

# Обновление Европейских рекомендаций по артериальной гипертензии 2009 — что появилось нового и от чего нового пришлось отказаться?

**А.О. Конради**

ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия

Конради А.О. — президент ООО «Антигипертензивная Лига», заместитель директора ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий» по научно-исследовательской работе, заведующая научно-исследовательским отделом артериальных гипертензий, доктор медицинских наук, профессор.

**Контактная информация:** ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий», ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, Россия, 197341. Тел.: +7 (812) 702–37–56. E-mail: ahleague@mail.ru (Конради Александра Олеговна).

**Ключевые слова:** рекомендации, артериальная гипертензия, комбинированная терапия.

## Reappraisal of European guidelines on hypertension management 2009 — what was new and what was denied?

**A.O. Konradi**

Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St Petersburg, Russia

**Corresponding author:** Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, 2 Akkuratov st., St Petersburg, Russia, 197341. Phone: +7 (812) 702–37–56. E-mail: ahleague@mail.ru (Konradi Alexandra, MD, PhD, Professor, the Assistant Director for Research, the Head of the Hypertension Research Department at Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, the President of Antihypertensive League).

**Key words:** guidelines, hypertension, combination therapy.

*Статья поступила в редакцию: 10.02.09. и принята к печати: 11.02.09.*

Обновление Европейских рекомендаций по артериальной гипертензии стало чрезвычайно важным документом 2009 года, определяющим современную тактику ведения больных с артериальной гипертензией (АГ), поскольку содержит данные самых последних исследований и их мета-анализов и критически пересматривает ряд важных позиций, имеющих непосредственное отношение к стратегии и тактике лечения пациентов различных групп. С точки зрения клинической практики, самый большой интерес представляют разделы документа, посвященные общим подходам к лечению, целевым уровням артериального давления (АД), выбору лекарственных препаратов и их комбинаций, лечению особых групп пациентов.

В целом новые рекомендации характеризуют упрощение и удешевление ряда подходов к обследованию больных и попытка приблизить схему обследования к реальной клинической практике, а также более сдержанное отношение к агрессивной тактике лечения больных с высоким нормальным АД даже при высоком риске и осторожный подход к лечению пациентов с низким риском и начальными проявлениями АГ.

Следует обратить внимание на то, что обследование почек, выявление протеинурии и микроальбуминурии, а

также расчет клубочковой фильтрации признаны в очередной раз необходимыми и дешевыми тестами, что, к сожалению, пока плохо приживается в Российском здравоохранении. При этом подчеркивается необходимость оценки субклинического поражения органов-мишеней, в особенности сердца и почек, не только для скрининга и определения группы риска, но и для дальнейшего мониторинга состояния пациента.

Что касается подходов к лечению, то достаточно осторожна позиция европейских экспертов в плане начала лечения у больных низкого риска и в отношении целевых уровней терапии. Указано, что раннее начало антигипертензивной терапии, до появления поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистых событий у больных с высоким нормальным АД не рекомендуется. Принципиально важно, что, несмотря на отсутствие четких данных по пожилым пациентам, эксперты пришли к выводу по-прежнему рекомендовать снижение систолического АД ниже 140 мм рт. ст. и диастолического АД ниже 90 мм рт. ст. для всех больных с АГ, как умеренного, так и высокого риска. Неоднозначная позиция высказана и в отношении более низкого целевого уровня АД для больных с сахарным диабетом и предшествовавшими сердечно-сосудистыми катастрофами. Однако

отсутствие убедительных доказательств необходимости таких уровней для этих категорий больных все-таки не позволило сегодня отказаться от имеющихся рекомендаций, и целевые уровни АД 2007 года в целом остаются практически без изменений. Возможно, приведенные в новом документе рассуждения по поводу сомнений в рекомендуемых целевых уровнях АД покажутся практически врачу несколько сложными и расплывчатыми, но они отражают недостаток имеющихся сегодня данных и необходимость формулировать рекомендации без четких доказательств их целесообразности.

Значительно более конкретной и понятной представляется позиция экспертов в отношении выбора антигипертензивных препаратов. Закреплено еще раз мнение о том, что не существует однозначных данных, свидетельствующих об отличиях между основными классами препаратов, как в отношении снижения АД, так и в отношении профилактики сердечно-сосудистых осложнений, в том числе, таких как инсульт или инфаркт миокарда. В связи с этим рекомендация 2007 года о том, что диуретик, ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), антагонист кальция, блокатор рецепторов к ангиотензину II и бета-блокатор могут назначаться в качестве первого шага терапии АГ, остается справедливой. При этом подчеркивается, что каждый класс препаратов имеет свои противопоказания, равно как и преимущества в конкретных клинических ситуациях. Впервые сформулировано важное утверждение о том, что традиционное ранжирование препаратов на препараты первого, второго и третьего ряда не имеет ни научного, ни практического смысла и его следует избегать.

Ожидаемо было то, что акцент в лечении еще более чем в 2007 году смещен в сторону комбинированной терапии, особенно в пользу применения фиксированных комбинаций препаратов. По сравнению с рекомендациями 2007 года, больший акцент сделан на первоочередные комбинации, которые доказали свою эффективность в клинических исследованиях, в том числе для начала терапии. Помимо традиционных комбинаций диуретиков с ИАПФ, блокаторов рецепторов к ангиотензину II или антагонистов кальция, большое внимание уделяется более поздним исследованиям, в которых изучалась комбинация ИАПФ и антагониста кальция. В связи с этим в основном цитируются такие исследования, как ASCOT и ACCOMPLISH, в которых использовалась комбинация ИАПФ с антагонистом кальция дигидропиридиновой группы, а также исследование STAR, в котором были показаны преимущества применения верапамила длительного высвобождения в комбинации с трандолаприлом (препарат Тарка) в сравнении с комбинацией блокатора ренин-ангиотензиновой системы с диуретиком у больных с высоким риском сахарного диабета. Преимущества такой комбинации еще раз обсуждаются в разделе, посвященном сахарному диабету, хотя и не выносятся формально в официальную рекомендацию для таких пациентов.

В разделах, касающихся лечения АГ в особых группах, следует отметить узаконивание позиции в отноше-

нии необходимости и целесообразности лечения больных старческого возраста, а также то, что выбор препаратов не может быть обусловлен возрастом пациентов и совершенно не зависит от пола. Для больных с сахарным диабетом рекомендации по жесткому контролю АД звучат не так однозначно, как прежде, но зато появились рекомендации о целесообразности, хотя и осторожного, но жесткого контроля уровня глюкозы. Помимо этого, подтверждены протективные свойства блокаторов ренин-ангиотензиновой системы при пароксизмальной фибрилляции предсердий, а также при патологии почек.

Крайне привлекательно то, что документ завершает раздел о планах на проведение дальнейших исследований. При этом очень четко ограничен круг вопросов, которые необходимо решить в ходе планирования и выполнения рандомизированных исследований, указано, каковы должны быть их дизайн и критерии оценки эффективности, определены перспективы выполнения.

В целом представленный сегодня читателям документ Европейского общества кардиологов является очень важным этапом в формировании взвешенной позиции мировых экспертов в области корректного отношения к проблеме АГ и сопутствующих факторов риска, основанных только на принципах доказательной медицины. Его характеризует крайне объективная позиция в интерпретации всех имеющихся данных, отсутствие какой-либо предвзятости в оценках и формулировках, а также критический подход ко всем имеющимся противоречиям и неточностям. И, несмотря на то, что по некоторым позициям документ может показаться в определенной мере «отходом назад» от рекомендаций 2007 года, на самом деле он представляет собой намного более глубокий анализ имеющейся ситуации с четко очерченной перспективой развития исследований в данной области, которые помогут закрыть все имеющиеся пробелы в наших знаниях по проблеме на настоящий момент времени.