

Новости

Опубликовано новое европейское руководство по артериальной гипертензии

Европейское общество гипертензии (ESH) и Европейское общество кардиологии (ESC) опубликовали новое совместное руководство по ведению артериальной гипертензии (АГ). Основные изменения, внесенные по сравнению с предыдущей версией этого документа (2007 г.), были представлены на конгрессе ESH 2013, который проходил 14-17 июня в г. Милане (Италия).

Как отметил президент ESC, профессор Джон Редон (Испания), главная цель создания руководства по АГ – снизить показатели заболеваемости и смертности, ассоциированные с АГ. По данным ВОЗ, повышенное артериальное давление (АД) на сегодня имеют 1,5 млн человек.

Один из председателей Комитета по клиническому руководству ESH/ESC, профессор Роберт Фагард (Бельгия) подчеркнул, что решение о назначении антигипертензивной терапии должно основываться на суммарном уровне риска, при этом следует учитывать другие факторы сердечно-сосудистого риска, наличие или отсутствие диабета, хронической болезни почек и клинических проявлений сердечно-сосудистой патологии.

Как и в руководстве 2007 г., пациенты разделяются на четыре категории: с высоким нормальным АД (систолическое АД (САД) 130-139 мм рт. ст. или диастолическое АД (ДАД) 85-89 мм рт. ст.), АГ 1 степени (САД 140-159 мм рт. ст. или ДАД 90-99 мм рт. ст.), АГ 2 степени (САД 160-179 мм рт. ст. или ДАД 100-109 мм рт. ст.), АГ 3 степени (САД или ДАД ≥ 180 и ≥ 110 мм рт. ст. соответственно). Помимо степени АГ, при выборе лечения необходимо принимать во внимание наличие или отсутствие других факторов сердечно-сосудистого риска и повреждения органов-мишеней (в руководстве приведен полный алгоритм оценки риска).

В новой редакции документа упрощена цель антигипертензивной терапии: теперь у всех пациентов рекомендуется достигать САД < 140 мм рт. ст. Исключением являются больные сахарным диабетом: в этой популяции целью лечения является достижение ДАД < 85 мм рт. ст. У пациентов старческого возраста САД должно составлять 140-150 мм рт. ст., однако может быть и < 140 мм рт. ст. при хорошем общем состоянии здоровья, при этом дополнительно необходимо учитывать такой фактор, как сохранность когнитивных функций.

В качестве мероприятий по изменению образа жизни, способствующих снижению АД, рекомендуется уменьшить потребление соли до 5-6 г/сут (типичный пациент с АГ каждый день потребляет 10-12 г соли). Уменьшение потребления соли до 5 г/сут сопровождается снижением АД на 1-2 мм рт. ст. у пациентов с нормальным АД и на 4-5 мм рт. ст. у больных АГ.

Оптимальный индекс массы тела (ИМТ) не установлен, однако в руководстве рекомендуется достигать ИМТ < 25 кг/м² и окружности талии < 102 см у мужчин и < 88 см у женщин. Уменьшение веса на 5 кг может снизить САД на 4 мм рт. ст.

С помощью регулярных аэробных физических нагрузок САД у пациентов с АГ можно снизить на 7 мм рт. ст.

В новом руководстве сделан акцент на амбулаторное мониторирование АД (АМАД). Главное преимущество измерения АД вне кабинета врача состоит в том,

что оно обеспечивает большое количество измерений в привычной для пациента среде. Кроме того, показатели, полученные при АМАД, лучше коррелируют с риском повреждения органов-мишеней и сердечно-сосудистыми исходами по сравнению с офисным АД. В руководстве 2013 г. за офисным АД оставлен статус золотого стандарта в диагностике АГ, однако измерения, полученные при АМАД, впервые включены в алгоритм оценки риска. Как отметил профессор Р. Фагард, офисное и амбулаторное АД представляют различную информацию и должны рассматриваться как взаимодополняющие показатели.

По словам другого председателя Комитета ESH/ESC, профессора Джузеппе Мансия (Италия), в новом руководстве сохраняется высокая значимость комбинированной антигипертензивной терапии, прежде всего потому, что многим пациентам для контроля АД требуется назначение нескольких препаратов. Больным АГ высокого риска комбинированная терапия рекомендуется уже на старте лечения. В то же время у пациентов, которые относятся к группе низкого или среднего риска сердечно-сосудистых событий и имеют легкое повышение АД, лечение следует начинать с монотерапии.

Доктор Дж. Мансия также подчеркнул, что доказательства, полученные в отдельных клинических исследованиях и в их метаанализах, убедительно свидетельствуют о том, что главным благоприятным аспектом терапии является снижение АД как таковое независимо от того, с помощью какого лекарственного средства или нефармакологического метода это достигается. Все основные классы антигипертензивных препаратов – диуретики, β -блокаторы, блокаторы кальциевых каналов (БКК), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II – эффективно снижают АД и обладают сопоставимой эффективностью в отношении снижения риска сердечно-сосудистых событий. Предпочтительными комбинациями являются сочетание тиазидного диуретика с БРА, БКК или ИАПФ; БКК с БРА или ИАПФ.

Руководство 2013 г. не рекомендует двойную блокаду ренин-ангиотензиновой системы (РАС), т.е. одновременное назначение ИАПФ, БРА и прямых ингибиторов ренина, вследствие повышенного риска гиперкалиемии, гипотензии и почечной недостаточности. Следует отметить, что Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМА) недавно инициировало собственное расследование относительно безопасности двойной блокады РАС на основании метаанализа, опубликованного в *British Medical Journal* (2013), показавшего повышенный риск неблагоприятных событий при комбинировании ИАПФ и БРА.

В отношении возможного повышения риска развития рака при лечении БРА Комитет ESH/ESC единогласно заявил, что такой риск является не доказанным. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) и ЕМА также пришли к выводу, что БРА не повышают риск рака.

В последнее время проводится большое количество исследований с использованием такого метода лечения, как почечная денервация, которая демонстрирует высокую эффективность у пациентов

с резистентной АГ. Однако в руководстве ESH/ESC 2013 этот метод указан просто как «перспективный»: по мнению Комитета, необходимо провести долгосрочные исследования, чтобы доказать более высокую эффективность и безопасность почечной денервации по сравнению с такowymi стандартной лекарственной терапией. Кроме того, следует установить, обеспечивает ли снижение АД, достигаемое с помощью денервации, уменьшение показателей сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2013; 31: 1281-1357.

Препараты для лечения болезни Альцгеймера снижают кардиоваскулярный риск

Ученые из Швеции провели исследование, целью которого было изучить связь между применением ингибиторов холинэстеразы (ИХЭ) и риском инфаркта миокарда (ИМ) и смерти у лиц с болезнью Альцгеймера (БА).

В испытании приняли участие 7073 пациента (средний возраст 79 лет), включенные в Шведский реестр деменции, который был создан в 2007 г. для улучшения диагностики и лечения этой патологии. Все больные имели впервые установленный диагноз БА или смешанной деменции.

Из этих пациентов 72,9% получали ИХЭ – донепезил, ривастигмин или галантамин. После поправки на пол, возраст, тип деменции, оценку по MMSE, условия проживания, кардиоваскулярные заболевания в анамнезе, лечение антидепрессантами, нейролептиками, антигипертензивными и противодиабетическими препаратами прием ИХЭ ассоциировался со снижением риска достижения комбинированной первичной конечной точки (ИМ + кардиоваскулярная смерть) на 34% по сравнению с таковым у больных, которые ИХЭ не получали. Кроме того, лечение ИХЭ также сопровождалось снижением в отдельности риска ИМ на 38% и смерти от кардиоваскулярных причин на 26%. Другими протекторными факторами в отношении кардиоваскулярного риска служили более молодой возраст, женский пол, более высокая оценка MMSE, проживание в собственном жилье без постороннего ухода, отсутствие ишемической болезни сердца и инсульта в анамнезе и отсутствие приема антигипертензивных препаратов на момент включения (во всех случаях $p < 0,05$). Вес и рост на кардиоваскулярный риск не влияли.

Авторы установили, что терапия максимальными дозами ИХЭ ассоциировалась с наибольшим снижением первичной конечной точки и ее компонентов. Кроме того, расхождение кривых риска первичной конечной точки у принимавших и не принимавших ИХЭ происходило очень рано – уже через 2 мес от начала терапии. Ни один из трех исследованных ИХЭ не проявлял преимуществ по сравнению с другими.

После поправки на сопутствующие факторы применение мемантина – еще одного препарата, используемого в лечении БА, – не оказывало влияния на первичную конечную точку.

В экспериментальных исследованиях было установлено, что ИХЭ обладают

некоторыми противовоспалительными свойствами. Однако, по мнению авторов, более вероятное объяснение кардиопротекторного эффекта ИХЭ состоит в том, что эти препараты снижают частоту сердечных сокращений, таким образом уменьшая потребность миокарда в кислороде и улучшая кардиальную функцию. Так, в предыдущих исследованиях пациентов, получающих ИХЭ, в 2 раза чаще госпитализировали по поводу брадикардии.

Nordstrom P., Religa D., Wimo A. et al. The use of cholinesterase inhibitors and the risk of myocardial infarction and death: a nationwide cohort study in subjects with Alzheimer's disease. *Eur Heart J*. Опубликовано онлайн 4 июня 2013 г.

Комитет ЕМА пришел к заключению, что диклофенак в такой же степени повышает кардиоваскулярный риск, как и селективные ингибиторы ЦОГ-2

Комитет по фармаконадзору и оценке риска (PRAC) Европейского общества по лекарственным средствам (ЕМА) завершил изучение данных по диклофенаку и пришел к выводу, что этот препарат ассоциируется с таким же повышением кардиоваскулярного риска, как и селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), особенно если применяется в высоких дозах (150 мг) или длительно. В то же время Комитет указывает, что польза от приема диклофенака превышает риск, однако рекомендует врачам при его назначении принимать такие же меры по минимизации риска тромбозов, как и в случае использования ингибиторов ЦОГ-2.

Пациентам с тяжелыми кардиальными или циркуляторными нарушениями, такими как сердечная недостаточность, заболевания сердца, инсульт или ИМ в анамнезе, назначать диклофенак не рекомендуется. Больные с такими факторами кардиоваскулярного риска, как АГ, гиперхолестеринемия, сахарный диабет и курение, могут получать диклофенак только после тщательного анализа ожидаемой пользы и потенциального риска. Врачи должны периодически повторно оценивать потребность пациентов в продолжении приема диклофенака.

Изучение данных по диклофенаку было инициировано PRAC в октябре 2012 г., после того как ЕМА опубликовало информацию по оценке кардиоваскулярной безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Тогда эксперты ЕМА пришли к выводу, что существует небольшое повышение риска кардиоваскулярных побочных эффектов диклофенака по сравнению с другими НПВП и что этот риск сопоставим с риском, присущим ингибиторам ЦОГ-2.

В пресс-релизе указывается, что абсолютный кардиоваскулярный риск при лечении любыми НПВП зависит от индивидуальных факторов риска больного, таких как АГ и гиперхолестеринемия. Диклофенак повышает ожидаемое количество ИМ на 3 случая в год на 1 тыс. пролеченных пациентов среднего риска (с 8 до 11 случаев в год на 1 тыс. пациентов).

European Medicines Agency. PRAC recommends the same cardiovascular precautions for diclofenac as for selective COX-2 inhibitors (Press Release). Опубликовано 14 июня 2013 г.

Подготовил **Алексей Терещенко**