

Новое в немедикаментозном и медикаментозном лечении артериальной гипертензии в 2013 году (обзор рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии ESH/ESC 2013)

А.О. Конради

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Конради А.О. — доктор медицинских наук, профессор, заведующая научно-исследовательским отделом артериальной гипертензии, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России.

Контактная информация: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, Россия, 197341. Тел.: + 7 (812) 702–37–33. E-mail: konradi@almazovcentre.ru (Конради Александра Олеговна).

Резюме

В статье рассматриваются новые подходы к лечению, затронувшие преимущественно целевые уровни артериального давления, принципы назначения комбинированной терапии, схемы назначения антигипертензивных препаратов, а также обсуждаются новые технологии, включающие инвазивные методы, направленные на лечение артериальной гипертензии.

Ключевые слова: антигипертензивная препараты, немедикаментозные методы лечения, инвазивные процедуры.

Drug and non-drug treatment of hypertension in 2013: novel approaches (the review of the European guidelines on diagnosis and management of hypertension 2013)

A.O. Konradi

Federal Almazov Medical Research Center, St Petersburg, Russia

Corresponding author: Federal Almazov Medical Research Centre, 2 Akkuratov st., St Petersburg, Russia, 197341. Phone: + 7 (812) 702–37–33. E-mail: konradi@almazovcentre.ru (Aleksandra O. Konradi, MD, PhD, Professor, the Head of the Research Department of Arterial Hypertension at Federal Almazov Medical Research Centre, Deputy Director on Research of Federal Almazov Medical Research Centre).

Abstract

New approaches to the hypertension treatment, including target blood pressure levels, therapeutic strategy and combination therapy administration are reviewed. Novel technologies, including invasive procedures are discussed.

Key words: antihypertensive drugs, non-drug treatment, invasive procedures.

Статья поступила в редакцию: 01.12.13. и принята к печати: 14.12.13.

Введение

Новые европейские рекомендации по лечению артериальной гипертензии (АГ), безусловно, коснулись и подходов к лечению. В целом можно сказать о том, что принципы назначения терапии изменились не очень существенно и не предложено ни одного нового лекарственного препарата. Тем не менее существенные изменения претерпели

целевые уровни артериального давления (АД), о чем уже говорилось ранее, принципы комбинированной терапии, схема назначения терапии. Кроме этого, появился почти новый раздел, касающийся лечения АГ инвазивными методами, описывающий современные позиции и перспективы применения таких технологий, как денервация почечных артерий, стимуляция барорефлекса и других. В целом

набор изменений в области лечения АГ сводится к следующим основным моментам:

- Более свободный подход к стартовой монотерапии;
- Новая схема предпочтительной двухкомпонентной комбинированной терапии;
- Новые терапевтические алгоритмы для достижения целевого АД;
- Расширен раздел терапевтической стратегии при особых состояниях;
- Пристальное внимание к резистентной АГ и новым методам ее лечения;
- Впервые включен раздел об инновационных методах лечения — ренальной денервации и стимуляции барорефлекса;
- Повышение внимания к терапии, направленной на органы-мишени;
- Новые подходы к управлению АГ, включая дистанционный мониторинг и командный подход.

Немедикаментозные методы лечения АГ

К данным методам по-прежнему относятся:

- Ограничение соли;
- Не более чем умеренное употребление алкоголя;
- Употребление большого количества овощей и фруктов;
- Низкожировая и другие виды диеты;
- Снижение и удержание массы тела;
- Регулярные физические нагрузки;
- Отказ от курения как отдельная рекомендация по АГ.

По поводу последнего пункта отмечено, что при необходимости следует рекомендовать препараты, облегчающие отказ от курения, например, заместительную терапию никотином, а также бупропион и варенициклин.

Стартовая терапия АГ

Позиция по поводу терапии первой линии существенно не изменилась и по-прежнему предполагает равнозначность основных классов антигипертензивных препаратов в качестве стартовой терапии.

Отмечено, что самые крупные из существующих метаанализов показывают отсутствие клинически значимых различий между разными классами препаратов. По этой причине настоящие рекомендации вновь подтверждают, что:

- диуретики (включая тиазидные, хлорталидон и индапамид),
- бета-блокаторы,
- антагонисты кальция (АК),
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ),

▪ блокаторы рецепторов ангиотензина 1-го типа (АТ1), —

все в равной степени могут быть использованы для начальной и поддерживающей антигипертензивной терапии, как в виде монотерапии, так и в виде определенных комбинаций.

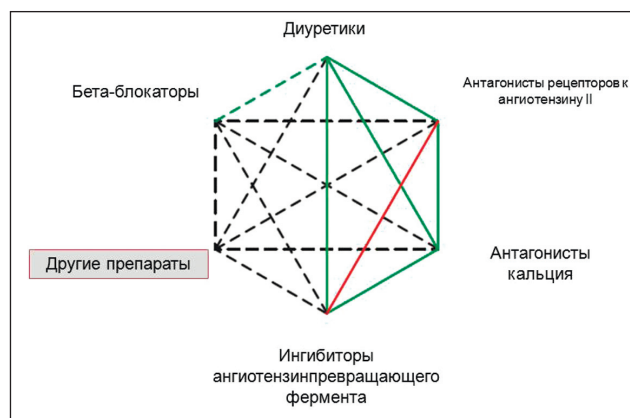
Комбинированная терапия

В рекомендациях 2013 года введено понятие первой линии комбинаций, к числу которых отнесены следующие комбинации:

- ИАПФ — тиазиды;
- Блокаторы АТ1 рецепторов — тиазиды;
- АК + блокаторы АТ1 рецепторов;
- АК + ИАПФ;
- АК + тиазиды.

При этом существенно изменена по сравнению с 2007 и 2009 годом схема назначения комбинированной терапии (рис.). В частности, выделены рекомендуемые, преимущественно рекомендуемые и запрещенные комбинации препаратов. Впервые появился такой блок, как «другие препараты», которые неизбежно используются в лечении АГ, особенно в виде комбинаций. Это делает возможности терапии более гибкими, позволяет использовать другие классы препаратов, например, препараты центрального действия, рационально комбинируя их с основными классами.

Рисунок. Рекомендуемые комбинации лекарственных препаратов



Отдельно хотелось бы обратить внимание на позицию в отношении бета-блокаторов, которая сегодня представлена тремя ключевыми положениями:

- Бета-блокаторы незыблемы при ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, тахисистолии при фибрилляции предсердий и других тахикардиях;
- Атенолол уступает по эффективности другим препаратам этого класса у пациентов с гипертро-

фией левого желудочка (исследование LIFE) и в отношении первичной профилактики (исследование ASCOT);

- Бета-блокаторы не являются препаратами первой линии для молодых пациентов.

По-прежнему поощряется применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов, сохранено позитивное отношение к комбинациям, для которых существуют гибкие дозировки составляющих компонентов, и позитивное отношение к тройным комбинациям. Имеется упоминание о «полипилюлях», содержащих в составе не только антигипертензивные препараты, но и статины. При этом отмечено, что «упрощение лечения с помощью подобного подхода целесообразно лишь в тех случаях, если предварительно у конкретного пациента была установлена необходимость в применении каждого из компонентов фиксированной комбинации».

В отношении возможности отмены терапии сохраняется установка о том, что у некоторых пациентов, у которых на фоне антигипертензивной терапии эффективный контроль АД сохраняется в течение длительного времени, можно уменьшить число и дозу препаратов. Это бывает, в частности, в тех случаях, когда контроль АД сопровождается оздоровлением образа жизни, например, снижением массы тела, регулярной физической активностью, соблюдением низкожировой и низкосолевой диеты, что нивелирует прессорные воздействия окружающей среды. Уменьшение дозы или числа препаратов должно осуществляться постепенно, при условии частых повторных осмотров пациента в связи с риском повторного повышения АД.

Новые разделы

В 2013 году в рекомендациях появился совершенно новый раздел «Антигипертензивные препараты и межвизитная вариабельность АД», в котором сформулированы следующие положения:

- У больных ишемической болезнью сердца стабильный контроль АД на разных визитах сопровождается меньшей частотой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, независимо от среднего уровня АД;

- Нельзя считать однозначно доказанным клиническое значение межвизитной вариабельности АД у пациентов, получающих лечение, по сравнению со средними значениями АД за длительный отрезок времени;

- Причина, лежащая в основе межвизитной вариабельности АД, неизвестна: зависит ли она действительно от фармакотерапии или же является маркером приверженности к лечению;

- Использование вариабельности АД у разных больных как суррогатного маркера вариабельности у одного и того же больного в целях классификации антигипертензивных средств на препараты, прием которых сопровождается большими или меньшими межвизитными колебаниями АД или более или менее стабильным контролем АД, представляется неоправданным, и ее не следует использовать как критерий выбора антигипертензивных препаратов.

Кроме того, введен новый раздел о комплексном ведении больных АГ, в котором большое внимание уделяется бригадному подходу к ведению пациентов, новым способам контроля заболевания, таким как телемедицина, телефонные интервью, в целом охарактеризована роль коммуникационных технологий в современном лечении АГ.

Резистентная АГ

В 2013 году дано новое определение резистентной АГ, согласно которому АГ считается резистентной к лечению, если адекватное изменение образа жизни в сочетании с терапией диуретиком и двумя другими антигипертензивными препаратами разных классов в адекватных дозах (но не обязательно с применением антагонистов минералокортикоидных рецепторов) не позволяет снизить показатели систолического и диастолического АД до < 140 и < 90 мм рт. ст. соответственно. Четко и крайне осторожно была сформулирована позиция в отношении ренальной денервации. Подчеркнуто, что в настоящее время метод денервации почек представляется перспективным, но нуждается в дополнительных адекватно спланированных длительных сравнительных исследованиях, которые позволили бы окончательно установить его безопасность и стойкую эффективность по сравнению с наилучшей медикаментозной терапией. Также указано, что важно, в том числе, определить предикторы эффективности или неэффективности ренальной денервации.

Аналогично по поводу стимуляции каротидного барорефлекса сформулировано положение о том, что длительные наблюдения пока проведены за ограниченным числом пациентов, и для подтверждения эффективности этой методики требуются дополнительные данные по большему количеству больных с повышением АД, не отвечающих на многокомпонентную фармакотерапию. Кроме того, хотя до настоящего времени описано лишь несколько местных побочных эффектов, причем обратимых (инфекция, повреждение нерва, невралгия языкоглоточного нерва и так далее), для окончательного подтверждения безопасности метода нужна более обширная база данных.

В целом, сегодня рекомендуется рассматривать возможность применения инвазивных методик только у пациентов с истинно резистентной АГ, с офисными показателями систолического АД ≥ 160 мм рт. ст. и диастолического АД ≥ 110 мм рт. ст. и повышением АД, подтвержденным при суточном мониторинге АД.

Конфликт интересов. Автор заявил об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Литература

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. — 2013. — Vol. 34, № 28. — P. 2159–2219.