

Глобальні практичні рекомендації Міжнародного товариства гіпертензії, 2020 (вибрані положення)

РОЗДІЛ 8. ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗІЇ

8.1 Модифікація способу життя

Вибір здорового способу життя може запобігти або затримати розвиток підвищеного АТ і може зменшити ризики серцево-судинних захворювань. Зміна способу життя є також першою лінією антигіпертензивного лікування. Зміни способу життя можуть також посилити ефекти медикаментозного антигіпертензивного лікування.

Сезонні коливання АТ

Артеріальному тиску властиві сезонні коливання, що проявляється зниженням рівня тиску при вищих температурах і підвищенням АТ при нижчих температурах. Подібні зміни відбуваються у людей, які подорожують із холодних місць у місця зі спекотним кліматом або навпаки. Мета-аналіз показав середнє зниження АТ влітку на 5/3 мм рт. ст. (систоличний / діастолічний). Зміни АТ більш виражені у хворих на гіпертензію, що отримують лікування, і це слід враховувати при виникненні симптомів передозування антигіпертензивних препаратів або надмірного лікування, що з'являються із підвищенням температури повітря, а також при підвищенні АТ при настанні холодної погоди. При зниженні АТ нижче рекомендованого рівня слід розглянути зменшення дозування антигіпертензивних препаратів, особливо при наявності симптомів надмірного лікування.

8.2 Фармакологічне лікування

Сучасні дані з більш ніж 100 країн свідчать про

те, що в середньому менше 50 % дорослих із артеріальною гіпертензією отримують антигіпертензивне медикаментозне лікування, причому лише в деяких країнах цей показник вищий за середній, а в більшості країн – значно гірший. І це відбувається незважаючи на той факт, що різниця АТ в 20/10 мм рт. ст. асоціюється із змінами ризику серцево-судинних захворювань на 50 %. Рекомендовані тут стратегії фармакологічного лікування (рис. 2–4) значною мірою сумісні із стратегіями, викладеними в останніх американських та Європейських рекомендаціях.

8.3 Дотримання антигіпертензивного лікування

Передумови

Прихильність до лікування визначається тим, наскільки пове-

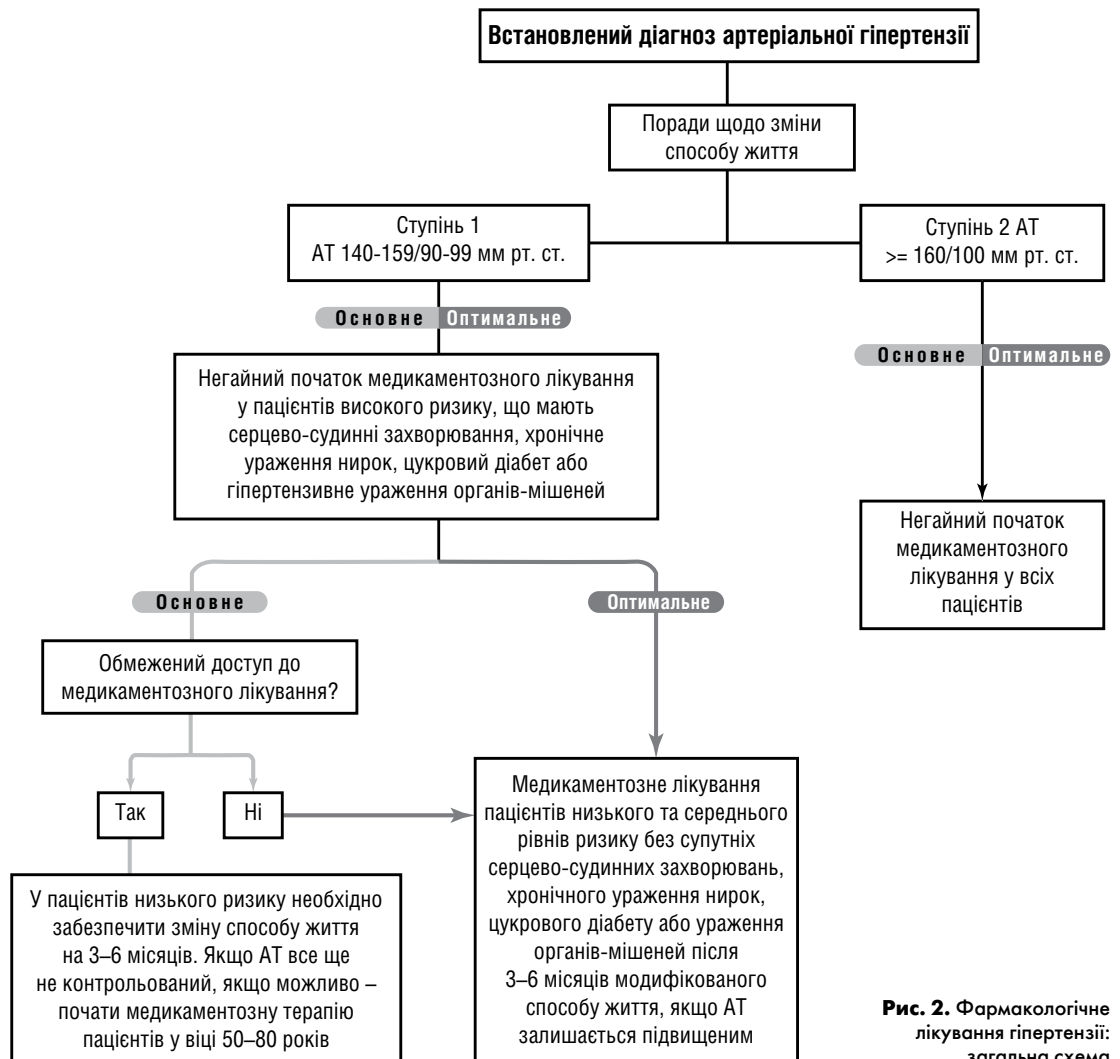


Рис. 2. Фармакологічне лікування гіпертензії: загальна схема

Основне	Цільове зниження АТ на хоча б 20/10 мм рт. ст., в ідеалі до < 140/90 мм рт. ст.	Мета – досягнення контролю АТ протягом 3 місяців
Оптимальне	<65 років: цільовий рівень АТ <130/80 мм рт. ст. якщо добре переноситься (але >120/70 мм рт. ст.) >= 65 років: цільовий рівень АТ <140/90 мм рт. ст. якщо добре переноситься, проте необхідно розглянути також індивідуальні цільові рівні АТ, залежно від слабкості, незалежності і вірогідного рівня переносимості	

Рис. 3. Цільові рівні офісного артеріального тиску для лікованої гіпертензії

дінка людини, наприклад, прийом ліків, дотримання дієти або зміна способу життя відповідає узгодженим рекомендаціям медичного працівника.

Недотримання антигіпертензивного лікування спостерігається у 10–80 % пацієнтів з гіпертонічною хворобою та є одним із ключових факторів субоптимального контролю АТ. Недотримання антигіпертензивного лікування корелює з вели-

чиною підвищення АТ і є поганою прогностичною ознакою у пацієнтів з гіпертонічною хворобою. Етіологія неналежного дотримання антигіпертензивного лікування є багатофакторною та включає причини, пов'язані із системою охорони здоров'я, фармакологічною терапією, хворобою, пацієнтами та їх соціально-економічним статусом.

Рекомендації: дотримання антигіпертензивної терапії.

Оцінюйте дотримання антигіпертензивного лікування при кожному візиті пацієнта та перед посиленням антигіпертензивного лікування.

Розгляньте наступні стратегії для поліпшення прихильності до ліків

- зменшення поліфармації – використовуйте комбіновані препарати, бажано в одній таблетці
- прийом препаратів один раз на добу замість багаторазового прийому в один день
- пов'язування прийому препарату з повсякденними звичками

д. оцінювання дотримання лікування пацієнтом

е. домашній моніторинг АТ
ф. нагадування про прийом на упаковці ліків

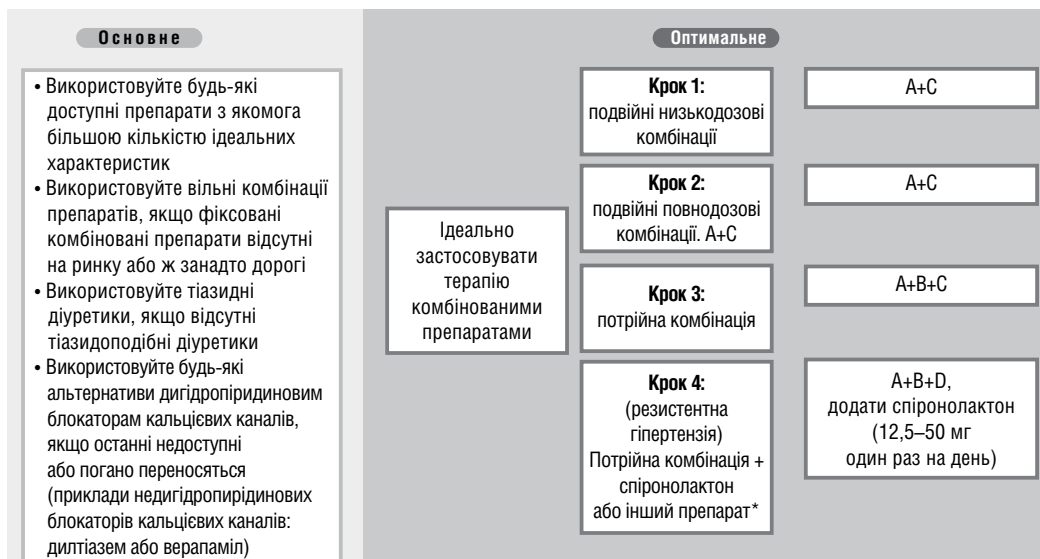
г. стимуляція дотримання лікування шляхом надання порад та інформації

h. електронні засоби підтримки, такі як нагадування на мобільних телефонах або послуги коротких повідомлень
мультидисциплінарний підхід (залучення фармацевтів) для покращення моніторингу дотримання лікування

Об'єктивні непрямі (тобто огляд аптечних записів, підрахунок таблеток, електронні пристрої контролю) та прямі (тобто засвідчення прийому ліків, біохімічне виявлення ліків у сечі чи крові) методи повинні мати перевагу перед суб'єктивними методами діагностики недотримання антигіпертензивного лікування

Найефективніші методи боротьби з недотриманням лікування вимагають складних втручань, що поєднують консультування, самоконтроль, нагадування та нагляд.

Рис. 4. Міжнародне товариство гіпертензії. Стратегія базового медикаментозного лікування. Ідеальні характеристики медикаментозного лікування



- можна розглядати монотерапію при гіпертензії 1 ступеня з низьким ризиком або у дуже старих (>= 80 років) або уразливих пацієнтів.
- розглядайте А+D для лікування пацієнтів після інсульту, дуже похилого віку, з початковою серцевою недостатністю або з непереносимістю блокаторів кальцієвих каналів.
- розглядайте комбінацію А+С або С+D для чорношкірих пацієнтів
- обережно використання спіронолактону або інших калійзберігаючих діуретиків у випадках, коли швидкість клубочкової фільтрації <45 мл/хв/1,73 м² або К₊ >4,5 ммоль/л.

A = інгібітор АПФ або блокатор ангіотензинових рецепторів

C = дигідропіридинні блокатори кальцієвих каналів

D = тiazидоподібні діуретики

Додаткові посилання: А+С, Спіронолактон, Альфа-блокатор, С+D.

*альтернативні препарати: амлодипін, доксазозин, еплеренон, клонідин або бета-блокатор.

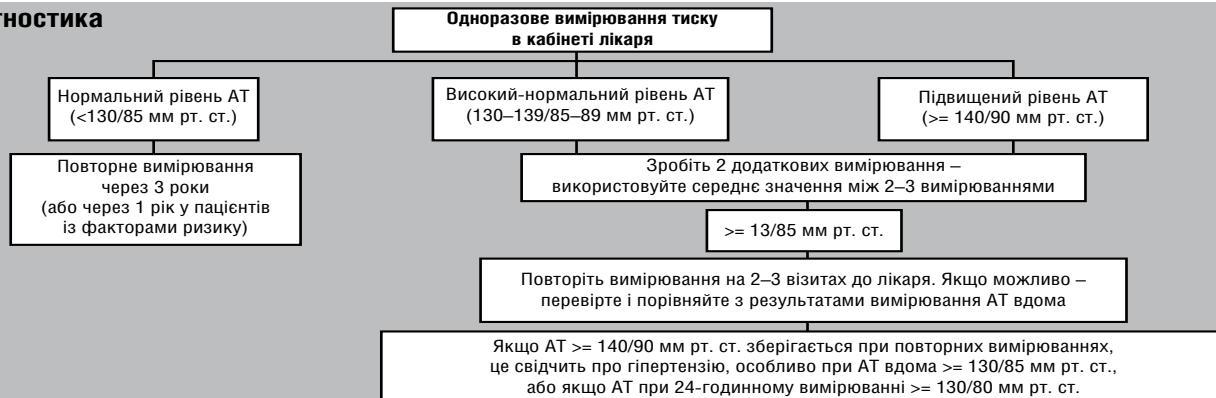
низькодозовий – це зазвичай половина максимальної рекомендованої дози

За даними рандомізованих контрольованих досліджень, різниця в користі від застосування інгібіторів АПФ і блокаторів ангіотензинових рецепторів не завжди однакова і залежить від популяції пацієнтів. Вибір між двома класами блокаторів ренін-ангіотензинової системи буде залежати від особливостей пацієнта, доступності та переносимості.

Основне Оптимальне

Основне та оптимальне
Застосування бета-блокаторів рекомендоване на будь-якому кроці терапії, при наявності специфічних показань до цих препаратів, таких як серцева недостатність, стенокардія, постінфарктний стан, фібриляція передсердь, молоді жінки, що планують вагітність

Діагностика



Оцінка

Анамнез і фізикальне обстеження

- Виключення гіпертензії, викликаної прийомом лікарських препаратів
- Оцінка ураження органів-мішеней
- Оцінка загального серцево-судинного ризику
- Пошук симптомів/ознак вторинної гіпертензії

Лабораторні обстеження

- Сироватковий натрій, калій та креатинін
- Ліпідний профіль і рівень глюкози
- Аналіз сечі – тест-стрічка
- ЕКГ у 12 відведеннях

Додаткові обстеження

- Проводяться якщо є підозра щодо ураження органів-мішеней або вторинної гіпертензії

Лікування

Гіпертензія 1 ступеня:

- 140–159 / 90–99 мм рт. ст.
1. Початок зміни способу життя
 2. Початок медикаментозного лікування у таких випадках:
 - пацієнти високого ризику (серцево-судинні захворювання, хронічне ураження нирок, діабет, ураження органів, вік 50–80 років);
 - всі інші з стійким підвищенням АТ після 3–6 місяців зміненого способу життя

Гіпертензія 2 ступеня:

- >= 160 / 100 мм рт. ст.
1. негайний початок медикаментозної терапії;
 2. Зміна способу життя

Зміна способу життя

- Припинення куріння
- Регулярні фізичні вправи
- Зниження ваги
- Зменшення споживання солі
- Здорове харчування і питний режим
- Зниження вживання алкоголю

Етапи медикаментозної терапії

Використовуйте будь-які доступні ліки і включайте в лікування якомога більше з ліків, перерахованих нижче. Застосовуйте монотерапію при гіпертензії 1 ступеня і низького ризику, а також у пацієнтів старших 80 років та уразливих. Надавайте перевагу спрощеному режиму прийому препаратів – один раз на день, або прийому комбінованих препаратів

Пацієнти з не чорною шкірою

1. Низькі дози іАПФ / блокаторів ангіотензинових рецепторів* + дигідропіридинові блокатори кальцевих каналів.
2. Збільшення дозування до повної дози.
3. Додавання тіазидного / тіазидоподібного діуретика.
4. Додавання спіронолактону або, при непереносимості або протипоказаннях, амilorиду, доксазозину, еплеренону, клонідину або бета-блокаторів

Пацієнти з чорною шкірою

1. Низькі дози блокаторів ангіотензинових рецепторів* + дигідропіридинові блокатори кальцевих каналів або дигідропіридинові блокатори кальцевих каналів + тіазидні / тіазидоподібні діуретики.
2. Збільшення дозування до повної дози.
3. Додавання діуретика або іАПФ/блокаторів ангіотензинових рецепторів.
4. Додавання спіронолактону або, при непереносимості чи протипоказаннях, амilorиду, доксазозину, еплеренону, клонідину або бета-блокаторів

* іАПФ / блокатори ангіотензинових рецепторів не повинні призначатися вагітним жінкам або тим, які планують вагітність

Моніторинг

Мета

- Зниження АТ хоча б на 20/10 мм рт. ст., в ідеалі до <140/90 мм рт. ст.
- Мета повинна встановлюватися індивідуально, залежно від віку та вразливості пацієнта

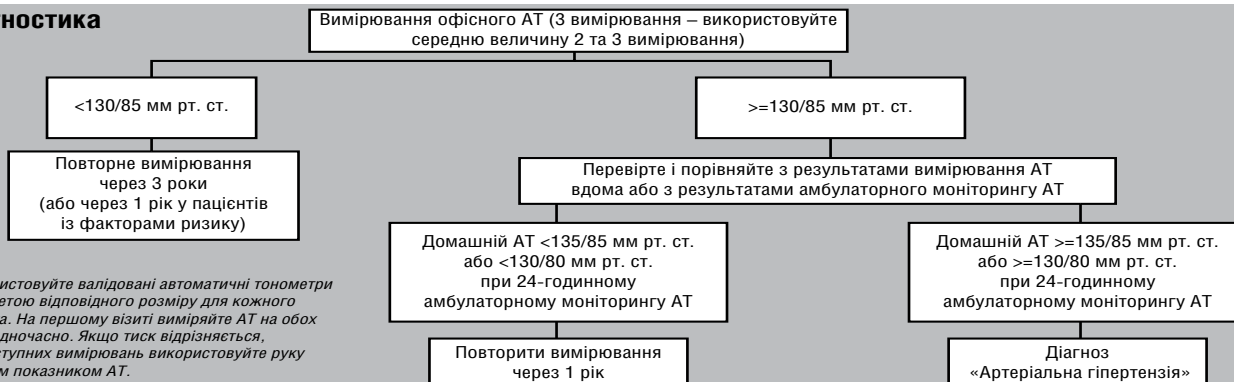
Спостереження

- Контроль АТ (досягнення мети протягом 3 місяців);
- Небажані ефекти лікування;
- Довгострокова прихильність до лікування

Направлення до спеціалістів

- Якщо АТ не піддається контролю, або ж у випадках інших проблем, направити пацієнта до спеціаліста з лікування гіпертензії

Рис. 5. Рекомендації ISH 2020 (мінімальні стандарти лікування)

Діагностика**Оцінка****Анамнез і фізикальне обстеження**

- Виключення гіпертензії, викликані прийомом лікарських препаратів
- Оцінка ураження органів-мішеней
- Оцінка додаткових факторів серцево-судинного ризику
- Оцінка загального серцево-судинного ризику
- Пошук симптомів/ознак вторинної гіпертензії
- Перевірка прихильності до лікування

Лабораторні обстеження

- Сироватковий натрій, калій та креатинін сечова кислота
- Ліпідний профіль і рівень глюкози
- Аналіз сечі – тест-стрічка
- ЕКГ у 12 відведеннях

Додаткові обстеження

- Проводяться якщо є підозра щодо ураження органів-мішеней або вторинної гіпертензії

Лікування**Гіпертензія 1 ступеня:**

- 140–159 / 90–99 мм рт. ст.
1. Початок зміни способу життя
 2. Початок медикаментозного лікування:
 - Негайно: пацієнти високого ризику (серцево-судинні захворювання, хронічне ураження нирок, діабет, ураження органів);
 - Через 3–6 місяців після зміни способу життя: пацієнти низького та середнього ризику з персистентним підвищенням АТ

Гіпертензія 2 ступеня:

- >= 160 / 100 мм рт. ст.
1. Негайний початок медикаментозної терапії;
 2. Зміна способу життя

Зміна способу життя

- Припинення куріння
- Регулярні фізичні вправи
- Зниження ваги
- Зменшення споживання солі
- Здорове харчування і питний режим
- Зниження вживання алкоголю
- Зниження рівня стресу
- Зниження впливу забруднення повітря

Етапи медикаментозної терапії

Спрощений режим прийому препаратів – один раз на день, або прийом комбінованих препаратів. Застосуйте режим монотерапії у пацієнтів низького ризику з гіпертензією 1 ступеня та у пацієнтів, старших 80 років і уразливих

Пацієнти з не чорною шкірою

1. Низькі дози іАПФ / блокаторів ангіотензинових рецепторів* + дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів.
2. Збільшення дозування до повної дози.
3. Додавання тiazидного / тiazидоподібного діуретика.
4. Додавання спіронолактону або, при непереносимості або протипоказаннях, амilorиду, доксазозину, еплеренону, клонідину або бета-блокаторів

Пацієнти з чорною шкірою

1. Низькі дози блокаторів ангіотензинових рецепторів* + дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів + тiazидні / тiazидоподібні діуретики.
2. Збільшення дозування до повної дози.
3. Додавання діуретика або іАПФ/блокаторів ангіотензинових рецепторів.
4. Додавання спіронолактону або, при непереносимості чи протипоказаннях, амilorиду, доксазозину, еплеренону, клонідину або бета-блокаторів

* іАПФ / блокатори ангіотензинових рецепторів не повинні призначатися вагітним жінкам або тим, які планують вагітність

Моніторинг**Мета**

- АТ <130/80 мм рт. ст.
- Мета повинна встановлюватися індивідуально, залежно від віку та вразливості пацієнта

Спостереження

- Контроль АТ (досягнення мети протягом 3 місяців);
- Небажані ефекти лікування;
- Довгострокова прихильність до лікування

Направлення до спеціалістів

- Якщо АТ не піддається контролю, або ж у випадках інших проблем, направити пацієнта до спеціаліста з лікування гіпертензії

Рис. 6. Рекомендації ISH 2020 (Стандарти лікування, засновані на доказових даних)