



А.В. Бильченко, д.м.н., профессор, проректор Харьковской медицинской академии последипломного образования

## Новые европейские рекомендации ESH/ESC 2013 по лечению артериальной гипертензии

15 июня 2013 года в рамках конгресса Европейского общества гипертензии (ESH) в Милане были представлены новые рекомендации ESH и Европейского общества кардиологов (ESC) по лечению артериальной гипертензии (АГ). Распространенность АГ в Европе достаточно сложно оценивать из-за отсутствия сравнимых популяционных исследований в различных странах, поэтому для оценки контроля артериального давления (АД) предложен суррогатный маркер – смертность от церебральных инсультов, которая тесно связана с контролем АД. В последние годы наблюдается четкая тенденция к уменьшению смертности от церебральных инсультов в странах Западной Европы и увеличению в странах Восточной Европы, что свидетельствует о различиях в контроле АГ.

**Определение и классификация АГ** по уровням АД не претерпели изменений, поскольку они позволяют унифицировать подходы к терапии. Однако следует учитывать, что у АД – линейная, а не ступенчатая, независимая взаимосвязь с риском развития церебральных инсультов, смерти, инфарктов миокарда и терминальных заболеваний почек, причем риск увеличивается при САД более 110-115 мм рт. ст. и ДАД более 70-75 мм рт. ст., а не с «высоким нормальным» АД, как полагали ранее.

Достаточно сложно провести грань между «нормальным» АД и гипертензией. В рекомендациях ESH/ESC 2013 гипертензия определяется как повышение САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт. ст. у взрослых независимо от возраста. Определение гипертензии у детей дано в специальном руководстве.

**Диагностика.** Офисное измерение АД, которое должно проводиться в положении сидя после 3-5 мин отдыха с повторным измерением, остается стандартом для скринингового выявления АГ. Рекомендуется проводить измерение на обеих руках и в случае постоянной разницы принимать во внимание более высокий уровень АД. Если разница в уровне АД на руках при одновременном измерении превышает 10 мм рт. ст., это является дополнительным фактором сердечно-сосудистого (СС) риска. Также у пожилых больных и больных с сахарным диабетом рекомендуется измерение АД при переходе в вертикальное положение на 1 и 3 мин с целью выявления ортостатической гипотензии (снижение САД >20 мм рт. ст. или ДАД >10 мм рт. ст.). Измерение АД всегда должно сопровождаться определением частоты сердечных сокращений.

Амбулаторное мониторирование и домашнее измерение АД обладают определенными преимуществами по сравнению с офисным измерением и позволяют более корректно диагностировать АГ. Внеофисное измерение АД должно проводиться при подозрении на гипертензию белого халата (АГ I степени при офисном измерении, высокое АД при отсутствии поражения органов-мишеней), подозрении на замаскированную гипертензию (высокое нормальное АД при офисном измерении, нормальное офисное АД при наличии поражений органов-мишеней), при значительной вариабельности офисного АД; при ортостатической, постпрандиальной, медикаментозной гипотензии; у беременных; для определения истинной или ложной резистентности.

Показаниями для амбулаторного мониторирования являются: значительная разница в уровнях АД при офисном и домашнем измерении; оценка снижения АД в ночное время, в том числе у больных с ночным апноэ, хронической болезнью почек (ХБП), сахарным диабетом; оценка вариабельности АД.

Как правило, показатели АД выше при офисном измерении. Для амбулаторного

мониторирования приняты следующие определения АГ: для дневного АД – САД  $\geq 135$  и/или ДАД  $\geq 85$  мм рт. ст.; для ночного АД – САД  $\geq 120$  и/или ДАД  $\geq 70$  мм рт. ст.; для 24-часового АД – САД  $\geq 130$  и/или ДАД  $\geq 80$  мм рт. ст. и для домашнего измерения АД – САД  $\geq 135$  и/или ДАД  $\geq 85$  мм рт. ст.

Рекомендуется проводить подробный сбор анамнеза и физикальное обследование для верификации диагноза, выявления вторичной гипертензии, факторов риска, поражений органов-мишеней, сопутствующих заболеваний и наследственной предрасположенности.

Регистрация ЭКГ рекомендуется всем больным с АГ для выявления гипертрофии миокарда левого желудочка, дилатации левого предсердия, аритмий или сопутствующих заболеваний сердца. Также может использоваться ультразвуковое исследование сердца для подтверждения гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), аритмий и сопутствующих заболеваний сердца. При подозрении на ишемию миокарда рекомендовано проведение стресс-теста (стресс-эхокардиография или МРТ с нагрузкой).

Кроме того, рекомендовано проведение ультразвукового исследования сонных артерий для выявления гипертрофии сосудов или бессимптомного атеросклероза, особенно у пожилых. С целью выявления периферических заболеваний сосудов может использоваться определение лодыжечно-плечевого индекса.

Для оценки поражения почек всем больным с АГ рекомендовано определение креатинина плазмы с расчетом скорости клубочковой фильтрации, протеинурии с использованием тест-полосок и микроальбуминурии в утренней порции мочи.

Исследование сетчатки может проводиться больным с плохо контролируемой или резистентной АГ для выявления геморагий, экссудатов или отека зрительного нерва, связанных с повышенным СС-риском, и не рекомендуется больным с легкой и умеренной АГ без сахарного диабета, за исключением молодых больных.

При наличии когнитивных нарушений у больных с АГ рекомендовано проведение МРТ головного мозга с целью выявления немых инсультов, лакунарных инсультов и поражений белого вещества мозга.

**Кардиоваскулярный риск и его оценка у больных с АГ** играет важную роль, поскольку у пациентов с высоким риском подходы к терапии отличаются от таковых у больных с низким риском. Пациенты с высоким риском требуют, как правило, назначения нескольких антигипертензивных препаратов, статинов и т.д.

В рекомендациях ESH/ESC 2013 определены факторы, влияющие на оценку риска у больных с АГ, помимо уровня АД (табл.).

Стратегия терапии у пациента с АГ в соответствии с рекомендациями ESH/ESC 2013 должна зависеть от оценки

общего СС-риска. У больных с сопутствующими СС-заболеваниями, сахарным диабетом, хроническими болезнями почек или значительным увеличением одного фактора риска (в том числе АД более 180/110 мм рт. ст.) риск оценивается как «высокий» или «очень высокий». При наличии бессимптомных поражений органов-мишеней у пациентов с АГ риск также оценивается как «высокий». И только у больных с отсутствием сопутствующих заболеваний, влияющих на прогноз, и поражений органов-мишеней для оценки риска рекомендуется использовать Европейскую систему SCORE, несмотря на ее очевидные ограничения и недостатки.

**Рекомендации по изменению образа жизни** не претерпели коррекции по сравнению с предыдущим руководством и состоят в ограничении потребления соли до 5-6 г в сутки, ограничении потребления алкоголя не более 20-30 мл/сут для мужчин и 10-20 мл/сут для женщин, увеличении потребления фруктов, овощей и ограничении жиров; снижении веса до ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup> или уменьшении окружности талии для мужчин менее 102 см и для женщин менее 88 см, регулярных физических нагрузках (не менее 30 мин 5-7 дней в неделю) и прекращении курения.

**Принятые решения о начале фармако-терапии у пациентов с АГ.** Немедленное



А.В. Бильченко

начало фармако-терапии рекомендовано всем больным с АГ 2 и 3 степени (САД  $\geq 160$  или ДАД  $\geq 100$  мм рт. ст.) при любом уровне кардиоваскулярного риска, также как и пациентам с 1 степенью АГ с высоким СС-риском (поражения органов-мишеней, СС-заболевания, сахарный диабет, ХБП). Больным с 1 степенью АГ и низким или умеренным СС-риском фармако-терапия назначается при неэффективности изменения образа жизни.

У пожилых больных фармако-терапия рекомендована при САД  $\geq 160$  мм рт. ст. Также пожилым больным (моложе 80 лет) при САД 140-159 мм рт. ст. может быть предложено фармакологическое лечение, если они хорошо его переносят.

Не рекомендована фармако-терапия пациентам с высоким нормальным АД (САД 130-139 или ДАД 85-89 мм рт. ст.), в отличие от предыдущих рекомендаций ESH/ESC 2007, ввиду отсутствия доказательств эффективности такого подхода.

Таблица. Факторы, влияющие на оценку риска при АГ

<b>Факторы риска</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мужской пол</li> <li>2. Возраст (мужчины &gt;55 лет, женщины &gt;65 лет)</li> <li>3. Курение</li> <li>4. Дислипидемия ОХ &gt;4,9 ммоль/л (190 мг/дл) и/или ЛПНП &gt;3,0 ммоль/л (115 мг/дл), и/или ЛПВП мужчины &lt;1,0 ммоль/л (40 мг/дл), женщины &lt;1,2 ммоль/л (46 мг/дл), и/или триглицериды &gt;1,7 ммоль/л (150 мг/дл)</li> <li>5. Глюкоза в плазме натощак 5,6-6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл)</li> <li>6. Нарушение теста толерантности к глюкозе</li> <li>7. Ожирение, индекс массы тела (ИМТ) <math>\geq 30</math> кг/м<sup>2</sup></li> <li>8. Абдоминальное ожирение (окружность талии: мужчины <math>\geq 102</math> см; женщины <math>\geq 88</math> см)</li> <li>9. Преждевременные СС-заболевания в семье (мужчины в возрасте &lt;55 лет; женщины в возрасте &lt;65 лет)</li> </ol>
<b>Бессимптомные поражения органов-мишеней</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пульсовое давление (у пожилых людей) <math>\geq 60</math> мм рт. ст.</li> <li>2. ЭКГ-признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона &gt;3,5 мВ; RaVL &gt;1,1 мВ; индекс Корнелла &gt;244 мВхмс)</li> <li>3. Эхокардиографические признаки ГЛЖ, индекс ММЛЖ: мужчины &gt;115 г/м<sup>2</sup>; женщины &gt;95 г/м<sup>2</sup></li> <li>4. Толщина комплекса интима-медиа сонных артерий &gt;0,9 мм или наличие бляшки</li> <li>5. Сонно-бедренное соотношение скорости пульсовой волны &gt;10 м/с</li> <li>6. Лодыжечно-плечевой индекс &lt;0,9</li> <li>7. ХБП с СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup></li> <li>8. Микроальбуминурия (30-300 мг/сут) или соотношение альбумин/креатинин (30-300 мг/г; 3,4-34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи)</li> </ol>
<b>Сахарный диабет</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Глюкоза плазмы натощак <math>\geq 7,0</math> ммоль/л (126 мг/дл) при двух повторных измерениях и/или</li> <li>2. HbA<sub>1c</sub> &gt;7% (53 ммоль/моль) и/или</li> <li>3. Глюкоза в плазме крови после нагрузки &gt; 11,0 ммоль/л (198 мг/дл)</li> </ol>
<b>СС-заболевания или заболевания почек</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Цереброваскулярные заболевания: ишемический или геморрагический инсульт; ТИА</li> <li>2. ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация миокарда (стентирование или аортокоронарное шунтирование)</li> <li>3. Сердечная недостаточность, в том числе с сохраненной ФВ</li> <li>4. Клинические проявления периферических заболеваний артерий нижних конечностей</li> <li>5. ХБП с СКФ &lt;30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;</li> <li>6. Протеинурия (&gt;300 мг/сут)</li> <li>7. Ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек диска зрительного нерва</li> </ol>

У больных с гипертензией белого халата следует ограничить рекомендации изменением образа жизни и начинать медикаментозное лечение только при наличии метаболических нарушений или бессимптомного поражения органов-мишеней. Пациентам с замаскированной гипертензией следует назначать фармакотерапию вместе с рекомендациями по изменению образа жизни.

**Целевые уровни АД.** Снижение САД <140 мм рт. ст. рекомендовано всем больным с умеренным и низким СС-риском, пациентам с сахарным диабетом. Данная тактика может быть целесообразной у больных с ИБС, ХБП, перенесших церебральный инсульт или ТИА.

Снижение ДАД <90 мм рт. ст. рекомендовано всем пациентам с АГ, кроме больных с сопутствующим сахарным диабетом, у которых целевой уровень ДАД <85 мм рт. ст. Указывается, что снижение ДАД до уровня 80-85 мм рт. ст. безопасно и хорошо переносится пациентами.

Целевые уровни определены для офисного АД, поскольку ни в одном крупном рандомизированном исследовании не использовалось амбулаторное или домашнее определение, тем не менее рекомендуется определять АД, как в клинических, так и в домашних условиях, учитывая, что АД, измеренное вне офиса, должно быть ниже.

**Выбор антигипертензивных препаратов.** Диуретики (тиазидные, хлорталидон, индапамид), β-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА) могут использоваться для начального лечения у больных АГ как в виде монотерапии, так и в комбинациях.

Предпочтение тому или другому классу препаратов может отдаваться в той или иной клинической ситуации, в зависимости от имеющихся у пациента сопутствующей патологии или поражения органов-мишеней.

Начало терапии с комбинации двух антигипертензивных препаратов рекомендовано при значительно повышенном АД (САД ≥160 мм рт. ст.), а также у больных с умеренным повышением АД (САД ≥140 мм рт. ст.), но с высоким кардиоваскулярным риском. Комбинированное лечение позволяет лучше контролировать АД у большего количества больных. Кроме того, приверженность пациентов к комбинированной терапии значительно выше, чем к монотерапии.

Не рекомендовано применение комбинации двух блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) даже с целью уменьшения значительной протеинурии.

В перечень оптимальных вошли комбинации антигипертензивных препаратов, которые доказали свои преимущества в крупных рандомизированных исследованиях:

1. АРА + диуретик
2. ИАПФ + диуретик
3. АРА + антагонист кальция
4. ИАПФ + антагонист кальция
5. Антагонист кальция + диуретик

Еще одна комбинация, которая может использоваться у больных с АГ, но не в качестве приоритетной, — это комбинация β-блокатора и диуретика.

Эти рекомендации основываются на анализе результатов клинических исследований в подгруппах, поскольку почти во всех крупных исследованиях большинство пациентов получало несколько антигипертензивных препаратов. В единственном исследовании ACCOMPLISH, в котором изначально планировалось

сравнение двух комбинаций (ИАПФ + амлодипин vs ИАПФ + диуретик), был получен достаточно неожиданный результат: комбинация блокатора РААС с антагонистом кальция оказалась значительно более эффективной по сравнению с комбинацией с диуретиком в снижении частоты основных сердечно-сосудистых осложнений.

При выборе препаратов для комбинированной терапии предпочтение следует отдавать тем, которые изучались в рандомизированных исследованиях, и фиксированным комбинациям, содержащим несколько препаратов в одной таблетке.

**Антигипертензивная терапия пожилых больных.** Существуют убедительные доказательства того, что пожилым пациентам в возрасте до 80 лет при исходном САД ≥160 мм рт. ст. целесообразно снижать САД до уровня 150-140 мм рт. ст. У некоторых пожилых больных до 80 лет может рассматриваться целевой уровень САД <140 мм рт. ст. при хорошей переносимости терапии.

Пациентам старше 80 лет при исходном САД ≥160 мм рт. ст. целесообразно снижать САД до уровня 150-140 мм рт. ст., если они находятся в хорошем физическом и умственном состоянии.

Для фармакотерапии пожилых больных с АГ могут использоваться все классы антигипертензивных препаратов. У пациентов с изолированной систолической гипертензией предпочтение может отдаваться диуретикам и антагонистам кальция.

**Особенности лечения женщин.** Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) не рекомендована женщинам для первичной и вторичной профилактики СС-событий. ЗГТ может рассматриваться у более молодых женщин при тяжелых менопаузальных симптомах после тщательного соотнесения пользы от такого лечения и возможного риска.

Необходимо проводить антигипертензивную терапию беременным с тяжелой гипертензией (САД >160 мм рт. ст. или ДАД >110 мм рт. ст.). Также антигипертензивное лечение может рассматриваться у беременных с постоянным повышением АД ≥150/95 мм рт. ст. и при гестационной гипертензии или поражении органов-мишеней при АД ≥140/90 мм рт. ст.

У беременных с высоким риском преэклампсии и низким риском желудочно-кишечных кровотечений может рассматриваться назначение низких доз аспирина с 12-й недели и до родов.

Следует избегать назначения блокаторов РААС женщинам, планирующим беременность, из-за потенциальной опасности для плода.

У беременных следует отдавать предпочтение таким препаратам, как метилдопа, лабеталол и нифедипин. Для ургентного снижения АД при преэклампсии рекомендуется использовать внутривенно лабеталол или нитропруссид.

**Антигипертензивная терапия больных с сахарным диабетом.** В рекомендациях ESH/ESC 2013 изменены целевые уровни АД у пациентов с сахарным диабетом, которые определены на уровне <140/90 мм рт. ст. Это обусловлено отсутствием доказательств дополнительной пользы от снижения АД до более низких уровней, предлагавшегося в рекомендациях ESH/ESC 2007.

У больных АГ с сахарным диабетом могут использоваться все классы антигипертензивных препаратов, при этом предпочтение следует отдавать блокаторам РААС, особенно у пациентов с протеинурией или микроальбуминурией. Одновременное назначение двух блокаторов РААС не рекомендуется.

При выборе препаратов у больных с АГ и сахарным диабетом необходимо также принимать во внимание наличие другой сопутствующей патологии.

**Антигипертензивная терапия пациентов с метаболическим синдромом.** Прежде всего, у больных с метаболическим синдромом необходимо добиваться снижения веса и увеличения физической активности. Помимо снижения АД, внимание в таких случаях необходимо уделять коррекции метаболических нарушений и замедлению развития сахарного диабета.

Фармакотерапия должна назначаться у больных с метаболическим синдромом при АД ≥140/90 мм рт. ст. и недостаточной эффективности рекомендаций по изменению образа жизни с целью снижения АД <140/90 мм рт. ст. Не рекомендуется начинать медикаментозное лечение у больных с метаболическим синдромом и высоким нормальным АД.

Поскольку метаболический синдром рассматривается как предиабет, следует использовать антигипертензивные препараты, улучшающие или, по крайней мере, не ухудшающие чувствительность к инсулину, такие как блокаторы РААС и антагонисты кальция. β-Блокаторы (за исключением препаратов с вазодилатирующим эффектом) и диуретики должны использоваться как дополнительные препараты.

**Антигипертензивная терапия пациентов с нефропатией.** Рекомендован целевой уровень САД <140 мм рт. ст. у больных с АГ и нефропатией и <130 мм рт. ст. при выраженной протеинурии, при этом необходимо мониторировать скорость клубочковой фильтрации.

Предпочтение в данной клинической ситуации следует отдавать блокаторам РААС, поскольку они более существенно уменьшают уровень протеинурии и микроальбуминурии. Для достижения целевого уровня АД их рекомендуется комбинировать с другими антигипертензивными препаратами.

Не следует применять комбинации двух блокаторов РААС с целью более значительного снижения уровня протеинурии. Также не рекомендуется использование у больных с ХБП антагонистов минералокортикоидных рецепторов, в том числе в комбинации с блокаторами РААС, из-за возможности значительного снижения функции почек и гиперкалиемии.

**Антигипертензивная терапия пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.** Не рекомендуется снижение АД в течение первой недели после перенесенного церебрального инсульта, за исключением больных с очень высоким САД, у которых следует принимать индивидуальное решение.

Пациентам с АГ, перенесшим церебральный инсульт или ТИА, рекомендована антигипертензивная терапия даже при уровне САД 140-159 мм рт. ст., при этом должен рассматриваться целевой уровень САД <140 мм рт. ст., за исключением пожилых больных, у которых целевой уровень САД несколько выше — в пределах 140-150 мм рт. ст.

Все классы антигипертензивных препаратов могут использоваться для профилактики церебральных инсультов у пациентов с АГ при достижении эффективного контроля АД. При этом в рекомендациях ESH/ESC 2013 указывается, что ИАПФ и β-блокаторы уступают другим классам антигипертензивных препаратов в способности предотвращать развитие церебральных инсультов при одинаковом снижении АД.

**Антигипертензивная терапия больных с ИБС и/или сердечной недостаточностью.** У пациентов с АГ и сопутствующей

ИБС должен рассматриваться целевой уровень САД <140 мм рт. ст. Если больной АГ недавно перенес инфаркт миокарда, рекомендуется использование β-блокаторов. При других формах ИБС возможно применение всех классов антигипертензивных препаратов, при этом предпочтение отдается β-блокаторам и антагонистам кальция, учитывая их антиангинальные свойства.

При АГ с сопутствующей сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса рекомендуется использование диуретиков, блокаторов РААС, β-блокаторов и антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

В случае АГ и сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса отсутствуют доказательства эффекта снижения АД, тем не менее им также рекомендовано снижение АД до уровня САД около 140 мм рт. ст. и проведение симптоматической терапии.

Для профилактики фибрилляции предсердий у больных с высоким риском ее возникновения следует применять блокаторы РААС (в комбинации с β-блокаторами и антагонистами минералокортикоидных рецепторов при сердечной недостаточности).

Антигипертензивная терапия рекомендована всем пациентам с гипертрофией миокарда левого желудочка. У больных с ГЛЖ терапия должна начинаться с блокаторов РААС и антагонистов кальция. Рекомендации ESH/ESC 2013 подчеркивают, что в исследовании LIFE было доказано значительное снижение количества СС-событий в зависимости от регресса ГЛЖ.

Помимо антигипертензивных препаратов, пациентам с АГ при умеренном и высоком риске рекомендуется применение статинов с целевым уровнем холестерина ЛПНП <3,0 ммоль/л, а у больных с верифицированной ИБС <1,8 ммоль/л.

Также пациентам с предшествовавшими СС-событиями показано применение низких доз аспирина. Назначение низких доз аспирина может рассматриваться у больных со сниженной функцией почек и при высоком СС-риске. Не рекомендуется применение аспирина у пациентов с АГ при наличии низкого и умеренного СС-риска.

У больных с АГ и сопутствующим сахарным диабетом рекомендовано назначение антидиабетических препаратов с целевым уровнем HbA<sub>1c</sub> <7,0%, а у пожилых пациентов с длительным анамнезом сахарного диабета следует рассматривать целевой уровень HbA<sub>1c</sub> <7,5-8,0%.

В целом, изменения в рекомендациях коснулись следующих положений: повышения роли домашнего измерения АД в диагностике, прогностического значения уровня АД ночью; гипертензии белого халата и маскированной гипертензии; роли бессимптомных поражений органов-мишеней в оценке кардиоваскулярного риска; пересмотра прогностического значения избыточного веса и абдоминального ожирения; гипертензии у молодых. В подходах к лечению изменились рекомендации по началу антигипертензивной терапии, уровни целевого АД, либерализован подход к выбору начальной монотерапии, пересмотрена схема приоритетных комбинаций антигипертензивных препаратов, предложен новый алгоритм для достижения контроля АД и длительного лечения, расширены рекомендации по терапии АГ в различных клинических ситуациях, в том числе у пожилых больных и у пациентов с резистентной АГ.