

Клінічні настанови лікування артеріальної гіпертензії в дорослих*

13 листопада 2017 р.

Authors: Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. Citation: 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017; Nov 13; [Epub ahead of print].

The following are key points to remember from the 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults

Цей документ схвалено Американським коледжем медсестер-акушерок та Асоціацією охорони здоров'я жінок, акушерок і медсестер із догляду за новонародженими. Висновок розроблено робочою групою експертів Американського коледжу акушерів і гінекологів з акушерської практики у співпраці з членом Американського коледжу медсестер-акушерок, магістром у сфері суспільної охорони здоров'я Текоа Л. Кінг (м. Карлсбад, шт. Нью-Мексико, США), та членами комітету коледжу — лікарем Кертом Р. Вартоном, лікарем Джефрі Л. Екером і лікарем Дездемою Р. Ваксом. Документ відображає нові клінічні та наукові досягнення станом на дату випуску і може змінюватися. Наведену інформацію не слід вважати як винятковий курс лікування чи процедуру, що потребують суворого дотримання.

Частина 1: Загальний підхід, скринінг та диспансерне спостереження

Клінічні настанови 2017 року — це оновлена Сьома доповідь Об'єднаного національного комітету з попередження, виявлення, оцінки та лікування артеріальної гіпертензії (JNC 7), опублікована у 2003 р. Клінічні настанови 2017 р. носять комплексний характер. Вони містять нові дані досліджень щодо: серцево-судинних захворювань (ССЗ), пов'язаних із ризиком високого артеріального тиску (АТ); амбулаторного моніторингу АТ (АМАТ); домашнього моніторингу АТ (ДМАТ); граничних показників АТ, за яких призначають антигіпертензивні препарати; лікування, спрямованого на досягнення цільового рівня АТ; стратегій поліпшення лікування й контролю артеріальної гіпертензії (АГ) та інших важливих проблем.

Слід наголосити, що медичні працівники повинні дотримувалися стандартів точного вимірювання АТ. Розрізняють нормальний, підвищений рівень АТ, гіпертензія I та II стадії, які потребують профілактики і лікування. Нормальний рівень АТ становить <120/<80 мм рт. ст.; підвищений — 120–129/<80 мм рт. ст.; АГ I стадії — 130–139/80–89 мм рт. ст., АГ II стадії — $\geq 140/\geq 90$ мм рт. ст. Діагноз АГ встановлюють на основі середнього значення ≥ 2 вимірювань, проведених ≥ 2 разів під час оцінки рівня АТ у пацієнта. Амбулаторний та самоконтроль АТ проводять для підтвердження діагнозу АГ і підбирання дози антигіпертензивних препаратів у комплексі з клінічними дослідженнями та дистанційною телемедичною консультацією. Межі АТ, залежно від місця вимірювання/методу, такі: кабінет лікаря / стаціонар — 140/90, ДМАТ — 135/85, АМАТ удень — 135/85, АМАТ уночі — 120/70 та АМАТ цілодобовий — 130/80 мм рт. ст. У нелікованих дорослих пацієнтів при рівні систолічного АТ (САТ) від >130 до <160 мм рт. ст., а діастолічного АТ (ДАТ) від >80 до <100 мм рт. ст. слід виключити АГ «білого халата» шляхом АМАТ або ДМАТ удень до

встановлення діагнозу АГ. Дорослі з підвищеним АТ при вимірюванні в кабінеті лікаря (120–129/<80), але які не відповідають критеріям АГ, мають бути обстежені шляхом АМАТ та ДМАТ для виключення прихованої АГ.

Ризик розвитку АГ для дорослої відносно здорової 45-річної людини протягом наступних 40 років становить 93% для афроамериканців, 92% для латиноамериканців, 86% для осіб європеїдної етнічної групи та 84% для китайської групи. У 2010 р. АГ була провідною причиною смертності та показника кількості втрачених років життя з поправкою на тривалість інвалідності в усьому світі, а також частіше спостерігалася серед жінок та осіб афроамериканської етнічної групи порівняно з європеїдною. Часто залишається поза увагою факт, що ризик розвитку ССЗ прямо пропорційно зростає при рівні САТ від <115 мм рт. ст. до >180 мм рт. ст. та рівні ДАТ від <75 мм рт. ст. до >105 мм рт. ст. Збільшення САТ на 20 мм рт. ст. та ДАТ на 10 мм рт. ст. призводить до подвоєння ризику смерті від інсульту, серцевих хвороб або інших судинних захворювань. В осіб віком від 30 років високий рівень САТ та ДАТ пов'язаний з підвищеним ризиком ССЗ, стенокардії, інфаркту міокарда (ІМ), серцевої недостатності (СН), інсульту, захворювань периферичних артерій та аневризми черевної аорти. САТ постійно асоціюється з підвищеним ризиком ССЗ (після або під час корегування), чого не можна сказати про ДАТ.

У дорослих з АГ необхідно проводити моніторинг та лікування інших факторів ризику ССЗ: куріння, діабету, дисліпидемії, надмірної ваги, малорухомого способу життя, нездорової дієти, психосоціальних стресів та апное уві сні. До базових обстежень при виявленні первинної гіпертензії належать тест на визначення глюкози в крові натщесерце, загальний аналіз крові, визначення показників ліпідного обміну, біохімічний аналіз крові, визначення концентрації тиреотропіну, аналіз сечі, електрокардіограма, за вибором — ехокардіограма, визначення концен-

*Повний текст англійською мовою читайте: J Am Coll Cardiol 2017; Nov 13.

трації сечової кислоти в сечі, співвідношення альбуміну та креатиніну в сечі.

Скринінг вторинних причин АГ слід проводити в разі вперше виявленої або неконтрольованої гіпертензії в дорослих, зокрема, медикаментозно стійкої (≥ 3 препаратів), у разі гострого початку, у хворих віком до 30 років, за надмірного ураження органів-мішеней (цереброваскулярні хвороби, ретинопатія, гіпертрофія лівого шлуночка, серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду (СНзбФВ) і серцева недостатність зі зниженою фракцією викиду (СНзнФВ), ішемічна хвороба серця (ІХС), хронічна ниркова недостатність (ХНН), захворювання периферичних артерій, альбумінурія), початку діастолічної АГ у людей літнього віку, а також за безпричинної чи надмірної гіпокаліємії. Скринінг має на меті виключити ХНН, реноваскулярні захворювання, первинний гіперальдостеронізм, синдром обструктивного апное уві сні, медикаментозно обумовлену гіпертензію (нестероїдними протизапальними препаратами, стероїдами / андрогенами, протизапальними засобами, кофеїном, інгібіторами моноаміноксидази) та алкогользалежну гіпертензію. За наявності більш специфічних клінічних ознак рекомендують скринінг на рідкісні причини вторинної АГ (феохромоцитома, синдром Кушинга, вроджена гіперплазія наднирників, гіпотиреоз, гіпертиреоз та аортальна коарктація). Лікарі мають направляти пацієнтів із позитивними результатами скринінгу на вищезазначені стани до вузького клініциста з досвідом лікування цих станів.

До немедикаментозних заходів зниження АТ належить коригування ваги пацієнтів, які мають надмірну масу тіла або страждають на ожиріння, шляхом раціонального режиму харчування, обмеження натрію та додавання калію в раціон, а також фізичне навантаження за певною програмою. У разі вживання алкоголю, чоловікам не рекомендують перевищувати дві стандартні дози на день, а жінкам — одну дозу. Коригування способу життя сприяє зниженню рівня САТ на 4–5 мм рт. ст. і ДАТ на 2–4 мм рт. ст., а дієта з низьким вмістом натрію, насичених жирів та загальному жиру зі збільшенням фруктів, овочів та круп — зменшенню рівня САТ приблизно на 11 мм рт. ст.

Ефективність медикаментозної терапії зниження АТ пов'язана з ризиком атеросклеротичних серцево-судинних захворювань (АСССЗ). Для зниження АТ до певних рівнів (щоб запобігти появі серцево-судинних ускладнень) менша кількість людей з високим рівнем ризику АСССЗ потребує лікування, зокрема, хворі похилого віку, пацієнти з ІХС, діабетом, гіперлі-

підемією, ХНН і курці. Антигіпертензивні препарати призначають для вторинної профілактики рецидивних ССЗ у пацієнтів із клінічними проявами ССЗ та середнім САТ ≥ 130 мм рт. ст. і ДАТ ≥ 80 мм рт. ст., а також для первинної профілактики в дорослих, в анамнезі яких немає ССЗ, але 10-річний ризик розвитку АСССЗ становить $\geq 10\%$, при САТ ≥ 130 мм рт. ст. і ДАТ ≥ 80 мм рт. ст. Також антигіпертензивні препарати рекомендують для первинної профілактики ССЗ у дорослих, в анамнезі яких немає ССЗ, але 10-річний ризик розвитку АСССЗ становить $< 10\%$, при САТ ≥ 140 мм рт. ст. і ДАТ ≥ 90 мм рт. ст. Поширеність артеріальної гіпертензії серед осіб віком до 50 років нижча в жінок, порівняно з чоловіками, але в старшому віці — вища. Незважаючи на відсутність рандомізованих контрольованих досліджень, які б оцінювали ускладнення конкретно в жінок (наприклад, SPRINT), окрім спеціальних рекомендацій щодо лікування АГ під час вагітності, немає жодних доказів того, що межа АТ для призначення медикаментозного лікування, мета лікування, вибір первинного антигіпертензивного препарату або комбінація ліків для зниження АТ відрізняється у жінок порівняно з чоловіками. Для дорослих із підтвердженою АГ та 10-річним ризиком події АСССЗ $\geq 10\%$ цільовий рівень АТ $< 130/80$ мм рт. ст. Для дорослих із підтвердженою АГ, але без додаткових маркерів підвищеного ризику ССЗ, цільовий рівень АТ $< 130/80$ мм рт. ст.

Диспансерне спостереження. Пацієнтам із низьким ризиком підвищення АТ або АГ I стадії з низьким ризиком АСССЗ повторюють контрольне вимірювання АТ через 3–6 місяців і не призначають медикаментозну терапію. Дорослим з АГ I стадії та високим ризиком АСССЗ ($\geq 10\%$ 10-річний ризик АСССЗ) проводять як немедикаментозну, так і антигіпертензивну терапію з повторним контролем АТ через 1 місяць. Дорослим з АГ II стадії рекомендують огляд лікаря первинної ланки протягом 1 місяця після встановлення діагнозу та призначають комбіновану терапію — немедикаментозну і 2 антигіпертензивні препарати різних класів із повторним контрольним вимірюванням АТ через 1 місяць. Дорослим із дуже високим середнім рівнем АТ (наприклад, ≥ 160 мм рт. ст. та ДАТ ≥ 100 мм рт. ст.) проводять медикаментозну терапію з подальшим ретельним моніторингом та коригуванням дози.

Частина 2: Принципи медикаментозної терапії та особливі групи пацієнтів

Принципи медикаментозної терапії. Хлорталідон (12,5–25 мг) є діуретиком вибору першої лінії

через тривалий період напіврозпаду та доведене зниження ризику ССЗ. Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) та прямі інгібітори реніну не можна поєднувати. Інгібітори АПФ та БРА підвищують ризик гіперкаліємії при ХНН та при поєднанні з K^+ або K^+ -зберігаючими препаратами. Інгібітори АПФ та БРА протипоказані під час вагітності. Блокатори кальцієвих каналів (БКК) дигідропіридини спричиняють набряки. Недигідропіридинові БКК викликають брадикардію та блокаду серця і призначаються при СНзНФВ. Петльові діуретики переважно застосовують при СН та швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) <30 мл/хв. Амілорид і тріматерен призначають із тіазідами в дорослих із низьким рівнем K^+ у сироватці крові, але протипоказані при ШКФ <45 мл/хв.

Спіронолактон або еплеренон переважно застосовують для лікування первинного гіперальдостеронізму та резистентної гіпертензії. Бета-блокатори не є препаратами першої лінії, за винятком ІХС і СНзНФВ. Не слід різко припиняти застосування бета-блокаторів. Бісопролол та метопрололу сукцинат є препаратами вибору при гіпертензії з СНзНФВ. Бісопролол призначають для лікування АГ при бронхообструктивних захворюваннях дихальних шляхів. Бета-блокатори обох альфа- і бета-рецепторів, такі як карведилол, переважно застосовують при СНзНФВ.

Альфа-1-блокатори викликають ортостатичну гіпотонію. Цей клас препаратів призначають у чоловіків із доброякісною гіперплазією передміхурової залози. Необхідно уникати застосування центральних агоністів альфа-1 рецепторів, а залишити їх як препарати останньої лінії через побічні ефекти та необхідність поступової відміни. Вазодилататори прямої дії спричиняють затримку натрію та води, тому застосовуються разом із сечогінними та бета-блокаторами.

Початкова терапія першої лінії АГ I стадії включає тіазидні діуретики, БКК та інгібітори АПФ або БАР. При АГ II стадії та середньому АТ $20/10$ мм рт. ст. вище від цільового АТ рекомендують два препарати першої лінії, які належать до різних класів. Кращого дотримання встановленого режиму терапії можна досягти шляхом призначення одноразової дози препарату, а не кількох, і комбінованих препаратів, а не введення окремих індивідуальних компонентів.

Дорослим із підтвердженою АГ та відомими стабільними ССЗ або $\geq 10\%$ 10-річного ризику АСССЗ рекомендований цільовий рівень АТ $<130/80$ мм рт. ст. Стратегія полягає в тому, щоб

насамперед дотримуватися рекомендацій стандартного лікування ІХС, СНзНФВ, попередньо перенесеного ІМ та стабільної стенокардії, з додаванням інших лікарських засобів, необхідних для подальшого контролю АТ. При СНзНФВ за наявності симптомів об'ємного перевантаження застосовують діуретики для контролю АГ, після чого дозу інгібіторів АПФ або БАР і бета-блокаторів підбирають до досягнення рівня САТ <130 мм рт. ст. Лікування АГ за допомогою БАР може запобігти рецидиву фібриляції передсердь.

ХНН. Цільовий рівень АТ $<130/80$ мм рт. ст. У хворих із ХНН III стадії або ХНН I чи II стадії з альбумінурією (>300 мг/добу) лікування інгібітором АПФ є доцільним для сповільнення прогресування хвороби нирок. БАР призначають, якщо пацієнт не переносить інгібітор АПФ.

Дорослі з інсультом та церебральними судинними захворюваннями є складними пацієнтами. З метою вирішення різноманітних важливих питань щодо лікування підвищеного АТ у хворих на інсульт, потребують узгодження рекомендації з лікування щодо гостроти інсульту, типу інсульту та терапевтичних цілей, які разом з ідеальним антигіпертензивним терапевтичним класом не були повністю вивчені в клінічних дослідженнях. У дорослих із гострим внутрішньочерепним крововиливом і САТ >220 мм рт. ст. використовують безперервну внутрішньовенну інфузію лікарського засобу під ретельним контролем рівня АТ для зниження САТ. Миттєве зниження САТ до рівня <140 мм рт. ст. з рівня $150-220$ мм рт. ст. не є ефективним у зменшенні частоти летальних випадків та може мати негативні наслідки. При гострому ішемічному інсульті, перед початком тромболітичної терапії, АТ повільно знижують до $<185/110$ мм рт. ст. і підтримують на рівні $<180/105$ мм рт. ст. протягом щонайменше перших 24 годин від початку медикаментозної терапії. У разі стабілізації стану пацієнта з ішемічним інсультом при АТ $>140/90$ мм рт. ст., розпочинають або повторно призначають антигіпертензивну терапію в стаціонарних умовах. Думки щодо ефективності зниження АТ при його рівні $\geq 220/120$ мм рт. ст. у пацієнтів, яким не призначили реперфузійну терапію тромболітиками або ендovasкулярне лікування, різняться, однак у перші 24 години постінсультного періоду рівень АТ доцільно знизити на 15%. Антигіпертензивна терапія при рівні АТ $<220/120$ мм рт. ст., яку розпочали або поновили протягом 48–72 годин після гострого ішемічного інсульту, не є ефективною.

Вторинну профілактику після інсульту або транзиторної ішемічної атаки (ТІА) розпочи-

нають із поновлення лікування після перших кількох днів індексної події з метою зменшення вірогідності рецидиву. Призначають інгібітор АПФ або БРА із тiazидним діуретиком. Пацієнтам з АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст., яких раніше не лікували з приводу АГ, антигіпертензивну терапію розпочинають через кілька днів після індексної події. Лікарські засоби обирають з урахуванням супутніх захворювань. У пацієнтів з інсультом, ТІА або лакунарним інсультом підтримують АТ на рівні $< 130/80$ мм рт. ст. Немає жодних доказів ефективності лікування пацієнтів з ішемічним інсультом за відсутності попереднього лікування АГ в анамнезі, якщо рівень АТ $< 140/90$ мм рт. ст.

Цукровий діабет (ЦД) та АГ. Антигіпертензивну терапію призначають при АТ $\geq 130/80$ мм рт. ст. з метою досягнення рівня АТ $< 130/80$ мм рт. ст. У дорослих пацієнтів із ЦД та АГ ефективними є всі класи антигіпертензивних препаратів першої лінії (тобто діуретики, інгібітори АПФ, БРА та БКК). Інгібітори АПФ або БРА можна призначати за наявності альбумінурії.

Метаболічний синдром. Коригування способу життя з акцентом на підвищенні чутливості до інсуліну (за рахунок раціонального харчування, зниження маси тіла, а також виконання фізичних вправ) є основою лікування метаболічного синдрому. Оптимальна антигіпертензивна терапія для пацієнтів з АГ і метаболічним синдромом чітко не визначена. У дослідженні ролі антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії щодо профілактики серцевих нападів (ALLHAT) хлорталідон мав таку саму ефективність у зниженні частоти кардіоваскулярних ускладнень, як і інші антигіпертензивні препарати. Слід уникати традиційних бета-блокаторів, якщо вони не призначені для лікування ішемічної хвороби серця.

Вади серця. Безсимптомний перебіг стенозу аорти з АГ лікують медикаментозно, починаючи з низьких доз і поступово збільшуючи їх, за необхідності. У пацієнтів із хронічною аортальною недостатністю терапію систолічної гіпертензії проводять лікарськими засобами, які не сповільнюють частоту серцевих скорочень (слід уникати бета-блокаторів).

Захворювання аорти. У пацієнтів з АГ і захворюваннями грудної аорти перевагу надають бета-блокаторам як антигіпертензивному лікарському засобу.

Раса / етнічна група. В афроамериканських дорослих пацієнтів з АГ без симптомів СН або ХНН, у тому числі з ЦД, до первинної антигіпертензивної терапії включають тiazидний діу-

ретик чи БКК. У більшості дорослих, особливо афроамериканців, з АГ рекомендують два або більше антигіпертензивних препарати для досягнення цільового АТ $< 130/80$ мм рт. ст.

Вікові особливості. Лікування АГ рекомендують проводити неінституціоналізованим амбулаторним дорослим пацієнтам (у віці ≥ 65 років), які не проживають у будинку для літніх людей, із рівнем середнього САТ ≥ 130 мм рт. ст. для досягнення цільового рівня САТ < 130 мм рт. т. Стосовно пацієнтів похилого віку з АГ і високим тягарем супутньої захворюваності та/або з обмеженою тривалістю життя, клінічною оцінкою, оцінкою переваг пацієнта та командним підходом для оцінки ризику / користі приймають рішення щодо інтенсивності зниження АТ та вибору антигіпертензивних препаратів. Зниження АТ є виправданим для профілактики когнітивних порушень і деменції.

Передопераційні хірургічні процедури. В осіб з АГ, які потребують серйозних операцій, продовжують застосовувати бета-блокатори так само, як і до хірургічного втручання. У периопераційному періоді можна припинити лікування інгібіторами АПФ та БРА. При плановому тривалому оперативному втручанні та за наявності в пацієнта САТ ≥ 180 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 110 мм рт. ст. розглядають питання про відстрочення операції. Різка припинення застосування бета-блокаторів або клонідину в передопераційному періоді може спричинити негативні наслідки. Інтраопераційну гіпертензію необхідно регулювати шляхом внутрішньовенного введення препаратів до відновлення перорального прийому лікарських засобів.

Обговорення гіпертонічного кризу за наявності та без супутніх захворювань див. Розділ 11.2: Гіпертонічний криз — Невідкладна та екстрена допомога в Клінічних настановах.

На кожного дорослого пацієнта з АГ слід розробити чіткий, детальний, поточний, складений згідно з науковими доказами план надання допомоги, який забезпечить: досягнення цілей лікування та самоменеджмент; ефективне лікування супутніх захворювань; своєчасний диспансерний нагляд командою медичних спеціалістів. Для сприяння коригування способу життя рекомендовані ефективні поведінкові та мотиваційні стратегії. Необхідний структурований командний підхід, зокрема, спільна робота лікаря, медсестри та фармацевта, у поєднанні з домашнім моніторингом та телемедичними заходами. Результати можуть бути вдосконалені за допомогою стратегій підвищення якості на рівні системи охорони здоров'я, лікарів та пацієнтів.