

Т.М. Соломенчук,
В.А. Скибчик, Л.О. Тишко
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького

УДК: 616.12-008.331.1-
085.225.2:061.231(083.13)

СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: АНАЛІЗ НАЦІОНАЛЬНИХ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИХ НАСТАНОВ

Резюме. Упродовж 2023-2024 року з'явилися відразу дві європейські настанови з менеджменту артеріальної гіпертензії (АГ): настанови Європейського товариства з гіпертензії (ESH) 2023 року та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2024 року. Нещодавно також було оприлюднено оновлення національного «Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» 2024 та Клінічної настанови, заснованої на доказах 2024 року. Автори статті, проаналізувавши національний протокол з АГ 2024 та рекомендації ESC 2024, констатують, що, незважаючи на деякі відмінності у підходах і формулюваннях, їх основні положення загалом не мають принципових суперечностей. Обидва документи у першу чергу спрямовують лікаря і пацієнта до активної співпраці з метою попередження прогресування серцево-судинного ризику, що передбачає як вчасну діагностику із використанням всіх доступних методів верифікації АГ та ураження органів-мішеней, так і раннє застосування медикаментозного лікування для досягнення нижчих цільових рівнів АТ за умови доброї переносимості антигіпертензивної терапії.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, підвищений артеріальний тиск, уніфікований клінічний протокол, європейські рекомендації

Упродовж 2023-2024 року з'явилися відразу дві європейські настанови з менеджменту артеріальної гіпертензії (АГ), що сталося через певні організаційні розбіжності між Європейським товариством з гіпертензії (ESH), чії рекомендації вийшли у 2023 році [1], та Європейським товариством кардіологів (ESC), який представив свої настанови на останньому конгресі ESC 2024 року [2]. Окрім того, нещодавно було оприлюднено оновлення національного «Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» 2024 [3] та Клінічної настанови, заснованої на доказах [4], зміст яких переважно базується на європейських рекомендаціях ESH 2023 року, оскільки вони тяжіють до традиційних європейських підходів до ведення хворих з АГ і українські лікарі протягом року встигли пересвідчитися у його відповідності усталеним в Україні уявленням щодо класифікації, діагностики та лікування АГ, що сформувалися за час використання попередніх європейських рекомендацій 2018 року.

Враховуючи необхідність взяти до уваги сучасні європейські тенденції у веденні хворих на АГ, що ґрунтуються на новітніх даних великих міжнародних досліджень, представлених у рекомендаціях 2024 року, але керуватись положеннями національного протоколу, автори статті зробили спробу порівняти ці настанови і виділити базові практичні моменти, на які можуть спиратись лі-

карі. УКПМД включає інформацію стосовно обґрунтування лікувальних, профілактичних та організаційних заходів, що спрямовані на запобігання поліпрагмазії та допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях. Настанова переважно стосується артеріальної гіпертензії (АГ) в дорослих, але цього разу до них уперше було додано основні рекомендації щодо ведення пацієнтів з АГ у дітей і підлітків. Головний акцент сучасних настанов робиться на пріоритизації посилення заходів з уникнення серцево-судинних ускладнень. Це свідчить про те, що першочергова мета антигіпертензивного лікування полягає в зниженні ризиків несприятливих клінічних станів, а не лише в зниженні артеріального тиску (АТ).

Звернемо увагу на основні положення національного УКПМД та його відмінності від рекомендацій ESC 2024.

1. **Щодо дефініції «артеріальна гіпертензія»,** то в Україні донедавна використовувався переважно термін «гіпертонічна хвороба», який в оновленому протоколі доповнений терміном «артеріальна гіпертензія». Діагностичним критерієм АГ згідно УКПМД за даними офісних вимірювань є систолічний АТ ≥ 140 мм рт.ст. та/або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт.ст., якщо таке підвищення є стабільним. Утім, існує певний зв'язок між АТ і серцево-судинними чи нирковими подіями, зокрема смертельними, які можуть виникати при офісних значеннях систолічного артеріального тиску (САТ)

>115 мм рт.ст. та діастолічного артеріального тиску (ДАТ) >75 мм рт.ст.

Діагноз АГ також може ґрунтуватися на результатах амбулаторного вимірювання АТ, до якого належать 24-год. амбулаторне моніторування АТ (АМАТ) та добове моніторування АТ (ДМАТ). Позаофісні вимірювання АТ слугують джерелом важливої клінічної інформації. Зокрема, використання амбулаторних методів вимірювання АТ значно скорочує часові рамки діагностики АГ, виключаючи необхідність повторного візиту до лікаря впродовж 1 місяця для підтвердження підвищеного офісного АТ.

У настановах ESC 2024 визначення АГ залишається також незмінним від попередніх рекомендацій – повторно вимірюванні значення офісного САТ ≥ 140 мм рт.ст. та/або значення ДАТ ≥ 90 мм рт.ст. Для встановлення діагнозу гіпертонії та підвищеного АТ потрібно підтвердження за допомогою вимірювання АТ поза медичної установи (домашнє моніторування АТ або добове моніторування АТ), або при ≥ 1 додаткового вимірювання в медичній установі. Таким чином, межові цифри АТ для встановлення діагнозу «Артеріальна гіпертензія» не відрізняються між двома документами.

У діагностиці АГ акцент у європейських та національних настановах робиться на позаофісному вимірюванні АТ, особливо для виявлення АГ білого халата чи маскованої АГ, також з метою довготривалого спостереження пацієнтів, що отримують лікування у зв'язку з АГ, для діагностики істинно резистентної АГ. Подібних рекомендацій дотримуються експерти ESC 2024 і додатково пропонують виявляти ортостатичну гіпотензію на прийомі у лікаря.

В національному протоколі сформульовано клінічні показання та основні положення домашнього й амбулаторного моніторування АТ. Оновлено інформацію щодо позаофісного вимірювання АТ під час ведення пацієнтів з АГ.

Класифікація офісного АТ та визначення ступенів АГ в УКПМД залишилися незмінними з попередніх настанов. Рекомендовано виділяти такі категорії АТ, як оптимальний, нормальний і високий нормальний АТ, АГ 1-го, 2-го чи 3-го ступенів, що визначаються на основі офісного АТ. При цьому категорію АТ визначають на підставі найвищого рівня АТ — систолічного чи діастолічного, вимірюваних на обох руках.

Окрім ступенів АГ, які залежать від значень АТ, розрізняють також такі **стадії АГ**:

- Стадія 1: неускладнена АГ (тобто без гіпертензивного ураження органів мішеней (ГУОМ) чи діагностованого серцево-судинного захворювання (ССЗ).
- Стадія 2: АГ з ГУОМ або 3 стадією ХХН чи цукровим діабетом.
- Стадія 3: АГ із діагностованими ССЗ або їх ускладненнями, або ХХН стадії 4 чи 5.

Експерти УКПМД зазначають, що діагноз АГ III стадії слід встановлювати лише в тих випадках, коли серцево-судинні ускладнення виникають на фоні тривало існуючої АГ, що підтверджується попередньо існуючими об'єктивними ознаками гіпертензивного ураження органів-мішеней (напр. — гіпертрофія лівого шлуночка тощо) та/або документальним підтвердженням наявності у пацієнта АГ до розвитку асоційованих станів.

Щодо настанов ESC 2024, то експерти запропонували нову класифікацію рівнів АТ:

- «Непідвищений АТ» — офісний, домашній та середньоденний (при автоматичному моніторингу, ДМАТ) АТ <120/70 мм рт.ст.
- «Підвищений АТ» — це офісний 120/70 — 139/89 мм рт.ст, домашній АТ (при належному моніторингу) та середньоденний при ДМАТ 120/70-134/84 мм рт.ст., середньодобовий 115/65-129/79 мм рт.ст.
- «Гіпертензія» залишилась з тими самими критеріями, що раніше — офісний АТ 140/90 мм рт.ст. та вище, домашній 135/85 мм рт.ст. і вище, середньодобовий при ДМАТ 130/80 мм рт.ст. і вище.

Тож, як бачите, межові цифри АТ для встановлення діагнозу АГ такі ж самі як в УКПМД, утім з'явилися такі категорії АТ як «не підвищений АТ» та «підвищений АТ». Інші класифікації АГ в рекомендаціях ESC 2024 не пропонуються.

Як згідно з ESC 2024, так і УКПМД, заходи зі стратифікації серцево-судинного ризику є обов'язковими для всіх пацієнтів із встановленим діагнозом АГ. У вітчизняних настановах оновлено інформацію, щодо **оцінювання загального серцево-судинного ризику (СС ризику)**. Він є дуже високий чи високий за наявності маніфестованих ССЗ на ґрунті атеросклерозу та ураження органів мішеней. При відсутності таких кожному пацієнту з АГ рекомендовано проводити його за оновленою версією шкали SCORE — шкали SCORE2, яка допомагає оцінити індивідуальний 10-річний ризик фатальних і нефатальних серцево-судинних подій у практично здорових людей віком 40–69 років із факторами ризику, у зв'язку з якими не проводилося лікування або які залишалися на стабільному рівні впродовж декількох років. Для оцінювання ризику в людей похилого віку (70–89 років) є відповідний алгоритм SCORE2-OP.

А що нового у цьому питанні з'явилося в рекомендаціях ESC-2024?

Ризик серцево-судинних захворювань (ССЗ), пов'язаний з АТ, знаходиться на шкалі безперервної дії, а не на бінарній шкалі нормотензії порівняно з гіпертензією. До речі, з цим автори ESC 2024 пов'язують зміну назви настанов з «Менеджмент із лікування артеріальної гіпертензії» на «Менеджмент з лікування підвищеного артеріального тиску та гіпертензії». Адже доведено, що ліки, що знижують АТ, можуть знизити ризик серцево-су-

динних захворювань, навіть серед осіб, які традиційно не класифікуються як гіпертоніки. Таким чином, експертами настанов ESC 2024 рекомендовано проводити стратифікацію СС-ризиків не тільки у хворих на АГ, але й в осіб із підвищеним АТ з подальшою можливістю призначення антигіпертензивної терапії для зниження АТ (див. нижче).

Експерти ESC 2024 вказують на певні недоліки у класифікації АГ за ступенем АТ та стадіями АГ. Зокрема класифікація АГ за ступенем мала б визначати категорію АТ саме у первинного пацієнта, а не на будь-якому етапі лікування АГ. Також автори вказують, що підходи до призначення антигіпертензивної терапії у пацієнтів з АГ 2 ступеня чи АГ 3 ступеня суттєво не різняться. Утім експерти УКПМД вважають, що відмовлятися від класифікацій АГ за ступенем та стадіями на сьогодні недоцільно, оскільки в нашій країні запропоновані класифікації не тільки допомагають лікарям у систематизації АГ і також пов'язані з різними державними документами щодо визначення працездатності тощо.

В УКПМД сформульовані нові **критерії оцінювання гіпертензивного ураження органів-мішеней** та їх клінічне значення для обстеження пацієнтів з АГ. Наведений перелік скринінгових тестів для виявлення гіпертензивного ураження органів мішеней, які рекомендовано для усіх пацієнтів з АГ.

Перелік критеріїв ураження органів-мішеней також доповнений і в настановах ESC 2024 (напр. показниками діастолічної дисфункції за даними Ехо-КГ, визначенням рівнів міокардіальних маркерів та кальцієвого індексу).

В УКПМД зазначено, що пацієнти з АГ здебільшого отримують допомогу на первинній ланці медичної допомоги, але за деяких обставин обов'язковою вимогою може бути проведення стаціонарного лікування у спеціалізованих умовах. В уніфікованому клінічному протоколі вказано за яких умов пацієнтів необхідно скеровувати на стаціонарне лікування. Це — підозра на вторинну АГ та резистентну АГ; пацієнти з раптовим розвитком або загостренням АГ, у яких до цього спостерігався нормальний АТ також пацієнти, у яких потрібно провести детальніше оцінювання на гіпертензивне ураження органів-мішеней чи на думку лікаря, потребують більш детального обстеження фахівцем, а також пацієнти з невідкладними гіпертензивними станами за наявності ураження органів-мішеней. Для діагностики **вторинних форм АГ** потрібно застосовувати специфічні підходи, які дають змогу виявляти їхні причини й обирати ефективне медикаментозне лікування чи доцільне лікування у формі інших втручань, яке забезпечить контроль або повністю усуне проблему підвищення АТ.

В уніфікованому клінічному протоколі виділені ознаки, які можуть бути підставою підозрювати в пацієнта вторинну АГ. Представлено узагальнений огляд важливих ознак окремих форм вторинної

АГ. У разі виникнення підозри на такий діагноз пацієнтів потрібно негайно направляти до спеціалізованих центрів з АГ, де є можливість проведення відповідних діагностичних обстежень та подальшого лікування.

Щодо зміни способу життя, як базової складової заходів зі зниження СС ризику при АГ, то УКПМД розширив рекомендації і ключові положення, які допоможуть знизити АТ і покращити його контроль. Настанови включають рекомендації з підтримання оптимальної ваги тіла, фізичних вправ, дієтичних рекомендацій, відмови від шкідливих звичок, заходи зі зниження рівня стресу. Ключова рекомендація полягає у помірному зниженні ваги за допомогою поєднання низькокалорійної дієти (середньоземноморської або DASH) та фізичних вправ. Зазначено, що зміни в способі життя не мають затримувати початок медикаментозного лікування в пацієнтів. У ESC настановах додатково акцентується увага на дієті, багатій калієм.

Передумови для початку медикаментозного лікування та алгоритм досягнення цільового АТ мають деякі відмінності у двох порівнюваних документах.

Зокрема, згідно з настановами ESC 2024 року розпочинати фармакотерапію відразу потрібно у таких групах осіб:

- всім пацієнтам з **АГ (>140/>90 мм рт.ст.)**,
- пацієнтам із **CAT 130-139 мм рт.ст.** і підвищеним загальним СС ризиком (**ІХС, ЦД, ХХН, сім. ГХС, УОМ при АГ, SCORE >10%**),
- ...за умови, якщо спроба заходів з корекції способу життя впродовж **до 3 міс** не зумовила нормалізації АТ (тобто САТ зберігається в межах 130-139 мм рт.ст.).

В УКПМД вважається недоцільним початок антигіпертензивного медикаментозного лікування у пацієнтів із низьким чи помірним рівнями ризику та з високим нормальним АТ. Таким пацієнтам треба рекомендувати ведення здорового способу життя, оскільки це допоможе знизити ризик прогресування розвитку АГ та СС ризик.

У пацієнтів 18-79 років — поріг офісного САТ/ДАТ для початку фармакотерапії становить ≥ 140 та/ або ≥ 90 мм рт.ст.

Хворим з АГ 1 ступеня (при САТ ближче до 140 мм рт.ст. за відсутності УОМ та СС3), — спочатку можна розглянути заходи зміни способу життя (до 3 міс.), при неефективності — лікування.

У хворих старших за 80 років — при офісному САТ ≥ 160 мм рт.ст., хоча можливо розглядати й САТ в межах 140-160 мм рт.ст.

Водночас, медикаментозне лікування АГ у пацієнтів з СС3 в анамнезі (переважно ІХС), слід розпочинати у високономіальному діапазоні АТ — САТ ≥ 130 або ДАТ ≥ 80 мм рт.ст. Практично ті ж рекомендації пропонує настанова ESC 2024.

Досягнення цільових рівнів АТ у більшості лікованих хворих на АГ також дещо відрізняється,

проте (на думку авторів статті) — без принципових розбіжностей. Зокрема, в УКПМД процес досягнення цільового рівня розділений на два етапи: першою ціллю антигіпертензивного лікування в більшості пацієнтів є зниження АТ до <math><140/80\text{ мм рт.ст.}</math>, оскільки на такий рівень припадає основна частина захисного ефекту зниження АТ. Надалі, якщо медикаментозне лікування добре переноситься, у більшості пацієнтів віком до 79 років рівень САТ потрібно знижувати до 130 мм рт.ст. і нижче (АТ 120–129/70–79 мм рт.ст.). У пацієнтів віком від 80 років, які не мають старечої астенії, першочерговим завданням є зниження АТ до рівня нижче ніж 150 мм рт.ст. При цьому цільовий діапазон САТ у діапазоні 130–139 мм рт.ст. при добрій переносимості лікування також можна розглядати у цієї вікової категорії хворих. У пацієнтів зі значно вираженою старечою астенією цілі лікування потрібно визначати індивідуально.

Експерти ESC 2024 пропонують більш інтенсивний (пришвидшений, одноетапний) контроль у досягненні цільового рівня АТ. Вони пропонують у більшості пацієнтів — цільовий САТ (офісний та домашній) менше 130 мм рт.ст. (120–129 мм рт.ст.), у т.ч. у всіх хворих до 84 років, звісно ж, за умови доброї переносимості, оскільки були отримані якісні докази не тільки клінічної ефективності такого зниження, але і його безпечності. При цьому зроблені акценти на позагоспітальних вимірюваннях АТ для підтвердження досягнення цільового АТ та на досягненні цілі одним етапом, замість двох як в УКПММД — задля запобігання «терапевтичній інерції».

Оновлені рекомендації ESC 2024 вводять новий цільовий діапазон САТ 120–129 мм рт.ст. для більшості пацієнтів, які отримують препарати для зниження АТ. САТ 120 мм рт.ст. є оптимальною точкою такого діапазону при адекватній переносимості лікування. Автори настанови ESC 2024 наполягають на досягненні якомога нижчого САТ (краще <math><140\text{ мм рт.ст.}</math>) і прагнути до максимально низького досяжного рівня АТ, якщо цільовий САТ 120–129 мм рт.ст. не переноситься. При цьому м'якші цільові значення АТ можуть розглядатись для певних груп пацієнтів (наприклад, з ортостатичною гіпотензією з клінічними проявами і/або вік ≥ 85 років, клінічно значущою або тяжкою старечою астенією у будь-якому віці та/або обмеженою передбачуваною тривалістю життя (<math><3</math> років). Автори ESC вказують на необхідність вимірювання АТ поза офісом для підтвердження досягнення цільового значення систолічного АТ 120–129 мм рт.ст.

Які підходи до медикаментозного лікування рекомендують експерти УКПМД та ESC 2024?

Експерти УКПММД наголошують на зниженні АТ, як такому, оскільки воно має бути пріоритетнішим, ніж вибір конкретних класів антигіпертензивних препаратів, зважаючи на користь лікування ними, що значною мірою зумовлена знижен-

ням АТ. Для лікування АГ рекомендуються антигіпертензивні ліки I ряду (т/тп діуретики, іАПФ, БРА, БКК, ББ) як в монотерапії, так і в комбінаціях відповідно до алгоритму. Негайне медикаментозне лікування АГ розпочинають у пацієнтів із наявним ураженням органів-мішеней, ХХН, ССЗ, незалежно від ступеня АГ.

Для більшості пацієнтів рекомендовано починати лікування з подвійної комбінації у складі іАПФ/БРА + БКК або т/тп діуретик (бажано в одній таблетці). Якщо цільовий АТ не досягнуто при застосуванні подвійної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах відповідних компонентів, призначити потрібну комбінацію у складі іАПФ/БРА + БКК або + т/тп діуретик.

Експерти ESC 2024 як препарат першої лінії рекомендують іАПФ, БРА, дигідроперидинові БКК та діуретики (тіазиди та тіазидоподібні препарати, такі як хлорталідон та індапамід). Бета-блокатори рекомендовано поєднувати з будь-якими іншими гіпотензивними препаратами на будь-якому етапі лікування за наявності переконливих показів до їх використання (стенокардія, стан після ІМ, СНзНФВ або для контролю ЧСС). Отже, у настанові ESC 2024, бета-блокатори (за відсутності спеціальних показів на кшталт СН із низькою ФВ) виведені із препаратів 1 ряду. Лікування рекомендується розпочинати з комбінованої низькодозової терапії іАПФ або БРА в поєднанні з БКК або діуретиками. Наступний крок, за неефективності подвійної низькодозової комбінації, рекомендована потрібна низькодозова комбінація, а за її неефективності — ще один крок — застосувати максимально переносиму потрібну комбінацію. іАПФ або БРА + БКК + діуретики. За необхідності — 4-й, 5-й і т.п. препарат: насамперед — спіронолактон (має переваги в потужності порівняно з еплереноном), далі бета-блокатор, альфа-блокатор та препарати центральної дії.

Отже, принципова схема: подвійна комбінація, потім → потрібна, у разі невдачі → перевіряємо прихильність пацієнта до лікування та розглядаємо варіант істинної резистентної АГ — залишається незмінною в обох настановах.

Через який проміжок часу лікар має оцінювати ефективність призначених ліків? Автори ESC 2024, як бажане, пропонують оцінити результати лікування через 1 місяць. Але загалом, цей час може бути продовжений до менше, ніж трьох місяців після початку терапії. Такі ж часові рамки обговорюються в УКПМД.

У пацієнтів категорії «підвищений АТ» автори ESC 2024 рекомендують використовувати підхід, що заснований на визначенні СС ризику індивідуально для кожного з метою визначення необхідного обсягу лікування. Зокрема, експерти запропонували вважати осіб з помірною або важкою ХХН, встановленим ССЗ, ураженням органів-мішеней, цукровим діабетом або сімейною гіперхо-

лестеринемією такими, що мають підвищений ризик серцево-судинних подій. Цим хворим та особам із ризиком серцево-судинних захворювань за SCORE2 або SCORE2 — OP \geq 10% після 3 місяців зміни способу життя за умови підтверженого АТ \geq 130/80 мм рт.ст. рекомендується фармакологічна монотерапія для зниження АТ та ризику ССЗ. Для дорослих із підвищеним АТ і низьким середнім ризиком ССЗ (<10% за 10 років) рекомендується зниження АТ за допомогою змін способу життя, що сприяє зниженню ризик серцево-судинного ризику

Крім того, експерти ESC 2024 рекомендують **розпочати з монотерапії у:**

- пацієнтів з підвищеним АТ (120/70 – 139/89 мм рт.ст.);
 - при помірній і значній старечій астенії;
 - при симптоматичній ортостатичній гіпотензії;
 - в осіб \geq 85 років.
- Тобто автори рекомендацій ESC 2024 розглядають монотерапію лише при підвищеному АТ, а при АГ рекомендують розпочинати терапію з низькодозової комбінації антигіпертензивних середників.

- У національному клінічному протоколі **початкова монотерапія** рекомендована:
- пацієнтам із дуже високим СС ризиком та високим нормальним АТ;
- пацієнтам дуже похилого віку та слабким пацієнтам із міркувань безпеки;
- може розглядатися в пацієнтів із низьким СС ризиком із АГ 1 ступеня, в яких САТ <150 мм рт.ст.

Висновки. Автори статті, проаналізувавши національний протокол з АГ 2024 та рекомендації ESC 2024, констатують, що, незважаючи на деякі відмінності у підходах і формулюваннях, їх основні положення загалом не мають принципових розбіжностей. Обидва документи у першу чергу спрямовують лікаря та пацієнта до активної співпраці з метою запобігання прогресуванню серцево-судинного ризику, що передбачає як вчасну діагностику із використанням всіх доступних методів верифікації АГ та ураження органів-мішеней, так і раннє застосування медикаментозного лікування для досягнення більш низьких цільових рівнів АТ за умови доброї переносимості антигіпертензивної терапії.

Список використаної літератури

1. Mancia G., Kreutz R., Brunström M. et al. (2023) 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J. Hypertens.*, 41(12): 1874–2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
2. McEvoy J.W., McCarthy C.P., Bruno R.M. et al.; ESC Scientific Document Group (2024) 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur. Heart J.*, 45(38): 3912–4018. doi: 10.1093/eurheartj/ehae178. Режим доступу: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-259639-kombinovana-antigipertenzivna-terapiya-klasika-perevirena-chasom)
3. МОЗ України (2024) Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)». Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/09/ykpm1_12092024_dod.pdf.
4. МОЗ України (2024) Артеріальна гіпертензія. Клінічна настанова, заснована на доказах. http://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/09/kr_2024_ag.pdf. Режим доступу: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-259639-kombinovana-antigipertenzivna-terapiya-klasika-perevirena-chasom)

MODERN TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION: ANALYSIS OF NATIONAL OR EUROPEAN GUIDELINES

T. Solomenchuk, V. Skybchyk, L. Tyshko

Abstract. During 2023-2024, two European guidelines for the management of arterial hypertension (AH) appeared at once: 2023 European Society of Hypertension (ESH) Guidelines and 2024 European Society of Cardiology (ESC) Guidelines. Recently, an update of the national “Unified Clinical Protocol for Primary and Specialized Medical Care “Arterial Hypertension” 2024 (3) and 2024 Evidence-Based Clinical Guideline were also published. The authors of the article, analyzed the national protocol on 2024 AH and 2024 ESC recommendations. Despite some differences in approaches and wording, their main provisions generally do not have fundamental contradictions were stated. In order to prevent the progression of cardiovascular risk both documents primarily direct the doctor and the patient to active cooperation. It involves both timely diagnosis using all available methods of verifying hypertension and target organ damage, and predicts early use of medicines to achieve target blood pressure levels, provided that antihypertensive therapy is well tolerated.

Keywords: arterial hypertension, elevated blood pressure, unified clinical protocol, European guidelines

Для цитування: Соломенчук ТМ, Скибчик ВА, Тишко ЛО. Сучасне лікування артеріальної гіпертензії: аналіз національних та європейських настанов. Практикуючий лікар, 2024. № 4, с. 5-10. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-4.5.

Адреса для листування: Соломенчук Тетяна Миколаївна, profsolomenchuk@ukr.net; кафедра сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Скибчик Василь Антонович, profvas292@gmail.com; кафедра сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Тишко Лідія Орестівна lida.tyshko@gmail.com; кафедра сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська 69, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Соломенчук Тетяна Миколаївна, докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-6153-0457. Скибчик Василь Антонович, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-7140-0162. Тишко Лідія Орестівна кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини ФПДО, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, ORCID 0009-0006-5512-2111.

Особистий внесок: Соломенчук Т.М. — генератор ідеї, участь у написанні та оформленні статті до друку. Скибчик В.А. — аналіз матеріалу, написання статті. Тишко Лідія Орестівна — участь у написанні та підготовці статті до друку.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Декларація: Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 11.11.2024 р., прийнята на друкування 16.12.2024 р., надрукована 30.12.2024 р.

For citation: Modern treatment of arterial hypertension: analysis of national or european guidelines Solomenchuk T, Skybchik V, Tyshko L. The Practitioner, 2024. No 4, p. 5-10. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-4.5.

Correspondence address: Solomenchuk Tetiana Mykolaivna, profsolomenchuk@ukr.net; Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Skybchik Vasyl Antonovych, profvas292@gmail.com; Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Tyshko Lidiia Orestivna lida.tyshko@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of FPE Family Medicine, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine

Information about the authors: Solomenchuk Tetiana Mykolaivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the of the Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-6153-0457. Skybchik Vasyl Antonovych, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-7140-0162. Tyshko Lidiia Orestivna, lida.tyshko@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of FPE Family Medicine, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. ORCID 0009-0006-5512-2111.

Personal contribution: Skybchik VA — material editing, article design. Solomenchuk TM — an idea generator, writing of the article. Tyshko Lidiia Orestivna — participation in writing and preparing the article for publication

Funding: The article was prepared within the budget funding of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University.

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 11.11.2024, accepted 16.12.2024, published 30.12. 2024.