

Изменение подходов к лечению что нового в европейских

Интервью с ведущим специалистом

В 2007 г. была представлена последняя редакция совместных рекомендаций Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) по лечению артериальной гипертензии (АГ). Однако к настоящему времени накоплено большое количество данных, что обусловило необходимость пересмотра некоторых положений этого руководства. Основные исправления и дополнения к действующим европейским рекомендациям по лечению АГ были опубликованы в октябре 2009 г. в Journal of Hypertension.



Об этих изменениях с нашим корреспондентом беседовала руководитель отдела гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, руководитель рабочей группы по артериальной гипертензии Украинской ассоциации кардиологов, доктор медицинских наук, профессор Евгения Петровна Свищенко.

— Евгения Петровна, что изменилось в подходах к лечению АГ в 2009 г. и что осталось неизменным?

— В новой редакции руководства остались неизменными критерии и подходы к стратификации риска у больных с АГ. Оценка уровня кардиоваскулярного риска была и остается важнейшей задачей на всех этапах ведения таких пациентов. Ее значение зачастую недооценивается в каждодневной клинической практике. Качественная оценка уровня риска у больного с АГ позволяет принять своевременные меры по профилактике опасных для жизни осложнений, не потеряв времени. Речь идет о назначении

антигипертензивных препаратов и их комбинаций, обеспечивающих максимальную сердечно-сосудистую протекцию.

В обновленных рекомендациях изменились показатели целевого уровня артериального давления (АД) и подходы к началу терапии. Пороговым (то есть АД, при котором следует начинать лечение) считают уровень АД $\geq 140/90$ мм рт. ст., а целевым (АД, которого необходимо достичь) — $< 140/90$ мм рт. ст. для всех категорий пациентов, включая больных с АГ высокого риска, для которых ранее пороговый и целевой уровни АД составляли $\geq 130/85$ и $< 130/80$ мм рт. ст. соответственно. Не рекомендовано снижение АД $< 120/75$ мм рт. ст.

Предыдущие рекомендации (2007) по целевому уровню АД у лиц высокого риска основывались на результатах эпидемиологических исследований, в которых была продемонстрирована прямая линейная зависимость смертности вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) от уровня систолического (САД) и диастолического АД (ДАД): чем выше АД, тем выше смертность от ИБС и наоборот. Более того, прямая зависимость от уровня АД наблюдалась не только для показателя смертности от ИБС, но и сердечно-сосудистой смертности в целом. С другой стороны, достижение АД $< 130/80$ мм рт. ст. на сегодня является трудновыполнимой задачей даже в рамках клинических контролируемых исследований. В реальной же практике достичь контроля АД $< 140/90$ мм рт. ст. у больных с АГ высокого риска удается менее чем в 20% случаев.

В ряде исследований, проведенных несколько лет назад (INVEST, VALUE), было показано, что снижение САД $< 130/125$ мм рт. ст. у пациентов высокого и очень высокого риска может не только не уменьшать, но и увеличивать частоту кардиоваскулярных событий и уровень сердечно-

сосудистой смертности. Эти данные в свое время не привлекли особого внимания научной общественности. Однако подобные результаты были получены и в недавно завершившемся исследовании ONTARGET.

Анализ результатов исследования ONTARGET продемонстрировал, что минимальная частота сердечно-сосудистых событий к концу периода наблюдения отмечалась при уровне САД 130 мм рт. ст. Снижение САД ≤ 126 мм рт. ст. сопровождалось увеличением кардиоваскулярной смертности и частоты инфаркта миокарда. Таким образом, в настоящее время можно говорить о том, что зависимость сердечно-сосудистой смертности от степени снижения АД у больных высокого риска имеет характер J-образной кривой: смертность постепенно уменьшается со снижением АД до определенного уровня (САД 130 мм рт. ст.), после чего начинает вновь возрастать.

Изменения рекомендаций не затронули перечень препаратов первой линии для лечения АГ, который сегодня включает 5 классов: диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), антагонисты кальциевых каналов (АКК), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), β -блокаторы. Тем не менее следует еще раз напомнить, что все антигипертензивные средства имеют как свои преимущества, так и недостатки, поэтому выбор препарата должен быть индивидуальным и обоснованным дополнительными показаниями: тяжестью основного заболевания, сопутствующей патологией, историей болезни, противопоказаниями к применению того или иного класса препаратов. Так, у больного с изолированной систолической АГ препаратами выбора являются диуретики и антагонисты кальция, при метаболическом синдроме — ИАПФ или БРА, при наличии в анамнезе инфаркта миокарда — β -блокаторы, ИАПФ и т. д.

Что касается роли β -блокаторов в лечении АГ, значительных изменений

в позиции ESH по этому вопросу не произошло, несмотря на то что некоторые европейские страны (Великобритания и Швеция) отказались от их применения в качестве препаратов первой линии для лечения АГ. Анализ последних данных показывает, что β -блокаторы имеют преимущества перед другими антигипертензивными средствами у пациентов с АГ и ИБС и уступают другим классам препаратов в профилактике инсультов, могут повышать риск сахарного диабета 2 типа, а также не снижают центральное аортальное давление. Следует принимать во внимание, что практически все негативные результаты с β -блокаторами были получены в исследованиях, в которых данные препараты назначались в комбинации с диуретиками. Поэтому в новой редакции рекомендаций указывается на необходимость избегать совместного назначения этих двух групп препаратов.

Некоторые изменения внесены в показания к применению диуретиков. Несмотря на то что эти средства остались в числе групп антигипертензивных препаратов первой линии, обращается внимание, что они обладают неблагоприятным метаболическим профилем и увеличивают число больных с впервые выявленным сахарным диабетом. Это не относится к индапамиду ретард, который признан эффективным антигипертензивным препаратом с доказанными преимуществами в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений, в частности в группе пациентов с АГ пожилого возраста.

Сушественно изменены подходы к комбинированной терапии (рис. 1). В настоящее время начинать лечение АГ с комбинированной терапии рекомендовано больным с высоким кардиоваскулярным риском. Это обусловлено важностью быстрого (до 2 мес) достижения контроля АД с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений. Предпочтение рекомендуется

Рекомендованные комбинации (ESC/ESH Guidelines)

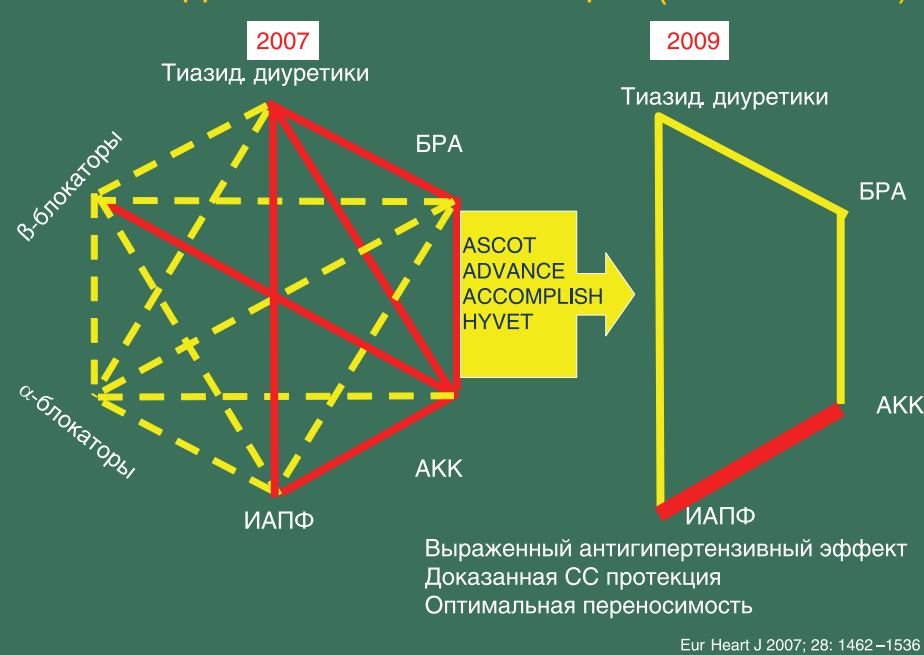


Рис. 1. Рекомендованные комбинации (ESC/ESH Guidelines)

Снижение риска осложнений и смерти при лечении комбинацией амлодипин + периндоприл

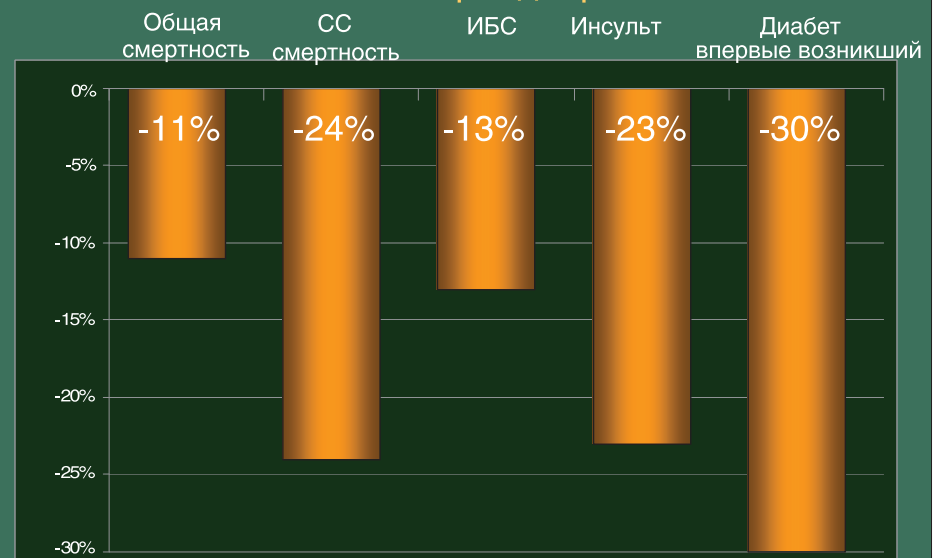


Рис. 2. Снижение риска осложнений и смерти при лечении комбинацией амлодипин + периндоприл

