

SCI-CONF.COM.UA

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN SCIENTIFIC RESEARCH



**PROCEEDINGS OF VII INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
FEBRUARY 19-21, 2026**

**CHICAGO
2026**

СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ НЕУСКЛАДНЕНОГО ГІПЕРТЕНЗИВНОГО КРИЗУ

Сіталенко Т. П.

Лікар КНП «Клініка «Сімейний лікар»
Широківської сільської ради, Україна

Сідь Є. В.

к. мед. н. доцент кафедри
загальної практики – сімейної медицини,
психіатрії та неврології, ННПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є глобальним викликом для сучасної медицини, охоплюючи понад 1,3 мільярда дорослих, що становить близько 31% світового населення, і залишається ключовим фактором ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Відсутність належного терапевтичного контролю артеріального тиску критично підвищує ймовірність виникнення інвалідизуючих станів, зокрема гострого інфаркту міокарда, інсульту, серцевої недостатності та уражень сітківки [1, 2].

Широка розповсюдженість артеріальної гіпертензії (АГ) зумовлює високу частоту виникнення гіпертензивних кризів (ГК) – критичних станів, що класифікуються на ускладнені та неускладнені залежно від наявності гострого ураження органів-мішеней. Неускладнений криз (Hypertensive Urgency) зазвичай характеризується підвищенням артеріального тиску (АТ) понад 180/120 мм рт. ст. без прогресуючої дисфункції внутрішніх органів, тоді як ускладнений криз (Hypertensive Emergency) супроводжується життєво небезпечними ушкодженнями систем організму. Ключовим диференціальним критерієм, що визначає подальшу терапевтичну тактику та медичний прогноз, є саме факт гострого органно-судинного ураження, а не лише кількісні показники тонометра [3, 4, 5].

Мета роботи – проаналізувати сучасну фармакотерапію неускладненого гіпертензивного кризу.

Основна частина. Фундаментальним принципом менеджменту неускладненого гіпертензивного кризу є індивідуалізація терапевтичної стратегії, яка базується на всебічному аналізі клінічного профілю пацієнта. Попри наявність уніфікованих протоколів, що визначають базовий алгоритм медичної допомоги, саме врахування специфічних коморбідних станів та персональних фізіологічних нюансів є вирішальним фактором для забезпечення високого профілю безпеки та досягнення оптимальної ефективності лікування [6].

Сучасні клінічні протоколи менеджменту неускладненого гіпертензивного кризу передбачають застосування широкого спектра пероральних засобів, вибір яких базується на механізмі їхньої дії та клінічній доцільності. Терапевтичний арсенал охоплює інгібітори АПФ (каптоприл), блокатори кальцієвих каналів (ніфедипін), а також агоністи імідазолінових рецепторів (клонідин, моксонідин). Крім того, схеми лікування можуть включати β-адреноблокатори (метопролол, пропранолол, лабеталол), петльові та тiazидні діуретики (фуросемід, торасемід, гідрохлортiazид), селективні α1-адреноблокатори (урапідил) та фіксовані комбінації антигіпертензивних препаратів для досягнення синергічного ефекту [7, 8].

Згідно з актуальними міжнародними настановами, з клінічної практики не рекомендується застосування ніфедипіну, клонідину, пропранололу, петльових діуретиків та фіксованої комбінації каптоприл/гідрохлортiazид через високий ризик неконтрольованих гемодинамічних реакцій. Сучасна стратегія ведення неускладненого ГК зміщує фокус на безпечну та поступову регресію АТ з метою превенції органних ушкоджень. Ключовим аспектом є ініціація стабільної довгострокової терапії замість агресивної симптоматичної допомоги, зокрема шляхом відмови від сублінгвального введення препаратів, яке загрожує стрімкою гіпотензією та вторинними ішемічними катастрофами [9, 10].

Відповідно до сучасних міжнародних керівництв, пріоритетним методом лікування є застосування титрованої монотерапії, що забезпечує більш контрольований темпів зниження АТ. Такий підхід дозволяє лікарю гнучко

коригувати дозування препарату індивідуально для пацієнта. Аналізуючи фармакологічні властивості та особливості застосування антигіпертензивних препаратів при неускладненому ГК на є 5 препаратів яким слід надавати перевагу [11, 12].

Каптоприл – інгібітор АПФ із швидким початком дії (15–30 хв) та короткою тривалістю ефекту (6–8 год). Його механізм полягає у блокуванні перетворення ангіотензину I в ангіотензин II, що спричиняє вазодилатацію та зниження периферичного судинного опору. Коротка дія є перевагою при ГК, оскільки дозволяє швидко оцінити ефект і скоригувати подальшу терапію [13].

Моксонідин – антигіпертензивний засіб центральної дії (стимуляція II-імідазолінових рецепторів у довгастому мозку), що знижує симпатичний тонус, периферичний опір і артеріальний тиск без вираженої рефлекторної тахікардії. Патологічно обґрунтований при ГК, пов'язаному з гіперактивацією симпатичної нервової системи [14].

Метопролол – кардіоселективний β_1 -адреноблокатор, який знижує ЧСС і АТ, зменшує потребу міокарда в кисні. Доцільний при ГК із тахікардією. Має різні пероральні форми з відмінностями у фармакокінетиці [15].

Лабеталол – комбінований α_1 - та β -адреноблокатор, що забезпечує одночасну вазодилатацію та профілактику рефлекторної тахікардії. Ефективно знижує АТ із гемодинамічною стабільністю, однак його висока вартість і відсутність у сучасних українських алгоритмах лікування обмежують застосування [16].

Уранідил – селективний α_1 -блокатор із додатковою центральною дією, що зменшує симпатичний тонус. Знижує периферичний опір та АТ, проте доказова база його застосування при неускладненому ГК є обмеженою [17].

Клінічний стан неускладненого гіпертензивного кризу не є підставою для госпіталізації пацієнта, оскільки терапевтичні задачі в переважній більшості випадків успішно вирішуються в амбулаторних умовах. Оптимальна тактика ведення таких хворих передбачає застосування пероральних антигіпертензивних засобів, що дозволяє забезпечити ефективний контроль

артеріального тиску без необхідності залучення ресурсів стаціонару [18].

Адекватна оцінка показників артеріального тиску поза межами офісу є важливим етапом діагностики, де все більшого значення набуває добове моніторування АТ (ДМАТ). Даний метод має вищу прогностичну цінність щодо серцево-судинних ризиків порівняно з офісними вимірюваннями, особливо у пацієнтів після неускладненого ГК. Будучи когортою високого ризику, такі пацієнти потребують точної оцінки 24-годинної варіабельності АТ, яку здатне забезпечити лише ДМАТ, дозволяючи об'єктивізувати добовий профіль тиску та оптимізувати подальшу стратегію лікування [19].

Таким чином, раціональна фармакотерапія неускладненого гіпертензивного кризу може відігравати фундаментальну роль у досягненні сприятливих клініко-прогностичних результатів, насамперед через запобігання гострій структурно-функціональній деградації органів-мішеней. Ефективна стратегія лікування має бути спрямована на мінімізацію ризику серцево-судинних катастроф та оптимізацію пацієнто-орієнтованих показників терапії.

У цьому контексті вибір оптимального перорального антигіпертензивного засобу потребує ретельного порівняльного аналізу ефективності різних фармакологічних класів, що дозволяє забезпечити надійну профілактику ускладнень при збереженні високого профілю безпеки.

REFERENCES

1. Popa IP, Clim A, Pînzariu AC, et al. Arterial hypertension: novel pharmacological targets and future perspectives. *Journal of Clinical Medicine*. 2024;13(19):5927. doi: 10.3390/jcm13195927
2. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The lancet*. 2021;398(10304):957-980. doi: 10.1016/S0140-

3. Goldovsky BM, Potalov SA, Serikov KV, et al. Hypertensive crises in population of large industrial city of Ukraine. *Emergency medicine*. 2017; (6): 53-56. doi: 10.22141/2224-0586.6.85.2017.111605

4. Sid EV. Epidemiology of hypertensive crises among the working-age population when provided aid at the primary health care center. The 3rd International scientific and practical conference “Modern science: trends, challenges, solutions” (October 16-18, 2025). At: Liverpool, United Kingdom. P. 35-39. doi: 10.5281/zenodo.17692171

5. Голдовський БМ, Кулінич ІА. Поширеність гіпертензивних кризів за результатами викликів бригад екстреної медичної допомоги. Scientific method: reality and future trends of researching: coll. of sci. papers “SCIENTIA” with proc. of the VII intern. sci. and theoretical conf., dec. 5, 2025. Montreal, Canada, P. 653-656.

6. Jolly H, Freel EM, Isles C. Management of hypertensive emergencies and urgencies: narrative review. *Postgraduate medical journal*. 2023;99(1169):119-126. doi: 10.1136/postgradmedj-2021-140899

7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(19):e127-e248 doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006

8. Gemme S, Meltzer AC, Byyny R, Clinical Policy: A Critical Issue in the Outpatient Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Asymptomatic Elevated Blood Pressure: Approved by the ACEP Board of Directors. *Annals of Emergency Medicine*. 2025;86(1):e1-e11. doi: 10.1016/j.annemergmed.2024.09.016

9. McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart*

Journal. 2024;45:3912-4018. doi: 10.1093/eurheartj/ehae178

10. van den Born BJH, Lip GY, Brguljan-Hitij J, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *European Heart Journal-Cardiovascular Pharmacotherapy*. 2019;5(1):37-46. doi: 10.1093/ehjcvp/pvy032

11. Harlan SS, Farrar JE. Pharmacotherapeutic Management of Hypertensive Crisis. *Physician Assistant Clinics*. 2023;8(2):293-303.

12. Bress AP, Anderson TS, Flack JM, et al. The management of elevated blood pressure in the acute care setting: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2024;81(8):e94-e106. doi: 10.1161/HYP.0000000000000238

13. Campos CL, Herring CT, Ali AN, Pharmacologic treatment of hypertensive urgency in the outpatient setting: a systematic review. *Journal of general internal medicine*. 2018;33(4):539-550. doi: 10.1007/s11606-017-4277-6

14. Schlaich MP, Tsioufis K, Taddei S, et al. Targeting the sympathetic nervous system with the selective imidazoline receptor agonist moxonidine for the management of hypertension: an international position statement. *Journal of Hypertension*. 2024;42(12):2025-2040. doi: 10.1097/HJH.00000000000003769

15. Goldovsky BM, Sid' EV. β -blockers Place in the complex treatment of persistent atrial fibrillation. *Emergency medicine*. 2014;61(6):88-92. doi: 10.22141/2224-0586.6.61.2014.83625

16. Hafsa H, Zamir A, Rasool MF, et al. Development and evaluation of a physiologically based pharmacokinetic model of labetalol in healthy and diseased populations. *Pharmaceutics*. 2022;14(11):2362. doi: 10.3390/pharmaceutics14112362

17. Slíva J. Urapidil: neznámé/známé antihypertenzivum. *Vnitřní lékařství*. 2022;68(4):253-256. PMID: 36220424

18. Chun H, Zimmerman DE, Covvey JR, et al. Initiation of oral antihypertensives in hospitalized patients with hypertensive urgency: A descriptive study. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2023;80(Supplement_3):S85-S96. doi: 10.1093/ajhp/zxac357

19. Кульбачук ОС, Сідь ЄВ, Соловійов ОВ, та ін. Клінічна роль добового моніторингу артеріального тиску для ведення пацієнтів на амбулаторному етапі. *Сучасні медичні технології*. 2025;17(2):147-151. doi: 10.14739/mmt.2025.2.324147