

# **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

## **ПРИКАЗ**

**от 24 января 2003 г. N 4**

### **О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации свидетельствует о сохраняющейся устойчивой тенденции высоких показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и смертности населения от них.

В 2001 году заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения увеличилась на 1 млн. случаев и составила 20,4 млн. человек.

Временная утрата нетрудоспособности возросла на 276 тысяч случаев, число дней нетрудоспособности на 3,6 млн. Число лиц, впервые признанных инвалидами по причинам болезней системы кровообращения возросло на 67,9 тысяч и составило более 579 тысяч человек.

Напряженная эпидемиологическая ситуация связана прежде всего с ростом болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, заболеваемость которыми приобретает характер эпидемии, распространенность артериальной гипертонии среди населения в возрасте от 15 лет и старше составляет около 40 процентов.

Обращает на себя внимание высокая распространенность артериальной гипертонии среди детей и подростков. В 2001 году число зарегистрированных детей и подростков с повышенным кровяным давлением увеличилось на 6,8 процента и составило 335,6 тыс. человек.

В структуре причин общей смертности населения на долю болезней системы кровообращения приходилось 55,6 процента. В 2001 году от болезней сердца и сосудов умерло 1,2 млн. человек. Рост смертности главным образом произошел за счет потерь в трудоспособном возрасте, наиболее значительный рост наблюдался в возрастной группе от 20 до 29 лет.

Минздравом России и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации проводится работа по повышению качества оказания медицинской помощи кардиологическим больным. Разработаны новые методические подходы и технологии в диагностике и эффективные методы лечения больных с артериальной гипертонией. Клиники научно-исследовательских центров, институтов и отделения больниц оснащаются

высокоинформативным диагностическим оборудованием, позволяющим проводить исследования на современном уровне.

В настоящее время кардиологическую помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации оказывают 8 клиник научно-исследовательских центров и институтов Минздрава России и Российской академии медицинских наук, 29 кардиологических диспансеров, 2804 кардиологических кабинета, 1103 кардиологических бригад скорой медицинской помощи.

Вместе с тем кардиологическая служба, как основное звено в системе здравоохранения по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, не использует имеющиеся возможности по совершенствованию форм ее организации.

Значительно сократился объем профилактической помощи, нет системного подхода в ее организации и проведении в первичном звене здравоохранения. На низком уровне проводится санитарно-просветительская работа среди населения по профилактике артериальной гипертонии и негативных последствиях факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Недостаточно развита сеть кардиологических диспансеров и кардиологических кабинетов в поликлиниках. Медленно внедряются такие формы организации лечения сердечно-сосудистых больных как дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях и больницах. Существующая система реабилитационной помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения вследствие артериальной гипертонии не обеспечивает потребности больных в этой помощи.

Уровень квалификации врачей-кардиологов, участковых врачей, врачей общей практики, педиатров, неврологов в области кардиологии не всегда отвечает современным требованиям. Медленно внедряются современные методы профилактики, диагностики, лечения артериальной гипертонии и ее осложнений. Не получила развития сеть телемедицинских технологий (телесеминаров, телеконференций) как эффективная форма повышения квалификации медицинских работников.

Не снижающийся рост заболеваемости и смертности населения по причинам сердечно-сосудистых заболеваний является одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране. Общество несет значительные людские потери и экономический ущерб. По прогнозным оценкам экспертов, смертность от болезней системы кровообращения будет возрастать.

Учитывая медико-социальную значимость проблемы сердечнососудистых заболеваний, разработана и утверждена постановлением Правительством Российской Федерации от 17 июля 2001 г. N 540 федеральная целевая программа "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации" <\*>.

-----

<\*> Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, N 31, ст.3280

Программой предусматривается объединение усилий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, лечебно-профилактических учреждений и научно-исследовательских организаций для комплексного решения проблем по снижению заболеваемости, инвалидности и смертности населения от болезней сердечно-сосудистой системы.

В целях повышения эффективности реализации мероприятий федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации" и дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией, приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок выявления и динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией (приложение N 1).

1.2. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии (приложение N 2).

1.3. Пример "Карты динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией" (приложение N 3).

1.4. Инструкцию по заполнению "Карты динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией" (приложение N 4).

1.5. Положение об организации деятельности Школы здоровья для больных с артериальной гипертонией (приложение N 5).

1.6. Рекомендуемый табель оснащения медицинским оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений для проведения диагностики больным с артериальной гипертонией (приложение N 6).

2. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению, государственному учреждению "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Минздрава России подготовить и представить на утверждение:

2.1. В срок до 01.12.2003 план мероприятий по созданию и функционированию системы динамического контроля за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией в Российской Федерации.

2.2. В срок до 01.05.03. Типовую программу и наглядные пособия для школ здоровья для больных с артериальной гипертонией.

3. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению, государственному учреждению "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" Минздрава России в течение 2003 года:

3.1. Изучить в ряде субъектов Российской Федерации и обобщить опыт работы по учету больных артериальной гипертонией.

3.2. Разработать план мероприятий по созданию и обеспечению функционирования системы учета больных артериальной гипертонией на федеральном и территориальном уровнях.

4. В целях повышения эффективности мероприятий по борьбе с артериальной гипертонией возложить функции:

4.1. На государственное учреждение "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Минздрава России организацию и обеспечение функционирования динамического контроля за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией, в Российской Федерации.

4.2. На государственное учреждение "Российский кардиологический

научно-производственный комплекс" Минздрава России:

- организацию и обеспечение функционирования системы учета больных с артериальной гипертензией в Российской Федерации;

- организационно-методическую работу по развитию кардиологической помощи больным с артериальной гипертензией в субъектах Российской Федерации.

5. Департаменту образовательных медицинских учреждений и кадровой политики дополнить типовые программы повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения (врачей-педиатров, терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и др.) вопросами по организации Школ здоровья для больных артериальной гипертензией.

6. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации организовать:

6.1. Работу по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии в соответствии с утвержденными настоящим приказом положениями (приложение NN 1, 2, 3, 4, 5, 6).

6.2. Проведение массовых мероприятий по измерению артериального давления у населения, включая детей и подростков. Привлекать к участию в мероприятиях по измерению артериального давления студентов 3 - 6 курсов образовательных медицинских учреждений.

6.3. Школы здоровья для больных с артериальной гипертензией в соответствии с положением, утвержденным настоящим приказом (приложение N 5).

6.4. Неврологические реабилитационные отделения для больных с нарушениями мозгового кровообращения вследствие артериальной гипертензии на базе многопрофильных больниц и санаториев.

6.5. Предусмотреть оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений в соответствии с рекомендуемым табелем оснащения для проведения диагностики артериальной гипертензии (приложение N 6).

6.6. Создать постоянно действующую информационно-пропагандистскую систему по профилактике артериальной гипертензии и ее осложнений в сотрудничестве со средствами массовой информации, образовательными учреждениями и общественными организациями.

6.7. Продолжить внедрение эффективных форм организации медицинской помощи больным артериальной гипертензией, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационаров дневного пребывания в кардиологических диспансерах и больницах.

6.8. При отсутствии в субъекте Российской Федерации кардиологического диспансера принять меры к его организации, как основного звена по организации оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации А.И.Вялкова.

*Министр здравоохранения  
Российской Федерации*

*Ю.Л. ШЕВЧЕНКО*

*Приложение N 1*

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Минздрава РФ*

*от 24 января 2003 г. N 4*

## **ПОРЯДОК**

### **ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

1. Настоящий Порядок устанавливает порядок выявления лиц с артериальной гипертонией, впервые обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение в течение года, и динамического наблюдения за ними.

2. Выявление больных с артериальной гипертонией проводится путем измерения артериального давления при первом его обращении в амбулаторно-поликлиническое учреждение в текущем году в следующем порядке:

- при обращении к врачам терапевтического профиля проводится этими же специалистами,
- при обращении к врачам не терапевтического профиля измерение артериального давления проводится в кабинете доврачебного приема.

В амбулаторной карте больного необходимо отметить прохождение измерения артериального давления в текущем году.

3. Каждый гражданин, обратившийся в регистратуру амбулаторно-поликлинического учреждения, направляется в кабинет доврачебного приема.

Медицинская сестра кабинета доврачебного приема измеряет всем обратившимся лицам артериальное давление и в случае повышенного давления заполняет извещение участковому врачу-терапевту.

При наличии жалоб и высоких цифрах артериального давления (160/100 мм рт.ст. и выше) больной в этот же день направляется к участковому врачу-терапевту.

В случае не обращения к участковому врачу-терапевту в этот же день, участковый врач-терапевт в месячный срок приглашает больного на прием.

4. Динамическое наблюдение и лечение больных артериальной гипертонией с низким и средним риском сердечно-сосудистых осложнений осуществляют участковый врач-терапевт или врач общей практики. При необходимости больного консультирует врач-кардиолог.

Особого внимания требуют больные артериальной гипертонией с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, которые наблюдаются участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики с обязательной консультацией врача-кардиолога

или непосредственно врачом-кардиологом.

5. Совместному динамическому наблюдению и лечению участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики, врачом-кардиологом и врачом-неврологом подлежат больные с:

- тяжелой степенью артериальной гипертонии и гипертонической энцефалопатией II - III степени;
- артериальной гипертонией любой степени и перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака);
- высоким риском развития кардиоэмболического инсульта;
- артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца III - IV функционального класса и окклюзирующим поражением магистральных и внутримозговых артерий.

6. Результаты обследований и лечения больного с артериальной гипертонией, вносятся в медицинскую амбулаторную карту и карту динамического наблюдения за больным артериальной гипертонией.

7. Участковый врач-терапевт, врач-кардиолог на каждого больного с артериальной гипертонией ведут на бумажном или электронном носителях картотеку из карт динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией, контроль за ведением которой возлагается на медсестру, работающую с врачом.

При наличии компьютерной программы создается единая информационная база данных с отделом медицинской статистики.

8. Контроль за эффективностью динамического наблюдения и лечения больных артериальной гипертонией осуществляет заведующий терапевтическим отделением совместно с врачом-кардиологом и отделом медицинской статистики не реже чем 1 раз в 6 месяцев, при этом оцениваются следующие показатели:

- процент охвата динамическим наблюдением выявленных больных артериальной гипертонией с учетом степеней риска;
- процент больных артериальной гипертонией с достижением целевого уровня артериального давления;
- осложнения артериальной гипертонии (инсульт, транзиторная ишемическая атака, инфаркт миокарда и др.);
- число госпитализированных больных по поводу артериальной гипертонии (обострение артериальной гипертонии, гипертонический криз и др.);
- смертельные случаи от сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт);
- число больных со стойкой утратой трудоспособности;
- число дней временной нетрудоспособности в году;
- количество обученных в Школе здоровья пациентов с артериальной гипертонией.

*Приложение 2*  
**УТВЕРЖДЕНО**

# РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (ГИПЕРТЕНЗИИ)<\*>

## Определение

Термин "гипертоническая болезнь" (далее ГБ), предложенный Г.Ф.Лангом, соответствует употребляемому в других странах понятию "эссенциальная артериальная гипертензия"<\*>. Под ГБ принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанной с наличием патологических процессов, при которых повышение артериального давления обусловлено известными причинами (симптоматические артериальные гипертонии).

-----

<\*> Термины гипертензия и гипертония являются синонимами и означают повышение артериального давления.

## Диагностика

Диагностика ГБ и обследование пациентов с артериальной гипертонией (далее АГ) проводится в строгой последовательности, отвечая определенным задачам:

- определение стабильности повышения артериального давления (далее АД) и его степени;
- исключение симптоматической АГ или идентификация ее формы;
- выявление наличия других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и лечение, а также отнесение больного к той или иной группе риска;
- определение наличия поражений "органов-мишеней" и оценку их тяжести.

АГ определяется как состояние, при котором АДс составляет 140 мм рт.ст. или выше и/или АДд - 90 мм рт.ст. или выше у лиц, которые не получают антигипертензивную терапию.

Точность измерения артериального давления, и, соответственно, правильность установления диагноза и степени АГ, зависит от соблюдения правил по измерению АД.

## Правила измерения артериального давления

Основным неинвазивным методом измерения АД является аускультативный метод Н.С.Короткова. Измерение АД с помощью других методов (в первую очередь осциллометрического) и с помощью автоматических приборов в 5 - 15% случаев дает значения АД, устойчиво и существенно отличающиеся от величин по методу Короткова. В

этих случаях необходимо ориентироваться только на данные метода Короткова. Для выявления подобных отличий необходимо проводить серии из 3 последовательных (или параллельных) измерений АД двумя методами.

Для корректного измерения АД с целью классификации гипертензии необходимо соблюдать ряд условий, для исключения дополнительных прессорных нагрузок.

### 1. Условия измерения АД.

Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5 - 10 мин. За час до измерения исключить прием пищи, за 1,5 - 2 часа курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

### 2. Положение пациента.

АД может определяться в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" и "стоя", однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца.

Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт.ст. В положение "сидя" измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости АД, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения.

Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом, и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки на "весу". Для выполнения измерения АД в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки, либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.

Дополнительные измерения АД стоя (ортостаз) проводят через 2 мин после перехода в вертикальное положение для выявления ортостатической гипотензии. Измерение АД в ортостазе целесообразно проводить пациентам старшей возрастной группы (старше 65 лет), при наличии сахарного диабета, недостаточности кровообращения, вегето-сосудистой дистонии, а также пациентам, принимающим вазодилататоры или имеющим эпизоды ортостатической гипотензии в анамнезе.

Целесообразно также измерять АД на ногах, особенно у больных моложе 30 лет. Измерение АД на ногах проводится с помощью широкой манжеты, фонендоскоп располагают в подколенной ямке.

### 3. Прибор для измерения АД по методу Н.С.Короткова состоит из окклюзионной пневмоманжеты, груши для нагнетания воздуха с регулируемым клапаном стравливания, манометра, стетофонендоскопа или специализированного фонендоскопа из комплекта тонометров. Используются ртутные, стрелочные, либо электронные манометры. Значения давления округляются до ближайшего четного числа. Не допустима практика округлений до "5" и "0" на конце (т.е. записей только типа 145/95 и/или 160/100). Манометры требуют регулярной поверки (точности и регулировки) с интервалами, указанными в технических характеристиках, но не реже одного года. Манжета подбирается с учетом охвата плеча,



который измеряется в его средней части с помощью гибкой измерительной ленты. Измерение АД средней плечевой манжетой для взрослых выполняется только при охвате плеча равном 23 - 33 см. В остальных случаях необходимо использовать специальные размеры манжет. При этом ширина и длина внутренней эластичной камеры должны соответствовать охвату плеча - длина не менее 80%, а ширина около 40% последнего. Манжета с меньшей шириной камеры приводит к завышению, а слишком широкая к занижению значений АД.

#### 4. Техника измерения.

Манжета накладывается на плечо таким образом, чтобы средняя часть пневмокамеры находилась над проекцией артерии. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды, запрещено закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани. Головка стетофонендоскопа фиксируется у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии, причем не допускается создание значительного давления на кожу, а расположение головки под манжетой приводит к ошибкам в определении в первую очередь диастолического АД.

В ходе первого измерения АД (или перед ним) необходимо дополнительно провести оценку систолического АД пальпаторно. Пальпируется лучевая или плечевая артерии. При нагнетании воздуха в манжету фиксируются показания манометра в момент прекращения пульсаций артерии, как оценочное значение систолического АД, после чего компрессия продолжается еще на 30 мм рт.ст. Необходимо учитывать, что избыточно высокое давление компрессии вызывает дополнительные болевые ощущения и повышение АД.

Скорость снижения давления воздуха в манжете должна составлять 2 - 3 мм рт.ст. за секунду (или за время между последовательными сокращениями сердца). При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4 - 5 мм рт.ст. за секунду.

Появление первого тона соответствует систолическому АД (первая фаза тонов Короткова). Диастолическое АД определяют по моменту исчезновения тонов Короткова (пятая фаза). Определение диастолического АД по 4-ой фазе (момента резкого ослабления тонов) рекомендовано при проведении измерения АД у детей до 12 - 14-ти лет, беременных женщин, а так же у пациентов с высоким минутным объемом сердца, обусловленным физической нагрузкой, заболеванием или физиологическими особенностями. Для контроля полного исчезновения тонов необходимо продолжить аускультацию до снижения давления в манжете на 15 - 20 мм рт.ст. относительно последнего тона.

При слабых тонах Короткова перед измерением целесообразно поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений без значительных усилий.

#### 5. Кратность измерений.

Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут.

Во время первого визита пациента необходимо измерить АД на обеих руках. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт.ст. для систолического АД и 5 мм рт.ст. для диастолического АД), все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на "нерабочей" руке.

Если первые два измерения АД отличаются между собой не более, чем на 5 мм рт.ст.,

измерения прекращают и за уровень АД принимают среднее значение этих величин.

Если имеется отличие более 5 мм рт.ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвертое измерение. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение АД, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если же отмечаются разнонаправленные колебания АД, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения АД).

6. Затруднения при измерении артериального давления.

А) "Аускультативный провал" (резкое ослабление и исчезновение тонов после прослушивания первых двух-трех отчетливых тонов) может служить причиной серьезной недооценки систолического АД если при первом измерении не проводится его пальпаторная оценка.

Б) Нарушения ритма сердца. Необходимо пальпировать лучевую артерию для оценки степени неравномерности сокращений сердца в ходе измерений. При выраженной неравномерности необходимо ориентироваться на средние значения АД по результатам 4 - 6 последующих измерений. При редких нерегулярных сокращениях, ориентироваться на значения АД, полученные при эпизодах регулярного ритма.

В) Стенозирующие поражения артерий. При одностороннем поражении сосудов необходимо проводить измерение на контралатеральной руке, а при двустороннем поражении рекомендуется измерение на бедре. Для этого используется специальная бедренная манжета, при этом необходимо учитывать, что систолическое давление на бедре на 15 - 20% выше, чем на плече.

Г) Повышенная ригидность крупных артерий. У пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет), а также у пациентов, длительное время страдающих сахарным диабетом, наблюдается повышенная ригидность крупных артерий, в некоторых случаях препятствующая их спадению при компрессии. При этом метод Н.С.Короткова дает завышение АД, т.е. "псевдо-гипертензию". Для ее исключения полезно одновременно с аускультацией определять АД пальпаторно и при отличии в систолическом АД более 15 мм рт.ст. провести определение ригидности плечевой артерии (например, ультразвуковыми методами). При выраженной ригидности определение АД возможно только инвазивным методом.

7. Наиболее частые ошибки, приводящие к неправильному измерению АД: использование манжеты, не соответствующей охвату плеча, малое время адаптации пациента к условиям кабинета, высокая скорость снижения давления в манжете, отсутствие контроля асимметрии АД, не использование пальпации при первом измерении АД, неправильное положение руки пациента.

### **Дополнительные методы оценки артериального давления**

Метод самоконтроля артериального давления.

Метод предполагает измерение АД самим пациентом или его родственниками. Допускается измерение АД как по Короткову (при наличии навыков, обучения или контроля правильности выполнения измерений со стороны медицинского персонала), так и использование

полуавтоматических и автоматических измерителей АД (после подтверждения в серии контрольных измерений высокой степени совпадения показаний прибора с данными АД по Короткову). Самоконтроль АД может проводиться в домашних (наиболее распространен), рабочих и госпитальных условиях. Гипертензия констатируется при средних за сутки значениях АД более 135/85 мм рт.ст.

Метод в первую очередь показан:

- А) для оценки уровня АД у пациентов с повышенной прессорной реакцией "на белый халат",
- Б) пациентам с повышенной лабильностью АД
- В) при подборе терапии пациентам в амбулаторных условиях.

Метод суточного мониторирования АД (СМАД) (у свободно передвигающихся пациентов) с помощью носимых аппаратов.

СМАД проводится как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Метод в первую очередь показан для:

- исключения "гипертонии белого халата" и изолированной клинической гипертонии,
- диагностики пограничной гипертонии,
- выявления ночной гипертонии,
- уточнения тактики лечения больных с "рефракторной" (резистентной) гипертонией,
- определения эффективности проводимой антигипертензивной терапии,
- выявления и оценки эффективности коррекции гипертонии при беременности,
- выявления эпизодов гипотонии, для выявления "гипертонии рабочего дня" у пациентов с высоким уровнем стрессов на рабочем месте.

Нормативы средних значения АД (в мм рт.ст.) для дня, ночи и суток по данным СМАД

	Нормотензия		Гипертензия
День	< 135/85	135/85 - 139/89	>= 140/90
Ночь	< 120/70	120/70 - 124/74	>= 125/75
Сутки	< 130/80	130/80 - 134/84	>= 135/85

При промежуточных значениях АД (средний столбец таблицы) правомочно говорить о предположительно повышенном АД.

Для интерпретации данных СМАД выработаны также дополнительные показатели, характеризующие прессорную нагрузку на органы-мишени, изменчивость АД, степень снижения АД в ночные часы, пульсовое АД и т.д. Они считаются дополнительными (по отношению к средним величинам АД) факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений и поражений органов-мишеней.

Степень ночного снижения АД (суточный индекс) в норме составляет 10 - 20%. Отсутствие ночного снижения АД или чрезмерное его снижение должны привлечь внимание врача, т.к. при этом увеличивается риск органических поражений.

## **Диагностика**

После установления факта АГ следует провести обследование пациента на предмет исключения симптоматических АГ. Далее определяются степень АГ, риска и стадия заболевания.

Обследование включает в себя 2 этапа.

Первый этап - обязательные исследования, которые проводятся каждому больному при выявлении АГ. Этот этап включает в себя оценку поражения органов-мишеней, диагностику сопутствующих клинических состояний, влияющих на риск сердечно-сосудистых осложнений и рутинные методы исключения вторичных АГ.

### **1. Сбор анамнеза**

У больного с впервые выявленной АГ необходим тщательный сбор анамнеза, который должен включать:

- длительность существования АГ и уровни повышения АД в анамнезе, а также результаты применявшегося ранее лечения антигипертензивными средствами, наличие в анамнезе гипертонических кризов;
- данные о наличии симптомов ишемической болезни (ИБС), сердечной недостаточности, заболеваний центральной нервной системы (ЦНС), поражений периферических сосудов, сахарного диабета, подагры, нарушений липидного обмена, бронхообструктивных заболеваний, заболеваний почек, сексуальных расстройств и другой патологии, а также сведения о лекарственных препаратах, используемых для лечения этих заболеваний, особенно тех, которые могут способствовать повышению АД;
- выявление специфических симптомов, которые давали бы основание предполагать вторичный характер АГ (молодой возраст, тремор, потливость, тяжелая резистентная к лечению АГ, тяжелая ретинопатия, повышение уровня креатинина, спонтанная гипокалиемия);
- у женщин - гинекологический анамнез: связь повышения АД с беременностью, менопаузой, приемом гормональных контрацептивов, гормонально-заместительной терапией;
- тщательная оценка образа жизни, включая потребление жирной пищи, поваренной соли, алкогольных напитков, количественную оценку курения и физической активности, а также данные об изменении массы тела в течение жизни;
- личностные и психологические особенности, а также факторы окружающей среды, которые могли бы влиять на течение и исход лечения гипертонической болезни, включая семейное положение, ситуацию на работе и в семье, уровень образования;
- семейный анамнез АГ, сахарного диабета, нарушений липидного обмена, ишемической болезни сердца, инсульта или заболеваний почек.

### **2. Объективное исследование**

- Измерение роста и веса с вычислением индекса массы тела (вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах).

- Оценка состояния сердечно-сосудистой системы, в особенности, размеров сердца, наличия патологических шумов, проявлений сердечной недостаточности (хрипы в легких, отеки, размеры печени), выявление пульса на периферических артериях и симптомов коарктации аорты.
- Выявление патологических шумов в проекции почечных артерий, пальпацию почек и выявление других объемных образований.

### **3. Лабораторные и инструментальные исследования**

- Общий анализ крови и мочи.
- Калий, глюкоза натощак, креатинин, общий холестерин, триглицериды крови.
- ЭКГ.
- Рентгенография грудной клетки.
- Осмотр глазного дна.
- Ультразвуковое исследование почек.

Если на данном этапе обследования у врача нет оснований подозревать вторичный характер АГ и имеющихся данных достаточно для четкого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследовании может быть закончено.

Второй этап предполагает исследования для уточнения формы симптоматической АГ, дополнительные методы обследования для оценки поражения "органов-мишеней", выявление дополнительных факторов риска.

#### 1. Специальные обследования для выявления вторичной артериальной гипертонии

При подозрении на вторичный характер АГ выполняют целенаправленные исследования для уточнения нозологической формы АГ и, в ряде случаев, характера и/или локализации патологического процесса. В табл.1 приводятся основные методы уточнения диагноза при различных формах симптоматических АГ. Шрифтом выделены наиболее информативные методы диагностики в каждом случае.

#### 2. Дополнительные исследования для оценки сопутствующих факторов риска и поражения "органов-мишеней"

Выполняются в тех случаях, когда они могут повлиять на тактику ведения пациента, т.е. их результаты могут привести к изменению уровня риска.

- Эхокардиография (ЭхоКГ), как наиболее точный метод диагностики гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Исследование показано только тогда, когда ГЛЖ не выявляется при ЭКГ и рентгенографии грудной клетки, а ее диагностика повлияет на определение группы риска и, соответственно, на решение вопроса о назначении терапии.

*Таблица 1*

Диагностика вторичной артериальной гипертонии

Форма АГ	Основные методы диагностики
Почечные Реноваскулярная АГ	Инфузионная ренография Сцинтиграфия почек Доплеровское исследование кровотока в почечных артериях Аортография Раздельное определение ренина при катетеризации почечных вен
Хронический гломерулонефрит	Проба Реберга, суточная потеря белка Биопсия почки
Хронический пиелонефрит	УЗИ почек, сцинтиграфия почек, инфузионная урография Посевы мочи на флору
Эндокринные Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна)	Определение уровня альдостерона и активности ренина плазмы в базальных условиях (покой) и после ортостатической нагрузки Компьютерная томография надпочечников, магнитнорезонансная томография (МРТ)
Синдром или болезнь Кушинга	Определение уровня кортизола в крови Определение уровня экскреции оксикортикостероидов с мочой Проба с дексаметазоном Визуализация надпочечников и гипофиза (УЗИ, компьютерная томография, МРТ)
Феохромоцитома и другие хромаффинные опухоли	Определение уровня катехоламинов и их метаболитов в крови и в моче Визуализация опухоли (КТ, УЗИ, сцинтиграфия, МРТ)
Гемодинамические АГ Коарктация аорты	Доплеровское ультразвуковое исследование магистральных сосудов, аортография
Недостаточность аортальных клапанов	ЭХОКГ
Синдром нарушения дыхания во сне	Полисомнография
Ятрогенные АГ	Связь АГ с приемом препарата, снижение АД при отмене препарата (если это возможно)

АГ при органических поражениях нервной системы	Индивидуально по назначению специалиста
--	---

- Ультразвуковое исследование периферических сосудов (брахиоцефальных, бедренных, подвздошных).
- Определение липидного спектра и уровня триглицеридов.

## **Классификация артериальной гипертонии**

### **1. Определение степени артериальной гипертонии**

Классификация уровней АД у взрослых старше 18 лет представлена в табл.2 Термин "степень" предпочтительнее термина "стадия", поскольку понятие "стадия" подразумевает прогрессирование во времени.

Если значения АДс и АДд попадают в разные категории, то устанавливается более высокая степень АГ. Степень АГ устанавливается в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не получающих антигипертензивные препараты.

### **2. Определение группы риска**

Прогноз больных АГ и решение о дальнейшей тактике зависит не только от уровня АД. Наличие сопутствующих факторов риска, вовлечение в процесс "органов-мишеней", а также наличие ассоциированных клинических состояний имеет не меньшее значение, чем степень АГ, в связи с чем в современную классификацию введена классификация больных в зависимости от степени риска. Чтобы оценить суммарное влияние нескольких факторов риска на прогноз заболевания экспертами ВОЗ предложена (1999 г) и одобрена экспертами ВНОК (2001 г) классификация риска по четырем категориям (низкий, средний, высокий и очень высокий риск - таблицы 3, 4). Риск в каждой категории рассчитан, исходя из данных об усредненном за 10 лет риске смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, а также риске инсульта и инфаркта миокарда по результатам Фрамингемского исследования.

### **3. Определение стадии гипертонической болезни**

В Российской Федерации по-прежнему актуально, особенно при формулировке диагностического заключения, использование 3-х стадийной классификации гипертонической болезни

Гипертоническая болезнь I стадии предполагает отсутствие изменений в органах-мишенях, выявляемых при вышеперечисленных методах обследования.

Гипертоническая болезнь II стадии предполагает наличие одного и нескольких изменений со стороны органов-мишеней (табл.3)

Гипертоническая болезнь III стадии устанавливается при наличии одного или нескольких ассоциированных (сопутствующих) состояний (табл.3)

Установление III стадии болезни не отражает развитие заболевания во времени и причинно-следственные взаимоотношения между АГ и имеющейся патологией (в частности, стенокардией). Наличие ассоциированных состояний позволяет отнести больного в более

тяжелую группу риска и поэтому требует установления большей стадии заболевания, даже если изменения в данном органе не являются, по мнению врача, непосредственным осложнением ГБ. При формулировке диагноза ГБ следует указать и стадию заболевания, и степень риска. У лиц с впервые выявленной АГ и не получающих антигипертензивную терапию указывается степень АГ. Кроме того, рекомендуется детализация имеющихся поражений "органов-мишеней", факторов риска и сопутствующих клинических состояний.

Таблица 2

Определение и классификация уровней артериального давления

Категория	АДс (мм рт.ст.)	АДд (мм рт.ст.)
<b>Нормальное АД</b>		
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	< 130	< 85
Высокое нормальное	130 - 139	85 - 89
<b>Артериальное гипертензия</b>		
АГ 1 степени ("мягкая")	140 - 159	90 - 99
Подгруппа: пограничная	140 - 149	90 - 94
АГ 2 степени ("умеренная")	160 - 179	100 - 109
АГ 3 степени ("тяжелая")	$\geq 180$	$\geq 110$
Изолированная систолическая гипертензия	$\geq 140$	< 90
Подгруппа: пограничная	140 - 149	< 90

Таблица 3

Критерии стратификации степеней риска

Факторы риска	Поражение органов-мишеней (ГБ II стадии, ВОЗ 1993)	Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния (ГБ III стадии, ВОЗ 1993)
Основные	Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭХОКГ или рентгенография)	Цереброваскулярные заболевания
- Мужчины > 55 лет	Протеинурия и/или креатининемия 1.2 - 2.0 мг/дл	Ишемический инсульт
- Женщины > 65 лет	Ультразвуковые или	Геморрагический инсульт
- Курение		Транзиторная ишемическая атака
- Холестерин > 6,5 ммоль/л		Заболевания сердца
- Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых		



заболеваний (у женщин < 65 лет, у мужчин < 55 лет)	рентгенологические признаки	Инфаркт миокарда
- Сахарный диабет	атеросклеротической	Стенокардия
Дополнительные<*> факторы риска, негативно влияющие на прогноз больного с АГ:	бляшки	Коронарная реваскуляризация
- Снижение холестерина ЛПВП	Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки	Застойная сердечная недостаточность
- Повышение холестерина ЛПНП		Заболевания почек
- Микроальбуминурия при диабете		Диабетическая нефропатия
- Нарушение толерантности к глюкозе		Почечная недостаточность (креатининемия > 2,0 мг/дл)
- Ожирение		Сосудистые заболевания
- Малоподвижный образ жизни		Расслаивающаяся аневризма аорты
- Повышение фибриногена		Симптоматическое поражение периферических артерий
- Социально-экономическая группа риска		Гипертоническая ретинопатия
		Геморрагии или экссудаты
		Отек соска зрительного нерва

<\*> Роль этих факторов в настоящее время считается существенной, их наличие может увеличивать абсолютный риск в пределах одной группы риска, поэтому их оценка желательна при наличии возможности.

Таблица 4

#### Определение степени риска

Факторы риска и анамнез	Артериальное давление (мм рт.ст.)		
	Степень 1 (мягкая АГ) АДс 140 - 159 или АДд 90 - 99	Степень 2 (умеренная АГ) АДс 160 - 179 или АДд 100 - 109	Степень 3 (тяжелая АГ) АДс >= 180 или АДд >= 110
I. Нет ФР, ПОМ, АКС	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
II. 1 - 2 фактора риска (кроме СД)	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
III. 3 и более ФР и/или ПОМ, и/или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
IV. АКС	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

ФР - факторы риска,

ПОМ - поражение органов-мишеней,

АКС - ассоциированные клинические состояния

Уровни риска (риск инсульта или инфаркта миокарда в ближайшие 10 лет):

низкий риск (1) = менее 15%;

средний риск (2) = 15 - 20%;

высокий риск (3) = 20 - 30%;

очень высокий риск (4) = 30% или выше

## **Лечение**

### **1. Цели терапии**

Основной целью лечения больного ГБ является достижение максимальной степени снижения общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Это предполагает воздействие на все выявленные обратимые факторы риска, такие как курение, высокий уровень холестерина и диабет, соответствующее лечение сопутствующих заболеваний, равно как и коррекцию самого по себе повышенного АД. Интенсивность лечения прямо пропорциональна уровню риска, определяемого по табл.4.

Целевым уровнем АД является уровень АД менее 140 и 90 мм рт.ст. У больных сахарным диабетом необходимо снижать АД ниже 130/85 мм рт.ст., при ХПН с протеинурией более 1 г/сут - менее 125/75 мм рт.ст. Достижение целевого АД должно быть постепенным и хорошо переносимым пациентом. Чем выше абсолютный риск, тем большее значение имеет достижение целевого уровня АД. В отношении других сопутствующих факторов риска также рекомендуется добиваться их эффективного контроля.

### **2. Общие принципы ведения больных**

- Если пациент отнесен к группе высокого и очень высокого риска, то следует назначить немедленный прием препаратов по поводу артериальной гипертонии. При необходимости назначается терапия по поводу других факторов риска и/или сопутствующих заболеваний.

- Поскольку группа среднего риска чрезвычайно гетерогенна по уровню АД и характеру факторов риска, то решение о сроке начала медикаментозной терапии принимает врач. Допустимо наблюдение за больным с контролем АД в течение нескольких недель (до 3 - 6 месяцев) до принятия решения о назначении лекарственной терапии. Ее следует начать при сохранении уровня АД более 140/90 мм рт.ст.

- В группе низкого риска рекомендуется провести более длительное наблюдение за больным (6 - 12 мес.) перед принятием решения о лечении. Лекарственную терапию в этой группе назначают при сохраняющемся уровне АД более 150/95 мм рт.ст.

Алгоритм ведения больного с АГ 1 - 2 степени представлен на схеме.

### **3. Мероприятия по изменению образа жизни**

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем больным, в том числе получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии факторов риска. Они позволяют:

- снизить АД;
- уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и максимально повысить их эффективность,
- благоприятно повлиять на другие имеющиеся факторы риска;
- осуществить первичную профилактику ГБ и снизить риск сопутствующих сердечнососудистых расстройств на уровне популяций.

Немедикаментозные методы включают в себя:

- отказ от курения;
- снижение и/или нормализацию массы тела (достижение ИМТ < 25 кг/м<sup>2</sup>);
- снижение потребления алкогольных напитков менее 30 г алкоголя в сутки у мужчин и менее 20 г/сут у женщин;
- увеличение физических нагрузок (регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки по 30 - 40 минут не менее 4-х раз в неделю);
- снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки,
- комплексное изменение режима питания (увеличение употребления растительной пищи, уменьшение употребления насыщенных жиров, увеличение в рационе калия, кальция, содержащихся в овощах, фруктах, зерновых, и магния, содержащегося в молочных продуктах).

Врачебная тактика у больных с артериальной гипертонией 1 - 2 степени

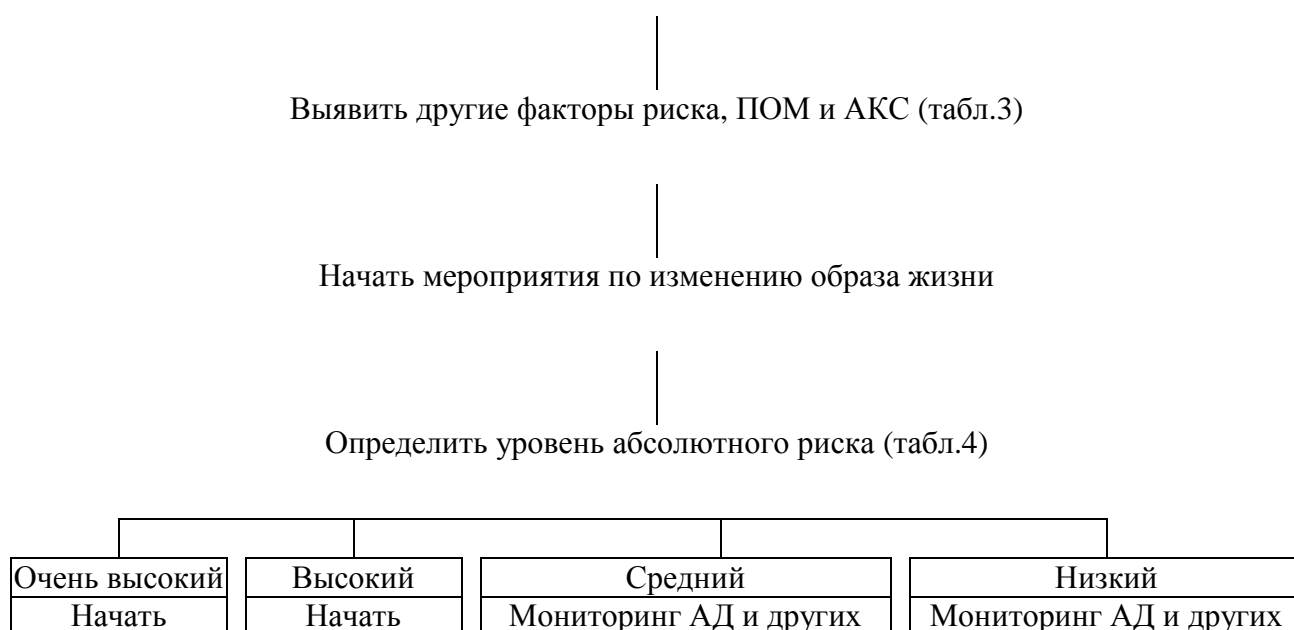




Схема. Алгоритм врачебной тактики у больных с АГ 1 - 2 степени

#### 4. Принципы лекарственной терапии

- Применять низкие дозы антигипертензивных средств на начальном этапе лечения, начиная с наименьшей дозировки препарата с целью уменьшить неблагоприятные побочные эффекты. Если имеется хорошая реакция на низкую дозу данного препарата, но контроль АД все еще недостаточен, целесообразно увеличить дозировку этого препарата при условии его хорошей переносимости.
- Использовать эффективные комбинации низких и средних доз антигипертензивных препаратов с целью максимального снижения АД и хорошей переносимости. При недостаточной эффективности первого препарата предпочтительнее добавление малой дозы второго препарата, чем повышение дозировки исходного. Перспективно использование фиксированных комбинаций препаратов в низких дозировках.
- Проводить полную замену одного класса препаратов на другой при низком эффекте или плохой переносимости без увеличения дозировки или добавления другого препарата.
- При возможности применять препараты длительного действия, обеспечивающие эффективное снижение АД в течение 24 часов при однократном ежедневном приеме. Это снижает вариабельность АД в течение суток за счет более мягкого и продолжительного эффекта, а также упрощает соблюдение больным режима приема препаратов.
- Комбинировать антигипертензивные препараты с препаратами, корригирующими другие факторы риска, прежде всего с дезагрегантами, гиполипидемическими и гипогликемическими препаратами.

#### 5. Рекомендации по выбору антигипертензивного препарата

В случаях неосложненной АГ предпочтение следует отдавать диуретикам и бета-адреноблокаторам. При наличии установленных показаний в качестве первой линии терапии можно использовать препараты из всех основных современных классов антигипертензивных препаратов, представленных в табл. 5. На выбор препарата оказывают влияние многие факторы, среди которых наиболее важными являются следующие:

- наличие факторов риска у данного больного;

- наличие поражений "органов-мишеней", клинических проявлений сердечнососудистых заболеваний, болезней почек и сахарного диабета;
- наличие сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать или ограничивать использование антигипертензивного препарата того или иного класса;
- индивидуальные реакции больных на препараты различных классов;
- вероятность взаимодействия с препаратами, которые пациент принимает по другим поводам;
- социально-экономический фактор, включая стоимость лечения.

Применение препаратов центрального действия, таких как раувольфии, резерпин, метилдопа рекомендуется в качестве терапии резерва, так как они обладают большим количеством побочных эффектов. Исходя из соображений стоимости, они могут использоваться в качестве первой линии, при этом их дозы должны быть уменьшены. Предпочтительно их использование в комбинации с другими антигипертензивными средствами.

Применение прямых вазодилататоров (гидралазин, миноксидил) не рекомендуется в качестве первой линии терапии.

## **6. Эффективные комбинации препаратов**

- диуретик и бета-блокатор
- диуретик и ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II (А II)
- антагонист кальция из группы дигидропиридинов и бета-блокатор
- антагонист кальция и ингибитор АПФ
- альфа-блокатор и бета-блокатор
- препарат центрального действия и диуретик.

В эффективных комбинациях используют препараты различных классов для того, чтобы получить дополняющий друг друга эффект путем сочетания препаратов с различными механизмами действия с одновременным сведением до минимума побочных эффектов.

## **Динамическое наблюдение**

- Достижение и поддержание целевых уровней АД требует длительного наблюдения с контролем соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни, регулярной антигипертензивной терапии и ее коррекцией в зависимости от эффективности и переносимости лечения. При динамическом наблюдении решающее значение имеет достижение индивидуального контакта между больным и врачом, система обучения пациентов, повышающая приверженность больного к лечению.
- После начала терапии больного с АГ необходим повторный визит (не более чем через 1 месяц) для контроля адекватности лечения, наличия побочных эффектов, а также правильности соблюдения больным рекомендаций.
- Если контроль АД достигнут, то дальнейшие визиты к врачу для мониторингования назначаются 1 раз в 3 месяца у больных с высоким и очень высоким риском и 1 раз в 6

месяцев у больных со средним и низким риском.

- При недостаточной эффективности терапии, снижении чувствительности к препарату производится его замена или присоединение другого препарата с последующим контролем не более чем через 1 месяц.
- При отсутствии должного антигипертензивного эффекта возможно добавление третьего препарата (один из препаратов в таком случае должен быть мочегонным) с последующим контролем.
- У больных из группы высокого и очень высокого риска лечение может начинаться сразу с применения двух препаратов, а интервалы между визитами для титрования дозы и интенсификации терапии должны быть сокращены.
- При "резистентной АГ" (АД более 140/90 при терапии тремя препаратами в субмаксимальных дозах), следует убедиться в отсутствии объективных причин резистентности (недиагностированная вторичная АГ, несоблюдение больным режима приема препаратов или рекомендаций по изменению образа жизни, например, избыточное употребление соли; прием сопутствующих препаратов, ослабляющих эффект терапии, неправильное измерение АД, например, при неадекватном размере манжеты). В случае истинно резистентной АГ следует направить больного на дополнительное обследование.
- При стойкой нормализации АД (в течение года) и соблюдении мер по изменению образа жизни у пациентов в группах низкого и среднего риска возможно постепенное уменьшение количества и доз применяемых препаратов. При снижении дозы или уменьшении числа используемых препаратов следует увеличить кратность визитов к врачу, для того чтобы убедиться в отсутствии повышения АД.

## **Лечение артериальной гипертензии в отдельных группах больных**

### **1. Артериальная гипертензия у пожилых лиц**

- Результаты рандомизированных исследований продемонстрировали безусловную необходимость лечения у пожилых пациентов с систолической гипертензией и изолированной систолической гипертензией.
- Лечение АГ у пожилых больных следует начинать также с изменения образа жизни. Ограничение поваренной соли и снижение веса в этой группе оказывает существенный антигипертензивный эффект.

*Таблица 5*

Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больного с АГ

Класс препаратов	Абсолютные показания	Относительные показания	Абсолютные противопоказания	Относительные противопоказания
------------------	----------------------	-------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Диуретики	Сердечная недостаточность Пожилые больные Систолическая гипертензия	Сахарный диабет	Подагра	Дислипидемия Сохраненная сексуальная активность у мужчин
Бета-адреноблокаторы	Стенокардия Перенесенный инфаркт миокарда Тахикардия	Сердечная недостаточность Беременность Сахарный диабет	Астма и хронический обструктивный бронхит Блокада проводящих путей сердца(а)	Дислипидемия Спортсмены и физически активные пациенты Болезни периферических сосудов
Ингибиторы АФП	Сердечная недостаточность Дисфункция левого желудочка Перенесенный инфаркт миокарда Диабетическая нефропатия		Беременность Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий	Двусторонний стеноз почечных артерий
Антагонисты кальция	Стенокардия Пожилые больные Систолическая гипертензия	Поражения периферических сосудов	Блокада проводящих путей сердца(б)	Застойная сердечная недостаточность
Альфаадреноблокаторы	Гипертрофия предстательной железы	Нарушение толерантности к глюкозе Дислипидемия		Ортостатическая гипотензия
Антагонисты рецепторов ангиотензину II	Кашель при приеме ингибиторов АФП	Сердечная недостаточность	Беременность Двусторонний стеноз почечных артерий	
Агонисты имидазолиновых рецепторов	Метаболический синдром	Сахарный диабет Микроальбуминурия	Гиперкалиемия	Блокада проводящих путей сердца(а) Тяжелая сердечная недостаточность

а - Атриовентрикулярная блокада 2 или 3 степени; б - Атриовентрикулярная блокада 2 или 3 степени для верапамила или дилтиазема

- Начальная доза всех препаратов у пожилых пациентов может быть снижена вдвое. При последующем наблюдении следует обратить внимание на возможность ортостатической гипотензии. Следует с осторожностью использовать препараты, вызывающие значимую

вазодилатацию, такие как альфа-блокаторы и прямые вазодилататоры, а также высокие дозы мочегонных.

- Предпочтение при выборе препарата отдается диуретикам. Альтернативными препаратами, особенно при систолической гипертензии, являются длительно действующие антагонисты кальция. При наличии показаний (табл.5) целесообразно использование ингибиторов АПФ, бета-блокаторов и т.д.

## **2. Беременность**

- АГ при беременности определяется или по абсолютному уровню АД (например, 140/90 мм рт.ст. или выше) или по подъему АД по сравнению с уровнем до зачатия или АД в первом триместре беременности (например, подъем АДс  $\geq$  25 мм рт.ст. и/или подъем АДд  $\geq$  15 мм рт.ст.). Гипертензию у беременных подразделяют на хроническую - эссенциальную или вторичную гипертензию (артериальную гипертензию, которая существовала до наступления беременности или до 20 недель) и гипертензию беременных или преэклампсию, которая может развиваться и на фоне уже имевшейся хронической гипертензии.

- При преэклампсии АД свыше 170/100 мм рт.ст. требует лечебных мероприятий по его снижению с целью защиты матери от риска инсульта или эклампсии. К препаратам, которые используются для быстрого снижения АД, относятся нифедипин, лабетолол, гидралазин и сульфат магния.

- Препаратом выбора при длительном лечении АГ беременных является метилдопа (допегит).

- Для постоянной терапии артериальной гипертензии у беременных также широко используются такие антигипертензивные препараты, как бета-блокаторы, в частности атенолол (ассоциируется с задержкой роста плода в условиях длительного использования в течение всей беременности), а также лабетолол, гидралазин, нифедипин. Диуретики следует применять с осторожностью, так как они могут еще больше снизить уже измененный объем плазмы крови.

- При беременности противопоказаны следующие препараты ингибиторы АПФ, обладающими тератогенным действием, и антагонисты рецепторов АП, действие которых, вероятно, сходно с таковым у ингибиторов АПФ.

## **3. Некоторые аспекты лечения артериальной гипертензии у женщин**

- Общие принципы терапии, прогноз и эффективность отдельных препаратов не имеют существенных половых различий.

- У женщин, принимающих оральные контрацептивы, чаще развивается АГ, особенно в сочетании с ожирением, у курящих и в более старшем возрасте. При развитии АГ на фоне приема этих препаратов их следует отменить.

- АГ не является противопоказанием к гормональной заместительной терапии у женщин в постменопаузе. Однако, при начале гормональной заместительной терапии АД следует контролировать чаще, так как возможно его повышение.

## **4. Поражение сосудов головного мозга**



АГ приводит к существенным изменениям сосудистой системы и вещества головного мозга и является важнейшим фактором риска развития геморрагического, ишемического инсультов и хронических форм цереброваскулярной патологии (дисциркуляторной энцефалопатии). Преходящее нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака (ТИА), имеющее большое значение как предиктор инсульта, нередко развивается у больных АГ, особенно при кризовом течении. ТИА представляет собой преходящее очаговое неврологическое нарушение ишемической природы продолжительностью менее 24 часов. При сборе анамнеза у пациентов с АГ, особенно кризовом течении, следует выяснить имелись ли симптомы ТИА в прошлом.

Антигипертензивная терапия обеспечивает существенное снижение риска развития инсульта у больных АГ. Достижение целевого АД имеет особое значение в плане профилактики цереброваскулярных осложнений.

Больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения (инсульт, ТИА) подлежат экстренной госпитализации в специализированные отделения. При наличии геморрагического инсульта на фоне высоких значений АД рекомендуется быстрое снижение его уровня на 25 - 30%. При остром ишемическом инсульте рекомендуется временная отмена антигипертензивной терапии до стабилизации состояния пациента. Однако уровень АД должен тщательно контролироваться, особенно если пациент получает фибринолитическую терапию. При систолическом АД > 180 мм рт.ст. или диастолическом АД > 105 мм рт.ст. показано внутривенное введение антигипертензивных препаратов под тщательным контролем неврологической симптоматики.

Снижение АД после перенесенного инсульта должно проводиться постепенно до минимально переносимых уровней АД в темпах, позволяющих избежать появления и/или усугубление симптомов недостаточности церебрального кровообращения, с тщательным контролем за уровнем АД в ортостазе с целью предупреждения развития неблагоприятной ортостатической гипотонии.

## **5. В сочетании с ишемической болезнью сердца**

- У больных с ИБС в качестве антигипертензивной терапии следует использовать в первую очередь бета-адреноблокаторы при отсутствии противопоказаний и ингибиторы АПФ. Могут быть также применены блокаторы кальциевых каналов, за исключением короткодействующих.
- У больных, перенесших инфаркт миокарда, следует применять бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности. Особенно при наличии сердечной недостаточности (СН) или систолической дисфункции.
- При неэффективности бета-блокаторов, их непереносимости или наличии противопоказаний - применяются верапамил или дилтиазем.
- У данной категории больных следует избегать препаратов, вызывающих быстрое снижение АД, особенно сопровождающиеся рефлекторной тахикардией.

## **6. Застойная сердечная недостаточность**

- Применение ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью или дисфункцией левого желудочка существенно понижает летальность в данной группе больных и является

предпочтительным. При непереносимости ингибиторов АПФ могут использоваться антагонисты рецепторов к А II.

- В сочетании с ингибиторами АПФ целесообразно применение диуретиков по показаниям.
- В последние годы показана эффективность и безопасность применения малых доз бета-адреноблокаторов у больных I - III функциональным классом сердечной недостаточности.

## **7. Заболевания почек**

- Артериальная гипертензия является решающим фактором прогрессирования почечной недостаточности любой этиологии, а адекватный контроль АД замедляет ее развитие.
- Для лечения АГ при патологии почек могут использоваться все классы препаратов и их комбинации. Существуют данные о том, что ингибиторы АПФ и антагонисты кальция обладают самостоятельным нефропротективным действием. При уровне креатинина плазмы более 0,26 ммоль/л применение ингибиторов АПФ требует осторожности.
- У больных с почечной недостаточностью и протеинурией гипотензивную терапию следует проводить в более агрессивном режиме. У больных с потерей белка > 1 г/сут устанавливается более низкий целевой уровень АД (125/75 мм рт.ст.), чем при менее выраженной протеинурии (130/85 мм рт.ст.).

## **8. Сахарный диабет**

- Частота АГ у больных сахарным диабетом в 1,5 - 2 раза выше по сравнению с лицами без диабета. Сочетание сахарного диабета и АГ заслуживает особого внимания, поскольку обе патологии являются факторами риска многих макро- и микрососудистых поражений. При сочетании сахарного диабета и АГ еще большее значение приобретают меры коррекции образа жизни.
- Для всех больных сахарным диабетом устанавливается целевой уровень снижения АД 130/85 мм рт.ст.
- При выборе препарата предпочтение отдается ингибиторам АПФ, особенно при наличии протеинурии, антагонистам кальция и низким дозам мочегонных.
- Несмотря на возможные негативные эффекты на периферический кровоток и способность пролонгировать гипогликемию и маскировать ее симптомы, больным АГ с СД показано применение бета-блокаторов, особенно в сочетании с ИБС и перенесенным ИМ, так как их использование улучшает прогноз пациентов.
- При контроле лечения следует помнить о возможной ортостатической гипотензии.

## **9. Больные бронхиальной астмой и хроническими обструктивными заболеваниями легких**

- бета-блокаторы, даже местного применения (тимолол) противопоказаны больным этой группы.
- С осторожностью следует использовать ингибиторы АПФ, в случае появления кашля их

можно заменить на антагонисты рецепторов к А II.

- Препараты, применяемые для лечения бронхообструктивного синдрома, часто ведут к повышению АД. Наиболее безопасными в этом отношении являются кромогликат натрия, ипратропиум бромид и местные глюкокортикоиды.

### **Неотложные состояния**

Все ситуации, при которых требуется в той или иной степени быстрое снижение АД подразделяют на две большие группы.

1. Состояния, требующие неотложной терапии (снижения АД в течение первых минут и часов при помощи парентерально вводимых препаратов).

Неотложной терапии требует такое повышение АД, которое ведет к появлению или усугублению симптомов со стороны "органов мишеней": нестабильной стенокардия, инфаркту миокарда, острой левожелудочковой недостаточности, расслаивающей аневризме аорты, эклампсии, инсульту, отеку соска зрительного нерва. Незамедлительное снижение АД может потребоваться также при травме центральной нервной системы, у послеоперационных больных, при угрозе кровотечения и др.

Парентеральные препараты для лечения кризов включают следующие:

Вазодилататоры

- нитропруссид натрия (может повышать внутричерепное давление);
- нитроглицерин (предпочтителен при ишемии миокарда);
- эналаприлат (предпочтителен при наличии СН).

Антиадренэргические средства

- фентоламин (при подозрении на феохромоцитому).

Диуретики

- фуросемид.

Ганглиоблокаторы

- пентамин.

Нейролептики

- дроперидол.

АД должно быть снижено на 25% в первые 2 часа и до 160/100 мм рт.ст в течение последующих 2 - 6 часов. Не следует снижать АД слишком быстро чтобы избежать ишемии ЦНС, почек и миокарда. При уровне АД выше 180/120 мм рт.ст. его следует измерять каждые 15 - 30 минут.

2. Состояния, при которых требуется снижение артериального давления в течение нескольких часов.

Само по себе резкое повышение АД не сопровождающееся появлением симптомов со стороны других органов, требует обязательного, но не столь неотложного вмешательства и

может купироваться пероральным приемом препаратов с относительно быстрым действием (бета-блокаторы, антагонисты кальция (нифедипин), клонидин, короткодействующие ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, празозин).

Лечение больного с неосложненным гипертоническим кризом может проводиться амбулаторно.

К числу состояний, требующих относительно срочного вмешательства относится злокачественная артериальная гипертензия (ЗАГ).

ЗАГ диагностируют у больных с уровнем АД не ниже 220/130 мм рт.ст. и обязательным наличием признаков нейроретинопатии III - IV степени по Кейту-Вегенеру. Специфичными для ЗАГ изменениями со стороны глазного дна являются ишемические, геморрагические очаги и отек зрительного нерва. При ЗАГ развиваются тяжелые изменения со стороны сосудистой стенки (фибриноидный артериолонекроз), что ведет к ишемии и нарушению функции жизненно-важных органов (мозга - гипертонической энцефалопатии и инсульта, сердца - выраженной гипертрофии миокарда, стенокардии и инфаркту миокарда, тяжелым нарушениям ритма сердца; почек - почечной недостаточности). В развитии ЗАГ принимает участие активация множества гормональных систем, что приводит к увеличению натрийуреза, гиповолемии, а также повреждению эндотелия и пролиферации гладкомышечных клеток интимы. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом вазоконстрикторов и еще большим повышением АД. Озлокачествление течения возможно как при ГБ, так и при других АГ.

Синдром ЗАГ обычно проявляется прогрессированием почечной недостаточности, снижением зрения, похуданием, симптомами со стороны ЦНС, изменениями реологических свойств крови вплоть до ДВС-синдрома, гемолитической анемией.

У пациентов с ЗАГ требуется применение комбинации трех и более препаратов.

При лечении тяжелой АГ следует помнить о возможности избыточного выведения натрия, особенно при интенсивном введении мочегонных, что сопровождается дальнейшей активацией ренин-ангиотензиновой системы и повышением АД.

Больной со злокачественным течением АГ должен быть тщательно обследован на предмет вторичной АГ.

### **Показания к госпитализации**

- Неясность диагноза и необходимость проведения специальных (чаще, инвазивных) исследований для уточнения формы АГ.
- Трудность в подборе медикаментозной терапии (частые кризы, резистентная к терапии АГ).

### **Показания к экстренной госпитализации**

- Гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе.
- Гипертонический криз с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии.
- Осложнения ГБ, требующие интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения (инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, остро возникшие нарушения зрения, отек легких и т.д.).

Приложение N 3  
 УТВЕРЖДЕНО  
 приказом Минздрава РФ  
 от 24 января 2003 г. N 4

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	Код формы по ОКУД <span style="float: right; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>
НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	Код учреждения по ОКПО <span style="float: right; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>  Медицинская документация - форма N 140/у-02  Утверждена Минздравом России N 4 от 24.01.2003 г.

КАРТА  
 ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

I. Общие сведения

Дата первичного обследования.....  
 1. Фамилия.....Имя.....Отчество...  
 2. Страховой полис.....  
 3. Пол:                   Мужской - 1                   Женский - 2  
 4. Житель:               города - 1                   села - 2

5. Дата рождения:.....
6. Семейное положение.....
7. Возраст при постановке на учет (число полных лет).....
8. Домашний адрес: ул.....

Дом.....корпус.....кв.....

- Телефон служебный.....домашний.....
9. Место работы .....
  10. Образование.....
  11. Профессия.....
  12. Должность.....
  13. Социальная категория.....
  14. Ф.И.О. уч. (семейного) врача.....
  15. N участка.....

#### II Данные первичного обследования

1. АД..... 2. Рост..... (см)
3. Вес..... (кг)
4. Индекс массы тела... (вес в кг/рост в м2) 5. Индекс Т/В.....
6. Прием гипотензивных препаратов последние две недели

Да - 1            Нет - 2

если "да", то вписать название препаратов.....

- .....
7. Жалобы (наличие подчеркнуть, недостающее вписать): головная боль-1, головокружение - 2, мелькание "мушек" перед глазами - 3, боли в сердце (стенокардия напряжения, стенокардия покоя, нетипичные для стенокардии) - 4, сердцебиение - 5, одышка - 6, отеки на ногах-7, боли в ногах при ходьбе (перемежающаяся хромота) - 8, другое - 9 (вписать).....

8. Факторы риска:

1. наличие у родителей инфаркта миокарда - 1, мозгового инсульта

(до 55 лет) - 2.

3. курение:

3.1. курит

3.2. курил в прошлом

4. употребление алкоголя

4.1. несколько раз в неделю или ежедневно

4.2. 1 - 2 раза в месяц



ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

арный бет л, пень пенсации)	Уровень глюкозы	Степень риска	Гипотензивные препараты (название, длительность приема)	Обследования специалистов (каких)	Назначения, обследования (функциональные, лабораторные исследования)	Обучение в Школе здоровья (да, нет)	Санаторно- курортное лечение (да, нет)
6	7	8	9	10	11	12	13

IV. Переходный эпикриз

(заполняется 1 раз в год и при снятии с учета)

Дата заполнения .....

4. Клинические исходы (отметить в соответствующей строке):

<p>1. Ремиссия: стойкая нормализация уровня АД - 1, отсутствие факторов риска - 2, стабилизация (отсутствие отрицательной динамики): со стороны органов-мишеней - 3, сопутствующих заболеваний - 4.</p>	
<p>2. Улучшение состояния: стойкая нормализация АД - 1, стабилизация (отсутствие отрицательной динамики).</p>	



со стороны органов-мишеней - 2, сопутствующих заболеваний - 3, но имеются факторы риска - 4 (перечислить какие) .....	
3. Компенсация функции: отсутствие прогрессирования АГ - 1, изменений со стороны органов-мишеней - 2.	
4. Прогрессирование: повышение степени риска - 1, прогрессирование изменений со стороны органов-мишеней - 2, появление новых осложнений - 3.	
5. Отсутствие эффекта: отсутствие видимого положительного эффекта от проводимой терапии - 1.	
6. Развитие нового заболевания, связанного с основным: ишемическая болезнь сердца - 1, другие проявления атеросклероза сосудов - 2.	
7. Летальный исход: дата и причина смерти .....	
Диагноз	
Основной	
код по МКБ-10:	

8. Причины снятия с учета

1. Отказ от наблюдения (дата отказа, причина)	
2. Перевод на инвалидность	
3. Выбыл (смена места жительства)	

9. Объективные данные<\*>

Подпись врача: .....

<\*> При заполнении эпикриза вписываются результаты объективного

обследования на момент последнего осмотра пациента.

*Приложение N 4  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом Минздрава РФ  
от 24 января 2003 г. N 4*

## **ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ "КАРТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ"**

**(учетная форма N 140/у-02)**

Учетная форма N 140/у-02 заполняется врачом, осуществляющим наблюдение за больным с артериальной гипертонией (далее по тексту АГ) или с риском ее развития (участковым врачом, врачом общей практики (семейным) или врачом кабинета (отделения) медицинской профилактики). Данная форма предназначена для учета, динамического наблюдения и оценки состояния здоровья больного с повышенным артериальным давлением (далее по тексту АД) в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Раздел I "Общие сведения" - заполняется при первичном обращении больного, при постановки его на учет. Здесь проставляется дата первичного обследования:

- в п.1 - вписывается имя, фамилия, отчество (полностью);
- в п.2 вписывается N страхового полиса;
- в п.3 указывается пол пациента;
- в п.4 путем обведения в кружок отмечается "житель города", "житель села";
- в п.5 - указывается дата рождения;
- в п.6 - семейное положение (женат, холост, замужем, не замужем);
- в п.7 возраст - число полных лет при постановке на учет;
- в п.8 - домашний адрес.

В п.п.9, 10, 11, 12 вписывается соответственно место работы, образование, профессия, должность.

В п.13 "Социальная категория" - отмечается наличие у больного инвалидности (в т.ч. инвалид ВОВ, участник ВОВ, воин-интернационалист и т.д.).

В п.14 и 15 вписываются фамилия, имя, отчество участкового врача (семейного или врача кабинета профилактики), N участка.

В разделе II - "Данные первичного обследования" в соответствующих пунктах отмечаются: А/Д в мм. рт.ст., рост в сантиметрах, вес в килограммах, индекс массы тела (ИМТ), индекс

талии/бедер (Т/Б).

В п.6 отмечается прием пациентом гипотензивных препаратов в последние две недели (обвести в кружок 1 - "Да" - 1 или 2 - "Нет", если "Да", то какие (перечислить). При отметке "да" учитываются только истинные гипотензивные препараты, перечисленные в национальных рекомендациях по профилактике, диагностике и лечению АГ (2002).

В п.7 "Жалобы" обвести кружком соответствующие позиции - 1, 2, 3 и т.д., недостающие вписать.

В п.8 "Факторы риска" отмечаются факторы риска из семейного и личного анамнеза - наличие у родителей инфаркта миокарда, мозгового инсульта до 55 лет; курит, употребляет алкоголь, наличие физической активности, психоэмоциональное напряжение. Здесь также нужную цифру обвести кружком.

Например: курит - "3.1"- обвести в кружок.

В п.9 отмечается наличие у пациента сахарного диабета: инсулинзависимого - п.3, или инсулиннезависимого - п.4.

В п.10 - имеются ли поражения органов-мишеней (отметить каких, путем обведения в кружок).

В п.11 отмечается наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на прогноз: есть - 1, нет - 2 (соответствующее обвести в кружок).

В п.11 отмечается степень А/Д в соответствии с рекомендациями ВНОК 2001 г. и в национальных рекомендациях по профилактике, диагностике и лечению АГ (2002).

***По-видимому, в тексте предыдущего абзаца допущена опечатка. Номер вышеупомянутого пункта следует читать "п.12"***

В п.13 отметить степень риска заболеванием гипертонической болезнью.

Определение степени риска (из национальных рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии, 2002)

Прогноз больных АГ и решение о дальнейшей тактике ведения зависит не только от уровня АД. Наличие сопутствующих факторов риска, степень вовлечения в процесс органов-мишеней, а также наличие ассоциированных клинических состояний имеет не меньшее значение, чем степень АГ, в связи с чем в современную классификацию введена стратификация больных в зависимости от степени риска. Чтобы оценить суммарное влияние нескольких факторов риска относительно абсолютного риска тяжелых сердечно-сосудистых поражений в будущем, экспертами ВОЗ-МОГ предложена стратификация риска по четырем категориям (низкий, средний, высокий и очень высокий риск - таблицы 1, 2).

Риск в каждой категории рассчитан исходя из данных об усредненном за 10 лет риске смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, а также риске инсульта и инфаркта миокарда по результатам Фрамингемского исследования и определяется в следующих градациях:

низкий риск (1) = менее 15%; средний риск (2) = 15 - 20%; высокий риск (3) = 20 - 30%; очень высокий риск (4) = 30% или выше

*Таблица 1*

Распределение (стратификация) по степени риска

Факторы риска и анамнез	Артериальное давление (мм рт.ст.)		
	Степень 1 (мягкая АГ) АДс 140-159 или АДд 90-99	Степень 2 (умеренная АГ) АДс 160-179 или АДд 100-109	Степень 3 (тяжелая АГ) АДс $\geq 180$ или АДд $\geq 110$
I. Нет ФР, ПОМ, АКС	низкий риск	средний риск	высокий риск
II. 1 - 2 фактора риска (кроме СД)	средний риск	средний риск	очень высокий риск
III. 3 и более ФР и/или ПОМ, и/или СД	высокий риск	высокий риск	очень высокий риск
IV. АКС	очень высокий риск	очень высокий риск	очень высокий риск

ФР - факторы риска, ПОМ - поражение органов-мишеней, АКС - ассоциированные клинические состояния (табл.2)

Таблица 2

Критерии стратификации риска

Факторы риска	Поражение органов-мишеней (ГБ II стадии, ВОЗ 1993)	Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния (ГБ III стадии, ВОЗ 1993)
Основные	Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭХОКГ или рентгенография)	Цереброваскулярные заболевания
Мужчины > 55 лет	или рентгенография)	Ишемический инсульт
Женщины > 65 лет	Протеинурия и/или креатининемия 1.2 - 2.0 мг/дл	Геморрагический инсульт
Курение	Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротической бляшки	Транзиторная ишемическая атака
Холестерин > 6,5 ммоль/л	Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротической бляшки	Заболевания сердца
Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у женщин < 65 лет и мужчин < 55 лет)	Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки	Инфаркт миокарда
Сахарный диабет		Стенокардия
Дополнительные<*> факторы риска, негативно влияющие на прогноз больного с АГ:		Коронарная реваскуляризация
- Снижение холестерина		Застойная сердечная недостаточность
		Заболевания почек
		Диабетическая нефропатия
		Почечная недостаточность

ЛПВП  
- Повышение холестерина  
ЛПНП  
  
- Микроальбуминурия при  
диабете  
  
- Нарушение толерантности  
к глюкозе  
- Ожирение  
- Малоподвижный образ  
жизни  
- Повышение фибриногена  
- Социальноэкономическая  
группа риска

(креатининемия > 2,0 мг/дл)  
Сосудистые заболевания  
Расслаивающаяся аневризма  
аорты  
Симптоматическое  
поражение периферических  
артерий

Гипертоническая  
ретинопатия  
Геморрагии или экссудаты  
Отек соска зрительного  
нерва

-----  
<\*> Роль этих факторов в настоящее время считается существенной, их наличие может увеличивать абсолютный риск в пределах одной группы риска, поэтому их оценка желательна при наличии возможности.

В п.14 проставляется клинический диагноз и его код по МКБ-10 пересмотра.

В п.15 указывается группа диспансерного учета

В п.16 отмечается рекомендуемое наблюдение у специалиста.

В разделе III - "Лист динамического наблюдения" содержатся сведения о периодичности посещений пациента, динамике течения заболевания, назначениях, рекомендациях, исходах.

В графе 1 "Дата посещения" - проставляется дата явки к врачу;

- в графе 2 - отмечается уровень АД на момент посещения (АД измеряется на правой руке в положении сидя);

- в графах 3 - 5 отмечаются факторы риска, регистрируемые у пациента на дату осмотра (курение, общий холестерин, индекс массы тела);

- в графе 6 наличие сахарного диабета, тип и степень его компенсации;

- в графе 7 уровень глюкозы;

- в графе 8 степень риска (см. таблицу 1 и 2);

- в графе 9 указывается гипотензивные препараты, которые принимает больной, их дозировка, длительность применения;

- в графе 10 вписываются назначенные обследования и консультации специалистов;

- в графе 11 назначенные функциональные и лабораторные исследования, которые

необходимо пройти больному;

- в графе 12 проставляются соответствующие отметки: обучение в школе здоровья для пациентов с АГ (да, нет);
- в графе 13 - санаторно-курортное лечение - проставляется дата;
- в графе 14 - выполнение рекомендаций по приему медикаментозных препаратов;
- в графе 15 - выполнение рекомендаций по коррекции факторов риска (диета, физическая активность, употребление алкоголя и др.);
- в графе 16 - осложнения и клинические исходы: ГК - гипертонический криз, ИМ - инфаркт миокарда, МИ - мозговой инсульт, ТИА - транзиторная ишемическая атака, ВН - временная нетрудоспособность, СМП - вызовы скорой помощи, СН - сердечная недостаточность, инвалидность (диагноз, группа), госпитализация (диагноз, продолжительность);
- в графе 17 - дата очередного посещения.

Раздел IV "Переходный эпикриз" заполняется один раз в год по истечению отчетного года.

В пункте 4 - "Клинические исходы" - отмечаются соответствующие позиции:

- в строке 1 "Ремиссия": стойкая нормализация уровня АД - 1, отсутствие факторов риска - 2, стабилизация (отсутствие отрицательной динамики): со стороны органов-мишеней - 3, сопутствующих заболеваний - 4;
- в строке 2 "Улучшение состояния": стойкая нормализация АД - 1, стабилизация (отсутствие отрицательной динамики): со стороны органов-мишеней - 2, сопутствующих заболеваний - 3, но имеются факторы риска (перечислить какие);
- в строке 4 "Компенсация функции": отсутствие прогрессирования АГ - 1, изменений со стороны органов-мишеней - 2;

***По-видимому, в тексте настоящего абзаца допущена опечатка. Номер вышеупомянутой строки следует читать "строке 3"***

- в строке 4 "Прогрессирование": повышение степени риска - 1, прогрессирование изменений со стороны органов-мишеней - 2, появление новых осложнений - 3;
- в строке 5 "Отсутствие эффекта": отсутствие видимого положительного эффекта от проводимой терапии - 1;
- в строке 6 "Развитие нового заболевания, связанного с основным": ишемическая болезнь сердца - 1, другие проявления атеросклероза сосудов - 2;
  - в строке 7 "Летальный исход" - отмечается дата смерти и причина смерти, проставляется диагноз и код основной причины смерти по МКБ-10;
  - в строке 8 - указываются причины снятия с учета: отказ от наблюдения (дата отказа, причина) - 1, перевод на инвалидность - 2, выбыл (смена места жительства) - 3;
- В пункте 5 "Объективные данные" - отмечаются объективные данные осмотра и все результаты обследования на момент последнего осмотра пациента.

***По-видимому, в тексте настоящего абзаца допущена опечатка. Номер вышеупомянутого пункта следует читать "пункте 9"***

Подписывает документ врач, который осуществлял наблюдение за больным.

*Приложение N 5  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом Минздрава РФ  
от 24 января 2003 г. N 4*

## **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

### **1. Общие положения**

1.1. Школа здоровья для больных с артериальной гипертонией (далее - Школа) создается как структурное подразделение на базе амбулаторно-поликлинического, больничного, санаторно-курортного учреждения, кардиологического диспансера и центра медицинской профилактики.

1.2. В Школу для обучения направляются больные с артериальной гипертонией 1 - 3 степени, с низким, средним и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

При формировании групп учитывается однородность больных по степени выраженности артериальной гипертонии. Больные с осложненным течением заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт и др.) обучаются и наблюдаются по программе реабилитации.

1.3. Руководитель Школы ежегодно представляет отчет о своей деятельности в отдел медицинской статистики учреждения, на базе которого она функционирует.

1.4. Школа регистрируется в документах официальной учетно-отчетной медицинской документации и включена в отраслевой классификатор "Сложные и комплексные медицинские услуги".

### **2. Основные задачи Школы**

Основными задачами Школы являются:

- повышение информированности больных с артериальной гипертонией о заболевании и факторах риска ее развития и осложнений;
- обучение больных с артериальной гипертонией методам снижения неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (вредные привычки, питание, двигательная активность, контроль стресса);
- обучение больных методам самоконтроля артериального давления и самопомощи, первой

доврачебной помощи при обострениях и гипертонических кризах;

- формирование у больных с артериальной гипертонией ответственного отношения к здоровью;
- повышение мотивации у больных с артериальной гипертонией к оздоровлению и приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача.

### **3. Основная деятельность Школы**

Основной деятельностью Школы является:

- 3.1. Обучение больных с артериальной гипертонией по типовым программам.
- 3.2. Контроль уровня полученных знаний, умений и навыков у больных с артериальной гипертонией, обучающихся в Школе.
- 3.3. Анализ эффективности обучения больных с артериальной гипертонией.
- 3.4. Взаимодействие со всеми структурными подразделениями, на базе которых работает Школа.
- 3.5. Взаимодействие со Школами для больных с артериальной гипертонией в других медицинских учреждениях, обмен опытом работы с целью ее совершенствования.

### **4. Рекомендуемое оснащение Школы**

Перечень оснащения:

- 4.1. Методические материалы для врача.
- 4.2. Тонометры, фонендоскопы (несколько комплектов).
- 4.3. Весы.
- 4.4. Ростомер.
- 4.5. Таблицы для определения индекса массы тела.
- 4.6. Наглядные пособия, методические и обучающие материалы для больных.
- 4.7. Оборудование для демонстрации методического материала.
- 4.8. Канцелярские товары и письменные принадлежности.
- 4.9. Дневник больного с артериальной гипертонией.
- 4.10. Журнал учета.
- 4.11. Анкеты для оценки обучения.

*Приложение N 6*  
**УТВЕРЖДЕНО**  
*приказом Минздрава РФ*



**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ  
НЕОБХОДИМЫМ МЕДИЦИНСКИМ  
ОБОРУДОВАНИЕМ  
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ  
БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

1. Тонометры для профессионального измерения артериального давления.
2. Электрокардиографы.
3. Приборы для суточного мониторирования артериального давления.
4. Приборы для суточного мониторирования ЭКГ (холтер-мониторы).
5. Велозргометры.
6. Биохимические анализаторы с определением электролитов.

Количество медицинского оборудования определяется числом посещений в поликлинике