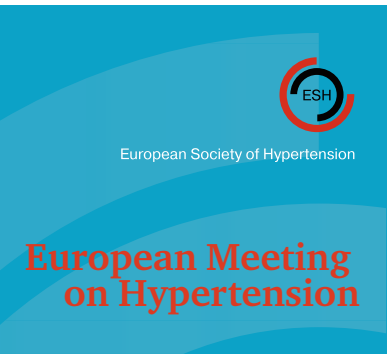
# Ожидают ли нас сюрпризы в новых европейских рекомендациях по лечению АГ?




**Европейское общество гипертензии (ESH) осенью 2009 года планирует внести изменения в текущие (редакция 2007 года) европейские рекомендаци по лечению АГ. На сессии общества, состоявшейся 15 июня 2009 в Милане (Италия) доктор Джузеппе Манчиа (университет «Milan Bicocca», Монза, Италия) озвучил основные изменения и объявил, что полная версия новых рекомендаций будет опубликована в октябрьском (2009 г) номере Journal of Hypertension.**

Одним из ключевых изменений станет введение нижней границы целевого АД: САД – 120 мм рт ст, ДАД – 70 мм рт ст. Выход за границы этого лимита признан опасным для пациентов из группы высокого риска. Другим важным изменением станет отказ от деления препаратов на «первую», «вторую» и др. линии терапии. Теперь больше внимания будет уделяться кокретной клинической ситуации, в которой находится пациент, и соответственно, определяющей выбор того или иного препарата для лечения.

Доктор Эмпар Лурбе (Empar Lurbe, Университет Валенсии, Испания) озвучил другую важную новость – в сентябрьском (2009 г) выпуске Journal of Hypertension будут опубликованы первые европейские рекомендации по лечению АГ у детей и подростков. Важной составляющей этих рекомендаций станет определение зоны интереса для будущих исследований. По словам доктора Лурбе, «в настоящее время мы не имеем данных о европейской детской популяции и вынуждены опираться на американские. В связи с этим крайне остро стоит необходимость определения базисных показателей функционирования сердечно-сосудистой системы именно для европейских детей. Другой важной целью является разработка и повсеместное внедрение в детскую кардиологическую практику безртутных сфигмоманометров».

Европейские специалисты также с нетерпением ждут выхода в свет очередной (8-ой) редакции американский рекомендаций по лечению АГ (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure – JNC 8). Он планируется в конце 2009 года, и вызывает большой интерес, т.к. многие специалисты не представляют, какие изменения будут внесены в документ.

Текст основан на репортаже Лизы Нанголлан (Heartwire) о европейском съезде «European Meeting on Hypertension 2009», состоявшемся 15 июня 2009 в Милане (Италия)

Abbott
A Promise for Life

## J-образная кривая: узкие рамки оптимального АД для пациентов высокого риска

Манчиа заявил, что решение обновить рекомендации 2007 года было принято в связи с тем, что с момента их выхода в свет были опубликованы результаты целого ряда исследований, которые могли изменить текущие положения рекомендаций, или же, напротив, их упрочить и перенести на более высокую ступень по критерию доказательности.

Хотя на данный момент еще остаются вопросы, требующие окончательного согласования, концептуально изменения уже согласованы, что и дало возможность анонсировать их на данной встрече.

Что касается основных цифровых показателей и целей лечения гипертоника, они практически не изменятся в сравнении с рекомендациями 2007 года. Пороговое значение АД, требующее вмешательства, для общей популяции по-прежнему составляет >140/90 мм рт ст, целевое значение также составляет <140/90 мм рт ст. Для пациентов из группы высокого риска аналогичные значения составляют >130/85 мм рт ст и < 130/80 мм рт ст соответственно. В то же время более «агрессивные» целевые цифры давления для высокого риска не оправданы результатами клинических исследований.

Решение о внедрении в практику нижней допустимой границы снижения АД у пациентов высокого риска сужает рамки оптимального давления в этой популяции.

Объясняя новое решение общества, Манчиа сказал: «В 2007 все доступные для анализа опубликованные исследования кроме HOT были ретроспективными. В то же время мы знали, что существует нижняя граница уровня АД, преодоление которой приводит к ухудшению перфузии органов. В настоящее время результаты целого ряда исследований, включая INVEST, ONTARGET, VALUE и TNT, свидетельствуют о наличии порога АД, ниже которого опускаться не стоит во избежание нанесения вреда больному. Как только значение АД у пациента высокого риска приближается к 120/70 мм рт ст, возникает так называемая J-образная зависимость, и это должно насторожить врача.»

## Ление пожилых; индивидульный подход к каждому больному

Другим немаловажным измененим в новой редакции станут рекомендации по лечению пациентов преклонного возраста (старше 80 лет), для которых ранее целесообразность снижение АД была неясной.

В настоящее время имеются данные, полученные в исследовании HYVET и свидетельствующие о полной оправданности такой тактики. Контроль АД у престарелых больных позволяет продлить их жизнь.

В старых рекомендациях врачу предлагалось на выбор 5 классов антигипертензивных препаратов, подходящих для начала лечения: диуретики, иАПФ, антагонисты кальция, АРА и бета-блокаторы. С момента их выхода в свет были получены результаты ряда серьезных исследований, свидетельствующих о дополнительных положительных эффектах иАПФ, АРА и антагонистов кальция. Эти данные существеннно упрочили позицию перечисленных классов в лечении АГ и таких состояний как сердечная недостаточность и нефропатия.

Текст основан на репортаже Лизы Нанголлан (Heartwire) о европейском съезде «European Meeting on Hypertension 2009», состоявшемся 15 июня 2009 в Милане (Италия)

Abbott
A Promise for Life

Одним из спорных моментов, касающихся выбора антигипертензивной терапии стали дебаты вокруг исключения Британским обществом гипертензии бета-блокторов из числа препаратов первой, второй и даже третьей линии терапии в 2006 году. В 2007 г Европейское общество гипертензии посчитало этот шаг неоправданным, так как бета-блокаторы в ходе клинических исследований чаще всего назначались совместно с диуретиками, что не позволяло точно определить, как позитивное, так и негативное действие каждого из классов в отдельности. И, хотя в некотороых исследованиях были продемонстрированы негативные эффекты бета-блокаторов (LIFE, ASCOT), были и такие, которые показали их с положительной стороны (HAPPHY, IPPPSH, STOP, INVEST, UKPDS).

Совокупность доказательных данных в настоящее время свидетельствует о том, что судить о эффективности бета-блокаторов можно только применительно к конкретной категории больных. В частности, с точки зрения предотвращения инсульта, бета-блокаторы уступают антагонистам кальция, однако в лечении застойной сердечной недостаточноти имеют очевидные преимущества.

Фактически, в новых рекомендациях уже не предлагается использовать ступенчатый подход к терапии АГ, подразумевавший наличие терапии первой и второй линий. Разделение препаратов на «линии» было бы оправданным, если бы в природе существовал некий усредненный пациент, но это возможно только в статистике, в клинической практике такого пациента не существует. Гораздо правильнее выбирать препарат, который поможет конкретному больному в конкретной ситуации.

У всех препаратов есть свои преимущества и недостатки, и врачу важно понимать в какой клинической ситуации преимущества определенного лекарства будут наиболее значимыми.

## Комбинированная терапия по-прежнему на первом месте у больных высокого риска

В новых рекомендациях, так же как и в редакции 2007 года, подчеркнута важность использования комбинированной терапии уже на первом этапе лечения больных, относящихся к группе высокого риска. Вместе с тем данные, полученные за 2 прошедших года, позволили уточнить и оптимизировать имевшуюся информацию. Правильность курса на комбинированную терапию, принятого в 2007 году, была подтверждена в таких исследованиях, как ACCOMPLISH, ADVANCE, HYVET, ASCOT and ONTARGET. Эти работы показали, что для предотвращения «катастрофы» у больных высокого риска мы должны снизить давление достаточно быстро. Кроме того, по последним данным, меньше больных прекращают лечение, если оно было начато с комбинированной терапии.

В соответствии с современными позициями, пациенты упомянутой категории должны получать блокатор РААС (иАПФ или АРА) в комбинации с антагонистом кальция или диуретиком. В то же время это не значит, что другие комбинации не имеют права на существование и использование.

Еще одной темой для дебатов стал вопрос о целесообразности использования комбинации иАПФ и АРА . Профессор Манчиа, заявил, что несмотря на неутешительные результаты, полученные в ONTARGET, сочетание двух видов блокады РААС по-прежнему возможно

Текст основан на репортаже Лизы Нанголлан (Heartwire) о европейском съезде «European Meeting on Hypertension 2009», состоявшемся 15 июня 2009 в Милане (Италия)

Abbott
A Promise for Life

с целью снижения протеинурии, которое по некоторым данным может быть более существенным при использовании комбинации в сравнении с монотерапией одним видом блокатора РААС.

В то же время, по словам Манчиа, «результаты ONTARGET конечно нельзя забывать, и очень тщательно и осторожно проводить титрование дозы в совокупности с частым мониторингом почечной функции, АД и учетом факторов, способных привести к потере жидкости»

Текст основан на репортаже Лизы Нанголлан (Heartwire) о европейском съезде «European Meeting on Hypertension 2009», состоявшемся 15 июня 2009 в Милане (Италия)

Abbott
A Promise for Life