

Основные принципы гипотензивной терапии

Отечественные и зарубежные рекомендации по ведению пациентов с АГ декларируют ряд принципов фармакотерапии АГ (1–3):

- Цель антигипертензивной терапии – для пациентов младше 65 лет – снижение АД < 130/80 мм рт.ст, но > 120/70 мм рт.ст., для пациентов ≥ 65 лет – < 140/90 мм рт. ст.
- Основой антигипертензивной терапии, направленной на снижение артериального давления (АД) и сердечно-сосудистых событий, являются 5 классов препаратов – ингибиторы АПФ (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), бета-блокаторы (ББ), блокаторы кальциевых каналов (БК) и тиазидные диуретики.
- Комбинация двух препаратов из любых двух классов АГ средств усиливает степень снижения АД намного выраженнее, чем повышение дозы одного препарата
- Рекомендуется начинать АГ терапию с комбинации двух препаратов всем пациентам, за исключением ослабленных пожилых пациентов, пациентов с низким риском и АГ I степени (особенно, если систолическое АД < 150 мм рт.ст.)
- Необходимо рассматривать возможность включения в схему бета-блокаторов на любом этапе терапии в случаях, когда у пациента есть специфические показания: сердечная недостаточность, инфаркт миокарда в анамнезе, мерцательная аритмия, беременность или планирование беременности.
- На 1-м шаге терапии необходимо назначать препараты в оптимальных терапевтических дозах, которые могут обеспечить достижение целевого АД.
- Антигипертензивные препараты, не относящиеся к пяти основным классам, являются препаратами резерва, например, для применения при резистентной АГ.
- Для лечения резистентной гипертензии рекомендуется введение спиронолактона, если у пациента нет противопоказаний.
- Следует стремиться назначать препараты с однократным режимом применения, а при назначении комбинаций отдавать предпочтение многокомпонентным препаратам «в одной таблетке».

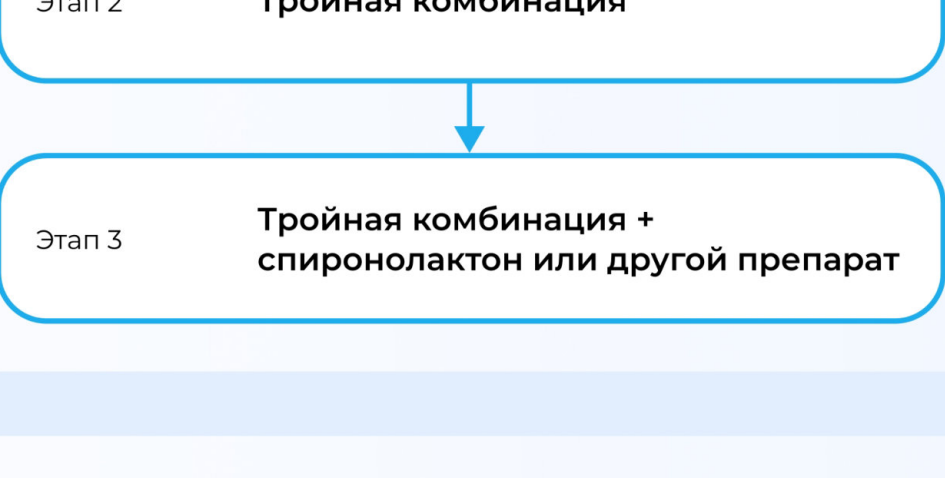
Раньше

В рекомендациях прошлых лет по ведению пациентов с АГ в качестве стартовой терапии рассматривались монопрепараты в низкой дозировке; при их неэффективности предлагалось постепенно увеличивать дозу или менять препарат. Однако увеличение дозы монопрепарата обеспечивает незначительное дополнительное снижение АД и может увеличить риск неблагоприятных эффектов.

Сегодня

В современных гайдлайнах предлагается ступенчатый подход к терапии АГ, причем начиная с двойной терапии.

Стратегия фармакотерапии неосложненной АГ



Пять классов препаратов, рекомендованных для лечения АГ

Наименование	Механизм действия	Показания	Противопоказания	Особые указания
иАПФ	Конкурентное подавление АПФ, превращающего ангиотензин I в активный ангиотензин II, обладающий сосудосуживающим эффектом; оказывают кардиопротективное, антиатеросклеротическое действие (4)	АГ с сопутствующей ХСН	Беременность Ангиневротический отек в анамнезе + Гиперкалиемия (Na ⁺ > 5,5 ммоль/л) Двусторонний стеноз почечной артерии	В 5–10% случаев на фоне приема появляется сухой кашель, не зависящий от дозы препарата (4)
Блокаторы рецепторов ангиотензина II	Блокируют действие ангиотензина II	АГ с сопутствующей ХСН Инфаркт миокарда в анамнезе Фибрилляция предсердий Метаболический синдром (5)	Беременность Гиперкалиемия (Na ⁺ >5,5 ммоль/л) Двусторонний стеноз почечной артерии	Отличаются благоприятным профилем безопасности, в том числе по сравнению с иАПФ (5)
Бета-адреноблокаторы	Блокируют β1- и β2-адренорецепторы, уменьшая адренергическое влияние на сердце (снижение частоты и силы сердечных сокращений) и снижая секрецию ренина (КР)		Бронхиальная астма Любая синусовая или атриовентрикулярная блокада высокой степени Брадикардия	Предпочтительны для лечения АГ у женщин детородного возраста, особенно планирующих беременность
Блокаторы кальциевых каналов	Понижают кальциевый ток, проявляют широкий спектр эффектов на сердечную мышцу, функцию синусового узла, тонус периферических сосудов и коронарное кровоснабжение (6)	АГ с сопутствующей пароксизмальной наджелудочковой тахикардией, предсердной экстрасистолией, мерцанием и трепетанием предсердий, стенокардией	Для верапамила, дилтиазема: Любая синусовая или атриовентрикулярная блокада высокой степени Тяжелая дисфункция ЛЖ (фракция выброса < 40%) Брадикардия ЧСС < 60 ударов в минуту	Обладают большим эффектом в отношении профилактики инсульта, но менее эффективны для предупреждения хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса
Диуретики тиазидные и тиазидоподобные	Блокируют реабсорбцию натрия и хлора, вследствие чего уменьшается объем циркулирующей жидкости, увеличивается активность ренина и содержание альдостерона в плазме	АГ с различными коморбидными заболеваниями	Подагра	Более эффективно предотвращают СН, чем другие классы препаратов

Комбинации АГ препаратов

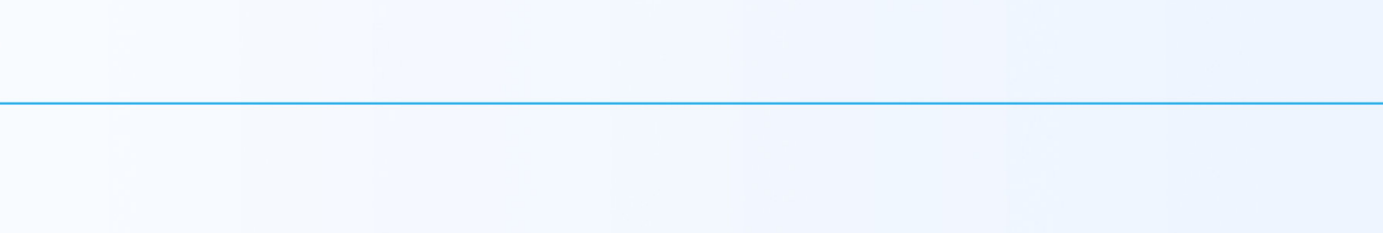
Предпочтительные двойные комбинации (1–3)



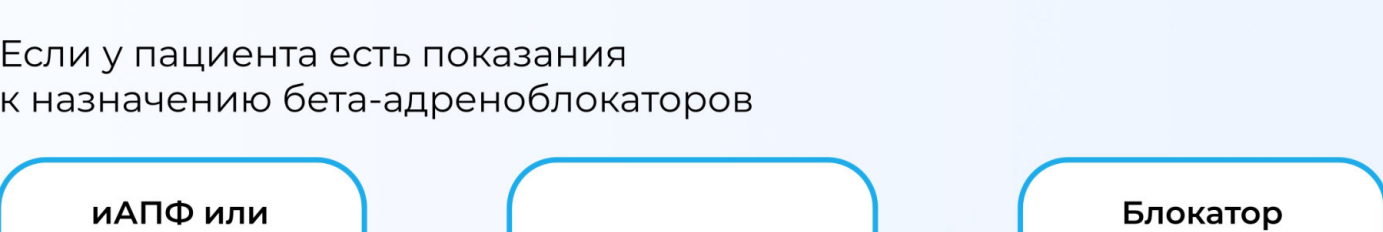
Или



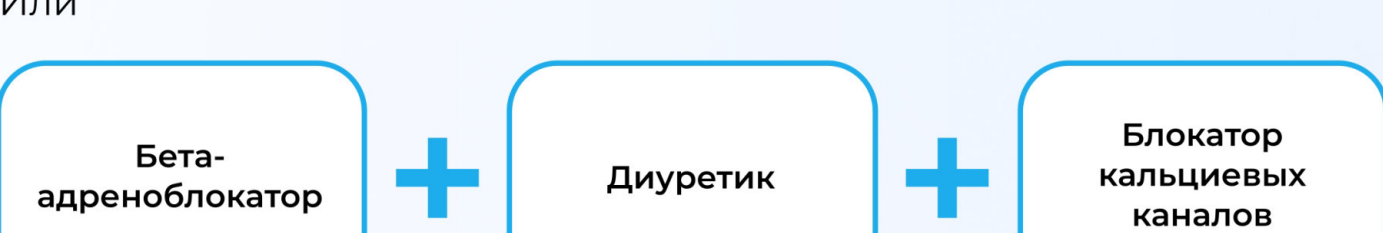
Если у пациента есть показания к назначению бета-адреноблокаторов



Предпочтительные тройные комбинации (1–3)



Если у пациента есть показания к назначению бета-адреноблокаторов



Или



Фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов на российском рынке (7)

	иАПФ+диуретик	каптоприл+гидрохлортиазид лизиноприл+гидрохлортиазид лизиноприл+индапамид периндоприл+индапамид рамиприл+гидрохлортиазид рамиприл+индапамид фозиноприл+гидрохлортиазид эналаприл+гидрохлортиазид эналаприл+индапамид
	иАПФ+БК	лизиноприл+амлодипин периндоприл+амлодипин рамиприл+амлодипин трандолаприл+верапамил эналаприл+лерканидипин эланаприл+нитрендипин
	иАПФ+ББ	периндоприл+бисопролол
	иАПФ+диуретик+БК	лизиноприл+индапамид+амлодипин периндоприл+индапамид+амлодипин
Блокаторы рецепторов ангиотензина II в комбинациях	БРА+диуретик	азилсартана медоксомил+хлорталидон валсартан+гидрохлортиазид ирбесартан+гидрохлортиазид кандесартан+гидрохлортиазид лозартан+гидрохлортиазид олмесартана медоксомил+гидрохлортиазид телмисартан+гидрохлортиазид эпросартан+гидрохлортиазид
	БРА+БК	валсартан+амлодипин ирбесартан+амлодипин лозартан+амлодипин олместартана медоксомил+амлодипин телмисартан+амлодипин
	БРА+БК+диуретик	валсартан+амлодипин+гидрохлортиазид
Блокаторы кальция в комбинациях	БК+ББ	амлодипин+атенолол амлодипин+бисопролол
	БК+диуретик	амлодипин+индапамид

Ссылки

Ссылки

1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации. Москва, 2019. – 131 с.

2. Prange T. et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines //Hypertension. 2020; 75 (6): 1334–1357.

3. Williams B. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension //Kardiologia Polska (Polish Heart Journal). 2019; 77 (2): 71-159.

4. Желнов В. В., Петровская Н. В., Комарова И. С. Ингибиторы АПФ в клинической практике //Русский медицинский журнал, 2007. Т. 15. №3;15. С. 1135-1141.

5. Бойцов С. А., Колос И. П. К вопросу о месте блокаторов рецепторов ангиотензина II в лечении артериальной гипертензии //Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2008. Т. 4. № 4. С. 69–75.

6. Чазова И. Е., Жернакова Ю. В. Блокаторы кальциевых каналов: более 50 лет на страже здоровья //Системные гипертензии, 2015. Т. 12. № 2. С. 49–56.

7. Справочник лекарств и товаров аптечного ассортимента РЛС®. URL: <https://www.rlsnet.ru/> (дата обращения 31.08.2021).