

Рекомендації з діагностики й терапії артеріальної гіпертензії в умовах первинної медичної допомоги

Артеріальна гіпертензія (АГ) – поширений модифікований фактор ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) і смерті. За статистичними даними, нині АГ діагностується приблизно в кожного четвертого дорослого пацієнта. Нажаль, останніми роками спостерігається тривожна тенденція до зниження рівня терапії та досягнення цільових показників артеріального тиску (АТ) у популяції. Лікування більшості випадків АГ доступне в межах первинної медичної допомоги (ПМД), тому для його поліпшення потрібна пріоритизація ПМД. Із цією метою організація *Hypertension Canada* впровадила новий підхід до створення клінічних рекомендацій. На додаток до розширеної настанови, у травні 2025 р. було розроблено спеціалізовану версію, орієнтовану саме на лікарів первинної ланки, яка містить прагматичні рекомендації щодо діагностики й лікування АГ у дорослих пацієнтів для ефективного застосування у щоденній практиці. Пропонуємо до вашої уваги адаптований переклад цього документа.

Під час формування цих рекомендацій було використано структуру Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) HEARTS, що включає консультування щодо здорового способу життя, протоколи лікування на основі доказів, доступ до основних препаратів і технологій, контроль серцево-судинного ризику (ССР), командну модель надання допомоги та системи моніторингу. Структура HEARTS покликана підвищити загальний рівень контролю АТ та зменшити тягар ССЗ у популяції. Вона містить принципи оптимальної діагностики та спрощені алгоритми лікування дорослих пацієнтів на рівні ПМД із подальшим моніторингом і оцінкою результатів (ВООЗ, 2020). Також при створенні настанови було використано Систему класифікації, оцінки, розробки та експертизи рекомендацій (GRADE), яка забезпечує стандартизований підхід до визначення якості доказів і сили рекомендацій (таблиця) (Guyatt et al., 2008).

Таблиця. **Сила рекомендацій та достовірність доказів згідно із системою GRADE**

Сила рекомендації	Тлумачення
Сильна	Бажані ефекти або наслідки втручання чітко переважають над небажаними
Умовна	Бажані ефекти або наслідки втручання, ймовірно, переважають над небажаними
Достовірність доказів	Тлумачення
Висока	Висока впевненість, що справжній ефект близький до оціненого
Помірна	Справжній ефект, можливо, близький до оціненого, але існує ймовірність суттєвих відмінностей
Низька	Справжній ефект може суттєво відрізнятися від оціненого
Дуже низька	Справжній ефект, ймовірно, суттєво відрізняється від оціненого

АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ



АТ слід вимірювати за допомогою валідованого автоматичного приладу із застосуванням стандартизованої методики (сильна рекомендація, докази помірної достовірності).

Оскільки виявлення та лікування АГ ґрунтується на точному вимірюванні АТ, критично важливо використовувати валідований прилад, достовірність якого підтверджено. Серед переваг автоматизованих осцилометричних пристроїв – легкість у користуванні, зменшення ймовірності людської похибки та уникнення упередженості щодо останньої цифри (схильність до округлення), а також вища відтворюваність результатів порівняно з аускультативними сфігмоманометрами (Muntner et al., 2019). Валідованість приладу передбачає доведену відповідність його результатів даним ретельно виконаного ручного аускультативного вимірювання. Існують винятки, коли автоматичні прилади не забезпечують точності вимірювання, зокрема у пацієнтів із персистувальними або численними аритміями та у популяціях, де прилад не проходив валідації (діти або вагітні не розглядаються у даних рекомендаціях) (Stergiou et al., 2018).

Навіть при використанні валідованого автоматичного приладу на точність вимірювання може впливати значна кількість чинників (Ishigami et al., 2023; Liu et al., 2024). Дотримання стандартизованої методики з належною підготовкою пацієнта, правильною позицією тіла, відповідним обладнанням і багаторазовим вимірюванням із розрахунком середнього значення дозволяє знизити варіабельність результатів (рис. 1) (Cheung et al., 2023).

Оптимальна кількість вимірювань залишається невизначеною, хоча у більшості сучасних клінічних досліджень використовується протокол із 5-хвилинним періодом спокою в положенні сидючи із подальшим проведенням трьох вимірювань з інтервалом у хвилину (Bi et al., 2025).



Необхідно проводити амбулаторне моніторування АТ або вимірювання вдома із метою підтвердження діагнозу АГ або виявлення АГ «білого халата» чи маскованої АГ (сильна рекомендація, помірна достовірність доказів).

Позаофісні методи вимірювання, амбулаторний моніторинг або визначення АТ у домашніх умовах є корисними для підтвердження діагнозу АГ у разі підвищених офісних показників АТ. Амбулаторний моніторинг передбачає вимірювання АТ що 20-30 хв протягом дня і ночі (Rabi et al., 2020). Стандартний протокол визначення АТ у домашніх умовах включає подвійне вимірювання АТ двічі на добу протягом семи днів.

Позаофісне вимірювання АТ необхідне для виявлення поширених фенотипів АТ, як-от:

- АГ «білого халата» – підвищення АТ лише в умовах клініки при нормальних значеннях вдома, що спостерігається у 15-30% пацієнтів із підвищеним офісним АТ (Franklin et al., 2013);
- маскована АГ – підвищення АТ поза клінікою за нормальних показників у клініці, поширеність становить 10-15% (Thakkar et al., 2020).

Якщо позаофісне вимірювання АТ неможливе через обмежену доступність, фінансові труднощі або відсутність належних навичок у пацієнтів чи осіб, що надають догляд, діагноз АГ можна підтвердити за допомогою повторних вимірювань АТ у клініці з дотриманням стандартизованої методики. Дана рекомендація підкреслює високу цінність мінімізації помилок у діагностиці АГ, пов'язаних з АГ «білого халата» або масковою АГ, що можуть призводити до необґрунтованого призначення терапії або пропущених випадків захворювання.



АГ у дорослих варто визначати при рівнях АТ $\geq 130/80$ мм рт. ст., виміряних валідованим приладом за оптимальних умов (сильна рекомендація, помірна достовірність доказів).

У даній настанові порогове значення АТ для визначення діагнозу АГ у дорослих встановлене на рівні $\geq 130/80$ мм рт. ст., що є нижчим за попередній поріг, рекомендований Hypertension Canada (Rabi et al., 2020). Це нове визначення обґрунтоване результатами обсерваційних і рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), які демонструють зв'язок між рівнем АТ і ступенем ССР.

Згідно із метааналізом перспективних досліджень, відносний ризик виникнення серйозних СС-подій у пацієнтів з АТ $\geq 130-139/85-89$ мм рт. ст. є у 1,5-2 рази вищим, ніж при АТ $< 120/80$ мм рт. ст. і суттєво вищим, ніж у тих, чий показник перебуває в межах $120-129/80-84$ мм рт. ст. (Guo et al., 2013). Слід зауважити, що наслідком такого встановлення меж рівнів АТ може бути збільшення кількості пацієнтів, яким буде встановлено діагноз АГ. Проте дана рекомендація підкреслює переваги більш раннього початку спостереження та лікування для профілактики довготривалих ускладнень.



Для всіх дорослих з АГ доцільною є модифікація способу життя з метою зниження АТ (сильна рекомендація, висока достовірність доказів).

Нездорові звички способу життя відіграють ключову роль у розвитку АГ та пов'язаних із нею СС-ускладнень і смертності. Тому модифікація способу життя має бути рекомендована всім пацієнтам з АГ.

Обмеження споживання солі. Споживання натрію має майже лінійний дозозалежний зв'язок із рівнем АТ. Дані РКД показують, що зменшення вживання натрію за допомогою заміни солі у пацієнтів віком від 60 років з АГ та перенесеним інсультом знижувало ризик серйозних СС-подій на 13% і загальну смертність на 12% протягом приблизно п'яти років (Neal et al., 2021). ВООЗ рекомендує обмежити споживання натрію до < 2 г/добу.

Підвищення споживання калію. Достатнє надходження калію (переважно за рахунок фруктів і овочів) пов'язане зі зниженням АТ та ССР (Mente et al., 2018). ВООЗ рекомендує вживати понад 3,5 г калію на добу.

Оптимальна техніка вимірювання АТ

- ✓ Положення сидіння
- ✓ Спина спирається на стілець
- ✓ Рука оголена й повністю лежить на твердій поверхні
- ✓ Манжета пристрою відповідає окружності руки
- ✓ Середина манжети – на рівні серця
- ✓ Нижній край манжети – на 3 см вище ліктьової ямки
- ✓ Пацієнт не має розмовляти чи рухатися під час вимірювання
- ✓ Ноги не схрещені
- ✓ Стопи повністю стоять на підлозі

Належна підготовка

- У кімнаті тихо та спокійно
- Слід утриматися від вживання кофеїну, тютюну або фізичних навантажень за 30 хв до вимірювання

Відповідне обладнання

- Валідований автоматичний прилад для вимірювання АТ
- Широкий вибір розмірів манжет для правильного підбору

Стандартизований протокол вимірювання АТ

- За можливості витримати період спокою 1-5 хв перед вимірюванням
- Виміряти АТ тричі з інтервалом 1 хв
- Обчислити середнє значення і задокументувати результат

Рис. 1. Оптимальна техніка вимірювання АТ

У пацієнтів із хронічною хворобою нирок або тих, хто приймає препарати, що підвищують рівень калію – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА), антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, слід проводити лабораторний контроль рівня калію у крові.

Зменшення маси тіла. АГ часто поєднується з ожирінням ($IMT \geq 30$ кг/м²), і зниження ваги у таких випадках покращує контроль АТ. Метааналіз РКД показав, що зменшення маси тіла за допомогою дієти у дорослих з АГ та ожирінням супроводжується середнім зниженням систолічного АТ (САТ) на 4,5 мм рт. ст., а діастолічного АТ (ДАТ) – на 3,2 мм рт. ст., причому ефект є дозозалежним від обсягу втрати ваги (Semlitsch et al., 2021). Препарати для зменшення маси тіла, зокрема агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1, також ефективно знижують АТ. Наприклад, у РКД із застосуванням семаглутиду в дорослих із надмірною вагою або ожирінням було продемонстровано зменшення маси тіла на 12% і супутнє зниження САТ у середньому на 5,1 мм рт. ст. (Wilding et al., 2021).

Фізична активність. Регулярні фізичні вправи сприяють зниженню АТ. Найбільш вивченим типом є динамічне аеробне навантаження. Згідно із даними метааналізів, середнє зниження САТ і ДАТ у пацієнтів з АГ становить 6,9 і 4,9 мм рт. ст. відповідно. ВООЗ рекомендує принаймні 150-300 хв помірної аеробної активності щотижня (Rabi et al., 2020).

Вживання алкоголю. Зменшення вживання алкоголю знижує АТ у дозозалежний спосіб. За результатами метааналізу, в дорослих, які споживають до двох доз алкогольних напоїв на день, зниження дози алкоголю не має ефекту на АТ. Проте при вживанні 3 або ≥ 6 доз напоїв на день зменшення приймання алкоголю асоційоване зі зниженням САТ від 1,2 до 5,5 мм рт. ст. (Liu et al., 2020).

Куріння. Хоча вплив куріння на рівень АТ є помірним, усім пацієнтам з АГ слід рекомендувати повну відмову від куріння із метою зниження ССР і смертності (Yang et al., 2022).

Таким чином, дотримання здорового способу життя має фундаментальне значення для ведення пацієнтів з АГ та широкий спектр переваг, що виходять за межі лише контролю АТ. Ця рекомендація відображає високу цінність немедикаментозних втручань, які сприяють загальному поліпшенню здоров'я та зниженню ССР.

У настанові не надається перевага жодному із компонентів здорового способу життя, які можуть сприяти зниженню АТ. Це дозволяє враховувати індивідуальні вподобання та можливості пацієнтів при виборі змін, які вони готові впроваджувати.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ



Необхідно розпочинати медикаментозну терапію при АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. або САТ 130-139 мм рт. ст. у пацієнтів із високим ризиком ССЗ (сильна рекомендація, висока достовірність доказів).

У разі підтвердженого діагнозу АГ із показником АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. слід розпочати медикаментозне лікування. Це підкріплено даними РКД, відповідно до яких у таких пацієнтів застосування фармакотерапії асоційоване зі зниженням ризику інсульту на 28% та рівня загальної смертності на 22% протягом п'яти років незалежно від початкового ССР (Sundstrom et al., 2015).

Медикаментозне лікування також рекомендовано розпочинати у дорослих пацієнтів із САТ 130-139 мм рт. ст. за наявності високого ризику ССЗ. За даними метааналізів РКД,

в осіб із високим вихідним ризиком фармакотерапія в межах цього діапазону АТ достовірно зменшує ймовірність серйозних СС-подій насамперед за рахунок зниження ризику інсульту на 60% при кожному зниженні САТ на 10 мм рт. ст. (Thomopoulos et al., 2017).

До факторів, що визначають високий ССР, належать (ESC, 2024):

1. Діагностоване ССЗ (ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, цереброваскулярна патологія, захворювання периферичних артерій).
2. Цукровий діабет 1-го або 2-го типу.
3. Хронічна хвороба нирок (розрахункова швидкість клубочкової фільтрації <60 мл/хв/1,73 м² або альбумінурія ≥ 3 мг/ммоль).
4. Показник $\geq 20\%$ за фремінгемською шкалою 10-річного ризику.
5. Вік ≥ 75 років.

Лікарі мають пояснювати пацієнтам, що медикаментозна терапія призначається на додачу до змін способу життя, а не замість них. Успішна модифікація способу життя може в майбутньому дати змогу поступово зменшити дозу або навіть скасувати призначені препарати. В осіб із САТ 130-139 мм рт. ст. без високого ССР на початковому етапі слід зосередитися виключно на немедикаментозних заходах. Контроль АТ варто проводити повторно через 3-6 місяців. Якщо показники залишаються в тому самому діапазоні, а ризик не змінюється, рекомендоване повторне вимірювання щод 6-12 місяців.

Основна цінність цієї рекомендації – запобігання розвитку ускладнень, пов'язаних з підвищенням АТ, особливо у пацієнтів із найвищим ССР. Водночас підкреслено, що доведена користь фармакотерапії в осіб із помірно підвищеним АТ (130-139 мм рт. ст.) без факторів високого ризику залишається обмеженою.



Із метою досягнення цільового САТ <130 мм рт. ст. доцільно застосовувати зміни способу життя з/без фармакотерапії за умови сприятливої переносимості (сильна рекомендація, висока достовірність доказів).

Цільовий рівень САТ <130 мм рт. ст. ґрунтується на сучасних даних, отриманих у процесі РКД, які чітко підтверджують користь інтенсивнішого контролю АТ (Liu et al., 2024; Vaduganathan et al., 2020). У нещодавньому великому метааналізі РКД, де порівнювалися різні цільові рівні АТ, встановлено, що при зниженні цільового САТ до <130 мм рт. ст. спостерігалось зниження ризику серйозних СС-подій на 22% та загальної смертності на 11%. Також показано, що рівень САТ <120 мм рт. ст. порівняно із цільовим <140 мм рт. ст. асоційований зі зниженням ССР на 18% та можливим зменшенням загальної смертності (Whelton et al., 2024).

У рекомендаціях не встановлено чіткої цільової межі для ДАТ, оскільки, за наявними даними досліджень, дорослі з САТ <130 мм рт. ст. мають низький ССР навіть за ДАТ у межах 70-90 мм рт. ст. (Beddhu et al., 2018).

Хоча РКД підтверджують ефективність інтенсивного контролю АТ у зниженні ризику СС-подій і смертності, його впровадження слід збалансувати із можливими побічними ефектами, як-от симптоматична гіпотензія, синкопе, травматичні падіння, електролітні порушення, гостре ураження нирок (Vaduganathan et al., 2020; Lewis et al., 2021). У низці клінічних ситуацій цільовий САТ <130 мм рт. ст. може бути недоцільним, наприклад, за виразної «крихкості» пацієнта (остеопороз), високого ризику падінь, ортостатичної гіпотензії, паліативних цілей лікування. У таких випадках доцільно індивідуально визначати максимально допустимо низький рівень АТ з урахуванням клінічної доцільності та безпеки.

! У пацієнтів, які потребують фармакотерапії, варто починати з низькодозової комбінації препаратів (бажано в одній таблетці), що включає ліки двох із трьох взаємодоповнювальних класів, як-от: іАПФ чи БРА, тіазидний/тіазидоподібний діуретик або дигідропіридиновий блокатор кальцієвих каналів (БКК) тривалої дії (сильна рекомендація, помірна достовірність доказів).

Препарати таких класів, як іАПФ або БРА, тіазидні/тіазидоподібні діуретики, дигідропіридинові БКК та β -блокатори знижують АТ подібною мірою та забезпечують ефективне зниження ССР за умови їх застосування в оптимальних дозах (Ettehad et al., 2016). Однак ступінь зниження ССР, особливо ризику інсульту, є нижчим при використанні β -блокаторів, і вони частіше скасовуються через побічні реакції (Wiysonge et al., 2017). З огляду на менш сприятливе співвідношення користі й ризику, β -блокатори не рекомендовані як засоби першої лінії для лікування АГ, якщо відсутні специфічні клінічні показання, такі як серцева недостатність, стенокардія, перенесений інфаркт міокарда або необхідність контролю частоти/ритму серця (Andrade et al., 2020; McDonald et al., 2021). Натомість іАПФ або БРА, тіазидні чи тіазидоподібні діуретики та дигідропіридинові БКК добре переносяться, демонструють зіставну ефективність щодо зниження ССР та мають розглядатися як препарати першої лінії (Ettehad et al., 2016).

Слід зазначити, що іАПФ та БРА є тератогенними, особливо при застосуванні у другому або третьому триместрі вагітності. Тому слід уникати їх приймання або припиняти терапію у всіх пацієнток, які вагітні або планують вагітність (Fitton et al., 2017). Усі жінки репродуктивного віку мають бути поінформовані про ризик тератогенності іАПФ та БРА в межах процесу спільного прийняття рішень.

Раніше тіазидоподібні діуретики вважалися ефективнішими за тіазидні. Однак дані РКД, в якому порівнювали хлорталідон і гідрохлортіазид, продемонстрували подібну ефективність препаратів щодо запобігання СС-подіям. При цьому частота гіпокаліємії була вищою у групі хлорталідону (Ishani et al., 2022).

Рекомендоване початкове призначення комбінованої терапії, оптимально у вигляді препаратів в одній таблетці, що включає іАПФ або БРА в поєднанні з тіазидним чи тіазидоподібним діуретиком або дигідропіридиновим БКК для дорослих, які потребують медикаментозного лікування АГ. Близько 70% дорослих хворих на АГ потребують застосування більш ніж одного класу антигіпертензивних препаратів для досягнення контролю АТ, і ця частка зростатиме в міру зниження цільових рівнів (Gu et al., 2012). Комбінація препаратів у низьких дозах із різних класів забезпечує адитивний ефект у зниженні АТ та зменшує ймовірність виникнення побічних реакцій. Дані метааналізів показують, що фіксовані комбінації препаратів знижують САТ у середньому на 4 мм рт. ст. краще, ніж вільні комбінації еквівалентних доз (Parati et al., 2021). Крім того, контроль АТ досягається приблизно на третину частіше при застосуванні комбінації ліків в одній таблетці порівняно із монотерапією різними препаратами. Застосування фіксованих комбінацій порівняно із поєднанням різних лікарських засобів асоційоване зі значно ліпшою прихильністю до терапії та тенденцією до її більшої тривалості (Salam et al., 2019; Rea et al., 2018).

Що стосується потенційних побічних ефектів, метааналізи показали, що рівень відміни лікування через небажані явища не відрізняється між фіксованими комбінаціями та окремими препаратами, а також порівняно зі стандартною монотерапією (Salam et al., 2019).

Таким чином, рекомендовано призначати лікування комбінацією ефективних і добре переносимих препаратів із метою зменшення терапевтичної інерції та збільшення часу, протягом якого АТ перебуває в цільовому діапазоні. Фіксовані комбінації в одній таблетці часто доступні за нижчою ціною, ніж препарати окремо.

! Якщо АТ залишається вищим за цільовий рівень незважаючи на застосування комбінації ліків, потрібно призначити трикомпонентну терапію: іАПФ або БРА, тіазидний/тіазидоподібний діуретик та дигідропіридиновий БКК тривалої дії (сильна рекомендація, помірна достовірність доказів).

Необхідно зазначити, що беручи до уваги описані переваги цих класів препаратів щодо зниження АТ та ССР, таку комбінацію рекомендовано як оптимальну трикомпонентну терапію для дорослих з АГ, що потребують медикаментозного лікування (MacDonald et al., 2017). У випадках, коли для досягнення цільового рівня АТ потрібні три препарати, слід використовувати всі три вказані класи, оскільки вони є взаємодоповнювальними й мають доведену ефективність. Не рекомендовано застосовувати разом іАПФ та БРА, оскільки це підвищує ризик розвитку побічних явищ, таких як гіперкаліємія, гостре ураження нирок, гіпотензія та синкопе, а також не має клінічної користі (Fried et al., 2013).

Нещодавно в РКД було показано, що фіксована комбінація трьох препаратів в одній таблетці (іАПФ або БРА + тіазидний діуретик + дигідропіридиновий БКК) ефективно покращує контроль АГ, але наразі така форма доступна не в усіх країнах (Ojji et al., 2024; Rodgers et al., 2024).

! Якщо АТ залишається вище за цільовий рівень незважаючи на застосування максимально переносимих доз трикомпонентної терапії (іАПФ або БРА + тіазидний/тіазидоподібний діуретик + дигідропіридиновий БКК тривалої дії), рекомендоване додавання спіронолактону (умовна рекомендація, помірна достовірність доказів).

Резистентна АГ діагностується тоді, коли АТ залишається вищим за цільовий рівень попри належне дотримання комбінованої терапії, що включає іАПФ або БРА, тіазидний/тіазидоподібний діуретик і БКК у максимальних переносимих дозах (McEvoy et al., 2024). У такій ситуації додавання спіронолактону забезпечує суттєво краще зниження АТ, ніж альтернативні препарати четвертої лінії.

За результатами РКД PATHWAY-2, серед дорослих із резистентною АГ середнє зниження САТ було суттєвим при застосуванні спіронолактону, ніж плацебо, доксазозину чи бісопрололу. Подальший аналіз показав, що переваги спіронолактону пов'язані з високою поширеністю дисрегуляції секреції альдостерону в пацієнтів із резистентною АГ (Williams et al., 2018). Проте наразі не існує проспективних досліджень, які б продемонстрували переваги спіронолактону щодо зниження рівня СС-смертності або ускладнень порівняно з іншими препаратами.

У дослідженні PATHWAY-2 не було виявлено різниці щодо частоти серйозних побічних реакцій або припинення лікування через небажані явища між спіронолактоном і доксазозиним, бісопрололом або плацебо (Williams et al., 2015). Проте спіронолактон підвищує ризик гіперкаліємії, особливо в осіб із хронічною хворобою нирок, а також у тих, хто одночасно приймає іАПФ або БРА (Hundemer et al., 2021). Тому рекомендовано проводити моніторинг рівня калію в сироватці через 2-4 тижні після початку терапії або при будь-якій зміні дози спіронолактону. Через антиандрогенну дію пацієнтів чоловічої статі слід попереджати про ризик гінекомастії. У хворих на резистентну АГ слід розглядати можливість обстеження на предмет вторинних причин АГ та скерування до кардіолога. Зокрема, враховуючи високу поширеність первинного гіперальдостеронізму в цій популяції, варто проводити скринінг із визначенням рівня альдостерону та реніну, бажано до початку терапії спіронолактоном (Cohen et al., 2021; Brown et al., 2020).

У рекомендаціях підкреслено високу пріоритетність доведеного ефекту спіронолактону щодо зниження АТ порівняно з іншими препаратами четвертої лінії. Менша сила рекомендації відображає обмеженість даних щодо довготривалих СС-наслідків, а також можливі побічні явища (як-от гіперкаліємія, гінекомастія), яким було надано нижчий пріоритет порівняно із користю лікування.

Як зазначалося вище, у процесі підготовки цих рекомендацій було використано структуру HEARTS для розробки алгоритмів діагностики (рис. 2) та лікування (рис. 3) АГ на етапі ПМД (ВООЗ, 2020). Стандартизовані протоколи довели свою ефективність у поліпшенні контролю АТ на популяційному рівні. Згідно з останнім метааналізом РКД, застосування стандартизованих протоколів лікування приводить до зниження середнього САТ на 6,7 мм рт. ст. та ДАТ на 2,6 мм рт. ст. порівняно зі звичайною практикою (Schunemann et al., 2015).

При розробці рекомендацій щодо вибору препаратів у межах алгоритму було враховано: ефективність, переносимість, вартість, страхове покриття, доступність, захист від майбутніх дефіцитів, можливість поділу таблетки. З урахуванням цих критеріїв на сьогодні рекомендованою початковою терапією є ірбесартан + гідрохлортіазид у формі фіксованої комбінації в одній таблетці. Проте ця рекомендація підлягатиме регулярному перегляду залежно від наявності нових препаратів і появи економічно вигідніших варіантів. Наразі доступні такі фіксовані комбінації антигіпертензивних препаратів:

- БРА + тіазидний або тіазидоподібний діуретик – ірбесартан + гідрохлортіазид, телмісартан + гідрохлортіазид, олмесартан + гідрохлортіазид, кандесартан + гідрохлортіазид;

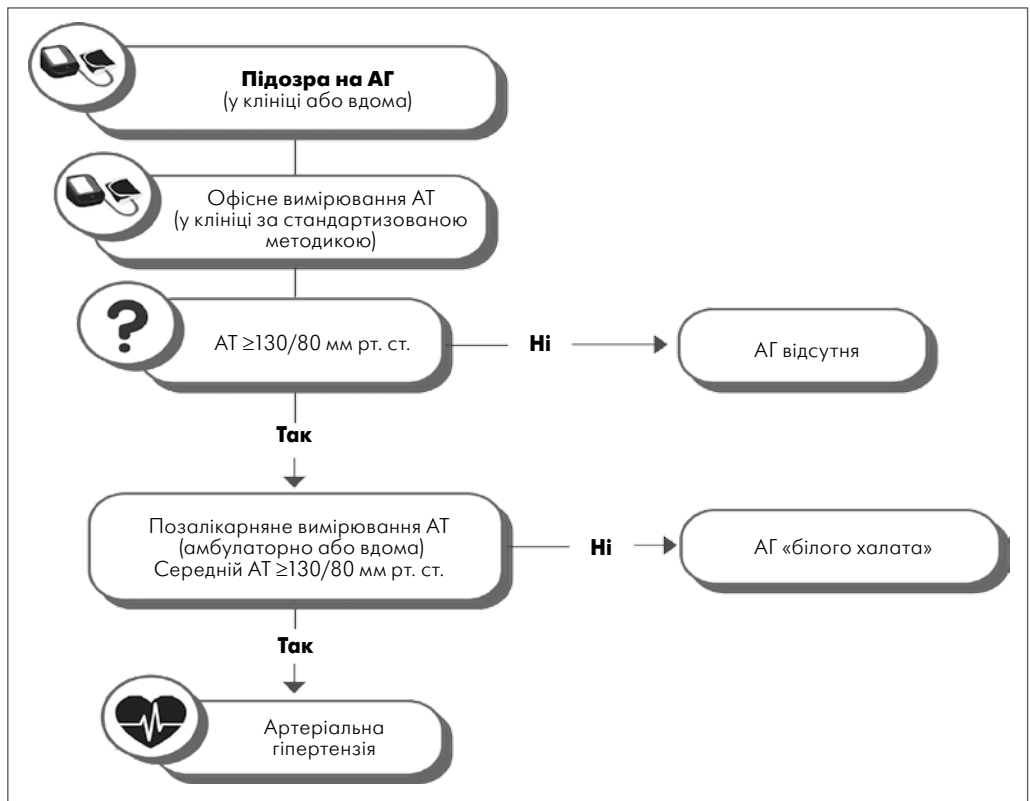


Рис. 2. Алгоритм діагностики АГ в умовах ПМД

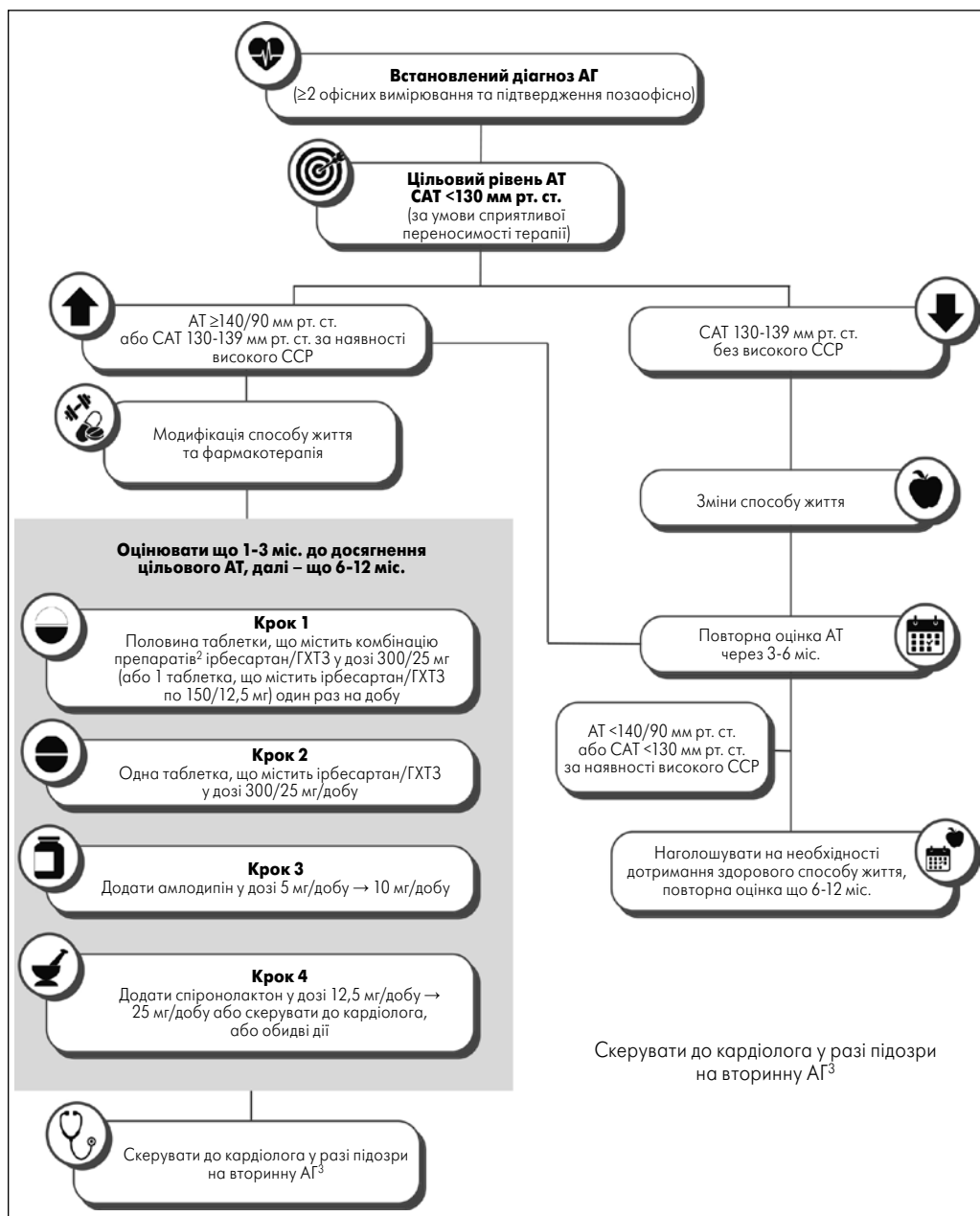


Рис. 3. Алгоритм лікування АГ у межах ПМД¹

Примітки: ГХТЗ – гідрохлортіазид.

¹ Даний алгоритм не призначений для використання у вагітних.

² Початкова терапія у формі однієї таблетки із двома компонентами є пріоритетною, якщо така доступна. Якщо ні – дозволено застосовувати два окремі препарати, при цьому перевагу має тіазидоподібний діуретик тривалої дії над класичним тіазидом. У пацієнтів із високим ризиком симптоматичної гіпотензії рекомендовано починати лікування з одного засобу. У всіх пацієнток, які вагітні або планують вагітність, використання іАПФ і БРА слід уникати або відмінити.

³ Причини скерування до спеціаліста із підозрою на вторинну АГ включають такі, як: незрозуміле або раптове підвищення АТ, гіпокаліємія, адреналінова пухлина чи шум над червонною аортою, гостре ураження нирок після початку антигіпертензивної терапії, тяжка або злоякісна АГ, АГ у молодому віці, резистентна АГ.

- іАПФ + тіазидний або тіазидоподібний діуретик – лізіноприл + гідрохлортіазид, периндоприл + індапамід;
- БРА + дигідропіридиновий БКК тривалої дії – телмісартан + амлодипін.

Необхідно зазначити, що вартість фіксованої комбінації зазвичай є нижчою, ніж сукупна вартість окремих її компонентів.

Слід також враховувати, що зниження порогових значень АТ як для визначення АГ, так і для цільового лікування призведе до зростання кількості пацієнтів із діагнозом АГ. Це може мати негативні наслідки для пацієнтів, як-от психологічне навантаження, стигматизація, обмеження при страхуванні (Rabi et al., 2020). Водночас вважається, що сучасні дані обґрунтовують доцільність використання нижчих порогів, оскільки це сприятиме ранньому виявленню та лікуванню АГ, що, своєю чергою, допоможе знизити частоту СС-ускладнень у довгостроковій перспективі.

Hypertension Canada планує оновлювати ці клінічні рекомендації у разі появи нових релевантних даних щодо діагностики й лікування АГ або при появі нових економічно доцільних комбінацій антигіпертензивних препаратів на фармацевтичному ринку.

ВИСНОВКИ

Метою настанови Hypertension Canada було надання практичних рекомендацій та алгоритмів, що ґрунтуються на доказах, спрямованих на підвищення стандартів ведення пацієнтів з АГ в умовах ПМД. В основу документа покладені узагальнені докази та адаптовані рекомендації Американської асоціації серця (АНА), Європейського товариства кардіологів (ESC) та ВООЗ щодо діагностики й лікування АГ (Whelton et al., 2018; McEvoy et al., 2024; ВООЗ, 2021). На відміну від рекомендацій Hypertension Canada 2020 р., у цій версії зроблено акцент на початковій комбінованій терапії в низьких дозах (Rabi et al., 2020).

Крім того, на етапі розробки рекомендацій поширеним запитом від лікарів ПМД було надати єдине визначення порогового значення АТ для встановлення АГ та єдиного цільового рівня АТ для початку лікування. Тому, на відміну від попередньої канадської настанови 2020 р., але відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій та оновлених доказів на користь інтенсивнішого зниження АТ, у даній версії прийняте визначення АГ як АТ $\geq 130/80$ мм рт. ст. та цільове значення для терапії – САТ < 130 мм рт. ст.

Ефективне впровадження рекомендацій Hypertension Canada сприятиме поліпшенню лікування та контролю АТ на популяційному рівні.

Підготувала Ірина Климась

*Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.cmaj.ca*