

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія). Вибрані положення

Продовження, початок у № 9–10, 2025

3) Визначення стадії АГ

Стадія АГ визначається з урахуванням наявності обумовлених гіпертензією ураження органів-мішеней, супутніх ССЗ та ХХН.

Стадія I: неускладнена АГ (відсутні об'єктивні ознаки обумовлених гіпертензією уражень органів-мішеней, серцево-судинні захворювання, ХХН ≥ 3 стадії).

Стадія II: є об'єктивні ознаки обумовлених гіпертензією уражень органів-мішеней, ХХН стадія 3.

Стадія III: є встановлені ССЗ або захворювання нирок:

- цереброваскулярні захворювання: ішемічний інсульт, геморагія, ТІА;
- ІХС: інфаркт міокарда, стенокардія, реваскуляризація міокарда;
- СН включно зі збереженою фракцією викиду;
- захворювання периферичних артерій;
- ФП на тлі обумовленого гіпертензією ураження серця;
- тяжка альбумінурія > 300 мг/24 год або підвищення співвідношення альбумін/креатинін (переважно в ранковій сечі) > 300 мг/г;
- ХХН стадії 4 і 5 ст. (рШКФ < 30 мл/хв/1,73 м²).

Діагноз АГ III стадії слід встановлювати лише за наявності об'єктивних ознак гіпертензивного ураження органів-мішеней (гіпертрофія лівого шлуночка тощо) та/або документального підтвердження наявності у пацієнта АГ до розвитку асоційованих станів.

4) Діагностика вторинної АГ

Скринінгу для виявлення можливих причин високого АТ підлягають пацієнти, що мають певні клінічні ознаки, за яких варто запідозрити вторинну АГ, наведені у таблиці 8.

Таблиця 8. Клінічні ознаки, які повинні викликати підозру щодо наявності вторинної АГ

Молоді пацієнти (<40 років) з АГ 2 або 3 ступеня або АГ будь-якого ступеня в дитинстві
Раптовий початок АГ у осіб з раніше документованою нормотензією
Раптове погіршення контролю АТ у пацієнтів з попереднім хорошим контролем АТ на тлі лікування
Істинна резистентна АГ
Розвиток невідкладного стану у пацієнта з АГ
Тяжка (3 ступінь) або злюксісна АГ
Наявність виражених обумовлених гіпертензією уражень органів-мішеней, особливо якщо вони непропорційні тривалості та тяжкості підвищення АТ
Клінічні або біохімічні ознаки, що вказують на ендокринні причини АГ
Клінічні ознаки, що вказують на атеросклеротичне реноваскулярне захворювання або фібромускулярну дисплазію
Клінічні ознаки, що вказують на СОАС
Важка АГ під час вагітності ($>160/110$ мм рт. ст.) або гостре погіршення контролю

Основні, найчастіші, причини вторинних АГ та процедури їх скринінгу представлені в таблиці 9.

2. Лікування

1) Немедикаментозне лікування АГ

Дотримання здорового способу життя є принципово важливим підходом для запобігання або затримки початку АГ, зниження підвищеного рівня АТ та зменшення пов'язаного з цим СС ризику. Модифікація способу життя посилює ефективність антигіпертензивних препаратів та дає можливість зменшити їх дози або кількість без втрати ефективності лікування. Рекомендації щодо дотримання здорового способу життя наведені в таблиці 10.

Одним з варіантів здорового харчування є DASH дієта, компоненти якої наведені у додатку 6 до цього УКПМД.

2) Медикаментозне лікування АГ

Медикаментозне лікування у поєднанні зі зміною способу життя рекомендовано пацієнтам з АГ незалежно від категорії СС ризику.

Алгоритм початку медикаментозної терапії АГ представлено на рисунку 1.

У пацієнтів з АГ 1 ступеня у нижньому її діапазоні (САТ ближче до 140 мм рт. ст.) за відсутності обумовленого гіпертензією ураження органів-мішеней та низьким серцево-судинним ризиком можливо розглянути початок лікування лише зі зміни способу життя. Якщо контроль АТ не буде досягнутий протягом 3-х місяців, необхідно призначити медикаментозне лікування. В пацієнтів з АГ віком 18–79 років поріг офісного САТ/ДАТ для початку медикаментозного лікування становить 140 та/або 90 мм рт. ст. Для пацієнтів віком 80 років і старше медикаментозне лікування рекомендовано починати, коли рівень офісного САТ ≥ 160 мм рт. ст., хоча можливо розглядати й САТ в межах 140 – 160 мм рт. ст. У «крихких» пацієнтів пороговий рівень АТ для початку антигіпертензивного лікування визначається індивідуально.

Медикаментозне лікування АГ у пацієнтів з ССЗ в анамнезі, переважно ІХС, слід розпочинати у високо-нормальному діапазоні АТ (САТ ≥ 130 або ДАТ ≥ 80 мм рт. ст.).

3) Цільовий рівень АТ

Первинною метою лікування для більшості пацієнтів з АГ є досягнення АТ $<140/80$ мм рт. ст. При хорошій переносимості рекомендована інтенсифікація терапії з досягненням САТ/ДАТ в діапазоні 120–130/70–80 мм рт. ст. Вибір на користь більш інтенсивного або менш інтенсивного контролю АТ залежить від віку, фенотипу АГ та ступеня немічності (крихкості) пацієнта. У таблиці 11 представлено цільовий АТ у пацієнтів різного віку в залежності від фенотипу АГ.

Цільовий рівень у немічних пацієнтів визначається індивідуально з урахуванням ступеня їх функціональної спроможності відповідно до критеріїв, наведених у таблиці 12.

4) Лікарські засоби для лікування АГ

Основні класи антигіпертензивних препаратів першої лінії:

- інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ);
- блокатори рецепторів ангіотензину-II (БРА);

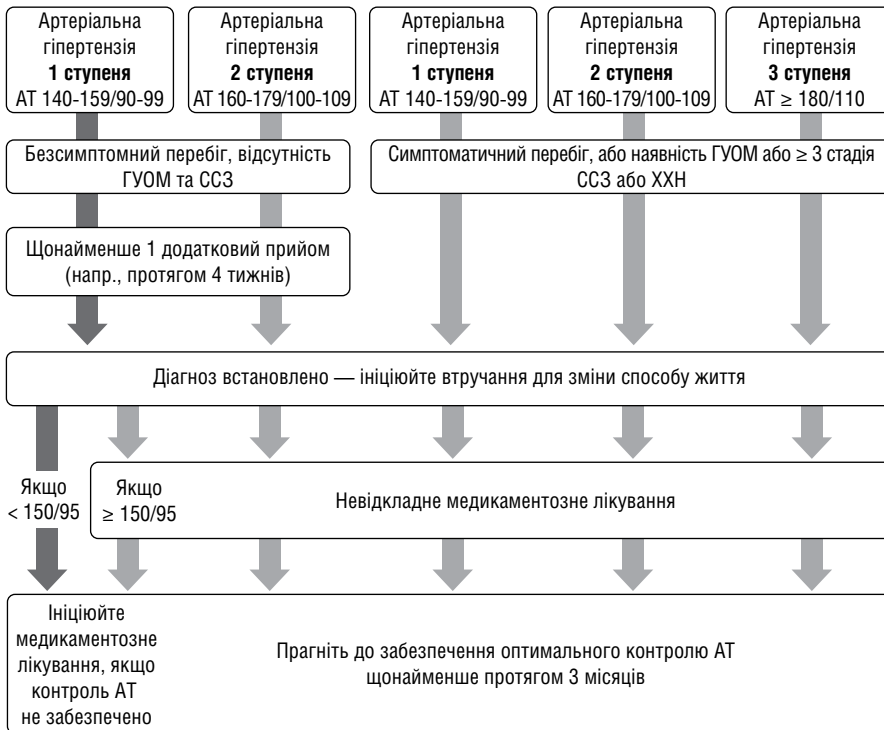
Таблиця 9. Типові причини вторинної АГ

Причина / поширеність	Можливі симптоми, ознаки, знахідки	Скринінгові дослідження
Синдром обструктивного апное сну / 5–10 %	Хропіння, ожиріння (може бути також в осіб з нормальним ІМТ); ранковий головний біль; денна сонливість	На першому етапі: шкала Епворта Подальше обстеження: амбулаторна полісомнографія
Атеросклеротичне реноваскулярне захворювання / 6–14 %	Резистентна АГ; рецидиви флеш-набряку легень; швидке зниження функції нирок; гостре погіршення функції нирок на тлі використання іАПФ або БРА; генералізований атеросклероз	На першому етапі: дуплексне доплерівське ультразвукове дослідження або КТ-ангіографія чи МРТ-ангіографія Подальше обстеження: КТ-ангіографія чи МРТ-ангіографія; інвазивна катетерна ангіографія
Фібромускулярна дисплазія / 1–6 %	Ранній початок, тяжка АГ; мігрень; пульсуєючий шум у вухах	
Первинний альдостеронізм / 6–20 %	Резистентна АГ; АГ 2 або 3 ступеня; гіпокаліємія/калій крові в межах низьких-нормальних значень; фібриляція передсердь; обструктивне апное сну; інциденталом надниркових залоз; сімейний анамнез первинного альдостеронізму; ранній інсульт	На першому етапі: альдостерон-ренинове співвідношення у плазмі Подальше обстеження: КТ надниркових залоз із контрастним підсиленням; внутрішньовенний тест з навантаженням фізіологічним розчином; супресивний тест з флу-дрокортизоном; оральне навантаження натрієм; тест з каптоприлом; забір крові з надниркових вен; генетичне тестування в деяких випадках
Феохромоцитома та парагангліома / < 1 %	Епізодичні симптоми: головний біль, потіння, тремтіння, серцебиття; велика варіабельність АТ; маніфестація з серцево-судинних ускладнень (інфаркт міокарда, аритмії, кардіоміопатія Такоубо)	На першому етапі: вільні метанефрини в плазмі або в сечі. Подальше обстеження: КТ або МРТ з контрастуванням; функціональна візуалізація; генетичне тестування
Синдром Кушинга / 2–5 %	Резистентна АГ; легке утворення синців, гіперемія обличчя, місяцеподібне обличчя, атрофія шкіри; проксимальна міопатія; центральне ожиріння, цукровий діабет	На першому етапі: нічний супресивний тест з 1 мг дексаметазону; вільний кортизол у 24-годинній порції сечі; пізня вечірня концентрація кортизолу в слині. Подальше обстеження: рівень АКТГ вранці в плазмі; стимуляційний тест з кортикотропін-релізинг гормоном або десмопресином; КТ надниркових залоз із контрастним підсиленням
Хвороби щитоподібної залози (гіпер- та гіпотиреоз) / 1–2 %	Симптоми гіпер- або гіпотиреозу	Вміст у крові тиреоїдних гормонів
Гіперпаратиреоз / < 1 %	Гіперкальціємія, гіпофосфатемія	Паратиреоїдний гормон, кальцій крові
Коарктація аорти / < 1 %	Зазвичай виявляється у дитинстві або підлітковому віці; різниця між рівнем АТ ($\geq 20/10$ мм рт. ст.) між верхніми та нижніми кінцівками або між правою або лівою руками; низький КПІ; шум між лопатками; дефекти нижніх країв ребер при рентген-дослідженні грудної клітки	Ехокардіографія

Таблиця 10. Рекомендації щодо дотримання здорового способу життя

Для пацієнтів з підвищеним АТ, які мають надлишкову вагу або ожиріння, рекомендовано зменшення маси тіла для зниження рівня АТ і покращення серцево-судинного прогнозу.
У щоденному раціоні рекомендовано надавати перевагу овочам, фруктам, бобовим, горіхам, насінню, рослинним оліям, м'ясу риби та птиці. Обмежити споживання жирного червоного м'яса, жирних молочних продуктів, цукру, солодких напоїв та солодощів. Загалом, здорові схеми харчування включають більшу кількість рослинної їжі та меншу кількість їжі тваринного походження.
Для пацієнтів з АГ, що дотримуються дієти з високим вмістом натрію (більшість європейців), для зниження рівня АТ та ризику ССЗ рекомендовано вживання заміників солі, в яких частину NaCl заміщують на KCl
Обмеження харчової солі до <5 г (відповідно ~ 2 г натрію) на день рекомендовано усім пацієнтам з АГ для зниження рівня АТ
Збільшення споживання калію, переважно за рахунок модифікації харчового раціону, рекомендовано пацієнтам з підвищеним рівнем АТ, за винятком пацієнтів з прогресуючою ХХН
Рекомендовано щоденні фізичні навантаження та структуровані вправи, принаймні 150–300 хв на тиждень аеробних навантажень помірної інтенсивності або 75–150 хв на тиждень аеробних вправ високої інтенсивності або еквівалентна комбінація. Скоротити малорухливий спосіб життя та доповнити динамічними фізичними вправами (2–3 рази на тиждень)
Пацієнтів з підвищеним рівнем АТ, які в даний час вживають алкоголь (≥ 3 доз/день ^а), поінформувати про необхідність зменшення споживання алкоголю, навіть до повної відмови, що буде сприяти зниженню рівня АТ
Алкоголь не слід рекомендувати для профілактики ССЗ. Дослідження, які пов'язують помірне споживання алкоголю з низьким серцево-судинним ризиком, є неуточненими
Рекомендовано уникати запійного пияцтва з метою зниження рівня АТ і ризику геморагічного інсульту та передчасної смерті
Відмова від куріння, підтримуюча терапія та направлення до програм відмови від куріння рекомендовано для всіх курців для уникнення підвищення амбулаторного АТ, зниження ризику маскованої АГ та покращення серцево-судинного прогнозу
Для управління стресом рекомендовано виконання контрольованих дихальних вправ, медитація

^а – 1 доза алкогольного напою становить у перерахунку 10 мл чистого етанолу.



За можливості використовуйте ДМАТ та/або АМАТ

Рисунок 1. Ініціація медикаментозного лікування залежно від рівня офісного АТ.

Таблиця 11. Цільовий АТ для різних категорій пацієнтів

Вік	Цільовий АТ
18–64 роки	<130/80 мм рт. ст., але не <120/70 мм рт. ст.
65–79 років	<130/80 мм рт. ст. може бути розглянуто, якщо добре переноситься
≥80 років або	САТ 140–150 мм рт. ст., ДАТ < 80 мм рт. ст., можливо зменшення САТ до 130–139 мм рт. ст., якщо переноситься
> 65 років з ІСГ	САТ 140–150 мм рт. ст., подальше зниження САТ до 130–139 мм рт. ст. може бути розглянуто, але із пересторогою якщо ДАТ вже <70 мм рт. ст.

Таблиця 12. Визначення ступеня немічності пацієнтів >80 років

Характеристики	Повністю незалежні	Незалежні у більшості активностей	Практично повністю залежні
Діагноз	Індекс АПЖ (Katz)1 ≥5/6 та відсутність клінічно значущої деменції (MMSE ≤20/30) та рутинна рухова активність	Стан між групою 1 і групою 2	Індекс АПЖ (Katz) ≤2/6, або тяжка деменція, або хронічний постільний режим, або термінальний стан
Терапевтична стратегія	<ul style="list-style-type: none"> Розпочати медикаментозне лікування при САТ ≥160 мм рт. ст.; можливо розглянути й при САТ 140–159 мм рт. ст. САТ знижувати до 140–150 мм рт. ст.; можливим є зниження до 139 мм рт. ст., якщо переноситься, але із пересторогою якщо ДАТ вже <70 мм рт. ст. Розглянути можливість починати з монотерапії 	<ul style="list-style-type: none"> Розпочати медикаментозне лікування при САТ ≥160 мм рт. ст.; можливо розглянути й при САТ 140–159 мм рт. ст. САТ знижувати до 140-150 мм рт.ст.; можливим є зниження до 139 мм рт.ст., якщо переноситься, але із пересторогою якщо ДАТ вже < 70 мм рт.ст. Розглянути можливість починати з монотерапії та титрувати антигіпертензивні препарати з обережністю. Розглянути можливість деескалації лікування, якщо САТ <120 мм рт. ст. або у пацієнтів з ортостатичною гіпотензією Детальніша оцінка функціонального стану: рухливості, м'язової сили, депресії, статусу харчування 	<ul style="list-style-type: none"> Обрати терапевтичну стратегію відповідно до коморбідностей з урахуванням поліфармації Розглянути медикаментозне лікування при САТ ≥160 мм рт. ст. Цільовий рівень САТ – 140–150 мм рт. ст. Деескалація лікування, якщо офіс. САТ <120 мм рт. ст. або у пацієнтів з ортостатичною гіпотензією Корекція інших факторів та препаратів, що знижують АТ

¹АПЖ – активність у повсякденному житті. Ця шкала включає 6 основних щоденних обов'язків: миття, одягання, відвідування туалету, пересування, харчування та контроль тазових функцій. Для кожного пункту 0 означає, що особа не може виконати його без допомоги, 0,5 – потребує певної допомоги, 1 – не потребує жодної допомоги.

- тіазидні та тіазидоподібні діуретики;
- блокатори кальцієвих каналів (БКК);
- блокатори бета-адренорецепторів (БАБ).

Особливості застосування препаратів першої лінії наведено в таблиці 13.

Препарати другої лінії:

- петльові діуретики;
- антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМР);
- блокатори альфа-адренорецепторів (БАР);
- препарати центральної дії, вазодилатори.

Препарати другої лінії переважно використовуються у пацієнтів з резистентною АГ в якості 4-го і більше компонентів терапії для зниження АТ, а також мають показання до застосування у деяких особливих ситуаціях (наприклад, для лікування АГ у вагітних використовується метилдопа, у пацієнтів з тяжкою ХХН – петльові діуретики тощо).

5) Стратегія медикаментозного лікування АГ

Алгоритм вибору стратегії лікування представлений на рисунку 2. Для більшості пацієнтів з АГ лікування потрібно починати з комбінації двох антигіпертензивних препаратів. Якщо цільовий АТ не досягнуто на максимальній переносимій дозі подвійної комбінації, одним із варіантів може бути використання іншої комбінації з двох препаратів, проте у більшості випадків такі пацієнти потребують застосування комбінації з трьох препаратів. Вона зазвичай складається з блокатора РАС, БКК та тіазидного / тіазидоподібного діуретика. Використання трикомпонентної терапії

Таблиця 13. Протипоказання та стани, що вимагають обережного застосування антигіпертензивних препаратів першої лінії

Клас препаратів	Протипоказання	Обережне використання
ІАПФ та БРА	Вагітність Жінки, які планують вагітність Ангіоневротичний набряк в анамнезі Тяжка гіперкаліємія (калій в крові >5,5 ммоль/л) Двобічний стеноз ниркової артерії або стеноз єдиної (функціональної) нирки	Жінки дітородного віку без надійної контрацепції
Бета-адреноблокатори	Важка астма Будь-яка синоатріальна або атріовентрикулярна блокада високого ступеня Брадикардія (ЧСС <60 уд./хв)	Астма Порушення толерантності до вуглеводів Спортсмени та фізично активні пацієнти
Дигідропіридинні блокатори кальцієвих каналів		Тахіаритмія Серцева недостатність зі зниженою ФВ (клас III або IV) Існуючий сильний набряк ніг
Недигідропіридинні блокатори кальцієвих каналів (верапаміл, ділтіазем)	Будь-яка синоатріальна або атріовентрикулярна блокада високого ступеня Тяжка дисфункція ЛШ (ФВ ЛШ <40%), серцева недостатність зі зниженою ФВ ЛШ Брадикардія (ЧСС < 60 уд./хв) Супутні препарати, які метаболізуються через Р-gp або СYP3A4	Закреп
Тіазидні / тіазидоподібні діуретики	Гіпонатріємія ХХН внаслідок обструктивної уропатії Алергія на сульфаніламід	Подагра Порушення толерантності до вуглеводів Вагітність Гіперкаліємія Гіпокаліємія Онкологічні пацієнти з метастазами в кістки
Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів	Важка гіперкаліємія (калій > 5,5 ммоль/л) рШКФ <30 мл/хв/ 1,73 м ²	Супутні препарати, які метаболізуються через Р-gp або СYP3A4 – для еплеренону

дає змогу контролювати АТ приблизно у 90 % пацієнтів. Оптимальним є поєднання препаратів в одній таблетці.

Не рекомендовано починати лікування комбінацією трьох препаратів через ризик занадто швидкого або надмірного зниження АТ, особливо у пацієнтів похилого віку.

Вибір комбінацій для початку лікування:

1. У більшості пацієнтів лікування слід починати з подвійної фіксованої комбінації для покращення швидкості, ефективності та передбачуваності досягнення контролю АТ.

2. У більшості випадків лікування слід розпочинати з комбінації у складі блокатора РАС у поєднанні з БКК або т/тз діуретиком. Хоча інші комбінації також можуть застосовуватись.

3. БАБ може бути застосований на будь-якому етапі лікування у комбінації з будь-яким препаратом 1-ї лінії, якщо є показання до його застосування або його застосування може бути доцільним.

4. Початкова монотерапія рекомендована:

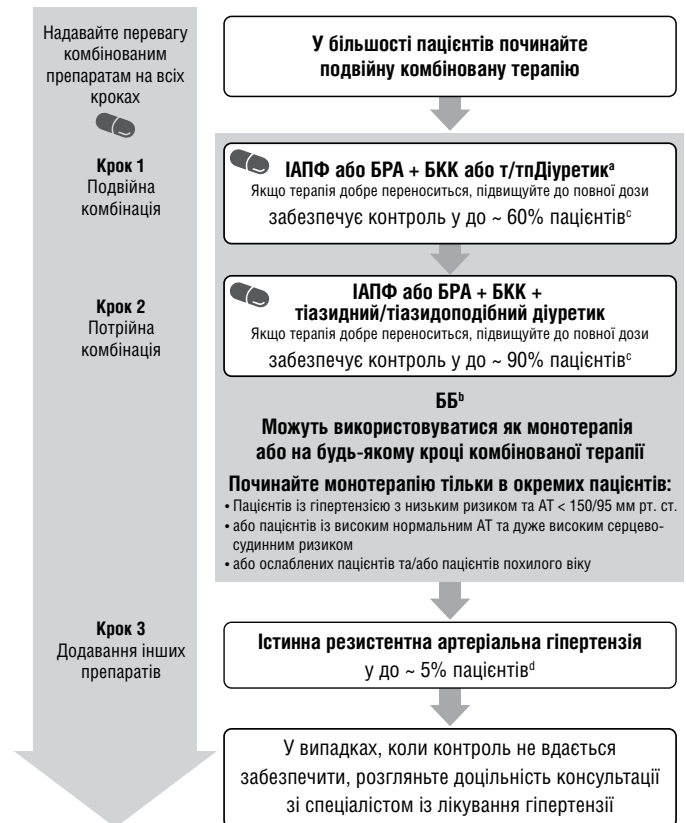


Рисунок 2. Стратегія лікування АГ

Таблиця 14. Захворювання та стани, при яких показане застосування бета-блокаторів у пацієнтів з АГ

<p>Показання для застосування бета-блокаторів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ІХС: антиішемічна терапія • Стан після інфаркту міокарда: аритмії, стенокардія, неповна ревааскуляризація, СН • Гострий коронарний синдром • СНзпФВ • СНзбФВ у разі супутньої ІХС (антиішемічна терапія), аритмії, тахікардії • Фібриляція передсердь: попередження, контроль ритму, контроль ЧСС • Жінки дітородного віку/які планують вагітність • Гіпертензія у вагітних
<p>Інші стани, при яких застосування бета-блокаторів може бути доцільним:</p> <ul style="list-style-type: none"> • АГ з підвищеною ЧСС у спокої > 80 уд./хв • Невідкладні стани, парентеральне введення • Періоперативна АГ • Великі некардіальні хірургічні втручання • Надмірна пресорна відповідь на фізичні або емоційні навантаження • Гіперкінетичний серцевий синдром • Синдром постуральної ортостатичної тахікардії • Ортостатична гіпотензія • СОАС • Захворювання периферичних артерій з переміжною кульгавістю • ХОЗЛ • Портальна гіпертензія, розширення вен стравоходу внаслідок цирозу та кровотечі з розширених вен стравоходу • Глаукома • Тиреотоксикоз, гіпертиреозидизм • Гіперпаратиреоз при уремії • Мігрень • Есенційний тремор • Тривога та тривожні розлади • Психіатричні розлади (ПТСР)

- пацієнтам із дуже високим СС-ризиком та високим-нормальним АТ;
- пацієнтам дуже похилого віку та слабким пацієнтам з міркувань безпеки;
- може розглядатися у пацієнтів з низьким СС ризиком із АГ 1 ступеня, у яких САТ <150 мм рт. ст.

5. Якщо подвійна комбінація у максимальному переносимих дозах не забезпечує ефективний контроль АТ і не показано застосування БАБ, слід призначити потрібну фіксовану комбінацію у складі блокатор РАС + БКК + т/тз діуретик.

6. Незалежно від початкового вибору лікування, в кінцевому підсумку більшість пацієнтів має переходити на фіксовані комбінації, коли такі є можливими.

Скринінг на недотримання антигіпертензивного лікування має бути частиною рутинної оцінки ефективності препаратів для зниження АТ і повинен проводитись під час кожного візиту пацієнта до лікаря, особливо у наступних ситуаціях:

- перед посиленням антигіпертензивної терапії;
- перед скринінгом на вторинну АГ;
- при підозрі на резистентну АГ.

Для оцінки може бути використаний є опитувальник Моріскі-Грін, наведений у додатку 4 до цього УКПМД. Альтернативним методом оцінки неприхильності може бути 24-годинне АМАТ після прийому препаратів у присутності медичного персоналу.

б) Лікування пацієнтів з резистентною АГ

Резистентною вважається АГ, при якій на тлі модифікації способу життя та застосуванні трьох або більше антигіпертензивних препаратів в оптимальних дозах (блокатори РАС, БКК та т/тз діуретики) не вдається знизити офісний АТ <140/90 мм рт. ст. і неадекватний контроль АТ підтверджено результатами 24-годинного АМАТ (середньодобові показники САТ \geq 130 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 80 мм рт. ст.), або за даними ДМАТ (середній САТ \geq 135 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 85 мм рт. ст.), а також виключені причини псевдорезистентної та вторинної АГ. Пацієнтів з підозрою на резистентну АГ слід направити до відповідного ЗОЗ. Алгоритм діагностики резистентної АГ представлений на рисунку 3.

При виявленні причин псевдорезистентності необхідно виключити вплив лікарських засобів та інших речовин, які призводять до підвищення АТ.

Цільовий рівень АТ у пацієнтів з резистентною АГ становить <140/90 мм рт. ст., бажаним є АТ <130/80 мм рт. ст., якщо добре переноситься. Лікування поєднує в собі обов'язкові зміни способу життя та багатокомпонентну медикаментозну терапію. Стратегія лікування пацієнтів з РАГ на етапі вибору 4-го антигіпертензивного препарату визначається наявністю та стадією ХХН.

У пацієнтів з ШКФ \geq 30 мл/хв/1,73 м² на додаток до потрібної комбінації (перевага надається ФК в максимальному переносимих дозах) рекомендовано в першу чергу розглянути використання спіронолактону (25–50 мг/добу) (або іншого антагоніста мінералокортикоїдних



Рисунок 3. Алгоритм діагностики резистентної АГ

рецепторів, наприклад, еплеренону – менш ефективного) або БАБ (бісопролол 5–10 мг/добу) або БАР (доксазозин, краще пролонгованого вивільнення, 4–8 мг/добу), або препаратів центральної дії (клонідин 0, 1–0,3 мг двічі/добу, моксонідин 0,4–0,6 мг/добу).

У пацієнтів з ШКФ <30 мл/хв/1,73 м² на додаток до потрібної комбінації (перевага надається ФК в максимальному переносимих дозах) рекомендовано хлорталідон (доза від 12,5 до 25 мг/добу), який призначається з або без петльового діуретика. Ризик гіперкаліємії, пов'язаний з призначенням АМР, високий у пацієнтів з ХХН, що потребує моніторингу калію крові та ШКФ після початку лікування. Залежно від індивідуального ризику та стадії ХХН рекомендовано його проводити щонайменше 1 раз на рік або з інтервалом від трьох до шести місяців.

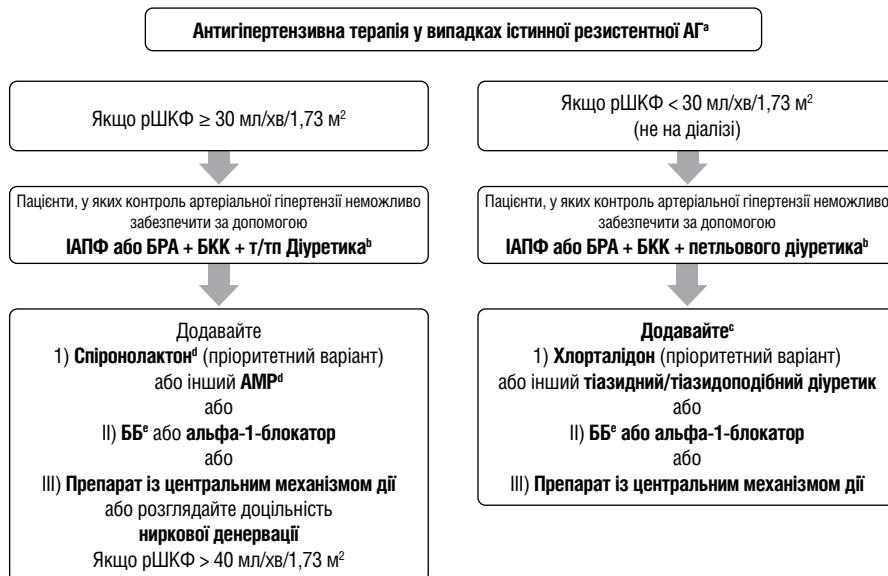


Рисунок 4. Стратегія лікування пацієнтів з РАГ

Пацієнти з резистентною АГ є групою підвищеного СС ризику, тому потребують особливого спостереження, що включає періодичне АМАТ, оцінку ураження органів-мішеней та прихильності до лікування.

7) Лікування АГ у пацієнтів з ХХН

Ефективне лікування АГ за наявності ХХН уповільнює зниження функції нирок, зменшує ризик розвитку термінальної стадії ниркової недостатності та СС ускладнень.

Для всіх пацієнтів з ХХН первинний цільовий АТ <140/90 мм рт. ст. Для більшості пацієнтів з ХХН (молоді пацієнти, пацієнти із САК ≥ 300 мг/г, пацієнти з високим серцево-судинним ризиком) рекомендовано зниження АТ до <130/80 мм рт. ст., якщо добре переноситься, але не нижче 120/70 мм рт. ст. Для пацієнтів з АГ після трансплантації нирки цільовий АТ <130/80 мм рт. ст.

У пацієнтів з ХХН 1–3 стадії застосовуються загальні принципи антигіпертензивної терапії з використанням подвійних або потрійних комбінацій у максимальних переносимих дозах, бажано в одній таблетці. У пацієнтів з ХХН 4–5 стадії (не на діалізі) у складі подвійної або потрійної комбінації надається перевага не петльовому діуретику.

Інгібітори НЗКТГ-2 рекомендовані пацієнтам з діабетичною та недіабетичною ХХН, якщо ШКФ не нижче 20 або 25 мл/хв/1,73 м². Нестероїдний антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів фінеренон рекомендовано для пацієнтів з ХХН та альбумінурією, пов'язаною з ЦД 2 типу при ШКФ >25 мл/хв/1,73 м², якщо сироватковий калій крові <5,0 ммоль/л.

Пацієнт з ХХН має бути направлений до нефролога у разі:

- ХХН 4–5 стадії (ШКФ <30 мл/хв/1,73 м²);
- ХХН 3 ст. з альбумінурією в межах 30–300 мг/добу або САК 30–300 мг/г;
- рівень екскреції альбуміну в межах >300 мг/добу або САК >300 мг/г.

3. Супутнє лікування факторів серцево-судинного ризику

1) Ліпідзнижувальна терапія

Стратегія ліпідзнижувальної терапії у пацієнтів з АГ визначається за результатами стратифікації СС ризику. Пацієнтам з

низьким-помірним ризиком медикаментозна терапія не показана, їм рекомендовано дотримуватись заходів модифікації способу життя. У пацієнтів з високим або дуже високим СС ризиком на тлі модифікації способу життя показана до застосування медикаментозна терапія з досягненням цільових рівнів ХС ЛПНЩ, які визначаються наявністю (вторинна профілактика) чи відсутністю (первинна профілактика) ССЗ та ступенем СС-ризиком. У первинній профілактиці початковою метою є зниження ХС ЛПНЩ <2,6 ммоль/л, подальша інтенсифікація терапії визначається ризиком ССЗ: для пацієнтів із високим ризиком бажаним є ХС ЛПНЩ <1,8 ммоль/л, із дуже високим ризиком може розглядатися ХС ЛПНЩ <1,4 ммоль/л. У вторинній профілактиці первинна мета – ХС ЛПНЩ <1,8 ммоль/л з подальшою інтенсифікацією терапії та бажаним цільовим рівнем ХС ЛПНЩ <1,4 ммоль/л. Препаратами 1-го вибору для зниження ХС ЛПНЩ є статини.

Якщо цільового рівня не вдалося досягти, застосовуючи максимальну переносимі дози статинів, може бути доданий езетиміб. Інгібітори PCSK9 або siRNA можуть бути розглянуті у пацієнтів з дуже високим СС ризиком для досягнення цільових значень ХС ЛПНЩ.

Статини також є препаратами 1-го вибору при лікуванні ізольованої гіпертригліцеридемії. Їх призначення може бути розглянуто, якщо рівень тригліцеридів становить >2,3 ммоль/л, особливо у пацієнтів з ЦД.

2) Антитромбоцитарна терапія

Рішення щодо призначення антитромбоцитарної терапії пацієнтам з АГ, так само, як і нормотензивним пацієнтам, повинно базуватися на індивідуальному СС-ризиком у відповідності до стратегії первинної чи вторинної профілактики, з урахуванням потенційного ризику кровотечі. Антитромбоцитарна терапія (зазвичай АСК у низькій дозі) однозначно показана у вторинній профілактиці, оскільки у пацієнтів з встановленим ССЗ низькі дози АСК доведено знижують ризик СС ускладнень.

Для первинної профілактики пацієнтам з АГ не показано застосування АСК. Індивідуалізований підхід у розгляді питання призначення АСК з метою первинної профілактики може мати місце у пацієнтів з ЦД високого СС ризику за умови відсутності високого ризику кровотеч.

4. Гіпертензивні кризи

Головним завданням при огляді пацієнтів з гіпертензивним кризом є ідентифікація пацієнтів з ознаками гострих СС або ниркових ускладнень, які потребують невідкладного обстеження та лікування.

Діагностичні заходи у пацієнтів з гіпертензивним кризом включають такі дослідження:

- фундоскопія;
- ЕКГ у 12 відведеннях;
- ЗАК (гемоглобін, тромбоцити, клітини крові);
- креатинін, рШКФ, електроліти, ЛПНЩ;
- ЗАС, САК.

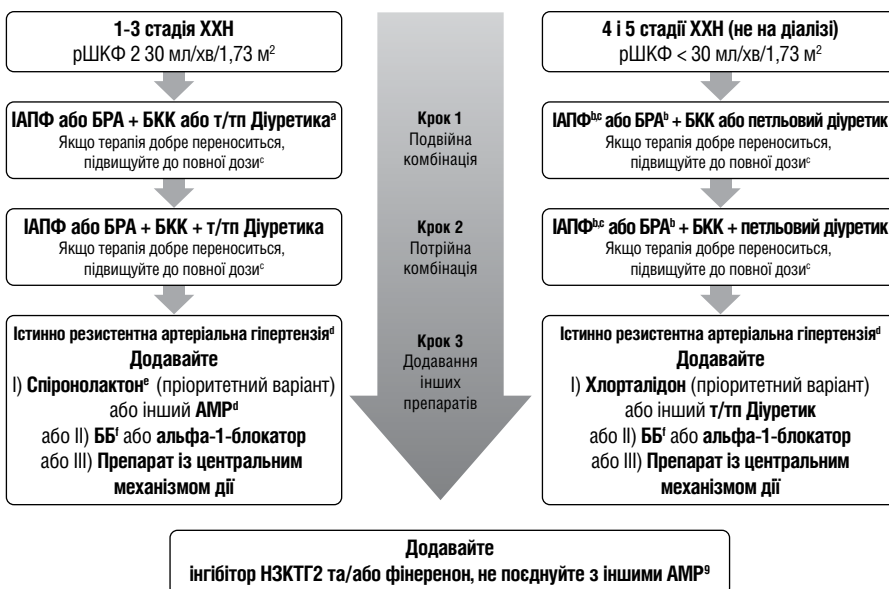


Рисунок 5. Алгоритм лікування АГ у пацієнтів з ХХН

Таблиця 15. Гіпертензивні невідкладні стани, які потребують негайного зниження АТ з застосуванням в/в препаратів

Клінічна картина	Цільовий АТ/ час досягнення	Препарати 1-го вибору	Альтернатива
Злоякісна гіпертензія з або без гострої ниркової недостатності	Зниження середнього АТ на 20–25 % / впродовж кількох годин	Нікардипін	Урапідил
Гіпертензивна енцефалопатія	Зниження середнього АТ на 20–25 % / негайно	Нікардипін	
Гострий коронарний синдром	Зниження САТ до <140 мм рт.ст. / негайно	Нітрогліцерин	Урапідил
Гострий кардіогенний набряк легень	Зниження САТ до <140 мм рт.ст. / негайно	Нітрогліцерин (з петльовим діуретиком)	Урапідил (з петльовим діуретиком)
Дисекція аорти	Зниження САД до <120 мм рт.ст. та ЧСС до <60 уд./хв / негайно	Есмолол	Метопролол
Екламсія та важка преекламсія / HELLP	Негайно зниження ДАТ до <160 мм рт.ст. Врахувати можливість доставки та ДАТ до <105 мм рт.ст.	Нікардипін та магнію сульфат	Розглянути пологи

За підозри щодо ускладнення призначаються специфічні дослідження:

- тропонін (підозра на ГКС та/або СН), NT-pro BNP;
- рентгенографія органів грудної порожнини або УЗД легень (набряк легень і перенавантаження рідиною);
- ЕХО-кардіографія (СН, ГКС, підозра на розшарування аорти);
- КТ-ангіографія грудної та/або абдомінальної ділянки (підозра на розшарування аорти);
- КТ або МРТ головного мозку (підозра на ГПМК);
- УЗД нирок (ураження нирок або підозра на стеноз артерій);
- аналіз сечі (підозра на вживання кокаїну або метамфетаміну).

1) Ускладнений гіпертензивний криз

Гіпертензивний екстремний стан – це стани, при яких високий АТ супроводжується гострою симптоматикою ураження органів-мішеней, наведений у таблиці 16. Вони становлять загрозу життю та вимагають негайного лікування з метою зниження АТ, зазвичай за допомогою внутрішньовенної терапії. Поряд із абсолютним рівнем АТ, не менш важливим чинником, який визначає тяжкість пацієнта та ступінь ушкодження органів-мішеней, може бути швидкість зростання АТ. До гіпертензивних екстремних станів відносяться:

- гіпертензивний криз, який ускладнений гострим інсультом (геморагічний або ішемічний/тромбоемболічний); аневризмою або розшаруванням аорти; гострою серцевою недостатністю; ГКС; нирковою недостатністю. *Ці екстремні стани можуть виникати як при значному, так і при помірному підвищенні АТ, якого достатньо для того, щоб спровокувати розвиток ураження органів-мішеней.*
- гіпертензивний криз, спричинений феохромоцитомою або зовнішніми симпатоміметичними речовинами. Вживання симпатоміметичних препаратів, таких як метамфетамін або кокаїн, може спричинити гостре значне підвищення АТ, яке може призвести до розвитку гострого пошкодження органів-мішеней.
- преекламсія/екламсія з HELLP синдромом.
- злоякісна АГ – це стан, який характеризується фібриноїдним некрозом дрібних артерій нирок, сітківки та мозку. Можуть спостерігатися крововиливи в сітківку та набряк диска зорового нерва, гостра ниркова недостатність, мікроангіопатія, дисеміноване внутрішньосудинне згор-

тання крові, енцефалопатія (у 15 % випадків) або гостра серцева недостатність.

2) Неускладнений гіпертензивний криз

Гіпертензивний невідкладний стан – це стан значного підвищення АТ за відсутності доказів гострого ураження органів-мішеней. Завданням лікаря є оцінка клінічного стану з визначенням причини підвищення АТ. Частотою причиною неускладнених гіпертензивних кризів є тривожний синдром, при якому панічні атаки супроводжуються раптовим значним підвищенням АТ. Діагностика тривоги та її лікування паралельно із оптимізацією антигіпертензивної терапії є запорукою досягнення ефективного та стабільного контролю АТ.

Пацієнтам із неускладненим гіпертензивним кризом для зниження АТ застосовують пероральні антигіпертензивні препарати для поступового зниження АТ протягом 24–48 годин. Терапія неускладненого гіпертензивного кризу може включати відновлен-

Таблиця 16. Лікарські засоби для лікування неускладнених гіпертензивних кризів

Лікарський засіб	Доза та спосіб введення	Побічні ефекти
Каптоприл	25 мг перорально, при необхідності – повторити через 90–120 хв	Гіпотензія у пацієнтів з ренін-залежною гіпертензією
Фіксована комбінація каптоприл / гідрохлортiazид	25/12,5 – 50/25 мг перорально	Гіпотензія у пацієнтів з ренін-залежною гіпертензією
Ніфедипін	5–10 мг перорально	Головний біль, тахікардія, почервоніння обличчя
Клонідин	0,075–0,3 мг перорально	Сухість у роті, сонливість. Протипоказаний при атріовентрикулярній блокаді
Моксонідин	0,2–0,6 мг перорально	Сухість у роті, сонливість (виражені менше, у порівнянні клонідином)
Пропранолол	20–40 мг перорально	Брадикардія, бронхообструкція
Метопролол	25–50 мг перорально	Брадикардія, бронхообструкція
Фуросемід	20–40 мг перорально	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Торасемід	10–20 мг перорально	Ортостатична гіпотензія, слабкість

ня або посилення попереднього лікування або призначення іншої терапії. Слід уникати сублінгвального застосування швидкодіючих препаратів, оскільки неможливо передбачити ступінь зниження АТ, яке в частині випадків може бути занадто швидким або занадто потужним. Вибір препарату (чи комбінації) має враховувати вік, рівень АТ, ЧСС, наявність вегетативних розладів та супутньої патології пацієнта, а також попереднього досвіду антигіпертензивної терапії.

З метою уникнення надмірного зниження АТ рекомендується починати з низьких доз антигіпертензивних препаратів, за необхідності – повторити їх прийом через 1–2 години. Особливо обе-

режно потрібно підходити до зниження АТ у пацієнтів з ознаками вираженого атеросклерозу, зокрема, пацієнтів старших вікових груп. У цієї категорії пацієнтів призначення БКК короткої дії (ніфедипін) може призвести до швидкого зниження АТ та розвитку гіперфузійних ускладнень серця або мозку.

Важливо узгодити з пацієнтом дозу і час наступного прийому планових антигіпертензивних препаратів, щоб попередити підвищення АТ. У разі необхідності провести корекцію планової терапії.

При неможливості забезпечення моніторингу АТ та клінічних симптомів, пацієнт з гіпертензивним кризом підлягає госпіталізації.