

*ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ***ИНФОРМАЦИЯ О КОНГРЕССЕ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ,  
ПРОХОДИВШЕГО 31.08–04.09.2013 В г. АМСТЕРДАМ (НИДЕРЛАНДЫ)**

На конгрессе были представлены новые подходы к лечению пациентов с артериальной гипертонией (АГ). В докладе Renata Cifkova (Прага, Чехия) было отмечено, что в соответствии с новыми Европейскими рекомендациями по АГ (ESH/ESC 2013 года) при сахарном диабете рекомендованы и могут использоваться все классы гипотензивных препаратов, при этом блокаторы ренин-ангиотензиновой системы предпочтительны при микроальбуминурии и протеинурии, а одновременное назначение двух блокаторов ренин-ангиотензиновой системы не рекомендовано, и его следует избегать у пациентов с сахарным диабетом. Лекарственную терапию следует начинать при уровне систолического артериального давления (АД) не менее 140 мм рт. ст., а целевые показатели АД составляют менее 140/85 мм рт. ст. (рекомендации класса IА). Продемонстрировано снижение уровней макрососудистых и почечных осложнений на фоне сахарного диабета при успешной гипотензивной терапии, но пока не изучено ее влияние на ретинопатию и нейропатию.

При сахарном диабете пока нет доказательств пользы назначения гипотензивных препаратов при уровне систолического АД менее 140 мм рт. ст., также отмечается, что систолическое АД менее 130 мм рт. ст. связано с уменьшением протеинурии и микроальбуминурии, но его ассоциации с рено- и кардиопротекцией не определены. При этом, в отличие от терапии статинами, в настоящее время нет убедительных доказательств о пользе антитромбоцитарных препаратов в комплексе с гипотензивными лекарствами. В стратегии гипотензивного лечения пациентов с метаболическим синдромом (МС) приоритетами являются изменения в стиле жизни, особенно снижение веса и физические упражнения (класс IВ). Гипотензивные препараты, потенциально улучшающие чувствительность к инсулину или, по крайней мере, не ухудшающие ее (блокаторы ренин-ангиотензиновой системы и антагонисты кальция), являются наиболее предпочтительными лекарствами (класс IIаС), а бета-блокаторы (за исключением вазодилатирующих бета-блокаторов) и диуретики рассматриваются как

дополнительные лекарственные средства (класс IВ). У пожилых пациентов (старше 80 лет) с АГ лекарственная терапия показана при систолическом АД не менее 160 мм рт. ст. с целевыми значениями этого показателя между 140–150 мм рт. ст. (класс IА), а у больных моложе 80 лет лечение гипотензивными препаратами может начинаться при систолическом АД 140–159 мм рт. ст. с его целевым уровнем менее чем 140 мм рт. ст. (класс IIбС). В лечении пожилых пациентов с АГ предпочтительно применение диуретиков и антагонистов кальция.

При лечении пациентов с сочетанием АГ и ИБС должны быть достигнуты целевые значения систолического АД менее 140 мм рт. ст. (класс IIаВ). У пациентов с недавно перенесенным инфарктом миокарда для коррекции АГ рекомендуются бета-блокаторы, а в случае наличия других форм ИБС могут быть использованы все антигипертензивные препараты, но бета-блокаторы и антагонисты кальция предпочтительны при наличии стабильной стенокардии. Диуретики, бета-блокаторы, блокаторы ренин-ангиотензиновой системы, блокаторы ангиотензиновых рецепторов и/или антагонисты минералкортикоидных рецепторов рекомендованы для пациентов с сердечной недостаточностью или с тяжелой левожелудочковой дисфункцией для уменьшения смертности и количества госпитализаций (класс IА). Блокаторы ренин-ангиотензиновой системы и блокаторы ангиотензиновых рецепторов, а также бета-блокаторы и антагонисты минералкортикоидных рецепторов, если имеется сердечная недостаточность, должны быть назначены как антигипертензивные препараты при высоком риске возникновения фибрилляции предсердий (класс IIаС). В качестве рекомендаций IIIВ класса отмечены предложения не использовать гипотензивные препараты в течение первой недели после инсульта вне зависимости от уровня АД, хотя оговаривается, что решение о назначении этих препаратов следует принимать на фоне очень высокого уровня систолического АД. У пациентов с АГ и наличием в анамнезе инсульта или транзиторной ишемической атаки целевым является уровень

систолического АД менее 140 мм рт. ст. (класс IIaB), у пожилых пациентов этой категории уровень данного показателя может быть несколько выше (класс IIbB). При АГ для профилактики инсульта приемлемо применение всех режимов гипотензивного лечения, обеспечивающих эффективное снижение АД (класс IA). На вопрос «Когда начинать гипотензивное лечение у больных АГ?» докладчик постулирует: при уровнях АД не менее 140/90 мм рт. ст. или при меньших его значениях, но если имеются симптомы поражения «органов-мишеней». Эти новые данные планируется использовать в лекционном курсе на медицинском факультете НГУ и в разработке совместных с ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН научных программ по исследованию актуальных проблем артериальной гипертензии.

На научной сессии, посвященной нестатинной терапии дислипидемий, в выступлении L. Tokgozogl (Анкара, Турция) отмечено, что в настоящее время нет убедительных доказательств снижения риска сердечно-сосудистых событий при лечении фибратами пациентов с дислипидемиями, но их сочетание со статинами относительно безопасно и может использоваться для лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа при наличии высоких показателей триглицеридов и холестерина липопротеинов низкой плотности, а также при низком уровне холестерина липопротеинов высокой плотности. В докладе D. Kromhout (Нидерланды) продемонстрировано, что Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты снижают фатальную коронарную болезнь сердца, возможно внезапную смерть, но не влияют на основные сердеч-

но-сосудистые события как у мужчин, так и у женщин (HR: 1,01 (95%CI 0,87–1,17),  $p = 0,93$ ). Автор высказал предположение, что у постинфарктных больных, которые не переносят статины, назначение Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот может быть альтернативой для уменьшения возникновения основных сердечно-сосудистых событий. Профессор Barter (Сидней, Австралия) проанализировал отрицательные результаты двух недавно завершившихся клинических исследований с использованием ниацина (AIM-HIGH и HPS2) и заключил, что перспективы дальнейшего использования этого препарата в лечении дислипидемий в настоящее время туманны.

Представлен обзор исследований ингибиторов белка, переносчика эфиров холестерина. Отмечено, что по предварительным данным торцетрапиб увеличивает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, а проспективное исследование дальцетрапиба остановлено в виду его неэффективности. Остается надежда, что клинические испытания двух других препаратов этой группы будут более успешны – в 2017 году ожидаются результаты исследований DEFINE и ACCELERATE. Профессор Santos (Сан-Паулу, Бразилия) рассмотрел механизмы действия и клиническое значение эзетимиба и отметил, что этот препарат снижает уровни проатерогенных липопротеинов плазмы и уменьшает проявления атеросклероза в экспериментальных моделях, а также обозначил возможности его клинического применения при тяжелых гиперхолестеринемиях как дополнительного препарата к высоким дозировкам статинов.

*К.Ю. Николаев*, д-р мед. наук, проф.,  
зав. лабораторией неотложной терапии  
ФГБУ «НИИ терапии и профилактической  
медицины» СО РАМН