

## ДИСКУССИИ

## ТАКТИКА СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Люсов В.А.<sup>1</sup>, Харченко В.И.<sup>1</sup>, Корякин М.В.<sup>2</sup>Российский государственный медицинский университет<sup>1</sup>, Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития России, Москва<sup>2</sup>

**Нормальное, оптимальное, высокое нормальное АД, «предгипертония»: критерии международных и российских классификаций АД по уровню АД.**

С 1993 года выделяют три уровня нормального артериального давления: оптимальное — САД <120 мм рт. ст., ДАД <80 мм рт. ст.; нормальное — САД 120–129 мм рт. ст., ДАД 80–84 мм рт. ст. и высокое нормальное — САД 130–139 мм рт. ст. и ДАД 85–89 мм рт. ст. Подобная классификация проведена согласно JNC-5(США), затем — классификации ВОЗ и МОАГ (1999) и европейской классификации ЕОАГ и ЕОК, 2003 [2,3,4,5].

Официальное принятие указанных пороговых значений АД для диагностики АД в России состоялось лишь в 2001 году [6,7]. Затем такое разделение было подтверждено в классификации АД по уровню АД в «Российских рекомендациях по профилактике, диагностике и лечению гипертензии» (ВНОК, 2004, табл.2), которые были созданы на основе классификации ЕОАГ и ЕОК, в 2003 году [8, 5].

В последней американской классификации JNC-7, 2003 г. происходит еще большее ужесточение критериев определения верхней границы нормального АД: предложено считать нормальным САД <120 мм рт.ст. и ДАД <80 мм рт. ст.; как «предгипертонию» предложено рассматривать уровни САД 120–139 мм рт. ст. и ДАД 80–89 мм рт. ст. [9,10], которые в предыдущих классификациях [2–8], рассматривались как «высокое нормальное» АД., т. е. в цифровом выражении термины «предгипертония» и «высокое нормальное» АД идентичны.

По мнению известного исследователя проблемы артериальной гипертензии (АГ) Е.Е. Гогина, «остаются несогласованными точки зрения в отношении цифровых границ нормального АД, понятий «предгипертония», классификации АД...» [1].

#### Критерии «высокого нормального АД»

Помимо цифровых критериев понятия «*высокое нормальное АД*», существуют и другие критерии последнего, которые представлены в «Рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии» Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов, 2003 [5]. В этих «Рекомендациях» дается такое разъяснение термину «*высокое нормальное АД*»: «в современной классификации артериальной гипертензии

по уровню АД подразумевается, что реальный пороговый уровень для АД должен быть гибким и может повышаться и снижаться в зависимости от суммарного уровня риска каждого индивидуума». Соответственно, уровни АД, которые определены в табл.1–2 как «высокое нормальное АД», могут рассматриваться как высокие (т. е. гипертензия) у больных с высоким сердечно-сосудистым риском и как приемлемые при низком риске. В результате подгруппа пограничной АД, которая была представлена в классификации 1999 года [3,4], из новой классификации была исключена (табл.2.) [5]. То есть, АД 139/89 мм рт. ст. может рассматриваться как «повышенное нормальное» у больных с наличием факторов риска БСК и как «приемлемое» или нормальное (?) у лиц без факторов риска БСК.

Однако некоторые российские кардиологи — например, Н.П.Лямина и П.В.Долотовская (Саратовский НИИ Кардиологии, 2005 год), в своей статье с говорящим названием «Высокое нормальное артериальное давление у лиц молодого возраста — болезнь или фактор риска?» пишут: «У лиц с высоким нормальным АД (ВНАД) — 84 мужчины в возрасте от 18 до 45 лет — в 80 % случаев имеет место клиническая симптоматика — головная боль, головокружение. Суточный профиль АД у этой группы характеризуется увеличением индекса нагрузки и средних величин АД в течение суток по сравнению с нормой, проявлениями вегетативной дисфункции, сочетающимися с повышенной вариабельностью АД и его избыточным ночным снижением...» [11].

То есть, некоторые российские кардиологи к высокому нормальному АД относят и молодых лиц с АД до 140/90 мм рт. ст. без наличия факторов риска БСК, очевидно ориентируясь только на цифровые критерии повышенного АД (табл.1 и 2).

В своей предыдущей работе мы высказали мнение, что параметры АД 130–139/85–89 мм рт. ст. весьма «растяжимы», особенно если их экстраполировать на возрастные популяционные группы [12].

На основании изучения процентильного распределения АД у подростков [13–17] и данных эпидемиологических исследований по изучению верхних границ нормального АД в СССР и в других странах (в США в целом, во Фремингеме, в Норвегии на Формозе) и на основании собственного клинического

опыта мы пришли к заключению, что уровни АД выше 135/84 мм рт.ст. и до 139/89 у лиц в возрасте 18–19 лет могут рассматриваться в ряде случаев не как повышенное нормальное давление, а как пограничная гипертензия (ПГ) или нейроциркуляторная астенция (НЦА) с гипертензивными реакциями и требует клинико-инструментального и лабораторного подтверждения (или исключения) АГ, особенно при наследственной отягощенности по АГ [18]. Поэтому мы не согласны с «Рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов, 2003 г.», в которых заявлено, что «высокое нормальное АД», может рассматриваться как приемлемое при низком риске [5]. Более того, согласно рекомендациям экспертов ВОЗ и МОАГ (1999), целевым уровнем АД для лиц молодого и среднего возраста, а также для больных СД признаны величины, не превышающие 130/85 мм рт. ст., для лиц пожилого возраста — 140/90 мм рт. ст» [3,4]. К сожалению, в других авторитетных документах возрастные границы АД у лиц старше 18 лет не определены.

Согласно американским рекомендациям по диагностике, оценке и лечению АГ у детей и подростков (2004), высокое нормальное АД (130–139/85–89) рассматривается как предгипертензия [13]. Но мы считаем, что такие уровни АД позволяют включить этих детей и подростков в группу больных с пограничной АГ.

Улиц в возрасте 60 лет и старше АД 134–139/84–89, в большинстве случаев, относится не к повышенному нормальному, а к нормальному.

Надо ли снижать «высокое нормальное» артериальное давление у молодых лиц? По нашему мнению, высокое нормальное давление у молодых лиц, если оно в пределах от 135/84 мм рт. ст. до 140/90 мм рт. ст. и если эти уровни АД сопровождаются вегетативной симптоматикой, описанной в статье Н.П.Ляминой и П.В. Долотовской, должно быть расценено (с клинической точки зрения и в интересах больного) как ПГ (хотя с формально — юридической стороны такая оценка в настоящее время не имеет обоснования) или как НЦА. Больные ПГ должны получать гипотензивную терапию, в том числе и нефармакологическую, до целевых уровней, при которых молодой человек чувствует себя наиболее хорошо, наиболее работоспособен и т. д. Одновременно должна проводиться борьба с модифицируемыми факторами риска (ожирением, дислипидемией, курением, гипокинезией, повышенным стрессовым воздействием и др.). Больные НЦА должны получать соответствующую этому заболеванию терапию.

Более сложен вопрос о целесообразности снижения АД у больных с высоким нормальным АД и наличием факторов риска.

**Таблица 1**  
**Степени риска развития ССО в ближайшие 10 лет у пациентов с АГ (по данным статистических исследований) [1]**

| Риск          | Фремингемские критерии, % | Критерии SCORE | Целевой уровень АД мм рт. ст. |
|---------------|---------------------------|----------------|-------------------------------|
| Низкий        | Менее 15                  | < 4            | 125/75                        |
| Средний       | 15–20                     | 4              | 130/85                        |
| Высокий       | Более 20                  | 5–8            | 140/90                        |
| Очень высокий | Более 30                  | >8             | 140/90                        |

Данные о пользе снижения АД у больных АГ ниже 140/90 мм рт. ст. и у нормотоников с выраженными факторами риска

Многих исследователи считают, что большинство случаев инсульта были зарегистрированы у больных с пограничной или мягкой АГ. При этом польза от снижения АД отмечена у лиц как с повышенным, так и с нормальным АД [5].

Согласно европейским рекомендациям 1994 и 1998 гг. [3,4], и рекомендациям ВОЗ/МОАГ 1999 г. [2], рекомендовалось начинать лечение АГ у больных 1–2 степени тяжести. Однако в «Рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов» 2003 г. заявлено, что «сохраняя уважение к вышеуказанным рекомендациям, Европейские Рекомендации 2003 г., не ограничиваются больными АГ степени 1–2, но распространяются и на пациентов с высоким нормальным АД (табл. 3) [5]. Однако следует отметить, что в этих рекомендациях подчеркнуто, что они созданы Комитетом экспертов, назначенным ЕОАГ и ЕОК, на основе лучших имеющихся доказательств по всем основным пунктам и носят скорее образовательный, чем регламентирующий характер.

Рекомендации о начале антигипертензивной терапии основываются на двух основных критериях: уровне суммарного сердечно-сосудистого риска (табл. 2 и 3).

Целесообразность проведения антигипертензивной терапии у больных с уровнем САД 130–139 мм рт. ст. и ДАД 85–89 мм рт. ст. основывается на результатах недавно полученных доказательств: опубликованы результаты исследований, показывающие несомненные преимущества снижения АД у таких пациентов, даже если оно находится в пределах нормальных значений.

Исследование PROGRESS показало, что у больных, перенесших ранее инсульт или транзиторную ишемическую атаку и с уровнем АД менее 140/90 мм рт. ст., при отсутствии лечения (плацебо) частота сердечно-сосудистых осложнений составляет примерно 17 % за 4 года (очень высокий риск, соглас-

Таблица 2

## Факторы, имеющие значение в определении прогноза [5]

| Факторы риска, используемые в стратификации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Поражения органов-мишеней                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Сахарный диабет                                                                          | Ассоциированные клинические состояния                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Уровень САД и ДАД</b><br>Мужчины старше 55 лет<br>Женщины старше 65 лет<br>Курение<br><b>Дислипидемия</b> (общий холестерин более 6,5 ммоль/л или холестерин ЛПНП > 4,0 ммоль/л или холестерин ЛПВП < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин)<br><b>Семейный анамнез</b> сердечно-сосудистых заболеваний (у женщин до 65 лет или у мужчин до 55 лет)<br><b>Абдоминальное ожирение</b> (объем талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин)<br>С-реактивный белок 1 мг/дл и более | <b>Гипертрофия ЛЖ</b> (ЖКГ по критериям Соколова-Лиона более 38 мм, корнельский индекс более 24440 мм х мс, ЭхоКГ)<br><b>Ультразвуковые признаки утолщения стенки сонных артерий</b> (комплекс интима-медиа более 0,9 мм) или наличие бляшек<br><b>Незначительное повышение креатинина</b> (у мужчин 115–133 мкмоль/л, у женщин – 104–124 мкмоль/л)<br><b>Микроальбуминурия</b> (30–300 мг/24 ч, соотношение альбумина к креатинину у мужчин 22 мг/г и более (2,5 мг/ммоль), у женщин 31 мг/г и более (>3,5 мг/ммоль)) | <b>Глюкоза натощак</b><br>>7,0 ммоль/л<br>Глюкоза плазмы постпрандиальная > 11,0 ммоль/л | <b>Головной мозг:</b><br>ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака<br><b>Сердце:</b><br>инфаркт миокарда<br>стенокардия<br>реваскуляризация<br>хроническая сердечная недостаточность<br><b>Почки:</b><br>диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (креатинин у мужчин 133 мкмоль/л и более, у женщин 124 мкмоль/л и более)<br>Болезни периферических артерий<br>Тяжелая ретинопатия – кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва |

но рекомендациям), и этот риск снижается на 24 % на фоне снижения АД [19]. Активное лечение, которое представляло собой гибкий режим терапии ИАПФ с возможным добавлением индапамида на усмотрение врача, снизило частоту инсультов на 28 % ( $p < 0,0001$ ) и частоту сердечно-сосудистых событий на 26 % ( $p < 0,0001$ ). При этом степень снижения риска инсульта и сердечно-сосудистых осложнений была сопоставима в группах нормотоников и больных с гипертензией ( $p < 0,001$ ).

Рандомизированное исследование PATS продемонстрировало на 5665 больных, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку без существенной потери трудоспособности, что снижение АД на 5/2 мм рт. ст. на фоне применения диуретика (индапамида) снижает частоту инсульта на 29 % ( $p < 0,001$ ) при выгоде лечения, составившей 29 случаев на каждую тысячу пролеченных больных за 3 года. Результат был сравним для больных АГ и лиц с нормальным АД [20].

Аналогичные данные были получены в ходе исследования HOPE, для больных с «нормальным» АД и высоким коронарным риском [21]. Исследование ABCD, проводимое среди больных с нормальным АД, показало, что у пациентов с сахарным диабетом и уровнем АД менее 140/90 мм рт. ст. агрессивное снижение АД приводит к снижению частоты инсультов и замедляет прогрессирование протеинурии [22].

Поскольку преимущества снижения АД у больных с высоким нормальным АД сегодня доказаны только для больных с инсультом, ИБС и сахарным диабетом [20,21,22], антигипертензивная терапия рекомендуется в такой ситуации только лицам с высоким риском.

Тщательный мониторинг АД и отсутствие терапии рекомендовано больным со средним и низким уровнем риска, у которых отдается предпочтение изменению образа жизни и коррекции других факторов риска (в частности, курения).

Для больных АГ 1 и 2 степени сохраняются в силе прежние рекомендации по повторному измерению АД, мероприятий по изменению образа жизни и стратификации риска.

Антигипертензивная терапия немедленно должна назначаться больным с высоким и очень высоким уровнем риска, тогда как больные с низким и средним относительным риском должны наблюдаться динамически в течение 3 мес. на фоне нефармакологического лечения. Если после такого наблюдения уровень АД сохраняется выше 140 и 90 мм рт. ст., следует начать лечение больных со средним риском и рассматривать вопрос о терапии в группе низкого риска, где АД находится в пределах АГ 1 степени (табл. 3). У данной группы больных даже при использовании более высоких пороговых значений для начала лечения (более 150/95 мм рт. ст.) [2–4], решение о начале терапии должно приниматься с учетом желания больного и материальных соображений.

Результаты исследований HDFP [23] и HOT [24] говорят о том, что, несмотря на хороший контроль уровня АД у больных, имеющих изначально высокий риск, последний остается более высоким в сравнении с пациентами со средним риском. Это связано с тем, что ряд изменений в сердечно-сосудистой системе плохо поддается обратному развитию и делает лечение больных с высоким и очень высоким риском менее эффективным.

Таблица 3

Стратификация риска для количественного определения прогноза [5]

|                                             |                                                |                                                        |                                                                |                                                                     |                                                             |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| АД, мм рт. ст                               | Нормальное АД:<br>САД 120–129 или<br>ДАД 80–84 | Высокое нормальное АД:<br>САД 130–139 или<br>ДАД 85–89 | Степень 1 (мягкая гипертензия)<br>САД 140–159 или<br>ДАД 90–99 | Степень 2 (умеренная гипертензия)<br>САД 160–179 или<br>ДАД 100–109 | Степень 3 (тяжелая гипертензия)<br>САД >180 или<br>ДАД >110 |
| Нет других факторов риска                   | Обычный риск                                   | Обычный риск                                           | Низкий добавочный риск                                         | Средний добавочный риск                                             | Высокий добавочный риск                                     |
| Отношение к лечению                         | Никакого вмешательства в АД, ИОЖ               |                                                        | Медикаментозное лечение + (ИОЖ+ КФР)                           |                                                                     |                                                             |
| 1-2 фактора риска                           | Низкий добавочный риск                         | Низкий добавочный риск                                 | Средний добавочный риск                                        | Средний добавочный риск                                             | Очень высокий добавочный риск                               |
| Отношение к лечению                         | Никакого вмешательства в АД+ (ИОЖ+ КФР)        |                                                        | Медикаментозное лечение + (ИОЖ+ КФР)                           |                                                                     |                                                             |
| 3 фактора риска и более или ПОМ, или диабет | Средний добавочный риск                        | Высокий добавочный риск                                | Высокий добавочный риск                                        | Высокий добавочный риск                                             | Очень высокий добавочный риск                               |
| Отношение к лечению                         | Мониторинг АД+ (ИОЖ+ КФР)                      | Медикаментозное лечение + (ИОЖ+ КФР)                   |                                                                |                                                                     |                                                             |
| АКС                                         | Высокий добавочный риск                        | Очень высокий добавочный риск                          | Очень высокий добавочный риск                                  | Очень высокий добавочный риск                                       | Очень высокий добавочный риск                               |
| Отношение к лечению                         | Мониторинг АД+ (ИОЖ+ КФР)                      | Медикаментозное лечение + (ИОЖ+ КФР)                   |                                                                |                                                                     |                                                             |

**Обозначения:** ФР- факторы риска; ПОМ – поражение органов-мишеней; АКС – ассоциированные клинические состояния; (ИОЖ+ КФР) – мероприятия по изменению образа жизни и коррекции ФР.

с точки зрения затрат на сохранение здоровья, чем представлялось бы оптимальным для больного.

В табл.3 также приведены рекомендации по началу терапии у больных с АГ 3 степени. У данной категории больных подтверждение уровня АД должно быть произведено в течение ближайших нескольких дней, и лечение начато быстро без предварительного определения группы риска, который у них будет высоким даже при отсутствии других факторов риска. Полное обследование с выявлением других факторов риска, поражения органов-мишеней может быть проведено после начала лечения, при этом одновременно с назначением лекарственной терапии следует рекомендовать изменение образа жизни.

Таким образом, в «Европейских рекомендациях» 2003 г. доказывается целесообразность снижения

АД у лиц с высоким нормальным АД при наличии у них факторов риска БСК и АКС.

Существует ли взаимосвязь между уровнями АД в пределах нормальных величин и относительным риском инсульта и ИБС?

О существовании тесной взаимосвязи между уровнем ДАД и относительным риском инсульта и ИБС известно давно. Особенно сильное впечатление на врачей и ученых – кардиологов произвел рисунок из Рекомендаций ВОЗ и Международного общества гипертонии (МОГ) «Артериальная гипертензия. практическое руководство для первичного звена здравоохранения», 1999 г. [3,4]; (автор рисунка – Mac Mahon et al, Lancet.1990).

На рисунке отчетливо виден рост относительного риска ИБС и инсульта при росте величины

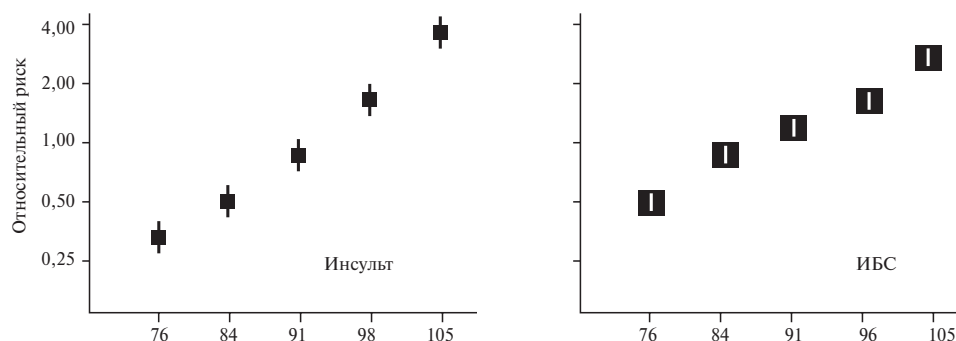


Рис. 1. Взаимосвязь развития инсульта и ИБС с величиной диастолического артериального давления [3,4].

Таблица 4

Различие в выраженности некоторых АКС и ФР между возрастными группами [33]

| Распространенность АКС среди больных АГ |      |      |      |                         | Распространенность ФР среди больных АГ |      |          |      |
|-----------------------------------------|------|------|------|-------------------------|----------------------------------------|------|----------|------|
| Возрастные группы (лет)                 | ЦВЗ  | ИБС  | СД   | Забол.периферич.артерий | Курение                                | ГХС  | Ожирение | НФА  |
| <b>Мужчины</b>                          |      |      |      |                         |                                        |      |          |      |
| 1.15–34                                 | 3,5  | 1,9  | 1,3  | 3,8                     | 60,0                                   | 5,8  | 15,9     | 62,1 |
| 2.35–44                                 | 6,3  | 10,0 | 2,3  | 6,8                     | 57,5                                   | 10,5 | 20,0     | 61,2 |
| 3.65–75                                 | 45,1 | 62,6 | 8,9  | 21,0                    | 23,7                                   | 20,4 | 24,3     | 63,8 |
| Различие 2/1                            | 1,8  | 5,3  | 1,8  | 1,8                     | (-) 0,04                               | 1,8  | 1,25     | -    |
| Различие 3/2                            | 7,1  | 6,2  | 3,9  | 3,1                     | (-)2,4                                 | 2,0  | 1,2      | 1,04 |
| <b>Женщины</b>                          |      |      |      |                         |                                        |      |          |      |
| 4.15–34                                 | 2,3  | 1,5  | 1,2  | 4,3                     | 13,6                                   | 6,7  | 32,9     | 58,9 |
| 5.35–44                                 | 5,9  | 4,8  | 1,2  | 7,0                     | 7,0                                    | 8,0  | 38,8     | 63,2 |
| 6.65–75                                 | 47,8 | 57,9 | 13,9 | 20,4                    | 1,5                                    | 25,1 | 32,9     | 70,0 |
| Различие 5/4                            | 2,6  | 3,2  | -    | 1,6                     | (-1,9)                                 | 1,2  | 1,2      | 1,1  |
| Различие 6/5                            | 8,1  | 12,0 | 11,5 | 2,9                     | (-)4,7                                 | 3,1  | 0,84     | 1,1  |

Таблица 5

Смертность от мозговых инсультов в зависимости от АД на 1000 мужчин 40–59 лет за 13 лет проспективного наблюдения [37]

| Децили АД ( $X \pm a$ ) мм рт.ст. |                    | Смертность от мозговых инсультов на 1000 человеко-лет |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Систолическое</b>              |                    |                                                       |
| <110                              | (105,1 $\pm$ 5,5)  | 0,5                                                   |
| 111–117                           | (114,3 $\pm$ 1,9)  | 2,1                                                   |
| 118–120                           | (119,4 $\pm$ 0,8)  | 0,4                                                   |
| 121–125                           | (123,4 $\pm$ 1,5)  | 1,1                                                   |
| 126–130                           | (128,4 $\pm$ 1,5)  | 1,2                                                   |
| 131–135                           | (133,3 $\pm$ 1,5)  | 1,7                                                   |
| 136–140                           | (138,4 $\pm$ 1,5)  | 1,8                                                   |
| 141–149                           | (144,8 $\pm$ 2,4)  | 4,2                                                   |
| 150–162                           | (154,9 $\pm$ 3,8)  | 4,7                                                   |
| >163                              | (178,8 $\pm$ 14,9) | 12,0                                                  |
| <b>Диастолическое</b>             |                    |                                                       |
| <75                               | (71,0 $\pm$ 3,6)   | 1,0                                                   |
| 76–79                             | (77,6 $\pm$ 1,0)   | 1,8                                                   |
| 80–82                             | (80,5 $\pm$ 0,8)   | 1,4                                                   |
| 83–85                             | (84,1 $\pm$ 0,9)   | 1,8                                                   |
| 86–89                             | (87,5 $\pm$ 1,2)   | 1,4                                                   |
| 90–91                             | (90,3 $\pm$ 0,5)   | 2,0                                                   |
| 92–94                             | (93,0 $\pm$ 0,8)   | 1,8                                                   |
| 95–99                             | (96,7 $\pm$ 1,5)   | 2,7                                                   |
| 100–105                           | (101,9 $\pm$ 1,9)  | 4,5                                                   |
| >106                              | (114,0 $\pm$ 7,7)  | 10,6                                                  |

Таблица 5а

Медикаментозная терапия ФР сердечно-сосудистых заболеваний [37]

| Фактор риска или состояние                                                                                       | Препараты                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| АГ<br>ДЛП<br>Курение                                                                                             | 7 классов<br>Статины, фибраты, никотиновая кислота<br>Никотинзаместительная терапия, бупропион<br>Акарбоза                          |
| Нарушение толерантности к углеводам<br>Ожирение<br>Гиперурикемия<br>Гипергомоцистеинемия<br>Тромбогенные факторы | Орлистат, сибутрамин и др.<br>Аллопуринол<br>Фолиевая кислота, витамины В-12, В-6.<br>Ацетилсалициловая кислота, клопидогрель и др. |
| Воспаление                                                                                                       | Противовоспалительные препараты                                                                                                     |

ДАД. Эти данные позволяют утверждать о повышении относительного риска указанных осложнений при росте величин ДАД даже в пределах нормального АД.

Согласно заключению Комитета экспертов ЕОАГ и ЕОК, «исторически ДАД придавалось большее значение как предиктору ЦВБ и ИБС. До 1990 года всегда анализировали значение уровня ДАД, больные с ИСАГ в такие исследования не включались. В настоящее время на основе эпидемиологических исследований доказано, что как ДАД, так и САД, независимо и линейно связаны с риском инсульта и коронарных событий. В Европейских странах связь между уровнем САД и риском инсульта больше, чем в отношении коронарных событий, однако атрибутивный риск

(связанное с уровнем АД увеличение смертельных исходов) выше для коронарных событий, чем для инсульта, что отражает большее число коронарных событий в европейской популяции. Не опровергая этого факта, следует отметить, что риск инсульта возрастает в европейской стареющей популяции» [5].

Эти мнение находит поддержку многих исследователей: «Большинство случаев инсульта было зарегистрировано у больных пограничной или мягкой АГ. При этом польза от снижения АД отмечена как у лиц с повышенным, так и с нормальным АД [5].

Как пишет Е.Е.Гогин о степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в популяции в ближайшие 10 лет (по данным Фремингемского исследования и SCORE), «низкому риску соответствует целевой уровень АД 125/75 мм рт. ст.; среднему — 130/85 мм рт. ст.; высокому — 140/90 мм рт. ст.; очень высокому — более 140/90 мм рт. ст.» [1].

Академик Е.И.Чазов пишет: «Совершенно справедливо заключение А.Л. Мясникова, что борьба с повышенным артериальным давлением является важнейшей задачей в профилактике атеросклероза. Наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, сочетающихся клинических состояний указывает на тяжесть болезни даже при умеренном повышении артериального давления. Подобные больные требуют большего внимания не только с точки зрения лечения сочетающихся с гипертензией заболеваний, но и с точки зрения контроля артериального давления, которое должно находиться на оптимальном уровне: согласно последним российским рекомендациям (ВНОК, 2004), систолическое артериальное давление — менее 120 мм рт. ст, диастолическое — менее 80 мм рт. ст.»[5a].

Мы считаем, что эти данные, возможно, получены без учета других факторов, в том числе возрастания АД с возрастом, дислипотеидемии, ожирения и др.

Возможно, что эти данные в определенной мере послужили основанием для создания или модернизации существующих классификаций АГ по уровню АД [2–9].

Большинство систем для определения риска основывается на данных Фремингемского исследования [25–28]. По Фремингемским критериям термины низкий, средний, высокий и очень высокий риск соответствуют риску сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет: менее 15 %, 15–20 %, 20–30 %, и более 30 %. Однако данные Фремингемского исследования, полученные при обследовании населения США, не следует механически экстраполировать на европейскую популяцию по причине генетических различий и национальных привычек в питании и образе жизни упомянутых популяций.

Поэтому в «Рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии», разрабо-

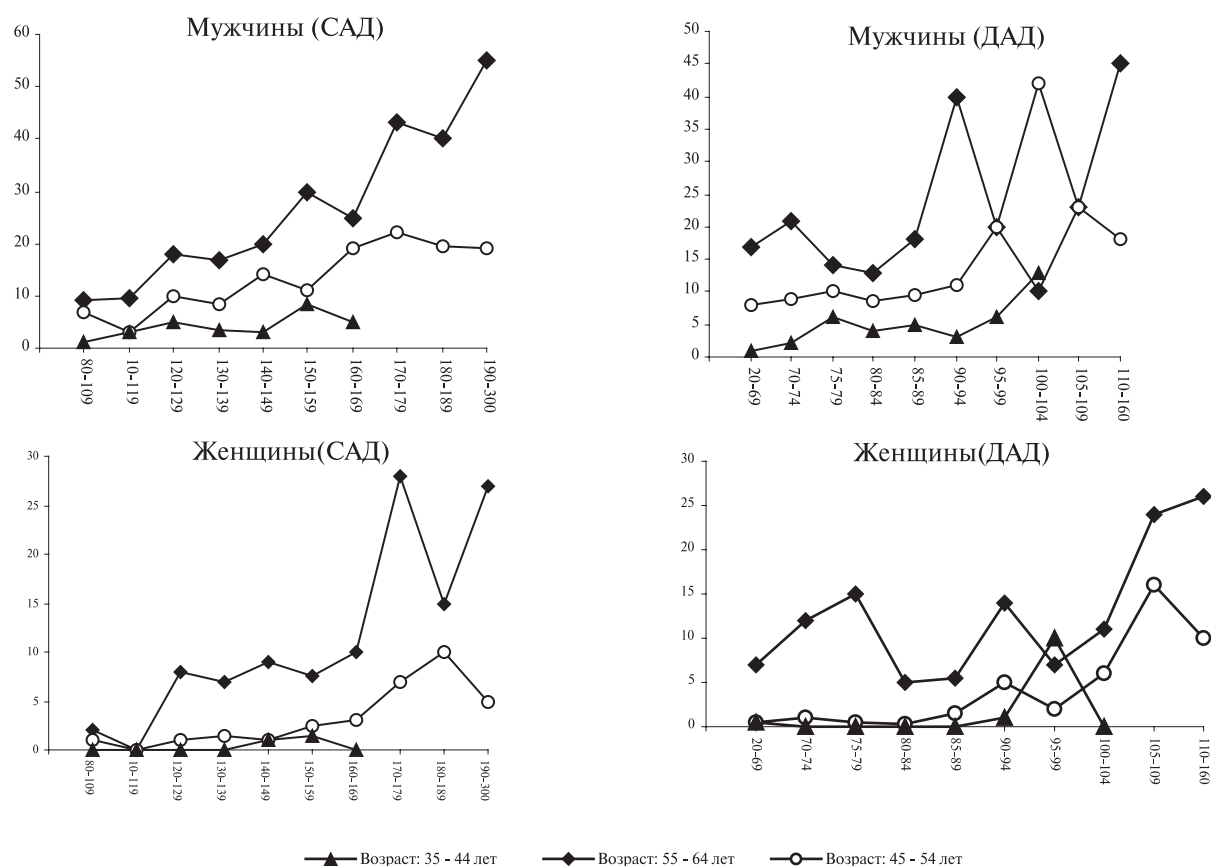
**Таблица 6**  
**Возрастные показатели смертности от ишемической болезни сердца, цереброваскулярных болезней, инфаркта миокарда (удельный вес умерших в разных возрастах в 2002 году в %) [39]**

| Возрастные группы | От ИБС | От ОИМ | От ЦВБ |
|-------------------|--------|--------|--------|
| Всего             | 100,0  | 100,0  | 100,0  |
| 15–39             | 1,3    | 1,5    | 0,8    |
| 40–59             | 16,0   | 21,0   | 9,1    |
| 60–69             | 23,2   | 29,2   | 20,1   |
| 70–79             | 35,0   | 36,1   | 39,2   |
| 80–85+            | 24,0   | 12,1   | 30,7   |
| 60–85+ старше     | 82,2   | 77,4   | 90,0   |

танных Европейским обществом по артериальной гипертензии и Европейским обществом кардиологов [5], указывается, что хотя эта база данных и считается частично соответствующей европейской популяции, установление риска с ее использованием требует поправки при проведении расчетов для других популяций в связи со значительными колебаниями распространенности инсультов и коронарных событий. Постепенно внедряются формулы расчета, которые напрямую относятся к европейским популяциям больных АГ. Недавно был предложен алгоритм SCORE для расчета 10-летнего риска фатальных сердечно-сосудистых событий отдельно для стран Северной Европы — с высоким риском и Южной Европы — с низким риском [29,30]. Аналогичные данные приводятся и в соответствующих российских рекомендациях [11, 17].

Критерии оценки прогноза и общего сердечно-сосудистого риска, критерии стратификации ФР («наслаивание» ФР), согласно алгоритму SCORE, производятся у больных АГ на основе традиционных показателей: пола, возраста, курения, семейного анамнеза ранних БСК, дислипотеидемий, абдоминального ожирения, а также дополнительных ФР, негативно влияющих на прогноз больного АГ: нарушенная толерантность к углеводам, низкая физическая активность, повышение концентрации фибриногена в крови. Большое значение имеет оценка общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит от наличия или отсутствия сопутствующих ФР, поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний (разные формы цереброваскулярной болезни), ИБС, хронической сердечной недостаточности, поражения почек [29,30,11,17].

В зависимости от этих показателей все больные АГ могут быть отнесены к одной из четырех степеней риска: низкий, умеренный, высокий и очень высокий, что имеет практическое значение для тактики



**Рис. 2.** Средне-годовое число случаев развития коронарной болезни сердца (14-летнее наблюдение) в зависимости от уровней САД и ДАД у мужчин и женщин в возрасте 35-64 года. Фремингемское исследование [31].

ведения больных АГ. По системе SCORE низкому риску соответствует величина  $<4\%$ , умеренному –  $4-5\%$ , высокому –  $5-8\%$  и очень высокому –  $>8\%$  (до  $15\%$ ) [31,32,11,17].

Группы риска БСК, болезней, связанных с АГ и атеросклерозом (табл.3)

Категория риска зависит от наличия или отсутствия ФР, поражения «органов-мишеней» (ПОМ), и ассоциированных клинических состояний (АКС)[5].

**Группа низкого риска (рис. 1)** включает всех мужчин и женщин моложе 55 лет с АГ 1-й степени при отсутствии факторов риска, поражения органов-мишеней и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет в этой группе составляет менее  $15\%$ .

**Группа среднего риска (рис. 2)** включает пациентов с широким диапазоном колебаний АД. Принципиальным признаком принадлежности к этой группе является наличие факторов риска при отсутствии поражений органов-мишеней и сопутствующих заболеваний. Иными словами, эта группа объединяет пациентов с небольшим повышением АД и многочисленными факторами риска и пациентов с выраженным повышением АД. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет в этой группе составляет  $15-20\%$ .

**Группа высокого риска (рис. 3).** К этой категории относятся пациенты, имеющие поражение органов-мишеней независимо от степени АГ и сопутствующих факторов риска. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у этих больных составляет более  $20\%$ .

**Группа очень высокого риска (рис. 4).** К этой группе относят пациентов при наличии ассоциированных заболеваний (стенокардия и/или перенесенный инфаркт миокарда, операция реваскуляризации, сердечная недостаточность, перенесенные мозговой инсульт или транзиторная ишемическая атака, нефропатия, хроническая почечная недостаточность, поражение периферических сосудов, ретинопатия III–IV стадии) независимо от степени АГ. К этой же группе относятся больные с высоким нормальным АД при наличии сахарного диабета. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет в этой группе превышает  $30\%$ .

Проанализируем данные рис.1 более подробно. Обратимся для этого к классическому Фремингемскому исследованию (рис.2).

При рассмотрении рис. 2 у мужчин отчетливо видно различие в выраженности риска между возрастными группами с ростом и САД (от  $90-100$  до  $130-139$  мм рт.ст.), и ДАД (от  $60-69$  до  $85-89$  мм рт.ст.). Если в группе более молодых мужчин риск в пределах указанных

параметров САД и ДАД был минимален (в среднем около 5 %), в группе мужчин среднего возраста он также не высок — около 10 %, то у мужчин старшей возрастной группы он возрастал при росте АД в указанных пределах примерно от 10 % до 20 % (высокий риск) [31,32]. В этом исследовании было выявлено, что у мужчин в высоком нормальном АД частота сердечно-сосудистых осложнений составляет 10 %, что соответствует низкому добавочному риску [5].

У женщин в самой молодой и в средней возрастных группах при росте САД и ДАД от 90–100 мм рт. ст. до 130–139 мм рт. ст. риск ССО был очень низким — менее 5 %; роста риска ССО с ростом и САД, и ДАД практически не отмечалось.

В этом исследовании было выявлено, что у женщин старшей возрастной группы с высоким нормальным АД частота сердечно-сосудистых осложнений составляла, в среднем, несколько ниже 10 %, что соответствует низкому добавочному риску [5]. Подобная закономерность (рост ФР, ПОМ, АКС) с увеличением возраста отмечена и в исследовании ГНИЦ ПМ РФ [33].

Как следует из табл. 4, различие между возрастными группами 15–34 года и 35–44 года по выраженности ФР имеет место в наибольшей степени в отношении ГХС и составляет 1,8 раз у мужчин и 1,2 раза у женщин. Различие между этими возрастными группами по выраженности других ФР невелико.

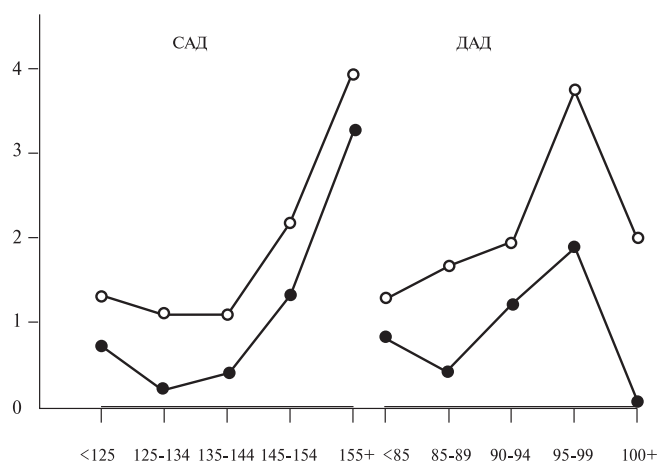
Различие между возрастными группами 35–44 года и 65–75 лет по выраженности ФР также в наибольшей степени имеет место в отношении ГХС и составляет в 2,0 раза > у мужчин и в 3,1 раза > у женщин. Такая же тенденция отмечена и по отношению к другим ФР.

Таким образом, отчетливо видно, что более выраженный рост распространенности АКС и у мужчин, и у женщин отмечается в возрасте старше 65–67 лет и 35–44 года [33].

Такая же закономерность в росте величин риска ССО отмечается у больных с нормальным высоким АД при проведении медикаментозной гипертензивной терапии (рис.3). Рост ССО осложнений начинается при АД 139/89 мм рт. ст., а очень резкий прирост этого показателя отмечается при САД более 145–154 мм рт. ст. и ДАД более 90–94 мм рт. ст. и, особенно, при ДАД выше 100–110 мм рт. ст. (рис.3) [34].

Таким образом, на основе проанализированных данных Фремингемского исследования можно сделать вывод о том, что значимый рост риска ССО реально наблюдается при росте САД от 90–100 мм рт. ст. до 130–139 мм рт.ст. и ДАД от 60 – 69 до 85–89 мм рт.ст. только в самой старшей группе мужчин.

Другие исследователи высказывают сомнение, что рост АД в пределах нормальных величин АД столь



**Рис.3.** Частота случаев развития инсульта на 1000 человеко-лет в зависимости от уровней САД и ДАД при активной терапии (оба пола) [34].

**Примечание:** ○ - лечение пропранололом; ● - лечение бензофлюазидом; по оси ординат - случаи на 1000 человеко-лет.

резко увеличивают риск ССЗ. По мнению профессора Е.Е.Гогина, среди новых положений JNS -7 с трудом согласуются два соседствующих:

- 1) начиная со 115/75 мм рт.ст. риск ССЗ удваивается при повышении АД на каждые 20/10 мм рт. ст. и
- 2) у пациентов с нормальным АД в возрасте 55 лет отмечается 90 %-й пожизненный риск развития АГ, что означает — повышение уровня АД не имеет долгосрочной предсказательной ценности [1].

В исследовании MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) установлено, что риск инсульта в большей степени возрастает при увеличении САД по сравнению с ДАД [35].

В пределах величин ДАД от <71 мм рт. ст. и до 76 мм рт. ст. рост смертности от инсультов имел место, но был незначительным, а при ДАД от 76 мм рт. ст. до 89 мм рт. ст. прироста смертности от инсульта не было. Заметный рост смертности был при ДАД 92–≥98 мм рт. ст. [35].

Смертность возрастала очень незначительно при САД от <112 мм рт. ст. до 118 мм рт. ст., затем до 129 мм рт. ст. роста смертности не наблюдалось. Рост смертности от инсульта отмечался при САД 132–≥151 мм рт. ст. На основании данных MRFIT можно сделать вывод, что рост смертности от инсульта отмечается при ДАД 92 мм рт. ст. и выше, и при САД 132–142 мм рт. ст. и резко возрастает при САД ≥151 мм рт. ст. [35].

У больных сахарным диабетом (СД) смертность от инсульта по сравнению с больными без сахарного диабета выше в несколько раз при любых величинах САД в пределах от <120 мм рт. ст. и до ≥200 мм рт. ст. [36].

Ведущие врачи — эпидемиологи России — Г.С.Жуковский, В.В.Константинов, Т.А.Варламова, А.В.Капустина, специально занимавшиеся изучением взаимосвязи величин АД и других факторов риска

на уровне смертности от инсульта, также высказывают сомнение в столь резком влиянии роста АД в пределах до 140/90 мм рт. ст. на смертность от мозговых инсультов (табл.5) [37].

Во-первых, они указывают, что при расчете прогностического значения АГ на смертность от ИБС и мозговых инсультов следует учитывать ряд других основных факторов риска, помимо повышенного АД. В группе мужчин с АГ за 10 лет наблюдения смертность от ИБС и мозговых инсультов увеличивается более чем вдвое (с 2 до 4,6 на 1000 ( $p < 0,05$ ), а при сочетании АГ с дислипотеидемией и/или курением — почти в 7 раз (с 2 до 13,2 на 1000 мужчин;  $p < 0,05$ ) по сравнению с группой мужчин, не имеющих этих трех основных факторов риска [37].

Кроме того, авторы указывают на пороговые величины систолического и диастолического АД, имеющие неблагоприятное прогностическое значение, табл. 5 [37].

Авторы делают очень важные выводы, которые отличаются от данных, приведенных на рис. 1.

При увеличении систолического АД до 140 мм рт. ст. изменения смертности от мозгового инсульта не носили закономерного характера, варьируя в пределах статистической ошибки, табл 5.

При систолическом АД выше 140 мм рт. ст. отмечается выраженное увеличение смертности от мозгового инсульта. Систолическое АД выше 160 мм рт. ст. сочетается с резким увеличением смертности от мозгового инсульта (12 на 1000 мужчин за 13 лет наблюдения) [37].

По данным ГНИЦ ПМ РФ, при определении степени риска развития ССЗ необходимо учитывать, что большинство ФР взаимосвязаны и при одновременном действии усиливают влияние друг друга, тем самым повышая суммарный риск. Поэтому, определяя риск развития ССЗ, следует учитывать все эти факторы, оценивать суммарный риск [37а]. В настоящее время по результатам исследований ГНИЦ ПМ рассчитаны таблицы суммарного риска смертности с учетом образовательного статуса, т. к. уровень образования является мощным показателем, определяющим различия в смертности для России [33]. Оказалось, что среди мужчин есть лица с наличием всех 7 основных ФР (АГ, ЧСС, уровни ХС, ИМТ, ХС липопротеидов высокой плотности, статус курения и потребления алкоголя, образовательный ценз); женщины имели максимум 5 ФР из 7. Лица,отягощенные 5-ю ФР, умирают от ИБС в 12,5 раз чаще, чем лица без ФР. В настоящее время, можно определить суммарный риск с помощью калькуляторов, компьютерных программ или специальных таблиц [37а]. Авторы приводят таблицу, отражающую основные препараты для медикаментозной терапии ФР ССЗ.

Эти данные подтверждают и данные Ю.Е. Евченко о том, что сочетание биологических факто-

ров риска прогрессивно повышает глобальный риск развития первичного инфаркта миокарда: при сочетании АГ и избыточной массы тела — в 2, 6 раза, сахарного диабета и избыточной массы тела — в 4, 5 раза, артериальной гипертензии и сахарного диабета — в 7,2 раза. Комбинация трех факторов риска — АГ, избыточной массы тела и сахарного диабета повышает вероятность развития первичного ОИМ в 8,0 раз [38].

Г.С.Жуковский и соавт. [37]., считают, что уровень диастолического АД 95 мм рт. ст. и выше связан с однонаправленным ростом смертности от мозгового инсульта. При этом повышение диастолического АД на каждые 5 мм рт. ст. сопровождается удвоением показателя смертности от мозгового инсульта: если при диастолическом АД 95 — 99 мм рт. ст. смертность от мозгового инсульта составила 2,7 на 1000 мужчин, то в интервале 100 — 105 мм рт. ст. смертность увеличилась до 4,5 на 1000 мужчин, а при значениях диастолического АД 106 мм рт. ст. и выше смертность от мозгового инсульта за указанный период наблюдения составила 10,6 на 1000 мужчин [37]. Мы также считаем, что при рассмотрении конечных точек при ДАД 76 мм рт.ст. и 105 мм рт. ст. не вызывает сомнений тот факт, что при ДАД 105 мм рт. ст. относительный риск развития инсульта и ИБС многократно выше, что показано во многих работах ГНИЦ ПМ.

На рис. 1, где показан почти двукратный рост риска инсульта, параллельный росту ДАД от 76 до 84 мм рт. ст. (т. е. в пределах нормального ДАД), близкие данные приводятся и в отношении заболеваемости ИБС. Весьма сомнительно, что такую закономерность можно реально доказать вообще, так как даже у каждого нормотоника величины диастолического АД многократно в течение суток колеблются именно в пределах этих величин.

Что касается динамики роста инсульта и ИБС с ростом АД в пределах нормальных величин, то мы подвергаем эту закономерность сомнению, так как считаем, что при этом АД (как и при других его уровнях) на организм человека интенсивно воздействуют как классические факторы риска (табл.6), так и социально-экономические и социально-психологические факторы риска, которые сами по себе могут приводить к росту смертности и от инсульта, и от ИБС (табл.7) [37–39].

Из классических факторов огромное значение принадлежит возрастному [41].

У лиц в возрасте моложе 45 лет риск ОНМК составляет сотые доли процента. У больных пожилого возраста он возрастает в 30 раз, достигая у больных старческого возраста 20 % [41].

Е.Е. Гогин пишет: «Руководство ВОЗ предполагает использовать использование официальных документов (документы JNS, рекомендации Европейского общества по изучению гипертензии (ЕОГ),

Таблица 7

**Стратификация «классических», социально-экономических и социально-психологических факторов риска болезней системы кровообращения (БСК) в современной России [49–54]**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Биологические, «классические», традиционные факторы риска БСК разной интенсивности и в разных комбинациях<br>Высокая распространенность и интенсивность воздействия:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Курения<br/>Артериальной гипертензии<br/>Ожирения<br/>Отягощенная наследственность<br/>Высокий удельный вес среди населения пожилых и старых людей<br/>+<br/>Раннее развитие атеросклероза у значительной части населения ( )<br/>+<br/>Высокая распространенность ассоциированных состояний и сопутствующих заболеваний<br/>+<br/>Стратификация перечисленных факторов<br/>+<br/>неблагоприятное воздействие климата (проживание на Крайнем Севере, в отдаленных регионах Дальнего Востока и Сибири)<br/>+<br/>небольшая возможность влиять на перечисленные факторы из-за низкого финансирования и слабости кардиологической службы<br/>+</p>                                                                                                                                                                                                       |
| Социально-экономические факторы риска БСК и других заболеваний                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Бедность и крайняя бедность для большинства населения<br/>с началом рыночных реформ в 1992 году и до настоящего времени (недостаточное и неполноценное питание, недостаточная доступность лекарств и медицинских услуг, необходимость работать в нескольких местах, в том числе и в пенсионном возрасте, рост цен, введение платного образования)<br/>+<br/>Бедность страны, низкие отчисления на социальные нужды – низкая степень социальной защиты (очень малые пенсии, назначенные без учета трудового стажа и квалификации работника, мизерные социальные пособия, отмена льгот)<br/>+<br/>бедность здравоохранения России (низкое финансирование по остаточному принципу, слабая в количественном и качественном отношении кардиологическая служба)<br/>+<br/>коммерциализация здравоохранения (снижение доступности и недоступность)<br/>+</p> |
| Социально-психологические факторы риска БСК и других заболеваний 25 лет злоупотребления алкоголем                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>15 лет стрессового воздействия очень высокой степени (безработица, угроза потери работы, невыплата зарплаты, высокая преступность, беженцы и вынужденные переселенцы, кризис института брака и семьи)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Европейского общества кардиологов (ЕОК), Международного общества по АГ (ВОЗ/МОАГ) для создания национально адаптированных версий и, таким образом, не рассматривает их как непреложные и догматические указания [1].

Исходя из этой точки зрения ВОЗ и проанализировав указанные документы, мы пришли к выводу, что даже максимальный риск смерти от БСК, как и развития БСК, рассчитанный по системе SCORE и данным Фремингемского исследования, очень низок по сравнению с реальным ростом смертности от БСК в современной России (с 1991 г.) из-за очень интенсивного воздействия на россиян неблагоприятных социально-экономических и социально-психологических факторов риска, интенсивность воздействия которых на население в экономически развитых странах значительно ниже, и которые сами по себе могут приводить в России к значительному росту заболеваемости и смертности от ИБС и от ЦВБ.

Мы считаем, что снижать АД всем больным с высоким нормальным АД с наличием у них факторов риска БСК нецелесообразно. Необходим индивидуальный подход с учетом, в первую очередь, клинической картины АГ, уровней АД при которых пациент чувствует себя наиболее удовлетворительно, отмечает наивысший уровень работоспособности. Кроме того, надо учитывать уровень выраженности ассоциированных клинических состояний (АКС), поражения органов-мишеней: окклюзирующие поражения коронарных артерий и артерий, питающих головной мозг. У больных с высоким нормальным АД необходимо влиять на «стратификационную связку»: целесообразно снижать, например, 3 из 5 или 7 факторов риска, о чем пишут сотрудники ГНИЦ ПМ России: снижать уровень холестерина и триглицеридов в крови, снижать массу тела, ограничить или исключить курение, тогда даже без снижения высокого нормального АД снизится суммарный риск развития инфаркта и/или инсульта. У пожилых больных

с мягкой АГ целевым уровнем может быть 139/89 мм рт. ст. или ниже, если при этом пациент себя хорошо чувствует. Снижение АД до более низкого уровня у пожилых больных также возможно, если больной указывает на то, что традиционно, многие годы для него оптимальное АД (при котором он себя хорошо чувствует и наиболее физически активен) является АД= 130/80 мм рт. ст., и если снижение АД до этого уровня с помощью назначенной врачом терапии, подтверждает это утверждение больного.

При снижении АД больным с высоким нормальным АД с выраженными ФР, АКС и ПОМ необходим современный контроль АД и перфузии жизненно важных органов, в первую очередь сердца и мозга для предотвращения «синдрома обкрадывания». Для этого необходим контроль АД с помощью суточного мониторирования АД (СМАД), доплеровское и дуплексное исследование сосудов питающих головной мозг, сцинтиграфия головного мозга при необходимости и др. методы исследования.

Как пишут известные исследователи артериальной гипертензии, среди которых В.С.Моисеев и Ж.Д.Кобалава, что целесообразно производить СМАД в течение 48 часов. «У большинства больных характеристики суточного ритма на протяжении 2-х суток остаются неизменными. Вариабельность АД не изменялась у всех больных, что свидетельствует о высокой стабильности этого показателя. Однако, при 48-часовом мониторировании устойчиво недостаточное снижение ночного АД было обнаружено у 28 % больных. Если же относить больных к группе нон-дипперов по результатам мониторирования лишь за первые сутки, то численность этой группы высокого риска составит 43 % больных. Таким образом 15 % больных могли бы быть ошибочно отнесены к группе высокого риска поражения органов мишеней и подвергнуты излишне «агрессивному» лечению» [42].

Мы считаем, что проблема снижения АД ниже 140/90 мм рт. ст. у пожилых больных с множественными классическими факторами риска не столь актуальна, как эффективное устранение неблагоприятных социально-экономических и социально психологических факторов риска, которые вместе с классическими факторами риска, наслаиваясь, друг на друга, одновременно оказывают неблагоприятное воздействие на россиянина., в отличие от благополучных экономически развитых стран. Надо учитывать, что в 2007 году средняя начисленная пенсия по стране равнялась в среднем 3,5 тыс. рублей<sup>2</sup>, поэтому нередко (часто) пенсионеры в возрасте старше 70 лет вынуждены работать, добираясь до места работы на общественном или личном транспорте. Кратковременное снижение АД при лечении нормального повышенного АД чревато падением такого пациента, травмой черепа или переломом шейки

бедр, или случаев автоаварии разной степени тяжести.

Несомненный приоритет в изучении влияния неблагоприятных социально-психологических факторов на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний в современной России принадлежит академикам Е.И.Чазову [43,44] и Р.Г.Оганову и соавторам [45,46]. В настоящее время ведется интенсивное изучение влияния стресс-факторов на развитие АГ [47–48]. Об этих факторах риска мы также подробно писали ранее [49–54].

Как пишет Е.И.Чазов, «Тщательный анализ, возможных причин, резкого повышения смертности от болезней сердца и сосудов показал, что основные факторы риска этих заболеваний: курение, высокий уровень холестерина, употребление алкоголя и др., так же, как и состояние медицинской помощи, не играют решающей роли в этом процессе [43].

Чем характерны последние 10–12 лет? Это сложный период жизни страны, общества, каждого гражданина России, годы, сопровождающиеся революционными изменениями стиля и основ привычной жизни, потерей ориентиров для большинства людей, реформами, которые привели к обнищанию народа, безработице. Вот почему нет сомнений в том, что рост заболеваемости и смертности в связи с болезнями сердца и сосудов связан с психосоциальными факторами. Это подтвердили исследования, которые были начаты еще во времена СССР и которые выявили пол объективным данным на пике уровня смертности резкое увеличение в обществе истощения жизненных сил (по тесту Апелсы), возрастание уровня стресса (по шкале Reeder L) и депрессии. Многоцентровые исследования показали, что более 40 % больных, обращающихся в поликлиниках к терапевту, кардиологу, страдают депрессией. Поиск причин высокой смертности в нашей стране открыл новую область медицинской науки-нейробиологию психосоциальной сферы жизни общества. Сегодня надо четко представлять, что психоэмоциональное напряжение, депрессия сопровождаются выраженными нарушениями функций органов и систем организма. Депрессия в два раза увеличивает смертность у больных, перенесших инфаркт миокарда, нарушает функцию мозга, нарушает функцию иммунной системы и т. д.» [43]. Особенно отчетливо показана роль депрессивных расстройств в заболеваемости и течении БСК в России в очень тщательно выполненна среди популяции многих регионов страны исследования КОМПАС [55,56] и КООРДИНАТА [57,58].

Мы считаем, что одновременное снижение интенсивности воздействия, множественности или вовсе устранение, по возможности, большего числа как классических, так и социально-экономических и социально-психологических факторов риска БСК (табл.7), необходимы в современной России для успешной профилактики и лечения .

### Заключение

- Мы считаем, что АД в пределах 135/84 мм рт. ст.-139/89 мм рт. ст. многих лиц в возрасте 18–20 лет и до 30 лет является не высоким нормальным АД, а пограничной АГ или НЦА с гипертензивными реакциями, если этот уровень АД сопровождается характерной симптоматикой (хотя эти цифровые критерии не закреплены официально); вышеуказанные состояния должны подлежать лечению как ПГ или НЦА.

- Мы считаем, что снижать высокое нормальное АД следует при наличии или отсутствии факторов риска БСК, как и в других случаях, если пациент предъявляет жалобы на головную боль, головокружение и др. симптомы, характерные для повышенного АД. Если пациент указывает, что такое АД для него высокое, а хорошо он себя чувствует при АД, например, 130/80 мм рт. ст., а не 139/89 мм рт. ст. и если назначенная Врачом гипотензивная терапия привела к снижению АД и улучшению самочувствия у пациента.

- По нашему мнению, при высоком нормальном АД при наличии выраженных факторов риска более обоснованным и безопасным для больного является, в первую очередь, интенсивное комплексное воздействие на факторы риска БСК, помимо АД. Такой подход разрушит стратификацию ФР и приведет к снижению суммарного добавочного риска, исключив риск, связанный с неадекватно низким АД в результате гипотензивного лечения.

- Достигнутое целевое АД должно быть безопасным для больного в плане развития «синдрома обкрадывания» с возможным ухудшением течения ЦВБ и ИБС, вплоть до развития инфаркта миокарда и инсульта. При достигнутом целевом АД должна быть наиболее адекватная (оптимальная) перфузия

жизненно важных органов. Качество жизни в результате лечения должно быть выше, чем до достижения ЦУ АД.

- При лечении больных с высоким нормальным АД, как и при достижении ЦУ у больных с тяжелой АГ, особенно пожилого возраста, с наличием выраженных ФР, ПОМ, АКС целесообразно не допускать снижения ДАД ниже 85–90 мм рт. ст. В тяжелых случаях ИСАГ снижение САД может быть приостановлено на уровне 160 мм рт. ст., исходя из самочувствия больного. Кроме того, при проведении гипотензивной терапии таким больным необходим строгий объективный контроль адекватности перфузии жизненно важных органов: головного мозга, сердца, с помощью СМАД, мониторингирования сердечного ритма, скintiграфии головного мозга и т. п.

- Целевые уровни АД у больных АГ с сопутствующими ИБС и ЦВБ следует согласовывать с неврологами, исходя из объективных данных о состоянии артериального русла головного мозга.

- Приоритет в установлении целевых уровней АД у больных с выраженными окклюзирующими поражениями артерий, питающих головной мозг, у больных с транзиторными ишемическими атаками, у больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения и, особенно, при остром нарушении мозгового кровообращения и одновременном заболевании, например, ИБС, должен принадлежать неврологам.

- В современной России для успешной профилактики и лечения БСК необходимо одновременное снижение интенсивности воздействия, множественности или вовсе устранение, по возможности, большего числа как классических, так и социально-экономических, и социально-психологических факторов риска БСК (табл.7).

### Литература

1. Гогин Е.Е. История изучения проблемы артериальной гипертензии и классификации гипертонической болезни. с.21–41. В кн. Руководство по артериальной гипертензии/ под ред Е.И.Чазова и И.Е.Чазовой- М.: Медиа Медика, 2005.-с.784.
2. Joint National Committee. Report on detection, evaluation and treatment of of high blood pressure.The fifth Report of the Joint National Committee on detection., evaluation and treatment of high blood pressure (JNC V). Arch. Intern. Med. 1993; 153:154–83.
3. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J. Hypertens 1999; 17: 151–83.
4. Рекомендации ВОЗ и Международного общества гипертензии (МОАГ) «Артериальная гипертензия. практическое руководство для первичного звена здравоохранения» под ред Р.Г.Оганова, 1999, с.18.
5. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Европейское общество по артериальной гипертензии. Европейское общество кардиологов, 2003 // Артериальная гипертензия.— Том 10, № 2 с.65–90.(J Huhertens 2003;21:1011–53.)
- 5а. Чазов Е.И.Введение к книге «Руководство по артериальной гипертензии/под ред. академика Е.И.Чазова, профессора И.Е.Чазовой. М.: Медиа Медика,2005.-784с. С.5–16
6. Шляхто Е.В., Конради А.О. Классификация артериальной гипертензии: от болезни Брайта до сердечно-сосудистого континуума (обзор). /Артериальная гипертензия. 2004, том10,№ 2. с. 98–103.
7. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. М.: ВНОК,2001.
8. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). М.: ВНОК, 2004
9. The Seventh Report of the Joint National Committee on//NIH Publication, № . 03–5233. 2003, May.
10. Шляхто Е.В., Конради А.О. Анализ «Седьмого отчета Совместной национальной комиссии по предупреждению, выявлению, оценке и лечению высокого артериального давления США» (JNC V11).. «Сердце» — 2005, том 4, № 3(21), с. 154–155.
11. Лямина Н.П., Долотовская П.В. Высокое нормальное артериальное давление у лиц молодого возраста — болезнь или фактор риска? /Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005; № 6, ч.11, с.21–26..
12. Харченко В.И., Корякин М.В., Вирин М. М. и др. Целесообразность модернизации и конкретизации классификации артериальной гипертензии по уровням АД на основе научно-обоснованных данных, применительно к реальной клинической практике. Российский кардиологический журнал, 2007(принята в печать).

14. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004;114 (Suppl.):555–76.
15. Кисляк О.А. Артериальная гипертония у подростков. С.471–489. В кн. Руководство по артериальной гипертонии/ под ред Е.И.Чазова и И.Е.Чазовой- М.: Медиа Медика,2005, с.784.
16. Кисляк О.А., Петрова Е.В., Чиркова Н.Н. особенности эссенциальной гипертензии в подростковом возрасте. /Сердце. Журнал для практикующих врачей. 2006, том5, № 4, с.190–199.
17. Александров А.А. Повышенное артериальное давление в детском и подростковом возрасте (ювенильная артериальная гипертония). /Русский медицинский журнал 1997, Том.5, № 9, с.559–566.
18. Постановление Правительства РФ № 123 от 2003 года: «Положение и врачебно-военной экспертизе»
19. PROGRESS Collaborative Study Group. Randomised trial of perindopril based blood pressure-lowering regimen among 6108 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033–1041.
20. International Society of Hypertension statement on the management of blood pressure in acute stroke. *J Hypertens* 2003; 21: 665–672. GL
21. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 145–153. RT
22. Schrier RW, Estacio RO, Esler A, Mehler P. Effects of aggressive blood pressure control in normotensive type 2 diabetic patients on albuminuria, retinopathy and stroke. *Kidney Int* 2002; 61: 1086–1097. RT
23. Hypertension Detection and Follow-up Program. The effect of treatment on mortality in 'mild' hypertension: results of the Hypertension Detection and Follow-up Program. *N Engl J Med* 1982; 307: 976–980.
24. Zanchetti A, Hansson L, Menard J, Leonetti G, Rahn K, Wamold I, Wedel H. Risk assessment and treatment benefit in intensively treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study for the HOT Study Group. *J Hypertens* 2001; 19: 819–825. OS
25. Gordon T, Schwartz MJ. Systolic versus diastolic blood pressure and risk of coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1971;27:335–346.
26. Gordon T. Blood pressure of adults by age and sex. United States 1960–62. National Center for Health Statistics, PHS Publication 1000, series 11, No. 4, 1964.
27. Zanchetti A. What Blood Pressure level Should Be treated? P. 1967–1983. In: Hypertension Pathophysiology, Diagnosis, and Management? Edited by J.H. Laragh and B.M. Brenner. Raven Press, Ltd., New York, 1990
28. Zanchetti A. Systolic, diastolic and 24-hour blood pressure: which should be treated? In: Hansson L, ed. Hypertension annual. London: Gower Academic Journals, 1988;3–19.
29. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP et al. On behalf of the SCORE project group. Prediction of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe; the SCORE project *Eur Heart J* 2003;23:1568–1576.
30. Stokes J, Kannel W, Wolf P, et al. Blood pressure, as a risk factor for cardiovascular disease/ The Framingham Study-30 years of follow-up. *Hypertension* 1989;13 (Suppl.1):13–80.
31. Kannel WB, Gordon T, Schwartz MJ. Systolic versus diastolic blood pressure and risk of coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1971;27:335–346.
32. Kannel WB, Dawber TR, McGee DL. Perspectives on systolic hypertension—the Framingham study. *Circulation* 1980;61: 1179–1182.
33. Тимфеева Т.Н., Шальнова, С.А. Константинов В.В. и др. Распространенность факторов, влияющих на прогноз больных артериальной гипертонией, оценка общего сердечно-сосудистого риска. /Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005; 4(6), ч.1., с. 15–24
34. MRC Working Party on Mild to Moderate Hypertension. The MRC Mild Hypertension Trial: some subgroup results. In: Strasser T, Ganten D, eds. *Mild hypertension: from drug trials to practice*. New York: Raven Press, 1987;9–20.
35. Stamler J, Neaton JD. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risk. *Arch. Intern. Med* 1993;153:598–615.
36. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD et al. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial/ *Diabetes Care* 1993;16:434–44.
37. Жуковский Г.С., Константинов В.В., Варламова Т.А. и др. Артериальная гипертония: эпидемиологическая ситуация в России и в других странах. *Русский медицинский журнал* 1997; 5 (9): 551–558.
38. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2005,4(1), ч.1. с.4–9.
39. Евченко Ю.И. Вклад биологических факторов риска в развитие первичного острого инфаркта миокарда Автореф. Дисс.канд. Челябинск, 2005.
40. Демографический ежегодник России-2005.. Официальное издание. Росстат, 2007.
41. Остроумова О.Д., Ролик Н.Л., Ищенко К.А. Артериальная гипертония и первичная профилактика инсульта. / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005,4(4), с.15–20.
42. Котовская Ю.В., Дмитриев А.А., Кобалава Ж.Д. и др. Устойчивость двухфазного ритма артериального давления при 48-часовом мониторингировании. *Кардиология* 2002, № 11, с.28–31.
43. Чазов Е.И. Будущее кардиологии в свете успехов медицинской науки. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2004,3(3) ч.1, с.6–9.
44. Чазов Е.И. Психосоциальные факторы как риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. *Легкое сердце* 2004;3:2–4.
45. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Развитие профилактической кардиологии в России *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2004,3(3) ч.1, с.10–14.
46. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Дюкова Г.М. и др. Психосоциальные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: масштабы проблемы, вопросы диагностики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2005,4(6) ч.1, с.82–88.
47. Осипова И.В. Зальцман А.Г. Воробьева Е.Н. и др. Распространенность факторов риска и особенности поражения органов-мишеней при стресс-индуцированной артериальной гипертонии у мужчин трудоспособного возраста. / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006,5(2) ч.1, с. 10–14.
48. Шабалин А.В. Гуляева Е.Н. Векршанская Э.М. и др. Клиническая значимость оценки стресс реактивности у больных эссенциальной артериальной гипертензией. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2004,3(1) ч.1, с.28–35.
49. Харченко В.И., Корякин М.В., Вирин М.М. и др. Социально-экономические и социально-психологические факторы риска болезней системы кровообращения в России: аналитический обзор официальных данных Госкомстата, Минздрава России, ООН, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме / Общественное здоровье и профилактика заболеваний. — 2005. — № 6. — стр.49–60.
50. Харченко В.И., Корякин М.В., Вирин М.М. и др. Необходимость комплексной оценки «классических» факторов риска болезней системы кровообращения связанных с атеросклерозом и социально значимыми факторами. / Кардиолог. — 2005. — № 7. — стр. 4–20.
51. Харченко В.И., Корякин М.В., Вирин М.М., и др. Причины неэффективной организации борьбы за снижение заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в современной России. Часть 1. / Кардиолог. — 2005. — № 8. — стр. 4–20.
52. Харченко В.И., Корякин М.В., Вирин М.М. и др. Причины недостаточной организации и эффективности борьбы за снижение заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в современной России / Кардиолог. — 2005. — № 10. — стр.59–79.
53. Харченко В.И., Корякин М.В., Вирин М.М. и др.

- Причины невысокой эффективности борьбы за снижение заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в современной России // Кардиолог. — 2005. — № 11. — стр.59–72.
54. Харченко В.И., Мишнев О.Д., Кокорина Е.П. и др. Почему в России смертность от болезней системы кровообращения значительно выше, чем в экономически развитых странах? / Доктор.Ру. — 2006. — № 4. — стр. 3–8.
55. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология 2004;1:48–54.
56. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005,8, с. 37–43.
57. Чазов Е.И. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования Кардиология 2005, № 11, с. 4–10.
58. Чазов Е.И. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования Кардиология, 2007, № 3. с.28–37.

Поступила 14/10-2008

© Коллектив авторов, 2008.

111539, г. Москва, ул. Вешняковская., 23. ГКБ №15.

2-е кардиологическое отделение. Люсову В.А.

## CARDIO.MEDI.RU — Интернет-сайт для врачей-кардиологов

