



# Артериальная гипертензия и коморбидная патология. Анализ лечения в условиях реальной клинической практики

**Д.ЯХОНТОВ**  
**НГМУ**

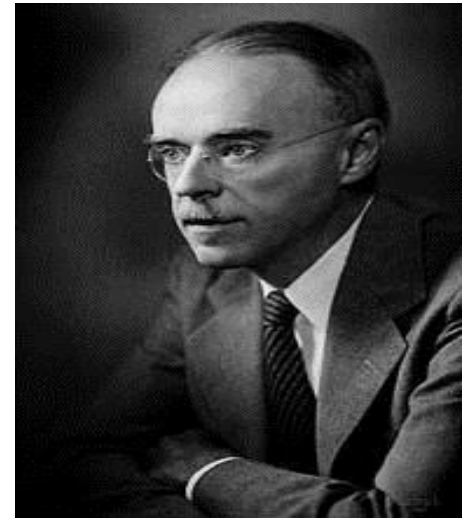
*Presenter's own data*

*VIII Съезд кардиологов СФО*  
*Кемерово*  
*10 октября 2019 г.*

# Conflict of interest concerning this presentation: None



**« ... Лечение  
артериальной  
гипертонии – сложная и  
безнадёжная задача»**



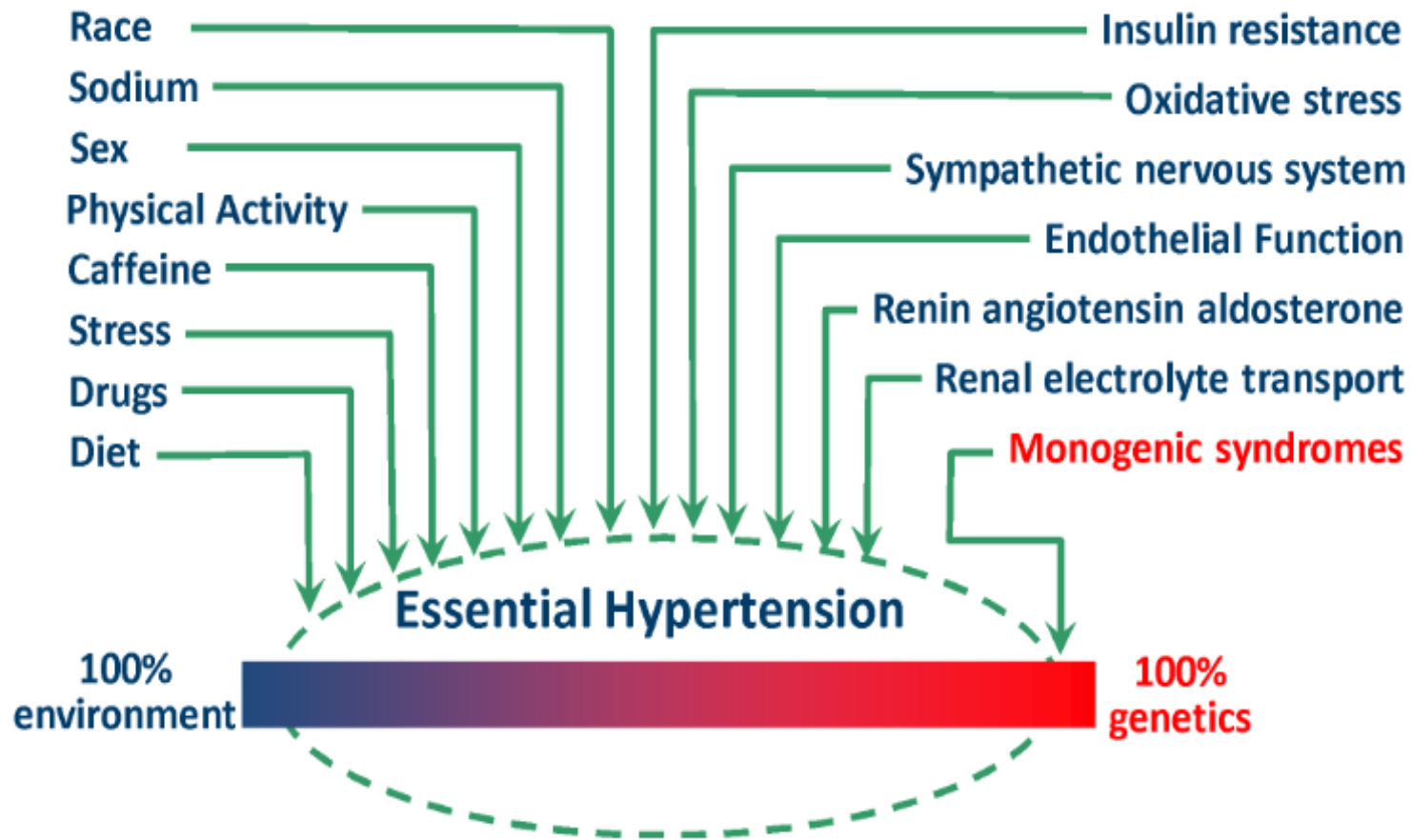
***P.White, 1937***

# Вклад 7 ведущих ФР в преждевременную смертность

*(Бойцов СА с соавт, 2016)*

- ▶ АГ – 57%
- ▶ Гиперхолестеринемия – 23%
- ▶ Курение – 17%
- ▶ Дефицит фруктов и овощей – 13%
- ▶ ИМТ – 13%
- ▶ Алкоголь – 12%
- ▶ Гиподинамия – 9%

# Complex Causation of Hypertension



# «Новые» факторы КВР

- ▶ Нарушение обмена МК
- ▶ Изменение кишечной микробиоты
- ▶ Загрязнение воздуха
- ▶ «Световая» интоксикация
- ▶ Тревожно–депрессивные расстройства
- ▶ Снижение уровня тестостерона
- ▶ ВИЧ
- ▶ Дисфункция периваскулярной жировой ткани
- ▶ Толщина эпикардального жира
- ▶ ЧСС покоя

# Причины низкого контроля АД в наши

**дни** *(Кобалава ЖД, 2019)*

- ▶ Низкие дозы препаратов в свободных комбинациях
- ▶ Разобщенность амбулаторного и стационарного звеньев
- ▶ Терапевтическая инертность
- ▶ Позднее начало лечения
- ▶ Непопулярность нефармакологических мер
- ▶ Низкая приверженность

# 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

## The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

**Authors/Task Force Members: Bryan Williams\*** (ESC Chairperson) (UK), **Giuseppe Mancia\*** (ESH Chairperson) (Italy), **Wilko Spiering** (The Netherlands), **Enrico Agabiti Rosei** (Italy), **Michel Azizi** (France), **Michel Burnier** (Switzerland), **Denis L. Clement** (Belgium), **Antonio Coca** (Spain), **Giovanni de Simone** (Italy), **Anna Dominiczak** (UK), **Thomas Kahan** (Sweden), **Felix Mahfoud** (Germany), **Josep Redon** (Spain), **Luis Ruilope** (Spain), **Alberto Zanchetti†** (Italy), **Mary Kerins** (Ireland), **Sverre E. Kjeldsen** (Norway), **Reinhold Kreutz** (Germany), **Stephane Laurent** (France), **Gregory Y. H. Lip** (UK), **Richard McManus** (UK), **Krzysztof Narkiewicz** (Poland), **Frank Ruschitzka** (Switzerland), **Roland E. Schmieder** (Germany), **Evgeny Shlyakhto** (Russia), **Costas Tsioufis** (Greece), **Victor Aboyans** (France), and **Ileana Desormais** (France)

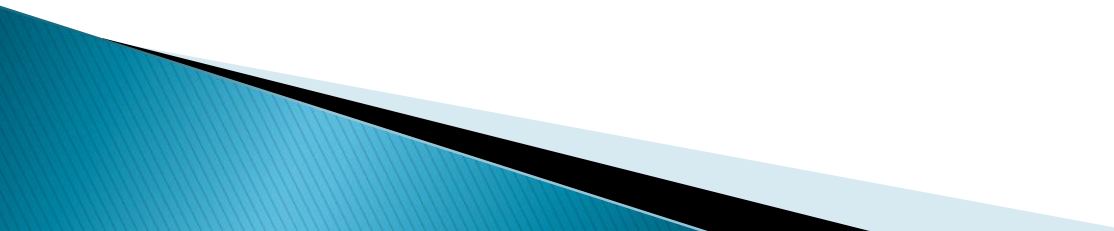
\* Corresponding authors. Bryan Williams, Institute of Cardiovascular Science, University College London, Maple House, 1st Floor, Suite A, 149 Tottenham Court Road, London W1T 7DN, UK, Tel: +44 (0) 20 3108 7907, E-mail [bryan.williams@ucl.ac.uk](mailto:bryan.williams@ucl.ac.uk). Giuseppe Mancia, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy; and Hypertension Center Istituto Universitario Polidivino di Monza, Verano (MB), Piazza dei Daini, 4 – 20126 Milan, Italy, Tel: +39 347 4327142, E-mail [giuseppemancia@unimib.it](mailto:giuseppemancia@unimib.it)

† Professor Zanchetti died towards the end of the development of these Guidelines, in March 2018. He contributed fully to the development of these Guidelines, as a member of the Guidelines' Task Force and as a section co-ordinator. He will be sadly missed by colleagues and friends.

The two chairpersons contributed equally to the document.



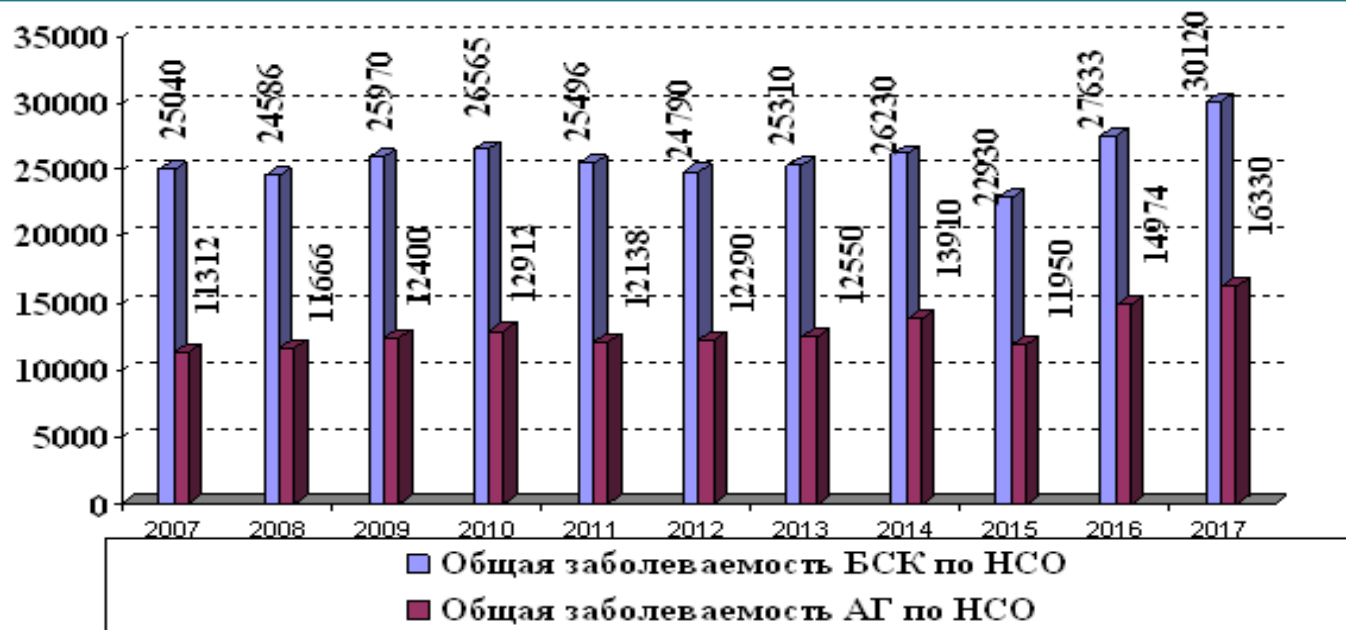
# ПРИОРИТЕТЫ 2018 ESC/ESH

- ▶ Только позиции с доказанной эффективностью
  - ▶ Приоритет целевого диапазона АД над фиксированными значениями
  - ▶ Взаимосвязь целевых диапазонов с возрастом и коморбидностью
  - ▶ Предпочтения инициальной комбинированной терапии, у большинства пациентов – БРААС+ БМКК и/или ТД (IA)
  - ▶ Нижняя граница безопасности снижения АД
  - ▶ Повышение приверженности
- 

# Каждый поставленный диагноз АГ имеет «срок годности»

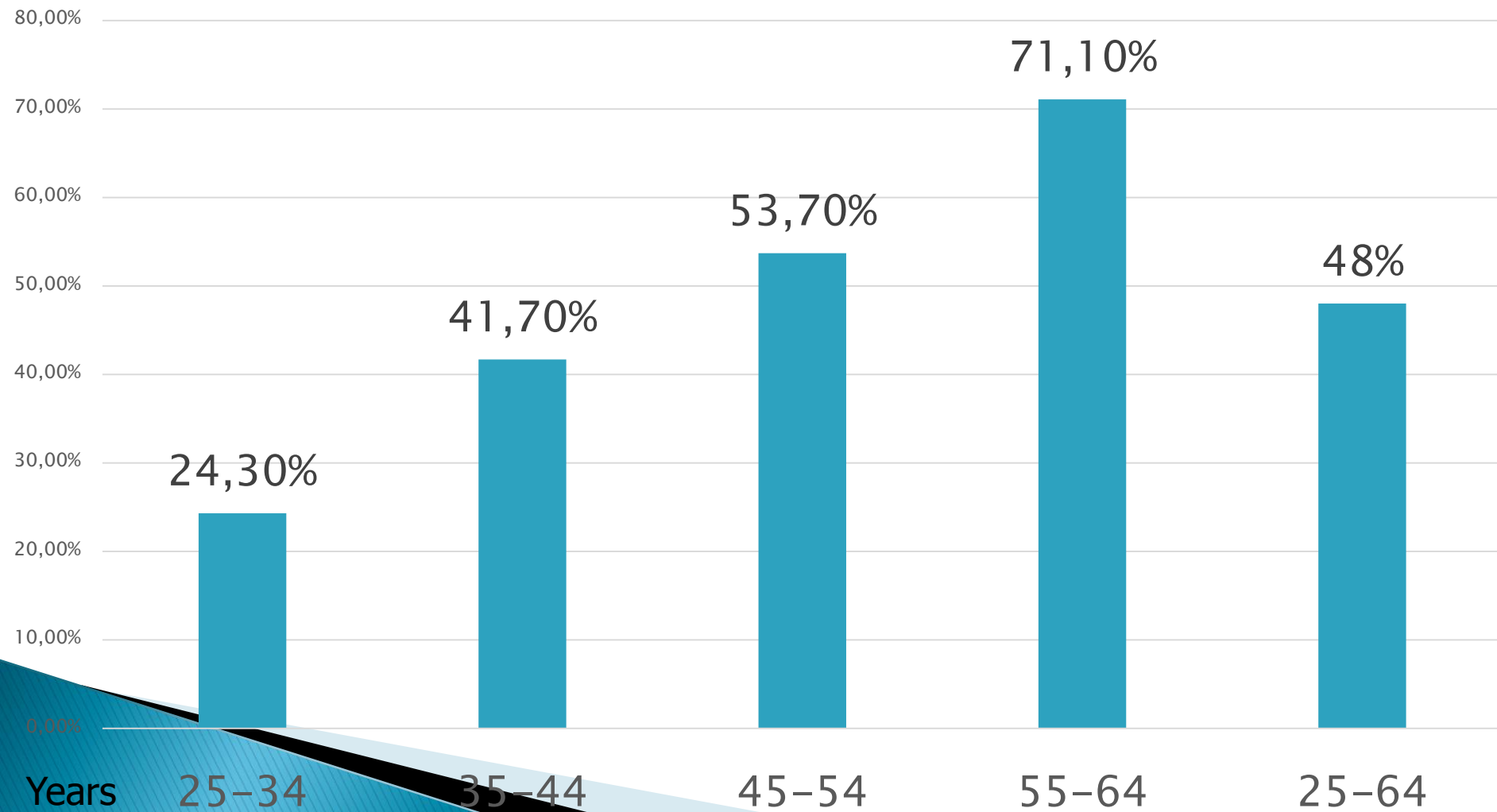
Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)					Office DBP treatment target ranges (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke/TIA	
18–64 years	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i>  Not < 120	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i>  Not < 120	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i>  Not < 120	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i>  Not < 120	70-79
65–79 years	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	70-79
≥ 80 years	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	70-79
Office DBP treatment target ranges (mmHg)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

# Общая заболеваемость БСК и АГ в Новосибирской обл на 100 000 населения в 2017 г.



# Распространенность АГ в зависимости от возраста в популяции Новосибирска (MONICA SIBERIA)

Ht prevalence



# АГ – лидирующая коморбидная патология при ИБС, ХСН, ФП и МИ

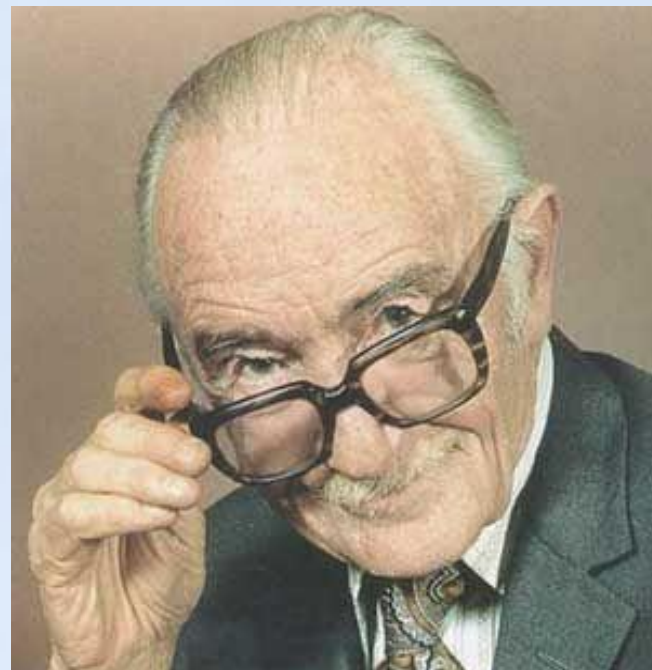
Коморбидность	ИБС	ХСН	ФП	Инсульт
Number Pts	8,678,060	4,366,489	2,556,839	1,145,719
Hypertension	1 (81%)	1 (86%)	1 (84%%)	1 (89%)
Hyperlipidemia	2 (69%)	3 (63%)	2 (64%)	2 (70%)
Diabetes	3 (42%)	5 (47%)	7 (37%)	6 (42%)
Arthritis	4 (41%)	6 (46%)	6 (42%)	5 (44%)
Anemia	5 (39%)	4 (51%)	5 (43%)	4 (47%)
HF	6 (36%)	Index	4 (51%)	7 (37%)
CAD	Index	2 (72%)	3 (64%)	3 (58%)
CKD	7 (30%)	4 (44%)	8 (34%)	8 (35%)
COPD	9 (21%)	8 (31%)	9 (24%)	†
AF	10 (19%)	9 (29%)	Index	†
Alzheimer's	†	10 (26%)	†	9 (34%)

# ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Через  
клинические  
рекоменда-  
ции

мировой опыт  
и знания  
становятся  
доступными  
любому  
врачу

*Archie Cochran, 1976*



# *Лечение больных АГ с сопутствующими заболеваниями*

**Цель.** Изучить характер терапии и среднее количество АГП у больных АГ с сопутствующими заболеваниями в условиях плановой госпитализации и сопоставить полученные данные с национальными рекомендациями по лечению данных групп пациентов

# КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

- ▶ АГ+ИБС; n=104
- ▶ АГ+Фибрилляция предсердий (ФП); n=82
- ▶ АГ+ХСН; n=51
- ▶ АГ+Сахарный диабет (СД); n=50
- ▶ АГ+ХОБЛ; n=33



# Клиническая характеристика больных

- ▶ Мужчины/Женщины – 143/177
- ▶ Давность АГ –  $18 \pm 1$  лет
- ▶ Давность сопутствующего заболевания –  $6 \pm 1$  лет
- ▶ Нормотония – 18%
- ▶ АГ 1 степени – 34%
- ▶ АГ 2 степени – 17%
- ▶ АГ 3 степени – 31%

# Факторы риска

Фактор риска	Частота
Курение	47%
Употребление алкоголя > 30 г\д (м) и > 20 г\д (ж)	11%
Малоподвижный образ жизни	79%
Семейный анамнез АГ	71%
ИМТ/ожирение	75%

# Частота назначения различных АГП в клинических группах и достигнутая нормотония (%)

Препараты/Группы	ИАП Ф	БРА	ББ	БМКК ДГП	БМКК неДГ П	Диуретики	АМР	Центр действия	Достигнутая нормотония
АГ+ИБС	61,5	29,8	73,1	46,2	2,9	56,7	33,4	19,2	60,6
АГ+ФП	52,7	35,6	68,2	17,7	2,7	43,8	22,5	10,4	67,9
АГ+ХСН	52,9	43,1	72,6	33,3	3,9	76,5	52,9	2,0	62,8
АГ+СД	38,0	54,0	74,0	44,0	6,0	70,0	38,0	26,0	64,0

# Среднее количество АГП, назначенных различным группам пациентов

Больные / Число АГП	1	2	3	4	5	6	Комбинированная АГТ
АГ+ИБС	7,7	22,1	24,0	31,7	10,6	3,9	92,3
АГ+ФП	27,0	29,0	20,7	18,9	2,2	2,2	71,0
АГ+ХСН	3,9	17,7	21,6	45,1	5,9	5,9	96,1
ААГ+СД	6,0	16,0	16,0	24,0	26,0	12,0	94,0
АГ+ХОБЛ	12,1	12,1	33,3	3,0	24,2	15,2	87,9

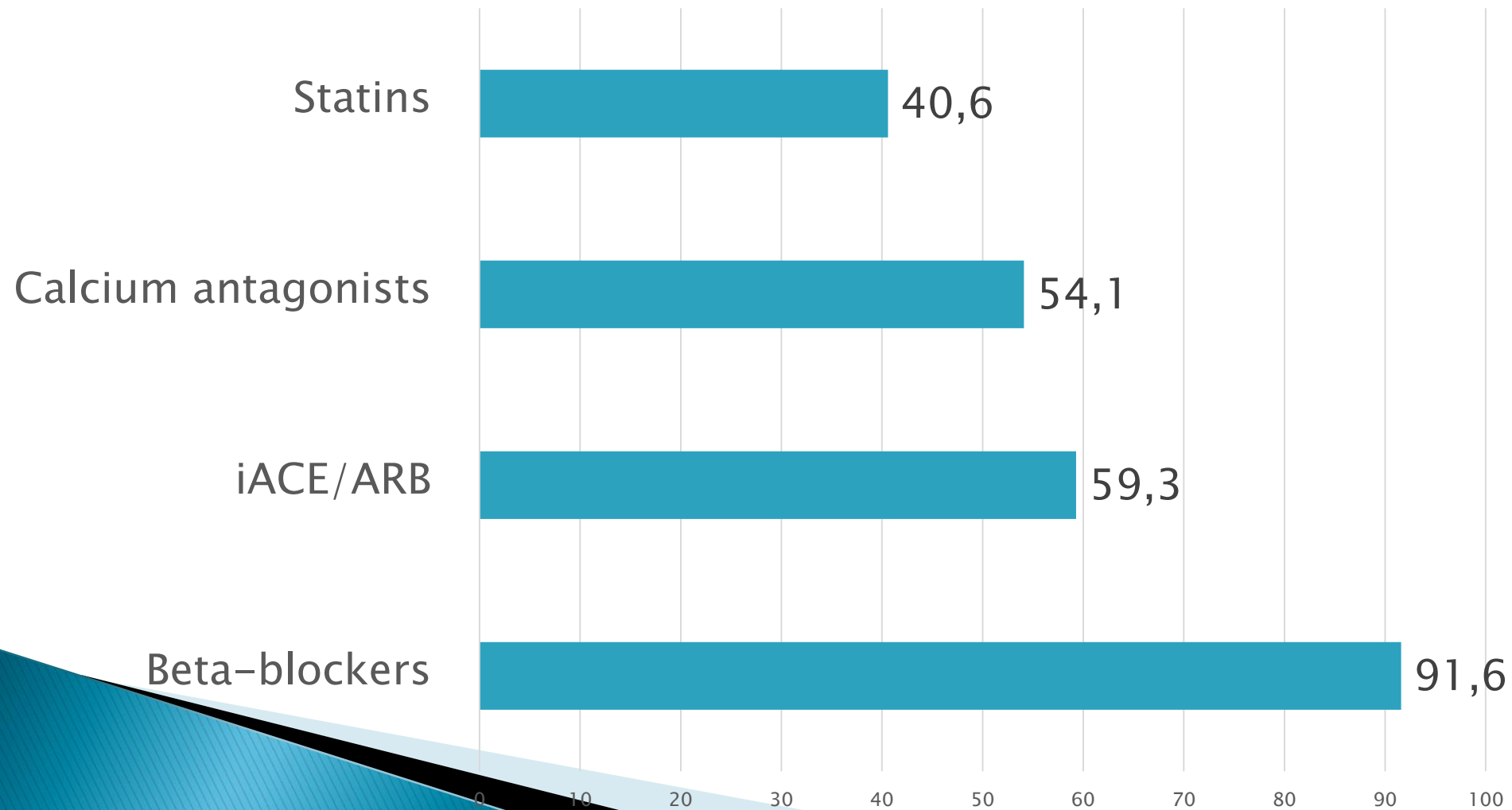
# ЧАСТОТА СОВПАДЕНИЙ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ И НАЦИОНАЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

*(Кардиологический вестник, 2015, №1, с.5–36)*

Группа/П репарат	ИАПФ/БР А	ББ	БМКК ДГП	БМКК неДГП	Диуретик и	АМР
АГ+ИБС	91,3	73,1	49,1			
АГ+ФП	91,3	68,2		2,7		
АГ+ХСН	96,0	72,6			76,5	52,9

# Приверженность к различным АГП и статинам *(Yakhontov D ea, 2016)*

Compliance (%)



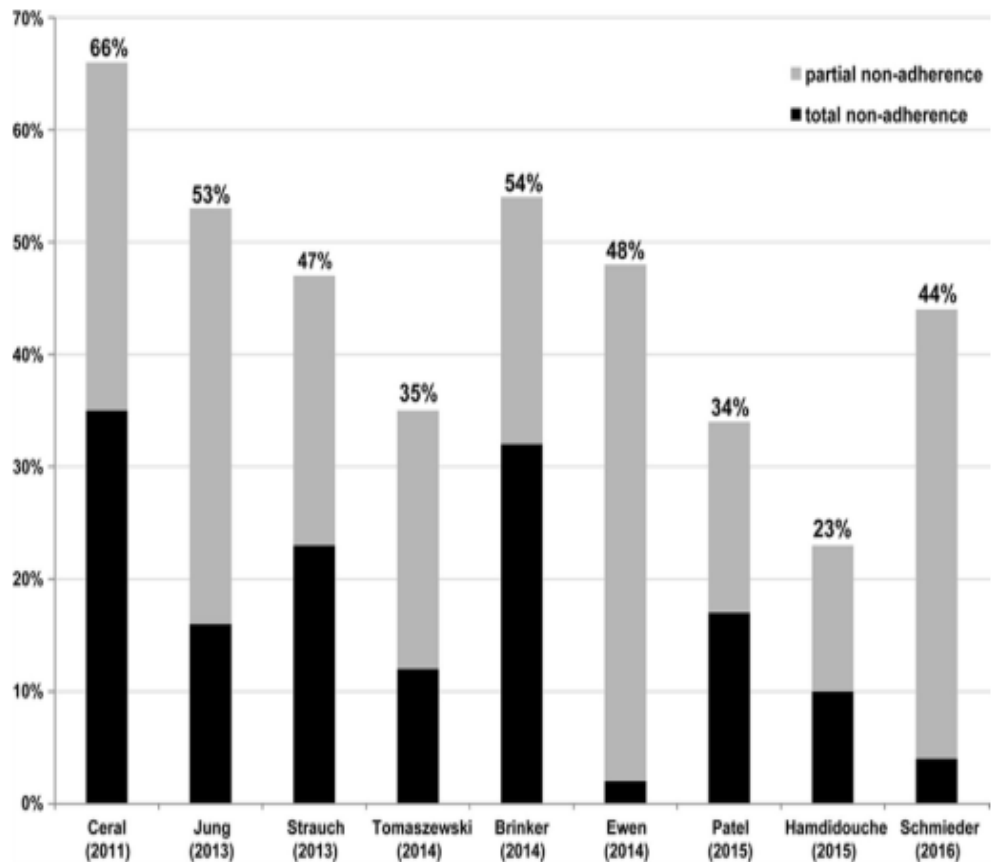
# Основные моменты, связанные с низкой приверженностью

- ▶ Непонимание необходимости лечения – 43%
- ▶ Боязнь ПЭ – 10%
- ▶ Большое количество медикаментов – 4%
- ▶ Необходимость длительного лечения – 6%
- ▶ Отсутствие высшего образования – 76%
- ▶ Отсутствие семьи – 31%
- ▶ Удовлетворительное самочувствие 49%

*Yakhontov D ea, 2016*

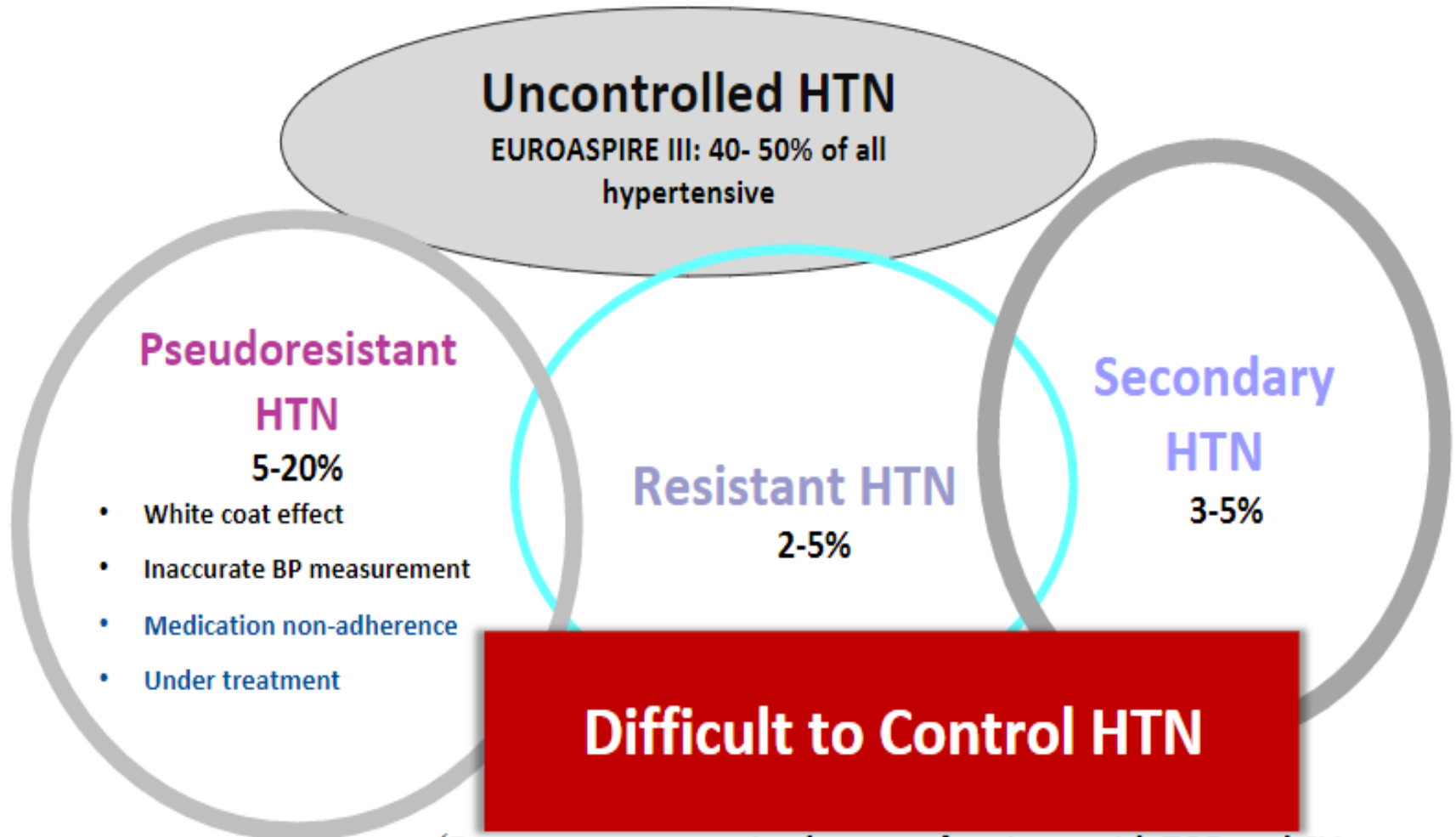
# Частичное, либо полное отсутствие приверженности при РАГ

Proportion of poor or nonadherence according to drug monitoring in different cohorts of patients with apparently resistant hypertension





# Неконтролируемая АГ



✓ Represents a very mixed group of patients with TOD and CV or renal disease

✓ Older age, diabetes, CKD and obesity are the most common factors associated

# Предикторы неконтролируемой и рефрактерной АГ *(Omura FR ea, 2008)*

Признак	Неконтролируемая АГ	РАГ
Возраст	1,01	1,03
Мужской пол	1,3	1,62
<b>Сахарный диабет</b>	<b>4,39</b>	<b>6,34</b>
Хроническая алкогольная интоксикация	1,98	2,0
Ожирение	1,22	1,51
Метаболический синдром	2,85	4,36

# Кардиоваскулярный риск у больных СД (ESC, 2019)

<b>Очень высокий риск</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– СД+ССЗ или ПОМ (протеинурия, почечная недостаточность)</li><li>– три и более ФР (возраст, АГ, ДЛП, курение, ожирение)</li></ul>
<b>Высокий риск</b>	Анамнез СД > 10 лет без ПОМ+любой из перечисленных ФР
<b>Умеренный риск</b>	Молодые больные (СД типа 1 < 35 лет и СД типа 2 < 50 лет) с анамнезом СД < 10 лет без других ФР

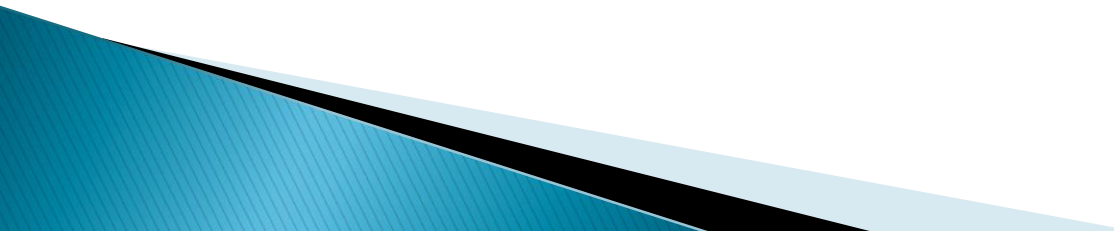
# Частота РАГ при определенных состояниях *(ESC, 2018)*

- ▶ СОАС – 72%
- ▶ Метаболический синдром – 66%
- ▶ Депрессия – 37%
- ▶ Злоупотребление солью – 33%
- ▶ Первичный альдостеронизм – 16%
- ▶ Сахарный диабет – 14%
- ▶ Стеноз почечных артерий – 5%
- ▶ Другие вторичные АГ – 2%

## Частота модифицируемых ФР у больных неконтролируемой АГ (van der Sande, 2019)

Показатель	Частота (%)
Употребление соли > 6 г/день	66
Употребление калия < 3,5 г/день	53
Алкоголь > 20 г/д (ж) и > 30 г/д (м)	8
Недостаточная физическая активность	43
Оральные контрацептивы	3
Одновременный прием ЛС, повышающих АД	9

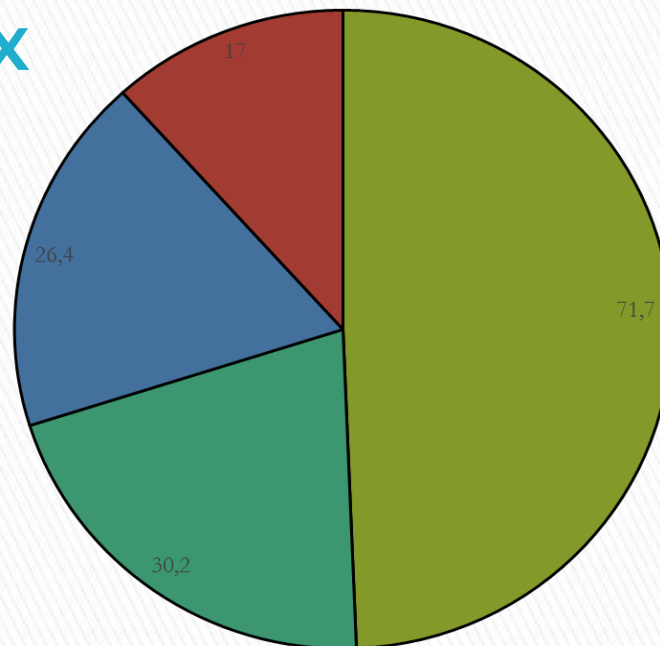
# Основные ключи к диагнозу вторичной АГ

- ▶ Тяжелая или резистентная АГ
  - ▶ Резкие подъемы АД на фоне стабильных цифр АД
  - ▶ Возраст до 30 лет при отсутствии семейного анамнеза АГ и ожирения
  - ▶ Повышение АД в препубертатном периоде
- 

# Основные причины плановой госпитализации больных АГ 75–88 лет :

- Ухудшение общего состояния, **тревога, депрессия** – 72%
- Приступы стенокардии – 30%
- Неконтролируемая АГ – 26%
- Нарушения ритма – 17%

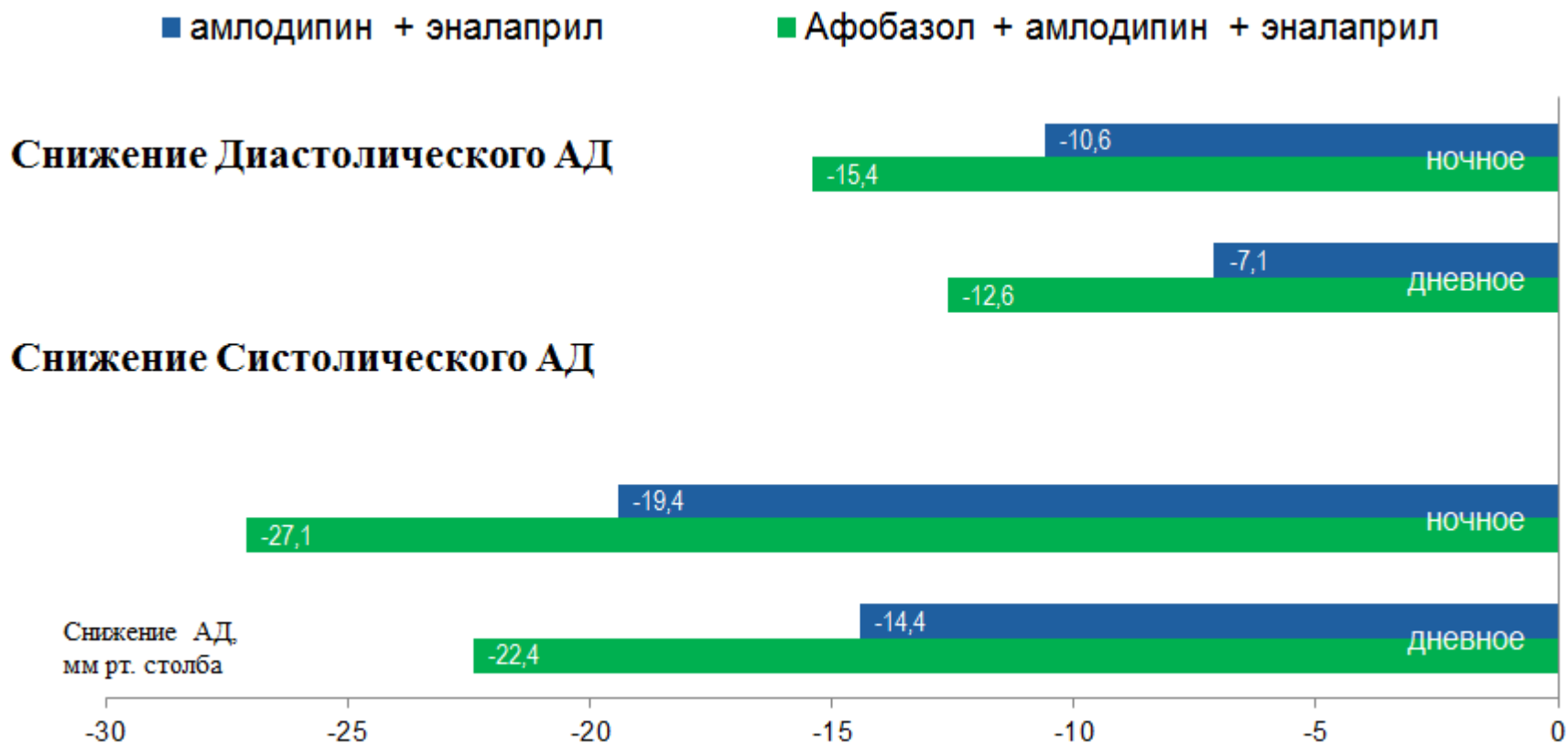
Причины госпитализации



■ Гр. 1 ■ Гр. 2 ■ Гр. 3 ■ Гр. 4

*36% госпитализированных больных не соблюдали рекомендации по режиму приема и дозировке АГП  
21% больных вообще не принимали АГП в течение года до госпитализации*

# ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АФОБАЗОЛА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГБ II–III СТ. РЕЗУЛЬТАТЫ



Афобазол® позволяет оптимизировать гипотензивную терапию у пациентов с гипертонической болезнью и тревогой



# Изучение эффективности Афобазола у пациентов с АГ



Отсутствие взаимодействия Афобазола с АГП

# ASPIRIN

ЛУЧШАЯ и  
САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ  
ЗАМѢНА САЛИЦИЛОВОЙ  
КИСЛОТЫ и ЕЯ СОЛЕЙ.

## Спеціальныя показанія:

Всякія простудныя заболѣванія, невралгіи, ангины, ревматическія заболѣванія, хорея, головныя боли, менструальныя колики, кашель при астмѣ.

Aspirin обладаетъ выдающимся болеутоляющимъ дѣйствіемъ, не вызываетъ неприятныхъ побочныхъ явленій и не имѣетъ вреднаго вліянія на сердечную дѣятельность.

САМАЯ УДОБНАЯ ФОРМА ПРИМѢНЕНІЯ  
Tabul. Aspirini — „Оригинальная  
упаковка БАЙЕРА“  
(20 табл. по 0,5)

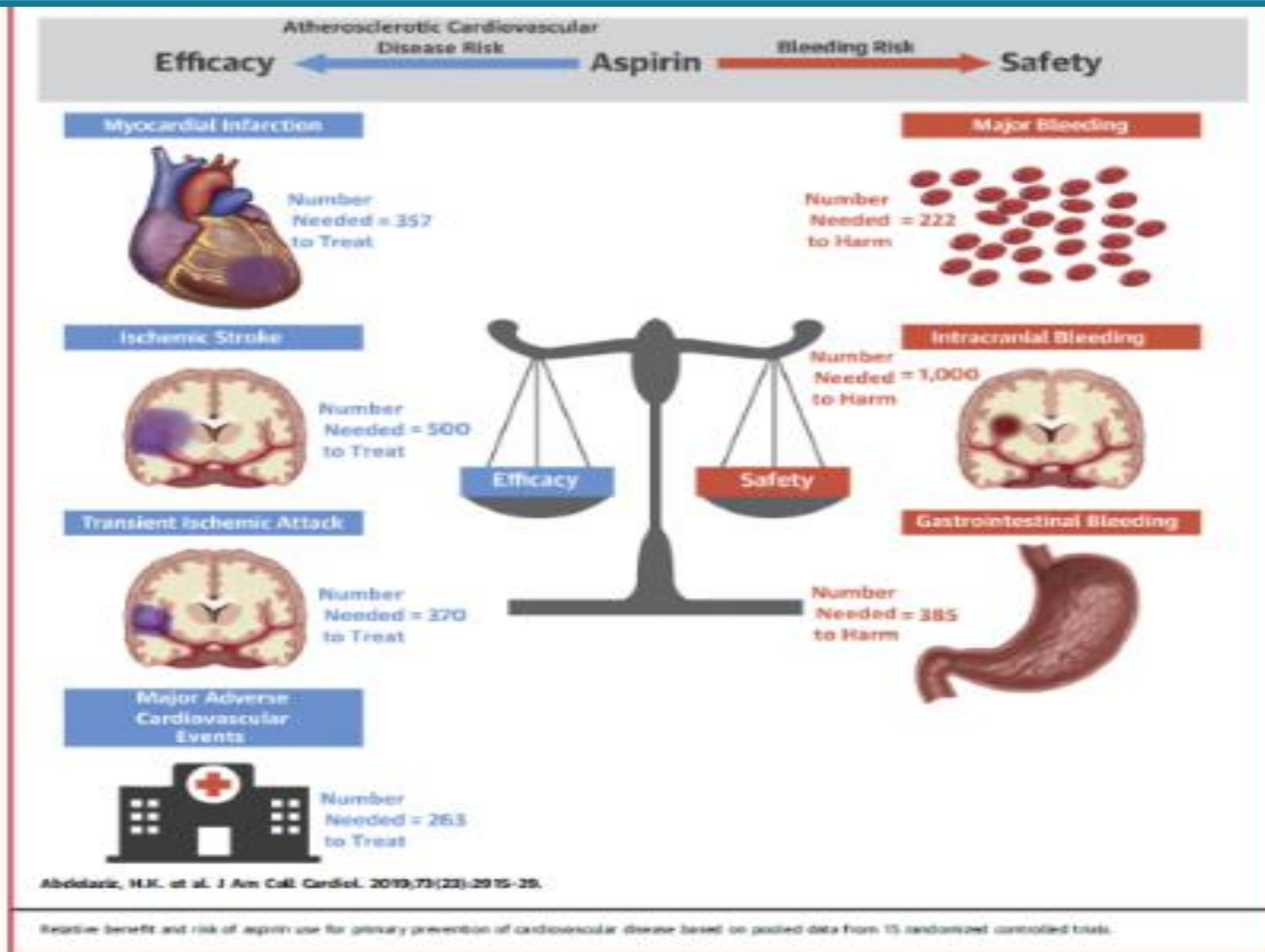
В  
А  
У  
Б  
А  
У  
R  
E  
R

= ОРИГИНАЛЬНАЯ УПАКОВКА =

Пробы и литературу  
Г.г. врачамъ высылаютъ.

науч. отд.  
акц. общ. Фридр. Байеръ, спб. Вас. Остр. 14 лин., 1.

# Аспирин: эффективность и безопасность



# ЕОК/ЕОАГ, 2018

Терапия дезагрегантами, особенно аспирином в низких дозах, рекомендована больным АГ с целью вторичной профилактики [35, 604].

I

A

Аспирин не рекомендован больным АГ для первичной профилактики при отсутствии ССЗ [35, 604.]

III

A

# Комбинация АСК+гидроксид магния (Тромбитал®):

снижение риска НЯ в 9 раз по сравнению с обычной  
формой АСК

в 2,6 раз по сравнению с кишечнорастворимой формой  
АСК



Если ты все делаешь  
правильно, а давление не  
снижается, значит ты мало  
знаешь о гипертонии. Если ты  
знаешь о гипертонии все, а  
давление все равно не  
снижается, значит надо шире  
взглянуть на ситуацию.



P.D.White

**Если капитан корабля не знает,  
в какую гавань он держит путь,  
никакой ветер не будет ему попутным**

*Сенека (4г. до н.э. – 65г. н.э.)*



***СПАСИБО!***