



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

КАРДИО | Декабрь ПРОГРЕСС 2018

ФОНДА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС»

НОВЫЕ ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ*

Комментарии российских экспертов

Российская медицинская общественность с нетерпением ожидала публикацию новых Европейских рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Было интересно, в какой степени эти рекомендации будут находиться «в фарватере» рекомендаций, принятых американской ассоциацией кардиологов, прежде всего в отношении целевых уровней артериального давления, 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 артериальной гипертензии 2018 года осталась прежняя классификация артериального давления (АД), гипертензия начинает отсчет от офисного систолического АД 140 мм рт. ст. и/или офисного диастолического АД 90 мм рт. ст. Новое определение артериальной гипертензии (от 130/80 мм рт. ст.), предложенное в Рекомендациях ACC/AHA 2017 года, представляется более прогрессивным. 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.

Компенсируя сравнительно «поздний старт» терапии, авторы европейских Рекомендаций по лечению артериальной гипертензии 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 диастолического АД 70–80 мм рт. ст.,

но целевое систолическое АД 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 антигипертензив-

ной 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 артериальной гипертензии 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 артериальная гипертензия 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 анализа 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 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 гипертензии 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.

Профессор Барышникова Галина Анатольевна (Москва)

Сразу отметим, что классификация АГ по уровням АД изменений не претерпела, сохранились те же 3 степени повышения АД, хотя в таблицу стратификации добавлены стадии артериальной гипертензии. 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 артериальной гипертензии. Но бета-адреноблокаторы по-прежнему являются препаратами 1-го ряда при лечении сопутствующих ИБС, хронической сердечной недостаточности, 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 гипертензию «белого халата». При этом следует помнить, что в этом случае должны применять другие критерии диагностики АГ: АД \geq 135/85 мм рт. ст., а не \geq 140/90 мм рт. ст.

Целевым остается снижение АД менее 140/90 мм рт. ст. По достижении этого АД рекомендуется продолжить снижение систолического АД 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, инсульта/ТИА в анамнезе, сахарном диабете 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 систолическое АД менее 120 мм рт. ст. (эта цель была поставлена в исследовании SPRINT, результаты которого были положены в основу новых рекомендаций диагностики и лечению АГ в Австралии и Китае), напротив, сказано со всей определенностью: не снижать систолическое АД менее 120 мм рт. ст.

Диастолическое АД ранее предписывалось снижать ниже 90 мм рт. ст. (при сахарном диабете — 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 степени и низким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений, а это значит в отсутствие других факторов риска, поражения органов-мишеней, сахарного диабета, ХБП и ССЗ.

Рекомендуется контролировать приверженность больных к назначенной терапии, как основную причину низкой эффективности антигипертензивной терапии. И многократно повторяется 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 хронической сердечной недостаточности).

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.

И те, и другие рекомендации содержат указания на более широкое применение для подтверждения диагноза АГ домашнего самоконтроля АД и его суточного амбулаторного мониторинга, необходимость оценки приверженности к терапии и выявление некомплаентности к ней, обозначают важную роль медсестер 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 соответствует 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 границы — 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 сердечно-сосудистых осложнений, а также пациентов с ХБП 3–4 ст., 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. Так, имеющиеся данные об особенностях патогенеза не-протеинурической ХБП, часто встречающейся у пациентов с АГ и сахарным диабетом, позволяют рассматривать столь интенсивное снижение систолического АД 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 5 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 20 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 ACC/AHA, 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).

Адекватность целевых уровней снижения АД (АД диаст. независимо от возраста должно быть меньше 80 мм

рт. ст. — 70–79 мм рт. ст.; АД сист. у больных в возрасте до 65 лет — 120–129 мм рт. ст.; АД сист. 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) систолическое АД ≥ 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 хроническими заболеваниями почек). 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 артериальной гипертензии в России и снизить в итоге сердечно-сосудистую смертность.

ИНДАП индапамид

НИТРЕМЕД нитрендипин



**АКТИВНОЕ
ДОЛГОЛЕТИЕ
БЕЗ ИНСУЛЬТА
И ДЕМЕНЦИИ**



УДАЧНАЯ КОМБИНАЦИЯ
С ВЫРАЖЕННЫМИ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ
И ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫМ
ДЕЙСТВИЯМИ, МОЩНЫЙ
ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНЫЙ
ЭФФЕКТ

- Надежный контроль артериального давления¹
- Доказанные преимущества в снижении риска инсультов¹ и деменции²
- Способствуют увеличению продолжительности и качества жизни пациентов с артериальной гипертензией²

1. Staessen JA, et al. Lancet. 1997; 350:757-764; PAKS Collaborating Group. Chin Med J (Engl). 1996; Sep; 108(9):710-7; PROGRESS Collaborative Group. Lancet. 2001 Sep 29; 358(9287):1033-41
2. Forette F et al. Arch Intern Med. 2002; 162(18):2046-52.



Реклама. Информация для специалистов здравоохранения. ЛС-00286/011/010/10/10 (не является ЛС в РФ)

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

<p>УЧРЕДИТЕЛЬ Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»</p>	<p>РЕДАКЦИЯ Главный редактор Оганов Рафаэль Гегамович Шеф-редактор Мамедов Мехман Ниязи оглы Верстка: Б. Кашеев</p>	<p>АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ 127106, Москва, Гостиничный проезд, д. 6 корп. 2, оф. 213 тел.: + 7 (965) 2361600, e-mail: inf.cardio@gmail.com</p>	<p>ПЕЧАТЬ ООО "Клуб Принт" Заказ № Тираж 950 экз.</p>	<p>РАСПРОСТРАНЕНИЕ По почтовой рассылке и на научных мероприятиях бесплатно. Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.</p>
---	---	--	---	---