

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ДОКАЗАТЕЛЬСТВА И ЭКСПЕРТНЫЕ МНЕНИЯ

И. Самородская, доктор медицинских наук, профессор
Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины, Москва
E-mail: samor2000@yandex.ru

Представлен обзор 5 клинических рекомендаций профессиональных сообществ (российские, европейские и США), рассматривающих начальный и целевой уровень снижения АД, рекомендуемые группы препаратов и схемы лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, клинические рекомендации.

Артериальная гипертензия (АГ) — одно из самых распространенных явлений современного мира. Можно по-разному относиться к самому определению АГ: болезнь это или фактор риска других, более угрожающих состояний — инфаркта миокарда (ИМ), инсульта. Современная антигипертензивная терапия позволяет снизить риск сердечно-сосудистых осложнений и смерти, поэтому рекомендации по ведению пациентов регулярно обновляются по мере введения новых лекарственных препаратов и получения доказательств их эффективности.

В июне 2013 г. опубликованы новые рекомендации Рабочей группы по лечению АГ Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) по АГ [2]. В декабре 2013 г. обновлены Рекомендации Российского медицинского общества по АГ и Всероссийского научного общества кардиологов — Диагностика и лечение АГ [1] и 18 декабря 2013 г. в журнале JAMA опубликован консенсус специалистов из США по ведению пациентов с повышенным уровнем АД [3]. В 2013 г. обновлены также Рекомендации Американской ассоциации сердца, Американской коллегии кардиологов, Центра контроля и профилактики болезней [4], а также Международного общества гипертензии [5].

Учитывая, что все указанные рекомендации опубликованы в течение полугода, представляло интерес сравнить следующие рассмотренные в них вопросы: 1) методики составления рекомендаций (с учетом их значительных отличий); 2) начальный и целевой уровень снижения АД; 3) рекомендуемые группы препаратов 1-го ряда и схемы лечения.

1. Основу российских рекомендаций составили Рекомендации по лечению АГ Европейского общества по артериальной гипертонии (ЕОГ) и Европейского общества кардиологов (ЕОК) (2007; 2009), а также результаты крупных российских исследований по проблеме АГ. При подготовке документа число исследований не оценивалось, в них отсутствует разделение рекомендаций, основанных на доказательствах и экспертных мнениях специалистов. В отличие от Европейских рекомендаций и Рекомендаций JNC 8, в тексте отсутствует описание методики подготовки документа.

2. Основу Европейских рекомендаций составили рекомендации по лечению АГ (2007; 2009), составленные ЕОГ и ЕОК, а также исследования, выполненные за прошедшие 6 лет. Приоритетными в вопросах выбора лечения были рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и метаанализы, в вопросах диагностики — эпидемиологические обсервационные исследования надлежащего методологического качества. Рекомендации имеют общепринятую градацию степеней доказательности: 3 класса рекомендаций и 3 уровня доказательности. Отмечено, что сохраняется определенная доля рекомендаций, основанных на экспертном мнении специалистов (уровень доказательности С), их здравом смысле и собственном клиническом опыте, но которые могут быть ошибочными.

Каждый раздел написан одним из специалистов, затем все разделы подвергались перекрестному чтению и согласованию.

3. В рекомендациях Всемирной ассоциации по гипертензии (ASH/ISH) также отсутствует описание методики составления рекомендаций, нет указания на использование принципов доказательной медицины или методик, используемых для оценки консенсуса мнения экспертов. Документ представляет частное мнение отдельных специалистов (авторов документа), которые входят в указанную Ассоциацию.

4. Рекомендации Американской ассоциации сердца, Американской коллегии кардиологов и Центра контроля и профилактики болезней (AHA/ACC/CDC) также не содержат описания методики подготовки данного документа, нет указания на проводимый анализ публикаций результатов исследований и (или) метаанализов. Отмечается, что документ основан на существующих рекомендациях по ведению пациентов с АГ.

5. Рекомендации JNC 8 используют нестандартные методики выбора рабочей группы для подготовки рекомендаций и подготовки собственно рекомендаций. Сами рекомендации, как подчеркивается в тексте, предназначены для врачей первичного звена, работающих с общей популяцией пациентов (без выделения целевых групп, особенно страдающих ишемической болезнью сердца — ИБС). Из 400 номинантов были избраны 48 специалистов: врачи общей практики, кардиологи, специалисты в области доказательной медицины, информационных технологий, методологии проведения эпидемиологических, клинических исследований и разработки клинических рекомендаций. До начала формирования Рекомендаций проведена большая экспертная работа: согласованы все критерии доказательности (какие исследования будут включены, какие будут считаться более, а какие — менее доказательными), критерии и ранги силы (весомости, убедительности) рекомендаций. Анализ выполняли только на основе рандомизированных исследований, удовлетворяющих разработанным критериям включения. Не совсем традиционным был и этап формирования Рекомендаций на основе систематизации результатов исследований: использован метод Дельфи для формирования тех пунктов Рекомендаций, по которым не выявлены убедительные доказательства о пользе или бесполезности использования того или иного подхода ведения больных. При достижении согласованности мнения специалистов (>75%) это мнение находило отражение в качестве позитивной или негативной рекомендации.

Трактовка классов рекомендаций и уровня доказательности в рекомендациях ESH/ESC и JNC 8 различается.

УРОВЕНЬ АД, ПРИ КОТОРОМ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ФАРМАКОТЕРАПИЮ

В проведенных РКИ по АГ предписывается начинать фармакологическое лечение при АГ II–III степени всем пациентам, вне зависимости от возраста и уровня факторов риска.

При АГ I степени есть некоторые различия в подходах, основанных как на имеющихся доказательствах, так и на экспертных оценках этих доказательств.

ESH/ESC при стойком повышении АГ выше нормально-го (систолическое АД – САД – 139–159 мм рт. ст., диастолическое – ДАД – 89–99 мм рт. ст.) при отсутствии эффекта от коррекции образа жизни рекомендует назначать фармакологическое лечение пациентам:

- с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений – при наличии у пациента органических поражений, сердечно-сосудистых (ССЗ) и (или) почечных заболеваний, сахарного диабета (СД) (IВ).
- лицам без ССЗ, но с наличием риска сердечно-сосудистых осложнений от низкого до умеренного (IIа – В)
- лицам пожилого возраста при хорошей переносимости антигипертензивных препаратов (IIв – С). В Рекомендациях четко не указан критерий пожилого возраста, но имеется оговорка: «по крайней мере лицам моложе 80 лет».

Не рекомендовано назначать фармакологическое лечение: молодым людям с изолированным (без факторов риска) повышением САД на плечевой артерии (IIIA). Этот пункт обращает на себя особое внимание, так как, согласно уровням доказательств, категория А относится к высокому уровню доказательств на основе РКИ или метаанализов, в то же время сам текст Рекомендаций сформулирован как «нет доказательств, чтобы рекомендовать лечение».

JNC 8 рекомендует начинать фармакологическое лечение:

- при САД 140–159 мм рт. ст. в общей популяции лиц в возрасте 30–59 лет (рекомендация основана на согласованном экспертном мнении – Е), и при ДАД 90 мм рт. ст. и выше: для возраста 30–59 лет рекомендации присвоена высшая степень убедительности (силы) – А, а для возраста 18–29 лет – градация Е (экспертное мнение);
- при САД ≥ 140 мм рт. ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. у пациентов старше 18 лет при наличии хронической болезни почек (ХБП) и (или) СД (рекомендация основана на согласованном экспертном мнении – Е);
- при САД ≥ 150 мм рт. ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. и выше в общей популяции лиц в возрасте 60 лет и старше. Рекомендации присвоена высшая степень убедительности (силы) – А.

JNC 8 и ASH/ISH рекомендуют начинать фармакологическое лечение при стойком повышении АД выше нормального и отсутствии эффекта от немедикаментозного лечения. В Рекомендациях ESH/ESC, Российских рекомендациях и Рекомендациях АНА/ACC/CDC отмечено, что медикаментозная терапия может быть назначена уже при первичном выявлении АГ I стадии при наличии факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых событий. Оценка степени риска для принятия решения вопроса о назначении медикаментозного лечения в соответствии с Рекомендациями АНА/ACC/CDC проводится врачом (предполагается, что врач знает ФР и оценивает их индивидуально), а в рекомендациях ESH/ESC и JNC 8 группы риска перечислены.

- **УЛУЧШАЕТ ПАМЯТЬ И КОНЦЕНТРАЦИЮ ВНИМАНИЯ¹**
- **УМЕНЬШАЕТ СОПУТСТВУЮЩИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ (головную боль, головокружение, шум в ушах и др.)²**
- **ПОВЫШАЕТ НАСТРОЕНИЕ И ИНТЕРЕС К ЖИЗНИ³**



Рег. номер: П № 15616/01

РЕКЛАМА

ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА: Состав*: Проноран 50 мг, таблетки с контролируемым высвобождением, покрытые оболочкой. Одна таблетка содержит пирибедила 50 мг. Показания к применению¹: Вспомогательная симптоматическая терапия при хроническом нарушении когнитивной функции и нейросенсорном дефиците в процессе старения (расстройства внимания, памяти и т. д.); болезнь Паркинсона: монотерапия (при формах, преимущественно включающих тремор); в составе комбинированной терапии с леводопой как на начальных, так и на более поздних стадиях заболевания, особенно при формах, включающих тремор; в качестве вспомогательной симптоматической терапии при перемежающейся хромоте, возникающей вследствие облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (2 стадия по классификации Leriche и Fontaine); терапия симптомов офтальмологических заболеваний ишемического генеза (снижение остроты зрения, сужение поля зрения, снижение контрастности цветов и др.). Способ применения и дозы²: Внутрь. Таблетку следует принимать после еды, запивая половиной стакана воды, не разжевывая. При подборе дозы в случае ее увеличения рекомендуется титровать дозу, постепенно увеличивая её на одну таблетку (50 мг) каждые две недели. Противопоказания³: повышенная индивидуальная чувствительность к пирибедилу и/или вспомогательным веществам, входящим в состав препарата; коллапс; острый инфаркт миокарда; совместный прием с нейролептиками (кроме клозапина); детский возраст до 18 лет. Особые указания³: На фоне приема пирибедила иногда внезапно возникает состояние сильной сонливости вплоть до внезапного засыпания. При возникновении подобных реакций необходимо рассмотреть вопрос о снижении дозы пирибедила или прекращении терапии данным препаратом. Следует учитывать риск падений, которые могут быть вызваны внезапным засыпанием, гипотензией или спутанностью сознания. Пациенты и их опекуны должны быть предупреждены о возможных симптомах расстройства поведения (склонность к азартным играм, усиление либидо и гиперсексуальность, навязчивое желание делать покупки и compulsивное переадресирование) при приеме препарата. При возникновении подобных симптомов необходимо рассмотреть вопрос о снижении дозы или постепенном прекращении терапии препаратом. Краситель пунцовый, входящий в состав препарата, у некоторых пациентов повышает риск развития аллергической реакции. В связи с тем, что в состав препарата входит сахароза, пациентам с непереносимостью фруктозы, глюкозы или галактозы, а также пациентам с дефицитом сахаразы/лактазы препарат принимать не рекомендуется. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия³: Противопоказано: Неиролептики (за исключением клозапина). Не рекомендуется: тетрабензидин, алкоголь и лекарственными средствами, обладающими седативным действием. Фертильность³: Беременность³, Период кормления грудью³: препарат не должен применяться. Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психомоторных реакций³: Пациентам, имевшим эпизоды сильной сонливости и/или внезапного засыпания во время терапии пирибедилом, следует воздержаться от управления транспортными средствами и оборудованном, требующим высокой степени внимания, до исчезновения данных реакций. Побочное действие³: Часто: незначительные желудочно-кишечные симптомы (тошнота, рвота, метеоризм), психические расстройства, такие как спутанность сознания, галлюцинации, возбуждение или головокружение, сонливость. Нечасто: гипотензия, ортостатическая гипотензия с потерей сознания или недомоганием или лабильностью артериального давления. Крайне редко: выраженная сонливость в дневное время суток вплоть до внезапного засыпания. Неутраченной частоты: склонность к азартным играм, усиление либидо и гиперсексуальность, навязчивое желание делать покупки и compulsивное переадресирование. Передозировка³: Свойства³: пирибедил является агонистом дофаминергических рецепторов. Проникает в кровотоки головного мозга, где связывается с дофаминергическими рецепторами головного мозга. Форма выпуска³: Таблетки с контролируемым высвобождением, покрытые оболочкой, по 50 мг. По 30 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 1 блистеру с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.

*Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3
Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01



1. Н. Н. Яхно, В. В. Захаров. Лечение недементных когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертонзией и церебральным атеросклерозом. «Неврологический журнал»; № 4, 2012. 2. Н. Н. Яхно и соавт. «Неврологический журнал», №2, 2004. 3. Пилипович А. А., Исследование структуры, патогенеза и возможности коррекции эмоциональных расстройств у пациентов с БП. 4. Millan M. I. et al. The antiparkinsonian agent, piribedil, possesses a distinctive profile of dopamine D2/D3 agonist and alpha 2-antagonist properties: a multi-variate comparison to other antiparkinsonian agents at recombinant, human monoaminergic receptors. Mov Disord. 2002; 17 (suppl5): S28.

Следует отметить, что сегодня все рекомендации, касающиеся начала фармакологического лечения при САД 140–150 мм рт. ст. в общей популяции (в группах низкого риска развития сердечно-сосудистых событий, особенно у молодых людей без ФР), основаны на экспертных мнениях специалистов; доказательных данных (результатов длительных рандомизированных исследований в этой популяции населения) нет. JNC 8 повысило уровень АД, при котором следует начинать лечение среди лиц старше 60 лет, у которых нет данных, подтверждающих наличие ССЗ, СД и ХБП, АД определяется в пределах >140/90, но <150/99 мм рт. ст. выявлено при профилактическом осмотре или в связи с обращением за медицинской помощью без указания на ССЗ. Однако против данной рекомендации уже выступили многие специалисты. Проблема в том, что нет доказательств как эффективности, так и неэффективности такой стратегии; нет количественных оценок соотношения пользы и вреда такой стратегии в описанной категории населения, поэтому все споры на данный момент основаны только на теоретических мнениях экспертов в данной области.

ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ СНИЖЕНИЯ АД И ЕГО ДЛИТЕЛЬНОГО УДЕРЖИВАНИЯ НА ДАННОМ УРОВНЕ

Во всех 3 рекомендациях детально обсуждается целевой уровень АД у пациентов разного возраста, учитывая сопутствующую патологию и ФР. Фактически во всех Рекомендациях целевым считается уровень АД ≤140/90 мм рт. ст. В ESH/ESC и JNC 8 у лиц моложе 60 лет рекомендуется снижать уровень САД <140 мм рт. ст. при наличии СД (1А), ИБС (сила рекомендаций – IIaB), ХБП (IIaB); в анамнезе – транзиторная ишемическая атака (ТИА), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (IIaB), низкий риск ССЗ (1B) и ДАД <85 мм рт. ст. при наличии СД (сила рекомендаций 1А). Для лиц старше 60 лет ESH/ESC рекомендует снижение САД <140 мм рт. ст. при хорошей переносимости препаратов и общем хорошем состоянии здоровья. В то же время отмечено, что пациентам с ослабленным состоянием здоровья целевые значения САД следует подбирать индивидуально, с учетом состояния пациента и переносимости препаратов (IIbC). Пациентам старше 80 лет снижение САД в пределах 140–150 мм рт. ст. (1b) рекомендуется с учетом состояния пациента и переносимости препаратов.

В Рекомендациях JNC 8 для пациентов старше 60 лет целевым является уровень САД 140–150 мм рт. ст., в то же время отмечается, что если при уже проводимом медикаментозном лечении у пациентов 60 лет и старше достигнуто снижение САД ≤150 мм рт. ст. (например 140 мм рт. ст.) и лечение не сопровождается негативным влиянием на состояние здоровья или качество жизни, его следует продолжить. Последняя рекомендация основана на согласованном экспертном мнении специалистов; степень убедительности (силы) – E. Эти позиции Рекомендаций основаны на том, что, с одной стороны, до сих пор нет доказательств того, что снижение АД в возрасте 60 лет и старше <140 мм рт. ст. обеспечивает дополнительную пользу для снижения риска сердечно-сосудистых событий (по сравнению с АД 140–149 мм рт. ст.), а с другой – во всех предыдущих рекомендациях по ведению лиц с повышенным АД целевым уровнем снижения считалось достижение САД ≤140 мм рт. ст.

В Рекомендациях ASH/ISH отмечается, что на настоящий момент нет убедительных доказательств «идеального» уровня, до которого следует снижать АД, и большинство специалистов склоняются к мнению, что этот

диапазон лежит от пределах от 115/75 мм рт. ст. (у молодых людей) до 140/90 мм рт. ст. (в возрасте до 80 лет); но в Рекомендациях отмечено отсутствие исследований, которые надежно подтвердили бы преимущества снижения АД до уровня ≤130/80 мм рт. ст. (по сравнению с его снижением до ≤140/90 мм рт. ст. среди пациентов с ИБС, диабетом и ХБП). В Российских рекомендациях и Рекомендациях АНА/ACC/CDC в качестве целевого указан уровень АД ≤139/89 мм рт. ст., но в Рекомендациях АНА/ACC/CDC подчеркнуто, что для некоторых групп населения (афроамериканцев, пожилых людей, пациентов с гипертрофией левого желудочка – ЛЖ, систолической или диастолической его дисфункцией, СД, ХБП), возможно, целесообразны более низкие показатели. Однако в рекомендациях нет конкретных указаний на целевые уровни АД в зависимости от возрастного диапазона, и указанные комментарии не вынесены в алгоритм ведения взрослых больных АГ.

Таким образом, используемые в рекомендациях формулировки по целевому уровню АД с учетом показаний и степени доказательности, а также обсуждаемых в самом тексте вопросов, свидетельствуют о неоднозначном подходе к тактике ведения больных, особенно в старших возрастных группах. Большая часть рекомендаций основана на согласованных экспертных мнениях. Нет убедительных доказательств и со-

Таблица 1

Препараты и дозы, рекомендуемые JNC 8 для лечения пациентов с АГ на основании имеющихся доказательств

Группа/препарат	Начальная доза, мг	Доза препарата, использованная в РКИ, мг	Частота приема в сутки, раз
ИААПФ			
Каптоприл	50	150–200	2
Эналаприл	15	20	1–2
Лизиноприл	10	40	1
БРА			
Эпросартан	400	600–800	1–2
Кандесартан	4	12–32	1
Лозартан	50	100	1–2
Валсартан	40–80	160–320	1
Ирбесартан	75	300	1
АК			
Амлодипин	2,5	10	1
Дилтиазем-ретард	120–180	360	1
Нитрендипин	10	20	1–2
Тиазидные диуретики			
Бендрофлуметиазид	5	10	1
Хлорталидон	12,5	12,5–25,0	1
Гидрохлортиазид	12,5–25,0	25–100	1–2
Индапамин	1,25	1,25–2,50	1
БАБ			
Атенолол	25–50	100	1
Метопролол	50	100–200	1–2

гласованного экспертного мнения по оптимальному уровню АД, которое должно удерживаться на фоне лечения в течение длительного времени. Большинство экспертов склоняются к мнению, что этот уровень должен быть $\leq 140/90$ мм рт. ст. у людей молодого и среднего возраста, несколько ниже — у больных СД и ХБП (возможно, ИБС), но, возможно, несколько выше у пожилых. Допустимые небольшие колебания АД, близко к уровню 140/90 мм рт. ст., зависят от особенностей коморбидной патологии, общего состояния пациента и переносимости назначаемой на длительное время лекарственной терапии.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

- ESH/ESC и российские эксперты начинают медикаментозное лечение рекомендуют с выбора препаратов, относящихся к 5 группам: тиазидные диуретики, антагонисты кальция — АК (блокаторы кальциевых каналов), ингибиторы ангиотензинпревращающих ферментов (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА). (ESH/ESC — класс рекомендаций I, уровень доказательности A).
- JNC 8 рекомендует начинать с выбора препаратов, относящихся к 4 группам — все указанные, за исключением β -адреноблокаторов (БАБ). Сила рекомендаций средняя (градация В — есть высокая или средняя уверенность в том, что такое лечение имеет преимущества). В комментариях указаны причины исключения из перечня лекарственных препаратов 1-го ряда (препараты выбора для начальной терапии) БАБ: выявление в исследованиях более высокой частоты комбинированного показателя (сердечно-сосудистая смерть, ИМ, ОНМК) по сравнению с БРА и отсутствие доказательств преимущества по сравнению с другими группами. В то же время отмечается, что эти рекомендации не касаются пациентов с ИБС (без АГ), так как в анализ не включали РКИ, выполненные в этой популяции пациентов.

В Рекомендациях JNC 8 и ESH/ESC отмечается, что существует несколько подходов к назначению 1-, 2- и 3-компонентной терапии (назначение каждого последующего

препарата — только после увеличения от среднетерапевтической до максимальной дозы в случае неэффективности 1 препарата, или назначение сразу 2-, 3-компонентной терапии), однако в РКИ нет доказательств преимущества какой-либо стратегии в отношении значимых клинических осложнений и исходов ССЗ. Поэтому рекомендации в данном опросе основаны на согласованном мнении экспертов. Так, единая позиция экспертов из JNC 8 и ESH/ESC выработана в вопросе о выборе стратегии при САД > 160 мм рт. ст., ДАД > 100 мм рт. ст. и высоком риске сердечно-сосудистых событий: лечение целесообразно начинать с 2-компонентной терапии. В то же время подчеркивается, что любая из стратегий подбора медикаментозной терапии имеет право на существование в зависимости от клинической ситуации, предпочтений врача и пациента, переносимости лекарственных препаратов.

В Российских рекомендациях подход к выбору тактики снижения АД основан на оценке риска сердечно-сосудистых событий: при высоком и очень высоком риске рекомендуется 2-компонентная терапия, при низком и среднем риске лечение рекомендуется начинать с монотерапии.

Дальнейший подход к тактике во всех 3 рекомендациях почти идентичен. Если целевой уровень АД не достигнут в течение 1 мес лечения, необходимо увеличить начальную дозу препарата или добавить 2-й препарат из перечисленных групп. Если целевой уровень АД не достигнут, несмотря на применение 2 препаратов с тщательной коррекцией дозы каждого из них, необходимо добавить 3-й препарат. Если целевой уровень АД не достигнут на фоне применения 3 препаратов или имеются противопоказания к использованию препаратов перечисленных групп, могут быть использованы препараты других групп.

Имеются различия в самом подходе к рекомендациям в отношении выбора препарата и дозы. Так, в JNC 8 нет рекомендаций по назначению определенной дозы, в них представлены международные непатентованные наименования (МНН) препаратов (табл. 1), для которых в результате РКИ определены дозы и частота приема.

В Рекомендациях ASH/ISH и АНА/ACC/CDC выбор препаратов представлен в виде короткого алгоритма и основан на

Таблица 2

Рекомендации по фармакотерапии, представленные ESH/ESC и российскими специалистами

Класс препаратов	Противопоказания	
	абсолютные	относительные
Тиазидные диуретики	Подагра	МС, НТГ, гипер- и гипокалиемия, беременность
БАБ	Атриовентрикулярная блокада, II–III степени, бронхиальная астма	МС, НТГ, занятия спортом и высокая физическая активность пациентов, хроническая обструктивная болезнь легких (за исключением БАБ с вазодилатирующим эффектом)
АК (дигидропиридиновые)		Тахикардия, ХСН
АК (верапамил, дилтиазем)	Атриовентрикулярная блокада II–III степени, ХСН, пониженная фракция выброса ЛЖ	–
ИАПФ	Беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий, ангионевротический отек	Женщины с вероятностью беременности и последующего деторождения в связи с возможным тератогенным эффектом
БРА	Беременность, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий	То же
Диуретики антагонисты альдостерона	Гиперкалиемия, острая и хроническая почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м ²)	–

Примечание. МС – метаболический синдром; НТГ – нарушение толерантности к глюкозе; ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

Таблица 3

Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больных АГ в зависимости от поражения органов-мишеней и клинического статуса (Российские рекомендации и Рекомендации ESH/ESC)

Поражение органов-мишеней	Группа препаратов
Гипертрофия ЛЖ	БРА, ИАПФ, АК
Бессимптомный атеросклероз	АК, ИАПФ
Микроальбуминурия	ИАПФ, БРА
Поражение почек	ИАПФ, БРА
Наличие ССЗ, цереброваскулярной патологии и ХБП	
Предшествующее ОНМК	Любые антигипертензивные препараты
Предшествующий ИМ	БАБ, ИАПФ, БРА
ИБС, стабильная стенокардия	БАБ, АК
ХСН	Диуретики, БАБ, ИАПФ, БРА, антагонисты альдостерона
Мерцательная аритмия пароксизмальная	БРА, ИАПФ, БАБ или антагонисты альдостерона (при ХСН)
постоянная	БАБ, недигидропиридиновые АК
Почечная недостаточность/протеинурия	ИАПФ, БРА
Заболевания периферических артерий	ИАПФ, АК
Аневризма аорты	БАБ
Особые клинические ситуации	
Пожилые больные и с систолической АГ	БРА, АК, диуретики
МС	БРА, ИАПФ, АК, диуретики (дополнительно)
СД	БРА, ИАПФ, АК
Беременность	Метилдопа, АК (нифедипин), БАБ (бисопролол, небиволол)

согласованном экспертном мнении специалистов, составлявших Рекомендации. Так, несмотря на то, что по данным JNC 8 эффект лизиноприла был доказан в РКИ при применении дозы 40 мг/сут, в АНА/ACC/CDC и ASH/ISH рекомендуется использовать лизиноприл в дозе от 10 до 40 мг (в зависимости от результатов его воздействия). Таким образом, результаты РКИ служат основой для рекомендаций, но в дальнейшем только лечащий врач осуществляет индивидуальный подбор дозы препарата, учитывая особенности конкретного пациента. Именно с целью облегчения такого выбора в Российских рекомендациях и Рекомендациях ESH/ESC представлены группы препаратов (табл. 2, 3), их преимущества в конкретных клинических ситуациях с учетом экспертного мнения специалистов (основанные как на собственном опыте, так и на анализе результатов исследований). Специалисты из России, эксперты JNC 8 и ESH/ESC не рекомендуют сочетанное применение ИАПФ и БРА.

В Рекомендациях JNC 8 есть указание на отсутствие РКИ, удовлетворяющих требованиям экспертов к качеству и продолжительности наблюдения, результаты которых свиде-

тельствовали бы о сравнении 4 указанных групп препаратов с такими препаратами, как карведилол, небиволол, клонидин, гидралазин, спиронолактон, резерпин, фуросемид.

В заключение необходимо сказать, что с точки зрения и врачей, и пациентов необходима уверенность в том, что назначаемое лечение действительно снизит риск жизнеугрожающих сердечно-сосудистых осложнений. В то же время во многих публикациях подчеркнуто, что рекомендаций, основанных на доказательствах, сегодня не так много, большая их часть (не только в вопросах лечения АГ) основана на экспертных мнениях специалистов [4–8]. Кроме того, в реальной клинической практике врачи имеют дело с пациентами, у которых наблюдается ряд особенностей течения заболевания, вариабельной сопутствующей патологией, поэтому любые рекомендации могут рассматриваться только как основа для принятия клинических решений конкретным врачом для конкретного пациента.

За период, прошедший после публикации рассмотренных рекомендаций проведен ряд исследований, метаанализов; на сайтах информационных порталов и научных конференциях были развернуты многочисленные дискуссии по вопросам критериев и целевых уровней АД в отдельных популяционных группах. В октябре 2014 г. опубликованы еще одни рекомендации по тактике ведения пациентов с АГ на уровне врачей первичного звена. Согласно последним, начинать фармакологическое лечение у пациентов 60 лет и старше рекомендуется при систолическом АД ≥ 160 мм рт. ст., а целевым уровнем для всех возрастных групп считать АД < 150 мм рт. ст. (у пациентов с СД < 140 мм рт. ст.) [9].

Литература

1. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов.
2. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2013; 31: 1281–357.
3. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) // JAMA. – 2013; doi:10.1001/jama.2013.284427
4. Tricoci P., Allen J., Kramer J. et al. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines // JAMA. – 2009; 301: 831–41.
5. Андреева Н.С., Реброва О.Ю., Зорин Н.А. и др. Системы оценки достоверности научных доказательств и убедительности рекомендаций: сравнительная характеристика и перспективы унификации // Мед. технологии оценка и выбор. – 2012; 4: 10–24.
6. Самородская И.В. Смогут ли доказательства влиять на формирование стандартов оказания медицинской помощи? // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007; 2: 22–35.
7. Lenzler J. Why we can't trust clinical guidelines // BMJ. – 2013; 346: f3830.
8. Crane M. Physician frustration grows, income falls – but a ray of hope // Medscape Business of Medicine. – 2012; <http://www.medscape.com/viewarticle/761870>. Accessed February 4, 2014.
9. VA/DoD clinical practice guideline for the diagnosis and management of hypertension in the primary care setting / Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2014; 135 p.

HYPERTENSION: PROOFS AND EXPERT OPINIONS

Professor I. Samorodskaya, MD

State Research Center for Preventive Medicine, Moscow

The paper reviews 5 clinical guidelines of Russian, European, and US professional communities, which also consider lower blood pressure targets, recommended drug groups, and treatment regimens.

Key words: hypertension, clinical guidelines.