

УДК 616.1

А. К. ШКВАРОК

/Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна/

Інтеграція психоемоційного стану пацієнтів у стратегії контролю гіпертонічної хвороби: огляд клінічних рекомендацій щодо лікування гіпертензії у Китаї 2024 року

Резюме

Клінічні рекомендації щодо лікування артеріальної гіпертензії у Китаї 2024 року поєднують стандартні підходи до контролю артеріального тиску (АТ) з системною оцінкою психоемоційного стану. Рекомендації мають чітку структуру, деталізують алгоритми вимірювання АТ, стратифікацію серцево-судинного ризику (ССР) та початок терапії залежно від рівня АТ і супутніх захворювань. Запропоновано комплексний підхід до нефармакологічного втручання з точними дозуваннями фізичної активності, дихальних практик, медитації та дієти. Особливу увагу приділено пацієнтам із симптомами тривоги та депресії: рекомендовано регулярний скринінг із подальшим супроводом і, за потреби, поєднання антигіпертензивної терапії та психофармакологічних втручань. Включення психоемоційного компонента підкреслює зв'язок між порушеннями настрою та рівнем АТ. Акцент на психоемоційному стані пацієнтів, яким було встановлено діагноз гіпертонічної хвороби (ГХ), дозволяє розглядати цей досвід як потенційно корисний для адаптації в Україні, зокрема в контексті високого рівня хронічного стресу та недостатнього контролю АТ.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, артеріальна гіпертензія, серцево-судинний ризик, артеріальний тиск, хронічний стрес

Гіпертонічна хвороба може бути встановлена у пацієнтів, чий систолічний АТ постійно перевищує або дорівнює 140 мм рт. ст. та/або діастолічний тиск постійно перевищує або дорівнює 90 мм рт. ст. [1]. Близько 1,28 мільярда дорослих у світі страждають на гіпертензію, однак майже половина з них не знає про свій стан [2]. Лише кожен п'ятий пацієнт, котрий має встановлений діагноз ГХ, тримає свій тиск під контролем, що робить гіпертензію провідною причиною передчасної смерті [2]. Протягом останніх чотирьох десятиліть середній АТ у світі залишався стабільним або трохи знижувався завдяки широкому застосуванню антигіпертензивних препаратів, але сама поширеність гіпертензії при цьому зросла, особливо в країнах із низьким і середнім рівнями доходу (НСД) [3]. За даними ВООЗ, станом на 1 червня 2025 року близько 270 мільйонів людей страждають на гіпертензію [4]. Згідно з Wang et al., загальний рівень поширеності гіпертензії серед людей похилого віку в Китаї становив 47 %, що значно вище, ніж зареєстрований рівень поширеності серед дорослого населення Китаю [5]. Зниження поширеності гіпертензії на 33 % до 2030 року є однією з ключових глобальних цілей у боротьбі з неінфекційними захворюваннями у Китаї [2]. Найнижчі показники високого кров'яного тиску у світі спостерігаються в Канаді, Великій Британії, Австралії, США, Перу, Південній Кореї та Сінгапурі; серед країн Європи найменша поширеність гіпертензії у Об'єднаному Королівстві Великої Британії та Північній Ірландії [6]. Згідно з даними ВООЗ за 2023 рік, в Україні майже половина дорослого населення (49 %) має гіпертензію. Проте, попри наявність клінічних настанов і систем моніторингу, держава досі не має національної цілі щодо зниження АТ, хоча навіть помірне покращення ситуації могло б врятувати до 457 тисяч життів до 2040 року [7].

Клінічні рекомендації щодо лікування гіпертензії в Китаї охоплюють не лише традиційні контрольні точки для контролю ГХ, такі як регулярний прийом медикаментів, раціональне харчування, дозовані фізичні навантаження тощо, а й беруть до уваги психоемоційний стан пацієнта, що потребує контролю АТ на фоні встановленого діагнозу ГХ. Зважаючи на спільні виклики щодо контролю АТ серед дорослого населення та населення похилого віку, а також постійний підвищений емоційний стрес серед українців у зв'язку з особливостями життя в умовах воєнного стану [8], ці рекомендації можуть бути розглянуті як актуальні, що містять стратегії, які можуть покращити рівень контролю ГХ серед населення України.

Для стандартизації клінічної діагностики та лікування гіпертензії, а також для підвищення рівня профілактики та контролю гіпертензії в Китаї, Китайське кардіологічне товариство, Китайська медична асоціація, Комітет з питань гіпертензії Асоціації медичного обміну через Тайванську протоку та Комітет з профілактики та реабілітації серцево-судинних захворювань Китайської асоціації реабілітаційної медицини спільно розробили Клінічну настанову з ведення пацієнтів з гіпертензією в Китаї. Згідно з рекомендаціями від 20 грудня 2024 року, першочергово увага приділяється критеріям діагностики гіпертензії як такої серед пацієнтів: для визначення гіпертензії рекомендується систолічний АТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст.; систолічний АТ 130–139 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ 80–89 мм рт. ст. рекомендовано розглядати як стан передгіпертензії [9]. Для пацієнтів як з гіпертензією, так і з передгіпертензією, запропонована стратифікація ССР: усіх таких пацієнтів поділено на пацієнтів з високим ризиком серцево-судинних захворювань (СС3) та пацієнтів без високого ризику СС3. До

таких, що мають високий ризик ССЗ, віднесено дві категорії пацієнтів: 1. Особи з систолічним АТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічним АТ ≥ 90 мм рт. ст.; 2. Особи з систолічним АТ 130–139 мм рт. ст. та/або діастолічним АТ 80–89 мм рт. ст., а також з наявними ССЗ, або супутнім ураженням органів, спричиненим гіпертензією (УОСГ), або з ≥ 3 факторами ССР.

Контроль АТ залишається ключовим елементом профілактики та лікування серцево-судинних захворювань. Для дорослих осіб рекомендовано використовувати електронні сфігмоманометри для плеча, які були валідовані згідно зі стандартизованими протоколами. Такий підхід забезпечує високу точність вимірювань і дозволяє уникнути помилок, пов'язаних із людським фактором. Процедура вимірювання АТ повинна починатися з правильної підготовки пацієнта. Людина має сидіти розслаблено на стільці, зі спиною, що спирається на спинку, і ногами, розташованими на підлозі, не схрещеними. Важливо витримати паузу 3–5 хвилин перед початком вимірювання, щоб організм увійшов у стан спокою. Руку слід покласти на стіл так, щоб манжета розташовувалась на рівні серця. Велике значення має вибір манжети відповідного розміру: вона повинна охоплювати 75–100 % окружності плеча, а її ширина має складати від 37 до 50 % цієї окружності. Для більшості дорослих підходить манжета шириною 12 см та довжиною 22–26 см. Якщо пацієнт має окружність руки понад 42 см, можливе використання електронного сфігмоманометра із зап'ястковою манжетою. Перед надяганням манжети необхідно зняти верхній одяг, який її покриває, залишаючи лише тонкий шар тканини у разі потреби. Закочування рукава небажане, оскільки це може стискати руку. Нижній край манжети слід розмістити на 2–3 см вище ліктьової ямки.

Під час першого візиту АТ слід вимірювати на обох руках, і надалі орієнтуватися на руку з вищим показником.

Особливу увагу варто приділити пацієнтам із фібриляцією передсердь (ФП). Для них рекомендовано використовувати електронні сфігмоманометри, але лише за умови, що буде виконано щонайменше три послідовні вимірювання, з подальшим обчисленням середнього значення.

Діагностика артеріальної гіпертензії може ґрунтуватися на офісному вимірюванні АТ (ОВАТ), домашньому моніторингу АТ (ДМАТ) або амбулаторному добовому моніторингу АТ (АДМАТ), **перевага надається останньому**, якщо він доступний.

Вимірювання АТ слід проводити як вранці, так і ввечері. За кожен сеанс слід проводити щонайменше два послідовних вимірювання АТ з інтервалом між ними від 1 до 2 хвилин. Обчислюють середнє значення цих двох показників; якщо різниця перевищує 10 мм рт. ст., роблять третє вимірювання та усереднюють два останні. Перед вимірюванням АТ потрібно утриматися від фізичних навантажень, вживання алкоголю, кофеїну та куріння протягом щонайменше 30 хвилин і спокійно відпочити протягом 3–5 хвилин.

Згідно з рекомендаціями, вимірювати АТ необхідно перед прийомом ліків або сніданком і після спорожнення сечового міхура. Вечірні вимірювання АТ слід проводити перед вечерею; якщо це неможливо, рекомендується провести вимірювання протягом години перед сном.

Для осіб, у яких нещодавно діагностовано гіпертензію, або у яких АТ не контролюється, рекомендується ДМАТ щонайменше три дні поспіль на тиждень. Для осіб із добре регульованим АТ ДМАТ можна проводити один або два рази на тиждень.

Як і більшість світових рекомендацій щодо ведення пацієнтів з гіпертензією, першочергово розглядають немедикаментозні методи лікування, а саме здорове харчування, фізичні вправи, зниження стресу, втрату ваги, обмеження алкоголю та відмову від куріння, а також комплексні зміни способу життя.

Таблиця 1. Нефармакологічні втручання для пацієнтів з гіпертензією [9]

Втручання	Доза
Дієтичні втручання	- DASH: дотримання дієти, багаті на фрукти, овочі, цільнозернові продукти, продукти з низьким вмістом натрію та знежирені молочні продукти; - Споживання альтернативної солі або дієти з низьким вмістом натрію та калію, багаті на неї: приготування їжі з альтернативною сіллю або споживання продуктів з альтернативною сіллю; рекомендоване споживання натрієвої солі < 5 г/день (близько однієї чайної ложки), оптимальна ціль – $< 1,5$ г/день, а рекомендоване споживання калію – 3500–4700 мг/день
Втручання з фізичних вправ	- Аеробні вправи помірної інтенсивності: 30–60 хв/день, 5–7 днів/тиждень для досягнення 50–70 % від максимальної частоти серцевих скорочень - Динамічний опір: 90–150 хв/тиждень, 50–80 % максимальної ваги, 1 повторення, 6 вправ, 3 підходи/вправа, 10 повторень/підхід - Ізометричний опір: 4 хв $\times$ 2 хв (хват рук), 1 хв відпочинку між вправами, 3 заняття/тиждень; - Тайцзи та цигун також можуть допомогти знизити АТ
Зменшення стресу	- Контроль дихання: повільне регулярне дихання (бажано за допомогою спеціалізованого дихального обладнання), що виконується щодня перед сном, з цільовою частотою дихання < 10 вдихів/хв, 15 хв/раз, > 40 хв/тиждень; - Медитація: 20 хв щоразу, 2 рази/день; - Йога: 3 дні/тиждень, 30 хв/день
Втрата ваги*	- Дефіцит енергії 500–750 ккал/день; - Режим фізичних вправ: оберть аеробні вправи помірної або високої інтенсивності, 30–60 хв/день, 5–7 днів/тиждень, ЧСС 60–90 %; - Найкраща мета – ідеальна маса тіла, ІМТ 18,5–23,9 кг/м² - Талія: чоловіки < 90 см, жінки < 80 см
Обмеження алкоголю та відмова від куріння	- Не курити, повністю відмовитися від куріння, уникати пасивного куріння; - Особам, які вживають алкоголь, зменшити його споживання до: чоловіки ≤ 20 г/день, жінки ≤ 10 г/день; - Бажано утримуватися від алкоголю та уникати зловживання алкоголем
Комплексна модифікація способу життя	Комбіновані дієтичні та фізичні втручання є найефективнішими нефармакологічними втручаннями, які мінімізують АТ, якщо їх виконувати паралельно з іншими змінами способу життя

Примітка. * Людям із надмірною вагою або ожирінням рекомендується втрата ваги за допомогою комбінованої гіпокалорійної дієти та фізичних вправ; 1 ккал = 4,2 кДж. АТ: артеріальний тиск; ІМТ: індекс маси тіла; DASH: дієтичні підходи для зупинки гіпертензії; ЧСС: резерв частоти серцевих скорочень.

Китайські клінічні рекомендації щодо лікування гіпертензії 2024 року підкреслюють загальноприйняті тези у стратегії нефармакологічного лікування та висвітлюють ті сторони, які залишалися без уваги у більшості рекомендацій щодо ведення гіпертензії у решті світу. Важливою є увага, котра приділяється зменшенню стресу, що вноситься на третє місце у таблиці усіх моментів, що потребують корекції з позиції нефармакологічного підходу. Рекомендації щодо контролю дихання, медитації та йоги деталізовані. Ці методи частково згадуються, наприклад, у рекомендаціях від Міжнародного товариства гіпертензії 2020 року: «Додавайте силові тренування або тренування з опором 2–3 рази на тиждень. Аеробна активність помірної інтенсивності (наприклад, ходьба, біг, їзда на велосипеді, йога, плавання) щонайменше 5 разів на тиждень» – без конкретизації виду занять та кількості підходів та хвилин на тиждень та добу [10]. Окрім того, це єдині рекомендації у світі, що включають тайцзи та цигун у види фізичної активності, що рекомендовані пацієнтам з гіпертензією для втручання із фізичними вправами.

Згідно з китайськими клінічними рекомендаціями щодо ведення пацієнтів з гіпертензією 2024 року, сталим залишається те, що пацієнтам з гіпертензією рекомендується використовувати сіль з низьким вмістом натрію замість звичайної солі. Рекомендується зменшити споживання натрію до <2000 мг/день (близько 5 г хлориду натрію). Цільове споживання калію від 3500 мг/день до 4700 мг/день.

Пацієнтам з ожирінням та гіпертензією (особливо з $\text{IMT} \geq 28$ кг/м²), у яких неефективні зміни способу життя, можна рекомендувати медикаментозну терапію для контролю ваги. У випадках тяжкого ожиріння ($\text{IMT} \geq 35$ кг/м²), якщо неоперативні методи не дають результатів, варто розглядати метаболічну (баріатричну) хірургію як ефективний варіант, однак початковою стратегією завжди мають бути комплексні зміни способу життя: дієта, фізична активність, поведінкова терапія та медична освіта. Лише за неефективності цих підходів обґрунтованим є застосування ліків або хірургії.

Початок антигіпертензивної терапії рекомендується залежно від рівня АТ та загального ССР пацієнта. Якщо систолічний тиск ≥ 140 мм рт. ст. або діастолічний ≥ 90 мм рт. ст., то призначення медикаментів має бути негайним, незалежно від інших чинників. Якщо тиск становить 130–139/80–89 мм рт. ст., то також варто починати лікування, якщо у пацієнта вже є клінічні супутні захворювання, або можна розглядати початок терапії, якщо наявні ураження органів-мішеней або три й більше факторів серцево-судинного ризику. Натомість, якщо пацієнт має помірно підвищений тиск (130–139/80–89 мм рт. ст.) без клінічних супутніх захворювань і лише 0–2 фактори ризику, йому насамперед рекомендується зміна способу життя (дієта, фізична активність тощо) протягом 3–6 місяців. Якщо тиск після цього залишається на рівні $\geq 130/80$ мм рт. ст., то варто розглянути початок медикаментозної терапії.

Рекомендовано цільове значення АТ для пацієнтів із гіпертензією без клінічних супутніх захворювань та віком <65 років на рівні $<130/80$ мм рт. ст. Для пацієнтів із гіпертензією в поєднанні з фібриляцією передсердь (ФП) цільовий АТ рекомендується утримувати у значеннях $<130/80$ мм рт. ст. Для пацієнтів з гіпертензією в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) рекомендується цільовий АТ $<130/80$ мм рт. ст. Для пацієнтів з гіпертензією зі зниженою фракцією викиду, а також зі збереженою фракцією викиду при

серцевій недостатності рекомендується цільове контрольоване значення АТ $<130/80$ мм рт. ст. У пацієнтів з гіпертензією в поєднанні з діабетом рекомендується цільовий рівень систолічного АТ <130 мм рт. ст. та діастолічного АТ <80 мм рт. ст.

У пацієнтів літнього віку (65–79 років), які мають гіпертензію, рекомендовано досягати АТ нижче 130/80 мм рт. ст. У осіб віком 80 років і старше за умови доброї переносимості лікування допускається поступове зниження систолічного АТ в межах 130–139 мм рт. ст. в умовах офісного вимірювання. У пацієнтів з гіпертензією та гострим геморагічним інсультом рекомендується знижувати АТ у гострій фазі, а систолічний АТ слід підтримувати на рівні 130–140 мм рт. ст.

Пацієнтам із хронічною хворобою нирок (ХХН), які не перебувають на діалізі та мають рівень білка в сечі >300 мг/добу, у яких офісний АТ постійно становить ≥ 140 мм рт. ст. систолічний або ≥ 90 мм рт. ст. діастолічний, рекомендований цільовий АТ $<130/80$ мм рт. ст. з подальшим зниженням систолічного АТ до 120 мм рт. ст., якщо це переноситься. Пацієнтам із ХХН, які не перебувають на діалізі та мають вміст білка в сечі ≤ 300 мг/добу, у яких офісний АТ стабільно становить ≥ 140 мм рт. ст. систолічний або ≥ 90 мм рт. ст. діастолічний, слід проводити лікування з метою зниження АТ до $<140/90$ мм рт. ст. та подальшого зниження систолічного АТ до 130 мм рт. ст., якщо це переноситься.

Пацієнтам із гіпертензією без клінічних супутніх захворювань та віком <65 років рекомендується досягти цільових рівнів АТ протягом 4 тижнів.

Інгібітори ангіотензинперетворювального фактора (АПФ), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА), блокатори кальцевих каналів (БКК) та діуретики рекомендуються як терапія першої лінії для пацієнтів з гіпертензією без клінічних ускладнень.

Для пацієнтів з гіпертензією та АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. спочатку рекомендується комбінація антигіпертензивних препаратів. Для пацієнтів з гіпертензією, які потребують комбінованої терапії, рекомендується пріоритетне використання клінічного зразка. Рекомендують використовувати комбінацію інгібітора ренін-ангіотензинової системи (ІРАС) + БКК або ІРАС + діуретик.

Пацієнтам з гіпертензією та ІХС, у яких проявляється стенокардія, рекомендуються β -адреноблокатори та блокатори кальцію. Пацієнтам з гіпертензією, ІХС та перенесеним інфарктом міокарда рекомендуються β -блокатори та інгібітори АПФ/блокатори рецепторів ангіотензину II.

Інгібітор рецепторів ангіотензину – неприлізину (ІАПН, ARNI) рекомендується замість інгібіторів АПФ/блокаторів рецепторів ангіотензину II як препарат першого вибору у пацієнтів з гіпертензією та серцевою недостатністю зі зниженою фракцією викиду (HFrEF). ІАПН (ARNI) – це нова група препаратів, які використовуються в лікуванні HFrEF для контролю АТ та покращення прогнозу серцево-судинних захворювань. Комбінація сакубітрілу та валсартану – це приклад першого у своєму класі репрезентативного препарату, який впливає на діурез, натрійурез, вазодилатацію та пригнічення секреції альдостерону шляхом одночасної блокади ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) та активації системи натрійуретичних пептидів.

Пацієнтам з гіпертензією та діабетом 2-го типу для контролю АТ рекомендуються інгібітори АПФ/блокатори рецепторів ангіо-

тензину II. Пацієнтам з гіпертензією та діабетом 2-го типу для оптимального лікування рекомендуються блокатори натрій-глюкозного котранспортера 2 (SGLT2i) або агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (GLP-1RA).

Китайські клінічні рекомендації щодо ведення пацієнтів з гіпертензією радять використовувати інгібітори РААС у пацієнтів із ХХН з мікроальбумінурією та протеїнурією, а також без них.

Пацієнтам з гіпертензією, ІХС, ішемічним інсультом або захворюванням периферичних судин рекомендується приймати ацетилсаліцилову кислоту в дозі 75–100 мг/день для довгострокової вторинної профілактики. Для осіб віком 40–65 років з гіпертензією та ССР, якщо ризик кровотечі не високий, для первинної профілактики можна розглянути низькі дози ацетилсаліцилової кислоти (75–100 мг/день). Для груп високого ризику кровотеч (наприклад, шлунково-кишкова кровотеча в анамнезі, нещодавній крововилив у мозок, застосування препаратів, що підвищують ризик кровотечі, неконтрольована гіпертензія) ацетилсаліцилова кислота для первинної профілактики не рекомендується.

Рекомендовано спостерігати за пацієнтами з гіпертензією протягом 2–4 тижнів після початку або корекції антигіпертензивної терапії, доки не буде досягнуто цільового рівня АТ. Також рекомендовано спостерігати за пацієнтами з гіпертензією з тримісячними інтервалами після досягнення цільового АТ.

Низька доза спіронолактону (20–40 мг/добу) рекомендується як препарат четвертої лінії для пацієнтів з резистентною гіпертензією, у яких рівень калію в сироватці крові $<4,5$ ммоль/л, а розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) ≥ 45 мл·хв⁻¹·1,73 м².

Ренальна денервація може бути використана як стратегія зниження АТ у пацієнтів з гіпертензією, резистентною гіпертензією, непереносимістю антигіпертензивної терапії та клінічними ознаками, що відповідають симпатичній гіперактивності.

Пацієнтів зі значно підвищеним АТ (систолічний артеріальний тиск >180 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ >120 мм рт. ст.) слід якомога швидше обстежити на наявність ознак нового або погіршення ураження органів-мішеней. Пацієнтів з ознаками нового та прогресуючого погіршення ураження органів-мішеней слід госпіталізувати до відділення невідкладної реанімації або відділення інтенсивної терапії для постійного моніторингу АТ та ураження органів-мішеней, а також для парентерального введення відповідного препарату.

Принципи лікування при гіпертензивних станах: рекомендується знижувати АТ до відносно безпечного діапазону, забезпечуючи при цьому адекватну перфузію органів (систолічний АТ слід знижувати не більше ніж на 25 % протягом першої години; потім, якщо він стабільний, до 160/100 мм рт. ст. протягом наступних 2–6 годин; а потім обережно до цільового рівня протягом наступних 24–48 годин). Величину та швидкість зниження артеріального тиску слід індивідуалізувати та коригувати відповідно до конкретної ситуації пацієнта. Для пацієнтів з тяжкими супутніми захворюваннями (наприклад, тяжка прееклампсія або еклампсія, криза феохромоцитом) систолічний АТ слід знизити до рівня менше 140 мм рт. ст. протягом першої години лікування. У пацієнтів із розшаруванням аорти систолічний АТ слід знизити до 110–120 мм рт. ст. протягом першої години лікування, контролюючи частоту серцевих скорочень (ЧСС) до <60 уд./хв, якщо це переноситься.

Скринінг на наявність поширеної вторинної гіпертензії рекомендується: 1) пацієнтам з нещодавно діагностованою гіпертензією; 2) пацієнтам з початком гіпертензії у віці <40 років; 3) пацієнтам з резистентною гіпертензією; 4) пацієнтам з гіпертензією та клінічними ознаками вторинної гіпертензії або значного ураження органів-мішеней, опосередкованого гіпертензією.

Пацієнтам з гіпертензією та помірним та тяжким синдромом обструктивного апное сну (СОАС) рекомендується проводити CPAP-терапію під час сну. Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів рекомендуються пацієнтам з помірним та тяжким СОАС, ускладненим резистентною гіпертензією.

Окремим клінічним питанням номер 43 китайські клінічні рекомендації 2024 року виокремлюють інструменти для скринінгу депресії та тривоги у пацієнтів з гіпертензією. Для скринінгу депресивних симптомів у пацієнтів з гіпертензією рекомендується опитувальник з депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Для скринінгу симптомів тривоги у пацієнтів з гіпертензією рекомендується опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7). У рекомендаціях наведені твердження на користь обґрунтування необхідності визначення даних показників: депресія та тривога пов'язані з рівнем АТ та дотриманням режиму прийому ліків у пацієнтів з гіпертензією, а також є поширеними факторами ризику ССЗ [9]. Пацієнтам з цими симптомами необхідні своєчасні психологічні втручання. Для підтримання психічного здоров'я у повсякденному житті рекомендуються фізичні вправи, музика та усвідомленість. За необхідності пацієнтам слід рекомендувати звернутися до психолога або психіатра.

Для пацієнтів з гіпертензією та супутньою депресією або тривогою рекомендується комбінація антигіпертензивних препаратів та антидепресантів/анксіолітиків. Депресія та тривога можуть активувати вегетативну нервову систему та призводити до підвищення частоти серцевих скорочень та артеріального тиску [11]. Рекомендація щодо поєднання антидепресантів/анксіолітиків з антигіпертензивними препаратами є невідповідною в різних рекомендаціях. У зв'язку із цим робоча група, що працювала над створенням даних рекомендацій, провела відповідний мета-аналіз, результати якого показали, що комбіноване лікування антигіпертензивними препаратами та антидепресантами/анксіолітиками значно знижує систолічний артеріальний тиск (CP = 11,42 мм рт. ст., 95 % ДІ: 6,53–16,31 мм рт. ст.) та діастолічний артеріальний тиск (CP = 6,23 мм рт. ст., 95 % ДІ: 2,91–9,55 мм рт. ст.), порівняно з лікуванням лише антигіпертензивними препаратами. Натомість, автори зазначають і обмеження, які містять дані рекомендації: кількість відповідних досліджень невелика, а гетерогенність висока; тому інтерпретація результатів вимагає обережності. Окрім того, перед поєднанням антигіпертензивних препаратів та антидепресантів/анксіолітиків необхідно ретельно враховувати лікарські взаємодії.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (C133C, тобто есциталопрам) мають незначний вплив на артеріальний тиск і повинні використовуватися під керівництвом психіатра. Слід уникати надмірної антигіпертензивної терапії у пацієнтів з гіпертензією білого халата. Пацієнтам з тяжкими депресивними або тривожними симптомами, або тим, хто має в анамнезі психічні розлади, слід рекомендувати звернення до психіатричної клініки.

Підсумовуючи наведене можна зробити висновок, що клінічні рекомендації Китаю 2024 року щодо ведення ГХ вирізняються своєю комплексністю, адаптованістю до сучасних викликів і широким охопленням як фізіологічних, так і психоемоційних аспектів стану пацієнта. Вони не лише відповідають міжнародним стандартам у питаннях діагностики, контролю та фармакологічного лікування гіпертензії, а й поглиблюють увагу до способу життя, стрес-менеджменту та психічного здоров'я, зокрема через рекомендації щодо дихальних практик, медитації, йоги, а також об'єктивної оцінки рівня тривожності та депресії. Особливо актуальним у контексті українських реалій є включення методів саморегуляції та м'яких психосоматичних практик, які можуть бути інтегровані в національні підходи до лікування гіпертензії в умовах хронічного стресу. Розробка персоналізованих стратегій, які поєднують медикаментозне лікування із нефармакологічними втручаннями, забезпечує не лише клінічну ефективність, а й потенційно підвищує якість життя пацієнтів з гіпертензією як в Китаї, так і в Україні.

Додаткова інформація. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

1. Department of Health, Hong Kong Special Administrative Region. (2025, May). NCD Watch: May 2025 – Hypertension: A silent killer with preventable consequences. Centre for Health Protection. https://www.chp.gov.hk/files/pdf/ncd_watch_may_2025_en.pdf
2. Hypertension (01 June 2025). – Geneva: World Health Organization. Accessed 01 June 2025: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension>.
3. The global epidemiology of hypertension. Nature reviews / Mills K. T., Stefanescu A., He J. // Nephrology. – 2020. – Vol. 16(4). – P. 223–237. DOI: 10.1038/s41581-019-0244-2
4. World Health Organization. (01 June 2025). Hypertension. WHO China. Accessed 01 June 2025: <https://www.who.int/china/health-topics/hypertension>
5. Prevalence of hypertension and related risk factors in older Chinese population: A meta-analysis / Z. Wang, S. Wang, H. Lin [et al.] // Frontiers in Public Health. – 2024. – Vol. 12–2024. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1320295
6. Blood Pressure UK. (01 June 2025). Blood pressure around the world. Accessed 01 June 2025: <https://www.bloodpressureuk.org/your-blood-pressure/understanding-your-blood-pressure/blood-pressure-around-the-world/>
7. World Health Organization. (2023). Ukraine: Hypertension country profile 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/hypertension-ukr-2023-country-profile>
8. Корост Я. В. Оцінка якості сну населення України під час воєнного стану та ризику розвитку скарг з боку серцево-судинної системи на фоні клінічно вираженого безсоння / Я. В. Корост, А. К. Шкварок // Клінічна та профілактична медицина. – 2023. – № 7. – С. 68–73. DOI: 10.31612/2616-4868.7.2023.09
9. Clinical practice guideline for the management of hypertension in China / Chinese Society of Cardiology, Chinese Medical Association; Hypertension Committee of Cross-Straits Medicine Exchange Association; Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation Committee, Chinese Association of Rehabilitation Medicine (2024) // Chinese medical journal. – 2024. – Vol. 137 (24). – P. 2907–2952. DOI: 10.1097/CM9.0000000000003431
10. International society of hypertension global hypertension practice guidelines. Unger T., Borghi C., Charchar F. [et al.] // Hypertension. – 2020. – Vol. 75 (6). – P. 1334–1357. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.2020
11. Dysregulated blood pressure: Can regulating emotions help? / C. Trudel-Fitzgerald, P. Gilsanz, M. A. Mittleman, L. D. Kubzansky // Curr Hypertens Rep. – 2015. – Vol. 17. – P. 92. DOI: 10.1007/s11906-015-0605-6.

Summary

Integrating the psycho-emotional state of patients into the strategy for controlling hypertension: a review of clinical recommendations for the treatment of hypertension in China 2024

A. K. Shkvarok

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Clinical guidelines for the treatment of arterial hypertension in China 2024 combine standard approaches to blood pressure control with a systematic assessment of psycho-emotional state. The recommendations have a clear structure, detailing BP measurement algorithms, cardiovascular risk stratification, and initiation of therapy depending on BP level and comorbidities. A comprehensive approach to non-pharmacological intervention is proposed with precise dosages of physical activity, breathing practices, meditation, and diet. Particular attention is paid to patients with symptoms of anxiety and depression: regular screening with follow-up and, if necessary, a combination of antihypertensive therapy and psychopharmacological interventions are recommended. The inclusion of a psycho-emotional component emphasizes the relationship between mood disorders and BP level. The emphasis on the psycho-emotional state of patients diagnosed with hypertension allows us to consider this experience as potentially useful for adaptation in Ukraine, particularly in the context of high levels of chronic stress and insufficient blood pressure control.

Key words: hypertension, arterial hypertension, cardiovascular risk, blood pressure, chronic stress