

Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии 2018 г.: слово за европейскими экспертами

И.Е.Чазова[✉], Ю.В.Жернакова

Институт клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России. 121552, Россия, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15А

[✉]c34h@yandex.ru

Артериальная гипертония (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний на земном шаре, поэтому рекомендации по диагностике и лечению АГ привлекают самую широкую аудиторию из врачей разных специальностей. На пленарном заседании 28-го Европейского конгресса по артериальной гипертонии и сердечно-сосудистой профилактике 8 июня 2018 г. в Барселоне была представлена новая версия совместных рекомендаций по артериальной гипертонии Европейского общества кардиологов (ESC) и Европейского общества по артериальной гипертонии (ESH). После публикации в ноябре 2017 г. рекомендаций Американской коллегии кардиологов (ACC) и Американской ассоциации по проблемам сердца (AHA) это было одно из самых ожидаемых событий. Текст документа был опубликован 25 августа 2018 г. одновременно с официальным представлением на конгрессе ESC 2018 г. в Мюнхене. Однако уже сейчас мы можем оценить, насколько мнения европейских экспертов совпали с мнением их американских коллег.

Ключевые слова: артериальная гипертония, артериальное давление, контроль уровня артериального давления, антигипертензивная терапия, комбинированная антигипертензивная терапия, рекомендации.

Для цитирования: Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии 2018 г.: слово за европейскими экспертами. Системные гипертензии. 2018; 15 (3): 6–10. DOI: 10.26442/2075-082X_2018.3.6-10

Guidelines for diagnostics and treatment of hypertension 2018: European experts' opinion

[Guidelines]

I.E.Chazova[✉], Yu.V.Zhernakova

A.L.Myasnikov Institute of Clinical Cardiology Russian Cardiological Scientific-Industrial Complex of the Ministry of Health of the Russian Federation. 121552, Russian Federation, Moscow, ul. 3-ia Cherepkovskaia, d. 15a

[✉]c34h@yandex.ru

For citation: Chazova I.E., Zhernakova Yu.V. Guidelines for diagnostics and treatment of hypertension 2018: European experts' opinion. Systemic Hypertension. 2018; 15 (3): 6–10. DOI: 10.26442/2075-082X_2018.3.6-10

Abstract

Hypertension is one of the most common diseases in the world. That is why guidelines for diagnostics and treatment of hypertension attract great attention of medical specialists of various fields. A new version of guidelines on hypertension jointly developed by clinicians of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH) was presented at the European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Protection plenary meeting in Barcelona on June 8th 2018. After guidelines of the American College of Cardiology (ACC) and American Heart Association (AHA) were published in November 2017 it became one of the most anticipated events. The full text will be published on August 25th 2018 in parallel with an official presentation during the ESC Congress in Munich. Yet we already are able to estimate the degree of European experts and their American colleagues' concurrence.

Key words: arterial hypertension, blood pressure, blood pressure control level, antihypertensive therapy, combination antihypertension therapy, guidelines.

В настоящее время около 1 млрд людей на планете страдают артериальной гипертонией (АГ). По мнению экспертов, увеличение распространенности ожирения и состояний, ассоциированных с ним, наряду с растущей продолжительностью жизни приведут к увеличению числа гипертоников к 2025 г. до 1,5 млрд [1]. В Российской Федерации также отмечается рост лиц с повышенным уровнем артериального давления (АД). Так, по данным крупного эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации), закончившегося в 2014 г., распространенность АГ по сравнению с данными мониторинга, проводимого в рамках федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», выросла с 39,7% (в том числе среди женщин – 40,5%, среди мужчин – 38,1%) до 43,4%, особенно интенсивный рост до 45,4% отмечен в мужской популяции [2].

Увеличение распространенности АГ вносит значительный вклад в рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так, в 2015 г. около 10 млн смертей были ассоциированы с АГ, тогда как с ишемической болезнью сердца (ИБС) – 4,9 млн, а с инсультом – 3,5 млн.

Важно, что, несмотря на достижения в диагностике и лечении АГ, за прошедшие 30 лет годы нетрудоспособности, относящиеся к АГ, увеличились на 40% с 1990 г. [1]. Систолическое АД (САД) выше 140 мм рт. ст. ассоциировано с большей частью бремени смертности и нетрудоспособности, составляя около 70%. Повышение клинического АД независимо и

последовательно связано с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт миокарда, внезапная смерть, сердечная недостаточность и заболевание периферических артерий), а также терминальной стадии почечной недостаточности [3]. Накоплены данные, доказывающие тесную связь АГ с повышенным риском фибрилляции предсердий, снижением когнитивных способностей и деменции. Непрерывное увеличение риска всех сердечно-сосудистых событий с достаточно низких значений АД показано для всех возрастных и этнических групп.

Разными медицинскими сообществами регулярно создаются рекомендации по определению, диагностике и лечению АГ. Наиболее значимыми документами считаются рекомендации американских медицинских обществ и Европейского общества по артериальной гипертонии (European Society of Hypertension – ESH) совместно с Европейским обществом кардиологов (European Society of Cardiology – ESC). Именно последний документ, как правило, является основополагающим для создания российских рекомендаций по АГ.

Новые сведения, публикуемые в рекомендациях, обычно отражают данные последних рандомизированных клинических исследований (РКИ). Проведенные за последнее время крупные РКИ позволили прийти к выводу, что все основные классы антигипертензивных препаратов примерно одинаково способны снижать уровень АД, влиять на прогноз и в равной мере могут применяться как для стартовой, так и для поддерживающей терапии. В связи с этим внимание экспертов с того, чем снижать АД, было переключено на то, до како-

го уровня снижать АД, и вообще, какое повышение АД считать АГ. В ноябре 2017 г. Американская коллегия кардиологов (American College of Cardiology – ACC), Американская ассоциация по проблемам сердца (American Heart Association – АНА) обновили клинические рекомендации по АГ. Основные положения были доложены на Научной сессии АНА в Анахайме (Калифорния) [4]. Рекомендации поддержали 11 профессиональных ассоциаций. В новом документе было внесено изменение в классификацию АГ: уровень САД 130–139 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) 80–89 мм рт. ст. теперь классифицируется как АГ 1-й степени. Такие «революционные» изменения в классификации АГ были неоднозначно приняты медицинским сообществом, ведь такое снижение порогового уровня АД, при котором диагностируют АГ, влечет за собой значительное и вряд ли оправданное увеличение в популяции распространенности АГ, по приблизительным подсчетам не менее чем на 1/3. Американские эксперты объяснили свое решение результатами наблюдательных исследований и РКИ, в которых относительный риск (ОР) развития ИБС и мозгового инсульта при уровнях САД 120–129 и ДАД 80–84 мм рт. ст. повышался до 1,1–1,5 в сравнении со значениями САД < 120 и ДАД < 80 мм рт. ст., а в сравнении с САД/ДАД 130–139/85–89 и менее 120/80 мм рт. ст. – уже до 1,5–2,0 [5]. Такие доводы экспертам ESH и ESC показались неубедительными. В документе, представленном 8 июня 2018 г. в Барселоне на пленарном заседании 28-го Европейского конгресса по артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой профилактике, классификация уровней АД и определение АГ были сохранены [6]. Европейские эксперты по-прежнему рекомендуют классифицировать АД как оптимальное, нормальное, высокое нормальное и выделять 1, 2 и 3-ю степень АГ (класс рекомендаций I, уровень доказательности C). Критерием АГ по данным клинического измерения АД остался уровень САД ≥ 140 и ДАД ≥ 90 мм рт. ст. Для домашнего измерения АД в качестве критерия АГ сохранено САД ≥ 135 и/или ДАД ≥ 85 мм рт. ст. По данным суточного мониторинга АД (СМАД) диагностические отрезные точки составили для среднесуточного АД, соответственно, 130 и 80, дневного – 135 и 85, ночного – 120 и 70 мм рт. ст.

Классификация АГ в новых европейских рекомендациях дополнена стадиями заболевания (гипертонической болезни) с учетом уровня АД, наличия факторов риска, влияющих на прогноз, поражения органов-мишеней, ассоциированного с АГ, и коморбидных состояний, что привычно для российских врачей. Выделяется 3 стадии АГ (гипертонической болезни). Стадия АГ не зависит от уровня АД, определяется наличием и тяжестью поражения органов-мишеней. Первая стадия (неосложненная) – могут быть другие факторы риска, но поражение органов-мишеней 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 и более факторами риска. К категории умеренно-высокого риска относятся пациенты с АГ 2-й степени и 1–2 факторами риска, а также с АГ 1-й степени с 3 и более 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 и более факторами риска. Остальные пациенты отнесены к категории низкого риска. Вторая стадия (бессимптомная) подразумевает наличие бессимптомного поражения органов-мишеней, связанного с АГ; хроническую болезнь почек (ХБП) III стадии; сахарный диабет (СД) без поражения органов-мишеней и предполагает отсутствие симптомных ССЗ. 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. Третья стадия (осложненная) определяется наличием симптомных ССЗ, ХБП IV стадии и выше, СД с поражением ор-

ганов-мишеней. Эта стадия независимо от уровня АД относит пациента к категории очень высокого риска.

Диагноз АГ, согласно последнему европейскому документу, по-прежнему основывается на данных клинического измерения АД, при этом использование амбулаторных методов измерения АД поощряется и подчеркивается взаимодополняющее значение СМАД и домашнего измерения АД. В отношении офисного измерения АД без присутствия медицинского персонала признано, что в настоящее время недостаточно данных для того, чтобы рекомендовать его для широкого клинического использования. Именно такой метод измерения АД стал камнем преткновения, не позволившем единодушно принять результаты исследования SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial). Исследование SPRINT проводилось с участием 9361 пациента с уровнем АД ≥ 130 мм рт. ст. и повышенным сердечно-сосудистым риском, но без СД [7]. Все пациенты были разделены на группу интенсивного и стандартного лечения. Уровень САД в группах значимо отличался на протяжении всей продолжительности наблюдения. Через 1 год после рандомизации среднее САД в группе интенсивного лечения составило 121,4 мм рт. ст., а в группе стандартного – 136,2 мм рт. ст. Среднее ДАД было 68,7 мм рт. ст. в группе интенсивного ведения и 76,3 мм рт. ст. – в группе стандартного ведения. Среднее количество препаратов для снижения АД составляло 2,8 в группе активного ведения и 1,8 – в группе стандартного ведения. Среднее время наблюдения составило 3,26 года. Исследование было закончено досрочно в связи со значительно более низким риском наступления первичной конечной точки в группе интенсивного лечения – 243 (1,65% в год) в сравнении с группой контроля – 319 (2,19% в год); ОР 0,75, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,64–0,89, $p < 0,001$. Риск смерти от всех причин был также ниже в группе активного лечения: 155 смертей против 210 (ОР 0,73, 95% ДИ 0,60–0,90, $p = 0,003$). Также в группе интенсивного снижения АД был ниже риск ХСН – 0,41% в год против 0,67% в год (ОР 0,62, 95% ДИ 0,45–0,84, $p = 0,002$). В то же время исследователи отметили, что частота серьезных побочных эффектов, таких как гипотония, обморок, электролитные нарушения и острое повреждение почки или острая почечная недостаточность, была выше в группе интенсивного лечения в сравнении с группой стандартного лечения. Результаты исследования в итоге повлияли на результаты метаанализов с его участием, которые также показали эффективность более жесткого контроля АД в отношении снижения риска ССЗ и общей смертности. Дискуссия относительно итогов исследования развернулась сразу после публикации его результатов, большинство европейских экспертов высказали точку зрения, что средняя разница по уровню АД между группами сравнения в 10 мм рт. ст. слишком мала для того, чтобы нивелировать погрешности применявшегося метода измерения АД. Вместе с тем именно это исследование во многом повлияло на решение о снижении пороговых значений АД американскими экспертами.

Одним из ключевых вопросов всех рекомендаций по диагностике и лечению АГ является вопрос о целевых уровнях АД. В новых американских рекомендациях 2017 г. за целевые уровни были приняты значения менее 130/80 мм рт. ст., что значимо меньше ранее рекомендованных. Поэтому в преддверии выхода новых европейских рекомендаций 2018 г. одним из наиболее интригующих был вопрос, поддержат ли европейские эксперты позицию американских обществ о снижении целевых уровней АД. Отдавая должное результатам проведенных в последние несколько лет метаанализов, направленных на поиск оптимальных пороговых значений АД для снижения сердечно-сосудистого риска, европейские гипертensiологи признают существование убедительных доказательств пользы от снижения САД ниже 140 и даже 130 мм рт. ст. Некоторая новая информация о целевых САД и ДАД была представлена в двух недавних больших метаанализах, в первом из этих метаисследований достигнутый уровень САД был стратифицирован согласно 3 целевым диапазонам

Целевые диапазоны клинического АД в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний		
Рекомендация	Класс	Уровень
У большинства пациентов моложе 65 лет рекомендовано достижение целевого уровня САД на антигипертензивной терапии в диапазоне 120–130 мм рт. ст. независимо от уровня риска и установленного ССЗ	I	A
У пациентов старше 65 лет рекомендовано достижение целевого уровня САД на антигипертензивной терапии в диапазоне 130–140 мм рт. ст. независимо от уровня риска и установленного ССЗ	I	A
Рекомендовано достижение целевого уровня ДАД на антигипертензивной терапии в диапазоне 70–80 мм рт. ст. независимо от возраста, уровня риска и установленного ССЗ	I	A
У пациентов моложе 65 лет с СД рекомендовано достижение целевого уровня САД на антигипертензивной терапии в диапазоне 120–130 мм рт. ст., старше 65 лет – в диапазоне 130–140 мм рт. ст.	I	A
У пациентов старше 65 лет с ХБП рекомендовано достижение целевого уровня САД на антигипертензивной терапии в диапазоне 130–140 мм рт. ст. независимо от возраста	I	A
У пациентов моложе 65 лет с ИБС рекомендовано достижение целевого уровня САД на антигипертензивной терапии в диапазоне 120–130 мм рт. ст., старше 65 лет – в диапазоне 130–140 мм рт. ст.	I	A
У пациентов моложе 65 лет с инсультом и/или ТИА в анамнезе рекомендовано достижение целевого уровня САД на антигипертензивной терапии в диапазоне 120–130 мм рт. ст., старше 65 лет – в диапазоне 130–140 мм рт. ст.		

Примечание. ТИА – транзиторная ишемическая атака.

(от 149 до 140; от 139 до 130; менее 130 мм рт. ст.). Снижение САД < 140 мм рт. ст. привело к значимому снижению ОР всех главных сердечно-сосудистых событий (включая смертность); аналогичная выгода была отмечена, когда САД было менее 130 мм рт. ст. (среднее АД составило 126 мм рт. ст.). При этом не было получено статистически значимых различий по основным изучаемым конечным точкам для целевых диапазонов АД 139–130 мм рт. ст. и менее 130 мм рт. ст. Снижение ДАД < 90 мм рт. ст. также показало снижение рисков для всех сердечно-сосудистых событий по сравнению с более высокими значениями [8]. Второй метаанализ, который также включал данные SPRINT, показал, что каждое снижение САД на 10 мм рт. ст. уменьшало риск основных сердечно-сосудистых событий и смерти, начиная со 160 мм рт. ст., включая 130–139 мм рт. ст. и менее 130 мм рт. ст. О пользе снижения АД на 10 мм рт. ст. также сообщили для пациентов с САД < 130 мм рт. ст., т.е. с достижением САД < 120 мм рт. ст. [9]. Однако таких больных было немного, и большая часть из них участвовали в исследовании SPRINT. И кроме того, дополнительный анализ с учетом достигнутого АД показал, что нарастающая польза от снижения АД уменьшается по мере снижения целевых уровней АД, а достижение более низких уровней АД на фоне антигипертензивной терапии ассоциируется с более высокой частотой серьезных нежелательных явлений и прекращением терапии. Рассматривая целевые значения АД, важно признать, что более 50% пациентов в настоящее время не достигают значений меньше 140 мм рт. ст. Это главная упущенная возможность для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений у миллионов людей во всем мире. В связи с этим европейские рекомендации 2018 г. обозначили в качестве первичной цели достижение целевого уровня АД < 140/90 мм рт. ст. у всех пациентов (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). При условии хорошей переносимости терапии рекомендуется снижать АД до 130/80 мм рт. ст. или ниже у большинства пациентов (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). В качестве целевого уровня ДАД следует рассматривать уровень ниже 80 мм рт. ст. у всех пациентов с АГ независимо от уровня риска или коморбидных состояний (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности B). Одним из нововведений европейских рекомендаций является более дифференцированный подход к достижению целевых значений АД у пожилых пациентов. Эксперты предлагают при выборе пороговых значений АД у пожилых пациентов сместить акценты с хронологического возраста на физическое и ментальное состояние больного. Кроме того, в новом документе предложены в целом более низкие отрезные уровни АД для начала антигипертензивной те-

рапии и более низкие целевые уровни АД у пожилых пациентов. У «крепких» пожилых пациентов (fit older) даже в возрасте старше 80 лет антигипертензивная терапия и изменения образа жизни рекомендуются при уровне САД ≥ 160 мм рт. ст. (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). Повышен класс рекомендаций и уровень доказательности до IA против класса рекомендаций IIb, уровень доказательности C в 2013 г. в отношении антигипертензивной лекарственной терапии и изменений образа жизни у «крепких» пожилых пациентов (старше 65, но не старше 80 лет) при уровне САД в диапазоне 140–159 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости лечения. При условии хорошей переносимости лекарственную терапию можно рассмотреть и у «хрупких» пожилых пациентов (класс рекомендаций IIb, уровень доказательности B). Следует иметь в виду, что достижение пациентом определенного возраста (даже 80 лет и более) не является основанием для назначения или отмены антигипертензивной терапии (класс рекомендаций III, уровень доказательности A), при условии ее хорошей переносимости. Более дифференцированно к выбору целевых уровней АД в новых рекомендациях предложено подходить и у пациентов с коморбидными состояниями. Так, у больных СД и/или ИБС предложено рассмотреть уровни САД ≤ 130 мм рт. ст. (при условии тщательного мониторинга нежелательных явлений); см. таблицу. У пациентов с инсультом в анамнезе следует рассмотреть целевой уровень САД 120 (< 130) мм рт. ст. Пациентам с АГ 65 лет и старше или имеющим ХБП рекомендуется достижение целевого уровня САД 130 (< 140) мм рт. ст.

В рекомендациях 2018 г. эксперты указали объединенный уровень доказательств для мероприятий по изменению образа жизни в отношении влияния на АД и другие сердечно-сосудистые факторы риска, а также на жесткие конечные точки (сердечно-сосудистые исходы). Пациентам с АГ рекомендуется: более жесткое ограничение потребления соли – до 5 г в сутки (класс рекомендаций I, уровень доказательности A), по сравнению с 5–6 г в сутки в предыдущей версии рекомендаций; потребление алкоголя в новых рекомендациях рассчитано на 1 единицу (125 мл вина или 250 мл пива) и составляет 14 единиц в неделю для мужчин и 7 единиц в неделю для женщин (класс рекомендаций I, уровень доказательности A), следует избегать обильного употребления алкоголя (класс рекомендаций III, уровень доказательности A); увеличение потребления овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов, ненасыщенных жирных кислот (оливкового масла); потребление молочных продуктов с низким содержанием жира; низкое потребление красного мяса (класс рекомендаций I, уровень доказательности A); контроль массы тела, предотвращение ожирения (ин-

декс массы тела – ИМТ > 30 кг/м² или окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см – у женщин), поддерживать здоровый ИМТ (20–25 кг/м²) и окружность талии (менее 94 см у мужчин и менее 80 см – у женщин) для снижения АД и сердечно-сосудистого риска (класс рекомендаций I, уровень доказательности A); регулярные аэробные физические нагрузки – не менее 30 мин умеренной динамической физической активности в течение 5–7 дней в неделю (класс рекомендаций I, уровень доказательности A); отказ от курения, меры поддержки и помощи, направление пациентов в программы отказа от курения (класс рекомендаций I, уровень доказательности A).

Лекарственная терапия, составляющая основу лечения больных АГ, по-прежнему включает 5 классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), β-адреноблокаторы (β-АБ), антагонисты кальция (АК), диуретики тиазидные и тиазидоподобные (ТД), такие как хлорталидон или индапамид (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). При этом обозначены некоторые изменения в позиции β-АБ. Они могут быть назначены в качестве антигипертензивных препаратов при наличии специфических клинических ситуаций, таких как сердечная недостаточность, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, необходимость контроля ритма, беременность или ее планирование. В качестве абсолютных противопоказаний к β-АБ включена брадикардия (частота сердечных сокращений менее 60 уд/мин) и исключена хроническая обструктивная болезнь легких как относительное противопоказание к их назначению. В американских рекомендациях по АГ лекарственными средствами 1-го ряда считаются ТД, ИАПФ, БРА и АК, 2-го ряда – петлевые диуретики (ПД), калийсберегающие диуретики, антагонисты альдостерона, β-АБ, α-АБ, прямые ингибиторы ренина (ПИР), препараты центрального действия и прямые вазодилататоры. Обосновывая свой выбор, американские эксперты указывают на то, что препараты 2-го ряда не подтвердили своего превосходства над препаратами 1-го выбора по влиянию на риск сердечно-сосудистых осложнений, либо их безопасность и переносимость недостаточны. Это определяет их место в качестве препаратов 2-й линии.

Упрочилось место комбинированной терапии, в новой версии европейских рекомендаций 2018 г. она показана большинству пациентов, за исключением пациентов низкого риска с АГ 1-й степени (если САД < 150 мм рт. ст.), очень пожилых пациентов (старше 80 лет), а также пациентов со старческой астенией независимо от хронологического возраста. Главным аргументом для использования комбинированной терапии в качестве стартовой являются обоснованные опасения относительно того, что при назначении одного препарата с перспективой дальнейшей титрации дозы или смены препарата на последующих визитах большинство пациентов останутся на недостаточно эффективной монотерапии или вовсе откажутся от лечения, особенно при АГ 1-й степени. При этом повышены класс и уровень доказательности инициации терапии с двойной фиксированной комбинации (стратегия «одной таблетки») до класса рекомендаций I, уровня доказательности В. По этой позиции мнения европейских и американских экспертов очень близки. С точки зрения последних начало лечения с двух препаратов 1-й линии из разных классов антигипертензивных препаратов как в виде свободной, так и в виде фиксированной комбинации рекомендуется взрослым со II стадией АГ (при АД ≥ 140/90 мм рт. ст.) и уровнями АД, более чем на 20/10 мм рт. ст. превышающими целевые. Начало лечения с монотерапии может быть рекомендовано у пациентов с I стадией АГ (при АД 130–139/80–89 мм рт. ст.) и целевыми значениями АД < 130/80 мм рт. ст. При этом подчеркивается, что начало терапии с двух препаратов может быть рекомендовано большинству пациентов, так как оно повышает приверженность терапии и позволяет быстрее достигать целевых уровней АД. Монотерапия на 1-й ступени лекарственной тера-

пии, в свою очередь, имеет преимущества у пожилых пациентов, склонных к гипотонии, у лиц с повышенным риском развития побочных эффектов на лекарственную терапию.

Рекомендованными комбинациями остаются сочетания блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – РААС (ИАПФ или БРА) с АК или ТД, предпочтительно в одной таблетке (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). Отмечено, что и другие препараты из 5 основных классов могут применяться в комбинациях. При неэффективности двойной терапии должен быть назначен третий антигипертензивный препарат. В качестве базовой сохраняет свои приоритеты тройная комбинация блокаторов РААС (ИАПФ или БРА), АК с ТД (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). Если целевые уровни АД не достигаются на трехкомпонентной терапии, рекомендовано присоединение малых доз спиронолактона. При его непереносимости могут быть использованы эплеренон, или амилорид, или высокие дозы ТД, или ПД. К терапии также могут быть добавлены β-АБ или α-АБ. Единодушные эксперты в отношении того, каких комбинаций следует избегать. Считается, что комбинации препаратов, которые имеют одинаковый механизм действия и воздействуют на одни и те же системы контроля АД, неэффективны и потенциально опасны. Например, два препарата одного класса не должны назначаться вместе. Исключение составляет совместное назначение ТД, калийсберегающих диуретиков и/или ПД в разных комбинациях. Также могут комбинироваться дигидропиридиновые и недигидропиридиновые АК. Упомянуто, что в РКИ было продемонстрировано: совместное назначение препаратов, влияющих на РААС (ИАПФ и БРА, ИАПФ и БРА с ПИР), повышает риск сердечно-сосудистых и почечных осложнений.

Один из важнейших моментов, на котором был сделан акцент европейскими экспертами, – приверженность пациентов лечению. Плохую приверженность выделяют как ключевую причину недостаточного контроля АД. С целью улучшения приверженности и повышения контроля АД предложено проведение мероприятий на нескольких уровнях. Необходимо:

а) на уровне врача – предоставление информации обо всех рисках, связанных с АГ, и пользе терапии, назначение оптимальной терапии, включающей изменения образа жизни и комбинированную медикаментозную терапию в одной таблетке всегда, когда это возможно, более широкое использование возможностей пациента и получение обратной связи от него, взаимодействие с фармацевтами и медицинскими сестрами;

б) на уровне пациента – самостоятельный и дистанционный мониторинг АД, использование напоминаний и мотивационных стратегий, участие в образовательных программах, самостоятельная коррекция терапии в соответствии с простыми алгоритмами для пациентов, социальная поддержка;

в) на уровне системы здравоохранения – развитие систем мониторинга, финансовая поддержка взаимодействий с медицинскими сестрами и фармацевтами, возмещение пациентам затрат на фиксированные комбинации, развитие национальной информационной базы лекарственных назначений, доступной врачам и фармацевтам, увеличение доступности препаратов.

Таким образом, основные изменения в новых рекомендациях ESC и ESH 2018 г. по АГ можно сформулировать следующим образом:

- расширение возможностей для использования СМАД и самоконтроля АД в диагностике АГ;
- введение новых целевых диапазонов АД в зависимости от возраста и сопутствующей патологии;
- дифференцированный подход к ведению пациентов пожилого и старческого возраста, для выбора тактики ведения пациентов пожилого возраста предложено ориентироваться не на хронологический, а на биологический возраст, предполагающий оценку выраженности старческой астении, способности к самообслуживанию и переносимости терапии;

- внедрение стратегии одной таблетки, приоритет фиксированных комбинаций двух, а при необходимости – трех лекарственных препаратов, начало терапии с двух препаратов в виде фиксированной комбинации показано большинству пациентов;
- упрощение терапевтических алгоритмов, у большинства пациентов должна быть применена комбинация блокатора РААС (ИАПФ или БРА) с АК и/или ТД, β-АБ должны назначаться только в специфических клинических ситуациях;
- повышение роли приверженности пациентов лечению как основа улучшения контроля АД;
- широкое привлечение к ведению пациентов с АГ медицинских сестер и фармацевтов, участие их в обучении, наблюдении и поддержке пациентов с АГ как важной составляющей общей стратегии контроля АД.

Литература/References

1. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA* 2017; 317 (2): 165–82.
2. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 4: 4–14. / Bojcov S.A., Balanova Yu.A., Shalnova S.A. i dr. Arterialnaya gipertonija sredi lic 25–64 let: rasprostranennost, osvedomlennost, lechenie i kontrol. Po materialam issledovaniya ESSE. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2014; 4: 4–14. [in Russian]
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360 (9349): 1903–13.
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS et al. 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. *JACC* 2017. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.11.006.4
5. Guo X, Zhang X, Guo L et al. Association between pre-hypertension and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Curr Hypertens Rep* 2013; 15 (6): 703–16.
6. Запись пленарного заседания 28-го Европейского конгресса по артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой профилактике с представлением рекомендаций. <http://www.eshonline.org/esh-annual-meeting/> / Zapis plenarnogo zasedaniya 28-go Evropejskogo kongressa po arterialnoj gipertonii i serdechno-sosudistoj profilaktike s predstavleniem rekomendacij. <http://www.eshonline.org/esh-annual-meeting/> [in Russian]
7. Wright JT, Williamson JD, Whelton PK et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New Eng J Med* 2015; 373 (22): 2103–16.
8. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels – updated overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens* 2016; 34 (4): 613–22.
9. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and metaanalysis. *Lancet* 2016; 387 (10022): 957–67.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Чазова Ирина Евгеньевна – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., рук. отд. гипертензии, дир. ИКК им. А.Л.Мясникова, зам. ген. дир. по научной работе ФГБУ «НМИЦ кардиологии». E-mail: c34h@yandex.ru

Жернакова Юлия Валерьевна – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. отд. координации и мониторинга научных программ ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ «НМИЦ кардиологии». E-mail: juli001@mail.ru