О новых (ноябрь 2017) американских рекомендациях по артериальным гипертензиям

Козьмин-Соколов Николай Борисович,
кандидат медицинских наук,
преподаватель отделения дополнительного образования
Санкт-Петербургского медицинского колледжа №2
E-mail: super.kit62@yandex.ru

13 ноября 2017 г. были опубликованы новые рекомендации по артериальным гипертензиям у взрослых, подготовленные Американской ассоциацией сердца, Американским колледжем кардиологии и девятью другими организациями [1], которые определенным образом изменяют сложившиеся представления о диагностике и стратегии лечения артериальной гипертензии (АГ) [2, 3, 4, 5, 6, 7]. В первую очередь это касается критериев нормального артериального давления (АД). Согласно этим рекомендациям за нормальное АД у взрослых следует принимать значения менее 120 мм рт.ст. — для систолического АД (САД) и менее 80 мм рт. ст. — для диастолического АД (ДАД). В случае, если САД находится в пределах 120 — 129 мм рт.ст. при условии, что ДАД менее 80 мм рт.ст., такое АД следует рассматривать как повышенное. При САД 130-139 мм рт.ст. или ДАД 80-89 мм рт. ст. следует диагностировать 1 стадию АГ. Если САД ≥ 140 мм рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. устанавливается 2 стадия АГ. Выделение других степеней (стадий) АГ не предусмотрено.

В соответствии с этими критериями рассматривается и стратегия лечения пациентов с АГ. При повышенном АД рекомендуется нефармакологическая терапия — здоровый образ жизни и исключение известных факторов риска ГБ и кардиоваскулярных осложнений. При 1 стадии АГ также в первую очередь рекомендуется здоровый образ жизни, однако при сочетании АГ с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), диабетом, хроническим заболеванием почек или облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей к нефармакологической терапии следует добавить гипотензивные препараты (ГП). Назначение ГП также показано пациентам с АГ 1 стадии, имеющим ≥10% риск кардиоваскулярных осложнений в течение ближайших 10 лет (риск рассчитывается с использованием калькуляторов, на основании учета возраста, пола, уровня холестерина и других факторов [8]). На 2 стадии АГ необходимо сочетание изменения стиля жизни и безусловное назначение ГП. Наличие или отсутствие бессимптомного поражения органов-мишеней (таких как гипертрофия левого желудочка, гипертоническая ангиопатия сосудов глазного дна или утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий) не является критерием для назначения или отказа от медикаментозной терапии. Целевыми значениями снижения АД при 1 и 2 стадиях АГ согласно рассматриваемым рекомендациям считается достижение АД менее 130/80 мм рт.ст.

Для лиц старше 65 лет каких-либо особых специфических подходов не предусматривается. В рекомендациях отмечается, что подавляющее большинство из них (88% в США) имеет ≥10% риск кардиоваскулярных осложнений или историю сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с чем целевое значение АД в 130/80 мм рт.ст. и ниже представляется авторам целесообразным для этой возрастной группы. Вместе с тем подчеркивается, что в ходе антигипертензивной терапии у лиц пожилого возраста необходимо тщательно следить за возможностью развития ортостатической гипотензии, изучить историю падений и назначать ГП с определенной долей настороженности.

Безусловная польза данного руководства заключается в том, что в них обоснована связь даже небольшого повышения АД с увеличением риска сердечно-сосудистых катастроф, что, впрочем,

отмечалось и ранее [4]. В то же время снижение порога диагноза АГ с 140/90 мм рт.ст. до 130/80 мм рт.ст. привело к тому, что распространенность АГ среди взрослого населения в США в одночасье увеличилось с 32 до 46% [9]. Однако это не самое главное. Конечно, лучше иметь АД 115/70 мм рт.ст., но каким путем это достижимо? Если речь идет о здоровом образе жизни — с этим сложно поспорить, однако если для этого необходим постоянный прием нескольких ГП надо взвесить все за и против. Снижение целевых значений АД на фоне гипотензивной терапии до 130/80 мм рт.ст. вместо привычных 140/90 мм рт.ст. также может быть чревато побочными явлениями — синкопальными состояниями, неконтролируемой гипотензией, электролитными нарушениями, развитием почечной недостаточности [9]. Более того, для достижения таких цифр очевидно понадобятся препараты в максимальной дозировке, что не оставляет резерва для терапии. Следует также отметить, что в настоящих рекомендациях ни слова не говорится о минимальных значениях снижения АД при АГ — создается ложное впечатление, что чем ниже — тем лучше. Вместе с этим в российских рекомендациях [4] указывается, что при сочетании АГ с ИБС (типичная ситуация в клинической практике) ДАД не следует снижать менее 70 мм рт.ст. Действительно, приток крови в коронарные артерии осуществляется в основном в диастолу и взаимосвязан с уровнем ДАД, а четко подобрать дозу ГП, поддерживающего ДАД на уровне 70-79 мм рт.ст. достаточно трудно. Это положение, вероятно, применимо и к неосложненной АГ. Раннее назначение ГП при АГ, на наш взгляд, чревато вероятностью развития резистентности к ГП, которая по личному опыту возникает через 7-10 лет с момента начала терапии. Если вспомнить историю применения в РФ, например, эналаприла, этот препарат в начале 90-х годов 20 века рекомендовался в дозировке 10 мг/сутки, что, по личному клиническому опыту, обеспечивал адекватный контроль АД, даже в качестве монотерапии. Впоследствии рекомендуемые дозировки плавно увеличились до 15-20 мг/сутки, а в настоящее время максимальная суточная доза эналаприла — 40 мг, которую, впрочем, лучше не использовать. В меньшей степени такая тенденция прослеживается и в отношении блокаторов рецепторов к ангиотензину II — если в конце 20 века лозап (лозартан) выпускался в дозировках 12,5 и 50 мг, то спустя 10 лет появились таблетированные формы, содержащие 100 мг препарата. Следует отметить, что большинство побочных эффектов ГП носят дозозависимый характер. В то же время надо признать, что раннее начало медикаментозной гипотензивной терапии препятствует развитию гиперплазии мышечного слоя артериол, которая сама по себе способствует повышению и стабилизации АД, а также уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Оценка соотношения польза/вред в медицине нередко является предметом дискуссий.

В обсуждаемых рекомендациях много внимания уделяется изменению стиля жизни, что является необходимым условием для нормализации АД. Помимо общеизвестных положений, обращает на себя внимание рекомендация по резкому ограничению употребления поваренной соли — до 1,5 г/сутки, причем по мнению авторов для большинства взрослых целесообразно уменьшение потребления соли до 1 г/сутки. Вероятно, к этому необходимо стремиться, однако в большинстве случаев это сложно выполнимо, т.к. в привычных нам продуктах содержится достаточное количество соли, например в 100 г черного хлеба содержится около 0,4 г соли. Общепринятые нормы потребления соли, в том числе для пациентов с АГ, составляют 4-6 г (включая соль, содержащуюся в продуктах).

Не останавливаясь на всех аспектах рекомендаций отметим, что данная серьезная научная работа наряду с положительной реакцией многих кардиологов, породила и ряд сомнений, в основном связанных с критериями нормального АД и целевыми цифрами АД.

В декабре 2017 г. Американская ассоциация семейных врачей объявила, что не будет одобрять новые рекомендации по АГ [10]. Вместо этого Американская ассоциация семейных врачей заявила, что продолжит поддерживать руководящие принципы 2014 года, разработанные восьмым Объединенным национальным комитетом [5], а также руководствоваться опубликованными в марте

2017 г. рекомендациям по лечению АГ у пациентов старше 60 лет [11]. Следует отметить, что данные рекомендации максимально приближены к российским руководствам и национальным рекомендациям других стран. Не останавливаясь на деталях, следует отметить, что эти рекомендации определяют порог АГ у взрослых в величину 140/90 мм рт.ст. Начало гипотензивной терапии для лиц моложе 60 лет определяется как 140/90 мм рт.ст., для лиц 60 лет и старше — 150/90 мм рт.ст., целевые значения также составляют соответственно менее 140/90 мм рт.ст. или менее 150/90 мм рт.ст. (в большинстве случаев). Очевидно, американские кардиологи и врачи общей практики вскоре придут к консенсусу. Российским медицинским работникам, очевидно, следует руководствоваться отечественными рекомендациями. В заключение хочется процитировать преамбулу Европейских рекомендаций по АГ [3]: никакие рекомендации не могут заменить личную ответственность медицинских работников при принятии клинических решений с учетом индивидуальных особенностей и предпочтений пациентов.

Литература.

1. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults / P.K.Whelton (chair) — Hypertension. November, 13, 2017. — 481 p.
2. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. — Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. — М., 2013. — 63 с.
3. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia,
4. R. Fagard, K. Narkiewicz et al. // Journal of Hypertension. 2013. Vol.31. P.1281—1357. Переведены на русский: Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013. — www.scardio.ru.
5. Артериальная гипертония у взрослых Клинические рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В.Жернакова. — 2016. — 70 с.
6. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults / P.A.James, S.Oparil, C.Pharm et al. // JAMA. 2014. Vol.311(5). P. 507-520.
7. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2014) / K.Shimamoto, K.Ando, T.Fujita et al. // Hypertens Res. 2014. Vol.37(4). P.253- 390.
8. Козьмин-Соколов Н.Б. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии — современное состояние проблемы (обзор литературы — лекция) // Авиценна. 2017. № 9. С. 20-39.
9. ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) 2013 Risk Calculator from AHA/ACC — https://www.mdcalc.com/ascvd-atherosclerotic-cardiovascula..
10. Ioannidis J. P. A. Diagnosis and Treatment of Hypertension in the 2017 ACC/AHA Guidelines and in the Real World // JAMA. Published online December 14, 2017. doi:10.1001/jama.2017.19672
11. Frellick M. AAFP Declines to Endorse New 130/80 BP Treatment Guidelines December 15, 2017. — https://www.medscape.com
12. Qaseem A., Wilt T.J., Rich R. et al. Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians // Ann Intern Med. 2017. Vol.166(6). P. 430-437. doi: 10.7326/M16-1785.