

# Діагностика та лікування артеріальної гіпертензії: від рекомендацій — до клінічної практики

Нові рекомендації з лікування артеріальної гіпертензії (АГ) Європейського товариства кардіологів (ЄТК) і Європейського товариства гіпертензії (ЄТГ) 2018 року були довгоочікуваними для всієї кардіологічної спільноти Європи. З часу попередніх рекомендацій ЄТК/ЄТГ (2013 р.) були отримані нові дані доказової медицини в галузі гіпертензіології, що необхідно було врахувати та згідно з якими необхідно було надалі вирішувати проблему АГ.



ім. Л.Т. Малої НАМН України» (м. Харків), доктора медичних наук, професора Сергія Миколайовича Ковалю.

Сьогодні розмежування між нормальним артеріальним тиском (АТ) і АГ робиться на підставі визначення того рівня АТ, при підвищенні до якого й вище відзначають зростання ризику розвитку кардіоваскулярних і ниркових ускладнень. Окрім того, АГ визначається як рівень АТ, за якого переваги медикаментозного лікування чи корекції способу життя більші, ніж ризики, пов'язані із самим лікуванням.

Однак уже давно в багатьох проспективних епідеміологічних дослідженнях було показано, що навіть при незначному підвищенні систолічного АТ >115 мм рт. ст. спостерігається паралельне зростання кардіоваскулярного ризику. Саме тому в Американських рекомендаціях 2017 р. було запропоновано діагностувати АГ уже при рівнях систолічного АТ ≥130 мм рт. ст. та/або діастолічного АТ ≥80 мм рт. ст. Утім, у нових Європейських рекомендаціях 2018 р. була збережена прийнята раніше, у 2013 р., класифікація АТ (табл. 1).

На підтримку свого рішення європейські експерти наводять такі аргументи:

- 1) антигіпертензивна терапія при високому нормальному АТ у хворих із низьким або помірним серцево-судинним ризиком не впливає на кінцеві серцево-судинні події;
- 2) навіть зменшення частоти кінцевих точок у хворих із високим нормальним АТ у низці досліджень (зокрема, SPRINT) і метааналізів було пов'язане не зі зниженням АТ від високого нормального до нормального, а зі зниженням АТ від рівнів вищих, аніж 140/90 мм рт. ст., адже обстежені хворі до початку досліджень уже отримували антигіпертензивну терапію й вихідні рівні АТ у них були значно вищі за високий нормальний.

Питання імплементації оновлених Європейських рекомендацій із діагностики та лікування АГ у клінічну практику обговорювалися в доповіді керівника відділу артеріальної гіпертензії та профілактики її ускладнень ДУ «Інститут терапії

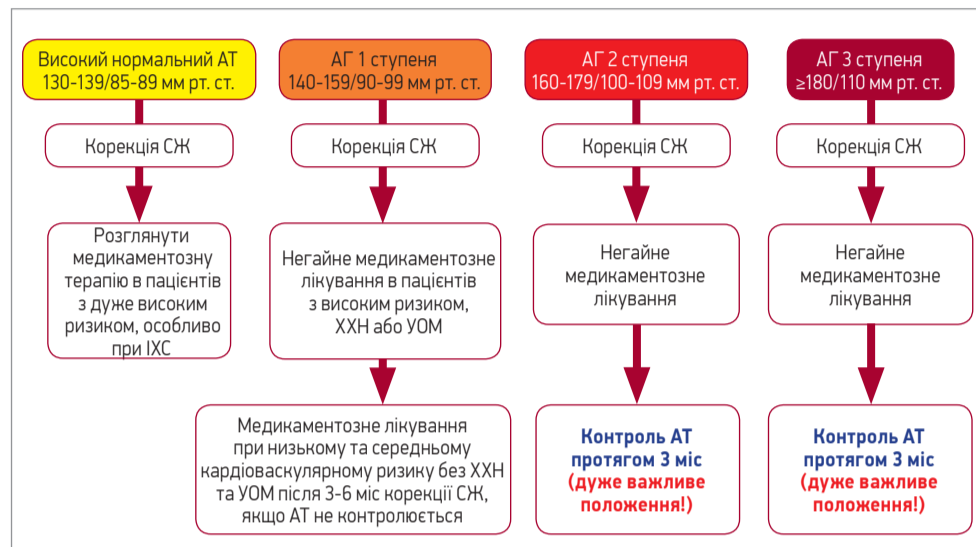


Рис. Ініціація антигіпертензивної терапії (зміна способу життя та медикаментозне лікування) залежно від вихідних рівнів офісного АТ (ЄТК/ЄТГ, 2018)

Примітки: СЖ – спосіб життя; ІХС – ішемічна хвороба серця; ХХН – хронічна хвороба нирок; УОМ – ураження органів-мішеней.

І тільки в пацієнтів дуже високого ризику зі встановленими серцево-судинними захворюваннями, в яких був високий нормальний АТ, антигіпертензивна терапія асоціювалася зі зниженням частоти серцево-судинних подій.

Тобто європейські експерти підійшли до визначення критеріїв АГ насамперед із позиції ефективності терапії в плані зниження частоти будь-яких кінцевих серцево-судинних подій за різних категорій підвищення АТ. Важливим положенням нових Європейських рекомендацій 2018 р., на відміну від рекомендацій 2013 р., є те, що діагноз АГ рекомендується встановлювати на основі не тільки повторних вимірювань офісного АТ, а й вимірювання АТ поза офісом із використанням домашнього моніторингу АТ (ДМАТ) та/або амбулаторного моніторингу АТ (АМАТ), якщо це можливо й економічно доцільно.

Особливу увагу при обстеженні для виявлення АГ у нових рекомендаціях приділяється стандартизації процедури вимірювання АТ й апаратів для вимірювання АТ. Як зазначив професор С.М. Коваль, ця проблема гостро стоїть і в Україні.

У розділі рекомендацій, присвяченому вимірюванню АТ, наголошується, що разом

із вимірюванням АТ необхідно обов'язково реєструвати частоту серцевих скорочень у стані спокою, оскільки остання є незалежним предиктором кардіоваскулярних захворювань і фатальних подій.

Велика увага в нових рекомендаціях приділяється ДМАТ, наводяться показання й вимоги щодо процедури такого моніторингу. Підкреслюється висока прогностична значущість показників ДМАТ щодо розвитку серцево-судинної захворюваності та смертності.

Уперше в рекомендаціях обережно відзначається важливість телемоніторингу АТ. Незважаючи на те що пристрої для телемоніторингу АТ недостатньо розроблені, цей метод є вкрай перспективним і потребує розвитку й широкого впровадження в Україні. Розроблення програм телемоніторингу АТ добре узгоджується з програмою стандартизації процедури й апаратів вимірювання АТ.

Окремий розділ рекомендацій присвячений АМАТ. У цілій низці науково-лікувальних установ України вже достатньо давно впроваджений метод АМАТ. І не дивно, що в оновлених Європейських рекомендаціях детально обговорюється місце цього методу в діагностиці АГ і стратифікації ризиків. У документі наводяться порівняльна характеристика ДМАТ і АМАТ та основні клінічні показання для застосування цих методів. Підкреслюється, що визначення позаофісного АТ (АМАТ і ДМАТ) спеціально рекомендується для низки клінічних показань, як-от виявлення гіпертензії білого халата та маскованої гіпертензії, оцінка ефектів лікування й виявлення можливих причин побічних ефектів (клас рекомендації I, рівень доказів А).

У рекомендаціях ЄТК/ЄТГ 2018 р. важливе місце відводиться проблемі стратифікації загального кардіоваскулярного ризику в пацієнтів з АГ. До переліку відомих факторів ризику були додані й такі, як підвищення рівня сечової кислоти в крові, ранній початок менопаузи, малорухомий спосіб життя, психосоціальні та соціально-економічні фактори й підвищена частота серцевих скорочень (у стані спокою >80 уд./хв).

Варті уваги особливості визначення гіпертрофії лівого шлуночка в осіб із надмірною масою тіла або ожирінням: у цих категоріях пацієнтів рекомендовано проводити розрахунок індексу маси міокарда лівого шлуночка з індексом до площі поверхні тіла з використанням показника зросту в м<sup>2,7</sup>, а не показника зросту в м<sup>2</sup>, як це регламентовано для хворих із нормальною масою тіла.

До безсимптомних уражень органів, зумовлених АГ, відносять зниження кістково-п'єчового індексу <0,9 (цей показник пов'язаний із захворюванням артерій нижніх кінцівок, вказує на прогресуючий

атеросклероз і має прогностичне значення для ризику розвитку серцево-судинних подій), мікроальбумінурію, підвищене співвідношення альбумін/креатинін, хворобу нирок із розрахованою швидкістю клубочкової фільтрації >30-59 мл/хв/1,72 м<sup>2</sup>.

Важливу відмінність Європейських рекомендацій 2018 р. від попередньої версії (2013 р.) є те, що до переліку встановлених серцево-судинних захворювань або захворювань нирок уперше віднесена фібриляція передсердь. Більше того, фібриляція передсердь може вважатися здебільшого прямим ускладненням АГ у разі її тривалого перебігу й розвитку вираженої гіпертрофії лівого шлуночка.

Європейські експерти наголошують, що АГ рідко має ізольований перебіг і в більшості випадків утворює кластери з іншими факторами ризику. Ця кластеризація має мультиплікативний ефект на серцево-судинний ризик. Отже, кількісна оцінка загального серцево-судинного ризику є важливою частиною процесу стратифікації ризику для хворих на АГ. Виділення стадій АГ є актуальним для клінічної практики, оскільки дає змогу більш аргументовано підходити до вибору тактики лікування хворих із метою найбільшого покращання їх віддаленого прогнозу (табл. 2).

Усім пацієнтам з АГ показана корекція способу життя: нормалізація маси тіла, підвищення фізичної активності, відмова від куріння й надмірного вживання алкоголю. Антигіпертензивна терапія може призначатися вже при високому нормальному АТ у пацієнтів із дуже високим кардіоваскулярним ризиком (рис.).

Слід наголосити, що більшість хворих на АГ уже на початку лікування потребують призначення двох антигіпертензивних препаратів, бажано у вигляді фіксованої комбінації. На жаль, жодна фіксована комбінація не включена до програми «Доступні ліки». Як стартову антигіпертензивну комбінацію призначають блокатор рецепторів ангіотензину II або інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) у поєднанні з блокатором кальцієвих каналів або тіазидним діуретиком.

Серед інгібіторів АПФ найбільш вивченим сьогодні є еналаприл. Клінічна ефективність і безпека цього препарату були продемонстровані у великих рандомізованих контрольованих дослідженнях (CONSENSUS I, CONSENSUS II, SOLVD та ін.). В Україні еналаприл широко застосовується в монотерапії (Берліприл) та в складі фіксованої комбінації з гідрохлортиазидом (Берліприл Плюс). Важливими перевагами цих препаратів є система внутрішньої стабілізації, що захищає активні речовини від гідролізу в шлунку й завдяки цьому забезпечує високу біодоступність.

Окреме місце в нових Європейських рекомендаціях відведено β-блокаторам (ББ). Наголошено, що ББ мають призначатися на будь-якому етапі лікування за наявності відповідних показань, як-от серцева недостатність, стенокардія, інфаркт міокарда в анамнезі, фібриляція передсердь та ін. Проте слід пам'ятати, що ББ не є гомогенним класом. Останніми роками підвищується застосування ББ із судинорозширювальними властивостями, зокрема небіволулу й карведилолу.

Дослідження з небівололом показали переваги цього препарату в корекції центрального АТ, жорсткості артерій, ендотеліальної дисфункції. Небіволлол не підвищує ризик нових випадків цукрового діабету та має кращий профіль побічних ефектів порівняно з іншими ББ, включно з меншим впливом на сексуальну функцію.

На завершення професор С.М. Коваль зазначив, що проблема контролю АГ в Україні залишається гострою. На переконання доповідача, в нашій країні необхідно відновити проведення спеціальної програми з підвищення ефективності лікування АГ під координацією Асоціації кардіологів України та Всеукраїнського громадського об'єднання «Проти гіпертензії», а також домогтися від держави фінансової підтримки цієї програми.

Підготував Андрій Буряк

Таблиця 1. Класифікація рівнів АТ (ЄТК/ЄТГ, 2018)

Категорії	Систолічний АТ (мм рт. ст.)	Діастолічний АТ (мм рт. ст.)
Оптимальний	<120	та
Нормальний	120-129	та/або
Високий нормальний	130-139	та/або
АГ 1 ступеня	140-159	та/або
АГ 2 ступеня	160-179	та/або
АГ 3 ступеня	≥180	та/або
Ізольована систолічна АГ	≥140	та

Таблиця 2. Класифікація АГ з урахуванням стадії, рівня АТ, наявності УОМ, супутніх захворювань і кардіоваскулярного ризику (ЄТК/ЄТГ, 2018)

Стадії АГ	Інші фактори ризику	АТ (мм рт. ст.)			
		Високий нормальний	АГ 1 ступеня	АГ 2 ступеня	АГ 3 ступеня
Стадія I (неускладнена)	Немає ФР	Низький ризик	Низький ризик	Середній ризик	Високий ризик
	1-2 ФР	Низький ризик	Середній ризик	Середній-високий ризик	Високий ризик
	≥3 ФР	Низький-середній ризик	Середній-високий ризик	Високий ризик	Високий ризик
Стадія II (безсимптомне захворювання)	УОМ, ХХН III стадії, ЦД	Середній-високий ризик	Високий ризик	Високий ризик	Дуже високий ризик
Стадія III (симптомні захворювання)	ІХС, ХХН ≥IV стадії, ЦД з УОМ	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик

Примітки: УОМ – ураження органів-мішеней; ФР – фактори ризику; ХХН – хронічна хвороба нирок.

