

# 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.

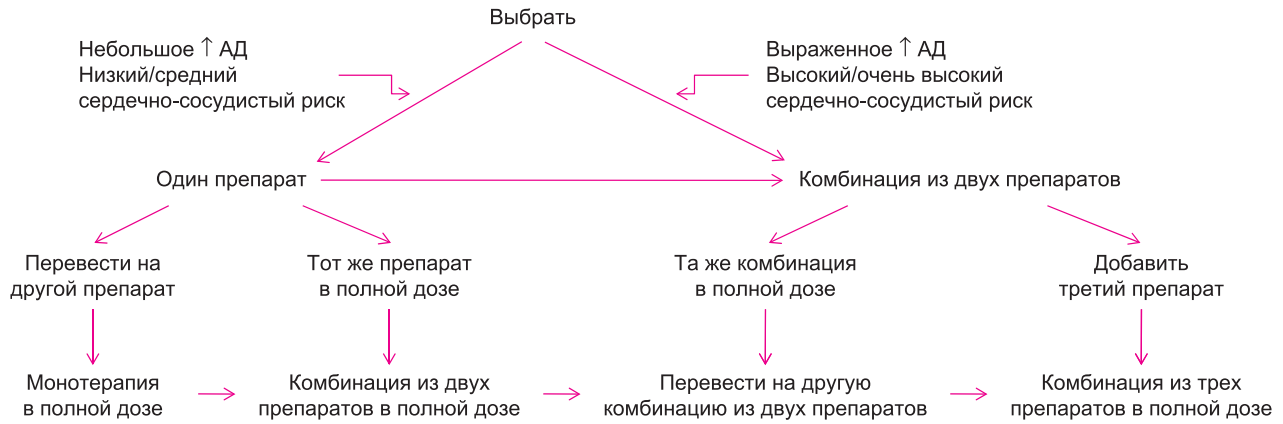
Алгоритм диагностики и лечения АГ, как и других заболеваний, излагается в рекомендациях профессиональных сообществ. Недавно на очередном конгрессе Европейского общества по артериальной гипертензии (ESH) были представлены новые, разработанные совместно с Европейским обществом кардиологов (ESC) рекомендации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