



# XXI Европейский конгресс по АГ и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

**17-20** июня в г. Милане (Италия) состоялся XXI Европейский конгресс по артериальной гипертензии (АГ) и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Мероприятие проходило под патронатом Европейского общества гипертензии (ESH), Итальянского общества гипертензии, Университета Milano-Bicocca, Итальянского института аукологии и муниципалитета г. Милана.

Участники конгресса ознакомились с последними научными открытиями и результатами клинических исследований в области диагностики и лечения АГ. С просьбой поделиться впечатлениями о прошедшем форуме и рассказать о наиболее интересных вопросах, обсуждавшихся в ходе научных симпозиумов, мы обратились к научному руководителю отдела симптоматических гипертензий НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктору медицинских наук, профессору Юрию Николаевичу Сиренко.

— **Какие мероприятия были включены в программу XXI Европейского конгресса по АГ?**

— Научная программа конгресса была выстроена в соответствии со сложившимися традициями и явилась отображением образовательной миссии ESH, а также активной научной деятельности в области диагностики и лечения АГ, которая ведется в Европе на протяжении последних лет. Программа включила лекции, дебаты и круглые столы с участием ведущих мировых экспертов, посвященные наиболее актуальным проблемам в этой сфере медицины, а также результатам исследований, которые представляют интерес для клинической практики. В ходе спонсорских симпозиумов были представлены специфическая информация о новых антигипертензивных агентах и последние данные в отношении хорошо известных препаратов. Мастер-классы, включавшие алгоритмы лечения АГ в различных клинических ситуациях и разбор клинических случаев, были сфокусированы на практических аспектах и проводились в интерактивном режиме.

Как всегда, в программе конгресса были представлены доклады ученых из стран, не являющихся членами Евросоюза. Приятно отметить, что в нынешнем году в форуме приняли участие молодые украинские ученые, получившие гранты на проведение научных работ.

— **Какие вопросы и исследования, обсуждаемые в ходе конгресса, Вы хотели бы отметить?**

— Одним из наиболее интересных, на мой взгляд, было исследование TRINITY, в котором сравнивали эффективность и безопасность одной из первых трехкомпонентных антигипертензивных фиксированных комбинаций, включившей блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА) олмесартан, антагонист кальция амлодипин и диуретик гидрохлортиазид, с таковыми при сочетанном использовании двух из вышеуказанных компонентов: олмесартана/гидрохлортиазида и олмесартана/амлодипина.

Интерес представляет не столько сама идея использования трехкомпонентной антигипертензивной комбинации (целесообразность подобного подхода в ряде ситуаций уже не ставится под сомнение), а возможность ее прямого сравнения с двухкомпонентными комбинациями, содержащими такие же действующие вещества. Кроме того, крайне важно было убедиться в отсутствии отрицательного взаимодействия действующих веществ не только внутри таблетки, но и на этапе

всасывания и в точках приложения препарата, а также в отсутствии увеличения риска побочных эффектов такой терапии. Исследование TRINITY показало, что трехкомпонентная антигипертензивная комбинация обеспечивает более мощный антигипертензивный эффект по сравнению с соответствующим показателем двухкомпонентных при сопоставимой частоте побочных эффектов. Таким образом, сегодня врачи располагают дополнительными возможностями в улучшении эффективности контроля артериального давления (АД) и повышении приверженности пациентов к лечению, учитывая существование фиксированной трехкомпонентной комбинации, более удобной в использовании, чем комбинации отдельных препаратов.

Интересным и актуальным является исследование, посвященное изучению эффектов сочетанного использования олдесартана с амлодипином и гидрохлортиазидом в лечении пациентов с АГ и метаболическим синдромом (МС) (Martinez-Martin и соавт.). В этом исследовании, в частности, изучали влияние вышеуказанных комбинаций на воспалительные и метаболические параметры (включая новые случаи сахарного диабета в качестве вторичной конечной точки) у пациентов с МС. Согласно полученным результатам на фоне применения обеих комбинаций отмечали достоверное и сопоставимое снижение АД, в то время как риск развития сахарного диабета оказался достоверно более низким у пациентов, принимавших комбинацию олдесартана и амлодипина. Кроме того, комбинация с амлодипином ассоциировалась с положительными метаболическими и противовоспалительными эффектами. К сожалению, исследование было недостаточно длительным (78 нед), что не позволяет сделать выводы в отношении влияния такой терапии на прогноз пациентов с АГ и МС.

Что касается новых антигипертензивных препаратов, то на конгрессе были представлены результаты многоцентрового исследования, в котором сравнивали эффективность фиксированной комбинации нового БРА азилсартана, одобренного в текущем году Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (Food and Drug Administration — FDA), и хлорталидона с таковой фиксированной комбинации олдесартана и гидрохлортиазида. Как показали результаты исследования, комбинация азилсартана с хлорталидоном оказалась более эффективной в отношении контроля АД по сравнению с использованием олдесартана и гидрохлортиазида. Однако исследователям еще предстоит выяснить, какой из компонентов этой комбинации обеспечивает большую эффективность — новый БРА азилсартан или хлорталидон, обладающий более мощным диуретическим эффектом, чем гидрохлортиазид.

Большой интерес у участников конгресса вызвало обсуждение проекта новых британских рекомендаций по лечению АГ, в которых, в частности, смягчена позиция в отношении β-блокаторов, отсутствовавших в перечне препаратов первой линии в предыдущем руководстве (NICE, 2006). В новых рекомендациях NICE указывается на то, что β-блокаторы являются препаратами

первого ряда у пациентов со специальными показаниями. Учитывая, что такие пациенты встречаются достаточно часто в клинической практике, следует ожидать, что β-блокаторы будут более широко использоваться в Великобритании. Следует отметить, что европейские эксперты, которые в отличие от британских коллег и ранее демонстрировали более толерантное отношение к β-блокаторам, в настоящее время активно обсуждают преимущества вазодилатирующих β-блокаторов, являющихся препаратами выбора в ряде клинических ситуаций.

В числе других важных проблем на конгрессе обсуждалось лечение резистентной АГ. Согласно современным рекомендациям в схему лечения резистентной АГ необходимо включать как минимум три антигипертензивных препарата с различными механизмами действия, в том числе диуретик. Однако в ряде случаев врачи сталкиваются с необходимостью назначения четвертого препарата, и, как показывают данные нескольких исследований, оптимальным вариантом в таких ситуациях является назначение антагониста альдостерона спиронолактона в небольшой (25-50 мг/сут) дозе.

— **Чем отличался XXI конгресс от предыдущих форумов?**

— В нынешнем году выставка фармацевтических компаний, выпускающих антигипертензивные препараты, которая традиционно проводится в рамках Европейского конгресса по АГ, была менее разнообразной, в то время как достаточно интересной оказалась выставка производителей, представивших технологические достижения, используемые в диагностике АГ.

Например, было представлено большое количество новой аппаратуры для исследований свойств артерий путем измерения скорости пульсовой волны (СПВ) и центрального артериального давления (ЦАД). В этом аспекте следует отметить, что сегодня ни один из методов определения свойств артерий не выходит за рамки научных целей. И хотя в пересмотре Европейских рекомендаций по ведению пациентов с АГ (2009) указывается на независимое прогностическое значение СПВ для сердечно-сосудистых осложнений, не существует приборов, которые бы четко отвечали необходимым требованиям для использования в повседневной клинической практике. Вместе с тем ЦАД определяется при помощи косвенных методов, предполагающих использование определенных алгоритмов и формул, что ставит под сомнение достоверность получаемого результата.

Вопросам, связанным с исследованиями свойств артерий, было уделено внимание и в ходе заседаний конгресса. Так, медицинский директор Парижского университета сердечно-сосудистых патологий (Франция), профессор Роланд Асмар во время лекции отметил, что СПВ, отражающая жесткость артерий, зависит от многих факторов, в том числе от уровня АД. Таким образом, снижение системного АД способствует снижению жесткости артерий. В то же время ЦАД в большей степени коррелирует с уровнем АД, чем с показателем жесткости сосудов, и в большинстве исследований указывается на то, что дополнительное прогностическое значение этого показателя



Ю.Н. Сиренко

ограничено. В связи с этим вопрос о том, следует ли рассматривать измерение ЦАД как один из методов стандартной клинической стратификации больных с АГ, остается открытым.

Отмечу, что последний конгресс по АГ имел преимущественно аналитическую направленность и на заседаниях чаще звучала информация о результатах больших метаанализов и обобщающих выводах, но не о кардинально новых направлениях в лечении АГ. Новые данные об известных препаратах являлись в большинстве случаев только дополнениями к уже сформированной базе данных и подтверждениями ранее сделанных выводов.

— **В 2013 г. планируется выход нового Европейского руководства по диагностике и лечению АГ. Следует ли ожидать кардинальных изменений в каких-либо его разделах?**

— Накопленные сегодня данные не позволяют говорить о каких-либо прорывах или кардинальных изменениях в существующих подходах к лечению АГ в ближайшие годы. Однако некоторые изменения тактики ведения отдельных категорий пациентов все же предполагаются. Так, уже в пересмотре европейских рекомендаций по лечению АГ (2009) указывается на нецелесообразность агрессивного (<120/80 мм рт. ст.) снижения АД у пациентов высокого риска, особенно пожилых и имеющих множественные сопутствующие заболевания. Результаты последних метаанализов также указывают на отсутствие доказательств пользы снижения АД по принципу «чем ниже — тем лучше» у пациентов с заболеваниями почек без протеинурии. У больных всех перечисленных категорий риск развития побочных эффектов от использования высоких доз антигипертензивных препаратов может превышать пользу от снижения АД. Эти моменты обсуждались на научных сессиях конгресса в г. Милане; в частности, было озвучено, что для большинства пациентов высокого риска (например, лиц с сахарным диабетом 2 типа) оптимальным уровнем систолического АД являются значения 130-135 мм рт. ст. Безусловно, в новых рекомендациях будет отражен такой более осторожный подход к определению целевых уровней АД у некоторых категорий пациентов с АГ.

В отличие от предыдущих десятилетий, когда осуществлялся поиск более эффективных методов лечения АГ и происходило постоянное поступление свежей информации о разработке новых антигипертензивных агентов, сегодня основные усилия направлены на анализ и систематизацию накопленных данных для формирования выводов, которые будут отражены в будущих европейских рекомендациях.

Подготовила Наталья Очеретяная