

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ “СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ГИПЕРТОНИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ”

(22 октября 1996 г., г. Москва)

Директор центра профилактической медицины МЗ РФ проф. Р.Г. Оганов (Москва) коснулся эпидемиологических аспектов гипертонической болезни. Среди мужчин и женщин выявлена высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ), причем она растет с возрастом, достигая к 50 годам 20–25%. Длительные проспективные наблюдения показали, что АГ зависит от возраста, массы тела и употребления алкоголя. Большую долю среди больных АГ составляют лица с мягкой ее формой (диастолическое давление — менее 105 мм Hg). Далеко не все больные АГ достаточно осведомлены о наличии у них заболевания — этим объясняются низкий охват лечением и низкий процент эффективно леченных. В то же время известно, что АГ на 6,1 года сокращает жизнь мужчин в возрасте 40 лет при наличии у них дополнительного фактора риска (курение, дислипидемия, алкоголь). Использование обычных методов обследования (анамнез, клинический осмотр, анализы мочи, радиоизотопная ренография, осмотры окулиста и невропатолога) позволяет выявить симптоматическую, в основном почечную, АГ примерно у 10% гипертоников. Эти цифры слишком малы, чтобы при массовых обследованиях рекомендовать дифференциацию АГ.

Национальная программа по контролю АГ должна включать:

- обучение медиков методам длительного медикаментозного и немедикаментозного лечения АГ;

- обучение больных АГ методам измерения АД;

- обучение населения методам первичной профилактики АГ;

- обеспечение гипотензивными лекарствами и аппаратами для измерения АД;

- оценка эффективности программы по данным медицинской документации и выборочных эпидемиологических обследований.

Совершенно по-новому представил ренин-ангиотензивную систему проф. П.В. Лиу в (Мастрихтский акад. мед. центр, Нидерланды). Он отметил, что гипертоникам нельзя строго делить на больных с высоким или низким содержанием ренина. Например, у детей от родителей с высоким содержанием ренина имеют место низкие его показатели. С целью уточнения положения, действительно ли гипертоникам нужно употреблять меньше соли, автор провел обследование трех групп людей с ГБ. Больным ограничили употребление поваренной соли до 3 г/сут и измеряли у них АД на 7-й день исследования. Оказалось, что кумулятивная потеря соли (Na) была одинаковой во всех группах, но уровни ренина существенно различались: ответ был норморениновым, выявлены больные с извращенным рениновым ответом (теряли больше Na, чем больные 1-й группы) и больные, у которых организм адекватно

реагировал на малое поступление NaCl и его потерю. Поведение ренина к 3-му дню низкосольной диеты может предопределять содержание NaCl к АД к 7-му дню исследования, когда именно к этому сроку ангиотензин-2 (А-2) подавляет дальнейшее выделение ренина. Так возникла гипотеза: рефлекторное подавление ренина А-2, видимо, не имеет отношения к содержанию ренина в плазме. Полагают, что уровень ренина, циркулирующего в плазме, не зависит от уровня А-2. Результаты другого исследования показали, что ангиотензин-1 и А-2 одинаково воздействуют на АД, хотя и предположено, что весь А-1 превращается в А-2. Более того, А-2 способен реактивироваться в А-1, производить А-3 и обуславливать повышение (появление) А-1 не только в плазме, но и в тканях, что, возможно, и отвечает состоянию АГ.

Поражение органов-мишеней при АГ было рассмотрено проф. Ю.Б. Белоусовым (Москва). Среди органов-мишеней, страдающих при АГ в первую очередь, находятся головной мозг, сердце и почки, а также углеводный и липидный метаболизм. Очевидно, что степень повышения АД прямо коррелирует с частотой развития инсультов. Относительный риск возникновения инсульта при диастолическом давлении (ДАД) 85 мм Hg равен 0,7, а при ДАД 105 мм Hg — в 10 раз выше (8,0). Кажется совершенно неожиданным, что частота нарушения мозгового кровообращения гораздо выше у больных с мягкой и умеренной АГ, чем с тяжелой. Полагают, что поражение мозга при АГ можно избежать при двух условиях: адекватном круглосуточном контроле за уровнем АД и предупреждении развития или регрессии уже имеющейся атеросклеротической бляшки или диффузного утолщения стенки сонных артерий. Применение бета-адреноблокаторов, диуретиков, антагонистов кальция, ингибиторов АПФ приводит к снижению числа инсультов от 35 до 56%, причем у больных АГ пожилого и старческого возраста, получавших длительное время гипотензивные средства, — на $34 \pm 6\%$, а у лиц молодого возраста — на $43 \pm 6\%$.

В последние годы большое значение в поражении органов мишеней придается суточной вариабельности АД у больных с АГ. Повышение ночного АД является независимым фактором органного поражения. Предутреннее повышение АД, особенно с 6 часов утра до полудня, сочетается с увеличением кардиоваскулярной и цереброваскулярной смертности. Вариабельность АД относят к факторам риска кардиоваскулярных заболеваний. В настоящее время считают, что лишь длительно действующие гипотензивные средства, нормализующие уровень АД более 24 часов, способны ограничить неблагоприятное воздействие вариабельности АД на органы-мишени. Гипотензивные средства должны обладать органопротекторными свойствами и не вызывать

нарушение психической и нервной деятельности, благоприятно влияя на метаболический профиль больного, уменьшать риск сердечно-сосудистых поражений, улучшать качество жизни и иметь хорошее соотношение "стоимость/эффективность".

Проф. В.С. Моисеев (Москва) привлек внимание к таким метаболическим аспектам гипертонической болезни, как гиперинсулинемия, снижение толерантности к глюкозе, сопровождаемое в ряде случаев проявлениями сахарного диабета II типа, расстройство метаболизма липидов в виде повышения содержания в крови ЛНП, понижения содержания ЛВП. Все эти нарушения характерны для так называемого синдрома X — комплекса метаболических расстройств углеводов и жиров, коррекция которых может благоприятно повлиять на течение гипертонии и, возможно, атеросклероза. Развитию гипертонии и указанных сдвигов в большой степени способствует малоподвижный образ жизни с последующим ожирением. Изменение режима, снижение массы тела увеличивают чувствительность тканей к инсулину со снижением уровня холестерина и триглицеридов.

Тема "Почки и АГ" была представлена в докладе проф. Н.А. Мухина (Москва). Наиболее важными представляются следующие этиологические факторы тубуло-интерстициальных повреждений почек, ведущих к развитию АГ: анаглетическая нефропатия, нефропатия воздействия тяжелых металлов (свинец, кадмий, уратная нефропатия, гиперкальциемическая нефропатия, радиационный нефрит, балканская эндемическая нефропатия. АГ, возникающая вследствие интерстициальных поражений почек, приобретает характер системной. В этой ситуации, в дополнение к этиотропному лечению, патогенетическая терапия приобретает особое значение.

Среди возможных способов влияния на гемодинамический механизм прогрессирования нефросклероза в последнее время большое внимание уделяется использованию АПФ — единственным препаратам, расслабляющим эфферентные почечные артериолы. АПФ стимулируют синтез простагландинов интерстициальными клетками, блокируя их фибробластоподобное перерождение и препятствуя таким образом развитию интерстициального склероза. Среди препаратов данной группы выгодно выделяется энап (эналаприл) как наиболее доступный из представителей второго поколения АПФ. Он обладает свойствами, положительно отличающими его от предшественников: отсутствием риска мембранозной нефропатии, нежелательной динамики уровня АД в течение суток, особенно в утренние часы, на которые приходится большая часть острых осложнений АГ, а также удобной схемой для пациента (прием один раз в сутки). С учетом того, что частые спутники АГ — ИБС и сердечная недостаточность — также являются показаниями для

применения энапа, трудно переоценить его значение для контроля АГ как у конкретного пациента, так и в масштабе популяции.

Принципы фармакотерапии АГ изложил проф. Г.Г. Арабидзе. Он подчеркнул, что врачам трудно убедить больного в течение многих лет принимать гипотензивные препараты, если он сам в этом твердо не уверен. Существуют различные классификации АГ, в основу которых положены как степень органических поражений, так и уровень повышения АД. Нормальным принято считать АД меньше 140/90 мм Hg, повышенным — больше 140/90 мм Hg, хотя эти показатели в какой-то мере произвольны. Современная медицина располагает большим арсеналом гипотензивных средств различного механизма действия. Препаратами первого ряда являются ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы и диуретики. Лечение нужно начинать одним препаратом в минимально рекомендуемых дозах. По данным докладчика, регулярная гипотензивная терапия проводится лишь у 32% больных. Применение препаратов пролонгированного действия, возможно, значительно увеличит число лечатых больных. Последнее особенно важно: распространенность АГ в России и США колеблется от 25 до 3%, а инсульты в России возникают в 4 раза чаще, чем в США и странах Западной Европы. Мировой опыт борьбы с АГ путем реализации национальных программ подтверждает возможность значительного снижения смертности от ее осложнений — ИБС и инсульта.

Проф. И. Дриновец (Люблинский университет, Словения) привел данные об ингибиторах АПФ для терапии АГ. Если капотрил необходимо принимать 3—4 раза в день, то энап — один раз утром, при этом кривая АД сохраняет нормальный циркадный ритм АД здорового человека. Ингибиторы АПФ предпочтительно назначать больным АГ с гипертрофией, дисфункцией или недостаточностью левого желудочка, при наличии диабета с микроальбуминурией, после инфаркта миокарда — дилатация левого желудочка замедляется.

Результатами долгосрочного мультицентрового исследования препарата энапа в России поделились профессора Л.И. Ольбинская (Москва), Ю.П. Никитин (Новосибирск), Р.С. Карпов (Томск), В.А. Алмазов (Санкт-Петербург). Показаниями к его применению являются эссенциальная гипертензия, вторичная АГ при заболеваниях почек, застойная сердечная недостаточность. Выпускается энап в таблетках по 5, 10 и 20 мг, а также в ампулах по 1 мл. В лечении АГ ингибиторы АПФ приобретают все большее значение благодаря своей эффективности и хорошей переносимости.

Проф. И.А. Латфуллин (Казань)