

# В ПОМОЦЬ КЛІНИЦИСТУ

## Практичні аспекти ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією



О.Й. Жарінов

Цього року вийшли в світ нові рекомендації Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) та Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ). З проханням прокоментувати деякі аспекти цих рекомендацій з погляду використання в клінічній практиці ми звернулися до головного позаштатного фахівця МОЗ України зі спеціальності «Функціональна діагностика», доктора медичних наук, професора кафедри кардіології і функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Олега Йосиповича Жарінова.

— На відміну від попередніх рекомендацій у новому керівництві надано більш розширену інформацію про маркери ураження органів-мішеней (УОМ), а саме — таблиці, у яких наведено дані щодо їх інформативності і можливостей оцінки ушкодження органів-мішеней у динаміці. Відразу можна звернути увагу, що маркери, які є найбільш доступними та яким притаманні найбільша предиктивна цінність, відтворюваність і оптимальне співвідношення вартість/ефект, розташовані у верхній частині таблиці (табл. 1). До цих маркерів належать дані електрокардіографічного (ЕКГ-) та ехокардіографічного (ЕхоКГ-) досліджень, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), мікроальбумінурія (МАУ), товщина комплексу інтима-медіа (ТКІМ) судин. Результати ЕКГ- та ЕхоКГ-досліджень допоможуть своєчасно виявити гіпертрофію лівого шлуночка серця (ГЛШ), визначення ШКФ і МАУ — погіршення функції нирок та ураження судинного русла.

У нижній частині таблиці розташовані маркери, які можуть надати цікаву інформацію під час спостереження в рамках клінічних досліджень, але для використання у повсякденній практиці вони поки що малодоступні або недостатньо інформативні. До них належать рівень коронарного кальцію, ендотеліальна дисфункція, дані про лакунарні інсульти, дані магнітно-резонансної візуалізації серця про масу міокарда і ГЛШ.

Маркери УОМ також відрізняються за чутливістю до змін, швидкістю виникнення цих змін та їх прогностичною цінністю (табл. 2).

За їх допомогою можна оцінити не тільки темпи прогресування, а й ефективність лікування АГ. Як видно з таблиці, найбільш швидко реагують на зниження артеріального тиску протеїнурія і швидкість пульсової хвилі (ШПХ). Крім того, під час лікування пацієнтів з АГ варто зважати на зворотний розвиток ГЛШ, а також зміни ШКФ. Терміни, необхідні для оцінки ефективності корекції уражень органів-мішеней, є різними. Зокрема, регресу ГЛШ на фоні досягнення цільових рівнів артеріального тиску можна очікувати не раніше ніж через 6 міс. Деякі показники, такі як ТКІМ, є малочутливими як засоби оцінки ефективності антигіпертензивної терапії.

В останніх європейських рекомендаціях надається удосконалений алгоритм вибору комбінацій препаратів для лікування АГ (рис.). Як можна побачити з цієї схеми, оптимальними комбінаціями вважаються поєднання препаратів чотирьох груп — діуретиків, блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА), інгібіторів АПФ та антагоністів кальцію (зелені лінії). Достатню доказову базу має комбінація бета-адреноблокаторів (ББ) з тіазидними діуретиками, але вона позначена зеленою пунктирною лінією, оскільки має деякі обмеження для застосування, зокрема у пацієнтів з високим ризиком виникнення цукрового діабету. Чорні пунктирні лінії поєднують препарати для можливих комбінацій. Червона лінія (комбінація, яка не рекомендована для використання) — інгібітор АПФ і БРА. Таким чином, серйозних змін щодо вибору препаратів для лікування АГ не відбулося, і нове

європейське керівництво ще раз підкреслює важливість застосування і правильного вибору комбінованої антигіпертензивної терапії.

Що стосується вибору антигіпертензивних препаратів і їх комбінацій у хворих з АГ й супутніми станами, то ми можемо керуватися таблицею, у якій наведено найбільш поширені супутні захворювання у пацієнтів з АГ, що впливають на вибір терапії (табл. 3).

Таблиця 3. Супутні стани і вибір антигіпертензивної терапії

Супутні стани	Терапія
Безсимптомні ураження органів-мішеней	
Гіпертрофія лівого шлуночка	Інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, БРА
Безсимптомний атеросклероз	Антагоністи кальцію, інгібітори АПФ
Мікроальбумінурія	Інгібітори АПФ, БРА
Ниркова дисфункція	Інгібітори АПФ, БРА
Клінічні серцево-судинні події	
Інсульт	Будь-які агенти, що знижують артеріальний тиск
Інфаркт міокарда	ББ, інгібітори АПФ, БРА
Стенокардія	ББ, антагоністи кальцію
Серцева недостатність	Діуретики, ББ, інгібітори АПФ, БРА, антагоністи альдостерону
Аневризма аорти	ББ
Фібриляція передсердь, профілактика	Розглянути доцільність призначення БРА, інгібіторів АПФ, ББ або антагоністів альдостерону
Фібриляція передсердь, контроль частоти шлуночкових скорочень	ББ, недигідропіридинові антагоністи кальцію
Термінальна стадія ниркової недостатності/протеїнурія	Інгібітори АПФ, БРА
Захворювання периферичних артерій	Інгібітори АПФ, антагоністи кальцію
Інші	
Ізольована систолічна гіпертензія (похилий вік)	Діуретики, антагоністи кальцію
Метаболічний синдром	Інгібітори АПФ, БРА, антагоністи кальцію
Цукровий діабет	Інгібітори АПФ, БРА
Вагітність	Метилдопа, ББ, антагоністи кальцію
Негроїдна раса	Діуретики, антагоністи кальцію

Таблиця 1. Інформативність маркерів УОМ

Маркер	Предиктивна цінність	Доступність	Відтворюваність	Вартість-ефект
ЕКГ	+++	++++	++++	++++
ЕхоКГ, доплер	++++	+++	+++	+++
ШКФ	+++	++++	++++	++++
МАУ	+++	++++	++	++++
ТКІМ	+++	+++	+++	+++
Жорсткість артерій	+++	++	+++	+++
Кістково-плечовий індекс	+++	+++	+++	+++
Судини очного дна	+++	++++	++	+++
Коронарний кальцій	++	+	+++	+
Ендот. дисфункція	++	+	+	+
Лакунарні інсульти	++	+	+++	+
МРВ серця	++	+	+++	++

Таблиця 2. Можливості оцінки УОМ у динаміці

Маркер УОМ	Чутливість до змін	Період до змін	Прогностична цінність змін
ГЛШ/ЕКГ	+	++ (>6 міс)	Так
ГЛШ/ЕхоКГ	++	++ (>6 міс)	Так
ГЛШ/МРВ	+++	++ (>6 міс)	Немає даних
ШКФ	++	- (роки)	Немає даних
Протеїнурія	+++	+++ (тиж-міс)	Помірна
ТКІМ	-	+ (>12 міс)	Ні
ШПХ	+++	+++ (тиж-міс)	Обмежені дані
Кістково-плечовий індекс	+	Немає даних	Немає даних

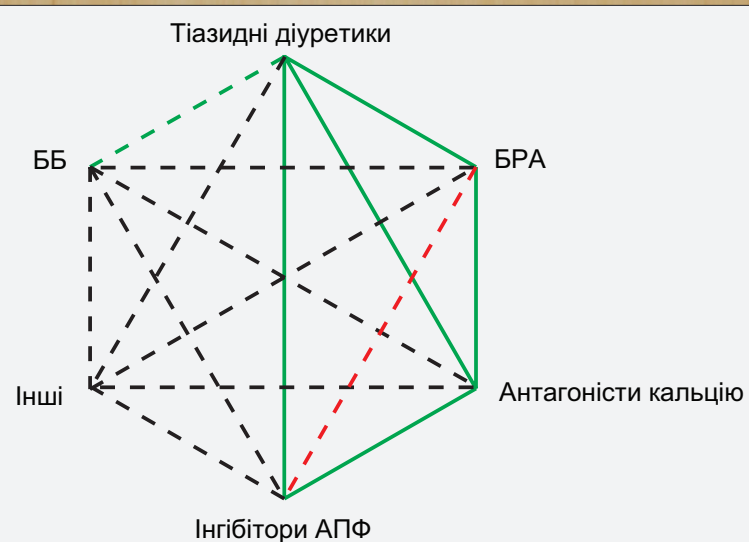


Рис. Оптимальні комбінації антигіпертензивних препаратів

Підготувала **Наталія Очеретяна**

37

