

Ведение пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом

XIX Национальный конгресс кардиологов, состоявшийся 26-28 сентября в Киеве, несомненно, является главным кардиологическим мероприятием страны. Масштабность и многогранность программы конгресса ежегодно привлекают к участию кардиологов и других специалистов из всех регионов Украины, а также зарубежья.

В этом году участники имели возможность посетить различные тематические пленарные и секционные заседания, принять участие в уникальных мастер-классах и круглых столах. Проблемы, рассмотренные на отдельных мероприятиях конгресса, невозможно охватить, поскольку тематика включала как базовые вопросы (в т. ч. отдельные лекции по специальности «Общая практика – семейная медицина»), так и узко-специальные высокотехнологические аспекты.



В рамках научно-практического симпозиума, посвященного ведению больных с артериальной гипертензией (АГ) и коморбидной патологией, выступила профессор кафедры внутренней медицины № 2 Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук Сусанна Адольфовна Тихонова.

Доклад Сусанны Адольфовны был посвящен подходам к ведению пациентов с АГ и сопутствующим сахарным диабетом (СД). Докладчик обратила внимание, что сочетание АГ и СД встречается чрезвычайно часто. Согласно статистическим данным, у 8 из 10 пациентов с СД фиксируется повышенное артериальное давление (АД), а у 7 из 10 больных с АГ отмечаются нарушения метаболизма глюкозы.

Доказано, что пациенты, страдающие одновременно АГ и СД, имеют более высокий риск коронарных событий. Так, инфаркты миокарда (ИМ) у них случаются в 3 раза чаще, чем у больных АГ без сопутствующего СД (Chokshi N.P. et al., 2013).

К факторам, определяющим кардиоваскулярный риск пациента, относят:

- мужской пол;
- возраст;
- курение (как в настоящее время, так и в прошлом);
- уровень общего холестерина и его фракций;
- гиперурикемию;
- наличие СД;
- избыточный вес / ожирение;
- раннее развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в семейном анамнезе (для мужчин – до 55 лет, для женщин – до 65 лет);
- раннюю менопаузу;
- малоподвижный образ жизни;
- различные психологические и социально-экономические причины;

- частоту сердечных сокращений в покое более 80 уд./мин.

Наличие факторов риска, а также поражений органов-мишеней и коморбидных состояний определяет стадию АГ (табл.).

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов / Европейского общества гипертензии (2018), у пациентов с АГ и сопутствующим СД следует инициировать медикаментозную терапию при АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. Для больных с СД, получающих антигипертензивную терапию, целевым уровнем САД является ≤ 130 мм рт. ст., но не ниже 120 мм рт. ст., для лиц старше 65 лет – 130-139 мм рт. ст.; ДАД – < 80 мм рт. ст., но не ниже 70 мм рт. ст.

Медикаментозное антигипертензивное лечение у пациентов с АГ и СД необходимо начинать с комбинированной терапии. Оптимальными признаны комбинации ингибитора ренин-ангиотензиновой системы (РАС) с блокатором кальциевых каналов и/или тиазидным/тиазидоподобным диуретиком. Предпочтение следует отдавать фиксированным комбинациям.

Как индивидуальные исследования блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), так и метаанализы демонстрируют, что БРА могут значительно снижать АД, риск развития сердечной недостаточности и СД.

Однако большинство исследований и метаанализов не выявили достоверного влияния БРА на риск развития ИМ, кардиоваскулярной и общей смертности. При этом именно смертность от всех причин является наиболее полным сводным показателем эффективности лечения ССЗ. В отличие от БРА ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) способны снижать частоту развития ИМ, кардиоваскулярную смертность и смертность от всех причин у пациентов с СД.

Прямые сравнения БРА и ИАПФ проводились, в частности, в исследованиях ONTARGET и TRANSCEND. В первом из них не было продемонстрировано преимуществ БРА над ИАПФ в достижении комбинированной сердечно-сосудистой конечной точки. По результатам исследований ONTARGET, TRANSCEND и HOPE-3, БРА (телмисартан), которые не показали значительных преимуществ, были рекомендованы FDA как терапия второй линии для пациентов, продемонстрировавших непереносимость ИАПФ.

В крупном метаанализе ($n=103\,120$) не было выявлено достоверной разницы между БРА и ИАПФ в отношении общей смертности, сердечно-сосудистой смертности, стенокардии, ИМ, инсульта и ХБП. Согласно данным регистра RICH ($n=40\,625$), прием БРА ассоциировался с более низкой частотой общей смертности при вторичной, но не первичной профилактике (Messerli et al., 2018).

Американские рекомендации по уменьшению риска у пациентов с известным атеросклеротическим ССЗ утверждают, что ИАПФ должны быть назначены для постоянного приема всем пациентам с фракцией выброса $\leq 40\%$, а также больным с АГ, СД и ХБП при отсутствии противопоказаний.

Что касается европейских рекомендаций, они однозначно указывают, что антигипертензивное лечение у больных с СД следует начинать с двухкомпонентной комбинации (ингибитор РАС + блокатор кальциевых каналов или тиазидный/тиазидоподобный диуретик), желательно фиксированной. Исключением являются лишь так называемые хрупкие пациенты старческого возраста с низким риском и 1 степенью АГ (САД < 150 мм рт. ст.). Для таких больных может быть рассмотрена монотерапия.

Одной из оптимальных фиксированных комбинаций для пациентов с АГ и СД является Нолипрел (периндоприл + индапамид) компании «Сервье» (Франция). Данная комбинация многократно испытывалась в клинических условиях именно у этой группы пациентов.

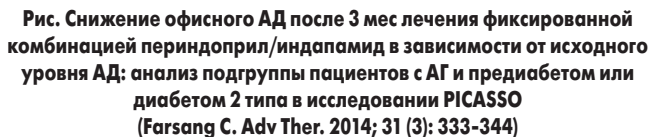
В частности, в исследовании ADVANCE-BP приняли участие 11 140 пациентов с СД 2 типа в возрасте старше 55 лет с установленным ССЗ или множественными факторами кардиоваскулярного риска, которых рандомизировали в группы периндоприла/индапамида и плацебо. Исследование длилось 4 года. В группе периндоприла/индапамида было зафиксировано снижение макро- и микроваскулярных событий на 9%, общей смертности – на 14%, смертности от сердечно-сосудистых причин – на 18%. В ходе дальнейшего наблюдения за участниками на протяжении 6 лет (исследование ADVANCE-ON) в группе периндоприла/индапамида было обнаружено снижение относительного риска общей смертности на 9% и кардиоваскулярной смертности – на 12%.

Таким образом, раннее назначение комбинации периндоприл + индапамид (Нолипрел Форте) продемонстрировало благоприятное прогностическое влияние и определяло дальнейший прогноз пациента. Эти результаты подтверждают тот факт, что сочетание периндоприла с индапамидом является не только высокоэффективным средством для контроля АГ у пациентов с СД и предиабетом, но и достоверно снижает уровень общей и кардиоваскулярной смертности в данной группе пациентов.

Таблица. Классификация стадий АГ с учетом уровня АД, наличия факторов риска, поражений органов-мишеней или коморбидных состояний (Европейское общество кардиологов / Европейское общество гипертензии, 2018)

Стадии АГ	ФР, ПОМ, коморбидные состояния	Степени АД, мм рт. ст.			
		Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	1 степень САД 140-159 ДАД 90-99	2 степень САД 160-179 ДАД 100-109	3 степень САД ≥ 180 ДАД ≥ 110
1 стадия (неосложненная)	Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
	1 или 2 ФР	Низкий риск	Средний риск	Средний – высокий	Высокий риск
	≥ 3 ФР	Низкий – средний риск	Средний – высокий	Высокий риск	Высокий риск
2 стадия (асимптомная)	Гипертензивное ПОМ, ХБП 3 ст., или СД без ПОМ	Средний – высокий	Высокий риск	Высокий риск	Высокий – очень высокий риск
3 стадия (установленные заболевания)	Симптомное ССЗ, ХБП ≥ 4 ст., или СД с ПОМ	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Примечания: ФР – фактор риска; ПОМ – поражения органов-мишеней; САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; ХБП – хроническая болезнь почек.



Амбулаторные значения САД и пульсовое АД выступают независимыми предикторами кардиоваскулярного риска, а вариабельность АД на протяжении