

Ларина В. Н., Барт Б. Я., Вартанян Е. А., Федорова Е. В., Михайлузова М. П., Лунев В. И.
 ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова»
 Минздрава России, Москва, Россия

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СВЕТЕ ЕВРОПЕЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Ключевые слова: артериальная гипертензия, артериальное давление, классификация, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, лечение.

Ссылка для цитирования: Ларина В. Н., Барт Б. Я., Вартанян Е. А., Федорова Е. В., Михайлузова М. П., Лунев В. И. Подходы к диагностике и лечебной тактике артериальной гипертензии в свете европейских рекомендаций. Кардиология. 2019;59(9):64–70.

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – анализ европейских рекомендаций по артериальной гипертензии (АГ): что появилось нового и что изменилось в тактике ведения больных АГ. Для написания данного обзора проводилось сравнение рекомендаций по АГ Европейского общества кардиологов и Европейского общества по АГ от 2018 г. с рекомендациями прошлых лет. В обновленной версии клинических рекомендаций по-прежнему рекомендовано определять АГ при уровне артериального давления (АД) ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт. ст., подразделять на оптимальное, нормальное, высокое нормальное и классифицировать на 3 степени тяжести, отдельно выделяя изолированную систолическую форму. Остались без изменений и пограничные значения для внеофисного АД, но появились рекомендации относительно более широкого использования внеофисных методов оценки АД с помощью суточного мониторинга и самостоятельного контроля. Для стартовой терапии решено отдать предпочтение использованию комбинаций из двух препаратов, причем преимущественно фиксированных комбинаций. Отмечено повышение роли медицинских сестер и фармацевтов в обучении, поддержке пациента и контроле АГ, что может улучшить достижение целевого уровня АД и, как следствие, привести к снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В новых европейских рекомендациях освещены современные аспекты классификации и диагностики АГ, основные этапы скрининга, алгоритм медикаментозного лечения АГ.

Larina V. N., Bart B. Ya., Vartanian E. A., Fedorova E. V., Mikhailusova M. P., Lunev V. I.
 Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE LIGHT OF EUROPEAN RECOMMENDATIONS

Keywords: arterial hypertension; blood pressure; classification; cardiovascular risk; treatment.

For citation: Larina V. N., Bart B. Ya., Vartanian E. A., Fedorova E. V., Mikhailusova M. P., Lunev V. I. Approaches to the Diagnosis and Treatment of Arterial Hypertension in the Light of European Recommendations. Kardiologiya. 2019;59(9):64–70.

SUMMARY

In this review we present analysis the European recommendations on hypertension – what's new and what has changed in the tactics of managing patients with arterial hypertension (AH). We compared recommendations on hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of hypertension (ESH) 2018 with European recommendations of previous years. In the updated version of guidelines, it is still recommended to determine AH as blood pressure (BP) ≥ 140 and/or ≥ 90 mm Hg; to subdivide BP levels into optimal, normal, and high normal, to classify severity of AH as 3 degrees, and to distinguish separately its isolated systolic form. Values for out-of-office BP remained unchanged, but recommendations emerged concerning wider use of ambulatory BP monitoring and self-measurement of BP. For initial therapy, it was recommended to use two drugs combinations preferably as single pill combinations. An increase of the role of nurses and pharmacists in teaching, supporting patients and controlling hypertension has been noted. This can improve the achievement of target BP and, as a result, reduce the cardiovascular risk. New European recommendations highlight the modern aspects of classification and diagnosis of AH, main stages of screening, and algorithm of drug treatment of AH.

Information about the corresponding author: Larina Vera N. – MD, professor. E-mail: larinav@mail.ru

Артериальная гипертензия (АГ) – одна из ведущих не только медицинских, но и социальных проблем, поскольку сопряжена с высокой заболеваемостью и смертностью. В мире распространенность АГ достигает 45%, в российской популяции – 44% среди взрослого населения и нарастает по мере увеличения возраста [1, 2].

Практически половина всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приходится на долю АГ. 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 [3].

Для снижения частоты развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертности требуется адекватно подобранная и своевременно назначенная антигипертензивная терапия (АГТ) с учетом всех имеющихся факторов риска (ФР), поражений органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний, направленная на удержание артериального давления (АД) на целевом уровне. Эксперты многих стран единодушны во мнении, что эффективность лечения отражает долю лиц, достигших целевого уровня АД, среди пациентов с АГ [4–6]. К сожалению, контроль, а именно достижение целевого уровня АД, в разных странах недостаточный, хотя современное лечение АГ основано на необходимости эффективного снижения АД до целевого уровня для предупреждения ССЗ и снижения смертности.

Несмотря на определенные успехи в изучении эпидемиологии, этиологии, лечения и профилактики АГ, сохраняется ряд неопределенных позиций, требующих подробного анализа. Современные клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний содержат структурированную информацию, основанную на научных доказательствах, и служат основанием для разработки критериев качества и определенной тактики по оказанию медицинской помощи. Большой интерес вызывает обновленная редакция рекомендаций Рабочей группы по лечению АГ Европейского общества кардиологов (ЕОК) и Европейского общества по АГ [7, 8].

Основные положения обновленных рекомендаций от 2018 г. представлены на рис. 1.

Согласно предыдущим клиническим рекомендациям ЕОК по ведению пациентов с АГ, «официальный» диагноз АГ базировался на традиционных клинических (офисных) измерениях АД. Клиническое измерение АД имело наибольшую доказательную базу для обоснования классификации уровней АД, прогноза риска и оценки эффективности терапии [9].

В обновленной версии клинических рекомендаций по-прежнему рекомендовано определять АГ при клиническом уровне АД ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт. ст., подразделять на оптимальное, нормальное, высокое нормальное и классифицировать на 3 степени тяжести, отдельно выделяя изолированную систолическую форму. Остались без изменений и пограничные значения для внеофисного АД (табл. 1).

Согласно новому положению, клиническое АД должно быть использовано однократно для постановки диагноза в случаях 3-й степени АГ и у лиц катего-

Рисунок 1. Основные положения обновленных рекомендаций по лечению АГ

Измерение АД – более широкое использование внеофисных методов оценки АД с помощью СМАД и/или домашнего самоконтроля, для подтверждения диагноза АГ, выявления гипертензии «белого халата» и маскированной гипертензии, а также для оценки контроля АД.

Менее консервативный подход к коррекции АД у пожилых и очень пожилых пациентов – более низкие пороговые уровни и целевые значения АД для пожилых пациентов, с акцентом на биологический возраст (т. е. значение общего плохого состояния здоровья). Рекомендуется никогда не отказываться от лечения и никогда не отменять его из-за возраста пациента, если терапия хорошо переносится.

Тактика назначения фиксированных комбинаций лекарственных препаратов для улучшения контроля АД. Предпочтительное использование комбинации двух лекарственных препаратов для начальной терапии большинства больных АГ. Упрощенный алгоритм терапии с использованием иАПФ или АРА в комбинации с БМКК и/или тиазидным диуретиком в качестве основной терапии для большинства пациентов и назначением ББ по специальным показаниям.

Новые целевые значения АД у пациентов, получающих лечение – колебания целевых пределов АД у пациентов, для лучшей идентификации рекомендованных целевых значений АД и более низких границ безопасности для больных, в зависимости от возраста и характера сопутствующей патологии.

Выявление низкой приверженности к лекарственной терапии – сильный акцент на необходимость оценки приверженности к лечению как основной причины недостаточного контроля АД. Ключевая роль медицинских сестер и фармацевтов в длительном лечении АГ, в обучении, поддержке и наблюдении пациентов, получающих терапию.

АД – артериальное давление; СМАД – суточное мониторирование артериального давления; АГ – артериальная гипертензия; иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина II; БМКК – блокаторы медленных кальциевых каналов; ББ – β -адреноблокаторы.

Таблица 1. Классификация повышенного АД

Показатель	Систолическое АД, мм рт. ст.		Диастолическое АД, 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 АГ	≥ 140	и	<90

АД – артериальное давление; АГ – артериальная гипертензия.

Таблица 2. Целевые уровни систолического АД у некоторых групп пациентов с АГ

Показатель	Целевые уровни систолического АД, мм рт. ст.	Класс рекомендаций, уровень доказательств
Возраст <65 лет	120–129	IA
Возраст ≥65 лет	130–139	IA
Сахарный диабет	<130	IA
Ишемическая болезнь сердца	<130	IA
Хроническая болезнь почек	130–139	IA
Инсульт в анамнезе/транзиторная ишемическая атака	120–129	IIa B

АД – артериальное давление; АГ – артериальная гипертензия.

рии высокого риска; уточнена процедура измерения АД на приеме у врача с трехкратной регистрацией и 1–2-минутным интервалом.

Европейские рекомендации от 2018 г. обозначили в качестве главной цели достижение целевого уровня АД <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов. При условии хорошей переносимости терапии рекомендуется снижать АД до 130/80 мм рт. ст. или ниже у большинства пациентов (табл. 2).

Для пациентов с АГ 1-й степени медикаментозная терапия может быть назначена спустя 3–6 мес интенсивного немедикаментозного наблюдения. При этом в группе лиц с АД ≥150/100 мм рт. ст. рекомендовано назначить комбинированную терапию и отдать предпочтение фиксированным комбинациям препаратов в 1 таблетке («single-pill therapy»), исключением являются пациенты из группы низкого риска и пожилого возраста.

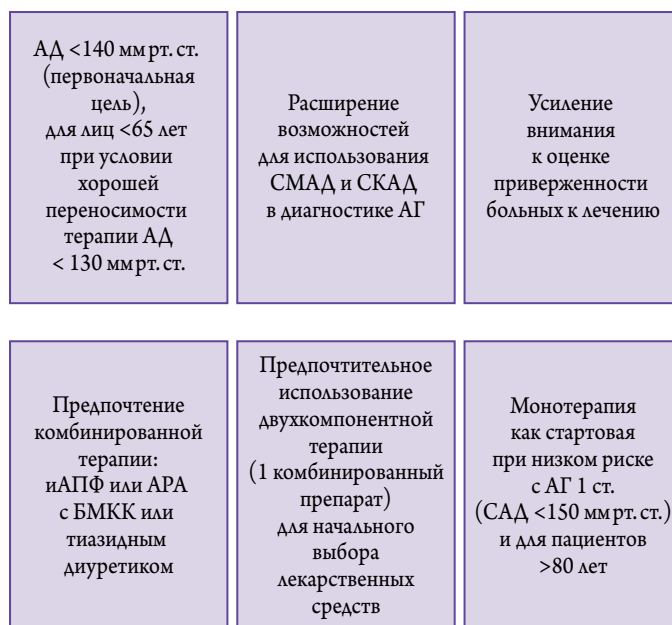
Актуальным является пошаговый подход в терапии АГ от двух- к трехкомпонентной и назначение антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР) или других диуретиков в случае резистентной АГ.

Ключевые моменты в ведении больных согласно новым рекомендациям представлены на рис. 2.

Оценка эффективности терапии может проводиться на основании данных клинического измерения АД врачом, по результатам суточного мониторирования АД (СМАД) и самостоятельного контроля АД (СКАД). Однократные измерения АД в кабинете врача не только не всегда отражают истинный уровень АД, но и не дают представления о суточных и более длительных колебаниях АД, его изменениях в процессе лечения и не позволяют с высокой степенью надежности оценить эффективность АГТ.

СМАД позволяет преодолеть недостатки офисного измерения АД, поскольку доказано, что показатели суточного профиля АД теснее коррелируют с поражением органов-мишеней, сердечно-сосудистыми исходами

Рисунок 2. Ключевые моменты в Европейских рекомендациях 2018 г. по ведению и лечению пациентов с АГ



СМАД – суточное мониторирование артериального давления; СКАД – самостоятельный контроль артериального давления; САД – систолическое артериальное давление; иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина II; БМКК – блокаторы медленных кальциевых каналов.

и смертностью. Однако высокая стоимость оборудования, необходимость его постоянного совершенствования для повышения точности измерений, сам процесс измерения АД, особенно в ночной период времени, измерение АД чаще только в течение 1 сут и невозможность проведения частых повторных исследований ограничивают широкое применение этого метода в клинической практике.

Доказано, что активное участие пациентов в процессе лечения и СКАД являются определяющими факторами приверженности терапии, тем более что показана сопоставимость результатов СКАД с результатами СМАД при прогнозировании ССО и цереброваскулярных осложнений [10].

Один из первых способов неинвазивного определения АД у человека, который получил название «осциллометрический», предложил французский физиолог Е. Магеу в конце XIX века. В 1905 г. появился метод измерения АД по тонам Короткова – «золотой стандарт» при выявлении АГ и оценке эффективности лечения и в наши дни. Позже появляются данные о самостоятельном длительном измерении больным АД, и в 70-х годах прошлого века в практике появляются электронные тонометры, воспроизводившие алгоритм измерения АД по методу Короткова, которые доступны для всех категорий пациентов и применяются для проведения СКАД в домашних условиях.

Таблица 3. Определение АГ в зависимости от метода измерения

Показатель	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Клиническое или офисное АД	≥140 и/или	≥90
СМАД:		
• день (бодрствование)	≥135 и/или	≥85
• ночь (сон)	≥120 и/или	≥70
• среднее за 24 ч	≥130 и/или	≥80
• домашнее измерение АД	≥135 и/или	≥85

АД – артериальное давление; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; СМАД – суточное мониторирование артериального давления.

Существенным преимуществом метода СКАД над офисным измерением АД и СМАД является возможность осуществлять регулярный длительный контроль за уровнем АД, причем в обычной для пациента обстановке. Кроме того, СКАД – более дешевый и доступный метод, позволяющий сократить количество визитов к врачу с целью контроля АД на фоне терапии, определить эффективность лечения и увеличить к нему приверженность, которая рассматривается в качестве одного из ключевых факторов субоптимального контроля АД. Особого упоминания заслуживает то, что СКАД единодушно рассматривается как более удобный метод контроля АД в условиях первичного звена оказания медицинской помощи [9], и в 2018 г. эксперты ЕОК по АГ вносят изменения в текст рекомендаций, согласно которым, для диагностики АГ методы СМАД и СКАД могут использоваться наравне с офисным измерением АД [7].

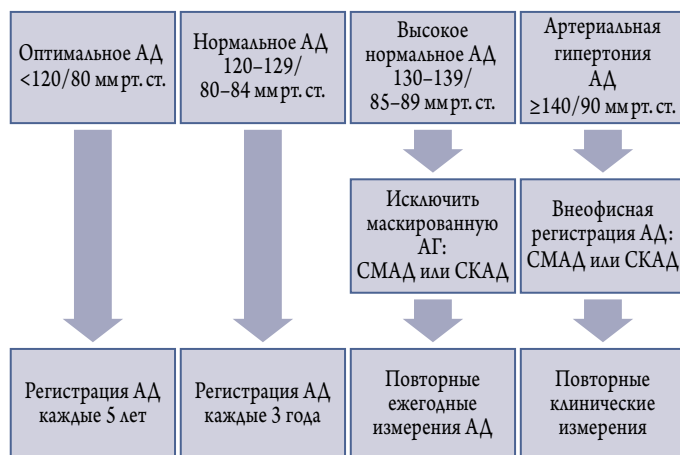
СКАД и СМАД впервые получили одинаковый уровень доказательств (I), так же, как и клинический метод, но только для подтверждения диагноза. Подчеркивается необходимость СКАД и СМАД для диагностики маскированной АГ и АГ «белого халата».

Согласно новым рекомендациям, наиболее важным считают метод измерения АД в домашних условиях, являющийся самым дешевым и доступным методом СКАД. Однако данный метод не лишен недостатков, один из которых – появление у пациентов чувства тревоги и нежелания постоянного контроля АД. В то же время, по мнению экспертов, СМАД дает наиболее объективную информацию об уровне АД и остается «золотым стандартом» в диагностике АГ. Важными преимуществами СМАД являются чрезвычайно значимая информация о величине ночного АД и большой опыт применения в научных исследованиях и клинической практике. Относительные недостатки СМАД – более высокая стоимость приборов и чувство дискомфорта у небольшого числа пациентов (табл. 3).

Основные подходы к скринингу и диагностике АГ представлены на рис. 3.

Одним из важных моментов новой редакции европейских рекомендаций являются своевременность и экс-

Рисунок 3. Скрининг и диагностика АГ

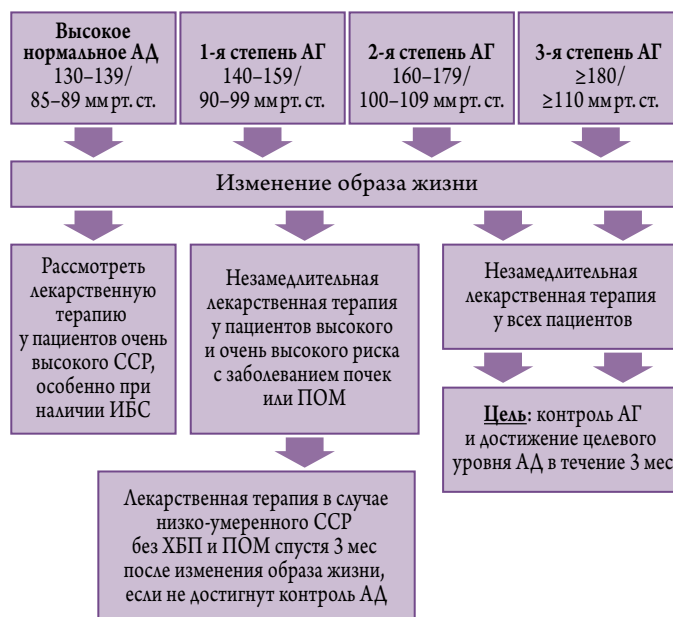


АД – артериальное давление; АГ – артериальная гипертензия; СКАД – самоконтроль артериального давления; СМАД – суточное мониторирование артериального давления.

тренность назначения АГТ. Незамедлительная медикаментозная терапия показана всем пациентам с уровнем АД ≥160/100 мм рт. ст. (рис. 4).

Применение шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – систематизированная оценка коронарного риска) рекомендовано для формальной оценки риска развития ССО при принятии решения о терапии (табл. 4).

Рисунок 4. Назначение лечения (немедикаментозного и медикаментозного) в зависимости от исходного уровня клинического АД



АД – артериальное давление; АГ – артериальная гипертензия; ССР – «сердечно-сосудистый риск» (риск развития сердечно-сосудистых осложнений); ИБС – ишемическая болезнь сердца; ПОМ – поражение органов-мишеней; ХБП – хроническая болезнь почек.

Таблица 4. Подходы к оценке риска развития ССО по шкале SCORE

Стадия АГ	Другие факторы риска, ПОМ, установленные заболевания	АД (мм рт. ст.)			
		Высокое нормальное (130–139; 85–89)	1-я степень АГ (140–159; 90–99)	2-я степень АГ (160–179; 100–109)	3-я степень АГ (≥180; ≥110)
Стадия I (неосложненная)	Отсутствие факторов риска	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1–2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренно высокий риск	Высокий риск
	≥3 факторов риска	Низко умеренный риск	Умеренно высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия II (асимптомные заболевания)	ПОМ, ХБП III стадии, СД	Умеренно высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск/очень высокий риск
Стадия III (установленные заболевания)	Установленные ССЗ, ХБП стадия ≥4 или СД с ПОМ	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Риск проиллюстрирован для мужчин среднего возраста. Риск не всегда соответствует реальному риску в различных возрастных группах. ССО – сердечно-сосудистые осложнения; АД – артериальное давление; АГ – артериальная гипертензия; ПОМ – поражение органов-мишеней; СД – сахарный диабет, ХБП – хроническая болезнь почек.

Таблица 5. Факторы, определяющие риск развития ССО у больных АГ

Демографические характеристики и лабораторные параметры	<ul style="list-style-type: none"> • Пол. • Возраст. • Курение (в настоящем или прошлом). • Уровень общего холестерина и холестерина ЛНП. • Мочевая кислота. • Сахарный диабет. • Избыточная масса тела или ожирение. • Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (<55 лет для мужчин и <65 лет для женщин). • Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье. • Ранняя менопауза. • Малоподвижный образ жизни. • Психологические и социально-экономические факторы. • Частота сердечных сокращений (в покое >80 уд/мин).
Бессимптомное поражение органов, опосредованное АГ	<ul style="list-style-type: none"> • Жесткость артерий: <ul style="list-style-type: none"> · пульсовое давление (у пожилых пациентов) ≥60 мм рт. ст.; · каротидно-фemorальная СПВ >10 м/с. • Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова – Лайона >35 мм или амплитуда зубца R в отведении avL ≥11 мм, корнельское произведение >2440 мм·мс или корнельский вольтажный индекс >28 мм для мужчин и >20 мм для женщин). • Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс массы ЛЖ: для мужчин >50 г/м², для женщин >47 г/м² (рост в м²); индексация на площадь поверхности тела может быть использована у пациентов с нормальной массой тела: масса ЛЖ/ППТ, г/м²>115 (мужчины) и >95 (женщины)). • Микроальбуминурия (30–300 мг/24 ч) или повышение отношения альбумин/креатинин (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль) предпочтительно в утренней порции мочи. • Умеренная ХБП с СКФ >30–59 мл/мин/1,73 м² или тяжелая ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м². • Лодыжечно-плечевой индекс <0,9. • Выраженная ретинопатия геморрагическая или экссудативная, отек зрительного нерва.
Диагностированные ССЗ или почечные заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака. • ИБС: ИМ, стенокардия, реваскуляризация миокарда. • Наличие атероматозных бляшек при визуализации. • Сердечная недостаточность, в том числе СН-сФВ. • Заболевание периферических артерий. • Фибрилляция предсердий.

АГ – артериальная гипертензия; ЛНП – липопротеины низкой плотности; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ССО – сердечно-сосудистые осложнения; ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ИМ – инфаркт миокарда; ЛЖ – левый желудочек; ППТ – площадь поверхности тела; ХБП – хроническая болезнь почек; СКФ – скорость клубочковой фильтрации; СПВ – скорость распространения пульсовой волны; СН-сФВ – сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса.

Таблица 6. Уровень 10-летнего риска развития ССО по шкале SCORE

Очень высокий риск	<p>Наличие хотя бы одного из следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> Установленный диагноз ССЗ. <u>Клинические признаки:</u> коронарная реваскуляризация или артериальная реваскуляризация, инсульт, ТИА, аневризма аорты, заболевания периферических артерий, гемодинамически значимая бляшка (стеноз $\geq 50\%$); СД с поражением органов-мишеней; Тяжелая ХБП (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²); 10-летний риск по шкале SCORE $\geq 10\%$.
Высокий риск	<p>Наличие хотя бы одного из следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> Существенно выраженный 1 ФР, особенно повышение уровня холестерина > 8 ммоль/л (> 310 мг/дл), например, при семейной гиперхолестеринемии, или АГ 3-й степени (АД $\geq 180/110$ мм рт. ст.); Большинство пациентов с СД, не относящихся к категории очень высокого риска (за исключением некоторых молодых больных СД 1-го типа в отсутствие основных ФР, которые могут быть отнесены к категории умеренного риска); ГЛЖ, обусловленная АГ; Умеренная ХБП с СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м²; 10-летний риск по шкале SCORE 5–10%.
Умеренный риск	<p>Наличие следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10-летний риск по шкале SCORE $\geq 1\%$, но $< 5\%$; АГ 2-й степени; Большинство пациентов среднего возраста относятся к этой категории.
Низкий риск	<p>Наличие следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10-летний риск по шкале SCORE $< 1\%$

АГ – артериальная гипертензия; АД – артериальное давление; ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка; СКФ – скорость клубочковой фильтрации; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ССО – сердечно-сосудистые осложнения; ТИА – транзиторная ишемическая атака; СД – сахарный диабет; ФР – фактор риска; ХБП – хроническая болезнь почек.

Таблица 7. Диапазон целевых значений клинического АД для определения тактики лечения

Возрастная группа, годы	Диапазон целевого клинического САД, мм рт. ст.					Диапазон ДАД, мм рт. ст.
	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС	+ ОНМК/ТИА	
18–65	Цель 129 или ниже, если переносимость хорошая, но не ниже 120	Цель 129 или ниже, если переносимость хорошая, но не ниже 120	Цель $< 140-130$, если переносимость хорошая	Цель 129 или ниже, если переносимость хорошая, но не ниже 120	Цель 129 или ниже, если переносимость хорошая, но не ниже 120	$< 80-70$
65–79	Цель $< 140-130$, если переносимость хорошая					$< 80-70$
≥ 80	Цель $< 140-130$, если переносимость хорошая					$< 80-70$

Факторы, определяющие риск развития ССО у больных АГ, представлены в табл. 5.

Пациенты с АГ и диагностированным ССЗ, включая бессимптомные атеросклеротические бляшки, выявленные при помощи методов визуализации, сахарный диабет 1-го и 2-го типов, клинически значительно повышенный один из факторов риска (в том числе АГ 3-й степени) или ХБП 3–5-й стадии, автоматически относятся к категориям очень высокого (риск сердечно-сосудистой смерти $\geq 10\%$) или высокого (риск сердечно-сосудистой смерти 5–10%) 10-летнего риска развития ССО (табл. 6).

Эксперты ЕОК акцентируют внимание на том, что практикующий врач должен учитывать несколько уровней АД: уровень АД для начала терапии; целевой уровень АД; дополнительно нижнюю границу, ниже которой не рекомендуется снижать АД.

Для пациентов с неосложненной АГ в возрасте 18–65 лет рекомендовано лечение при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. с достижением снижения систолического АД < 130 мм рт. ст., но не < 120 мм рт. ст. Кроме того, диастолическое АД требуется снижать ниже 80 мм рт. ст., но не ниже 70 мм рт. ст. (табл. 7).

Европейские эксперты единодушно пришли к мнению, что большинству пациентов с АГ показана комбинированная терапия. Как правило, это пациенты с АГ 2–3-й степени и высоким риском развития ССО.

Для пациентов с АГ 1-й степени и низким или средним риском развития ССО в качестве начальной показана монотерапия. В рекомендациях указаны преимущества начальной комбинированной терапии: высокая антигипертензивная эффективность, возможность воздействовать на разные звенья патогенеза, уменьшение гетерогенности ответа на лечение, безопасность и хорошая переносимость.

Эксперты ЕОК указывают на ключевую тактику А + С + D, отказались от β -адреноблокаторов как препаратов первой линии терапии, оставляя их в качестве препаратов выбора в особых клинических ситуациях (ИБС, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий, высокая частота сердечных сокращений). Блокаторы ренин-ангиотензиновой системы, блокаторы медленных кальциевых каналов и диуретики рекомендуется комбинировать в одной таблетке и назначать практически всем пациентам, начиная при неосложненной АГ (табл. 8).

Таблица 8. Основные положения по назначению терапии пациентам с неосложненной АГ

Этап выбора терапии	Выбор групп лекарственных препаратов
Шаг 1 Начальная терапия (двойная комбинация)	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II + диуретик или блокаторы медленных кальциевых каналов
Шаг 2 (тройная комбинация)	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II + диуретик + блокаторы медленных кальциевых каналов
Шаг 3 (тройная комбинация + спиронолактон или другие препараты)	Резистентная АГ Добавить спиронолактон в дозе 25–50 мг или другие диуретики, α-блокаторы или β-блокаторы

АГ – артериальная гипертензия.

Заключение

Таким образом, согласно обновленному документу, рекомендовано диагностировать артериальную гипертензию с помощью повторных измерений «офисного» артериального давления или неофисного измерения артериального давления с использованием суточного мониторирования артериального давления и/или домашнего самоконтроля в тех случаях, когда это удобно и экономически оправдано. По-прежнему рекомендовано определять артериальную

гипертензию при клиническом уровне артериального давления ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт. ст., подразделять артериальное давление по величине на оптимальное, нормальное, высокое нормальное и классифицировать артериальную гипертензию на 3 степени тяжести, отдельно выделяя изолированную систолическую артериальную гипертензию. При этом введены новые целевые уровни артериального давления в зависимости от возраста больного и сопутствующих заболеваний. При назначении антигипертензивной терапии рекомендовано ориентироваться на биологический возраст больного, и при хорошей переносимости снижения артериального давления стремиться к показателям $<129-120/80-70$ мм рт. ст. и $<139-130/80-70$ мм рт. ст. у пациентов моложе и старше 65 лет соответственно. Для начальной терапии предпочтительно использование комбинаций из двух препаратов, преимущественно фиксированных. Особое внимание уделено необходимости оценки приверженности лечению каждого пациента для достижения лучшего контроля артериального давления. Отмечено повышение роли медицинских сестер и фармацевтов в обучении, поддержке пациента и контроле артериальной гипертензии, что может улучшить достижение целевого уровня артериального давления и, как следствие, снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Конфликт интересов отсутствует у всех авторов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Boytsov S.A., Balanova Yu.A., Shal'nova S.A., Deev A.D., Artamonova G.V., Gatagonova T.M. et al. Arterial hypertension among persons aged 25–64: prevalence, awareness, treatment and control. By the data from ECCD. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014;13(4):4–14. [Russian: Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль по материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(4):4–14]. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-4-4-14
- Chazova I.E., Oshchepkova E.V. The experience of dealing with cardiovascular diseases in Russia. Analytical Bulletin of the Federation Council of the Federal Assembly RF. 2015;44:4–8. [Russian: Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России. Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. 2015;44:4–8]
- Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L 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. DOI: 10.1001/jama.2016.19043
- Johnson KC, Whelton PK, Cushman WC, Cutler JA, Evans GW, Snyder JK et al. Blood Pressure Measurement in SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial). Hypertension. 2018;71(5):848–57. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10479
- Foy AJ, Mandrola JM. Heavy Heart: The economic burden of heart disease in the United States Now and in the future. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2018;45(1):17–24. DOI: 10.1016/j.pop.2017.11.002
- Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2015;386(10010):2287–323. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. Journal of Hypertension. 2018;36(10):1953–2041. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001940
- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Russian Journal of Cardiology. 2018;23(12):143–228. [Russian: 2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией. Российский кардиологический журнал. 2018;23(12):143–228]. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-12-143-228
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension. 2013;31(7):1281–357. DOI: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
- Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. PLOS Medicine. 2017;14(9):e1002389. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002389

Поступила 14.03 19 (Received 14.03.19)