

Артеріальна гіпертензія: Сучасна парадигма діагностики, стратифікації ризиків та терапевтичного менеджменту

Вступ

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається провідним модифікованим фактором ризику серцево-судинної захворюваності та передчасної смертності в глобальному масштабі. Згідно з актуальними рекомендаціями **ESC/ESH (Європейського товариства кардіологів та гіпертензії)**, підхід до лікування змістився від простого зниження цифр артеріального тиску (АТ) до комплексного управління кардіоваскулярним ризиком та захисту органів-мішеней.

1. Етіопатогенез: Багатофакторний механізм

Розвиток гіпертонічної хвороби (есенціальної АГ) розглядається як результат складної взаємодії генетичного поліморфізму та екзогенних тригерів:

- **Нейрогуморальна дисрегуляція:** Стійка гіперактивація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) та симпатoadреналової системи (САС).
- **Ендотеліальна дисфункція:** порушення балансу між вазодилатуючими (NO, простагліні) та вазоконстрикторними (ендотелін-1) факторами.
- **Метаболічний компонент:** Взаємозв'язок гіперінсулінемії та натрійуретичної функції нирок, що призводить до волемічного перевантаження.
- **Структурне ремоделювання:** Проліферація гладком'язових клітин судинної стінки, що підвищує загальний периферичний судинний опір (ЗПСО).

2. Сучасна класифікація та діагностичні критерії

Відповідно до протоколів, діагноз АГ встановлюється при стабільному підвищенні офісного АТ **≥140/90 мм рт. ст.** Важливим етапом є класифікація за ступенями:

- **I ступінь:** 140–159 / 90–99 мм рт. ст.
- **II ступінь:** 160–179 / 100–109 мм рт. ст.
- **III ступінь:** ≥180 / ≥110 мм рт. ст.
- **Ключовий аспект:** Оцінка ураження органів-мішеней (УОМ), зокрема виявлення гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), мікроальбумінурії та змін на очному дні, є вирішальною для визначення прогнозу пацієнта.

3. Фармакотерапевтична стратегія: Доказова база

Сучасна тактика передбачає ранній початок комбінованої терапії (часто у формі **фіксованих комбінацій — Single Pill Combination**) для покращення прихильності пацієнта до лікування (комплаєнсу).

Основні класи препаратів:

- **Блокатори РААС (ІАПФ та БРА):** Забезпечують виражену органопротекцію (нефро- та кардіопротекція).
 - **Антагоністи кальцію (АК):** Дигідропіридинові похідні (амлодипін, лерканідипін) мають потужний вазодилатуючий ефект та метаболічну нейтральність.
 - **Тіазидоподібні діуретики:** Ефективні для контролю волемічного статусу, особливо у пацієнтів похилого віку.
 - **β-адреноблокатори:** Призначаються за наявності специфічних показань (ІХС, хронічна серцева недостатність, контроль ЧСС).
- **4. Немедикаментозна корекція та модифікація способу життя**

Ефективність терапії безпосередньо залежить від корекції способу життя:

- **Дієтотерапія:** Впровадження протоколу **DASH** (Dietary Approaches to Stop Hypertension), обмеження натрію до <5 г/добу.
- **Фізична активність:** Аеробні навантаження помірної інтенсивності (150 хв на тиждень).
- **Контроль ваги:** Цільовий ІМТ <25 кг/м².

Висновок

Сучасний погляд на гіпертонічну хворобу вимагає від лікаря та пацієнта переходу до персоніфікованої медицини. Застосування інноваційних молекул та фіксованих комбінацій дозволяє не лише досягати цільових рівнів АТ, але й радикально знижувати ризики фатальних серцево-судинних подій, забезпечуючи пацієнту активне довголіття.