

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія). Вибрані положення

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає принципи діагностики, лікування та профілактики гіпертонічної хвороби (артеріальної гіпертензії (АГ)) в Україні з позиції послідовності надання видів медичної допомоги.

УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Артеріальна гіпертензія», яка знаходиться в Реєстрі медико-технологічних документів за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

Основною метою УКПМД є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з АГ. Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у Наставі з менеджменту артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії 2023 року.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у ЗОЗ має бути внутрішній документ ЗОЗ, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія – АГ) є найпоширенішим неінфекційним захворюванням на глобальному рівні та в Україні зокрема. За даними ВООЗ, що ґрунтуються на результатах масштабного епідеміологічного дослідження STEPS (2019), в Україні стандартизований за віком показник поширеності АГ серед дорослих віком 30 – 79 років становить 43 %, з розподілом за статтю 45 % і 42 % відповідно у чоловіків і жінок. В абсолютних цифрах це становить близько 13,2 млн дорослих з АГ у зазначеному віковому діапазоні. Практично половина пацієнтів з АГ (49 %) отримують антигіпертензивну терапію, але лише 14 % мають контрольований АТ < 140/90 мм рт. ст. Вкрай низький показник ефективності контролю АТ у популяції є ключовим чинником серцево-судинної смерті, за яким Україна віднесена до категорії країн з дуже високим серцево-судинним ризиком. У 2019 році кількість смертей від серцево-судинних причин сягнула 383 000, і 53 % з них були віднесені на рахунок АГ.

II. Загальна частина

АГ є найвпливовішим фактором ризику розвитку атеросклеротичних серцево-судинних захворювань і смерті від них. Вчасна

діагностика та ефективне лікування з досягненням та утриманням АТ в межах цільового діапазону здатні значно зменшити ризик розвитку мозкового інсульту, інфаркту міокарда та серцево-судинної смерті. Крім того, ефективний контроль АТ зменшує ризик розвитку фібриляції передсердь (ФП), серцевої недостатності (СН) та хронічної хвороби нирок (ХХН).

У ЗОЗ та ФОП, які надають первинну медичну допомогу, основні заходи спрямовані на: 1) запобігання розвитку АГ – робота з пацієнтом з дотримання засад здорового способу життя та корекції інших факторів ризику (ФР); 2) діагностики АГ та обстеження, спрямовані на виявлення асимптомного та/або клінічно маніфестованого ураження органів-мішеней, яке зумовлене гіпертензією; 3) стратифікації загального серцево-судинного ризику, яка визначає стратегію лікування супутніх факторів ризику у пацієнтів з АГ; 4) обрання стратегії медикаментозного лікування АГ і супутніх факторів ризику з урахуванням наявності ускладнень, супутніх захворювань та загального ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ); 4) спостереження пацієнтів.

Направлення до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, рекомендовано для пацієнтів з підозрою на вторинну АГ, раннє виявлення якої є надзвичайно важливим з точки зору зворотності процесу; для пацієнтів з резистентною АГ з метою всебічного обстеження та вибору тактики лікування; у яких не вдається досягти контролю АТ та клінічного покращення; пацієнтам з ускладненою АГ (ССЗ, СН, ФП, тощо) та коморбідними станами (ЦД, ХОЗЛ, тощо).

Показанням до екстреної госпіталізації у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, є ускладнений гіпертензивний криз. Крім того, госпіталізація показана пацієнтам з гіпертензивним неускладненим кризом, якщо стан пацієнта не вдається стабілізувати амбулаторно, і є підозра на розвиток ускладнень.

III. Основна частина

1. Первинна медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Заходи з первинної профілактики АГ включають загальну профілактику ССЗ і полягають у виявленні та корекції доведених ФР, які є спільними для ССЗ і АГ: куріння, надмірна маса тіла/ожиріння, порушення толерантності до вуглеводів/цукровий діабет (ЦД), гіперхолестеринемія, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем, а також надмірне вживання солі, стрес та тривога пов'язані зі зростанням ризику АГ.

Корекція ФР здійснюється шляхом модифікації способу життя та призначення фармакотерапії за наявності показань.

Обґрунтування

Доведено, що ФР, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя та своєчасного призначення відповідної

терапії сприяють досягненню позитивних результатів та профілактиці розвитку АГ і прогресування ускладнень.

Обговорення з пацієнтом важливості усунення факторів ризику під час кожного візиту є основою успішної профілактики.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Скринінг на АГ повинен проводитися всім дорослим від 18 років, обов'язковим є вимірювання АТ у дорослих віком від 40 років, у осіб з підвищеним ризиком розвитку АГ (з високим нормальним АТ, надмірною вагою або ожирінням, жінки у менопаузі, жінки з гестаційною гіпертензією та/або прееклампсією в анамнезі). Проводити вимірювання артеріального тиску (АТ) під час кожного візиту згідно з правилами, наведеними у додатку 1 до цього УКПМД.

Проводити виявлення ФР та оцінку загального серцево-судинного ризику, що наведені у пункті 1 розділу IV цього УКПМД, з метою раннього виявлення АГ та супутніх захворювань.

Рекомендувати заходи щодо зміни способу життя пацієнтам з будь-яким ФР відповідно до інформації, наведеної у підпункті 1 пункту 2 розділу IV цього УКПМД.

Бажані:

Проведення освітніх та профілактичних заходів серед населення щодо дотримання здорового способу життя та попередження ФР АГ.

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовані на виявлення підвищеного АТ, ідентифікацію можливих причин високого АТ (діагностику вторинної АГ), виявлення ФР, ураження органів-мішеней, супутніх захворювань з негативним впливом на перебіг АГ, ускладнень АГ і передбачають клінічний огляд пацієнта, застосування лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Визначення ступеня і стадії АГ, стратифікація загального серцево-судинного (СС) ризику проводиться з метою вибору оптимальної тактики лікування АГ та запобігання розвитку ускладнень.

Обґрунтування

Верифікація діагнозу АГ та своєчасне лікування з урахуванням загального серцево-судинного ризику дозволяє усунути або зменшити симптоми захворювання та відстрочити розвиток ускладнень.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Клінічний огляд пацієнта включає:

- збір скарг та анамнезу, в тому числі у разі неконтрольованої АГ, оцінку прихильності поточної фармакотерапії за допомогою анкети Моріскі – Гріна, наведеної у додатку 4 до цього УКПМД;
- вимірювання АТ при кожному зверненні; при первинній оцінці рівня АТ вимірювання проводять на обох руках, в подальшому – вимірювання проводиться на руці з вищим рівнем АТ;
- антропометричні вимірювання (маса тіла, зріст, окружність талії) з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ);
- фізикальне обстеження;
- оцінку неврологічного статусу; у осіб віком 65 років і старше та/або за наявності скарг на погіршення пам'яті провести

оцінку когнітивної функції за допомогою короткої скринінгової шкали MMSE, наведеної у додатку 3 до цього УКПМД.

Лабораторні обстеження включають визначення: рівня глюкози натще у венозній крові; загальний холестерин (ЗХС); тригліцериди (ТГ); креатинін; розрахунок ШКФ за формулою СКД-ЕРІ, наведеною у таблиці 4 розділу IV цього УКПМД; загальний аналіз крові (ЗАК) і загальний аналіз сечі (ЗАС) при первинному зверненні.

Інструментальні обстеження включають: ЕКГ у 12 відведеннях; фундоскопію пацієнтам з офтальмологічною та неврологічною симптоматикою.

Визначення ФР та стратифікація загального ризику ССЗ у пацієнтів з АГ здійснюється відповідно до пункту 1 розділу IV цього УКПМД.

Категорії пацієнтів, які у процесі діагностики мають бути направлені до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу: пацієнти, які потребують поглибленої оцінки стану органів-мішеней, що не може бути здійснена у ЗОЗ первинної медичної допомоги, пацієнти віком до 40 років з АГ 2–3 ступеня, пацієнти з підозрою на вторинну АГ; пацієнти з резистентною АГ.

При виявленні АГ у період вагітності медична допомога надається згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги при гіпертензивних розладах у вагітних.

Бажані:

За наявності показань на етапі діагностики або для оцінки ефективності лікування здійснюється амбулаторне вимірювання АТ: домашнє моніторування АТ (ДМАТ), 24-год. амбулаторне моніторування АТ (АМАТ), відповідно до пункту 1 розділу IV цього УКПМД. Лабораторні обстеження:

- у венозній крові – НbA1C, ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ, ТГ, сечова кислота; ТТГ при підозрі на дисфункцію щитоподібної залози, білірубін, АЛТ при первинному призначенні статинотерапії; NT-проBNP при підозрі на СН зі збереженою ФВ;
- у сечі – співвідношення альбумін/креатинін (САК).

Інструментальні обстеження: УЗД серця (ЕхоКГ, доплер-КГ); дуплексне сканування судин голови та шиї; УЗД нирок; гомілково-плечовий індекс.

Первинний скринінг на наявність тривоги/депресії проводиться за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, наведеної у додатку 5 до цього УКПМД. У разі підозри щодо наявності тривожного розладу, ПТСР, депресивного розладу медична допомога надається згідно з відповідними чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

3) Лікування

Положення протоколу

Лікування пацієнта з АГ передбачає застосування немедикаментозних та медикаментозних методів з метою досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку СС ускладнень за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня АТ, модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Обґрунтування

Своєчасне призначення комплексної немедикаментозної і медикаментозної терапії пацієнтам з АГ знижує темпи прогресування захворювання, ризик розвитку ускладнень і смертність. Досягнення цільового АТ доведено знижує ризик розвитку серцево-судинних та ниркових ускладнень АГ.

Необхідні дії**Обов'язкові:**

Навчання пацієнта

Консультувати пацієнта щодо особливостей перебігу захворювання, необхідності чіткого дотримання призначеного лікування, щодо потенційних побічних дій призначених препаратів та можливих взаємодій лікарських засобів.

Ознайомити з правилами вимірювання АТ та навчити самостійно вимірювати АТ, роз'яснити важливість контролю АТ у домашніх умовах.

Скласти план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта та узгодити його з пацієнтом.

Немедикаментозні методи лікування

Усім пацієнтам з АГ надаються рекомендації щодо немедикаментозної корекції наявних ФР і модифікації способу життя відповідно до пункту 2 розділу IV цього УКПМД.

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

Медикаментозні методи лікування

Первинною метою лікування для більшості пацієнтів з АГ є досягнення АТ <140/80 мм рт. ст. (у пацієнтів з ЦД, ХХН цільовий АТ становить 130/80 мм рт. ст.); при хорошій переносимості рекомендована інтенсифікація терапії з досягненням САТ/ДАТ в діапазоні 120–130/70–80 мм рт. ст. Вибір інтенсивності контролю АТ визначається індивідуально відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 розділу IV цього УКПМД.

Зниження АТ має бути пріоритетнішим, ніж вибір конкретних класів антигіпертензивних препаратів, оскільки користь лікування значною мірою зумовлена зниженням АТ. Лікування АГ здійснюється із застосуванням антигіпертензивних препаратів I ряду (т/тп діуретики, іАПФ, БРА, БКК, ББ) як в монотерапії, так і в комбінаціях відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 розділу IV цього УКПМД.

Негайно медикаментозне лікування АГ розпочинають у пацієнтів з наявним ураженням органів-мішеней, з ХХН, ССЗ, незалежно від ступеня АГ.

Для більшості пацієнтів рекомендовано починати лікування з подвійної комбінації у складі іАПФ/БРА + БКК або т/тп діуретик. Якщо цільовий АТ не досягнуто при застосуванні подвійної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах відповідних компонентів, призначити потрібну комбінацію у складі іАПФ/БРА + БКК або + т/тп діуретик відповідно до пункту 2 розділу IV цього УКПМД.

Якщо цільовий АТ не досягнуто при застосуванні потрібної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах, необхідно виключити можливі причини псевдорезистентності і направити пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Лікування пацієнтів з істинною РАГ здійснюється залежно від наявності та стадії ХХН; особливості лікування АГ у пацієнтів з ХХН та показання для направлення до нефролога здійснюються відповідно до пункту 3 розділу IV цього УКПМД.

Пацієнтам високого/дуже високого ризику показане призначення статинів, пацієнтам помірного ризику варто розглянути

призначення статинів з досягненням цільового рівня ХС ЛПНЩ, який визначається категорією СС ризику відповідно до пункту 3 розділу IV цього УКПМД.

Пацієнтам з діагностованим ССЗ призначається ацетилсаліцилова кислота (АСК) 75–100 мг/добу при досягненні ефективного контролю АТ (див. 4.3.2) або інша антитромботична терапія за показаннями згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги пацієнтам з ІХС.

Пацієнтам з фібриляцією передсердь (ФП) за показаннями (CHA2DS2-VASc \geq 2 балів) при досягненні ефективного контролю АТ призначаються пероральні антикоагулянти (перевага надається прямим пероральним антикоагулянтам). За наявності особливих показань (зокрема, протезований штучний клапан серця) чи неможливості призначення прямих оральних антикоагулянтів (ПОАК) використовують антагоністи вітаміну К (АВК) з обов'язковим моніторингом показника міжнародного нормалізованого співвідношення (МНВ) на рівні 2.0–2.5, з часом у терапевтичному діапазоні >70 % та інші заходи згідно з чинними галузевими стандартами з надання медичної допомоги пацієнтам з ФП.

Медикаментозне лікування супутніх та коморбідних захворювань (ІХС, СН, ЦД тощо) проводиться згідно з відповідними чинними галузевими стандартами з надання медичної допомоги.

Лікування неускладнених гіпертензивних кризів проводиться в амбулаторних умовах відповідно до пункту 4 розділу IV цього УКПМД. При неможливості моніторингу стану пацієнта або підозрі щодо розвитку ускладнень пацієнт госпіталізується до ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу; ускладнений гіпертензивний криз є показанням до екстреної госпіталізації.

Бажани:

Надати пацієнту роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією», наведений у додатку 6 до цього УКПМД.

Залучати пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції факторів ризику: школи здоров'я, програми відмови від тютюнокуріння, програми психологічної підтримки та реабілітації тощо.

З метою підвищення ефективності терапії та прихильності до лікування використовувати фіксовані комбінації на всіх етапах лікування.

Проведення 24-годинного АМАТ у разі неефективності комбінованої медикаментозної терапії з метою виключення ефекту «білого халата», маскованої АГ та за іншими показаннями.

4) Подальше спостереження**Положення протоколу**

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

Проведення спостереження пацієнтів потребує забезпечення наступності ведення пацієнта лікарями закладів, які надають первинну 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 прийому призначених антигіпертензивних засобів, а також корекції терапії залежно від ефективності, безпеки і переносимості лікування.

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

Обґрунтування

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

Необхідні дії

Обов'язкові:

Впродовж 3-х місяців від призначення антигіпертензивної терапії планові візити до лікаря (з можливістю віддаленого візиту) проводяться з інтервалом у 4 тижні з метою оцінки ефективності, переносимості та безпеки лікування. В подальшому, після досягнення цільового рівня АГ, спостереження проводиться у відповідності до плану спостереження.

Здійснення контролю ефективності ліпідознижувальної терапії за показниками ХС ЛПНЩ або ЗХС (за неможливості визначення ХС ЛПНЩ) через 1 місяць від початку лікування. Якщо цільовий рівень досягнутий, наступний аналіз проводиться через 1 рік, у разі зміни дози статину – контроль досягнутого рівня ЛПНЩ здійснити через 1 місяць

За наявності супутніх захворювань (ІХС, СН, ФП, ЦД тощо) та ускладнень спостереження пацієнтів проводиться згідно з відповідними чинними галузевими стандартами з надання медичної допомоги.

На всіх етапах спостереження необхідно підтримувати мотивацію пацієнтів у дотриманні заходів з модифікації способу життя та рекомендацій щодо режиму та постійності медикаментозної терапії; за необхідності проводити корекцію призначень.

2. Спеціалізована медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

У ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, діагностичні заходи проводяться з метою визначення: можливих причин підвищення АТ (в тому числі вторинної гіпертензії); стратифікації ризику СС ускладнень та смерті (оцінка ступеня АГ, виявлення ФР, виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, СН, ЦД, ХХН), виявлення ураження органів-мішеней, виявлення СС та інших ускладнень АГ).

Заходи з діагностики пацієнтам, госпіталізованим за екстремними (невідкладними) показаннями, проводяться одночасно із заходами інтенсивної терапії.

Обґрунтування

Уточнення діагнозу АГ, діагностика вторинної АГ, верифікація та виявлення причин резистентної АГ та/або зловиякної АГ, виявлення коморбідної патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, СН, ЦД, ХХН та інші) визначають вибір оптимального лікування задля зниження ризику розвитку серцево-судинних і ниркових ускладнень та смертності пацієнтів з АГ.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Аналіз результатів діагностичних досліджень, запроваджених у ЗОЗ і ФОП, які надають первинну медичну допомогу.

Діагностичні заходи передбачають:

- збір скарг та анамнезу, в тому числі щодо поточної фармакотерапії з оцінкою прихильності до лікування у разі неконтрольованої АГ відповідно до пункту 1 розділу IV цього УКПМД;

- антропометрію (маса тіла, зріст, обхват талії) з розрахунком ІМТ;
- вимірювання АТ на обох руках; вимірювання АТ на ногах (за показаннями, наведеними у пункті 1 розділу IV цього УКПМД;
- фізикальне обстеження.

Пацієнтам, у яких не вдалось досягти цільового АТ при застосуванні потрібної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах, необхідно виключити можливі причини псевдорезистентності, з наступним виключенням вторинної АГ для діагностики істинної резистентної АГ.

Оцінка неврологічного статусу проводиться в осіб старше 65 років та/або за наявності скарг на погіршення пам'яті за допомогою шкали MMSE або MoCA, наведеними у додатку 3 до цього УКПМД.

Консультації фахівців призначаються відповідно до профілю ускладнень АГ, наявних факторів ризику та коморбідних/супутніх захворювань.

Первинний скринінг на наявність тривоги/депресії проводиться за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, наведеної у додатку 5 до цього УКПМД. У разі підозри щодо наявності тривожного розладу, ПТСР, депресивного розладу медична допомога надається згідно з відповідними чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

Лабораторні обстеження: ЗАК, рівень глюкози натще, калій, натрій, загальний ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ, ТГ, білірубін, АЛТ, креатинін; рШКФ за формулою СКД-ЕРІ; ЗАС; САК у пацієнтів з ЦД та/або у пацієнтів з резистентною АГ

За наявності показань призначаються додаткові лабораторні дослідження:

коагулограма: МНВ (ініціація, моніторинг препаратів АВК), тромбіновий час;

- ТТГ, трийодтиронін та тироксин (якщо ТТГ поза межами норми);
- NT-proBNP (підозра на СН зі збереженою ФВ);
- НbA1C, глюкозотолерантний тест, глікемічний профіль (діагностика та моніторинг лікування ЦД);
- метанефрини у сечі (діагностика феохромоцитом);
- альдостерон-ренінове співвідношення (діагностика первинного альдостеронізму);
- кортизол в крові або сечі (діагностика гіперкортицизму);
- кальцій, паратгормон (діагностика гіперпаратиреозу);
- аналіз сечі методом Нечипоренка.

Інструментальні обстеження:

- ЕКГ у 12-ти відведеннях;
- доплер ЕхоКГ;
- УЗД нирок;
- кістково-плечовий індекс;
- ДМАТ; доплерографія судин голови та шиї.

За наявності показань призначаються додаткові інструментальні дослідження:

- фундоскопія (при підозрі на зловиякную АГ, пацієнтам з офтальмологічною та неврологічною симптоматикою);
- доплерографія ниркових артерій (при підозрі на реноваскулярну АГ);
- МРТ головного мозку (при підозрі на наявність структурних змін);

- КТ головного мозку, в тому числі з контрастним підсиленням;
- КТ надниркових залоз з контрастним підсиленням (за наявності протипоказань альтернативою є МРТ) (діагностика вторинної АГ).

Бажані:

САК для всіх пацієнтів.

24-год. АМАТ.

Полісомнографія.

Швидкість поширення пульсової хвилі.

2) Лікування**Положення протоколу**

Лікування пацієнта з АГ передбачає застосування немедикаментозних та медикаментозних методів з метою досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку СС ускладнень за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня АТ, модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Обґрунтування

Своєчасне призначення комплексної немедикаментозної і медикаментозної терапії пацієнтам з АГ знижує темпи прогресування захворювання, ризик розвитку ускладнень і смертність. Досягнення цільового АТ доведено знижує ризик розвитку СС та ниркових ускладнень АГ.

Необхідні дії**Обов'язкові:**Навчання пацієнта

Консультувати пацієнта щодо особливостей перебігу захворювання, необхідності чіткого дотримання призначеного лікування, щодо потенційних побічних дій призначених препаратів та можливих взаємодій лікарських засобів.

Ознайомити з правилами вимірювання АТ та навчити самостійно вимірювати АТ, роз'яснити важливість контролю АТ в домашніх умовах.

Скласти план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта та узгодити його з пацієнтом.

Немедикаментозні методи лікування

Всім пацієнтам з АГ рекомендації щодо немедикаментозної корекції наявних ФР і модифікації способу життя надаються відповідно до пункту 2 розділу IV цього УКПМД.

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

Медикаментозні методи лікування

Первинною метою лікування для більшості пацієнтів з АГ є досягнення АТ <140/80 мм рт. ст. (у пацієнтів з ЦД, ХХН цільовий АТ становить 130/80 мм рт. ст.); при хорошій переносимості рекомендована інтенсифікація терапії з досягненням САТ/ДАТ у діапазоні 120–130/70–80 мм рт. ст. Вибір інтенсивності контролю АТ визначається індивідуально відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 розділу IV цього УКПМД.

Зниження АТ має бути пріоритетнішим, ніж вибір конкретних класів антигіпертензивних препаратів, оскільки користь лікування значною мірою зумовлена зниженням АТ. Лікування АГ здійснюється із застосуванням антигіпертензивних препаратів I ряду (т/тп діуретики, іАПФ, БРА, БКК, ББ) як в монотерапії, так і в комбінаціях відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 розділу IV цього УКПМД.

Негайно медикаментозне лікування АГ розпочинають у пацієнтів з наявним ураженням органів-мішеней, з ХХН, ССЗ, не залежно від ступеня АГ.

Для більшості пацієнтів рекомендовано починати лікування з подвійної комбінації у складі іАПФ/БРА + БКК або т/тп діуретик. Якщо цільового АТ не досягнуто при застосуванні подвійної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах відповідних компонентів, призначити потрібну комбінацію у складі іАПФ/БРА + БКК або + т/тп діуретик відповідно до пункту 2 розділу IV цього УКПМД.

Якщо цільового АТ не досягнуто при застосуванні потрібної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах, необхідно виключити можливі причини псевдорезистентності і направити пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Лікування пацієнтів з істинною РАГ здійснюється залежно від наявності та стадії ХХН; особливості лікування АГ у пацієнтів з ХХН та показання для направлення до нефролога здійснюється відповідно до пункту 2 розділу IV цього УКПМД.

Пацієнтам високого/дуже високого ризику показане призначення статинів, пацієнтам помірного ризику варто розглянути призначення статинів з досягненням цільового рівня ХС ЛПНЩ, який визначається категорією СС ризику відповідно до пункту 3 розділу IV цього УКПМД.

Пацієнтам з діагностованим ССЗ призначається АСК 75–100 мг/добу при досягненні ефективного контролю АТ або інша антитромботична терапія за показаннями згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги пацієнтам з ІХС.

Пацієнтам з ФП за показаннями (CHA2DS2-VASc \geq 2 балів) при досягненні ефективного контролю АТ призначаються пероральні антикоагулянти (перевага надається прямим пероральним антикоагулянтам). За наявності особливих показань (зокрема, протезований штучний клапан серця) чи неможливості призначення прямих оральних антикоагулянтів (ПОАК) використовують антагоністи вітаміну К (АВК) з обов'язковим моніторингом показника міжнародного нормалізованого співвідношення (МНВ) на рівні 2.0–2.5, з часом у терапевтичному діапазоні >70 % та інші заходи згідно з чинними галузевими стандартами з надання медичної допомоги пацієнтам з ФП.

Медикаментозне лікування супутніх та коморбідних захворювань (ІХС, СН, ЦД тощо) проводиться згідно з відповідними чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

Лікування неускладнених гіпертензивних кризів проводиться в амбулаторних умовах відповідно до пункту 4 розділу IV цього УКПМД. При неможливості моніторингу стану пацієнта або підозрі щодо розвитку ускладнень пацієнт госпіталізується до ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу; ускладнений гіпертензивний криз є показанням до екстреної госпіталізації.

Бажані:

Надати пацієнту роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією», наведений у додатку б до цього УКПМД.

Залучати пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції факторів ризику: школи здоров'я, програми відмови від куріння, програми психологічної підтримки та реабілітації тощо.

З метою підвищення ефективності терапії та прихильності до лікування використовувати фіксовані комбінації на всіх етапах лікування.

Проведення 24-годинного АМАТ у разі неефективності комбінованої медикаментозної терапії з метою виключення ефекту «білого халата», маскованої АГ та за іншими показаннями.

3) Госпіталізація у ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу

Показаннями до екстреної госпіталізації є:

- неускладнений гіпертензивний криз при неможливості моніторингу стану пацієнта у закладах, які надають первинну медичну допомогу;
- ускладнений гіпертензивний криз – екстрена госпіталізація здійснюється у ЗОЗ, що надає відповідну до характеру ускладнення спеціалізовану медичну допомогу.

Надання медичної допомоги при гіпертензивному кризі здійснюється відповідно до пункту 4 розділу IV цього УКПМД.

Показаннями до планової госпіталізації є:

- за необхідності проведення обстеження, яке неможливо забезпечити амбулаторно (при підозрі на вторинну АГ; при підозрі на резистентну АГ; з ускладненою АГ за необхідності поглибленого обстеження ураження органів-мішеней);
- при загостренні супутніх хронічних захворювань, станів, що ускладнюють перебіг АГ;
- для надання комплексної медичної допомоги пацієнтам з резистентною АГ;
- для проведення комплексного лікування, у тому числі хірургічних втручань.

За наявності показань до хірургічного лікування вторинних АГ пацієнта слід направити до фахівця відповідного до основного захворювання профілю.

Діагностичні та лікувальні заходи, які проводяться у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу в умовах стаціонару, включають усі обов'язкові та бажані заходи, передбачені на амбулаторному етапі спеціалізованої медичної допомоги.

IV. Опис етапів медичної допомоги

1. Діагностика артеріальної гіпертензії

Діагностичним критерієм АГ за даними офісних вимірювань (у ЗОЗ) є систолічний АТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст., якщо таке підвищення є стабільним. Класифікація АГ за рівнем офісного АТ наведена в таблиці 1.

Діагноз АГ також може ґрунтуватися на результатах амбулаторного вимірювання АТ, до якого належать 24-год. АМАТ та ДМАТ. Використання амбулаторних методів вимірювання АТ значно скорочує строки діагностики АГ, виключаючи необхідність повторного візиту до лікаря впродовж місяця для підтвердження підвищеного офісного АТ. Діагностичні критерії АГ за даними амбулаторного вимірювання АТ представлені у таблиці 2.

1) Вимірювання АТ

Вимірювання офісного та домашнього АТ найкраще здійснювати з використанням сертифікованого автоматичного електронного пристрою. В якості альтернативи, у разі недоступності

Таблиця 1. Класифікація АГ за рівнем офісного АТ^а

Категорія АТ	САТ, мм рт. ст.	ДАТ, мм рт. ст.	ДАТ, мм рт. ст.
Оптимальний	<120	та	<80
Нормальний	120 – 129	та/або	80 – 84
Високий нормальний	130 – 139	та/або	85 – 89
Артеріальна гіпертензія			
1-й ступінь	140 – 159	та/або	90 – 99
2-й ступінь	160 – 179	та/або	100 – 109
3-й ступінь	≥ 180	та/або	≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія ^б	140	та	<90
Ізольована діастолічна гіпертензія ^б	<140	та	≥ 90

^а – ступінь АГ визначається за рівнем вищого показника чи то систолічного, чи то діастолічного АТ.

^б – ізольована систолічна або діастолічна АГ оцінюється за 1, 2 або 3-м ступенем відповідно до значень САТ та ДАТ.

Таблиця 2. Діагностичні критерії АГ згідно з офісними, амбулаторними та домашніми показниками АТ

Категорія АТ	САТ, мм рт. ст.	ДАТ, мм рт. ст.	ДАТ, мм рт. ст.
Офісний АТ	≥ 140	та/або	≥ 90
Амбулаторний АТ			
Середній денний (неспаня)	≥ 135	та/або	≥ 85
Середній нічний (під час сну)	≥ 120	та/або	≥ 70
24-годинний	≥ 130	та/або	≥ 80
Домашній АТ	≥ 135	та/або	≥ 85

електронного приладу, може використовуватись механічний сфігмоманометр. Вимірювання АТ повинно проводитись за стандартних умов, в певному положенні та у відповідності до стандартних правил, наведених у додатку 1 до цього УКПМД.

Амбулаторне вимірювання АТ виконується за допомогою 24-годинного АМАТ або ДМАТ, за наявності показань, наведених у таблиці 3.

2) Визначення факторів ризику та стратифікація загального ризику ССЗ у пацієнтів з АГ

Стадія ХХН визначається значенням рШКФ, категорія альбумінурії – значенням показника САК або рівнем екскреції альбуміну з сечею.

Оцінка загального СС ризику рекомендована для всіх пацієнтів з АГ. Для прийняття рішень щодо стратегії профілактики ССЗ пацієнтам з АГ рекомендовано застосовувати стратифікацію загального серцево-судинного ризику за системою SCORE2 та SCORE2-OP, наведеною у додатку 2 до цього УКПМД. Система SCORE2 дає можливість оцінити індивідуальний 10-річний ризик фатальних і нефатальних серцево-судинних подій (інфаркт міокарда, інсульт, серцево-судинна смерть) у осіб віком 40–69 років, для літніх осіб (вік 70–89 років) призначений алгоритм SCORE2-OP. За неможливості визначення показника ХС не-ЛПВЩ, визначення загального серцево-судинного ризику може проводитись за системою SCORE, в якій використовується показник загального ХС.

Таблиця 3. Показання для проведення добового або домашнього моніторингу АТ

Ситуації, за яких найбільш розповсюджена гіпертензія білого халата: <ul style="list-style-type: none"> • АГ I ступеня при офісних вимірюваннях • Значно підвищений офісний АТ за відсутності зумовленого гіпертензією ураження органів-мішеней
Ситуації, за яких найбільш розповсюджена маскована АГ: <ul style="list-style-type: none"> • Високий-нормальний офісний АТ; • Нормальний офісний АТ за наявності зумовленого гіпертензією ураження органів-мішеней або високий загальний серцево-судинний ризик
У пацієнтів, які лікуються: <ul style="list-style-type: none"> • Підтвердження неконтрольованої або істинної резистентної АГ; • Оцінка контролю АТ впродовж 24 год. (особливо у пацієнтів високого ризику); • Оцінка симптомів, які вказують на гіпотензію (особливо у пацієнтів старшого віку)
Підозра на постуральну та поспрандіальну гіпотензію у пацієнтів
Виразена гіпертензивна реакція на фізичне навантаження
Підозра на значну варіабельність офісного АТ
Особливі показання для проведення саме добового, а не домашнього моніторингу АТ <ul style="list-style-type: none"> • Оцінка нічного АТ і зниження АТ у нічні години (у разі підозри на нічну гіпертензію у пацієнтів з апное сну, ХХН, ЦД, ендокринною АГ або автономною дисфункцією); • Пацієнти, які не спроможні або не зацікавлені у проведенні домашнього моніторингу АТ або стурбовані самостійним вимірюванням АТ; • Вагітність
Особливі показання для проведення домашнього, а не добового моніторингу АТ: <ul style="list-style-type: none"> • Для покращення прихильності і контролю АТ у пацієнтів, які лікуються в процесі спостереження; • Пацієнти, які не бажають проходити процедуру 24-годинного моніторингу АТ або відчувають значний дискомфорт при 24-год. АМАТ
Показання для повторного амбулаторного моніторингу АТ: <ul style="list-style-type: none"> • Підтвердження гіпертензії білого халата або маскованої АГ у пацієнтів, які не лікуються, або пацієнтів, які лікуються

Визначення ризику за системою SCORE2 та SCORE2-OP застосовується для пацієнтів, які ще не мають високого або дуже високого ризику через встановлені ССЗ або ХХН, тривалий або ускладнений ЦД, значуще асимптомне ураження органів-мішеней (наприклад, гіпертрофія ЛШ) або суттєво підвищений показник одиночного фактору ризику (наприклад, холестерин, альбумінурія). Стратифікація ССР у цих категорій пацієнтів ґрунтується на таких критеріях:

1. У пацієнтів з ЦД 2 типу та пацієнтів з ЦД 1 типу старше 40 років помірний ризик має місце у разі гарно контрольованого діабету тривалістю <10 років без ознак ураження органів-мішеней та додаткових факторів СС ризику; високий – за відсутності атеросклеротичного ССЗ та/або за наявності значущого ураження органів-мішеней та у разі невідповідності критеріям помірного ризику; дуже високий – за наявності атеросклеротичного ССЗ та/або ураження органів-мішеней: рШКФ < 45 мл/хв/1,73м² незалежно від наявності альбумінурії; рШКФ 45–59 мл/хв/1,73м² і мікроальбумінурії (співвідношення альбумін/креатинін 30–300 мг/г); макроальбумінурія (протеїнурія) (співвідношення альбумін/креатинін >300 мг/г); наявність мікроеваскулярного ураження мінімум 3-х різних локалізацій (наприклад мікроальбумінурія + ретинопатія + нейропатія).

2. Пацієнти з сімейною гіперхолестеринемією мають високий ризик розвитку СС захворювань.

3. У пацієнтів з ХХН без ЦД високий ризик має місце за наявності помірно виразної ХХН (рШКФ 30–44 мл/хв/1,73м² і САК

Таблиця 4. Фактори, що впливають на серцево-судинний ризик у пацієнтів з АГ

Параметри стратифікації ризику, охоплені шкалами SCORE2 та SCORE2-OP Стать (чоловіки > жінки) Вік Рівень САта Куріння – на поточному етапі життя або в анамнезі Холестерин не-ЛПВЩ
Встановлені та запропоновані нові фактори Ранній розвиток артеріальної гіпертензії в сімейному анамнезі чи в анамнезі батьків Злоякісна артеріальна гіпертензія в особистому анамнезі Передчасний розвиток ССЗ у сімейному анамнезі (у чоловіків – у віці <55 років, у жінок – у віці < 65 років) Частота серцевих скорочень (>80 уд/хв у стані спокою) Низька маса тіла при народженні Малорухливий спосіб життя Надмірна вага або ожиріння Цукровий діабет Сечова кислота Ліпопротеїн (а) Несприятливі наслідки вагітності (повторювані викидні, передчасні пологи, гіпертензивні розлади, гестаційний діабет) Рання менопауза Стареча астения Психологічні та соціально-економічні фактори Міграція Вплив забруднення повітря чи шуму
Додаткові клінічні стани чи супутні захворювання Істинно резистентна артеріальна гіпертензія Розлади сну (зокрема, синдром обструктивного апное сну (СОАС), ХОЗЛ) Подагра Хронічні запальні захворювання Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) Хронічні інфекції (зокрема тривалий перебіг COVID-19) Мігрень Депресивні синдроми Еректильна дисфункція
Гіпертензія обумовлена ураження органів-мішеней (ГУОМ) Підвищення ригідності великих артерій: Пульсовий тиск (у людей похилого віку) ≥ 60 мм рт.ст. Каротидно-феморальна швидкість поширення пульсової хвилі (ШППХ) >10 м/с (за наявності даних) Виявлення під час візуалізаційних досліджень атероматозних бляшок (стенозу), які не мають гемодинамічної значущості Виявлення ГЛШ на електрокардіограмі (ЕКГ) (індекс Соколова – Лайона > 35 мм або R в aVL ≥ 11 мм; добуток вольтажу та тривалості Корнелла (+ 6 мм у жінок) > 2440 мм × мс або вольтажний індекс Корнелла > 28 мм у чоловіків або > 20 мм у жінок) ГЛШ на ЕКГ (індекс маси ЛШ: >50 г/м ² ,7 у чоловіків; >47 г/м ² ,7 у жінок (м=зріст у метрах); у пацієнтів із нормальною масою тіла можна використовувати індексацію з розрахунку на площу поверхні тіла (ППТ): > 115 г/м ² у чоловіків і > 95/м ² у жінок
Помірне підвищення альбумінурії до 30–300 мг/добу або підвищення співвідношення альбумін/креатинін (САК) (бажано вимірювати в разовій порції ранкової сечі) до 30–300 мг/г 3-тя стадія ХХН із рШКФ 30–59 мл/хв/1,73 м ² Кістково-плечовий індекс <0,9 Важка ретинопатія: крововиливи або ексудати, папілоедема
Діагностовані ССЗ та захворювання нирок Цереброваскулярні захворювання: ішемічний інсульт, внутрішньомозковий крововилив, транзиторна ішемічна атака (ТІА) ІХС: інфаркт міокарда, стенокардія, реваскуляризація міокарда Виявлення під час візуалізаційних досліджень гемодинамічно значущих атероматозних бляшок (стенозу) СН, зокрема СН зі збереженою фракцією викиду Захворювання периферичних артерій Фібриляція передсердь Тяжка альбумінурія: > 300 мг/добу або САК (бажано вимірювати в ранковій порції сечі) > 300 мг/г 4-та й 5-та стадії ХХН, рШКФ < 30 мл/хв/1,73 м ²

*ШКФ розраховують (рШКФ) за формулою СКД-EPI (електронний калькулятор для розрахунку ШКФ за формулою СКД-EPI на сайті www.kidney.org/professionals/kdoqi/gr_calculator або відповідні додатки для смартфона)

Таблиця 5. Класифікація ХХН за стадіями

Категорія ШКФ	Термін	ШКФ (мл/хв/1,73м ²)
G1	Нормальна або висока	≥90
G2	Незначно знижена	60–89
G3a	Незначно або помірно знижена	45–59
G3b	Помірно або виразно знижена	30–44
G4	Виразно знижена	15–29
G5	Ниркова недостатність	<15

<30 мг/г; або рШКФ 45–59 мл/хв/1,73м² і САК 30–300 мг/г; або рШКФ > 60 мл/хв/1,73м² і САК >300 мг/г), дуже високий – за наявності важкої ХХН (рШКФ < 30 мл/хв/1,73м²; або рШКФ 30–44 мл/хв/1,73м² і САК >30 мг/г).

4. Пацієнти із встановленим атеросклеротичним ССЗ, клінічно значущим або наявним за даними візуалізації, мають дуже високий ризик розвитку ССЗ. Клінічно документовані атеросклеротичні ССЗ включають: інфаркт міокарда, гострий коронарний синдром, реваскуляризацію коронарних артерій та/або інших артерій; інсульт, транзиторну ішемічну атаку, аневризму аорти, захворювання периферичних артерій. Документований наявний атеросклероз за даними візуалізації включає атеросклеротичні бляшки за даними коронарної ангіографії, або УЗД сонних артерій, або КТ.

Встановлений за шкалою SCORE-2 і зазначеними критеріями ризик розвитку ССЗ лежить в основі визначення цільового рівня ХС ЛПНЩ у пацієнтів та рішення щодо призначення статинотерапії.

Таблиця 6. Категорії альбумінурії

Категорія	РЕА (мг/24 год.)	САК		Терміни
		мг/ммоль	мг/г	
A1	<30	<3	<30	Нормальна або незначно підвищена
A2	30–300	3–30	30–300	Помірно підвищена
A3	>300	>30	>300	Виразно підвищена

РЕА – рівень екскреції альбуміну; САК – співвідношення альбумін/креатинін

Стадія артеріальної гіпертензії	Інші фактори ризику, ГУОМ, ССЗ або ХХН	Класифікація за рівнем АТ (мм рт. ст.)			
		Високий нормальний АТ САТ 130–139 ДАТ 85–89	1 ступінь САТ 140–159 ДАТ 90–99	2 ступінь САТ 160–179 ДАТ 100–109	3 ступінь САТ > 180 ДАТ > 110
1 стадія	Інші фактори ризику відсутні*	Низький ризик	Низький ризик	Помірний ризик	Високий ризик
	1 або 2 фактори ризику	Низький ризик	Помірний ризик	Помірний-високий ризик	Високий ризик
	≥ 3 фактори ризику	Низький-помірний ризик	Помірний-високий ризик	Високий ризик	Високий ризик
2 стадія	ГУОМ, ХХН III ступеня або цукровий діабет	Помірний-високий ризик	Високий ризик	Високий ризик	Дуже високий ризик
3 стадія	Діагностовані ССЗ або ХХН > IV ступеня	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик	Дуже високий ризик



Таблиця 7. Стратифікація СС ризику в залежності від ступеня та стадії АГ

Система стратифікації СС ризику у пацієнтів з АГ, яка враховує не тільки фактори ризику, а й зумовлене гіпертензією ураження органів-мішеней, представлена в таблиці 7.

Продовження в наступному номері