

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОЮЛ «Ассоциация специалистов сестринского дела Кыргызской Республики»

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Бишкек - 2025

Клиническое руководство по сестринскому процессу при артериальной гипертензии (АГ)

Клиническая проблема: артериальная гипертензия (АГ)

Название документа

Клиническое руководство по сестринскому процессу при артериальной гипертензии разработано рабочей группой МЗ КР, НЦКиТ им. Академика Миражимова, ОЮЛ «АССД КР»

Цель создания Клинического руководства по сестринскому процессу

Внедрение и организация системы единого подхода по сестринскому процессу при артериальной гипертензии, основанного на международных клинических руководствах высокого методологического качества и адаптированных к местным условиям.

Целевые группы

Руководство предназначено для медицинских сестер, преподавателей, студентов.

Дата создания: август-декабрь 2024г.

Данное клиническое руководство для медицинских сестер разработано на основании новых обновленных данных по наилучшей клинической практике при артериальной гипертензии, в дальнейшем будет обновляться по мере появления новых доказательств.

Адрес для переписки с рабочей группой

Кыргызская Республика, г. Бишкек
Ул. Т. Молдо, 1, 720040,
Главный специалист УОМПиЛП МЗ КР
Ажымамбетова Гулназ Качкыновна
e-mail: a_gulnaz_k@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----------|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ..... | 4 |
| ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ..... | 5 |
| ОБОСНОВАНИЕ..... | 6 |
| ВВЕДЕНИЕ..... | 7 |
| СОСТАВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ | 8 |
| СТРАТЕГИЯ ПОИСКА ИНФОРМАЦИИ ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ..... | 11 |
| КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ..... | 13 |
| РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ..... | 16 |
| РАЗДЕЛ II. 1 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ-СБОР ДАННЫХ..... | 18 |
| РАЗДЕЛ III. 2 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И ВЫСТАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА..... | 21 |
| РАЗДЕЛ IV. 3 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ПЛАНИРОВАНИЕ И ЦЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА..... | 22 |
| РАЗДЕЛ V. 4 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА..... | 23 |
| РАЗДЕЛ VI. 5 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ОЦЕНКА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ..... | 31 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ..... | 32 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ СОПЫ | |
| СОП –ИЗМЕРЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ | |
| СОП- ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ | |
| СОП- ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА | |
| СОП- СНЯТИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ (ЭКГ) | |
| СОП- ТЕСТ НА ПОПОЛНЕНИЕ КАПИЛЛЯРОВ | |
| СОП- ПУНКЦИОННАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН И УХОД ЗА КАТЕТЕРОМ | |
| СОП- ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТЕКОВ | |
| СОП- КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АГ | |
| СОП- ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА | |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ - артериальная гипертензия
АГТ – антигипертензивная терапия
НИЗ – неинфекционные заболевания
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ГБ – гипертоническая болезнь
САГ – симптоматическая артериальная гипертензия
АД - артериальное давление
САД – систолическое артериальное давление
ДАД – диастолическое артериальное давление
ЧСС – частота сердечных сокращений
ОХ – общий холестерин
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
ВПС - врожденные пороки сердца
ГСВ - группа семейных врачей
ИВЛ - искусственная вентиляция легких
ИМТ- индекс массы тела
КП - клинический протокол
КТ- компьютерная томография
ЛА - легочная артерия
МТ - масса тела
ОДН - острая дыхательная недостаточность
ОЗ - организация здравоохранения
ФА - физическая активность
ЦСМ - центр семейной медицины
АД — артериальное давление
АГТ – антигипертензивная терапия
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь,
БРА — блокатор рецепторов ангиотензина,
БКК — блокатор кальциевых каналов,
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь почек,
АПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента,
СНиФВ – сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса,

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ¹

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

Высокое нормальное артериальное давление (АД) – давление в диапазоне САД от 130 до 139 мм рт. ст. и/или ДАД от 85 до 89 мм рт. ст.

Вторичная (симптоматическая) АГ – гипертензия, вторичная по отношению к основному состоянию (например, применение оральных контрацептивов, стеноз почечных артерий, феохромоцитома и т.д.).

Гипертоническая болезнь – это хроническое, часто бессимптомное заболевание с точно неустановленной причиной, основным проявлением которого является повышение артериального давления с последующим вовлечением в патологический процесс органов-мишеней: сердца, мозга, почек, артерий, глаз.

Гипертензия «белого халата» – форма АГ, при которой повышение АД ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт. ст. отмечается только на приёме у врача, а при измерении АД методом домашнего мониторирования АД (ДМАД) и/или суточного мониторирования АД (СМАД) показатели АД в пределах нормальных значений.

Изменение образа жизни – мероприятия, направленные на нормализацию веса и характера питания, двигательной активности, целью которых является снижение сердечно-сосудистого риска.

Изолированная систолическая АГ – повышение САД ≥ 140 мм рт. ст. при уровне ДАД <90 мм рт. ст.

Маскированная (скрытая) АГ – форма гипертензии, особенностью которой являются нормальные показатели клинического АД ($<140/90$ мм рт. ст.) и повышенные – по данным СМАД и/или ДМАД.

Ортостатическая гипотензия – снижение САД на 20 мм рт. ст. и более и/или ДАД – на 10мм рт. ст. и более в первые 3 мин при переходе из горизонтального в вертикальное положение.

Пульсовое давление – разница между САД и ДАД.

Резистентная АГ – артериальная гипертензия, при которой рекомендуемая стратегия лечения с применением 3 препаратов, включая диуретик, в максимальных или максимально переносимых дозах, не позволяет достичь целевых уровней АД при исключении вторичной АГ и псевдорезистентности к лечению (в том числе неприверженности терапии) и подтверждении недостижения целевых значений АД по данным СМАД или ДМАД.

Целевой уровень – уровень АД, различный для разных групп пациентов с АГ, достижение которого в процессе лечения позволяет добиться наиболее благоприятного соотношения польза (снижение сердечно-сосудистого риска) – риск (неблагоприятные эффекты).

¹ Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 785 от 18. 07. 2024г.

ОБОСНОВАНИЕ

Роль медсестры в ведении больных с артериальной гипертензией

Команда «врач – медицинская сестра» вместе с пациентом идут к одной цели. Известно, что перегруженность врача ведет к ухудшению качества разъяснительной работы с пациентами, имеющими хроническую патологию. Особенно это касается пациентов с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), нуждающихся в получении особых знаний по своей проблеме, поскольку в состоянии здоровья этой категории пациентов могут происходить изменения, требующие квалифицированного комментария. Обученные медсестры вполне могут консультировать пациентов с НИЗ. Важнейшей задачей обучения пациентов является подготовка к активному применению знаний, способствующих повышению качества их жизни, зависящего от уровня компенсации, позволяющей противостоять негативным факторам болезни.

Медицинская сестра идеально подходит для раннего выявления симптомов плохого самоконтроля на раннем этапе и даже первых признаков НИЗ у взрослого, а также идеально подходит в поддержании знаний, навыков, ресурсов, уверенности и мотивации, необходимых им для эффективного управления пациентов НИЗ в пределах своей компетенции, и для направления их другим членам мультидисциплинарной команды, которые могут предоставить квалифицированную специализированную медицинскую помощь.

В частности, практикующие медсестры играют клиническую роль в выявлении, обследовании, обслуживании и поддержке людей с артериальной гипертензией.

В рамках Программы Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» предусмотрено расширение функций специалистов сестринского дела, а также всех специалистов со средним медицинским образованием, таких как акушеры и фельдшеры. Новые функции сосредоточены в трех ключевых областях профессиональной деятельности: управление факторами риска, предоставление профилактических услуг и полномочия по выписке лекарственных средств. В рамках управления факторами риска специалисты будут участвовать в разработке и реализации программ по профилактике хронических заболеваний, таких как диабет и гипертония.

В области профилактических услуг расширяется их роль в раннем выявлении заболеваний, вакцинации, проведении скринингов и консультировании по вопросам здорового образа жизни. Кроме того, внедрение полномочий по выписке определенных лекарственных средств позволит повысить доступность медицинской помощи, особенно в отдаленных районах. Реализация данных мер направлена на реформирование сестринского образования и развитие компетенций медицинских работников, что будет способствовать улучшению качества и доступности медицинских услуг в стране.²

² ПРОГРАММА Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек - процветающая страна» постановление Правительства Кыргызской Республики от 20 декабря 2018 года № 600

ВВЕДЕНИЕ

Клиническое руководство по сестринскому процессу при артериальной гипертензии (АГ) предназначено для специалистов сестринского дела в Кыргызской Республике.

Клиническое руководство основано на имеющихся результатах научных исследований и лучшем практическом опыте зарубежных стран. Данное клиническое руководство является документом, предоставляющим сестринский процесс с учетом доказательной сестринской практики. Клиническое руководство для медицинских сестер может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей.

Использование клинического руководства по сестринскому процессу при АГ гарантирует пациенту получение качественного ухода. Оказание помощи пациенту лучше планировать заранее, а не предоставлять его спонтанно. Пришло время связать методы ухода за пациентами с другими отраслями, чтобы воспользоваться инновациями. В медицинском сообществе дизайн услуги для типичного пациента с эпизодом конкретного заболевания часто называют «Планом ведения пациента» или «Планом ухода». Клинические услуги разработаны в соответствии с потребностями пациентов. Стандартной операционной процедуры (СОП) можно рассматривать как подробный план, применимый к оказанию услуг типичным пациентам с типичным болезненным состоянием (продукт услуги) в конкретном учреждении или организации. Использование в здравоохранении СОП как термина и как метода стандартизации производства или оказания услуг не только возможно, но и необходимо. Термин «план ухода», используемый при планировании лечения пациентов, имеет ту же цель, структуру и содержание.

Цель руководства – внедрение в практику медицинских сестер сестринского процесса при АГ.

Клиническое руководство для медицинских сестер направлено на то, чтобы помочь медицинской сестре провести сбор данных, определить проблему пациента, выставить сестринский диагноз, составить план вмешательств и провести мониторинг вмешательств для улучшения качества оказания медсестринской помощи.

Цели и задачи сестринского процесса при артериальной гипертензии:

- Активный скрининг пациентов с артериальной гипертензией.
- Определение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).
- Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска.
- Оценка тяжести состояния пациента с АГ.
- Оказание неотложной помощи пациентам с гипертензивными кризами.
- Осуществление дальнейшего наблюдения за пациентами с АГ.
- Консультирование по модификации образа жизни и контролю факторов риска ССЗ.
- Коррекция ранее назначенной врачом антигипертензивной терапии (АГП) согласно алгоритмам.
- Систематизированная организация собственного труда в работе с пациентами и медицинской документацией.
- Создание баз данных пациентов с АГ, с основными показателями качества ведения и контроля гипертонии и способность управлять потребностями в медицинском уходе.
- Защита медсестер от юридических проблем, связанных с сестринским уходом, при правильном соблюдении стандартов сестринского процесса.

Роли и обязанности медсестры в ведении АГ

Для медицинской сестры главным условием достижения общей цели в сложной, многопрофильной медицинской деятельности является необходимая профессиональная подготовка, соответствующая профессиональная компетентность.

Различают следующие компетенции медицинской сестры³:

- Укрепление здоровья и профилактика заболеваний;
- Обеспечение безопасной среды для пациента и персонала;
- Обучение и консультирование пациента и членов семьи;
- Оказание сестринской помощи (сестринский процесс);

Высококвалифицированная практикующая медицинская сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать уход, отвечающий потребностям отдельного пациента.

Состав рабочей группы по созданию руководства

Для разработки и своевременного пересмотра клинического руководства по сестринскому процессу при АГ на амбулаторном уровне была создана мультидисциплинарная рабочая группа. Это обусловлено следующими причинами:

- Медицинские сестры играют ключевую роль в обеспечении качественного ведения пациентов и содействии самопомощи, т.к. часто является первым контактным лицом для населения, направляя их на консультации к семейным врачам и другим специалистам.
- Медицинская сестра идеально подходит для выявления симптомов плохого самоконтроля на раннем этапе и даже первых признаков АГ у взрослого.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки клинического руководства для медицинских сестер все заинтересованные стороны, участвующие в оказании медицинской помощи пациентам с АГ.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило исключить конфликт интересов разработчиков.

Руководитель группы

Ажымамбетова Г.К. главный специалист Управления оказания медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР

Руководитель обеспечивала эффективную работу группы и координацию взаимодействия между членами авторского коллектива.

Ответственные исполнители

Асанова А.К. председатель ОЮЛ АССД КР (по согласованию);

Таймолдоева Н. К. главная медсестра НЦКиТ им. академика Мирсаида Миррахимова;

Качкынова Г. К. заместитель директора по сестринскому делу ЦСМ №4 г. Бишкек;

Арыкова А. Т. врач кардиолог, преподаватель кафедры терапии КРСУ им. Б.Н. Ельцина

³ Каталог компетенций «Медицинская сестра (брат)» (приказ МЗ КР №28 от 17.01.2020г.)

Ответственные исполнители осуществляли систематизированный поиск литературы, критическую оценку информации, обобщение данных и составление предварительного и основного текстов руководства.

Медицинские консультанты:

Ибраева Н. С. начальник УОМПиЛП МЗ КР;

Полупанов А. Г. доктор медицинских наук, заведующий отделением артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова.

В эту группу вошли представители специальностей, наиболее часто встречающие в повседневной практике с АГ и другими неинфекционными заболеваниями. Они были приглашены из ведущих организаций здравоохранения Кыргызской Республики. Приглашение медицинских консультантов в состав разработчиков позволило обсудить применимость отдельных рекомендаций в реальной медицинской практике, а также вопросы применимости руководства в организациях здравоохранения амбулаторного уровня Кыргызской Республики.

Протоколы согласительных заседаний мультидисциплинарной рабочей группы по разработке клинического руководства и стандартов для медицинских сестер велись в соответствии с установленным порядком, ответственным за ведение протоколов была Асанова Айзат Кубанычбековна – председатель ОЮЛ «АССД КР».

Все члены группы подписали декларацию о конфликте интересов.

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы в проекте по созданию данного клинического руководства, а также на рабочем совещании согласительной комиссии, проведённом в марте 2024 г., все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не заявил о наличии коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, профилактики и ведения сахарного диабета.

Работа рабочей группы поддерживается проектом «Реформы медицинского образования в КР».

Процесс утверждения клинического руководства

Рецензент клинического руководства для медицинских сестер

Рецензенты проводили независимую оценку разработанного руководства по клиническому содержанию рекомендаций с позиции наилучшей клинической практики, применяемой в других странах.

Методологическая экспертная поддержка

| | |
|-------------------|--|
| Зурдинова А.А. | Зав. кафедрой клинической фармакологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина главный внештатный клинический фармаколог МЗ КР д.м.н., профессор |
| Камбаралиева Б.А. | Консультант ЛСА, специалист по рациональному использованию лекарственных средств и доказательной медицине, MScHA |

Методологом была проведена оценка методологического качества клинического руководства по логическому изложению, отражению наилучшей клинической практики по сестринскому процессу и применимости в клинической практике на местах.

СТРАТЕГИЯ ПОИСКА ИНФОРМАЦИИ

В связи с актуальностью проблемы АГ на сегодняшний день в мире разработано и обновлено большое количество разнообразных клинических руководств и СОПов для медицинских сестер, посвященных ведению АГ.

Рабочей мультидисциплинарной группой было принято решение о разработке клинического руководства по сестринскому процессу при АГ и СОПов для медицинских сестер путем адаптирования уже разработанных международных клинических руководств высокого методологического качества, основанных на принципах доказательной медицины для амбулаторного уровня здравоохранения Кыргызской Республики.

ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ПОИСКА И ОЦЕНКИ СУЩЕСТВУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ И СОПОВ ПРИ АГ

Поиск клинических руководств по сестринскому процессу и СОПов при АГ осуществлялся в международных доступных электронных базах данных в сети Интернет.

Найденные электронные базы данных по клиническим руководствам и стандартам

| Страна и название ресурса | Интернет-адрес |
|---|---|
| Всемирная организация здравоохранения (WorldHealthOrganization, WHO) | www.who.int |
| NursesLab | https://nurseslabs.com/hypertension/#what_is_hypertension |
| NursesLab | https://nurseslabs.com/hypertension-nursing-care-plans/ |
| | https://nurseslabs.com/ineffective-coping/ |
| Rnspeak | https://rnspeak.com/hypertension-nursing-management/ |
| Quizlet | |
| BCCAMPUS OPEN EDUCATION | https://opentextbc.ca/clinicalskills/chapter/2-5-focussed-respiratory-assessment/ |
| Российская Федерация. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. | https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf |
| Кыргызская Республика. Диагностика и лечение гипертонической болезни у взрослых. Клиническое руководство 2024г | http://nccim.kg/?page_id=343 |

Найденные клинические руководства и стандарты для медицинских сестер были оценены мультидисциплинарной рабочей группой.

Критерии включения/исключения

В связи с тем, что 18 августа 2024 года рабочая группа провела четкие ограничения по вопросам, которые необходимо было включить в клиническое руководство по сестринскому процессу АГ, в качестве опорных клинических руководств выбраны только те, которые были

обновлены с применением подходов сестринского процесса за последние 3 года и посвящены сестринскому процессу при АГ на амбулаторном уровне здравоохранения.

Были установлены языковые ограничения, так как рабочая группа имела возможность изучать источники литературы только на английском и русском языках.

Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

Основные клинические рекомендации по сестринскому процессу при АГ представлены на основании выбранных международных руководств, которые были приняты за основу группой разработчиков национального руководства при обсуждении (с использованием метода Делфи).

Все ключевые рекомендации, основанные на принципах доказательной медицине, в клиническом руководстве для медицинских сестер выделены в рамки.

Данное клиническое руководство по сестринскому процессу при АГ дополнено чек-листами для сбора данных и определения проблемы пациента, стандартными операционными процедурами (СОПами) для медицинских сестер амбулаторного уровня здравоохранения.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

Определение⁴

Артериальная гипертензия (АГ) диагностируется, если офисное значение САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. Эти данные основаны на результатах многочисленных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), свидетельствующих о том, что лечение пациентов с уровнем артериального давления (АД) выше указанного приводит к благоприятным результатам. Дополнительным методом постановки диагноза АГ может быть измерение внеофисных его значений.

Артериальная гипертензия подразделяется на 2 группы:

✓ **Гипертоническая болезнь (ГБ)** (90% случаев) – это хроническое, часто бессимптомное заболевание с точно неустановленной причиной, основным проявлением которого является повышение АД с последующим вовлечением в патологический процесс органов-мишеней: сердца, мозга, почек, артерий, глаз.

✓ **Вторичная (симптоматическая) АГ** (5-10% случаев) – гипертензия, вторичная по отношению к основному состоянию (например, применение оральных контрацептивов, стеноз почечных артерий, феохромоцитома и т.д.).

Эпидемиология⁵

Высокое АД является одним из ведущих в мире ФР смерти и инвалидности. Анализ статистических данных по заболеваемости, летальности и инвалидности в Кыргызской Республике (КР) показывает, что ведущее место в структуре общей смертности занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), причём начиная с 90-х годов XX века регистрируется рост сердечно-сосудистой смертности среди лиц трудоспособного возраста и, особенно среди молодых людей. По данным Республиканского медико-информационного центра в 2020 году в структуре смертности на долю ССЗ приходилось более половины (52,3%) всех случаев смертей, причем по сравнению с 2019г отмечается 36%-й рост сердечно-сосудистой смертности. Особое место в структуре ССЗ занимает ГБ, являясь ключевым фактором смертности кардиологических пациентов и самым распространенным неинфекционным заболеванием как во всем мире, так и в нашей стране. Это подтверждают проведенные в КР эпидемиологические исследования STEPS и ИНТЕРЭПИД: распространенность ГБ в нашей стране составляет 44-45% .

За последние 30 лет частота встречаемости ГБ в нашей стране увеличилась в 1,6 раза (в 1990 году распространённость артериальной гипертензии составляла 24%). В настоящее время фактически каждый третий взрослый житель республики имеет повышенное АД. Если экстраполировать эти данные на численность взрослого населения, то в настоящее время повышенным артериальным давлением страдает около 1 миллиона кыргызстанцев. Сходная ситуация наблюдается и в большинстве стран мира. ГБ страдает каждый третий взрослый человек в мире (33%). С 1990 по 2019 г. количество пациентов с ГБ увеличилось вдвое – с 650 миллионов до 1,3 миллиарда человек, при этом половина пациентов ещё не знают о своём заболевании. Более трёх четвертей пациентов с ГБ проживают в странах с низким и средним уровнем дохода.

⁴ Определение взято из Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 785 от 18. 07. 2024г.

⁵ Эпидемиология согласно КР по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых пр. МЗ КР № 785 от 18. 07. 2024г.

Повышенное АД вызывает больше смертей, чем другие ведущие ФР, включая употребление табака и высокий уровень сахара в крови. Исследование 87 поведенческих, экологических, профессиональных и метаболических факторов риска показало, что высокое САД является наиболее важным ФР ранней смерти и ежегодно ответственно за 10,8 миллионов предотвратимых смертей и более чем 200 миллионов случаев инвалидности в мире (бремя в размере 235 миллионов лет жизни, потерянных или прожитых с инвалидностью). Наибольшее число смертей, связанных с уровнем САД, возникают вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), ишемических и геморрагических инсультов.

ГБ и связанные с ней осложнения также влекут за собой огромные экономические издержки – для пациентов и их семей, систем здравоохранения и национальной экономики. По одной из оценок, экономические выгоды от усовершенствованных программ лечения ГБ перевешивают затраты примерно в 18 раз.

Огромная распространённость ГБ и тяжесть вызываемых ей осложнений определяет клиническую, социальную и экономическую значимость этого состояния для населения не только Кыргызской Республики, но и для большинства стран мира.

ВЫЯВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ⁶

В связи с тем, что ГБ зачастую является бессимптомным заболеванием, **необходимо всем взрослым проводить скрининг на АГ**. Наиболее оправданы следующие виды скрининга: систематический (в рамках ежегодных профилактических осмотров и диспансеризации) и оппортунистический (по возможности). Последний означает, что измерение АД у взрослых всегда должно быть частью любого визита в медицинское учреждение, и уровень АД должен быть зарегистрирован в медицинской документации.

Лица с нормальным АД старше 18 лет (САД 120-129 мм рт. ст. или ДАД 80-84 мм рт. ст.) должны измерять уровень своего АД как минимум каждые ежегодно.

Таблица 1. Определение и классификация офисных показателей артериального давления (мм рт. ст.):

| Категория | САД, мм рт.ст. | ДАД, мм рт.ст. |
|--------------------|----------------|----------------|
| Оптимальное | <120 | <80 |
| Нормальное | 120-129 | 80-84 |
| Высокое-нормальное | 130-139 | 85-89 |

Сокращения: САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

Примечание: Пациенты с «высоким нормальным» артериальным давлением подвергаются повышенному риску развития гипертензии и должны находиться под наблюдением. В этих случаях изменение стиля жизни может помочь предотвратить развитие гипертензии.

Учитывая высокую распространённость и смертность от артериальной гипертензии в Кыргызской Республике, а также крайне низкую выявляемость всем лицам 18 лет и старше рекомендуется ежегодное измерение артериального давления.

Следует уделить также особое внимание женщинам в постменопаузе и женщинам с гестационной гипертензией и преэклампсией в анамнезе: им необходим ежегодный контроль АД.

⁶ Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 785 от 18. 07. 2024г.

| Ключевые рекомендации | Класс | Уровень |
|---|--------------|----------------|
| Скрининг на гипертоническую болезнь рекомендуется всем взрослым. | I | C |
| Измерение артериального давления всегда должно быть частью любого визита к врачу у лиц старше 18 лет. | I | C |
| У лиц без гипертонии интервалы повторного измерения артериального давления следует планировать в зависимости от уровня давления, риска артериальной гипертензии и сердечно-сосудистого риска. | I | C |
| Пациентам с высоким риском и при высоком нормальном давлении рекомендуется ежегодное наблюдение. | | |

Критерии диагноза артериальная гипертензия

Систолическое давление 140 мм рт.ст. и выше и/или диастолическое давление 90 мм рт.ст. и выше, зарегистрированное не менее чем при двух врачебных осмотрах, при каждом из которых АД измеряется по крайней мере трижды с интервалом 1-2 минуты, с соблюдением всех правил оценки уровня АД (см. СОП «Измерение АД»). Дополнительное третье измерение должно быть выполнено, если разница между первыми двумя измерениями составляет более 10 мм рт. ст.

При систолическом АД более 180 мм рт.ст. и/или диастолическом АД более 110 мм рт.ст. для постановки диагноза достаточно однократного измерения.

Обратите внимание!

- ✓ При уровне АД $\geq 180/110$ мм рт. ст. диагноз АГ устанавливается при однократном посещении⁷.

| Ключевые рекомендации | Класс | Уровень |
|--|--------------|----------------|
| АГ диагностируется, если офисное значение САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. | I | C |
| Для подтверждения стабильного повышения АД рекомендуется подтвердить наличие АГ во время как минимум двух офисных измерений АД, за исключением случаев, когда офисное АД указывает на гипертензию 3-й степени ($\geq 180/110$ мм рт. ст.) | I | C |

⁷ Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 785 от 18. 07. 2024г.

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

ПРИ АГ

Планирование сестринского ухода за пациентами с артериальной гипертензией (АГ) согласно компетенции⁸ должно включать следующие ключевые аспекты: укрепление здоровья и профилактику заболеваний, обеспечение безопасной среды для пациента и персонала, обучение и консультирование пациента и его семьи, а также оказание сестринской помощи в рамках сестринского процесса. Важно, чтобы медсестра в рамках своего ухода занималась обучением самоконтролю, выявлением и контролем факторов риска, снижением сердечно-сосудистого риска, а также коррекцией доз антигипертензивных препаратов (АГП), направленных на контроль уровня артериального давления (АД) и предотвращение поражения органов мишенией. Учитывая, что большинство пациентов с АГ получают амбулаторное лечение, медсестра должна разработать индивидуальный план обучения в рамках «школы пациентов», который поможет пациентам контролировать факторы риска, соблюдать терапевтический режим и улучшить результаты лечения.

Приоритеты ухода за пациентами с артериальной гипертензией следующие:

1. Оценка сердечно сосудистого риска и выявление пациентов с артериальной гипертензией.
2. Предотвращение неотложных гипертензивных состояний путем контроля цифр АД и своевременного оказания неотложной помощи.
3. Содействие модификации образа жизни и контролю факторов риска.
4. Способствование соблюдению терапевтического режима и при необходимости – ее коррекция.

Этапы, цели и действия при сестринском процессе

| ЭТАП | ЦЕЛЬ | ДЕЙСТВИЯ |
|---|--|--|
| 1. Оценка состояния | Сбор информации о пациенте | Расспрос о жалобах и анамнезе, изучение карты пациента, определение факторов риска. |
| 2. Выявление основных проблем пациента и постановка сестринского диагноза | Выявление проблем пациента, проведение объективного осмотра и постановка сестринского диагноза | Провести внешний осмотр, измерить артериальное давление, пульс, частоту дыхания, сатурацию, измерить массу тела и рост с оценкой индекса массы тела, внесение записи в амбулаторную карту пациента. Выявление потенциальных проблем и осложнений. |
| 3. Планирование и цели сестринского процесса | Выделить приоритетные задачи сестринского процесса, планирование оказания сестринской помощи | В зависимости от сестринского диагноза планирование сестринского процесса может быть по целям: <ul style="list-style-type: none">○ долгосрочные;○ краткосрочные. |

⁸ Каталог компетенций «Медицинская сестра (брат)» (приказ МЗ КР №28 от 17.01.2020г.)

| ЭТАП | ЦЕЛЬ | ДЕЙСТВИЯ |
|-------------------------------------|--|---|
| 4. Сестринские вмешательства | Выполнение намеченного плана по сестринскому процессу пациента с АГ | Сестринские вмешательства проводятся в зависимости от выявленных проблем и сестринского диагноза и направлены на достижение желаемых результатов. |
| 5. Оценка сестринских вмешательства | Оценка достижения желаемых результатов при сестринских вмешательствах, оценка результатов, проведение их анализа, сравнение с ожидаемыми результатами, вывод о сестринском процессе. | <p>Заполнение данных в амбулаторную карту, оценка достижения желаемых результатов и мониторинга;</p> <ul style="list-style-type: none"> • составляется анализ сестринского процесса; • заключение о результатах сестринского процесса; • выявляется причина недостижения целей. • вносятся корректизы в план действий по сестринскому процессу; |

РАЗДЕЛ II

ЭТАП I СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ – сбор данных

Сбор данных при артериальной гипертензии (АГ) — это этап сестринского процесса, который помогает медсестре составить полную картину состояния пациента и выявить ключевые проблемы, требующие вмешательства. Этот этап включает как сбор объективных, так и субъективных данных для дальнейшего планирования оказания сестринской помощи.

1. Субъективные данные (интервью с пациентом)

Основные вопросы для пациента:

Жалобы на:

– Головные боли (сильная, постоянная головная боль, особенно в затылочной области, может указывать на повышенное давление и повышенный риск гипертонического криза).

- Головокружения (при смене положения тела или без видимой причины).
- Одышка (при физической нагрузке или в покое).
- Боли в грудной клетке (характер, продолжительность).
- Тошнота, рвота, ощущение усталости.
- Проблемы со зрением (потемнение в глазах, «мушки»).

История заболевания:

- Когда впервые было выявлено повышенное давление?
- Какие факторы (стресс, курение, неправильное питание, физическая активность) могут влиять на повышение АД?
- Есть ли сопутствующие заболевания (диабет, заболевания почек, сердечная недостаточность)?
- Лечение, которое назначалось ранее (медикаменты, диета, физическая активность).

Наследственность: есть ли в семье родственники с гипертонией или сердечно-сосудистыми заболеваниями?

Образ жизни пациента:

- Уровень физической активности (сколько времени пациент тратит на физическую активность каждый день, какие упражнения делает).
- Диета (употребление соли, жиров, алкоголя, курение).
- Стressовые факторы и психоэмоциональное состояние.

2. Объективные данные (физикальное обследование)

Измерение артериального давления:

Измерение АД (см. СОП «Измерение АД»)

Обзор и осмотр пациента:

- Общее состояние пациента (бледность, потливость, одышка).
- Оценка пульса (частота, ритм, напряжение пульса — тахикардия или брадикардия).
- Осмотр кожных покровов и слизистых (наличие отеков, особенно на ногах и лодыжках).
- Оценка уровня сознания (если есть признаки головокружения, спутанности сознания).
- Измерение массы тела (для выявления избыточного веса, который может усугублять гипертензию).

Важно! Населению старше 18 лет для раннего выявления АГ нужно провести оценку факторов риска (скрининг)

Оценка рисков и осложнений

Оценка уровня риска осложнений: на основании данных о давлении, сопутствующих заболеваниях и образе жизни, можно оценить риск сердечно-сосудистых (см. Приложение 1), инсульта и других осложнений гипертензии

Шкалу оценки риска развития диабета FINDRISC (Приложение 1)

На основе собранных данных медсестра составляет начальную картину состояния пациента с артериальной гипертензией. Эти данные помогут определить приоритеты ухода, например, необходимость в обучении пациента контролю давления, коррекции образа жизни или изменении лечения. На основе этих данных также будет строиться дальнейший план сестринского вмешательства, направленного на снижение артериального давления и предотвращение осложнений.

Факторы риска:

| Установленные и предлагаемые новые факторы риска | |
|---|--|
| Пол (мужчины > женщины) ^a | |
| Возраст (мужчины >55 лет, женщины >65 лет) ^a | |
| Уровень САД (>140 мм рт. ст.) ^a | |
| Курение – в настоящее время или в анамнезе ^a | |
| Не-ЛПВП холестерин ^a (> 3,8 ммоль/л) (при возможности оценки сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE2/SCORE2-OP) | |
| Дислипидемия: | |
| - общий холестерин $\geq 5,0$ ммоль/л и/или | |
| - холестерин ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л и/или | |
| - холестерин ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у женщин и/или | |
| - триглицериды $> 1,7$ ммоль/л | |
| Предиабет: | |
| - нарушенная гликемия натощак (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,1 < 7,0$ ммоль/л и через 2 часа после нагрузки $< 7,8$ ммоль/л) или | |
| - нарушенная толерантность к глюкозе (глюкоза плазмы натощак $< 7,0$ ммоль/л и через 2 часа после нагрузки $> 7,8 < 11,1$ ммоль/л) или | |
| - HbA1c $\geq 5,7 - 6,4\%$ | |
| Анамнез ранней артериальной гипертонии в семейном/родительском анамнезе (до 45 лет) | |
| Анамнез злокачественной гипертонии у пациента (чрезмерное повышение АД с ускоренным прогрессированием заболевания, характеризующееся острым микрососудистым повреждением и нарушением ауторегуляции с перимущественным поражением сетчатки и почек) | |
| Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (КБС, перенесенный инфаркт миокарда или реваскуляризация коронарных артерий, у мужчин до 55 лет, у женщин до 65 лет) | |
| Частота сердечных сокращений (в покое > 80 ударов в минуту) | |
| Малый вес при рождении (< 2500 г) | |
| Малоподвижный образ жизни (< 150 мин/неделю) | |
| Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²) или избыточный вес (ИМТ 25-29,9 кг/м ²) и/или абдоминальное ожирение (окружность талии: ≥ 94 см у мужчин, ≥ 88 см у женщин) | |
| Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин) | |
| Липопротеин (а) (> 30 мг/дл) | |
| Осложнённая беременность (повторные выкидыши, преждевременные роды, гипертензивные состояния, гестационный диабет) | |

| |
|---|
| Ранняя менопауза (до 45 лет) |
| Синдром старческой астении |
| Психологические и социально-экономические факторы |
| Миграционный анамнез |
| Факторы окружающей среды и воздействие загрязнения воздуха или шума |
| Дополнительные клинические состояния или сопутствующие заболевания |
| Нарушения сна (включая синдром обструктивного апноэ сна) |
| Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) |
| Подагра |
| Хронические воспалительные заболевания |
| Неалкогольная жировая болезнь печени |
| Хронические инфекции (включая long COVID-19) |
| Мигрень |
| Эректильная дисфункция |
| Поражение органов-мишеней |
| Установленные сердечно-сосудистые заболевания, включая ХБП |
| Сахарный диабет |

СБОР ДАННЫХ У ПАЦИЕНТА С АГ

Расспросить пациента о:

- соблюдении диеты, режиме питания;
- физических нагрузках в течение дня;
- проводимом лечении – приеме АГП;
- давности и кратности проведения анализов крови (общий анализ крови, холестерин, АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза, мочевая кислота) и мочи;
- умении самостоятельного измерение АД (наличие тонометра);
- ведении дневника самоконтроля;
- посещении в прошлом и в настоящее время «Школы пациента»;
- развитии в прошлом гипертонического криза, их причинах и симптомах;
- умении оказывать самопомощь;
- Оценить навыки самоконтроля и наличие книжки самоконтроля пациента;
- сопутствующих заболеваниях (сахарного диабета, ожирении);
- жалобах пациента в момент осмотра.

Дополнительно оценить:

- Уровень образования;
- Наличие или отсутствие поддержки семьи;
- Режим дня;
- Спросить пациента об опасениях и страхах по поводу контроля АГ.

Сбор данных поможет определить барьеры для достижения контроля гипертонии у пациентов.

РАЗДЕЛ III

ЭТАП II СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА И ВЫСТАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА

На основе данных, собранных на этапе оценки состояния пациента (субъективные и объективные данные), медсестра должна определить проблемы пациента и выставить сестринский диагноз. Это поможет правильно организовать уход и выявить возможные осложнения, которые требуют внимания.

Проблема пациента с артериальной гипертензией может быть связана с несколькими аспектами здоровья, включая контроль давления, управление симптомами и предотвращение осложнений. Проблемы могут быть как физическими, так и эмоциональными. Важно также учитывать влияние гипертензии на качество жизни пациента.

Проблемы, которые могут быть выявлены у пациента с АГ:

- Недостаточный контроль уровня артериального давления.
- Нарушение самоконтроля за состоянием здоровья (недостаточная осведомленность о необходимости контроля давления, соблюдения режима лечения и изменения образа жизни).
- Психоэмоциональные проблемы, связанные с заболеванием (тревога, стресс, страх перед осложнениями).
- Риск развития сердечно-сосудистых осложнений, инфаркт миокарда, инсульт.

Выставление сестринского диагноза

Сестринский диагноз основывается на проблемах пациента, выявленных в ходе оценки состояния. Это описание проблемы пациента с учетом данных, собранных медсестрой, а также возможных причин и факторов, влияющих на состояние пациента.

| Проблема пациента | Причина | Цель |
|---|---|---|
| Нарушение самоконтроля уровня артериального давления, связанное с неинформированностью о заболевании, рисках и методах лечения. | Недостаточная информация о важности контроля АД и соблюдения назначения врача. | Обучить пациента методам самоконтроля, информировать о заболевании, научить его отслеживать уровень АД (терапевтическое обучение). |
| Риск развития осложнений (сердечно-сосудистых заболеваний) | Повышенное АД, наличие факторов риска (курение, возраст, ИМТ, наследственность и т.д.). | Минимизировать риски сердечно-сосудистых заболеваний путем контроля АД, соблюдения рекомендаций по питанию и физической активности. |
| Нарушение режима питания (чрезмерное потребление соли и жиров, нарушение диетического режима), что способствует повышению артериального давления. | Неправильное питание | Обучить пациента принципам правильного питания, снизить потребление соли, жиров и алкоголя. |

РАЗДЕЛ IV

ЭТАП III СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

ПЛАНИРОВАНИЕ И ЦЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Планирование сестринского процесса при АГ зависит от сестринского диагноза.

Цель планирования - достижение желаемых результатов в зависимости от выявленных проблем:

- Достижение целевого уровня АД;
- Соблюдение рационального питания;
- Планирование физических нагрузок;
- Научить пациента приспосабливаться к хроническому заболеванию;
- Научить проводить самоконтроль;
- Понимание течения болезни и ее лечения;
- Предотвращение развития поражения органов мишеней;
- Предотвращение/сведение к минимуму сердечно-сосудистых и системных осложнений.
- Начало модификации (изменения) образа жизни/поведения.

Основные цели для пациента могут включать оптимальный контроль уровня АД, способность выполнять навыки самоконтроля при АГ и заниматься самообслуживанием, снижение беспокойства, снижение веса при ожирении и отсутствие осложнений.

РАЗДЕЛ V

ЭТАП IV СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Цель сестринского вмешательства – направлен на реализацию планов, разработанных на предыдущем этапе, с целью достижения поставленных целей и решения проблем пациента Н: максимальное уменьшение общего риска ССЗ.

Основные цели сестринских вмешательств:

Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и летальности: вмешательства должны быть направлены на уменьшение факторов риска, таких как гипертония, нарушение питания, стрессы, гиподинамия, курение и другие.

Коррекция самоконтроля: пациент должен быть обучен правильному самоконтролю уровня артериального давления.

Коррекция питания: медсестра должна предоставить пациенту рекомендации по снижению потребления соли и жиров, а также по организации сбалансированного питания и разработать рекомендации по физической активности.

Мониторинг и контроль: регулярный мониторинг артериального давления и других жизненных показателей пациента (например, пульса, массы тела), контроль за приемом назначенных медикаментов (гипотензивных препаратов), обеспечение пациента знаниями о побочных эффектах и о том, как правильно их принимать.

Важно! При консультировании и обучении населения/пациентов использовать программы терапевтического обучения/школы пациентов

Изменения образа жизни

Изменение ОЖ является ключевым элементом лечения ГБ и высокого нормального АД. Исследования показали, что у лиц, ведущих здоровый образ жизни артериальное давление примерно на 4-5 мм рт. ст. ниже, чем у пациентов, не соблюдающих рекомендации по модификации ОЖ (независимо от генетической предрасположенности к ГБ).

Немедикаментозные методы лечения ГБ 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. Однако они не должны влиять на решение о назначении лекарственной терапии пациентам с ПОМ или с высоким ССР.

Рекомендуемые меры по изменению ОЖ, которые достоверно снижают АД, включают ограничение употребления соли и алкоголя, увеличение потребления калия, овощей и фруктов (диета DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)), снижение массы тела и поддержание идеального веса, а также регулярные физические нагрузки и отказ от курения. Предоставление пациенту письменной информации и устное консультирование должны быть отражены в медицинской карте.

Основным недостатком мероприятий по модификации ОЖ является низкая к ним приверженность. Отчасти это является результатом того, что пациентам трудно постоянно придерживаться образа жизни, который может мешать рабочим или бытовым привычкам и потребностям.

Обратите внимание!

✓ Немедикаментозное лечение должно быть рекомендовано всем пациентам с ГБ, включая тех, кто нуждается в лекарственной терапии. Изменение ОЖ является ключевым элементом не только лечения ГБ, но и первичной профилактики ГБ у пациентов с высоким нормальным АД и/или имеющих ФР.

1. Снижение массы тела

Чрезмерная прибавка массы тела ассоциируется с развитием АГ, а ее нормализация способствует снижению АД. Таким образом, ключевой рекомендацией является умеренная потеря веса, и в идеале она должна быть достигнута за счет сочетания низкокалорийной диеты и физических упражнений.

Здоровым лицам моложе 60 лет рекомендуется поддерживать вес в пределах показателей индекса массы тела (ИМТ) 20–25 кг/м² (у пожилых людей допускаются более высокие уровни ИМТ ввиду риска развития саркопении); окружность талии – в пределах <94 см (у мужчин) и <80 см (у женщин) для предупреждения развития ГБ, а у больных ГБ – для снижения АД. Снижение веса также может способствовать повышению эффективности АГП и улучшению профиля факторов ССР. Подход к снижению массы тела должен быть мультидисциплинарным и включать консультации диетолога, регулярные физические упражнения и мотивационные консультации. Довольно частой проблемой является цикличность веса (последовательная потеря и набор массы тела), что может отрицательно сказаться на АД, ССР и метаболическом профиле пациентов. Снижению массы тела может также способствовать прием некоторых лекарственных препаратов и бariatрическая хирургия (при выраженному ожирении).

2. Ограничение употребления соли

Избыточное потребление соли может играть существенную неблагоприятную роль в развитии рефрактерной АГ. Стандартное потребление соли во многих странах составляет от 9 до 12 г/сутки (80% потребляемой соли приходится на так называемую «скрытую соль»). Следует отметить, что уровень потребления соли в КР существенно превышает вышеуказанные значения и составляет 17,2 г/сут.

Уменьшение потребления соли до 5 г/сутки у пациентов АГ ведет к снижению САД на 4–5 мм рт. ст. Влияние ограничения натрия более выражено у пациентов пожилого и старческого возраста, у пациентов с СД, метаболическим синдромом и ХБП. У пациентов, получающих АГТ, эффективное ограничение употребления соли может способствовать уменьшению числа или дозы лекарственных препаратов, необходимых для контроля АД.

3. Увеличение потребления калия с пищей

Хорошими источниками диетического калия являются фрукты и овощи, а также нежирные молочные продукты, рыба и мясо, орехи и соевые продукты. Четыре–пять порций фруктов и овощей обычно содержат от 1500 до >3000 мг калия. Этого можно достичь с помощью диеты DASH с высоким содержанием калия.

4. Повышение физической активности

По данным эпидемиологических исследований, регулярные физические упражнения могут быть эффективны как для предупреждения, так и для терапии АГ, а также для уменьшения ССР и смертности. Рекомендуемый минимальный уровень физической активности (150 мин в неделю) снижает риск развития АГ на 6%. А у больных ГБ именно упражнения на выносливость (быстрая ходьба, степ-аэробика, медленный бег и бег) в большей степени способствуют снижению АД (на 8,3/5,2 мм рт. ст.). Что касается интенсивности упражнений, то для профилактики и лечения ГБ рекомендуются аэробные упражнения умеренной интенсивности (40–60% резерва ЧСС), хотя нужно принимать во внимание, что многие пациенты с ГБ имеют различные сопутствующие заболевания, а у лиц старшего возраста может быть ограничена функциональная способность.

5. Умеренное употребление алкоголя

Существует доказанная положительная линейная зависимость между употреблением алкоголя, уровнем АД, распространённостью АГ и риском ССЗ. Предыдущие данные наблюдений свидетельствовали о снижении ССЗ (ИБС) при малом употреблении алкоголя, однако этот потенциальный кардиозащитный эффект в значительной степени был обусловлен тем, что пациенты с ИБС придерживались более здорового ОЖ, и указанный «протективный»

эффект алкоголя ослаблялся после полной корректировки сопутствующих факторов.

6. Отказ от курения

Распространенность курения в КР составляет около 25%. Курение является важнейшим ФР ССЗ и онкологических заболеваний и в отношении общего вклада в развитие заболеваний курение уступает по значимости только АД, а прекращение курения, вероятно, является самой эффективной мерой по предотвращению ССЗ, включая инсульт, ИМ и заболевания периферических артерий. Пассивное курение тоже негативно влияет на состояние здоровья. Таким образом, необходимо оценивать анамнез курения у всех пациентов, а курильщиков следует консультировать по вопросам прекращения курения.

В последние десятилетия курение кальяна и электронных сигарет превратилось в основную и быстро растущую альтернативу традиционному курению табака. Недавние мета-анализы показали, что эти «так называемые более безопасные» альтернативы резко повышают АД, ЧСС, а также могут быть связаны с повышенным риском ССЗ.

7. Другие диетические вмешательства

Пациентам с ГБ необходимо рекомендовать здоровую сбалансированную диету, содержащую овощи, свежие фрукты, молочные продукты с низким содержанием жиров, цельнозерновые продукты, рыбу и ненасыщенные жирные кислоты (особенно оливковое масло), с ограничением употребления мяса и насыщенных жирных кислот. Наиболее хорошо зарекомендовавшими себя диетическими вмешательствами для снижения АД являются диета DASH и средиземноморская диета, при этом диета DASH более эффективна.

Ранее сообщалось, что кофе оказывает умеренное кратковременное вазопрессорное действие, но недавние исследования показали, что его умеренное регулярное потребление не оказывает неблагоприятного влияния на АД и сердечно-сосудистую систему.

Регулярное употребление сладких напитков приводит к прибавке веса, метаболического синдрома, СД 2 типа и повышению ССР. Употребление таких напитков должно быть ограничено.

8. Влияние повышенного стресса

Повышенный стресс и тревога связаны с повышенным риском АГ и ССЗ. На фоне дистресса пациентов с ГБ может отмечаться острое повышение АД с последующей его нормализацией после снижения уровня тревоги. Острое травматическое расстройство тоже ассоциировано с повышенным риском АГ. Медитация и контроль дыхания с помощью, например, йоги, считаются одними из лучших мер по снижению стресса для снижения АД, хотя их эффективность ниже по сравнению с основными вмешательствами в образ жизни.

9. Воздействие шума и загрязнения воздуха

Воздействие шума и загрязнение воздуха идентифицированы как факторы риска развития АГ и ПОМ. Загрязнение воздуха представляет собой сложную смесь газообразных компонентов и твердых частиц, а воздействие шума в основном связано с транспортом. Клинические и экспериментальные исследования доказали, что эти два фактора могут иметь общие механизмы, приводящие в конечном итоге к воспалению сосудов и эндотелиальной дисфункции, результатом чего является повышение АД. Устранение шума и загрязнения воздуха приводит к снижению АД, подтверждая их причинно-следственную связь.

Снижение уровня транспортного шума и загрязнения воздуха являются важными мерами общей политики в области здравоохранения в глобальном и национальном контексте и могут внести важный вклад в улучшение контроля АД и ССЗ. На индивидуальном уровне возможности избежать вредных воздействий окружающей среды, очевидно, ограничены. Тем не менее, пациенты с ГБ могут уменьшить воздействие загрязнения воздуха, изменив место, время и тип мероприятий на свежем воздухе, а также могут попытаться уменьшить воздействие шума и загрязнения воздуха в помещении.

| Ключевые рекомендации | Класс | Уровень |
|--|--------------|----------------|
| Пациентам с повышенным АД и избыточной массой тела или ожирением рекомендуется снижение веса для снижения АД и улучшения сердечно-сосудистых исходов. | I | A |
| Рекомендовано ограничение употребления поваренной соли до <5 г/сут (~2г натрия/сутки). | I | B |
| Для лиц с повышенным потреблением поваренной соли рекомендованы соли, заменяющие часть NaCl на KCl. | I | A |
| Рекомендовано повышение потребления калия, предпочтительно путем модификации диеты, за исключением пациентов с поздней стадией хронической болезни почек. | I | B |
| Пациентам с повышенным АД показана ежедневная физическая активность. Рекомендованы аэробные упражнения средней интенсивности (не менее 150–300 минут в неделю) или высокой интенсивности (75–150 минут в неделю) или эквивалентная их комбинация. Рекомендуется сократить «сидячее» время. Добавление динамических силовых тренировок (2-3 раза в неделю). | I | B |
| Пациенты с ГБ, которые употребляют алкоголь (более 3 порций* алкоголя в день), должны быть проинформированы о том, что сокращение потребления алкоголя, близкое к воздержанию, снизит их уровень АД. | I | B |
| Алкоголь не следует рекомендовать для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку предыдущие исследования, связывающие умеренное потребление алкоголя со снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний ошибочны. | III | B |
| Рекомендуется избегать чрезмерного употребления алкоголя в связи с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, особенно геморрагического инсульта и внезапной смерти. | III | B |
| Рекомендуются прекращение курения, психологическая поддержка и выполнение программ по прекращению курения | I | B |
| Рекомендовано увеличить употребление овощей, фруктов, бобовых, орехов, семян, ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло), а среди мясных продуктов – рыбу и птицу. Следует ограничить употребление жирного мяса, жирных молочных продуктов, сахара, подслащенных напитков и сладостей. В целом рекомендовано здоровое питание с увеличением растительной пищи и уменьшением продуктов животного происхождения. | I | B |

Примечание: * – одна порция алкоголя соответствует 350 мл обычного пива (содержащего 5% алкоголя), или 150 мл вина (содержащего 12% спирта).

Алгоритм ведения больных с гипертонической болезнью для врачей и медицинских сестёр ПМСП

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ для врачей, медицинских сестер ПМСП и фармацевтов

| |
|---|
| Когда измерять артериальное давление? |
| Во время любого визита в учреждения ПМСП |
| Кому измерять артериальное давление? Всем пациентам старше 18 лет |
| Как часто измерять артериальное давление? При первом приеме – у всех пациентов. При каждом приеме – у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями |
| Как правильно измерять артериальное давление? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Использовать подходящий размер манжеты • При первичном измерении определить АД на обеих руках, далее измеряют на той руке, где давление было выше. • Выполнить не менее 2x измерений, при разнице АД более 10 мм рт. ст. провести дополнительное третье измерение, использовать среднее из 2 последних измерений. • Измерять давление пациенту в положении сидя, опираясь на спинку стула, с нескрещенными ногами, в покое после 15 минут отдыха • Во время измерения пациенту не следует разговаривать |
| Критерии АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ): |
| Если цифры САД ≥ 140 или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. были зафиксированы 2 раза в разные дни |
| Если цифры САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110 мм рт.ст. были зафиксированы 1 раз |
| При доступности – подтвердить наличие АГ внеофтальмическим измерением АД (СМАД, ДМАД) |

| КЛАССИФИКАЦИЯ ГБ И ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА | | | | | |
|--|---|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Стадия ГБ | Другие факторы риска, ПОМ или заболевания | АД, мм рт. ст. | Степень 1 САД 140–159 ДАД 90–99 | Степень 2 САД 160–179 ДАД 100–109 | Степень 3 САД ≥ 180 ДАД ≥ 110 |
| Стадия I (неосложненная) | Нет ФР | Низкий риск | Низкий риск | Умеренный риск | Высокий риск |
| | 1–2 ФР | Низкий риск | Умеренный риск | Умеренный/высокий риск | Высокий риск |
| | ≥ 3 ФР | Низкий/умеренный риск | Умеренный/Высокий риск | Высокий риск | Высокий риск |
| Стадия II (бессимптомная) | ПОМ, ХБП 3 ст или ИСД | Умеренный/высокий риск | Высокий риск | Высокий риск | Высокий/очень высокий риск |
| Стадия III (остсложненная) | Установленные ССЗ или ХБП ≥ 4 ст | Очень высокий риск | Очень высокий риск | Очень высокий риск | Очень высокий риск |

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА У ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ С ГБ
При ГБ I стадии и/или при первичном осмотре пациента (при отсутствии результатов обследований) оценка ССР может быть проведена с использованием шкал (SCORE или SCORE-2-OP или Номограммы ВОЗ)

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ГБ

1. Основные факторы риска (ФР)

- Мужской пол,
- Возраст (мужчины >55 лет, женщины >65 лет),
- Курение,
- Дислипидемия (ОХ>4,9 ммоль/л и/или ЛПНП >3,0 ммоль/л, и/или ЛПВП мужчины <1,0 ммоль/л, женщины <1,2 ммоль/л, и/или ТГ >1,7 ммоль/л)
- Повышенный уровень мочевой кислоты (≥ 420 мкмоль)
- Глюкоза в плазме натощак 5,6–6,9 ммоль/л или нарушение толерантности к углеводам
- Ожирение, ИМТ ≥ 30 кг/ m^2 , Абдоминальное ожирение (ОТ у мужчин ≥ 94 см, у женщин ≥ 88 см)
- Преждевременные ССЗ в семье (мужчины в возрасте <55 лет, женщины в возрасте <65 лет)
- Ранняя менопауза (до 45 лет)
- Низкий уровень дохода и психосоциальные факторы
- ЧСС более 80 уд/мин

2. Поражение органов-мишеней (ПОМ)

- ЭКГ и/или Эхо-КГ признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ)
- Микроальбуминурия (30-300 мг/сут)
- Умеренная ХБП С3, рСКФ 30–59 мл/мин/1,73 м m^2
- Лодыжечно-плечевой индекс <0,9
- Повышенная жесткость крупных артерий: пульсовое давление (у пожилых) ≥ 60 мм рт. ст;
- Наличие атероматозной бляшки менее 50%
- Выраженная ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек диска зрительного нерва

- #### 3. Сахарный диабет:
- Глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л и/или гликогемоглобин (HbA1c) $\geq 6,5\%$ и/или глюкоза плазмы после нагрузки $\geq 11,1$ ммоль/л

4. Установленные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), включая хроническую болезнь почек (ХБП)

- Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака
- Ишемическая болезнь сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация миокарда
- Наличие гемодинамически значимой атероматозной бляшки (или многососудистого поражения)
- Сердечная недостаточность, в том числе сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса
- Заболевание периферических артерий
- Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия)
- Тяжелая альбуминурия >300 мг/сут
- Тяжелая ХБП С4-С5, рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м m^2

СОПУТСТВУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГБ:

СТАТИНЫ: пациентам с ГБ с высоким/очень высоким риском ССЗ для достижения целевых показателей холестерина ЛПНП:
 - у пациентов с высоким риском: ниже 1,8 ммоль/л
 - у пациентов с очень высоким риском: ниже 1,4 ммоль/л

АСПИРИН: для вторичной профилактики ССЗ у пациентов с ГБ (при наличии ИБС и/или при стенозе периферических артерий более 50% или при многососудистом поражении)

ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ГБ:

указать стадию ГБ, степень АГ, категорию риска, целевой уровень АД (и успешность его достижения), изменяемые ФР, ПОМ, ССЗ, ХБП.
Примеры:

- «Гипертоническая болезнь I стадии, 2 степени, высокого риска, целевой уровень АД 120-130/70-80 мм рт. ст. (целевой уровень АД достигнут). Дислипидемия. Ожирение I степени»
- «Изолированная систолическая артериальная гипертензия, II стадии, 2 степени, высокого риска, целевой уровень АД 140-150/70-80 мм рт. ст. (целевой уровень АД достигнут). ХБП С3А2»
- «Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска, целевой уровень АД 120-130/70-80 мм рт. ст. (целевой уровень АД не достигнут). Гипертоническое сердце. СНФК III. ХБП С4АЗ»

СКРИНИНГ ВСЕХ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ!

НАЧНИТЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90

(у пациентов с ССЗ, ХБП, СД – при АД $\geq 130/80$), не дожидаясь результатов обследования,

ЦЕЛЕВЫЕ УРОВНИ АД: 120-140/70-80 (120-130/70-80 у большинства пациентов при хорошей переносимости)

Старт с ДВОЙНОЙ КОМБИНАЦИИ у большинства пациентов
Один раз в день, предпочтительно утром и в виде фиксированной комбинации

Старт с монотерапии только у:

- пациентов низкого риска с АД $< 150/95$
- у больных с ССЗ, ХБП, СД при АД $\geq 130/80$
- в пожилых и ослабленных пациентов

Наблюдение:

1. **Первый год:** достижение (первые 3 мес) и поддержание целевого уровня АД ($< 130/80$ при хорошей переносимости): функции врача

2. **Долгосрочное наблюдение:** ежегодные визиты (или чаще) с оценкой контроля АГ и титрацией дозы АГТ (при необходимости): может осуществляться обученными медсестрами или фармацевтами у пациентов с невысоким ССР. При высоком ССР – наблюдение врача

1 начальные дозы комбинации из ДВУХ препаратов иАПФ/БРА + БКК ИЛИ иАПФ/БРА + Т/ТП диуретик

ЕСЛИ ОСТАЕТСЯ ≥ 140 или ≥ 90
УВЕЛИЧИТЬ до полной дозы иАПФ/БРА

ЕСЛИ ОСТАЕТСЯ ≥ 140 или ≥ 90
УВЕЛИЧИТЬ до полной дозы второй препарат (БКК или Т/ТП диуретик) **Контроль у 60%**

ЕСЛИ ОСТАЕТСЯ ≥ 140 или ≥ 90
назначить комбинацию из ТРЕХ препаратов иАПФ/БРА + БКК + Т/ТП диуретик **Контроль у 90%**

ЕСЛИ ОСТАЕТСЯ ≥ 140 или ≥ 90
ПРОВЕРИТЬ, регулярно ли и правильно ли пациент принимает препараты; **ЕСЛИ ДА** - направить к специалисту

ББ могут быть использованы как монотерапия или на любом уровне комбинированной терапии при наличии показаний

Дополнительные классы препаратов (по показаниям):

БМР, Петлевые диуретики, Альфа-блокаторы, Вазодилататоры, Препараты центрального действия, АРНИ, иSGLT2 (глифлозины)

Данный алгоритм лечения противопоказан беременным или женщинам, планирующим беременность (ИАПФ и БРА противопоказаны при беременности)

Оценка АД через 2-4 недели, если достигнут целевой уровень АД – повторный осмотр через 3-6 месяцев

| Группы препаратов | Представители | Начальная доза (назначает врач) | Кратность приема | Увеличение дозы (врач/медсестра/фармацевт) | Противопоказания |
|------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------------|--|---|
| иАПФ | Лизиноприл | 10 мг | 1 раз | 20 мг | – Беременность |
| | Рамиприл | 5 мг | 1 раз | 10 мг | – Ангионевротический отек в анамнезе |
| | Перинаприл | 4-5 мг | 1 раз | 8-10 мг | – Гиперкалиемия (калий >5,5 ммоль/л) |
| | Эналаприл | 10 мг | 2 раза | 20 мг | – Двусторонний стеноз почечных артерий |
| БРА | Лозартан | 25 мг | 2 раза | 50 мг | – Женщины детородного возраста, не получающие адекватную контрацепцию |
| | Кандесартан | 8 мг | 1 раз | 16-32 мг | |
| | Телмисартан | 40 мг | 1 раз | 80 мг | |
| | Валсартан | 80 мг | 1 раз | 160 мг | |
| | Азилсартан | 40 мг | 1 раз | 80 мг | |
| БКК | Амлодипин | 5 мг | 1 раз | 10 мг | – Тахикардия |
| | Леркандиндипин | | | | – Сердечная недостаточность (СНиФВ, класс III-IV) |
| | Цилиндипин | | | | – предшествующий тяжелый отек нижних конечностей |
| Диуретики (Т/Тп) | Индапамид | 1,25 мг | 1 раз | 2,5 мг | – Подагра |
| | Гидрохлортиазид | 12,5 мг | 1 раз | 25 мг | – Беременность |
| Бета-адreno-блокаторы | Бисопролол | 2,5 мг | 1 раз | 5 мг | – Бронхиальная астма |
| | Небиволол | 2,5 мг | 1 раз | 5 мг | – Синоатриальная или атриовентрикулярная блокада высокой степени |
| | Карведилол | 12,5 мг | 2 раза | 25 мг | – Bradикардия (ЧСС <60 в мин) – тяжелая ХОБЛ III-IV ст |

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ДЛЯ ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ

| | | |
|--|---|--|
| Прекратить употребление любого табака (сигареты, кальян, насыпь, электронные сигареты) | Избегать воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) | Воздержаться от приема алкоголя |
| Снизить массу тела до нормы | Пища с низким содержанием поваренной соли (менее 5 г/сутки – 1 ч.ложка) | Употребление овощей/фруктов ≥ 5 порций в день (400-500 граммов) |
| Избегать употребления сладкого (газированные напитки, кондитерские изделия и др.) | Употреблять полезные масла (оливковое, подсолнечное масло) | Употреблять рыбу 2 и более раз в неделю |
| Повысить уровень физической активности 30 минут в день, 5 дней в нед | Ограничить употребление жиров животного происхождения, заменить красное мясо на белое | Употреблять продукты, богатые калием |

Сокращения: АД – артериальное давление, АГ – артериальная гипертензия, АГТ – антигипертензивная терапия, САД – систолическое артериальное давление, СМАД – суточное мониторирование, ДМАД – домашнее мониторирование АД; ДАД – диастолическое артериальное давление; ПМСП – первичная медико-санитарная помощь, БКК – блокатор кальциевых каналов, БРА – блокатор рецепторов ангиотензина, иАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, Т/Тп – тиазидный/тиазидоподобный, БМР – блокаторы минералокортикоидных рецепторов, ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь почек, СНиФВ – сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса, ЧСС – частота сердечных сокращений, иSGLT2 – ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа; ПОМ – поражение органов мишени; СД – сахарный диабет; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ССР – сердечно-сосудистый риск, ФР – факторы риска; ХБП – хроническая болезнь почек.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ КРИЗАМИ (ГК) для врачей и медицинских сестер ПМСП

Гипертензивный криз

- это состояние при котором отмечается выраженное повышение артериального давления от исходного уровня (как правило выше 200/120 мм рт.ст.), сопровождающееся появлением клинических симптомов нарушения регионального кровообращения (мозгового, коронарного или почечного) или развитием осложнений

ТИПЫ КРИЗОВ



Осложненный

- инсульт
- инфаркт
- отек легких
- эклампсия
- острая почечная недостаточность
- криз при феохромоцитоме
- обильное носовое кровотечение

Неосложненный

- Резкое повышение артериального давления с развитием общих симптомов, но без осложнений

Причины гипертензивного криза

- Нелеченая артериальная гипертензия
- Самостоятельная отмена антигипертензивной терапии
- Прием большого количества соли
- Интенсивное курение
- Злоупотребление алкоголем и кофеин-содержащими напитками
- Прием некоторых лекарств (гормоны, нестероидные противовоспалительные препараты)
- Изменение метеорологических условий

Симптомы гипертензивного криза

- резкое начало (артериальное давление как правило выше 200/120 мм рт.ст.)
- головная боль, тошнота, рвота
- чаще двигательное беспокойство, тревога, возбуждение, трепет, сердцебиение, чувство страха, перебои в работе сердца
- иногда сонливость, оглушенность

Симптомы "тревоги"

- боль в грудной клетке
- одышка, затрудненное дыхание
- перебои в работе сердца
- нарушение речи, глотания, парез или плегия (паралич) конечностей
- резкое ухудшение зрения
- отсутствие или резкое уменьшение мочи в течение суток или более
- **ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМОВ "ТРЕВОГИ" ДАТЬ КАПТОПРИЛ 12,5-25 МГ И НЕМЕДЛЕННО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА**

Измерить АД и оценить наличие общих симптомов



Оценить наличие симптомов «тревоги»

ЕСТЬ

НЕТ

Дать каптоприл 12,5-25 мг
перорально и немедленно
госпитализировать пациента

Дать каптоприл 12,5-25 мг
ИЛИ моксонидин 0,2 мг

**ОЦЕНİТЬ ЭФФЕКТ ЧЕРЕЗ
60 МИНУТ**

Есть эффект

Нет эффекта

Дать нифедипин-ретард 20 мг
(категорически запрещается
использовать короткодействующий)

После снижения АД – осмотр семейного врача в этот же день для
коррекции лечения

| Лекарственныи препарат | Начало действия | Длительность действия | Доза | Противопоказания, побочные эффекты |
|---------------------------|--------------------|--------------------------|--|---|
| Нифедипин-ретард 20 мг | 20 минут | 2-5 часов | По 20 мг 2 раза в день | Острый коронарный синдром, выраженный аортальный стеноз, аритмии, тяжелая сердечная недостаточность |
| Каптоприл | 15-20 минут | 3 часа | 12,5-25 мг сублингвально, далее по 12,5-25 мг 3-4 раза в день | Беременность, лактация, повышенная чувствительность к каптоприлу, отек Квинке, двухсторонний стеноз почечных артерий |
| Моксонидин | 30-60 минут | 2,5 часа | 0,2 мг сублингвально Далее по 0,2-0,4 мг 1-2 раза в день (макс суточная доза 0,6мг) | Брадикария, синдром слабости синусового узла, AV-блокада II, III степени, депрессия, повышенная чувствительность к препарату, печеночная, почечная недостаточность, тяжелая сердечная недостаточность |
| Фуросемид | 30-60 минут | 1,5-2,5 часа | 40-80 мг внутрь ИЛИ в/м ИЛИ в/в | Гипокалиемия, гипертрофическая кардиомиопатия с выраженной обструкцией выходного тракта, судороги |

РАЗДЕЛ VI

ЭТАП V СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ОЦЕНКА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

По окончании курса лечения ожидается достижение следующих результатов:

- Поддерживайте **артериальное давление на уровне ниже 140/90 мм рт.ст.** с помощью модификации образа жизни, регулярному приему лекарств или и того, и другого.
- Отсутствие признаков стенокардии, сердцебиения или изменения зрения.
- Имеет стабильный уровень холестерина, глюкозы, мочевины и креатина в сыворотке.
- Придерживается диетического режима в соответствии с предписаниями.
- Регулярно выполняет физическую активность.
- **Принимает лекарства** согласно назначению и сообщает о побочных эффектах.
- Регулярно измеряет артериальное давление в домашних условиях.
- Воздерживается от употребления табака и алкоголя.
- Нет признаков осложнений.

Литература

1. Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 785 от 18. 07. 2024г.
2. Yang B-Y, Qian Z, Howard SW, Vaughn MG, Fan S-J, Liu K-K, et al. Global association between ambient air pollution and blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Environ Pollut 2018; 235:576–588.
3. Kreutz R, Dobrowolski P, Prejbisz A, Algharably EAE, Bilo G, Creutzig F, et al. Lifestyle, psychological, socioeconomic and environmental factors and their impact on hypertension during the coronavirus disease 2019 pandemic. J Hypertens 2021; 39:1077–1089.
4. Kreutz R, Abd el-Hady Algharably E. Blood Pressure Control. In: Offermanns, S., Rosenthal, W., editors. Encyclopedia of Molecular Pharmacology. Cham: Springer International Publishing; 2021. pp. 317–322.
5. Li J, Zhao F, Wang Y, Chen J, Tao J, Tian G, et al. Gut microbiota dysbiosis contributes to the development of hypertension. Microbiome 2017; 5:1–19.26. Griendling KK, Camargo LL, Rios FJ, Alves-Lopes R, Montezano AC, Touyz RM. Oxidative Stress and Hypertension. Circ Res 2021; 128:993–1020.
6. Коэн, Дж. Б. (2017). Гипертония при ожирении и влияние потери веса . Текущие кардиологические сводки , 19 (10), 1-8.
7. Доенгес, М. Е., Мурхаус, М. Ф., и Мурр, А. С. (2016). Карманный справочник медсестры: диагнозы, приоритетные вмешательства и обоснования . Ф.А. Дэвис.
8. Гуланик, М., и Майерс, Дж. Л. (2016). Планы сестринского ухода: диагнозы, вмешательства и результаты . Эльзевир Науки о здоровье.
9. Гамильтон, Джорджия (2003). Измерение приверженности в клиническом испытании гипертонии . Европейский журнал ухода за сердечно-сосудистыми заболеваниями , 2 (3), 219-228.
10. Хонг, WHS (2010). Доказательная сестринская практика для укрепления здоровья взрослых с артериальной гипертензией: обзор литературы . Asian Nursing Research , 4 (4), 227-245.
11. Джонсон, Ф., и Уордл, Дж. (2011). Связь между потерей веса и участием в веб-дневнике питания и упражнений в рамках коммерческой программы по снижению веса: ретроспективный анализ . Международный журнал поведенческого питания и физической активности , 8 (1), 1–7.
12. Юлиус, С., Валентини, М., и Палатини, П. (2000). Избыточный вес и гипертония: улица с двусторонним движением? . Гипертония , 35 (3), 807-813.