

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

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ (продовження, початок див. у №2, 4, 2013)

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АГ	-	артеріальна гіпертензія	MPT	-	магнітно-резонансна томографія
АК	-	антагоністи кальцію	MT	-	маса тіла
АЛТ	-	аланінамінотрансфераза	OM	-	органи-мішені
АСТ	-	аспартатамінотрансфераза	OT	-	обхват талії
АТ	-	артеріальний тиск	ОЧП	-	органи черевної порожнини
ББ	-	бета-адреноблокатори	САТ	-	систолический артеріальний тиск
БКК	-	блокатори кальцевих 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	ХСЛПНЩ	-	холестерин ліпопротеїнів низької щільності
ІХС	-	ішемічна хвороба серця	ХСЛПДНЩ	-	холестерин ліпопротеїнів дуже низької щільності
КТ	-	комп'ютерна томографія	ХСЛПВЩ	-	холестерин ліпопротеїнів високої щільності
ЛПМД	-	локальний протокол медичної допомоги	ЧСС	-	частота серцевих скорочень
МКАХ	-	медична карта амбулаторного хворого			

А.3.3. СХЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ

Вибір стратегії лікування

- Пацієнти з АГ потребують щоденного лікування впродовж усього життя.
- Рішення про вибір стратегії лікування залежить від рівня систолічного та діастолічного АТ у пацієнта та сумарного серцево-судинного ризику.
- Усім пацієнтам рекомендують заходи немедикаментозної корекції: відмова від тютюнопаління, раціональне харчування, обмеження вживання солі та алкоголю, підтримання оптимальної маси тіла, достатнього рівня фізичного навантаження тощо.
- Медикаментозне лікування обов'язково призначається всім пацієнтам зі стабільно підвищеним АТ, починаючи з рівня 160/100 мм рт.ст.
- Медикаментозне лікування обов'язково призначається пацієнтам при рівні АТ менше 160/100 мм рт.ст (АГ I ступеня), але з високим і дуже високим ризиком.
- Пацієнтам з АГ I ступеня (АТ менше 160/100 мм рт.ст.) з низьким та помірним ризиком лікування починають з призначення заходів немедикаментозної корекції. При їх неефективності – відсутності досягнення цільового рівня АТ упродовж декількох тижнів – заходи немедикаментозної корекції доповнюють призначенням лікарських засобів. Важливо враховувати те, що кожен із заходів немедикаментозної корекції призводить до зменшення АТ на 3-4 мм рт.ст.
- Для стартової та підтримуючої антигіпертензивної терапії застосовуються тіазидні (тіазидоподібні) діуретики в низьких дозах, АК (БКК), іАПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину та β-блокатори (препарати I ряду). Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування.
- Пацієнтам, в яких рівень АТ перевищує 160/100 мм рт.ст., та пацієнтам з більш низьким рівнем АТ за наявності високого і дуже високого ризику, лікування бажано починати з комбінованої антигіпертензивної терапії.
- При неефективності двокомпонентної антигіпертензивної терапії необхідно додати 3-й препарат. Один із препаратів у комбінації має бути діуретиком.
- При виборі лікарського засобу чи комбінації препаратів необхідно враховувати попередній досвід застосування в пацієнта препарату даного класу, ураження органів-мішеней, наявність клінічних проявів серцево-судинних захворювань, уражень нирок чи цД, можливість взаємодії з препаратами, які використовують для лікування супутньої патології в пацієнта, побічну дію препаратів, вартість препаратів.
- Необхідно надавати перевагу лікарським засобам, антигіпертензивний ефект яких триває більше 24 годин при прийомі 1 раз на добу.
- У пацієнтів з АГ I ступеня та з низьким чи помірним сумарним серцево-судинним ризиком антигіпертензивна терапія може починатись як з монотерапії, так і з комбінації 2 препаратів I ряду в низьких дозах.
- Комбінації антигіпертензивних препаратів, що довели свою ефективність, наведені в А.3.3.1. Найбільш поширеною раціональною трикомпонентною комбінацією є іАПФ/БРА + АК (БКК) + ТД.
- При відсутності нормалізації АТ на фоні терапії трьома лікарськими засобами потрібно, у першу чергу, упевнитись, що пацієнт приймає призначене лікування. При неефективності антигіпертензивної терапії трьома препаратами різних груп пацієнта направляють на консультацію до кардіолога.
- Використання фіксованих комбінацій препаратів допомагає спростити режим лікування і посилити прихильність пацієнта.
- При недостатній ефективності або неможливості застосування препаратів I ряду в складі комбінованої терапії використовують препарати II ряду (альфа₁-адреноблокатори, петльові діуретики, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії, центральні альфа₂-агоністи та селективні агоністи імідазолінових рецепторів).

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

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

А.3.3.1. Комбінації антигіпертензивних лікарських засобів, що довели свою ефективність:

1	тіазидний діуретик* + інгібітор АПФ
2	тіазидний діуретик* + БРА
3	АК (БКК) + інгібітор АПФ
4	АК (БКК) + БРА
5	інгібітор АПФ (БРА) + АК (БКК) + тіазидний діуретик

* - або тіазидоподібний діуретик

А.3.3.2. Рекомендації вибору лікарських засобів для лікування пацієнтів АГ залежно від клінічної ситуації

Ураження органів мішеней	
Гіпертрофія лівого шлуночка	БРА, іАПФ, АК (БКК)
Початкові ознаки атеросклерозу	АК (БКК), іАПФ
<i>Ураження нирок, а саме:</i>	
Мікроальбумінурія	іАПФ, БРА
Дисфункція нирок	іАПФ, БРА
ХХН/протеїнурія	іАПФ, БРА, петльові діуретики
Асоційовані клінічні стани	
Перенесений інсульт	Будь-які антигіпертензивні препарати
Перенесений інфаркт міокарда	ББ, іАПФ, БРА
ІХС, Стенокардія	ББ, АК (БКК)
Хронічна серцева недостатність	Діуретики, ББ, іАПФ, БРА, антагоністи альдостерону
Фібриляція передсердь пароксизмальна	іАПФ, БРА
Фібриляція передсердь постійна	ББ, недигідропіридинові АК (БКК)
ХХН/протеїнурія	іАПФ, БРА, петльові діуретики
Захворювання периферичних артерій	АК(БКК)
Особливі клінічні ситуації	
Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія (вік 60 років і старше)	АК (БКК), діуретики
Артеріальна гіпертензія в осіб віком 60 років і старше	БРА, АК (БКК), діуретики
Метаболічний синдром	БРА, іАПФ, АК
цукровий діабет	БРА, іАПФ
Вагітність	АК (БКК), метилдопа, ББ

А.3.3.3. Абсолютні і відносні протипоказання до призначення різних груп антигіпертензивних лікарських засобів

Клас препаратів	Абсолютні протипоказання	Відносні протипоказання
Тіазидні діуретики	Подагра	Метаболічний синдром, порушення тесту толерантності до глюкози (у високих дозах), вагітність
ББ	Атріовентрикулярна блокада 2-3 ступеня, брадикардія (ЧСС<55), бронхіальна астма	Захворювання периферичних артерій, метаболічний синдром, порушення тесту толерантності до глюкози, спортсмени й фізично активні пацієнти, хронічне обструктивне захворювання легень
АК (БКК) дигідропіридинові		Тахіаритмії, хронічна серцева недостатність
АК (БКК) недигідропіридинові	Атріовентрикулярна блокада 2-3 ступеня, брадикардія (ЧСС<55), хронічна серцева недостатність	
іАПФ	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній стеноз ниркових артерій, ангіоневротичний набряк в анамнезі	Хронічний кашель
БРА	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній стеноз ниркових артерій	Обструкція жовчних шляхів, тяжкі порушення функції печінки, холестази

А.3.3.4. Призначення статинів

- При відсутності протипоказань призначення статинів є обов'язковим для пацієнтів з АГ та:
 - встановленим серцево-судинним захворюванням;
 - цукровим діабетом;
 - високим та дуже високим серцево-судинним ризиком.
- При призначенні статинів потрібно проводити:
 - контроль рівня ЗХС та АЛТ через 3-4 тижні від початку прийому та після кожного підвищення дози. У разі перевищення верхньої межі активності ферментів у три рази статини відміняються;
 - при появі скарг на біль у м'язах та/або слабкість – статини відміняються, необхідно визначити рівень креатинфосфокінази в крові.

3. Цільові рівні ЗХС і ХС ЛПНЩ у пацієнтів групи високого ризику становлять, відповідно, менше 4,5 ммоль/л та менше 2,5 ммоль/л.

А.3.4. ГІПЕРТЕНЗИВНИЙ КРИЗ (ГК) – це раптове значне підвищення АТ від базового рівня (нормального або підвищеного), яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи. Гіпертензивні кризи, як ускладнені, так і неускладнені потребують надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів мішеней.

Гіпертензивний криз		
	Неускладнений	Ускладнений
Оцінка стану	Відсутні ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней. Можливі клінічні симптоми: головний біль; – кардіалгія; – екстрасистолія; – розлади вегетативної нервової системи (тривожність, тремтіння, часте сечовиділення)	Ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней: інфаркт міокарда, інсульт, гостра недостатність лівого шлуночка, гостре розшарування аневризми, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизмальна тахікардія, фібриляція передсердь), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (у т.ч. післяопераційна, носова)
Лікування	Амбулаторне лікування. Зниження АТ впродовж кількох годин орієнтовно на 25% упродовж першої години або до 160/100 мм рт.ст. Перевага надається препаратам для перорального прийому	Термінова госпіталізація до відділення інтенсивної терапії. Зниження АТ впродовж години. Внутрішньовенне введення препаратів

А.3.4.1. Алгоритм дії лікаря загальної практики при наданні медичної допомоги пацієнтові з неускладненим гіпертензивним кризом

Основне завдання – попередити розвиток ускладнень.

1. Забезпечити моніторинг АТ.
2. Заспокоїти пацієнта й пояснити тактику лікування (за необхідності призначити седативні препарати).
3. Провести оцінку клінічного стану, у т.ч. ризик виникнення ускладнень, які загрожують життю, визначити причину підвищення АТ (уточнити, коли останній раз пацієнт приймав планові антигіпертензивні лікарські засоби).
4. Надати антигіпертензивні препарати (сублінгвально/перорально) (див. А.3.4.2. Лікарські засоби для лікування неускладнених кризів).

Лікар обирає препарат (чи комбінацію препаратів), орієнтуючись на стан пацієнта (вік, рівень АТ, ЧСС, наявність вегетативних розладів та супутньої патології), положення даного протокола та досвід пацієнта щодо використання антигіпертензивних препаратів. Зниження АТ при неускладненому гіпертензивному кризі проводиться упродовж годин/доб. АТ потрібно знизити до відносно безпечного рівня, швидкість зниження середнього АТ повинна становити не більше ніж 25% упродовж першої години. Для того, щоб уникнути надмірного зниження АТ, рекомендується починати лікування з низьких доз антигіпертензивних препаратів, при необхідності – повторити їх прийом через 1-2 години. Особливо обережно потрібно підходити до зниження АТ у пацієнтів з ознаками вираженого атеросклерозу, зокрема, пацієнтів старечого віку. У цієї категорії пацієнтів призначення АК (БКК) короткої дії (ніфедипіну) може призвести до розвитку нападу стенокардії внаслідок швидкої та вираженої гіпотензивної дії препарату та розвитку синдрому обкрадання. При необхідності призначення ніфедипіну його доцільно призначати в 1/2-1/3 стандартної дози в комбінації з пропранололом (при відсутності протипоказань).

5. Важливо узгодити з пацієнтом дозу й час наступного прийому планових антигіпертензивних препаратів, щоб попередити підвищення АТ. У разі необхідності провести корекцію планової терапії.
6. При потребі провести необхідні інструментальні/лабораторні дослідження: ЕКГ, офтальмоскопію очного дна тощо – для виявлення потенційно небезпечного ураження органів-мішеней і можливої причини кризового перебігу АГ.
7. При неможливості забезпечення моніторингу АТ та клінічних симптомів, пацієнт із гіпертензивним кризом підлягає госпіталізації.

Найбільш часті проблеми при наданні медичної допомоги пацієнтові з гіпертензивним кризом: пізня діагностика, неналежна оцінка симптомів, невчасне (занадто пізно) призначення терапії, що не дозволило уникнути ураження органів-мішеней, неправильний вибір препарату, неналежний моніторинг АТ та інших клінічних симптомів, занадто швидке зниження АТ, що призвело до порушення перфузії внутрішніх органів.

А.3.4.2. Лікарські засоби для лікування неускладнених ГК

Лікарський засіб	Доза та спосіб введення	Час дії	Побічні ефекти
Каптоприл	25 мг під язик або перорально, за необхідності – повторити через 90-120 хв до 100 мг каптоприлу	Початок дії – 15-30 хв, максимум – 30-90 хв, тривалість – 4-6 годин	Гіпотензія в пацієнтів із ренін-залежною гіпертензією
Ніфедипін (таб./ краплі) + пропранолол 20 мг для попередження рефлекторної тахікардії)	5-10 мг під язик/5 крапель	Початок дії – 15-30 хв, тривалість – до 6 годин	Головний біль, тахікардія, почервоніння обличчя
Клонідин	0,075-0,3 мг перорально	30-60 хвилин	Сухість у роті, сонливість. Протипоказаний при атріовентрикулярній блокаді
Пропранолол	20-40 мг сублінгвально	15-30 хв, тривалість – до 6 годин	Брадикардія, бронхообструкція
Фуросемід	40 мг перорально	30-60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Торасемід	10-20 мг перорально	30-60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Бендазол, 1% розчин	3-5 мл внутрішньовенно 4 – 8 мл внутрішньом'язово	10-30 хв	Ефективніший у комбінації з іншими антигіпертензивними засобами

А 3.4.3. Диференційований підхід до терапії пацієнтів з ускладненим ГК

Рекомендації розроблені Робочими групами з невідкладної кардіології та артеріальної гіпертензії Асоціації кардіологів України у співпраці з Науково-практичним товариством неврологів, психіатрів та наркологів України (Артеріальна гіпертензія, 2011, № 3, С. 64-95).

Морбідний фон, орган-мішень	Початок терапії	Мета терапії	Препарати вибору	Не рекомендовані препарати
Гостра гіпертензивна енцефалопатія	Початковий рівень АТ > 140/90 мм рт.ст.	Зниження серАТ* на 25% упродовж 8 годин	Лабеталол, есмолол	Нітропрусид, гідралазин
Гострий ішемічний інсульт	При проведенні ТЛТ* САТ > 185 або ДАТ > 110 мм рт.ст.	Зниження та підтримання САТ < 180 та ДАТ < 105 мм рт. ст. упродовж 24 годин	Лабеталол, урапідил	Нітропрусид
	Без ТЛТ САТ > 220 або ДАТ > 120 мм рт.ст.	Зниження серАТ на 10-15% за 2-3 години, на 15-25% упродовж 24 годин	Лабеталол, урапідил	Нітропрусид
Геморагічний інсульт	САТ > 180 або серАТ > 130 мм рт.ст.	Не підвищений ВЧТ* (< 25) - САТ < 160 та серАТ < 110 мм рт. ст. упродовж 24 годин. Підвищений ВЧТ* (> 25) - САТ < 180 серАТ < 130 та перфузійний тиск ГМ* > 60-80 мм рт.ст. Зниження САТ до 140 мм рт.ст. вважається безпечним	Лабеталол, урапідил, есмолол	Нітропрусид, гідралазин
Субарахноїдальна кровотеча	САТ > 160 мм рт.ст.	До операції – зниження та підтримання САТ < 140 мм рт.ст.; після операції – підтримання рівня САТ < 200 мм рт.ст.	Лабеталол, урапідил, есмолол. Німодипін усім пацієнтам (попередження мозкового вазоспазму)	Нітропрусид, гідралазин
Гострий коронарний синдром	САТ > 160 або ДАТ > 100 мм рт.ст.	Зниження серАТ на 20-30%	Бета-блокатори, нітрогліцерин	Нітропрусид, еналаприлат
Гостра лівошлункова недостатність	Початковий рівень АТ > 140/90 мм рт.ст.	Зниження серАТ на 20-30%	Основні – нітрогліцерин/нітропрусид + петльовий діуретик. Альтернатива – еналаприл, урапідил	Есмолол, метопролол, лабеталол
Розшарування аорти	САТ > 120 мм рт.ст.	САТ від 100 до 120 мм рт.ст, серАТ < 80 мм рт.ст. (бажано зменшення ЧСС < 60 за хв)	Есмолол/ лабеталол/ метопролол (I ряд) чи ділтіазем/верапаміл (при протипоказаннях до бета-блокаторів) + нітропрусид, еналаприл, урапідил (II ряд - за недостатнього ефекту бета-блокаторів)	Призначення вазодилаторів до застосування бета-блокаторів

Морбідний фон, орган-мішень	Початок терапії	Мета терапії	Препарати вибору	Не рекомендовані препарати
Інтра- та постопераційна гіпертензія	САТ або серАТ > 20% від рівня АТ до операції	Зниження ДАТ на 10-15% або до 110 мм рт. ст. за 30-60 хв. У цілому зниження серАТ не більше 25%. Зниження АТ проводити на фоні помірної інфузійної терапії	Урапідил, лабетолол, есмолол	–
	Кардіохірургія – АТ > 140/90 мм рт.ст. або серАТ > 105 мм рт.ст.	Підтримання САТ < 140 та ДАТ < 90 мм рт.ст.	Урапідил, нітрогліцерин, лабетолол, есмолол, нітропрусид	Не рекомендоване застосування бета-блокаторів при супутній серцевій недостатності
Еклампсія	Судоми при АТ ≥ 140/90 мм рт.ст. у вагітної, роділлі чи породіллі	Припинення судом, відновлення прохідності дихальних шляхів	Магнію сульфат	Інгібітори АПФ
Гіперсимпатикотонія (феохромочитома/інтоксикація кокаїном, амфетамінами тощо/синдром відміни клонідину)	Початковий рівень АТ > 140/90 мм рт.ст.	Зниження серАТ на 20-30%	Альфа-адреноблокатор (урапідил) Альтернативні: нітрогліцерин/нітропрусид, верапаміл	Бета-адреноблокатори без попереднього призначення альфа-блокаторів

Примітка: серАТ – середній АТ, ТЛТ – тромболітична терапія, ВЧТ - внутрішньочерепний тиск, ГМ - головний мозок, перфузійний тиск ГМ = серАТ – ВЧТ.

А 3.4.4. Госпіталізація при ГК



За необхідності термінової госпіталізації рекомендується терміновий контакт зі службою ШМД і прибуття бригади ШМД на місце виклику відповідно до нормативу надання екстреної медичної допомоги в межах 10-хвилинної транспортної доступності в містах та 20-хвилинної транспортної доступності в сільській місцевості з урахуванням чисельності та густоти проживання населення, стану транспортних магістралей, інтенсивності руху транспорту (відповідно до наказу МОЗ України від 01.06.2009 № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги»).

Рекомендується транспортування пацієнта у важкому стані з попереднім інформуванням закладу охорони здоров'я, що приймає пацієнта.

Доведено, що такий порядок дій зменшує смертність і покращує результати лікування. Алгоритм госпіталізації пацієнтів з неускладненими ГК у конкретному закладі охорони здоров'я визначається затвердженим локальним протоколом з клінічним маршрутом пацієнта або відповідним наказом. Перелік необхідних дій при госпіталізації пацієнта наведено у Додатку № 5. Надання медичної допомоги на догоспітальному етапі пацієнтам з ГК (екстрена медична допомога).

*Продовження в наступних номерах журналу