

Розділ 1. КЛАСИФІКАЦІЯ, СТАНДАРТИ ДІАГНОСТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Що необхідно для формулювання діагнозу та визначення стратегії лікування?

1.1. Питання класифікації та формулювання діагнозу артеріальної гіпертензії

За визначенням Комітету експертів ВООЗ, артеріальною гіпертензією вважається постійно підвищений АТ – систолічний (САТ) та/або діастолічний (ДАТ). Відповідно до етіології виділяють первинну й вторинну АГ. *Первинна артеріальна гіпертензія, або гіпертонічна хвороба*, – це підвищений АТ за відсутності очевидної причини його підвищення. Термін «гіпертонічна хвороба» традиційно застосовується на пострадянському просторі, у світі для означення первинної гіпертензії прийнятий термін «артеріальна гіпертензія». На її частку припадає переважна більшість випадків стабільно підвищеного АТ – у середньому близько 85-90%. *Вторинна артеріальна гіпертензія* – це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Діагностичним критерієм АГ є підвищення САТ до 140 мм рт. ст. і вище та/або ДАТ до 90 мм рт. ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних

вимірюваннях АТ (не менше ніж 2-3 рази в різні дні протягом 4 тиж.). Діагноз АГ може бути встановлений, базуючись на одnorазовому вимірюванні, якщо АТ $\geq 180/110$ мм рт. ст. за наявності встановленого ССЗ.

1.1.1. Класифікація артеріальної гіпертензії

Дотепер провідним методом діагностики АГ залишається вимірювання АТ на прийомі в лікаря (так званий «офісний АТ»). Проте дедалі більшого поширення для діагностики АГ набуває вимірювання АТ поза межами медичних закладів, так зване позаофісне, або амбулаторне вимірювання АТ. На сьогодні використовується 24-годинне амбулаторне моніторування АТ (АМАТ) та домашнє моніторування АТ (ДМАТ). Їх перевагами в діагностиці АГ є скорочення періоду діагностики завдяки отриманню більшої кількості вимірювань упродовж процедури ДАМАТ (24 години) та ДМАТ (у середньому 5 днів самостійних вимірювань у домашніх умовах). Діагностичні критерії АГ за даними офісних та амбулаторних вимірювань представлено в табл. 1.

Для дорослих, незалежно від віку та статі, визначено оптимальний, нормальний і «високий» нормальний АТ. У дітей та підлітків застосовують центильні значення АТ, які враховують вік, стать і зріст. Відповідно до Настанови ЄТК/ЄТГ із лікування АГ 2018 р., АГ класифікується за рівнем АТ у розподілі на 3 ступені (табл. 2). Доцільність визначення ступеня АГ зумовлена наявністю прямого зв'язку між рівнем АТ і прогнозом пацієнтів, зокрема розвитком серцево-судинних ускладнень та смертністю.

Таблиця 1. Критерії АГ за рівнем офісного та амбулаторного АТ

Категорія	САТ, мм рт. ст.		ДАТ, мм рт. ст.
<i>Офісний АТ</i>	≥140	та/або	≥90
<i>Добове амбулаторне моніторування АТ</i>			
Середній денний (неспаня) АТ	≥135	та/або	≥85
Середній нічний (під час сну) АТ	≥120	та/або	≥70
Середній добовий (24-годинний) АТ	≥130	та/або	≥80
<i>Домашнє моніторування АТ</i>			
Середній домашній АТ	≥135	та/або	≥85

Таблиця 2. Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем АТ

Категорії	САТ, мм рт. ст.		ДАТ, мм рт. ст.
Оптимальний АТ	<120	та/або	<80
Нормальний АТ	120-129	та/або	80-84
Високий нормальний АТ	130-139	та/або	85-89
Гіпертензія			
1-й ступінь	140-159	та/або	90-99
2-й ступінь	160-179	та/або	100-109
3-й ступінь	≥180	та/або	≥110
Ізольована систолічна гіпертензія	≥140	та	<90

Для встановлення стадії АГ застосовують класифікацію, що враховує наявність та характер ураження органів-мішеней, стан їх функції, наявність серцево-судинних ускладнень і деяких супутніх захворювань (табл. 3).

Таблиця 3. Класифікація АГ відповідно до наявності та характеру ураження органів-мішеней

Стадія I	Об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней відсутні
Стадія II	Є об'єктивні ознаки ураження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції: Гіпертрофія ЛШ за даними ЕКГ та/або ехоКГ (ІММ ЛШ >115 г/м ² у чоловіків, >95 г/м ² у жінок – індексацію на ППТ рекомендовано використовувати в пацієнтів із нормальною масою тіла; або ІММ ЛШ >50 г/м ² у чоловіків, >47 г/м ² у жінок – індексація на зріст ²) та/або мікроальбумінурія (30-300 мг/добу) або підвищене співвідношення альбумін/креатинін (30-300 мг/г) та/або хронічна хвороба нирок (ХХН) III стадії (рШКФ = 30-59 мл/хв/1,73 м ²) та/або <ul style="list-style-type: none"> • гомілково-плечовий індекс >0,9 та/або • артеріальна жорсткість: <ol style="list-style-type: none"> а) пульсовий тиск ≥60 мм рт. ст. (в осіб, старших за 60 років) б) каротидно-феморальна швидкість поширення пульсової хвилі >10 м/с та/або • крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього
Стадія III	Є встановлені серцево-судинні захворювання або захворювання нирок: Мозок: ішемічний інсульт, геморагія, ТІА Серце: ІХС: інфаркт міокарда, стенокардія, реваскуляризація міокарда Серцева недостатність, включно зі збереженою фракцією викиду Фібриляція передсердь на тлі обумовленого гіпертензією ураження серця Нирки: ХХН стадії 4 і 5 (рШКФ <30 мл/хв/1,73 м ²) Тяжка альбумінурія >300 мг/24 год або підвищення співвідношення альбумін/креатинін (переважно в ранковій сечі) Захворювання периферичних артерій

1.1.2. Стратифікація серцево-судинного ризику в пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Підвищення АТ є важливим фактором ризику розвитку ССЗ, серцево-судинної та загальної смертності. У пацієнтів з АГ 2-го ступеня ризик розвитку ІХС зростає в 3-4 рази, а мозкового інсульту – у 7 разів порівняно з особами з нормальним АТ. Одним із ключових факторів СС-ризiku в пацієнтів з АГ є вік: ризик розвитку ССЗ в осіб віком 25-34 роки становить близько 1% і сягає 30% у віці 65-74 років. В осіб віком понад 50 років рівень САТ має більш тісний зв'язок із розвитком ускладнень, ніж рівень ДАТ. Збільшення ДАТ частіше виявляється й тісніше асоціюється з ризиком розвитку серцево-судинних подій у пацієнтів, молодших за 50 років.

Вибір тактики лікування пацієнта з АГ ґрунтується на визначенні загального серцево-судинного ризику. Загальний серцево-судинний ризик – це індивідуальний ризик розвитку атеросклеротичних серцево-судинних подій протягом певного періоду часу. Як і в загальній популяції, у пацієнтів з АГ для стратифікації серцево-судинного ризику використовують систему SCORE-2. Ця шкала прийшла на зміну попередній шкалі SCORE, яка визначала загальний ризик серцево-судинної смерті протягом 10-річного періоду на основі оцінки віку, статі, статусу куріння, рівня АТ і рівня загального холестерину. Оновлений варіант шкали – SCORE-2 (рис. 1) передбачає 10-річний ризик розвитку атеросклеротичних ССЗ і смерті від них на основі тих самих факторів ризику, за винятком загального холестерину (ЗХС). На заміну йому в новій системі використовується розрахунковий показник не-ліпопротеїнів

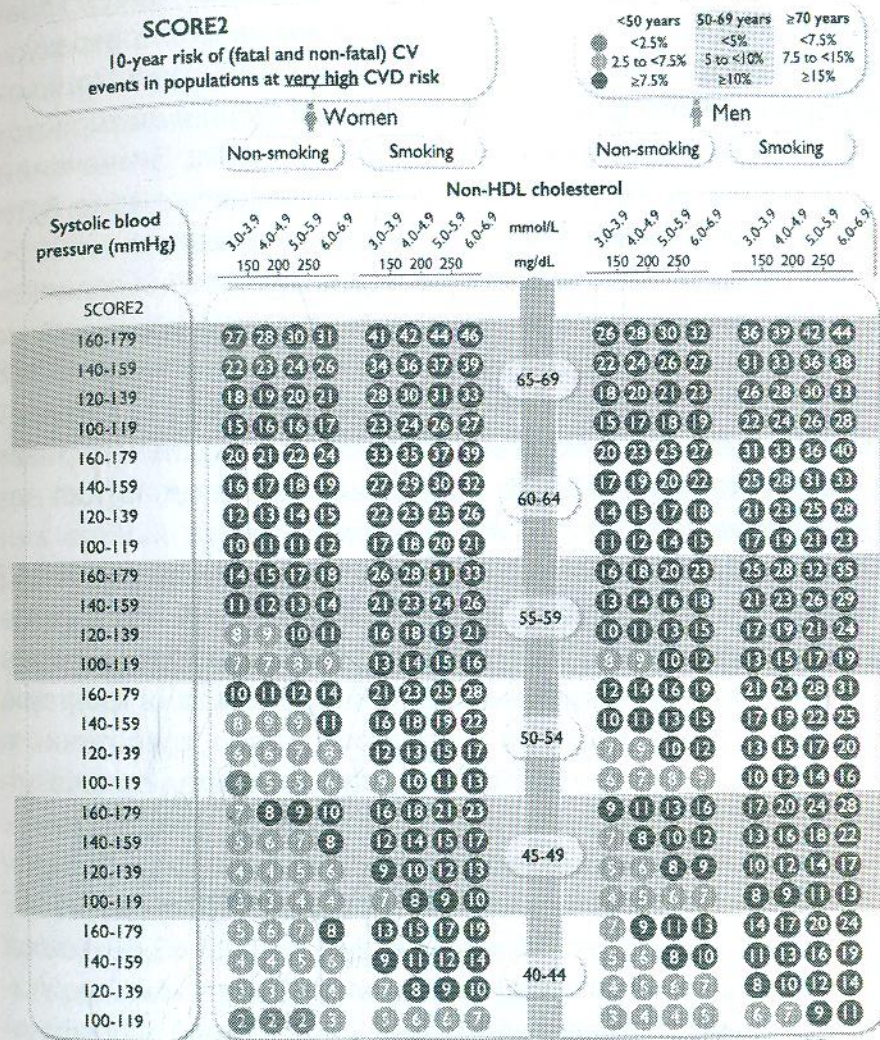


Рис. 1. Оцінка ризику розвитку ССЗ у найближчі 10 років життя для країн Європи з дуже високим серцево-судинним ризиком

високої щільності (не-ЛПВЩ), який відображає вміст у крові атерогенних фракцій холестерину. Формула для розрахунку: не-ЛПВЩ = ЗХС – ХС ЛПВЩ. Для стратифікації серцево-судинного ризику в осіб, які мешкають в Україні, використовується шкала для країн дуже високого ризику. Визначений за системою SCORE-2 серцево-судинний ризик може бути **низьким, помірним, високим або дуже високим**.

Шкалою SCORE-2 користуються для визначення серцево-судинного ризику лише в так званих «практично» здорових осіб, тобто в тих пацієнтів, які не мають атеросклеротичних ССЗ, цукрового діабету, хронічної хвороби нирок і сімейної гіперхолестеринемії. Стратифікація серцево-судинного ризику в цих категорій пацієнтів ґрунтується на критеріях, що наведені нижче.

1. У пацієнтів із ЦД 2-го типу та пацієнтів із ЦД 1-го типу, старших за 40 років, **помірний** ризик має місце в разі гарно контрольованого діабету тривалістю <10 років без ознак ураження органів-мішеней і додаткових факторів СС-ризик; **високий** – за відсутності атеросклеротичного ССЗ та/або за наявності значущого ураження органів-мішеней і в разі невідповідності критеріям помірному ризику; **дуже високий** – за наявності атеросклеротичного ССЗ та/або ураження органів-мішеней: рШКФ <45 мл/хв/1,73 м² незалежно від наявності альбумінурії; рШКФ 45-59 мл/хв/1,73 м² і мікроальбумінурії (співвідношення альбумін/креатинін 30-300 мг/г); макроальбумінурія (протеїнурія) (співвідношення альбумін/креатинін >300 мг/г); наявність мікровазкулярного ураження щонайменше 3 різних локалізацій (наприклад, мікроальбумінурія + ретинопатія + нейропатія).

2. Пацієнти із сімейною гіперхолестеринемією мають **високий ризик** розвитку ССЗ.

3. У пацієнтів із ХХН без цукрового діабету **високий** ризик має місце за наявності помірно виразної ХХН (рШКФ 30-44 мл/хв/1,73 м² і САК <30 мг/г; або рШКФ 45-59 мл/хв/1,73 м² і САК 30-300 мг/г; або рШКФ >60 мл/хв/1,73 м² і САК >300 мг/г), **дуже високий** – за наявності важкої ХХН (рШКФ <30 мл/хв/1,73 м²; або рШКФ 30-44 мл/хв/1,73 м² і САК >30 мг/г).

4. Пацієнти із встановленим атеросклеротичним ССЗ, клінічно значущим або наявним за даними візуалізації, мають **дуже високий ризик** розвитку ССЗ. Клінічно документовані атеросклеротичні ССЗ включають: інфаркт міокарда, гострий коронарний синдром, ревазуляризацію коронарних артерій та/або інших артерій; інсульт, транзиторну ішемічну атаку, аневризму аорти, захворювання периферичних артерій. Документований наявний атеросклероз за даними візуалізації включає атеросклеротичні бляшки за даними коронарної ангіографії або УЗД сонних артерій чи комп'ютерної томографії.

Встановлений за шкалою SCORE-2 і вищенаведеними критеріями ризик розвитку ССЗ лежить в основі визначення цільового рівня ХС ЛПНЩ у пацієнтів та прийняття рішень про необхідність призначення медикаментозної терапії дисліпідемії, а саме ініціації статинотерапії.

Однак серцево-судинний прогноз у пацієнтів з АГ визначається не лише сукупністю класичних факторів серцево-судинного ризику та наявністю супутніх ССЗ. Наявність асимптомного ураження органів-мішеней унаслідок підвищеного АТ значно підвищує ризик розвитку ССЗ. Враховуючи наявність додаткових факторів ризику, для пацієнтів з АГ запро-