

Уважаемые коллеги!

В конце 2017 г. вышли в свет новые рекомендации по артериальной гипертензии (АГ) американского медицинского сообщества. Эти рекомендации стали поводом для активной дискуссии, основной темой которой были предложенные в данных рекомендациях целевые уровни артериального давления (АД). По предложению американских экспертов декларировался новый, более низкий – менее 130/80 мм рт. ст., уровень целевого АД вместо принятого до этого – ниже 140/90 мм рт. ст. Согласно мнению экспертов, нормальным уровнем АД считается менее 120/80 мм рт. ст., что автоматически влечет за собой значительное увеличение распространенности АГ и числа пациентов, нуждающихся в терапии. Многие эксперты-гипертензиологи не сочли аргументы в пользу снижения целевых уровней АГ достаточно убедительными, поэтому с огромным интересом ожидался «ответ» европейских экспертов. В июне 2018 г. на конференции по АГ в Барселоне европейские эксперты озвучили свою позицию по вопросам диагностики и лечения АГ. Финальный текст рекомендаций Европейского общества по гипертензии совместно с Европейским кардиологическим обществом представлен в августе этого года на конгрессе Европейского кардиологического общества в Мюнхене.

Российские рекомендации по диагностике и лечению АГ традиционно согласуются с европейскими. Для уточнения позиции Российского медицинского общества по артериальной гипертензии мы обратились к его экспертам.

Комментарии экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертензии по поводу новых американских и европейских рекомендаций по артериальной гипертензии

Интервью с С.В.Недогодой и О.Д.Остроумовой

Для цитирования: Комментарии экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертензии по поводу новых американских и европейских рекомендаций по артериальной гипертензии. Интервью с С.В.Недогодой и О.Д.Остроумовой. Consilium Medicum. 2018; 20 (10): 8–12. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.10.8-12

Viewpoint

Experts of the Russian Medical Society on Arterial Hypertension comment on most recent American and European guidelines on hypertension

Interview with S.V.Nedogoda and O.D.Ostroumova

For citation: Experts of the Russian Medical Society on Arterial Hypertension comment on most recent American and European guidelines on hypertension. Interview with S.V.Nedogoda and O.D.Ostroumova. Consilium Medicum. 2018; 20 (10): 8–12. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.10.8-12

Интервью с доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой терапии и эндокринологии ФУВ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России **Сергеем Владимировичем НЕДОГОДОЙ**.



– Сергей Владимирович, представляется целесообразным попытаться проанализировать, сложившуюся ситуацию, в том числе в связи с тем, что налицо существенное

разночтение важного параметра – диапазона нормального АД. Каким все же должен быть целевой уровень АД?

– Если следовать американским рекомендациям, то ниже 130/80 мм рт. ст. практически у всех пациентов. При этом не приводится предельно допустимая нижняя граница целевого АД. В европейских рекомендациях она указана совершенно конкретно: «Систолическое АД (САД) < 140 мм рт. ст. для большинства пациентов и ниже 130 мм рт. ст., но не ниже 120 мм рт. ст. для пациентов моложе 65 лет при хорошей переносимости и диастолическое АД (ДАД) < 80 мм рт. ст. для всех пациентов». Такой подход представляется более безопасным для пациентов, так как основная дискуссия касается именно безопасности и переносимости более низкого АД. Необходимо обратить внимание на то, что в российских клинических рекомендациях «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» (2013 г.) вообще впервые была

указана предельно допустимая нижняя граница АД: «При достижении целевого уровня АД необходимо учитывать нижнюю границу снижения: САД до 110–115 мм рт. ст. и ДАД до 70–75 мм рт. ст.». Очевидно, что она даже ниже, чем предлагаемая европейцами.

Однако формулировка «для большинства пациентов» выглядит очень расплывчатой и неконкретной.

– Почему, на Ваш взгляд, предлагается давление не ниже 140/90 мм рт. ст., а ниже 130/80 мм рт. ст.?

– Предпосылки к «ужесточению» целевого АД появились уже в 2014–2015 гг., когда в Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack, AHA/ACC/ASH [1], Scientific Statement Treatment of Hypertension in Patients With Coronary Artery Disease [2] и ADA, Cardiovascular Disease and Risk Management [3] для ряда пациентов целевое давление было обозначено как ниже 130/80 мм рт. ст. Кроме этого, результаты исследований SPRINT, HOPE-3, ONTARGET и TRANSCEND, а также регистра CLARIFY показали целесообразность достижения АД ближе к 130/80 мм рт. ст., чем к 140/90 мм рт. ст., с позиций снижения сердечно-сосудистого риска (ССР). Интересно, что при анализе результатов ONTARGET и TRANSCEND прямо указывается на то, что пациенты из группы высокого риска должны иметь САД < 130 мм рт. ст., но выше 120 мм рт. ст. [4].

– Может ли вообще быть один целевой уровень АД для всех пациентов?

– Идея «облегчить жизнь врачам», вводя единый для всех уровень целевого АД, безусловно, интересна, но вряд ли в полной мере отвечает реалиям. В литературе постоянно обсуждается различный оптимальный целевой уровень АД, как для снижения риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), так и функционирования органов-мишеней. Можно согласиться с позицией F. Messeri, согласно которой один орган (например, мозг) может хорошо функционировать при уровне АД, который будет избыточно низким для другого органа (например, сердца и почки). То есть, оптимизируя АД для профилактики инсульта, можно повысить риск развития кардиальных, почечных или ретинальных осложнений. Именно это и приводит к появлению в рекомендациях альтернативного уровня целевого АД. Так в рекомендациях ADA 2018 сохранен целевой уровень АД при сахарном диабете (СД) ниже 140/90 мм рт. ст., в других рекомендациях [5] он варьируется в зависимости от возраста, а American Academy of Family Physicians в декабре 2017 г. оставила целевой уровень АД на прежнем уровне – ниже 140/90 мм рт. ст. Поэтому единообразного ужесточения норм целевого АД не будет, а в разных профессиональных сообществах продолжится дискуссия о его оптимальном уровне.

– Каковы положительные эффекты для системы здравоохранения от снижения целевого АД на 10 мм рт. ст.?

– Безусловно, снижение целевого уровня АД предъявит новые, более жесткие требования прежде всего к первичному звену здравоохранения для его достижения и оно вряд ли будет достигнуто у всех пациентов, но в то же время значительно большая часть пациентов будет переведена в зону с АД < 140/90 мм рт. ст., что положительно скажется на смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в нашей стране. Известно, что сегодня целевого уровня АД (140/90 мм рт. ст.) достигают только 23% пациентов, наблюдаемых в первичном звене (данные по популяции США). В России схожие показатели.

– Каковы отрицательные эффекты для системы здравоохранения от снижения целевого АД на 10 мм рт. ст.?

– Очевидно, что, по данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ может резко увеличить-

ся и достичь 50% в популяции, причем наиболее значимо (до 3 раз) возрастет число больных в группе 20–44 лет. Но далеко не очевидно, что в такой же мере увеличится поток пациентов в первичном звене здравоохранения, так как у большинства населения и врачей достаточно длительное время сохранится представление о наличии АГ при АД > 140/90 мм рт. ст.

Пожилым пациентам (>65 лет) в соответствии с американскими рекомендациями требуется начинать гипотензивное лечение при уровне АД > 130/80 мм рт. ст., однако убедительных доказательств безопасности такого подхода помимо данных исследования SPRINT нет. Кроме этого, в нем оценивался только уровень целевого САД. Целевое АД у лиц пожилого возраста – один из наиболее дискуссионных вопросов, даже без учета «хрупких» пациентов. По этому вопросу целесообразно совместно с гериатрами дать отдельное разъяснение позиции экспертного сообщества.

– Когда все-таки видится разумным начинать терапию АГ?

– Дискуссия о новом целевом уровне АД отодвинула на второй план два ключевых момента новых американских рекомендаций, согласно которым повышение АД > 120/80 мм рт. ст. расценивается уже как АГ и исключено понятие «предгипертония» (в европейских рекомендациях оно сохранено), а имеются только две степени повышения АД.

Такой подход фактически меняет идеологию ведения пациентов с АГ, позволяя начинать активную медикаментозную терапию тогда, когда ее целесообразность ранее ставилась под сомнение (группа пациентов с предгипертонией или высоким нормальным АД). Исключение понятия «предгипертония» вполне оправдано, так как нет сомнений, что при этом состоянии уже имеют место поражение органов-мишеней, повышение ССР и высокая вероятность конверсии в «истинную» АГ. Значит, более раннее медикаментозное вмешательство оправдано, тем более что данные метаанализа продемонстрировали снижение риска ССО у пациентов с высоким ССР и нормальным АД.

В качестве аргумента в целесообразности активной медикаментозной терапии можно привести следующий расчет при пограничной АГ, базирующийся на результатах исследования TROPHY. В 2013 г. население Российской Федерации составляло 143,5 млн человек, из которых около 58 млн 344 тыс. имели АГ и ежегодно около 500 тыс. инсультов. На долю пациентов с пограничной АГ приходится около 30%, что составляет около 19 млн 448 тыс. человек. При медикаментозном лечении четверем из них в течение 2 лет удастся избежать развития одного случая АГ, что составит 2 млн 431 тыс. предотвращенных случаев развития АГ в год. Следовательно: 58 млн 344 тыс. пациентов с АГ - 2 млн 431 тыс. новых случаев АГ = 55 млн 913 тыс. больных АГ – что приведет к снижению числа инсультов приблизительно на 24 тыс. случаев и уменьшит смертность приблизительно на 7500 человек (за основу расчета взята 30% смертность при инсульте).

Фактически радикализация нормы АД является адекватным ответом на определение АГ, озвученным в 2005 г. ASH Writing Group, согласно которому «АГ – это прогрессирующий кардиоваскулярный синдром, имеющий комплексную и взаимосвязанную этиологию. *Ранние маркеры этого синдрома часто имеют место еще до стабильного повышения АД, поэтому АГ не может быть поставлена только на основании повышения АД выше порогового уровня.* Прогрессирование заболевания тесно связано с функциональными и структурными изменениями сердечно-сосудистой системы, которые приводят к повреждению сердца, почек, мозга, сосудов и других органов, что в свою очередь приводит к преждевременной заболеваемости и

смертности». По мнению Jay Cohn (1998 г.), АГ – это «состояние нарушенной функции и структуры артерий, связанное с эндотелиальной дисфункцией, констрикцией гладких мышц сосудов или их ремоделированием, приво-

дящее к повышенному сопротивлению при систоле левого желудочка и предрасполагающее к развитию атеросклероза, *часто, но не всегда, проявляющееся повышением АД*».

Интервью с доктором медицинских наук, профессором кафедры факультетской терапии и профболезней ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова», профессором кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» **Ольгой Дмитриевной ОСТРОУМОВОЙ**.



– Ольга Дмитриевна, расскажите, пожалуйста, об изменениях, внесенных в новые европейские рекомендации по терапии АГ. Начнем с дефиниции и классификации АГ. Обновились ли они?

– Европейские эксперты оставили без изменений и определение гипертонии, и классификацию АД. АГ определяется как значение офисного САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или значение офисного ДАД ≥ 90 мм рт. ст., что эквивалентно среднесуточным значениям АД $\geq 130/80$ мм рт. ст. (метод суточного мониторирования АД – СМАД) или значениям 135/85 мм рт. ст. и более по данным самоизменения АД пациентом в домашних условиях. Классификация АД приведена в табл. 1. Основное отличие между американскими и европейскими рекомендациями заключается в трактовке диапазона САД между 130–139 мм рт. ст. при его клиническом (офисном) измерении. По новой американской классификации такое АД соответствует АГ, по европейской – это высокое нормальное АД.

– Изменился ли подход к стратификации риска?

– Европейский документ по-прежнему для оценки риска развития ССО предлагает пользоваться шкалой SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Ее обновленный вид приводится в табл. 2. Такая оценка актуальна для тех пациентов с АГ, которые еще не имеют высокого или очень высокого риска из-за установленного поражения органов-мишеней – сердечно-сосудистого или почечного заболевания, или гипертрофии миокарда левого желудочка, или наличия СД, или одного, но значительно выраженного фактора риска (ФР).

Пациенты с АГ и документированными ССЗ а priori считаются имеющими очень высокий или высокий ССР и не нуждаются в оценке риска по шкале SCORE.

– Ольга Дмитриевна, что изменилось в подходах в терапии АГ?

– В европейские рекомендации 2018 г. внесено несколько существенных изменений относительно рекомендаций 2013 г.

Начнем с того, когда в соответствии с европейскими рекомендациями следует начинать медикаментозную терапию. Нужно отметить, что медикаментозная терапия у всех пациентов должна сочетаться с изменением образа жизни: уменьшение потребления соли, контроль потребления алкоголя, оптимизация рациона питания, контроль массы тела, отказ от курения, укрепление привычки к регулярным физическим упражнениям. Пациентам с высоким нормальным АД (130–139/85–89 мм рт. ст.) назначения ограничиваются только изменением образа жизни, медикаментозная терапия на данном этапе не показана.

Пациентам с АГ 1-й степени с низким или умеренным риском развития ССО, без поражения органов-мишеней рекомендуется начинать медикаментозную антигипертензивную терапию (АГТ), если после коррекции образа жизни у них в течение нескольких месяцев сохраняются повышенные цифры АД. Пациентам с АГ 1-й степени с высоким риском развития ССО или наличием поражений органов-мишеней рекомендуется немедленное начало медикаментозной АГТ одновременно с мероприятиями по изменению образа жизни.

Пациентам с АГ 2 или 3-й степени при любом уровне риска ССО рекомендуется немедленное начало медикаментозной терапии одновременно с началом изменения образа жизни.

У пожилых пациентов предлагается несколько другой подход, более дифференцированный. Европейские эксперты предлагают помимо уровня АД, хронологического возраста учитывать также физическое и ментальное состояние больного. У пожилых пациентов в возрасте старше 80 лет АГТ рекомендуется при уровне САД ≥ 160 мм рт. ст. При условии хорошей переносимости лекарственную терапию можно рассмотреть и у «хрупких» пожилых пациентов. Достижение пациентом возраста 80 лет и более теперь не является основанием для неназначения или отмены лекарственной терапии при условии ее хорошей переносимости.

Алгоритм принятия решения по началу лекарственной терапии приведен на рис. 1; уровни АД, требующие начала медикаментозной терапии в зависимости от возраста, коморбидности, приведены в табл. 3.

В то же время целевые уровни АД у пациентов разных групп могут отличаться (табл. 4). В основном первичной

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

Таблица 2. Шкала SCORE

Стадии АГ (гипертензивной болезни)	Другие ФР, поражение органов-мишеней или заболевания	Градации АД, мм рт. ст.			
		Высокое нормальное САД 130–139 ДАД 85–89	1-я степень САД 140–159 ДАД 90–99	2-я степень САД 160–179 ДАД 100–109	3-я степень САД ≥180 ДАД ≥110
I стадия (неосложненная)	Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1 или 2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск
	3 и более ФР	Низкий/умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
II стадия (асимптомное заболевание)	Поражение органов-мишеней, ХБП III стадии или СД без поражения органов-мишеней	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/очень высокий риск
III стадия (установленное заболевание)	Симптомное ССЗ, ХБП>IV стадии, СД с поражением органов-мишеней	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Таблица 3. Начало АГТ в зависимости от возраста и коморбидных состояний (2018 г.)

Возрастная группа	Офисное САД, мм рт. ст.					Офисное ДАД, мм рт. ст.
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+ Инсульт/ТИА	
18–65 лет	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65–79 лет	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
80 лет и старше	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Офисное ДАД, мм рт. ст.	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

Примечание. ТИА – транзиторная ишемическая атака.

целью лечения у всех пациентов должно быть снижение АД до менее 140/90 мм рт. ст. При условии, что лечение хорошо переносится, у большинства пациентов АД должно быть снижено до 130/80 мм рт. ст. или ниже. Целевым ДАД для всех пациентов с АГ, независимо от риска и наличия сопутствующих заболеваний, является его уровень менее 80 мм рт. ст. Важным разъяснением, появившимся в рекомендациях 2018 г., являются целевые уровни АД у пожилых и очень пожилых пациентов. Новая концепция заключается в том, что предложены менее консервативные цели:

- возраст моложе 65 лет: САД со 120 до менее 130 мм рт. ст.;
 - возраст старше 65: САД со 130 до менее 140 мм рт. ст.
 - следует избегать значений САД < 130 мм рт. ст.
 - не нацеливаться на САД < 120 мм рт. ст.
- Целевые уровни АД при некоторых сопутствующих заболеваниях:
- СД: САД 130 мм рт. ст. или ниже.
 - Ишемическая болезнь сердца (ИБС): САД 130 мм рт. ст. или ниже.
 - Хроническая болезнь почек (ХБП): САД со 130 до ниже 140 мм рт. ст.

Рис. 1. Старт гипотензивной терапии в зависимости от исходного уровня офисного АД (2018 г.).



Возрастная группа	Целевые значения офисного САД, мм рт. ст.					Целевые значения офисного ДАД, мм рт. ст.
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+ Инсульт/ТИА	
18–65 лет	До 130 или ниже, в случае хорошей переносимости Не ниже 120	До 130 или ниже, в случае хорошей переносимости Не ниже 120	<140–130, в случае хорошей переносимости	До 130 или ниже, в случае хорошей переносимости Не ниже 120	До 130 или ниже, в случае хорошей переносимости Не ниже 120	С ниже 80 до 70
6–79 лет	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	С ниже 80 до 70
80 лет и старше	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	До ниже 140–130, в случае хорошей переносимости	С ниже 80 до 70
Целевые значения офисного ДАД, мм рт. ст.	С ниже 80 до 70	С ниже 80 до 70	С ниже 80 до 70	С ниже 80 до 70	С ниже 80 до 70	

Рис. 2. Стратегия медикаментозного лечения АГ 2018 г.



• Перенесенный инсульт: САД со 120 до ниже 130 мм рт. ст. (для рассмотрения).

Что касается собственно лекарственной терапии, то выделяют все те же пять основных классов антигипертензивных препаратов и подчеркивают, что они должны формировать основу медикаментозной АГТ: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), β-адреноблокаторы (β-АБ), антагонисты кальция (АК) и тиазидовые диуретики. Выбор этих классов препаратов основывается на их доказанной способности снижать АД и уменьшать риск ССО и сердечно-сосудистой смерти. Некоторые препараты имеют особые преимущества в определенных клинических ситуациях. Следующие положения являются важными новшествами:

- Большинству пациентов показана комбинированная АГТ двумя антигипертензивными лекарственными средствами.
- Для большинства пациентов актуальна стратегия преимуществ фиксированных комбинаций в качестве стартовой АГТ.

Если нет особых состояний, предпочтение следует отдавать комбинации блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ИАПФ или БРА) с диуретиком или АК.

Выбор диуретика – в пользу тиазидоподобных диуретиков индапамида или хлорталидона.

Перечисленные положения не относятся к «хрупким» пожилым больным, пациентам с низким риском развития ССЗ, лицам с высокими нормальными значениями АД. Для них рекомендована антигипертензивная монотерапия.

Общая стратегия медикаментозного лечения приведена на рис. 2.

Благодарим экспертов за комментарии.

Литература/References

1. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke 2014; 45.
2. Scientific Statement Treatment of Hypertension in Patients with Coronary Artery Disease. AHA/ACC/ASH. Circulation 2015; 131.
3. Cardiovascular Disease and Risk Management. ADA. Diabetes Care 2015; 38 (Suppl. 1): S49.
4. Böhm M, Schumacher H, Teo KK et al. Achieved blood pressure and cardiovascular outcomes in high-risk patients: results from ONTARGET and TRANSCEND trials. Lancet 2017; 389 (10085).
5. Chobanian AV. Hypertension in 2017 – what is the right target? JAMA 2017; 317 (6).