

Артериальная гипертония в свете современных рекомендаций

И.Е. ЧАЗОВА

Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

Артериальная гипертония (АГ) относится к наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям. Экспертное сообщество регулярно создает рекомендации по определению, диагностике и лечению АГ. Наиболее значимыми документами считаются рекомендации американских медицинских обществ и Европейского общества по АГ совместно с Европейским кардиологическим обществом. Именно последний документ, как правило, является основополагающим для создания российских рекомендаций по АГ. В статье обсуждаются сходства и различия в представлениях о классификации АГ, целевых уровнях артериального давления, подходах к немедикаментозной и лекарственной терапии данного заболевания.

Ключевые слова: артериальная гипертония, артериальное давление, контроль уровня артериального давления, антигипертензивная терапия, комбинированная антигипертензивная терапия, рекомендации.

Arterial hypertension in the light of current recommendations

I.E. CHAZOVA

Myasnikov Research Institute of Clinical Cardiology. FSBI "National medical research center of Cardiology" of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Arterial hypertension (AH) refers to the most common cardiovascular diseases. The expert community regularly creates recommendations on the definition, diagnostics and treatment of hypertension. The most significant documents are recommendations American Medical Societies and the European Society for Hygiene in association with the European cardiological society. The latter document, as a rule, is fundamental for the creation of Russian recommendations on AH. Similarities are discussed in the article and differences in perceptions of the classification of hypertension, target levels of blood pressure, approaches to non-drug and drug therapy of the disease.

Keywords: arterial hypertension, blood pressure, blood pressure control level, antihypertensive therapy, combination antihypertension therapy, guidelines.

АА – антагонисты альдостерона

ААБ – альфа-адреноблокаторы

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

АК – антагонисты кальция

БАБ – бета-адреноблокаторы

БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II

БСК – болезни системы кровообращения

ДАД – диастолическое АД

ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КД – калийсберегающие диуретики

МИ – мозговой инсульт

ПД – петлевые диуретики

ПИР – прямые ингибиторы ренина

ПЦД – препараты центрального действия

САД – систолическое АД

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ССО – сердечно-сосудистые осложнения

ССР – сердечно-сосудистый риск

ССС – сердечно-сосудистая смертность

ТД – тиазидоподобные диуретики

ХБП – хроническая болезнь почек

Артериальная гипертония (АГ) относится к наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). По данным наших зарубежных коллег [1], в 2010 г. 1,39 млрд людей старше 20 лет в мире имели АГ. Почти в 3 раза больше пациентов с АГ жили в странах с низким и средним доходом (1,04 млрд) в сравнении со странами с высоким доходом (349 млн).

Частота АГ за период с 2000 по 2010 г. возросла среди всего населения с 25,9 до 31,1%, у мужчин – с 26,4 до 31,9%, а у женщин – с 25,1 до 30,1%.

В России, по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ РФ, которое проводилось в 9 регионах в 2012–2013 гг. и включало данные 5563 мужчин и 9737 женщин в возрасте 25–64 лет [2], распространенность АГ составила 44% (у мужчин 48,2% и 40,8% у женщин). По данным Росстата, в структуре заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) АГ занимает первое место; на долю пациентов с повышенным уровнем артериального давления (АД) в 2015 г. приходился 41%, в 2016 г. – 42% и в 2017 г. – 42,9%. При этом в структуре смертности БСК на долю АГ в этот же период времени приходилось только 2–2,1%.

АГ является одной из наиболее обсуждаемых проблем в медицинском сообществе не только из-за ее широкой распространенности, но и вследствие того, что она является наиболее значимым фактором риска других ССЗ, а также потому, что наличие АГ определяет более высокий уровень сердечно-сосудистой смертности (ССС).

Экспертное сообщество регулярно создает рекомендации по определению, диагностике и лечению АГ. Наиболее значимыми документами считаются рекомендации американских медицинских обществ и Европейского общества по АГ совместно с Европейским кардиологическим обществом. Именно последний документ, как правило, является основополагающим для создания российских рекомендаций по АГ.

В рекомендациях приводится классификация уровней АД и обозначаются его пороговые значения, превышение которых говорит о наличии АГ. Несмотря на некоторое несовпадение градации АД, как американские, так и европейские (и, соответственно, российские) эксперты принимали за пороговые значения уровни АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. при его клиническом («офисном») измерении. Но в 2017 г. американским медицинским сообществом предложены новые

рекомендации по АГ [3], в которых пороговые значения АД значительно снижены – до 130/80 мм рт. ст. Американские эксперты объяснили свое решение результатами наблюдательных и рандомизированных клинических исследований, в которых риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и мозгового инсульта (МИ) для уровней систолического АД (САД) 120–129 мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) 80–84 мм рт. ст. в сравнении со значениями САД <120 мм рт. ст. и ДАД <80 мм рт. ст. составляет от 1,1 до 1,5, а при сравнении САД/ДАД 130–139/85–89 мм рт. ст. и <120/80 мм рт. ст. уже 1,5–2,0. Это объяснение представляется недостаточно убедительным. Поэтому в своих рекомендациях от 2018 г., которые представлены на пленарном заседании 28-го Европейского конгресса по АГ и сердечно-сосудистой профилактике в Барселоне, европейские эксперты оставили классификацию уровней АД неизменной. Очевидно, российские рекомендации также сохраняют прежнюю градацию АД.

Важным является вопрос терапии у пациентов с повышенным АД. Как известно, существует 2 основных вида терапии АГ: немедикаментозный (изменение образа жизни) и медикаментозный. В последние годы у пациентов с рефрактерной АГ стали использоваться инструментальные методы лечения. В современных американских рекомендациях по АГ изменение образа жизни (снижение массы тела, использование «здоровой для сердца» диеты, снижение потребления соли, регулярные физические нагрузки, уменьшение потребления алкоголя и т.д.) назначается всем больным с повышенным АД. Пациентам с клинически подтвержденным атеросклеротическим ССЗ или при 10-летнем риске ССЗ $\geq 10\%$ при 1-й степени АД (130–139/80–89 мм рт. ст.), а также пациентам со 2-й степенью АГ (>140/90 мм рт. ст.) рекомендуется назначение также и медикаментозной терапии.

Европейские рекомендации имеют четкий алгоритм лечения больных с АГ. Все пациенты разделяются на лиц низкого, среднего, высокого и очень высокого добавочного риска ССЗ. Градация на степень риска, поражения органов-мишеней, сахарного диабета типа 2 (СД типа 2), хронической болезни почек (ХБП), ССЗ и цереброваскулярных болезней. Пациенты с низким сердечно-сосудистым риском (ССР) могут находиться на немедикаментозной терапии в течение нескольких месяцев, при достижении целевых уровней АД рекомендуется назначить лекарства, для пациентов среднего риска время назначения от немедикаментозной до применения лекарственной терапии сокращено до нескольких недель. Пациенты высокого и очень высокого ССР должны получать немедикаментозную и лекарственную терапию одновременно.

Важнейшим вопросом лечения пациентов с АГ является определение целевых уровней АД.

В новых американских рекомендациях за целевые уровни приняты значения <130/80 мм рт. ст., что значительно меньше ранее рекомендованных. Обоснованием для такого снижения явились результаты исследования SPRINT [4], а также результаты нескольких мета-анализов [5, 6]. Исследование SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) проводилось с участием 9361 пациента с уровнем АД 130 мм рт. ст. и выше и повышенным ССР, но без СД. Всех пациентов разделили на группу «интенсивного лечения» – с целевым уровнем САД <120 мм рт. ст., и «стандартного лечения», когда САД рекомендовалось снижать до уровня <140 мм рт. ст.

Исследование прекращено досрочно, так как в группе «интенсивного лечения» первичной конечной точки (все случаи инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и сердечно-сосудистой смерти) достигло достоверно меньше пациентов, чем в группе «стандартного лечения» (1,65% против 2,19%). Общая смертность также оказалась более низкой в группе «интенсивного лечения». В то же время исследователи отметили, что частота серьезных побочных эффектов, таких как гипотония, обморок, электролитные нарушения и острое повреждение почки или острая почечная недостаточность, была выше в группе «интенсивного лечения» в сравнении с группой «стандартного лечения».

Выполненные с включением результатов исследования SPRINT мета-анализы также продемонстрировали эффективность более жесткого контроля АД в плане снижения риска ССЗ и общей смертности.

Основная критика исследования SPRINT касалась нестандартного метода измерения АД, которое занижало значения АД на 5–10 мм рт. ст. в сравнении с данными, полученными при использовании «классического» офисного (клинического) метода определения АД, а по мнению некоторых исследователей, даже на 15 мм рт. ст.

Поэтому большинство европейских экспертов отнеслись к результатам SPRINT весьма критически. Общую точку зрения отлично выразил президент Европейского общества АГ Энрико Агабити Россеи: «...На основании SPRINT и мета-анализов можно сделать вывод, что более агрессивное снижение АД может уменьшить число сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ высокого риска. Тем не менее, имеющиеся к настоящему времени данные и специфический дизайн исследования не позволяют определить точное значение целевого АД».

В новых европейских рекомендациях отражена именно эта точка зрения. Предполагается при применении лекарственной терапии снижать АД до 140/90 мм рт. ст. у всех пациентов. В случае, если лечение хорошо переносится, значения АД снижаются до 130/80 мм рт. ст. или ниже у большинства пациентов; в то же время для некоторых групп необходимость такого снижения менее очевидна, а у пожилых пациентов (> 65 лет) АД не должно снижаться менее 130/80 мм рт. ст. В процессе терапии САД не должно быть ниже 120 мм рт. ст.

Точка зрения европейских экспертов представляется более обоснованной и в практическом плане более приемлемой. Поэтому с большой долей вероятности можно предположить, что в российских рекомендациях будут представлены именно такие уровни АД.

Основой лечения больных АГ является лекарственная терапия. В американских рекомендациях по АГ «первичными» классами лекарственных средств считаются тиазидные и тиазидоподобные диуретики (ТД), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), дигидропиридиновые и недигидропиридиновые антагонисты кальция (АК). Ко «вторичным» классам ангиотензивных препаратов относят петлевые диуретики (ПД) и калийсберегающие диуретики (КД), а также диуретики – антагонисты альдостерона (АА), бета-адреноблокаторы (БАБ), альфа-адреноблокаторы (ААБ), прямые ингибиторы ренина (ПИР), препараты центрального действия (ПЦД) и прямые вазодилататоры.

Обосновывая выделение «первичных» и «вторичных» классов антигипертензивных препаратов, американские эксперты указывают на то, что препараты, снижающие число сердечно-сосудистых осложнений (ССО), должны иметь преимущество. Препараты второго ряда не подтвердили своего превосходства над препаратами первого

Сведения об авторе:

Чазова Ирина Евгеньевна – д.м.н., проф., акад. РАН, директор Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова

выбора по влиянию на риск ССО либо их безопасность и переносимость недостаточны. Это определяет их место в качестве препаратов второй линии.

В современных европейских рекомендациях упоминается 5 основных классов антигипертензивных препаратов: ИАПФ, БРА, БАБ, АК и ТД. Выбор именно этих классов препаратов основывается на их доказанной способности снижать АД, данных плацебо-контролируемых исследований, показавших, что они снижают риск ССО и ССС за счет своего антигипертензивного действия.

Из других классов антигипертензивных препаратов упоминаются ААБ, ПЦД и АА. При этом подчеркивается, что данные лекарства изучались в рандомизированных исследованиях мало, и есть данные о высокой частоте побочных эффектов при их назначении.

Сейчас в российских рекомендациях также упоминается об основных классах антигипертензивных препаратов [7]. К ним так же, как и в европейских рекомендациях, относятся ИАПФ, БРА, АК, БАБ и ТД, к дополнительным классам – ПИР, ААБ и ПЦД. При этом деление на основные и дополнительные классы антигипертензивных средств обусловлено наличием (или отсутствием) доказанного в рандомизированных клинических исследованиях влияния на ССО и ССС. Очевидно, в новой версии отечественных рекомендаций этот раздел будет изменен.

Комбинированная антигипертензивная терапия является основой рационального лечения АГ. Вопросам применения нескольких антигипертензивных препаратов у пациентов с АГ уделено особое внимание во всех имеющихся рекомендациях. По мнению американских экспертов, начало лечения с 2 препаратов первой линии из различных классов антигипертензивных препаратов как в виде нефиксированной, так и в форме фиксированной комбинации рекомендуется взрослым со II стадией АГ (при АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.) и уровнях АД, более чем на 20/10 мм рт. ст. превышающих целевые уровни АД. Начало лечения с монотерапии может быть рекомендовано у пациентов с I стадией АГ (при АД 130–139/80–89 мм рт. ст.) и целевыми значениями АД $<130/80$ мм рт. ст. При этом подчеркивается, что начало терапии с 2 препаратов может быть рекомендовано большинству пациентов, так как оно повышает приверженность к терапии и позволяет быстрее достигать целевые уровни АД. Монотерапия на первой ступени лекарственной терапии в свою очередь имеет преимущества у пожилых пациентов, склонных к гипотонии, у лиц с повышенным риском развития побочных эффектов на лекарственную терапию.

Европейские эксперты также считают, что большинству пациентов с АГ показана комбинированная терапия. Это пациенты со 2–3-й степенью повышения АД и высоким риском ССО. Начальная монотерапия, которая в реальной клинической практике используется в большинстве случаев, подходит пациентам с 1-й степенью повышения АД и низким или средним риском ССО. Упоминаются преимущества начальной комбинированной терапии: большая антигипертензивная эффективность, возможность воздействовать на различные патогенетические механизмы развития АГ, уменьшение «гетерогенности» ответа на антигипертензивную терапию, безопасность и хорошая переносимость.

В российских рекомендациях начало с 2-компонентной терапии предлагается всем пациентам высокого и очень высокого ССР вне зависимости от уровня АД. Монотерапия может быть началом антигипертензивного лечения у больных АГ низкого и среднего уровня.

Представления о том, какие классы антигипертензивных препаратов лучше комбинировать, а какие сочетания следует избегать, очень близки во всех рекомендациях.

Считается, что комбинаций препаратов, которые имеют одинаковый механизм действия, следует избегать. Например, 2 препарата того же класса не должны назначаться вместе. Также назначение 2 препаратов из классов, которые воздействуют на одни и те же системы контроля АД, менее эффективно и потенциально вредно (например, БРА и ИАПФ). Исключение из этого правила – совместное назначение ТД, КД и/или ПД в различных комбинациях. Также могут комбинироваться дигидропиридиновые и недигидропиридиновые АК. Упоминается, что в рандомизированных клинических исследованиях продемонстрировано, что совместное назначение препаратов, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему (ИАПФ и БРА, ИАПФ и БРА с ПИР), повышает риск ССО и почечных осложнений.

В то время как позиция экспертов в отношении лекарственной терапии пациентов с АГ чрезвычайно близка, отношение к инструментальным методам лечения АГ не столь единодушно.

В американских рекомендациях об этом написано лишь несколько строк. Указывается, что в нескольких клинических исследованиях изучались свойства, влияющие на активность симпатической нервной системы (стимуляция каротидного барорефлекса и катетерная абляция почечных симпатических нервов), однако, результаты исследований не позволяют рекомендовать эти устройства для лечения больных АГ.

В новых европейских рекомендациях также говорится о том, что сейчас нет убедительных доказательств преимуществ инструментальных методов лечения АГ и требуется проведение дополнительных клинических исследований для уточнения их места в алгоритме терапии больных с повышенным уровнем АД.

В России из всех инструментальных методик для лечения АГ зарегистрирована только денервация почечных артерий. Тем не менее в отечественных рекомендациях упоминается данный метод лечения рефрактерной АГ. Указывается, что денервация почек как метод снижения (устранения) рефрактерности к лечению обоснована важной ролью симпатической регуляции почечного сосудистого сопротивления, высвобождения ренина и реабсорбции натрия, характерных для больных АГ. Данная процедура ведет к выраженному снижению клинического АД, сохраняющемуся в течение нескольких лет. Для большей эффективности и безопасности метода рекомендуется тщательно подходить к отбору больных для этой процедуры с учетом показаний. По мнению российских экспертов, показанием к проведению денервации почечных артерий является уровень САД ≥ 160 мм рт. ст. (≥ 150 мм рт. ст. у пациентов с СД типа 2), несмотря на прием 3 антигипертензивных препаратов и более, включающих диуретик в максимально переносимых дозах.

Следует отметить, что все рекомендации содержат разделы, посвященные лечению отдельных групп пациентов. Описываются подходы к диагностике и лечению больных с СД типа 2, ХБП, ИБС, хронической сердечной недостаточностью, острым МИ, фибрилляцией предсердий, пожилых пациентов, беременных и т.д. Это свидетельствует о том, что наряду с попытками стандартизировать и унифицировать подходы к ведению пациентов с АГ, сохраняется тенденция к индивидуализации, «персонализации» диагностики и лечения этой категории больных.

В заключение следует отметить, что значимых изменений как в зарубежных, так и в отечественных рекомендациях по диагностике и лечению больных АГ за последние десятилетия не произошло. Сохранились, в общем, основные подходы к обследованию, назначению немедика-

ментозной и лекарственной терапии. Наиболее лабильны рекомендации в отношении целевых уровней АД, темпов и методов их достижения. Такая «стабильность» основополагающих документов, регулирующих позицию медицинского сообщества в отношении АГ, является следствием некоторого научного застоя в этой области медицинских знаний. Отсутствие новых лекарственных препаратов, ярких, убедительных крупных рандомизированных исследований породило некоторый пессимизм у ученых и

врачей в отношении развития данного научного направления. В то же время эта многолетняя «стабильность» наших теоретических представлений о том, как надо обследовать и лечить пациентов с высоким уровнем АД, сочетается с достаточно низким уровнем внедрения их в реальную клиническую практику.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016 August 9;134(6):441-50.
2. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(4):4-14. [Boysov SA, Balanova YA, Shalnova SA, et al. Arterial hypertension among individuals of 25–64 years old: prevalence, awareness, treatment and control. By the data from study ESSE. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(4):4-14 (In Russ.)].
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPCINMA/IPCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *JACC*. 2017. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006.4
4. Wright JT, Williamson JD, Whelton PK, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New Eng J Med*. 2015 November 26;373(22):2103-16.
5. Verdecchia P, Angeli F, Gentile G, Reboldi G. More versus less intensive blood pressure - lowering strategy. *Hypertension*. 2016;68:642-53.
6. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels – updated overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertension*. 2016;34:613-22.
7. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Клинические рекомендации. *Кардиологический вестник*. 2015;1:3-30. [Chazova IE, Oshchepkova EV, Zhernakova YV. Diagnosis and treatment of hypertension. Clinical guidelines. *Russian Cardiology Bulletin*. 2015;1:3-30 (In Russ.)].

Поступила 18.06.2018