

Классификация АГ

Подготовили: Усен Н(ТК-705),

Дурдыкулиева Л(ТК-603)

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

- При измерении АД в отсутствие медперсонала нет «эффекта белого халата» и по сравнению с обычным измерением уровень систолического АД (САД) может быть ниже на 5–15 мм рт. ст. Предполагается, что уровни САД в исследовании SPRINT могут соответствовать уровням САД при обычном измерении 130–140 и 140–150 мм рт. ст. в группах более и менее интенсивной антигипертензивной терапии соответственно.
- В итоге Европейские рекомендации 2018 г. (Williams B. et al., 2018) обозначают **в качестве первичной цели достижение целевого уровня офисного АД <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов (IA)**. При условии хорошей переносимости терапии рекомендуется снижать АД до **≤130/80 мм рт. ст. у большинства пациентов (IA)**(табл. 1).

Таблица 1. Целевые уровни офисного АД у пациентов с АГ

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

- ▣ **Новым положением, имеющим важное значение для реальной клинической практики, является обозначение уровня, ниже которого не следует снижать АД — 120/70 мм рт. ст. для всех пациентов.**
- ▣ **Вместе с тем один и тот же уровень АД не может быть применим ко всем пациентам с АГ. Предлагаются более низкие целевые уровни САД — ≤ 130 мм рт. ст. — для пациентов с сахарным диабетом (СД) и ишемической болезнью сердца (ИБС) (при условии тщательного мониторингирования нежелательных явлений).** Суммирующая позиция рекомендаций 2018 г. по целевым диапазонам офисного АД представлена в табл. 2.

Таблица 2. Целевые диапазоны офисного АД

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

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

Таблица 3. Классификация офисного АД

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

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

Таблица 4. Классификация АГ по стадиям заболевания
Здесь и далее: ПОМ — поражение органов-мишеней.

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

- В рекомендациях сохраняется подход к определению общего сердечно-сосудистого риска по SCORE. К числу факторов, влияющих на сердечно-сосудистый прогноз у пациентов с АГ, добавлен (точнее возвращен) **уровень мочевой кислоты, добавлены ранняя менопауза**, психосоциальные и экономические факторы, **частота сердечных сокращений в покое ≥ 80 уд./мин.** К бессимптомному ПОМ, связанному с АГ, отнесена **умеренная ХБП со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ и тяжелая ХБП со СКФ < 30 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$** (расчет по формуле CKD-EPI), а также **выраженная ретинопатия с геморрагиями или экссудатами, отеком соска зрительного нерва.** Бессимптомное поражение почек также определяется по наличию микроальбуминурии или повышенному отношению альбумин/креатинин в моче.
- Перечень установленных заболеваний сердечно-сосудистой системы дополнен наличием атеросклеротических бляшек при визуализирующих методах исследования и фибрилляцией предсердий.
- Введен подход к классификации АГ по стадиям заболевания (гипертонической болезни) с учетом уровня АД, наличия факторов риска, влияющих на прогноз, ПОМ, ассоциированным с АГ, и коморбидных состояний (см. табл. 4).

- Выделено три стадии АГ (гипертонической болезни). Стадия АГ не зависит от уровня АД, определяется наличием и тяжестью ПОМ.
- **I стадия (неосложненная)** — могут быть другие факторы риска, но ПОМ отсутствует. На этой стадии к категории высокого риска отнесены пациенты с АГ 3-й степени, независимо от количества факторов риска, а также пациенты с АГ 2-й степени с ≥ 3 факторами риска. К категории умеренного/высокого риска относятся пациенты с АГ 2-й степени и 1–2 факторами риска, а также с АГ 1-й степени с ≥ 3 факторами риска. К категории умеренного риска — пациенты с АГ 1-й степени и 1–2 факторами риска, АГ 2-й степени без факторов риска. Низкому/умеренному риску соответствуют пациенты с высоким нормальным АД и ≥ 3 факторами риска. Остальные пациенты отнесены к категории низкого риска.
- **II стадия (бессимптомная)** подразумевает наличие бессимптомного ПОМ, связанного с АГ; ХБП 3-й стадии; СД без ПОМ и предполагает отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний. Состояние органов-мишеней, соответствующее II стадии, при высоком нормальном АД относит пациента к группе умеренного-высокого риска, при повышении АД 1–2-й степени — к категории высокого риска, 3-й степени — к категории высокого/очень высокого риска.
- **III стадия (осложненная)** определяется наличием симптомных сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП ≥ 4 -й стадии, СД с ПОМ. Эта стадия, независимо от уровня АД, относит пациента к категории очень высокого риска.

□ **Стратегия медикаментозного лечения АГ**

- В новых рекомендациях в качестве базовой антигипертензивной терапии сохраняются 5 классов препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), блокаторы β -адренорецепторов, антагонисты кальция (АК) и диуретики (тиазидные и тиазидоподобные — ТД) (IA).
- При этом обозначены некоторые изменения в позиции блокаторов β -адренорецепторов. Они могут быть назначены в качестве антигипертензивных препаратов при наличии специфических клинических ситуаций, таких как сердечная недостаточность, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, необходимость контроля ритма сердца, беременность или ее планирование.
- Эксперты сделали особый акцент на начало терапии с двух препаратов для большинства пациентов. Монотерапия сочтена приемлемой в качестве стартовой для пациентов низкого риска с АГ 1-й степени (при САД <150 мм рт. ст.) и пациентов старческого возраста (>80 лет), а также пациентов со старческой астенией, независимо от хронологического возраста (табл. 5).

Таблица 5. Алгоритм медикаментозного лечения неосложненной АГ

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

- В новых рекомендациях повышен класс и уровень доказанности инициации терапии двойной фиксированной комбинацией (стратегия «одной таблетки») до IB.
- Рекомендованными комбинациями остаются сочетания блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иАПФ или БРА) с АК или ТД, предпочтительно в «одной таблетке» (IA). Отмечено, что и другие препараты из пяти основных классов можно применять в комбинациях. При неэффективности двойной терапии следует назначить третий антигипертензивный препарат. В качестве базовой сохраняет свои приоритеты тройная комбинация блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иАПФ или БРА), АК с ТД (IA).
- Если целевые уровни АД не достигаются на трехкомпонентной терапии, рекомендовано присоединение спиронолактона в низких дозах или других диуретиков в высоких дозах, блокаторов β - или α -адренорецепторов. Обоснованием для такого подхода послужили результаты исследования PATHWAY2, в котором в качестве четвертого антигипертензивного препарата применяли либо спиронолактон, либо бисопролол, либо доксазозин (Williams B. et al., 2015).

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

Год	
2013	2018
Диагноз	
Офисное АД рекомендовано для скрининга и диагностики АГ	Рекомендуется основывать диагностику АГ на: повторных офисных измерениях АД или внеофисных измерениях АД с амбулаторным и/или домашним мониторингом, если это логистически и экономически целесообразно
Пороги лечения	
Повышенное нормальное АД (130–139/85–89 мм рт. ст.): не рекомендуется начинать антигипертензивную терапию, если не получены необходимые доказательства	Повышенное нормальное АД (130–139/85–89 мм рт. ст.): медикаментозное лечение может быть рассмотрено при очень высоком сердечно-сосудистом риске из-за установленного сердечно-сосудистого заболевания, особенно ИБС
АГ 1-й степени, пациенты низкого риска: начало медикаментозной терапии должно быть рассмотрено у пациентов низкого/умеренного риска, когда АД в нескольких измерениях находятся в этих пределах, несмотря на рациональный период времени на изменения образа жизни	АГ 1-й степени, пациенты низкого риска: рекомендовано начать медикаментозное лечение, если АГ сохраняется после вмешательств по изменению образа жизни
Пациенты пожилого возраста: медикаментозная терапия может быть рассмотрена у пациентов пожилого возраста (<80 лет) при САД 140–159 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии	Пациенты пожилого возраста: медикаментозная терапия и модификация образа жизни рекомендованы пациентам пожилого возраста (>65, но не >80 лет) при САД 140–159 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии

Целевое АД при лечении

Рекомендовано целевое АД <140/90 мм рт. ст.	Рекомендованная первичная цель лечения — снижение АД до <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов при условии хорошей переносимости терапии, а для большинства пациентов целевое АД при лечении должно быть <130/80 мм рт. ст. У пациентов в возрасте <65 лет рекомендованный уровень САД для большинства пациентов — 120–129 мм рт. ст.
У пациентов пожилого возраста (65–80 лет) рекомендовано целевое САД в пределах 140–150 мм рт. ст.	У пациентов пожилого возраста (≥65 лет) рекомендовано целевое САД в пределах 130–139 мм рт. ст.
Целевое САД в пределах 140–150 мм рт. ст. должно быть рассмотрено у лиц в возрасте старше 80 лет, с исходным АД ≥160 мм рт. ст., при условии, что они находятся в хорошем психическом и душевном состоянии	Для пациентов в возрасте >80 лет рекомендовано целевое САД в пределах 130–139 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии
Рекомендовано целевое ДАД <90 мм рт. ст., за исключением пациентов с сахарным диабетом, которым рекомендовано ДАД <85 мм рт. ст.	Должно быть рассмотрено целевое ДАД <80 мм рт. ст. для всех пациентов с АГ, независимо от степени риска и сопутствующих заболеваний

Инициация медикаментозного лечения

Инициация антигипертензивной терапии в виде комбинации двух препаратов может быть рассмотрена у пациентов со значительным повышенным исходным АД или высоким сердечно-сосудистым риском	Рекомендовано начинать медикаментозное лечение с комбинации двух препаратов, предпочтительно в одной таблетке. Исключение составляют «хрупкие» пациенты пожилого возраста и пациенты с АГ I стадии и низким риском (особенно при САД <150 мм рт. ст.)
---	---

Резистентная АГ

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов, амилорид и блокатор α-адренорецепторов доксазозин должны быть рассмотрены, если нет противопоказаний	Рекомендовано лечить резистентную АГ с добавлением спиронолактона в низкой дозе к существующему лечению, или добавлением диуретической терапии, если спиронолактон не переносится, либо эплеренон, либо амилорид, либо высокие дозы ТД, или добавление бисопролола или доксазозина
---	--

Лечение АГ с помощью технических устройств (device-based)

В случае неэффективного медикаментозного лечения инвазивные процедуры, такие как почечная денервация и стимуляция барорецепторов, могут быть рассмотрены	Лечение АГ техническими устройствами не рекомендовано для рутинных случаев, за исключением использования в рамках клинических исследований, пока не будут получены доказательства их безопасности и эффективности
--	---

Список использованной литературы

- ▣ **Bress A.P., Tanner R.M., Hess R. et al.** (2016) Generalizability of SPRINT Results to the U.S. Adult Population. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 67(5): 463–472.
- ▣ **Coca A.** (2018) Summary of what's new in this hypertension guideline and gaps in the evidence (<https://esc365.escardio.org/Congress/ESC-Congress-2018/2018-ESC-ESH-Guidelines-on-Arterial-Hypertension/172123-summary-of-what-s-new-in-this-hypertension-guideline-and-gaps-in-the-evidence>).
- ▣ **ESC** (2018) Clinical Practice Guidelines (<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>).
- ▣ **Williams B., MacDonald T.M., Morant S. et al.; British Hypertension Society's PATHWAY Studies Group** (2015) Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial. *Lancet*, 386(10008): 2059–2068.
- ▣ **Williams B., Mancia G., Spiering W. et al.; ESC Scientific Document Group** (2018) 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J.*, 39(33): 3021–3104.