

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: ОСТАННІ СТАНДАРТИ СТОЛІТТЯ

Олег Жарінов
Київська медична академія післядипломної освіти,
кафедра кардіології і функціональної діагностики

Артеріальну гіпертензію (АГ) ще довго не вважали б захворюванням, якби не кмітливі працівники американських страхових компаній. У 50-х роках нинішнього століття вони помітили, що люди з підвищеними рівнями артеріального тиску (АТ) помирають скоріше, ніж особи з нижчими показниками. Саме страхові компанії стали першими організаторами епідеміологічних досліджень того, наскільки смертність залежить від рівня АТ. Найбільше для накопичення знань про наслідки АГ зробило Фремінгамське дослідження. Після детального обстеження у 1948 році 5000 чоловіків і жінок з невеликого містечка Фремінгама в американському штаті Масачусетс за їх долею безперервно стежать понад півстоліття. Більшість лікарів, які починали це дослідження, вже померли. Але їх наступники продовжують отримувати унікальну інформацію про природний перебіг серцево-судинних захворювань і фактори, пов'язані з високим ризиком захворюваності і смертності. У 50-60-х роках було переконливо доведено, що стійке підвищення АТ спричиняє інсульт, серцеву недостатність, захворювання нирок і розшарування аорти. Крім того, у хворих з АГ зростає ризик уражень різних відділів судинного русла, зокрема тромбозу судин мозку, інфаркту міокарда та стенозів периферичних судин. З огляду на це необхідність корекції АГ безперечна. Відтак уся друга половина століття відзначена постійним удосконаленням шляхів лікування АГ.

ЕВОЛЮЦІЯ МЕТИ ТА ЗАСОБІВ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Вперше засоби зниження АТ були застосовані у хворих з вираженою АГ у 1950 році. Тоді метою лікування передусім було усунення тяжких проявів, зумовлених значним підвищенням АТ та ускладненнями злоякісної АГ. Антигіпертензивні засоби призначали лише найтяжчим хворим. Здебільшого застосовували гангліоблокатори – надзвичайно потужні препарати, які дуже скоро знижують АТ. Але таке лікування мало низку очевидних недоліків: (1) його ефект зберігався недовго, і через кілька годин обов'язково з'являлася потреба у повторному введенні ліків, (2) нерідко виникала виражена неконтрольована гіпотензія, та (3) значні коливання АТ і, відповідно, кровопостачання життєво важливих органів збільшували небезпеку різноманітних ускладнень, зокрема мозкових інсультів та ниркової недостатності. Наприкінці 50-х – на початку 60-х років була впроваджена низка нових антигіпертензивних засобів, ефективних при пероральному застосуванні, зокрема резерпін, гідралазин, гідрохлоротіазид, альфа-метилдопа, клонідин тощо. З'явилася можливість тривалого зниження АТ та, відповідно, оцінки його впливу на виникнення ускладнень та прогноз хворих з АГ. Майже одразу почалися перші контрольовані дослідження ефективності лікування антигіпертензивними засобами помірної і тяжкої АГ.

Вже у першому відносно невеликому за обсягом дослідженні Адміністрації ветеранів США лікування хворих з тяжкою АГ (діастолічний АТ 115-129 мм рт. ст.) дозволило значно зменшити кількість серцево-судинних ускладнень АГ порівняно з групою нелікованих хворих. У 60-70-х роках у контрольованих клінічних дослідженнях було доведено користь і безперечну необхідність нормалізації АТ при помірній АГ.

Відтак «планка» вихідного рівня АТ, при якому доцільно здійснювати активну антигіпертензивну терапію, суттєво знизилась, а «терапевтичний» напрямок лікування АГ (зняти симптоми) значною мірою поступився профілактичному (запобігти ускладненням, пов'язаним з високим АТ). У 80-90-х роках стратегія лікування АГ стала ще більш агресивною. Спочатку було доведено сприятливі наслідки нормалізації АТ при м'якій АГ, а потім – у старих осіб (у віці принаймні до 80 років) та при ізольованій систолічній АГ. При сукупному аналізі результатів лікування у різних груп хворих з'ясувалося, що стійке тривале зниження лише на 5 мм рт. ст. діастолічного АТ (АТд) у пацієнтів середнього віку дозволяє зменшити вірогідність інсульту на 35-40%, розвинути термінальної ниркової недостатності – на 25%, а сприятливі наслідки антигіпертензивної терапії передусім зумовлені стабільним зниженням АТ.

Кардинальних змін після проведених досліджень зазнали уявлення про межі нормального і патологічного рівня АТ. З 1993 року АГ діагностують і лікують, починаючи з показників АТ не 160/95, а 140/90 мм рт. ст.

СТРАТЕГІЯ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З АГ: МЕДИЦИНА, ЩО ҐРУНТУЄТЬСЯ НА ДОКАЗАХ

Друга половина ХХ століття позначилася швидким накопиченням знань про різні аспекти АГ, одного з найбільш поширених захворювань людства, і закінчується повним домінуванням evidence-based medicine – медицини, що ґрунтується на доказах. Обґрунтуванням для впровадження нових діагностичних та лікувальних підходів стали результати обстежень та оцінки результатів лікування у тисяч та десятків тисяч хворих з АГ. Передусім у популяційних обстеженнях з'ясували негативні наслідки цього захворювання: ураження органів-мішеней, різноманітні ускладнення та погіршення прогнозу виживання. Пізніше були розроблені досконалі діагностичні методи, які поліпшили практику вимірювання та оцінки коливань АТ, дали змогу встановити клініко-інструментальні та лабораторні маркери тяжкості АГ. Водночас у контрольованих клінічних дослідженнях довели користь зниження та нормалізації рівня АТ для сприятливішого перебігу захворювання та виживання хворих. Зміни критеріїв оцінки результатів лікування АГ спричинили розробку та впровадження ліків, які дають ефективне та стійке зниження АТ і мають щонайменше побічних впливів. Їх позначили терміном «препарати першого вибору», підкреслюючи доцільність початку тривалої антигіпертензивної терапії, як звичайно, саме з цих груп ліків.

Виконані протягом останніх десятиліть спеціальні дослідження довели величезні збитки для суспільства, зумовлені гіпертензією, а з іншого боку – дозволили визначити вартість та економічну доцільність різних лікувальних програм. Глобальне медико-соціальне значення проблеми АГ стало найсильнішим поштовхом для систематизації стану знань, уніфікації підходів до обстеження та ведення хворих з АГ. Відтак вже понад 20 років відповідні національні органи та наукові товариства у різних країнах світу, а також Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) регулярно публікують рекомендації для практичних лікарів. Лише протягом 90-х років такі документи опубліковані у Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Польщі, двічі у США, а в 1998 році – в Україні. Звичайно, найбільше значення для впровадження відповідних принципів діагностики та лікування АГ мали рекомендації Об'єднаного національного комітету США (JNC). Втім у країнах поза США новації американських кардіологів, зокрема щодо цільового рівня АТ та ступеня підвищення АТ, при якому починають призначати антигіпертензивні медикаменти, звичайно сприймалися з певними застереженнями. Тоді як найбільше «юридичне» значення мали більш консервативні рекомендації ВООЗ. Але авторитет розробників JNC величезний, і, напевно, саме тому останнім часом підходи ВООЗ все більше наближаються до наявних у США.

У 1977 і 1980 роках, коли були опубліковані JNC-I і JNC-II, у тривалому лікуванні АГ домінував ступінчатий підхід. Єдиними засобами першого вибору вважалися тіазидові діуретики, а при їх недостатній ефективності для зниження АТ додатково призначали тодішні препарати другого, третього і четвертого ступеня, у тому числі найчастіше – резерпін, гідралазин, клонідин, пропранолол і гангліоблокатори. У 1984 році (JNC-III) ще одним класом засобів першого вибору стали бета-адреноблокатори. Із збільшенням арсеналу зручних та ефективних ліків антигіпертензивна терапія стала менш структурованою. У США та інших країнах скоро відійшли від жорстких «сходів», повернувшись до вільнішої та індивідуалізованої тактики, з урахуванням особливостей хворого та відповіді на кожен окремий засіб зниження АТ. Тоді як в Україні «сходи» з клонідином (клофеліном) та резерпіном (один з компонентів адельфану), які при тривалому лікуванні АГ давно не можуть вважатися засобами другого і навіть третього вибору, зберігалися аж до серпня 1998 року (!), коли було переглянуто добре відомий 206-й наказ МОЗ.

У 1988 році (JNC-IV) як препарати вибору були визнані ще два класи медикаментів – антагоністи кальцію та інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (АПФ). Водночас було звернуто увагу на важливе та самостійне значення різноманітних немедикаментозних методів зниження АТ. У рекомендаціях 1993 року (JNC-V) до переліку основних антигіпертензивних засобів додали альфа-адреноблокатори. Була обґрунтована необхідність лікування АГ у старих осіб та ізольованої систолічної АГ з урахуванням інших факторів ризику серцево-судинних захворювань. Значну увагу було надано перевагам комбінованої антигіпертензивної терапії. З'явилася нова градація рівнів АТ, у якій відлік стадій АГ вперше почали з показників 140/90 мм рт. ст. У 1997 році (JNC-VI) запроваджено критерії оцінки загального ризику пацієнтів з АГ. Зазначено, що напрямками обстеження хворих при АГ повинні бути не лише (1) уточнення рівня АТ та наявності АГ і (2) пошук можливих причин вторинної (симптоматичної) АГ, а й (3) оцінка наявних факторів ризику та клінічних станів, які можуть вплинути на прогноз та лікування хворих з АГ і, врешті-решт, (4) діагностика уражень органів-мішеней та встановлення їх вираженості. Відтак метою лікування хворих з АГ повинна бути не лише нормалізація рівня АТ, а й корекція відповідних факторів ризику та зворотний розвиток органних уражень, зокрема гіпертрофії лівого шлуночка, нефропатії, а також атеросклерозу різних відділів судинного русла. З'явилися обов'язкові рекомендації диференційованого призначення певних антигіпертензивних засобів залежно від клінічної ситуації: при цукровому діабеті 1-го типу з нефропатією – інгібітори АПФ, при серцевій недостатності – інгібітори АПФ і/або діуретики, після перенесеного інфаркту міокарда – інгібітори АПФ і/або бета-адреноблокатори, у старих осіб – діуретики і/або дигідропіридинінові антагоністи кальцію тривалої дії.

ДОСЛІДЖЕННЯ НОТ (1998)

Найбільшим в історії вивчення проблеми АГ з позицій «медицини, що ґрунтується на доказах», стало багатоцентрове дослідження НОТ (Hypertension optimal treatment – Оптимальне лікування гіпертензії), результати якого були оприлюднені влітку 1998 року. До часу проведення цього дослідження практично не було сумнівів у необхідності контролю і систолічного, і діастолічного АТ у хворих з АГ. Відповідно до критеріїв ВООЗ, як «нормальний» тиск і мета лікування були визначені показники до 140/90 мм рт. ст. Залишалось нез'ясованим, чи корисним буде подальше зниження АТ. Одні дослідники припускали, що чим нижчий рівень АТ, тим більша очікувана тривалість життя, інші у відповідь резонно зазначали, що надмірне і швидке зниження АТ також може виявитися небезпечним, зважаючи на значні коливання та погіршення кровопостачання життєво важливих органів: серця, головного мозку, нирок.

Дослідження HOT переконливо довело, що оптимальний рівень АТд становить 85 мм рт. ст. і нижче. Було обстежено приблизно 19000 (!) хворих з 26 країн у віці від 50 до 80 років, у яких вихідний рівень АТд перевищував 105 мм рт. ст. Задум організаторів дослідження полягав у тому, що в третини хворих прагнули до АТд 90, у другій третини – 85, а ще в однієї – 80 мм рт. ст. Призначали однотипне медикаментозне лікування, розрізнялись лише дози препаратів. Добір адекватної антигіпертензивної терапії здійснювався шляхом ретельного титрування доз ліків протягом шести місяців. Починали з монотерапії препаратом із групи антагоністів кальцію дигідропіридинового ряду пролонгованої дії – фелодипіном. При його недостатній антигіпертензивній ефективності додавали інгібітори АПФ або β -адреноблокатори; як третій препарат використовували діуретики. Кожного учасника дослідження спостерігали протягом трьох-чотирьох років.

Не дивно, що таке агресивне лікування АГ дало можливість у всіх хворих зменшити рівень АТ, у багатьох випадках навіть нижче від цільового. У тих випадках, коли прагнули до цільового АТд 90, досягнули в середньому 85 мм рт. ст., при цільовому рівні 85 – відповідно 83, а при цільовому 80 – відповідно 81 мм рт. ст. Але найважливішою знахідкою було те, що мінімальний ризик смерті досягався вже при рівні 87 мм рт. ст., тоді як менше всього інфарктів та інсультів сталося при рівні 83 – тобто обидва показники нижче від стандартної мети 90 мм рт. ст. Цікаво, що при цукровому діабеті навіть більш значиме зниження АТ мало сприятливі наслідки: ризик інфаркту чи інсульту у цих хворих при зменшенні АТ до 80 мм рт. ст. зменшувався удвічі. Ризик збільшувався лише при зниженні АТд до 70 мм рт. ст., проте це збільшення ризику було незначним та могло бути зумовлене випадковими факторами.

Втім найбільший подив викликало те, що в 92 відсотків пацієнтів вдалося знизити АТ нижче 140/90 мм рт. ст. без особливих труднощів та з допомогою звичайних антигіпертензивних засобів та їх поєднань. Тоді як у практиці лікаря навіть цієї скромної мети вдається досягнути лише у 25 відсотках випадків. Зазначимо, що монотерапія фелодипіном дала змогу досягнути цільового рівня АТ у 26,1-37,1% спостережень, найчастіше при вихідній м'якій АГ; в інших випадках вимагалось поєднання двох-трьох антигіпертензивних медикаментів. Водночас передумовою успіху стало не лише застосування ефективних препаратів першого вибору, а й наполегливі зусилля лікарів та їх пацієнтів для досягнення нормального АТ.

Отже, зниження АТ хоча б до 90, а краще до 85 мм рт. ст. (а при цукровому діабеті – 80 мм рт. ст.) є цілком реальною метою, якої у більшості випадків можна досягнути шляхом моно- або комбінованої терапії сучасними антигіпертензивними препаратами першого вибору.

СТАНДАРТИ ВООЗ (1999)

Масштаб і задум дослідження HOT мали таке важливе значення для розробки майбутніх стандартів антигіпертензивної терапії, що провідні світові експерти вирішили в очікуванні його результатів навіть відкласти на півроку свою зустріч у Японії, на якій повинні були переглядатися рекомендації з лікування АГ. Тому нові стандарти Всесвітньої організації охорони здоров'я і Міжнародного товариства з вивчення гіпертензії (ВООЗ-МТГ) були оприлюднені не восени 1998 року, як планувалося раніше, а 4 лютого 1999 року. У нових рекомендаціях детально розглядаються вплив факторів ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів з АГ та можливості втручання з метою їх корекції, принципи клінічної оцінки пацієнтів з АГ, лікування підвищеного АТ, а також особливості ведення

окремих популяцій пацієнтів з АГ, наприклад на фоні цукрового діабету. Найважливіші риси рекомендацій 1999 року:

- ◆ Класифікація АГ наближена до градації рівнів АТ, визнаної у США (рекомендації JNC VI, 1997).

- ◆ Оцінка загального ризику як орієнтир для ведення хворих з АГ.

- ◆ Впровадження нижчих цільових рівнів АТ, а саме систолічного АТ нижче 130 мм рт. ст. та діастолічного АТ нижче 85 мм рт. ст., ґрунтуючись на доказах з нещодавно проведених досліджень, що агресивне зниження АТ дозволяє суттєво зменшити смертність і захворюваність пацієнтів з АГ.

- ◆ Вибір засобів для початку лікування серед шести класів антигіпертензивних препаратів першої лінії.

- ◆ Акцент на необхідності частого застосування комбінацій двох або більше антигіпертензивних засобів, які дозволяють досягати цільових рівнів АТ без погіршення якості життя.

Визначення і класифікація АГ. У рекомендаціях ВООЗ-МТГ 1999 року гіпертензія визначається як підвищення систолічного АТ до 140 мм рт. ст. і більше і/або діастолічного АТ до 90 мм рт. ст. і більше в осіб, які не приймають антигіпертензивні ліки. Основою для класифікації АГ у цих рекомендаціях є градація рівнів АТ в осіб віком понад 18 років (табл. 1).

Щодо градації рівнів АТ, то в рекомендаціях ВООЗ-МТГ, на відміну від американських рекомендацій JNC-VI, використовується термін "ступені" (grades), а не "стадії" (stages). Термін "стадії" більш прийнятний для процесу, який прогресує з часом і традиційно використовується для позначення наявності органних уражень при АГ. Термін "м'яка гіпертензія" зовсім не свідчить про добрий прогноз цих хворих, а застосовується більше для підкреслення відмінності від тяжчого підвищення АТ.

На відміну від попередніх рекомендацій 1993 року, у нових стандартах лікування АГ у старих осіб не розглядається окремо від інших категорій хворих з первинною АГ. Немає також окремого розділу щодо ізольованої систолічної АГ. Нині вже нема сумнівів, що лікування цих станів принаймні не менш ефективно у зменшенні

Таблиця 1.

Визначення та класифікація рівнів артеріального тиску (мм рт. ст.) у рекомендаціях ВООЗ-МТГ (1999)

Категорії АТ	Систолічний АТ (мм рт. ст.)	Діастолічний АТ (мм рт. ст.)
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130-139	85-89
Гіпертензія 1 ступеня (м'яка)	140-159	90-99
Підгрупа: гранична АГ	140-149	90-94
Гіпертензія 2 ступеня (помірна)	160-179	100-109
Гіпертензія 3 ступеня (тяжка)	≥ 180	≥ 110
Ізольована систолічна АГ	≥ 140	< 90
Підгрупа: гранична	140-149	< 90

серцево-судинного ризику, як і лікування ізольованої діастолічної АГ чи АГ у пацієнтів середнього віку.

Мета лікування. Первинна мета лікування пацієнта з підвищеним АТ полягає у максимальному зменшенні загального ризику захворюваності і смертності, пов'язаних з серцево-судинними причинами. Досягнення цієї мети вимагає індивідуалізованої оцінки факторів ризику та впливу на ті з них, які підлягають модифікації, зокрема куріння, гіперхолестеринемію та цукровий діабет. Медикаментозне лікування повинно завжди супроводжуватися відповідними змінами способу життя: корекцією дієти, припиненням куріння і збільшенням фізичних навантажень.

Зважаючи на пряму залежність серцево-судинного ризику від рівня АТ, безпосередня мета антигіпертензивної терапії полягає у зниженні АТ до нормального або оптимального рівня. Найбільша відмінність рекомендацій 1999 року полягає у більш агресивному визначенні цільових рівнів АТ. На відміну від стандартів 1993 року, коли метою лікування було зниження АТ до <140/90 мм рт.ст., у 1999 році рекомендують прагнути до показників <130/85 мм рт.ст. у пацієнтів з АГ молодого та середнього віку, а також при супутньому цукровому діабеті. У старих осіб доцільно зменшувати АТ принаймні до високих нормальних показників, тобто нижчих від 140/90 мм рт.ст. З багатьох причин цієї мети у старих осіб досягають не завжди, але навіть зниження систолічного АТ на 15-20 мм рт.ст. забезпечує зменшення захворюваності і смертності цих пацієнтів.

Оцінка загального ризику хворих з АГ. У рекомендаціях ВООЗ-МТГ зазначено, що відмінності ризику серцево-судинних захворювань серед пацієнтів із м'якою АГ визначаються не лише рівнем АТ, а також наявністю та вираженістю інших факторів ризику (табл. 2 і 3).

Таблиця 2.

Оцінка загального ризику у хворих з АГ (ВООЗ-МТГ, 1999)

Інші фактори ризику та наявність в анамнезі захворювань	Артеріальний тиск (мм рт.ст.)		
	1 ступінь - м'яка АГ, АТ 140-159/90-99	2 ступінь - помірна АГ, АТ 160-179/100-109	3 ступінь - тяжка АГ, АТ $\geq 180/\geq 110$
I. Без інших факторів ризику	Низький ризик	Середній ризик	Високий ризик
II. Наявність 1-2 факторів ризику	Середній ризик	Середній ризик	Дуже високий ризик
III. Наявність 3 або більше факторів ризику або ураження органів-мішеней або цукрового діабету	Високий ризик	Високий ризик	Дуже високий ризик
IV. Супутні клінічні стани**	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик

*Термін "ураження органів-мішеней" за новою градацією ВООЗ-МТГ відповідає традиційній II стадії артеріальної гіпертензії.

** Термін "супутні клінічні стани" відповідає III стадії артеріальної гіпертензії.

Таблиця 3.
Фактори, які впливають на прогноз хворих з АГ (ВООЗ-МТГ, 1999)

Фактори ризику серцево-судинних захворювань
I. Фактори, які застосовують, оцінюючи (стратифікуючи) ризик
◆ Рівні систолічного і діастолічного АТ (для 1-3 ступенів)
◆ Чоловіки віком понад 55 років
◆ Жінки віком понад 65 років
◆ Куріння
◆ Рівень загального холестерину понад 6,5 ммоль/л
◆ Цукровий діабет
◆ Передчасні серцево-судинні захворювання в анамнезі у членів сім'ї
II. Інші фактори, які негативно впливають на прогноз
◆ Зниження вмісту холестерину ліпопротеїдів високої густини
◆ Підвищення вмісту холестерину ліпопротеїдів низької густини
◆ Мікроальбумінурія при цукровому діабеті
◆ Порушення толерантності до глюкози
◆ Ожиріння
◆ Малорухомий спосіб життя
◆ Підвищення концентрації фібриногену
◆ Соціально-економічна група високого ризику
◆ Етнічна група високого ризику
◆ Географічний регіон високого ризику
Ураження органів-мішеней
◆ Гіпертрофія лівого шлуночка (діагностована методами ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенологічного дослідження)
◆ Протеїнурія і/або незначне підвищення вмісту креатиніну у плазмі (до 106 — 177 мкмоль/л)
◆ Ультразвукові та рентгенологічні ознаки атеросклеротичної бляшки у каротидних, клубових, стегнових артеріях, аорті
◆ Генералізоване або локальне звуження артерій сітківки

Таблиця 3.
Продовження

Супутні клінічні стани	
Церебросудинні захворювання	
◆ Ішемічний інсульт	
◆ Геморагічний інсульт	
◆ Транзиторні порушення мозкового кровообігу	
Захворювання серця	
◆ Інфаркт міокарда	
◆ Стенокардія	
◆ Коронарна реваскуляризація	
◆ Застійна серцева недостатність	
Захворювання нирок	
◆ Діабетична нефропатія	
◆ Ниркова недостатність (креатинін понад 177 мкмоль/л)	
Захворювання судин	
◆ Розшаровуюча аневризма аорти	
◆ Симптомні захворювання артерій	
Розгорнута гіпертензивна ретинопатія	
◆ Геморагії або ексудати	
◆ набряк папіли	

Наприклад, у чоловіка віком 65 років з цукровим діабетом при наявності транзиторних порушень мозкового кровообігу і АТ 145/90 мм рт. ст. щорічний ризик серйозного серцево-судинного ускладнення зростає більш ніж у 20 разів, порівняно з чоловіком віком 40 років з таким самим рівнем АТ без цукрового діабету та серцево-судинних захворювань в анамнезі. І навпаки, у чоловіка віком 40 років з АТ 170/105 мм рт. ст. ризик у 2-3 рази вищий, ніж в особи такого ж віку з АТ 145/90 мм рт. ст. та подібною вираженістю факторів ризику. Отже, відмінності абсолютного рівня серцево-судинного ризику серед пацієнтів з АГ часто визначаються іншими факторами ризику, а не лише рівнем АТ.

Рекомендації ВООЗ-МТГ поділяють усіх пацієнтів з АГ за рівнем загального ризику.

До групи *дуже високого ризику* належать пацієнти з гіпертензією 3 ступеня (АТ >180/110 мм рт. ст. у поєднанні з одним або більше факторами ризику), а також всі пацієнти з клінічно вираженим серцево-судинним або нирковим захворюванням. У цих випадках ризик серцево-судинного ускладнення становить близько 30% або більше протягом 10 років. У цих пацієнтів потрібно негайно починати

медикаментозну терапію разом із корекцією інших патологічних станів та змінами способу життя.

До групи *високого ризику* належать пацієнти з: 1) гіпертензією 1 або 2 ступеня, з АТ 140-180/90-110 мм рт. ст., у яких є три або більше серцево-судинних фактори ризику, цукровий діабет або ознаки ураження органів-мішеней, або 2) пацієнти з гіпертензією 3 ступеня (тяжка гіпертензія) без інших факторів ризику. У цих пацієнтів ризик серйозного серцево-судинного ускладнення протягом наступних 10 років становить 20-30%. Цим пацієнтам також негайно призначають антигіпертензивні медикаменти, здійснюють корекцію інших факторів ризику та патологічних станів.

До групи *середнього ризику* належать пацієнти з широким діапазоном показників АТ, але звичайно 1-2 ступеня (140-179/90-109 мм рт. ст.). До цієї групи включають пацієнтів з гіпертензією 1 ступеня з принаймні кількома іншими факторами ризику. Наприклад, середнім є ризик у пацієнтів з гіперліпідемією або курінням у минулому, з рівнем АТ 150/95-100 мм рт. ст. Ризик серцево-судинної події протягом наступних 10 років становить приблизно 15-20%. Ведення хворих передбачає контроль рівня АТ та оцінку інших факторів ризику протягом кількох тижнів для отримання повнішої інформації перед прийняттям рішення про призначення інших антигіпертензивних медикаментів.

У групі *низького ризику*, до якої належать чоловіки віком <55 та жінки віком <65 років з гіпертензією 1 ступеня (140-160/90-100 мм рт. ст.) без інших факторів ризику, вірогідність серцево-судинного ускладнення протягом наступних 10 років звичайно не перевищує 15%. Ризик ще нижчий у пацієнтів з так званою граничною ізольованою систолічною АГ (140-159/<90 мм рт. ст.). За всіма цими пацієнтами тривало стежать, перед тим як вирішити питання про необхідність застосування антигіпертензивних ліків.

Принципи медикаментозного лікування АГ. У рекомендаціях ВООЗ-МТГ 1999 року як препарати першої лінії розглядаються шість класів антигіпертензивних засобів: діуретики, бета-блокатори, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, антагоністи рецепторів ангіотензину-II і альфа-блокатори. Алгоритм початку лікування (рисунок 1) залежить від рівня АТ та загальної оцінки ризику. Вибір препарату в окремого пацієнта залежить від багатьох факторів: віку, етнічної належності, супутніх захворювань і станів*.

Загальні принципи медикаментозного лікування:

◆ Використання найнижчої дози окремого препарату для початку лікування.

◆ У випадку неефективності або поганої переносимості лікування якимось препаратом першого ряду, не підвищувати його дозу чи додавати другий препарат, а замінити його на засіб з іншої фармакологічної групи. Це також треба зробити при поганій переносимості лікування (рисунок 2).

◆ Використання препаратів тривалої дії для забезпечення ефективності протягом 24 годин при одноразовому прийомі. Переваги таких ліків полягають у поступовішій та стійкій нормалізації АТ. А це забезпечує кращий захист від тяжких серцево-судинних ускладнень АГ і уражень органів-мішеней.

◆ В останніх дослідженнях доведено, що у більшості пацієнтів для адекватного контролю АТ потрібна не моно-, а комбінована терапія двома або більше антигіпертензивними препаратами.

◆ Комбінації антигіпертензивних засобів дозволяють досягнути максимальної гіпотензивної ефективності та зменшити до мінімуму вірогідність побічних ефектів. Можливо, доцільніше застосовувати фіксовані поєднання ліків.

* Прим. автора: Аспекти добору препаратів, переваги та недоліки різних класів антигіпертензивних засобів, роль заходів з корекції способу життя і тактика антигіпертензивної терапії детально висвітлені у 3-му виданні посібника "Артеріальна гіпертонія: сучасні діагностичні та лікувальні підходи" (видавництво "Медицина світу", 1998 рік).



Рисунок 1. Алгоритм початку лікування АГ (ВООЗ-МТГ, 1999)

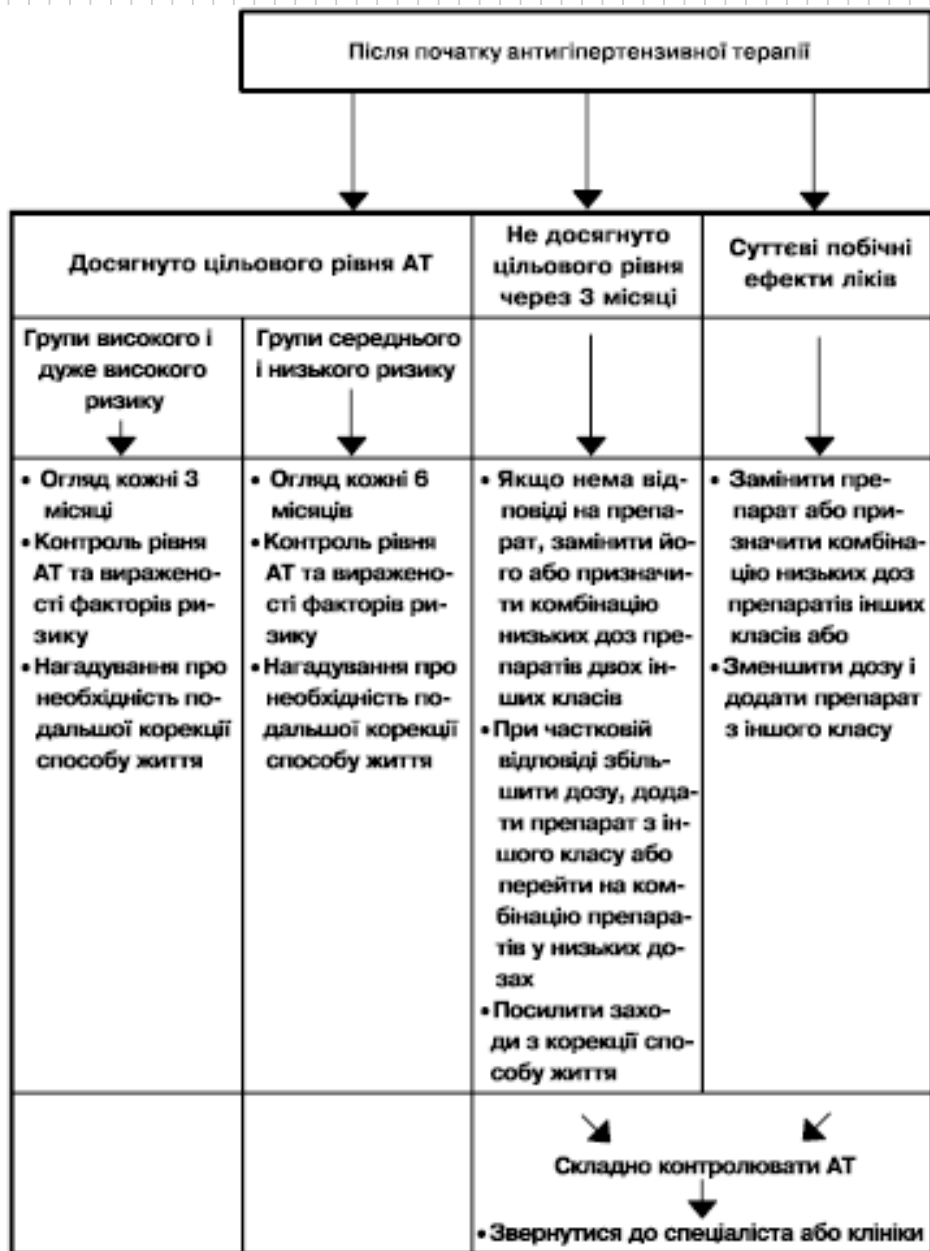


Рисунок 2. Стабілізація, підтримуюче лікування та подальший нагляд за хворими з АГ після початку лікування (ВОЗ-МТГ, 1999)

Р. С. ТЯГАР ГІПЕРТЕНЗІЇ В УКРАЇНІ: ЕКОНОМІЧНИЙ КОЛАПС ТА... ЗАСТАРІЛІ ПОГЛЯДИ

Суттєве зменшення смертності від серцево-судинних захворювань, досягнуте у розвинутих країнах світу протягом останніх двох-трьох десятиліть, значною мірою завдячує більш адекватному виявленню і лікуванню АГ на основі принципів “медицини, що ґрунтується на доказах”. Запровадження уніфікованих підходів до оцінки та ведення пацієнтів з АГ є одним з пріоритетних напрямків зусиль медиків та організаторів охорони здоров'я в Україні.

У нашій країні живуть мільйони людей з підвищеними рівнями АТ. На жаль, більшість із них навіть не підозрюють про своє захворювання або не знають про нищівні наслідки АГ. Лікування інших дотепер обмежується “курсним” введенням дібазолу, магnezії, цілої низки “метаболічних” засобів, ефективність яких для запобігання ускладненням стійкої АГ не доведена у жодному контрольованому дослідженні. А з таблетованими антигіпертензивними ліками найпопулярнішими серед хворих та лікарів (!) залишаються клофелін, адельфан і короткодійні форми ніфедипіну. Але нічого дивного у цій ситуації нема. По-перше, зустріти хворого, в якого досягнуто адекватного контролю АТ, вдається не так часто. Згадаємо з цього приводу, що основною причиною гіпертензивних кризів є неадекватне підтримуюче лікування АГ, а клофелін і коринфар є одними з найефективніших таблетованих засобів припинення кризів. По-друге, вітчизняні ліки, які можуть вважатися антигіпертензивними засобами першого вибору, можна перерахувати на пальцях однієї руки. Поки що взагалі нема вітчизняних антагоністів кальцію пролонгованої дії – засобів, рекомендованих у світі для тривалого лікування АГ, а наявні препарати з фармакологічних класів інгібіторів АПФ та альфа-адреноблокаторів не завжди відповідають бажаним критеріям антигіпертензивної ефективності, поступовості та стійкості зниження АТ. По-третє, оригінальні, еталонні антигіпертензивні засоби та їх генеричні аналоги, які імпортуються в Україну, за умов економічного колапсу залишаються недоступними для переважної більшості наших зuboжілих людей, на яких держава фактично повністю поклала витрати, пов'язані з тривалим або навіть пожиттєвим лікуванням АГ.

Недоступність якісних препаратів, а з іншого боку – неефективність і побічні ефекти дешевих ліків часто призводять до передчасного припинення антигіпертензивної терапії, дезінформації хворих та дискредитації медичної допомоги. Наявна система добору антигіпертензивних препаратів у стаціонарних умовах, збереження міфу про ефективність “курсного” лікування АГ виявляються нищівними для мізерного бюджету медичних установ. Коштів уже не вистачає на придбання визнаних життєво необхідними засобів першого вибору, у тому числі навіть потрібних для припинення гіпертензивних кризів. Але для активного сприйняття амбулаторного лікування АГ треба долати ще одну перепону. Далеко не всі лікарі і тим паче хворі забезпечені апаратами для вимірювання АТ, а широке впровадження добового моніторування АТ взагалі можна вважати утопією. Не дивно, що за такого вирішення проблеми кількість ускладнень АГ продовжує невпинно зростати.

Нині нікого вже не потрібно переконувати, що адекватне лікування АГ і тривалий поліклінічний нагляд – визнаний та економічно обґрунтований шлях зменшення ризику смерті від серцевого захворювання, кількості порушень мозкового кровообігу, інфарктів міокарда, засіб тривалого збереження працездатності. У рекомендаціях ВООЗ-МТГ (1999) серед причин неадекватного контролю АТ наведені неточне вимірювання тиску, несхильність до лікування, невдача при спробі переконати пацієнта у доцільності терапії або невдалий вибір препарату, вторинні причи-

ни АГ, взаємодії антигіпертензивних ліків з іншими речовинами або препаратами, а також справжня резистентність до лікування АГ. Отже, лише в останньому випадку гіпертензія справді рефрактерна. Інші фактори в цілому можуть піддаватися корекції, але для цього потрібні спільні зусилля та інформованість хворого і лікаря. А задля вирішення проблем у популяції не обійтись також без відповідної організаційної підтримки з боку держави, системи охорони здоров'я. Хочеться вірити, що ознайомлення з останніми у нинішньому столітті еталонами ВООЗ сприятиме подальшому відмиранню міфів та застарілих уявлень, впровадженню нових принципів діагностики та лікування і формуванню сучасної системи організації допомоги пацієнтам з АГ.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-83
2. Guidelines Subcommittee. 1993 Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension meeting. *J Hypertens* 1993; 11: 905-18
3. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No 98-4080, November 1997.
4. Наказ МОЗ України №247 від 10.08.1998 "Про внесення змін і доповнень до Наказу МОЗ України №206 "Про заходи щодо поліпшення кардіологічної допомоги населенню України".