



Новые европейские рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертонией. Комментарии российских экспертов

На очередном Европейском конгрессе кардиологов в августе 2018 года были представлены обновленные рекомендации по артериальной гипертонии (АГ). В них были представлены: новый пересмотр некоторых положений по оценке сердечно-сосудистого риска, алгоритмы подбора антигипертензивной терапии и ведения отдельных групп пациентов. В первую очередь, ожидали возможные изменения целевых уровней артериального давления (АД) вслед за американскими рекомендациями. В материале представлено мнение ведущих российских экспертов по основным положениям обновленных европейских рекомендаций по артериальной гипертонии.

Ключевые слова: артериальная гипертония, обновленные европейские рекомендации, целевые уровни артериального давления.

Конфликт интересов: не заявлен.

Поступила 17.01.2019

Принята к публикации 27.01.2019

New European guidelines for the management of arterial hypertension. Comments of Russian experts

During the European Congress of Cardiology held in August 2018, new guidelines on arterial hypertension were presented. They included a revision of the cardiovascular risk estimation, algorithms of antihypertensive therapy combinations and management for certain groups of patients. First of all, we expected possible changes in target blood pressure levels followed by the US recommendations. The opinion of the leading Russian experts on the main states of the new European guidelines for the management of arterial hypertension is presented.

Keywords: arterial hypertension, new European guidelines, target blood pressure levels.

Conflict of interests: None declared.

Список сокращений

АГ — артериальная гипертензия
АД — артериальное давление
ДАД — диастолическое АД
ИБС — ишемическая болезнь сердца
САД — систолическое АД
СД — сахарный диабет
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
ССО — сердечно-сосудистые осложнения

ТИА — толщина комплекса интима-медиа
ХБП — хроническая болезнь почек
ХСН — хроническая сердечная недостаточность
ACC — Американский колледж кардиологов
ESC — Европейское общество кардиологов
ESH — Европейское общество гипертензии
АНА — Американская ассоциация сердца

Российская медицинская общественность ожидала публикацию новых Европейских рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ) [1]. Было интересно, в какой степени эти рекомендации будут находиться «в фарватере» рекомендаций, принятых американской ассоциацией кардиологов, прежде всего в отношении целевых уровней артериального давления (АД), перечня основных антигипертензивных препаратов, внесения изменений в классификацию АГ. Ниже приводятся комментарии известных российских экспертов основных положений новых европейских рекомендаций.

Профессор Канорский Сергей Григорьевич (Краснодар)

В Рекомендациях ESC/ESH по лечению АГ 2018 года осталась прежняя классификация АД, гипертензия начинает отсчет от офисного систолического АД (САД) 140 мм рт.ст. и/или офисного диастолического АД (ДАД) 90 мм рт.ст [1]. Новое определение АГ (от 130/80 мм рт.ст.), предложенное в Рекомендациях ACC/АНА 2017 года, представляется более прогрессивным [2]. Нужно расширять практику измерения АД при необходимом расслаблении пациента, как это выполнялось в исследовании SPRINT, повлиявшем на позицию американских экспертов. Не следует откладывать проведение немедикаментозных и фармакологических вмешательств до тех пор, пока АД достигнет уровня 140/90 мм рт. ст. и разовьются поражения органов-мишеней, ухудшающие переносимость АД 115–130/70–80 мм рт.ст. [3]

Компенсируя сравнительно «поздний старт» терапии, авторы европейских Рекомендаций по лечению АГ смело предлагают назначать двойные комбинации антигипертензивных препаратов в начале лечения большинству больных. Риск опасной гипотензии в такой ситуации реален, поэтому монотерапия все же не запрещается.

Привлекает внимание обоснованная задача достижения в процессе лечения ДАД 70–80 мм рт.ст.,

но целевое САД не должно быть ниже 120 мм рт.ст., так как это может привести к неблагоприятным последствиям.

В отличие от недифференцированных американских Рекомендаций, в новых европейских уделяется больше внимания индивидуализации антигипертензивной терапии в пожилом и старческом возрасте. Разумеется, без учета биологического возраста данного контингента, лечение часто становится неадекватным и плохо переносится.

В европейских Рекомендациях отчетливо прослеживается задача исключить чрезмерное (с учетом доступных в настоящее время данных) снижение АД, приводятся как верхняя, так и нижняя границы целевого диапазона АД. Однако в целом нельзя не заметить импульс к проведению более интенсивной антигипертензивной терапии с охватом более широкого контингента пациентов, в том числе пожилого возраста. Можно предположить, что уже в ближайшем будущем удастся существенно замедлить прогрессию атеросклероза на популяционном уровне, например, с помощью 1–2 инъекций инклизирана в год, и переносимость более низкого уровня АД улучшится, что, в свою очередь, будет дополнительно тормозить возрастные изменения артерий.

Предложение европейскими экспертами нескольких алгоритмов фармакотерапии АГ в определенных клинических ситуациях с приоритетом фиксированных комбинаций препаратов, несомненно, должно повысить качество рутинной работы врачей, обеспечить более частое достижение и поддержание целевого АД. Между тем неконтролируемая АГ чаще всего является следствием отсутствия приверженности назначенной терапии. Авторы европейских Рекомендаций справедливо рассматривают эту проблему в качестве ключевой и уделяют ей особое внимание. Это в еще большей степени актуально для России.

Профессор Арабидзе Григорий Гурамович (Москва)

Уточнены, причем достаточно осторожно, целевые уровни АД. Цель лечения: АД — <140/90 мм рт.ст. у всех пациентов, но если лечение хорошо переносится, рекомендуемые значения АД должны быть нацелены на 130/80 мм рт.ст. и ниже, хотя «в некоторых группах данные менее убедительны».

Данные, на которых основаны рекомендации в основном, — это мета-анализ 123 исследований с 613 815 участниками, опубликованный 2 года назад и показавший на 20% снижение крупных сердечно-сосудистых событий и на 13% смерти от всех причин при достижении САД <130 мм рт.ст., а также мета-анализ 50 исследований с 190362 участниками опубликованный также в 2016 г., показавший на 25% снижение крупных сердечно-сосудистых событий при достижении САД <130 мм рт.ст., но эффективность снижения риска уменьшалась при более низких исходных уровнях АД. Таким образом, рекомендация снижения АД ниже 130/80 мм рт.ст. будет чаще эффективна для пациентов с исходно более высоким АД.

Данные мета-анализы включали и пожилых пациентов, но снижение АД ниже 130/80 мм рт.ст. у них ограничено известными проблемами с сопутствующими заболеваниями, побочными эффектами терапии, в том числе нарушением когнитивных функций.

Увеличение пациентов с начальной двухкомпонентной терапией оправдано в связи более агрессивными целями лечения и возможностями применения готовых комбинированных форм препаратов в разных дозировках (в том числе и по экономическим причинам) усиливающим приверженность к такой терапии.

В тексте самих опубликованных рекомендаций имеются опечатки, например, в разделе 8.14.1 «...целевая АД <130/80 мм рт.ст. у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) кажется безопасной и может быть рекомендована, но достижение АД <120/80 мм рт.ст. не рекомендуются», по смыслу текста должно быть <120/70 мм рт.ст.

Раздел, посвященный проблеме резистентной к лечению гипертонии, основан на хорошей доказательной базе, но по своей полноте и качеству анализа, построению алгоритмов ведения таких пациентов, уступает вышедшим в сентябре 2018 г. рекомендациям АНА [2].

Профессор Барышникова Галина Анатольевна (Москва)

Сразу отметим, что классификация АГ по уровням АД изменений не претерпела, сохранились те же три степени повышения АД, хотя в таблицу стратификации добавлены стадии АГ. Справедливости ради заметим, что в России на протяжении многих лет при формулировке диагноза гипертонической болезни указывалась не только степень повышения АД, но и стадия заболевания.

Существовали опасения, что из числа основных антигипертензивных препаратов будут исключены бета-адреноблокаторы, однако этого не произошло, хотя бета-адреноблокаторы были несколько «понижены в правах», во всяком случае, не рекомендуется начинать с них лечение неосложненной АГ. Но бета-адреноблокаторы по-прежнему являются препаратами 1-го ряда при лечении сопутствующих ИБС, хронической сердечной недостаточности (ХСН), аритмиях, аневризме аорты, а также для лечения АГ у беременных.

Рекомендовано более широкое использование для диагностики АГ измерения АД в домашних условиях, что, разумеется, использовалось и ранее, но теперь на это как бы получено официальное разрешение, тем более что это позволяет исключить гипертонию «белого халата». При этом следует помнить, что в этом случае должны применять другие критерии диагностики АГ: АД ≥ 135/85 мм рт.ст., а не ≥ 140/90 мм рт.ст.

Целевым остается снижение АД менее 140/90 мм рт.ст. По достижении этого АД рекомендуется продолжить снижение САД до уровня ниже 130 мм рт.ст. при условии хорошей переносимости больным. Причем сопутствующие заболевания врача в стремлении к достижению этого уровня АД не ограничивают: и при сопутствующих ИБС, инсульте/увеличении толщины комплекса интима-медиа (ТИА) в анамнезе, сахарном диабете (СД) следует снижать АД ниже 130 мм рт.ст. Лишь при хронической болезни почек (ХБП) предписывается снизить АД ниже 140 мм рт.ст. и оставить его в диапазоне от 130 до 140 мм рт.ст. Важно отметить, что не только нет требования снижать САД менее 120 мм рт.ст. (эта цель была поставлена в исследовании SPRINT, результаты которого были положены в основу новых рекомендаций диагностике и лечению АГ в Австралии и Китае), напротив, сказано со всей определенностью: не снижать САД менее 120 мм рт.ст. [3].

ДАД ранее предписывалось снижать ниже 90 мм рт.ст. (при СД — ниже 85 мм рт.ст.); в новых рекомендациях независимо от возраста и сопутствующих заболеваний целью является АД в диапазоне 70–80 мм рт.ст.

Можно только приветствовать максимальное упрощение и создание четких алгоритмов лечения неосложненной АГ, причем уже на начальном этапе терапии предписывается использование комбинированной терапии (ингибиторы АПФ + антагонисты кальция или диуретики), на 2-м этапе — тройной комбинации (ингибиторы АПФ + антагонисты кальция + диуретики). В дальнейшем речь идет о добавлении спиронолактона, альфа-адреноблокаторов и бета-адреноблокаторов. Монотерапия может применяться у ограниченного круга гипертоников: у пациентов с АГ 1-й степени и низким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО), а это значит в отсутствие других факторов риска, поражения органов-мишеней, СД, ХБП и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Рекомендуется контролировать приверженность больных к назначенной терапии, как основную причину низкой эффективности антигипертензивной терапии, и многократно повторять призыв к более широкому применению фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов, выбор которых в России весьма велик, тем более что существуют тройные фиксированные комбинации (Блокатор РААС + антагонист кальция + диуретик).

Удивляет то обстоятельство, что в новых рекомендациях не нашлось места агонистам имидазолиновых рецепторов (моксонидину и рилменидину), которые (особенно моксонидин) в последние годы стали достаточно широко применяться в составе комбинированной терапии при лечении АГ у больных с синдромом инсулинорезистентности, ожирением, а также для купирования гипертонического криза (сублингвально). Моксонидин в рекомендациях упоминается лишь однажды (при перечислении препаратов, которые не должны применяться у больных АГ и сопутствующей ХСН).

Профессор Кошельская Ольга Анатольевна (Томск)

Обновленные Европейские рекомендации по управлению АГ значительно отличаются от последних рекомендаций американских экспертов, несмотря на одинаковые классы и уровень доказательности данных [1].

И те, и другие рекомендации содержат указания на более широкое применение для подтверждения диагноза АГ домашнего самоконтроля АД и его суточного амбулаторного мониторингования, необходимость оценки приверженности к терапии и выявление некомплаентности к ней, обозначают важную роль медицинских сестер и фармацевтов в обучении пациентов, а также содержат близкую точку зрения на лечение резистентной АГ и целесообразность более интенсивной терапии пожилых с ориентиром не столько на биологический возраст, сколько на их сохранность.

Вместе с тем, европейские эксперты используют более консервативные подходы к определению АГ и интенсивности терапии. Если в американских рекомендациях уровни АД 130–139/80–89 мм рт.ст. обозначены как АГ стадии 1, то в обновленном руководстве ESC/ESH по-прежнему этой стадии соответствуют значения АД 140–159/90–99 мм рт.ст.

В отличие от предыдущей редакции Европейских рекомендаций, назван не только верхний порог целевых значений АД, но его целевые диапазоны, при этом задан вектор на понижение целевого уровня АД у пациентов моложе 65 лет: от «ниже 140/90 мм рт.ст.» до «130/70–79 мм рт.ст., но только при хорошей переносимости» с обозначением его допустимой нижней границ — не менее 120/70 мм рт.ст. Однако, поскольку регулирование систолического и диастолического уровня АД не является независимым друг от друга, и на фоне проведения терапии у ряда пациентов можно наблюдать их дискордантную динамику, представляется важным обозначить приоритеты в достижении цели по обоим компонентам АД.

В отличие от рекомендаций 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline, для пациентов старше 65 лет рекомендовано более осторожное снижение САД, и его целевой уровень обозначен в виде диапазона «от 140 до 130 мм рт.ст.», что вызывает одобрение с учетом частого присутствия у таких пациентов так называемой сосудистой коморбидности. Более консервативной является и тактика в отношении пациентов с ИБС и очень высоким риском ССО, а также пациентов с ХБП 3–4 степени, у которых целевой диапазон АД составляет 130–139/85–89 мм рт.ст., тогда как американскими экспертами целевой уровень для этих категорий пациентов обозначен как <130/80 мм рт.ст., что может быть оправданным лишь для пациентов с протеинурией [2]. Так, имеющиеся данные об особенностях патогенеза непротеинурической ХБП, часто

встречающейся у пациентов с АГ и СД, позволяют рассматривать столь интенсивное снижение САД у пациентов с ХБП без высокой альбуминурии/протеинурии в качестве фактора, способного обусловить гипоперфузию почки.

Следует с удовлетворением отметить представление в настоящих рекомендациях конкретных алгоритмов терапии вместо «выбора среди любых пяти классов антигипертензивных препаратов» и приоритетное использование фиксированных комбинаций, в том числе двухкомпонентных комбинаций — уже на старте терапии для большинства пациентов, что во многом будет способствовать повышению их приверженности к лечению и улучшению прогноза заболевания.

Профессор Бунин Юрий Андреевич (Москва)

Рекомендации ESC по ведению больных с АГ представляются взвешенными, четкими и, по нашему мнению, по своей структуре, научной и практической значимости являются одними из лучших за последние двадцать лет. Наряду с приверженностью ко многим положениям, разработанным в предыдущие годы (классификация АГ, факторы риска и ассоциированные заболевания, подходы к комбинированной медикаментозной терапии и др.), в них даются достаточно обоснованные пожелания по уровням АД, с которых надо начинать лечение у больных различных возрастных групп (18–65 лет — 140/90 мм рт.ст. и более; 65–79 лет — 140/90 мм рт.ст. и более; 80 лет и старше — 160/90 мм рт.ст. и более). В отличие от рекомендаций АСС/АНА, 2017 при высоком нормальном АД (130–135/85–89 мм рт.ст.) даже при очень высоком риске целесообразность медикаментозного лечения признается недостаточно обоснованной (класс IIb) [2].

Адекватность целевых уровней снижения АД (ДАД независимо от возраста должно быть меньше 80 мм рт.ст. — 70–79 мм рт.ст.; САД у больных в возрасте до 65 лет — 120–129 мм рт.ст.; САД в возрасте равном или более 65 лет — 130–139 мм рт.ст.) подтверждается данными рандомизированных

клинических исследований, в которых указано улучшение прогноза (снижение общей смертности, инсульта и др.) при этих уровнях АД.

Сложнее происходит обсуждение проблемы уровней АД и развития деменции в различных возрастных группах: только у больных в возрасте 50 лет (не старше) САД \geq 130 мм рт.ст. увеличивает риск её появления. Поэтому этот раздел требует уточнения и, вероятно, в последующем могут произойти изменения в рекомендациях целевых уровней АД, в первую очередь, у пожилых больных — 65 лет и более.

В разделе рекомендаций, касающемся использования антигипертензивных препаратов, антагонисты кальция, наряду с ингибиторами АПФ, сартанами, тиазидными и тиазидоподобными диуретиками относятся к препаратам первого ряда в большинстве клинических ситуаций (больные без осложненной АГ, с ИБС, больные с ХБП). В то же время бета-блокаторы могут быть рассмотрены при любом шаге лечения только в случае наличия специфических показаний, таких как ХСН, ИБС, у молодых женщин, планирующих беременность (наряду с дигидропиридиновыми антагонистами кальция), а иногда они даже являются препаратами резерва вместе со спиронолактонами и альфа-блокаторами. Подчеркивается, что бета-блокаторы в меньшей степени, чем другие антигипертензивные препараты, предотвращают развитие инсульта.

В части рекомендаций, касающихся вторичных АГ, имеется полезная дополнительная информация, но, к сожалению, она является необоснованно краткой.

Таким образом, по мнению российских экспертов, рассматриваемые рекомендации имеют в большинстве случаев полностью обоснованную практическую направленность и могут быть использованы в нашей стране врачами различных специальностей при лечении больных с АГ. Использование новых Европейских рекомендаций позволит повысить эффективность лечения АГ в России и снизить в итоге сердечно-сосудистую смертность.

Литература/References

1. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018 September 2018; 39 (33): 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
2. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 71: e127–e248.

3. Berlowitz D.R., Foy C.G., Kazis L.E., Bolin L.P., Conroy M.B., Fitzpatrick P., Gure T.R., Kimmel P.L., Kirchner K., Morisky D.E., Newman J., Olney C., Oparil S., Pajewski N.M., Powell J., Ramsey T., Simmons D.L., Snyder J., Supiano M.A., Weiner D.E.,

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.