

# Лечение артериальной гипертензии в особых группах пациентов (рекомендации по лечению артериальной гипертензии 2013 года Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов)

**Е.И. Баранова**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Баранова Е.И. — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора института сердечно-сосудистых заболеваний по научной работе ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России.

**Контактная информация:** ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, ул. Льва Толстого, д. 6–8, Санкт-Петербург, Россия, 197022. Тел.: + 7 (812) 234–90–82. E-mail: eibaranova@yahoo.com (Баранова Елена Ивановна).

## Резюме

Статья представляет собой обзор рекомендаций 2013 года Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов, в котором содержатся основные положения о тактике ведения пациентов с артериальной гипертензией в особых группах пациентов — с особыми формами гипертензии («белого халата», маскированной) у женщин, лиц молодого и пожилого возраста, а также у пациентов с различной сопутствующей патологией.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, антигипертензивные препараты.

## Treatment strategies of arterial hypertension in special conditions (2013 European Society of Hypertension and European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension)

**E.I. Baranova**

The First St Petersburg Pavlov State Medical University, St Petersburg, Russia

**Corresponding author:** The First St Petersburg Pavlov State Medical University, 6–8 L. Tolstoy st., St Petersburg, Russia, 197022. Phone: + 7 (812) 234–90–82 (Elena I. Baranova, MD, PhD, Professor, the Deputy Director on the Research of the Institute of Cardiovascular Diseases).

## Abstract

This article reviews the 2013 European Society of Hypertension and European Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension, contains main aspects of the management of hypertension in special conditions: white-coat hypertension, masked hypertension, women, young adults and elderly, patients with concomitant diseases.

**Key words:** arterial hypertension, antihypertensive drugs.

*Статья поступила в редакцию: 06.12.13. и принята к печати: 20.12.13.*

**Введение**

В Европейских рекомендациях 2013 года, наряду с определением общих принципов ведения больных артериальной гипертензией (АГ), большое внимание отводится обсуждению особенностей тактики ведения пациентов, относящихся к особым группам. Больные АГ различаются по полу, возрасту, характеру АГ, наличию осложнений этого заболевания и сопутствующей патологии. Многие из этих факторов определяют особенности диагностики и ведения пациентов с АГ. В данной публикации обсуждаются наиболее значимые аспекты ведения больных АГ, которые необходимо учитывать практикующему врачу.

Основные положения данных рекомендаций сформулированы таким образом, что имеют указание на класс рекомендаций и уровень доказательности. Таблицы 1 и 2 содержат характеристику классов рекомендаций и уровень их доказательности.

Диуретики (тиазиды, хлорталидон и индапамид), бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и антагонисты рецепторов 1-го типа ангиотензина II — все эти классы препаратов подходят и рекомендованы для начального и под-

держивающего антигипертензивного лечения в виде монотерапии или в сочетании друг с другом (I, A) [1]. Некоторые классы препаратов предпочтительны в особых случаях, так как они испытаны в этих ситуациях в клинических исследованиях, или доказана их эффективность при определенных поражениях органов-мишеней (IIa, C) [1]. В таблице 3 содержатся сведения об антигипертензивных препаратах, которым следует отдавать предпочтение в определенных клинических ситуациях.

**АГ «белого халата»**

При АГ «белого халата» без дополнительных факторов риска терапевтические воздействия должны быть ограничены лишь коррекцией факторов риска, но при этом необходимо тщательное наблюдение (IIa, C) [1]. Это положение рекомендаций базируется на том, что отсутствуют клинические исследования по оценке влияния антигипертензивных препаратов на частоту сердечно-сосудистых событий, в том числе фатальных. Существует лишь углубленный анализ исследования Syst-Eur, в котором показано, что антигипертензивная терапия у лиц с АГ «белого халата» в меньшей степени, чем у пациентов с устойчивой АГ, снижает арте-

Таблица 1

**КЛАССЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

Класс рекомендаций	Определение	Использование рекомендаций
Класс I	Очевидность факта и/или общее мнение, что данный вид лечения или процедура полезны и эффективны	Рекомендован/показан
Класс II	Противоречивые данные/мнение о пользе/эффективности данного вида лечения или процедуры	
Класс IIa	Польза/эффективность метода более очевидна	Следует рассмотреть
Класс IIb	Польза/эффективность метода менее очевидна	Можно рассмотреть
Класс III	Очевидность или общее мнение, что данный вид лечения или процедура не полезны, не эффективны и даже могут быть вредны	Не рекомендуется

Таблица 2

**УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

Уровень доказательности А	Данные подтверждены в нескольких рандомизированных клинических исследованиях или метаанализах
Уровень доказательности В	Данные основаны на одном рандомизированном клиническом исследовании или на больших нерандомизированных исследованиях
Уровень доказательности С	Согласованное мнение экспертов и/или доказательства получены в небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, по данным регистров

**АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ  
В ОПРЕДЕЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ**

Клиническая ситуация	Препараты
<b>Бессимптомное поражение органов-мишеней</b>	
Гипертрофия левого желудочка	ИАПФ, БКК, АРА
Бессимптомный атеросклероз	БКК, ИАПФ
Микроальбуминурия	ИАПФ, АРА
Дисфункция почек	ИАПФ, АРА
<b>Ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания</b>	
Инсульт	Любой антигипертензивный препарат, эффективно снижающий АД
Инфаркт миокарда в анамнезе	ББ, ИАПФ, АРА
Стенокардия	ББ, БКК
Хроническая сердечная недостаточность	Диуретик, ББ, ИАПФ, АРА, антагонисты МКР
Аневризма аорты	ББ
Фибрилляция предсердий, предупреждение	АРА, ИАПФ, ББ или антагонисты МКР
Фибрилляция предсердий, контроль частоты сокращений желудочков	ББ, БКК (недигидропиридиновые)
Терминальная хроническая болезнь почек/протеинурия	ИАПФ, АРА
Заболевания периферических артерий	ИАПФ, БКК
<b>Другие</b>	
Изолированная систолическая артериальная гипертензия (пожилые)	Диуретик, БКК
Метаболический синдром	ИАПФ, АРА, БКК
Сахарный диабет	ИАПФ, АРА
Беременность	Метилдопа, ББ, БКК
Темнокожие	Диуретик, БКК

**Примечание:** ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БКК — блокаторы кальциевых каналов; АРА — антагонисты рецепторов 1-го типа ангиотензина II; АД — артериальное давление; ББ — бета-адреноблокаторы; МКР — минералокортикоидные рецепторы.

риальное давление (АД), сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Наблюдение за этими больными подразумевает периодическое мониторирование АД.

Вместе с тем нередко у пациентов с АГ «белого халата» имеются метаболические нарушения или признаки бессимптомного поражения органов-мишеней, наличие которых повышает сердечно-сосудистый риск. При АГ «белого халата» с высоким сердечно-сосудистым риском вследствие наличия метаболических нарушений или поражения органов-мишеней, наряду с модификацией образа жизни, следует рассмотреть возможность лекарственной терапии (IIb, C) [1].

**Маскированная АГ**

Маскированная АГ — разновидность АГ, при которой АД, измеренное врачом в поликлинике, нормальное, а измеренное дома или на работе выше нормы. Нередко такой вид АГ выявляется среди работающих в ночное время, с интенсивной

нагрузкой. При маскированной АГ следует иметь в виду как изменение образа жизни, так и антигипертензивную терапию, так как для этого типа АГ сердечно-сосудистый риск сопоставим с АГ, диагностируемой в офисе и вне его (IIa, C) [1]. Эффективность антигипертензивной терапии у больных маскированной АГ следует оценивать не только в поликлинике, но и в амбулаторных условиях.

**АГ у пожилых**

У больных пожилого возраста с исходным уровнем систолического АД (САД)  $\geq 160$  мм рт. ст. следует снижать САД до уровня от 140 до 150 мм рт. ст. (I, A) Доказательство эффективности и целесообразности снижения высокого АД у пациентов старше 80 лет было получено в исследовании HUNET. Вместе с тем у больных старше 80 лет с САД  $\geq 160$  мм рт. ст. рекомендовано снижать АД до 140-150 мм рт. ст. при условии, что они находятся в хорошей физической форме и не имеют тяжелых когнитивных нарушений (I, B). У пожилых боль-

ных моложе 80 лет, находящихся в хорошей форме, антигипертензивная терапия может быть рассмотрена при уровне САД  $\geq 140$  мм рт. ст. с целевым САД  $< 140$  мм рт. ст., если эта терапия хорошо переносится (IIb, C). У слабых пожилых больных решение о назначении антигипертензивной терапии следует принимать лечащему врачу, основываясь на мониторинговании клинических эффектов терапии (IIa, C). Следует продолжить антигипертензивную терапию пациентам и по достижении ими восьмидесятилетнего возраста, если они хорошо переносят лечение (IIa, C). Следовательно, рекомендации 2013 года содержат дифференцированный подход к целевому уровню АД в зависимости от возраста пациентов — у больных старше 80 лет целевой уровень АД выше, чем у более молодых пациентов. Целевой уровень АД определяется также исходным состоянием пациента и тем, как он переносит антигипертензивную терапию.

Все классы антигипертензивных препаратов рекомендованы и могут применяться у пожилых больных; вместе с тем диуретикам и блокаторам кальциевых каналов следует отдавать предпочтение при изолированной систолической АГ (I, A).

#### АГ у лиц молодого возраста

Молодым лицам с умеренно повышенным АД практически невозможно дать рекомендации, основанные на интервенционных исследованиях, так как исходы АГ у этих пациентов, как правило, отсрочены на многие годы. Наибольшее значение для этих пациентов имеет повышенное диастолическое АД (ДАД), от которого в большей степени, чем от уровня САД, зависит сердечно-сосудистая смертность. У молодых людей, имеющих сердечно-сосудистые факторы риска, даже при наличии изолированного повышения ДАД следует назначать лекарственную антигипертензивную терапию с целью достижения АД  $< 140/90$  мм рт. ст. Другая ситуация у молодых людей с изолированным повышением САД при нормальном уровне ДАД. У таких молодых людей следует измерить центральное САД и, если оно не повышено, то таким пациентам можно рекомендовать лишь изменение образа жизни [1].

#### АГ у женщин

В целом эффект основных классов антигипертензивных препаратов у женщин не отличается от эффективности у мужчин. Эти выводы основаны на том, что число женщин в рандомизированных клинических исследованиях больных АГ составляет 44 %, а анализ результатов в зависимости от пола пациентов не выявил гендерных отличий.

Вместе с тем существуют некоторые особенности ведения женщин с АГ. В частности, у женщин детородного возраста следует избегать применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов рецепторов 1-го типа ангиотензина II и прямых ингибиторов ренина (III, C). Известно, что препараты, блокирующие ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС), могут оказать тератогенное влияние на плод.

#### *Оральные контрацептивы и гормональная заместительная терапия*

Применение комбинированных оральных контрацептивов ассоциировано с небольшим, но статистически значимым повышением АД и с развитием АГ у 5 % женщин, использующих эту терапию. Современные препараты, содержащие низкие дозы эстрогенов и прогестины второго или третьего поколения, меньше влияют на уровень АД. Прекращение использования комбинированных оральных контрацептивов у женщин с АГ может улучшить контроль АД. Особенно осторожно следует использовать оральные контрацептивы у курящих женщин старше 35 лет.

Маловероятно, что гормональная заместительная терапия повышает АД у женщин с АГ в постменопаузе.

#### *Беременность*

Общепризнано, что при тяжелой АГ во время беременности (САД  $> 160$  мм рт. ст. или ДАД  $> 110$  мм рт. ст.) антигипертензивная терапия оправдана и полезна (I, C). При мягкой и умеренной АГ во время беременности ( $\leq 160/110$  мм рт. ст.) эффект антигипертензивной терапии неопределенный как при ранее существовавшей, так и при гестационной АГ. Антигипертензивная терапия в этой ситуации лишь предупреждает развитие тяжелой АГ. Несмотря на отсутствие убедительной доказательной базы, рекомендации 2013 года подтверждают, что антигипертензивная терапия показана беременным с АД  $\geq 140/90$  мм рт. ст. при следующих ситуациях: гестационная АГ, предшествующая АГ с присоединением гестационной АГ, АГ с бессимптомным поражением органов-мишеней или с симптомами АГ в любой период беременности (IIb, C). Также лекарственная терапия может быть использована у беременных с устойчивым повышением АД  $\geq 150/95$  мм рт. ст. (IIb, C).

По-прежнему во время беременности рекомендуется применять следующие антигипертензивные препараты: метилдопа, лабеталол и нифедипин (единственный блокатор кальциевых каналов, который испытан при беременности)

(IIa, B). Бета-адреноблокаторы (в ранние сроки беременности могут вызывать задержку развития плода) и диуретики (вызывают снижение объема плазмы) следует применять с осторожностью. Все препараты, блокирующие РААС (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина, ингибиторы ренина), беременным абсолютно противопоказаны. В неотложных ситуациях (преэклампсия) препараты выбора для внутривенного введения — лабеталол, нитропруссид натрия или нитроглицерин (IIa, B). Рекомендации подчеркивают, что повышение АД во время беременности повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в будущем.

### АГ у больных сахарным диабетом

АГ часто встречается у больных сахарным диабетом (СД) 1-го и 2-го типов и нередко носит маскированный характер. Для выявления АГ у нормотензивных больных СД целесообразно проводить мониторинг АД в течение 24 часов. Антигипертензивная терапия строго обязательна для всех пациентов с СД и САД  $\geq 160$  мм рт. ст. и настоятельно рекомендована больным СД и САД  $\geq 140$  мм рт. ст. (I, A).

Целевой уровень САД, рекомендованный больным СД —  $< 140$  мм рт. ст., а ДАД —  $< 85$  мм рт. ст. (I, A). При этом в ряде клинических исследований показано, что оптимальный диапазон САД при СД — 130–139 мм рт. ст. (желательно ближе к нижней границе значения), а ДАД — 80–85 мм рт. ст.

Выбор антигипертензивных препаратов у больных СД должен основываться на их эффективности и переносимости. Все классы антигипертензивных препаратов рекомендованы и могут быть использованы у пациентов с СД; блокаторы РААС (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина) могут быть предпочтительны, особенно при наличии протеинурии и микроальбуминурии (I, A). Вместе с тем сочетанного применения препаратов, блокирующих РААС, следует избегать у больных высокого риска (показано в исследованиях ALTITUDE, ONTARGET) (III, B). Выбор антигипертензивных препаратов у больных СД следует производить с учетом сопутствующей патологии. У больных СД АД сложно контролировать, поэтому большинству таких пациентов необходима комбинированная антигипертензивная терапия. Целесообразно применять тиазидовые или тиазидоподобные диуретики в сочетании с блокаторами РААС. Блокаторы кальциевых каналов также полезны в комбинации с блокаторами РААС. Бета-адреноблокаторы, не-

смотря на негативное влияние на инсулинорезистентность, у больных СД полезны для контроля АД, особенно если АГ сочетается с ишемической болезнью сердца или хронической сердечной недостаточностью.

### АГ при метаболическом синдроме

Повышение АД — частый, но не обязательный компонент метаболического синдрома (МС). Сочетание АД с метаболическими нарушениями (дислипидемия, гипергликемия, инсулинорезистентность) повышает сердечно-сосудистый риск. Изменение образа жизни, особенно снижение веса и физическая активность должны быть рекомендованы всем пациентам с МС. Эти воздействия не только способствуют снижению АД и коррекции других компонентов МС, но могут отсрочить развитие СД (I, B).

Поскольку МС можно рассматривать как состояние предиабета, антигипертензивные препараты, улучшающие или, по крайней мере, не ухудшающие чувствительность тканей к инсулину, такие как блокаторы РААС и антагонисты кальция должны рассматриваться как предпочтительные препараты. Бета-адреноблокаторы (за исключением бета-блокаторов с сосудорасширяющими свойствами) и диуретики следует применять только как дополнительные препараты, предпочтительно в комбинации с калийсберегающими препаратами (IIa, C).

Рекомендовано назначение антигипертензивных препаратов у пациентов с АГ и метаболическими нарушениями при сохранении АД  $\geq 140/90$  мм рт. ст. на фоне коррекции образа жизни. Следует поддерживать АД на уровне  $< 140/90$  мм рт. ст. (I, B). Антигипертензивная терапия не рекомендована пациентам с МС и высоким нормальным АД (III, A).

### Диабетическая и недиабетическая нефропатия

В обсервационных исследованиях доказано, что между АД и прогрессированием хронической болезни почек, развитием терминальной почечной недостаточности существует прямая линейная зависимость.

У пациентов с нефропатией следует снижать САД до уровня  $< 140$  мм рт. ст. (IIa, B). При наличии явной протеинурии целесообразно снижать САД до уровня  $< 130$  мм рт. ст. при условии мониторинга изменений скорости клубочковой фильтрации (IIb, B). Препараты, блокирующие РААС, более эффективно снижают альбуминурию, чем другие антигипертензивные препараты, и показаны пациентам с АГ и микро- или макроальбуминурией (I, A). Для достижения целевого уровня АД обычно требуется

сочетать препараты, блокирующие РААС, с другими антигипертензивными средствами (I, A).

У больных нефропатией следует избегать сочетанного применения двух препаратов, блокирующих РААС (III, A), и антагонистов альдостерона в сочетании с блокатором РААС (III, C).

### Цереброваскулярные заболевания

#### Инсульт

Нужно ли корригировать АД у больных в острой фазе инсульта — открытый вопрос. Современные рекомендации не советуют использовать гипотензивные препараты в первые 7 дней после инсульта независимо от уровня АД. Вместе с тем в случае очень высокого САД следует ориентироваться на мнение врача (III, B).

Антигипертензивная терапия рекомендована больным АГ с инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе даже при исходном уровне САД в диапазоне 140–159 мм рт. ст. (I, B). У таких пациентов (за исключением больных пожилого возраста) следует снижать АД до целевого уровня < 140 мм рт. ст.

Все классы антигипертензивных препаратов рекомендованы для предупреждения инсульта при условии эффективного снижения АД (I, A).

### Заболевания сердца

АГ — один из важнейших факторов риска развития ишемической болезни сердца. У таких пациентов необходимо учитывать наличие феномена J-кривой, означающего, что не только высокое, но и низкое АД ухудшает прогноз у больных АГ с обструкцией коронарных артерий. У больных АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца целевой уровень САД — менее 140 мм рт. ст. (IIa, B).

Больным АГ с недавно перенесенным инфарктом миокарда рекомендованы бета-блокаторы. В случае других форм ишемической болезни сердца могут использоваться любые классы антигипертензивных препаратов, но бета-блокаторы и антагонисты кальция предпочтительны, так как они оказывают и антиангинальное действие (I, A).

Диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина и/или антагонисты минералкортикоидных рецепторов рекомендованы больным хронической сердечной недостаточностью или выраженной дисфункцией левого желудочка для уменьшения смертности и повторных госпитализаций (I, A).

У пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохранной фракцией выброса нет доказательств эффекта или преимуществ какого-

либо класса антигипертензивной терапии. Тем не менее у этих больных и у пациентов с АГ и систолической дисфункцией следует иметь в виду терапию, снижающую САД до уровня 140 мм рт. ст. Лечение следует проводить для облегчения симптомов: применять диуретики — для уменьшения проявлений застойной сердечной недостаточности, бета-блокаторы — для снижения выраженности тахикардии и так далее (IIa, C).

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина (а также бета-блокаторы и антагонисты минералкортикоидных рецепторов при наличии признаков хронической сердечной недостаточности) следует иметь в виду в качестве антигипертензивных препаратов у больных с риском развития или рецидива фибрилляции предсердий (IIa, C).

Рекомендации постулируют, что все пациенты с гипертрофией левого желудочка должны получать антигипертензивные препараты (I, B).

У пациентов с гипертрофией левого желудочка лечение должно начинаться с одного из препаратов, эффект которого по снижению гипертрофии левого желудочка доказан (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина и блокаторы кальциевых каналов) (IIa, B).

### Атеросклероз, заболевания периферических артерий

В рекомендациях по АГ Европейского общества по АГ и Европейского общества кардиологов (2007) подчеркивалось, что прогрессирование атеросклероза сонных артерий может быть замедлено на фоне снижения высокого АД. При лечении АГ у больных с атеросклерозом сонных артерий следует отдавать предпочтение блокаторам кальциевых каналов и ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента, так как именно эти препараты эффективнее предупреждают прогрессирование атеросклероза, чем диуретики и бета-блокаторы (IIa, B).

У больных АГ скорость распространения пульсовой волны выше нормы вследствие повышенной жесткости артерий. Этот показатель в рекомендациях 2014 года отнесен к числу признаков, характеризующих поражение органов-мишеней. У больных АГ, у которых скорость распространения пульсовой волны превышает 10 м/сек, могут рассматриваться все классы антигипертензивных препаратов, если они позволяют удерживать стабильный целевой уровень АД < 140/90 мм рт. ст. (IIa, B).

У пациентов с заболеваниями периферических артерий атеросклеротического генеза выбор антигипертензивного препарата менее важен, чем контроль

АД. Антигипертензивная терапия рекомендована пациентам с АГ и заболеваниями периферических артерий атеросклеротического генеза для достижения целевого АД < 140/90 мм рт. ст., так как для них характерен высокий риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и сердечно-сосудистой смертности (I, A).

Бета-адреноблокаторы могут ухудшать симптомы перемежающейся хромоты у пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей. Однако, если у пациента имеется незначительная или умеренная ишемия нижних конечностей, то бета-блокаторы могут не ухудшить симптоматику ишемии конечностей. Рекомендации советуют применять бета-блокаторы у пациентов с АГ и заболеваниями периферических артерий атеросклеротического генеза с осторожностью, при условии тщательного наблюдения и в случае отсутствия негативного влияния на симптомы поражения периферических артерий (IIb, A).

Стеноз почечных артерий чаще встречается у больных АГ в сочетании с атеросклеротическим поражением других периферических артерий (сонных артерий, артерий нижних конечностей). У пациентов с резистентной АГ следует помнить, что данная гипертензия может быть реноваскулярного генеза.

**Конфликт интересов.** Автор заявил об отсутствии потенциального конфликта интересов.

#### Литература

1. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. — 2013. — Vol. 34, № 28. — P. 2159–2219.