

# Тактические подходы при артериальной гипертензии у взрослых: руководство, основанное на доказательствах (2014)

По материалам восьмой версии доклада экспертов Объединенного национального комитета США по выявлению, оценке и лечению артериальной гипертензии (JNC 8)

## Рекомендации

В настоящем документе используется специальная система оценки доказательной силы рекомендаций. Эта система была разработана Группой по методологии доказательной медицины при Национальном институте сердца, легких и крови (NHLBI). В состав данной группы входили сотрудники NHLBI, приглашенные специалисты-методологи и эксперты из Рабочей группы. Градация доказательной силы рекомендаций представлена в таблице 1.

## Рекомендация 1 [A]

У лиц  $\geq 60$  лет, относящихся к общей популяции, лекарственную терапию, направленную на снижение артериального давления (АД), следует начинать при уровнях систолического АД (САД)  $\geq 150$  мм рт. ст. или диастолического АД (ДАД)  $\geq 90$  мм рт. ст. Целевыми уровнями САД и ДАД, которых необходимо достичь при лечении, являются  $< 150$  и  $< 90$  мм рт. ст. соответственно.

Сопутствующая рекомендация (E)

Если благодаря лекарственной терапии, направленной на снижение повышенного АД, у лиц  $\geq 60$  лет, относящихся к общей популяции, удастся достичь более низкого уровня САД (например,  $< 140$  мм рт. ст.) без неблагоприятных последствий для здоровья и качества жизни, такое лечение коррекции не требует.

Рекомендация 1 основана на выводах рандомизированных клинических исследований (РКИ), согласно которым у лиц  $\geq 60$  лет, относящихся к общей популяции, снижение АД до уровня  $< 150/90$  мм рт. ст. уменьшает риск мозгового инсульта, сердечной недостаточности (СН) и ишемической болезни сердца (ИБС). Также получены доказательства (правда, слабой силы), что для лиц этой группы целевой уровень САД, равный  $< 140$  мм рт. ст., не имеет каких-либо преимуществ перед более высокими целевыми уровнями САД (140-160 или 140-149 мм рт. ст.). Выбор целевого уровня САД, равного  $< 150$  мм рт. ст., обоснован результатами РКИ HYVET, Syst-Eur,

SHER, JATOS, VALISH и CARDIO-SIS. Например, в РКИ HYVET и SHER средний уровень САД, достигнутый благодаря терапии, составил 143-144 мм рт. ст.

В предыдущей версии (2003) настоящего руководства целевым уровнем САД было предложено считать  $< 140$  мм рт. ст. Вследствие этого большое количество лиц  $\geq 60$  лет получают антигипертензивную терапию и поддерживают САД на уровне  $< 140$  мм рт. ст. По мнению экспертов, у таких лиц нет необходимости стремиться к более высокому САД (140-149 мм рт. ст.), специально корригируя для этого лечение. Действительно, у многих пациентов, входивших в РКИ HYVET и SHER, САД  $< 140$  мм рт. ст. переносилось хорошо. Более того, в РКИ JATOS и VALISH доверительный интервал (ДИ) для значений САД, достигаемых на фоне лечения, оказался достаточно широк и включал величины  $< 140$  мм рт. ст. Таким образом, не следует полностью исключать возможности того, что САД, равное  $< 140$  мм рт. ст., обладает определенным клиническим эффектом. Исходя именно из этих соображений эксперты и сформулировали сопутствующую рекомендацию.

Все эксперты согласились с тем, что рекомендация 1 обладает очень высокой доказательной силой. Тем не менее полного консенсуса относительно нового целевого уровня САД ( $< 150$  мм рт. ст.) достигнуто не было. В частности, по мнению ряда экспертов, целевой уровень САД у лиц  $\geq 60$  лет должен оставаться прежним, т. е.  $< 140$  мм рт. ст. Свою позицию эти эксперты обосновывают тем, что для группы высокого риска доказательная база целевого уровня САД, равного  $< 150$  мм рт. ст., недостаточна. К группе высокого риска принадлежат представители негроидной расы, пациенты с сердечно-сосудистой патологией (в т. ч. перенесшие мозговой инсульт), а также лица, имеющие множественные факторы риска. В любом случае вопрос о выборе оптимального целевого уровня АД нуждается в дальнейшем изучении.

## Рекомендация 2 [A — для лиц в возрасте 30-59 лет, E — для лиц в возрасте 18-29 лет]

У лиц  $< 60$  лет, относящихся к общей популяции, лекарственную терапию, направленную на снижение АД, следует начинать при уровне ДАД  $\geq 90$  мм рт. ст. Целевым уровнем ДАД, которого необходимо достичь при лечении, является  $< 90$  мм рт. ст.

Основанием для рекомендации 2 послужили результаты 5 РКИ, в которых оценивали прогностическую значимость ДАД при артериальной гипертензии (АГ) у пациентов в возрасте 30-69 лет. Этими РКИ были HDFP, Hypertension-Stroke Cooperative, MRC, ANBP и VA Cooperative. Выбор ДАД, равного  $\geq 90$  мм рт. ст., в качестве порогового для лечения, и ДАД, равного  $< 90$  мм рт. ст., как целевого снижает общую смертность, а также риск cerebrovasкулярных событий и СН. Целевые уровни ДАД  $< 85$  и  $< 80$  мм рт. ст. не имеют никаких преимуществ перед целевым уровнем ДАД  $< 90$  мм рт. ст. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты РКИ HOT, в котором между 3 соответствующими группами пациентов каких-либо отличий по частоте первичных (ПКТ) либо вторичных (ВКТ) конечных точек выявлено не было.

У взрослых лиц в возрасте  $< 30$  лет влияние ДАД на клинические исходы не имеет доказательной базы приемлемого качества. Поэтому эксперты договорились считать, что для взрослых лиц в возрасте  $< 30$  лет пороговый и целевой уровни ДАД должны быть такими же, как и для лиц в возрасте 30-59 лет.

## Рекомендация 3 [E]

У лиц  $< 60$  лет, относящихся к общей популяции, лекарственную терапию, направленную на снижение АД, следует начинать при уровне САД  $\geq 140$  мм рт. ст. Целевым уровнем САД, которого необходимо достичь при лечении, является  $< 140$  мм рт. ст.

У лиц в возрасте  $< 60$  лет отсутствует доказательная база приемлемого качества для обоснования порогового и целевого уровней САД. При выборе указанных в рекомендации 3 порогового и целевого уровней САД эксперты исходили из следующего.

Во-первых, до сих пор не проводились исследования, в которых бы сопоставляли различные (общепринятые vs более высокие или более низкие) пороговый и целевой уровни САД. В такой ситуации пересмотр общепринятых значений САД был бы необоснован.

Во-вторых, в РКИ, результаты которых служили доказательной базой для выбора порогового и целевого уровней ДАД, у тех пациентов, у которых удалось достичь ДАД  $< 90$  мм рт. ст., во многих случаях и уровень САД снижался до  $< 140$  мм рт. ст. Абсолютно точно определить, благодаря чему улучшался прогноз (за счет снижения САД, ДАД или САД + ДАД), естественно, невозможно.

В-третьих, у пациентов с сахарным диабетом (СД) и хронической болезнью почек (ХБП) целевой уровень САД составляет  $< 140$  мм рт. ст. (см. рекомендацию 4 и 5). Если такой же целевой уровень САД принять для всей популяции лиц  $< 60$  лет, это облегчит внедрение настоящего руководства в практику.

## Рекомендация 4 [E]

У лиц  $\geq 18$  лет, страдающих ХБП, лекарственную терапию, направленную на снижение АД, следует начинать при уровнях САД  $\geq 140$  мм рт. ст. или ДАД  $\geq 90$  мм рт. ст. Целевыми уровнями САД и ДАД, которых необходимо достичь при лечении, являются  $< 140$  и  $< 90$  мм рт. ст. соответственно.

Если учесть критерии включения в РКИ, выводы которых послужили основанием для рекомендации 4, то последнюю следует использовать в отношении 2 категорий пациентов: лиц  $< 70$  лет с расчетной или измеренной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ)  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (РКИ AASK, MDRD, REIN-2); лиц с альбуминурией, величина которой составляет  $< 30$  мг альбумина на 1 г креатинина (вне зависимости от уровня СКФ) (РКИ AASK, REIN-2).

Недостаточно доказательств того, что у пациентов  $< 70$  лет, страдающих ХБП, более низкий целевой уровень АД (например,  $< 130/80$  мм рт. ст.) по своему влиянию на исходы (смертность, частоту сердечно-сосудистых или cerebrovasкулярных событий) имеет какие-либо преимущества перед рекомендуемым ( $< 140/90$  мм рт. ст.). Кроме того, согласно результатам РКИ умеренно высокого методологического качества по сравнению с рекомендуемым целевым уровнем АД ( $< 140/90$  мм рт. ст.) более низкие его значения (например,  $< 130/80$  мм рт. ст.) не замедляют прогрессирования нефропатии.

У больных с протеинурией ( $> 3$  г/сут) преимущества (только для почечных исходов) целевого уровня АД, равного  $< 130/80$  мм рт. ст., перед целевым уровнем АД  $< 140/90$  мм рт. ст. были показаны лишь в post hoc анализе РКИ MDRD. Тем не менее первичный анализ результатов этого РКИ, равно как и данные других исследований (AASK, REIN-2), таких преимуществ продемонстрировать не смогли.

Сегодняшний уровень знаний не позволяет экспертам рекомендовать тот или иной целевой уровень АД для лиц  $\geq 70$  лет с СКФ  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Формулы для вычисления СКФ, широко используемые в настоящее время, не были рассчитаны на популяцию, в которых высок удельный вес пожилых людей. Соответственно, данные формулы для лиц  $\geq 70$  лет невалидны. Помимо этого, диагностические критерии ХБП не учитывают того, что с возрастом СКФ снижается. Таким образом, у лиц  $\geq 70$  лет, имеющих расчетную СКФ  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, при оценке рисков и положительных эффектов, которые сопряжены с достижением низкого целевого уровня АД, необходимы индивидуальный подход, а также учет сопутствующей патологии и наличия альбуминурии.

## Рекомендация 5 [E]

У лиц  $\geq 18$  лет, страдающих СД, лекарственную терапию, направленную на снижение АД, следует начинать при уровнях САД  $\geq 140$  мм рт. ст. или ДАД  $\geq 90$  мм рт. ст. Целевыми уровнями САД и ДАД, которых необходимо достичь при лечении, являются  $< 140$  и  $< 90$  мм рт. ст. соответственно.

Рекомендацию 5 обосновывают результаты РКИ SHER, Syst-Eur и UKPDS. В этих исследованиях было показано, что у больных с АГ и СД достижение целевого уровня САД, равного  $< 150$  мм рт. ст., снижает смертность и улучшает сердечно-сосудистый

| Таблица 1. Доказательная сила рекомендаций |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Градация                                   | Доказательная сила рекомендации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| A                                          | Рекомендация высокой доказательной силы. Основанная на доказательствах высокая степень уверенности в том, что итоговый позитивный эффект* вмешательства выражен                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| B                                          | Рекомендация умеренно высокой доказательной силы. Основанная на доказательствах умеренно высокая степень уверенности в том, что итоговый позитивный эффект вмешательства умеренно выражен или выражен либо основанная на доказательствах высокая степень уверенности в том, что итоговый позитивный эффект вмешательства умеренно выражен                                                                                                                                 |
| C                                          | Рекомендация слабой доказательной силы. Основанная на доказательствах хотя бы умеренно высокая степень уверенности в том, что итоговый позитивный эффект вмешательства невелик                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| D                                          | Рекомендация против. Основанная на доказательствах хотя бы умеренно высокая степень уверенности в том, что итоговый позитивный эффект вмешательства отсутствует либо риск/вред, сопряженный с вмешательством, перевешивает его пользу                                                                                                                                                                                                                                     |
| E                                          | Мнение экспертов («Доказательная база недостаточна, либо доказательства неясны и противоречивы. Тем не менее эксперты рекомендуют»). Характер итогового эффекта вмешательства неясен. Соотношение «польза/вред» неизвестно, поскольку доказательства либо отсутствуют, либо недостаточны, либо неясны, либо противоречивы. Тем не менее эксперты считают, что вмешательство является клинически важным, и поэтому его рекомендуют. Необходимо дальнейшее изучение вопроса |
| H                                          | Рекомендации «за» или «против» отсутствуют («Доказательная база недостаточна, либо доказательства неясны и противоречивы»)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Примечание. \*Итоговый позитивный эффект рассчитывается как разность между позитивным эффектом и риском/вредом, сопряженными с вмешательством.



и цереброваскулярный прогноз. Ни в одном из РКИ, включавших этих пациентов, не сопоставлялось влияние на исходы рекомендуемого целевого уровня САД (<140 мм рт. ст.), с одной стороны, и более высоких его значений (например, <150 мм рт. ст.) — с другой. Поэтому, по мнению экспертов, целевой уровень АД, рекомендуемый в настоящем руководстве при АГ и сопутствующем СД, должен соответствовать общепопуляционному целевому уровню АД у лиц <60 лет. В своем выборе эксперты также опирались на результаты РКИ ACCORD-BP, в котором при целевом уровне САД <140 мм рт. ст. исходы оказались такими же, как и при более низких значениях данного показателя. В РКИ ADVANCE изучалось влияние низких целевых уровней АД на частоту больших макро- и микроваскулярных событий у больных с СД и повышенным сердечно-сосудистым риском. Однако результаты данного исследования экспертами не рассматривались. Это объяснялось тем, что уровень исходного АД у больных, вошедших в РКИ ADVANCE, не соответствовал критериям, выбранным авторами настоящего руководства. Кроме того, в этом исследовании не проводили рандомизации участников в зависимости от пороговой и целевой величин АД.

Известно, что для больных с АГ и сопутствующим СД в качестве целевого обычно рекомендуют САД, равное <130 мм рт. ст. Однако выбор такого уровня не обоснован результатами РКИ. Так, в исследовании ACCORD-BP сравнивали 2 терапевтических режима, для которых целевыми уровнями САД служили <120 и <140 мм рт. ст. В соответствующих группах отсутствовали отличия по частоте комбинированной ПКТ (сердечно-сосудистая смерть + нефатальный острый инфаркт миокарда (ОИМ) + нефатальный мозговой инсульт). Обе группы были также сопоставимы по частоте почти всех ВКТ. Единственным исключением оказалась частота мозгового инсульта, однако в группе пациентов с целевым уровнем САД <140 мм рт. ст. этот показатель был намного меньше ожидаемого. Как следствие, в абсолютном выражении межгрупповое отличие по частоте фатальных и нефатальных мозговых инсультов составило всего 0,21% в год. По мнению экспертов, результаты РКИ ACCORD-BP недостаточно доказательны для того, чтобы рекомендовать взрослым пациентам с АГ и сопутствующим СД в качестве целевого уровень САД, равный <120 мм рт. ст.

Несмотря на то что в ряде документов целевым уровнем ДАД считается <80 мм рт. ст., эксперты не нашли для такой рекомендации доказательных оснований. В частности, отсутствуют обладающие приемлемым методологическим качеством РКИ, в которых бы сопоставлялось влияние на показатель смертности (как заранее выбранной ПКТ или ВКТ) целевого уровня ДАД <90 мм рт. ст. или более низких его значений.

Так, для обоснования целевого уровня ДАД, равного <80 мм рт. ст., часто приводят данные РКИ HOT (<90 vs <80 мм рт. ст.). В этом исследовании более низкий целевой уровень ДАД приводил к снижению частоты комбинированных сердечно-сосудистых событий. В то же время такой вывод был сделан по результатам post hoc анализа, проведенного в небольшой подгруппе (8%) обследуемых. Иначе говоря, исходным протоколом данный анализ предусмотрен не был, и потому его выводы ненадежны.

Аргументом в пользу более низких значений целевого уровня АД также считают результаты РКИ UKPDS. В данном исследовании сравнивали эффективность двух лечебных подходов: более интенсивного (снижение АД до <150/85 мм рт. ст.) и менее интенсивного (снижение АД до <180/105 мм рт. ст.). Первый из этих подходов приводил к уменьшению частоты мозгового инсульта, СН, осложнений СД и связанного с ними летального исхода. Следует, однако, заметить, что если ДАД <85 мм рт. ст. более предпочтительно, чем ДАД <105 мм рт. ст., то это вовсе не свидетельствует о преимуществе ДАД <85 мм рт. ст.

перед ДАД <90 мм рт. ст. Помимо того, в РКИ UKPDS снижалось не только ДАД, но и САД. Следовательно, точно определить, благодаря какому показателю АД улучшался прогноз (снижению САД, ДАД или САД + ДАД), нельзя.

Рекомендация 6 (В)

Для относящихся к общей популяции лиц, не являющихся представителями негроидной расы, в т. ч. для пациентов с СД, антигипертензивную терапию следует начинать с тиазидоподобного диуретика (ТПД), антагониста кальция (АК), ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА).

Рекомендация 6 базируется на результатах только тех РКИ, в которых сопоставляли влияние разных классов антигипертензивных препаратов на прогноз. В то же время плацебо контролируемые РКИ экспертами не рассматривались. Тем не менее отправной точкой доказательного подхода, используемого в настоящем руководстве, служат данные крупных плацебо контролируемых РКИ антигипертензивных препаратов, в т. ч. исследований, которые финансировались из государственного бюджета: HDFP (1970), VA Cooperative Trial (1979) и SHEP (1991). В этих РКИ были получены бесспорные доказательства того, что у пациентов с АГ прием антигипертензивных препаратов снижает частоту сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий, а также обусловленную ими смертность. Кроме того, способность антигипертензивной терапии уменьшать риск была продемонстрирована в РКИ, сравнивавших эффективность β-адреноблокаторов (РКИ MRC, 1985; исследование IPPPSH, 1985) и АК (РКИ Syst-Eur, 1997) с таковой плацебо.

Все классы антигипертензивных препаратов, перечисленные в рекомендации 6, обладают сопоставимым влиянием на общую смертность, а также на сердечно-сосудистые, цереброваскулярные и почечные исходы. Единственным исключением служит СН. Так, установлено, что ее частоту ТПД снижают более эффективно, чем АК и ИАПФ, причем ИАПФ в этом отношении превосходят АК. Однако, хотя профилактика СН является важной целью антигипертензивной терапии, все же не следует осуществлять выбор стартового препарата, руководствуясь лишь этой целью, поскольку при АГ прогноз определяется и другими исходами. Кроме того, эксперты считают, что снижение АД до целевого уровня как таковое гораздо важнее реализации специфических эффектов, свойственных той или иной группе препаратов.

Эксперты не рекомендуют назначать в качестве стартового антигипертензивного средства β-адреноблокаторы, поскольку, согласно данным РКИ LIFE (2002), на фоне их приема частота комбинированной ПКТ (сердечно-сосудистая смерть + ОИМ + мозговой инсульт) выше, чем при назначении БРА (главным образом за счет мозговых инсультов). В других исследованиях либо эффективность β-адреноблокаторов была такой же, как и прочих антигипертензивных средств, либо полученные результаты не позволяли сделать сколько-нибудь определенных выводов.

Причина, по которой в качестве препаратов первой линии не рекомендуют использовать β-адреноблокаторы, заключается в том, что, согласно данным РКИ ALLHAT (2003), их прием в сравнении с назначением диуретиков приводит к худшим исходам, т. е. ассоциируется с более высокой частотой цереброваскулярных событий, СН и комбинированного сердечно-сосудистого исхода. Не проводилось удовлетворительных в методологическом отношении РКИ, в которых бы сопоставлялась эффективность препаратов 4 рекомендуемых классов со следующими лекарственными средствами: β-адреноблокаторами с α-адреноблокирующими свойствами (например, с карведилолом), β-адреноблокаторами с вазодилатирующими свойствами (например, с небивололом), агонистами центральных α<sub>2</sub>-адренорецепторов (например, с клонидином), вазодилаторами

| Таблица 2. Дозирование антигипертензивных препаратов: доказательный подход                                                                                                                    |                    |                                  |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Антигипертензивный препарат                                                                                                                                                                   | Стартовая доза, мг | Целевая доза (по данным РКИ), мг | Кратность суточного дозирования |
| <b>ИАПФ</b>                                                                                                                                                                                   |                    |                                  |                                 |
| Каптоприл                                                                                                                                                                                     | 50                 | 150-200                          | 2                               |
| Эналаприл                                                                                                                                                                                     | 5                  | 20                               | 1-2                             |
| Лизиноприл                                                                                                                                                                                    | 10                 | 40                               | 1                               |
| <b>БРА</b>                                                                                                                                                                                    |                    |                                  |                                 |
| Эпросартан                                                                                                                                                                                    | 400                | 600-800                          | 1-2                             |
| Кандесартан                                                                                                                                                                                   | 4                  | 12-32                            | 1                               |
| Лосартан                                                                                                                                                                                      | 50                 | 100                              | 1-2                             |
| Валсартан                                                                                                                                                                                     | 40-80              | 160-320                          | 1                               |
| Ирбесартан                                                                                                                                                                                    | 75                 | 300                              | 1                               |
| <b>β-Адреноблокаторы</b>                                                                                                                                                                      |                    |                                  |                                 |
| Атенолол                                                                                                                                                                                      | 25-50              | 100                              | 1                               |
| Метопролол                                                                                                                                                                                    | 50                 | 100-200                          | 1-2                             |
| <b>АК</b>                                                                                                                                                                                     |                    |                                  |                                 |
| Амлодипин                                                                                                                                                                                     | 2,5                | 10                               | 1                               |
| Дилтиазем, форма с замедленным высвобождением                                                                                                                                                 | 120-180            | 360                              | 1                               |
| Нитрендипин                                                                                                                                                                                   | 10                 | 20                               | 1-2                             |
| <b>ТПД</b>                                                                                                                                                                                    |                    |                                  |                                 |
| Бендрофлуметиазид                                                                                                                                                                             | 5                  | 10                               | 1                               |
| Хлорталидон                                                                                                                                                                                   | 12,5               | 12,5-25                          | 1                               |
| Гидрохлортиазид                                                                                                                                                                               | 12,5-25            | 25-100*                          | 1-2                             |
| Индапамид                                                                                                                                                                                     | 1,25               | 1,25-2,5                         | 1                               |
| Примечание. *В соответствии с доказательным подходом рекомендуемая доза, характеризующаяся оптимальным соотношением «эффективность / безопасность», для гидрохлортиазида составляет 25-50 мг. |                    |                                  |                                 |

прямого действия (например, с гидралазином), антагонистами альдостерона (например, со спиронолактоном), антагонистами периферических адренергических рецепторов (например, с резерпином) и петлевыми диуретиками (например, с фуросемидом). В силу этого перечисленные средства не могут быть рекомендованы для антигипертензивной терапии первой линии. Помимо того, отсутствует информация об РКИ, в которых сравнивались диуретики и БРА, а также ИАПФ и БРА. Результаты РКИ ONTARGET экспертами не рассматривались, так как в данном исследовании АГ не являлась обязательным критерием включения.

Препараты, рекомендуемые для пациентов, принадлежащих к общей популяции, следует использовать и у больных с сопутствующим СД, поскольку влияние этих средств на большие сердечно-сосудистые и цереброваскулярные исходы от наличия СД не зависит.

Необходимо подчеркнуть следующие моменты. Во-первых, многим пациентам для того, чтобы контролировать АД, необходимо назначить несколько антигипертензивных препаратов. Хотя рекомендация 6 относится к выбору лекарственного средства для стартовой монотерапии, эксперты считают, что любой из рекомендованных 4 классов можно с успехом использовать и для комбинированного лечения (см. рекомендацию 9). Во-вторых, под ТПД в рекомендации 6 подразумеваются тиазидные диуретики, хлорталидон и индапамид. Петлевые и калийсберегающие диуретики в качестве антигипертензивных средств первой линии не рассматриваются. В-третьих, для достижения результатов, продемонстрированных в соответствующих РКИ, дозы назначаемых диуретиков должны быть такими же, как и в этих исследованиях (табл. 2). В-четвертых, эксперты не анализировали данные тех РКИ, в которые входили особые группы больных (например, с ИБС или СН). Следовательно, применять рекомендацию 6 у данных пациентов нужно с осторожностью. Принципам лечения больных с ХБП посвящена рекомендация 8.

Рекомендация 7 (В — для лиц негроидной расы, относящихся к общей популяции, С — для лиц негроидной расы, страдающих СД)

У лиц негроидной расы, относящихся к общей популяции (в т. ч. у пациентов с СД), антигипертензивную терапию следует начинать с ТПД или АК.

Рекомендация 7 основана на анализе результатов, которые были получены для заранее выделенной и достаточно крупной подгруппы пациентов — представителей негроидной расы, вошедших

в методологически качественное РКИ ALLHAT. Согласно выводам этого исследования, у больных — представителей негроидной расы (независимо от наличия у них СД) ТПД по сравнению с ИАПФ оказывали более благоприятное влияние на цереброваскулярные исходы, частоту СН и комбинированной сердечно-сосудистой ПКТ. Таким образом, лицам негроидной расы предпочтительнее назначать не ИАПФ, а ТПД. По сравнению с диуретиками АК у этих пациентов обладают меньшей профилактической эффективностью в отношении СН. Однако по влиянию на прочие конечные точки (комбинированную сердечно-сосудистую, цереброваскулярную, почечную, общую смертность) между этими группами препаратов отличий нет. Именно поэтому в качестве антигипертензивной терапии первой линии эксперты рекомендуют назначать как ТПД, так и АК.

Преимущество АК перед ИАПФ также было продемонстрировано в РКИ ALLHAT. В частности, у лиц негроидной расы, начавших лечение с ИАПФ, частота мозговых инсультов оказалась на 51% выше, чем у таких же пациентов, которым для стартовой терапии назначали АК (относительный риск 1,51; 95% ДИ 1,22-1,86). Для пациентов — представителей негроидной расы не выполняли исследований надлежащего методологического качества, в которых бы сравнивались диуретики или АК, с одной стороны, и β-адреноблокаторы, БРА или прочие блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС) — с другой.

Рекомендации для пациентов — представителей негроидной расы, страдающих СД, имеют более слабую доказательную базу. Это связано с тем, что для данной категории больных приемлемых по методологическому качеству РКИ, сравнивавших стартовую терапию АК и ИАПФ, не проводили. В результате рекомендация 7 построена на экстраполяции результатов, полученных в РКИ ALLHAT для лиц негроидной расы, 46% из которых имели СД. Выводы post hoc анализа, выполненного в рамках РКИ ALLHAT (пациенты негроидной расы с метаболическим синдромом, среди которых у 68% был СД), хотя и подтверждают обоснованность рекомендации 7, тем не менее в силу недостаточной своей доказательности экспертами не учитывались.

Принципу лечения пациентов — представителей негроидной расы с СД и ХБП посвящена рекомендация 8.

Продолжение следует.

Перевел с англ. Глеб Данин

