

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТОВАРИСТВА З ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ТОВАРИСТВА З ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ (2003)*

Скорочений виклад

Комітет з підготовки рекомендацій
Journal of Hypertension. — 2003. — Vol. 21. — P. 1011-1053

Терапевтичні підходи при певних станах

Пацієнти літнього віку

Після рандомізованих контрольованих досліджень не залишилося сумнівів у тому, що антигіпертензивна терапія корисна для літніх пацієнтів з огляду на зменшення серцево-судинної захворюваності і смертності, незалежно від наявності систоло-діастолічної гіпертензії чи ізольованої систолічної гіпертензії. Хоча в дослідженнях в літніх осіб звичайно включають пацієнтів віком принаймні 60 років, у нещодавно здійсненому мета-аналізі було зроблено висновок, що сумарна кількість фатальних і нефатальних серцево-судинних подій достовірно зменшилась в учасників рандомізованих, контрольованих досліджень антигіпертензивної медикаментозної терапії віком 80 років і більше, але смертність від усіх причин не зменшилась (Gueyffier F. et al., 1999). У великих рандомізованих контрольованих дослідженнях антигіпертензивної терапії порівняно з плацебо або без лікування в літніх пацієнтів з систоло-діастолічною гіпертензією як терапію першої лінії використовували діуретики або β -блокатори. У дослідженнях з лікування ізольованої систолічної гіпертензії препаратами першої лінії були діуретики (SHEP, 1991) або дигідропіридинові антагоністи кальцію (Syst-Eur, 1997). Остання група препаратів використовувалася для початку лікування у двох менш ортодоксальних дослідженнях, виконаних у Китаї, у першому — при систоло-діастолічній гіпертензії (STONE, 1996), у другому — при ізольованій систолічній гіпертензії (Syst-China, 1998). У цих дослідженнях активне лікування було більш ефективним, ніж плацебо або відсутність лікування. Препарати інших класів використовувалися лише в дослідженнях, у яких “новіші” препарати порівнювали із “старішими”. У дослідженні STOP-2 (1999) частота серцево-судинних подій була подібною в літніх пацієнтів, які були рандомізовані для прийому антагоніста кальцію, інгібітору АПФ або традиційного лікування діуретиком і/або β -блокатором. Дослідження ALLHAT (2002) засвідчило, що діуретик, антагоніст кальцію та інгібітор АПФ впливали на серцево-судинні події однаковою мірою в пацієнтів віком понад 65 років. У дослідженні LIFE (2002) встановлено, що в пацієнтів віком від 55 до 80 років з гіпертензією й ознаками гіпертрофії лівого шлуночка антагоніст рецепторів ангіотензину лосартан був більш ефективним у зменшенні частоти серцево-судинних подій порівняно з β -блокатором атенололом; це також підтверджувалося для пацієнтів з ізольованою систолічною гіпертензією. Дослідження SCOPE (2003) дозволило встановити зменшення частоти нефатальних інсультів у пацієнтів з гіпертензією віком 70 років або більше на фоні антигіпертензивної терапії, до якої входив

* Закінчення. Початок у попередніх числах журналу.

Резюме 12. Антигіпертензивна терапія в літніх пацієнтів

- ☑ Після рандомізованих контрольованих досліджень немає сумнівів у тому, що антигіпертензивна терапія корисна для літніх пацієнтів з систоло-діастолічною гіпертензією чи ізольованою систолічною гіпертензією з огляду на зменшення серцево-судинної захворюваності і смертності.
- ☑ Антигіпертензивну терапію в літніх пацієнтів треба розпочинати за загальними настановами, але дуже поступово, особливо в осіб, схильних до захворювань.
- ☑ Вимірювання АТ треба також виконати у вертикальному положенні, щоб виключити наявність вираженої постуральної гіпотензії на фоні лікування й оцінити постуральні ефекти лікування.
- ☑ У багатьох літніх пацієнтів наявні інші фактори ризику, ураження органів-мішеней та асоційовані клінічні стани, на які треба зважати при виборі першого препарату.
- ☑ У багатьох літніх пацієнтів потрібні два або більше препаратів для контролю АТ, особливо з огляду на часті труднощі зниження систолічного АТ до рівня нижче 140 мм рт. ст.
- ☑ Висновок з недавнього мета-аналізу полягає в тому, що в осіб віком 80 років і більше антигіпертензивна терапія дозволила зменшити кількість фатальних і нефатальних серцево-судинних подій, але не смертність.

антагоніст рецепторів ангіотензину кандесартан, порівняно з пацієнтами, які отримували лікування без кандесартану. Отже, у літніх пацієнтів користь лікування доведена для принаймні одного репрезентативного засобу з різних класів препаратів, а саме діуретиків, β -блокаторів, антагоністів кальцію, інгібіторів АПФ, антагоністів рецепторів ангіотензину.

На початку антигіпертензивної терапії в літніх пацієнтів треба керуватися загальними настановами. У багатьох пацієнтів наявні інші фактори ризику, ураження органів-мішеней та асоційовані клінічні стани, на які потрібно зважати при виборі першого препарату. Крім того, чимало пацієнтів потребують двох або більше препаратів для контролю АТ, особливо з огляду на часті труднощі зниження систолічного АТ до рівня нижче 140 мм рт. ст. До кінця не з'ясовано, яким є оптимальний рівень діастолічного АТ. У важливому ретроспективному аналізі даних дослідження SHEP (Somes G. et al., 1999) оцінювали роль діастолічного АТ під час лікування пацієнтів з ізольованою систолічною гіпертензією. Було зроблено висновок, що за досягненням діастолічного АТ менше 70 мм рт. ст. і особливо нижче 60 мм рт. ст. можна виявити групу з високим ступенем ризику, яка має гірший прогноз. Можливо, цих пацієнтів "перелікували". Необхідні подальші дослідження для визначення

оптимального ступеня зниження діастолічного АТ в літніх пацієнтів з ізольованою систолічною гіпертензією і неконтрольованим систолічним АТ під час лікування.

Цукровий діабет

У пацієнтів з цукровим діабетом збільшується поширеність гіпертензії. Основні форми розладів, які перебігають з гіперглікемією, — діабет 1-го типу (деструкція β -клітин, яка звичайно призводить до абсолютного дефіциту інсуліну) і діабет 2-го типу (діапазон від переважання інсулінорезистентності з відносним дефіцитом інсуліну до переважання дефекту секреції інсуліну з резистентністю до інсуліну). Нині діабет 2-го типу є найпоширенішою формою і трапляється в 10–20 разів частіше, ніж діабет 1-го типу. У пацієнтів з гіпертензією нерідко проявляється стан, відомий як “метаболічний синдром”, при якому поєднуються інсулінорезистентність (з супутньою гіперінсулінемією), центральне ожиріння і характерна дисліпідемія (гіпертригліцеридемія у плазмі і зниження вмісту холестерину ЛПВГ). У цих пацієнтів є схильність до виникнення діабету 2-го типу.

При цукровому діабеті 1-го типу гіпертензія часто відображає початок формування діабетичної нефропатії. Водночас у значної частини пацієнтів з гіпертензією зберігається нормоальбумінурія в момент встановлення діагнозу діабету 2-го типу. У пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу і нормоальбумінурією поширеність гіпертензії (яку визначають за рівнем АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст.) є дуже високою (71%), а за наявності мікроальбумінурії збільшується до 90%. Поєднання гіпертензії та цукрового діабету (1-го або 2-го типу) супроводжується істотним збільшенням ризику макросудинних ускладнень, у тому числі інсульту, ІХС, застійної серцевої недостатності і захворювання периферичних судин, що зумовлює підвищення серцево-судинної смертності. Наявність мікроальбумінурії — одночасно маркер пошкодження нирок та індикатор підвищеного серцево-судинного ризику. Гіпертензія також прискорює розвиток діабетичної ретинопатії. Рівень АТ, досягнутий під час лікування, значною мірою впливає на клінічні наслідки в пацієнтів з цукровим діабетом. У пацієнтів з діабетичною нефропатією швидкість прогресування захворювання нирок безперервно залежить від рівня АТ, починаючи з рівнів 130/70 мм рт. ст. Агресивне лікування гіпертензії забезпечує захист пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу від серцево-судинних подій. Як вказувалося вище, первинною метою антигіпертензивної терапії в пацієнтів з цукровим діабетом є зниження АТ до рівнів нижче 130/80 мм рт. ст. у всіх випадках, коли це можливо, а оптимальним АТ є найнижчий рівень АТ, який характеризується нормальною переносимістю.

Збільшення ваги тіла — критичний фактор прогресування цукрового діабету 2-го типу. Ключовий компонент ведення хворих — уникати надмірної ваги тіла всіма вказаними раніше засобами, зокрема шляхом обмеження калорій і зменшення споживання солі, оскільки існує сильний зв'язок між ожирінням, гіпертензією, чутливістю до солі та інсулінорезистентністю.

Великих досліджень з метою оцінки ефекту зниження АТ на серцево-судинну захворюваність і смертність у пацієнтів з гіпертензією і цукровим діабетом 1-го типу не виконували. Утім, є вагомі докази здатності антигіпертензивної терапії, основою якої є β -блокатори і діуретики, сповільнювати прогресування нефропатії в цих пацієнтів. У пацієнтів з цукровим діабетом 1-го типу і альбумінурією найліпший захист від погіршення функції нирок забезпечують інгібітори АПФ. Невідомо, чи однаково ефективними при цьому показанні є антагоністи рецепторів ангіотензину II.

При цукровому діабеті 2-го типу вплив антигіпертензивних засобів на серцево-судинні ускладнення порівнювали в кількох контрольованих рандомізованих

Резюме 13. Антигіпертензивна терапія при цукровому діабеті

- ✓ Нефармакологічні заходи (особливо зменшення ваги тіла і споживання солі) треба заохочувати в усіх пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, незалежно від рівня АТ. Цих заходів може бути достатньо для нормалізації АТ в пацієнтів з високим нормальним АТ або гіпертензією 1-го ступеня, і вони можуть полегшувати контроль рівня АТ антигіпертензивними засобами.
- ✓ Цільовий рівень АТ, до якого треба прагнути під час поведінкової або фармакологічної терапії, становить нижче 130/80 мм рт. ст.
- ✓ Для досягнення цієї мети найчастіше слід застосовувати комбіновану терапію.
- ✓ Рекомендують використовувати всі ефективні та добре переносимі антигіпертензивні засоби, як звичайно, в комбінаціях.
- ✓ Доступні докази вказують на ренопротекторні переваги від регулярного включення в ці комбінації інгібітору АПФ при цукровому діабеті 1-го типу та антагоніста рецепторів ангіотензину при цукровому діабеті 2-го типу.
- ✓ У пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу з високим нормальним АТ, у яких цільовий рівень АТ інколи досягається на фоні монотерапії, першим оцінюваним препаратом повинен бути блокатор ренін-ангіотензинової системи.
- ✓ Виявлення мікроальбумінурії при цукровому діабеті 1-го або 2-го типу вказує на необхідність антигіпертензивної терапії, особливо блокатором ренін-ангіотензинової системи, незалежно від рівнів АТ.

дослідженнях. Докази переваг чи недоліків різних класів препаратів залишаються нечіткими і суперечливими. На жаль, більшість порівнянь було зроблено у відносно малих дослідженнях або частинах великих досліджень, потужність яких не була адекватною для виявлення очікуваних відносно незначних відмінностей. Докази переваг інгібіторів АПФ у зменшенні сукупної кількості великих серцево-судинних подій обмежуються лише двома дослідженнями; одним — порівняно з діуретиками / β -блокаторами (CAPPP, 1999), другим — порівняно з антагоністом кальцію (Estacio R. O. et al., 1998), потужність яких була надто малою для виявлення відмінностей між частотою виникнення окремих подій. У дослідженні ALLHAT (2002) також не виявили відмінностей серцево-судинних наслідків у значної кількості пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, які рандомізовано отримували діуретик, антагоніст кальцію або інгібітор АПФ. У недавньому дослідженні на фоні застосування антагоніста рецепторів ангіотензину лосартану спостерігали достовірне зменшення кількості серцево-судинних подій, серцево-судинної смертності і загальної смертності в пацієнтів з цукровим діабетом порівняно з ателололом (LIFE, 2002).

Якщо брати до уваги ниркові кінцеві точки, переваги антагоністів рецепторів ангіотензину II стають більш очевидними. У дослідженні IDNT (2001) встановлено зменшення дисфункції нирок і ниркової недостатності при застосуванні ірбесартану порівняно з амлодипіном, а в дослідженні LIFE (2002) лосартан зменшував частоту виникнення протеїнурії ліпше, ніж атенолол.

Таким чином, з огляду на консенсус щодо необхідності зниження АТ в пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу до рівня <130/80 мм рт. ст. завжди, якщо це можливо, обґрунтованою є рекомендація щодо можливості застосування всіх ефективних і добре переносимих антигіпертензивних засобів, як звичайно, у поєднаннях. Доступні докази дозволяють припускати, що корисним методом забезпечення ренопротекції є регулярне включення в ці комбінації антагоніста рецепторів ангіотензину. У пацієнтів з високим нормальним АТ, у яких цільовий АТ інколи досягається на фоні монотерапії, як перший терапевтичний засіб краще застосувати препарат з групи антагоністів рецепторів ангіотензину II. Нарешті, виявлення мікроальбумінурії в пацієнтів з цукровим діабетом 1-го або 2-го типу вказує на необхідність антигіпертензивної терапії, особливо блокатором ренін-ангіотензинової системи, незалежно від рівнів АТ.

Супутнє церебросудинне захворювання

Докази користі антигіпертензивної терапії в пацієнтів, які раніше перенесли інсульт або минущу ішемічну атаку (вторинна профілактика), були сумнівними і неможливо було дати будь-які певні рекомендації до недавньої публікації результатів двох досліджень, які чітко засвідчили користь від зниження АТ у пацієнтів з попередніми епізодами церебросудинного захворювання, навіть при початковому рівні АТ у нормальному діапазоні. У рандомізованому, подвійному сліпому дослідженні PATS (1995) з'ясовано, що в 5665 пацієнтів з раніше перенесеною минущою ішемічною атакою або інсультом без вираженої інвалідизації зниження АТ на 5/2 мм рт. ст. на фоні лікування, основою якого був діуретик (індапамід), супроводжувалося зменшенням частоти виникнення інсультів на 29% ($P < 0,001$), з 3-річної абсолютною користю 29 подій на 1000 учасників; результати були подібними в нормотензивних пацієнтів і за наявності гіпертензії. Дослідження PROGRESS (2001) задумали також для визначення ефектів схеми лікування, спрямованої на зниження АТ, у пацієнтів з гіпертензією і без неї, які раніше перенесли інсульт або минущу ішемічну атаку (у стабільному клінічному стані). Активне лікування, яке включало гнучку схему, базовану на інгібіторі АПФ, з додаванням індапаміду за рішенням лікуючого лікаря, зменшувало частоту повторних інсультів на 28% ($P < 0,001$) і частоту серцево-судинних подій на 26% ($P < 0,001$). Подібне зниження ризику інсульту та серцево-судинних подій спостерігали в підгрупах пацієнтів з і без гіпертензії (у всіх ($P < 0,01$)).

Чи треба знижувати підвищений рівень АТ при гострому інсульті і до якої міри, продовжують дискутувати, і залишається більше запитань, ніж відповідей, але виконуються дослідження. Нещодавно з цього приводу опубліковано спеціальні рекомендації Міжнародного товариства з гіпертензії (2003).

Супутня ІХС і застійна серцева недостатність

Рівень АТ істотно впливає на ризик повторних подій у пацієнтів з ІХС, а гіпертензію часто виявляють або вона була наявна раніше в пацієнтів із застійною серцевою недостатністю. Утім, лише в кількох дослідженнях оцінювали ефекти зниження рівня АТ у пацієнтів з ІХС або застійною серцевою недостатністю. У дослідженні HOT (1998) було встановлено достовірне зменшення частоти інсультів у міру зниження цільового рівня АТ у пацієнтів з гіпертензією і попередніми ознака-

ми ІХС, без кривої J. У нещодавно закінченому дослідженні INVEST (2003) засвідчено, що частота нових коронарних подій у пацієнтів з раніше діагностованою ІХС подібна при лікуванні, основою якого є верапаміл (можливо, у поєднанні з інгібітором АПФ) або β-блокатор (у поєднанні з діуретиком).

Крім дослідження INVEST, у пацієнтів з ІХС або серцевою недостатністю оцінювали багато поширених антигіпертензивних засобів, які застосовували з іншою метою, ніж зниження АТ. Препарати з груп β-блокаторів, інгібіторів АПФ і антагоністів альдостерону є добре визнаними компонентами лікування з метою профілактики серцево-судинних подій і продовження життя пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда, або з серцевою недостатністю. Утім, не встановлено, до якої міри користь застосування цих препаратів пов'язана з супутнім зниженням АТ, а до якої — із специфічними механізмами дії препаратів. У значної більшості (80%) учасників дослідження HOPE (2000) була наявна ІХС. У цих пацієнтів застосування інгібітору АПФ на доповнення до інших медикаментів істотно зменшувало кількість серцево-судинних подій і випадків смерті порівняно з плацебо. Але в

Резюме 14. Антигіпертензивна терапія в пацієнтів з порушенням функції нирок

- ☑ До того, як з'явилася можливість антигіпертензивної терапії, залучення нирок часто спостерігалось в пацієнтів з есенціальною гіпертензією.
- ☑ Захист нирок при цукровому діабеті передбачає дві основні вимоги:
 - суворий контроль АТ (<130/80 мм рт. ст. і навіть нижче при протеїнурії >1 г на день);
 - зменшення протеїнурії до величин, якомога більше наближених до нормальних, якщо це можливо.
- ☑ Треба зменшити протеїнурію антагоністом рецепторів ангіотензину або інгібітором АПФ.
- ☑ Для досягнення цільового рівня АТ звичайно потрібна комбінована терапія з додаванням діуретика й антагоніста кальцію.
- ☑ З метою запобігання або сповільнення розвитку нефросклерозу в пацієнтів з гіпертензією без цукрового діабету блокада ренін-ангіотензинової системи видається більш важливою, ніж досягнення дуже низького АТ, але докази цього поки що обмежуються афроамериканцями з гіпертензією, і потрібні відповідні дослідження в інших етнічних групах. Незважаючи на це, є підстави інтенсивно знижувати рівень АТ у всіх пацієнтів з гіпертензією і порушеною функцією нирок.
- ☑ У пацієнтів з пошкодженням нирок часто потрібно розглядати доцільність інтегрованого терапевтичного втручання (антигіпертензивні засоби, статини, антитромбоцитарна терапія та ін.).

цьому випадку важливе значення могло мати зниження АТ — аргумент, на підтримку якого свідчать нещодавні результати дослідження ALLHAT (2002), у якому кількість коронарних кінцевих точок була подібною в пацієнтів, лікованих тiazидовим діуретиком, антагоністом кальцію або інгібітором АПФ (у більш ніж 50% учасників дослідження ALLHAT були анамнестичні дані або ознаки серцево-судинного захворювання, пов'язаного з атеросклерозом). Дослідження ALLHAT також засвідчило, що тiazидові діуретики порівняно з дигідропіридиновим антагоністом кальцію та інгібітором АПФ мали переваги у профілактиці застійної серцевої недостатності, проте переваги діуретиків над інгібітором АПФ можуть значною мірою залежати від гіршого контролю АТ (особливо в афроамериканців) у групі інгібітору АПФ (який призначали без діуретика, згідно з протоколом дослідження). Використані в дослідженні ALLHAT критерії діагнозу застійної серцевої недостатності також викликали запитання. Є також дані на підтримку застосування антагоністів рецепторів ангіотензину при застійній серцевій недостатності як альтернативи інгібіторам АПФ або в поєднанні з інгібіторами АПФ. Дослідження ALLHAT дозволило підтвердити роль антагоністів кальцію у профілактиці коронарних подій, оскільки було з'ясовано, що за ефективністю препарат із групи дигідропіридинів тривалої дії не поступився іншим антигіпертензивним засобам. Очевидно, антагоністи кальцію є менш ефективними у профілактиці серцевої недостатності, але дигідропіридини тривалої дії можна застосовувати при резистентності гіпертензії до інших препаратів (PRAISE, 1996).

Пацієнти з гіпертензією і порушеною функцією нирок

Вазоконстрикцію ниркових судин виявляють на початкових стадіях есенціальної гіпертензії, і її зворотного розвитку досягають застосуванням антагоністів кальцію та інгібіторів АПФ. На більш розгорнутих стадіях захворювання опір ниркових судин постійно підвищений унаслідок структурних змін ниркових судин (нефросклероз). До того, як з'явилися антигіпертензивні засоби, залучення нирок часто спостерігалось в пацієнтів з первинною гіпертензією. У 1955 році G.A. Perera повідомляв, що протеїнурію спостерігали у 42%, а хронічну ниркову недостатність — у 18% із серії 500 пацієнтів, спостереження яких тривало до моменту смерті. У цій серії спостережень очікувана тривалість життя після початку залучення нирок становила не більше 5–7 років. Як обговорювалося вище, при цукровому діабеті є дві основні передумови для забезпечення ренопротекції: перша — дуже суворий контроль АТ (<130/80 мм рт. ст., а за наявності протеїнурії >1 г на добу — навіть нижче, <125/75 мм рт. ст.); і друга — зменшити протеїнурію або альбумінурію (мікро- чи макро-) до рівнів якомога ближчих до нормальних, якщо це можливо. Для досягнення останньої мети потрібна блокада ефектів ангіотензину II (інгібітором АПФ або антагоністом рецепторів ангіотензину II). Для досягнення цільових показників АТ часто необхідна комбінована терапія навіть у пацієнтів з високим нормальним АТ. Звичайно рекомендують додавання діуретика як препарату другого кроку (петлевого діуретика — при рівні креатиніну в сироватці >2 мг/л), але можливі також інші комбінації, особливо з антагоністами кальцію. З метою запобігання або сповільнення розвитку нефросклерозу, принаймні в афроамериканців з гіпертензією, блокада ренін-ангіотензинової системи виявлялася більш важливою, ніж істотне зниження АТ. Утім, не визначено, чи може бути використана ця рекомендація для сповільнення розвитку ниркової недостатності недіабетичного походження. Загалом є підстави починати антигіпертензивну терапію в пацієнтів із зниженою функцією нирок (діабетичного і недіабетичного походження), особливо при поєднанні з протеїнурією, з використанням інгібітору АПФ або антагоніста рецепторів ангіотензину, а потім додавати інші антигіпертензивні засоби з

метою інтенсивного зниження АТ. Подвійна блокада ренін-ангіотензинової системи (інгібітором АПФ й антагоністом рецепторів ангіотензину) може бути досить успішною для зниження АТ і протеїнурії при розгорнутих стадіях захворювання нирок (COOPERATE, 2003). У пацієнтів з пошкодженням нирок, особливо на фоні цукрового діабету, часто потрібно розглядати доцільність інтегрованого терапевтичного втручання (антигіпертензивні засоби, статини, антитромбоцитарна терапія та ін.), що зумовлено супутнім підвищенням загального серцево-судинного ризику.

Гіпертензія при вагітності

Гіпертензивні розлади, які виникають під час вагітності, залишаються важливою причиною захворюваності та смертності матері, плода і новонароджених не лише в менш розвинутих, а й в індустріалізованих країнах. Фізіологічно АТ у нормі знижується під час другого триместру, досягаючи рівня в середньому на 15 мм рт. ст. нижчого за рівні до вагітності. Під час третього триместру рівень АТ повертається або може перевищувати його показники до вагітності. Ці коливання спо-

Таблиця 8.
Базисні лабораторні дослідження, рекомендовані для контролю пацієнтів з гіпертензією на фоні вагітності

Показники	Діагностичне значення
Гемоглобін і гематокрит	Гемоконцентрація свідчить на користь підтримки діагнозу гестаційної гіпертензії з протеїнурією або без неї. Рівні можуть бути низькими в дуже важких випадках через гемоліз.
Тромбоцити	Низькі рівні ($< 100\,000 \times 10^9/\text{л}$) можуть свідчити про можливість їх споживання в мікроциркуляторному руслі. Рівні відповідають важкості і дозволяють передбачати швидкість відновлення в післяпологовому періоді, особливо в жінок з синдромом HELLP.
АСТ і АЛТ сироватки	Підвищені рівні дають підставу припустити залучення печінки. Підвищення рівнів дозволяє думати про погіршення стану.
ЛДГ сироватки	Підвищені рівні асоціюються з гемолізом і залученням печінки. Можуть відображати важкість стану і дають підставу передбачати можливість відновлення в післяпологовому періоді, особливо в жінок із синдромом HELLP.
Протеїнурія у 24-годинній сечі	Стандартний метод кількісної оцінки протеїнурії. Якщо перевищує 2 г на добу, необхідний дуже ретельний контроль. Якщо перевищує 3 г на добу, слід оцінити доцільність пологів.
Аналіз сечі	Визначення протеїнурії за допомогою діагностичних смужок характеризується високими рівнями хибно-позитивних і хибно-негативних результатів. Якщо результати тесту позитивні (1), необхідне збирання сечі протягом 24 годин для підтвердження протеїнурії. Негативні результати тесту не виключають протеїнурії, особливо якщо рівень діастолічного АТ 90 мм рт. ст.
Сечова кислота в сироватці	Підвищені рівні допомагають здійснювати диференціальну діагностику гестаційної гіпертензії і можуть бути відображенням важкості стану.
Креатинін у сироватці	Рівні знижуються при вагітності. Підвищені рівні дозволяють припускати посилення важкості гіпертензії; може бути необхідною оцінка кліренсу креатиніну протягом 24 годин.

Примітка. HELLP — гемоліз, підвищені рівні печінкових ензимів і тромбоцитопенія.

стерігають у жінок з нормотензією або попередньою гіпертензією, а також у тих, у яких виникає специфічна для вагітності гіпертензія.

Визначення гіпертензії під час вагітності неоднорідне. Її визначали за підвищенням АТ під час другого триместру порівняно з вихідними показниками під час першого триместру або порівняно з рівнями до вагітності, але тепер переважно застосовують визначення на основі абсолютних показників АТ (систоличний АТ ≥ 140 мм рт. ст. або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст.).

Важливо упевнитися в підвищених показниках АТ під час двох оглядів. Рекомендують реєструвати тони Короткова фаз IV і V. За показником фази IV можна розпочинати клінічне обстеження і ведення хворих.

Гіпертензія при вагітності — неоднорідний синдром, до якого належать:

- ◆ *Гіпертензія, яка була раніше*, яка спостерігається в 1–5% випадків вагітності. Її визначають за підвищенням АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. до настання вагітності або до 20 тижнів гестації, і звичайно вона зберігається до 42 днів після пологів. Вона може асоціюватися з протеїнурією.
- ◆ *Гестаційна гіпертензія* — індукована вагітністю гіпертензія без протеїнурії. Гестаційна гіпертензія, асоційована з істотною протеїнурією (>300 мг/л або >500 мг за 24 год. або рівнемір 2+ або більше), відома як *пreeклампсія*. Гіпертензія виникає після 20 тижнів гестації. У більшості випадків вона минає протягом 42 днів після пологів. Гестаційна гіпертензія характеризується поганим кровопостачанням органів.
- ◆ *Гіпертензія, яка була раніше, з доповненням гестаційної гіпертензії з протеїнурією*. Гіпертензія, яка була раніше, асоціюється з подальшим погіршенням контролю АТ та екскрецією протеїну ≥ 3 г на добу при збиранні сечі протягом 24 годин після 20 тижнів гестації; цей термін відповідає поширеному раніше терміну “хронічна гіпертензія з виникненням пreeклампсії”.
- ◆ *Гіпертензія, яка антенатально не класифікується*. Гіпертензія з системними проявами або без них, якщо рівень АТ вперше виміряний після 20 тижнів гестації. Якщо до цього часу гіпертензія минає, стан слід заново класифікувати як гестаційну гіпертензію з протеїнурією або без неї. Якщо до цього часу гіпертензія не минає, стан слід заново визначати як гіпертензію, яка була раніше.

Набряки спостерігаються в 60% випадків нормальної вагітності і більше не враховуються при діагностиці пreeклампсії.

При гіпертензивних розладах на фоні вагітності, зокрема гестаційній гіпертензії з протеїнурією або без неї, можуть виникати зміни гематологічних показників, функції нирок і печінки, здатні негативно вплинути на прогноз і наслідки для новонародженого і матері. Базисні лабораторні дослідження, рекомендовані для контролю пацієнтів з гіпертензією при вагітності, наведено в таблиці 8.

У більшості пацієнок з попередньо існуючою гіпертензією наявна м'яка або помірна гіпертензія (140–179/90–109 мм рт. ст.), і ризик серцево-судинних ускладнень протягом короткого терміну вагітності низький. У жінок з есенціальною гіпертензією і нормальною функцією нирок наслідки для матері і новонародженого є добрими, вони є кандидатами для немедикаментозної терапії з огляду на відсутність доказів поліпшення клінічних наслідків для новонародженого на фоні медикаментозної терапії.

Доцільність немедикаментозного лікування треба розглядати у вагітних жінок з рівнями систолічного АТ 140–149 мм рт. ст. і/або діастолічного АТ 90–99 мм рт. ст., виміряних у клінічних умовах. Ведення хворих залежно від рівня АТ, гестаційного періоду та наявності асоційованих факторів ризику для матері і плоду включає ретельний нагляд, обмеження активності, а також ліжковий відпочинок у лівій боковій позиції. Радять нормальну дієту без обмеження солі. Превентивні втру-

чання з метою зменшення частоти виникнення гестаційної гіпертензії, особливо преєклампсії, у тому числі доповнення кальцію, риб'ячого жиру і використання ацетилсаліцилової кислоти в низьких дозах, не дали стійких ефектів, яких очікували, особливо для плоду. Незважаючи на це, аспірин у низьких дозах використовується профілактично в жінок, у яких в анамнезі рано (<28 тижнів) виникла преєклампсія. Хоча зменшення ваги тіла корисне для зменшення АТ у невагітних жінок, його не рекомендують під час вагітності в жінок з ожирінням. Зменшення ваги тіла може асоціюватися із зменшенням ваги новонародженого і меншим подальшим ростом немовлят у матерів з ожирінням, які дотримуються дієти.

Продовжують обговорювати доцільність тривалого призначення антигіпертензивних засобів вагітним жінкам із хронічною гіпертензією. Хоч є консенсус щодо необхідності та сприятливого впливу медикаментозного лікування важкої гіпертензії під час вагітності, ставлення до лікування менш тяжкої гіпертензії суперечливе. Зниження рівня АТ може бути корисним для матері, але при зниженні тиску може порушуватися утероцентарна перфузія, з негативними наслідками для розвитку плоду. Джерелом невизначеності щодо користі зниження АТ у вагітних жінок з гіпертензією, яка була раніше, є результати кількох опублікованих досліджень, надто малих за обсягом для виявлення помірного зменшення кількості акушерських ускладнень.

Водночас з досягненням мети лікування гіпертензії — зменшення материнського ризику — потрібно обирати препарати, ефективні та безпечні для плоду. Рівні систолічного АТ ≥ 170 мм рт. ст. або діастолічного АТ ≥ 110 мм рт. ст. треба розглядати як невідкладний стан, при якому абсолютно необхідна госпіталізація. Можливими медикаментозними засобами вибору є лабеталол внутрішньовенно, метилдопа перорально або ніфедипін. Гідралазин внутрішньовенно більше не розглядається як засіб вибору, оскільки його застосування асоціюється з більшою кількістю перинатальних побічних ефектів, ніж прийом інших препаратів. В інших ситуаціях пороговими показниками, при яких треба розпочинати антигіпертензивну терапію, є рівні систолічного АТ 140 мм рт. ст.

Резюме 15. Причини резистентної гіпертензії

- Вторинна причина, яку не підозрюють.
- Погана прихильність до плану терапії.
- Продовження прийому препаратів, які можуть підвищити АТ.
- Невдача модифікації способу життя, зокрема:
 - збільшення ваги тіла;
 - зловживання алкоголем (особливо періодичні "запой").
- Об'ємне перевантаження, зумовлене:
 - неадекватною діуретичною терапією;
 - прогресуючою нирковою недостатністю;
 - значним споживанням солі.

Причини хибної резистентної гіпертензії:

- Ізольована офісна (білого комірця) гіпертензія.
- Невикористання великої манжети на великій руці.

або діастолічного АТ 90 мм рт. ст. у жінок з гестаційною гіпертензією без протеїнурії або гіпертензією, яка була раніше, до 28 тижнів гестації, з гестаційною гіпертензією і протеїнурією або симптомами в будь-який момент вагітності, пацієнок з гіпертензією, яка була раніше, і ураженнями органів-мішеней, а також пацієнок з гіпертензією, яка була раніше і до якої приєдналася гестаційна гіпертензія. За інших обставин пороговими є рівні систолічного АТ 150 мм рт. ст. і діастолічного АТ 90 мм рт. ст. Для неважкої гіпертензії препаратами вибору є метилдопа, лабеталол, антагоністи кальцію і β -блокатори. Препарати з групи β -блокаторів менш ефективні, ніж антагоністи кальцію. Утім, антагоністи кальцію не треба призначати одночасно з магнію сульфатом (через ризик гіпотензії внаслідок потенційного синергізму). Інгібітори АПФ та антагоністи ангіотензину II не треба застосовувати під час вагітності. При прееклампсії зменшується об'єм плазми, тому немає підстав для діуретичної терапії, якщо немає олігурії. Внутрішньовенне застосування магнію сульфату виявилось ефективним у запобіганні еклампсії і лікуванні судом. Індукція пологів показана при гестаційній гіпертензії з протеїнурією і побічними станами, такими як розлади зору, порушення коагуляції або дистрес плоду.

Вигодовування груддю не спричинює підвищення АТ у матері. Усі антигіпертензивні препарати виділяються з молоком матері. Більшість антигіпертензивних засобів наявні в дуже низьких концентраціях, за винятком пропранололу і ніфедипіну, концентрації яких у грудному молоці подібні до концентрацій у плазмі матері.

Резистентна гіпертензія

Гіпертензію можна називати резистентною до лікування, або рефракторною, якщо при включенні у план терапії заходів з корекції способу життя, а також принаймні трьох препаратів в адекватних дозах не вдалося достатньо знизити рівні систолічного і діастолічного АТ. У таких ситуаціях треба розглянути доцільність спеціалізованої допомоги, оскільки резистентна гіпертензія часто поєднується з пошкодженнями органів-мішеней.

Є багато причин резистентності до лікування, у тому числі випадки хибної гіпертензії, такої як ізольована офісна гіпертензія (білого комірця), а також невикористання великих манжет для вимірювання АТ у пацієнтів з великими розмірами руки. Одна з найважливіших причин резистентності гіпертензії — погана прихильність до терапії, і в цьому випадку після невдачі всіх інших заходів корисним може бути припинення застосування всіх медикаментів під ретельним медичним наглядом. Відновлення лікування за новою та простішою схемою може дозволити розірвати “вадливе коло”.

Лікування асоційованих факторів ризику

Ліпідознижуючі засоби

У двох дослідженнях — ALLHAT (2002) і ASCOT (2003) нещодавно оцінювали переваги, асоційовані з застосуванням статинів, зокрема, серед пацієнтів з гіпертензією. До отримання результатів цих досліджень були доступні дані інших рандомізованих контрольованих досліджень у підгрупах пацієнтів з гіпертензією, у тому числі з досліджень ліпідознижуючої терапії для вторинної (4S, 1994; CARE, 1996; LIPID, 1998; Rubins H.B. et al., 1999) і первинної (WOSCOPS, 1995; AFCAPS/Тех-CAPS, 1998) профілактики, а також з найбільшого дослідження ефективності статинів HPS (2002), у якому брали участь майже 20000 пацієнтів, переважно із сформованими судинними захворюваннями. У дослідженні HPS 41% учасників становили пацієнти з гіпертензією, тоді як у дослідженні PROSPER (2002) було 62% пацієнтів з гіпертензією. У це дослідження, подібно до HPS, в основному

включали пацієнтів з судинними захворюваннями. Аналізи результатів у підгрупах пацієнтів з гіпертензією в цих дослідженнях свідчать про те, що користь ліпідознижуючої терапії, переважно статинами, для запобігання великим коронарним подіям подібна для пацієнтів з гіпертензією і без неї. З огляду на обмежений зв'язок між рівнями холестерину в сироватці і ризиком інсультів за даними епідеміологічних досліджень певний подив викликало зменшення ризику інсультів у дослідженнях статинів у середньому на 15 і 30% відповідно за умови здійснення первинної і вторинної профілактики.

У дослідженні ALLHAT (2002) порівнювали вплив правастатину в дозі 40 мг на добу із звичайним лікуванням у близько 10000 пацієнтів з гіпертензією, серед яких у 14% було сформоване судинне захворювання. Відмінний ефект правастатину на рівні загального холестерину і холестерину ЛПНГ (відповідно 11 і 17%) був меншим, ніж очікувалось, з огляду на поширене застосування статинів у групі звичайного лікування і асоціювався з помірним, недостовірним зменшенням на 9% імовірності фатальної ІХС і нефатального інфаркту міокарда і зменшенням на 9% імовірності фатального і нефатального інсульту. Не спостерігали впливу на смертність від усіх причин — первинної кінцевої точки дослідження. Натомість у дослідженні ASCOT (2003), у яке включили понад 10000 пацієнтів з гіпертензією, виявили високодостовірний сприятливий вплив, асоційований із застосуванням аторвастатину в дозі 10 мг на добу порівняно з плацебо на серцево-судинну систему в пацієнтів з рівнем загального холестерину $\leq 6,5$ ммоль/л. Частота первинної кінцевої точки (загальної кількості випадків ІХС і нефатального інфаркту міокарда) зменшилася на 36%, фатального і нефатального інсульту — на 27%. Очевидна відмінність ефекту статинів у дослідженнях ALLHAT і ASCOT, напевно, відображає більшу відносну відмінність загального холестерину і холестерину ЛПНГ, досягнуту в дослідженні ASCOT у групі активного лікування. Визначаючи континуум захворювання від первинної до вторинної профілактики, для спрощення рекомендації щодо застосування ліпідознижуючої терапії в пацієнтів з гіпертензією можна поділити на ті, які стосуються вторинної і первинної профілактики.

Вторинна профілактика. З огляду на результати дослідження HPS (2002) усі пацієнти у віці принаймні до 80 років з рівнем загального холестерину $>3,5$ ммоль/л із активною ІХС, захворюванням периферичних артерій або виникненням в анамнезі ішемічного інсульту повинні отримувати ліпідознижуючу терапію статинами. Вважають, що через високу частоту коронарних подій, яку спостерігали в пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, високі довго- і короткотермінові рівні фатальних випадків пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, діагностованим принаймні 10 років тому, і/або віком 50 років або більше треба розглядати як категорію з "еквівалентним ризиком ІХС" з точки зору зниження рівня ліпідів, у якій потрібно здійснювати заходи з вторинної профілактики. Інших пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу треба розглядати як кандидатів для первинної профілактики. Терапію слід титрувати до зниження загального холестерину на 30%, холестерину ЛПНГ — на 40%, відповідно до рівнів $<4,0$ ммоль/л і $<2,0$ ммоль/л, орієнтуючись на більший ступінь зниження.

Первинна профілактика. Використання статинів повинно визначатися результатами загальної оцінки ризику (див. вище). Досвід рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень свідчить про достовірні переваги терапії статинами в дорослих осіб з нормотензією і гіпертензією, у яких оцінений ризик ІХС протягом 10 років є низьким і становить 6% (AFCAPS/Tex-CAPS, 1998). Утім, у більшості країн Європи у більшості дорослих осіб у віці понад 40 років ризик виникнення ІХС протягом 10 років становить 6% або більше. Лікування всіх осіб з таким або більшим рівнем ризику не є ні фінансово можливим, ні концептуально ідеаль-

Резюме 16. Корекція асоційованих факторів ризику

Ліпідознижуючі засоби

- Усі пацієнти віком до 80 років з активною ІХС, захворюванням периферичних судин, анамнестичними вказівками про ішемію, інсульт або тривалий анамнез цукрового діабету 2-го типу повинні отримувати препарат із групи статинів, якщо в них рівень загального холестерину $>3,5$ ммоль/л, щоб зменшити його приблизно на 30%.
- Пацієнти без очевидних ознак серцево-судинного захворювання або з цукровим діабетом, який почався нещодавно, у яких оцінений показник ризику серцево-судинного захворювання протягом 10 років $\geq 20\%$ (див. "високий" ризик у табл. 2), повинні також отримувати статин, якщо рівень загального холестерину $>3,5$ ммоль/л.

Антитромбоцитарна терапія

- Антитромбоцитарну терапію, особливо аспірин у низькій дозі, треба призначати пацієнтам, які раніше перенесли серцево-судинні події, оскільки вона дозволяє зменшити ризик інсульту та інфаркту міокарда (за умови відсутності надлишкового ризику кровотечі).
- При гіпертензії засвідчено сприятливий ефект аспірину (зменшення імовірності інфаркту міокарда більше, ніж надлишковий ризик виникнення кровотечі) у пацієнтів віком понад 50 років, навіть з помірним підвищенням вмісту креатиніну в сироватці або з 10-річним загальним серцево-судинним ризиком $\geq 20\%$ (див. "високий" ризик у табл. 2).
- У пацієнтів з гіпертензією до призначення аспірину в низькій дозі потрібно досягнути адекватного контролю АТ.

ним. У дослідженні HPS (2002) лише 1% учасників становили пацієнти з гіпертензією, в анамнезі в яких не було серцево-судинних подій, активного судинного захворювання і/або цукрового діабету. Тому це дослідження не має адекватної бази даних, на якій могли би ґрунтуватися рекомендації з первинної профілактики серцево-судинних захворювань у пацієнтів з гіпертензією. Водночас, з огляду на результати дослідження ASCOT (2003) та інших доступних тепер даних (AFCAPS/Тех-CAPS, 1998), видається обґрунтованим лікування статинами всіх пацієнтів у віці принаймні до 80 років з рівнем загального холестерину $>3,5$ ммоль/л, у яких оцінений серцево-судинний ризик протягом 10 років становить 20% або більше. Слід визнати, що у практику ще не запроваджені попередні європейські рекомендації з профілактики ІХС (Wood D. et al., 1998), у яких був визначений пороговий

рівень загального холестерину >5 ммоль/л, і тому можна дискутувати щодо доцільності створення більш агресивних терапевтичних рекомендацій. Проте, згідно з досягненнями доказової медицини, у цих рекомендаціях знижені порогові та цільові рівні для ліпідознижуючої терапії.

Цільові рівні повинні бути такими, як для вторинної профілактики. Переважна більшість пацієнтів досягають рекомендованих рівнів загального холестерину і холестерину ЛПНГ на фоні статинів у відповідних дозах у поєднанні з немедикаментозними заходами. Для пацієнтів, які не досягають цільових рівнів або в яких зберігаються патологічні рівні холестерину ЛПВГ або тригліцеридів (наприклад, відповідно $<1,0$ ммоль/л і $>2,3$ ммоль/л), незважаючи на досягнення цільових показників ЛПНГ, показане звернення до спеціалістів з ліпідів з метою оцінки доцільності додавання фібрів чи інших препаратів. Залишається встановити, чи застосування фібрів має переваги порівняно із статинами в категорії пацієнтів, наприклад, багатьох пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, у яких первинним порушенням ліпідного обміну є зниження холестерину ЛПВГ або підвищення вмісту тригліцеридів. Утім, поки немає нових доказів, у цих пацієнтів препаратами вибору також повинні залишитися статини у відповідних дозах.

Антитромбоцитарна терапія

Антитромбоцитарна терапія, особливо аспірин у низькій дозі, зменшувала ризик інсульту та інфаркту міокарда в пацієнтів, які раніше перенесли серцево-судинні події або мали високий ступінь серцево-судинного ризику (Antithrombotic Trialists' Collaboration, 2002). Докази користі і можливої шкоди призначення аспірину в низькій дозі отримані в дослідженні HOT (1998), у якому кількість великих серцево-судинних подій зменшилася на 15%, інфаркту міокарда — на 36%, впливу на частоту інсульту не було (але без збільшення ризику внутрішньомозкової кровотечі). Водночас ці сприятливі ефекти супроводжувалися збільшенням на 65% кількості великих подій, пов'язаних із кровотечами. Аналіз підгруп дослідження HOT вказує на те, у яких категорій пацієнтів з гіпертензією можна очікувати більшої абсолютної користі, ніж шкоди. Зокрема, у пацієнтів з рівнем креатиніну в сироватці >115 мкмоль/л спостерігали достовірно більше зменшення кількості серцево-судинних подій та інфаркту міокарда (-13 і -7 подій на 1000 пацієнто-років), тоді як ризик кровотеч достовірно не відрізнявся між підгрупами (1–2 кровотечі на 1000 пацієнто-років). Крім пацієнтів з гіперкреатинінемією, сприятливий баланс між користю і шкодою призначення аспірину спостерігали в підгрупах пацієнтів з більшим вихідним загальним ризиком і вищими вихідними рівнями систолічного і діастолічного АТ (користь від $-3,1$ до $-3,3$ серцево-судинних подій; шкода — $1,0$ – $1,4$ кровотечі на 1000 пацієнто-років). Ці спостереження узгоджуються з даними мета-аналізів з первинної профілактики, у які також включали пацієнтів без гіпертензії (Sanmuganathan P.S. et al., 2001; Hayden M. et al., 2002).

Таким чином, аспірин у малих дозах можна з певністю рекомендувати пацієнтам з гіпертензією і помірним підвищенням рівня креатиніну в сироватці. Доцільність призначення аспірину в низьких дозах слід розглядати в пацієнтів з гіпертензією віком понад 50 років з високим або дуже високим рівнем загального серцево-судинного ризику або з вищими вихідними рівнями АТ. Слід наголосити, що користь застосування аспірину спостерігали в пацієнтів з дуже добрим контролем АТ (практично у всіх пацієнтів у дослідженні HOT рівень діастолічного АТ становив ≤ 90 мм рт. ст.). Можливо, добрий контроль АТ був важливим чинником уникнення зростання внутрішньомозкових крововиливів. Отже, аспірин треба призначати лише після досягнення достатнього контролю АТ.

Контроль глікемії

Концентрації глюкози натще або глікозильованого гемоглобіну A_{1c} (HbA_{1c}) дещо вище нормального діапазону асоціюються з підвищенням серцево-судинного ризику. Тому можна очікувати, що поліпшення контролю глікемії дасть можливість зменшити кількість серцево-судинних подій. Хоч у пацієнтів з цукровим діабетом 1-го типу інтенсивне лікування (яке забезпечує середній рівень HbA_{1c} 7%) не має переваг порівняно із стандартним лікуванням (із забезпеченням середнього рівня HbA_{1c} 9%) у профілактиці макросудинних ускладнень, у них достовірно зменшується кількість та швидкість прогресування мікросудинних ускладнень (ретинопатії, нефропатії, нейропатії) (UKPDS, 1998). Користь інтенсивного контролю глікемії в пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу переважно зумовлена профілактикою мікросудинних ускладнень. Є прямий зв'язок між цими ускладненнями та середнім рівнем HbA_{1c} , без вказівок на певний пороговий рівень HbA_{1c} , нижче якого ризик більше не зменшується. Завданням лікування є досягнення рівня глюкози у плазмі натще $\leq 6,0$ ммоль/л (середній з кількох вимірів) і $HbA_{1c} \leq 6,5\%$.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Частота візитів під час тривалого спостереження за пацієнтом залежить від загальної категорії ризику, до якої належить пацієнт, а також рівня АТ. Після досягнення завдань терапії, у тому числі контролю інших факторів ризику і досягнення цільового рівня АТ, частота візитів може бути відповідно зменшена, особливо якщо виконується самостійне вимірювання АТ. Нові технології для передавання по телебаченню показників АТ з дому пацієнта в офіс лікаря можуть стати корисним фактором підвищення ефективності спостереження. Огляд пацієнтів з низьким рівнем ризику і м'якшими ступенями підвищення АТ (високий нормальний АТ або гіпертензія 1-го ступеня), які отримують монотерапію, можна робити кожних 6 місяців. Важливо, щоби пацієнти, які не отримують медикаментозного лікування, розуміли потребу в моніторингу та спостереженні, а також періодичному перегляді необхідності призначення препаратів. У складніших випадках пацієнтів треба оглядати частіше. Якщо завдання лікування, у тому числі контроль рівня АТ, не досягнуті протягом 6 місяців, лікар повинен оцінити доцільність звернення до спеціаліста з проблем гіпертензії. Загалом антигіпертензивну терапію призначають пожиттєво. Якщо пацієнт, у якого було правильно діагностовано гіпертензію, припиняє терапію, то в нього, як звичайно, рівні АТ повертаються до показників, які реєструвалися до початку лікування. Незважаючи на це, після досягнення тривалого контролю АТ можна спробувати обережно зменшити дозу або кількість застосованих препаратів, особливо в пацієнтів, які суворо дотримуються заходів (немедикаментозних) з корекції способу життя. Такі спроби "відступати назад" у лікуванні треба здійснювати під ретельним постійним контролем АТ.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ: ЗМЕНШЕННЯ ДИСТАНЦІЇ МІЖ РЕКОМЕНДАЦІЯМИ ЕКСПЕРТІВ І ПОГАНИМ КОНТРОЛЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Незважаючи на те, що докладаються значні зусилля в діагностиці та лікуванні гіпертензії, цей стан залишається у всьому світі провідною причиною серцево-судинної захворюваності і смертності, а цільові рівні АТ досягаються рідко. Тому дуже бажано поліпшити цей незадовільний стан надання допомоги. Збільшення кількості клінічних досліджень гіпертензії дозволяє сформулювати рекомендації для підтримання більш ефективної стратегії. Наявність рекомендацій повинна не лише допомагати клініцистам приймати рішення в повсякденній практиці, а й

ознайомлювати керівників системи охорони здоров'я з критичними моментами, які треба брати до уваги для поліпшення ведення хворих із гіпертензією. Накопичений дотепер досвід дає підставу думати, що вплив рекомендацій на зміни клінічної практики досить обмежений. Потрібні комплексні втручання для успішного запровадження рекомендацій, від дисемінації рекомендацій до навчальних програм у місцях клінічної практики. Це потребує участі всіх професіоналів, залучених до надання медичної допомоги, — від урядового рівня до окремого лікаря. Отже, широке сприйняття цих рекомендацій національними товариствами з гіпертензії є передумовою сприяння змінам поведінки на практиці і поліпшення клінічних наслідків у пацієнтів. З цього огляду дані рекомендації підготовлені разом з Третіми рекомендаціями Об'єднаної робочої групи європейських та інших товариств з профілактики серцево-судинних захворювань з метою включення у вичерпні настанови з профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці, які готуються нині.

Підготував *Олег Жарінов*