

Современные рекомендации по лечению артериальной гипертензии

Екатерина Иосифовна Тарловская

Д.м.н., профессор

заведующий кафедрой внутренних болезней ПИМУ

член правления Российского Кардиологического Общества

Артериальная гипертензия – «тихий убийца» мирового масштаба

- В мире > **1 миллиарда человек** имеют АГ
- Распространенность АГ будет расти до **1,5 млрд к 2025 году**
- **10 миллионов смертей в 2015 году**
- 4,9 млн из-за ИБС
- 3,5 миллиона из-за инсульта

2018 ESC / ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

- **Снижение САД на 10 или ДАД на 5 мм рт.ст.** связано со снижением:
- всех основных случаев СС заболеваний на **20%**
- общей смертности на **10-15%**
- инсульта на ~ **35%**
- коронарных событий на ~ **20%**
- СН на ~ **40%**
- Сокращение риска является последовательным, независимым от базового АД в диапазоне ГБ, уровня СС риска, сопутствующих заболеваний (например, СД и ХБП), возраста, пола и этнической принадлежности

2018 ESC / ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

- Мы можем контролировать **1 таблеткой**

АД у **80% пациентов** с артериальной

гипертензией

Новые уровни целевого АД

I класс, уровень A

- Рекомендовано: 1-я цель - снижение АД до **<140/90 мм рт.ст. у всех пациентов**
- При условии, что **лечение хорошо переносится**, для **большинства** пациентов рекомендуемые значения АД **130/80 мм рт.ст. или ниже**

Новые уровни целевого АД

I класс, уровень A

- У пациентов **< 65 лет**, рекомендовано снижение САД до **120-129 мм рт. ст.** у **большинства** пациентов

Новые уровни целевого АД

I класс, уровень A

- У пожилых пациентов ≥ 65 лет САД следует сохранять между 130 и 139 мм рт. ст.
- Тщательно мониторировать неблагоприятные эффекты
- Этот уровень рекомендован вне зависимости от СС риска и наличия ССЗ

Особые соображения для хрупких и пожилых пациентов

- Даже у очень старых пациентов **> 80 лет снижение АД уменьшает смертность, инсульт и СН**
- Этим пациентам **не следует отказывать в лечении** или прекращать лечение по возрасту
- Для людей > 80 лет, которые еще не получили антигипертензивное лечение, рекомендуется **назначение терапии**, когда их офисное **САД ≥ 160 мм рт.ст.**, при условии, что лечение хорошо переносится

Новые уровни целевого АД

- **Ia класс, уровень B**
- Уровень **ДАД < 80 мм рт. ст.** должен быть рассмотрен у **всех пациентов** вне зависимости от уровня риска и коморбидности

Новые уровни целевого АД

- САД не должно быть снижено <120 мм рт.ст.
- Когда САД снижается <120 мм рт.ст. у пациентов с очень высоким и высоким риском, с сопутствующими заболеваниями и ССЗ, **риск вреда увеличивается и перевешивает выгоды**

Необходимость лучше справляться с контролем АД

- В среднем **<50%** пациентов с лечением АГ достигают САД-мишени **<140 мм рт.ст.**
- **Инерция врача (неназначение комбинированной терапии)** и **плохая приверженность пациентов** к лечению (особенно при использовании **нескольких таблеток**) теперь признаны в качестве **основных факторов**, способствующих плохому контролю АД

Недостаточное использование комбинированной терапии

- АГ - это **полипатогенетическое** заболевание
- Для снижения АД у **большинства людей** с АГ требуется **сочетание лекарств**, имеющих разные механизмы
- **Монотерапия**, вероятно, будет **неадекватной** терапией у большинства пациентов

Ингибиторы Ренин-Ангиотензин-системы

- **ИАПФ и АРА имеют сходную эффективность по влиянию на основные СС события и смертность**
- **АРА** связаны со значительно **более низкой частотой прекращения лечения из-за побочных эффектов** в сравнении со всеми другими антигипертензивными препаратами
- **ИАПФ и АРА не следует комбинировать друг с другом**, потому что нет никаких дополнительных преимуществ и нарастают нежелательные явления со стороны функции почек

Ингибиторы Ренин-Ангиотензин-системы

- Как ИАПФ, так и АРА **уменьшают альбуминурию** больше, чем другие препараты и эффективны в **замедлении прогрессирования диабетической и недиабетической ХБП**
- РАС-блокаторы являются **единственными антигипертензивными препаратами**, для которых имеются доказательства **снижения риска развития почечной недостаточности конечной стадии**

Ингибиторы Ренин-Ангиотензин-системы

- ИАПФ и АРА эффективны в **предотвращении** и регрессии **поражения органов мишеней и ремоделирования мелких артерий**
- Оба препарата **замедляют снижение насосной функции сердца**, что может быть связано с улучшением функций миокарда ЛЖ и эффективной регрессией патологического ремоделирования ЛЖ
- ИАПФ и АРА рекомендованы пациентам с **ПИКС и СНнФВ**

Блокаторы каналов кальция

- **БКК оказывают большее влияние на снижение риска инсульта**, чем ожидалось для достигнутого снижения АД
- Но также могут быть **менее эффективными для предотвращения СНнФВ**
- БКК были **более эффективными, чем ББ в замедлении прогрессирования атеросклероза сонных артерий и в снижении ГЛЖ и протеинурии**

Диуретики

- Диуретики - **краеугольный камень антигипертензивной терапии** с момента их введения
- Их эффективность в **предотвращении всех видов СС заболеваний и смертности** подтверждена в РКИ и метаанализах
- Диуретики **более эффективны**, чем другие классы лекарств в **предотвращении СН**

Диуретики

- И тиазиды, и тиазидоподобные агенты являются **менее эффективными** у пациентов с СКФ **<45 мл / мин** и становятся **неэффективными**, когда СКФ **<30 мл / мин**.
- В таких обстоятельствах петлевые диуретики, такие как фуросемид (или **торасемид**), должны заменять тиазиды и тиазидоподобные диуретики для достижения антигипертензивного эффекта

2018 ESC / ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

- В отсутствие доказательств прямых сравнительных испытаний и признавая, что многие из одобренных фиксированных комбинаций основаны на гидрохлоротиазиде, мы рекомендуем, что **тиазиды, хлорталидон и индапамид можно считать подходящими антигипертензивными средствами**

Бета-блокаторы

- РКИ и мета-анализы показывают, что **по сравнению с плацебо ББ снижают риск развития инсульта, СН и крупных СС заболеваний у пациентов с АГ**
- По сравнению **с другими препаратами**, ББ одинаково эффективны для предотвращения крупных СС событий, за исключением **менее эффективной профилактики инсульта**

Бета-блокаторы

- ББ особенно полезны для лечения АГ **в определенных ситуациях:**
- Симптоматическая стенокардия
- Контроль сердечного ритма
- ПИКС
- СНнФВ
- В качестве альтернативы ИАПФ или БРА у молодых женщин с АГ при планировании беременности

Стратегия фиксированной комбинации

- **Плохое соблюдение приема лекарств** признано в качестве основного фактора плохого контроля АД
- Показана **прямая корреляция между количеством таблеток и плохой приверженностью**
- Доказано, что **ФК улучшает приверженность лечению**
- В настоящее время **ФК является предпочтительной стратегией** для первоначального 2-х и 3-х компонентного лечения АГ
- Мы можем контролировать АД у **большинства пациентов с помощью 1 таблетки**

Алгоритм лечения АГ

- Используйте **монотерапию** для пациентов:
 1. с низким уровнем риска с АГ 1 ст., у которых САД <150 мм рт. ст.,
 2. при очень высоком риске при высоком уровне нормального АД
 3. у пожилых пациентов ≥ 80 лет и хрупких пожилых

пациентов

Алгоритм лечения АГ

- Начало лечения: у **большинства пациентов с ФК, включающей 2** препарата, для улучшения скорости, эффективности и предсказуемости контроля АД
- Предпочтительные комбинации 2 лекарств: **блокатор РАС с БКК или диуретиком**
- **ББ** является альтернативой, когда есть **конкретное указание** на стенокардию, ПИКС, СН или контроль сердечного ритма

Алгоритм лечения АГ

- Используйте **3-х** компонентную ФК, включающую **блокатор РАС, БКК и диуретик**, если АД не контролируется ФК с 2 ЛС
- Добавление **спиронолактона или эплеренона** для лечения **резистентной гипертензии**, если не противопоказано
- Использование других классов антигипертензивных препаратов в редких случаях, когда АД не контролируется вышеуказанными методами лечения.

Основная стратегия лечения неосложненной АГ

1 таб

Начало терапии
2-я комбинация

ИАПФ или АРА + БКК или диуретик

Рассмотрите 1 препарат при АГ 1 ст. и низком риске (САД < 150) или возраст ≥ 80 или хрупкий пациент

1 таб

Шаг 2
3-я комбинация

ИАПФ или АРА + БКК + диуретик

2 таб

Шаг 3
3-я комбинация + спиронолактон или другие

Резистентная АГ
Добавить спиронолактон 25-50 мг или другой диуретик, альфа-блокатор или ББ

Направить в специализированный центр для дальнейшего обследования

Бета-блокаторы
Рассмотреть ББ на любом шаге, при показаниях: СН, стенокардия, ПИКС, ФП, женщины, планирующие беременность

Немедикаментозные (“device-based”) методы коррекции АД

1. Стимуляция каротидных барорецепторов
2. Почечная денервация
3. Создание артерио-венозной фистулы
4. Другие воздействия (хирургическое удаление каротидного синуса, эндоваскулярная облитерация каротидного синуса и др.)

Рекомендация	Класс	Уровень
Использование немедикаментозных методов коррекции АД не рекомендовано в рутинной практике с целью лечения АГ	III	B

Лечение резистентной АГ

Изменение образа жизни
(особенно снижение
потребления поваренной соли)

Отмена препаратов, приводящих
к повышению АД

Последовательное
добавление препаратов к
исходной тройной
комбинации

Увеличение дозы используемого
диуретика или переход на потенциально
более сильный тиазидоподобный
диуретик (хлорталидон, индапамид)

Замена тиазидного / тиазидоподобного
диуретика петлевым при СКФ < 30 мл/мин

Добавление в терапию спиронолактона 25-50
мг/сутки

- С осторожностью у пациентов при СКФ < 45 мл/мин и уровнем калия > 4,5 ммоль/л
- Контроль электролитов через некоторое время после назначения спиронолактона и ежегодный контроль

Заключение

- Приоритет фиксированной комбинации
- Приоритет сочетания ингибитора РАС (ИАПФ или БРА) с диуретиком или БКК
- ИАПФ и АРА имеют сходную эффективность по влиянию на основные СС события и смертность
- АРА связаны со значительно более низкой частотой прекращения лечения из-за побочных эффектов в сравнении со всеми другими антигипертензивными препаратами
- Старт лечения у большинства пациентов с 2-х компонентной фиксированной комбинации
- При неэффективности – переход к 3-х компонентной фиксированной комбинации