

НОВОСТИ XVII ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (Милан, 15-19 июня 2007)

КОММЕНТАРИЙ К НОВЫМ ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (2007)

В.М. Горбунов

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва

Новые Рекомендации Европейского общества по гипертонии имеют ярко выраженный эволюционный характер по отношению к предыдущей версии (2003). В новом документе сохранен «рекомендательный», но отнюдь не «предписывающий» характер изложения. По-прежнему ставится цель разъяснить практическим врачам с научных позиций основные положения Рекомендаций, избегая в то же время их жесткого ранжирования по уровню «доказательности». Поэтому наряду с данными крупных рандомизированных исследований в ряде случаев авторы используют результаты наблюдательных исследований и другие источники.

Следует обратить внимание на то новое, что имеет в Рекомендациях. В последней версии значительно усилен акцент на оценку общего сердечно-сосудистого риска и правильное измерение артериального давления (АД) как основу грамотного ведения больных артериальной гипертонией (АГ). Неудивительно, что соответствующие разделы Рекомендаций изложены более подробно.

Обращает на себя внимание выделение в специальную группу пациентов с высоким/очень высоким риском. Лечение таких больных (как и пациентов с сахарным диабетом) следует начинать уже при высоком нормальном уровне АД, при этом целевыми уровнями последнего являются значения менее 130/80 мм рт. ст. Таким образом, новые Рекомендации более последовательно утверждают принцип «гибкого» установления пороговых (для начала лечения) и целевых значений АД на основании оценки сердечно-сосудистого риска. Медикаментозное лечение рекомендовано больным, уровень АД у которых ранее расценивался как нормальный.

В документе большое внимание уделяется диагностике субклинического поражения органов-мишеней при АГ. Акцент на данной проблеме сделан в связи с тем, что в настоящее время получены доказательства более широкой распространенности субклинического поражения

органов-мишеней у больных АГ, нежели считалось ранее. В то же время игнорирование этого фактора может привести к недооценке сердечно-сосудистого риска. Поэтому в Рекомендациях набор «рутинных» и «рекомендованных» методов обследования дополнен алгоритмом, который отражает «стратегический» подход к поиску признаков поражения различных органов-мишеней. Практическое значение имеют данные о прогностической значимости, доступности и стоимости различных диагностических тестов. Следует обратить внимание и на то, что набор диагностических тестов расширен. Ввиду высокой прогностической значимости уровня микроальбуминурии как у больных диабетом, так и в популяции в целом определение этого показателя включено в число рутинных методов обследования.

В качестве рекомендуемых тестов в версии 2007 г. впервые упомянуты лодыжечно-плечевой индекс (маркер выраженного атеросклеротического поражения периферических сосудов) и определение скорости пульсовой волны. Скорость пульсовой волны является важнейшим показателем жесткости артерий; в течение последних 10 лет накоплен большой материал о прогностической значимости этого показателя у больных с неосложненной эссенциальной АГ. Необходимо отметить, однако, что возможности широкого практического использования измерения скорости пульсовой волны пока ограничены.

Большое внимание в Рекомендациях уделено методу эхокардиографии. Впервые отмечено прогностическое значение расширения левого предсердия, в частности, в отношении развития инсульта.

Принципиально новым положением является динамическая оценка признаков поражения органов-мишеней в процессе лечения. В течение последних лет были получены доказательства позитивной проспективной значимости обратного развития этих признаков. Этот факт

представляется весьма важным с практической точки зрения, поскольку дает врачу новые надежные ориентиры для оценки эффективности терапии. В Рекомендациях указаны примерные сроки наблюдения, необходимые для реализации органопротективного эффекта антигипертензивных препаратов. Так, контроль микроальбуминурии может осуществляться каждые несколько месяцев, поскольку данный показатель хорошо «отвечает» на лечение. В то же время, для достоверного уменьшения гипертрофии миокарда требуется 1-2 года.

В новой версии подробно прокомментированы также некоторые ограничения, связанные с оценкой общего сердечно-сосудистого риска. Поскольку возраст является важным фактором риска, лишь немногие молодые пациенты с АГ будут отнесены к категории высокого риска. Это может привести к необоснованному отказу от лечебных мероприятий; через 20 лет такие пациенты окажутся (возможно, необратимо!) в группе высокого риска. Поэтому для выработки тактики ведения молодых больных в Рекомендациях предлагается оценивать риск относительно среднепопуляционного уровня у лиц данного возраста, т.е. относительный риск.

Подробно освещены некоторые вопросы, связанные с измерением АД. Как известно, возможны 4 варианта соотношения результатов клинического и амбулаторного АД: заведомая норма, стабильная АГ, гипертония белого халата и, наконец, скрытая АГ. В последнем случае амбулаторное АД повышено, несмотря на нормальный уровень «офисного» АД. Еще около 10 лет назад скрытая АГ рассматривалась лишь как теоретически возможный вариант, в Рекомендациях 2003 г. этой проблеме посвящена лишь небольшая ссылка. В настоящее время накоплен обширный материал, что дало возможность посвятить скрытой АГ отдельный параграф Рекомендаций 2007 г. Сейчас очевидно, что скрытая АГ является столь же распространенным состоянием, что и гипертония белого халата, и встречается у каждого из 7-8 больных с нормальным клиническим АД. Имеющиеся данные проспективных исследований позволяют сделать вывод о том, что скрытая АГ прогностически почти так же неблагоприятна, как и стабильная АГ. Очевидно, нерационально проводить амбулаторное измерение АД у каждого пациента. Однако следует иметь в виду, что нормальное «офисное» АД не обязательно подразумевает нормальное АД в течение суток. Заподозрить скрытую АГ можно у больных с нормальным АД, имеющих признаки поражения органов-мишеней или другие факторы риска; большое значение имеют также грамотный сбор анамнеза и общая квалификация врача-клинициста.

Принципиальным новшеством Рекомендаций является положение о независимой прогностической значимости 3 основных методов измерения АД (суточное мониторирование, самоконтроль, клинические измерения). По-видимому, результаты каждого метода вносят

свой вклад в оценку риска больных АГ. Так, риск возрастает по мере увеличения числа методов, регистрирующих повышенный уровень АД (1, 2 или 3). Из этого следует два важных вывода:

1. еще более актуальной задачей становится контроль амбулаторного уровня АД у больных АГ (с помощью суточного мониторирования (СМАД) или домашних измерений);
2. в то же время сохраняется самостоятельное значение клинических измерений АД. Гипертония белого халата, характеризующаяся нормальным амбулаторным и повышенным клиническим АД, «по определению», не является прогностически полностью благоприятным состоянием. Такие пациенты нуждаются в немедикаментозном лечении и тщательном наблюдении.

Концепции независимой информативности основных методов измерения АД несколько противоречит, на наш взгляд, утверждение о соответствии нормативов СМАД и «офисных» измерений, перешедшее из предыдущей версии Рекомендаций. Впрочем, жесткость этой формулировки в новой редакции смягчается введением дифференцированных (для полных суток, дневного и ночного периодов), «гибких» нормативов СМАД.

В обновленных Рекомендациях впервые затронут вопрос о целевых уровнях амбулаторного АД при проведении антигипертензивной терапии. Амбулаторные величины АД у пациентов с АГ, как правило, ниже, чем «офисные». В то же время, эта разница не столь значительна при уровнях АД, близких к целевым, кроме того, «офисное» АД более подвержено действию антигипертензивной терапии, нежели результаты СМАД. Исходя из этого авторы Рекомендаций полагают, что целевые уровни АД для амбулаторных и клинических измерений не должны существенно различаться. Возможно, однако, этот вывод не бесспорен, поскольку в исследовании Office versus Ambulatory Pressure Study (OvA) была показана целесообразность достижения значений амбулаторного систолического АД ниже 135 мм рт. ст.

В версии 2007 г. специально затронут вопрос об измерении центрального АД. Как показало исследование CAF, результаты измерений центрального АД могут отличаться от результатов традиционных измерений на плечевой артерии, влияние антигипертензивной терапии на эти показатели также может быть различно, что сказывается, в конечном счете, на прогнозе. Значительный интерес представляют неинвазивные методы оценки давления в аорте – в частности, расчет индекса аугментации. Впрочем, ни один из этих методов пока не рекомендован для использования в рутинной практике.

Разумеется, в Рекомендациях уделено большое внимание проблемам антигипертензивной терапии. Расширен раздел, посвященный немедикаментозным методам лечения. Такое лечение ни в коем случае не должно про-

водиться формально. Большая разница в эффективности немедикаментозных мер у разных пациентов диктует необходимость тщательного мониторинга уровня АД и даже помощи узких специалистов. Таким образом, проведение немедикаментозной терапии можно считать даже более ответственной для врача задачей, чем стандартное лечение антигипертензивными препаратами.

В вопросах медикаментозной терапии АГ Рекомендации развивают идеи, содержащиеся в версии 2003 г. Еще более последовательно акцентируется важность снижения АД *per se* и необходимость комбинированной терапии у большинства больных. Приоритет комбинированной терапии в значительной степени снижает остроту проблемы препарата «выбора», «первого ряда» для лечения АГ. Это не исключает, однако, ситуаций, в которых следует отдать предпочтение тому или иному классу антигипертензивных средств.

Согласно Рекомендациям, β -адреноблокаторы сохраняют свое значение как один из основных классов антигипертензивных препаратов. В этом состоит существенное отличие публикуемого документа от Рекомендаций NICE. В последних β -адреноблокаторам отведена роль лишь препаратов «четвертого ряда», начинать лечение АГ с β -адреноблокаторов не рекомендовано. Основанием для такой позиции послужили результаты исследования ASCOT. Как известно, в данном исследовании комбинация β -адреноблокатора и диуретика оказалась менее эффективной в предотвращении сердечно-сосудистых осложнений, чем комбинация антагониста кальция и диуретика. Позиция настоящих Рекомендаций состоит в том, что названные результаты пока не вполне убедительны, так как не нашли подтверждения в других исследованиях. В качестве примера можно привести исследования INVEST и STOP-2. Более того, очевидна роль β -адреноблокаторов при сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС) и сердечной недостаточности. Таким образом, β -адреноблокаторы рекомендованы как для начальной, так и для поддерживающей терапии АГ, с той оговоркой, что эта группа препаратов менее благоприятна при впервые выявленном сахарном диабете. Это относится и к больным с метаболическим синдромом, у которых риск развития диабета весьма высок. Таким образом, существуют состояния, при которых β -адреноблокаторы не могут считаться «препаратами первого ряда», но это не относится к антигипертензивной терапии в целом.

В рекомендациях дан новый подход к лечению отдельных специфических групп больных. Более «жестко» рекомендовано назначение статинов больным без явных признаков сердечно-сосудистых заболеваний, но с высоким риском. В редакции 2003 г. условием назначения такой терапии был уровень общего холестерина $\geq 3,5$

ммоль/л. В новой версии лечение статинами, на основании результатов исследования ASCOT, рекомендовано всем таким пациентам без исключения.

В Рекомендациях подробно обсуждается тактика ведения больных с метаболическим синдромом. В частности, сложной проблемой является лечение больных с метаболическим синдромом и высоким нормальным уровнем АД. Формально такие пациенты относятся к группе высокого риска, однако до настоящего времени отсутствуют данные исследований, которые бы однозначно подтвердили целесообразность антигипертензивной терапии. Таким образом, основным лечебным мероприятием у этих больных остается изменение «стиля жизни», хотя имеются некоторые данные о том, что назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента либо блокаторов рецепторов ангиотензина II может предотвратить развитие АГ и диабета.

Представлены развернутые рекомендации по тактике ведения пациентов с цереброваскулярной болезнью и ИБС. В настоящее время имеются более весомые основания добиваться у таких больных снижения АД ниже 130/80 мм рт.ст. Ретроспективный анализ результатов исследования PROGRESS продемонстрировал прогрессивное снижение частоты ишемического и геморрагического инсульта при достижении уровня систолического АД приблизительно в 120 мм рт. ст. В исследовании INVEST имелись некоторые данные о неблагоприятном эффекте снижения АД менее 120 мм рт. ст. в отношении риска развития инфаркта миокарда (J-образный характер кривой). Однако частота развития инсульта также прогрессивно снижалась пропорционально снижению АД. Имеются новые данные о пользе снижения АД менее 130/80 мм рт. ст. у больных ИБС. Об этом свидетельствуют результаты исследований EUROPA, CAMELOT и, до некоторой степени, ACTION. Единственное исследование, давшее «негативные» результаты (PEACE), также обсуждается в Рекомендациях.

В последних Рекомендациях не все бесспорно. Можно не согласиться с некоторыми положениями, формулировками, интерпретацией результатов тех или иных клинических исследований. Однако в целом документ дает ценную и во многом новую информацию для всех специалистов, занимающихся проблемами АГ. Значительно возросший объем Рекомендаций дал возможность подробнее осветить многие принципиальные вопросы, связанные с ведением больных АГ. В особенности это относится к разделам, посвященным оценке риска, измерению АД, немедикаментозной терапии и лечению специфических групп больных.

Думается, что новые Рекомендации принесут несомненную практическую пользу, поскольку ознакомят широкий круг врачей-клиницистов с самыми современными принципами диагностики и лечения АГ.