

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Реферат на тему: «Артериальная гипертония»

Выполнила ординатор 1 года

Кафедры терапии ИПО Серен-оол Саяна Васильевна

На проверку: ДМН, профессор Грищенко Елена Георгиевна

Красноярск-2019

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Рецензия профессора, ДМН кафедры Терапии ИПО Грищенко Елены Георгиевны на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия Серен-оол Саяна Васильевна по теме: «Артериальная гипертония».

Рецензия на реферат-это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Терапия:

П/н	Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	
3.	Соответствие текста реферата	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Круг использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата

24.06.2013

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:




Артериальная гипертония (АГ) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, инсульт, ИБС, хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных заболеваний (хроническая болезнь почек). Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, представленные в официальной статистике, как болезни системы кровообращения (БСК) являются ведущими причинами смертности населения в Российской Федерации, на их долю в числе умерших от всех причин приходится более 55% смертей.

В современном обществе наблюдается значительная распространенность АГ, составляя 30-45% среди взрослого населения по данным зарубежных исследований и около 40% по данным российских исследований. В российской популяции распространенность АГ среди мужчин несколько выше, в некоторых регионах она достигает 47%, тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40%.

Под термином "артериальная гипертония" подразумевают синдром повышения систолического АД (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. Указанные пороговые значения АД основаны на результатах рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), продемонстрировавших целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение данных уровней АД у пациентов с "гипертонической болезнью" и "симптоматическими артериальными гипертензиями". Термин "гипертоническая болезнь" (ГБ), предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует термину "эссенциальная гипертензия", используемому за рубежом. Под ГБ принято понимать хронически протекающее заболевание, при котором повышение АД не связано с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ. ГБ преобладает среди всех форм АГ, её распространенность составляет свыше 90%. В силу того, что ГБ – заболевание, имеющее различные клинко-патогенетические варианты течения в литературе вместо термина "гипертоническая болезнь" используется термин "артериальная гипертония".

Определение степени повышения АД.

Классификация уровней АД у лиц старше 18 лет представлена в таблице 1. Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ оценивается по более высокой категории. Результаты суточного мониторирования АД (СМАД) и самостоятельного контроля АД (СКАД) могут помочь в диагностике АГ, но не заменяют повторные измерения АД в лечебном учреждении. Критерии диагностики АГ по результатам СМАД, СКАД и измерений АД, сделанных врачом, различны, данные представлены в таблице 2. Следует обратить особое внимание на пороговые значения АД, при которых диагностируется АГ при проведении СКАД – САД ≥ 135 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 85 мм рт.ст.

Критерии повышенного АД в значительной мере являются условными, поскольку между уровнем АД и риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) существует прямая связь, эта связь начинается с относительно низких значений – 110-115 мм рт. ст. для САД и 70-75 мм рт. ст. для ДАД.

Таблица 1. Классификация уровней АД (мм рт.ст.)

Категории АД	САД	и	ДАД
Оптимальное	< 120	и/или	< 80
Нормальное	120 – 129	и/или	80 – 84
Высокое нормальное	130 – 139	и/или	85-89
АГ 1-й степени	140 – 159	и/или	90 – 99

АГ 2-й степени	160-179	и/или	100 – 109
АГ 3-й степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая АГ *	≥ 140	и	< 90

Таблица 3. Стратификация риска у больных артериальной гипертензией

Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания	Артериальное давление (мм рт.ст.)		
	АГ 1 степени САД 140-159 или ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 или ДАД 100-109	АГ 3 степени САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110
Других факторов риска нет	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск
3 и более факторов риска	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Высокий риск	Высокий риск	
ССЗ, ЦВБ, ХБП ≥ 4 ст. или СД с ПОМ или факторами риска			

* АД = артериальное давление. АГ = артериальная гипертензия. ХБП = хроническая болезнь почек. СД = сахарный диабет. ДАД = диастолическое артериальное давление. САД = систолическое артериальное давление

Факторы риска, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

- ❖ Мужской пол
- ❖ Возраст (≥55 лет у мужчин, ≥65 лет у женщин)
- ❖ Курение
- ❖ Дислипидемия (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена)
- ❖ Общий холестерин >4,9 ммоль/л (190 мг/дл) и/или
- ❖ Холестерин липопротеинов низкой плотности >3,0 ммоль/л (115 мг/дл) и/или
- ❖ Холестерин липопротеинов высокой плотности у мужчин <1,0 ммоль/л (40 мг/дл), у женщин <1,2 ммоль/л (46 мг/дл)
- ❖ Триглицериды >1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
- ❖ Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (101–125 мг/дл)
- ❖ Нарушение толерантности к глюкозе 7,8 - 11,0 ммоль/л

- ❖ Ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$)
- ❖ Абдоминальное ожирение (окружность талии: $\geq 102 \text{ см}$ у мужчин, $\geq 88 \text{ см}$ у женщин) (для лиц европейской расы)
- ❖ Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (< 55 лет у мужчин, < 65 лет у женщин)

Субклиническое поражение органов-мишеней

- Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) $\geq 60 \text{ мм рт.ст.}$
- Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона $\text{SV}_1 + \text{RV}_5 - 6 > 35 \text{ мм}$; Корнельский показатель $(\text{RAVL} + \text{SV}_3) \geq 20 \text{ мм}$ для женщин, $(\text{RAVL} + \text{SV}_3) \geq 28 \text{ мм}$ для мужчин; Корнельское произведение $(\text{RAVL} + \text{SV}_3) \text{ мм} \times \text{QRS мс} > 2440 \text{ мм} \times \text{мс}$
- Эхокардиографические признаки ГЛЖ [индекс ММЛЖ: $> 115 \text{ г/м}^2$ у мужчин, 95 г/м^2 у женщин (ППТ)]а*
- Утолщение стенки сонных артерий (комплекс интима-медиа $\geq 0,9 \text{ мм}$) или бляшка в брахиоцефальных/почечных/подвздошно-бедренных артериях
- Скорость пульсовой волны («каротидно-фemorальной») $> 10 \text{ м/сек}$
- Лодыжечно-плечевой индекс систолического давления $< 0,9$ **
- ХБП 3 стадии с рСКФ $30 - 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ (MDRD-формула)*** или низкий клиренс креатинина $< 60 \text{ мл/мин}$ (формула Кокрофта-Гаулта)**** или рСКФ $30 - 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ (формула CKD-EPI)*****
- Микроальбуминурия ($30 - 300 \text{ мг/л}$) или отношение альбумина к креатинину ($30 - 300 \text{ мг/г}$; $3,4 - 34 \text{ мг/ммоль}$) (предпочтительно в утренней порции мочи)

Формулировка диагноза.

При формулировании диагноза по возможности максимально полно должны быть отражены наличие ФР, ПОМ, ССЗ, ЦВБ, ХБП сердечно-сосудистый риск. Степень повышения АД обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ. Если больной находился в стационаре, то в диагнозе указывается степень АГ на момент поступления. Необходимо также указать стадию заболевания. Согласно трехстадийной классификации ГБ, ГБ I стадии предполагает отсутствие ПОМ, ГБ II стадии – присутствие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней. Диагноз ГБ III стадии устанавливается при наличии ССЗ, ЦВБ, ХБП.

Примеры диагностических заключений:

- ГБ I стадии. Степень АГ 2. Дислипидемия. Риск 2 (средний).
- ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ III стадии. Степень АГ 2. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ II стадии. Степень АГ 2. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск 3 (высокий).
- ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (крупноочаговый) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ III стадии. Степень АГ I. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Ожирение II ст. Нарушение толерантности к глюкозе. Риск 4 (очень высокий).
- Феохромоцитома правого надпочечника. АГ 3 степени. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).

ДИАГНОСТИКА

Обследование пациентов с АГ проводится в соответствии со следующими задачами:

- ☐ определение степени и стабильности повышения уровня АД (таблица 1), у пациентов с впервые выявленным повышением АД, диагноз АГ устанавливается на основании, по меньшей мере, двукратного измерения АД на разных визитах;

- ☐ исключение вторичных (симптоматических) форм АГ, при наличии – установление ее формы;
- ☐ оценка общего сердечно-сосудистого риска – выявление факторов риска ССЗ, диагностика ПОМ, ССЗ, ЦВБ, ХБП, которые влияют на прогноз и эффективность лечения.

Диагностика АГ и обследование включает следующие этапы:

- ☐ повторные измерения АД;
- ☐ выяснение жалоб и сбор анамнеза;
- ☐ физикальное обследование;
- ☐ лабораторно-инструментальные методы исследования: более простые на первом этапе и сложные – на втором этапе обследования (по показаниям).

Метод суточного мониторинга АД

Клиническое АД является основным методом определения величины АД и стратификации риска, но СМАД имеет ряд определенных преимуществ:

- предоставляет информацию об уровне АД в течение «повседневной» активности (в реальной жизни пациента)
- предоставляет информацию об уровне АД в течение ночи
- позволяет уточнить прогноз ССО
- более тесно связан с поражением органов-мишеней, чем клиническое АД
- более точно оценивает антигипертензивный эффект терапии.

Только метод СМАД позволяет определить суточный ритм АД; ночную гипотензию или гипертензию, динамику АД в ранние утренние часы, равномерность и достаточность антигипертензивного эффекта препаратов.

Показания для проведения СМАД приведены ниже совместно со СКАД.

Для проведения СМАД могут быть рекомендованы только аппараты, успешно прошедшие клинические испытания по международным протоколам, подтверждающим точность измерений. При интерпретации данных СМАД основное внимание должно быть уделено средним значениям АД за день, ночь и сутки; суточному индексу (разница между АД в дневные и ночные часы); величине АД в утренние часы; вариабельности АД, в дневные и ночные часы (std) и показателю нагрузки давлением (процент повышенных значений АД в дневные и ночные часы).

3.1.9. Клинические показания к применению СМАД и СКАД в диагностических целях

17

- Подозрение на «гипертонию белого халата»
- Пациентам с АГ 1 степени по данным клинического АД
- Высокое клиническое АД у лиц с отсутствием ПОМ и у лиц с низким общим сердечно-сосудистым риском
- Подозрение на «маскированную» АГ
- Высокое нормальное клиническое АД
- Нормальное клиническое АД у лиц с ПОМ и у лиц с высоким общим сердечно-сосудистым риском

- исключение вторичных (симптоматических) форм АГ, при наличии – установление ее формы;
- оценка общего сердечно-сосудистого риска – выявление факторов риска ССЗ, диагностика ПОМ, ССЗ, ЦВБ, ХБП, которые влияют на прогноз и эффективность лечения.

Диагностика АГ и обследование включает следующие этапы:

- повторные измерения АД;
- выяснение жалоб и сбор анамнеза;
- физикальное обследование;
- лабораторно-инструментальные методы исследования: более простые на первом этапе и сложные – на втором этапе обследования (по показаниям).

Метод суточного мониторирования АД

Клиническое АД является основным методом определения величины АД и стратификации риска, но СМАД имеет ряд определенных преимуществ:

- предоставляет информацию об уровне АД в течение «повседневной» активности (в реальной жизни пациента)
- предоставляет информацию об уровне АД в течение ночи
- позволяет уточнить прогноз ССО
- более тесно связан с поражением органов-мишеней, чем клиническое АД
- более точно оценивает антигипертензивный эффект терапии.

Только метод СМАД позволяет определить суточный ритм АД, ночную гипотензию или гипертензию, динамику АД в ранние утренние часы, равномерность и достаточность антигипертензивного эффекта препаратов.

Показания для проведения СМАД приведены ниже совместно со СКАД.

Для проведения СМАД могут быть рекомендованы только аппараты, успешно прошедшие клинические испытания по международным протоколам, подтверждающим точность измерений. При интерпретации данных СМАД основное внимание должно быть уделено средним значениям АД за день, ночь и сутки; суточному индексу (разница между АД в дневные и ночные часы); величине АД в утренние часы; вариабельности АД, в дневные и ночные часы (std) и показателю нагрузки давлением (процент повышенных значений АД в дневные и ночные часы).

3.1.9. Клинические показания к применению СМАД и СКАД в диагностических целях

17

- Подозрение на «гипертонию белого халата»
- Пациентам с АГ I степени по данным клинического АД
- Высокое клиническое АД у лиц с отсутствием ПОМ и у лиц с низким общим сердечно-сосудистым риском
- Подозрение на «маскированную» АГ
- Высокое нормальное клиническое АД
- Нормальное клиническое АД у лиц с ПОМ и у лиц с высоким общим сердечно-сосудистым риском

- Выявление «гипертонии белого халата» у больных АГ
- Значительные колебания клинического АД в ходе одного или разных посещений врача
- Вегетативная, ортостатическая, постпрандиальная, лекарственная гипотония; гипотония во время дневного сна
- Повышение клинического АД или подозрение на преэклампсию у беременных
- Выявление истинной и ложной рефрактерной АГ

Лабораторно-инструментальные методы исследования

Обязательные обследования:

- ❖ общий анализ крови и мочи;
- ❖ МАУ, особенно у лиц с ожирением, МС и СД;
- ❖ глюкоза в плазме крови (натощак)
- ❖ ЛПНП, ЛПНП, ЛПНП, ТГ;
- ❖ креатинин в сыворотке крови с расчетом клиренса креатинина и/или скорости клубочковой фильтрации
- ❖ ЭКГ

Исследования, рекомендуемые дополнительно:

- калий, натрий в сыворотке крови*;
- мочевая кислота;
- фибриноген;
- АСТ, АЛТ;
- количественная оценка протеинурии;
- ЭхоКГ;
- исследование глазного дна;
- УЗИ почек и надпочечников;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных, почечных, подвздошно-бедренных артерий;
- рентгенография органов грудной клетки;
- суточное мониторирование АД и самоконтроль АД;
- определение лодыжечно-плечевого индекса систолического давления;
- определение скорости пульсовой волны в аорте;
- пероральный тест толерантности к глюкозе и/или определение гликированного гемоглобина (HbA1c) – при уровне глюкозы в плазме крови $\geq 5,6$ ммоль/л (100 мг/дл)

Углубленное исследование:

- ❖ В случаях осложненной АГ – оценка состояния головного мозга (МРТ, КТ), миокарда (МРТ, КТ, сцинтиграфия и др.), почек (МРТ, КТ, сцинтиграфия), магистральных и коронарных артерий (коронарография, ангиография, внутрисосудистое УЗИ).

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АГ

4.1. Цели терапии.

Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития осложнений АГ: фатальных и нефатальных ССЗ, ЦВБ и ХБП. Для достижения этой цели необходимо снижение АД до целевых уровней, коррекция всех модифицируемых ФР (курение, дислипидемии, гипергликемия, ожирение и др.), предупреждение/замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение выраженности (регресс) ПОМ, а также лечение имеющихся сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний.

Целевым для всех категорий больных является уровень АД < 140/90 мм рт.ст. Исключение составляют больные АГ с СД, для которых целевой уровень АД < 140/85 мм рт.ст.

При плохой переносимости снижение АД рекомендуется в несколько этапов. На первом этапе АД снижается на 10-15% от исходного уровня за 2-4 недели с последующим возможным перерывом для адаптации пациента к более низким величинам АД. Далее темпы снижения АД определяются индивидуально, при этом необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых значений. Использование этапной (ступенчатой)

Таблица 6. Тактика ведения больных в зависимости от суммарного сердечно-сосудистого риска

	Артериальное давление (мм рт.ст.)		
	АГ 1-й степени 140-159/90-99**	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени ≥180/110
Нет ФР	- Изменение образа жизни в течение нескольких месяцев - При сохранении АГ назначить медикаментозную терапию	- Изменение образа жизни в течение нескольких недель - При сохранении АГ назначить медикаментозную терапию	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию
1-2 ФР	- Изменение образа жизни в течение нескольких недель - При сохранении АГ назначить медикаментозную терапию	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию
3 и более ФР	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию
Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию	- Изменение образа жизни - Назначить медикаментозную терапию	
ССЗ, ЦВБ, ХБП ≥4 ст. или СД с ПОМ или ФР			

Медикаментозная терапия.

. Выбор антигипертензивного препарата.

Для лечения АГ рекомендованы пять основных классов АГП:

- ❖ ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ),
- ❖ блокаторы рецепторов АТ II (БРА),
- ❖ антагонисты кальция (АК),

- ❖ β -адреноблокаторы (ББ)
- ❖ диуретики, для которых способность предупреждать развитие ССО доказана в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ). Все эти классы препаратов подходят для стартовой и поддерживающей терапии, как в виде монотерапии, так и в составе определенных комбинаций.

В качестве дополнительных классов АГП для комбинированной терапии могут использоваться агонисты имидазолиновых рецепторов (АИР) α -адреноблокаторы (АБ), и прямые ингибиторы ренина (ПИР). Для этих классов препаратов не проводились крупные РКИ с целью изучения их влияния на жесткие конечные точки, они были изучены в обсервационных исследованиях, где были установлены показания для их предпочтительного назначения.

На выбор препарата оказывают влияние многие факторы, наиболее важными из которых являются:

- наличие ФР;
- ПОМ;
- наличие ССЗ, ЦВБ и ХБП;
- сопутствующие заболевания;
- предыдущий опыт лечения АГП;
- вероятность взаимодействия с лекарствами, которые назначены по поводу сопутствующих заболеваний;
- социально-экономические факторы, включая стоимость лечения.

Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больных АГ в зависимости от наличия поражения органов-мишеней и клинического статуса

Поражение органов-мишеней ГЛЖ Бессимптомный атеросклероз Микроальбуминурия Поражение почек	БРА, ИАПФ, АК АК, ИАПФ ИАПФ, БРА ИАПФ, БРА
Наличие ССЗ, ЦВБ и ХБП Предшествующий МИ Предшествующий ИМ ИБС, стабильная стенокардия ХСН Мерцательная аритмия пароксизмальная Мерцательная аритмия постоянная Почечная недостаточность/протеинурия Заболевания периферических артерий Аневризма аорты	Любые антигипертензивные препараты ББ, ИАПФ, БРА ББ, АК Диуретики, ББ, ИАПФ, БРА, антагонисты альдостерона БРА, ИАПФ, ББ или антагонисты альдостерона (при ХСН) ББ, недигидропиридиновые АК ИАПФ, БРА ИАПФ, АК ББ
Особые клинические ситуации Пожилые, ИСАГ Метаболический синдром Сахарный диабет Беременность	БРА, АК, диуретики БРА, ИАПФ, АК, диуретики (дополнительно) БРА, ИАПФ, АК метилдопа, АК (нифедипин), ББ (бисопролол, небиволол)

эпителия, вследствие чего увеличивается выведение этих электролитов с мочой, что сопровождается усилением диуреза и уменьшением ОЦК.

Эффективность лечения ТД в отношении снижения АД и сердечно-сосудистой смертности доказана в многочисленных РКИ. Высокие дозы ТД (гидрохлоротиазид 50-100 мг/сут) оказывают неблагоприятное влияние на углеводный, липидный, пуриновый обмены и уровень калия в плазме крови (снижение). Низкие дозы ТД (12,5-25 мг гидрохлоротиазида/сут и 1,25-2,5 мг/сут индапамида) метаболически нейтральны и не приводят к росту числа новых случаев СД по сравнению с плацебо. Низкие дозы ТД, широко используются в составе комбинированной терапии с БРА или ИАПФ для усиления АГЭ и достижения целевого АД, в том числе у больных с СД и МС. Абсолютным противопоказанием к назначению ТД является подагра.

Другие диуретики

АГЭ антагонистов альдостероновых рецепторов (спиронолактон, эплеренон), связан с тем, что они, имея стероидную структуру, конкурентно по отношению к альдостерону связываются с его рецепторами, блокируя биологические эффекты альдостерона. Аналогично блокаторам натриевых каналов спиронолактон повышает экскрецию натрия и хлора и снижает экскрецию калия, водорода, кальция и магния.

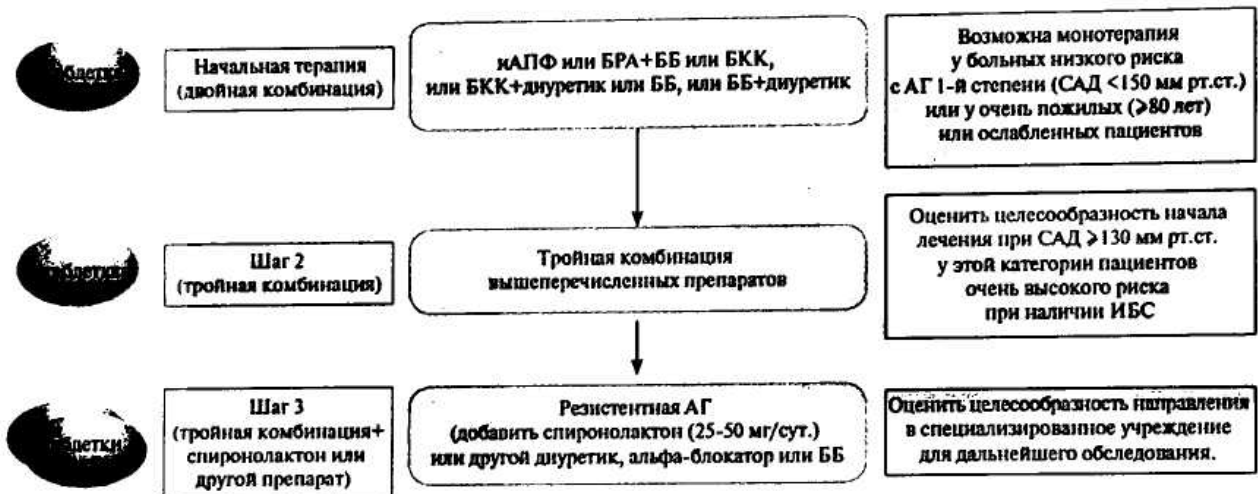
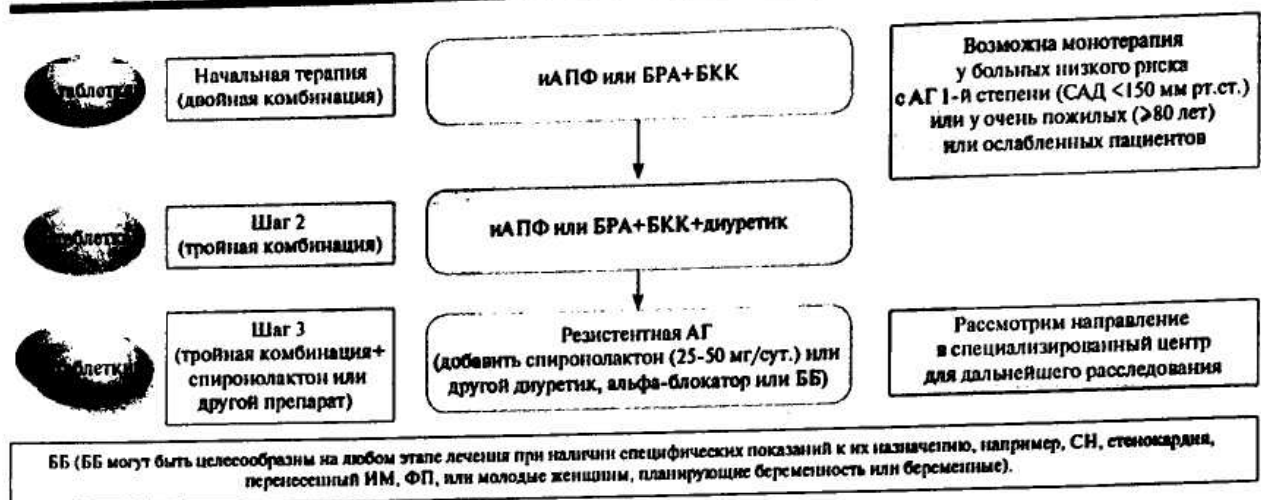
Спиронолактон оказывает положительный эффект при сердечной недостаточности и рефрактерной АГ и, хотя он никогда не изучался в РКИ у больных АГ, его можно назначать как препарат третьей или четвертой линии. Эплеренон также продемонстрировал положительный эффект при сердечной недостаточности и рефрактерной АГ и может использоваться как альтернатива спиронолактону.

Абсолютным противопоказанием к назначению этих препаратов является острая и хроническая почечная недостаточность (риск гиперкалиемии)

β -адреноблокаторы

АГЭ ББ обусловлен их способностью блокировать β_1 - и β_2 -адренорецепторы и уменьшать адренергическое влияние на сердце (снижение частоты и силы сердечных сокращений), а также снижать секрецию ренина (блокада β_1 -рецепторов юктагломерулярного аппарата).

Преимущественными показаниями для их назначения у больных АГ являются стенокардия, перенесенный ИМ, а также ХСН (бисопролол, метопролол сукцинат, карведилол, небиволол) и тахикардии. Известны неблагоприятные метаболические эффекты ББ (нарушения углеводного, липидного обменов, прибавка массы тела), поэтому их не рекомендуется назначать лицам с МС и высоким риском развития СД, особенно в сочетании с ТД (за исключением высокоселективных ББ и ББ с вазодилатирующими свойствами). В многоцентровых исследованиях была показана несколько меньшая эффективность ББ по предупреждению инсульта в сравнении с другими АГП. Однако все эти данные были получены при анализе исследований, где применялся атенолол, поэтому указанные ограничения не распространяются на ББ, имеющие дополнительные свойства (небиволол и карведилол), а также высокоселективные ББ (бисопролол и метопролола сукцинат замедленного высвобождения).



Исходя из результатов клинических исследований, можно предположить, что двойная комбинация антигипертензивных препаратов позволит достичь контроля АД приблизительно у двух третей пациентов. При отсутствии адекватного снижения АД на фоне двойной комбинации логичным будет усилить лечение с назначением трех антигипертензивных препаратов: как правило, блокатора РАС, БКК и диуретика. По данным исследований, тройная комбинация должна обеспечить контроль АД у >80% больных. Такая частота контроля АД существенно превышает нынешние показатели Европейских стран среди пациентов, получающих лечение.

Список литературы

1. Круглов, А. В. Гипертоническая болезнь [Текст]* / А. В. Круглов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 80 с.
2. 2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией
3. <http://www.escardio.org/guidelines>
4. ESH/ESC 2018 по диагностике и ведению пациентов с артериальной гипертензией.
5. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по гипертензии 2017г