

Европейские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2013 г.: новый целевой уровень артериального давления и как его достичь в реальной практике

Ю.А. Карпов

Новые рекомендации ESH/ESC по диагностике и лечению артериальной гипертензии имеют ряд принципиальных отличий от предыдущей версии. В частности, несколько изменился подход к медикаментозной терапии. Всё большее значение придается комбинированному лечению, причем значительную роль стали играть фиксированные комбинированные препараты. Использование сочетания ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и дигидропиридиновых антагонистов кальция считается рациональным, эффективным и безопасным. Применение фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина обосновано не только в зарубежных работах, но и по данным крупнейшей российской программы ПРОРЫВ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, рекомендации, комбинированное лечение, периндоприл, амлодипин.

Выявление и рациональное лечение больных артериальной гипертензией (АГ) относятся к приоритетным задачам здравоохранения во всем мире. Всемирная организация здравоохранения признает АГ главной причиной сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в мире. Решение вопроса эффективного лечения АГ позволяет, в свою очередь, рассчитывать на значительное снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [1–3]. В опубликованных недавно данных обследования четырех случайных представительных выборок населения различных регионов Российской Федерации, проведенных с 2003 по 2010 г., распространенность АГ среди населения составляет 39,7%, а количество лиц с эффективным контролем артериального давления (АД) (<140/90 мм рт. ст.) на фоне медикаментозной терапии насчитывает в среднем 24% [4]. Аналогичная ситуация наблюдается и во многих других странах мира, включая европейские. Этот показатель является одним из важнейших в оценке эффективности мероприятий, направленных на снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ [1, 2]. Указанные факты свидетельствуют о необходимости совершенствования методов борьбы с этим фактором риска.

Алгоритм диагностики и лечения АГ, как и других заболеваний, излагается в рекомендациях профессиональных сообществ. Недавно на очередном конгрессе Европейского общества по артериальной гипертензии (ESH) были представлены новые, разработанные совместно с Европейским обществом кардиологов (ESC) рекомендации по

диагностике и лечению АГ [5]. Этот документ, регламентирующий подходы к диагностике и лечению пациентов с АГ, чрезвычайно важен, так как появился спустя 6 лет после выхода в свет второй версии Европейских рекомендаций по АГ и через 3 года после появления рекомендаций Российского медицинского общества по артериальной гипертензии/Всероссийского научного общества кардиологов (РМОАГ/ВНОК) [1, 2]. Современная консолидированная точка зрения ведущих специалистов в области клинической гипертензиологии чрезвычайно важна и для практических врачей, и для научно-педагогических кадров нашей страны, вплоть до создания новой версии Российских рекомендаций.

Какие новые позиции появились в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ в 2013 г.? Помимо самого главного изменения – новых целевых уровней АД, к которым мы вернемся ниже, есть еще несколько новшеств. Одно из них – это повышение значимости контроля АД в домашних условиях. Следует отметить, что такой контроль не уменьшает значения суточного мониторирования АД. Следующее важное положение – это больший акцент на тотальном определении комплекса факторов риска развития как сердечно-сосудистого заболевания, так и других заболеваний. Например, у большинства людей с АГ имеются также дополнительные сердечно-сосудистые факторы риска: поражения органов, сахарный диабет (СД) и др. Все эти факторы необходимо установить и обсудить до начала лечения и контролировать их динамику при дальнейшем наблюдении.

Особо выделяются специфические группы пациентов, например больные СД, молодые, пожилые, лица в возрасте старше 80 лет. Женщины также рассматриваются как отдельная группа, ряд специфических особенностей имеет

Юрий Александрович Карпов – профессор, первый заместитель генерального директора ФГБУ “Российский кардиологический научно-производственный комплекс” Министерства здравоохранения РФ, Москва.

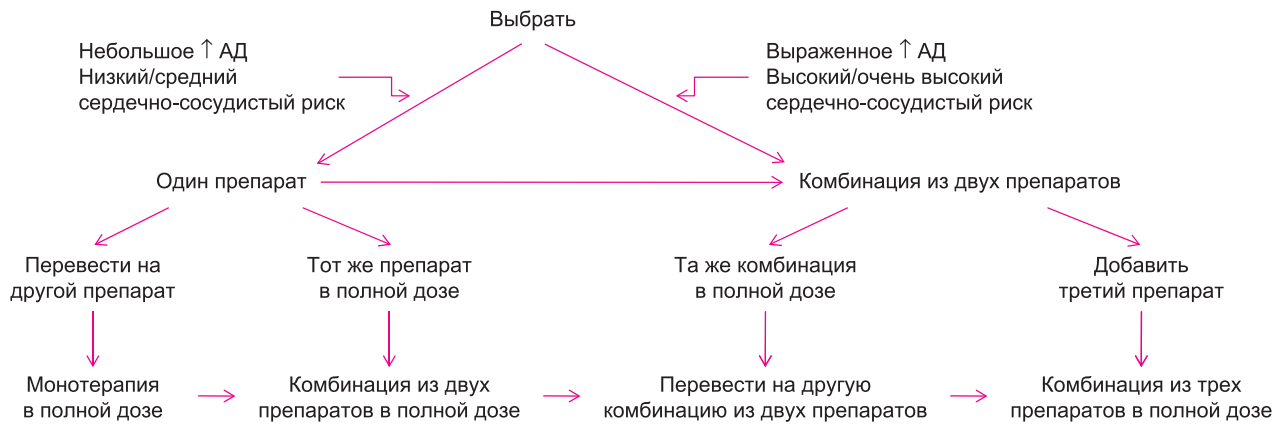


Рис. 1. Выбор тактики монотерапии и комбинированной фармакотерапии для достижения целевого АД. Во всех случаях, когда целевое АД не достигнуто, нужно переходить от менее интенсивной к более интенсивной терапевтической тактике (по [5]).

АГ у беременных. Впервые специальная глава посвящена новому методу лечения – почечной денервации (денервация почечных артерий) при резистентной АГ. Этот метод рассматривается как “перспективный”, однако указывается на необходимость проведения дальнейших клинических исследований для окончательной оценки значения этого подхода в лечении резистентной АГ.

Большое практическое значение имеют положения анализируемых рекомендаций о том, какие и когда назначать антигипертензивные препараты. В докладе отмечается, что не рекомендуется лекарственная терапия у лиц с высоким нормальным АД (130–139/80–89 мм рт. ст.), или, по американской терминологии, с предгипертонией. В Российских рекомендациях по АГ 2010 г. такая градация уровня АД отсутствует [1].

В новых рекомендациях провозглашается либеральный подход к выбору первого препарата, при этом указывается,

что выгоды от лечения АГ связаны главным образом со снижением АД. Вместо используемой ранее иерархии групп препаратов (например, препараты первой, второй, третьей линии и т.д.) в качестве основного рекомендуется индивидуальный подход к выбору лекарственной группы в зависимости от конкретной клинической и демографической ситуации. Каких-либо специфических предпочтений при выборе определенной группы препаратов для монотерапии АГ нет.

Внесены важные изменения в протокол инициации монотерапии или комбинированной терапии (рис. 1). Рекомендован более ранний переход с монотерапии на комбинацию лекарственных препаратов, если первая неэффективна.

В табл. 1 представлены классы и уровни доказательности выбора монотерапии и комбинированной терапии при лечении АГ. Видно, что фиксированные комбинации (ФК) имеют определенные преимущества для улучшения

Таблица 1. Тактика лечения и выбор антигипертензивных препаратов (по [5])

Рекомендации	Класс рекомендации	Уровень доказательности
Диуретики (тиазиды, хлорталидон и индапамид), β-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина – все они подходят и рекомендуются для начальной и поддерживающей антигипертензивной терапии в виде монотерапии либо в определенных комбинациях друг с другом	I	A
Некоторые препараты целесообразно считать предпочтительными для конкретных ситуаций, так как они использовались в этих ситуациях в клинических исследованиях или продемонстрировали более высокую эффективность при конкретных типах поражения органов-мишеней	IIa	C
У больных с очень высоким исходным АД или имеющих высокий сердечно-сосудистый риск может быть целесообразным начинать антигипертензивную терапию с комбинации из двух препаратов	IIb	C
Комбинация из двух блокаторов РАС не рекомендуется и должна отменяться	III	A
Целесообразно применять и другие комбинации, которые могут быть эффективными в зависимости от степени снижения АД. Однако предпочтительными являются комбинации, которые показали эффективность в клинических исследованиях	IIa	C
Комбинации двух антигипертензивных препаратов в фиксированных дозах в одной таблетке могут быть рекомендованы и предпочтительны, так как уменьшение количества ежедневных таблеток улучшает приверженность к лечению, которая у больных АГ низкая	IIb	B
Обозначения: АПФ – ангиотензинпревращающий фермент, РАС – ренин-ангиотензиновая система.		

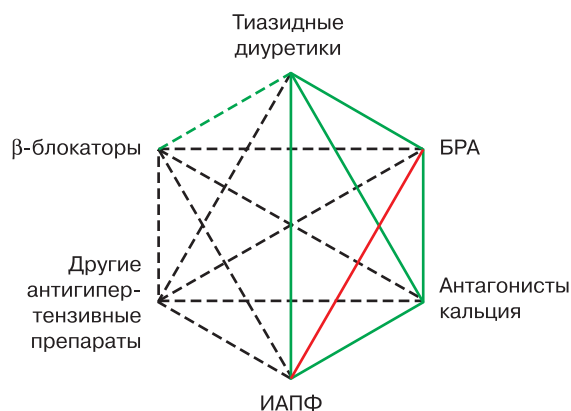


Рис. 2. Возможные комбинации классов антигипертензивных препаратов (по [5]). Зелеными сплошными линиями обозначены предпочтительные комбинации, зелеными пунктирными линиями – целесообразные комбинации, но применяемые с некоторыми ограничениями, черными пунктирными – возможные комбинации, но менее изученные, красной сплошной – нерекомендуемая комбинация. БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина.

контроля АД. Следует отметить, что в новых рекомендациях по АГ впервые применяется система деления на классы и уровни доказательности диагностических и терапевтических мероприятий, что стало уже традиционным для многих других рекомендаций. Этот подход известен российским врачам, был ими поддержан и не вызовет каких-либо затруднений.

На рис. 2 представлен подход к выбору комбинаций антигипертензивных препаратов. Фактически, не рекомендуется только комбинация препаратов, блокирующих активность ренин-ангиотензиновой системы, ингибиторов АПФ (ИАПФ) и блокаторов рецепторов ангиотензина. До сих пор эта комбинация в соответствии с рекомендациями РМОАГ относилась к возможным. Целый ряд комбинаций отмечены как недостаточно изученные. По-прежнему приоритетны к назначению комбинации препаратов, блокирующих ренин-ангиотензиновую систему (ИАПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина), с диуретиками или антагонистами кальция [5].

Как уже отмечалось, главное новшество Европейских рекомендаций 2013 г. – это новый целевой уровень АД. Было принято решение почти для всех больных АГ рекомендовать единый уровень систолического АД (САД) – <140 мм рт. ст. Это отличается от положений Европейских рекомендаций 2007 г., в которых для больных с низким риском осложнений рекомендовалось достижение АД <140/90 мм рт. ст., а для категорий лиц высокого риска (пациенты с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС), СД и т.д.) – <130/80 мм рт. ст. [2]. Основной причиной такого упрощения было отсутствие достаточных доказательств для декларирования разных целевых уровней. Более детально причины такого решения анализировались в документе ESH 2009 г. о пересмотре некоторых

позиций рекомендаций 2007 г. [3]. Напомним, что ни в одном из проведенных до последнего времени клинических исследований не отмечено улучшения прогноза (снижение заболеваемости и/или смертности) в таких группах высокого риска, как больные СД или ИБС, при достижении целевого уровня АД <130/80 мм рт. ст. против <140/90 мм рт. ст.

Отдельно следует прокомментировать целевой уровень АД у пожилых пациентов с АГ. У больных моложе 80 лет с САД ≥160 мм рт. ст. имеются несомненные доказательства необходимости снижения АД до 140–150 мм рт. ст. Однако в этой же возрастной группе при сохранении физической активности может обсуждаться и более значительное снижение АД – <140 мм рт. ст., а в случае низкой физической дееспособности целевой уровень САД следует адаптировать в соответствии с индивидуальной переносимостью. У пациентов старше 80 лет с исходным АД ≥160 мм рт. ст. рекомендуется снижать САД до 150–140 мм рт. ст., если они находятся в удовлетворительном физическом и ментальном состоянии.

Диастолическое АД (ДАД) рекомендовано практически во всех случаях поддерживать на уровне <90 мм рт. ст., за исключением больных СД, у которых оно должно быть <85 мм рт. ст. Вместе с тем следует помнить о том, что уровень ДАД 80–85 мм рт. ст. вполне безопасен и хорошо переносится. Основные положения раздела о целевом уровне АД и степени доказательности указанных значений представлены в табл. 2.

Новизна положения о едином целевом уровне САД у большинства больных АГ для российских врачей относительная, так как еще в рекомендациях РМОАГ/ВНОК 2010 г. содержится упоминание о целевом уровне АД 130–139/80–89 мм рт. ст. почти для всех групп риска, за исключением пациентов с поражением почек [1]. Отличие заключается в том, что в Российских рекомендациях строго определен коридор снижения значений АД (от и до), а в европейских указываются только уровни, без определения конкретных значений допустимого снижения АД.

Следующий важнейший вопрос современных рекомендаций по АГ – соотношение монотерапии и комбинированной терапии в начале лечения. Еще в рекомендациях ESH/ESC 2007 г. отмечалось, что монотерапия позволяет эффективно контролировать АГ лишь у ограниченного числа больных, в большинстве случаев для достижения целевого уровня требуется комбинация из двух и более препаратов [2]. Вопрос в том, надо ли назначать сначала монотерапию и присоединять другие препараты при необходимости или в каких-то ситуациях сразу назначать комбинацию препаратов, в том числе фиксированную.

Преимущество монотерапии состоит в возможности оценки эффективности и переносимости одного препарата. Однако при неэффективности монотерапии поиск другого, более эффективного или лучше переносимого препарата затягивает процесс достижения целевого АД и существенно снижает приверженность к лечению. В мета-

Таблица 2. Целевые значения АД у больных АГ (по [5])

Рекомендации	Класс рекомен- дации	Уровень доказа- тельности
Целевое значение САД <140 мм рт. ст.		
а) рекомендуется больным с низким и средним сердечно-сосудистым риском	I	B
б) рекомендуется больным СД	I	A
в) целесообразно у больных, перенесших инсульт или ТИА	IIa	B
г) целесообразно у больных ХБП	IIa	B
д) целесообразно у больных ХБП диабетической и недиабетической этиологии	IIa	B
Существуют надежные данные, позволяющие рекомендовать больным АГ пожилого и старческого возраста моложе 80 лет с уровнем САД ≥160 мм рт. ст. снижение САД до 140–150 мм рт. ст.	I	A
У больных АГ пожилого и старческого возраста моложе 80 лет, находящихся в удовлетворительном общем состоянии, может быть целесообразным снижение САД до <140 мм рт. ст., в то время как у пациентов старческого возраста с ослабленным состоянием здоровья целевые значения САД следует выбирать в зависимости от индивидуальной переносимости	IIb	C
У лиц старше 80 лет с исходным САД ≥160 мм рт. ст. рекомендуется снижать САД до 140–150 мм рт. ст. при условии, что они находятся в удовлетворительном состоянии физического и психического здоровья	I	B
В качестве целевого значения ДАД практически у всех пациентов рекомендуется <90 мм рт. ст., кроме больных СД, для которых рекомендуются целевые значения <85 мм рт. ст. Тем не менее следует учитывать, что значения ДАД 80–85 мм рт. ст. безопасны и хорошо переносятся	I	A
Обозначения: ТИА – транзиторная ишемическая атака, ХБП – хроническая болезнь почек.		

анализе данных более 40 исследований было установлено, что использование комбинации двух препаратов из любых двух классов антигипертензивных средств позволяет в большей степени снижать АД, чем повышение дозы одного препарата [6]. Стартовая комбинированная терапия имеет следующие преимущества: 1) более быстрый ответ у большого количества пациентов, более высокая вероятность достижения целевого АД у больных с высоким риском; 2) меньшая вероятность снижения приверженности к терапии, чем при многочисленных сменах препаратов; 3) физиологический и фармакологический синергизм препаратов разных классов с достижением более выраженного снижения АД при меньшем количестве побочных эффектов. Соответственно, главный недостаток стартовой комбинированной терапии заключается в назначении потенциально ненужного пациенту препарата.

Как уже отмечалось выше, в новых рекомендациях ESH/ESC было подтверждено ранее действующее положение о целесообразности начала лечения с комбинации препаратов у больных из группы высокого риска или с более высокими исходными уровнями АД [5]. Если терапию начинают с одного или с комбинации двух препаратов, их дозы при необходимости можно постепенно увеличивать до достижения целевого АД. Если при использовании комбинации двух препаратов в полных дозах целевое АД не достигается, можно перевести пациента на другую комбинацию из двух препаратов или добавить третий препарат. Следует отметить, что у пациентов с резистентной АГ присоединение каждого нового препарата должно сопровождаться анализом эффективности и целесообразности продолжения ранее проводимой тера-

пии с исключением препаратов, явно не оказывающих влияния на АД.

Как показали последние исследования, использование комбинированной терапии, и особенно ФК, в значительной степени помогает улучшить контроль АД [6]. Положения новых рекомендаций ESH/ESC о приоритете комбинированной терапии и целесообразности применения препаратов с фиксированными дозами хорошо иллюстрируют результаты крупнейшей программы, инициированной РМОАГ, – ПРОРЫВ (“ПРестанс в лечении неконтролируемой артериальной гипертонии – реальный шанс в улучшении контроля артериального давления”). В программе было установлено, что с помощью новой ФК периндоприл/амлодипин в различных дозах можно в 80% случаев достичь целевого уровня АД у пациентов с неконтролируемой на фоне лечения АГ [7].

В этом проекте принимали участие 589 терапевтов и кардиологов амбулаторного звена лечебно-профилактических учреждений из 50 городов России, которые в рамках открытого многоцентрового несравнительного исследования наблюдали 4115 пациентов с АГ. Включались пациенты старше 18 лет с эссенциальной АГ с недостаточным контролем АД (САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт. ст. на приеме у врача), несмотря на прием антигипертензивных препаратов (ИАПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, диуретики, β-блокаторы, антагонисты кальция), в том числе комбинации двух и трех антигипертензивных препаратов, которым врач в рутинной практике назначал ФК периндоприл/амлодипин (Престанс).

Если врач принимал решение об изменении терапии у больного с неадекватным контролем АД, отменялась

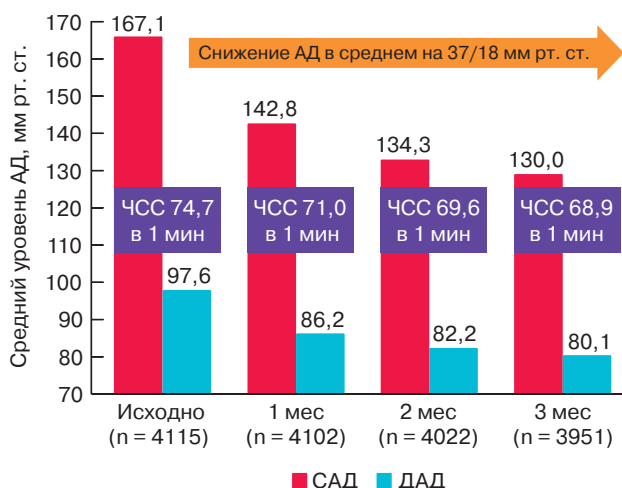


Рис. 3. Влияние ФК периндоприл/амлодипин на уровень САД и ДАД. $p < 0,001$ для всех визитов по сравнению с исходным АД.

предшествующая антигипертензивная терапия, за исключением β -блокаторов у больных ИБС, с назначением ФК периндоприл/амлодипин со следующего дня после 1-го визита. При неэффективной монотерапии ФК периндоприл/амлодипин назначалась в дозе 5/5 мг, при неэффективной комбинации двух препаратов – 10/5 или 5/10 мг по решению врача, при неэффективной комбинации трех препаратов – 10/10 мг. Препарат в выбранной дозе (1 таблетка) принимался 1 раз в сутки утром. Продолжительность программы составила 3 мес, за это время состоялось 4 визита с интервалом 1 мес и имелась возможность коррекции дозы препарата с достижением целевого АД 130–139/80–89 мм рт. ст. [7].

Из включенных 4115 пациентов данные заключительно-го 4-го визита получены у 3967 пациентов (96,4%). Средний возраст составил 58,1 года; 1197 пациентов (29,1%) старше 60 лет; 2531 женщина (61,5%). При первом обследовании АД в среднем составило 167,1/97,6 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 74,7 в 1 мин.

Большинство больных относились к группам высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Гипертрофия левого желудочка отмечалась у 83,4% пациентов, избыточная масса тела – у 56,2%, дислипидемия (общий холестерин $>6,5$ ммоль/л) – у 43,1%,

Таблица 3. Исследование ПРОРЫВ-перевод: динамика АД по сравнению с исходными значениями (САД/ДАД, в мм рт. ст.) при переводе больных с неконтролируемой АГ с монотерапии и комбинированной терапии на ФК периндоприл/амлодипин в разных дозах

Группа	Длительность лечения		
	1 мес	2 мес	3 мес
Монотерапия	–22/–11	–30/–14	–33/–16
Комбинация двух препаратов	–23/–11	–32/–15	–36/–17
Комбинация трех препаратов	–24/–11	–33/–15	–38/–17

семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний – у 34,9%, курение – у 25,4%, протеинурия – у 8,9%. У 41,9% больных была ИБС, у 7,1% – перенесенный ранее инсульт, у 5,9% – клинические проявления периферического атеросклероза, у 12,8% – СД.

После назначения ФК периндоприл/амлодипин в целом по группе у пациентов наблюдалось быстрое снижение АД – в среднем со 167,1/97,6 до 130,0/80,1 мм рт. ст., или на 37,1/17,5 мм рт. ст. Основные результаты лечения 4115 пациентов (из них 3911 закончили программу) с неконтролируемой на фоне медикаментозной терапии АГ при переводе на ФК периндоприл/амлодипин представлены на рис. 3. Видно, что в ходе наблюдения было достигнуто быстрое и выраженное снижение АД – в течение 3 мес в среднем на 37/18 мм рт. ст. Снижение АД при приеме исследуемого препарата было одинаковым у мужчин и женщин, у больных старше и младше 60 лет, у больных с ИБС и без нее, страдающих СД и без него [7].

Закончили исследование подавляющее большинство больных; по разным причинам было исключено 164 больных, или менее 4%. Нежелательные явления в виде отеков нижних конечностей отмечались чаще у женщин, в среднем у 11–13% больных в зависимости от визита, что было существенно ниже частоты развития этого побочного эффекта при назначении обычных дигидропиридиновых антагонистов кальция по данным литературы. Такой результат свидетельствует о хорошей переносимости комбинированного препарата.

Дополнительно был проведен анализ полученных в ходе программы данных по эффективности перевода больных с неконтролируемой АГ с монотерапии (включая анализ по отдельным классам препаратов) или комбинации двух и трех препаратов на ФК периндоприл/амлодипин в различных дозах. Этот фрагмент исследования получил название ПРОРЫВ-перевод и был опубликован отдельно [8]. Как показал анализ, в среднем наиболее высокий исходный уровень АД был у больных, получавших ранее трехкомпонентную комбинацию, – 171,6/98,8 мм рт. ст., а наиболее низкий – у больных, находившихся на монотерапии, – 161,0/95,9 мм рт. ст. Динамика АД в абсолютных значениях в процессе лечения относительно исходного уровня у пациентов разных групп представлена в табл. 3. Во-первых, следует отметить быстроту снижения АД. Например, на фоне приема ФК периндоприл/амлодипин (в большинстве случаев была назначена доза 5/5 мг) у больных, переведенных с неэффективной монотерапии, уже ко 2-му визиту (через 1 мес лечения) АД было в среднем $<140/90$ мм рт. ст. Во-вторых, удобно то, что имеется возможность выбора оптимальной дозы в зависимости от степени повышения АД. Назначение больших доз ФК периндоприл/амлодипин (чаще 10/10 мг) при неэффективной комбинированной терапии у больных с высоким исходным уровнем АД приводило к выраженному снижению АД. В группе больных с исходным САД >180 мм рт. ст.

снижение в среднем составило 51 мм рт. ст. (со 183 до 132 мм рт. ст.).

Результаты анализа показали, что перевод больного с неконтролируемой АГ с монотерапии антигипертензивным препаратом любого класса на ФК периндоприл/амлодипин почти в 88,5% случаев позволил достичь целевых уровней АД. В конце исследования целевой уровень АД (<140/90 мм рт. ст.) был достигнут у 91,4% больных, переведенных с терапии β-блокаторами, у 90,1% больных, переведенных с терапии антагонистами кальция, у 89,5% больных, переведенных с терапии ИАПФ, у 85,5% больных, переведенных с терапии диуретиками, у 83,7% больных, переведенных с терапии блокаторами рецепторов ангиотензина, и у 79,2% больных, переведенных с терапии препаратами центрального действия. Перевод с любых комбинаций из двух и трех препаратов на указанный комбинированный препарат был успешным в достижении целевого АД в 80,8 и 70,2% случаев соответственно.

Представленные результаты, и особенно фрагмент исследования ПРОРЫВ-перевод, четко подтверждают правильность положения новых рекомендаций по АГ о более раннем переводе больного с неэффективным контролем АД с монотерапии на комбинацию антигипертензивных препаратов [5]. Следует напомнить, что такое быстрое снижение АД с достижением целевого уровня наблюдалось у больных более чем с 10-летним анамнезом АГ. Полученный результат имеет большое практическое значение, так как позволяет с помощью одной таблетки с ФК препаратов надежно контролировать АД у подавляющего большинства больных АГ.

Возвращаясь к новым Европейским рекомендациям 2013 г., необходимо отметить, что в них, как и в предыдущих, приветствуется назначение ФК двух антигипертензивных препаратов в одной таблетке с целью повышения приверженности к лечению и улучшения контроля АД [2, 5, 9, 10]. Такой подход сейчас легче реализовать благодаря наличию комбинаций одних и тех же компонентов в разных дозах, что сводит к минимуму одно из неудобств, а именно невозможность увеличить дозу одного из препаратов независимо от другого. Например, как указано выше, ФК периндоприла аргинина и амлодипина представлена в четырех дозовых режимах, что покрывает практически весь спектр доз этих двух препаратов.

Необходимость выбора оптимальных режимов терапии и доз препаратов в лечении АГ еще раз подтвердило недавно опубликованное исследование [11]. При анализе базы данных, включавшей 468 877 пациентов с АГ (Outpatient Quality Improvement Network, Южная Каролина, США, 2007–2010 годы), выявлено, что у 31,5% пациентов

(n = 147 635) была неконтролируемая АГ. Из них 44 682 пациента (30,3%) получали три и более препарата, однако только в половине случаев (22 189 пациентов) они назначались в оптимальных дозах. Иными словами, у многих пациентов с АГ, считавшейся резистентной, на самом деле использовались неоптимальные режимы терапии и дозы. В передовой, сопровождающей эту статью, В. Weber, один из ведущих мировых экспертов в клинической гипертензиологии, отметил, что для улучшения лечения неконтролируемой АГ врачам следует искать случаи вторичной АГ, исключать гипертонию белого халата, более энергично убеждать больных в необходимости приверженности к терапии и, пожалуй, самое главное – назначать оптимальный режим лечения, особое внимание уделяя выбору адекватных доз препаратов [12].

В заключение следует отметить, что согласно новым рекомендациям ESH/ESC и действующим рекомендациям РМОАГ/ВНОК назначение комбинации двух гипотензивных препаратов рассматривается как быстрый и эффективный путь достижения контроля АД при ранее неконтролируемой АГ [1, 5]. В крупнейшем российском исследовании ПРОРЫВ было убедительно продемонстрировано, что назначение ФК периндоприл/амлодипин взамен неэффективной монотерапии и комбинированной терапии в большинстве случаев позволяет быстро добиться одной из основных целей в лечении АГ – достигнуть целевого уровня АД. Такой подход полностью соответствует нынешним рекомендациям экспертов по лечению АГ в отношении преимуществ комбинированной терапии.

Список литературы

1. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Систем. гипертен. 2010. № 3. С. 5.
2. Mancia G. et al.; Management of Arterial Hypertension; European Society of Cardiology // J. Hypertens. 2007. V. 25. № 6. P. 1105.
3. Mancia G. et al.; European Society of Hypertension // J. Hypertens. 2009. V. 27. № 11. P. 2121.
4. Оганов Р.Г. и др. // Кардиоваск. тер. и профилактика. 2011. № 10(1). С. 8.
5. Mancia G. et al. // J. Hypertens. 2013. V. 31. № 7. P. 1281.
6. Wald D.S. et al. // Am. J. Med. 2009. V. 122. № 3. P. 290.
7. Карпов Ю.А., Деев А.Д. от имени врачей-участников программы ПРОРЫВ // Кардиология. 2012. № 2. С. 29.
8. Карпов Ю.А. от имени врачей-участников программы ПРОРЫВ // Артериальная гипертензия. 2012. № 6. С. 484.
9. Gupta A.K. et al. // Hypertension. 2010. V. 55. № 2. P. 399.
10. Claxton A.J. et al. // Clin. Ther. 2001. V. 23. № 8. P. 1296.
11. Egan B.M. et al. // Hypertension. 2013. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01448 // <http://hyper.ahajournals.org>
12. Waeber B., Feihl F. // Hypertension. 2013. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01800 // <http://hyper.ahajournals.org>