологией мозга. До какого уровня следует снижать и в дальнейшем в течение многих лет поддерживать артериальное давление у больных АД для обеспечения максимальной эффективности предупреждения развития острых и хронических форм цереброваскулярной патологии и при этом не допустить снижения перфузии мозга?

Результаты многоцентровых контролируемых исследований позволили кардиологам установить “целевые” уровни снижения артериального давления, к достижению которых должен стремиться каждый врач при проведении антигипертензивной терапии. Эти уровни следующие: для большинства больных АД с целью предупреждения органических поражений необходимо поддержание АД на уровне ниже 140/90 мм рт. ст. Для пациентов, страдающих сахарным диабетом или заболеваниями почек, наилучший результат получен при более значительном снижении АД до 130/80 мм рт. ст.

Для подтверждения реальной достижимости и оценки эффективности снижения АД до “целевого” уровня в настоящее время проводится первое Российское исследование оптимального снижения артериального давления (РОСА). В нем принимает участие 31 центр из 29 регионов России. Антигипертензивная терапия проводится более чем 2000 больным в возрасте 35–75 лет с “мягкой” и умеренной АД, которые разделены на две группы пациентов, получающих: 1) “активное” лечение по ступенчатой схеме; 2) произвольную “рутинную” терапию в медицинских учреждениях по месту жительства. Первые результаты данной работы показали, что применение ступенчатой схемы антигипертензивной

терапии позволяет достичь “целевого” уровня АД (ниже 140/90 мм рт. ст.) у 96,2% больных. В настоящее время это исследование продолжается.

Многие неврологи не соглашаются с единым стандартом снижения показателей АД для всех больных АГ, независимо от его исходного уровня, наличия и выраженности цереброваскулярной патологии. При этом подчеркивается, что у больных с сосудистыми заболеваниями мозга при АГ часто выявляются атеросклеротические поражения магистральных и внутримозговых сосудов, а также деформации сонных артерий, ухудшающие условия кровоснабжения мозга. Кроме того, у этих больных нередко обнаруживается снижение мозгового гемодинамического резерва, а также нарушение циркадных ритмов АД, в частности чрезмерное его снижение в ночное время. У этих больных АГ чаще выявляются такие факторы риска, как сахарный диабет и дислипидемия.

Справедливо указывается, что при проведении антигипертензивной терапии необходимо учитывать особенности регуляции мозгового кровообращения, которая в норме определяет значительную независимость мозгового кровообращения от системной гемодинамики. Это обеспечивается тем, что при повышении АД сосуды мозга суживаются и, наоборот, расширяются при его снижении, благодаря чему мозговой кровоток остается постоянным. Если АД оказывается меньше нижнего уровня ауторегуляции, дальнейшая вазодилатация не происходит, и снижается объем крови, притекающей к мозгу. При умеренном уменьшении мозгового кровотока (до 30%) обеспечение нормальной оксигенации вещества мозга происходит за счет повышения экстракции кислорода из протекающей крови. В случае дальнейшего уменьшения объемного мозгового кровотока развивается ишемия мозга.

У больных АГ ауторегуляция мозгового кровотока вследствие ремоделирования церебральных артерий адаптируется к более высоким значениям АД, при этом смещается не только верхняя, но и нижняя граница ауторегуляции. В связи с этим для больного АГ, в отличие от здорового человека, рез-

кое снижение систолического АД до уровня 120–130 мм рт. ст. может оказаться критическим, приведет к уменьшению перфузионного АД и появлению симптомов церебральной ишемии. В то же время получены убедительные доказательства того, что постоянная антигипертензивная терапия, проводимая в течение многих месяцев, улучшает состояние сосудистой стенки, что приводит к большему снижению АД к реадaptации ауторегуляции мозгового кровообращения к более низким цифрам артериального давления.

Таким образом, сложились два подхода к определению оптимального уровня снижения АД у больных АГ с целью профилактики развития кардиальных и цереброваскулярных осложнений: 1) “кардиологический”, базирующийся на результатах контролируемых многоцентровых исследований, включавших преимущественно лиц с неосложненной АГ, и рекомендуемый врачам достижение для всех больных единого “целевого” уровня АД, независимо от его исходных показателей; 2) “неврологический”, основанный на клиническом изучении мозгового кровотока у лиц, страдающих артериальной гипертонией с цереброваскулярной патологией. Последний предполагает учет исходных показателей АД и выраженности цереброваскулярной патологии. Поэтому в первые месяцы антигипертензивной терапии у этих больных (конкретные сроки еще требуют уточнения) считается целесообразным умеренное снижение АД – на 10–15% от исходного уровня. По мере адаптации пациента к новым (более низким) показателям АД возможно дальнейшее постепенное его снижение до оптимальных для каждого больного цифр. Однако такой подход к определению адекватного уровня снижения АД базируется только на данных комплексных клиничко-инструментальных исследований. Реальная его эффективность в случае широкого практического применения у больных АГ неизвестна. Продолжение исследований в этом направлении позволит ответить на многие нерешенные вопросы и оптимизировать АГТ у разных категорий больных АГ.

Следует иметь в виду, что наличие АГ ухудшает условия кровоснабжения

мозга не только в связи с изменением ауторегуляции кровотока, но и из-за повышения сосудистого мозгового сопротивления. Показано, что при одной и той же выраженности стеноза сонной артерии кровотоков по сосуду ниже у пациентов, страдающих АГ. К чему в этих условиях может привести медикаментозное снижение АД? Оказалось, что наряду с постепенным уменьшением показателей АД уменьшается и сосудистое мозговое сопротивление, что вызывает увеличение объемного кровотока по магистральным артериям головы и, следовательно, улучшение гемодинамики мозга. Наряду с этим отмечается восстановление цереброваскулярной реактивности, отражающей восприимчивость сосудистой системы мозга к сосудорасширяющим стимулам. Таким образом, воздействие АГТ на мозговой кровоток многоаспектное, неоднозначное и требует дальнейшего изучения.

Наконец, важным является решение вопроса о том, какие группы антигипертензивных препаратов наиболее показаны для длительной АГТ больных с цереброваскулярной патологией. В настоящее время врачи располагают большим выбором антигипертензивных средств. В ходе контролируемых профилактических исследований доказана высокая эффективность в отношении предупреждения сердечно-сосудистых осложнений 5 групп препаратов: 1) тиазидовых и тиазидоподобных диуретиков (гидрохлортиазид, индапамид); 2) β -адреноблокаторов (пропранолол, атенолол и др.); 3) антагонистов кальция (нифедипин, амлодипин и др.); 4) ингибиторов АПФ (каптоприл, эналаприл, периндоприл и др.); 5) антагонистов рецепторов ангиотензина II (лозартан и др.).

Артериальная гипертония – это не просто повышение АД, а сложный комплекс нейрогуморальных, гемодинамических и метаболических изменений в организме больного, коррекция которых путем эффективного антигипертензивного лечения может оказать органопротективное действие. Антигипертензивная терапия приводит к уменьшению выраженности такого важного фактора риска нарушения мозгового кровообращения, каким является гипертрофия миокарда левого

желудочка. Улучшается также состояние сосудистой стенки, которая становится более эластичной. Восстанавливаются вазоактивная и антитромботическая функции эндотелия. У специалистов, занимающихся сосудистой патологией мозга, сложилось впечатление, что указанные благоприятные “дополнительные” эффекты гипотензивных средств более выражены у новых групп препаратов – ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II. Появились сообщения, что ингибиторы АПФ не нарушают ауторегуляцию мозгового кровообращения и поэтому особенно показаны при лечении пациентов с цереброваскулярной патологией при АГ. Последние годы в рамках многоцентровых контролируемых исследований оценивалась также эффективность протективного действия антагонистов рецепторов ангиотензина II, и в частности лозартана (Козаара). Появление препаратов этой группы связано с тем, что точкой приложения уже имевшихся в распоряжении врачей ингибиторов АПФ был преимущественно циркулирующий ангиотензин II, тогда как значительная часть ангиотензина II синтезируется и реализует свое действие в тканях – мозге, легких, почках. Системная блокада ангиотензиновых рецепторов дает возможность воздействовать как на эффекты циркулирующего, так и тканевого ангиотензина II.

Особый интерес вызывают результаты многоцентрового контролируемого исследования LIFE, в рамках которого осуществлено сопоставление эффективности антагониста рецепторов ангиотензина II лозартана (Козаара) и β -адреноблокатора атенолола в отношении предупреждения сердечно-сосудистых осложнений. В данной работе участвовали 945 центров из 7 стран Северной Америки и Европы. Рандомизировано 9193 пациента в возрасте 55–80 лет с несложной АГ и показателями АД 160/95–200/115 мм рт. ст., при обязательном выявлении гипертрофии миокарда левого желудочка по данным ЭКГ. Средняя продолжительность наблюдения за больными была 4,8 года. При идентичном гипотензивном эффекте лозартана и атенолола их влияние на прогноз заболевания существ-

венно различалось. На фоне терапии с использованием лозартана по сравнению с атенололом суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений был меньше на 13%. При этом наиболее выраженный результат получен в отношении профилактики инсульта. Риск развития первичного инсульта при приеме лозартана был меньше на 25%. Проведенный анализ эффективности лозартана в отдельных подгруппах больных АГ показал, что у пациентов с изолированной систолической АГ риск развития инсульта снижается на 40%, у пациентов с фибрилляцией предсердий – на 49%. Среди пациентов, получавших лозартан, уменьшился риск возникновения новых случаев сахарного диабета. Было показано также, что лозартан превосходит атенолол по способности предотвращать инфаркт миокарда и смерть от болезней системы кровообращения в целом.

Приведенные данные демонстрируют, что профилактическое действие лозартана выходит за рамки простого снижения АД. В исследовании LIFE впервые показано преимущество протективного действия одного гипотензивного препарата перед другим. Пока не до конца ясно, является ли выявленный эффект лозартана класс-специфическим, т.е. относится ли он только к конкретному препарату лозартану, или им обладают и другие антагонисты рецепторов ангиотензина II.

Исследования эффективности новых групп антигипертензивных препаратов в отношении профилактики цереброваскулярной патологии при АГ продолжаются. В настоящее время выполняется крупное многоцентровое исследование по вторичной профилактике инсульта при АГ (PROFESS), в рамках которого оценивается эффективность одного из антагонистов рецепторов ангиотензина II телмисартана (микардиса). Завершается исследование MOSES по вторичной профилактике ОНМК с помощью эпросартана (теветена).

В то же время в рекомендациях JNC 7, опубликованных в 2003 г., сделаны совершенно другие выводы об основных принципах АГТ. Проведя сопоставительный анализ результатов наиболее крупных и авторитетных

многоцентровых контролируемых исследований по лечению больных АГ с использованием различных групп антигипертензивных препаратов, эксперты, подготовившие JNC 7, пришли к выводу, что в настоящее время отсутствуют убедительные данные о преимуществах или уникальных протективных свойствах той или иной группы антигипертензивных средств. Более того, было показано, что наибольшая эффективность в отношении предупреждения инсульта достигнута в тех исследованиях, в которых применялись тиазидовые или тиазидоподобные диуретики, как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами. Сделан также вывод о том, что для достижения “целевого” уровня АД у 2/3 больных требуется проведение комбинированной терапии с обязательным включением в нее тиазидового диуретика.

В заключение коротко остановимся на основных направлениях повышения эффективности АГТ в отношении предупреждения развития цереброваскулярной патологии у больных АГ.

1. Существует единый, независимый от возраста уровень “нормального” АД (ниже 140/90 мм рт. ст.). Умеренное повышение АД в пожилом возрасте не следует рассматривать как “возрастную норму”.

2. Необходимо стремиться к достижению “целевого” уровня АД, имея в виду, что неблагоприятный прогноз в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений может быть связан как с повышенным систолическим, так и с повышенным диастолическим АД, которые в равной степени требуют коррекции.

3. У больных с цереброваскулярными заболеваниями снижение повышенного АД производится постепенно, поэтапно.

4. В большинстве случаев требуется комбинированная АГТ с обязательным включением тиазидового диуретика.

5. Поскольку АГТ должна быть пожизненной, предпочтение отдается препаратам с пролонгированным действием, допускающим 1–2-кратный прием в сутки; весьма важным является сотрудничество врача и пациента. ●