

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (2012)*

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

ВСТУП**

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (УКПМД) «Артеріальна гіпертензія» за своєю формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини створено відповідно до Наказу МОЗ України №795/75 від 03.11.2009 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)». УКПМД розроблено на основі клінічної настанови «Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах».

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам із підвищенням артеріального тиску (АТ), а саме:

- оцінка рівня АТ і діагностика артеріальної гіпертензії (АГ);
- стратифікація ризику для призначення диференційованої терапії;
- призначення лікування, направлено на досягнення цільового рівня АТ;
- залучення пацієнтів до поінформованої участі в процесі надання медичної допомоги.

Використання такого підходу до лікування пацієнтів з АГ рекомендується клінічними настановами:

- NICE (National Clinical Guideline Center. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 127: Methods, evidence, and recommendations. August 2011);
- Європейської Асоціації Кардіологів (European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary Fourth 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 (2007) та Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J. Hypertension 2009);
- Американського національного об'єднаного комітету (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. US department of Health and Human Service. NIH publication No 04-5230. August 2004).

А.1. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А.1.1. Діагноз. Артеріальна гіпертензія

А.1.2. Код МКХ-10: I10-I15

А.1.3. Для кого призначений протокол. Протокол призначений для лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, дільничних, лікарів-кардіологів, лікарів медицини невідкладних станів, медичного персоналу, який бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з АГ.

А.1.4. Мета. Упровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, у процес надання медичної допомоги пацієнтам з артеріальною гіпертензією в Україні.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АГ	-	артеріальна гіпертензія	МРТ	-	магніто-резонансна томографія
АК	-	антагоністи кальцію	МТ	-	маса тіла
АЛТ	-	аланінамінотрансфераза	ОМ	-	органи-мішені
АСТ	-	аспартатамінотрансфераза	ОТ	-	обхват талії
АТ	-	артеріальний тиск	ОЧП	-	органи черевної порожнини
ББ	-	бета-адреноблокатори	SAT	-	систолический артеріальний тиск
БКК	-	блокатори кальцієвих каналів	ССР	-	серцево-судинний ризик
БРА	-	блокатори рецепторів ангіотензину II	ССЗ	-	серцево-судинні захворювання
ГК	-	гіпертензивний криз	ТГ	-	тригліцериди
ДАТ	-	діастолічний артеріальний тиск	ТТГ	-	тиреотропний гормон
ДоплерКГ	-	доплер-ехокардіографія	ТД	-	тіазидний діуретик
ЕКГ	-	електрокардіографія	УЗД	-	ультразвукове дослідження
ЕхоКГ	-	ехокардіографія	УКПМД	-	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЗАК	-	загальний аналіз крові	УОМ	-	ураження органів-мішеней
ЗАС	-	загальний аналіз сечі	ФР	-	фактори ризику
ЗХС	-	загальний холестерин	ЦД	-	цукровий діабет
іАПФ	-	інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту	ХХН	-	хронічна хвороба нирок
ІМТ	-	індекс маси тіла	ХСЛПНЦ	-	холестерин ліпопротеїнів низької щільності
ІХС	-	ішемічна хвороба серця	ХСЛПДНЦ	-	холестерин ліпопротеїнів дуже низької щільності
КТ	-	комп'ютерна томографія	ХСЛПВЦ	-	холестерин ліпопротеїнів високої щільності
ЛПМД	-	локальний протокол медичної допомоги	ЧСС	-	частота серцевих скорочень
МКАХ	-	медична карта амбулаторного хворого			

* Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я №384 від 24.05.2012 р.

** Тут і далі – із незначними скороченнями та стилістичними правками

А.1.5. Дата складання протоколу – 2012 р.**А.1.6. Дата наступного перегляду – 2015 р.**

А.1.7. Розробники: **Хобзей М.К.**, директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України, д.мед.н. (голова робочої групи); **Нетьяженко В.З.**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Терапія», декан медичного факультету №2, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, член-кор. Національної академії медичних наук України, д.м.н., професор (заступник голови робочої групи з клінічних питань); **Божко Л.І.**, заступник головного лікаря з медичної роботи Київської міської станції швидкої медичної допомоги; **Вершигора А.В.**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Медицина невідкладних станів», головний лікар Київської міської станції швидкої медичної допомоги, заслужений лікар України; **Гідзинська І.М.**, провідний науковий співробітник відділу внутрішньої медицини, завідувач денного стаціонару Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.; **Демченко Н.Ф.**, головний лікар сімейної амбулаторії с. Кутузівка Харківського району Харківської області; **Кабачний О.Г.**, старший викладач кафедри клінічної біохімії, судово-медичної токсикології та фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти; **Коваленко О.Є.**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Рефлексотерапія», професор кафедри рефлексотерапії та неврології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., професор; **Ковальова О.М.**, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №1 Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професор; **Корж О.М.**, завідувач кафедри загальної практики-сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н. професор; **Матюха Л.Ф.**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», доцент кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н.; **Матвієць Л.Г.**, психотерапевт державного підприємства «Київський міський Центр Здоров'я», тренер сімейних лікарів із практичних навичок громадської організації «Асоціація сімейних лікарів м. Києва і області»; **Мороз Г.З.**, головний науковий співробітник Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., професор; **Рожнова О.В.**, медична сестра загальної практики-сімейної медицини сімейної амбулаторії с. Кутузівка Харківського району Харківської області; **Сіренко Ю.М.**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Кардіологія», завідувач відділу симптоматичних гіпертензій Національного наукового центру «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор; **Титова Т. А.**, доцент кафедри загальної практики та сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти, к.мед.н.; **Швець О.В.**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дієтологія», директор Державного підприємства «Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування МОЗ України», доцент кафедри внутрішньої медицини №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, к.мед.н.

Рецензенти: **Амосова К.М.**, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, член-кор. Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор;

Пасієшвілі Л.М., завідувач кафедри «загальної практики-сімейної медицини» Харківського національного медичного університету, професор.

А.1.8. Епідеміологічна інформація

За офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 01.01.2011, в Україні зареєстровано 12122512 хворих на артеріальну гіпертензію, що складає 32,2% дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ – більш ніж удвічі порівняно з 1998 р. та на 170% порівняно з 2000 р. Особливої уваги заслуговує той факт, що 60% пацієнтів з АГ – це особи працездатного віку, стан здоров'я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви країни. У багатоцентричних контрольованих дослідженнях доведено пріоритетне значення АГ у розвитку таких серцево-судинних ускладнень, як інсульт та інфаркт міокарда, які зумовлюють зростання інвалідності та передчасної смертності населення.

В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції становить 29,6% і не відрізняється серед чоловіків і жінок. У сільській популяції поширеність АГ вища – 36,3%, у тому числі серед чоловіків – 37,9%, серед жінок – 35,1%. При аналізі структури АГ за рівнем артеріального тиску в половини осіб із підвищеним рівнем АТ виявлено АГ 1-го ступеня, АГ 2-го ступеня визначають у кожного третього пацієнта, АГ 3-го ступеня – у кожного п'ятого.

А.2. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА**Особливості процесу надання медичної допомоги**

Результати досліджень, проведених відповідно до вимог доказової медицини, свідчать про те, що підвищення артеріального тиску на кожні 20/10 мм рт.ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. Раннє виявлення та лікування АГ сприяє попередженню прогресування захворювання та розвитку ускладнень. Основні заходи з профілактики, діагностики, лікування та диспансерного спостереження пацієнтів з АГ проводяться в закладах, які надають первинну медичну допомогу. У закладах, які надають вторинну медичну допомогу, надається медична допомога пацієнтам з ускладненим перебігом АГ – при зляккісному перебігу АГ, наявності серцево-судинних захворювань, важкої супутньої патології. Крім того, до закладів, які надають вторинну медичну допомогу, направляються пацієнти з ускладненими гіпертензивними кризами (ГК), вагітні з АГ, пацієнти з підозрою на вторинну гіпертензію, що потребують уточнення діагнозу та спеціального лікування, а також пацієнти, у яких не вдається досягти цільового АТ при призначенні адекватного лікування в закладах первинної медичної допомоги.

Пацієнтам з ускладненими ГК надається екстрена медична допомога.

Для забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з АГ у кожному закладі охорони здоров'я доцільно розробляти та впроваджувати локальні протоколи медичної допомоги, у яких визначено клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного

та кадрового забезпечення. Взаємодія між закладами охорони здоров'я, які надають первинну й вторинну медичну допомогу, може також бути визначена відповідним наказом управління охорони здоров'я в регіоні.

А.2.1. ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Розділ 1. Організація надання медичної допомоги

Положення протоколу

Первинна медична допомога надається лікарями загальної практики-сімейними лікарями та дільничними лікарями, терапевтами в амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерських пунктах, фельдшерсько-акушерських пунктах (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2002 №385); у центрах первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських пунктах в амбулаторних умовах (на прийомі лікаря, в денному стаціонарі) або за місцем проживання (перебування) пацієнта (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 05.10.2011 №646).

Забезпечити доступність пацієнтів до закладів, які надають первинну медичну допомогу, виконання обстежень, необхідних для верифікації діагнозу та проведення диспансерного нагляду за пацієнтами з АГ.

У разі необхідності, забезпечити доступність направлення пацієнта до закладу вторинної медичної допомоги до терапевта, кардіолога, ендокринолога, невролога, офтальмолога, уролога, нефролога, серцево-судинного хірурга, фахівця з реабілітації, дієтолога для остаточного встановлення діагнозу й погодження оптимального лікування.

Обґрунтування

Доведено, що надання медичної допомоги на засадах доказової медицини попереджає розвиток серцево-судинних ускладнень, знижує смертність у пацієнтів з АГ.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Наявність письмового локального протоколу та клінічного маршруту пацієнта з АГ.
2. Наявність у закладі первинної медичної допомоги списку пацієнтів з АГ для проведення диспансерного нагляду.
3. Надання пацієнту в доступній формі інформації про стан його здоров'я з рекомендаціями щодо немедикаментозного й медикаментозного лікування, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу захворювання в усній і письмовій формах.
4. Забезпечення диспансерного нагляду за пацієнтами з артеріальною гіпертензією з високим і дуже високим ризиком, заповнення форми №030/о ("Контрольна карта диспансерного нагляду") на цю категорію пацієнтів.
5. Забезпечення проведення пацієнтам з уперше виявленою АГ лабораторних досліджень: ЗАС, ЗАК, визначення рівня глікемії, креатиніну та ЕхоКГ. За неможливості виконання досліджень у закладі первинної медичної допомоги лікар повинен направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.

Бажані:

1. Наявність комп'ютерної системи для створення бази даних пацієнтів з АГ, стратифікації кардіоваскулярного ризику та проведення динамічного спостереження.
2. Забезпечення проведення пацієнтам з уперше виявленою АГ лабораторного ЗХС.
3. Забезпечення всіх пацієнтів з АГ «Інформаційним листом для пацієнта з артеріальною гіпертензією» (Додаток №3 «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією»).
4. Забезпечення лікарями диспансерного нагляду за усіма пацієнтами з АГ.

Розділ 2. Первинна профілактика

Положення протоколу

Первинна профілактика АГ розглядається з позиції загальної профілактики серцево-судинних захворювань і полягає у виявленні та корекції доведених факторів ризику (ФР):

- тютюнопаління;
- гіперхолестеринемія;
- надлишкової маси тіла;
- недостатньої фізичної активності;
- зловживання алкоголем.

Обґрунтування

Доведено, що тютюнопаління, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем мають негативний вплив на розвиток серцево-судинних захворювань та є ФР, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя та призначення фармакотерапії.

Необхідні дії лікаря

Обов'язково всім пацієнтам на прийомі:

1. Вимірювання АТ.
2. Виявлення ФР, оцінка загального ССР (Додаток №2. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу в пацієнтів з АГ та Додаток №2.1. Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень).
3. Надання рекомендацій щодо дотримання здорового способу життя.

Дії лікаря щодо корекції ФР

Тютюнопаління. Обов'язкові дії:

1. Активно виявляти осіб, які мають звичку тютюнопаління.
2. Усім, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову.
3. Виконання Стандарту первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.

Гіперхолестеринемія. Обов'язкові дії:

1. Надавати рекомендації щодо визначення рівня ЗХС і тригліцеридів (ТГ) усім дорослим пацієнтам при наявності

більше двох ФР (Додаток №2.1. Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень).

- Усім пацієнтам рекомендувати дотримання засад раціонального харчування й корекцію способу життя для підтримання рівня ЗХС менше 5,0 ммоль/л та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) менше 3,0 ммоль/л.
- Розглянути питання про доцільність призначення фармакологічної корекції статинами гіперхолестеринемії пацієнтам, які мають високий і дуже високий ССР і порушення обміну холестерину, яке не піддається немедикаментозній корекції.
- Пацієнтам із групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень ЗХС нижче 4,5 ммоль/л і ХС ЛПНЩ нижче 2,5 ммоль/л.

Надлишкова маса тіла та ожиріння. *Обов'язкові дії:*

- Антропометрія всім пацієнтам у рамках профілактичної діяльності мінімум 1 раз на рік із визначенням ОТ, індексу маси тіла:

$$IMT = \frac{\text{маса тіла(кг)}}{[\text{зріст (м)}]^2}$$

- Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ та ОТ. Підтримувати ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м², ОТ менше 88 см – жінкам, менше 102 см – чоловікам.
- Пацієнтам із надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватись здорового харчування, обмежити енергетичну цінність їжі, збільшити рівень фізичної активності.

Бажані дії:

- Скерувати пацієнтів із надлишковою масою тіла до закладів, які надають вторинну медичну допомогу, до дієтолога, спеціаліста з лікувальної фізкультури.

Фізична активність. *Обов'язкові дії:*

- Заохочувати всіх пацієнтів до виконання щоденного фізичного навантаження у будь-якому вигляді (ходьба, активний відпочинок тощо) упродовж 30-45 хвилин на день до збільшення ЧСС за умови комфортного самопочуття.

Зловживання алкоголем. *Обов'язкові дії:*

- Дорослим здоровим особам, які вживають алкоголь, рекомендувати не перевищувати три дози на день для чоловіків і дві дози для жінок (1 доза становить 10 мл чистого етанолу).

Розділ 3. Діагностика

Положення протоколу

Клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження пацієнтів з АГ проводиться з метою:

- виявлення підвищеного АТ;
- ідентифікації можливих причин високого АТ (виявлення вторинної гіпертензії);
- стратифікації ризику розвитку серцево-судинних ускладнень:

- оцінка ступеня АГ;

- виявлення ФР;

- виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, цукрового діабету, хронічної хвороби нирок);

- виявлення ураження органів-мішеней;

- визначення стадії АГ;

- виявлення ускладнень АГ.

Обґрунтування

Результати обстеження необхідні для верифікації діагнозу АГ і стратифікації ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, що й визначає вибір оптимальної тактики лікування та профілактики ускладнень.

Необхідні дії лікаря щодо діагностики АГ. *Обов'язкові:*

- Вимірювання АТ при кожному зверненні до лікаря в стандартних умовах мінімум 2 рази впродовж прийому. При першому зверненні АТ вимірюють на обох руках. При виявленні різниці в рівні АТ на руках для подальших вимірювань використовують руку з більш високим АТ (Додаток №4. Методика вимірювання артеріального тиску).
- Проведення лікарського огляду всім пацієнтам:
 - Фізикальне обстеження.
 - Оцінка неврологічного статусу.
 - Офтальмоскопія очного дна пацієнтам із систолічним АТ (САТ) вище 160 мм рт.ст. і пацієнтам з офтальмологічною та неврологічною симптоматикою.
- Лабораторні обстеження: ЗАК, ЗАС, визначення рівня глікемії, креатиніну – проводити всім пацієнтам при первинному зверненні. За неможливості виконання досліджень у закладах первинної медичної допомоги потрібно направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.
- Реєстрація ЕКГ у 12-ти відведеннях.
- Визначення факторів ризику та попередня оцінка загального серцево-судинного ризику (Додаток №2. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу в пацієнтів із АГ. Додаток №2.1. Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень).
- При вторинній АГ, резистентній АГ, АГ у пацієнтів молодого віку (до 40 років), вагітності з АГ – направлення для проведення обстеження до закладів, які надають вторинну медичну допомогу (А.3.2.2. Етапи надання медичної допомоги вагітним із артеріальною гіпертензією).

Бажані:

- Лабораторні обстеження:
 - Визначення АЛТ.
 - Визначення ТГ.

- 1.3. Визначення мікроальбумінурії.
- 1.4. Визначення рівня ЗХС.
- 1.5. Обчислення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Гаулта:

$$\text{ШКФ (мл/хв.)} = \frac{[140 - \text{вік (роки)}] \times \text{МТ(кг)} \times 0,85 (\text{для жінок})}{\text{Креатинін (мкмоль/л)} \times 0,81}$$

2. Інструментальні обстеження:
 - 2.1. Проведення УЗД серця (ЕхоКГ, ДоплерКГ).
 - 2.2. УЗД екстракраніальних судин шиї.
 - 2.3. УЗД нирок.

Розділ 4. Лікування

Положення протоколу

Мета лікування пацієнта з АГ – досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок:

- досягнення та підтримання цільового рівня АТ менше 140/90 мм рт.ст. (у пацієнтів із ЦД, хронічною хворобою нирок цільовий АТ становить 130/80 мм рт.ст.);
- модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Обґрунтування

Існують докази, що своєчасне призначення немедикаментозної й медикаментозної терапії в пацієнтів із АГ знижує прогресування захворювання, розвиток ускладнень і смертність.

Необхідні дії лікаря. *Обов'язкові:*

1. Роз'яснити пацієнту в доступній формі особливості подальшого розвитку захворювання, надати рекомендації щодо змін стилю життя, харчування, фізичної активності.
2. Навчити пацієнта вимірювати АТ у домашніх умовах, вести щоденник самоконтролю АТ.
3. Скласти план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта; узгодити з пацієнтом схеми й режим прийому фармакологічних препаратів.
4. Відповісти на запитання пацієнта.
5. Зробити відповідний запис у медичній картці амбулаторного хворого (МКАХ).

4.1. Немедикаментозні методи лікування

Необхідні дії лікаря. *Обов'язкові:*

1. Усім пацієнтам із АГ слід проводити корекцію наявних ФР і модифікацію стилю життя згідно з рекомендаціями щодо профілактики, наведеними в розділі 2.
2. Рекомендувати дотримання дієти з обмеженням споживання кухонної солі, солодощів, насичених жирів і збільшенням вживання фруктів/овочів (Додаток №3. «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією»).
3. Заохочувати пацієнтів до самоконтролю АТ та інших ФР, постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності до виконання рекомендацій лікаря.

Бажані дії:

1. Надати пацієнту з АГ роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією» (Додаток №3. «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією») та зробити відповідний запис у МКАХ.
2. Залучення пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції (при їх наявності): школи здоров'я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.
3. Активно виявляти пацієнтів із тривожними/депресивними розладами та рекомендувати пацієнтам, які мають депресивні/тривожні розлади, звернення до психолога/психотерапевта/психіатра в закладах, які надають вторинну медичну допомогу.

4.2. Медикаментозні методи лікування

Положення протоколу

Тактика призначення пацієнту медикаментозної терапії залежить від рівня загального серцево-судинного ризику та рівня систолічного й діастолічного АТ.

Необхідні дії лікаря. *Обов'язкові:*

1. Для лікування АГ використовують антигіпертензивні препарати з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (препарати I ряду: діуретики, іАПФ, АК/БКК, ББ, БРА) як у монотерапії, так і в комбінаціях. При неможливості нормалізації АТ за допомогою комбінації препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (альфа-адреноблокатори, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії). До досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки переносимості, ефективності і безпеки лікування, а також для контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводяться з інтервалом у 2-3 тижні.
2. Усім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов'язково додатково призначати (при відсутності протипоказань) медикаментозну корекцію дисліпідемії – статини у стандартних дозах.
3. Пацієнтам із встановленим діагнозом серцево-судинного захворювання за відсутності протипоказань після досягнення ефективного контролю АТ (рівень АТ менше 140/90 мм рт.ст.) додатково призначається ацетилсаліцилова кислота в дозі 75-100 мг.
4. Медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, ЦД та ін.) проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів.
5. При недосягненні цільового АТ:

- упевнитись, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів;
 - провести корекцію терапії.
6. При неефективності медикаментозної терапії (за умови призначення препаратів в адекватних дозах) – направлення до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу.
 7. Лікування неускладнених гіпертензивних кризів (ГК) проводиться в амбулаторних умовах у разі можливості моніторингу стану пацієнта. При неможливості моніторингу та/або розвитку ускладненого ГК пацієнт якнайшвидше направляється до закладів, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу (А3.4.4. Госпіталізація при ГК).
Бажані дії:
 1. У разі неефективності медикаментозної терапії виконувати амбулаторний моніторинг АТ або моніторинг АТ в домашніх умовах. (Додаток №4. Методика вимірювання артеріального тиску).

Розділ 5. Диспансерний нагляд

Положення протоколу

Диспансерний нагляд проводиться за всіма пацієнтами з АГ для профілактики розвитку ускладнень.

Досягнення й підтримка цільового рівня АТ вимагає тривалого лікарського спостереження з регулярним контролем виконання пацієнтом рекомендацій щодо зміни способу життя й дотримання режиму прийому призначених антигіпертензивних засобів, а також корекції терапії, залежно від ефективності, безпеки й переносимості лікування.

Важливе значення має корекція та моніторинг інших ФР та супутніх клінічних станів: гіперхолестеринемії, ЦД тощо.

Обґрунтування

Доведено, що корекція ФР та ефективна медикаментозна терапія (щоденна, пожиттєва) покращують прогноз у пацієнтів з АГ.

Необхідні дії лікаря. *Обов'язкові:*

1. Регулярне лікарське спостереження:
 - 1.1. До досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки переносимості, ефективності й безпеки лікування, а також для контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводяться з інтервалом у 2-3 тижні.
 - 1.2. Після досягнення цільового рівня АТ інтервал між плановими візитами становить:
 - для пацієнтів із середнім і низьким ризиком, які регулярно вимірюють АТ удома, – 6 місяців;
 - для пацієнтів із високим і дуже високим ризиком, тим, кому призначено лише немедикаментозне лікування, особам із низькою прихильністю до лікування – не більше 3-х місяців.
 - 1.3. При диспансерному нагляді проводяться:
 - моніторинг рівня АТ і ФР;
 - контроль виконання рекомендацій лікаря, підтримка мотивації та корекція рекомендацій і призначень;
 - лабораторні (ЗАК, ЗАС) та інструментальні (ЕКГ) дослідження доцільно проводити 1 раз на рік за умови відсутності спеціальних показань.
 - 1.4. У випадку розвитку ускладнень, відсутності корекції АТ та інших ФР, при необхідності проведення обстежень, що не можуть бути виконані в закладах первинної медичної допомоги, слід направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.
- Бажані:**
1. Моніторинг рівня ЗХС.
 2. Направляти пацієнтів із АГ на санаторно-курортне лікування в профільні місцеві санаторії відповідно до провідних клінічних проявів, уникаючи лікування водами високого ступеня мінералізації та процедур, здатних підвищувати АТ.

А.2.2. ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ АМБУЛАТОРНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Розділ 1. Організація надання медичної допомоги

Положення протоколу

Вторинна медична допомога на амбулаторному рівні надається лікарями-спеціалістами в діагностичних центрах, поліклініках (центральна міська, міська, центральна районна) (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2002 №385); у центрах із медичних консультацій і діагностики (консультативно-діагностичних центрах), спеціалізованих медичних центрах (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 05.10.2011 №646).

Забезпечити доступність допомоги в закладах, які надають вторинну медичну допомогу, виконання діагностичних заходів і консультацій спеціалістів із метою уточнення клінічного діагнозу та оптимізації медикаментозного й немедикаментозного лікування, проведення диспансерного нагляду пацієнтів групи високого та дуже високого ризику профільними фахівцями.

У разі необхідності, забезпечити доступність направлення пацієнта до закладів, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу, для остаточного встановлення діагнозу й проведення лікування.

Обґрунтування

Уточнення клінічного діагнозу сприяє вибору оптимального способу лікування, зниженню серцево-судинного ризику за рахунок досягнення цільового рівня АТ і корекції інших ФР, що зумовлює уповільнення прогресування ураження органів-мішеней, попереджає розвиток ускладнень і призводить до зниження смертності пацієнтів з АГ.

Необхідні дії лікаря. *Обов'язкові:*

1. Наявність письмового локального протоколу та клінічного маршруту пацієнта з АГ у закладі охорони здоров'я.
2. Забезпечення проведення всім пацієнтам, які вперше направлені до закладів, що надають вторинну медичну допомогу, повного обсягу лабораторних та інструментальних досліджень, необхідних для уточнення діагнозу,

визначення загального серцево-судинного ризику.

3. Забезпечення надання всім пацієнтам консультативного висновку лікаря-спеціаліста та рекомендацій щодо подальшого ведення їх лікарем закладу первинної медичної допомоги.
4. Забезпечення проведення диспансерного нагляду лікарями-спеціалістами за пацієнтами з ускладненою АГ із високим і дуже високим ризиком або ССЗ; на них має бути заповнена форма "Контрольна карта диспансерного нагляду" (форма №030/о). Залежно від переважання проявів ускладнень спостереження ведуть: кардіолог, ендокринолог, невролог, офтальмолог, уролог, нефролог, серцево-судинний хірург.

Бажані:

1. Наявність комп'ютерної системи для створення бази даних пацієнтів з ускладненим перебігом АГ.
2. Надання всім пацієнтам з АГ інформаційних матеріалів (друкованих, аудіо, відео, в електронному вигляді тощо) щодо захворювання, його ускладнень, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу.

Розділ 2. Профілактика

Положення протоколу

У закладах, які надають вторинну медичну допомогу, проводяться заходи вторинної профілактики, які спрямовані на уповільнення прогресування ураження органів-мішеней і запобігання розвитку ускладнень АГ. Як і заходи первинної профілактики, вони полягають у досягненні цільового рівня АТ і корекції доведених ФР: тютюнопаління; гіперхолестеринемії; надлишкової маси тіла; недостатньої фізичної активності; зловживання алкоголем.

У випадку, коли заходи первинної профілактики не були проведені в повному обсязі в закладі первинної медичної допомоги, рекомендації щодо профілактики надаються в закладах, які надають вторинну медичну допомогу.

Обґрунтування

Доведено, що АГ, тютюнопаління, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем мають негативний вплив на розвиток несприятливих серцево-судинних подій та є ФР, які піддаються корекції за допомогою призначення фармакотерапії та модифікації способу життя.

Необхідні дії лікаря. *Обов'язкові:*

1. Проводиться оцінка ефективності профілактичних заходів, проведених у закладах, які надають первинну медичну допомогу, оцінюється ступінь можливості їх виконання пацієнтом, при необхідності – вносяться корективи.
2. Усім пацієнтам проводяться необхідні обстеження для уточнення загального ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.
3. Рекомендації щодо заходів корекції ФР, необхідності дотримання засад здорового способу життя надаються лікарями-спеціалістами відповідного профілю згідно з п. А.2.1.1.
4. За відсутності протипоказань, після уточнення діагнозу та ступеня ризику, пацієнтам високого та дуже високого ризику призначається медикаментозна корекція АГ та інших ФР: гіперхолестеринемії, тютюнопаління, ожиріння тощо та призначається ацетилсаліцилова кислота.
5. Усім пацієнтам у доступній формі надається інформація щодо стану їх здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись у закладах, що надають первинну й вторинну медичну допомогу.

Бажані:

1. Надання пацієнтам із депресивними/тривожними розладами консультативної допомоги психолога/психотерапевта, призначення медикаментозної корекції при наявності показань.

Розділ 3. Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи, що проводяться в закладах, які надають вторинну медичну допомогу, направлені на уточнення діагнозу, діагностику вторинної АГ, виявлення причин резистентної АГ та/або зловласного перебігу АГ, виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, СН, ЦД, ХХН), серцево-судинних ускладнень, стратифікацію ризику з використанням методик та обстежень, що не можуть бути проведені в закладах первинної медичної допомоги.

Проводиться оцінка стадії АГ для визначення працездатності.

Для пацієнтів, які вперше направлені до закладів, що надають вторинну медичну допомогу, термін обстеження не повинен перевищувати 30 днів.

Обґрунтування

Результати обстеження дозволяють уточнити діагноз і визначити тактику подальшого ведення пацієнта, призначити оптимальну антигіпертензивну терапію.

Необхідні дії лікаря. *Обов'язкові:*

1. Проводиться оцінка результатів діагностичних заходів, здійснених у закладах первинної медичної допомоги.
2. Збір анамнезу, лікарський огляд та обстеження направлені на виявлення ознак вторинної АГ, уточнення ступеня ураження органів-мішеней, наявності супутніх захворювань і факторів ризику.
3. При фізикальному обстеженні проводяться: вимірювання АТ на обох руках, вимірювання АТ на ногах і визначення гомілково-плечового індексу, аускультация серця, легенів, аорти, судин шиї, проекції ниркових артерій, пальпація органів черевної порожнини, оцінка неврологічного статусу.
4. Консультація спеціалістів проводиться відповідно до переважання проявів ускладнень АГ, наявних ФР і супутніх захворювань.
5. Обсяг додаткових обстежень визначається спеціалістом, що проводить консультування пацієнта з АГ.
6. До переліку обстежень входять:
 - 6.1. *Обов'язкові лабораторні обстеження:*
 - ЗАК;

- ЗАС, доповнений визначенням мікроальбумінурії (за добу);
 - рівень глікемії, калію, натрію, сечової кислоти, АЛТ, АСТ, білірубину;
 - рівень креатиніну з розрахунком ШКФ за формулою Кокрофта-Гаулта (розділ А 2.1.2.).
- 6.2. За наявності показань:
- аналіз сечі за методом Нечипоренка (або Адіс-Каковського, або Амбурже);
 - коагулограма (МНВ – INR, фібриноген, тромбіновий час);
 - визначення катехоламінів (метанефринів) у сечі;
 - глікемічний профіль, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну, ТТГ (при змінах ТТГ – рівня трийодтироніну та тироксину), реніну, альдостерону, кортизолу (у крові та добовій сечі), паратгормону, соматотропного гормону.
- 6.3. Обов'язкові інструментальні обстеження:
- реєстрація ЕКГ у 12-ти відведеннях;
 - УЗД серця (ЕхоКГ, ДоплерКГ);
 - УЗД нирок;
 - офтальмоскопія;
 - гомілково-плечовий індекс АТ;
 - домашнє або амбулаторне добове моніторування АТ;
 - УЗД екстракраніальних судин шиї, у т.ч. доплерографія сонних артерій;
 - доплерографія ниркових артерій.
- 6.4. За наявності показань:
- КТ, МРТ головного мозку, ОЧП (при показаннях із контрастним підсиленням).

Бажані:

1. Повний ліпідний профіль (ЗХС, ТГ, ХСЛПВЩ, ХСЛПНЩ, ХСЛПДНЩ).
2. Полісомнографія.
3. При наявності показань радіоізотопна ренографія/реносцинтиграфія.
4. Консультація невролога.
5. Визначення швидкості розповсюдження пульсової хвилі.

При неможливості проведення обстежень і консультацій у спеціалістів, необхідних для уточнення діагнозу, потрібно направити пацієнта до закладів, які надають вторинну медичну допомогу: медико-діагностичних центрів або стаціонару.

Розділ 4. Лікування**Положення протоколу**

Проводиться корекція терапії пацієнтам, у яких не вдалось досягти цільового АТ, і корекції ФР у закладах, що надають первинну медичну допомогу.

При виявленні причини АГ (вторинної АГ) проводиться етіотропна та патогенетична терапія. Призначається планова терапія вазітним з АГ.

Мета лікування пацієнта з АГ – досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня АТ 140/90 мм рт.ст. (у пацієнтів з хронічною хворобою нирок цільовий рівень АТ становить 130/80 мм рт.ст.), модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне призначення немедикаментозної та медикаментозної терапії в пацієнтів з АГ знижує прогресування захворювання, розвиток ускладнень і смертність.

Необхідні дії лікаря. Обов'язкові:

1. Проводиться оцінка ефективності терапії, призначеної в закладах первинної медичної допомоги, оцінюється виконання пацієнтом рекомендацій лікаря щодо заходів медикаментозної та немедикаментозної корекції, при необхідності – вносяться корективи.
2. Усім пацієнтам у доступній формі надається інформація щодо стану їх здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись у закладах, що надають первинну та вторинну медичну допомогу.
3. Усім пацієнтам надається консультативний висновок лікаря-спеціаліста, який містить рекомендації щодо заходів немедикаментозної корекції, режиму прийому фармакологічних препаратів і подальшого ведення лікарем закладу, який надає первинну медичну допомогу.
4. Режим і схема прийому фармакологічних препаратів, проведення заходів немедикаментозної корекції узгоджується з пацієнтом.
5. У разі необхідності пацієнти направляються до установ, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу, для додаткового обстеження та проведення лікування.

Бажані:

1. Надання всім пацієнтам з АГ інформаційних матеріалів (друкованих, аудіо, відео, в електронному вигляді тощо) щодо захворювання, його ускладнень, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу.
2. Залучення пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції (при їх наявності): школи здоров'я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

4.1. Немедикаментозні методи лікування**Необхідні дії лікаря. Обов'язкові:**

1. Рекомендації щодо заходів корекції ФР надаються лікарями-спеціалістами відповідно до п. А.2.1.1.

4.2. Медикаментозні методи лікування

Положення протоколу

Тактика призначення медикаментозної терапії залежить від рівня загального серцево-судинного ризику, рівня систолічного та діастолічного АТ, наявності серцево-судинних ускладнень і супутньої патології.

Необхідні дії лікаря. **Обов'язкові:**

1. Для лікування АГ використовуються антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (діуретики, іАПФ, АК/БКК), ББ, БРА) та їх комбінації. Перевага надається дво- та трикомпонентній антигіпертензивній терапії. При неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (альфа-адреноблокатори, антагоністи альдостерону, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії). Регулярне лікарське спостереження проводиться до досягнення цільового рівня АТ – з інтервалом у 2-3 тижні.
2. За відсутності протипоказань після уточнення діагнозу та ступеня ризику, пацієнтам високого та дуже високого ризику призначається медикаментозна корекція дисліпідемії – статини в стандартних дозах, пацієнтам із діагнозом серцево-судинного захворювання або хронічною хворобою нирок призначається ацетилсаліцилова кислота.
3. Медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, ЦД, СН тощо) проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів.
4. При недосягненні цільового АТ:
 - упевнитись, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів;
 - провести домашній моніторинг артеріального тиску;
 - провести корекцію терапії.
5. При неефективності медикаментозної терапії направити на консультацію до відповідного спеціалізованого центру (відділення).
6. Лікування неускладнених гіпертензивних кризів (ГК) проводиться в амбулаторних умовах за можливості моніторингу стану пацієнта. У разі неможливості моніторингу розвитку ускладненого ГК пацієнт якнайшвидше направляється до установ, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу (А 3.4.4. Госпіталізація при ГК).

Бажані:

У разі неефективності медикаментозної терапії, а також при підозрі на епізоди гіпотензії – амбулаторне добуве моніторування АТ (Додаток4. Методика вимірювання артеріального тиску).

Розділ 5. Диспансерний нагляд

Положення протоколу

Проводиться всім пацієнтам з ускладненим перебігом АГ для забезпечення профілактики ускладнень.

Проведення спостереження пацієнтів потребує забезпечення наступності ведення пацієнта лікарями закладів, які надають первинну й вторинну медичну допомогу.

Досягнення й підтримка цільового рівня АТ вимагає тривалого лікарського нагляду з регулярним контролем виконання пацієнтом рекомендацій щодо зміни способу життя й дотримання режиму прийому призначених антигіпертензивних засобів, а також корекції терапії залежно від ефективності, безпеки й переносимості лікування.

Важливе значення має корекція та моніторинг ФР і супутніх клінічних станів: гіперхолестеринемії, ЦД тощо.

Обґрунтування

Доведено, що корекція ФР та ефективна медикаментозна антигіпертензивна терапія (щоденна, позитивна) покращують прогноз у пацієнтів з АГ.

Необхідні дії лікаря. **Обов'язкові:**

1. Регулярне лікарське спостереження проводиться до досягнення цільового рівня АТ – з інтервалом у 2-3 тижні, після досягнення – 1 раз на 6-12 місяців. Пацієнтам із високим і дуже високим ризиком, тим, кому призначено лише немедикаментозне лікування, особам із низькою прихильністю до лікування доцільно проводити спостереження з частотою не менше, ніж 1 раз на 3 місяці.
2. Диспансерне спостереження пацієнтів, яким після проведення обстеження було встановлено діагноз «ессенціальна АГ із середнім і низьким ризиком», проводиться в закладах, що надають первинну медичну допомогу.
3. У випадку неможливості забезпечення проведення диспансерного нагляду за пацієнтами групи високого/дуже високого ризику в закладах, які надають вторинну амбулаторну медичну допомогу, оцінка ефективності антигіпертензивної терапії (досягнення цільового АТ, переносимість, безпека) може бути проведена в закладах первинної медичної допомоги за умови забезпечення лікаря закладу, що надає первинну медичну допомогу, відповідними рекомендаціями.
4. При диспансерному спостереженні проводяться:
 - моніторинг рівня АТ і ФР;
 - контроль виконання рекомендацій лікаря, підтримка мотивації та корекція рекомендацій і призначень;
 - лабораторні дослідження (ЗАК, ЗАС) і реєстрацію ЕКГ доцільно проводити 1 раз на рік за умови відсутності показань.
5. Контрольний огляд пацієнтів із високим/дуже високим ризиком, ускладненим перебігом АГ із неуточненим діагнозом проводиться 1 раз на рік у закладах, які надають вторинну медичну допомогу. За наявності показань проводяться додаткові обстеження, обсяг і частоту проведення яких визначає лікар-спеціаліст.

Бажані:

моніторинг рівня ЗХС.

*Продовження в наступних номерах журналу