

Современные подходы к контролю кардиоваскулярного риска у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа



J. Blacher

24-26 мая в г. Киеве состоялась научно-практическая конференция «Медико-социальные проблемы артериальной гипертензии в Украине», во время которой были рассмотрены наиболее актуальные вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии (АГ) и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

В рамках секции «Антигипертензивная терапия: современные тренды» доклад на тему «Гипертензия и диабет: подходы к контролю кардиоваскулярного риска» представил экс-президент Французского общества гипертензии, профессор Jacques Blacher (г. Париж, Франция).

Гипертензия и диабет: эпидемиология

В последние годы распространенность АГ и ожирения во всем мире растет, при этом контроль артериального давления (АД) в популяции постепенно улучшается. Крупное эпидемиологическое исследование NHANES выявило, что доля контролируемой АГ в США с 1999-2000 гг. увеличилась до 33,1% (2003-2004 гг.). Данные NHANES 2005-2006 гг. показывают, что целевого АД <140/90 мм рт. ст. достигли около 44% взрослых пациентов с АГ, а в 2007-2008 гг. – 50,1%, что демонстрирует позитивную динамику в достижении контроля АД.

В то же время во всем мире наблюдается тенденция к увеличению частоты сахарного диабета (СД): доля лиц с коморбидностью АГ и СД увеличилась с 11,9% (1988-1994 гг.) до 19,8% (2007-2008 гг.), т. е. диабетом страдает приблизительно каждый 5-й больной с гипертензией. Учитывая это, все терапевты и кардиологи, занимающиеся лечением АГ, должны быть осведомлены о врачебной тактике при СД и подходах к лечению такого сочетания заболеваний.

Какое давление важнее контролировать: систолическое или диастолическое?

Важным вопросом при подборе антигипертензивной терапии является то, какое давление следует учитывать: систолическое (САД), диастолическое (ДАД) или пульсовое? Однозначного ответа на вопрос нет, поскольку это зависит от индивидуальных особенностей пациента. Тем не менее следует отметить, что в возрасте >60 лет большую роль играет систолическое и пульсовое АД, а в возрасте <50 лет – диастолическое (Franklin S., 2001).

Измерение АД обычно проводится на уровне плечевой артерии в связи с удобством этого метода. Однако осложнения АГ, как правило, возникают на уровне аорты, венечных, мозговых и почечных сосудов. В связи с этим необходимо обращать внимание на показатель амплификации пульсового давления (соотношение пульсового АД на плечевой артерии и центрального пульсового АД). В работе M. Safar и соавт. (2002) было показано, что наиболее достоверным предиктором возникновения сердечно-сосудистых и почечных осложнений является именно амплификация центрального пульсового АД.

Метаанализ исследований MICROHOPE, CAPPP, INSIGHT, VALUE, HOT,

UKPDS, STOP-2, RENAAL и других, включавших лиц >50 лет, показал, что достичь целевого ДАД <90 мм рт. ст. значительно легче, чем нормализовать САД (Mancia G., Grassi G., 2002). Кроме того, с возрастом жесткость артерий увеличивается, что значительно усложняет снижение САД. С трудностями достижения именно целевого САД терапевты и кардиологи сталкиваются каждый день.

Влияние СД на сердечно-сосудистый и почечный риск

Не вызывает сомнения, что СД снижает ожидаемую продолжительность жизни. Согласно исследованию O.H. Franco и соавт. (2007), мужчины и женщины в возрасте ≥50 лет, страдающие СД, живут в среднем на 7,5 и 8,2 года меньше, чем лица без диабета. Большинство пациентов с СД умирают преждевременно вследствие ССЗ. Существует множество исследований, подтверждающих связь СД 2 типа с повышением риска сердечно-сосудистых осложнений, кардиоваскулярной и общей смертности.

Следует также учитывать, что у пациентов с СД увеличивается риск почечных осложнений. Во многих странах АГ и СД являются основными причинами развития терминальной стадии хронической

болезни почек. Исследование UKPDS (n=4031) показало, что через 20 лет наблюдения у 75% пациентов с СД развивается микро- и макроальбуминурия, снижение клиренса креатинина, удвоение уровня креатинина в сыворотке крови или сочетание этих признаков поражения почек.

Таким образом, в процессе лечения пациентов с АГ и СД необходимо снижать не только сердечно-сосудистый риск, но и вероятность осложнений со стороны почек.

Лечение пациента с СД – сложный комплексный процесс, который должен включать и гипогликемическую, и гиполипидемическую терапию, и модификацию образа жизни, однако основной стратегией по борьбе с почечными осложнениями является нормализация САД и ДАД. Сама по себе антигипертензивная терапия сопровождается уменьшением протеинурии и улучшением гломерулярной фильтрации, пропорциональным снижению АД. В то же время ряд антигипертензивных препаратов, таких как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), а также, возможно, недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов, обладают дополнительным нефропротекторным эффектом, не зависящим

от их антигипертензивного действия (Maki D.D. et al., 1995).

Препараты выбора для снижения АД при СД

Международные рекомендации Eighth Joint National Committee (JNC8), опубликованные в США в 2014 г., указывают, что пациентам с АГ, включительно с популяцией больных СД, следует принимать ИАПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), тиазидоподобные диуретики, блокаторы кальциевых каналов. Рекомендации Американской ассоциации сердца (2014) несколько отличаются от предыдущих, поскольку предлагают использовать для пациентов с СД ИАПФ или сартаны, тиазидные диуретики, антагонисты кальция и β-блокаторы. В том же году были опубликованы рекомендации Американского общества гипертензии, согласно которым препаратами выбора при сочетании АГ и СД выступают ИАПФ или БРА, а у пациентов негроидной расы возможно также начинать терапию с блокаторов кальциевых каналов и тиазидных диуретиков. Учитывая некоторые отличия в существующих рекомендациях, основой для выбора антигипертензивного препарата является его доказательная база.

На данном этапе известно, что при АГ и СД необходимо не просто снизить уровень АД: важно прицельно блокировать ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС), снижая неблагоприятное действие ангиотензина II (вазоконстрикция, усиление агрегации тромбоцитов, активация симпатической нервной системы, пролиферация гладкомышечных клеток сосудов, повышение продукции коллагена (Burnier M., Brunner N., 2000)). Поэтому препаратами выбора для пациентов с АГ и СД являются блокаторы РААС – ИАПФ и БРА.

Выбор блокатора РААС: ИАПФ или БРА?

В отличие от сартанов класс ИАПФ оказывает влияние на показатели смертности у пациентов с СД. Рандомизированное контролируемое исследование ASCOT является одним из немногих, в котором было показано снижение общей смертности в группе активной терапии: в группе амлодипина и периндоприла отмечалось уменьшение этого показателя на 11% по сравнению с группой ателолола и тиазидного диуретика. Подобные результаты были получены во всех исследуемых подгруппах, в т. ч. среди лиц с СД (Dahlof B. et al., 2005).

Сартаны способны дозозависимо снижать частоту развития диабетической нефропатии, что было подтверждено результатами исследований IRMA 2 и IDNT (Parving H.H. et al., 2001; Lewis E.J. et al., 2001). Так, в IDNT было продемонстрировано преимущество ирбесартана в сравнении с амлодипином в профилактике возрастания концентрации креатинина

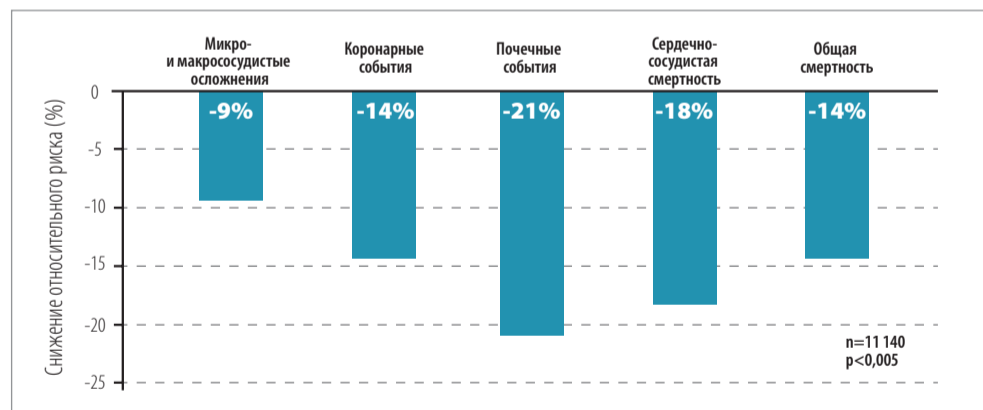


Рис. 1. Снижение риска почечных, сердечно-сосудистых осложнений и смертности в группе активной терапии периндоприлом и индапамидом в исследовании ADVANCE

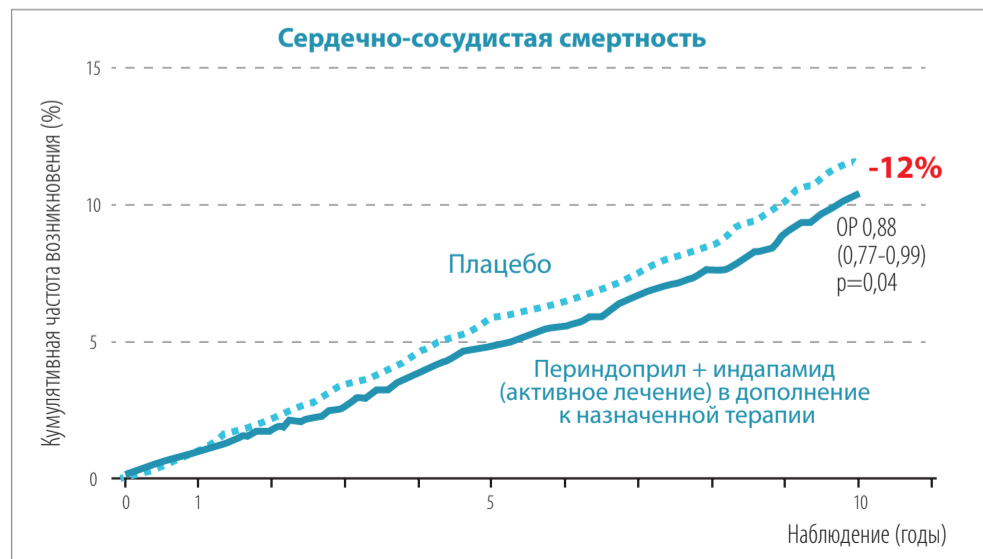


Рис. 2. Снижение сердечно-сосудистой смертности в группе активной терапии периндоприлом и индапамидом (исследование ADVANCE-ON)

