

І.А. Свінцицький
Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Резюме

У статті проаналізовано нову настанову Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією (2013), зроблено акцент на основних її нововведеннях та окреслено низку питань для подальших досліджень.

Ключові слова

Артеріальна гіпертензія, діагностика, лікування, настанова, Європейське товариство гіпертензії, Європейське товариство кардіологів.

У XXI столітті артеріальна гіпертензія (АГ) залишається великою медико-соціальною проблемою, яка привертає до себе увагу інтерністів у багатьох країнах. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає її як «провідний глобальний ризик підвищення смертності від серцево-судинних захворювань у всьому світі» [5].

Про масштабність проблеми свідчить і той факт, що у 2013 році Всесвітній день здоров'я був присвячений питанням профілактики, виявлення та лікування АГ і пройшов під девізом «Слідкуйте за своїм артеріальним тиском (АТ) — скоротіть ризик розвитку інфаркту та інсульту».

Чинники способу життя, недостатня обізнаність пацієнтів і лікарів, невпевненість із приводу початку лікування, а значить запізніле втручання, несвоєчасне коригування фармакотерапії є причинами постійно зростаючої кількості осіб з АГ.

За даними ВООЗ, підвищений АТ на сьогодні мають 1,5 млрд людей, зокрема 30-45% європейського населення [6], а в Україні у 2012 році зареєстровано близько 12 млн осіб із АГ [1, 3].

Враховуючи усе вищезазначене, можна з упевненістю говорити й про те, що завдання боротьби з АГ перестало бути суто кардіологічним і набуло міждисциплінарного характеру. Лише комплексний підхід до вирішення цієї проблеми та її наслідків може з часом призвести до поліпшення показників стану здоров'я населення, що вимагає чіткої послідовності та координації дій фахівців із надання медичної допомоги виключно на засадах доказової медицини [1].

Здійснення заходів щодо профілактики та лікування АГ на загальнодержавному рівні матиме відчутні наслідки щодо збільшення тривалості життя людей і зменшення економічних втрат,

пов'язаних з інвалідністю та тимчасовою втратою працездатності [3].

Зважаючи на це, в Україні в минулому році затверджені та впроваджені медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при АГ: адаптована клінічна настанова «Артеріальна гіпертензія» і розроблений на її основі уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», що є джерелами доказової інформації щодо діагностики та лікування цієї категорії пацієнтів, а також почата реалізація пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для терапії осіб з АГ [3].

У червні 2013 року з метою зниження асоційованих з АГ показників захворюваності та смертності була опублікована нова настанова Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH) та Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology – ESC) щодо ведення хворих з АГ. Вона пропонує практикуючим лікарям вибір ефективних підходів до лікування пацієнтів з урахуванням їхніх індивідуальних характеристик [2, 6].

Визначення. АГ – це стійке підвищення систолічного артеріального тиску (АТ) – САТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічного АТ (ДАТ) ≥ 90 мм рт. ст., яке підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (2-3 рази в різні дні протягом 4 тижнів) [1].

Класифікація АГ. Згідно з настановою ESH/ESC (2013), виділяють кілька рівнів АТ (табл. 1) [6].

Серцево-судинний ризик (ССР) та його оцінка у хворих з АГ відіграє важливу роль. Під ним розуміють той ризик ускладнень, який має даний пацієнт внаслідок підвищення АТ і наявності супутніх

Таблиця 1. Класифікація АГ за рівнем АТ (ESH/ESC, 2013)

Категорії	САТ (мм рт.ст.)	ДАТ (мм рт.ст.)
Оптимальний	<120	та <80
Нормальний	120-129	та/або 80-84
Високий нормальний	130-139	та/або 85-89
АГ 1 ступеню	140-159	та/або 90-99
АГ 2 ступеню	160-179	та/або 100-109
АГ 3 ступеню	≥180	та/або ≥110
Ізольована систолічна АГ	≥140	та <90

серцево-судинних захворювань (ССЗ), ураження органів-мішеней та основних чинників ризику (ЧР), наведених у табл. 2 [1, 6].

Виділяють декілька груп ризику (табл. 3) [6].

Діагностика

Офісне вимірювання АТ залишається «золотим» стандартом для скринінгового виявлення АГ.

Правила вимірювання офісного АТ (ESH/ESC, 2013) [6]:

- пацієнт повинен знаходитися в положенні сидячи, попередньо відпочивши 3-5 хв;
- вимірювання проводиться принаймні двічі з інтервалом у 1-2 хв, а також додатково, якщо показники перших двох разів відрізняються;

- у пацієнтів з аритміями, наприклад, з фібриляцією передсердь, необхідно зробити повторні вимірювання АТ для підвищення їх точності;
- слід використовувати стандартну манжету (12-13 см у ширину та 35 см у довжину), а також при собі мати манжети для осіб з великими або малими руками;
- потрібно утримувати манжету на рівні серця пацієнта;
- при аускультативному методі визначають I фазу (появу) і V фазу (зникнення) тонів Короткова, які відповідають САТ і ДАТ;
- необхідно проводити вимірювання на обох руках і у випадку наявності різниці брати до уваги більш високий рівень АТ;
- в осіб похилого віку та хворих на цукровий діабет (ЦД) рекомендується визначати АТ при переході у вертикальне положення на 1 і 3 хв з метою виявлення ортостатичної гіпотензії;
- необхідно вимірювати частоту серцевих скорочень пальпаторно (принаймні протягом 30 с) після другого вимірювання АТ в положенні пацієнта сидячи.

До одного з важливих нових аспектів настанови ESH/ESC (2013) слід віднести підвищення ролі добового моніторингу АТ (ДМАТ) у діагностиці АГ (табл. 4).

Таблиця 2. Чинники, що впливають на оцінку ризику при АГ (ESH/ESC, 2013)

Чинники ризику:	<ul style="list-style-type: none"> • чоловіча стать; • вік: ≥55 років (у чоловіків), ≥65 років (у жінок); • паління; • дисліпідемія: <ul style="list-style-type: none"> - загальний холестерин: >4,9 ммоль/л (190 мг/дл) та/або - ліпопротеїди низької щільності: >3,0 ммоль/л (115 мг/дл), та/або - ліпопротеїди високої щільності: <1,0 ммоль/л (40 мг/дл) (у чоловіків), <1,2 ммоль/л (46 мг/дл) (у жінок), та/або - тригліцериди: >1,7 ммоль/л (150 мг/дл); • глюкоза плазми натще: 5,6-6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл); • порушення толерантності до глюкози; • ожиріння (індекс маси тіла: ≥30 кг/м²); • абдомінальне ожиріння (окружність талії: ≥102 см (у чоловіків); ≥88 см (у жінок)); • передчасні ССЗ у сім'ї: у віці <55 років (у чоловіків); у віці <65 років (у жінок).
Безсимптомні ураження органів-мішеней:	<ul style="list-style-type: none"> • пульсовий тиск (в осіб похилого віку): ≥60 мм рт.ст.; • електрокардіографічні ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (індекс Соколова-Лайона: >3,5 мВ; RaVL: >1,1 мВ; індекс Корнелла: >244 мВ*мс); • ехокардіографічні ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (індекс маси міокарда лівого шлуночка: >115 г/м² (у чоловіків); >95 г/м² (у жінок)); • товщина комплексу інтима-медіа сонних артерій: >0,9 мм, наявність бляшки; • сонно-стегнове відношення швидкості пульсової хвилі: >10 м/с; • кістково-плечовий індекс: <0,9; • хронічна хвороба нирок зі швидкістю клубочкової фільтрації 30-60 мл/хв/1,73 м²; • мікроальбумінурія: 30-300 мг/добу; співвідношення «альбумін/креатинін»: 3,4-34 мг/ммоль (переважно в ранковій порції сечі).
Цукровий діабет:	<ul style="list-style-type: none"> • глюкоза плазми натще: ≥7,0 ммоль/л (126 мг/дл) при двох повторних вимірюваннях та/або • HbA_{1c} > 7%, та/або • глюкоза плазми крові після навантаження: >11,0 ммоль/л (198 мг/дл).
ССЗ або хвороби нирок:	<ul style="list-style-type: none"> • цереброваскулярні захворювання: ішемічний або геморагічний інсульт, транзиторна ішемічна атака; • ішемічна хвороба серця: інфаркт міокарда, стенокардія, реваскуляризація міокарда (стентування або аорто-коронарне шунтування); • серцева недостатність, зокрема зі збереженою фракцією викиду; • клінічні прояви захворювань периферійних артерій нижніх кінцівок; • хронічна хвороба нирок з швидкістю клубочкової фільтрації <30 мл/хв/1,73 м²; • протеїнурія: >300 мг/добу; • ретинопатія: крововиливи або ексудати, набряк диска зорового нерва.

Таблиця 3. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у хворих із АГ (ESH/ESC, 2013)

Ознаки	САТ/ДАТ, мм рт.ст.			
	130-139/85-89	140-159/90-99	160-179/100-109	≥180/110
Немає ЧР	-	низький	помірний	високий
1-2 ЧР	низький	помірний	помірний, високий	високий
≥3 ЧР	низький, помірний	помірний, високий	високий	високий
Ураження органів-мішеней, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок 3 стадії	помірний, високий	високий	високий	високий, дуже високий
Симптомні ССЗ, хронічна хвороба нирок 4-5 стадії, цукровий діабет із ЧР або ураженням органів-мішеней	дуже високий	дуже високий	дуже високий	дуже високий

Таблиця 4. Діагностика АГ при різних умовах вимірювання (ESH/ESC, 2013)

Умови вимірювання	САТ (мм рт.ст.)		ДАТ (мм рт.ст.)
У клінічних умовах (офісний АТ)	≥140	та/або	≥90
Амбулаторний моніторинг:			
• середньоденний АТ	≥135	та/або	≥85
• середьнонічний АТ	≥120	та/або	≥70
• середньодобовий АТ	≥130	та/або	≥80
Самовимірювання в домашніх умовах	≥135	та/або	≥85

Загальні клінічні показання до проведення ДМАТ або домашнього вимірювання АТ (ESH/ESC, 2013) [6]:

- підозра на гіпертензію білого халата (АГ 1 ступеня при офісному вимірюванні, високий АТ при відсутності ураження органів-мішеней і низькому загальному ССР);
- підозра на масковану (приховану) гіпертензію (високий нормальний АТ при офісному вимірюванні, нормальний АТ за наявності уражень органів-мішеней або при високому загальному ССР);
- визначення ефекту білого халата в пацієнтів з АГ;
- значна варіабельність офісного АТ при одному й тому ж або різних клінічних візитах;
- ортостатична, постпрандіальна, медикаментозна гіпотензія;
- підвищений офісний АТ або підозра на пре-еклампсію у вагітних;
- визначення істинної резистентності або псевдорезистентності.

Специфічні показання до проведення ДМАТ (ESH/ESC, 2013) [6]:

- значна різниця в рівнях АТ при офісному й домашньому вимірюваннях;
- оцінка зниження АТ у нічний час;
- підозра на нічну АГ або відсутність зниження АТ вночі, зокрема у хворих із сонним апное, хронічною хворобою нирок (ХХН), ЦД;
- оцінка варіабельності АТ.

Головна перевага вимірювання АТ поза кабінетом лікаря полягає в тому, що воно забезпечує велику кількість вимірювань у звичному для пацієнта середовищі. Отримані значення АТ більш тісно корелюють з ураженням органів-мішеней і серцево-

судинними подіями, ніж рівень офісного АТ. При стратифікації ризику варто враховувати результати як офісного вимірювання, так і ДМАТ, тому що вони вказують на різні характеристики АТ і повинні розглядатися як взаємодоповнюючі показники [2].

У пацієнтів з АГ необхідно детально збирати анамнез та проводити фізикальне обстеження й лабораторно-інструментальні дослідження для верифікації діагнозу, виявлення вторинної гіпертензії, ЧР, уражень органів-мішеней, супутніх захворювань і спадкової схильності (табл. 5) [6].

Особливості збору сімейного та клінічного анамнезу (ESH/ESC, 2013) [6]:

1. Тривалість і попередні рівні підвищеного АТ, включаючи вимірювання вдома.
2. Вказівки на вторинну гіпертензію:
 - обтяжений сімейний анамнез щодо ХХН (полікістоз нирок);
 - ниркові хвороби, інфекція сечовивідних шляхів, гематурія, зловживання анальгетиками (паренхіматозне захворювання нирок);
 - прийом медикаментів: пероральні контрацептиви, лакриця, карбенексолон, носові краплі, кокаїн, амфетаміни, глюко- і мінералокортикостероїди, нестероїдні протизапальні препарати, еритропоетин, циклоспорин;
 - епізоди потіння, головного болю, тривожності, серцебиття (феохромоцитом);
 - епізоди м'язової слабкості й тетанії (альдостеронізм);
 - симптоми, що вказують на захворювання щитоподібної залози.
3. Чинники ризику:
 - обтяжений сімейний та особистий анамнез щодо АГ і ССЗ;
 - обтяжений сімейний та особистий анамнез щодо дисліпідемії;
 - обтяжений сімейний та особистий анамнез щодо ЦД (лікарські засоби, рівень глюкози крові, поліурія);
 - паління тютюну;
 - дієтичні звички;
 - нещодавні зміни ваги, ожиріння;
 - рівень фізичної активності;
 - хропіння; сонне апное (цю інформацію необхідно дізнаватися також у партнера);
 - низька вага при народженні.

4. Симптоми ураження органів-мішеней і ССЗ:
- головний мозок та очі: головний біль, запаморочення, розлади зору, транзиторні ішемічні атаки (ТІА), чутливий і моторний дефіцити, інсульт, каротидна ревазуляризація;
 - серце: біль у грудній клітці, утруднене дихання, набряки, інфаркт міокарда, ревазуляризації, непритомність, серцебиття, аритмії, особливо фібриляція передсердь;
 - нирки: спрага, поліурія, ніктурія, гематурія;
 - периферійні артерії: похолодання кінцівок, переміжна кульгавість, дистанція безболісної ходьби, периферійні ревазуляризації;
 - анамнез щодо хропіння / хронічних захворювань легень / сонного апное;
 - когнітивна дисфункція.
5. Антигіпертензивна терапія:
- поточний прийом антигіпертензивних препаратів;
 - попередні режими антигіпертензивної терапії;
 - наявність або відсутність прихильності до лікування;
 - ефективність і побічні ефекти антигіпертензивних препаратів.

Лабораторно-інструментальні дослідження (ESH/ESC, 2013) [6]:

1. Обов'язкові:
- гемоглобін та/або гематокрит;
 - глюкоза плазми натще;
 - загальний холестерин, ліпопротеїди низької та високої щільності сироватки;
 - тригліцериди сироватки натще;

- калій і натрій сироватки;
 - сечова кислота сироватки;
 - креатинін сироватки (із розрахунком швидкості клубочкової фільтрації);
 - аналіз сечі (мікроскопічне дослідження; оцінка протеїнурії із використанням тест-смужок і мікроальбумінурії);
 - електрокардіографія (ЕКГ).
2. Рекомендовані дослідження:
- HbA_{1c} (якщо рівень глюкози плазми крові натще становить понад 5,6 ммоль/л (102 мг/дл) або підтверджена наявність ЦД);
 - кількісна протеїнурія (якщо тест-смужка є позитивною), концентрація в сечі калію й натрію та їх відношення;
 - домашнє вимірювання АТ і ДМАТ;
 - ехокардіографія (ЕхоКГ);
 - Холтерівський моніторинг ЕКГ (при наявності аритмій);
 - ультразвукове дослідження (УЗД) сонних артерій;
 - УЗД периферійних артерій/абдомінальної ділянки;
 - вимірювання швидкості пульсової хвилі;
 - кісточно-плечовий індекс;
 - офтальмоскопія.
3. Розширені дослідження (проводяться вузькими спеціалістами):
- пошук уражень головного мозку, серця, нирок і судин; обов'язковий при резистентній та ускладненій гіпертензії;
 - пошук вторинної гіпертензії; при підозрі за даними анамнезу, фізикального обстеження та обов'язкових досліджень.

Таблиця 5. Діагностика безсимптомного ураження органів-мішеней, ССЗ і хвороб нирок (ESH/ESC, 2013)

Органи-мішені	Рекомендації
Серце:	<ul style="list-style-type: none"> • реєстрація ЕКГ рекомендується всім хворим з АГ для виявлення гіпертрофії лівого шлуночка, дилатації лівого передсердя, порушень ритму або супутніх ССЗ; • у всіх пацієнтів з анамнезом або підозрою після фізикального обстеження на наявність серйозних аритмій варто проводити тривалий моніторинг ЕКГ, а при підозрі на наявність аритмій, індукованих фізичними навантаженнями, – стрес-ЕКГ; • ЕхоКГ може використовуватися для уточнення ССР та підтвердження гіпертрофії лівого шлуночка, порушень ритму та супутніх ССЗ; • при підозрі на ішемію міокарда рекомендовано проведення стрес-тесту (стрес-ЕхоКГ, магнітно-резонансна томографія або сцинтиграфія з навантаженням).
Судини:	<ul style="list-style-type: none"> • УЗД сонних артерій виконується для виявлення гіпертрофії судин або безсимптомного атеросклерозу, особливо в осіб похилого віку; • визначення сонно-стегнового відношення швидкості пульсової хвилі рекомендовано для оцінки жорсткості великих артерій; • визначення кісточно-плечового індексу використовується для виявлення захворювань периферійних судин.
Нирки:	<ul style="list-style-type: none"> • визначення креатиніну плазми з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації рекомендовано всім пацієнтам з АГ; • визначення протеїнурії проводиться всім хворим із АГ із використанням тест-смужок; • визначення мікроальбумінурії виконується всім особам із АГ у ранковій порції сечі для оцінки ураження нирок.
Очне дно:	<ul style="list-style-type: none"> • дослідження сітківки може проводитися хворим із погано контрольованою або резистентною АГ для виявлення геморагій, ексудатів або набряку зорового нерва, пов'язаних із високим ССР, • дослідження сітківки не виконується пацієнтам із легкою та помірною АГ без ЦД, за винятком молодих осіб.
Головний мозок:	<ul style="list-style-type: none"> • при наявності когнітивних порушень у хворих з АГ рекомендовано проведення магнітно-резонансної томографії головного мозку з метою виявлення німих або лакунарних інсультів й ураження білої речовини мозку.

Особлива увага в настанові приділена питанням **немедикаментозного лікування**.

Основні рекомендації з модифікації способу життя (ESH/ESC, 2013) [6]:

- зменшення споживання солі до 5-6 г/добу, що супроводжується зниженням АТ на 1-2 мм рт.ст. в осіб із нормальним АТ і на 4-5 мм рт.ст. у хворих із АГ;
- обмеження вживання алкоголю: не більше 20-30 г/добу етанолу (для чоловіків) і 10-20 г/добу (для жінок);
- включення до раціону більшої кількості фруктів та овочів, а також виключення з нього продуктів із високим вмістом жирів;
- досягнення значень індексу маси тіла (ІМТ) <25 кг/м² і окружності талії <102 см (у чоловіків) і <88 см (у жінок), оскільки зменшення ваги на 5 кг призводить до зниження САТ на 4 мм рт.ст.;
- виконання регулярних аеробних фізичних навантажень (не менше 30 хв 5-7 днів на тиждень), що призводить до зниження САТ у пацієнтів із АГ на 7 мм рт.ст.;
- припинення паління.

У хворих із низьким і помірним ССР спроби нормалізації АТ за допомогою корекції способу життя можуть тривати протягом декількох місяців, тоді як у пацієнтів із високим ССР неефективність подібних заходів протягом декількох тижнів повинна стати приводом для призначення **медикаментозної терапії**.

Сьогодні в арсеналі лікаря є широкий вибір ефективних препаратів для лікування АГ. Головним сприятливим аспектом терапії є зниження АТ незалежно від того, яким лікарським засобом або нефармакологічним методом воно досягнуто.

Особливості початку антигіпертензивної терапії (ESH/ESC, 2013) [6]:

- перехід до медикаментозного лікування рекомендується особам з АГ 2 і 3 ступенів із будь-яким рівнем ССР через кілька тижнів після або одночасно з початком корекції способу життя;
- фармакотерапія в пацієнтів із АГ 1 ступеня проводиться при високому рівні ССР із наявністю ознак ураження органів-мішеней, ЦД, ХХН і клінічних проявів ССЗ;
- медикаментозне лікування розпочинається в осіб з АГ 1 ступеня також у випадку низького або помірного ССР, якщо АТ знаходиться на цьому рівні при кількох повторних вимірюваннях або при проведенні ДМАТ і не знижується під впливом заходів зі зміни способу життя;
- у хворих похилого віку фармакотерапія рекомендована при САТ ≥ 160 мм рт.ст.;
- пацієнтам молодше 80 років при САТ 140-159 мм рт.ст. може бути запропоновано медикаментозне лікування, якщо вони добре його переносять;
- не рекомендована фармакотерапія особам із високим нормальним АТ;

- не варто розпочинати лікування за допомогою лікарських засобів у хворих молодого віку з ізольованим підвищенням САТ, але вони повинні уважно стежити за власним способом життя та виконувати відповідні рекомендації.

Цільові рівні АТ (ESH/ESC, 2013) [6]:

1. Зниження САТ до <140 мм рт.ст.
 - рекомендується всім хворим із низьким і помірним ССР;
 - рекомендується пацієнтам із ЦД;
 - слід розглянути в хворих із перенесеним інсультом або ТІА;
 - варто розглянути в пацієнтів із ішемічною хворобою серця (ІХС);
 - слід розглянути в осіб із діабетичною або недіабетичною ХХН.
2. Хворим віком до 80 років при вихідному САТ ≥ 160 мм рт.ст. доцільно знижувати його до 150-140 мм рт.ст.
3. Пацієнтам віком до 80 років у гарній фізичній формі та при добрій переносимості терапії варто розглянути варіант зниження САТ <140 мм рт.ст., у той час як для погано фізично підготовлених осіб похилого віку цільовий рівень САТ слід визначати залежно від індивідуальної переносимості.
4. Хворим старше 80 років при вихідному САТ ≥ 160 мм рт.ст. доцільно знижувати його до 150-140 мм рт.ст., якщо вони знаходяться в доброму фізичному та розумовому стані.
5. Зниження ДАТ <90 мм рт.ст. рекомендовано всім пацієнтам із АГ, крім хворих із супутнім ЦД, в яких цільовий рівень ДАТ <85 мм рт.ст. Зниження ДАТ до 80-85 мм рт.ст. є безпечним і добре переноситься пацієнтами.

Стратегії фармакотерапії та вибір антигіпертензивних препаратів (ESH/ESC, 2013) [6]:

- основні класи антигіпертензивних лікарських засобів: діуретики, β -блокатори, антагоністи кальцію, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) і блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА);
- усі вони ефективно знижують АТ і володіють порівнянною ефективністю щодо зниження ризику кардіоваскулярних подій, тобто медикаменти, що відносяться до будь-якого з цих 5 класів, можуть використовуватися як засоби початкової та підтримуючої антигіпертензивної терапії;
- перевага тому або іншому класу препаратів віддається залежно від наявної в пацієнта супутньої патології або ураження органів-мішеней;
- пріоритетними комбінаціями є БРА або іАПФ + діуретик, БРА або іАПФ + антагоніст кальцію, антагоніст кальцію + діуретик; можливе також спільне застосування β -блокатора й діуретика, але лише в другу чергу;
- початок терапії з комбінації двох антигіпертен-

живних лікарських засобів варто здійснювати при САТ ≥ 160 мм рт.ст., а також у хворих із САТ ≥ 140 мм рт.ст., але з високим ССР;

- двокомпонентна блокада ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) за допомогою спільного використання БРА, іАПФ і прямих інгібіторів реніну є недоцільною через підвищення ризику розвитку гіпокаліємії, артеріальної гіпотонії та ниркової недостатності;
- комбіноване лікування дозволяє краще контролювати АТ у більшій кількості хворих, а прихильність пацієнтів до нього значно вище, ніж до монотерапії;
- при виборі препаратів для комбінованої терапії перевагу слід віддавати фіксованим комбінаціям, які містять декілька лікарських засобів в одній таблетці.

Особливості антигіпертензивної терапії в різних клінічних ситуаціях [6]. Великий арсенал наявних сьогодні медикаментів робить завдання вибору конкретних препаратів надзвичайно важливим та одночасно складним. Особливо це стосується підбору терапії для хворих, які мають додаткові ЧР і супутні захворювання, що, з одного боку, погіршують прогноз при АГ, а з іншого, обмежують застосування ряду антигіпертензивних лікарських засобів.

Пацієнти з гіпертензією білого халата та маскованою гіпертензією:

- у хворих із гіпертензією білого халата рекомендації слід обмежити корекцією способу життя, а медикаментозне лікування починати лише за наявності метаболічних порушень або безсимптомного ураження органів-мішеней;
- пацієнтам із маскованою гіпертензією необхідно призначати фармакотерапію одночасно з наданням рекомендацій щодо зміни способу життя.

Особливі особливі:

- можуть використовуватися всі класи антигіпертензивних препаратів, але при ізольованій систолічній АГ перевага віддається діуретикам та антагоністам кальцію.

Вагітні:

- необхідно проводити антигіпертензивну терапію вагітним із тяжкою гіпертензією (САТ >160 мм рт.ст. або ДАТ >110 мм рт.ст.), а також при постійному підвищенні АТ $\geq 150/95$ мм рт.ст. і при гестаційній гіпертензії або ураженні органів-мішеней при АТ $\geq 140/90$ мм рт.ст.;
- у вагітних із високим ризиком прееклампсії та низьким ризиком шлунково-кишкових кровотеч може розглядатися призначення низьких доз аспірину з 12-го тижня й до пологів;
- слід уникати застосування блокаторів РААС у жінок, які планують вагітність, через потенційну небезпеку для плода;
- перевага віддається метилдопі, лабеталолу та ніфедипіну;
- для ургентного зниження АТ при прееклампсії

рекомендується призначати внутрішньовенно лабеталол або нітропрусид.

Хворі на ЦД:

- можуть використовуватися всі класи антигіпертензивних препаратів, але перевагу слід віддавати блокаторам РААС, особливо в пацієнтів із протеїнурією або мікроальбумінурією;
- при виборі медикаментів необхідно також брати до уваги наявність супутньої патології;
- антидіабетичні препарати варто призначати хворим для досягнення цільового рівня HbA_{1c} $<7,0\%$, а у пацієнтів похилого віку з тривалим анамнезом ЦД – HbA_{1c} $<7,5-8,0\%$.

Пацієнти з метаболічним синдромом (МС):

- головне завдання – зниження ваги й збільшення фізичної активності;
- необхідно приділяти увагу корекції метаболічних порушень та уповільненню розвитку ЦД;
- стартувати фармакотерапією при АТ $\geq 140/90$ мм рт.ст. і недостатній ефективності рекомендацій щодо зміни способу життя;
- не рекомендується починати медикаментозне лікування у хворих із МС і високим нормальним АТ;
- слід використовувати блокатори РААС та антагоністи кальцію;
- β -блокатори (за винятком препаратів із вазодилатуючим ефектом) і діуретики повинні застосовуватися як додаткові засоби.

Пацієнти з хворобами нирок:

- при вираженій протеїнурії необхідно здійснювати моніторинг швидкості клубочкової фільтрації, при цьому цільовий рівень САТ <130 мм рт.ст.;
- перевагу слід віддавати блокаторам РААС, оскільки вони більш суттєво зменшують рівень протеїнурії та мікроальбумінурії;
- для досягнення цільового рівня АТ рекомендується їх комбінувати з іншими антигіпертензивними засобами;
- не варто використовувати в пацієнтів із ХХН антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, зокрема в комбінації з блокаторами РААС.

Пацієнти з цереброваскулярними захворюваннями:

- не рекомендовано зниження АТ протягом першого тижня після перенесеного церебрального інсульту, за винятком хворих із дуже високим САТ, для яких слід приймати індивідуальне рішення;
- пацієнтам із АГ, які перенесли церебральний інсульт або ТІА, рекомендована антигіпертензивна терапія навіть при САТ $140-159$ мм рт.ст., при цьому повинен розглядатися цільовий рівень САТ <140 мм рт.ст., за винятком осіб похилого віку, в яких він знаходиться в межах $140-150$ мм рт.ст.;
- усі класи антигіпертензивних препаратів можуть використовуватися для профілактики церебральних інсультів у пацієнтів з АГ при досягненні ефективного контролю АТ.

Хворі з супутніми ССЗ:

- при нещодавно перенесеному інфаркті міокарда рекомендується використання β -блокаторів;
- при інших формах ІХС можливе застосування всіх класів антигіпертензивних засобів, при цьому перевага віддається β -блокаторам та антагоністам кальцію;
- при серцевій недостатності (СН) зі зниженою фракцією викиду рекомендується використання діуретиків, блокаторів РААС, β -блокаторів та антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів;
- при СН зі збереженою фракцією викиду варто знижувати САТ до 140 мм рт.ст. і проводити симптоматичну терапію;
- для профілактики фібриляції передсердь у хворих із високим ризиком її виникнення слід застосовувати блокатори РААС (у комбінації з β -блокаторами й антагоністами мінералокортикоїдних рецепторів при СН);
- усім пацієнтам із гіпертрофією лівого шлуночка рекомендована антигіпертензивна терапія, яка має розпочинатися з блокаторів РААС та антагоністів кальцію.

Лікування резистентної АГ. Важлива інформація міститься в розділі, присвяченому терапії резистентної АГ і застосуванню ренальної денервації та стимуляції барорецепторів. Її проведення можливе лише при неефективності медикаментозного лікування, виконанні досвідченими опе-

раторама, установленому діагнозі та спостереженні в спеціалізованому центрі, а також лише в пацієнтів із істинною резистентною АГ – САТ ≥ 160 або ДАТ ≥ 110 мм рт.ст. при підтвердженому підвищенні АТ при ДМАТ.

Цей метод терапії є перспективним, але потребує подальшого вивчення в рандомізованих клінічних дослідженнях із метою визначення безпеки та ефективності порівняно з найкращими режимами медикаментозного лікування. Крім того, слід встановити, чи забезпечує зниження АТ, що досягається за допомогою денервації, зменшення показників кардіоваскулярної захворюваності та смертності [6].

Незважаючи на всі успіхи, й на сьогодні залишаються **недостатньо вивченими аспекти діагностики і лікування АГ [6]:**

- доцільність призначення антигіпертензивних препаратів пацієнтам з АГ 1-го ступеня та низьким ССР, хворим похилого віку з САТ у межах 140-159 мм рт.ст. та особам із високим нормальним АТ;
- питання щодо ДМАТ;
- терапія резистентної гіпертензії.

Таким чином, розробка нової настанови з ведення пацієнтів з АГ, безсумнівно, стала важливою подією в галузі кардіології, а її використання дозволить оптимізувати тактику лікування цих хворих.

Список використаної літератури

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2012 рік): практичні рекомендації [Текст] / Робоча група з артеріальної гіпертензії Укр. асоц. кардіологів // Артеріальна гіпертензія. - 2012. - №1. - С. 96-152.
2. Бильченко А.В. Новые европейские рекомендации ESH/ESC 2013 по лечению артериальной гипертензии [Текст] / А.В. Бильченко // Здоров'я України. Тематичний номер «Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія». - 2013. - №3(28). - С. 10-11.
3. Богатирьова Р.В. Проблема №1: Про національну стратегію профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні [Текст] / Р.В. Богатирьова // День. - 2013. - №64 (9 квіт.). - С. 10.
4. Лисенко Г.І. Медикаментозне лікування пацієнтів із артеріальною гіпертензією [Текст] / Г.І. Лисенко, О.Б. Яценко // Український медичний часопис. - 2011. - №3. - С. 27-42.
5. Настанова з артеріальної гіпертензії [Текст] / за ред. В.М. Коваленка, Є.П. Свіщенко, Ю.М. Сіренка. - К.: МОПІОН, 2010. - 491 с.
6. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [Text] // Eur. Heart J. - 2013. - Vol. 34. - P. 2159-2219.

CONTEMPORARY ASPECTS OF HYPERTENSIVE PATIENTS MANAGEMENT

I.A. Svintsitskyi

Summary

In the article the new 2013 European Society of Hypertension and European Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension are analyzed. It is also emphasized main new aspects of guidelines and outlined issues for further research.

Keywords: hypertension, diagnosis, treatment, guidelines, European Society of Hypertension, European Society of Cardiology.