

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=ebm00072&format=pdf>

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

Настанова 00072. Медикаментозне лікування артеріальної гіпертензії

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>

Автор: Matti Nikkilä

Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen

Дата останнього оновлення: 2018-06-26

Основні відомості

- Фактори, які необхідно враховувати при прийнятті рішення щодо медикаментозного лікування артеріальної гіпертензії:
 - тяжкість гіпертензії
 - наявність ушкодження органів
 - супутні захворювання та поточні лікарські засоби (табл. [табл. T1])
 - персональні дані, такі як вік і стать
 - витрати на лікарські засоби
 - доказові дані щодо прогнозів.
- Середнє зниження значень артеріального тиску (АТ) подібне у еквівалентних доз інгібіторів АПФ, блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА), бета-блокаторів, діуретиків та блокаторів кальцієвих каналів, і всі вони добре переносяться у малих дозах. Лікування цими засобами зменшує частоту серцево-судинних подій [доказ 00694 A].

- Побічні ефекти, особливо діуретиків, бета-блокаторів та блокаторів кальцієвих каналів частіше пов'язані з більш високими дозами.
- АТ можна знизити за допомогою інгібітора реніну аліскірену, антагоністів альдостерону, альфа-блокатора празозину, препаратів центральної дії клонідину та моксонідину, які регулюють функціонування симпатичної нервової системи; однак, наукових доказів щодо їх впливу на серцево-судинні події немає.

Коментар експерта. Лікарський засіб празозин станом на 13.05.2019 в Україні не зареєстрований

- Ефективність та переносимість лікарських препаратів можна покращити, використовуючи комбінацію кількох препаратів у малих дозах.
 - Комбінація двох препаратів знижує АТ ефективніше, ніж подвоєння дози одного препарату.
 - Більшість пацієнтів потребують комбінації лікарських засобів для досягнення мети лікування.
- Лікування починається безпосередньо з комбінації лікарських засобів (2–4 препаратів) у пацієнтів з високим ризиком та коли АТ помітно підвищений ($> 180/110$ мм рт.ст.).

Коментар експерта. Лікарський засіб лабеталол станом на 13.05.2019 в Україні не зареєстрований

Таблиця Т1. Приклади застосування антигіпертензивних препаратів першого ряду при різних станах та особливих обставинах. Джерело: Фінський посібник з поточного догляду; Гіпертензія, 2014 (зі змінами та доповненнями) [веб|<http://www.kaupahoito.fi...>]

Стан	Антигіпертензивні препарати першого ряду
<i>Без ураження органів-мішеней</i>	
Неускладнена артеріальна гіпертензія	Інгібітор АПФ, блокатор РА, блокатор кальцієвих каналів, діуретик, бета-блокатор *
<i>Ураження цільового органу / серцево-судинні захворювання</i>	
Гіпертрофія лівого шлуночка	Інгібітор АПФ, блокатор РА, блокатор кальцієвих каналів, сечогінний засіб
Мікроальбумінурія або протеїнурія	Інгібітор АПФ, блокатор РА
Пошкодження нирки без альбумінурії	Інгібітор АПФ, блокатор РА; інші лікарські засоби, за потреби, включаючи діуретики (фуросемід, якщо ШКФ < 30 мл / хв / $1,73 \text{ м}^2$)
Інсульт в анамнезі	Інгібітор АПФ, блокатор РА, блокатор кальцієвих каналів, сечогінний засіб
* У поєднанні з гіперкінезією, симпатикотонією або стресом	

Стан	Антигіпертензивні препарати першого ряду
<i>Без ураження органів-мішеней</i>	
Інфаркт міокарду в анамнезі	Бета-блокатор, інгібітор АПФ (блокатор РА, якщо інгібітор АПФ неможливий)
Симптомний перебіг ішемічної хвороби серця	Бета-блокатор, блокатор кальцієвих каналів, інгібітор АПФ
Серцева недостатність	Інгібітор АПФ, блокатор РА, сечогінний засіб, бета-блокатор, антагоніст альдостерону
<i>Фібриляція передсердь</i>	
• Повторюється	Блокатор РА, інгібітор АПФ, бета-блокатор
• Постійно	Бета-блокатор, верапаміл (зверніть увагу на те, що ці два агенти не слід комбінувати)
Захворювання периферичних судин	Інгібітор АПФ, блокатор кальцієвих каналів
<i>Особливі ситуації</i>	
Діабет	Інгібітор АПФ, блокатор РА, блокатор кальцієвих каналів, сечогінний засіб
Гіпертензія під час вагітності	Бета-блокатор, комбінація альфа- і бета-блокаторів (лабеталол), блокатор кальцієвих каналів
Астма	Блокатор кальцієвих каналів, блокатор РА, діуретик
* У поєднанні з гіперкінезією, симпатикотонією або стресом	

Інгібітор АПФ [доказ 02659 |A] [доказ 03648 |A] [доказ 06209 |A] [доказ 04982 |A] [доказ 00016 |A]

- Інгібітор АПФ — найбільш прийнятний початковий препарат для багатьох пацієнтів. Він дуже ефективний при високій концентрації реніну в плазмі, наприклад, при тривалому застосуванні діуретика. Супутнє призначення блокатора кальцієвих каналів або діуретика значно підвищує ефективність інгібітора АПФ.
- Антигіпертензивні препарати для хворих на цукровий діабет або захворювання нирок повинні завжди включати інгібітор АПФ або блокатор РА.
- Інгібітори АПФ покращують загальний прогноз для пацієнтів з артеріосклерозом, тому інгібітори АПФ і блокатори РА рекомендовані як антигіпертензивні препарати першого ряду для цих пацієнтів.
- Інгібітор АПФ слід призначати разом з бета-блокатором усім пацієнтам з ішемічною хворобою серця та гіпертензією.

Препарати та дозування

- Еналаприл 10–40 мг/день
- Квінаприл 10–40 мг/день
- Лізиноприл 10–40 мг/день
- Периндоприл 5–10 мг/день
- Раміприл 2.5–10 мг/день

Побічні ефекти

- Кашель у 20% пацієнтів
- Висип
- Абдомінальні скарги
- Запаморочення
- Головний біль
- Порушення смаку
- Ангіоедема [настанова 00300] Спадковий ангіоневротичн...

Протипоказання

- Двосторонній стеноз ниркової артерії або стеноз артерії, що живить єдину нирку
- Ниркова недостатність у літніх людей:
 - Якщо лікування розпочато, потрібно уважно стежити за вмістом калію та креатиніну (перша перевірка повинна бути проведена через тиждень після початку лікування).
- Тяжкий нелікований стеноз аорти або мітрального клапана
- Вагітність
- Ангіоневротичний набряк

Застереження

- Калій та креатинін плазми слід перевіряти через місяць після початку лікування. Якщо пацієнт має ознаки чи симптоми атеросклерозу периферичних судин або ниркової недостатності, перша перевірка повинна бути проведена через тиждень після початку лікування.

- Якщо у пацієнта літнього віку креатинін в плазмі збільшується до рівня вище 150 мкмоль/л або вище 180 мкмоль/л, слід зробити переоцінку дози і призначення загалом та, можливо, відмінити препарат. Див. також статтю [настанова 00075] [Вторинна гіпертензія].

Блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) [доказ 00804] [A]

[доказ 06208] [B] [доказ 01797] [B] [доказ 01798] [B]

- БРА впливають на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, але у спосіб, який відрізняється від інгібітора АПФ.
- Вони придатні для пацієнтів, у яких розвиваються несприятливі ефекти інгібітора АПФ.
- Препарати та дозування
 - Лосартан 50–100 мг один раз на день
 - Валсартан 80–320 мг один раз на день
 - Кандесартан 8–32 мг один раз на день
 - Епросартан 600 мг один раз на день
 - Телмісартан 40–80 мг один раз на день
 - Олмесартан 10–40 мг один раз на день
- Ефект БРА може бути значно збільшений шляхом додавання діуретика.
- БРА добре переносяться. Побічні ефекти помірні.
- Альтернатива для пацієнтів, у яких інгібітор АПФ викликає кашель.
- Протипоказання такі ж, як для інгібітора АПФ.
- Контроль за креатиніном та електролітами, як для інгібітора АПФ.

Діуретики [доказ 03600] [A] [доказ 06457] [C] [доказ 06456] [B]

- Діуретики частково придатні для літніх жінок (профілактика остеопорозу за допомогою тіазидного діуретика [доказ 03105] [C]) та для пацієнтів із ознаками затримки солі та рідини або з набряками, пов'язаними з серцевою недостатністю. Вони також можуть використовуватись в комбінації з іншими антигіпертензивними препаратами.

Препарати та дозування

- Гідрохлоротіазид 12,5–25 мг один раз на день. Початкова доза для літніх пацієнтів становить 12,5 мг/день.
- Амilorид завжди використовується як добавка до гідрохлоротіазиду, за умови, що рівень креатиніну є нормальним і немає ризику гіперкаліємії. Слід уникати гіпокаліємії, особливо якщо пацієнт має хвороби серця або приймає дигоксин.
- Індапамід (модифіковане вивільнення) 1,5 мг на добу є альтернативою гідрохлоротіазиду. Проте, при застосуванні індапаміду, порівняно з невеликими дозами тіазидів, не виявлено виражених переваг і у деяких пацієнтів індапамід може спричинити серйозний дисбаланс електролітів.
- Фуросемід застосовують лише при нирковій недостатності (креатинін плазми > 150 мкмоль/л).

Побічні ефекти (при досить високих дозах) [доказ] [02100] [C]

- Гіпокаліємія, гіпонатріємія
- Гіпомагнійємія
- Гіперурикемія
- Гіперглікемія
- Зростання концентрації тригліцеридів, та зменшення ЛПВЩ-холестерину. На практиці вплив на ліпіди незначний.
- У деяких пацієнтів спостерігається підвищена резистентність до інсуліну.

Протипоказання

- При нирковій недостатності слід уникати калійзберігаючих діуретиків через ризик гіперкаліємії.
- Вони не є препаратами першого ряду для пацієнтів з
 - подагрою або гіперурикемією
 - метаболічним синдромом або діабетом.

Застереження

- Калій і натрій плазми слід перевіряти через 1–2 місяці після початку лікування. Якщо концентрація є нормальною, достатньо проводити контроль один раз на рік.

Блокатори кальцієвих каналів [доказ 06759] [C]

- Блокатори кальцієвих каналів придатні для людей похилого віку, фізично активних пацієнтів та хворих з ішемічною хворобою серця, коли бета-блокатори протипоказані. Ефект зниження АТ хороший, особливо у пацієнтів похилого віку.
- Блокатори кальцієвих каналів не вимагають лабораторних аналізів для контролю за безпекою лікування.
- Дигідропіридин в якості блокатора кальцієвих каналів може полегшити симптоми ураження кінцівок при хворобі Рейно [доказ 05010] [B].
- Ділтiazем і верапаміл можуть запобігати аритмії передсердь і уповільнити шлуночковий ритм при фібриляції передсердь.

Препарати та дозування

Блокатори кальцієвих каналів з судинними ефектами (похідні дигідропіридину) [доказ 04821] [A] [доказ 02721] [B]

- Амлодипін 5–10 мг/день
- Фелодипін 5–10 мг/день
- Ізрадипін 5–10 мг/день

Коментар експерта. Лікарський засіб ізрадипін станом на 13.05.2019 в Україні не зареєстрований

- Лерканідипін 10–20 мг/день
- Ніфедипін 20–60 мг/день
- Нілвадипін 8–16 мг/день

Коментар експерта. Лікарський засіб нілвадипін станом на 13.05.2019 в Україні не зареєстрований

- Нісолдипін 10–40 мг/день

Коментар експерта. Лікарський засіб нісолдипін станом на

13.05.2019 в Україні не зареєстрований

Блокатори кальцієвих каналів з переважно серцевими ефектами

- Дилтіазем 180–360 мг/день
- Верапаміл 120–480 мг/день

Побічні ефекти [доказ 00055][A]

- Головний біль
- Запаморочення
- набряк ніг
- Гіперемія та еритема шкіри
- Гіперплазія ясен
- Закреп
- Порушення провідності серця

Протипоказання

- Верапаміл непридатний для використання в комбінації з бета-блокаторами.
- Верапаміл та дилтіазем не слід застосовувати при серцевій недостатності та АВ-блокаді.

Бета-блокатори (бета-адреноблокатори) [доказ 05440][B] [доказ 06663][B]

[доказ 04820][A] [доказ 07405][C]

- Бета-блокатор — антигіпертензивний препарат першого ряду для пацієнтів з ішемічною хворобою серця або іншими показаннями до застосування бета-блокатора, наприклад аритміями. Вони придатні для молодих гіперактивних пацієнтів, у яких спостерігаються симптоми стресу, такі як пітливість, емоційне напруження та серцебиття. Вони також можуть використовуватись в комбінації з іншими антигіпертензивними препаратами. У деяких пацієнтів бета-блокатори можуть знижувати АТ ефективніше за інші препарати.
- Карведіол і лабеталол можуть спричиняти постуральну гіпотензію у літніх пацієнтів.

- Високоселективні бета-блокатори замінили неселективні та менш селективні бета-блокатори.

Препарати та дозування

- Високоселективні бета-блокатори найкраще переносяться і не впливають на ліпіди.
 - Бісопролол 5–10 мг один раз на день
 - Бетаксолोल 10–20 мг один раз на день
- Переносимість та ефективність є кращими у селективних бета-блокаторів, ніж у неселективних.
 - Метопролол 100–200 мг/день
 - Небіволол 5 мг/день (також має судинорозширювальну дію)
- Альфа- та бета-блокатори (судинорозширювальна дія)
 - Карведилол 25 мг один раз на день
 - Лабеталол 200–800 мг/день

Побічні ефекти [доказ [В] [00479]] [доказ [В] [00793]]

- Брадикардія
- Погіршення нестабільної серцевої недостатності.
 - Проте, в комбінації з інгібітором АПФ та діуретиком бета-блокатори (бісопролол, карведилол, метопролол, небіволл) знижують смертність від ССЗ та потребу в госпіталізації пацієнтів з серцевою недостатністю. Отже, серцева недостатність є показанням для бета-блокатора. Лікування бета-блокатором слід розпочати з невеликої дози і цю дозу слід повільно збільшувати.
- Порушення провідності, синдром слабкості синусового вузла
- Бета-блокатори можуть загострювати симптоми вираженої оклюзії периферичних артерій, але вони можуть застосовуватися при помірному перебігу захворювань периферичних артерій.
- Астма (в разі крайньої необхідності слід вибрати високоселективний бета-1-блокатор або бета-2-агоніст).
- Розлади сну
- Гіпоглікемія при цукровому діабеті (симптоми маскуються!)
- Зниження толерантності до фізичних навантажень, втома, імпотенція

Абсолютні та відносні несприятливі ефекти [доказ L05924 |B]

- Див. побічні ефекти вище.
- Слід уникати застосування бета-блокаторів, особливо з діуретиком, як препаратів першої лінії у пацієнтів з метаболічним синдромом або підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету.

Симпатолітичні засоби центральної дії

- Використання старих симпатолітичних засобів знизилося через їх численні несприятливі наслідки (вони використовуються як альтернативні препарати у випадках, коли інші лікарські засоби непридатні).

Препарати

- Клонідин 75–150 мкг тричі на день
- Моксонідин 0,2–0,4 мг один раз на день, максимальна доза 0,6 мг на день в розділених дозах (тобто 0,4 мг+ 0,2 мг)

Антагоністи альдостерону [доказ L06718 |C]

- Ефективні при гіперальдостеронізмі
- Поліпшення прогнозу пацієнтів з серйозною серцевою недостатністю [доказ L02884 |A].
- При стійкій гіпертензії спіронолактон (12,5–25 мг/день) може бути ефективним, але його слід застосовувати обережно, ретельно контролюючи концентрацію калію та креатиніну, якщо пацієнт також використовує інгібітор АПФ або БРА.
- Концентрацію калію в плазмі слід ретельно контролювати.

Інші судинорозширювальні препарати [доказ L06455 |C]

- Використання цих препаратів знизилося, оскільки блокатор кальцієвих каналів і інгібітор АПФ також мають судинорозширювальні ефекти (вони використовуються як альтернативні лікарські засоби в тих випадках, коли інші лікарські засоби непридатні).
- Празозин

- Побічні ефекти: постуральна гіпотензія, набряк, часте сечовипускання, пріапізм, серцебиття.

Інгібітор реніну [доказ 06207 В]

- Аліскірен 150–300 мг один раз на день
- Може використовуватися в комбінації з кількома іншими антигіпертензивними препаратами.
- Одночасне застосування з інгібітором АПФ або БРА не рекомендоване і протипоказане пацієнтам із діабетом або з помірною чи важкою нирковою недостатністю.

Поєднання антигіпертензивних препаратів

- Див. зображення [зображення 00779] [Combinations of antihype...].
- Гіпертонічний криз: дивись [настанова 00069] [Гіпертензія: обстеження ...]

Мета

- Для посилення комплементарного механізму дії різних антигіпертензивних препаратів
- Для зменшення побічних ефектів
- Для покращення результатів лікування

Кращі комбінації

- Інгібітор АПФ або БРА та блокатор кальцієвих каналів
- Інгібітор АПФ або БРА та діуретик (або обмеження солі до менше ніж 5 г на добу)
- Бета-блокатор і блокатор кальцієвих каналів дигідропіридин
- Блокатор кальцієвих каналів і діуретик

Можливі комбінації

- Бета-блокатор та діуретик (або обмеження солі до менше ніж 5 г на добу)
 - Не слід застосовувати як препарат першого ряду для пацієнтів з метаболічним синдромом [настанова 00498] [Метаболічний синдром].

- Бета-блокатор та інгібітор АПФ
 - Не є оптимальною комбінацією щодо антигіпертензивного ефекту, але її можна використовувати, якщо цей засіб не призначено з інших причин (наприклад, ішемічна хвороба серця та серцева недостатність є показаннями до призначення бета-блокатора).

Комбінації, яких слід уникати

- Бета-блокатор і верапаміл або дилтіазем
 - Може спричинити надмірну брадикардію, гіпотензію або серцеву недостатність у літніх пацієнтів та у пацієнтів з порушенням функції міокарда.
- Комбінація препаратів, що пригнічують систему ренін-ангіотензин (БРА, інгібітор АПФ, інгібітори реніну, антагоністи альдостерону) не слід застосовувати при лікуванні гіпертонії, оскільки вони збільшують частоту побічних ефектів, не зменшуючи серцево-судинних подій.

Потрійна терапія

- Діуретик, інгібітор АПФ/БРА, блокатор кальцієвих каналів/бета-блокатор
- Бета-блокатор, судинорозширювальний блокатор кальцієвих каналів та діуретик

Комбінації з чотирьох-п'яти препаратів

- Діуретик, інгібітор АПФ/БРА, блокатор кальцієвих каналів, бета-блокатор
- За необхідності може бути доданий симпатолітичний препарат центральної дії (моксонідин, клонідин).
- Спіронолактон є ефективним додатковим препаратом при гіперальдостеронізмі і часто може замінити інгібітор АПФ.

Зниження або припинення прийому антигіпертензивних препаратів

Принципи

- Може розглядатися при легкій неускладненій гіпертензії, якщо протягом 12 місяців АТ залишається меншим за 120/80 мм рт.ст. при застосуванні медикаментозної терапії та зміни способу життя.
- Після зменшення дози слід щомісяця перевіряти АТ. Після припинення лікування слід перевіряти АТ щомісяця протягом 6 місяців, а потім постійно кожні 3–4 місяці, оскільки гіпертензія часто рецидивує протягом багатьох років.
- Небезпека відміни медикаментозного лікування є мінімальною за умови відсутності нехтування подальшим спостереженням. Потреба у відновленні лікування зазвичай стає очевидною протягом 2–3 місяців, але іноді лише через кілька років.
- Постійні модифікації способу життя мають важливе значення.

Причини зниження або відміни прийому препаратів

- Вихід на пенсію або зменшення стресу.
- Втрата маси тіла
- Позитивні зміни в інших факторах, що сприяють гіпертонії.
- Показання до початку антигіпертензивного лікування були недоречними
- Старіння та госпіталізація у заклад, що забезпечує довгостроковий стаціонарний догляд, часто «виліковують» неускладнену гіпертонію. У цих випадках діуретики, зокрема, можуть легко призвести до ортостатичної гіпотензії та інших несприятливих ефектів, які погіршують якість життя.
- Серцева недостатність після інфаркту міокарда

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00057] [Drug treatment for hyper...]
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00057] [Drug treatment for hyper...]
- Клінічні настанови [пов'язані 00057] [Drug treatment for hyper...]

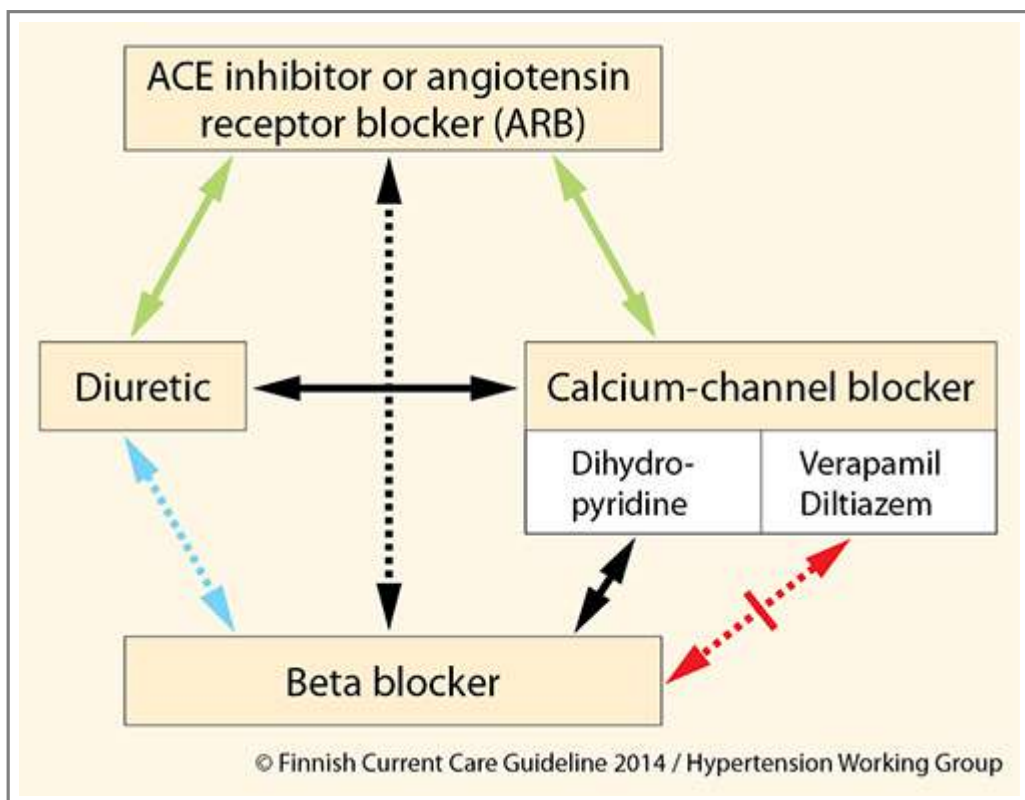
- Література пов'язані
[00057] [Drug treatment for hyper...]

Настанови

- [Настанова 00300](#). Спадковий ангіоневротичний набряк (САН) та ангіоневротичний набряк, індукований інгібіторами АПФ.
- [Настанова 00075](#). Вторинна гіпертензія.
- [Настанова 00069](#). Гіпертензія: обстеження та стартове лікування.
- [Настанова 00498](#). Метаболічний синдром.

Зображення

- [Зображення 00779](#). Combinations of antihypertensive drugs.



Автори та власники авторських прав: Finnish Current Care Guidelines Hypertension Working Group Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00694](#). Different antihypertensive agents as first line therapies.
Дата оновлення: 2018-05-11
Рівень доказовості: A
Резюме: Hypertension treatment with ACE-inhibitors, angiotensin-receptor blockers, beta blockers, calcium channel blockers, or low dose diuretics decreases cardiovascular events.
- [Доказовий огляд 02659](#). Reversal of left ventricular hypertrophy in essential hypertension.
Дата оновлення: 2015-12-21
Рівень доказовості: A
Резюме: Antihypertensive treatment reduces left ventricular mass. ACE inhibitors may be more effective than beta-blockers or diuretics.
- [Доказовий огляд 03648](#). ACE inhibitors and other antihypertensive drugs in patients with type 2 diabetes.
Дата оновлення: 2003-02-05
Рівень доказовості: A
Резюме: ACE inhibitors reduce the risk of myocardial infarction, cardiovascular events and all-cause mortality in hypertensive patients with type 2 diabetes.
- [Доказовий огляд 06209](#). Blood pressure lowering efficacy of ACE inhibitors.
Дата оновлення: 2008-10-14
Рівень доказовості: A
Резюме: The blood pressure (BP) lowering effect of ACE inhibitors is modest (-8/-5 mm Hg) and there appears to be no clinically meaningful BP lowering differences between different ACE inhibitors.
- [Доказовий огляд 04982](#). Antihypertensive agents for preventing diabetic kidney disease.
Дата оновлення: 2013-04-17
Рівень доказовості: A
Резюме: Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEi) are effective for the prevention of new onset diabetic kidney disease and death in normoalbuminuric people with diabetes.
- [Доказовий огляд 00016](#). ACE inhibitors and progression of non-diabetic renal disease.
Дата оновлення: 2017-09-16
Рівень доказовості: A
Резюме: ACE inhibitors are more effective than other antihypertensive agents in reducing the development of end-stage non-diabetic renal disease.
- [Доказовий огляд 00804](#). Efficacy of angiotensin II antagonists for hypertension.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: All angiotensin II antagonists produce comparable efficacy for hypertension.
- [Доказовий огляд 06208](#). Blood pressure lowering efficacy of angiotensin receptor blockers for primary hypertension.
Дата оновлення: 2008-10-14
Рівень доказовості: B
Резюме: Blood pressure (BP) lowering effect of angiotensin receptor blockers (ARBs)

as a class appears to be modest (-8/-5 mm Hg) and 60 to 70% of this trough BP lowering effect occurs with recommended starting doses. There may not be clinically meaningful BP lowering differences between available ARBs.

- [Доказовий огляд 01797](#). Losartan versus atenolol for diabetic hypertensive patients with LVH.
Дата оновлення: 2003-08-07
Рівень доказовості: B
Резюме: Losartan appears to be more effective than atenolol in reducing cardiovascular morbidity and mortality as well as mortality from all causes in patients with hypertension, diabetes, and LVH.
- [Доказовий огляд 01798](#). Losartan versus atenolol for hypertensive patients with LVH.
Дата оновлення: 2003-08-07
Рівень доказовості: B
Резюме: Losartan appears to prevent slightly more cardiovascular morbidity than atenolol in patients with LVH
- [Доказовий огляд 03600](#). Treatment of non-malignant hypertension and risk of renal dysfunction.
Дата оновлення: 2007-08-23
Рівень доказовості: A
Резюме: Treatment of non-malignant hypertension with diuretics and adrenergic blockers does not decrease the risk of renal dysfunction.
- [Доказовий огляд 06457](#). Blood pressure lowering efficacy of loop diuretics for primary hypertension.
Дата оновлення: 2015-10-07
Рівень доказовості: C
Резюме: Blood pressure lowering effect of loop diuretics may be modest (-8/-4 mmHg).
- [Доказовий огляд 06456](#). Diuretics as second-line therapy for primary hypertension.
Дата оновлення: 2009-10-29
Рівень доказовості: B
Резюме: Thiazides appear to produce a dose related additive blood pressure lowering effect when given as the second drug for hypertension.
- [Доказовий огляд 03105](#). Thiazide diuretics and fractures.
Дата оновлення: 2011-11-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Thiazide users may have over 20% reduction of hip fracture risk.
- [Доказовий огляд 02100](#). Non-potassium sparing diuretics and risk of sudden death.
Дата оновлення: 2003-08-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Non-potassium sparing diuretics may be associated with a slight increase in the incidence of sudden cardiac death in hypertensive patients.
- [Доказовий огляд 06759](#). Calcium channel blockers versus other classes of drugs for hypertension.
Дата оновлення: 2010-11-25
Рівень доказовості: C
Резюме: First-line CCBs may not be significantly different from any of the other classes of antihypertensive drugs for total mortality. First-line CCBs may have a harmful effect on the outcome of congestive heart failure.

- [Доказовий огляд 05010](#). Nifedipine for Raynaud's phenomenon.
Дата оновлення: 2016-03-03
Рівень доказовості: B
Резюме: Nifedipine appears to be more effective than placebo in reducing the frequency and severity of ischaemic attacks in the treatment of primary Raynaud's phenomenon, but causes more adverse effects.
- [Доказовий огляд 04821](#). Amlodipine adding perindopril versus atenolol adding bendroflumethiazide for hypertension.
Дата оновлення: 2005-10-31
Рівень доказовості: A
Резюме: An amlodipine-based regimen adding perindopril prevented more major cardiovascular events and induced less diabetes than an atenolol-based regimen adding bendroflumethiazide, although the result was not significant for the primary endpoint (non-fatal myocardial infarction and fatal coronary heart disease (CHD)).
- [Доказовий огляд 02721](#). Safety of nifedipine in patients with hypertension.
Дата оновлення: 2003-08-11
Рівень доказовості: B
Резюме: Nifedipine in sustained- and extended-release formulations appears to be safe when used in combination with other drugs (diuretics or beta-blockers) in patients with mild or moderate hypertension.
- [Доказовий огляд 00055](#). Adverse effects of hypertensive agents.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Calcium channel blockers are as safe as beta blockers with respect to serious adverse effects. Headache and oedema are more common with calcium channel blockers than with diuretics, and flushing are more common with calcium channel blockers than with beta blockers.
- [Доказовий огляд 05440](#). Beta-blockers for hypertension.
Дата оновлення: 2017-03-01
Рівень доказовості: B
Резюме: Beta-blockers as first-line drugs in hypertension appear not to reduce total mortality or the risk of coronary heart disease but may lead to modest reductions in the risk of stroke as compared to placebo or no treatment. There is a trend towards worse outcomes with beta-blockers in comparison with calcium-channel blockers, renin-angiotensin system inhibitors and thiazide diuretics. Conclusions are mainly based on trials with atenolol.
- [Доказовий огляд 06663](#). Beta-blockers as second-line therapy for primary hypertension.
Дата оновлення: 2010-05-18
Рівень доказовості: B
Резюме: Addition of a beta-blocker to diuretics or calcium-channel blockers appears to reduces BP by 6/4mmHg at 1 times the starting dose and by 8/6 mmHg at 2 times the starting dose.
- [Доказовий огляд 04820](#). Beta-blockers against other antihypertensive drugs.
Дата оновлення: 2005-10-31
Рівень доказовості: A
Резюме: Beta-blocker (mostly atenolol) treatment for primary hypertension is associated with a higher risk of stroke than treatment with other antihypertensive agents. Compared with placebo, beta-blockers reduce the risk of stroke by 19%, which is about half that expected from previous hypertension trials.

- [Доказовий огляд 07405](#). Dual alpha and beta blockers for primary hypertension.
Дата оновлення: 2015-09-18
Рівень доказовості: C
Резюме: In patients with mild to moderate hypertension, dual alpha and beta receptor blockers may lower blood pressure by an average of -6/-4 mm Hg and reduce heart rate by 5 beats per minute compared with placebo.
- [Доказовий огляд 00479](#). Cardioselective betablockers in patients with reversible airway disease.
Дата оновлення: 2011-12-05
Рівень доказовості: B
Резюме: Cardioselective betablockers appear not to produce clinically significant adverse effects in the short term.
- [Доказовий огляд 00793](#). Effects of antihypertensive drugs on serum lipids.
Дата оновлення: 2004-02-20
Рівень доказовості: B
Резюме: The adverse effects of atenolol on plasma lipids appear to be significantly greater than those of celiprolol, enalapril, nifedipine, or doxazosin.
- [Доказовий огляд 05924](#). Antihypertensive drugs and incident diabetes.
Дата оновлення: 2008-04-15
Рівень доказовості: B
Резюме: Beta-blockers and diuretics appear to slightly increase the incidence of diabetes compared to placebo. ACE inhibitors and angiotensin-receptor blockers may slightly decrease the incidence of diabetes compared to placebo.
- [Доказовий огляд 06718](#). Spironolactone for hypertension.
Дата оновлення: 2010-08-26
Рівень доказовості: C
Резюме: Spironolactone may lower blood pressure compared to placebo in patients with primary (essential) hypertension, but there is no evidence of the effect of spironolactone on clinical outcomes in hypertensive patients.
- [Доказовий огляд 02884](#). Aldosterone receptor antagonists spironolactone and eplerenone for congestive heart failure.
Дата оновлення: 2011-01-16
Рівень доказовості: A
Резюме: Addition of aldosterone receptor antagonist to optimal medical therapy in patients with severe congestive heart failure decreases mortality and hospitalization, but may increase the risk of complications related to hyperkalemia.
- [Доказовий огляд 06455](#). Alpha blockers for primary hypertension.
Дата оновлення: 2012-11-27
Рівень доказовості: C
Резюме: Blood pressure (BP) lowering effect of alpha blockers may be modest and there seems to be no clinically meaningful BP lowering differences between different alpha blockers.
- [Доказовий огляд 06207](#). Blood pressure lowering efficacy of renin inhibitor aliskiren for primary hypertension.
Дата оновлення: 2017-07-18
Рівень доказовості: B
Резюме: Renin-inhibitor aliskiren appears to have a dose-related blood pressure lowering effect better than placebo and similar to that determined for ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers (ARBs).

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: ebm00072 Ключ сортування: 004.025 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-06-26

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 Pharmacology

Ключові слова індексу

mesh: Antihypertensive Agents mesh: Adrenergic beta-Antagonists mesh: Calcium Channel Blockers mesh: Diuretics
mesh: Hypertension mesh: nonselective beta-blocker mesh: Angiotensin II Type 1 Receptor Blockers
mesh: Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors mesh: vasodilating drug mesh: superselective adrenergic beta-antagonists
mesh: Combined Modality Therapy mesh: Drug Therapy, Combination mesh: sympatholytics mesh: Heart Failure, Congestive
mesh: loop diuretics mesh: Furosemide mesh: Renal Insufficiency mesh: Enalapril mesh: Kidney Failure
mesh: Labetalol mesh: lercanidipine mesh: Amiloride mesh: Lisinopril mesh: Amlodipine mesh: Losartan
mesh: Prazosin mesh: Acebutolol mesh: Betaxolol mesh: Isradipine mesh: Asthma mesh: Atenolol
mesh: Clonidine mesh: Metoprolol mesh: Creatinine mesh: Felodipine mesh: Nisoldipine mesh: Minoxidil
mesh: Perindopril mesh: Indapamide mesh: Captopril mesh: Nifedipine mesh: Hydrochlorothiazide mesh: Diltiazem
mesh: Ramipril mesh: Thiazides mesh: Verapamil mesh: Celiprolol Irbesartan mesh: Aged speciality: Cardiology
speciality: Internal medicine icpc-2: K86 icpc-2: K87 speciality: Pharmacology