

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ 1
	Введен в действие	2020г
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Артериальная гипертензия у взрослых» Коды МКБ (перечислить): I10/ I11/ I12/ I13/ I15 Возрастная группа взрослые Год утверждения 2020г</i>	

Утверждено приказом № __
 От «__» ____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулаев Ш.А.		
	И.о заведующего экспертным отделом	Алибекова А.М.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения систолического АД (далее — САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (далее — ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.

Гипертоническая болезнь (далее — ГБ) — хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ). Термин «гипертоническая болезнь», соответствует терминам «эссенциальная гипертензия» и «артериальная гипертензия», используемым за рубежом. ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность превышает 90%.

Вторичная (симптоматическая) АГ — АГ, обусловленная известной причиной, которую можно устранить с помощью соответствующего вмешательства.

Гипертонический криз — состояние, вызванное значительным повышением АД, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии

1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Предрасполагающие факторы:

- возраст
- избыточная масса тела и ожирение способствуют повышению АД;
- наследственная предрасположенность
- избыточное потребление натрия (>5 г/день)
- злоупотребление алкоголем;
- гиподинамия.

Стойкое и длительное повышение АД обусловлено изменением соотношения трех гемодинамических показателей:

- повышением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС);
- увеличением сердечного выброса (минутного объема);
- увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК).

Наиболее важными патогенетическими звеньями формирования и прогрессирования эссенциальной АГ (ГБ) являются

- активация симпатoadреналовой системы (САС) (реализуется преимущественно через альфа- и бета-адренорецепторы);
- активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС); в т.ч. повышение продукции минералокортикоидов (альдостерона и др.), инициируемое, в частности, гиперактивацией почечной РААС;
- нарушение мембранного транспорта катионов (Na^+ , Ca^{2+} , K^+);
- увеличение реабсорбции натрия в почках;

- дисфункция эндотелия с преобладанием продукции вазоконстрикторных субстанций (тканевого ангиотензина-II, эндотелина) и снижением выработки депрессорных соединений (брадикинина, NO, простаглицлина и др.);
- структурные изменения сосудистой стенки артерий мышечного (резистивного) и эластического типа, в том числе вследствие низкоинтенсивного неинфекционного воспаления;
- нарушение микроциркуляции (снижение плотности капилляров);
- нарушение барорецепторного звена системы центральной регуляции уровня АД;
- повышение жесткости крупных сосудов.

2. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

АГ классифицируют по степени, которая определяется уровнем АД у нелеченных пациентов; стадии, которая определяется наличием сахарного диабета (СД), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС); категории риска развития сердечно-сосудистых осложнений, которая учитывает уровень АД, сопутствующие факторы риска (ФР), наличие СД, ПОМ, АКС.

Классификация уровней АД у лиц старше 18 лет :

Высокое нормально е	Степень 1 САД 140–159	Степень 2 САД 160–179	Степень 3 САД ≥ 180 ДАД ≥ 110
САД 130–139	ДАД 90–99	ДАД 100–109	
ДАД 85–89			

Категорию АД определяют по результатам его трехкратного измерения в положении пациента сидя. Используют средние значения САД и ДАД, определенных при двух последних измерениях. Изолированная систолическая гипертензия классифицируется на степени 1, 2 или 3 в зависимости от значения САД. Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ оценивается по более высокой категории.

Выделение 3 стадий АГ основано на наличии поражения органов-мишеней (ПОМ), ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и хронической болезни почек. Стадия АГ не зависит от уровня АД.

Выделяются 3 стадии гипертонической болезни.

Стадия I — отсутствие ПОМ и АКС, возможное наличие факторов риска

Факторы СС риска у пациентов с АГ:

- Пол (мужчины > женщин);
- Возраст ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин;
- Курение (в настоящем или прошлом; курение в прошлом следует рассматривать как фактор риска при отказе от курения в течение последнего года);
- Дислипидемия (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена): ОХС $> 4,9$ ммоль/л и/или ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л

и/или ХС ЛПВП у мужчин — $<1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин — $<1,2$ ммоль/л (46 мг/дл) и/или триглицериды $>1,7$ ммоль/л;

— Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин);

— Нарушение гликемии натощак: глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л;

— Нарушение толерантности к глюкозе;

— Избыточная масса тела (ИМТ 25–29,9 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²);

— Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (< 55 лет для мужчин и < 65 лет для женщин);

— Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье;

— Ранняя менопауза;

— Малоподвижный образ жизни;

— Психологические и социально-экономические факторы;

— Частота сердечных сокращений в покое >80 ударов в минуту.

Стадия II подразумевает наличие бессимптомного поражения органов-мишеней, связанного с АГ и/или ХБП С3 (СКФ 30–59 мл/мин), и/или СД без поражения органов-мишеней и предполагает отсутствие АКС.

Бессимптомное ПОМ:

• Артериальная жесткость:

Пульсовое давление (ПД) (у пожилых пациентов) ≥ 60 мм рт. ст.

Каротидно-феморальная СПВ >10 м/с

• Электрокардиографические (ЭКГ) признаки ГЛЖ на (индекс Соколова–Лайона > 35 мм, или амплитуда зубца R в отведении aVL ≥ 11 мм, корнельское произведение >2440 мм х мс или корнельский вольтажный индекс >28 мм для мужчин и >20 мм для женщин);

• Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс массы ЛЖ (масса ЛЖ, г/рост, м) формула ASE для пациентов с избыточной массой тела и ожирением: для мужчин >50

18

г/м²,7, для женщин >47 г/м²,7; индексация на площадь поверхности тела (масса ЛЖ/рост, м²) для пациентов с нормальной массой тела: >115 г/м²(мужчины) и > 95 г/м² (женщины);

• Альбуминурия 30–300 мг/24 ч или отношения альбумин-креатинин 30–300 мг/г или 3,4–34 мг/ммоль (предпочтительно в утренней порции мочи);

• ХБП С3 стадии с СКФ >30 –59 мл/мин/1,73 м²;

• Лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$;

• Выраженная ретинопатия: наличие кровоизлияний, экссудатов или отека соска зрительного нерва.

Стадия III определяется наличием АКС, в том числе ХБП С4–С5 стадии, и/или СД с поражением органов-мишеней.

СД (рассматривается как дополнительное состояние, усугубляющее риск) [31]: глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или HbA1c $\geq 6,5\%$, и/или глюкоза плазмы после нагрузки или при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л.

Стадии АГ имеют уточняющий характер по поражениям органов-мишеней и сопутствующей патологии.

На основании уровня АД, наличия ФР, ПОМ, АКС, СД выделяют 4 категории риска СС осложнений: низкий (риск 1), умеренный (риск 2), высокий (риск 3) и очень

высокий (риск 4) Наиболее значимым является определение категории риска у пациентов с гипертонической болезнью I и II стадий.

3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

В большинстве случаев АД повышается бессимптомно, и АГ обнаруживают лишь в ходе объективного исследования пациента. В тех случаях, когда жалобы есть, они неспецифичны (головная боль, головокружение, сердцебиение и т.д.). При симптоматической гипертонии жалобы обусловлены основным заболеванием:

- Синдром обструктивного апноэ во сне: храп, головная боль по утрам, сонливость в дневное время, нарушение памяти, внимания, неполноценный ночной сон;

- Первичный гиперальдостеронизм: мышечная слабость, полиурия, полидипсия, запоры;

- Феохромоцитома: пароксизмальная АГ, головная боль, профузная потливость, сердцебиение, лабильное повышение АД, ортостатическая гипотония;

- Синдром Иценко–Кушинга: лунообразное лицо, плетора, жировой горбик, гирсутизм, центральное ожирение, атрофия кожи, багровые стрии, синяки, нарушения углеводного обмена;

- Заболевания щитовидной железы: симптомы тиреотоксикоза или гипотиреоза;

- Коарктация аорты: головная боль, холодные конечности, боль в ногах при физических нагрузках, носовые кровотечения.

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

1. Жалобы и анамнез:

Многие пациенты с повышенным АД могут не иметь никаких жалоб. Симптомы (головные боли, одышка, боль в груди, кровотечение из носа, субъективное головокружение, отеки, расстройство зрения, ощущение жара, потливость, приливы), встречающиеся при АГ неспецифичны и могут наблюдаться при других заболеваниях.

При наличии перечисленных симптомов у любого пациента необходимо в процессе его обследования учитывать возможность диагностированной АГ. Рекомендуется собирать полный медицинский и семейный анамнез для оценки семейной предрасположенности к АГ и ССЗ. Сбор анамнеза включает сбор сведений о наличии ФР, субклинических симптомов ПОМ, наличии в анамнезе ССЗ, ЦВБ, ХБП и вторичных форм АГ, образе жизни, предшествующем опыте лечения АГ.

2. Физикальное обследование. Всем пациентам с АГ рекомендуется определение антропометрических данных для выявления избыточной массы тела/ожирения, оценка неврологического статуса и когнитивной функции, исследование глазного дна для выявления гипертонической ретинопатии, пальпация и аускультация сердца и сонных артерий, пальпация и

аускультация периферических артерий для выявления патологических шумов, сравнение АД между руками хотя бы однократно.

- Всем пациентам с АГ рекомендуется пальпировать пульс в покое для измерения его частоты и ритмичности с целью выявления аритмий.

3. Лабораторные диагностические исследования.

Для установления диагноза АГ лабораторная диагностика не требуется, однако, она необходима с целью исключения вторичных форм АГ, выявления ПОМ, оценки СС риска, и сопутствующей патологии, влияющей на эффективность лечения и качество жизни пациента. Всем пациентам с АГ с целью исключения вторичной гипертензии рекомендуется проведение общего (клинического) анализа крови (гемоглобин/гематокрит, лейкоциты, тромбоциты). Для выявления предиабета, СД и оценки сердечно-сосудистого риска всем пациентам с АГ рекомендуется исследование уровня глюкозы в венозной крови

- Всем пациентам с АГ для выявления нарушения функции почки оценки сердечно-сосудистого риска рекомендуются исследование уровня креатинина в сыворотке крови и расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в мл/мин/1,73м² по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology (СКД-ЕРІ)

-Всем пациентам с АГ для выявления заболеваний почек и оценки СС риска рекомендуется проводить общий (клинический) анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка мочи, количественной оценкой альбуминурии или отношения альбумин/креатинин (оптимально)

-исследование уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) (прямое измерение или расчетно) и триглицеридов (ТГ) в крови

- исследование уровня калия и натрия в крови

- исследование уровня мочевой кислоты в крови

4. Инструментальные диагностические исследования.

- ЭКГ

-дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий для выявления атеросклеротических бляшек/стенозов внутренних сонных артерий

-Рекомендуется определение ЛПИ

-Всем пациентам с нарушением функции почек, альбуминурией и при подозрении на вторичную АГ рекомендуется проведение УЗИ (ультразвукового исследования) почек и дуплексного сканирования артерий почек с целью оценки размеров, структуры, а также наличия врожденных аномалий почек или стеноза почечных артерий

- Пациентам с АГ 2–3-й степеней, всем пациентам с сахарным диабетом и АГ рекомендуется проводить исследование глазного дна врачом-офтальмологом (геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва) для выявления гипертонической ретинопатии

- Пациентам с АГ при наличии неврологических симптомов и/или когнитивных нарушений рекомендуется выполнение КТ или МРТ головного мозга для исключения инфарктов мозга, микрокровоизлияний и повреждений белого вещества и других патологических образований

5. Морфологическое исследование не предусмотрено.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

Лечение

Зависит от исходного АД и общего ССР. Всем показано изменение (оздоровление) образа жизни.

Показания к антигипертензивной терапии

АГ 2 - 3 ст. - при любом ССР незамедлительное начало терапии + изменение образа жизни.

АГ 1 ст. антигипертензивная терапия (АГТ) в случае:

- низкий/умеренный ССР без ПОМ при высоком АД после 3 мес. изменения образа жизни;
- незамедлительно - высокий ССР при неосложненной АГ или с ПОМ.

Высокое нормальное АД (130–139/85–89 мм рт. ст.) начало АГТ - очень высокий ССР.

АГТ пожилых:

- сохранные в 65 - 80 лет при САД 140–159;
- 65 - 80 лет со старческой астенией;
- сохранные >80 лет при САД ≥ 160 ;
- >80 лет с прогрессией гериатрических синдромов – продолжение АГТ при хорошей переносимости, без ортостатической гипотонии.

3.2 Целевые уровни АД:

- для всех первоначально снижение до АД <140/90, при переносимости АГТ - до 130/80;
- до 65 лет без ХБП на фоне АГТ – до САД до 120–130;
- старше 65 лет без старческой астении на АГТ - до САД 130–139;
- всем снижать ДАД до 70–79.

Общие принципы медикаментозной терапии

Стартовая терапия фиксированной комбинацией всем, кроме пациентов низкого ССР с АД <150/90, пациентов ≥ 80 лет, при синдроме старческой астении.

Предпочтительные комбинации АГТ - блокатор РААС (ИАПФ или БРА) + дигидропиридиновый АК (ДГП-БКК) или диуретик.

При не достижении целевого АД на фоне 2-комбинации АГТ перевод на тройные:

- ИАПФ + ДГП-БКК + диуретик;
- БРА + ДГП-БКК + диуретик;
- ИАПФ + ДГП-БКК + ББ;
- БРА + ДГП-БКК + ББ;
- ИАПФ + диуретик + ББ;
- БРА + диуретик + ББ;
- ДГП-БКК + диуретик + ББ.

Не достигшим целевого АД на фоне 3-комбинации:

- + спиронолактон;
- непереносимость спиронолактона: диуретики, ББ, α -АБ, препараты центрального действия.

Аппаратное лечение АГ

Денервация почечных артерий не для рутинной практики.

Лечение АГ в отдельных клинических ситуациях

1. АГ и СД

- АГТ начинают при АД $\geq 140/90$ с блокатора РААС + ДГП-БКК или диуретика
- Целевое у пациентов ≥ 65 лет - САД 130–139.

2. АГ и ХБП

- АГТ начинают при АД $\geq 140/90$ с блокатора РААС + ДГП-БКК или диуретика, на гемодиализе можно любые АГП.
- Целевое САД до 130–139.

3. АГ и ИБС

- После инфаркта миокарда - ББ и блокаторы РААС, при стенокардии - ББ и/или ДГП-БКК.
- Целевое САД ≤ 130 , пациентам ≥ 65 лет и/или с ХБП - до 130–139.

4. АГ, гипертрофия ЛЖ и СН

- Начало АГТ при СН с низкой/сохраненной ФВ - АД $\geq 140/90$ с ИАПФ или БРА, ББ, диуретика и/или АМКР при необходимости; при недостаточном контроле АД - дополнить ДГП-БКК.
- ГЛЖ: блокаторы РААС + ДГП-БКК /диуретик.

5. АГ, ФП и другие аритмии

- При необходимости контроля ЧСС - ББ или не-ДГП-БКК.

6. АГ и ЦВБ

АГТ блокаторы РААС + ДПП-БКК/ диуретик: сразу после ТИА, через несколько дней после ОНМК.

ОНМК ишемический:

- тромболизис осторожно снижают 24 часа с поддержанием $<180/105$;
- без тромболизиса при САД ≥ 220 и/или ДАД ≥ 120 - снижение АД на 15% за 1-е сутки.

7. АГ и заболевания периферических артерий

- Начальная АГТ - блокатор РААС + ДПП-БКК или диуретик до целевого АД $<140/90$
- Для снижения интенсивности симптомов возможно ББ.

8. АГ и заболевания легких

Для стартовой АГТ не рекомендованы ББ, способствующие бронхоспазму.

9. АГ и СОАС

При СОАС - СРАР терапия.

10. АГ в периоперационном периоде

- Не откладывать некардиохирургическое вмешательство при АГ 1–2 ст., временная отмена блокаторов РААС.
- Длительно получающим ББ препарат не отменяется.

11. Резистентная АГ

Усиление мероприятий по изменению образа жизни, добавление спиронолактона 25-50 мг/сут или других диуретиков (эплеренон), или добавление биспролола/доксазозина.

12. АГ «белого халата»

Изменение образа жизни; возможность АГТ при ПОМ или высоком/очень высоком ССР.

13. «Маскированная» АГ

Изменение образа жизни; мониторинг АД, АГТ.

14. АГ у молодых

- АГТ - при АГ 2 и 3 ст., АГ 1 ст. с множественными ФР, ПОМ, СД, ССЗ и пр.
- Целевое АД 120-130/70-79.

15. АГ у пожилых (≥ 65 лет)

- Использование любого АГП, у >80 лет начало с монотерапии, целевое 130-139/70-79

- Комбинации начинают с минимальных доз, избегая петлевых диуретиков и α -АБ.

16. ИСАГ

У молодых с ИСАГ 1 ст. - изменение образа жизни.

17. АГ при беременности и лактации

Целевое АД <140/90

Начало АГТ:

- САД \geq 140 или ДАД \geq 90 при гестационной АГ, преэклампсии или хронической АГ с субклиническим ПОМ;
- САД \geq 150 или ДАД \geq 95 при преэклампсии и АКС, повышении АД без ПОМ.

АГТ:

- метилдопа или нифедипин;
- преэклампсия с отеком легких - нитроглицерин не более 4 часов;
- диуретики не показаны;
- лечение судорог - сульфат магния в/в;
- риск врожденных уродств и гибели плода: ИАПФ, БРА, прямые ингибиторы ренина.

18. Препараты для оральной контрацепции и ЗГТ и АГ

- При неконтролируемой АГ не рекомендуются КОК.
- Не противопоказана ЗГТ при условии контроля АД с помощью АГП.

19. АГ и эректильная дисфункция

БРА, ИАПФ, АК и ББ не влияют на эректильную функцию.

20. АГ и ЗНО

При ХТ ингибиторами фактора роста эндотелия сосудов/ ингибитора протеасом:

- контроль офисного АД еженедельно на 1 цикле, далее каждые 2–3 нед.;
- при развитии АГ или повышении ДАД на \geq 20 начинают или оптимизируют АГТ;
- предпочтительны блокаторы РААС и ДГП-БКК.

21. Коррекция сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска

- Статины при очень высоком/ высоком ССР, возможны при умеренном/низком ССР.
- Ацетилсалициловая кислота для вторичной профилактики СС событий.

Неотложные состояния при АГ: гипертонический криз

Лечение ГК в неотложной кардиологии или БИТ, при ОНМК - в нейрореанимации.

Лечение ГК:

- оптимальны в/в препараты с коротким периодом полувыведения;
- быстрое неконтролируемое снижение АД чревато осложнениями;
- при злокачественной АГ возможны перорально низкие дозы ИАПФ, БРА или ББ.

Сроки и выраженность снижения АД:

- злокачественная АГ с/без ХПН - за несколько часов на 20–25%;
- гипертоническая энцефалопатия - немедленное снижение на 20–25%;
- ОКС, кардиогенный отек легких - немедленное снижение САД ниже 140;
- расслоение аорты - немедленное снижение САД ниже 120 и ЧСС ниже 60;
- эклампсия и тяжелая преэклампсия или HELLP-синдром - немедленное снижение САД ниже 160 и ДАД ниже 105.

Немедикаментозное лечение АГ

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем пациентам с АГ. Немедикаментозные методы лечения АГ способствуют снижению АД, уменьшают потребность в антигипертензивных препаратах (АГП) и повышают их эффективность, позволяют осуществлять коррекцию ФР, проводить первичную профилактику АГ у пациентов с высоким нормальным АД и имеющих ФР

- Всем пациентам с АГ для улучшения контроля заболевания рекомендуется ограничение употребления соли до <5 г в сутки.

-ограничить употребления алкоголя (менее 14 единиц в неделю для мужчин, менее 8 единиц в неделю для женщин*) и избегать хронического злоупотребления алкоголем

-увеличить употребление овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов и ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло), молочных продуктов низкой жирности, уменьшить употребление мяса.

-рекомендуется контролировать массу тела для предупреждения развития ожирения (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² или окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин) и достижение ИМТ в пределах 20–25 кг/м²; окружности талии <94 см у мужчин и <80 см у женщин с целью снижения АД и уменьшения СС риска.

-аэробные физические упражнения (не менее 30 минут динамических упражнений умеренной интенсивности 5–7 дней в неделю)

-прекращение курения

Аппаратное лечение артериальной гипертензии:

- Денервация почечных артерий (ренальная денервация) не рекомендована для лечения артериальной гипертензии в рутинной практике, пока не будет доступно больше данных относительно их эффективности и безопасности

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

- Для всех пациентов с АГ рекомендована разработка индивидуального плана реабилитационных мероприятий, включающий в себя рекомендации по достижению целевого АД, самоконтролю АД, повышению приверженности к лечению, питанию, физической активности, контролю веса.

-С целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений всем пациентам с АГ рекомендованы, по крайней мере, 150 мин (2 часа 30 мин) в неделю аэробной физической активности умеренной интенсивности или 75 мин (1 час 15 мин) в неделю аэробной физической активности высокой интенсивности

V. Дополнительные методы диагностики, лечения: не показаны

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Нет	
Клиническая лабораторная диагностика	Нет	
Цитологические, гистологические методы диагностики	Нет	
Иглорефлексотерапия	нет	
Гирудотерапия	Нет	
Экстракорпоральные методы	Нет	
Методы традиционной китайской медицины	Нет	
Методы остеопатии	Нет	

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии:

По данному заболеванию информацию необходимо сообщить врачу-эпидемиологу в тот же день, затем эпидемиолог передает информацию в ГБУ РД «РЦИБ и СПИД» им С. М. Магомедова , отдел учета инфекционной заболеваемости по телефону:

51-65-64. Передается следующая информация: ФИО пациента, дата рождения, адрес, место работы, диагноз. Информация передается незамедлительно, в момент постановки диагноза.

VII. Показания для госпитализации.

Показания для плановой госпитализации:

- неясность диагноза и необходимость в специальных методах исследования (использование диагностических процедур, проведение которых невозможно или нецелесообразно в условиях поликлиники) для уточнения причины повышения АД (исключение симптоматических АГ);
- трудности в подборе медикаментозной терапии (сочетанная патология, частые гипертонические кризы);
- рефрактерная АГ.

Показания для экстренной госпитализации: • гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе;

- гипертонический криз при феохромоцитоме;
- гипертонический криз с выраженными явлениями гипертонической энцефалопатии;
- осложнения АГ, требующие интенсивной терапии: инсульт, ОКС, субарахноидальное кровоизлияние, острые нарушения зрения, отек легких, расслоение аорты, почечная недостаточность, эклампсия.

Показания к выписке пациента из стационара: • установленный диагноз симптоматической АГ или ГБ с использованием специальных методов исследования при уточнении причины повышения АД;

- подобранная медикаментозная терапия при сочетанной патологии и/или частых гипертонических кризах с достижением целевого уровня АД или снижение АД на 25–30% от исходных значений на момент выписки из стационара;
- купированный гипертонический криз, отсутствие осложнений, требующих интенсивной терапии, стабилизация уровня АД.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоставле ния)	Критерии качества
К 1	1. осмотр врача терапевта или кардиолога не позднее 10 минут от момента поступления в стационар 2. ОАК, ОАМ, БАК общетерапевтический (креатинин, глюкоза, калий натрий)

	<p>3. ЭКГ не позднее 15 минут от момента поступления в стационар при ГК.</p> <p>4 проведена терапия антигипертензивными препаратами в\вне не позднее 15 мин. от момента поступления в стационар при ГК.</p> <p>5. анализ крови липидного обмена биохимический.</p> <p>6. исследование функции нефронов по клиренсу креатинина</p> <p>7. СМАД</p> <p>8. УЗИ почек и надпочечников</p> <p>9. конс. окулиста</p> <p>10 проведена антигипертензивная терапия и-АПФ и\или антагонистами рецепторов ангиотензина 2, и \или БКК. И \или бета блокаторами, и\или диуретиками.</p> <p>11. достигнуто снижение АД на 25% от исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления в стационар при ГК.</p> <p>12 достигнут целевой уровень АД или снижение АД от 25 до 30% от исходных значений при АГ 3 стадии на момент выписки из стационара.</p>
К 0.9	
К 0.8	
К 0.7	
К 0.6	
К 0.5	

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (<i>артериальная гипертензия</i>)			
Мероприятия:	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика и лечение	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 ноября 2020 г. N 1193н "Об утверждении стандартов медицинской помощи	Клинические рекомендации и российского кардиологического общества	Приказ 203н от 10 мая 2017г. «об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

	взрослым при артериальной гипертензии"		
--	--	--	--

Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Гипертоническая болезнь — заболевание, основным симптомом которого является повышение артериального давления выше 140/90 мм рт. ст., что приводит к поражению мозга, сердца, почек. Только 50% людей с повышенным артериальным давлением знают, что больны, из них систематически лечатся далеко не все. Нелеченная гипертоническая болезнь опасна осложнениями, главные из которых — инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, почечная недостаточность. Главным фактором снижения риска смерти, инсульта и инфаркта миокарда является контроль АД и поддержание его на уровне как минимум <140/90 мм рт. ст., поэтому важен самоконтроль АД в домашних условиях с использованием сертифицированных аппаратов для измерения АД. При этом необходимо выполнение следующих правил: • перед измерением АД необходимы минимум 5 мин отдыха в положении сидя; • сидеть во время измерения АД нужно с полной опорой стоп на пол, не перекрещивая и не поджимая ноги, положив руку на стол так, чтобы наложенная на плечо манжета была на уровне сердца, спина и рука с манжетой должны быть расслаблены; • необходимо выполнять минимум 2 последовательных измерения АД утром и вечером ежедневно, хотя бы за 7 дней до планового визита к врачу или после изменения терапии; следует записывать результаты измерений в дневник самоконтроля; • минимум за 30 мин до измерения АД не следует курить и употреблять кофеинсодержащие напитки; • во время измерения АД одежда не должна плотно охватывать плечо, создавая складки и дополнительную компрессию. Пациент и члены его семьи должны владеть методикой измерения АД, уметь вести дневник АД с записью цифр. Если пациент получает антигипертензивные препараты, он должен быть осведомлен об ожидаемом эффекте, изменениях самочувствия и качестве жизни в ходе терапии, возможных побочных эффектах и способах их устранения. Пациент должен знать об имеющихся у него и членов его семьи сердечно-сосудистых факторах риска — это курение, избыточная масса тела, психоэмоциональный стресс, малоподвижный образ жизни, повышенный уровень холестерина. Влияние указанных факторов риска может быть снижено. Особенно важна коррекция изменяемых факторов риска при наличии у пациента и членов его семьи некорректируемых факторов риска, к которым относятся: наличие в семейном анамнезе ранних мозговых инсультов, инфарктов миокарда, сахарного диабета; мужской пол; пожилой возраст; физиологическая или хирургическая менопауза у женщин. Коррекцию факторов риска требуется проводить не только пациенту, но и членам его семьи. Она

осуществляется путем реализации программ семейной первичной профилактики и воспитания, составленных врачом.

• индекс массы тела (Кетле) = масса тела в килограммах/(рост в м²) □ 15–19,9 кг/м² — недостаточная масса тела; - 20–24,9 кг/м² — нормальная масса тела (целевой уровень); - 25–29,9 кг/м² - избыточная масса тела; - 30–39,9 кг/м² — ожирение; - 40 кг/м² — выраженное ожирение. • индекс талия/бедра (ИТБ): ИТБ = ОТ/ОБ, где ОТ (окружность талии) — наименьшая окружность, измеренная над пупком; ОБ (окружность бедер) — наибольшая окружность, измеренная на уровне ягодич.

- 0,8–0,9 — промежуточный тип распределения жировой ткани, -

< 0,8 — гиноидный (бедренно-ягодичный),

->0,9 — андронидный (абдоминальный);

• Интерпретация уровня холестерина плазмы: • целевой уровень ХС ЛНП для пациентов с очень высоким риском < 1,8 ммоль/л или его снижение не менее чем на 50% от исходного уровня, если он находился в диапазоне 1,8–3,5 ммоль/л (70–135 мг/дл) • целевой уровень ХС ЛНП для пациентов с высоким риском < 2,6 ммоль/л или его снижение не менее чем на 50% от исходного уровня, если он находился в диапазоне 2,6–5,2 ммоль/л (100–200 мг/дл) • целевой уровень ХС ЛНП для пациентов с низким и умеренным риском по шкале SCORE <3 ммоль/л • ЛПВП >1,2 ммоль/л (у женщин), >1,0 ммоль/л (у мужчин), • триглицеридов < 1,7 ммоль/л

• уровень глюкозы в плазме натощак не выше 6,1 ммоль/л;

• уровень мочевой кислоты сыворотки крови <420 мкмоль/л (у мужчин), < 360 мкмоль/л (у женщин).

Советы пациенту и его семье: • Достаточным считается сон не менее 7 часов в сутки.

• Масса тела должна приближаться к идеальной (ИМТ менее 25 кг/м²). Для этого суточная калорийность пищи в зависимости от массы тела и характера работы должна составлять от 1500 до 2000 ккал. Потребление белка — 1 г/кг массы тела в сутки, углеводов — до 50г/сут, жиров — до 80 г/сут. Желательно вести дневник питания. Пациенту настоятельно рекомендуется избегать жирных, сладких блюд, отдавать предпочтение овощам, фруктам, злаковым и хлебу грубого помола. • Потребление соли надо ограничить до 5 г/сут. Рекомендовано не подсаливать пищу, заменять соль другими веществами, улучшающими вкус пищи (соусы, небольшие количества перца, уксуса и др.) В соли содержится натрий, который приводит к задержке воды в организме, и как следствие, повышению артериального давления. Так же влияет большое содержание натрия в колбасах, консервах, соленьях и копченых мясных продуктах. • Следует увеличить потребление калия (его много в свежих фруктах, овощах, кураге, печеном картофеле). Соотношение

