

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00069&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00069. Гіпертензія: обстеження та стартове лікування

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Артеріальна гіпертензія <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/3-arterialna-hipertenziia> та за темою Профілактика серцево-судинних захворювань <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/71-profilaktyka-sertsevosudynnykh-zakhvoriuvan>

Автор: Matti Nikkilä

Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen

Дата останнього оновлення: 2017-03-07

Основні положення

- Виявити фактори ризику і супутні захворювання та розрахувати загальний кардіоваскулярний ризик. Метою лікування є зменшення кардіоваскулярного ризику.
- Мотивувати пацієнта модифікувати спосіб життя, що може знизити артеріальний тиск (АТ) та зменшити вплив інших факторів ризику.
- Виключити вторинну гіпертензію.
- Медикаментозне лікування рекомендоване у випадку, якщо не дивлячись на модифікацію способу життя систолічний АТ ≥ 140 мм рт. ст. або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст. при вимірюванні у закладі охорони здоров'я, а при вимірюванні вдома або шляхом амбулаторного моніторингу артеріального тиску - $\geq 135/85$ мм рт. ст.
- Метою лікування є зменшення систолічного АТ нижче 140 мм рт. ст. та діастолічного АТ нижче 90 мм рт. ст. (при домашньому вимірюванні $<135/85$ мм рт. ст.). Для осіб віком старше 80 років

цільовим рівнем АТ є <150/90 (при домашньому вимірюванні - <140/85 мм рт. ст.). Цільовий рівень є нижчим у пацієнтів з діабетом або хворобами нирок.

Загальні відомості

- При підвищенні АТ кардіоваскулярна захворюваність та смертність зростає без чіткого порогового значення.
- Порогове значення для встановлення діагнозу гіпертонії становить 140 мм рт. ст., що відповідає вимірюванню вдома тиску у 135/85 мм рт. ст.
 - Оптимальний АТ - 120/80 мм рт. ст. (при вимірюванні вдома - 120/75 мм рт. ст.).
 - Нормальне значення АТ становить 130/85 мм рт. ст. (при вимірюванні вдома 125/80 мм рт. ст.).
 - Задовільний (високий нормальний) рівень АТ - 130-139/85-89 мм рт. ст. (при вимірюванні вдома 125-134/80-84 мм рт. ст.).
- Ізольована систолічна гіпертензія: рівень систолічного АТ ≥ 140 мм рт. ст. при рівні діастолічного <90 мм рт. ст.

Вимірювання артеріального тиску [доказ 02636 B]

- АТ може вимірюватися ртутним сфігмоманометром або відповідним автоматичним апаратом. Вимірювання проводиться на правій або лівій руці при перебуванні пацієнта у сидячому положенні.
 - У випадку вперше виявленої гіпертензії АТ вимірюється на обох руках для виявлення можливої різниці. Якщо різниця значна (перевищує 10 мм рт. ст.), в подальшому АТ вимірюється на тій руці, на якій тиск вищий.
 - Домашній та амбулаторний моніторинг АТ проводиться на не-домінуючій руці.
 - Вибір правильної манжети: див. таблицю [табл. T1]
 - Для отримання додаткової інформації про моніторинг артеріального тиску див. [dabl[®] Освітній траст](http://dableducational.o...) [веб|http://dableducational.o...] або Британська Гіпертонічна Спільнота [веб|http://www.bhsoc.org/bp-...]

- Для виявлення ортостатичної гіпотензії АТ також вимірюється коли пацієнт лежить, одразу після вставання та через 2 хвилини перебування в стоячому положенні; особливо це важливо для пацієнтів похилого віку та з цукровим діабетом. Див. [\[програма 00021 | Brief orthostatic test\]](#) для вивчення деталей

Таблиця Т1. Вибір дорослої манжети

Манжета	Ширина манжети	Окружність плеча
Мала манжета для дорослих	12 см	26–32 см
Стандартна манжета для дорослих	14–15 см	33–41 см
Велика манжета для дорослих	18 см	більше 41 см

Встановлення рівня артеріального тиску пацієнта

- Діагноз гіпертензії ґрунтується на вимірюванні артеріального тиску в закладі охорони здоров'я (середнє значення чотирьох подвійних вимірювань, проведених в різні дні) та вдома (середнє значення подвійних вимірювань зранку і ввечері проведених протягом 4-7 днів) або результатів добового амбулаторного моніторингу АТ. Домашнє вимірювання є рекомендованим методом контролю артеріального тиску.
 - Для співставлення рівнів АТ, отриманих різними методами, див. таблицю [\[табл. |Т2\]](#).
- Режим моніторингу у нового пацієнта встановлюється залежно від рівня АТ. В таблиці [\[табл. |Т4\]](#) наведений рекомендований протокол повторних вимірювань в залежності від вихідного рівня тиску.
- Домашні вимірювання проводяться в сидячому положенні з використанням автоматичного апарату з манжетою відповідних розмірів; виконується 1 вимірювання зранку та ввечері протягом 4-7 днів.
 - Домашній АТ визначається шляхом підрахунку середнього значення результатів ранкових та вечірніх вимірювань. Для вирішення доцільності лікування достатньо значень вимірювань перших 4 днів.
- Добовий моніторинг АТ показаний у випадку резистентності до медикаментозного лікування (при використанні мінімум 3 лікувальних засобів), епізодів гіпотензії під час медикаментозного лікування, пароксизмального підвищення чи зниження АТ, нічного підвищення АТ або при значній невідповідності між домашнім та лікарняним вимірюваннями.

- АТ пацієнта підвищується при вимірюванні його лікарем або медсестрою у клініці (кабінеті) у випадку “гіпертензії білого халату”, але домашнє вимірювання АТ чи амбулаторний моніторинг не виходить за межі норми.
 - “Гіпертензія білого халату” є передвісником розвитку постійної гіпертензії і потребує регулярного спостереження для оцінки потреби у медикаментозному лікуванні.
 - Рішення щодо лікування зазвичай залежить від результатів домашнього чи амбулаторного вимірювання АТ.
- У випадку латентної гіпертензії домашнє та амбулаторне вимірювання АТ свідчать про його підвищення, а при вимірюванні у закладі охорони здоров'я АТ нормальний.
 - Рішення про лікування залежить від домашнього чи амбулаторного вимірювання АТ та наявних у пацієнта факторів ризику.
- У випадку псевдогіпертензії артеріальний тиск підвищений і погано відповідає на медикаментозне лікування, проте ураження органів-мішеней не відбувається.
 - Зазвичай це пацієнти похилого віку. Псевдогіпертензія викликана кальцифікацією плечової артерії; вимірювання АТ з використанням зовнішньої манжети вказує на хибне підвищення АТ у порівнянні з інтраартеріальним.
 - Часто для підтвердження діагнозу хворого потрібно направити до фахівця.

Таблиця Т2. Відповідні значення АТ, отримані згідно різних типів вимірювань

Типи вимірювання	Артеріальний тиск
Вимірювання, проведене професіоналом охорони здоров'я (офісний АТ, клінічний АТ)	140/90 мм рт. ст.
Домашній АТ	135/85 мм рт. ст.
Амбулаторний АТ – середнє значення добового АТ	130/80 мм рт. ст.
Амбулаторний АТ – середнє значення денного АТ	135/85 мм рт. ст.
Амбулаторний АТ – середнє значення нічного АТ	120/70 мм рт. ст.

Початкові обстеження в первинній медичній допомозі

- Пацієнту з високим АТ варто провести базове обстеження, а також оцінити кардіоваскулярні фактори ризику та ураження органів мішеней. Результати обстеження та рівень АТ використовуються для планування лікування.
- Анамнез захворювання: див. таблицю [табл. ТЗ]
- Фізикальне обстеження
 - Аускультация серця та легень, наявність шумів (сонні артерії, черевна аорта, ниркові артерії, стегнові артерії)
 - Пальпація артерій (променева, абдомінальна, стегова, тильна артерія стопи та задня великогомілкова артерія) та живота (печінка та нирки), набряки ніг
 - Вага, зріст, ІМТ, окружність талії [настанова 00498] [Метаболічний синдром]
 - Дослідження очного дна, якщо діастолічний АТ вищий за 120 мм рт. ст. (фотографування дна є найнадійнішим методом)
- Лабораторні і візуалізаційні методи дослідження
 - Сироватковий креатинін (калькулятор eGFR: [програма 00006] [GFR calculator]), калій (гіпокаліємія - первинний гіперальдостеронізм [настанова 00508] [Первинний гіперальдостер...]) та натрій
 - Загальний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів, глюкоза натще, загальний холестерин, ЛПВГ, ЛПНГ (калькулятор [програма 00002] [LDL]) та тригліцериди
 - Біохімічний аналіз сечі (білок, гемоглобін) та відношення альбуміну/креатиніну в сечі
 - Мікроальбумінурія - рання ознака ураження органу-мішені.
 - Мікроальбумінурія: співвідношення в сечі альбуміну/креатиніну 3-30 мг/ммоль або рівень альбуміну у добовій порції сечі 30-300 мг/24 год.
 - Протеїнурія (макроальбумінурія): відношення альбумін/креатинін в сечі >30 мг/ммоль або добове значення альбуміну в сечі >300 мг/24 год
 - Тест-смужка для аналізу сечі не виявляє мікроальбумінурію; він позитивний (+) тільки при концентрації альбуміну 200-300 мг/л.

- Сироватковий попередник мозкового натрійуретичного пептиду (за підозри на серцеву недостатність)
- ЕКГ
 - Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ): див [\[настанова 00049 | ЕКГ-оцінка гіпертрофії ш...\]](#)
- Рентгенографія ОГК (за підозри на серцеву недостатність)
- Ехокардіографія за показами (важко проінтерпретувати ЕКГ [повна блокада лівої ніжки пучка Гіса] та неможливо визначити ГЛШ, серцева недостатність невідомого походження, невизначена вада клапана, фібриляція передсердь або інша значуща аритмія).
- УЗД нирок за показаннями (якщо ШКФ <30 мл/хв або у пацієнта наявна протеїнурія [альбумін сечі >300 мг/24 год])
- За підозри на вторинну гіпертензію [\[настанова 00075 | Вторинна гіпертензія\]](#) дослідження призначаються відповідно до можливої етіології та локальних протоколів; консультація фахівця проводиться за потреби.
 - ТТГ та вільний Т4 (захворювання щитоподібної залози)
 - Сироватковий ренін та альдостерон (зранку через 30 хвилин після підйому з ліжка) при гіпокаліємії
 - Короткий 1,5 мг-дексаметазоновий тест (синдром Кушинга) [\[настанова 00516 | Синдром Кушинга\]](#)
 - Визначення добового рівня метанефрину та норметанефрину сечі (феохромоцитома) [\[настанова 00517 | Рідкісні ендокринні пухл...\]](#)
 - Іонізований кальцій сироватки (гіперпаратиреоїдизм) [\[настанова 00502 | Гіперкальціємія та гіпер...\]](#).

Таблиця Т3. Історія хвороби пацієнта з гіпертензією

Стани, що потребують розгляду	Деталі
Сімейний анамнез <ul style="list-style-type: none"> • Батьки • Брати і сестри 	<ul style="list-style-type: none"> • Гіпертензія • Цукровий діабет 2 типу • Дисліпедемія • Ранні коронарні та цереброваскулярні події <ul style="list-style-type: none"> ◦ Чоловіки молодше 55 років ◦ Жінки молодше 65 років

Стани, що потребують розгляду	Деталі
Інші захворювання серця та судин	<ul style="list-style-type: none"> • Ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарду (ІМ) в анамнезі • Цереброваскулярне захворювання <ul style="list-style-type: none"> ◦ Інсульт ◦ ТІА • Хвороба периферичних артерій • Дисфункція лівого шлуночка <ul style="list-style-type: none"> ◦ Постінфарктна ◦ Кардіоміопатія • Серцева недостатність • Важкі вади клапанів • Аритмії
Інші патологічні стани, що впливають на лікування	<ul style="list-style-type: none"> • Цукровий діабет • Хронічна хвороба або ураження нирок • Астма • Подагра
Клінічний перебіг гіпертонії	Початок, прогресування, важкість
Ліки, що зараз приймає пацієнт	<ul style="list-style-type: none"> • Контрацептиви, що містять естроген, гормон-замісні препарати, що містять естроген чи тестостерон • Глюкокортикоїди, мінералокортикоїди, анаболічні стероїди • Ліки від застуди, кашлю, алергії, що містять симпатоміметики • Протизапальні анальгетики, в тому числі селективні інгібітори ЦОГ-2 (підвищують АТ ^[доказ 02119] [A] та знижують ефективність антигіпертензивних ліків) • Інгібітори кальциневрину (циклоспорин та такролімус) • Еритропоетин • Деякі антидепресанти (наприклад венлафаксин, дулоксетин; також інгібітори МАО, трициклічні антидепресанти та інгібітори зворотного захвату серотоніну) • Антипсихотики другого покоління (клозапін, рисперидон, кветіапін) • Деякі онкологічні ліки
Спосіб життя	<ul style="list-style-type: none"> • Дієта <ul style="list-style-type: none"> ◦ Вживання солі ◦ Тип жирів ◦ Вживання фруктів та овочів • Вага та її зміни

Стани, що потребують розгляду	Деталі
	<ul style="list-style-type: none"> • Вправи та інша фізична активність • Продукти, що містять екстракт солодки • Алкоголь • Куріння • Нелегальні наркотики (особливо амфетамін, кокаїн, інші стимулятори)
Стрес	Соціальні та емоційні стресові фактори

Показання для консультації спеціалізованої медичної допомоги

- Гіпертензивний криз - лікується екстрено
- Підозра на вторинну гіпертензію [Настанова 00075] **Вторинна гіпертензія]**
 - Молодий вік пацієнта (до 30 років)
 - Систолічний АТ вище 220 мм рт. ст. або діастолічний АТ вище 120 мм рт. ст.
 - Раптовий початок або швидке прогресування гіпертензії
 - Цільовий рівень АТ не досягається потрійною- та квадротерапією
 - Ознаки або симптоми, що вказують на вторинні причини гіпертензії
 - Виражене ураження органів-мішеней (ГЛШ, албумінурія, знахідки при фундоскопії)
 - Захворювання нирок
 - Гіпокаліємія без діуретиків
- Велика підозра на наявність псевдогіпертензії
- Проблеми з підбором відповідних ліків
- Гіпертензія під час вагітності [Настанова 00554] **Antenatal clinics and sp...]**
 - [Настанова 00559] **Гестаційна гіпертензія (...]**

Немедикаментозне лікування [доказ 00686 | C] [доказ 03618 | C] [доказ 05447 | C] [доказ 07085 | C]

[доказ 07180 | C] [доказ 05849 | C] [доказ 06466 | D] [доказ 07030 | D] [доказ 00776 | B]

Підвищений АТ можна знизити шляхом

- Обмеження вживання солі [доказ 00689 | A]
 - Рекомендувати знизити вживання солі до рівня менше 5 г/добу (Na <2000 мг/добу).
 - Збільшує ефективність інгібіторів АПФ, блокаторів рецепторів ангіотензину, бета-блокаторів, діуретиків.
- Збільшити вживання овочів, фруктів, ягід, злакових
 - Адекватне вживання калію: для жінок >3100 мг/добу, для чоловіків >3500 мг/добу
- Адекватний щоденний прийом кальцію [доказ 00681 | A] з молочними продуктами (з низьким вмістом жирів або нежирними)
 - Кальцієві добавки за потреби
- Збільшення вживання клітковини та магнію може зменшити АТ.
- Зменшення ваги [доказ 06238 | B]; див. [настанова 00500 | Лікування ожиріння]
 - Втрата вже 5-10% від вихідної ваги зменшує АТ у людей з надмірною масою тіла (ІМТ 25-29,9 кг/м²) та ожирінням (ІМТ ≥30 кг/м²)
- Помірне вживання алкоголю [доказ 00779 | A]
 - Тижневе вживання алкоголю не має перевищувати 100 г (менше 9 стандартних доз) для жінок та 160 г (менше 14 стандартних доз) для чоловіків.
 - Зловживання алкоголем веде до підвищення ризику інсульту та може знижувати ефективність антигіпертензивних ліків.
- Регулярні фізичні вправи [доказ 00946 | A]
 - Жвава ходьба чи інші помірні вправи (наприклад, аеробіка) (ЧСС 65-75% від максимального) протягом 30 хвилин 5 разів на тиждень.
- Уникати вживання продуктів, що містять солодку

Наступні рекомендації корисні для зниження загального кардіоваскулярного ризику загалом

- Користь, що отримується від корекції кількості та якості вживаних жирів здебільшого впливає на кардіоваскулярні фактори ризику, а не на гіпертензію.
 - Слід надавати перевагу нежирним продуктам або продуктам з малим вмістом сатурованих жирів.
 - Допускається вживання помірної кількості маргарину та рослинних олій.
 - Вживання риби мінімум 1 раз на тиждень (риб'ячий жир корисний)
 - Рапсова олія та вироблений з неї маргарин; їх вживання збільшує вміст омега-3 поліненасичених жирних кислот.
- Припинення куріння
 - Найважливіший елемент лікування для зниження загального ризику; див. [\[настанова 000897\]](#) [Відмова від куріння]

Початок медикаментозного лікування відповідно до тяжкості гіпертензії

- Лікувальні рішення залежать від тяжкості гіпертензії та ризику кардіоваскулярної смерті.
- Разом із медикаментозним лікуванням завжди проводиться модифікація способу життя.
- Рекомендації з приводу фармакологічного лікування в різних країнах можуть відрізнятися
- Таблиця [\[табл. T4\]](#) висвітлює класифікацію гіпертензії та антигіпертензивного лікування у Фінляндії.
- Вибір медикаментів першої лінії: див. [\[настанова 00072\]](#) [Медикаментозне лікування...]

Таблиця Т4. Рекомендовані втручання згідно даних систолічного (САТ) та діастолічного артеріального тиску (ДАТ), що були отримані під час початкового вимірювання, та класифікація гіпертензії на основі повторних показань. Джерело: Поточне керівництво Фінляндії; Гіпертонія, 2014 рік (модифікована)

Ступінь	САТ (мм рт. ст.)		ДАТ (мм рт. ст.)	Рекомендації
Оптимальний	<120	та	<80	Повторне вимірювання кожні 5 років ¹
"Нормальний"	<120–129	або ₂	80–84	Модифікація способу життя та вимірювання кожні 2 роки ¹
"Допустимий" (високий нормальний)	130–139	або ²	85–89	Модифікація способу життя та оцінка ³ протягом 4 місяців Точніша класифікація рівня АТ залежно від результатів домашнього вимірювання або амбулаторного моніторингу АТ
Підвищений артеріальний тиск				
Незначно підвищений	140–159	або	90–99	Модифікація способу життя та повторна оцінка рівня АТ ³ протягом 2 місяців. Точніша класифікація рівня АТ залежно від результатів домашнього вимірювання або амбулаторного моніторингу АТ.
Помірно підвищений	160–179	або	100–109	Оцінка рівня АТ ³ як вказано вище, модифікація способу життя та початок лікування.
Значно підвищений	≥180	або	≥110	Повторна оцінка рівня АТ ³ протягом 1-2 тижнів, модифікація способу життя та початок лікування
Гіпертензивний криз	≥200	або	≥130	Невідкладне лікування ⁴
Ізольована систолічна гіпертензія	≥140	та	<90	Повторна оцінка рівня АТ ³ за вищенаведеними вказівками
<ol style="list-style-type: none"> 1. Персонал закладу охорони здоров'я забезпечує запис рівнів артеріального тиску пацієнта у його картці згідно таблиці. Пацієнтам рекомендується самостійно вимірювати артеріальний тиск (особливо старшим 40 років) щороку або кожні два роки, коли артеріальний тиск знаходиться на оптимальному або нормальному рівні, і 2 рази на рік, якщо рівень артеріального тиску допустимий. 2. Ані систолічний, ані діастолічний АТ не підходить для присвоєння пацієнту вищої категорії АТ. 3. Середнє значення рівнів АТ виміряних протягом 4 різних днів - 2 вимірювання за раз 4. Див. розділ "Гіпертензивний криз" 				

Артеріальний тиск 130-139/85-89 мм рт. ст.

- Визначення факторів ризику, модифікація способу життя
- Точніша класифікація рівня АТ залежно від результатів домашнього вимірювання або амбулаторного моніторингу АТ

- У випадку латентної гіпертензії АТ, виміряний в закладі охорони здоров'я, нормальний (нижче 140/90 мм рт. ст.), але самостійні вимірювання та денний амбулаторний моніторинг вказує на підвищений рівень АТ (вище 135/85 мм рт. ст.).
 - Інтенсифікація модифікації способу життя та, за необхідності, медикаментозне лікування залежно від вимірювань вдома або амбулаторного моніторингу і наявних факторів ризику.
- Вимірювання АТ кожні 12 місяців
- Розглянути доцільність початку медикаментозного лікування, якщо пацієнт має цукровий діабет 1 або 2 типу і ниркову недостатність.

Артеріальний тиск 140-159/90-99 мм рт. ст. [доказ 07089] D]

- Модифікація способу життя та спостереження щодо її ефективності протягом 4-6 місяців. Медикаментозне лікування призначається, якщо виміряний вдома рівень АТ підвищений (135/85 мм рт. ст. або вище) не дивлячись на модифікацію способу життя.
- Тривалість первинного спостереження скорочується до 1-4 місяців, якщо у пацієнта наявне ураження органів-мішеней (ГЛШ, альбумінурія, знахідки при фундоскопії) або діабет.
- Медикаментозне лікування призначається одночасно з модифікацією способу життя одразу при підтвердженні підвищеного рівня АТ, якщо у пацієнта наявне кардіоваскулярне захворювання або хвороба нирок.

Артеріальний тиск 160-179/100-109 мм рт. ст.

- Модифікація способу життя та повторне вимірювання АТ протягом 1-2 місяців. Початок медикаментозне лікування, якщо АТ не нормалізувався.
- Медикаментозне лікування починається одразу після підтвердження рівня АТ достатньою кількістю вимірювань за наявності у пацієнта маніфестного кардіоваскулярного захворювання чи хвороби нирок; пацієнт може проводити вимірювання самостійно.

Систолічний АТ ≥ 180 мм рт. ст. або діастолічний АТ ≥ 110 мм рт. ст.

- Модифікація способу життя та повторне вимірювання АТ протягом тижня. Після цього - початок медикаментозного лікування (крім випадків, коли систолічний АТ нижче 180 мм рт. ст. або діастолічний АТ нижче 110 мм рт. ст.

Гіпертензивний криз (систолічний АТ ≥ 200 або діастолічний АТ ≥ 130 мм рт. ст.) Доказ 1
05936 | D]

- Існує різниця між гіпертензивним кризом та гіпертензивним невідкладним станом.
 - Гіпертензивний криз пов'язаний з гострим ураженням органу-мішені (коронарна ішемія, серцева недостатність, церебральні симптоми, швидкопрогресуюча ниркова недостатність, крововилив в сітківку, розшарування аорти).
 - Потребує екстреної госпіталізації в спеціалізоване відділення.
 - Зазвичай необхідні внутрішньовенні засоби контролю АТ.
 - На рівні первинної ланки лікування складається з призначення блокаторів кальцієвих каналів середньої або довгої тривалості, перорально та без розжовування.
 - У випадку гіпертензивного невідкладного стану і відсутності у пацієнта його проявів
 - Оскільки немає ураження органу-мішені, лікування можна почати в первинній медичній допомозі або одразу або не пізніше декількох днів моніторингу АТ за відсутності його зниження.
 - В якості терапії першої лінії призначається 3-4 медикаменти, наприклад амлодипін 5 мг + бісопролол 5 мг + гідрохлортіазид 12,5 мг + еналаприл 10 мг.
 - Оцінку ефективності лікування проводять протягом 1-3 днів.

Мета лікування [доказ|A] [доказ|D] [доказ|B]

- Рівень артеріального тиску пацієнта визначається шляхом підрахунку середнього значення вимірювань протягом 4 різних днів - по два вимірювання за раз.
- Метою лікування є
 - АТ <140/90 мм рт. ст. (при вимірюванні вдома - <135/85)
 - (при вимірюванні вдома - <135/85), якщо у пацієнта цукровий діабет
 - АТ <130/80 мм рт. ст. (при вимірюванні вдома - <125/75), якщо у пацієнта хвороба нирок з альбумінурією (рівень альбуміну в сечі >300 мг/добу або відношення альбумін/креатинін >30 мг/ммоль), а цільовий рівень досягається без побічних ефектів.
- Похилий вік не впливає на цільовий рівень, але в клінічній практиці для осіб старше 80 років цільовим рівнем можна вважати <150/90 мм рт. ст. (при вимірюванні вдома - <140/85 мм рт. ст.)

[настанова|00946] |Артеріальна гіпертензія ...|.

Спостереження [доказ|A] [доказ|B] [доказ|B] [доказ|B] [доказ|C]

- Метою повторних візитів до лікаря є оцінка досягнення цільового рівня та переносимості пацієнтом лікування.
- Ефективність оцінюється через 1-2 місяці після початку або зміни лікування.
- Частота повторних візитів залежить від інтенсивності лікування, ступеню ураження органів-мішеней, супутніх захворювань.
 - Якщо АТ добре контролюється (нижчий за 140/90 мм рт. ст.) та ускладнень немає, достатньо самостійного моніторингу АТ пацієнтом протягом 4 днів кожні три місяці, а візиту до лікаря чи медсестри - один чи два рази на рік.
 - Лікування інтенсифікується, а повторні візити стають частішими (до 1 кожні 1-3 місяці) при поганому контролі АТ (вищий за 160/100 мм рт. ст.)
- При першому повторному візиті слід перевірити наступне:
 - рівень калію та натрію у сироватці крові пацієнтів, які приймають діуретики

- рівень калію, натрію, креатиніну сироватки (вирахувати швидкість клубочкової фільтрації, ШКФ-eGFR [програма 00006 |GFR calculator]) у пацієнтів, які приймають інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину, інгібітори реніну.
- При щорічному відвідуванні після стабілізації лікування перевіряється наступне
 - Загальний стан, відповідність лікування, ЧСС, рівень АТ (домашні вимірювання)
 - Реалізації модифікації способу життя: куріння, вага, фізичні вправи, алкоголь, дієта
 - рівні калію, натрію, креатиніну сироватки (ШКФ) у пацієнтів, які приймають діуретики, інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину, інгібітори реніну та у інших пацієнтів за потреби
 - Глюкоза крові, ліпіди та АЛТ - за показаннями
 - ЕКГ, ШКФ та відношення альбуміну/креатиніну в сечі, залежно від стану хворого, з метою моніторингу гострого ураження органів-мішеней

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00625 |Hypertension: diagnosis,...]
- Інші систематичні огляди [пов'язані 00625 |Hypertension: diagnosis,...]
- Клінічні настанови [пов'язані 00625 |Hypertension: diagnosis,...]
- Література [пов'язані 00625 |Hypertension: diagnosis,...]

Джерела інформації

R1. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2012;33(13):1635-701. [PubMedID|22555213]

R2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 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). Eur Heart J 2013;34(28):2159-219. [PubMedID|23771844]

Настанови

- [Настанова 00498](#). Метаболічний синдром.
- [Настанова 00508](#). Первинний гіперальдостеронізм (синдром Кона).
- [Настанова 00049](#). ЕКГ-оцінка гіпертрофії шлуночків.
- [Настанова 00075](#). Вторинна гіпертензія.
- [Настанова 00516](#). Синдром Кушинга.
- [Настанова 00517](#). Рідкісні ендокринні пухлини.
- [Настанова 00502](#). Гіперкальціємія та гіперпаратиреоз.
- [Настанова 00554](#). Antenatal clinics and specialist care: consultations, referrals, treatment guidelines.
- [Настанова 00559](#). Гестаційна гіпертензія (пreeклампсія).
- [Настанова 00500](#). Лікування ожиріння.
- [Настанова 00897](#). Відмова від куріння.
- [Настанова 00072](#). Медикаментозне лікування артеріальної гіпертензії.
- [Настанова 00946](#). Артеріальна гіпертензія у пацієнтів літнього віку.

Калькулятори й анкети

- [Програма 00021](#). Brief orthostatic test.
- [Програма 00006](#). GFR calculator.
- [Програма 00002](#). LDL.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02636](#). Self-reported or ambulatory blood pressure compared to blood pressure measured in the clinic setting.
Дата оновлення: 2007-03-02
Рівень доказовості: B
Резюме: Office-based blood pressure measurements appear to produce higher readings than self measurements or ambulatory blood pressure measurements.
- [Доказовий огляд 02119](#). NSAIDs and blood pressure.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: NSAIDs elevate blood pressure averagely 5 mmHg.
- [Доказовий огляд 00686](#). Dietary magnesium intake or magnesium supplementation and blood pressure.
Дата оновлення: 2006-12-05

Рівень доказовості: C

Резюме: There may be a negative association between dietary magnesium intake and blood pressure. Magnesium supplementation may decrease blood pressure.

- [Доказовий огляд 03618](#). Garlic and cardiovascular risk factors.
Дата оновлення: 2012-11-26
Рівень доказовості: C
Резюме: Garlic may reduce blood pressure and have small short-term benefits on lipid-lowering and antiplatelet factors compared with placebo, but there is insufficient evidence on mortality and cardiovascular morbidity.
- [Доказовий огляд 05447](#). Dietary fiber and hypertension.
Дата оновлення: 2007-04-01
Рівень доказовості: C
Резюме: Dietary fiber may slightly decrease blood pressure.
- [Доказовий огляд 07085](#). Effect of cocoa on blood pressure.
Дата оновлення: 2017-10-12
Рівень доказовості: C
Резюме: Flavanol-rich chocolate and cocoa products may have a small effect in lowering blood pressure by 2-3 mm Hg.
- [Доказовий огляд 07180](#). Green and black tea for the primary prevention of cardiovascular disease.
Дата оновлення: 2013-07-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Green and black tea may have some benefits on blood pressure and lipid levels.
- [Доказовий огляд 05849](#). Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults .
Дата оновлення: 2008-02-25
Рівень доказовості: C
Резюме: Relaxation therapies may have limited effect on blood pressure in adults with hypertension.
- [Доказовий огляд 06466](#). Coenzyme Q10 for primary hypertension.
Дата оновлення: 2016-04-19
Рівень доказовості: D
Резюме: Coenzyme Q10 might possibly not decrease blood pressure in primary hypertension but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 07030](#). Fermented milk for hypertension.
Дата оновлення: 2012-06-26
Рівень доказовості: D
Резюме: Fermented milk might possibly not be effective treatment for hypertension.
- [Доказовий огляд 00776](#). Effect of oral potassium on blood pressure.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Potassium supplementation appears to lower blood pressure especially in patients who are unable to reduce their intake of sodium.
- [Доказовий огляд 00689](#). Dietary sodium restriction, blood pressure and cardiovascular morbidity.
Дата оновлення: 2017-07-18
Рівень доказовості: A

Резюме: A modest reduction in salt intake for 4 or more weeks lowers blood pressure in both hypertensive and normotensive individuals, irrespective of sex and ethnic group. Long term effects on mortality and cardiovascular morbidity remain unclear.

- [Доказовий огляд 00681](#). Dietary calcium and blood pressure.
Дата оновлення: 2015-09-08
Рівень доказовості: A
Резюме: An increase in calcium intake slightly reduces blood pressure in normotensive people. Calcium supplementation may result in a clinically insignificant reduction in blood pressure in patients with hypertension.
- [Доказовий огляд 06238](#). Long-term effects of dietary interventions in hypertensive patients.
Дата оновлення: 2016-04-14
Рівень доказовості: B
Резюме: Treatment with a weight loss diet appears to reduce weight and blood pressure in patients with essential hypertension.
- [Доказовий огляд 00779](#). Effect of reduced alcohol consumption on blood pressure.
Дата оновлення: 2017-12-27
Рівень доказовості: A
Резюме: Reducing excessive alcohol intake is effective for reducing blood pressure.
- [Доказовий огляд 00946](#). Exercise training and hypertension.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Exercise training to improve physical fitness reduces both systolic and diastolic blood pressure.
- [Доказовий огляд 07089](#). Pharmacotherapy for mild hypertension.
Дата оновлення: 2012-12-05
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence on benefits of antihypertensive drugs for mild hypertension (systolic blood pressure of 140 - 159 mmHg or diastolic blood pressure 90 - 99 mmHg).
- [Доказовий огляд 05936](#). Pharmacological interventions for hypertensive emergencies.
Дата оновлення: 2008-04-17
Рівень доказовості: D
Резюме: There is no evidence from RCTs that anti-hypertensive drugs reduce mortality or morbidity in patients with hypertensive emergencies, defined as marked hypertension associated with acute end organ damage.
- [Доказовий огляд 02345](#). Pharmacotherapy for hypertension in the elderly.
Дата оновлення: 2009-11-19
Рівень доказовості: A
Резюме: Treatment of hypertension of elderly persons is highly effective in reducing total mortality, cardiovascular morbidity and mortality and cerebrovascular mortality.
- [Доказовий огляд 07641](#). Blood pressure targets for hypertension in older adults.
Дата оновлення: 2018-02-06
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence to determine whether a higher systolic blood pressure (BP) target of less than 150 to 160 mmHg, as compared to a lower systolic BP target of less than 140 mmHg, conveys meaningful differences in benefit or harm to older adults with hypertension.

- [Доказовий огляд 07644](#). Blood pressure targets for people with hypertension and cardiovascular disease .
Дата оновлення: 2018-02-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Total and cardiovascular mortality appear no to be different between treating to a lower ($\leq 135/85$ mmHg) or to a standard blood pressure target in people with hypertension and established cardiovascular disease.
- [Доказовий огляд 04543](#). Antiplatelet agents and anticoagulants for hypertension .
Дата оновлення: 2012-01-04
Рівень доказовості: A
Резюме: Anti-platelet therapy with ASA in patients with elevated blood pressure reduces the incidence of myocardial infarction. For primary prevention, the benefit is negated by an increase in major haemorrhage, but for secondary prevention antiplatelet therapy is recommended because the absolute benefit is much greater.
- [Доказовий огляд 00656](#). Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Population-bases screening for high blood pressure appears not be superior to case-finding. A comprehensive "stepped care" approach and probably self-monitoring of blood pressure appears to improve blood pressure control. Multi-faceted interventions may improve adherence to treatment.
- [Доказовий огляд 04938](#). Interventions to improve control of blood pressure in hypertension.
Дата оновлення: 2010-05-24
Рівень доказовості: B
Резюме: An organized system of registration, recall and regular review linked to a vigorous stepped care approach to antihypertensive drug treatment appears the most likely way to improve the control of elevated blood pressure.
- [Доказовий огляд 05495](#). Self-management training for hypertension.
Дата оновлення: 2007-04-09
Рівень доказовості: B
Резюме: Self-management training appears to improve blood pressure control in patients with hypertension.
- [Доказовий огляд 03625](#). Interventions to improve antihypertensive drug adherence.
Дата оновлення: 2003-08-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Worksite care, physician education, and electronical vial caps may be effective interventions in improving patient adherence in hypertension care.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00069 Ключ сортування: 004.022 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-07

Автор(и): Matti Nikkilä Редактор(и): Anna Kattainen Antti Jula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Internal medicine Cardiology

Ключові слова індексу

mesh: digital blood pressure monitor mesh: Korotkoff sounds mesh: Blood Pressure Monitoring, Ambulatory
mesh: Sphygmomanometers mesh: Blood Pressure mesh: Hypertension mesh: Blood Pressure Monitoring, Ambulatory
mesh: Blood Pressure Determination mesh: blood pressure cuff speciality: Cardiology speciality: Internal medicine
ісрс-2: K85 ісрс-2: K86