

# Актуальні питання призначення і контролю антигіпертензивної терапії в амбулаторній практиці (Клінічний випадок)

Л.С. Бабінець

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає артеріальну гіпертензію (АГ) як «провідний глобальний ризик підвищення смертності від серцево-судинних захворювань у світі». АГ є однією із найсерйозніших проблем охорони здоров'я через свою поширеність і наслідки. Догляд за хворим на АГ з хронічною коморбідністю або без неї вимагає довгострокового цілісного підходу, орієнтованого на пацієнта. Метою лікування пацієнта з АГ є зменшення загального серцево-судинного ризику, а не лише досягнення контролю артеріального тиску. **Мета дослідження:** аналіз можливості базисної медикаментозної терапії та контролю за її виконанням у пацієнтів з АГ у різних клінічних ситуаціях у практиці сімейного лікаря.

Вперше виявлена АГ у пацієнта вимагає його ретельного обстеження і призначення ефективного комплексного лікування. Тактику підбору антигіпертензивного лікування пацієнта з уперше виявленою АГ розглянуто на клінічному прикладі.

Покращення способу життя і відпрацювання здорових звичок життя необхідні всім пацієнтам з АГ, навіть коли медикаментозна антигіпертензивна терапія є обов'язковою. Важливо регулювати артеріальний тиск. Вибір ліків залежить від особливостей пацієнта та супутнього захворювання.

Догляд за пацієнтом з АГ повинен здійснюватися цілісно з визначенням і контролем додаткових факторів ризику та ускладнень, паралельно із контролем артеріального тиску. Одночасно необхідно піклуватися про лікування деяких інших соматичних захворювань або психічних розладів, які можуть вплинути на результат лікування АГ.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, антигіпертензивна терапія, контроль артеріального тиску, коморбідні стани, покращення способу життя.

## Current issues of purpose and control of antihypertensive therapy in outpatient practice (Clinical case)

L.S. Babinets

The World Health Organization identifies hypertension (AH) as «the world's leading global risk of increased mortality from cardiovascular disease». AH is one of the most serious health problems because of its prevalence and importance. Caring for a patient with AH with or without chronic comorbidity requires a long-term holistic, patient-centered approach. The goal of treating a patient with AH is to reduce the overall cardiovascular risk, not just to control blood pressure.

The aim is to analyze the possibilities of basic drug therapy and control over its implementation in patients with hypertension in different clinical situations in the practice of a family physician.

Newly detected AH in a patient requires careful examination and appointment of effective comprehensive treatment. The tactics of selection of antihypertensive treatment for a patient with newly diagnosed hypertension are considered on a clinical example. Improving lifestyle and healthy living habits are necessary for all patients with AH, even when antihypertensive medication is mandatory. It is important to regulate blood pressure. The choice of medication depends on the patient's characteristics and comorbidities.

Care of a patient with hypertension should be carried out holistically with the identification and control of additional risk factors and complications, in parallel with the control of hypertension. At the same time it is necessary to take care of the treatment of some other somatic diseases or mental disorders that may affect the outcome of treatment of hypertension.

**Keywords:** arterial hypertension, antihypertensive therapy, blood pressure control, comorbid conditions, lifestyle improvement.

## Актуальные вопросы назначения и контроля антигипертензивной терапии в амбулаторной практике (Клинический случай)

Л.С. Бабинец

Всемирная организация здравоохранения определяет артериальную гипертензию (АГ) как «ведущий глобальный риск повышения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в мире». АГ является одной из самых серьезных проблем здравоохранения из-за своей распространенности и последствий. Уход за больным АГ с хронической коморбидностью или без нее требует долгосрочного целостного подхода, ориентированного на пациента. Целью лечения пациента с АГ является уменьшение общего сердечно-сосудистого риска, а не только достижение контроля артериального давления.

**Цель исследования:** анализ возможности базисной медикаментозной терапии и контроля за ее выполнением у пациентов с АГ в различных клинических ситуациях в практике семейного врача.

Впервые выявленная АГ у пациента требует его тщательного обследования и назначения эффективного комплексного лечения. Тактику подбора антигипертензивного лечения пациента с впервые выявленной АГ было рассмотрено на клиническом примере. Улучшение образа жизни и отработка здоровых привычек жизни необходимы всем пациентам с АГ, даже когда медикаментозное антигипертензивное лечение является обязательным. Важно регулировать артериальное давление. Выбор лекарства зависит от особенностей пациента и сопутствующего заболевания. Уход за пациентом с АГ должен осуществляться целостно с определением и контролем дополнительных факторов риска и осложнений, параллельно с контролем артериального давления. Одновременно необходимо заботиться о лечении других соматических заболеваний или психических расстройств, которые могут повлиять на результат лечения АГ.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, контроль артериального давления, коморбидные состояния, улучшение образа жизни.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає артеріальну гіпертензію (АГ) як «провідний глобальний ризик підвищення смертності від серцево-судинних захворювань у світі» [5]. Ця проблема охоплює від 30% до 45% населення Європи. Збільшення кількості пацієнтів з АГ є наслідком швидкої урбанізації в країнах, що розвиваються, а відомо, що дві третини світового населення з АГ проживають у таких країнах [7]. Поширеність АГ в Європі становить близько 40% (від 37% до 55% залежно від країни), і вона вища, ніж у США та Канаді, у сусідніх з Україною країнах (Чехія, Хорватія, Польща та ін.) – на рівні 37,5% [6, 8].

В Україні налічується понад 10,5 млн пацієнтів з АГ; 8 млн пацієнтів – з ішемічною хворобою серця (ІХС); 1 млн хворих – з хронічною серцевою недостатністю; 50 тис. хворих – з гострим інфарктом міокарда та 110 тис. інсультів щорічно [1, 2]. Ці стани часто є ускладненнями АГ або тісно пов'язані з нею. І все це відбувається на тлі пандемії цукрового діабету (ЦД). В Україні за офіційними даними налічується понад 2 млн хворих на ЦД, що значно підсилює ризик виникнення АГ та її наслідків [2, 3].

**Мета дослідження:** аналіз можливостей базисної медикаментозної терапії та контролю за її виконанням у пацієнтів з АГ у різних клінічних ситуаціях у практиці сімейного лікаря.

Уперше виявлена АГ у пацієнта вимагає ретельного обстеження його і призначення ефективного комплексного лікування. Як сімейний лікар підбирає лікування пацієнту з вперше виявленою АГ? Найкраще цей процес розглянути на клінічно-му прикладі.

**Клінічний випадок.** Пацієнт С., 43 роки, бізнесмен за фахом, звернувся до свого довіреного сімейного лікаря з приводу того, що під час відпочинку в санаторії у нього було виявлено підвищення АТ до 170/100 мм рт.ст. Йому порадили відвідати свого сімейного лікаря. Пацієнт не мав жодних скарг, тому вже вісім років не відвідував свого лікаря. На прийомі у лікаря він повідомив, що його батько мав високий АТ і переніс інсульт у віці 54 років. Його мати померла від ЦД і підвищеного рівня холестерину. Він курить вже 15 років по 20 сигарет на день, їсть нерегулярно, йому часто не вистачає часу на відпочинок. Проте щоп'ятниці протягом 1 год він регулярно грає з друзями в баскетбол. У середньому живає регулярно пляшку пива ввечері, а у вихідні і на ділових зустрічах – кілька келихів вина.

Завдання лікаря у такій ситуації – анамнестично з'ясувати, чи є у пацієнта симптоми розвиненого атеросклерозу (наприклад, стенокардія напруження). Під час огляду сімейний лікар зафіксував підвищений АТ у двох вимірюваннях поспіль. Він становить 166/94 мм рт.ст. на правій і 168/98 мм рт.ст. – на лівій руці. Оцінка сімейним лікарем параметрів серцево-судинного статусу пацієнта не виявила відхилень від нормальних показників. Індекс маси тіла пацієнта становить 31, а окружність талії – 110 см, що свідчить про ожиріння за абдомінальним типом. Лікар також оцінив проведені необхідні лабораторні дослідження та ЕКГ, що були у межах норми.

Пацієнту було рекомендовано змінити свій спосіб життя. На наступний тиждень заплановано подальше спостереження. Під час наступного візиту його АТ становив 166/94 мм рт.ст. Було проаналізовано отримані лабораторні дані: глюкоза – 6,2 ммоль/л, загальний холестерин – 6,2, ЛПНЩ – 4,3, ЛПВЩ – 0,9, ТГ – 2,3. Інші лабораторні результати – у межах норми. У пацієнта виявлено такі фактори ризику, як ожиріння, куріння та підвищений рівень холестерину.

Враховуючи численні фактори ризику, загальний серцево-судинний ризик (ССР) для цього пацієнта є високим (понад 10% ризику смертності протягом наступних 10 років). На підставі його сімейного анамнезу (ризик АГ і ССЗ) та відсутності даних, які б свідчили про вторинну АГ, діагностується есенціальна гіпертензія. Сімейний лікар наголошує на важливості зміни способу життя знову (відмова від куріння, зменшення споживання алкоголю та солі, збільшення фізичної активності, зменшення маси тіла). Призначено один з антигіпертензивних препаратів, або лікар вибирає фіксовану комбінацію двох ліків у менших дозах, яку приймають один раз на день. Подальше обстеження планується через 1–3 тиж.

Якою ж є основна мета лікування АГ? Метою лікування АГ є максимально зменшити серцево-судинний ризик. Цього можна досягти шляхом контролю АТ та інших факторів ризику ССЗ [9].

Цільовий тиск нижче 140/90 мм рт.ст. – мета лікування всіх пацієнтів з АГ, крім хворих на ЦД з цільовим тиском нижче 140/85 мм рт.ст. Пацієнтам віком понад 65 років і особам старше 80 років, які перебувають у хорошому фізичному та психічному стані, у яких, крім запущеного атеросклерозу, спостерігається підвищення систолического та зниження діастолічного АТ, рекомендується досягнення систолического АТ – 150–140 мм рт.ст. [4, 10].

Важливим питанням ведення пацієнта з АГ є корекція способу життя. Покращення способу життя шляхом формування здорових життєвих звичок – основний крок для всіх пацієнтів з АГ [2, 5]. При легкій АГ необхідно досягати нормального АТ, покращивши спосіб життя. Встановлено, що навіть оптимальні лікарські засоби не можуть досягти цього, якщо не змінити спосіб життя.

Загальні заходи щодо вдосконалення способу життя:

- кинути курити,
- зменшити і стабілізувати масу тіла,
- зменшити споживання алкоголю до максимум 10 г чистого алкоголю на день,
- регулярно виконувати вправи, принаймні 30 хв на день протягом більшої частини тижня,
- зменшити споживання кухонної солі,
- запровадити дієту з достатньою кількістю фруктів та овочів,
- зменшити кількість насичених і загальних жирів [7].

Кожен із наступних пунктів корекції способу життя за своєю ефективністю еквівалентний медикаментозній терапії (знижує АТ на 5–7–10 мм рт.ст.), а саме: припинення куріння, зменшення маси тіла при ІМТ >30 кг/м<sup>2</sup>, зменшення надмірного споживання алкоголю (до 30 мл/добу або 140(80) г/тиж), фізичні навантаження (не менше 30 хв ходіння 5–7 днів на тиждень) (зниження АТ на 7/5 мм рт.ст.), обмеження споживання солі (до 5 г/добу) (зниження АТ на 5 мм рт.ст.), збільшення споживання фруктів та овочів (300–400 г/добу) і зменшення споживання насичених жирів і жирів загалом (середземноморська дієта) [3, 9].

Наступний крок – необхідно якомога швидше призначити антигіпертензивні препарати при лікуванні АГ II ступеня, а також I ступеня, якщо загальний ССР високий або дуже високий (пацієнти з ЦД, серцево-судинними захворюваннями, хронічними захворюваннями нирок, ураженнями органів). Лікарі мають більше часу у розпорядженні пацієнтів з низьким або середнім ризиком, можна очікувати наслідків покращення способу життя (до декількох місяців – 3–6 міс) і лише тоді призначити лікарські засоби, якщо це необхідно [8].

Лікарі роблять вибір із п'яти груп антигіпертензивних препаратів першої лінії:

- 1) діуретики (гідрохлортіазид, хлорталідон, індапамід, торапамід, фуросемід, спіронолактон);
- 2) бета-блокатори (атенолол, биспролол, метопролол, карведілол, небіволол);
- 3) інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (ІАПФ) (цілазаприл, еналаприл, фозіноприл, лізиноприл, періндоприл, раміприл, трандолаприл);
- 4) блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) (лозартан, валсартан, телмісартан, епросартан);
- 5) антагоністи кальцієвих каналів (верапаміл, дилтіазем, амлодипін, лацидипін, леркандипін) [2, 3, 9].

Лікування починається з призначення препаратів однієї із зазначених вище груп або в поєднанні ліків з двох груп, а краще – з фіксованої комбінації ліків у пацієнтів з високим АТ або високим ССР [5].

Характеристика пацієнта, супутня патологія, можливі протипоказання та додаткові фактори ризику повинні враховуватись при виборі лікарських засобів. Молодим пацієнтам зазвичай призначають інгібітори АПФ, тоді як хворим літнього віку – тіазидні діуретики або блокатори кальцієвих каналів. БРА зазвичай призначають у випадках неприйнятних побічних ефектів інгібіторів АПФ, наприклад, кашлю.

Пацієнтам з ішемічною хворобою серця потрібне введення бета-блокаторів, а хворим на ЦД потрібні інгібітори АПФ. Пацієнти з АГ із обструктивною хворобою легень лікуються переважно діуретиками та блокаторами кальцієвих каналів. Приблизно у двох третин пацієнтів для досягнення цільового АТ необхідно застосовувати комбіноване лікування. Поєднання двох антигіпертензивних препаратів із групи RAS (система ренін-ангіотензину) (інгібітори АПФ, блокатор рецепторів ангіотензину та аліскірен) не рекомендується. Рекомендується інші комбінації відповідно до характеристик пацієнта [8].

Тіазидні діуретики протипоказані пацієнтам із подагрою, також їх не рекомендують приймати пацієнтам із порушеннями толерантності до глюкози, пацієнтам із метаболічним синдромом і вагітним. Діуретики групи альдостерону протипоказані

при термінальних захворюваннях нирок і гіперкаліємії. Бета-блокатори абсолютно протипоказані при АВ-блокаді 2-го та 3-го ступеня і при серцевій недостатності. Інгібітори АПФ не призначають вагітним у випадках гіперкаліємії, двобічного стенозу ниркових артерій та ангіоневротичного набряку [7].

Окрім антигіпертензивних препаратів пацієнтам з АГ, які часто мають інші фактори ризику ССЗ (наприклад, підвищений рівень холестерину або ЦД) або страждають на ССЗ, часто бувають потрібні інші групи препаратів. Усі пацієнти, які страждають на ССЗ, а також пацієнти з високим ССР, включаючи таких з ЦД, мають підвищений рівень холестерину і потребують гіполіпідемного лікування, як правило, статинами [1, 3].

Антиагрегаційна терапія також необхідна всім пацієнтам з АГ та наявними ССЗ і пацієнтам із передбачуваним високим ССР. Перед введенням антиагрегаційного лікування необхідно знизити АТ до рівня нижче 150/90 мм рт.ст.

АГ є найбільш частим фактором ризику виникнення фібриляції передсердь. Пацієнти з АГ і фібриляцією передсердь мають вдвічі більший ризик інсульту мозку, ніж пацієнти з фібриляцією передсердь, які мають нормальний АТ. Важливо призначити антикоагулянтне лікування, збалансувавши ризики тромбоемболічних подій і небезпеку крововиливу, який може бути спричинений антикоагулянтним лікуванням. Це лікування вводять лише після того, як було досягнуто контроль АТ [2, 8].

Після призначення медикаментів пацієнту з АГ призначається контрольний огляд протягом 1–3 тиж. Це можливість виявити можливі негативні наслідки вживання ліків і оцінювання дотримання пацієнтом схеми лікування (зміна способу життя, застосування ліків). Візит пацієнта потрібно планувати раз на місяць аж до досягнення нормальних показників АТ та їх стабілізації. Пацієнта направляють до спеціаліста-кардіолога, якщо АТ виходить з-під контролю через 6 міс після початку лікування, незважаючи на те що він отримував комбінацію з трьох лікарських засобів в оптимальних дозах, один із яких є діуретиком [7].

Після відрегулювання АТ частота контролю, що мають проводити лікарі або медичні сестри, залежить від рівня ССР: при низькому або помірному ССР – один раз протягом 6 міс, при високому або дуже високому ССР – один раз протягом 1–3 міс [3, 7].

Вимірювання АТ вдома у пацієнта (самостійне вимірювання) може продовжити інтервал між вимірами в кабінеті. Проте пацієнт з АГ повинен відвідувати кабінет сімейного лікаря при-

наймні раз на рік. Контроль за АТ та АГ може здійснювати медична сестра при консультації з приводу хронічних захворювань або під час необхідного візиту додому [4, 10].

У випадках, коли АТ не регулюється, пацієнту необхідно призначити контрольний візит раз на місяць. Причини, за яких не регулюється АТ, повинні бути досліджені та усунуті. Найчастішими причинами нерегульованого АТ є недотримання режиму лікування пацієнта (нефармакологічного та/або фармакологічного), коли не встановлено вторинний характер АГ, при гіперволемії у випадках надто малих доз діуретиків, при використанні ліків, що підвищують АТ (кортикостероїди, нестероїдні протизапальні препарати, кокаїн та ін.) [10].

Безумовно, найчастішою причиною нерегульованого АТ є недотримання схеми лікування пацієнтом. Найважливішими причинами недотримання лікування є несприятливий вплив лікарських засобів. Супутні захворювання, психічні розлади, хронічний стрес і особливо депресивні розлади можуть бути причинами неадекватної регуляції АТ [9].

## ВИСНОВКИ

1. Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією із найсерйозніших проблем охорони здоров'я через свою поширеність і наслідки. Догляд за пацієнтом з АГ з хронічною коморбідністю або без неї вимагає довгострокового цілісного підходу, орієнтованого на пацієнта.

2. Метою лікування пацієнта з АГ є зменшення загально-го серцево-судинного ризику, а не лише досягнення контролю артеріального тиску.

3. Покращення способу життя і відпрацювання здорових звичок життя необхідні всім пацієнтам з АГ, навіть коли медикаментозне антигіпертензивне лікування є обов'язковим. Важливо регулювати артеріальний тиск. Вибір лікарських засобів залежить від особливостей пацієнта та супутнього захворювання.

4. Догляд за пацієнтом з АГ повинен здійснюватися цілісно з визначенням і контролем додаткових факторів ризику та ускладнень, паралельно із контролем артеріального тиску. Одночасно необхідно піклуватися про лікування деяких інших соматичних захворювань або психічних розладів, які можуть вплинути на результат лікування АГ.

У перспективі подальшого опрацювання проблеми – аналіз можливостей ведення пацієнта з артеріальною гіпертензією із коморбідними станами у практиці сімейного лікаря.

## Відомості про автора

**Бабінець Лілія Степанівна** – Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46023, м. Тернопіль, вул. Р. Купчинського, 14; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

## Information about the author

**Babinets Liliia Stepanivna** – Ternopil National Medical University by I.Ya. Gorbachevsky Ministry of Health of Ukraine, 46023, Ternopil, 14 R. Kupchynskiy Str.; tel.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

## Сведения об авторе

**Бабинец Лилия Степановна** – Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46023, м. Тернополь, ул. Р. Купчинского, 14; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабінець Л.С., Білочницька В.В. Клініко-лабораторні та інструментальні особливості гіпертонічної хвороби у поєднанні з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок в амбулаторній практиці // *Здоров'я суспільства*. – 2019. – Т. 8, № 1–2. – С. 30–35.
2. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Профілактика серцево-судинних захворювань».
3. Семейна медицина: реалії та перспективи /Навчальний посібник [Бабінець Л.С., Боровик І.О., Корильчук Н.І. та ін.]; за ред. Л.С. Бабінець. – 3-тє вид., доп. і перероб. – Тернопіль: ТНМУ, 2020. – 1162 с.
4. Сиренко Ю.М., Рековець О.Л. Методи вимірювання артеріального тиску лікарями та пацієнтами // *Артеріальна гіпертензія*. – 2018. – № 2 (58). – С. 23–25.
5. 2018 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Journal of Hypertension*. – P. 1281–1357.
6. Hypertension Canada's Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults // *Canadian Journal of Cardiology*. – 2017. – Vol. 33. – P. 557–576.
7. Mica Katić, Igor Švab. Family medicine. Izdavač: Medicinska naklada, Zagreb; 2017; 512; 53-68.
8. Petek-Šter M. Arterijska hipertenzija. U: Švab I, Rotar-Pavlič D. Družinska medicina (Family Medicine). – Ljubljana: Zdrženje zdravnikov družinske medicine (Association of Family Physicians), 2012. 9-16: 61-73.
9. The Finnish Medical Society Duodecim <https://www.duodecim.fi/>
10. Verugheze J, Chattopadhyay SK, Proia KK, et al. Economics of self-measured blood pressure monitoring: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2017;53(3): 105-113.

Стаття надійшла до редакції 22.01.2021