



Новая классификация АГ согласно клиническим рекомендациям 2017 ACC/AHA: мнения российских экспертов

Резюме

В материале представлены комментарии 7 ведущих экспертов из различных российских регионов по новому пересмотру классификации артериальной гипертонии (АГ) в рамках клинических рекомендаций, опубликованные в Journal of the American College of Cardiology и в журнале Hypertension (AHA journal). Внесено изменение в классификацию АГ, касающиеся уровней систолического артериального давления 130–139 мм рт. ст. и/или диастолического (ДАД) 80–89 мм рт. ст., которые теперь классифицируются как АГ 1 степени. В обновленном руководстве также указаны новые целевые значения артериального давления для пациентов, получающих лечение АГ. Мнения российских экспертов расходятся. Некоторые считают, что эти рекомендации не приемлемы для России и необходимо дождаться решения Европейского общества кардиологов. Наряду с этим новый пересмотр классификации рассматривается как положительный феномен для выявления и профилактики осложнений АГ.*

Ключевые слова

Артериальная гипертония, новая классификация, клинические рекомендации

New classification of arterial hypertension according to the ACC/AHA clinical guidelines-2017: opinions of Russian experts

Summary

This article includes 7 opinions of the leading experts of different regions of Russia related to new revision of arterial hypertension (AH) classification as part of clinical guidelines that have been published in the Journal of the American College of Cardiology and in the AHA Journal of Hypertension. These changes are related to the levels of systolic blood pressure (BP) 130–139 mm Hg and/or diastolic BP 80–89 mm Hg that are classified now as the Grade 1 AH. Updated guideline also contains new target values for patients undergoing AH treatment. Opinions of Russian experts differ. Some of them think that these guidelines are inappropriate for Russia, and that it is necessary to wait for the guidelines of the European Society of Cardiology. At the same time, this change of classification can be considered as a positive phenomenon for AH detection and prevention.

Key words

Arterial hypertension, new classification, clinical guidelines

Список сокращений

ААС — Американская ассоциация сердца
АГ — артериальная гипертензия

ДАД — диастолическое артериальное давление
ИБС — ишемическая болезнь сердца

САД — систолическое артериальное давление

Одним из главных событий Конгресса Американской ассоциации сердца (ААС), состоявшейся в Анахайме (США) 11–15 ноября 2017 года, было представление нового пересмотра классификации артериальной гипертензии (АГ). В частности, в новом документе внесено изменение в классификацию АГ, касающиеся уровней систолического артериального давления (САД) 130–139 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) 80–89 мм рт. ст., которые теперь классифицируются как АГ 1 степени. В обновленном руководстве также указаны новые целевые значения АД для пациентов, получающих лечение АГ: 130/80 мм рт. ст.

Клинические рекомендации 2017 ACC/АНА Hypertension Guidelines	САД и ДАД, мм рт. ст.
Нормальное АД	<120 и < 80
Повышенное АД	120–129 и < 80
АГ 1 степени	130–139 или 80–89
АГ 2 степени	≥140 или ≥90

* Клинические рекомендации опубликованы в Journal of the American College of Cardiology и в журнале Hypertension (АНА journal).

* АГ 2 степени с более высокими цифрами АД должна относиться к более высокой категории.

Представленная классификация стала предметом широкой дискуссии. Российские эксперты также высказали свое мнение. Ниже приводятся комментарии академика РАН Оганова Р.Г. (Москва), профессоров Арабидзе Г.Г. (Москва), Кошельской О.А. (Томск), Барышниковой Г.А. (Москва), Канорского С.Г. (Краснодар), Жук В.С. (Санкт-Петербург) и Бунин Ю.А. (Москва).

Академик РАН Оганов Рафаэль Гегамович (Москва)

Появление новой классификации АГ, представленной ААС, следует рассматривать как положительный феномен.

Она еще раз привлечет внимание к проблеме АГ и послужит обоснованием для новых исследований. Однако не следует торопиться внедрять эти рекомендации в повседневную деятельность врачей. Согласно существующим рекомендациям АГ широко распространена во всех странах, ее выявляемость и эффективность лечения низкие, побочные эффекты при лечении довольно частые.

Необходимо дождаться анализа и реакции европейских кардиологов, ВОЗ и др. международных организаций в отношении американских рекомендаций, а главное получить убедительные доказательства об эффективности и безопасности анти-

гипертензивной терапии согласно критериям новых рекомендаций, особенно у пожилых и больных с сочетанными заболеваниями.

Профессор Арабидзе Григорий Гурамович (Москва)

Согласно новым критериям артериальной гипертензии ААС, предгипертония включена в систему артериальной гипертензии, предполагающая наблюдение кардиолога на более раннем этапе. Хотя, надо признать, что данный факт привел к увеличению почти на 15% количества пациентов с артериальной гипертензией в США. Так, согласно рекомендациям ААС и JNC7 2017, общая распространенность гипертензии среди взрослых в США составляет 45,6% (95% доверительный интервал [ДИ] 43,6%, 47,6%) и 31,9% (95% ДИ 30,1%, 33,7%) соответственно. При этом, по проведенному уже анализу (Paul Muntner, Robert M. Carey, Samuel Gidding, Daniel W. Jones, Sandra J. Taler, Jackson T. Wright Jr. and Paul K. Whelton. Potential U.S. Population Impact of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline) количество пациентов, которым будет рекомендована изначально медикаментозная терапия увеличивается незначительно, составляя 36,2% (95% ДИ 34,2%, 38,2%) и 34,3% (32,5%, 36,2%) взрослых американцев соответственно, т.е. на 1,9%. То же самое, думаю будет наблюдаться в нашей стране, так как на ранних стадиях преимущественный акцент делается на коррекции факторов риска и изменение образа жизни, т.е. вторичную профилактику. В России, пациенты, взятые под наблюдение на ранних этапах будут более привержены медикаментозной терапии только после неудачи профилактических и немедикаментозных методов на протяжении достаточно длительного времени. При этом, более агрессивное по целевым уровням лечение также уменьшит, надеюсь, количество осложнений и госпитализаций. Это доказано, например, результатами наблюдений в Шведском регистре [1].

Профессор Кошельская Ольга Анатольевна (Томск)

Снижение уровня АД, при котором диагностируется АГ 1-й ст. (САД до 130–139 или ДАД — 80–89 мм рт. ст.) с устранением понятия «предгипертония» влечет за собой значительное и вряд ли оправданное увеличение в популяции распространенности пациентов с АГ — по самым скромным подсчетам

не менее чем на 1/3, а обозначение уровня АД 120–129 и менее 80 мм рт. ст. как «повышенное АД» (вместо прежнего термина «предгипертония») вызывает большое недоумение, поскольку вносит терминологическую путаницу и не является в должной мере обоснованным. Применение рекомендуемого подхода к оценке уровня АД будет сопровождаться увеличением распространенности АГ в 2–3 раза среди лиц моложе 45 лет, а в возрастной группе старше 55 лет АГ должна будет выявляться не менее чем у 75% мужчин.

Поскольку авторы рекомендаций свидетельствуют, что медикаментозная терапия до достижения АД менее 130/80 мм.рт. ст. по-прежнему целесообразна только у лиц с наличием повышенного и высокого кардиоваскулярного риска, предлагаемое понижение значений АД, при котором диагностируется его «повышенный уровень» и АГ 1-й степени, по крайней мере в первичной профилактике, может, с одной стороны, служить мотивацией для пациента к ведению здорового образа жизни, с другой — для ряда пациентов не исключает негативного влияния на их психологический статус. В этой связи крайне важной представляется по настоящему корректная оценка степени сердечно-сосудистого риска, которая, как известно, проводится в США с использованием калькулятора, не применимого в РФ.

Недоумение вызывает также провозглашаемые абсолютно единые, универсальные требования по достижению целевого АД — менее 130/80 мм. рт. ст., в том числе у пожилых, и без каких-либо различий у лиц с наличием или отсутствием сердечно-сосудистых заболеваний и коморбидных состояний. Хотя эксперты, готовившие рекомендации, свидетельствуют, что последние обоснованы наличием большой доказательной базы, включая результаты исследования SPRINT [2], именно последнее обстоятельство является весьма сомнительным, поскольку, как известно, в нем применялся исключительно внеофисный метод контроля АД, что ведет к существенному «занижению» показаний АД, в сравнении с его офисными измерениями. Кроме того, провозглашаемые принципы единых критериев к достижению целевого АД противоречат результатам ряда современных мета-анализов, включая и самый последний, где установлены различия в ассоциации достигающегося уровня АД на фоне антигипертензивной терапии со снижением риска кардиоваскулярной заболеваемости и смертности при первичной и вторичной профилактике в за-

висимости от исходных значений АД [3]. Имеются также данные о том, что пациенты с сахарным диабетом не получают никакой выгоды для выживаемости и сердечно-сосудистого прогноза, если антигипертензивная терапия преследует цель снижения систолического АД ниже 130 мм.рт. ст. (в сравнении с его уровнем ниже 140 мм. рт. ст.) или если медикаментозное лечение назначается при исходном уровне АД ниже 140 мм. рт. ст. (в сравнении с его уровнем более 140 мм. рт. ст.), при этом установлен даже значимый рост риска смертности за счет коронарных осложнений [3].

Интенсификация медикаментозной терапии, предполагаемая с учетом рекомендуемых критериев оценки уровня АД и снижения его целевых значений, будет иметь место все же у многих пациентов (приблизительно, у 1/3), что может вести к неоправданным финансовым затратам и потенциальному росту побочных явлений более агрессивной антигипертензивной терапии.

С учетом изложенного, считаю использование предлагаемых критериев оценки АД в РФ необоснованным и нецелесообразным.

Удовлетворение в рекомендациях вызывает акцент на повышении точности измерения АД, необходимости контроля внеофисного АД и важности немедикаментозных методов лечения.

Профессор Барышникова Галина Анатольевна (Москва)

Новый пересмотр классификации не является неожиданностью, это отголосок результатов исследования SPRINT [2]. У этого подхода, наверняка, найдутся как сторонники, так и противники. Ведь мы это уже проходили, когда в 2007 году в группах высокого и очень высокого риска рекомендовали снижение АД <130/80 мм.рт. ст., а потом от этого отказались. И европейское общество кардиологов в 2013 году подчеркнула, что только немедикаментозное лечение может применяться при высоком нормальном давлении. Мы в России по старым-то критериям достигаем целевого уровня у 22–24% гипертоников, при ужесточении критериев — достижение целевого уровня окажется вообще непосильной задачей у большинства больных. Их сегодня бывает трудно убедить в необходимости лечения, когда АД выше 160 мм. рт. ст., что уж говорить про 130 мм. рт. ст. Поэтому на этапе прегипертензии — только немедикаментозные методы лечения.

На мой взгляд, можно приветствовать более широкое использование фиксированных комбинаций (включая больных низкого и среднего сердечно-сосудистого риска) для обеспечения более высокой приверженности терапии, обязательно традиционное поэтапное снижение, с учетом индивидуальной переносимости, особенно у пожилых больных.

Другое дело, что в свете результатов SPRINT— не надо бояться снижения АД ниже 125–130 мм рт. ст., не торопиться уменьшать дозы и количество применяемых в составе фиксированных комбинаций компонентов при условии хорошей переносимости этого уровня АД больным.

Я — сторонник взвешенного подхода, интересно было бы узнать мнение экспертов Европейского общества кардиологов и Европейского общества гипертонии.

Профессор Канорский Сергей Григорьевич (Краснодар)

Достаточно давно известно, что по данным популяционных наблюдений риск сердечно-сосудистых осложнений линейно возрастает при повышении АД от уровня 115/75 мм рт. ст. (Lewington S. et al., 2002). Эти данные противоречили результатам многочисленных рандомизированных исследований антигипертензивной терапии, в которых при снижении систолического артериального давления менее 130 мм рт. ст. развивался J-образный феномен — риск сердечно-сосудистых осложнений вновь возрастал. Однако в исследовании SPRINT [2] все же удалось избежать развития J-образного феномена. Согласно мнению некоторых экспертов, это произошло из-за использования в SPRINT инновационного способа измерения артериального давления (автоматизированный осциллометрический монитор), занижавшего показатели по сравнению с традиционным офисным измерением. Новая американская классификация АГ (2017 года) устраняет противоречие между популяционными наблюдениями и задачами современной антигипертензивной терапии. Однако, для клинициста важен учет индивидуальной переносимости пациентами более низких уровней артериального давления.

Профессор Жук Вадим Сергеевич (Санкт-Петербург)

То, с чем мы столкнулись является закономерным развитием рекомендаций, которые всколыхнули мир в 2014 году. Речь идет об Американском до-

кументе JNC8. Тогда исчезла 3 степень и уровень выше 160/90 стал последним в классификации АГ.

Новый посыл от 11–15 ноября из Анахайма (Калифорния) заставляет эмоциональную оценку «качаться как клён на ветру» — от попытки рационального принятия, до ощущения полной нереальности. Неизвестно какую цель ставят Американские эксперты, признавая треть пока здоровых людей больными артериальной гипертензией! Не хочется думать, что причина лежит в плоскости проводимых там реформ системы здравоохранения, финансировании или вливаниях в фармацию. Будем верить, что цели благие, однако на чем они основываются пока не совсем понятно. Если такое решение основывается на данных, полученных в ходе исследования SPRINT [2] и ему подобных, то стоит вспомнить, что результаты измерения давления были получены при внеофисном измерении, что отличается от обычной клинической практики. Кроме того, разве даже более 9000 пациентов могут отразить состояние популяционных показателей во всем их разнообразии?

При консультировании пациента легко ли будет ему сказать, что АД 130/80 мм рт. ст. надо считать болезнью и более того лечить? Но если более спокойно посмотреть на документ, то ситуация в некоторых моментах перестанет казаться столь радикальной. Так, например, целевое и пороговое АД разделены. Что это дает? Несмотря на то, что в качестве целевого АД для всех определено значение АД < 130/80 мм рт. ст., для лиц без риска атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и у пациентов после лакунарного инсульта, и для его вторичной профилактики остались старые пороговые значения (140/90 мм рт. ст.).

На сегодняшний день рекомендованная в документе шкала оценки риска не валидирована на европейской, в том числе отечественной, популяции.

Другим аспектом, требующим осмысления, является определение пороговых и целевых уровней АД у пациентов старшего возраста (>75 лет или 80 или 85 лет), да и к молодым и здоровым людям, у которых от разных состояний давление в определенные периоды времени может быть 130/80 мм рт. ст. или немного выше.

Профессор Бунин Юрий Андреевич (Москва)

В связи с этим применение антигипертензивных препаратов для снижения АД рекомендуется уже при уровне САД 130 мм рт. ст. и выше или ДАД

80 мм рт. ст. и выше в случаях наличия у больного сердечно-сосудистых заболеваний (вторичная профилактика) или 10-летнего риска развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (смертность от ИБС, нефатальный инфаркт миокарда, фатальный и нефатальный инсульт) по шкале ASCVD. При отсутствии вышеперечисленных показателей медикаментозное лечение начинается при уровне САД 140 мм рт. ст. и выше или ДАД 90 мм рт. ст. и выше. Таким образом, становится понятным, что категория лиц, требующих медикаментозной терапии АГ, существенно увеличивается.

К антигипертензивным препаратам первой линии отнесены только тиазидовые диуретики, ди-

гидропиридиновые и недигидроперидиновые антагонисты кальция, ингибиторы АПФ и сартаны. Остальные антигипертензивные препараты, включая бета-адреноблокаторы, предложено отнести к препаратам второй линии. У больных с АГ 1-й степени рекомендуется начинать медикаментозное лечение с одного препарата первой линии, а при 2-й степени АГ — с двух препаратов первой линии.

В заключении рекомендаций дан подробный алгоритм по использованию антигипертензивных препаратов при различных коморбидных состояниях (ИБС, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий, деменция, сахарный диабет, инсульт и др.).

Список литературы

1. Adamsson Eryd S., Gudbjörnsdottir S., Manhem K., Rosengren A., et al. Blood pressure and complications in individuals with type 2 diabetes and no previous cardiovascular disease: national population based cohort study. *BMJ* 2016;354: 4070.
2. Berlowitz DR, Foy CG, Kazis LE, Bolin LP, Conroy MB, Fitzpatrick P, Gure TR, Kimmel PL, Kirchner K, Morisky DE, Newman J, Olney C, Oparil S, Pajewski NM, Powell J, Ramsey T, Simmons DL, Snyder J, Supiano MA, Weiner DE, Whittle J; SPRINT Research Group. Effect of Intensive Blood-Pressure Treatment on Patient-Reported Outcomes. *N Engl J Med.* 2017 Aug 24;377 (8): 733–744.
3. Brunstroem M., Carlberg B. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels. *JAMA intern Med.* published online November 13, 2017. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.6015