Профілактика і лікування серцево-судинних захворювань у закладах первинної медичної допомоги

На думку клініцистів, на сьогодні розроблено значну кількість настанов щодо ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), які містять багато різних індивідуальних рекомендацій, що ускладнює їх застосування у межах первинної медичної допомоги. До того ж деякі з них не були до кінця узгоджені та є суперечливими. Зокрема, через мультиморбідність хворих потрібен одночасний доступ до багатьох настанов. На підставі цього наприкінці 2022 р. було розроблено Канадську гармонізовану національну настанову з профілактики й терапії серцево-судинних захворювань (C-CHANGE), що містить оновлені й узагальнені практичні рекомендації з настанов 11 великих канадських медичних спільнот. Документ покликаний надати лікарям можливість використання рекомендацій для оптимального ведення пацієнтів із ССЗ на основі індивідуального підходу. Пропонуємо до вашої уваги ключові положення цієї настанови з фокусом на модифікації способу життя пацієнтів із ССЗ, зокрема із супутніми патологіями, веденні осіб з ожирінням, цукровим діабетом (ЦД), артеріальною гіпертензією (АГ), дисліпідемією, атеросклеротичними ССЗ (АССЗ) та серцевою недостатністю (СН).

За результатами дослідження Global Burden of Diseases, ключовими чинниками ризику, які потребують контролю в межах профілактики й лікування ССЗ, є куріння, дієтичні особливості, високий індекс маси тіла (ІМТ), високий рівень глюкози плазми натще (ГПН), систолічного артеріального тиску (АТ) й холестерину, вживання алкоголю та психоактивних речовин, а також низька фізична активність. Ці чинники ризику часто поєднуються, тому потрібен мультиморбідний підхід до ведення осіб із хронічними захворюваннями (Alam et al., 2019).

Тобто пацієнти із ССЗ потребують модифікації способу життя, належного харчування, нормальної фізичної активності, а також відмови від куріння. Крім того, ожиріння лежить в основі багатьох серцево-судинних (СС) чинників ризику, тож таким захворюванням, як ЦД і АГ слід приділяти чималу увагу.

У таблиці наведено основні канадські товариства, що взяли участь у розробленні настанови C-CHANGE, методології оцінювання, які застосовувало кожне з них відповідно, а також ступінь чи силу рекомендацій та категорію або рівень їх доказовості.

МОДИФІКАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ

Харчування

Як відомо, поживні продукти є основою здорового харчування. За даними Міністерства охорони здоров'я Канади (2019), слід регулярно вживати овочі, фрукти, цільнозернову й білкову їжу (насамперед рослинного походження).

До останньої належать бобові, горіхи, насіння, риба, яйця, птиця, нежирне червоне м'ясо, знежирені молоко, йогурти й кефір, а також сири з малим вмістом жирів і солі. Перевагу слід надавати продуктам, які містять здебільше ненасичені жири. Також важливо пити багато води (*сильна рекомендація*).

Таблиця. **Канадські медичні товариства та відповідні класифікації рекомендацій**

Система класифікації рекомендацій	Метод оцінювання	Роз'яснення	Ступінь або сила рекомендації та категорія чи рівень доказовості
Канадська асоціація серцево-судинної профілактики та реабілітації (CACPR)	Методика Hypertension Canada	Дизайн дослідження, внутрішня валідність, статистична точність, підтверджені клінічні результати з пріоритетом щодо захворюваності на ССЗ та смертності через них	Ступінь рекомендації A: рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) / систематичні огляди Ступінь рекомендації B: РКД нижчої валідності Ступінь рекомендації C: нижча внутрішня валідність / точність / екстраполяція Ступінь рекомендації D: експертна думка
Канадські рекомендації з харчування для лікарів і політиків, Міністерство охорони здоров'я Канади	Цикл огляду доказів у рекомендаціях із харчування Міністерства охорони здоров'я Канади	Наукова основа: норми харчування, їжа та здоров'я Контекст з огляду на країну: демографія, харчові навички, ставлення до здорового харчування, вживання їжі та поживних речовин, постачання продуктів харчування, політичне, інформаційне середовище щодо харчування Використання: усвідомлення та розуміння, впевненість та прийняття, інтеграція та застосування	Сильна рекомендація
Канадська мережа із просування, поширення та впровадження практичних та інформаційних методів лікування тютюнової залежності (CAN-ADAPTT)	GRADE	Дизайн дослідження, неточності, застосовність	Ступінь 1 – сильна рекомендація Ступінь 2 – слабка рекомендація A – докази високої якості B – докази помірної якості C – докази низької якості
Рекомендації з лікування фібриляції передсердь (ФП), Канадське кардіоваскулярне товариство (CCS) / Канадське товариство з контролю порушень серцевого ритму (CHRS)	GRADE	Ризик систематичної похибки, зокрема з дизайном дослідження, невідповідності, опосередкованість, неточність, упередженість публікації, оцінка залежності доза / відповідь, величина ефекту; цінності та вподобання пацієнтів; вартість	Сила рекомендації: висока або низька Якість доказів: висока, помірна, низька, дуже низька
Рекомендації канадського кардіоваскулярного товариства щодо лікування дисліпідемії	GRADE	Ризик упередженості, зокрема з дизайном дослідження, невідповідності, опосередкованість, неточність, упередженість публікації, оцінка залежності доза / відповідь, величина ефекту; цінності та вподобання пацієнтів; вартість	Сила рекомендації: висока або низька Якість доказів: висока, помірна, низька, дуже низька
Товариство Diabetes Canada	Методика Diabetes Canada	Дизайн дослідження, уподобання та цінності пацієнтів, застосовність, упередженість і можливість узагальнення	Рівень доказовості: 1, 2, 3, 4 на основі дизайну досліджень щодо діагностики, лікування та прогнозу хвороби
Канадська консенсусна конференція з діагностики та лікування деменції (CCCDTD)	GRADE	Параметри градації	Сила рекомендації: 1 – висока, 2 – низька Якість доказів: A, B, C
Товариство Hypertension Canada	Методика Hypertension Canada	Дизайн дослідження, внутрішня валідність, статистична точність, підтверджені клінічні результати з пріоритетом щодо захворюваності на ССЗ та смертності через них	Ступінь рекомендації A: РКД / систематичні огляди Ступінь рекомендації B: РКД нижчої валідності Ступінь рекомендації C: нижча внутрішня валідність / точність / екстраполяція Ступінь рекомендації D: експертна думка
Рекомендації канадського кардіоваскулярного товариства щодо лікування СН	GRADE	Ризик упередженості, зокрема з дизайном дослідження, невідповідності, опосередкованість, неточність, упередженість публікації, оцінка залежності доза / відповідь, величина ефекту; цінності та вподобання пацієнтів; вартість	Сила рекомендації: висока або низька Якість доказів: висока, помірна, низька, дуже низька
Товариство Obesity Canada / Канадська асоціація баріатричних лікарів і хірургів (CABPS)	Методика Obesity Canada	Дизайн дослідження	Категорія доказовості: рівень 1a, 1b, 2, 3, 4 Сила рекомендації: Ступінь A, B, C, D
Канадські рекомендації з найліпшої практики щодо лікування інсульту, Фонд серця та інсульту (HSF)	CSBPR	Дизайн дослідження, сила, важливість, клінічна значущість, застосовність доказів	Сила рекомендації, рівень доказовості: A, B, C (консенсус)

Примітка. GRADE – Система класифікації, оцінювання, розроблення та експертизи рекомендацій.

D.M. Rabi et al. (2020) зазначають, що здоровим дорослим для профілактики АГ рекомендовано утримуватися від вживання алкоголю або зменшити його до ≤2 порцій на день (*ступінь рекомендації B*). Для запобігання розвитку АГ та зниження АТ слід зменшити споживання солі до 5 г на добу (*ступінь рекомендації A*).

Фізична активність

На думку D.J. Gladstone et al. (2022), в осіб із ризиком інсульту та пацієнтів, які перенесли інсульт, необхідно оцінити наявність чинників ризику розвитку ССЗ, аспекти способу життя (проблеми з харчуванням, споживання солі, фізичну активність, підтримання належної ваги, вживання алкоголю, куріння) і використання оральних контрацептивів або замісної гормональної терапії (*ступінь рекомендації B*).

Особам, які раніше вели малорухомий спосіб життя, у межах комплексної програми зміни поведінки варто ініціювати фізичну активність (Stone et al., 2009). Щоб досягти оптимальної користі для здоров'я, рекомендовано застосовувати прогресивну та індивідуалізовану програму з помірними та інтенсивними навантаженнями протягом 30-60 хв на день упродовж усього тижня. Використання практичних інструментів, що відіграють допоміжну роль під час фізичної активності, як-от крокоміри, смарт-годинники чи телефони, або графіки еквівалентності часу, відстані, активності та калорійності, можуть допомогти покращити прихильність (*ступінь рекомендації B*).

У дорослих, які мають бажання, може бути розглянута аеробна фізична активність (30-60 хв помірної або високої інтенсивності більшість днів на тиждень):

- незначно скинути вагу (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 2a*);
- зменшити кількість абдомінального вісцерального та ектопічного жиру (наприклад, у печінці та серці), навіть без втрати ваги (*ступінь рекомендації A, рівень доказовості 1a*);
- підтримувати належну вагу після схуднення (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 2a);*
- підвищити кардіореспіраторну витривалість та мобільність (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 2a)* (Wharton et al., 2020).

Куріння

За даними Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice- informed Tobacco Treatment (2011), усім пацієнтам потрібно відмовитися від куріння (*ступінь рекомендації C, рівень доказовості 1*).

Якщо можливо, слід поєднувати консультування фахівцем і приймання ліків для того, щоб позбутися цієї згубної звички (*ступінь рекомендації A, рівень доказовості 1*).

ОЖИРІННЯ

Скринінгові та діагностичні стратегії

Для визначення основних причин підвищення ваги, а також ускладнень ожиріння та потенційних перешкод для лікування необхідно провести обстеження пацієнта з вичерпною оцінкою анамнезу (*ступінь рекомендації D, рівень доказовості 4*) *(*Wharton et al., 2020).

Цілі й методи терапії

Особам з ІМТ ≥30 кг/м^2 або ІМТ ≥27 кг/м^2 та ускладненнями, пов'язаними з ожирінням, для втрати ваги доцільно призначати фармакотерапію (як-от ліраглутид 3,0 мг, комбінація налтрексону / бупропіону, орлістат) у поєднанні з лікувальним харчуванням, фізичною активністю та психологічними втручаннями (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 2a*). Баріатричну хірургію можна розглянути для хворих із ІМТ ≥40 кг/м^2 або ІМТ ≥35 кг/м^2 та наявністю принаймні одного захворювання, пов'язаного з ожирінням (*ступінь рекомендації D, консенсус,*

рівень доказовості 4). Зокрема, її застосування дасть змогу зменшити довготривалу загальну смертність серед таких пацієнтів (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 2b*) і сприятиме значно кращій довгостроковій втраті ваги порівняно з одним лише медикаментозним лікуванням (*ступінь рекомендації A, рівень доказовості 1a*) (Wharton et al., 2020).

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Скринінгові та діагностичні стратегії

Скринінг на ЦД через визначення рівня ГПН, глікованого гемоглобіну (HbA_{1C}) або обох показників слід проводити що три роки в осіб віком ≥40 років або в разі високого ризику, визначеного за допомогою калькулятора ризику (Wharton et al., 2020).

Більш раннє тестування або частіше подальше спостереження (що 6-12 місяців) варто розглянути щодо пацієнтів із дуже високим ризиком, визначеним за допомогою калькулятора ризику, або для осіб із додатковими чинниками ризику розвитку ЦД (*ступінь рекомендації D, рівень доказовості: консенсус*).

ЦД необхідно діагностувати за будь-яким із таких критеріїв, як: ГПН ≥7,0 ммоль/л (*ступінь рекомендації D, рівень доказовості: консенсус*), HbA_{1C} ≥6,5% (можна визначати в дорослих за відсутності чинників, що позначаються на точності оцінювання, і не можна – в осіб із підозрою на ЦД 1-го типу) та рівень глюкози через 2 год після їди, визначений за допомогою глюкозотолерантного тесту (75 г) ≥ 11,1 ммоль/л (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 2)*, а також випадковий рівень глюкози плазми ≥11,1 ммоль/л (*ступінь рекомендації D, рівень доказовості: консенсус*).

Цілі й методи терапії

Для зниження СС-ризику всі хворі на ЦД мають дотримуватися комплексного та багатогранного підходу, що передбачає такі кроки, як:

- досягнення рівня HbA_{1C} ≤7,0% на ранніх стадіях ЦД (*ступінь рекомендації C, рівень доказовості 3)*;
- підтримання систолічного АТ (САТ) <130 мм рт. ст. і діастолічного АТ (ДАТ) <80 мм рт. ст. (*ступінь рекомендації C, рівень доказовості 3*);
- застосування додаткових препаратів для захисту судин у більшості дорослих із ЦД (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 1*);
- досягнення та підтримання нормальної ваги (*ступінь рекомендації A, рівень доказовості 1*);
- здорове харчування і регулярна фізична активність (*ступінь рекомендації D, рівень доказовості: консенсус*);
- відмова від куріння (*ступінь рекомендації C, рівень доказовості 3*) (Wharton et al., 2020).

Пацієнти із ЦД мають отримувати належне лікування для досягнення САТ <130 мм рт. ст. (*ступінь рекомендації C, рівень доказовості 3)* і ДАТ <80 мм рт. ст. (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 1*) (Lipscombe et al., 2020; Rabi et al., 2020).

За даними Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee (2018), у більшості осіб із ЦД 1-го або 2-го типу слід запроваджувати відповідні заходи для досягнення рівня HbA_{1C} ≤7,0%, щоб знизити ризик виникнення мікросудинних (*ступінь рекомендації A, рівень доказовості 1a*) і СС-ускладнень (у разі впровадження на ранніх стадіях захворювання) (*ступінь рекомендації B, рівень доказовості 3*).

У хворих на ЦД 2-го типу цільовий рівень HbA_{1C} може становити ≤6,5% для зменшення ймовірності розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН), ретинопатії (*ступінь рекомендації A, рівень доказовості 1a*), а також якщо пацієнти мають низький ризик розвитку гіпоглікемії на основі їхніх індивідуальних особливостей і класу застосовуваних цукрознижувальних засобів (*ступінь рекомендації D, рівень доказовості: консенсус*).

У дорослих осіб із ЦД 2-го типу з АССЗ, СН або ХХН для лікування слід призначати препарати з підтвердженими перевагами щодо СС-системи або нирок. Так, у пацієнтів із ЦД 2-го типу й АССЗ терапія передбачає застосування агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1) або інгібіторів натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2) для зниження ризику:

- розвитку основних СС-подій (МАСЕ): ліраглутид і дулаглутид (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*), семаглутид підшкірно (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2),* емпагліфлозин (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*), канагліфлозин (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*);
- госпіталізації з приводу СН: емпагліфлозин, канагліфлозин, дапагліфлозин (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*);
- прогресування нефропатії: емпагліфлозин, канагліфлозин, дапагліфлозин (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*).

Крім того, у пацієнтів із ЦД 2-го типу й СН із фракцією викиду (ФВ) <40% в анамнезі для зниження ризику виникнення СН або смерті внаслідок ССЗ слід використовувати іНЗКТГ-2 дапагліфлозин (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А)* емпагліфлозин, канагліфлозин (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1*), якщо розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) становить >30 мл/хв/1,73 м^2. Також цій групі хворих варто уникати використання тіазолідиндіону і саксагліптину через підвищений ризик розвитку СН (Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2018).

Дорослим хворим на ЦД 2-го типу і ХХН із рШКФ >30 мл/хв/1,73 м^2 для зменшення ймовірності прогресування нефропатії доцільно призначати іНЗКТГ-2 канагліфлозин (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*), емпагліфлозин і дапагліфлозин (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1*), госпіталізації з приводу СН – канагліфлозин, дапагліфлозин і емпагліфлозин (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*) і МАСЕ – канагліфлозин (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*) та емпагліфлозин (*ступінь рекомендації С, рівень доказовості 3*). Для зниження ризику МАСЕ можна розглянути призначення арГПП-1 ліраглутиду й семаглутиду (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*).

Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або блокатори рецепторів ангіотензину II типу (БРА) у дозах, які продемонстрували захист судин, слід застосовувати для зниження ризику ССЗ у пацієнтів із ЦД 1-го або 2-го типу за наявності будь-якого з наведених нижче чинників:

- ССЗ (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1)*;
- вік ≥55 років і додатковий СС-ризик або ураження органів-мішеней, як-от альбумінурія, ретинопатія, гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ) (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1);*
- мікросудинні ускладнення (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості: консенсус).*

У дорослих із ЦД 2-го типу, які потребують продовження або корегування лікування для покращення глікемічного контролю, вибір цукрознижувального засобу має бути індивідуальним (відповідно до клінічних пріоритетів). Так, у хворих на ЦД 2-го типу віком ≥60 років, які мають принаймні два чинники СС-ризику, для контролю глікемії слід розглянути можливість додавання арГПП-1 із доведеними перевагами щодо СС-наслідків для зниження ризику МАСЕ, як-от дулаглутид (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*), ліраглутид (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*) та семаглутид підшкірно (*ступінь рекомендації С, рівень доказовості 2*).

Також доцільним може бути призначення іНЗКТГ-2 із підтвердженими кардіоренальними перевагами (якщо рШКФ становить >30 мл/хв/1,73 м^2), як-от дапагліфлозин і канагліфлозин (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*) для зменшення ймовірності госпіталізації з приводу СН, канагліфлозин, дапагліфлозин (*ступінь рекомендації С, рівень доказовості 3*) для

запобігання прогресуванню нефропатії (Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2018).

Якщо пріоритетом є зменшення ймовірності виникнення гіпоглікемії, варто розглянути застосування інкретинів (інгібіторів дипептилпептидази IV чи арГПП-1), іНЗКТГ-2, а також акарбози / піоглітазону або обох як додаткових засобів для покращення контролю глікемії, оскільки зазначені препарати пов'язані з нижчим ризиком гіпоглікемії, ніж інші агенти (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*). Якщо ж у пріоритеті втрата ваги, доцільно призначати арГПП-1 або іНЗКТГ-2 для ад'ювантного лікування (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*).

В осіб, у яких не вдалося досягти цільових глікемічних показників за допомогою неінсулінових цукрознижувальних препаратів, слід розглянути можливість додавання базального режиму введення інсуліну замість попередньо змішаного або болюсного інсуліну, якщо зниження ризику гіпоглікемії або запобігання підвищенню ваги є пріоритетними (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*).

Якщо в дорослих із ЦД 2-го типу, які отримують базальну інсулінотерапію, пріоритетом є мінімізація ризику розвитку гіпоглікемії, необхідно розглянути використання аналогів інсуліну тривалої дії (як-от інсулін гларгін U-100, гларгін U-300, детемір, деглюдек) замість інсуліну НПХ, щоб зменшити ймовірність розвитку нічної та симптоматичної гіпоглікемії (*ступінь рекомендації В, рівень доказовості 2*). Крім того, під час загострення захворювання або проведення деяких обстежень може знадобитися тимчасова корекція фармакотерапії (*ступінь рекомендації А, рівень доказовості 1А*).

Так, слід тимчасово припинити застосування метформіну й іНЗКТГ-2 у разі виникнення загострень, пов'язаних із ризиком зневоднення, або при запровадженні процедур, асоційованих із високою ймовірністю гострого ураження нирок (*ступінь рекомендації D, рівень доказовості: консенсус*).

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Скринінгові та діагностичні стратегії

Для обстеження всіх пацієнтів з АГ слід проводити такі лабораторні дослідження: аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (визначення рівнів калію, натрію і креатиніну), визначення рівня ГПН, HbA_{1C} або обох показників, а також рівня загального холестерину (ХС) сироватки крові, ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), не пов'язаного з ЛПВЩ (не-ЛПВЩ) і тригліцеридів. Також зазвичай проводять стандартну електрокардіографію у 12 відведеннях (*ступінь рекомендації D*). У пацієнтів з АГ й ознаками СН слід виконувати об'єктивне оцінювання ФВ ЛШ за допомогою ехокардіографії або ядерної візуалізації (*ступінь рекомендації D*).

Для оцінювання АТ можна використовувати чотири підходи:

1. Автоматизоване офісне вимірювання АТ є оптимальним методом. Середній САТ ≥135 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 85 мм рт. ст., відображений на пристрої, є високими (*ступінь рекомендації D)*.

2. При вимірюванні АТ перші показники слід відкинути, а останні усереднити. Середній САТ 130-139 мм рт. ст. або середній ДАТ 85-89 мм рт. ст. є високою нормою, а середній САТ ≥140 мм рт. ст. чи ДАТ ≥90 мм рт. ст. є високими значеннями (*ступінь рекомендації С*).

3. У разі амбулаторного моніторингу АТ середній САТ під час неспання ≥135 мм рт. ст. або ДАТ ≥85 мм рт. ст. чи середній 24-годинний САТ ≥130 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 80 мм рт. ст. є високими (*ступінь рекомендації С*).

4. У разі вимірювання АТ у домашніх умовах середній САТ ≥135 мм рт. ст. або ДАТ >85 мм рт. ст. є високими та пов'язані з підвищеним загальним ризиком смертності

(*ступінь рекомендації C*). Отримані показники мають базуватися на серії вимірювань і являти собою середнє значення повторних вимірювань зранку та ввечері впродовж 7-денного періоду. Значення АТ, отримані в перший день, не варто брати до уваги (*ступінь рекомендації D*) (Rabi et al., 2020).

Слід розглянути можливість регулярного вимірювання АТ у домашніх умовах у пацієнтів з АГ, особливо тих, хто має такі стани, як неконтрольована АГ (*ступінь рекомендації B*), ЦД (*ступінь рекомендації D*), ХХН (*ступінь рекомендації C*), ймовірне недотримання режиму лікування (*ступінь рекомендації D*), ефект білого халата, маскована АГ (*ступінь рекомендації C*). У пацієнтів із великою окружністю рук, коли використання стандартних методів вимірювання на плечі неможливе, для визначення АТ може бути доцільним використання валідованих наручних пристроїв (*ступінь рекомендації D*).

Цілі й методи терапії

У пацієнтів віком ≥50 років групи високого ризику із САТ ≥130 мм рт. ст. слід розглянути можливість призначення інтенсивної терапії для досягнення цільового рівня САТ ≤120 мм рт. ст., що має базуватися на офісних вимірюваннях АТ; відбір пацієнтів для інтенсивного лікування має бути ретельним, особливо в певних групах хворих високого ризику (*ступінь рекомендації B*).

За даними D.M. Rabi et al. (2020), антигіпертензивну терапію варто призначати, якщо середні показники САТ ≥160 мм рт. ст. або ДАТ ≥100 мм рт. ст.в осіб без макроваскулярного ураження органів-мішеней або інших чинників СС-ризику (*ступінь рекомендації A*). Крім того, застосування антигіпертензивних засобів є необхідним, якщо середні значення ДАТ ≥90 мм рт. ст. (*ступінь рекомендації A*) або САТ ≥140 мм рт. ст. (*ступінь рекомендації B*) за наявності макросудинних ушкоджень органів-мішеней або інших незалежних чинників СС-ризику.

Початкове лікування передбачає монотерапію або використання комбінації препаратів в одній таблетці. Оптимальними варіантами монотерапії є тіазидний або тіазидоподібний діуретик, при цьому перевагу мають діуретики тривалішої дії (*ступінь рекомендації A*), β-блокатор (у пацієнтів віком <60 років), іАПФ (у пацієнтів не чорної раси), БРА (*ступінь рекомендації B*) або блокатори кальцієвих каналів (БКК) пролонгованої дії (*ступінь рекомендації A*).

Під час вибору варіантів комбінації препаратів в одній таблетці переваги мають іАПФ + БКК, БРА + БКК, а також іАПФ чи БРА + діуретик (*ступінь рекомендації B*). Слід уникати розвитку гіпокаліємії у хворих, які отримують монотерапію тіазидними або тіазидоподібними діуретиками (*ступінь рекомендації B)*.

Якщо досягти цільових рівнів АТ за допомогою монотерапії у стандартних дозах не вдається, варто використовувати додаткові антигіпертензивні препарати (*ступінь рекомендації C*). Як ад'ювантну терапію потрібно призначати препарати першої лінії, серед яких тіазидний або тіазидоподібний діуретик, а також БКК з одним із таких препаратів: іАПФ, або БРА, або β-блокатор (для тіазидного / тіазидоподібного діуретика і дигідропіридинового БКК – *ступінь рекомендації B;* для дигідропіридинового БКК та іАПФ – *ступінь рекомендації A;* усі інші комбінації – *ступінь рекомендації D*).

Слід з обережністю поєднувати недигідропіридиновий БКК і β-блокатор (*ступінь рекомендації D*). Комбінація іАПФ і БРА не рекомендована (*ступінь рекомендації A*). Особам із неускладненою АГ не слід призначати як засоби першої лінії α-блокатори; застосування β-блокаторів не є доцільним як терапія першої лінії у пацієнтів віком ≥60 років із неускладненою АГ (*ступінь рекомендації A*).

Препарати іАПФ не рекомендовано застосовувати як засоби лікування першої лінії у хворих негроїдної раси з неускладненою АГ, однак їх можна використовувати в межах

комбінованої терапії або в пацієнтів із певними супутніми захворюваннями (*ступінь рекомендації А*).

Для осіб із ССЗ чи захворюваннями нирок, зокрема з мікроальбумінурією, або за наявності чинників СС-ризику на додаток до ЦД й АГ, іАПФ або БРА необхідно призначати як початкову терапію (*ступінь рекомендації А*) (Rabi et al., 2020; Lipscombe et al., 2020).

Початкова терапія передбачає застосування таких стратегій:

1. БРА, якщо іАПФ погано переносяться для лікування АГ і СН (*ступінь рекомендації А*).
2. іАПФ або БРА для більшості пацієнтів з АГ та ішемічною хворобою серця (*ступінь рекомендації А*).
3. Вибір комбінованої терапії в осіб з АГ групи високого ризику має ґрунтуватися на індивідуальних особливостях хворих. Використання іАПФ + дигідропіридиновий БКК має переваги перед іАПФ + тіазидний або тіазидоподібний діуретик (*ступінь рекомендації А*).
4. Бета-блокатор або БКК для пацієнтів зі стабільною стенокардією, але без раніше наявної СН, інфаркту міокарда (ІМ) або коронарного шунтування (*ступінь рекомендації В*).
5. Бета-блокатор і іАПФ для хворих, які нещодавно перенесли ІМ. БРА можна застосовувати в пацієнтів із непереносимістю іАПФ (*ступінь рекомендації А*).

Антигіпертензивну терапію рекомендовано за середнього САТ >140 мм рт. ст. або ДАТ >90 мм рт. ст. у вагітних із хронічною, гестаційною АГ або прееклампсією. Початкове лікування має полягати в монотерапії такими препаратами першої лінії, як лабеталол, метилдопа, ніфедипін тривалої дії перорально або інші пероральні β-блокатори (як-от ацебутолол, метопролол, піндолол і пропранолол) (*ступінь рекомендації С*).

У пацієнток, які годують грудьми, застосовують такі антигіпертензивні засоби, як лабеталол, метилдопа, ніфедипін тривалої дії, еналаприл або каптоприл (*ступінь рекомендації D*).

ДИСЛІПІДЕМІЯ

Скринінгові та діагностичні стратегії

За даними G.J. Pearson et al. (2021), скринінг рівнів ліпідів або ліпопротеїнів (натщесерце або не натщесерце) доцільно проводити в чоловіків і жінок віком від 40 років або в будь-якому віці за наявності одного із зазначених вище специфічних захворювань (*сила рекомендації: висока, якість доказів: висока*).

Для вибору оптимальної терапії для зменшення серйозних СС-наслідків у чоловіків і жінок віком від 40 до 75 років слід що п'ять років оцінювати СС-ризик із використанням модифікованої фрамінгемської шкали ризику (FRS) або серцево-судинної моделі очікуваної тривалості життя (CLEM) (*сила рекомендації: висока, якість доказів: висока*). Оцінка ймовірності розвитку СС-подій може бути завершена в разі зміни очікуваного статусу ризику пацієнта (*сила рекомендації: висока, якість доказів: висока*).

У пацієнтів із рівнем тригліцеридів >1,5 ммоль/л як найліпший ліпідний параметр для скринінгу варто замість показника ХС ЛПНЩ використовувати показник ХС не-ЛПВЩ або аполіпротеїн В (АроВ) (*сила рекомендації: висока, якість доказів: помірна*).

Цілі та методи терапії

Лікування дисліпідемії передбачає насамперед модифікацію способу життя пацієнтів і застосування статинів для зниження рівня ХС ЛПНЩ нижче порогових значень, що свідчать про наявність ризику (Pearson et al., 2021).

Для більшості хворих, яким рекомендовано статини для первинної профілактики АССЗ, пороговим є рівень ХС ЛПНЩ <2,0 ммоль/л. Щодо використання статинів для вторинної профілактики (тобто в осіб зі встановленим АССЗ) пороговим значенням є рівень ХС ЛПНЩ 1,8 ммоль/л.