

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

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ (закінчення, початок див. у №2, 4 (2013), №1, 2 (2014))

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АГ	-	артеріальна гіпертензія	МРТ	-	магнітно-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	САТ	-	систоличний 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	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			

В. ДОДАТКИ

Додаток № 1 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»

Класифікація АГ за рівнем АТ

Категорії АТ	САТ, мм рт.ст.		ДАТ, мм рт.ст.
Оптимальний	< 120	i	< 80
Нормальний	120 – 129	i/або	80 – 84
Високе нормальний	130 – 139	i/або	85 – 89
АГ 1 ступеня	140 – 159	i/або	90 – 99
АГ 2 ступеня	160 – 179	i/або	100 – 109
АГ 3 ступеня	≥ 180	i/або	≥ 110
Ізольована систолічна АГ*	≥ 140	i	< 90

* Ізольована систолічна АГ повинна класифікуватися на 1, 2, 3 ст. згідно рівня систолічного АТ.

Додаток № 2 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»

Стратифікація ризику для оцінки прогнозу в пацієнтів із АГ

Фактори стратифікації	Рівень артеріального тиску, мм рт. ст.				
	САТ 120-129, ДАТ 80-84	САТ 130-139, ДАТ 85-90	САТ 140-159 або ДАТ 90-99 АГ I ст	САТ 160-179 або ДАТ 100-109 АГ II ст	САТ ≥ 180 або ДАТ ≥ 110 АГ III ст
Немає факторів ризику	Середній ризик у популяції	Середній ризик у популяції	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик
1-2 фактори ризику	Низький додатковий ризик	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
≥3 факторів ризику або УОМ або діабет	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
Супутні захворювання	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик

Примітка: УОМ-ураження органів-мішеней.

Згідно з Фремінгемськими критеріями, терміни «низький», «середній», «високий» та «дуже високий» ризик означають 10-річну вірогідність серцево-судинних ускладнень (фатальних та нефатальних) < 15%, 15-20%, 20-30% та > 30% відповідно.

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

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

Додаток № 2.1. до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»

Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень

Основні фактори ризику	Ураження органів-мішеней	Супутні захворювання
<ul style="list-style-type: none"> - Вік (у чоловіків > 55 років, у жінок > 65 років); - Тютюнопаління; - Дисліпідемія: ЗХС > 5,0 ммоль/л або ХС ЛПНЩ > 3,0 ммоль/л; або ХС ЛПВЩ: чоловіки < 1,0 ммоль/л, жінки < 1,2 ммоль/л, тригліцериди > 1,7 ммоль/л; - Глюкоза плазми крові натще 5,6-6,9 ммоль/л; - Абдомінальне ожиріння (обхват талії > 102 см у чоловіків і > 88 см у жінок); - ССЗ у родичів 1 ступеня спорідненості (до 55 років у чоловіків, до 65 років у жінок). 	<ul style="list-style-type: none"> - Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ); - Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин (товщина інтима-медії сонної артерії > 0,9 мм) або наявність атеросклеротичної бляшки; - Індекс АТ голілка/плечова артерія < 0,9; - Мікральбумінурія (30-300 мг/добу); - Підвищення концентрації креатиніну (у чоловіків 115-133 мкмоль/л, у жінок 107-124 мкмоль/л). 	<ul style="list-style-type: none"> - Цукровий діабет; - Цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, кроволив у мозок, транзиторна ішемічна атака); - Хвороби серця (інфаркт міокарда, стенокардія, перенесена операція реваскуляризації, хронічна серцева недостатність ІІА-ІІІ); - Хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність - (креатинін у плазмі крові в жінок > 124 мкмоль/л; у чоловіків >133 мкмоль/л); альбумінурія > 300 мг/добу); - Оклюзивні ураження периферичних артерій; - Тяжка ретинопатія (геморагії, ексудат, набряк диску зорового нерва).

Додаток № 3 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»

«Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією»

*«Пацієнт повинен разом з лікарем боротися з хворобою»
Гіппократ*

Підвищення артеріального тиску - артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба) - виявляється у 25% дорослого населення і належить до захворювань, які скорочують тривалість життя та призводять до інвалідності. Важливо знати, що на початкових стадіях артеріальна гіпертензія може ніяк не проявлятися і не впливати на самопочуття. Але підвищений артеріальний тиск запускає каскад патологічних змін у серці, судинах, нирках, сітківці ока, головному мозку, що призводить до виникнення головного болю, погіршення зору, пам'яті, сну, зниження розумової діяльності, розвитку інфаркту та інсульту. Сучасні наукові дослідження довели, що ці патологічні зміни можна попередити. Будьте уважними до себе. Якщо Ваш артеріальний тиск (АТ) перевищує 140/90 мм рт.ст. – прислухайтеся до порад лікаря, перегляньте Вашу життєву позицію. Дуже важливо контролювати рівень АТ. Підвищення АТ можна визначити лише при його вимірюванні. Не робить висновку щодо рівня АТ, орієнтуючись лише на своє самопочуття. Обов'язково придбайте тонометр, він Ваш незмінний помічник. Вибирайте моделі напівавтоматичні або автоматичні з манжеткою на плече, дотримуйтеся правил вимірювання тиску. Ваш АТ не повинен перевищувати рівень 140/90мм рт.ст.

Заведіть щоденник самоконтролю АТ та занотовуйте результати вимірювання (с.3). Тиск слід вимірювати 2 рази: ранком натщесерце до прийому лікарських засобів та увечері перед сном, за результатами вимірювання слід обчислити середнє арифметичне значення показника як суму вранішнього та вечірнього вимірювань, розділену на 2. У примітках Ви можете зазначити своє самопочуття, скарги, прийом медикаментів. Препарати для лікування артеріальної гіпертензії потрібно приймати постійно. Якщо Вам призначили препарати для лікування гіпертонічної хвороби, не відмінюйте їх самостійно, не порадились із лікарем. Раптове припинення лікування може мати негативні наслідки для здоров'я та самопочуття.

Не призначайте собі лікування самостійно, почувши телевізійну рекламу або за порадою рідних та друзів, які не мають відповідної освіти та досвіду лікування серцево-судинних захворювань. Харчові добавки, магнітні браслети, різноманітні диски не замінюють лікування. Уникнути розвитку інфаркту та інсульту можна лише за допомогою фармакологічних препаратів, ефективність яких науково доведена.

Виконання порад лікаря щодо зміни способу життя: обмеження вживання деяких продуктів харчування, дотримання режиму фізичного навантаження, підтримання оптимальної маси тіла, відмова від тютюнопаління та прийом фармакологічних препаратів - єдиний шлях, який допоможе Вам уникнути розвитку таких серйозних ускладнень як інсульт та інфаркт міокарда.

Паління тютюну – абсолютною доведеним фактором ризику виникнення серцево-судинних захворювань. Під впливом нікотину прискорюється пульс, виникає спазм судин і підвищується артеріальний тиск. Ішемічна хвороба серця в 4 рази частіше виникає у курців порівняно з тими, хто не палить. Порадьтеся із лікарем, як легше подолати цю звичку. Це дуже важливе рішення у Вашому житті!

Порушення обміну холестерину та ліпідів – основний фактор виникнення та прогресування атеросклерозу, який призводить до розвитку інфаркту та інсульту. Визначте свій рівень холестерину в крові. Загальний холестерин не повинен перевищувати 5,0 ммоль/л. Якщо лікар призначив Вам статини – препарати, які знижують рівень холестерину, необхідно виконувати його рекомендації. Прийом статинів відповідає вимогам міжнародних стандартів по лікуванню пацієнтів із цукровим діабетом, ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією.

Цукровий діабет значно прискорює розвиток серцево-судинних захворювань. У випадку, якщо Ви хворієте на цукровий діабет, оптимальним для Вас буде рівень артеріального тиску 130/80 мм рт.ст. та нижче, а рівень загального холестерину – менше 4,5 ммоль/л. Необхідно регулярно контролювати рівень глюкози в крові та виконувати рекомендації щодо режиму харчування, фізичних навантажень, підтримання оптимальної маси тіла. Зміна стилю життя допомагає багатьом пацієнтам із цукровим діабетом підтримувати оптимальний рівень глюкози в крові без додаткового прийому медикаментів.

Слідкуйте за масою тіла – розрахуйте свій індекс маси тіла: маса (в кг) розділити на зріст (в м) в квадраті. Норма < 25. Якщо індекс маси перевищує 25 проаналізуйте Ваше харчування й фізичну активність, порадились із лікарем й внесіть зміни у своє життя. Зверніть увагу на обсяг своєї талії. Якщо він перевищує 88 см у жінок і 102 см у чоловіків, то це вказує на абдомінальний тип ожиріння, який часто супроводжується прогресуванням гіпертонічної хвороби, розвитком цукрового діабету та ішемічної хвороби серця. Якщо Ви поставили собі за мету схуднути, пам'ятайте, що масу тіла потрібно зменшувати поступово. Краще схуднути на 5 кг за рік, ніж за місяць.

Фізична активність сприяє зменшенню артеріального тиску, нормалізації маси тіла, тренує серцево-судинну систему та м'язи, знімає стрес та психоемоційне напруження, покращує Ваш сон та самопочуття. Мета, до якої необхідно прагнути – 30-45 хвилин ходьби щодня або хоча б 5 разів на тиждень. Обов'язково порадились з лікарем про допустимий рівень навантажень. Ізометричні навантаження з обтяженням (гіри, штанга, тренажери) підвищують АТ і повинні бути виключені. Не зробіть собі шкоди!

Намагайтесь дотримуватись достатньої за калорійністю та збалансованої за складом дієти кожного дня. Оптимальна калорійність Вашого щоденного раціону харчування відображається у стабільно нормальному індексі маси тіла. Якщо у Вас є зайві кілограми, калорійність дієти повинна бути зменшена. Порадьтеся з лікарем стосовно добової калорійності їжі та способів її контролю.

Щоденний набір продуктів повинен бути різноманітним, містити достатню кількість фруктів та овочів (рекомендована ВООЗ норма складає не менше 400 г на день) та продукти із цільних злаків. Слід вживати кожного дня знежирені молочні продукти. Намагайтесь споживати жирну морську рибу не менше, ніж 3-4 рази на тиждень.

Необхідно зменшити в раціоні кількість жирів тваринного походження, трансжирів, цукру, солодощів та продуктів, що містять багато холестерину. Нижче наведено «Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування», які допоможуть Вам визначитись із раціоном харчування.

Не досолойте готові страви. Надлишок солі міститься в копчених виробах, м'ясних та рибних напівфабрикатах, консервах, тощо. Зменшення в раціоні солі знижує рівень систолічного АТ на 4-6 мм рт.ст. та діастолічного АТ на 2-3 мм рт.ст.

Нормалізуйте режим харчування: харчуйтеся частіше, але меншими порціями, рекомендується повноцінний сніданок та обід, а після 18.00 бажано зменшити вживання їжі та віддавати перевагу низькокалорійним продуктам.

Важливо знати, що надмірне вживання алкоголю сприяє підвищенню АТ. Допустимі дози для практично здорових чоловіків – не більше 20 мл на добу у перерахунку на етанол (для жінок – вдвічі менше).

Психоемоційні перевантаження негативно впливають на стан здоров'я. Дотримуйтеся режиму праці та відпочинку, подбайте про повноцінний сон. Не створюйте стресових ситуацій, не допускайте агресивної поведінки, роздратованості, негативних емоцій – це в першу чергу шкодить Вашому здоров'ю. Будьте доброзичливими, навчіться керувати своїми емоціями, частіше посміхайтесь. Спілкування з природою, домашніми тваринами, хобі допоможуть Вам підтримувати психологічну рівновагу. Якщо у Вас пригнічений настрій, порушення сну – зверніться до лікаря.

Зміна стилю життя вимагатиме від Вас повсякденних постійних зусиль. Ваші звички сформувались протягом багатьох років, Ви не зможете позбавитись від них одразу. Ставте перед собою реалістичні цілі, ідіть до них крок за кроком, якщо щось не виходить – не кидайте, йдіть далі. Тільки від Вас та Вашого ставлення до власного здоров'я залежить успіх у лікуванні гіпертонічної хвороби та профілактика її ускладнень.

Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування:

Категорії продуктів	Рекомендовані продукти та страви	Бажана кількість	Продукти обмеженого вибору	Продукти та страви, яких слід уникати
Жири	Олії: оливкова, соняшникова, кукурудзяна, льняна.	До 1-2 столових ложок загалом на день	Вершкове масло не більше 20 г на добу, спреди.	Тваринні жири (смалець, яловичий, баранячий жири, тверді маргарини), частково гідрогенізовані рослинні жири (трансжири).
М'ясо	Нежирна яловичина, кролик, індичка, курка без видимого жиру та шкірочки у відвареному вигляді.	1 порція на день, іноді 2 порції на день	Молода баранина, телятина, пісна свинина, пісна шинка, страви із м'ясною начинкою, варені ковбаси, сосиски.	Жирне м'ясо та птиця, паштети, копчені та сирокопчені ковбасні вироби, смажені, копчені, мариновані м'ясні вироби.
Яйця	Яйця у стравах, білкові омлети.	2-3 яйця на тиждень	Яйця у відвареному вигляді.	Смажені, яєчня.
Риба та рибопродукти	Усі види риби, у тому числі жирна морська риба, приготовлена на пару, відварена.	1 порція (100 г) на день	Запечена риба безшкірочки, заливна, мідії, омари, креветки, кальмари.	Смажена риба, копчена, солоня риба, оселедець, ікра.
Молочні продукти	Молоко та кисломолочні продукти до 1% жирності, йогурти з натуральними наповнювачами, нежирна сметана у страви, кисломолочний сир до 5% жирності.	Кисломолочні напої – 1-2 порції на день, сир кисломолочний 70-100 г на день	Знежирені сорти твердого сиру, сиркові десерти, ряжанка 2,5% жирності.	Жирна сметана, глазуrowані сирки, жирний солоний твердий сир, згущене молоко, вершки, жирні кисломолочні продукти.
Фрукти, ягоди	Свіжі ягоди та фрукти, соки по сезону, сушені, заморожені фрукти та ягоди, соки без додавання цукру.	Не менше 3 порцій на день	Солодкі сорти яблук, соки без додавання цукру.	Фрукти в сиропі, консервовані та мариновані фрукти, джеми, варення.
Овочі	Овочі по сезону у свіжому, відвареному вигляді, приготовлені на пару, картопля із шкірочкою, бобові, заморожені овочі, зелень.	Не менше 3 порцій на день	Консервовані овочі без використання оцту; овочі та картопля, присмажені на олії, вимочена квашена капуста.	Соління, мариновані овочі, смажені на тваринному жирі картопля та овочі, чіпси картопляні, картопля фрі.
Злакові	Хліб із житнього борошна та пшеничного борошна II гатунку, страви із цілінозернових видів круп (вівсяна, гречана, пшоняна), нешлифований рис, макаронні вироби (із твердих сортів пшениці, гречані), пісні хлібобулочні вироби, галетне печиво.	До 5 скибочок хліба на день та 1-2 порції каш (3 повних столових ложки) на день	Макаронні вироби із борошна вищого гатунку, солодкі каші, пісочні та бісквітні тістечка, здобні вироби, приготовлені на рекомендованих жирах.	Хлібобулочні вироби із борошна I гатунку, смажені пиріжки, кондитерські вироби з додаванням рослинних жирів, сухарики промислового виробництва.
Супи	Вегетаріанські овочеві та круп'яні супи.	1 порція на день	Супи на знежиреному бульйоні, рибні супи із нежирної риби.	Супи на кісткових та м'ясних бульйонах, супи-пюре.
Напої	Чай без цукру, німецька кава без кофеїну, мінеральна негазована вода.	У межах загальної кількості рідини на день	Алкогольні напої в перерахунку на 20 г алкоголю, солодкі та газовані напої.	Міцна кава, чай, кава з вершками, какао.
Десерти	Фруктові салати, фруктові несолодке морозиво, заморожені соки.	1-2 порції на день по сезону	Мед.	Вершкове морозиво, десерти з додавання цукру та вершків.
Кондитерські вироби	Лукум, нуга, карамельні цукерки, чорний шоколад.	До 30 г на день	Мармелад, пастила, халва.	Ірис, кондитерські вироби з додавання вершкового масла та рослинних жирів, молочний шоколад.
Горіхи	Волоські, мигдаль, каштан, грецький горіх, кеш'ю, фундук, бразильський горіх.	1-2 цілісні горіхи на день	Фісташки, арахіс.	Солоні горіхи.
Приправи	Пряні трави.	У страви по сезону	Грчиця, перець, соєвий соус, нежирні соуси на рекомендованих жирах.	Соуси на бульйонах, майонез.

Медикаментозне лікування

Дата	Назва препарату	Доза, режим прийому

Щоденник самоконтролю АТ

Дата	Час вимірювання	АТ систолічний	АТ діастолічний	Пульс	Примітка

Продовжити, скільки потрібно

Додаток № 4 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»

Методика вимірювання артеріального тиску

- Вимірювання артеріального тиску повинно проводитися в спокійному оточенні після 5-хвилинного відпочинку.
- Протягом 30 хв. до вимірювання пацієнт не повинен курити чи пити каву.
- Манжета має охоплювати не менше ніж 80% окружності плеча і покривати 2/3 його довжини. Використання занадто вузької або короткої манжети веде до завищення показників АТ, занадто широкої – до їх заниження. Стандартна манжета (12-13 см у ширину та 35 см у довжину) використовується в осіб із нормальними та худими руками. В осіб із мускулистими або товстими руками потрібно застосовувати манжету довжиною 42 см; у дітей віком до п'яти років – довжиною у 12 см.
- Розміщують манжету посередині плеча на рівні серця так, аби її нижній край знаходився на 2-2,5 см вище ліктьової ямки, а між манжетою і поверхнею плеча проходив палець.
- При першому вимірюванні АТ рекомендується спочатку визначити рівень САТ пальпаторним методом. Для цього необхідно визначити пульс на а. radialis і потім швидко накачати повітря в манжету до 70 мм рт. ст. Далі необхідно накачувати по 10 мм рт. ст. до значення, при якому зникає пульсація на а. radialis. Після цього починають випускати повітря з манжети. Той показник, при якому з'являється пульсація на а. radialis під час випускання повітря, відповідає САТ. Такий пальпаторний метод визначення допомагає уникнути помилок, пов'язаної з «аускультативним провалом» - зникненням тонів Короткова відразу після їх першої появи.
- При вимірюванні аускультативним методом повітря накачують на 20-30 см вище значень САТ, які були визначені пальпаторно.
- Випускають повітря повільно – 2 мм за секунду – і визначають I фазу тонів Короткова (появу) і V фазу (зникнення), які відповідають САТ і ДАТ. При вислуховуванні тонів Короткова до дуже низьких значень або до 0, за ДАТ вважають рівень АТ, що фіксується на початку V фази. Значення АТ закругляють до найближчих 2 мм.
- Вимірювання слід проводити не менше двох разів з інтервалом 2-3 хв. При розходженні результатів більше, ніж на 5 мм рт.ст., необхідно зробити повторні виміри через декілька хвилин.
- При першому вимірюванні АТ слід визначати на обох руках, а також у положенні сидячи, стоячи і лежачи. До уваги беруться більш високі значення, які точніше відповідають внутрішньоартеріальному АТ.
- Вимірювання АТ на першій та п'ятій хвилині після переходу в ортостаз необхідно обов'язково проводити в пацієнтів похилого віку, пацієнтів із цукровим діабетом і в усіх випадках наявності ортостатичної гіпотензії або при підозрі на неї.

Додаток № 5 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»

Надання медичної допомоги на догоспітальному етапі пацієнтам з ГК (екстрена медична допомога)

Розділ 1. Прийом виклику диспетчером "103". Передача виклику диспетчером бригаді швидкої медичної допомоги.

1. Поради абоненту, який зателефонував на «103» (Диспетчер у телефонному режимі):

- Покласти пацієнта з піднятим головним кінцем;
 - Уточнити, чи прийняв пацієнт планові гіпотензивні препарати, якщо ні, то рекомендувати прийняти їх у звичайній дозі;
 - Виміряти пульс, АТ і записати значення;
 - Знайдіть попередні ЕКГ пацієнта, показати їх медичному працівнику бригади швидкої медичної допомоги (ШМД);
 - Не залишати пацієнта без нагляду.
1. Бригада ШМД прибуває на виклик за направленням диспетчера ШМД проводить втручання: Діагностика, Надання екстреної медичної допомоги, Термінова госпіталізація пацієнта в профільний заклад охорони здоров'я.

Розділ 2. Діагностика. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта проводиться в повному обсязі та записується в карту виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о), яка затверджена Наказом МОЗ України від 17.11.2010 № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та екстреної медичної допомоги України».

Необхідні дії на виклику

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу захворювання, обов'язкові запитання:

1. Встановити час початку захворювання та скільки триває криз;
 2. Скарги пацієнта на момент початку захворювання;
 3. Чи реєструвалось раніше підвищення АТ, скільки років триває підвищення АТ;
 4. Які звичайні і максимальні цифри АТ;
 5. Які симптоми супроводжують підвищення АТ, які клінічні прояви на момент огляду;
 6. Чи отримує пацієнт постійну антигіпертензивну терапію;
 7. Якими препаратами раніше вдавалось знизити АТ.
2. Збір анамнезу життя: Наявність артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, захворювань серцево-судинної системи, порушення мозкового кровообігу в анамнезі тощо; Наявність супутньої патології, плановий прийом препаратів для лікування супутньої патології.

3. Огляд і фізикальне обстеження

1. Оцінка загального стану і життєво важливих функцій.
2. Первинний огляд включає усунення порушень життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу за алгоритмом АВС.
3. Забезпечення моніторингу життєво важливих функцій.
4. Інструментальні обстеження:
 1. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.
 2. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ- сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ: оцінка ритму, ЧСС, наявності ознак ішемії та інфаркту міокарда.

Бажані:

1. Інструментальне обстеження – проведення пульсоксиметрії (визначення сатурації крові киснем).

Розділ 3. Лікування (надання першої медичної допомоги)

1. Заспокоїти пацієнта.
2. Положення пацієнта – лежачи з піднятим головним кінцем.
3. Контроль ЧСС, АТ кожні 15 хв.
4. Забезпечення стабілізації життєво важливих функцій: дихання та гемодинаміки.
5. Налаштування внутрішньовенного доступу.
6. При необхідності – забезпечення адекватного знеболення, медикаментозної седації (препаратами вибору є морфін гідрохлорид, фентаніл, діазепам).
7. Симптоматична та антигіпертензивна терапія повинна проводитися відповідно до чинних медико-технологічних документів, залежно від ураження органів-мішеней, з урахуванням рекомендацій наведених у табл. А.3.4.2. та табл. А.3.4.3, рекомендоване внутрішньовенне введення лікарських засобів.
8. У пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу на догоспітальному етапі в більшості випадків застосування антигіпертензивної терапії не рекомендовано без необхідності через складність адекватного контролю в них темпів зниження АТ.