

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

**Кафедра терапии им. проф. А. И. Дядыка
ФНМФО**

**Некоторые вопросы ведения больных с
артериальной гипертензией**

(Рекомендации ESH 2023)

**Доцент Гнилицкая В.Б.
Доцент Христуленко А.Л.
Марушкин Н.С.**

В соответствии с предыдущими (2018) Европейскими и современными международными рекомендациями, в т.ч. ESH **2023**,

АГ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ ОФИСНОЕ ЗНАЧЕНИЕ САД \geq 140 ММ РТ СТ И /ИЛИ ДАД \geq 90 ММ РТ СТ.

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

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Предполагаемые новые факторы сердечно-сосудистого риска: -

Анамнез злокачественной АГ

- Низкий вес при рождении
- Нежелательные исходы при беременности, преждевременные роды, гестационный СД
- Психосоциальные и социально-экономические факторы
- Миграция
- Хрупкость
- Загрязненный воздух и факторы окружающей среды

Коморбидность/дополнительные клинические состояния для определения сердечно-сосудистого риска

- синдром обструктивного апноэ сна (СОАС)
- хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)
- подагра
- хронические инфекции (в т.ч. Long Covid – 19)
- мигрень
- депрессия
- эректильная дисфункция
- хронические воспалительные заболевания
- неалкогольная жировая болезнь печени

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Рекомендации : уровень офисного АД, при котором целесообразно начинать терапию	Класс рекомендаций	Уровень доказат.
У пациентов 18-79 лет начало лечения рекомендуется при САД 140мм рт ст и/или ДАД.90 мм рт ст	I	A
У больных АГ 80 лет и старше начало терапии рекомендуется при САД 160 мм рт ст и >	I	B
У больных АГ 80 лет и старше можно рассмотреть и более низкий уровень САД для начала терапии – 140-159 мм рт ст	II	C
У «хрупких» пациентов уровень офисного САД и ДАД для стартовой терапии рекомендуется определять индивидуально	I	C
У больных с анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС), начало лекарственной терапии рекомендуется при высоком нормальном АД – САД 130 мм рт ст и выше и ДАД 80 мм рт ст и выше	I	A

Рекомендации ESH по АД (2023).

Целевые значения офисного АД в зависимости от возраста при антигипертензивной терапии

Рекомендации	Класс рекоменд	Уров доказ
У больных 18-79 лет рекомендуется целевой уровень офисного АД менее 140/90 мм рт ст	I	A
У больных 18-79 лет рекомендуется целевой уровень офисного АД менее 130/80 мм рт ст, если хорошо переносится	I	A
У больных старше 80 лет рекомендуется целевой уровень офисного АД менее 150/80 мм рт ст	I	B
У больных ≥ 80 лет может рассматриваться целевой уровень АД менее 140/80 мм рт ст, если хорошо переносится	I	A
У «хрупких» больных целевой уровень определяется индивидуально	I	C
Целевое АД не должно быть ниже 120/70 мм рт ст в процессе лечения	III	C
У больных с низким ДАД (менее 70 мм рт ст) САД может осторожно снижаться, если его уровень повышен	II	C
Уменьшение доз или количества принимаемых препаратов может быть рассмотрено у больных старше 80 лет при САД < 120 мм рт ст при ортостатической гипотензии или ургентности	II	C

Рекомендации ESH по АГ (2023).



В качестве базовой антигипертензивной терапии сохраняются 5 классов

препаратов: ингибиторы АПФ (ИАПФ)

блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА),

бета-блокаторы (ББ) – позиция существенно изменилась по сравнению с рекомендациями 2018.

антагонисты кальция (АК),

диуретики (тиазидные и тиазидоподобные (ТД), индапамид, хлорталидон

Позиция ББ(2021).

Они могут быть назначены в качестве антигипертензивных препаратов при наличии специфических клинических ситуаций, таких как

- сердечная недостаточность,
- стенокардия,
- перенесенный инфаркт миокарда,
- необходимость контроля ритма,
- беременность или ее планирование.

В качестве абсолютных противопоказаний к ББ была включена брадикардия (ЧСС менее 60 уд/мин) и исключена хроническая обструктивная болезнь легких

Рекомендации ESH по АГ (2023). Позиция ББ.

Хронические коронарные синдромы, антиишемическая терапия

Перенесенный ИМ :аритмии, стенокардия, ХСН, реваскуляризация

Острый коронарный синдром

ХСН со сниж и сохран. ФВ ЛЖ при ИБС (ишемия), аритмия, тахикардия

Фибрилляция предсердий : профилактика, контроль ритма, контроль частоты

Женщины детородного возраста/ женщины,планирующие беременность

АГ при беременности

Другие состояния, когда терапия β - адреноблокаторами м.б. предпочтительна:

АГ и чсс в покое более 80 ударов в минуту

Острые, ургентные состояния и парентеральное введение

Периоперационная АГ

Большие экстракардиальные операции

Чрезмерные реакции на упражнения и стресс

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Применение ББ.

Другие состояния, когда терапия бета адреноблокаторами м.б. предпочтительна (продолжение):

Гиперкинетический синдром кровообращения

Синдром постуральной ортостатической тахикардии

Ортостатическая гипертензия

Обструктивное сонное апноэ

Заболевания периферических артерий, перемежающая хромота

ХОБЛ

Портальная гипертензия; варикозное расширение вен пищевода, ассоциированное с циррозом и рецидивирующие кровотечения

Глаукома

Тиреотоксикоз, гипертиреозидизм

Гиперпаратиреозидизм при уремии

Мигрень

Эссенциальный тремор

Тревога и тревожные расстройства

Психические заболевания(посттравматический стресс)

Рекомендации ESH по АГ (2023).

АРНИ -первые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) были проведены у пациентов с АГ, но позже внимание переключилось на использование АРНИ в лечении СН. В настоящее время в большинстве стран препарат одобрен только для лечения СН, так как он показал лучшее влияние на исходы, чем лечение пациентов только иАПФ.

В недавнем метаанализе десяти исследований, которые включали 5931 пациента с АГ, сакубитрил-валсартан снижал офисное САД на 6,5 мм.рт.ст и ДАД на 3,3 мм.рт.ст по сравнению с плацебо. 24-часовое САД снижалось на 7,0 мм.рт.ст, а 24-часовое ДАД - на 3,2 мм.рт.ст.

АРНИ не одобрен для лечения артериальной гипертензии в Европе и в США, в то время как в Китае и Японии он одобрен и в качестве антигипертензивного средства

Препараты центрального действия в последние годы использовались реже, главным образом, из-за отсутствия доказательной базы в результатах РКИ в плане органопротекторного эффекта и/или их худшей переносимости по сравнению с основными классами лекарств.

Такие лекарственные средства как резерпин, альфа-метилдопа, клонидин, моксонидин, больше не рекомендуются для рутинного лечения артериальной гипертензии и, в первую очередь, предназначены для дополнительной терапии в редких случаях резистентной артериальной гипертензии, когда другие варианты лечения оказались неэффективными или при определенных состояниях, таких, как применение метилдопы во время беременности.

Стоит отметить, что недавнее исследование продемонстрировало значительный эффект клофелина по снижению АД при резистентной артериальной гипертензии, аналогичный эффекту спиронолактона.

Основная стратегия лекарственной терапии больных неосложненной АГ (2018 , 2023).



Комбинированная антигипертензивная терапия показана большинству пациентов с АГ в качестве стартовой терапии, предпочтительные комбинации должны включать блокатор РАС(ИАПФ или БРА) с БКК или диуретиком. Могут быть использованы и другие комбинации пяти основных классов антигипертензивных препаратов.

При отсутствии достижения целевых цифр АД рекомендуется перейти на комбинацию (желательно, также фиксированную) из трех АГП.

Больным с РАГ целесообразно добавление к лечению спиронолактона в низких дозах либо других диуретиков / других групп препаратов.

Рекомендации ESH по АГ (2021 - 2023).

Общие подходы к антигипертензивной терапии у больных АГ

■ Старт с двойной комбинированной терапии у большинства пациентов

Титрование до максимально переносимых доз и перевод на тройную комбинированную терапию при необходимости

Добавление при необходимости других препаратов

Дополнительные классы препаратов

- Стероидные АМКР
- Петлевые диуретики
- Альфа-блокаторы
- Вазодилататоры
- Препараты центрального действия

Специальные состояния

- АРНИ
- Ингибиторы натрий глюкозного ко-транспортера 2 типа
- Нестероидные АМКР

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Место фиксированных комбинаций при назначении антигипертензивной терапии

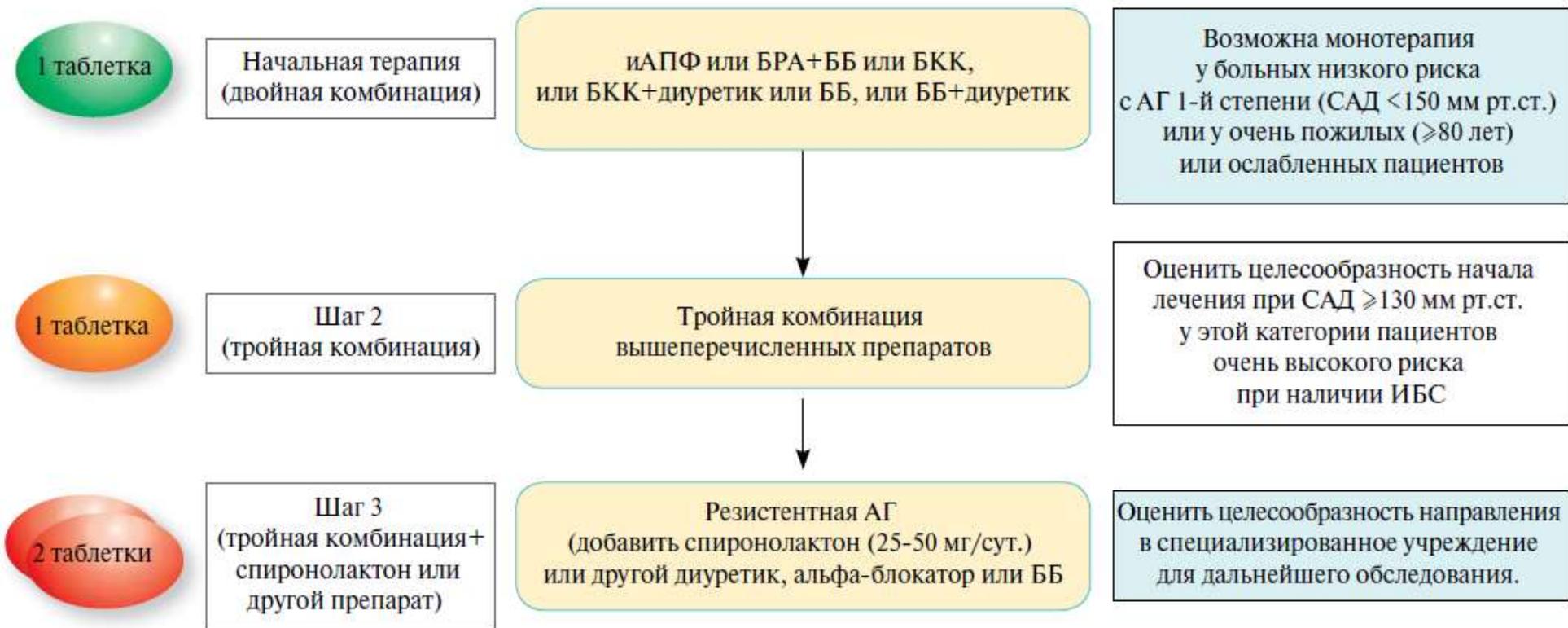
Позиция рекомендаций	Класс рекомендаций	Уровень доказат
Использование фиксированных комбинаций следует предпочесть на любом шаге лечения, то есть во время инициации терапии при назначении двух-компонентной терапии и на любом другом шаге лечения.	I	B

Вечерний прием антигипертензивных препаратов не имеет преимуществ перед утренним по влиянию на основные сердечно-сосудистые исходы

Прием препаратов в утренние часы ассоциируется с лучшей приверженностью – 1 раз в день.

Лечение артериальной гипертензии в отдельных клинических ситуациях (2021)

Стратегия лекарственной терапии при сочетании АГ и ИБС



Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ББ — бета-адреноблокатор, БРА — блокатор рецепторов ангиотензина, БКК — блокатор кальциевых каналов, иАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, ИБС — ишемическая болезнь сердца, САД — систолическое артериальное давление

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Выбор лекарственной терапии при сочетании АГ и ИБС

Шаг 1 : Стартовая терапия: ИАПФ или АРА 2 (при непереносимости ИАПФ) + БАБ

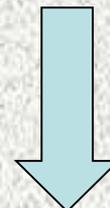
Шаг 2 :

При наличии стенокардии

Без стенокардии



+дигидропиридиновые АК



+дигидропиридиновые АК
или Т/ТП диуретики

Шаг 3: Добавить другие препараты- при резистентной АГ спиронолактон, либо другой диуретик, либо альфа-адреноблокатор либо др.

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Выбор лекарственной терапии при сочетании АГ и ИБС

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказат
Рекомендуется назначать препараты с документально подтвержденными благоприятными эффектами при ИБС, такие, как ИАПФ(БРА!! при непереносимости ИАПФ), или ББ	I	A
У пациентов с АГ и ИБС со стенокардией особенно полезны ББ, а также АК ДГП или АК недГП(без ХСН)	I	A
Снижение ЧСС до 60-80 ударов в минуту является дополнительной целью лечения, для чего можно назначать ББ или АК недГП (больным без ХСН)	I	B
ББ не следует назначать вместе с АК недГП(из-за риска побочных эффектов)	III	C
У больных с очень низкой чсс(<50 ударов в мин) ББ или АК недГП не следует назначать		

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Антиагрегантная терапия

Рекомендации	Класс рекоменд	Уровень доказат
Низкие дозы аспирина для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ не рекомендуются	III	A
Антиагрегантная терапия рекомендована для вторичной профилактики	I	A
Может быть рассмотрено применение политаблеток, содержащих низкие дозы аспирина для вторичной профилактики	II	A

Рекомендации ESH по АГ (2023). АГ у больных ХСН.

Уровень САД 120-130 мм рт ст у больных моложе 70 лет, в возрасте 70 лет и старше целевой уровень САД 130-139 мм рт ст. Каждый шаг терапии 2-4 недели до достижения целевого уровня АД (за 3 мес).

ИАПФ/АРНИ+БАБ+АМКР+иНГЛТ2
+диуретик(при симптомах задержки жидкости)

Шаг 1

АРНИ +БАБ+ АМКР+ иНГЛТ2+ диуретики

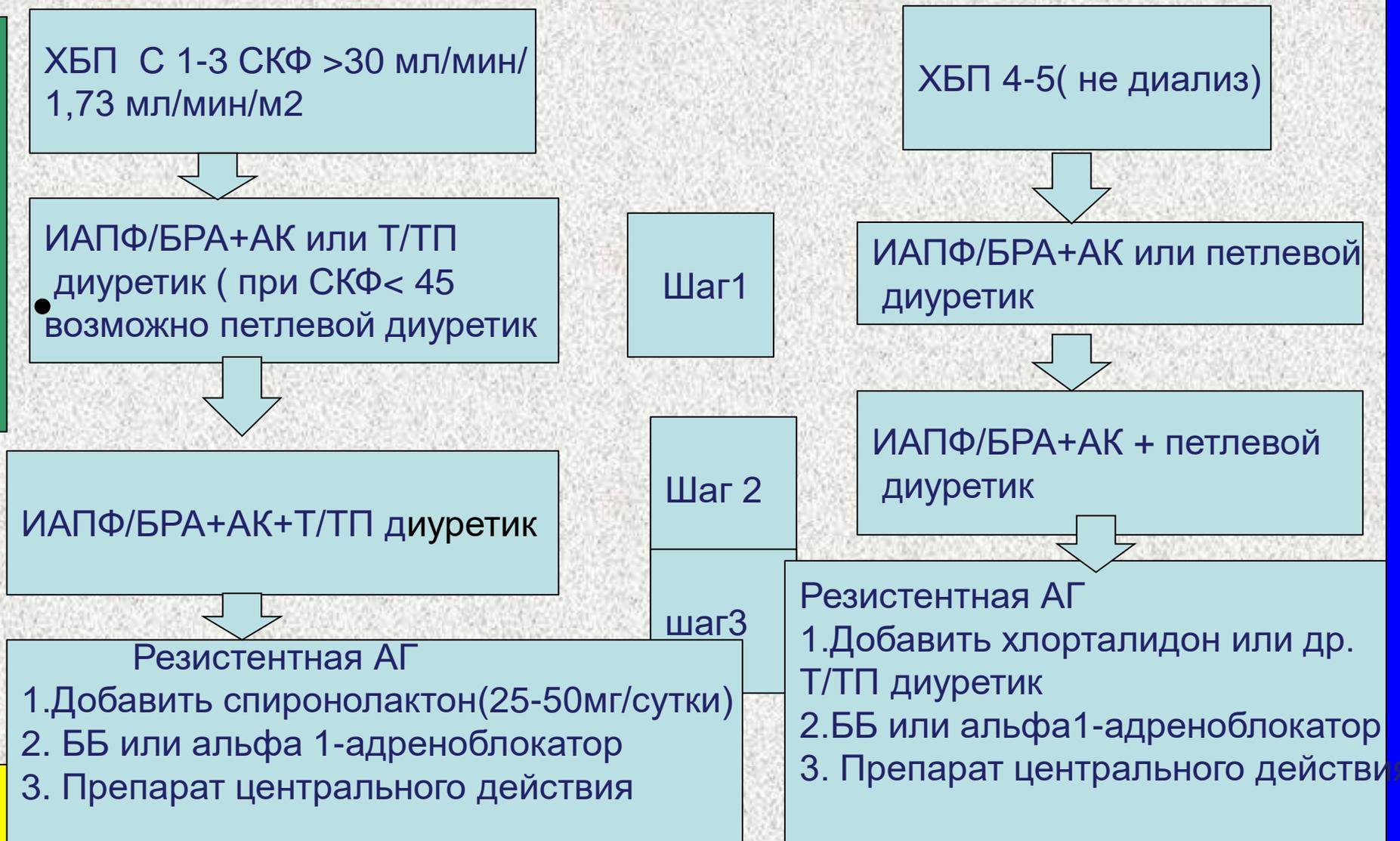
Шаг 2

По показаниям амлодипин для усиления антигипертензивной терапии, ингибиторы if-каналов, дигоксин

Не рекомендуется: недигидропиридиновые БКК, короткодействующие дигидропиридиновые БКК, тройная блокада РААС, тиазолидиндионы, НПВП, ингибиторы ЦОГ2, моксонидин, альфа-адреноблокаторы, антиаритмики 1 кл

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Лечение АГ при ХБП



Рекомендации ESH по АГ (2023). АГ у больных с наличием ФП.



Все препараты необходимо титровать до полной дозировки при переносимости

Рекомендации ESH по АГ (2023). АГ, ФП и прием антикоагулянтов

Рекомендации	Класс рекоменд	Уровень доказат
Профилактика инсульта с помощью пероральных антикоагулянтов должна рассматриваться у пациентов с ФП и артериальной гипертензией, даже если АГ является единственным дополнительным фактором риска (CHA ₂ DS ₂ -VASc равен 1 у мужчин и 2 у женщин).	II	B
<p>В идеале прием пероральных антикоагулянтов следует начинать, если САД ниже 160 мм рт.ст. Если САД составляет более 160 мм рт.ст., рекомендуется в приоритетном порядке снизить АД для уменьшения риска крупного кровотечения, включая внутричерепное кровоизлияние</p> <p>У пациентов с артериальной гипертензией и ФП, получающих пероральные антикоагулянты, рекомендуется тот же выбор препаратов и используются те же критерии эффективности терапии, что и в общей популяции.</p>	I	B
Недигидропиридиновые БКК (дилтиазем и верапамил), используемые для контроля частоты сердечных сокращений, следует применять с осторожностью, поскольку они могут взаимодействовать с пероральными антикоагулянтами,	III	B

Рекомендации ESH по АГ (2023).

Ренальная денервация

Рекомендации	Класс реко менд	Уровень доказат
<p>Денервация почечных артерий может быть рассмотрена в качестве возможного метода лечения у больных АГ и СКФ >40 мл/мин/1,73 м² при сохранении неконтролируемой АГ, несмотря на применение комбинированной лекарственной терапии или если терапия сопровождается серьезными побочными эффектами и низким качеством жизни.</p>	II	B
<p>Отбор пациентов на процедуру денервации должен осуществляться в рамках совместного принятия решения после получения объективной и точной информации о пациенте</p> <p>Денервацию почек следует проводить только в специализированных центрах, чтобы гарантировать надлежащий отбор пациентов и полноту процедуры денервации</p>	I	C

Новое в рекомендациях по АГ 2023

1. Расширение списка сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней, оценка их клинического значения у больных артериальной гипертензией, информация об оценке риска ССЗ
2. Диапазон целевого уровня систолического АД 140–120 мм рт.ст, и диастолического АД- 80-70 мм рт.ст. для большинства пациентов
3. Уточненные правила медикаментозного лечения :
 - Стартовая терапия — фиксированная(предпочтительно) комбинация из двух препаратов для большинства больных на любом этапе лечения
 - Титрование доз до максимально переносимых, при необходимости - тройная комбинация лекарственных средств.
 - Однократное назначение препаратов (предпочтительно в утренние часы)
 - При необходимости - добавление дополнительных классов препаратов

Новое в рекомендациях по АГ 2023

Выбор препаратов: предпочтительное использование блокаторов РАС, блокаторов кальциевых каналов и тиазидных/тиазидоподобных диуретиков и их различных комбинаций для контроля артериального давления.

Включение бета-блокаторов в число основных классов антигипертензивных препаратов и уточнение клинических состояний для их назначения.

Новое в лечении : обновленные рекомендации по лечению истинно резистентной АГ, включая ренальную денервацию.

Ренальная денервация может рассматриваться как дополнительный метод лечения у больных с резистентной АГ при скорости клубочковой фильтрации $40\text{ml}/\text{min}/1.73$ и выше

Ренальная денервация может рассматриваться также в случаях неэффективности комбинированной терапии или серьезных побочных эффектов при скорости клубочковой фильтрации $40\text{ml}/\text{min}/1.73$ и выше

Обновленные подходы в лечении больных АГ с сопутствующими заболеваниями, включая ИБС, ФП, ХСН, ХБП и др.



**Спасибо за
внимание!**