

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ И ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 2018 ГОДА: ЧТО НОВОГО?

А.А. Клименко, Д.А. Аничков, Н.А. Демидова

Кафедра факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России; Россия, 117997 Москва, ул. Островитянова, 1

Контакты: Алеся Александровна Клименко aaklimenko@yandex.ru

В статье рассматриваются ключевые моменты новых Рекомендаций 2018 г. Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии по ведению и лечению пациентов с артериальной гипертензией (АГ). В Рекомендациях расширены возможности для использования суточного мониторирования артериального давления (АД) и домашнего измерения АД в диагностике АГ, особенно для выявления скрытой («маскированной») гипертензии и гипертензии белого халата. Введены новые целевые диапазоны АД в зависимости от возраста и сопутствующей патологии. Для большей части пациентов принято АД <140 мм рт. ст. (первоначальная цель), для лиц младше 65 лет при условии хорошей переносимости терапии — <130 мм рт. ст. 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. Для начального выбора лекарственных средств при АГ у большинства пациентов предпочтительно использование двухкомпонентной терапии (1 комбинированный препарат). Упрощены терапевтические алгоритмы ведения больных АГ. Показано, что предпочтение у большинства пациентов должно быть отдано комбинациям блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента или блокаторам рецепторов ангиотензина II) с блокатором медленных кальциевых каналов и/или тиазидным/тиазидоподобным диуретиком. Бета-адреноблокаторы следует назначать только в специфических клинических ситуациях. Отмечено, что уделяется особое внимание оценке приверженности пациентов лечению как основной причине недостаточного контроля АД, а также повышению роли медицинских сестер и фармацевтов в обучении, наблюдении и поддержке пациентов с АГ как важной составляющей общей стратегии контроля АД.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, целевые значения артериального давления, офисное измерение артериального давления, амбулаторное измерение артериального давления, гипертензия белого халата, суточное мониторирование артериального давления, факторы риска, поражение органов-мишеней, антигипертензивная терапия, комбинированная терапия, хроническая болезнь почек

Для цитирования: Клименко А.А., Аничков Д.А., Демидова Н.А. Рекомендации по артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии 2018 года: что нового? Клиницист 2018;12(2):10–5

DOI: 10.17650/1818-8338-2018-12-2-10-15

GUIDELINES ON ARTERIAL HYPERTENSION MANAGEMENT OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION 2018: WHAT'S NEW?

A.A. Klimenko, D.A. Anichkov, N.A. Demidova

Acad. A.I. Nesterov Department of Faculty Therapy, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia; 1 Ostrovityanova St., Moscow 117997, Russia

The article considers the key points of the new 2018 guidelines of the European Society of Cardiology and European Society of Hypertension on management and treatment of patients with arterial hypertension (AH). The guidelines widen the possibilities for ambulatory monitoring of blood pressure (BP) and at-home measurement of BP in diagnosis of AH, especially for detection of hidden (“masked”) hypertension and white-coat hypertension. New target ranges for BP depending on age and concomitant pathology are established. For most patients, BP <140 mm Hg (primary target) is accepted, for patients under 65 years if therapy is well-tolerated BP <130 mm Hg should be achieved. Selection of treatment for elderly patients shouldn't be based on chronological age but on biological age taking into account evaluation of senile asthenia, self-maintenance and therapy tolerability. For starting selection of drugs for AH, in most patients two-component therapy (one

pill drug) is preferable. The latest guidelines contain simplified algorithms for management of patients with AH. It is shown that in most patients, a preference should be made for combinations of renin-angiotensin-aldosterone system blocker (inhibitors of angiotensin-converting enzyme or angiotensin II receptor blockers) with a slow calcium channels blocker and/or thiazide/thiazide-like diuretic. Beta-blockers should be prescribed only for specific clinical cases. Special emphasis is made on evaluation of patient's treatment adherence as the main reason for insufficient BP control, as well as on increased role of nurses and pharmacists in education, monitoring, and support of patients with AH being an important part of general strategy of BP control.

Key words: arterial hypertension, target blood pressure values, office blood pressure measurement, outpatient blood pressure measurement, white-coat hypertension, ambulatory blood pressure monitoring, risk factors, target organ damage, antihypertensive therapy, combined therapy, chronic kidney disease

For citation: Klimenko A.A., Anichkov D.A., Demidova N.A. Guidelines on arterial hypertension management of the European Society of Cardiology and European Society of Hypertension 2018: what's new? *Klinitsist = The Clinician* 2018;12(2):10–5

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) остается основным модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и значимой причиной смертности в популяции [1]. Продемонстрировано, что контроль артериального давления (АД) снижает показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [2]. По данным недавно опубликованного исследования, в большинстве европейских стран наблюдается снижение смертности от инсульта – маркера «бремени» неконтролируемой АГ в популяции [3, 4].

Значимым событием стало представление на конгрессе Европейского общества кардиологов (ESC) в Мюнхене в августе 2018 г. новой версии рекомендаций по ведению АГ, опубликованной в *European Heart Journal* в октябре 2018 г. [5]. Что же изменилось в сравнении с рекомендациями, опубликованными в 2013 г. [6]?

Диагностика и классификация артериальной гипертензии

Следует подчеркнуть, что новые европейские рекомендации по диагностике и лечению АГ не изменили классификацию, основанную на уровне АД, сохраняя такие понятия, как оптимальное, нормальное, высокое нормальное АД, и выделяя 1, 2 и 3 степень АГ и изолированную систолическую АГ. Критерием АГ по данным офисного измерения АД остался уровень >140 мм рт. ст. для систолического АД (САД) и >90 мм рт. ст. – для диастолического (ДАД). Для домашнего измерения АД в качестве критерия АГ сохранено САД >135 мм рт. ст. и/или ДАД >85 мм рт. ст. По данным суточного мониторирования АД, диагностические точки составили для среднесуточного АД соответственно 130 и 80 мм рт. ст., дневного – 135 и 85 мм рт. ст., ночного – 120 и 70 мм рт. ст.

В данных Рекомендациях использование методов измерения АД «вне офиса» поощряется и подчеркивается важное взаимодополняющее значение суточного мониторирования АД и домашнего измерения АД (табл. 1). В отношении офисного измерения АД без присутствия медицинского персонала (множественные измерения

автоматическим прибором) признано, что в настоящее время недостаточно данных для того, чтобы рекомендовать его для широкого клинического использования. Основными показаниями для выполнения амбулаторного измерения АД (суточное мониторирование АД и домашнее измерение АД) являются:

- состояния, когда высока вероятность гипертонии белого халата (АГ 1 степени при офисном измерении; значительное повышение офисного АД без поражения органов-мишеней, связанных с АГ);
- состояния, когда имеется высокая вероятность скрытой АГ (высокое нормальное АД по данным клинического измерения, нормальное офисное АД у пациента с поражением органов-мишеней или высоким общим сердечно-сосудистым риском);
- постуральная и постпрандиальная гипотония у пациентов, не получающих и получающих антигипертензивную терапию;
- оценка резистентной гипертонии;
- оценка контроля АД, особенно у пациентов высокого риска;
- чрезмерно выраженная реакция АД на физическую нагрузку;
- значительная вариабельность офисного АД; оценка симптомов, указывающих на гипотонию при проведении антигипертензивной терапии;
- оценка ночного АД и ночного снижения АД (например, при подозрении на ночную АГ у пациентов с апноэ во сне, хронической болезнью почек, сахарным диабетом, эндокринной АГ, автономной дисфункцией) при проведении суточного мониторирования АД.

В рассматриваемых Рекомендациях остался нерешенным вопрос об оптимальном методе измерения АД у пациентов с фибрилляцией предсердий.

При выявлении гипертонии белого халата или скрытой АГ рекомендуются меры по изменению образа жизни для снижения сердечно-сосудистого риска, а также регулярное наблюдение с использованием амбулаторного измерения АД. У пациентов с гипертонией белого халата может быть рассмотрено медикаментозное лечение АГ при наличии поражения органов-мишеней,

Таблица 1. Методы амбулаторного измерения артериального давления (АД) [5]

Table 1. Methods of ambulatory blood pressure monitoring [5]

Метод Method	Преимущества Advantages	Ограничения Disadvantages
Суточное мониторирование АД Ambulatory blood pressure monitoring	<ul style="list-style-type: none"> – Выявление гипертонии белого халата и скрытой артериальной гипертонии; – выше прогностическое значение; – оценка уровня АД в ночное время; – измерение АД в условиях реальной жизни пациента; – дополнительная возможность выявления прогностически значимых фенотипов АД; – широкая информация при однократном выполнении исследования, включая краткосрочную вариабельность АД – Can identify white-coat and “masked” hypertension; – stronger prognostic evidence; – night-time readings; – measurement in real-life settings; – additional prognostic blood pressure phenotypes; – abundant information from a single measurement session, including short-term blood pressure variability 	<ul style="list-style-type: none"> – Дороговизна и ограниченная доступность исследования; – возможное неудобство для пациента – Expensive and sometimes limited availability; – can be uncomfortable
Домашнее измерение АД Home blood pressure monitoring	<ul style="list-style-type: none"> – Выявление гипертонии белого халата и скрытой артериальной гипертонии; – экономичность и широкая доступность; – измерение АД в привычных условиях, когда пациент более расслаблен, чем на приеме у врача; – участие пациента в измерении АД; – возможность повторного использования в течение длительных периодов времени и оценка вариабельности АД «день ото дня» – Can identify white-coat and “masked” hypertension; – cheap and widely available; – measurement in a home setting, which may be more relaxed than the doctor’s office; – patient engagement in blood pressure measurement; – easily repeated and used over longer periods to assess day-to-day blood pressure variability 	<ul style="list-style-type: none"> – Возможность получения измерений только в покое; – вероятность ошибочных измерений; – отсутствие измерений в период сна – Only static blood pressure is available; – potential for measurement error; – no nocturnal readings

связанного с АГ, или при высоком/очень высоким сердечно-сосудистом риске; но рутинное назначение лекарств, снижающих АД, не показано. У пациентов со скрытой АГ следует рассмотреть назначение медикаментозной антигипертензивной терапии для нормализации амбулаторного АД, а у пациентов, получающих лечение, с неконтролируемым амбулаторным АД – интенсификацию антигипертензивной терапии в связи с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

К числу факторов, влияющих на сердечно-сосудистый прогноз у пациентов с АГ, добавлены уровень мочевины, ранняя менопауза, психосоциальные и экономические факторы, частота сердечных сокращений в покое ≥ 80 уд/мин. К бессимптомному поражению органов-мишеней, связанных с АГ, отнесены умеренная хроническая болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² и тяжелая хроническая болезнь почек с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² (расчет по формуле СКД-ЕРІ), а также выраженная ретинопатия с геморрагиями или экссудатами, отеком соска зрительного нерва. Бессимптомное поражение почек также определяют по наличию микроальбуминурии или повышенному отношению альбумин/креатинин в моче. В перечень факторов, влияющих на сердечно-сосудистый прогноз,

включены визуализированные атеросклеротические бляшки и фибрилляция предсердий.

Введен подход к классификации АГ по стадиям заболевания с учетом уровня АД, наличия факторов риска, влияющих на прогноз, поражения органов-мишеней, ассоциированного с АГ, и коморбидных состояний (табл. 2).

Подходы к терапии артериальной гипертонии

Время начала лекарственной терапии определяется уровнем офисного АД, уровнем сердечно-сосудистого риска, наличием поражения органов-мишеней или сердечно-сосудистых заболеваний.

Важным пунктом новых Европейских рекомендаций 2018 г. является особая тактика в отношении контроля АД у пожилых: эксперты предлагают более низкие уровни АД для начала антигипертензивной терапии и более низкие целевые уровни АД у пожилых пациентов, подчеркивая важность оценки биологического, а не хронологического возраста пациента с учетом старческой астении, способности к самообслуживанию, переносимости терапии.

В Рекомендациях указывается, что в группу пожилых относят всех пациентов старше 65 лет, а в группу старческого возраста – более 80 лет. В случае

Таблица 2. Классификация артериальной гипертензии [5]

Table 2. Classification of arterial hypertension [5]

Стадия гипертензивной болезни Hypertension disease staging	Другие факторы риска, АГ-ПОМ и заболевания Other risk factors, HMOD and diseases	Высокое нормальное АД High normal blood pressure	АГ 1 степени Arterial hypertension Grade 1	АГ 2 степени Arterial hypertension Grade 2	АГ 3 степени Arterial hypertension Grade 3
Стадия 1 (неосложненная) Stage 1 (uncomplicated)	Других факторов риска нет No other risk factors	Низкий риск Low risk	Низкий риск Low risk	Умеренный риск Moderate risk	Высокий риск High risk
	1–2 фактора риска 1 or 2 risk factors	Низкий риск Low risk	Умеренный риск Moderate risk	Умеренный – высокий риск Moderate to high risk	Высокий риск High risk
	>3 факторов риска >3 risk factors	Низкий – умеренный риск Low to moderate risk	Умеренный – высокий риск Moderate to high risk	Высокий риск High risk	Высокий риск High risk
Стадия 2 (бессимптомная) Stage 2 (asymptomatic disease)	АГ-ПОМ, ХБП 3 стадии или СД без ПОМ HMOD, CKD grade 3, or DM without TOD	Умеренный – высокий риск Moderate to high risk	Высокий риск High risk	Высокий риск High risk	Высокий – очень высокий риск High to very high risk
Стадия 3 (осложненная) Stage 3 (established disease)	Симптомные ССЗ, ХБП ≥4 стадии или СД с ПОМ Established CVD, CKD grade ≥4, or DM with TOD	Очень высокий риск Very high risk	Очень высокий риск Very high risk	Очень высокий риск Very high risk	Очень высокий риск Very high risk

Примечание. ПОМ – поражение органов-мишеней; АГ-ПОМ – поражение органов-мишеней, связанное с АГ; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; СД – сахарный диабет; ХБП – хроническая болезнь почек.

Note. TOD – target organ damage; HMOD – hypertension-mediated organ damage; CVD – cardiovascular diseases; DM – diabetes mellitus; CKD – chronic kidney disease.

пожилых пациентов с АГ (даже в возрасте более 80 лет) снижение АД при помощи медикаментозного лечения и коррекции образа жизни рекомендуется при САД ≥160 мм рт. ст. Повышен класс рекомендаций и уровень доказательности (до IA против IIbC в 2013 г.) в отношении антигипертензивной лекарственной терапии и изменения образа жизни у пожилых пациентов (старше 65, но не старше 80 лет) при уровне САД в диапазоне 140–159 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости лечения.

С учетом результатов исследований SPRINT [7], а также нескольких метаанализов рандомизированных клинических исследований эксперты признают существование убедительных доказательств пользы от снижения САД <140 и даже <130 мм рт. ст. [5]. Было продемонстрировано снижение риска основных сердечно-сосудистых событий при достижении уровня САД <130 или ДАД <80 мм рт. ст. по сравнению с менее интенсивным снижением АД (при этом средние уровни АД составили 122,1/72,5 и 135,0/75,6 мм рт. ст.).

Тем не менее европейские эксперты приводят и доводы в поддержку консервативного подхода к целевым уровням АД и обозначают в качестве первичной цели достижение целевого уровня АД <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов (табл. 3).

В качестве основной антигипертензивной терапии сохраняют значение 5 классов лекарственных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II, бета-блокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов, диуретики (тиазидные и тиазидоподобные, такие как хлорталидон или индапамид). Отмечено, что бета-блокаторы могут быть назначены в качестве антигипертензивных препаратов при наличии следующих клинических ситуаций: сердечная недостаточность, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, необходимость контроля ритма, беременность или ее планирование. В качестве абсолютного противопоказания к приему бета-блокаторов включена брадикардия (частота сердечных сокращений <60 уд/мин) и исключена хроническая обструктивная болезнь легких, как относительное противопоказание к их назначению.

В качестве начальной терапии рекомендуется назначение комбинации 2 препаратов в 1 таблетке для большинства пациентов. Монотерапия приемлема в качестве стартовой для пациентов группы низкого риска с АГ 1 степени (если САД <150 мм рт. ст.) и для пациентов старческого возраста (старше 80 лет). Успешность контроля АД – это и приверженность пациентов лечению, поэтому комбинации 2 или более

Таблица 3. Целевые уровни систолического артериального давления у некоторых групп пациентов с артериальной гипертензией [5]

Table 3. Office blood pressure treatment target range in selected groups of patient with arterial hypertension [5]

Пациенты с артериальной гипертензией Patients with arterial hypertension	Целевые уровни систолического артериального давления, мм рт. ст. Office systolic blood pressure treatment target range, mm Hg	Класс рекомендаций, уровень доказательств Class of recommendation, level of evidence
Возраст <65 лет Age <65 years	120–129	IA
Возраст ≥65 лет Age ≥65 years	130–139	IA
Сахарный диабет Diabetes mellitus	<130	IA
Ишемическая болезнь сердца Ischemic heart disease	<130	IA
Хроническая болезнь почек Chronic kidney disease	130–139	IA
Инсульт в анамнезе/транзиторная ишемическая атака Stroke in history/ Transient ischemic attack	120–129	IIaB

Таблица 4. Основные положения по назначению терапии пациентам с артериальной гипертензией [5]

Table 4. Core drug treatment strategy for uncomplicated arterial hypertension [5]

Этап выбора терапии Steps of the choice	Выбор группы лекарственных препаратов Choice of the drug group
Начальная терапия (двойная комбинация) Initial therapy (dual combination)	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II + диуретик или блокаторы медленных кальциевых каналов Inhibitors of angiotensin-converting enzyme or angiotensin II receptor blockers + diuretic or slow calcium channel blockers
Шаг 2 (тройная терапия) Step 2 (triple combination)	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II + диуретик + блокаторы медленных кальциевых каналов Angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin II receptor blockers + diuretic + slow calcium channel blockers
Шаг 3 (тройная комбинация + спиронолактон или другие препараты) Step 3 (triple combination + spironolactone or other drugs)	Резистентная АГ Добавить спиронолактон в дозе 25–50 мг или другие диуретики, альфа-блокаторы или бета-блокаторы Resistant arterial hypertension Add spironolactone (25–50 mg) or other diuretics, alpha-blockers or beta-blockers

антигипертензивных препаратов, объединенных в 1 таблетке, имеют преимущества перед свободными комбинациями (табл. 4).

Заключение

Таким образом, ключевыми моментами в новых Рекомендациях 2018 г. по ведению и лечению пациентов с АГ являются:

- расширение возможностей для использования суточного мониторирования АД и домашнего измерения АД в диагностике АГ, особенно для выявления скрытой («маскированной») гипертензии и гипертензии белого халата;
- введение новых целевых диапазонов АД в зависимости от возраста и сопутствующей патологии. Для большей части пациентов принято АД <140 мм рт. ст. (первоначальная цель), для лиц младше 65 лет при условии хорошей переносимости терапии АД <130 мм рт. ст.;
- 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;

- предпочтительное использование двухкомпонентной терапии (1 комбинированный препарат) для начального выбора лекарственных средств при АГ у большинства пациентов;
- упрощение терапевтических алгоритмов. Предпочтение у большинства пациентов должно быть отдано комбинациям блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II) с блокатором медленных кальциевых каналов и/или тиазидным/тиазидоподобным диуретиком. Бета-адреноблокаторы должны назначаться только в специфических клинических ситуациях;
- усиление внимания к оценке приверженности больных лечению как основной причине недостаточного контроля АД;
- повышение роли медицинских сестер и фармацевтов в обучении, наблюдении и поддержке пациентов с АГ как важной составляющей общей стратегии контроля АД.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Chow C.K., Teo K.K., Rangarajan S. et al. PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013;310(9):959–68. DOI: 10.1001/jama.2013.184182.
2. Ettehad D., Emdin C.A., Kiran A. et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;387(10022):957–67. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8.
3. Redon J., Olsen M.H., Cooper R.S. et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. *Eur Heart J* 2011;32(11):1424–31.
4. Shah R., Wilkins E., Nichols M. et al. Epidemiology report: trends in sex-specific cerebrovascular disease mortality in Europe based on WHO mortality data. *Eur Heart J* 2018 Aug 14. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy378. [Epub ahead of print].
5. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. Authors/Task Force Members. 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: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2018;36(10):1953–2041. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001940.
6. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. 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). *Eur Heart J* 2013;34(28):2159–219. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy151.
7. SPRINT Research Group, Wright J.T., Williamson J.D., Whelton P.K. et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373(22):2103–16. DOI: 10.1056/NEJMoa1511939.

ORCID авторов / ORCID of authors

А.А. Клименко/A.A. Klimenko: <https://orcid.org/0000-0002-7410-9784>

Д.А. Аничков/D.A. Anichkov: <https://orcid.org/0000-0001-5610-4819>

Н.А. Демидова/N.A. Demidova: <https://orcid.org/0000-0001-6890-8777>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.