

Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію

Наприкінці 2012 р. в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основу якого лягає створення медико-технологічних документів (МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД є обов'язковим для усіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осб-підприємців. Редакція «Українського медичного часопису» підготувала більш зручну, на нашу думку, інформацію щодо необхідних дій лікарів первинної ланки та лікарів-кардіологів при наданні медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 24.05.2012 р. № 384, підготовленого мультидисциплінарною робочою групою, до складу якої входили фахівці зі спеціальностей «Терапія», «Кардіологія», «Медicina невідкладних станів», «Загальна практика – сімейна медицина», «Дієтологія», «Рефлексотерапія», «Сестринська справа», за методичної підтримки Департаменту стандартизації медичних послуг Державного експертного центру МОЗ України.

Артеріальна гіпертензія (АГ), за визначенням Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск (АТ).

Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія або гіпертонічна хвороба) – це підвищений АТ за відсутності очевидної причини його підвищення.

Вторинна гіпертензія (симптоматична) – це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

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. ГК, як ускладнений, так і неускладнений, **потребує** надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів-мішеней.

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH) та Європейського товариства кардіології (European Society of Cardiology – ESC) (2007 р.) відділяють декілька рівнів АТ (табл. 1).

Таблиця 1 Класифікація АГ за рівнем АТ

Категорії	CAT, мм рт. ст.	DAT, мм рт. ст.
Оптимальний	<120	<80
Нормальний	<130	<85
Високий нормальний	130–139	85–89
Гіпертензія:		
I ступінь	140–159 та/або 90–99	
II ступінь	160–179 та/або 100–109	
III ступінь	>180 та/або >110	
Ізольована систолічна гіпертензія	>140	<90

Тут і далі: DAT – діастолічний АТ; CAT – систолічний АТ.

Класифікація АГ за рівнем АТ вказує на ступінь його підвищення (а не на стадію захворювання).

Для встановлення стадії АГ застосовують класифікацію за ураженням органів-мішеней. Цю класифікацію розроблено експертами ВООЗ (1963–1993) та прийнято в Україні в 1992 р. згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я

(МОЗ) України від 30.12.1992 р. № 206 і рекомендовано до подальшого застосування відповідно до наказу від 01.08.1998 р. № 247. Її слід використовувати для встановлення стадії гіпертонічної хвороби (есенціальної гіпертензії), а також вторинної гіпертензії.

Діагноз формулюється із зазначенням стадії захворювання та характеру ураження органів-мішеней.

У разі встановлення діагнозу гіпертонічної хвороби II ступеня або вторинної гіпертензії II ступеня необхідно конкретно вказати, на підставі чого діагностовано II стадію захворювання (наявність гіпертрофії лівого шлуночка, звуження артерій сітівки ока, ознаки ураження нирок тощо). Діагноз гіпертонічної хвороби III ступеня також необхідно обґрунтувати наявністю серцевої недостатності, перенесеного мозкового інсульту, протеїнурії тощо.

Діагноз гіпертонічної хвороби III ступеня за наявності інфаркту міокарда, інсульту чи інших ознак III стадії слід встановлювати лише у тих випадках, коли ці серцево-судинні ускладнення виникають на фоні тривалої гіпертонічної хвороби, що підтверджується наявністю об'єктивних ознак гіпертензивного ураження органів-мішеней (гіпертрофія лівого шлуночка, генералізоване звуження артерій сітівки ока тощо).

Дії лікаря загальної практики відповідно до вимог МОЗ України

Діагностика

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

- 1) виявлення підвищеного АТ;
- 2) ідентифікації можливих причин високого АТ (виявлення вторинної гіпертензії);
- 3) стратифікації ризику розвитку серцево-судинних ускладнень:
 - оцінка ступеня АГ;
 - виявлення факторів ризику (ФР);
 - виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ішемічна хвороба серця – ІХС, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок);

- виявлення ураження органів-мішеней;
- визначення стадії АГ;
- виявлення ускладнень АГ.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Вимірювання АТ.

Проводиться при кожному зверненні до лікаря у стандартних умовах мінімум 2 рази упродовж прийому. При першому зверненні АТ вимірюють на обох руках. При виявленні різниці в рівні АТ на руках для подальших маніпуляцій використовують руку з більш високим АТ. Вимірювання проводять відповідно до методики.

Методика вимірювання АТ

Вимірювання АТ слід проводити у 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 ½ його довжини. Використання занадто вузької або короткої манжети веде до завищення показників АТ, занадто широкої – до їх заниження. Стандартну манжету (12–13 см у ширину та 35 см у довжину) використовують в осіб з нормальними та худими руками. У пацієнтів з мускулистими або товстими руками потрібно застосовувати манжету довжиною 42 см; у дітей віком до 5 років – довжиною 12 см.

Розміщають манжету посередині плеча на рівні серця так, аби її нижній край знаходиться на 2–2,5 см вище ліктвою 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 променевій артерії (a. radialis) і потім швидко накачати повітря в манжету до 70 мм рт. ст. Далі слід накачувати по 10 мм рт. ст. до значення, при якому зникає пульсація на a. radialis. Після цього починають випускати повітря з манжети. Той показник, при якому з'являється пульсація на a. radialis під час випускання повітря, відповідає САТ. Такий пальпаторний метод визначення допомагає уникнути помилки, пов'язаної з «аускультивним провалом» –

зникненням тонів Короткова відразу після їх першої появи.

При вимірюванні аускультивним методом повітря накачують на 20–30 см вище значень САТ, які були визначені пальпаторно.

Випускають повітря повільно – 2 мм/с – 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 заокруглюють до найближчих 2 мм.

Вимірювання слід проводити не менше 2 разів з інтервалом 2–3 хв. При розходжені результатах більше ніж на 5 мм рт. ст. необхідно зробити повторні вимірювання через декілька хвилин.

При першому вимірюванні АТ маніпуляції слід виконувати на обох руках, а також в положенні сидячи, стоячи і лежачи. До уваги беруться більш високі значення, які точніше відповідають внутрішньоартеріальному тиску.

Вимірювання АТ на 1-й та 5-й хвилинах після переходу в ортостаз рекомендовано обов'язково проводити у пацієнтів похилого віку, хворих на цукровий діабет і в усіх випадках наявності ортостатичної гіпотензії або при підозрі на неї.

2. Проведення лікарського огляду усім пацієнтам:

- фізикальне обстеження;
- оцінка неврологічного статусу;

• офтальмоскопія очного дна у пацієнтів із САТ >160 мм рт. ст. та в осіб з офтальмологічною та неврологічною симптоматикою.

3. Лабораторні обстеження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- визначення рівня глікемії, креатиніну – проводити всім пацієнтам при первинному зверненні. За неможливості виконання досліджені узакладах первинної медичної допомоги потрібно направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.

4. Реєстрація електрокардіографії (ЕКГ) у 12 відведеннях.

5. Визначення ФР (табл. 2) та попередня оцінка загального серцево-судинного ризику (табл. 3).

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.

6. При вторинній АГ, резистентній АГ, АГ у пацієнтів молодого віку (до 40 років), у вагітних з АГ – направлення для проведення обстеження до закладів, які надають вторинну медичну допомогу.

Бажані

Лабораторні обстеження:

- визначення рівня аланінаміотрансферази (АлАТ);
- визначення рівня ТГ;
- визначення мікроальбумінурії;

- визначення рівня ЗХС;
- обчислення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Коффрата – Гаулта:

$$\text{ШКФ}(\text{мл}/\text{хв}) = [140 - \text{вік(роки)}] \cdot 0,85 \text{ (для жінок) / } \\ \text{креатинін (мкмоль/л)} \cdot 0,81,$$

де МТ – маса тіла.

Інструментальні обстеження:

- проведення ультразвукового дослідження (УЗД) серця (ехоКГ, допплер-КГ);
- УЗД екстракраніальних судин ший;
- УЗД нирок.

Лікування

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 цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок цільовий АТ становить 130/80 мм рт. ст.);
- модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Дії лікаря

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 в домашніх умовах, вести щоденник самоконтролю АТ.

3. Скласти план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта; узгодити з пацієнтом схеми і режим прийому фармакологічних препаратів.

4. Відповісти на запитання пацієнта.

5. Зробити відповідний запис в медичній картці амбулаторного хворого.

Немедикаментозні методи лікування

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Усім пацієнтам з АГ слід проводити корекцію наявних ФР і модифікацію стилю життя згідно з рекомендаціями щодо профілактики.

2. Надання рекомендацій щодо дотримання здорового способу життя.

Тютюнопаління

1. Активно виявляти осіб, які мають звичку тютюнопаління.

2. Усім, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову.

Таблиця 2 Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень

Основні фактори ризику	Ураження органів-мішень	Супутні захворювання
Вік (у чоловіків >55 років, у жінок >65 років)	Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ехоКГ).	Цукровий діабет
Тютюнопаління	Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин (товщина інтіма-медіа сонної артерії >0,9 мм) або наявність атеросклеротичної бляшки	Череповаскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака) Хвороби серця (інфаркт міокарда, стенокардія, перенесена операція реваскуляризації, хронічна серцева недостатність ІІА–ІІІ ступеня)
Дисліпідемія: ЗХС >5,0 ммоль/л або ХС ЛПНЩ >3,0 ммоль/л; у чоловіків <1,0 ммоль/л; у жінок <1,2 ммоль/л, ТГ >1,7 ммоль/л	АТ <0,9	Хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність – креатинін у плазмі крові у жінок >124 мкмоль/л; у чоловіків >133 мкмоль/л); альбумінурія >300 мг/добу
Глюкоза в плазмі крові натще 5,6–6,9 ммоль/л	Мікроальбумінурія (30–300 мг/добу)	Оклюзивні ураження периферичних артерій
Абдомінальне ожиріння (ОТ >102 см у чоловіків і >88 см у жінок)	Підвищення концентрації креатиніну (у чоловіків 115–133 мкмоль/л, у жінок 107–124 мкмоль/л)	Тяжка ретинопатія (геморагії, ексудат, набряк диска зорового нерва)
Серцево-судинні захворювання у родичів I ступеня спорідненості (<55 років у чоловіків, <65 років у жінок)		

Тут і далі: ехоКГ – ехокардіографія; ЗХС – загальний холестерин (ХС); ОТ – окружність талиї; ТГ – тригліцириди; ХС ЛПВЩ – ХС ліпопротеїдів високої щільноти; ХС ЛПНЩ – ХС ліпопротеїдів низької щільноти.

Таблиця 3

Фактори стратифікації	Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієнтів з АГ					
	Рівень АТ, мм рт. ст.	CAT 120–129, ДАТ 80–84	CAT 130–139, ДАТ 85–90	CAT 140–159 або ДАТ 90–99 (АГ I ступеня)	CAT 160–179 або ДАТ 100–109 (АГ II ступеня)	CAT >180 або ДАТ >110 (АГ III ступеня)
Немає ФР	Середній ризик в популяції	Середній ризик в популяції	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик
1–2 ФР	Низький додатковий ризик	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
>3 ФР або ураження органів-мішень або діабет	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Дуже 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	Дуже високий додатковий ризик

3. Виконання Стандарту первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.

Гіперхолестеринемія

1. Надавати рекомендації щодо визначення рівня ЗХС і ТГусім дорослим пацієнтам за наявності більше 2ФР (див. табл. 2).

2. Усім пацієнтам рекомендувати дотримання зasad раціонального харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня ЗХС <5,0 мілімоль/л та ХС ЛПНЩ <3,0 мілімоль/л (табл. 4, 5).

3. Розглянути питання про доцільність призначення фармакологічної корекції статинами гіперхолестеринемії пацієнтам, які мають високий та дуже високий серцево-судинний ризикта порушення обміну ХС, яке не піддається немедикаментозній корекції.

4. Пацієнтам групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень ЗХС <4,5 мілімоль/л та ХС ЛПНЩ <2,5 мілімоль/л.

Надлишкова маса тіла та ожиріння

1. Антропометрія всім пацієнтам в рамках профілактичної діяльності мінімум 1 раз на рік із визначенням ОТ, індексу маси тіла (ІМТ):

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

2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ та ОТ. Підтримувати ІМТ в межах 18,5–24,9 кг/м², ОТ <88 см — у жінок, <102 см — у чоловіків.

3. Пацієнтам з надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватися здорового харчування (див. табл. 4), знищити енергетичну цінність їжі, підвищити рівень фізичної активності.

4. Бажано скерувати пацієнтів із надлишковою масою тіла до закладів, які надають вторинну медичну допомогу, до дієтолога, спеціаліста з лікувальної фізкультури.

Фізична активність

1. Заохочувати всіх пацієнтів до щоденного фізичного навантаження у будь-якому вигляді (ходьба, активний відпочинок тощо) упродовж 30–45 хв/добу до підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) за умови комфорtnого самопочуття.

Зловживання алкоголем

1. Дорослим здоровим особам, які вживають алкоголь, рекомендувати не перевищувати 3 дози на добу — для чоловіків і 2 дози на добу — для жінок (1 доза становить 10 мл чистого етанолу).

2. Рекомендувати дотримання дієти з обмеженням споживання кухонної солі, солодощів, насищених жирів та підвищеним вживанням фруктів/овочів (див. табл. 4).

3. Заохочувати пацієнтів до самоконтролю АТ та інших ФР, постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності до виконання рекомендацій лікаря.

Бажані

1. Надати пацієнту з АГ роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта з АГ» (див. табл. 5) та зробити відповідний запис у медичній картці амбулаторного хворого.

2. Залучити пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції (за їх наявності) — школи здоров'я, програми відмові від тютюнопаління, програми психогігії та фізичної реабілітації тощо.

3. Активно виявляти пацієнтів із тривожними/депресивними розладами та рекомендувати тим, котрі мають депресивні/тривожні розлади, звернутися до психотерапевта/психіатра в заклади, які надають вторинну медичну допомогу.

Медикаментозні методи

Лікування

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Для лікування АГ використовують антигіпертензивні препарати з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (препарати 1 ряду: діуретики, інгібтори ангіотензинпреретворювального ферменту (ІАПФ), антагоністи кальцію (АК), блокатори бета-адренорецепторів (ББА), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА)) як у вигляді монотерапії, так і у комбінаціях. За неможливості нормалізації АТ за допомогою комбінації

Таблиця 4

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 за-галом на добу	Вершкове масло не більше 20 г на добу, спреди	Тваринні жири (свинячий смальець, яловичий, барабанячий жир, тверді маргарини), частково гідрогенізовані рослинні жири (трансжири)
М'ясо	Нежирна яловичина, кролик, індичка, курка 1 порція на добу, іноді 2 по-му вигляди	2–3 яйця на тиждень	Молода баранина, телятина, пісна свинина, пісна шинка, страви з 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 яйця, яечня
Риба та морепродукти	Усі види риби, в тому числі жирна морська 1 порція (100 г) на добу	1–2 порції на добу	Запечена риба без шкірочки, заливна риба, міді, оселедець, ікра	Смажена риба, копчена, солона риба, оселедець, ікра
Молочні продукти	Молоко та кисломолочні продукти до 1% кисломолочні напої — жирності, йогурти з натуральними наповню-вачами, нежирна сметана у стравах, кисло-молочний — молочний сир до 5% жирності	1–2 порції на добу, сир 70–100 г/добу	Знежирені сорти твердого сиру, сиркові десерти, ряжанка 2,5% жирності	Жирна сметана, глазуровані сирки, хирний солоний твердий сир, згущене молоко, вершки, жирні кисломолочні продукти
Фрукти, ягоди	Свіжі ягоди та фрукти, сезонні соки, сушені, заморожені фрукти та ягоди, соки без додавання цукру	Не менше 3 порцій на добу	Солодкі сорти яблук, соки без додавання цукру	Фрукти у сиропі, консервовані та мариновані фрукти, джеми, варення
Овочі	Сезонні овочі у свіжому, відвареному вигляді, приготовлені на парі, картопля із шкірочкою, бобові, заморожені овочі, зелень	Не менше 3 порцій на добу	Консервовані овочі без використання олії, вимочена квашена капуста	Соління, мариновані овочі, смажені оцту, овочі та картопля, присмажені на тваринному жирі картопля та овочі на олії, вимочена квашена капуста чі, чипсы картопляні, картопля фрі
Злакові	Хліб із житнього та пшеничного борошна До 5 скибочок хліба на добу II ґатунку, страви із цільнозернових видів та 1–2 порції кащ (3 поївних горіхів) на добу ваний рис, макаронні вироби (із твердих сортів пшениці, гречані), пісні хлібобулочні вироби, гарнеть печиво	До 5 скибочок хліба на добу	Макаронні вироби з борошна вищо-го ґатунку, солодкі каші, пісочні І ґатунку, смажені пиріжки, кондитер-та бісквітні тістечка, здобні вироби, сукі вироби з додаванням рослинних приготувані на рекомендованих жирів, сухариков промислового виробництва	Хлібобулочні вироби із борошна
Супи	Вегетаріанські овочеві та круп'яні супи	1 порція на добу	Супи на знежиреному бульйоні, супи на кісткових та м'ясних бульйонах, супи-пюре	Супи на кісткових та м'ясних бульйонах, супи-пюре
Напої	Чай без цукру, неміцна кава без кофеїну, мінеральна негазована вода	У межах загальної кількості рідини на добу	Алкогольні напої в перерахунку на 20 г алкоголю, солодкі та газовані напої	Міцна кава, чай, кава з вершками, какао
Десерти	Фруктові салати, фруктове несолодке морозиво, заморожені соки	1–2 порції на добу за сезо-ном	Мед	Вершкове морозиво, десерти з додаванням цукру та вершків
Кондитерські вироби	Лукум, нуга, карамельні цукерки, чорний шоколад	До 30 г/добу	Мармелад, пастила, халва	Ірис, кондитерські вироби з дода-ванням вершкового масла та рослинних жирів, молочний шоколад
Горіхи	Волоскі горіхи, мигдаль, каштан, кеш'ю, фундук, бразильський горіх	1–2 цілісні горіхи на добу	Фісташки, арахіс	Солоні горіхи
Приправи	Пряяні трави	У страви за сезоном	Причіця, перець, соєвий соус, нежирні соуси на рекомендованих жирах	Соуси на бульйонах, майонез

Таблиця 5

Інформаційний лист для пацієнта з АГ

«Пацієнт повинен разом з лікарем боротися з хворобою»

Гіппократ

Підвищення АТ – АГ (гіпертонічна хвороба) – виникає у 25% дорослого населення і належить до захворювань, які скороочують тривалість життя та призводять до інвалідності. Важливо знати, що на початкових стадіях АГ може ніяк не проявлятися і не впливати на самопочуття. Але підвищений АТ запускає каскад патологічних змін в серці, судинах, нирках, сітківці ока, головному мозку, що призводить до виникнення головного болю, погіршення зору, пам'яті, сну, зниження розумової активності, розвитку інфаркту та інсульту. Сучасні наукові дослідження довели, що ці патологічні зміни можна попередити. Будьте уважними до себе. Якщо Ваш АТ перевищує 140/90 мм рт. ст., прислухайтесь до порад лікаря, перегляньте Вашу життєву позицію.

Дуже важливо контролювати рівень АТ. Підвищення АТ можна визначити лише при його вимірюванні. Не робіть висновку щодо рівня АТ, орієнтуючись лише на своє самопочуття. Обов'язково прийте тонометр – він Ваш незмінний помічник. Вибираєте моделі напівавтоматичні або автоматичні з манжеткою на плече, дотримуєтесь правил вимірювання тиску. Ваш АТ не має перевищувати рівень 140/90 мм рт. ст.

Заведіть щоденник самоконтролю АТ та занотовуйте результати вимірювання. Тиск слід вимірювати 2 рази: вранці натщесерце до прийому лікарських засобів та увечері перед сном, за результатами вимірювання слід обчислити середнє арифметичне значення показника як суму вранцішнього та вечірнього вимірювань, поділену на 2. У примітках Ви можете зазначити своє самопочуття, скарги, прийом медикаментів.

Препарати для лікування АГ потрібно приймати постійно. Якщо Вам призначили препарати для лікування гіпертонічної хвороби, не відмінайте їх самостійно, не порадившися з 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. Уникніти розвитку інфаркту та інсульту можна лише за допомогою фармакологічних препаратів, ефективність яких науково доведена.

Дотримання 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 уникніти розвитку таких серйозних ускладнень, як інсульт та інфаркт міокарда.

Паління тютюну – абсолютно доведений фактор ризику виникнення серцево-судинних захворювань. Під впливом нікотину прискорюється пульс, виникає спазм судин і підвищується АТ. ІХС в 4 рази частіше виникає у курців порівняно з тими, хто не палить. Порадьтеся з лікарем, як легче позбутися цієї звички. Це дуже важливе рішення у Вашому житті!

Порушення обміну ХС та ліпідів – основний фактор виникнення та прогресування атеросклерозу, який призводить до розвитку інфаркту та інсульту.

Визначте свій рівень ХС у крові. ЗХС не має перевищувати 5,0 ммоль/л. Якщо лікар призначив Вам статини – препарати, які знижують рівень ХС, необхідно виконувати його рекомендації. Прийом статинів відповідає вимогам міжнародних стандартів з лікування пацієнтів з цукровим діабетом, ІХС та АГ.

Цукровий діабет значно прискорює розвиток серцево-судинних захворювань. У разі, якщо Ви хворієте на цукровий діабет, оптимальним для Вас буде рівень АТ 130/80 мм рт. ст. та нижче, а рівень ЗХС – менше 4,5 ммоль/л. Необхідно регулярно контролювати рівень глукози у крові та виконувати рекомендації щодо режиму харчування, фізичних навантажень, підтримання оптимальної маси тіла. Зміна стилю життя допомагає багатьом пацієнтам з цукровим діабетом підтримувати оптимальний рівень глукози у крові без додаткового прийому лікарських засобів.

Стежте за масою тіла – розрахуйте свій ІМТ: маса (кг) розділіть на зріст (м) в квадраті. Норма не має перевищувати 25. Якщо ІМТ перевищує 25, проаналізуйте Ваше харчування й фізичну активність, порадьтеся з лікарем та внести зміни в свою життєву. Зверніть увагу на свою ОТ. Якщо вона 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 ІХС. 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 зниженню АТ, 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 хв ходьби щодня або хоча б 5 разів на тиждень.

Обов'язково порадьтеся з лікарем про допустимий рівень навантажень. Ізометричні навантаження з обтяженням (гири, штанга, тренажери) підвищують АТ і мають бути виключені. **Не завдайте собі шкоди!**

Намагайтесь дотримуватися достатньої за калорійністю та збалансованої за складом дієти кожного дня. Оптимальна калорійність Вашого щоденного раціону харчування відображається у стабільно нормальному ІМТ. Якщо у Вас є зайві кілограми, калорійність дієти слід знижити. Порадьтеся з лікарем стосовно добової калорійності іх та способів її контролю.

Щоденний набір продуктів має бути різноманітним, містити достатню кількість фруктів та овочів (рекомендована ВООЗ норма становить не менше 400 г/добу) та продукти із цільних злаків. Слід вживати щодня знежирені молочні продукти. Намагайтесь споживати жирну морську рибу не менше ніж 3–4 рази на тиждень.

Необхідно зменшити в раціоні кількість жирів тваринного походження, трансжири, цукру, солодощів та продуктів, що містять багато ХС. Нижче наведено «Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування», які допоможуть Вам визначитися з раціоном харчування.

Не дослойте готові страви. Надлишок солі міститься у купченнях виробах, м'ясних та рибних напівфабрикатіах, консервах тощо. Зменшення в раціоні солі знижує рівень САТ на 4–6 мм рт. ст. та ДАТ – на 2–3 мм рт. ст.

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

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

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

Зміна стилю життя вимагатиме від Вас повсякденних постійних зусиль. Ваші звички формувалися протягом багатьох років, Ви не зможете позбавитися від них одразу. Ставте перед собою реалістичні цілі, ідіть до них крок за кроком, якщо щось не входить – не кидайте, йдіть далі.

Тільки від Вас та Вашого ставлення до власного здоров'я залежить успіх у лікуванні гіпертонічної хвороби та профілактика її ускладнень.

препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (блокатори альфа-адренорецепторів, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії) (табл. 6–9). До досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки переносимості, ефективності та безпеки лікування, а також контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводяться з інтервалом 2–3 тиж.

2. Усім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов'язково додатково призначати (за відсутності протипоказань)

медикаментозну корекцію дисліпідемії – статини у стандартних дозах (табл. 10).

3. Пацієнтам зі встановленим діагнозом серцево-судинного захворювання за відсутності протипоказань після досягнення ефективного контролю АТ (рівень АТ <140/90 мм рт. ст.) додатково призначають ацетилсаліцилову кислоту в дозі 75–100 мг.

4. Медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, цукровий діабет тощо) проводять відповідно до чинних медико-технологічних документів (МТД).

5. При недосягненні цільового АТ:

- упевнитися, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів;

• провести корекцію терапії.

6. При неефективності медикаментозної терапії (за умови призначення препаратів в адекватних дозах) пацієнта направляють до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу (табл. 11, 12).

7. Лікування неускладненого ГК проводять в амбулаторних умовах у разі можливості моніторингу стану пацієнта (табл. 13, 14).

Найбільш часті проблеми при наданні медичної допомоги пацієнтові з ГК:

- пізня діагностика;
- неналежна оцінка симптомів;

Таблиця 6

Вибір стратегії лікування

Пациєнти з АГ потребують щоденного лікування впродовж всього життя.

Рішення про вибір стратегії лікування залежить від рівня САТ та ДАТ у пацієнта та сумарного серцево-судинного ризику.

Усім пацієнтам рекомендовано 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 призначають усім пацієнтам зі стабільно підвищеним АТ, починаючи з рівня 160/100 мм рт. ст.

Медикаментозне лікування обов'язково призначають пацієнтам при рівні АТ <160/100 мм рт. ст (АГ I ступеня), але з високим і дуже високим ризиком.

Пацієнтам з АГ I ступеня (АТ <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, що кожен із заходів немедикаментозної корекції приводить до зменшення АТ на 3–4 мм рт. ст.

Для стартової та підтримувальної антигіпертензивної терапії застосовуються тіазидні (тіазидоподібні) діуретики в низьких дозах, АК (блокатори кальціевих каналів – БКК), іАПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину I ББА (препарати I ряду). Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування.

Пацієнтам, у яких рівень АТ >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.

За 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 у пацієнта препарату цього класу, ураження органів-мішеней, наявність клінічних проявів серцево-судинних захворювань, уражені нирок чи цукрового діабету, можливість взаємодії з препаратами, які застосовують для лікування супутньої патології у пацієнта, побічну дію препаратів, вартість препаратів.

Необхідно надавати перевагу лікарським засобам, антигіпертензивний ефект яких триває >24 год при прийомі 1 раз на добу.

У пацієнтів з АГ I ступеня і з низьким чи помірним сумарним серцево-судинним ризиком антигіпертензивна терапія може починатись як з монотерапії, так і з комбінації 2 препаратів I ряду у низьких дозах.

Комбінації антигіпертензивних препаратів, що довели свою ефективність, наведено в табл. 7. Найбільш поширеною раціональною трикомпонентною комбінацією є іАПФ/БРА + АК (БКК) + тіазидні діуретики.

За відсутності нормалізації АТ на фоні терапії трьома лікарськими засобами потрібно, в першу чергу, упевнитися, що пацієнт приймає призначене лікування. За 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.

У разі недостатньої ефективності або неможливості застосування препаратів I ряду в складі комбінованої терапії використовують препарати II ряду (блокатори альфа-1-адренорецепторів, петлюві діуретики, блокатори реніну, алкалоїди рauвольфії, центральні альфа-2-агоністи та селективні імідазолінові рецептори)

Таблиця 7 Комбінації антигіпертензивних лікарських засобів, що довели свою ефективність

1 Тіазидний діуретик* + іАПФ
2 Тіазидний діуретик* + БРА
3 АК (БКК) + іАПФ
4 АК (БКК) + БРА
5 іАПФ (БРА) + АК (БКК) + тіазидний діуретик

*Або тіазидоподібний діуретик.

Таблиця 8 Рекомендації вибору лікарських засобів для терапії пацієнтів з АГ залежно від клінічної ситуації

Ураження органів-мішеней	Літературні джерела
Гіпертрофія лівого шлуночка	БРА, іАПФ, АК (БКК)
Початкові ознаки атеросклерозу	АК (БКК), іАПФ
Ураження нирок, а саме:	
- мікроальбумінурія	іАПФ, БРА
- дисфункція нирок	іАПФ, БРА
- хронічна хвороба нирок/протеїнурія	іАПФ, БРА, петлюві діуретики
Асоційовані клінічні стани	
Перенесений інсульт	Будь-який антигіпертензивний препарат
Перенесений інфаркт міокарда	ББА, іАПФ, БРА
Хронічна серцева недостатність	ББА, АК (БКК)
Фібріляція передсердь	Діуретики, ББА, іАПФ, БРА, антиагоністи альдостерону
пароксизмальна фібріляція передсердь	іАПФ, БРА
Хронічна хвороба нирок/протеїнурія	ББА, недигідропіridинові АК (БКК)
Захворювання периферичних артерій	іАПФ, БРА, петлюві діуретики

Особливі клінічні ситуації

Ізольована систолічна АГ (вік 60 років і старше)	АК (БКК), діуретики
АГ у осіб віком 60 років і старше	БРА, АК (БКК), діуретики
Метаболічний синдром	БРА, іАПФ, АК
Цукровий діабет	БРА, іАПФ
Вагітність	АК (БКК), метилдола, ББА

Таблиця 9

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
ББА	Атріовентрикулярна блокада II–III ступеня, захворювання периферичних артерій, метабрадикардія (ЧС <55), хронічна астма	Захворювання болічного синдрому, порушення тесту толерантності до глюкози, спортсмени і фізично активні пацієнти, хронічне обструктивне захворювання легень
АК (БКК) дигідропіridинові		Taxiaritmii, хронічна серцева недостатність
АК (БКК) недигідропіridинові	Атріовентрикулярна блокада II–III ступеня, брадикардія (ЧС <55), хронічна серцева недостатність	
іАПФ	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній хронічний кашель, стеноз ниркових артерій, ангіоневротичний набряк в анамнезі	
БРА	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній стеноз ниркових артерій	Обструкція жовчних шляхів, тяжкі порушення функції печінки, холестаз

Таблиця 10

Призначення статинів

1. За відсутності протипоказань призначення статинів є обов'язковим для пацієнтів з АГ та:
 - встановленням серцево-судинним захворюванням;
 - цукровим діабетом;
 - високим та дуже високим серцево-судинним ризиком.
2. При призначенні статинів потрібно проводити:
 - контроль рівня ЗХС та АпАТ через 3–4 тижні від початку прийому та після кожного підвищення дози. У разі перевищення верхньої меж активності ферментів в 3 рази статині відмінюють;
 - при появі скрг на біль у м'язах та/або слабкість – статині відмінюють, необхідно визначити рівень креатининфосфокінази в крові.
3. Цільові рівні ЗХС та ХС ЛПНЩ у пацієнтів групи високого ризику становлять відповідно <4,5 та <2,5 ммол/л

- невчасне (занадто пізнє) призначення терапії, що не дозволило уникнути ураження органів-мішеней;
- неправильний вибір препарату;

- неналежний моніторинг АТ та інших клінічних симптомів;
- занадто швидке зниження АТ, що привело до порушення перфузії внутрішніх органів.

За неможливості моніторингу та/або розвитку ускладненого ГК пацієнта якнайшвидше направляють до закладів, що дають вторинну стаціонарну медичну допомогу (див. табл. 7).

Бажані

У разі неефективності медикаментозної терапії виконувати амбулаторний моніторинг АТ або моніторинг АТ в домашніх умовах.

Амбулаторне моніторування АТ

Основним методом виявлення підвищеної тиску та оцінки ефективності антигіпертензивної терапії залишається традиційне визначення АТ за методом М.С. Короткова, запропоноване ще в 1905 р. У 80-х роках у клінічну практику було впроваджено метод амбулаторного моніторування АТ, який дозволяє визначати

Таблиця 11

Показання до направлення на консультацію до спеціалістів відповідного профілю/госпіталізацію	
Клінічна ситуація	Консультація/ госпіталізація
Необхідність термінової допомоги	
Ускладнений ГК: інфаркт міокарда, інсульт, гостре розшарування аневризми аорти, Госпіталізація гостра недостатність лівого шлуночка, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизми тахікардії, фібріляція та тріпотіння пересердь, шлуночкова екстрасистолія високих градацій), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (у тому числі носова).	Госпіталізація
Неускладнений ГК за неможливості моніторингу стану пацієнта.	
Злюкісна гіпертензія (висока гіпертензія з ознаками тяжкої ретинопатії: геморагії, ексудат, набряк диска зорового нерва)	
Особливі ситуації	
Надмірна варіабельність АТ, підозра на наявність епізодів гіпотензії Гіпертензія вагітних	Терапевт, кардіолог Терапевт, кардіолог, акушер-гінеколог
Терапевтичні проблеми	
Непереносимість лікарських засобів. Протипоказання до лікарських засобів. Резистентність до лікарських засобів	Терапевт, кардіолог
Ознаки можливої вторинної гіпертензії	
Молодий вік пацієнта: будь-яка гіпертензія у пацієнта віком до 20 років; гіпертензія, що потребує медикаментозного лікування у пацієнта віком до 30 років. Раптовий початок гіпертензії або погіршення її перебігу. Резистентна та злюкісна АГ Підвищення рівня креатиніну. Наявність протеїнурії та/або гематуриї	Терапевт, кардіолог, нефролог, уролог, серцево-судинний хірург, ендокринолог Нефролог/уролог

Таблиця 12

Жіноча консультація	Етапи надання медичної допомоги вагітним з АГ
Спеціалізований центр	
Виявлення АГ у вагітності.	Встановлення тяжкості проявів захворювання і при- Направлення вагітної з АГ до спеціалізованого центру чини АГ.
	Визначення тактики ведення вагітності.
Ознайомлення жінки з її захворюванням, особливостями перебігу вагітності при АГ, методами контролю за її станом і становом плода, раціональним режимом харчування, прийомом лікарських засобів, підготовкою до пологів та грудного вигодовування	Початок проведення лікувально-профілактических заходів.
Спостереження, обстеження та оцінка стану вагітності. Проведення контролю за виконанням діагностичних чисел за допомогою спеціальних інструментальних та лікувально-профілактических заходів, призначених і клініко-біохімічних досліджень.	Початок лікувально-профілактических заходів.
При виникненні ускладнень вагітності, порушень Госпіталізація до стаціонару: при розвитку усклад- стану плода – направлення до стаціонару.	Корекція лікувально-профілактических заходів.
Направлення до стаціонару з метою підготовки до пологів.	Ніні, для підготовки до пологів.
Передача породілі під спостереження лікаря загальної практики – сімейного лікаря або кардіолога	

Таблиця 13

Алгоритм дій лікаря загальної практики при наданні медичної допомоги пацієнтів з неускладненим ГК
1. Забезпечити моніторинг АТ.
2. Заспокоїти пацієнта і пояснити тактику лікування (за необхідності призначити седативні препарати).
3. Провести оцінку клінічного стану, в тому числі ризику 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) (табл. 14). Лікарські засоби для лікування неускладнених ГК.
Лікар обирає препарат (чи комбінацію препаратів), орієнтуючись на стан пацієнта (вік, рівень АТ, ЧСС, наявність вегетативних розладів та супутньої патології), положення лікувального протоколу та досвід пацієнта щодо застосування антигіпертензивних препаратів. Зниження АТ при неускладненому ГК проводять упродовж годин/доби. АТ потрібно знижити до відносно безпечного рівня, швидкість зниження середнього АТ має становити не більше ніж 25% упродовж першої години. Для того, щоб уникнути надмірного зниження АТ, рекомендуються починити лікування з низьких доз антигіпертензивних препаратів, за необхідності – повторити їх прийом через 1–2 год. Особливо обережно потрібно підходити до зниження АТ у пацієнта з ознаками вираженого атеросклерозу, зокрема пацієнтів старечого віку. У цієї категорії хворих призначення АК (БКК) короткої дії (ніфедіпіну) може привести до розвитку нападу стенокардії внаслідок швидкої та вираженої гіпотензивної дії препарату та розвитку синдрому обкрадання. За необхідності призначення ніфедіпіну його доцільно призначати у $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{3}$ стандартної дози в комбінації з пропранололом (за відсутності протипоказань).
5. Важливо узгодити з пацієнтом дозу і час наступного прийому планових антигіпертензивних препаратів, щоб попередити підвищення АТ. У разі необхідності провести корекцію планової терапії.
6. За потреби провести необхідні інструментальні/лабораторні дослідження: ЕКГ, офтальмоскопію очного дна тощо – для виявлення потенційно небезпечної ураження органів-мішень та можливої причини кризового перебігу АГ.
7. За неможливості забезпечення моніторингу АТ та клінічних симптомів, пацієнт із ГК підлягає госпіталізації

його рівень протягом робочого дня пацієнта, а також у нічний час. Середні значення, отримані таким методом, точніше визначають рівень гіпертензії ухвороого, оскільки застосування амбулаторного моніторування дозволяє нівелювати вплив на тиск таких стрес-факторів, як тривожне очікування лікаря, реакція на обстеження. Особливо важливим є те, що ураження органів-мішень у хворих на АГ тісніше корелює з середньодобовим чи середньоденним рівнем тиску, ніж з його одноразовими вимірюваннями в умовах клініки.

Для нормального добового профілю АТ у осіб з нормальним або підвищеним тиском характерні більш високі значення вдень та зниження в нічний період, коли пацієнт спить. Недостатнє зниження тиску у нічний час відзначають, як правило, за наявності вторинної АГ. Це є самостійним предиктором розвитку інсульту та інфаркту міокарда у хворих на АГ.

Найчастіше аналізують середні значення САТ та ДАТ за добу, день та ніч, індекс періоду гіпертензії (відсоток показників АТ, що перевищують норму) та площу під кривою денного та нічного АТ, що перевищує нормальні значення. Визначають також варіабельність тиску в зазначені періоди доби (за стандартним відхиленням), добовий індекс (ступінь зниження нічного АТ відносно денного), величину та швидкість ранішнього підвищення АТ. Денним АТ вважається тиск в період з ранку до нічного сну (як правило, з 7:00 до 22:00), нічним – в період нічного сну (найчастіше з 22:00 до 7:00). Удень тиск вимірюють кожні 15–30 хв, уночі – кожні 30–60 хв.

Значення АТ, отримані при амбулаторному моніторуванні, дещо нижчі, ніж одержані при вимірюванні у клініці.

«Офісний тиск» 140/90 мм рт. ст. приблизно відповідає середньодобовому 125–130/80 мм рт. ст. (див. табл. 6).

Результати амбулаторного моніторування дозволяють оцінити тривалість антигіпотензивної дії фармакологічних препаратів. Для цього використовують індекс мінімум/максимум (в англомовній літературі trough/peak ratio), який вираховують як частку відділення значення зниження тиску через добу після прийому препарату на значення максимального зниження тиску протягом доби.

Якщо відношення залишкового антигіпотензивного ефекту до максимального <0.5 (тобто <50%), це свідчить про недостатність дії препарату в кінці міждозового інтервалу (недостатня тривалість дії) або про надмірну гіпотензію на максимумі дії.

Диспансерне спостереження

Диспансерне спостереження проводиться за всіма пацієнтами з АГ для профілактики розвитку ускладнень.

Досягнення і підтримка цільового рівня АТ вимагає тривалого лікарського спостереження з регулярним контролем виконання пацієнтом рекомендацій щодо зміни способу життя і дотримання режиму прийому призначених антигіпотензивних засобів, а також корекції терапії залежно

Таблиця 14

Лікарський засіб	Доза та спосіб введення	Час дії	Лікарські засоби для лікування неускладнених ГК	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 год		Гіпотензія у пацієнтів із ренінзалежною гіпертензією
Ніфедіпін (таблетки/краплі) (+ пропранолол 20 мг для попередження рефлекторної тахікардії)	5–10 мг сублінгвально/5 крапель	Початок дії – 15–30 хв Тривалість – до 6 год		Головний біль, тахікардія, почервоніння обличчя
Клонідин	0,075–0,3 мг перорально	30–60 хв		Сухість у роті, сонливість. Протипоказаний при атріовентрикулярній блокаді
Пропранолол	20–40 мг сублінгвально	15–30 хв, тривалість – до 6 год		Брадикардія, бронхіобструкція
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	10–30 хв		Ефективніший у комбінації з іншими антигіпертензивними засобами
	4–8 мл внутрішньом'язово			

від ефективності, безпеки і переносимості лікування.

Важливе значення має корекція та мониторинг інших ФР та супутніх клінічних станів: гіперхолестеринемії, цукрового діабету тощо.

Діл 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 та безпеки лікування, а також контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій здійснюють з інтервалом 2–3 тиж.

1.2. Після досягнення цільового рівня АТ інтервал між плановими візитами становить:

- для пацієнтів із середнім і низьким ризиком, які регулярно вимірюють АТ вдома, – 6 міс;
- для пацієнтів із високим і дуже високим ризиком, тим, кому призначено лише немедикаментозне лікування, особам з низькою прихильністю до лікування – не більше 3 міс.

1.3. При диспансерному спостереженні проводять:

- моніторинг рівня АТ та ФР;
- контроль виконання рекомендацій лікаря, підтримка мотивації та корекцію рекомендацій та призначень;
- лабораторні (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі) та інструментальні (ЕКГ) дослідження доцільно проводити 1 раз на рік за умови відсутності специальних показань.

1.4. У випадку розвитку ускладнень, відсутності корекції АТ та інших ФР, за необхідності проведення обстежень, що не можуть бути виконані у закладах первинної медичної допомоги, слід направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.

Бажані

- 1. Моніторувати рівень ЗХС.

2. Направляти пацієнтів з АГ на санаторно-курортне лікування в профільні місцеві санаторії відповідно до провідних клінічних проявів, уникуючи застосування вод з високим ступенем мінералізації та процедур, здатних підвищувати АТ.

Первинна профілактика

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

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

Діл лікаря

1. Вимірювання АТ.
2. Виявлення ФР, оцінка загального серцево-судинного ризику (див. табл. 2, 3).

3. Надання рекомендацій щодо дотримання здорового способу життя (див. табл. 4, 5, а також розділ Немедикаментозне лікування).

Діл лікаря-кардіолога відповідно до вимог МОЗ України на догоспітальному етапі

Діагностика

Діагностичні заходи, які проводять у закладах вторинної медичної допомоги, направлені на уточнення діагнозу, діагностику вторинної АГ, виявлення причин рецистентної АГ та/або злюкісного перебігу АГ, виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, серцева недостатність, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок), серцево-судинних ускладнень, стратифікацію ризику з використанням методик та обстежень, що не можуть бути проведені у закладах первинної медичної допомоги.

Проводять оцінку стадії АГ для визначення практездатності.

Для пацієнтів, вперше направлених до закладів, які надають вторинну медичну допомогу, термін обстежень не має перевищувати 30 днів.

Діл лікаря

Обов'язкові

1. Оцінювання результатів діагностичних заходів, проведених у закладах первинної медичної допомоги.

2. Збір анамнезу, лікарський огляд та обстеження з метою виявлення ознак вторинної АГ, уточнення ступеня ураження органів-мішеней, наявності супутніх захворювань і ФР.

3. При фізикальному обстеженні проводять: вимірювання АТ на обох руках, вимірювання АТ на ногах та визначення гомілково-плечового індексу, аускультацію серця, легенів, аорти, судин ший, проекції ниркових артерій, пальпацію органів черевної порожнини, оцінку неврологічного статусу.

4. Консультація спеціалістів проводиться відповідно до переважання проявів

ускладнень АГ, наявних ФР та супутніх захворювань.

5. Обсяг додаткових обстежень визначає спеціаліст, що проводить консультування пацієнта з АГ.

6. Перелік обстежень:

6.1. Обов'язкові лабораторні обстеження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі, доповнений визначенням мікроальбумінурії (за добу);
- рівень глікемії, калію, натрію, сечової кислоти, АлАТ, аспартатамінотрансферази (АсАТ), білірубіну;
- рівень креатиніну з розрахунком ШКФ за формулою Кокрофта — Гаулта (див. Діагностика у діях лікаря загальної практики).

6.2. За наявності показань:

- аналіз сечі методом Нечипоренка (або Аддіс — Каковського, або Амбуржे);
- коагулограма (протромбіновий час, міжнародне нормалізоване відношення — МНВ, фібриноген, тромбіновий час);
- визначення катехоламінів (метанефринів) у сечі;
- глікемічний профіль, визначення рівня гліказильованого гемоглобіну, тиреотропного гормону (ТТГ) (при змінах ТТГ — рівня трийодтироніну та тироксину), реніну, альдостерону, кортизолу (у крові та дової сечі), паратірому, соматотропного гормону.

6.3. Обов'язкові інструментальні обстеження:

- реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях;
- УЗД серця (ехоКГ, допплер-КГ);
- УЗД нирок;
- офтальмоскопія;
- гомілково-плечовий індекс АТ;
- домашнє або амбулаторне добове моніторування АТ;
- УЗД екстракраніальних судин ший, у тому числі допплерографія сонних артерій;
- допплерографія ниркових артерій.

6.4. За наявності показань:

- комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія головного мозку, органів черевної порожнини (за показаннями із контрастним підсиленням).

Бажані

1. Повний ліпідний профіль (ЗХС, ТГ, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ХС ліпопротеїдів дуже низької щільноти (ЛПДНЩ)).

2. Полісомнографія.

3. За наявності показань — радіоізотопна ренографія/реносцинтиграфія.

4. Консультація невролога.
5. Визначення швидкості розповсюдження пульсової хвилі.

Лікування

Проводять корекцію терапії у пацієнтів, у яких не вдалося досягти цільового АТ та корекції ФР у закладах, які надають первинну медичну допомогу.

При виявленні причини АГ (вторинної АГ) проводять етіотропну та патогенетичну терапію. Призначають планову терапію вагітним 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.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Проведення оцінки ефективності терапії, призначеної у закладах первинної медичної допомоги, аналіз виконання пацієнтом рекомендацій лікаря щодо заходів медикаментозної та немедикаментозної корекції, за 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 проводитися у закладах, що забезпечують первинну і вторинну медичну допомогу.

3. Усім пацієнтам надається консультативний висновок лікаря-спеціаліста, який містить рекомендації щодо заходів немедикаментозної корекції, режиму прийому фармакологічних препаратів та подальшого ведення лікарем закладу первинної медичної допомоги.

4. Режим та схема прийому фармакологічних препаратів, проведення заходів немедикаментозної корекції узгоджуються з пацієнтом.

5. У разі необхідності пацієнта направляють 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 (за їх наявності) — школи здоров'я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

Немедикаментозні методи лікування

Дії лікаря

Дів. Немедикаментозне лікування у діях лікаря загальної практики.

Медикаментозні методи лікування

Тактика призначення медикаментозної терапії залежить від рівня загального сер-

цево-судинного ризику, рівня САТ та ДАТ, наявності серцево-судинних ускладнень та супутньої патології.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Для лікування АГ застосовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (діуретики, іАПФ, АК (БКК), ББА, БРА) та їх комбінації. Перевагу надають дво- та трикомпонентні антигіпертензивні терапії. За неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (блокатори альфа-адренорецепторів, антагоністи альдостерону, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових receptorів, блокатори reninu, алкалоїди раувольфії). Регулярне лікарське спостереження проводять до досягнення цільового рівня АТ з інтервалом 2–3 тиж (див. табл. 6–9).

2. За відсутності протипоказань після уточнення діагнозу та ступеня ризику пацієнтом з високим та дуже високим ризиком призначають медикаментозну корекцію дисліпідемії — статини у стандартних дозах (див. табл. 10); пацієнтам із діагнозом серцево-судинного захворювання або хронічною хворобою нирок призначають ацетилсаліцилову кислоту.

3. Медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, цукровий діабет, серцева недостатність тощо) проводять відповідно до чинних МТД.

- упевнитися, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів;
- провести домашній моніторинг АТ;
- провести корекцію терапії.

5. При неефективності медикаментозної терапії направити на консультацію до відповідного спеціалізованого центру (відділення).

6. Лікування неускладненого ГК проводять в амбулаторних умовах за можливості моніторингу стану пацієнта. У разі неможливості моніторингу, розвитку ускладненого ГК пацієнта якнайшвидше направляють до установ, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу (див. табл. 11, 12).

Бажані

У разі неефективності медикаментозної терапії, а також при підозрі на епізоди гіпотензії — амбулаторне добове моніторування АТ (див. Бажані заходи розділу Медикаментозне лікування у діях лікаря загальної практики).

Диспансерне спостереження

Проводять усім пацієнтам з ускладненим перебігом АГ для забезпечення профілактики ускладнень.

Спостереження за пацієнтом потребує забезпечення черговості ведення пацієнта лікарями закладів, які надають первинну і вторинну медичну допомогу.

Досягнення і підтримка цільового рівня АТ вимагає тривалого лікарського спостереження з регулярним контролем виконання пацієнтом рекомендацій щодо зміни способу життя і дотримання режиму при-

йомуму призначених антигіпертензивних засобів, а також корекції терапії залежно від ефективності, безпеки та переносимості лікування.

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

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Регулярне лікарське спостереження проводиться до досягнення цільового рівня АТ — з інтервалом 2–3 тиж, після досягнення — 1 раз на 6–12 міс. Пацієнтам з високим і дуже високим ризиком, тим, кому призначено лише немедикаментозне лікування, особам з низькою прихильністю до лікування доцільно проводити спостереження з частотою не менше ніж 1 раз на 3 міс.

2. Диспансерне спостереження за пацієнтами, яким після проведення обстеження встановлено діагноз «есенціальна АГ з середнім і низьким ризиком», проводиться у закладах, які надають первинну медичну допомогу.

3. У разі неможливості забезпечення диспансерного спостереження за пацієнтами групи високого/дуже високого ризику у закладах, які надають вторинну амбулаторну медичну допомогу, оцінка ефективності антигіпертензивної терапії (досягнення цільового АТ, переносимість, безпека) може бути здійснена у закладах первинної медичної допомоги за умови забезпечення лікаря закладу, який надає первинну медичну допомогу, відповідними рекомендаціями.

4. При диспансерному спостереженні проводять:

- моніторинг рівня АТ та ФР;
- контроль виконання рекомендацій лікаря, підтримку мотивації та корекцію рекомендацій та призначень;
- лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі) та реєстрацію ЕКГ доцільно проводити 1 раз на рік за умови відсутності показань.

5. Контрольний огляд пацієнтів з високим/дуже високим ризиком, ускладненим перебігом АГ та з неуточненим діагнозом проводять 1 раз на рік у закладах, які надають вторинну медичну допомогу. За наявності показань виконують додаткові обстеження, обсяг та частоту проведення яких визначає лікар-спеціаліст.

Бажані

Моніторинг рівня ЗХС.

Дії лікаря-кардіолога відповідно до вимог МОЗ України на госпітальному етапі

Госпіталізація

Мета госпіталізації пацієнта за екстреними (невідкладними) показаннями:

- стабілізація стану пацієнта;
- попередження розвитку ускладнень;
- досягнення стабільного зниження АТ до безпечної рівня.

Після досягнення стабілізації стану пацієнта, а також при плановій госпіталізації проводять:

- обстеження з метою уточнення діагнозу, визначення ступеня ураження органів-мішеней, виявлення серцево-судинних ускладнень;
- призначення адекватної терапії/корекцію планової терапії;
- заходи реабілітації.

Дії лікаря

Госпіталізацію у плановому порядку проводять до профільного відділення закладу, який надає вторинну медичну допомогу:

- при загостренні супутніх хронічних захворювань, станів, що ускладнюють перебіг АГ;
- за необхідності проведення обстеження, яке неможливо забезпечити в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- для призначення адекватної терапії та/або корекції терапії за неможливості здійснення в амбулаторно-поліклінічних умовах (тяжкий стан пацієнта, наявність комплексної патології тощо);
- для проведення комплексного лікування, у тому числі оперативних втручань, з використанням сучасних високоефективних технологій;
- для проведення заходів реабілітації пацієнтів з ускладненiem перебігом АГ;
- для надання комплексної медичної допомоги пацієнтам з резистентною АГ (табл. 15).

При плановій госпіталізації пацієнта з АГ заповнюється відповідна медична документація:

- направлення/ордер на екстрену/планову госпіталізацію до закладу охорони здоров'я;
- виписка з медичної карти амбулаторного хворого із зазначенням діагнозу, результатів обстеження та планового лікування.

Максимальний термін очікування на планову госпіталізацію не має перевищувати 2 міс з моменту направлення. Алгоритм планової госпіталізації пацієнтів у конкретному лікувальному закладі визначається затвердженим локальним протоколом з клінічним маршрутом пацієнта або відповідним наказом по закладу охорони здоров'я.

Взаємодія закладів, які надають первинну і вторинну медичну допомогу, при наданні медичної допомоги вагітним з АГ наведено у табл. 12.

Діагностика

Заходи діагностики у пацієнтів, госпіталізованих за екстремими (невідкладними) показаннями, проводять одночасно із заходами інтенсивної терапії.

Заходи діагностики виконують з метою визначення:

- 1) можливих причин підвищення АТ (у тому числі вторинної гіпертензії);
- 2) стратифікації ризику серцево-судинних ускладнень та смерті:
 - оцінка ступеня АГ;
 - виявлення ФР;

Таблиця 15

Підтвердження резистентності АГ

- АТ на прийомі у лікаря >140/90 або >130/80 мм рт. ст. у пацієнтів із хронічною хворобою нирок;
- у пацієнтів, які приймають 3 або більше антигіпертензивних препаратів в оптимальних дозах, якщо один з них є діуретик;
- АТ на прийомі у лікаря цільовий, але пацієнт приймає >4 антигіпертензивних препаратів

Виключення псевдорезистентності

- Чи пацієнт прихильний до режиму лікування?
- Застосувати домашнє або добове моніторування АТ, щоб виключити АГ «білого халату»

Визначити та змінити фактори, що впливають на розвиток АГ

- ожиріння;
- низька фізична активність;
- надмірне вживання алкоголю;
- надмірне вживання харчової солі, недостатнє вживання клітковини

Обмежити прийом препаратів, що негативно впливають на контроль АТ

- нестероїдні протизапальні засоби;
- симпатоміметики (деякі засоби для схуднення, деконгестанти);
- стимулатори;
- оральні контрацептиви;
- деякі лікарські рослини (солода)

Скрінінг для виявлення вторинних причин АГ

- синдром нічного апноє (храпіння, зареєстроване апноє, надмірна денна сонливість);
- Первінний гіперальдостеронізм (м'язова слабкість, гіпокаліємія, підвищений показник «альдостерон/ренін»);
- хронічна хвороба нирок (кліренс креатиніну <30 мл/хв);
- стено з ниркових артерій (молоді жінки, атеросклероз в анамнезі, погрішенні функції нирок, резистентність АГ);
- феохромоцитома (епізодичне підвищення АТ, серцебиття, надмірне потовиділення, головний біль);
- синдром Кушинга (місяцеподібне обличчя, центральне ожиріння, абдомінальні стрії, відкладення жиру на лопатках);
- коарктація аорти (різниця при визначенні тиску на руках і ногах, ослаблення чи зникнення пульсації на стегнових артеріях, вік до 30 років)

Фармакологічне лікування

- посилити терапію діуретиками, можливо, додати антагонисти рецепторів альдостерону;
- комбінувати препарати з різним механізмом дії;
- застосовувати петлеві діуретики у пацієнтів з хронічною хворобою нирок і/або тих, хто отримує вазодилататори

Звернутися до спеціалістів

- які займаються вторинними АГ;
- які спеціалізуються на АГ, якщо АТ не досягає цільового рівня після 6-місячного лікування

- виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, серцева недостатність, цукровий діабет, хронічні хвороби нирок);
- виявлення ураження органів-мішеней;
- виявлення серцево-судинних та інших ускладнень АГ.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Збір анамнезу, фізикальний огляд та обстеження з метою виявлення ознак вторинної АГ, уточнення ступеня ураження органів-мішеней, наявності супутніх захворювань і ФР.

2. При фізикальному обстеженні проводять вимірювання АТ на обох руках, вимірювання АТ на ногах та визначення гомілково-плечового індексу, аускультацію серця, легенів, аорти, судин ший, проекції ниркових артерій, пальпацію органів черевної порожнини, оцінку неврологічного статусу.

3. Консультацію профільних спеціалістів надають відповідно до проявів ускладнень АГ, наявних ФР та супутніх захворювань.

4. Обсяг додаткових обстежень визначає профільний спеціаліст, що проводить консультування пацієнта з АГ.

5. Лабораторні обстеження

5.1. Обов'язкові:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі, визначення мікроальбумінурії (за добу);
- рівень глікемії, калію, натрію, сечової кислоти, АлАТ, АсАТ, білірубіну;
- рівень креатиніну з розрахунком ШКФ за формулою Кокрофта—Гаулта (див. Діагностика у діях лікаря загальної практики);

5.2. За наявності показань:

- аналіз сечі методом Нечипоренка (або Аддіс — Каковського, або Амбурже);
- коагулограма (МНВ, фібриноген, тромбіновий час);
- визначення катехоламінів (метанефринів) у сечі;
- глікемічний профіль, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну;
- визначення рівня ТТГ (при його змінах — трийодтироніну та тироксину), реніну, альдостерону, кортизолу (у крові та добовій сечі), паратгормону, соматотропного гормону.

6. Інструментальні обстеження:

6.1. Обов'язкові:

- реєстрація ЕКГ в 12 відведеннях;
- УЗД серця (ехоКГ, допплер-КГ);
- УЗД нирок;
- офтальмоскопія;
- визначення гомілково-плечового індексу АТ;
- домашнє або амбулаторне добове моніторування АТ;
- УЗД екстракраніальних судин ший, у тому числі допплерографія сонніх артерій;
- допплерографія ниркових артерій.

6.2. За наявності показань:

- комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія головного мозку, органів черевної порожнини (за показаннями із контрастним підсиленням), ангіографія.

Бажані

- Повний ліпідний профіль (ЗХС, ТГ, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ).
- Полісомнографія.
- Радіоізотопна ренографія/рено-сцинтиграфія за показаннями.
- Консультація невролога.
- Визначення швидкості розповсюдження пульсової хвилі.

Лікування

Мета лікування пацієнта з АГ у закладах, які надають вторинну стаціонарну медичну допомогу, — стабілізація стану при госпіталізації за невідкладними показаннями, а також 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 АТ становить 130/80 мм рт. ст.), модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Дії лікаря

1. Під час перебування пацієнта у стаціонарі проводиться корекція терапії, призначеної у закладах, які надають первинну медичну допомогу, та комплексне лікування з використанням сучасних високоекспективних технологій, у тому числі оперативних втручань за наявності показань.

2. Режим та схема прийому фармакологічних препаратів, проведення заходів немедикаментозної корекції узгоджуються з пацієнтом.

3. Рекомендації щодо подальшого лікування надаються лікарем стаціонару при виписці пацієнта.

Немедикаментозні методи лікування**Дії лікаря**

Заходи немедикаментозної корекції проводить лікар стаціонару з урахуванням консультацій профільних спеціалістів (див Немедикаментозне лікування у діях лікаря загальної практики).

Медикаментозні методи лікування

Тактика призначення медикаментозної терапії залежить від рівня загального серцево-судинного ризику, рівня САТ та ДАТ, наявності серцево-судинних ускладнень та супутньої патології.

Дії лікаря**Обов'язкові**

Диференційований підхід до терапії пацієнтів з ускладненням ГК, лікування неускладненого ГК — див. табл. 14, 16. Препарати для лікування неускладненого ГК. Для подальшого лікування пацієнтів з АГ після дообстеження та стабілізації стану застосовують антигіпертензивні препарати і ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (діуретики, АПФ, АК (БКК), ББА, БРА) та їх комбінації. У закладах, які надають вторинну медичну допомогу, частіше призначають дво- та трикомпонентну антигіпертензивну терапію. За неможливості нормалізації АТ за допо-

Таблиця 16

Диференційований підхід до терапії пацієнтів з ускладненням ГК				
Морбідний фон, орган-мішень	Початок терапії	Мета терапії	Препарати вибору	Нерекомендовані препарати
Гостра гіпертензивна енцефалопатія	Початковий рівень АТ >140/90 мм рт. ст.	Зниження серАТ на 25% упродовж 8 год	Лабеталол, есмолол	Нітропрусид, гідралазин
Гострий ішемічний інсульт	При проведенні ТЛТ CAT >185 або ДАТ >110 мм рт. ст. Без ТЛТ CAT >220 або ДАТ >120 мм рт. ст.	Зниження та підтримання САТ <180 мм рт. ст. та ДАТ <105 мм рт. ст. упродовж 24 год	Лабеталол, урапідил	Нітропрусид
Геморагічний інсульт	CAT >180 або серАТ >130 мм рт. ст.	Зниження серАТ на 10–15% за 2–3 год, на 15–25% – упродовж 24 год	Лабеталол, урапідил	Нітропрусид
	CAT >180 або серАТ >130 мм рт. ст.	Непідвищений ВЧТ (<25) – САТ <160 мм рт. ст. та серАТ <110 мм рт. ст. упродовж 24 год.	Лабеталол, урапідил, есмолол	Нітропрусид, гідралазин
Субарахноїдальна кровотеча	CAT >160 мм рт. ст.	Підвищений ВЧТ (>25) – САТ <180 мм рт. ст. серАТ <130 та ПТ ГМ >60–80 мм рт. ст.	Лабеталол, урапідил, есмолол	Нітропрусид, гідралазин
Гострий коронарний синдром	CAT >160 або ДАТ >100 мм рт. ст.	Зниження САТ на 20–30%	Німоділін всім пацієнтам (попередження мозкового вазospазму)	Нітропрусид, гідралазин
Гостра лівошлуночкова недостатність	Початковий рівень АТ >140/90 мм рт. ст.	Зниження серАТ на 20–30%	ББА, нітрогліцерин	Нітропрусид, еналаприлат
Розшарування аорти	CAT >120 мм рт. ст.	CAT від 100 до 120 мм рт. ст., серАТ <80 мм рт. ст. (бажано зменшення ЧСС <60 за хвилину)	Основні – нітрогліцерин/нітропрусид + петлевий діуретик Альтернативні – еналаприл, урапідил Есмолол/лабеталол/метопролол (І ряд) чи ділтазем/верапаміл (при протипоказаннях до ББА) + нітропрусид, еналаприл, урапідил (ІІ ряд – у разі недостатнього ефекту ББА)	Есмолол, метопролол, лабеталол Призначення вазодилататорів до застосування ББА
Інтра- та постопераційна гіпертензія	CAT 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, лабеталол, есмолол	–
Еклампсія	Кардіохірургія АТ >140/90 мм рт. ст. або серАТ >105 мм рт. ст. Судоми при АТ >140/90 мм рт. ст. у вагітності, роділлі чи породіллі	Підтримання САТ <140 та ДАТ <90 мм рт. ст.	Урапідил, нітрогліцерин, лабеталол, есмолол, нітропрусид	Не рекомендоване застосування ББА при супутній серцевій недостатності
Гіперсимпатикотонія (феохромоцитома/інтоксикація кокаїном, амфетамінами та ін./синдром відміни клонідіну)	Початковий рівень АТ >140/90 мм рт. ст.	Зниження серАТ на 20–30%	Магнію сульфат	іАПФ
			Блокатори альфа-адренорецепторів (урапідил) Альтернативні: нітрогліцерин/нітропрусид, верапаміл	ББА без попереднього призначення блокаторів альфа-адренорецепторів

ВЧТ – внутрішньочерепний тиск; ГМ – головний мозок; ПТ – перфузійний тиск ГМ = серАТ – ВЧТ; серАТ – середній АТ; ТЛТ – тромболітична терапія.

моого комбінації препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (блокатори альфа-адренорецепторів, антигностистальдостерону, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових receptorів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії).

1. Алгоритм призначення антигіпертензивної терапії та медикаментозної корекції ФР наведено у табл. 6-9.

2. Усім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов'язково додатково призначати (за відсутності протипоказань):

- медикаментозну корекцію дисліпідемії — статини у стандартних дозах (див. табл. 10);

- пацієнтам з діагнозом серцево-судинного захворювання або хронічною хворобою нирок за відсутності протипоказань додатково призначають ацетилсаліцилову кислоту.

3. Лікування супутніх хронічних захворювань та станів, що ускладнюють перебіг АГ (ІХС, серцева недостатність, цукровий діабет тощо), проводять відповідно до чинних МТД.

Бажані

Для визначення ефективності антигіпертензивної терапії проводять добовий моніторинг АТ.

Хірургічне лікування

За наявності показань до хірургічного лікування пацієнта направляють на консультацію до відповідного спеціаліста.

Дії лікаря

1. Оперативні втручання за показаннями проводять після консультативного висновку спеціаліста.

2. За наявності показань до хірургічного лікування вторинної АГ пацієнта слід направити:

- при вторинній ендокринній АГ — до спеціаліста з ендокринної хірургії;
- при реноваскулярній вторинній АГ — до спеціаліста з інтервенційної кардіології або радіології або серцево-судинного хірурга;
- за наявності показань до хірургічного лікування за іншими спеціальностями (серцево-судинна хірургія, нейрохірургія, урологія тощо) — до фахівця відповідного профілю.

Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

Дії лікаря

Обов'язкові

Лікар стаціонару надає пацієнту виписку з історії хвороби із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження, а також рекомендаціями щодо лікування та диспансерного спостереження узакладах, які надають первинну медичну допомогу. За необхідності виписці зазначають терміни повторної планової госпіталізації.

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 (за їх наявності) — школи здоров'я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

Реабілітація

Проводиться пацієнтам з ускладненим перебігом АГ, наявністю серцево-судинних захворювань, після оперативного втручання та перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу або гострого інфаркту міокарда.

Дії лікаря

Бажані

Санаторно-курортне лікування в профільних місцевих санаторіях відповідно до клінічних проявів, уникуючи застосування вод з високим ступенем мінералізації та процедур, здатних підвищувати АТ.

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2012) Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

Реферативна інформація

Хирургическое лечение катаракты улучшает не только зрение

Предварительные данные проспективного исследования, которое проводят сотрудники Западного резервного университета Кейза (Case Western Reserve University), Кливленд, штат Огайо, США, свидетельствуют о том, что хирургия катаракты не только улучшает зрение, но и качество жизни, замедляет потерю когнитивных функций и снижает нейропсихиатрические симптомы вследствие деменции.

Как сообщает доктор медицины Алан Лернер (Alan Lerner), у пациентов, которым хирургическое лечение катаракты провели сразу, баллы по Краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination — MMSE) на протяжении исследования оставались стабильными, в то время как у тех лиц, которым подобное лечение отложили или не проводили вовсе, — снизились на 2,5 пункта.

Согласно информации, представленной на международной конференции Ассоциации по болезни Альцгеймера (Alzheimer's Association), пациентам с деменцией часто не проводят такое лечение. От такой процедуры нередко отказываются семьи больных. Кроме того, по мнению А. Лернера, сами врачи редко рекомендуют ее проводить.

С целью вывести дискуссию по этой проблеме в доказательное поле ученые решили провести исследование, в которое включили 2 когорты пациентов с деменцией. В одну когорту взяли тех, у кого провели хирургическое удаление катаракты сразу после включения в исследование (n=28), во вторую — тех, которые от этого вмешательства отказались или получили его через 6 мес (n=14).

Кроме оценки зрения и тяжести катаракты, ученые определяли когнитивный статус участников при помощи MMSE и Шкалы оценки болезни Альцгеймера (Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive — ADAS-Cog). Также оценивали нейропсихиатрические симптомы и уровень стресса у лиц, которые вели уход за пациентами. Весь диагностический инструментарий исполь-

зовали в исходный период, сразу после проведения хирургии катаракты для первой когорты и через 6 мес — после нее.

Исходное количество баллов по MMSE составило 18,75 и 16,93 для интервенционной и контрольной группы соответственно. Второе обследование показало небольшое улучшение в первой группе (0,39 балла) и снижение — в контрольной (-2,31 балла). Такую же тенденцию отмечали и в отношении других исследований.

Нейропсихиатрическое обследование показало снижение баллов по нейропсихиатрическому инструментарию (Neuropsychiatric Inventory — NPI) на 4,71 балла в интервенционной группе и повышение на 3,92 — в контрольной. Субшкала NPI по дистрессу у лиц, оказывающих уход за пациентами, показала изменения на уровне -2,00 и 0,93 балла соответственно.

В своем объяснении полученных результатов А. Лернер отмечает, что сенсорная депривация, регистрируемая при катаракте, ассоциирована с галлюцинациями, тревогой и другими психиатрическими симптомами. Ухудшение зрения и последующее снижение когнитивного функционирования, по его мнению, может привести к невозможности взаимодействовать с окружающей средой.

Важность лечения катаракты при деменции подчеркивает и доктор Мария Каррилло (Maria Carrillo), вице-президент Ассоциации по болезни Альцгеймера. По ее словам, проблемы со зрением могут привести к серьезным последствиям, например к падению с переломом бедра. Такая травма в пожилом возрасте часто не подлежит лечению. Вдобавок к этому невозможность взаимодействия с социумом вследствие потери зрения может привести к социальной изоляции.

Alzheimer's Association (2014) For people with dementia, cataract surgery improves not only vision but cognition and quality of life. AAIC Press Release, 13 July (http://www.alz.org/alic/releases_2014/sun-1145am-cataract-surgery-improves.asp).

Cassells C. (2014) Cataract Surgery May Cut Cognitive Decline in Dementia. Medscape, 14 July (<http://www.medscape.com/viewarticle/828188>).

Виталий Безшевко