

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Муҳиддинзода Р.Н., Бахронов Ж.Ж., Жамолиддинов Ш.Б.

Студенты Самаркандского Государственного Медицинского Университета,
Самарканд, Узбекистан.

oxygenium1700@gmail.com

***Аннотация.** Артериальная гипертензия представляет собой стойкое повышение систолического артериального давления в покое (≥ 130 мм рт. ст.) и/или диастолического артериального давления (≥ 80 мм рт. ст.). Наиболее часто встречается повышение артериального давления без известной причины (первичная, эссенциальная гипертензия). Артериальная гипертензия с установленной причиной (вторичная гипертензия) обычно связана с первичным альдостеронизмом. Другими причинами вторичной гипертензии являются апноэ во сне, хроническая болезнь почек, ожирение или стеноз почечной артерии. Обычно симптомы появляются только при тяжелом или затяжном течении. Диагноз ставится на основании данных сфигмоманометрии. Диагностика может определить причину, оценить повреждение органов и выявить другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Лечение включает изменение образа жизни и медикаментозное лечение, включая диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II и блокаторы кальциевых каналов.*

Артериальная гипертензия определяется как систолическое артериальное давление ≥ 130 мм рт. или диастолическое артериальное давление ≥ 80 мм рт.ст. или принимать лекарства для лечения высокого кровяного давления. Почти половина взрослого населения США страдает гипертонией. Многие из этих людей не знают, что у них гипертония. Приблизительно 80% взрослых с

гипертонией рекомендуют медикаментозную терапию и изменение образа жизни, но только около 50% пациентов с гипертонией получают лечение.

Только примерно у 1 из 5 взрослых с гипертонией артериальное давление (АД) находится под контролем. Даже при медикаментозном лечении и изменении образа жизни только у 26% пациентов достигается контроль АД, а среди взрослых, получающих антигипертензивную терапию, у которых АД не контролируется, почти у 60% АД составляет $\geq 140/90$ мм рт.ст.

Ключевые слова: нейрогуморальная система, эпидемиологический мониторинг, гипертоническая болезнь, симптоматическая артериальная гипертензия, ингибиторы АПФ, дигидропиридины.

Основным фактором является наследственная предрасположенность. Согласно концепции Ю.В. Постнова, она заключается в распространенных нарушениях ион-транспортной функции и строения цитоплазматической мембраны клеток. В этих условиях сохранение специфической функции клеток обеспечивается механизмом клеточной адаптации, связанным с регуляцией кальциевого обмена, с изменением гормонально-клеточных взаимоотношений, с повышением активности нейрогуморальных систем (гипоталамо-гипофизарной -надпочечниковая, ренин-ангиотензин-альдостероновая, инсулярная).

За последние несколько лет, по данным эпидемиологического мониторинга артериальной гипертензии в Узбекистане, многие больные не получают регулярного лечения. Ежедневно антигипертензивные препараты принимают только 23,2% женщин и 15,4% мужчин. Хотя эффективность лечения в популяции не превышает 30%. Представляется актуальным поиск новых и оптимизация существующих фармакологических подходов к лечению АГ с целью достижения его более высокой эффективности. Влияние антигипертензивных препаратов на прогноз больных АГ зависит не только от способности снижать АД и поддерживать его на целевом уровне, но и от

способности тормозить или обращать вспять развитие ремоделирования в органах-мишенях.

При обследовании больных артериальной гипертензией следует обращать внимание на этиологию заболевания. Эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) составляет 90-95% случаев артериальной гипертензии. В остальных случаях диагностируют вторичную, симптоматическую артериальную гипертензию: почечную (нефрогенную) - 3-4%, эндокринную - 0,1-0,3%, гемодинамическую, неврологическую, стрессовую, обусловленную приемом некоторых веществ (ятрогенную) и артериальную гипертензию у беременных, при котором повышение АД является одним из симптомов основного заболевания. Среди ятрогенных гипертензий выделяются гипертензии, вызванные приемом биологически активных добавок и лекарственных средств. У женщин, принимающих гормональные контрацептивы, чаще развивается артериальная гипертензия (особенно это заметно у полных женщин, курящих женщин и женщин старшего возраста).

Основными классами антигипертензивных препаратов были: диуретики, β -блокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов (БМК), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (АТ) (БРА) II. Но в современной терапии для достижения целевого АД необходима комбинированная антигипертензивная терапия.

Современные рекомендации по артериальной гипертензии подчеркивают важность использования рациональных комбинированных схем для обеспечения надежного контроля АД. Рациональное сочетание предполагает использование препаратов разных классов (с разным механизмом действия) для получения дополнительного гипотензивного эффекта и уменьшения нежелательных явлений. Пациенты, получающие комбинированную терапию, реже отказываются от лечения, чем пациенты, которым назначают какую-либо монотерапию. Еще одним преимуществом является наличие физиологического

и фармакологического синергизма между препаратами разных классов, что может не только способствовать более выраженному снижению АД, но и вызывать меньше побочных эффектов и давать более выраженную пользу, чем один препарат. Нерационально сочетать препараты с одинаковым механизмом действия и схожим спектром нежелательных явлений, например, комбинацию тиазидного диуретика и β -адреноблокаторов. Комбинация препаратов этих 2 классов может привести к повышенному риску развития гипергликемии. Примером благоприятной комбинации является сочетание БМКК с ингибиторами АПФ, что приводит к уменьшению выраженности отеков, связанных с применением дигидропиридинов. Кроме того, комбинация недигидропиридинового КАМК с ингибитором АПФ потенциально может усилить положительное влияние последнего на эластические свойства сосудов. Кроме того, в последние годы появился новый класс препаратов — прямой ингибитор ренина (ПИР) — алискирен, обладающий иным действием на РААС, чем ингибиторы АПФ и БРА. Ингибиторы АПФ блокируют АПФ, БРА блокируют рецепторы АТ II, а ПИР действуют на ренин, снижая активность ренина в плазме. Все эти группы препаратов снижают артериальное давление и предотвращают поражение почек, сердца и сосудов. При назначении ингибиторов АПФ и БРА увеличивается выброс ренина из почек, повышается активность ренина в плазме, и порочный каскад начинается снова. С этим связано неуправляемое влияние ингибиторов АПФ. Алискирен на сегодняшний день является единственным селективным ПИР. Алискирен, связываясь с активным центром молекулы ренина, предотвращает превращение ангиотензиногена в АТ I. Молекула алискирена стабильна, имеет непептидную структуру и высокое сродство к ренину человека. Алискирен действует в начальной точке активации РААС, снижая активность ренина плазмы и предотвращая образование АТ I из ангиотензиногена, при этом не запускается порочный каскад и не активируется механизм обратной связи. Повышение активности ренина плазмы является доказанным независимым фактором риска

сердечно-сосудистой смертности и осложнений. Алискерин следует назначать внутрь в дозе 150 мг 1 раз/сут. При стойкой артериальной гипертензии возможно увеличение дозы до 300 мг в сутки. Высшая суточная доза: 300 мг. Кроме того, при обследовании детей необходимо исключить врожденную гиперплазию надпочечников и ренинпродуцирующие опухоли. Согласно клиническим рекомендациям при лечении резистентных форм артериальной гипертензии основной является комбинированная терапия.

Заключение. Современные представления об артериальной гипертензии, сформированные на основании эпидемиологических исследований, включают такие понятия, как целевое АД, которое одинаково для больных всех возрастов — менее 140 и 90 мм рт. ст., а для больных сахарным диабетом — менее 140 и 85 мм рт. ст., снижение риска, оценка риска развития ССЗ и их осложнений.

Список литературы:

1. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Романова Н.Е., Шатунова И.М. Клиническая фармакология основные классы антигипертензивных препаратов. Консилиум медикум. 2000;2(3). www.consilium-medicum.com (дата обращения: 02.04.2016 г.)
2. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространение факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения России в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 13 (6): 4–11.
3. Руководство кардиологии в четырех томах. Под ред. акад. Е.И.Чазова. Т. 3: Заболевания сердечно-сосудистой системы (I). М.: Практика, 2014.
4. Bacharova L, Schocken D, Estes EH, Strauss D. The role of ECG in the diagnosis of left ventricular hypertrophy. *Curr Cardiol Rev* 2014; 10:257–61.
5. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 311:2387–96.

6. Lehtonen AO, Puukka P, VarisJ et al. Prevalence and prognosis of ECG abnormalities in normotensive and hypertensive individuals. *J Hypertens* 2016; 34:959–66.
7. Lopez-Sendon J, et al. Expert consensus document on β -adrenergic receptor blockers. The task force on Beta-blockers of the European Society of Cardiology. *European Heart J*. 2004;25(15):1341-1362. doi:10.1016/j.ehj.2004.06.002
8. Lip GYH, Beevers M, Beevers DG. The “Birmingham Hypertension Square” for the optimum choice of add-in drugs in the management of resistant hypertension. *J Hum Hypertens*. 1998;12(11):761-763. doi:10.1038/sj.jhh.1000688.
9. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med*. 2001;344:3-10. doi:10.1056/name200101043440101.