

# Настанова щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією: огляд загальних положень

Торік Європейське товариство з гіпертензії (ESH) оприлюднило клінічну практичну настанову із ведення хворих на АГ, де було узагальнено найкращі наявні докази щодо всіх аспектів виявлення й лікування АГ. Документ є вельми змістовним і великим, тому з метою полегшення сприйняття рекомендацій фахівцями у сфері охорони здоров'я та впровадження у клінічну практику робоча група ESH у 2024 р. розробила стислий формат настанови із найважливішою інформацією. Пропонуємо до вашої уваги огляд її загальних положень щодо діагностики й терапії пацієнтів з АГ (*European Journal of Internal Medicine*, 2024; 126: 1-15).

## ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ НА ОСНОВІ АТ

Точне вимірювання артеріального тиску (АТ) є наріжним каменем діагностики та лікування АГ. Традиційне вимірювання АТ у клініці являє собою найпоширеніший метод оцінки АТ. На основі його рівня проводиться діагностика АГ, сформовано класифікацію АТ, визначено роль АТ як серцево-судинного (СС) фактора ризику та протективний ефект антигіпертензивного лікування, а також встановлено порогові значення АТ і цілі терапевтичних втручань. Моніторинг АТ в амбулаторних і домашніх умовах є важливими методами позаофісного вимірювання АТ. Вони дозволяють отримати необхідну додаткову інформацію для вибору лікування осіб із АГ.

Клінічні показання для амбулаторного та домашнього моніторингу АТ включають стани, за яких АГ «білого халата» зустрічається найчастіше. Це АГ I ст. при вимірюванні офісного АТ та виразне підвищення офісного АТ без ураження органів, опосередкованого АГ (НМОД). Своєю чергою маскована АГ переважно характерна для осіб із високим нормальним офісним АТ та пацієнтів із нормальним офісним АТ та НМОД або високим загальним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ).

У хворих на АГ, які проходять лікування, амбулаторний та домашній моніторинг АТ рекомендований для:

- підтвердження неконтрольованої та справжньої резистентної АГ;
- 24-годинного контролю АТ (особливо у пацієнтів із високим ризиком);
- проведення оцінки симптомів, що вказують на гіпотонію (особливо у літніх осіб).

Також амбулаторний та домашній моніторинг АТ слід виконувати у разі підозри на наявність ортостатичної або постпрандіальної гіпотензії у пацієнтів, які отримують терапію, за підвищення АТ під час фізичних навантажень і значної варіабельності вимірювань офісного АТ.

Специфічні показання для амбулаторного моніторингу АТ включають оцінку нічного АТ та показників АТ у момент зниження: наприклад, на тлі апное уві сні, хронічної хвороби нирок (ХХН), цукрового діабету (ЦД), ендокринної гіпертензії або вегетативної дисфункції. Крім того, амбулаторний контроль АТ є необхідним у пацієнтів, які не здатні / не бажають виконувати надійне вимірювання АТ / занепокоєні постійним самоконтролем АТ. На додаток, такий моніторинг АГ виконують під час обстеження пацієнтів, у котрих розглядається доцільність проведення ренальної денервації, а також у дітей та вагітних.

**ФАКТОРИ, ЯКІ СЛІД ВРАХОВУВАТИ ПРИ АНАЛІЗІ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТА****Особистий анамнез**

- Час вперше встановленого діагнозу АГ, включно із записами про попередні медичні огляди, госпіталізацію
- Стабільний або швидко зростаючий АТ
- Записи поточних і минулих значень домашнього моніторингу АТ
- Антигіпертензивні препарати, які пацієнт приймає зараз та отримувач раніше, включно з відомостями про їх ефективність і непереносимість
- Прихильність до терапії
- Раніше наявна АГ під час вагітності / прееклампсія

**Фактори ризику**

- АГ, ССЗ, інсульт або захворювання нирок у сімейному анамнезі
- Анамнез куріння
- Тип харчування і вживання алкоголю до встановленого діагнозу
- Малорухомий спосіб життя та відсутність фізичної активності
- Набір або втрата ваги в минулому
- Еректильна дисфункція в анамнезі
- Історія сну, хропіння, апное уві сні (інформація також від партнера)
- Стрес
- Тривалий рак

**Історія хвороби, ознаки та симптоми НМОН, ССЗ, інсульту та захворювання нирок**

- Мозок та очі: головний біль, запаморочення, синкопе, погіршення зору, ТІА, дефіцит сенсорних або моторних функцій, інсульт, каротидна реваскуляризація, когнітивні порушення, погіршення пам'яті, деменція (у літніх осіб)
- Серце: біль у грудях, задишка, набряк, ІМ, коронарна реваскуляризація, синкопе, серцебиття в анамнезі, аритмії (особливо ФП), СН
- Нирки: спрага, поліурія, ніктурія, гематурія, інфекції сечовивідних шляхів
- Периферичні артерії: холодні кінцівки, переміжна кульгавість, безболісна ходьба, біль у спокої, виразка або некроз, периферична реваскуляризація
- ХХН у пацієнта або його сім'ї (наприклад, полікістоз нирок)

**Можлива вторинна АГ в анамнезі**

- Початок АГ 2-го або 3-го ст. у молодому віці (<40 років), або раптовий розвиток АГ, або швидке погіршення АТ у пацієнтів похилого віку
- Повторювані захворювання нирок / сечовивідних шляхів в анамнезі
- Повторювані епізоди пітливості, головного болю, тривоги або серцебиття, що вказує на наявність феохромоцитом
- Спонтанна або спровокована діуретиками гіпокаліємія, епізоди м'язової слабкості та тетанії (гіперальдостеронізм) в анамнезі
- Симптоми, що вказують на захворювання щитовидної залози або гіперпаратиреоз
- Поточна або раніше перенесена вагітність, період постменопаузи та використання оральних контрацептивів чи замісної гормональної терапії

**Фармакотерапія (крім антигіпертензивних препаратів)**

- Рекреаційне використання психоактивних речовин, супутня терапія, зокрема безрецептурними препаратами, як-от глюкокортикоїди, НПЗП / інгібітори ЦОГ-2, парацетамол (ацетамінофен), імунодепресанти, протипухлинні засоби, назальні судинозвужувальні ліки

**Примітки:** ТІА – транзиторна ішемічна атака, ІМ – інфаркт міокарда, ФП – фібриляція передсердь, СН – серцева недостатність, НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати.

Таблиця 1. **Чинники, які впливають на СС-ризик у пацієнтів з АГ**

Параметри для стратифікації ризику, включені у SCORE2 та SCORE2-OP	Стать (чоловіки > жінки) Вік Рівень систолічного АТ Куріння (наразі або в минулому) Холестерин, не пов'язаний із ліпопротеїнами високої щільності
Відомі та нові фактори	Сімейний анамнез АГ Особистий анамнез зляканої АГ Сімейний анамнез ранніх ССЗ (у чоловіків віком <55 років, у жінок <65 років) Частота серцевих скорочень (у стані спокою >80 уд./хв) Низька вага при народженні Малорухливий спосіб життя Надмірна вага або ожиріння ЦД Дисліпідемія, високий рівень ліпопротеїну (а) Сечова кислота Несприятливі наслідки вагітності (повторна втрата плода, передчасні пологи, гіпертензивні розлади, гестаційний діабет) Рання менопауза Слабкість, зниження функціональних можливостей Психосоціальні та соціально-економічні фактори Міграція Вплив забруднення повітря або шуму на навколишнє середовище
Додаткові клінічні стани або супутні захворювання	Справжня резистентна АГ Порушення сну (включно з обструктивним апное уві сні) Хронічне обструктивне захворювання легень Подорога Хронічні запальні патології Жирова хвороба печінки, пов'язана із метаболічною дисфункцією Хронічні інфекції (зокрема, тривалий COVID-19) Мігрень Депресивні синдроми Еректильна дисфункція
HMOD	Підвищена жорсткість великих артерій Пульсовий тиск (у літніх осіб) $\geq 60$ мм рт. ст. Швидкість поширення пульсової хвилі між сонною та стегною артеріями $>10$ м/с в осіб середнього віку Наявність негемодинамічно значущої атероматозної бляшки (стенозу) при візуалізації Гіпертрофія лівого шлуночка на ЕКГ (індекс Соколова – Лайона $>35$ мм або R в aVL $\geq 11$ мм; добуток вольтажу та тривалості за Корнеллом (+6 мм у жінок) $>2440$ ммхмс, або добуток вольтажу за Корнеллом $>28$ мм у чоловіків чи $>20$ мм у жінок) Гіпертрофія лівого шлуночка на ЕхоКГ (індекс маси лівого шлуночка: чоловіки $>50$ г/м <sup>2,7</sup> , жінки $>47$ г/м <sup>2,7</sup> (м = зріст у метрах); індексация за площею поверхні тіла може використовуватися у пацієнтів із нормальною вагою: $>115$ г/м <sup>2</sup> у чоловіків і $>95$ г/м <sup>2</sup> у жінок Альбумінурія (30-300 мг/24 год) або підвищення співвідношення альбумін/креатинін у сечі (бажано в ранковий час) – 30-300 мг/г ХХН 3-ї ст. із рШКФ 30-59 мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> Кістково-плечовий індекс $<0,9$ Поширена ретинопатія: крововиливи або ексудати, набряк диску зорового нерва
Встановлені ССЗ та захворювання нирок	Цереброваскулярні захворювання: ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака Ішемічна хвороба серця: інфаркт міокарда, стенокардія, реваскуляризація міокарда Наявність гемодинамічно значущої атероматозної бляшки (стенозу) при візуалізації Серцева недостатність За захворювання периферичних артерій Фібриляція передсердь Тяжка альбумінурія ( $>300$ мг/24 год) або співвідношення альбумін/креатинін у сечі (бажано в ранковий час) $>300$ мг/г ХХН 4/5-ї ст. із рШКФ $<30$ мл/хв/1,73 м <sup>2</sup>
<p><b>Примітки:</b> SCORE – алгоритм оцінки 10-річного ризику смерті від ССЗ; SCORE2 – алгоритм оцінки 10-річного ризику смерті та летальних випадків від ССЗ (інфаркту міокарда, інсульту) в імовірно здорових осіб віком 40-69 років із факторами ризику, які не лікувалися або були стабільними протягом кількох років; ЕхоКГ – ехокардіографія.                  Діастолічний АТ не включено в інструменти SCORE2/SCORE2-OP для оцінки СС-ризиків.                  Адаптовано за G. Mancía et al. (2023)</p>	

Базова оцінка	Розширена оцінка	Коли скерувати пацієнта
<p><b>Анамнез</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Особистий анамнез: пов'язані з АГ фактори, зокрема, асоційовані зі статтю (наприклад, гіпертонічні розлади під час вагітності) та супутні захворювання</li> <li>Фактори СС-ризик</li> <li>Симптоми НМОД, ССЗ, інсульту або ХХН</li> <li>Можлива вторинна АГ</li> <li>Використання інших методів терапії або безрецептурних засобів</li> </ul> <p><b>Фізикальний огляд</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Габітус та індекс маси тіла</li> <li>Ознаки НМОД</li> <li>Ознаки вторинної АГ</li> <li>Частота пульсу в стані спокою</li> <li>Рівень слабкості / функціональних можливостей в осіб похилого та старечого віку</li> </ul> <p><b>Лабораторні тестування</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Аналіз крові:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>креатинін, рШКФ</li> <li>калій і натрій</li> <li>глюкоза та глікований гемоглобін (натще)</li> <li>загальний холестерин, холестерин ліпопротеїнів низької та високої щільності</li> </ul> </li> <li>Аналіз сечі                             <ul style="list-style-type: none"> <li>аналіз сечі за допомогою багатокомпонентного тесту-смужки</li> <li>співвідношення альбумін/креатинін у сечі</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Інші дослідження</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ЕКГ у 12 відведеннях</li> </ul>	<p><b>НМОД (виберіть, якщо це необхідно та доступно)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ехокардіографія</li> <li>Магнітно-резонансна томографія</li> <li>Індексація коронарного кальцію</li> <li>Ультразвукове дослідження</li> <li>Доплерографія</li> <li>Ультразвукове дослідження сонних артерій</li> <li>Швидкість поширення пульсової хвилі</li> <li>Визначення кістково-плечового індексу</li> <li>Комп'ютерна томографія</li> <li>Магнітно-резонансна томографія</li> <li>Оцінка когнітивних функцій</li> <li>Фундоскопія</li> <li>Дослідження мікроциркуляторного русла</li> </ul>	<p><b>До спеціаліста</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>У разі підозри на вторинну АГ (залежно від віку)</li> <li>Щоб виключити вторинну АГ у молодших пацієнтів (&lt;40 років) з АГ 2-го або 3-го ст.</li> <li>За раптового початку або загострення АГ</li> <li>У разі резистентної до лікування АГ</li> <li>За необхідності детальнішої оцінки НМОД, яка може вплинути на прийняття рішень (щодо лікування та подальшого спостереження)</li> <li>У разі гіпертензивних розладів під час вагітності</li> <li>Якщо є потреба у поглибленій оцінці спеціаліста</li> </ul> <p><b>До лікарні</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>У разі гіпертонічних невідкладних станів, як-то тяжка АГ (3-го ст.), що асоційовані з гострою симптоматичною НМОД</li> <li>Якщо наявні тяжка АГ та коморбідні стани, що потребують посиленого контролю АТ, як-от:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>гострий інсульт</li> <li>ускладнена аневризма аорти</li> <li>гостра серцева недостатність</li> <li>гострий коронарний синдром</li> <li>гостра ниркова недостатність</li> </ul> </li> <li>У разі АГ, спричиненої феохромоцитомою або зловживанням психоактивними речовинами</li> <li>Якщо наявні тяжкі форми гіпертонічних розладів під час вагітності, включно із прееклампсією/еклампсією</li> </ul>

**Рис. 1. Алгоритм оцінки відповідно до тяжкості АГ, клінічних обставин та індивідуальних потреб пацієнтів**

Примітка: Адаптовано за ESH (2024)

До специфічних груп для домашнього моніторингу АТ належать: хворі, які пройшли лікування і перебувають під тривалим наглядом, для поліпшення комплаєнсу та контролю АГ, а також пацієнти, що не бажають виконувати амбулаторний моніторинг АТ або відчувають значний дискомфорт під час вимірювань. Амбулаторний та домашній моніторинг АТ проводять у пацієнтів, які мають показання до повторного визначення позаофісного АТ, а також за необхідності підтвердження АГ «білого халата» або маскованої АГ в осіб, які не отримували або отримували лікування.

### ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА

Ретельне обстеження полягає у зборі важливої інформації про особистий та сімейний анамнез пацієнта, будь-які інші фактори й супутні захворювання, які можуть вплинути на їхній АТ, СС-ризик та лікування.

Таблиця 2. **СС-ризик залежно від ступеня та стадії АГ**

Стадія АГ	Інші фактори ризику, ураження органів-мішеней, ССЗ або ХХН	АГ, мм рт. ст.			
		високий нормальний САТ 130-139 і ДАТ 85-89	ступінь 1 САТ 140-159 і ДАТ 90-99	ступінь 2 САТ 160-179 і ДАТ 100-109	ступінь 3 САТ ≥180 і ДАТ ≥110
Стадія 1	Відсутні інші фактори ризику	Низький ризик	Низький ризик	Помірний ризик	Високий ризик
	1 або 2 фактори ризику	Низький ризик	Помірний ризик	Від помірнього до високого ризику	Високий ризик
	≥3 факторів ризику	Від низького до помірнього ризику	Від помірнього до високого ризику	Високий ризик	Високий ризик
Стадія 2	Ураження органів-мішеней, ХХН 2-ї ст. або ЦД	Від помірнього до високого ризику	Високий ризик	Високий ризик	Дуже високий ризик
Стадія 3	Встановлене ССЗ або ХХН ≥4 ст.	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик
<b>Вік</b>	<b>&lt;50 років</b>	<b>50-69 років</b>	<b>≥70 років</b>	Додаткова оцінка ризику на початковому етапі за допомогою SCORE2/SCORE2-OP	
	<2,5%	<5%	<7,5%		
	від 2,5 до <7,5%	від 5 до <10%	від 7,5 до <15%		
	≥7,5%	≥10%	≥15%		

Ці дані мають вирішальне значення для вибору початкового терапевтичного підходу та стратегії подальшого спостереження за хворими.

У зв'язку із високою поширеністю АГ та, отже, великою кількістю пацієнтів, при початковому медичному обстеженні слід віддавати перевагу дослідженням, що є ефективними та широко впроваджуваними у клінічній практиці. Рекомендований алгоритм оцінки відповідно до тяжкості АГ, клінічних обставин та індивідуальних потреб пацієнтів показаний на рисунку 1. Чинники, які впливають на СС-ризик у пацієнтів з АГ, наведено в таблиці 1.

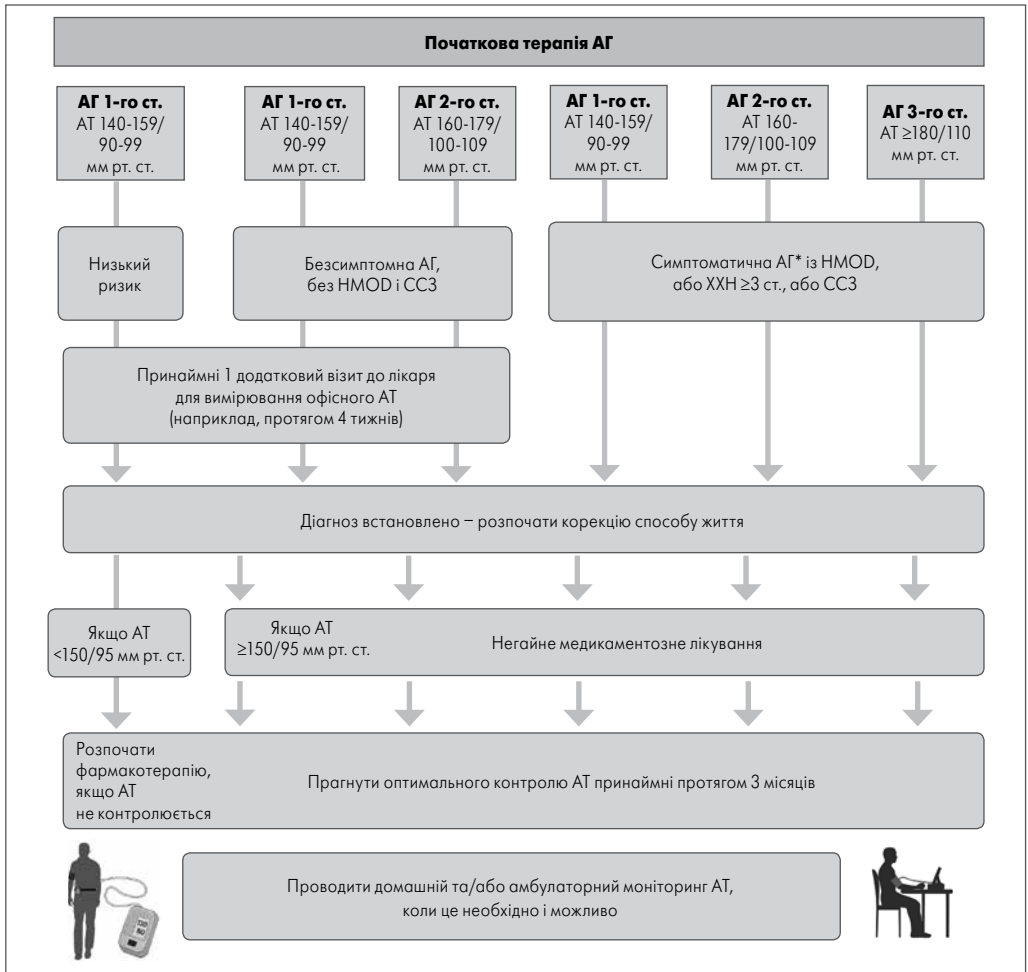
Базова оцінка пацієнтів включає аналіз історії хвороби, фізикальний огляд, лабораторні тестування та запис електрокардіограми у стані спокою (ЕКГ) у 12 відведеннях. Комплексне обстеження дозволяє діагностувати та визначити стадію ХХН шляхом оцінки розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) і співвідношення альбумін/креатинін у сечі, а також наявність гіпертрофії лівого шлуночка за допомогою ЕКГ (хоча й з обмеженою чутливістю). Розширену оцінку НМОД можна виконувати за потреби.

Базове та розширене обстеження пацієнтів має допомогти сімейному лікареві прийняти рішення щодо того, коли пацієнта слід скерувати до вузького спеціаліста з АГ чи у клініку, а також необхідності у стаціонарному лікуванні.

## ВИБІР ТЕРАПІЇ

### Модифікація способу життя

Доведено, що зміни способу життя ефективні для зниження АТ у пацієнтів з АГ. Зокрема, вони можуть мати додаткові переваги, як-от підвищення ефективності антигіпертензивної терапії, поліпшення загального стану СС-системи та зниження ризику інших хронічних захворювань.










**Рис. 3. Стратегія початкової терапії АГ із метою контролю АТ протягом трьох місяців відповідно до індивідуального ризику**

Примітки: \* На додаток до симптомів, пов'язаних із НМОД, можна розглянути інші асоційовані з АГ симптоми, як-то головний біль, задишка, запаморочення або серцебиття.

Адаптовано за ESH (2024)

Модифікація способу життя є важливою для профілактики АГ та асоційована зі сприятливим контролем АТ як монотерапія у певній категорії пацієнтів: із помірною АГ 1-го ст. за систолічного (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) <150/95 мм рт. ст. і низького СС-ризиком. Однак більшість хворих на АГ потребують поєднання корекції способу життя та фармакологічного лікування.

Початкове лікування та подальше спостереження мають здійснюватися відповідно до СС-ризиків пацієнтів з АГ (табл. 2). Стратегія стартової терапії АГ із метою контролю АТ протягом трьох місяців відповідно до індивідуального ризику представлена на рисунку 3. Рекомендовані зміни способу життя разом з їх релевантністю та коментарями щодо застосування відображені на рисунку 4. Загальна тактика лікування пацієнтів з АГ наведена на рисунку 5.

Модифікація способу життя		
Релевантність	Групи пацієнтів та коментарі	Підтримувальні додаткові втручання
<ul style="list-style-type: none"> <li>Запобігання АГ або відстрочення її початку</li> <li>Поліпшення загального здоров'я та благополуччя</li> <li>Зниження АТ</li> <li>Посилення ефекту ліків для зниження АТ</li> <li>Зменшення кількості/ дозування ліків</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Усі пацієнти із діагностованою АГ</li> <li>Особи з АГ «білого халата» або маскованою АГ</li> <li>Пацієнти із високим нормальним АТ</li> <li>Хворі, які потребують індивідуального консультування та підтримки для контролю АТ</li> <li>Призначити втручання із конкретними вказівками, наприклад, щодо інтенсивності й типу вправ</li> <li>Оцінювати, адаптувати та підвищувати інтенсивність за можливості під час подальшого спостереження</li> </ul>	<p><b>Відмова від куріння</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Всім курцям рекомендовано кинути цю згубну звичку</li> <li>Слід надавати пацієнтам підтримку і залучати до програм припинення куріння</li> </ul> 
Основи втручання для зниження АТ		
<p><b>Здорове харчування</b></p> <p><b>Переваги мають:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Середземноморська дієта або DASH</li> <li>Здоровий режим харчування, що включає більше рослинної та менше тваринної їжі</li> <li>Овочі, фрукти, боби, горіхи, насіння та рослинні олії</li> <li>Продукти із нежирним білком (наприклад, риба, птиця)</li> </ul> <p><b>Варто мінімізувати:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Жирне м'ясо, жирні молочні продукти</li> <li>Цукор, солодощі та підсолоджені напої</li> </ul> <p><b>Щоденна фізична активність і регулярні вправи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Включити фізичну активність (наприклад, ходьбу, їзду на велосипеді) у повсякденне життя та зменшити малорухомий спосіб життя (наприклад, менше сидіти)</li> <li>Прагнути до:             <ul style="list-style-type: none"> <li>150-300 хв аеробних вправ на тиждень помірної інтенсивності <b>або</b></li> <li>75-150 хв аеробних вправ на тиждень високої інтенсивності <b>або</b></li> <li>еквівалентне поєднання помірних та інтенсивних навантажень</li> </ul> </li> <li>Додати динамічні вправи на опір (для зміцнення м'язів) 2-3 рази на тиждень</li> <li>Починати повільно та поступово збільшувати кількість/інтенсивність вправ</li> </ul>  	<p><b>Зниження ваги</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Поєднувати низькокалорійне харчування із щоденною фізичною активністю пацієнтам із надмірною вагою або ожирінням</li> <li>Стежити за окружністю талії та вагою</li> </ul>  <p><b>Обмеження споживання натрію</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Натрій переважно споживається у вигляді солі, яка міститься в оброблених продуктах або додається до їжі під час приготування чи до столу</li> <li>Рекомендовано обмежити вживання солі (NaCl) до &lt;5 г (~2 г натрію) або 1 ч. л. на день</li> </ul>  <p><b>Збільшення споживання калію</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Збільшити споживання калію, бажано шляхом модифікації харчування, за винятком пацієнтів з АГ та ХХН на пізній стадії</li> <li>Споживати більше продуктів із високим вмістом калію, як-от біла квасоля (1200 мг/чашку), несолений відварений шпинат (840 мг/чашку), авокадо (708 мг/чашку) та банани (450 мг)</li> <li>Використовувати заміники солі, замінювати NaCl на KCl у пацієнтів, які дотримуються дієти із високим вмістом натрію</li> </ul> <p><b>Обмеження вживання алкоголю</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Обмежити споживання алкоголю до рівня, близького до утримання, особливо якщо споживання становить <math>\geq 3</math> напоїв на день*</li> <li>Уникати надмірного вживання алкоголю (запою)</li> </ul> 	<p><b>Поліпшення контролю стресу</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Зниження стресу за допомогою:             <ul style="list-style-type: none"> <li>регулярної фізичної активності</li> <li>практики усвідомленості (майндфулнес-терапії)</li> <li>технік релаксації, як-от глибоке дихання, медитація, йога або тайцзи</li> </ul> </li> <li>Достатній сон (7-9 год)</li> <li>Вибір індивідуального способу подолання стресу (наприклад, займатися хобі або консультуватися із психологом)</li> <li>Помірне приймання алкоголю і кофеїну, уникання вживання наркотиків</li> </ul> <p><b>Зведення до мінімуму впливу шуму та забруднення повітря</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Зменшення впливу шуму та забруднення повітря у приміщенні</li> <li>Зміна місця, часу і типу діяльності на свіжому повітрі для зменшення впливу забруднення повітря</li> </ul> 

**Рис. 4. Модифікація способу життя у хворих на АГ**

Примітки: DASH – система харчування, суть якої полягає в обмеженні солі та продуктів, багатих натрієм.

\* Стандартна доза алкоголю – це кількість спирту, що містить, наприклад, приблизно 350 мл пива (5%) або 150 мл (12%) вина.

Адаптовано за ESH (2024)

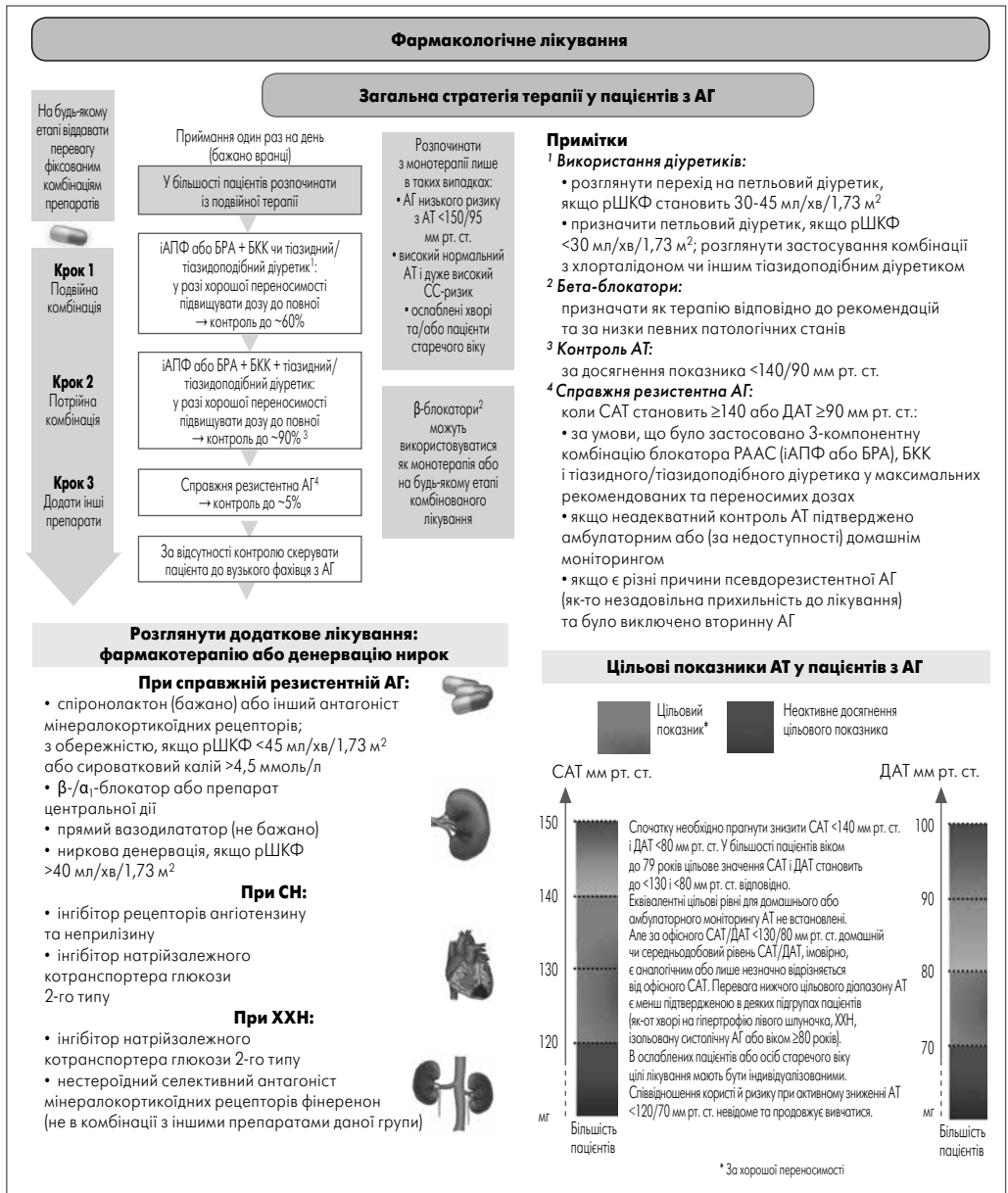


Рис. 5. Загальна стратегія лікування пацієнтів з АГ

Примітка: Адаптовано за ESH (2024)

Основні рекомендовані класи лікарських засобів із метою зниження АТ включають: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА),  $\beta$ -блокатори, блокатори кальцевих каналів (БКК) і тіазидні/тіазидоподібні діуретики. Призначення додаткових методів терапії доцільно розглянути у пацієнтів, які страждають на справжню резистентну АГ, серцеву недостатність та ХХН відповідно до показань.



Окрім того, ниркова денервація може знадобитися у хворих на справжню резистентну АГ та пацієнтів із неконтрольованим АТ незважаючи на застосування комбінованої антигіпертензивної терапії, або якщо медикаментозне лікування пов'язане із серйозними побічними ефектами та погіршує якість життя (якщо рШКФ >40 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>). Загальна стратегія фармакотерапії АГ підходить для великої частки хворих, зокрема осіб із ЦД, пацієнтів після перенесеного інсульту або тих, хто має захворювання периферичних артерій.

### ОЦІНКА ВІДПОВІДІ НА ЛІКУВАННЯ

Важливо оцінювати відповідь пацієнта з АГ на лікування після його початку (через три місяці), а також під час коротко- та довготривалого спостереження, щоб контролювати ефективність терапії та вносити необхідні коригування. Важливими цілями лікування є досягнення контролю АТ (САТ і ДАТ <140 і 80 мм рт. ст. у більшості осіб з АГ) та надалі оптимальний контроль АТ із досягненням індивідуальних цільових показників. Невід'ємними аспектами є також оцінка можливих побічних ефектів терапії (переносимості) і параметрів безпеки, як-от рШКФ і рівень калію в сироватці крові у відповідь на лікування та зміни у профілі факторів ризику, НМОН або супутніх захворювань.

### ВИСНОВКИ

Успішне впровадження рекомендацій щодо ведення пацієнтів з АГ залежить від багатьох факторів, включно із національними/регіональними можливостями та наявними проблемами у системі охорони здоров'я. Робоча група ESH сподівається, що цей документ відіграватиме вагомую роль у поліпшенні та вдосконаленні лікування АГ.

*Підготувала **Олена Коробка***

*Оригінальний текст документа читайте на сайті  
[www.ejinme.com](http://www.ejinme.com)*