

Любые подходы к оценке риска, включая SCORE, завышают его в странах, в которых наблюдается снижение сердечно-сосудистой смертности, и занижают в тех странах, где сердечно-сосудистая смертность увеличивается. Целесообразно вносить коррекцию в таблицы SCORE с учетом меняющихся смертности и распределения факторов риска.

Следует отметить и повышение роли медицинских сестер в профилактике. Речь идет о рабочей группе Европейского общества кардиологов по уходу за сердечно-сосудистыми больными. В западных странах медицинская сестра – это не просто человек, осуществляющий уход за больным, но это профессиональный медицинский работник, роль которого в профилактической работе по поддержанию навыков здорового образа жизни или по исполнению рекомендаций врача в лечении больного трудно переоценить. К сожалению, в нашей стране статус медицинской сестры как помощника врача, проводника профилактических знаний и умений, способного обучить и контролировать больного, почти утрачен. Следует, однако, безотлагательно рассмотреть этот вопрос.

Наконец, после публикации рекомендаций наиболее важ-

ным является распространение и внедрение их в клиническую практику. Исследования показали, что это происходит не всегда. Поэтому необходимо тщательно продумать формы и методы распространения информации, касающейся рекомендаций и разработать программу внедрения их в широкую клиническую практику. Это касается не только данных рекомендаций, но и любых, в том числе и российских рекомендаций, разработанных с учетом национальных особенностей. Таким образом, необходима устойчивая связь между рекомендациями и использованием их в реальной практике. Здесь должны широко использоваться в комплексе образовательные программы, наблюдательные исследования и регистры, которые могут зафиксировать изменение практики в соответствии с рекомендациями. Эти исследования и регистры позволят также оценить вклад рекомендаций в прогноз пациентов.

Хотелось бы еще раз обратить внимание на то, что в данном документе, как и в предыдущем, эксперты рабочей группы настоятельно рекомендуют разрабатывать национальные рекомендации и адаптировать цели, приоритеты и стратегии внедрения к местным условиям.

КОММЕНТАРИИ К НОВЫМ ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Д.В. Небиеридзе

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Росмедтехнологий, Москва

В Рекомендациях значительное место уделено проблеме использования в клинической практике β -блокаторов (БАБ) и диуретиков. Настоятельно советуем практическим врачам внимательно отнестись к данному разделу Рекомендаций. Дело в том, что давно известные отрицательные метаболические эффекты некоторых БАБ и диуретиков (ухудшение липидного и углеводного профиля) рассматриваются в качестве аргумента против широкого применения таких препаратов в клинической практике. Это особенно относится к пациентам, у которых повышен риск развития сахарного диабета (СД), например при метаболическом синдроме. В Рекомендациях приводится ссылка на мета-анализ 22-х исследований, включавший более чем 160 000 пациентов. Было установлено, что применение БАБ и диуретиков (особенно в сочетании друг с другом) ассоциируется с повышенным риском СД. Наименьший риск СД ассоциируется с применением ингибиторов АПФ (иАПФ) и антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА). В связи с этим ряд ученых предлагает вообще изъять БАБ из арсенала лечения пациентов с неосложненной артериальной гипертензией (АГ), оставляя этот класс препаратов только для вторичной профилактики. Дальше всех в этом отношении зашли эксперты Британских рекомендаций по лечению АГ (2006 г), в которых БАБ относят к четвертой линии средств лечения АГ.

Как же быть практическому врачу в сложившейся ситуации? Критика БАБ отдельными исследователями не должна вводить в заблуждение практического врача, который всегда должен знать, о каких БАБ идет речь. Действительно, неко-

торые БАБ, например атенолол (большинство исследований относится именно к нему), обладают отрицательными метаболическими эффектами и в ряде клинических ситуаций (например при метаболическом синдроме или при СД 2-го типа) не должны применяться. Вместе с тем современные суперселективные БАБ не обладают указанными отрицательными эффектами и могут широко использоваться в клинической практике, в том числе и при неосложненной АГ. Таким образом, относительно применения БАБ в клинической практике необходимо занять взвешенную позицию, которая и отражена в новых европейских рекомендациях по АГ. Отрицательные метаболические эффекты в меньшей степени распространяются на современные БАБ, особенно с вазодилатирующим эффектом. К таким БАБ относятся небиволол и карведилол. Представляется целесообразным добавить к этому списку метопролол и бисопролол, поскольку они также не вызывают отрицательных метаболических эффектов. Таким образом, практическому врачу необходимо смелее назначать указанные БАБ в различных клинических ситуациях, в том числе и при метаболическом синдроме и СД 2-го типа. Кстати, появление метаболического синдрома в разделе «лечение АГ в отдельных клинических ситуациях» свидетельствует о признании этого синдрома как самостоятельного состояния, а не просто сочетания факторов риска.

Взвешенный подход необходим и при назначении в клинической практике диуретиков. Назначение диуретиков, безусловно, требует учета их отрицательных метаболических эффектов, особенно характерных для высоких доз этих

препаратов. Однако необходимо руководствоваться клинической целесообразностью. Диуретики были и остаются незаменимыми средствами лечения АГ, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). При АГ и сопутствующей почечной недостаточности показано назначение петлевых диуретиков. В этих ситуациях диуретики могут назначаться в высоких дозах, поскольку клиническая целесообразность перевешивает риск усугубления метаболических нарушений. При неосложненной АГ, особенно при сопутствующих метаболических нарушениях, лучше избегать назначения высоких доз тиазидных диуретиков из-за увеличения риска СД. В этих случаях лучше использовать метаболически нейтральный индапамид. Кроме того, тиазидные диуретики в невысоких дозах не вызывают отрицательных метаболических эффектов, зато усиливают гипотензивный эффект практически всех классов препаратов.

Традиционные ниши применения иАПФ (АГ, ХСН, диабетическая нефропатия) дополнились возможностью их применения при каротидном атеросклерозе. Таким образом, в новых рекомендациях официально зафиксирован вазопротекторный эффект иАПФ, который известен достаточно давно. Ведь иАПФ, по определению, обладают вазопротекторным эффектом вследствие улучшения эндотелиальной функции. Как известно, по своему механизму действия этот класс препаратов, предупреждая распад брадикинина, способствует увеличению синтеза оксида азота. Неслучайно в европейских рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии для замедления прогрессирования ИБС и улучшения прогноза у этой категории больных рекомендовано назначение иАПФ (рамприпра и периндоприла, исходя из доказательной базы исследований HOPE и EUROPA). Согласно новым европейским рекомендациям по АГ, иАПФ показаны только пациентам, перенесшим инфаркт миокарда. По всей видимости, и для пациентов с сопутствующей стабильной стенокардией необходимо рекомендовать иАПФ, чтобы соблюсти соответствие двух рекомендаций.

С АРА связаны новые возможности в лечении проблемной группы пациентов с АГ и сопутствующей ХСН. В течение длительного времени отсутствовала альтернатива блокады ренин-ангиотензиновой системы, которая совершенно необходима при ХСН. Некоторые пациенты не переносят иАПФ. Кроме того, у женщин (по неустоенным пока причинам) эффективность иАПФ значительно ниже, чем у мужчин. В этих ситуациях врачу необходима альтернатива иАПФ. И эта альтернатива появилась, прежде всего, благодаря проекту CHARM. Было показано, что в случае непереносимости иАПФ применение кандесартана приводит к уменьшению частоты развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти от них, а также уменьшению частоты госпитализации по поводу ХСН. Более того, добавление кандесартана к иАПФ и БАБ у больных ХСН приводит к дальнейшему клинически значимому снижению частоты развития ССО (в т.ч. фатальных), а также госпитализаций. При этом эффективность кандесартана практически одинакова у мужчин и женщин. Таким образом, у практических врачей появилась реальная альтернатива блокады ренин-ангиотензиновой системы при АГ с ХСН. Из других АРА для лечения пациентов АГ с ХСН рекомендовано применение лозартана и вальсартана.

Как известно, основой успешного лечения АГ является до-

стижение целевого уровня АД. В этом смысле привлекает внимание появление в новых рекомендациях двух важнейших клинических групп пациентов. Одна из них – АГ и ИБС, вторая – АГ и инсульты. Как ни странно, в прежних рекомендациях целевые цифры АД для этих подгрупп пациентов с АГ отсутствовали. В новых рекомендациях по АГ целевыми цифрами для указанных групп пациентов, опираясь на доказательную базу, являются уровень АД 130/80 мм рт.ст. и ниже. Вместе с тем любой врач знает, что в ряде ситуаций у пациентов с ИБС, и особенно у перенесших нарушение мозгового кровообращения, интенсивное снижение АД может привести к ухудшению клинического состояния пациентов, вызванного снижением перфузии сердца и головного мозга. Поэтому у указанной категории больных, добиваясь целевого снижения АД, необходимо внимательно следить за клиническим состоянием пациента и в случае его ухудшения необходимо снижать АД до переносимого уровня. Это особенно относится к пациентам, перенесшим нарушение мозгового кровообращения. Кстати, в рекомендациях подчеркивается необходимость достижения целевого АД у данной категории пациентов только после стабилизации состояния и ни в коем случае не в острой стадии.

Практически важной для врачей представляется новая информация о выборе гипотензивных препаратов у пациентов с АГ, перенесших нарушение мозгового кровообращения. Как известно, в прошлых рекомендациях для этой категории пациентов на основании результатов исследования PROGRESS рекомендовалось назначение иАПФ (периндоприла) с последующим добавлением диуретика (индапамида), поскольку при такой стратегии обеспечивалось достоверное снижение риска повторных инсультов. В новой версии рекомендаций европейские эксперты решили рекомендовать для указанной категории пациентов любые классы гипотензивных препаратов в зависимости от клинической ситуации. Это свидетельствует о том, что рекомендации опираются не только на доказательную базу, но и на мнение авторитетных экспертов, обусловленное их клиническим опытом.

Главной целью лечения АГ в новой версии рекомендаций по-прежнему остается максимально возможное снижение риска ССО, что, как известно, требует не только адекватного контроля АД, но и коррекции всех сопутствующих факторов риска. Такой интегрированный подход к профилактике осложнений АГ получил дальнейшее развитие в новых рекомендациях. Благодаря новым данным появилась доказательная база для расширения показаний к медикаментозной коррекции сопутствующих факторов риска. Это относится, в первую очередь, к липидснижающей и антиагрегантной терапии. Если раньше назначение липидснижающей (статины) и антиагрегантной (аспирин) терапии при АГ оправдывалось сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями или СД 2-го типа, то в настоящее время подобное лечение показано и в случае их отсутствия, но при наличии высокого риска развития фатальных ССО (по шкале SCORE).

В целом рекомендации содержат ряд новых позиций, и врачам необходимо внимательно к ним присмотреться. Вместе с тем необходимо учитывать, что рекомендации, в первую очередь, имеют образовательное значение, и поэтому врач, принимая решение, должен исходить из клинического состояния больного.