

Лікування артеріальної гіпертензії

Цього року виповнюється 20 років настановам Європейського товариства гіпертензії (ESH), що були вперше опубліковані 2003 року та стали п'ятою найцитованішою роботою у світі в усіх галузях досліджень, а також найзатребуванішим документом у сфері медицини. Пропонуємо до вашої уваги короткий огляд ювілейних рекомендацій ESH (2023) щодо лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), які розробила робоча група Європейського товариства гіпертензії (ESH) та підтримали Європейська ниркова асоціація (ERA) і Міжнародне товариство гіпертензії (ISH). Оновлені настанови мали на меті узагальнити найкращі доступні докази щодо всіх аспектів лікування пацієнтів з АГ. До розроблення клінічних настанов було залучено робочу групу з 59 експертів із європейських країн, які представляли галузі внутрішньої медицини, кардіології, нефрології, ендокринології, загальної медицини, геріатрії, фармакології та епідеміології.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ESH (2023): ЩО НОВОГО?

Представлені клінічні настанови розроблено після ретельного пошуку нових досліджень щодо АГ та суміжних галузей медицини. Крім того, як і минулого разу, рандомізованим клінічним дослідженням (РКД) було присвоєно найвище значення. Як і в попередніх настановах, зазначено, що рекомендації не завжди є обов'язковими для окремих пацієнтів, оскільки базуються на усереднених даних. Для окремих пацієнтів відповідні діагностичні та лікувальні рішення можуть відрізнятися від викладених у рекомендаціях.

Ці настанови містять кілька концептуальних елементів новизни, що ґрунтуються на результатах досліджень, виконаних після публікації відповідних рекомендацій 2018 року, і детальніше розглядають теми, які в минулому досліджували недостатньо, а також порушують кілька станів, які раніше не вивчали, хоча вони часто співіснують з АГ і зумовлюють специфічні потреби в медикаментозному лікуванні пацієнтів цієї популяції. Попри те, що оновлені рекомендації переважно стосуються АГ у дорослих, уперше розміщено основні положення щодо гіпертензії у дітей, підлітків і переходу до АГ у молодих дорослих пацієнтів.

Оновлені рекомендації охоплюють такі ключові аспекти:

1. Модифіковані спрощені критерії з оцінювання доказів для рекомендацій.
2. Патофізіологічні передумови первинної АГ.
3. Клінічні вимірювання артеріального тиску (АТ) за допомогою різних методів та за різних клінічних умов.
4. Ретельний опис офісних, амбулаторних і домашніх вимірювань АТ та його значення за різних демографічних і клінічних умов.
5. Удосконалення позаофісного вимірювання АТ у лікуванні АГ.
6. Нові методи дослідження ураження органів, опосередкованого АГ, та їх клінічне значення під час обстеження.
7. Поточні чинники серцево-судинного (СС) ризику та положення щодо його оцінювання.
8. Оновлений та узагальнений огляд вторинних форм гіпертонічної хвороби.
9. Зміни способу життя у пацієнтів з АГ.
10. Оновлення порогу та цілей антигіпертензивної медикаментозної терапії, зокрема її можлива неоднорідність у демографічних і клінічних підгрупах пацієнтів.

11. Застосування блокаторів ренін-ангіотензинової системи (РАС), блокаторів кальцієвих каналів (БКК) і тiazидних / тiazидоподібних діуретиків, а також їхніх різних комбінацій для зниження АТ. Додавання бета-блокаторів до основних антигіпертензивних засобів.

12. Доступні комбіновані стратегії медикаментозного лікування, зокрема квадро- та поліпігулки.

13. Ключові положення та оптимізація діагностики й лікування істинної резистентної АГ.

14. Роль ниркової денервації в антигіпертензивному лікуванні.

15. Вплив АГ та її лікування на когнітивну дисфункцію та деменцію.

16. Ведення АГ у пацієнтів похилого віку, зважаючи на їх слабкість і функціональний рівень.

17. Лікування АГ за серцевої недостатності (СН) зі зниженою фракцією викиду (ЗнФВ) і збереженою фракцією викиду (ЗФВ).

18. Нові підходи до діагностування та лікування пацієнтів з АГ і фібриляцією передсердь (ФП).

19. Лікування пацієнтів із хронічною хворобою нирок (ХХН), зокрема трансплантації нирки.

20. Нові підходи до лікування хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу.

21. Епідеміологія, діагностика та лікування різних фенотипів АГ.

22. Діагностика, лікування та спостереження за хворими з АГ за демографічних і клінічних умов, які в попередніх рекомендаціях не розглядали або розглядали лише частково (діти / підлітки пацієнти молодого віку; відмінності, пов'язані зі статтю; вагітність і післяпологовий період; гіпертензія в онкологічних хворих; періопераційна гіпертензія; хронічні запальні захворювання; COVID-19; ожиріння, глаукома та ін.).

23. Стратегії подальшого спостереження за пацієнтами, зокрема оцінювання та мінімізація недотримання призначень та клінічної інерції.

24. Нові потенційні підходи до лікування АГ та стримування пов'язаного з нею робочого навантаження (телемедицина, групове лікування, роль фармацевтів).

Порівняно з попередніми настановами найважливішою відмінністю є пріоритет, який надають важливим для пацієнта СС результатам, як-от інсульт, інфаркт міокарда (ІМ), СН або загальна смертність, визнаючи, що основною метою антигіпертензивного лікування є зниження ризику клінічних результатів, а не лише АТ. Хоча зниження АТ тісно пов'язане зі зменшенням ризику клінічних подій, втручання для зниження АТ можуть мати вплив і на інші фізіологічні системи з корисними чи шкідливими ефектами, а співвідношення користь / шкода не може бути чітко встановлено без клінічних досліджень.

Клас рекомендацій (КР) і рівень доказовості (РД) для всіх рекомендацій переглянув Комітет з оцінювання доказів із використанням методології доказової медицини на підставі підтвердження їх надійності та доведеності. Відповідно до попередніх версій настанов ESH застосовували подібну систему, за якою виокремлювали КР і РД. Зокрема, РД вказує на те, наскільки сильною є рекомендація, зважаючи на очікуваний ефект проти ризиків і витрат за шкалою від I до III. Власне, кожен із класів рекомендацій I і III чітко передає загальний консенсус щодо того, чи є варіант здійснення догляду пацієнта корисним (*клас рекомендації I*), чи некорисним, чи навіть шкідливим (*клас рекомендації III*).

Якщо бракує загального консенсусу або є сумнівні докази, необов'язкова рекомендація вважається як КР II. На відміну від попередніх в оновлених настановах не застосовували подальший поділ КР II на два підкласи (IIa і IIb) як такий, що не має рації задля спрощення та чіткого формулювання втручання.

Своєю чергою, РД демонструє, наскільки надійними є доказові дані, що лежать в основі кожної рекомендації, за шкалою від A до C. Важливо зазначити, що КР і РД не залежать один від одного, наприклад, сильні рекомендації можуть ґрунтуватися на слабких доказових даних, якщо передбачувана користь втручання або діагностичної процедури значно переважає над потенційними ризиками.

ВИЗНАЧЕННЯ АГ, КЛАСИФІКАЦІЯ І ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДІАГНОЗУ

За попередніми європейськими і поточними міжнародними рекомендаціями, АГ визначають на підставі повторних офісних значень систолічного АТ (САТ) ≥ 140 мм рт. ст. і/або діастолічного АТ (ДАТ) ≥ 90 мм рт. ст. Проте існує безперервний зв'язок між АТ і серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), патологією нирок або летальними наслідками, починаючи з офісного САТ >115 мм рт. ст. і ДАТ >75 мм рт. ст. Отже, це визначення є умовним і має переважно прагматичну мету щодо спрощення діагностування та прийняття рішень щодо лікування АГ.

У цьому контексті наведені вище офісні порогові значення АТ відповідають рівню, за якого переваги втручання (наприклад, щодо способу життя або медикаментозного лікування) перевищують потенційні ризики. На підставі наявних доказів визначення АГ залишається незмінним порівняно з попередніми рекомендаціями (Williams et al., 2018).

Класифікація офісного АТ та визначення ступенів гіпертензії також є такими самими, як і в попередніх рекомендаціях. Через варіабельність АТ підвищення офісного АТ (САТ ≥ 140 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст.) має бути підтверджено щонайменше двома-трьома візитами, якщо тільки значення АТ, зареєстровані під час першого візиту, не є суттєво підвищеними (гіпертензія 3-го ступеня) або наявний високий СС ризик, зокрема, є опосередковані АГ ураження органів.

Попри те, що наявні докази мають деякі діагностичні обмеження, а в клінічній практиці збір даних амбулаторного моніторингу АТ або домашнього моніторингу у великому масштабі може бути складним, вимірювання АТ поза офісом є основою важливої клінічної інформації.

АКТУАЛЬНІСТЬ ЗМІНИ СПОСОБУ ЖИТТЯ

Усім пацієнтам з АГ 2 або 3-го ступеня слід запропонувати антигіпертензивну медикаментозну терапію разом зі зміною способу життя. Власне, рекомендувати пацієнтам з АГ 1-го ступеня та високим СС ризиком лікування, яке передбачає зміни способу життя та приймання препаратів для зниження АТ. Призначення препаратів для зниження АТ пацієнтам з гіпертензією 1-го ступеня та СС ризиком від низького до помірного (без ССЗ, ЦД, ХХН) раніше заперечувалось і досі має дещо суперечливий характер.

За попередніми настановами, рекомендовано утримуватися від антигіпертензивного лікування в осіб із високим нормальним АТ і низьким СС ризиком. Оновлені рекомендації підтверджують положення – не починати антигіпертензивну медикаментозну терапію у пацієнтів із низьким і помірним СС ризиком із високим нормальним АТ. У цих пацієнтів втручання має обмежуватися порадами щодо змін способу життя, оскільки це знижує ризик прогресування рівня АТ до діагностованої АГ та підвищення СС ризику.

Автори пропонують, щоб у всіх пацієнтів з АГ рекомендації щодо змін способу життя супроводжувалися гіпотензивним медикаментозним лікуванням, зокрема в пацієнтів із АГ 1-го ступеня, незалежно від СС ризику. Однак у пацієнтів з АГ 1-го ступеня, у яких значення АТ перебувають у нижньому діапазоні, немає опосередкованих АГ уражень органів із низьким СС ризиком, можливо розглянути можливість початку лікування лише зі зміни способу життя.

Тривалість втручання, пов'язаного зі зміною способу життя, може становити кілька місяців (6 міс.) і залежати від рівня АТ у межах діапазону 1-го ступеня (САТ ближче до 140 мм рт. ст.), можливостей для впровадження змін способу життя та прийняття їх. Якщо контроль АТ не досягається впродовж кількох місяців, необхідне медикаментозне лікування.

ПОРОГОВІ ЗНАЧЕННЯ АТ ДЛЯ ПОЧАТКУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Оновлені рекомендації базуються на визначенні пацієнтів похилого віку як осіб віком ≥ 60 або ≥ 65 років, хоча зараз послуговуються й іншими визначеннями цієї популяції, зокрема як осіб віком ≥ 80 років. Доказові дані того, що у віці ≥ 60 або ≥ 65 років антигіпертензивна медикаментозна

терапія є корисною, однозначні та численні, ніж для молодшої когорти. Пороговим значенням АТ для медикаментозних втручань у літніх пацієнтів упродовж багатьох років САТ ≥ 160 мм рт. ст., оскільки таким був критерій АТ у всіх РКД у літніх пацієнтів із гіпертензією (табл. 1).

Ці рекомендації підтримують концепцію, за якою вік не має бути перешкодою для початку антигіпертензивного лікування. Однак вони також визнають, що докази антигіпертензивної терапії у літніх пацієнтів мають обмеження, які виходять за межі потреб у додаткових доказах щодо відповідного порогового значення АТ для початку лікування.

Показово, що докази є дуже обмеженими у фізично і психічно ослаблених пацієнтів похилого віку та відсутні в осіб, які перебувають у спеціалізованих закладах, оскільки таких хворих зазвичай виключали з РКД, у яких вивчали АГ. Тобто зазначені вище рекомендації переважно стосуються відносно здорових і незалежних літніх пацієнтів. Щодо дітей і підлітків, то в них рівні АТ доцільно моніторувати, починаючи з віку 3 роки (клас рекомендації I, рівень доказовості C).

Гіпертензію діагностують, якщо АТ перевищує 95-й перцентиль в осіб віком 0-15 років або якщо АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. осіб віком ≥ 16 років (клас рекомендації I, рівень доказовості B).

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНІ ЗАСОБИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ

У настановах ESC / ESH (2018) було рекомендовано п'ять основних класів препаратів першої лінії для терапії гіпертензії, зокрема, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА), блокатори кальцієвих каналів (БКК), тіазидні / тіазидоподібні діуретики і бета-блокатори (Williams et al., 2018).

По-перше, зазначено, що використання інгібітора РАС (ІАПФ або БРА), якщо воно не протипоказане, є звичайним компонентом загальної стратегії комбінованого лікування; по-друге, використання бета-блокаторів обмежувалося особливими клінічними умовами чи ситуаціями.

В оновлених настановах представлено переконливі протипоказання та стани, що потребують обережного застосування всіх п'яти класів антигіпертензивних препаратів, зокрема, для ІАПФ та БРА – вагітність або її планування, перенесений ангіоневротичний набряк, тяжка гіперкаліємія (рівень калію $>5,5$ ммоль/л), двобічний стеноз ниркової артерії або стеноз єдиної (функціональної) нирки; для бета-блокаторів – тяжка астма, будь-яка синоатріальна або атріовентрикулярна (АВ) блокада високого ступеня, брадикардія (частота серцевих скорочень [ЧСС] <60 уд./хв), непереносимість глюкози, спортсменам і фізично активним пацієнтам; для дигідропіридинних БКК – тахіаритмія, СН ЗнФВ, клас III або IV), сильний набряк ніг; для недигідропіридинних БКК (верапаміл, дилтіазем) – будь-яка синоатріальна або АВ-блокада високого ступеня, тяжка дисфункція лівого шлунока (ЛШ), (ФВ ЛШ $<40\%$), СН ЗнФВ, брадикардія (ЧСС <60 уд./хв), супутнє приймання препаратів,

Таблиця 1. Порогові значення офісного АТ для початку медикаментозного лікування		
Рекомендації та твердження	Клас рекомендації	Рівень доказовості
У пацієнтів віком 18-79 років медикаментозне лікування рекомендовано починати, якщо офісний САТ становить 140 мм рт. ст. і/або ДАТ – 90 мм рт. ст.	I	A
У пацієнтів віком ≥ 80 років порогове значення офісного САТ становить 160 мм рт. ст.	I	B
Для пацієнтів ≥ 80 років може бути розглянутий нижчий поріг САТ у діапазоні 140-160 мм рт. ст.	II	C
Офісні порогові значення САТ і ДАТ для початку фармакологічного лікування пацієнтів зі слабкістю мають бути індивідуалізовані	I	C
У дорослих пацієнтів із ССЗ в анамнезі, переважно з ішемічною хворобою серця, фармакологічне лікування має бути розпочате за значень АТ у високому нормальному діапазоні (САТ ≥ 130 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 80 мм рт. ст.)	I	A

Адаптовано за G. Mancía et al., 2023.

чутливих до значних лікарських взаємодій, опосередкованих індукторами Р-глікопротеїну або цитохрому Р450, закрєп; для тіазидних / тіазидоподібних діуретиків – гіпонатріємія, ХХН, ХХН внаслідок обструктивної уропатії, алергія на сульфаніламідни, подагра, непереносимість глюкози, вагітність, гіперкальціємія, гіпокаліємія, онкологічні захворювання з метастазами в кістки; для антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів (АМР) – тяжка гіперкаліємія (рівень калію >5,5 ммоль/л), розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) <30 мл/хв/1,73 м², для еплеренону – супутнє приймання препаратів, чутливих до значних лікарських взаємодій, опосередкованих індукторами Р-глікопротеїну або цитохрому Р450.

Аналізуючи наявні доказові дані та потребу в униканні або мінімізуванні чинників, які спричиняють поганий контроль АТ у пацієнтів з АГ, автори наводять такі рекомендації щодо лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією:

1. Переважно терапію слід розпочинати з комбінації в одній таблетці двох препаратів для покращення швидкості, ефективності та передбачуваності контролю АТ (табл. 2).

2. Попри те, що можливо використовувати кілька комбінацій із двох препаратів, ефективним є поєднання блокатора РАС із БКК або тіазидним / тіазидоподібним діуретиком.

3. Бета-блокатори можливо використовувати на будь-якому етапі в комбінації з будь-яким засобом з інших основних класів препаратів за станів, визначених у рекомендаціях (хронічні коронарні синдроми, протиішемічна терапія, стан після інфаркту міокарда – аритмії, стенокардія, відома неповна реваскуляризація, СН; гострий коронарний синдром, ФП, ортостатична гіпертензія та ін.).

4. Початкову монотерапію рекомендовано пацієнтам із дуже високим ризиком і високим нормальним АТ, як і пацієнтам дуже похилого віку. Доцільність її призначення може розглядатися в пацієнтів із низьким ризиком зі стадією АГ і з помірним підвищенням САТ (<150 мм рт. ст.).

5. Комбінацію в одній таблетці блокатора РАС+БКК+тіазидного / тіазидоподібного діуретика слід призначати, якщо комбінації двох препаратів (у максимально переносимих дозах) не забезпечують контроль АТ і бета-блокатори не рекомендовано.

6. Незалежно від початкового вибору, більшість пацієнтів мають отримувати комбіноване лікування, зокрема комбінації в одній таблетці, якщо це можливо.

Таблиця 2. **Основні рекомендації з антигіпертензивної медикаментозної терапії**

Рекомендації та твердження	КР	РД
Зниження АТ має бути пріоритним за вибір специфічних класів антигіпертензивних препаратів, тому що переваги лікування значною мірою залежать від зниження АТ	I	A
П'ять основних класів препаратів охоплюють ІАПФ, БРА, бета-блокатори, БКК та тіазидні / тіазидоподібні діуретики, вони ефективно знижують АТ і частоту кардіоваскулярних подій у РКД. Ці препарати та їх комбінації рекомендовано як основні засоби антигіпертензивного лікування	I	A
Початок терапії комбінацією двох препаратів рекомендовано для більшості пацієнтів з АГ. Ефективними комбінаціями є блокатори РАС (ІАПФ чи БРА) із БКК чи тіазидними / тіазидоподібними діуретиками. Можуть бути застосовані інші поєднання п'яти основних класів препаратів	I	A
Початкову монотерапію рекомендовано пацієнтам із дуже високим СС ризиком із високим нормальним АТ; особам старечого віку та слабким; із низьким ризиком і АГ 1-ї стадії з незначним підвищенням САТ (<150 мм рт. ст.) і ДАТ	I	C
Якщо комбінації двох препаратів (у максимально переносимих дозах) не забезпечують контроль АТ, лікування слід розширити до поєднання трьох препаратів, зазвичай блокатора РАС + БКК + тіазидного / тіазидоподібного діуретика	I	A

Адаптовано за G. Mancia et al., 2023.

У настановах ESH / ESC (2013, 2018) віддавали перевагу використанню двох антигіпертензивних препаратів в одній таблетці, оскільки зменшення кількості засобів, які потрібно приймати щодня, поліпшує прихильність до лікування та прискорює досягнення контролю АТ. Ця рекомендація підтримана і в чинних положеннях (ESH, 2023).

Медикаментозне лікування АГ у дітей і підлітків призначають відповідно до поетапного підходу. Рекомендовано ті самі п'ять основних класів препаратів, валідованих для дорослих пацієнтів з АГ.

ГІПЕРТЕНЗІЯ ЗА НАЯВНОСТІ СС ПОРУШЕНЬ

Ішемічна хвороба серця

АГ є одним з основних чинників ризику ішемічної хвороби серця (ІХС) за її різних клінічних форм (ІМ, стенокардія, гострий коронарний синдром і хронічні коронарні синдроми), разом з іншими чинниками ризику, як-от куріння, дисліпідемія та ЦД 2-го типу.

Розпочинати антигіпертензивне лікування слід за офісного САТ ≥ 140 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст. Пацієнти з ІХС зазвичай отримують препарати, що знижують АТ, як-от блокатори РАС, бета-блокатори або БКК, які є частиною стратегії лікування ІХС, незалежно від значень АТ. Питання полягає не в тому, чи призначити гіпотензивні препарати пацієнтам з ІХС із високим нормальним АТ, щоб модулювати їх кількість і дозування для зниження АТ до рекомендованого.

Наприклад, бета-блокатори, дигідропіридинові й недигідропіридинові БКК є препаратами вибору для лікування АГ у пацієнтів зі стенокардією та симптомами ІХС. У разі потреби комбінують дигідропіридинові БКК і бета-блокатори.

У пацієнтів із нещодавно перенесеним ІМ бета-блокатори також покращують прогноз, їх необхідно призначити пацієнтам, які не мають протипоказань. Підвищення ЧСС лінійно корелює із СС подіями, а користь зниження ЧСС як мети лікування пацієнтів з ІХС продемонстрували кілька препаратів, зокрема бета-блокатори. Нижче цільове значення ЧСС < 80 уд./хв до 70 уд./хв є додатковою метою лікування у пацієнтів з АГ та ІХС. Для цього можливо використовувати бета-блокатори або недигідропіридинові БКК. За даними РКД, ІАПФ знижують СС наслідки у пацієнтів із високим СС ризиком, зокрема з ІХС, що підтверджує їх використання за цієї патології як частини комбінованої антигіпертензивної терапії, тоді як БРА можуть замінити ІАПФ в осіб із гіпертензією та ІХС за непереносимості ІАПФ (Yusuf et al., 2000).

Серцева недостатність

Профілактика розвитку гіпертрофії ЛШ (ГЛШ) та її регрес є важливими цілями антигіпертензивної терапії та чинять значний вплив на профілактику СН. Основні антигіпертензивні препарати знижують ГЛШ, хоча бета-блокатори і діуретики можуть бути відносно менш дієвими. Втім, навіть після ефективної регресії ГЛШ ризик СС захворювань у таких осіб лишається вищим, ніж у групі контролю, що свідчить про важливість профілактики ГЛШ, а не її лікування. АГ є основним чинником ризику СНЗнФВ, за якої антигіпертензивне лікування має значний захисний ефект. У рекомендаціях зазначено чотири класи препаратів для комбінованої терапії СНЗнФВ: блокатори РААС (ІАПФ або інгібітори рецепторів ангіотензину-неприлізину (ІРАН)), бета-блокатори, стероїдні АМР та інгібітори натрій-залежного контранспортера глюкози 2-го типу (ІНЗКТГ-2) (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

ІАПФ і бета-блокатори є частиною базової стратегії антигіпертензивного лікування, тоді як АМР рекомендовано пацієнтам із резистентною АГ (Heidenreich et al., 2022).

Діуретики рекомендовано для регулювання балансу рідини та зменшення застійних явищ, проте, вони є ще одним наріжним каменем антигіпертензивного лікування. Тіазидні / тіазидоподібні діуретики є кращими, якщо затримка рідини не становить основну проблему або функція нирок є достатньою.

Зокрема, петльовий діуретик (фуросемід, торасемід) призначають пацієнтам із виразною затримкою рідини, зокрема, якщо пацієнти страждають на набряк легень або хронічну ниркову недостатність (ШКФ <30 мл/хв/1,73 м²). Застосування недигідропіридинових БКК не рекомендовано через їх виразний негативний інотропний ефект (*клас рекомендації III, рівень доказовості C*).

У разі СНЗФВ рекомендовано основні п'ять класів антигіпертензивних препаратів (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

ІНЗКТГ-2 суттєво поліпшують первинні результати в спеціалізованих РКД щодо СНЗФВ у пацієнтів як із ЦД, так і без нього, отже, можуть використовуватися для лікування цього стану (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

Також можливо розглянути призначення ІРАН (сакубітріл / валсартан) або АМР (бажано спіронолактон) у разі СНЗФВ у низькому діапазоні (*клас рекомендації II, рівень доказовості B*).

На підставі наявних доказів автори рекомендують у пацієнтів із СНЗФВ знижувати САТ до 130 мм рт. ст. Можливо розглядати заміну блокаторів РАС на ІРАН (*клас рекомендації II, рівень доказовості A*) або додавання ІНЗКТГ-2 (останнє незалежно від наявності ЦД) (*клас рекомендації II, рівень доказовості B*).

Фібриляція передсердь

Стратегії профілактики й лікування ФП суттєво не відрізняються у пацієнтів з АГ та без неї. Усі основні класи антигіпертензивних препаратів спричиняють регресію ГЛШ (завдяки зменшенню постнавантаження), що є терапевтично прийнятним за ФП, оскільки ГЛШ призводить до розвитку та рецидиву ФП. У рекомендаціях зазначено, що п'ять основних класів антигіпертензивних препаратів можливо застосовувати для профілактики ФП або її рецидиву (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

ІАПФ, БРА та БКК є ефективнішими щодо регресії ГЛШ, ніж бета-блокатори і діуретики, з обнадійливими результатами для ІАПФ і БРА щодо запобігання ФП у пацієнтів із дисфункцією ЛШ, ГЛШ або змінами анатомічної структури ЛП.

БРА також є ефективнішими, ніж БКК, для профілактики ФП у пацієнтів із АГ високого ризику, але не повідомлялося про зменшення тягаря, зумовленого ФП, у разі застосування БРА пацієнтами без структурних захворювань серця (Sikes et al., 2018; Goette et al., 2012). Крім того, БРА захищали від рецидиву ФП після електроконверсії у пацієнтів переважно без АГ (Tveit et al., 2007). Застосування АМР у пацієнтів із СНЗФВ або СНЗнФВ може зменшити ознаки ФП, що виникла вперше. Так, за даними дослідження, використання ІНЗКТГ-2 пов'язане зі значним зниженням ризику розвитку ФП у пацієнтів із ЦД або без нього (Zheng et al., 2022). Власне, бета-блокатори є переважним класом препаратів для контролю серцевого ритму в пацієнтів із тяжкою ФП. Серцевий ритм у спокої має бути знижений <110 уд./хв, цільове значення становити <80 уд./хв за результатами ЕКГ, зокрема в пацієнтів із наявними симптомами (*клас рекомендації I, рівень доказовості B*).

Так, для запобігання рецидивам ФП можливо використовувати блокатори РАС і бета-блокатори (*клас рекомендації II, рівень доказовості B*).

Дигоксин можна додавати до бета-блокаторів, але він часто демонструє обмежений ефект (*клас рекомендації II, рівень доказовості B*). Не слід комбінувати бета-блокатори з недигідропіридиновими БКК (*клас рекомендації III, рівень доказовості C*).

За оновленими рекомендаціями, у пацієнтів із ФП, які отримують антикоагулянтну терапію, слід ретельно моніторувати АТ, а неконтрольованої АГ – уникати за допомогою відповідної гіпотензивної терапії. Цільове значення САТ має становити <140 мм рт. ст., але необхідно обережно підтримувати значення <130 мм рт. ст., якщо лікування добре переноситься, оскільки багато пацієнтів із ФП мають ГЛШ, що може потребувати вищого серцевого перфузійного тиску, ніж без ГЛШ. Не варто намагатися знизити САТ <120 мм рт. ст.

Гострий інсульт

Позитивні ефекти зниження АТ ще менш очевидні за гострого ішемічного інсульту. У більшості пацієнтів початкові значення АТ є високими або дуже високими і спонтанно прогресуюче знижуються протягом перших 48-72 год після інсульту.

Ефективним може бути обережне повільне зниження АТ (на 15% упродовж 24 год після інсульту) у пацієнтів із помітно підвищеними значеннями САТ або ДАТ ($\geq 220/120$ мм рт. ст.), а також утримання від гіпотензивного лікування, якщо АТ становить $< 220/120$ мм рт. ст. протягом 72 год після інсульту, оскільки за цих обставин не повідомляли про жодну користь зниження АТ.

Пацієнти з гострим ішемічним інсультом, яким виконують реперфузійні втручання, як-от внутрішньовенний тромболізис або механічна тромбектомія, належать до особливої категорії, оскільки, за даними обсерваційних досліджень, такі втручання підвищують ризик внутрішньомозкового крововиливу в разі значного підвищення АТ. У таких пацієнтів АТ слід знижувати до $< 180/105$ мм рт. ст. принаймні протягом перших 24 год після тромболізісу або тромбектомії.

За нижчих значень АТ його слід підтримувати на стабільному рівні, оскільки, за даними метааналізу семи досліджень за участю 5874 пацієнтів, виявлено збільшення кількості внутрішньочерепних крововиливів на 20% і погіршення неврологічних результатів на 12% за будь-якого підвищення АТ на 10 мм рт. ст. (Berge et al., 2021).

Якщо у стабільних пацієнтів, у яких АГ ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) утримується упродовж > 3 дні після гострого ішемічного інсульту, слід розглянути можливість початку чи повторного введення гіпотензивних препаратів (Mazighi et al., 2021).

Рутинне зниження АТ за допомогою антигіпертензивної терапії не рекомендовано у пацієнтів із гострим ішемічним інсультом (*клас рекомендації III, рівень доказовості A*).

Пацієнтам із геморагічним інсультом та наявністю симптомів упродовж < 6 год рекомендовано зниження АТ $< 140/90$ мм рт. ст. для уникнення збільшення гематоми (*клас рекомендації II, рівень доказовості B*).

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Як зазначено в оновлених клінічних рекомендаціях щодо лікування пацієнтів із АГ, контроль АТ можливо досягти у більшості пацієнтів, лише у $< 5-10\%$ пацієнтів фіксують резистентність до втручань. Неefективна медикаментозна терапія навряд чи становить нині проблему. Зокрема, вона може виникати через інертність лікаря, низьку прихильність пацієнта до терапії та недостатнє застосування засобів комбінованого лікування.

Підготувала **Олександра Демецька**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.eshonline.org