

«ESC Congress 2018»: акцент на обновленные рекомендации по лечению артериальной гипертензии

25–29 августа 2018 г. в Мюнхене (Германия) состоялся «ESC Congress 2018», в который раз продемонстрировавший статус самого масштабного и яркого события для кардиологической общественности. Итогом конгресса стало обновление и принятие ряда новых рекомендаций — рекомендаций ESH/ESC по лечению артериальной гипертензии, рекомендаций ESC по диагностике и лечению синкопе, руководства ESC по управлению сердечно-сосудистыми заболеваниями в период беременности, рекомендаций ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда, консенсуса по инфаркту миокарда (ESC, 2018)*.



Основной интригой конгресса был вопрос: поддержат ли европейские эксперты позицию американских кардиологических обществ о снижении целевых уровней артериального давления (АД)?

Представляя свое отношение к результатам исследования SPRINT (Bress A.P. et al., 2016), принятым во внимание в США при формировании новых критериев диагностики артериальной гипертензии (АГ) и целевых уровней АД, европейские эксперты указывают на то, что измерение АД без присутствия медицинского персонала ранее не использовали ни в одном из рандомизированных клинических исследований, послуживших доказательной базой для принятия решений по лечению АГ. При измерении АД в отсутствие медперсонала нет «эффекта белого халата» и по сравнению с обычным измерением уровень систолического АД (САД) может быть ниже на 5–15 мм рт. ст. Предполагается, что уровни САД в исследовании SPRINT могут соответствовать уровням САД при обычном измерении 130–140 и 140–150 мм рт. ст. в группах более и менее интенсивной антигипертензивной терапии соответственно.

В итоге Европейские рекомендации 2018 г. (Williams B. et al., 2018) обозначают в качестве **первичной цели достижения целевого уровня офисного АД <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов (IA)**. При условии хорошей переносимости терапии рекомендуется снижать АД до <130/80 мм рт. ст. у большинства пациентов (IA) (табл. 1).

Новым положением, имеющим важное значение для реальной клинической практики, является обозначение уровня, ниже которого не следует снижать АД — 120/70 мм рт. ст. для всех пациентов.

Вместе с тем один и тот же уровень АД не может быть применим ко всем пациентам с АГ. Предлагаются более низкие целевые уровни САД — <130 мм рт. ст. — для пациентов с сахарным диабетом (СД) и ишемической болезнью серд-

*ESH (European Society of Hypertension) — Европейское общество по артериальной гипертензии, ESC (European Society of Cardiology) — Европейское общество кардиологов, EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery) — Европейская ассоциация кардиоторакальной хирургии.

ца (ИБС) (при условии тщательного мониторинга нежелательных явлений). Суммирующая позиция рекомендаций 2018 г. по целевым диапазонам офисного АД представлена в табл. 2.

Эксперты ESH сохранили классификацию уровней АД и определение АГ и рекомендуют классифицировать АД как оптимальное, нормальное, высокое нормальное и выделять 1, 2 и 3-ю степени АГ (IC) (табл. 3).

Критерием АГ по данным офисного измерения АД остался $\geq 140/90$ мм рт. ст. Для домашнего измерения АД в качестве критерия АГ сохранено $\geq 135/85$ мм рт. ст. По данным суточного мониторинга АД диагностические отрезные точки составили для среднесуточного АД — 130/80, дневного — 135/85, ночного — 120/70 мм рт. ст. соответственно (табл. 4).

Таблица 1. Целевые уровни офисного АД у пациентов с АГ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательности
Первичная цель лечения — снижение АД <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов. При условии хорошей переносимости терапии рекомендуется снижать АД до <130/80 мм рт. ст. у большинства пациентов	I	A
У пациентов в возрасте <65 лет при условии хорошей переносимости рекомендуется снижение САД до уровня 120–129 мм рт. ст. у большинства пациентов	I	A
У пациентов пожилого возраста (>65 лет) рекомендуются:		
• снижение САД до 130–139 мм рт. ст.;	I	A
• тщательное мониторинг нежелательных явлений;	I	C
• указанные целевые уровни АД — для пациентов независимо от уровня кардиоваскулярного риска с/без установленного сердечно-сосудистого заболевания	I	A
Рекомендуется снижение диастолического АД (ДАД) <80 мм рт. ст. для всех пациентов с АГ независимо от уровня риска и сопутствующих заболеваний	Ia	B

Таблица 2. Целевые диапазоны офисного АД

Возраст, лет	АД				+ Инсульт/ транзиторная ишемическая атака	Целевой диапазон ДАД, мм рт. ст.
	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС		
18–64						
65–79		<140/90		<140*/90		
>80			<160/90			<90

Здесь и далее: ХБП — хроническая болезнь почек. *Лечение может быть рассмотрено у этих пациентов при очень высоком риске и высоком/нормальном САД (130–140 мм рт. ст.).

Таблиця 3. Классификация офисного АД

Категория	САД, мм рт. ст.		ДАД, мм рт. ст.	
Оптимальное	<120	и	<80	
Нормальное	120–129	и/или	80–84	
Высокое нормальное	130–139	и/или	85–89	
АГ 1-й степени	140–159	и/или	90–99	
АГ 2-й степени	160–179	и/или	100–109	
АГ 3-й степени	>180	и/или	>110	
Изолированная систолическая АГ	>140	и	<90	

В рекомендациях сохраняется подход к определению общего сердечно-сосудистого риска по SCORE. К числу факторов, влияющих на сердечно-сосудистый прогноз у пациентов с АГ, добавлен (точнее возвращен) **уровень мочево́й кислоты, добавлены ранняя менопауза**, психосоциальные и экономические факторы, **частота сердечных сокращений в покое ≥ 80 уд./мин.** К бессимптомному ПОМ, связанному с АГ, отнесена **умеренная ХБП со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² и тяжелая ХБП со СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²** (расчет по формуле СКД-ЕРІ), а также **выраженная ретинопатия с гемorragиями или экссудатами, отеком соска зрительно-го нерва.** Бессимптомное поражение почек также определяется по наличию микроальбуминурии или повышенному отношению альбумин/креатинин в моче.

Перечень установленных заболеваний сердечно-сосудистой системы дополнен наличием атеросклеротических бляшек при визуализирующих методах исследования и фибрилляции предсердий.

Введен подход к классификации АГ по стадиям заболевания (гипертонической болезни) с учетом уровня АД, наличия факторов риска, влияющих на прогноз, ПОМ, ассоциированным с АГ, и коморбидных состояний (см. табл. 4).

Выделено три стадии АГ (гипертонической болезни). Стадия АГ не зависит от уровня АД, определяется наличием и тяжестью ПОМ.

I стадия (неосложненная) — могут быть другие факторы риска, но ПОМ отсутствует. На этой стадии к категории высокого риска отнесены пациенты с АГ 3-й степени, независимо от количества факторов риска, а также пациенты с АГ 2-й степени с ≥ 3 факторами риска. К категории умеренного/высокого риска относятся пациенты с АГ 2-й степени и 1–2 факторами риска, а также с АГ 1-й степени с ≥ 3 факторами риска. К категории умеренного риска — пациенты с АГ 1-й степени и 1–2 факторами риска, АГ 2-й степени без факторов риска. Низкому/умеренному риску соответствуют пациенты с высоким нормальным АД и ≥ 3 факторами риска. Остальные пациенты отнесены к категории низкого риска.

II стадия (бессимптомная) подразумевает наличие бессимптомного ПОМ, связанного с АГ; ХБП 3-й стадии; СД без ПОМ



и предполагает отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний. Состояние органов-мишеней, соответствующее II стадии, при высоком нормальном АД относит пациента к группе умеренного-высокого риска, при повышении АД 1–2-й степени — к категории высокого риска, 3-й степени — к категории высокого/очень высокого риска.

III стадия (осложненная) определяется наличием симптомных сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП ≥ 4 -й стадии, СД с ПОМ. Эта стадия, независимо от уровня АД, относит пациента к категории очень высокого риска.

Стратегия медикаментозного лечения АГ

В новых рекомендациях в качестве базовой антигипертензивной терапии сохраняются 5 классов препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы ре-

Таблиця 4. Классификация АГ по стадиям заболевания

Стадия АГ	ФР, ПОМ и заболевания	Высокое нормальное АД	АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
I (неосложненная)	Факторов риска нет	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1–2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск
	≥ 3 факторов риска	Низкий/умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
II (бессимптомная)	ПОМ, связанное с АГ; ХБП 3-й стадии или СД без ПОМ	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/очень высокий риск
III (осложненная)	Симптомные сердечно-сосудистые заболевания, ХБП ≥ 4 -й стадии или СД с ПОМ	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Здесь и далее: ПОМ – поражение органов-мишеней.

Таблиця 5. Алгоритм медикаментозного лечения неосложненной АГ

Этапы терапии	Препараты	Примечания
I этап — начальная терапия Двойная комбинация (предпочтительно в 1 таблетке)	иАПФ или БРА + АК или ТД	Монотерапия для пациентов низкого риска с САД < 150 мм рт. ст., пациентов старческого возраста (> 80 лет) и пациентов со старческой астенией
II этап Тройная комбинация (предпочтительно в 1 таблетке)	иАПФ или БРА + АК + ТД	
III этап Тройная комбинация (предпочтительно в 1 таблетке) + спиронолактон	иАПФ или БРА + АК + ТД + спиронолактон (25–50 мг 1 раз в сутки) или другой диуретик/блокатор β -адренорецепторов/блокатор α -адренорецепторов	Эта ситуация расценивается как резистентная АГ и требует направления в специализированный центр для дополнительного обследования
Назначение блокаторов β-адренорецепторов можно рассмотреть на любом этапе терапии в специфических клинических ситуациях, таких как сердечная недостаточность, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, беременность или ее планирование		

Таблица 6. Основные изменения в новых рекомендациях 2018 г. по сравнению с 2013 г. (Coca A., 2018)

2013		2018
		Год
		Диагноз
Офисное АД рекомендовано для скрининга и диагностики АГ		Рекомендуется основывать диагностику АГ на: повторных офисных измерениях АД или внеофисных измерениях АД с амбулаторным и/или домашним мониторингом, если это логистически и экономически целесообразно
		Пороги лечения
Повышенное нормальное АД (130–139/85–89 мм рт. ст.): не рекомендуется начинать антигипертензивную терапию, если не получены необходимые доказательства		Повышенное нормальное АД (130–139/85–89 мм рт. ст.): медикаментозное лечение может быть рассмотрено при очень высоком сердечно-сосудистом риске из-за установленного сердечно-сосудистого заболевания, особенно ИБС
АГ 1-й степени, пациенты низкого риска: начало медикаментозной терапии должно быть рассмотрено у пациентов низкого/умеренного риска, когда АД в нескольких измерениях находятся в этих пределах, несмотря на рациональный период времени на изменения образа жизни		АГ 1-й степени, пациенты низкого риска: рекомендовано начать медикаментозное лечение, если АГ сохраняется после вмешательства по изменению образа жизни
Пациенты пожилого возраста: медикаментозная терапия может быть рассмотрена у пациентов пожилого возраста (<80 лет) при САД 140–159 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии		Пациенты пожилого возраста: медикаментозная терапия и модификация образа жизни рекомендованы пациентам пожилого возраста (>65, но не >80 лет) при САД 140–159 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии
		Целевое АД при лечении
Рекомендовано целевое АД <140/90 мм рт. ст.		Рекомендованная первичная цель лечения – снижение АД до <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов при условии хорошей переносимости терапии, а для большинства пациентов целевое АД при лечении должно быть <130/80 мм рт. ст. У пациентов в возрасте <65 лет рекомендованный уровень САД для большинства пациентов –120–129 мм рт. ст.
У пациентов пожилого возраста (65–80 лет) рекомендовано целевое САД в пределах 140–150 мм рт. ст.		У пациентов пожилого возраста (>65 лет) рекомендовано целевое САД в пределах 130–139 мм рт. ст.
Целевое САД в пределах 140–150 мм рт. ст. должно быть рассмотрено у лиц в возрасте старше 80 лет, с исходным АД ≥160 мм рт. ст., при условии, что они находятся в хорошем психическом и душевном состоянии		Для пациентов в возрасте >80 лет рекомендовано целевое САД в пределах 130–139 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии
Рекомендовано целевое ДАД <90 мм рт. ст., за исключением пациентов с сахарным диабетом, которым рекомендовано ДАД <85 мм рт. ст.		Должно быть рассмотрено целевое ДАД <80 мм рт. ст. для всех пациентов с АГ, независимо от степени риска и сопутствующих заболеваний
		Инициация медикаментозного лечения
Инициация антигипертензивной терапии в виде комбинации двух препаратов может быть рассмотрена у пациентов со значительным повышенным исходным АД или высоким сердечно-сосудистым риском		Рекомендовано начинать медикаментозное лечение с комбинации двух препаратов, предпочтительно в одной таблетке. Исключение составляют «хрупкие» пациенты пожилого возраста и пациенты с АГ I стадии и низким риском (особенно при САД <150 мм рт. ст.)
		Резистентная АГ
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов, амилорид и блокатор α-адренорецепторов доксазозин должны быть рассмотрены, если нет противопоказаний		Рекомендовано лечить резистентную АГ с добавлением спиронолактона в низкой дозе к существующему лечению, или добавлением диуретической терапии, если спиронолактон не переносится, либо эплеренон, либо амилорид, либо высокие дозы ТД, или добавление биспролола или доксазозина
		Лечение АГ с помощью технических устройств (device-based)
В случае неэффективного медикаментозного лечения инвазивные процедуры, такие как почечная денервация и стимуляция барорецепторов, могут быть рассмотрены		Лечение АГ техническими устройствами не рекомендовано для рутинных случаев, за исключением использования в рамках клинических исследований, пока не будут получены доказательства их безопасности и эффективности

целторов ангиотензина II (БРА), блокаторы β-адренорецепторов, антагонисты кальция (АК) и диуретики (тиазидные и тиазидоподобные — ТД) (IA).

При этом обозначены некоторые изменения в позиции блокаторов β-адренорецепторов. Они могут быть назначены в качестве антигипертензивных препаратов при наличии специфических клинических ситуаций, таких как сердечная недостаточность, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, необходимость контроля ритма сердца, беременность или ее планирование.

Эксперты сделали особый акцент на начало терапии с двух препаратов для большинства пациентов. Монотерапия сочтена приемлемой в качестве стартовой для пациентов низкого риска с АГ 1-й степени (при САД <150 мм рт. ст.) и пациентов старческого возраста (>80 лет), а также пациентов со старческой астенией, независимо от хронологического возраста (табл. 5).

В новых рекомендациях повышен класс и уровень доказанности инициации терапии двойной фиксированной комбинацией (стратегия «одной таблетки») до IB.

Рекомендованными комбинациями остаются сочетания блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иАПФ или БРА) с АК или ТД, предпочтительно в «одной таблетке» (IA). Отмечено, что и другие препараты из пяти основных классов можно применять в комбинациях. При неэффективности двойной терапии следует назначить третий антигипертензивный препарат. В качестве базовой сохраняет свои приоритеты тройная комбинация блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иАПФ или БРА), АК с ТД (IA).

Если целевые уровни АД не достигаются на трехкомпонентной терапии, рекомендовано присоединение спиронолактона в низких дозах или других диуретиков в высоких дозах, блокаторов β- или α-адренорецепторов. Обоснованием для такого подхода

послужили результаты исследования PATHWAY2, в котором в качестве четвертого антигипертензивного препарата применяли либо спиронолактон, либо биспролол, либо доксазозин (Williams B. et al., 2015).

Основные изменения в рекомендациях 2018 г. по сравнению с 2013 г. приведены в табл. 6.

Список использованной литературы

- Bress A.P., Tanner R.M., Hess R. et al. (2016) Generalizability of SPRINT Results to the U.S. Adult Population. J. Am. Coll. Cardiol., 67(5): 463–472.
- Coca A. (2018) Summary of what's new in this hypertension guideline and gaps in the evidence (<https://esc365.escardio.org/Congress/ESC-Congress-2018/2018-ESC-ESH-Guidelines-on-Arterial-Hypertension/171223-summary-of-what-s-new-in-this-hypertension-guideline-and-gaps-in-the-evidence>).
- ESC (2018) Clinical Practice Guidelines (<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>).
- Williams B., MacDonald T.M., Morant S. et al.; British Hypertension Society's PATHWAY Studies Group (2015) Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial. Lancet, 386(10008): 2059–2068.
- Williams B., Mancia G., Spiering W. et al.; ESC Scientific Document Group (2018) 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J., 39(33): 3021–3104.

Л.А. Яковлева — доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии Харьковской медицинской академии последипломного образования; С.В. Жулинская — кандидат медицинских наук, медицинский советник фармацевтической компании «Асипо»

UA-NP-CARD-PUB-092018-001

Получено 10.09.2018