

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

Закінчення, початок у № 9–10, 2025, № 1, 2026

5. Спостереження пацієнтів з АГ

На етапі підбору антигіпертензивної терапії частота візитів визначається індивідуально з урахуванням початкового рівня АТ, відповіді на лікування, тяжкості перебігу АГ (наявність ураження органів-мішеней, ССЗ, ХХН), а також супутніх захворювань. Протягом перших двох тижнів варто очікувати зниження АТ при призначенні подвійної комбінації, подальше менше прогресивне зниження АТ може мати місце протягом ще кількох тижнів. Натомість, з монотерапією зниження АТ, як правило, відбувається повільніше. Тому доцільним є контроль ефективності призначеної терапії в інтервалі 2–4 тижнів від її ініціації.

Після досягнення цільового АТ для більшості пацієнтів з АГ доречним є проведення візитів 2 або 4 рази на рік протягом першого року від початку лікування. Після першого року раціональною частотою можуть бути 1–2 візити на рік, якщо стан пацієнта стабільний, рівень АТ залишається в межах цільового діапазону за даними домашнього моніторингу АТ (якщо його здійснення можливо) і пацієнти не мають проблем, пов'язаних із лікуванням.

Основні заходи під час візитів при спостереженні пацієнтів з АГ представлено в таблиці 17.

Таблиця 17. Спостереження пацієнтів з АГ

<p>Діагностика АГ Збір анамнезу пацієнта, фізикальний огляд Вимірювання офісного АТ, яке за можливості доповнюється 24-год АМАТ/ДМАТ Базові / розширені лабораторні дослідження ЕКГ Оцінка СС-ризиків і ГУОМ Ініціація: МСЖ, медикаментозного лікування</p>
<p>Початковий етап – досягнення оптимального контролю АТ Впродовж перших 3-х міс. повторний візит для вимірювання АТ, можливо проведення візиту віддалено Перевірка прихильності до лікування, в тому числі немедикаментозного Вибрані лабораторні тести, ЕКГ за необхідності Корекція антигіпертензивної терапії за необхідності Мета: досягнення цільового АТ протягом 3 міс.</p>
<p>Річне спостереження – утримання оптимального контролю АТ За відсутності проблем із контролем АТ у пацієнтів низького СС-ризиків повторний візит через 1 рік За наявності проблем з контролем АТ, а також за високого СС-ризиків повторний візит <1 року Програма повторного візиту: Оцінка даних ДМАТ, прихильності та МСЖ Фізикальний огляд Вимірювання офісного АТ Базові / розширені лабораторні дослідження ЕКГ Повторна оцінка СС-ризиків і ГУОМ</p>
<p>Тривале спостереження – після 1-го року утримання оптимального контролю АТ За відсутності проблем із контролем АТ у пацієнта низького СС-ризиків щорічні візити, які передбачають базове обстеження; розширене обстеження (оцінка ГУОМ) кожні 3 роки Для пацієнта з недостатнім контролем АТ або з високим СС-ризиком або з лікуваною вторинною АГ рекомендований індивідуалізований підхід з більшою частотою візитів</p>

Примітки: АМАТ – 24-годинне амбулаторне моніторування АТ; ДМАТ – домашнє моніторування АТ; ГУОМ – обумовлене гіпертензією ураження органів-мішеней; МСЖ – модифікація способу життя; СС-ризик – серцево-судинний ризик.

Пацієнти мають бути поінформовані, що показники АТ можуть бути дещо нижчими влітку, порівняно з зимовими місяцями, через різницю в температурі у приміщенні та на вулиці, а також інші фактори. Крім того, варто пам'ятати, що АТ зростає в умовах гіпобаричної гіпоксії через ряд факторів, включаючи активацію симпатичної системи. Пацієнтам із АГ 2-го та 3-го ступенів з неконтрольованим АТ необхідно уникати перебування на висотах понад 2500 м над рівнем моря. Знаходження на нижчих висотах, як правило, не чинить негативного впливу на рівень АТ у гіпертензивних осіб, проте контроль АТ під час перебування на висоті може бути доцільним. Можливі порушення оксигенації крові та інші проблеми можуть збільшити ризик гіпобаричної гіпоксії на нижчих висотних рівнях у пацієнтів похилого віку або пацієнтів з захворюваннями дихальної або серцево-судинної системи.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drz.kiev.ua/>.

Перелік фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів, зареєстрованих в Україні, наведений у Розділі 2. «Кардіологія. Лікарські засоби» Державного формуляра лікарських засобів.

Кадрові ресурси

Первинна медична допомога:

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам з АГ.

Спеціалізована медична допомога:

Лікарі: терапевти, кардіологи, неврологи, ендокринологи, офтальмологи, нефрологи, лікарі-хірурги серцево-судинні, інші фахівці та середній медичний персонал, які беруть участь у наданні спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з АГ.

Матеріально-технічне забезпечення: відповідно до табеля оснащення.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП) з АГ.

2) Наявність у лікаря-кардіолога/терапевта КМП ведення пацієнта з АГ.

Лікарські засоби (порядок викладення не впливає на порядок призначення)

Фармакотерапевтичні групи	Лікарські засоби за міжнародними непатентованими назвами
Діуретики	Гідрохлортiazид, Індапамід, Хлорталідон, Торасемід, Фуросемід
Бета-адреноблокатори	Атенолол, Бетаксоллол, Біспролол, Есмолол, Карведилол, Метопролол, Небіволол, Пропранолол
Блокатори кальцієвих каналів (антагоністи кальцію)	Амлодипін, Верапаміл, Дилтіазем, Лерканідипін, Ніфедипін, Фелодипін
Інгібітори АПФ	Еналаприл, Зофеноприл, Каптоприл, Квінаприл, Лізиноприл, Периндоприл, Раміприл, Трандолаприл
Блокатори рецепторів ангіотензину II	Азилсартан, Валсартан, Епросартан, Ірбесартан, Кандесартан, Лозартан, Олмесартан, Телмісартан
Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів	Спіронолактон, Еплеренон
Альфа-адреноблокатори	Доксазозин, Урапідил
Антигіпертензивні препарати центральної дії	Клонідин, Метилдопа, Моксонідин
Ліпідомодифікуючі засоби	Аторвастатин, Пітавастатин, Розувастатин, Симвастатин, Езетиміб
Антитромбоцитарні препарати	Ацетилсаліцилова кислота, клопідогрель
Прямі пероральні антикоагулянти	Ривароксабан, Апіксабан, Дабігатран, Едоксабан
Нітрати	Нітрогліцерин
Розчини електролітів	Магнію сульфат

3) Відсоток пацієнтів з АГ, в яких АТ утримується у цільовому діапазоні.

4) Відсоток пацієнтів з АГ, для яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП ведення пацієнта з АГ.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

- 2024 рік – 90 %.
- 2025 рік та подальший період – 100 %.
- Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП ведення пацієнта з АГ. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Наявність у лікаря-кардіолога/терапевта КМП ведення пацієнта з ЦД2.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам чинного УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

- 2024 рік – 90 %.
- 2025 рік та подальший період – 100 %.
- Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-кардіологами, лікарями-терапевтами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів-кардіологів, лікарів-терапевтів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-кардіологів, лікарів-терапевтів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів-ендокринологів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-кардіологів, лікарів-терапевтів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП ведення пацієнта з АГ типу. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем-кардіологом, лікарем-терапевтом.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3) Відсоток пацієнтів з АГ, щодо яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики-сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної допомоги) протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, виконання обов'язкових діагностичних процедур, визначених в УКПМД, а також наявність або відсутність ускладнень захворювання.

Пацієнти, для яких записи обов'язкових діагностичних процедур в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики-сімейний лікар (амбулаторія

сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики-сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медичної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики-сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), пацієнтів з АГ, а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта протягом звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з АГ, які перебувають під спостереженням у лікаря загальної практики-сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги).

Джерелом інформації є Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики-сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з АГ, для яких наявні записи про медичний огляд протягом звітного періоду та наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням деталей медичного огляду.

Джерелом інформації є Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4) Відсоток пацієнтів з АГ, у яких АТ утримується у цільовому діапазоні.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує якість медичної допомоги пацієнтам з АГ. При аналізі індикатора слід враховувати, що пацієнти, для яких немає достовірної інформації про АТ протягом

досліджуваного періоду, не можуть вважатися такими, для яких досягнуто цільовий рівень АТ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) – автоматизована обробка. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики – сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0).

Знаменник складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під спостереженням у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом АГ.

Джерелом інформації є: форма 025/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під спостереженням у лікаря загальної практики-сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом АГ і для яких останній за датою запис результату вимірювання АТ на прийомі визначається у межах цільового діапазону <140/80 мм рт. ст. (<130/80 мм рт. ст., але не нижче 120/70 мм рт. ст. у пацієнтів молодше 65 років).

Джерелом інформації є: форма 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.