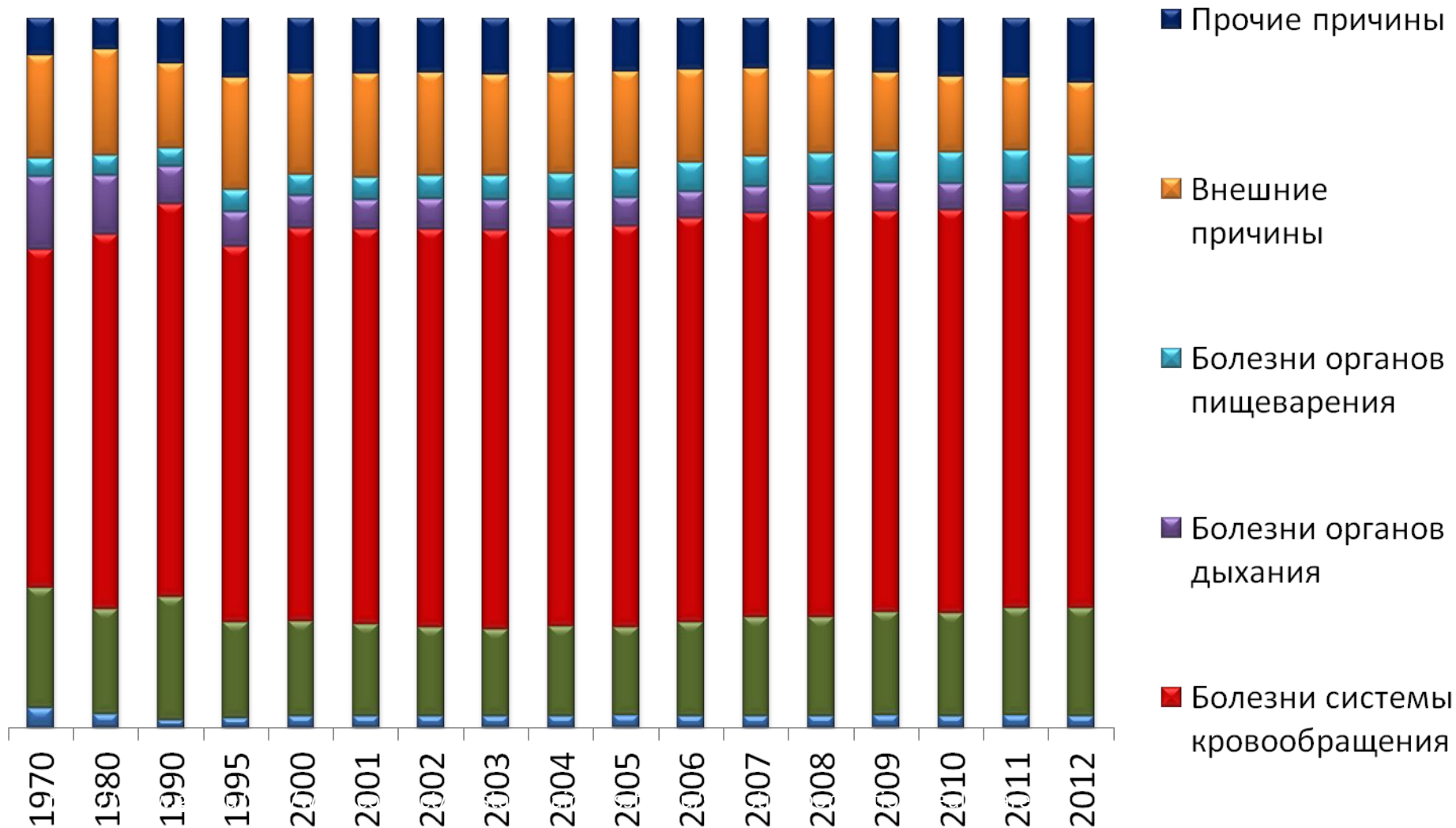


Артериальные
гипертензии: ведение
пациентов на
амбулаторном этапе.

Кафедра поликлинической терапии с
курсом медицинской реабилитации, к.м.
и. Цвишгер С.М.

Болезни системы кровообращения – ведущая причина смертности в России



Целевые ориентиры по России



Снижение смертности от болезней системы кровообращения на 13,7%

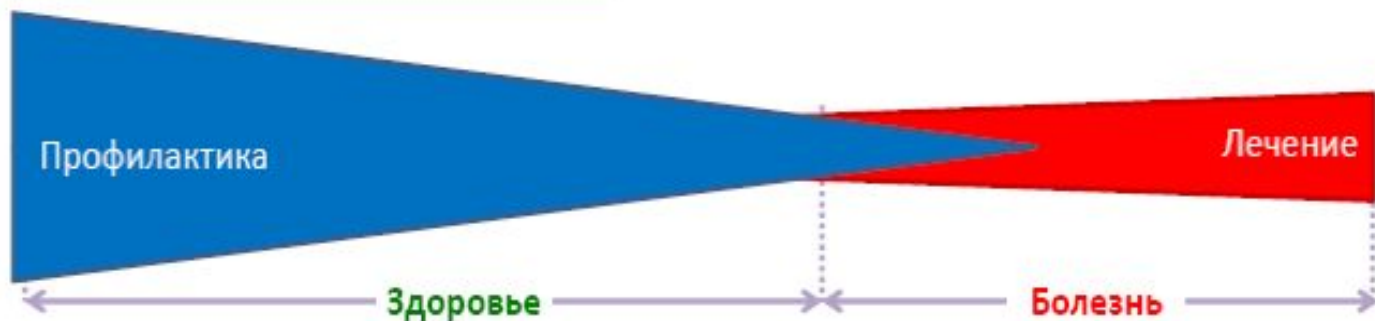
ОЭСР – организация, объединяющая 30 стран – прежде всего является форумом, в рамках которого правительства стран-членов имеют возможность обсуждать, разрабатывать и совершенствовать экономическую и социальную политику.

Смещение акцента в здравоохранении на профилактику

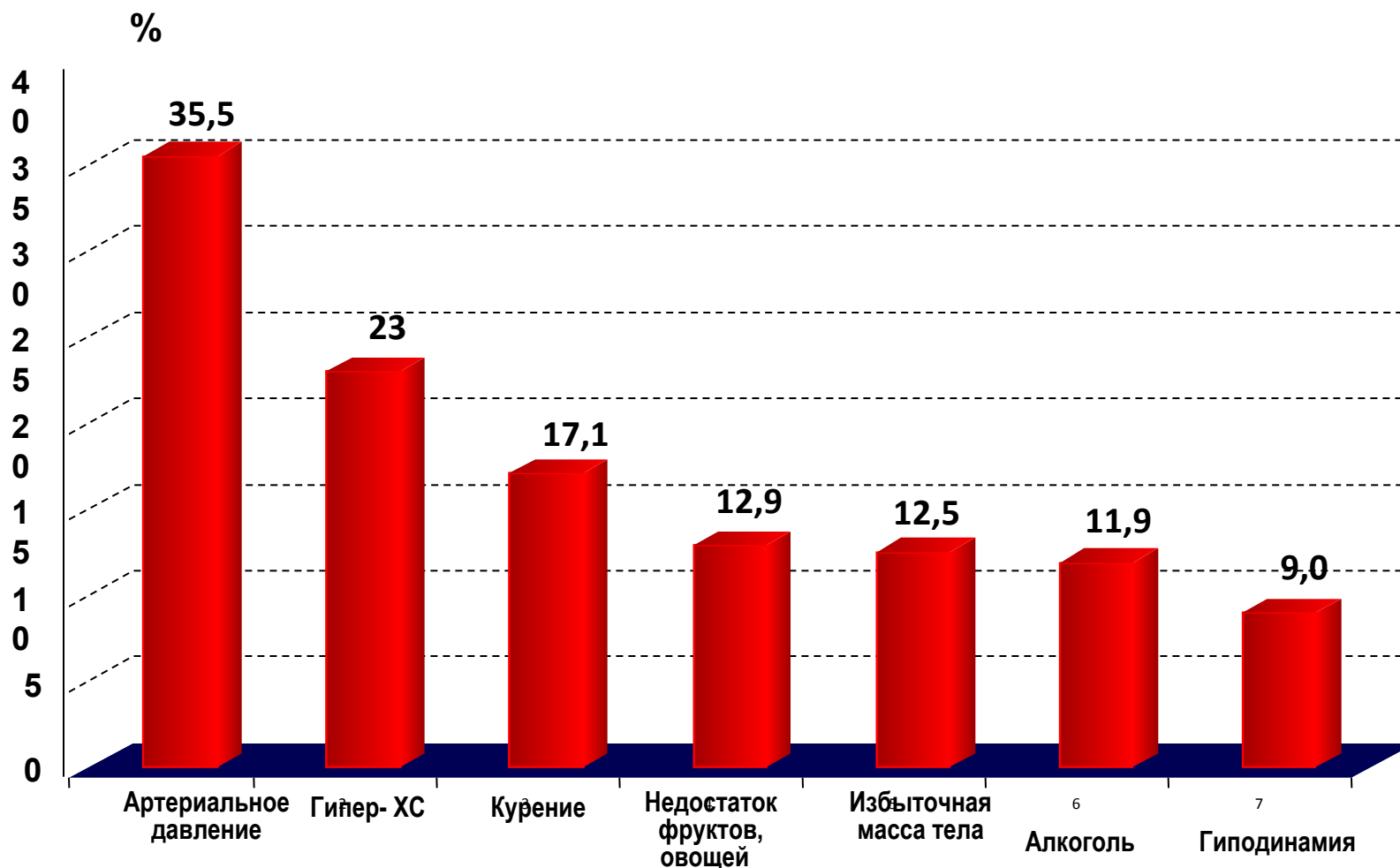
Современная система здравоохранения:



Система здравоохранения будущего:



ВКЛАД 7 ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СМЕРТНОСТЬ (РОССИЯ)



Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний

Фактор риска	% выявления от числа завершивших диспансеризацию*	% выявления в 1-м полугодии 2014 года Забайкальский край край
Потребление табака	21,6	22
Повышенное артериальное давление	23,7	12,9
Избыточная масса тела	22,4	-
Ожирение	12,4	11,6
Гиперхолестеринемия, дислипидемия	15,1	5
Гипергликемия	5,1	2,5
Недостаточная физическая активность	26,8	14,6
Нерациональное питание	28,6	23
Чрезмерное потребление алкоголя	2,3	1,5

* Данные диспансеризации 2013 из доклада начальника Отдел первичной и скорой медицинской помощи МЗ СО А.Н. Петров

«Артериальная гипертензия» - синдром повышения АД при *гипертонической болезни* (эссенциальная АГ) и *симптоматических артериальных гипертензиях*.

- Под *гипертонической болезнью* принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является АГ, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические артериальные гипертензии).

Вторичные (симптоматические) АГ – заболевания, при которых причиной повышения АД является поражение различных органов или систем, и АГ является лишь одним из симптомов заболевания. Вторичные АГ выявляются у 5-25% пациентов с АГ.

Классификация артериальной гипертензии в зависимости от степени повышения артериального давления у пациентов старше 18 лет

Категория АД	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
АГ I степени	140-159	90-99
АГ II степени	160-179	100-109
АГ III степени	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	<90

Заподозрить

симптоматическую АГ

Факторы позволяющие заподозрить вторичную АГ

Начало в возрасте младше 20 лет

АД более 180/110 мм рт.ст.

Поражение органов-мишеней

- ангиоретинопатия
- уровень креатинина более 0,132 ммоль/л

Частые симптомы вторичной АГ:

- спонтанная гипокалиемия
- систолический шум в проекции почечных артерий
- периодические сердцебиения, тремор, потливость

Наличие болезней почек у родственников

Неэффективность комбинированной лекарственной терапии

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ АГ:

1. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИЛИ ЭКЗОГЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА:

- гормональные противозачаточные средства;
- кортикостероиды;
- симпатомиметики;
- кокаин;
- пищевые продукты, содержащие тиамин, ингибиторы моноаминооксидазы;
- циклоспорин;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- эритропоэтин

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ АГ:

2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

- **Заболевания почечной паренхимы:**
 - острый гломерулонефрит;
 - хронический нефрит;
 - хронический пиелонефрит;
 - обструктивная нефропатия;
 - поликистоз почек;
 - заболевания соединительной ткани почек;
 - диабетическая нефропатия;
 - гидронефроз;
 - врожденная гипоплазия почек;
 - травмы почек
- **Реноваскулярная гипертензия**
- **Ренинсекретирующие опухоли**
- **Ренопривная гипертензия**
- **Первичная задержка натрия (Синдром Лиддла, синдром Гордона)**

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ АГ:

3. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- Акромегалия;
- Гиперкальциемия;
- Гипертиреоз;
- Гипотиреоз;
- **БОЛЕЗНИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

Поражение коркового слоя надпочечников:

- Синдром Кушинга;
- первичный
альдостеронизм;
- Врожденная
гиперплазия
надпочечников

Поражение мозгового вещества надпочечников:

- Феохромоцитома;
- Злокачественная
опухоль

Опухоль хромаффинных клеток, расположенных вне надпочечников

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ АГ:

4. КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ И АОРТИТЫ

5. БЕРЕМЕННОСТЬ

6. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- *Повышение внутричерепного давления:*
- *опухоль мозга;*
- *энцефалит;*
- *респираторный ацидоз.*
- *Апноэ во время сна.*
- *Тотальный паралич конечностей (квадриплегия)*
- *Острая порфирия*
- *Отравление свинцом*
- *Синдром Гийена-Барре*
- *Наследственные нарушения автономной регуляции*

7. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:

- *постоперационная гипертензия*

Нормы артериального давления

категория	САД	и/или	ДАД
На приеме у врача	≥ 140		≥ 90
СМАД			
Дневное АД	≥ 135		≥ 85
Ночное АД	≥ 120		≥ 70
24 часа	≥ 130		≥ 80
Домашнее измерение АД	≥ 135		≥ 85

- Целевой уровень АД для всех пациентов - САД < **140 мм.рт.ст.**, ДАД < **90мм.рт.ст.**
- Для пациентов с СД целевой уровень ДАД < **85 мм.рт.ст.** (исследование Hypertension Optimal Treatment)
- У пожилых пациентов (при исходном уровне САД \geq 160 мм.рт.ст.) целевой уровень САД **140-150 мм.рт.ст.** (исследование FEVER), не проводить его снижение ниже 140/90 мм.рт.ст.

- **Измерение АД в ночное время имеет максимальную корреляцию с прогнозом пациентов (риск смерти, инсульта, других ССО)**
- **Причины отсутствия снижения АД в ночное время:**
 1. Синдром обструктивного апноэ сна
 2. Ожирение
 3. Пожилой возраст
 4. Злоупотребление поваренной солью
 5. Диабетическая нефропатия
 6. ХБП
 7. Нарушение автономной регуляции

Критерии стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений

Факторы риска	Поражение органов-мишеней
<ul style="list-style-type: none"> ■ курение ■ дислипидемия: ОХ > 5,0 ммоль/л или ХС ЛНП > 3,0 ммоль/л или ХС ЛВП < 1,2 ммоль/л или ТГ > 1,7 ммоль/л 	<p>ГЛЖ ЭКГ: признак Соколова-Лайона > 38мм; Корнельское произведение > 2440 мм х мс ЭхоКГ: ИММЛЖ > 110 г/м²</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л (102 - 125 мг/дл) ■ нарушенная толерантность к глюкозе ■ семейный анамнез ранних ССЗ (у мужчин < 55 лет; у женщин < 65 лет) ■ абдоминальное ожирение 	<p>Сосуды УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ > 0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии > 12 м/с лодыжечно/плечевой индекс < 0,9</p>
<p>(окружность талии > 88 см при отсутствии метаболического синдрома)</p>	<p>Почки креатинин 107 - 124 мкмоль/л СКФ < 60 мл/мин/1,73м² (MDRD) или КК < 60 мл/мин (формула Кокрофта-Голта), микроальбуминурия 30 - 300 мг/сут; отношение альбумин/креатинин в моче ≥ 31 мг/г</p>

Ассоциированные клинические состояния

Заболевания периферических артерий
расслаивающая аневризма аорты
симптомное поражение периферических артерий

ЦВБ
ишемический мозговой инсульт
геморрагический мозговой инсульт
транзиторная ишемическая атака

Заболевания сердца
инфаркт миокарда
стенокардия
коронарная реваскуляризация
хроническая сердечная недостаточность

Гипертоническая ретинопатия
кровоизлияния или экссудаты
отек соска зрительного нерва

Заболевания почек
диабетическая нефропатия, почечная недостаточность:
сывороточный креатинин > 124
мкмоль/л, протеинурия > 300 мг/сут

Сахарный диабет

глюкоза плазмы натощак $> 7,0$ ммоль/л при повторных измерениях
глюкоза плазмы после еды или через 2 часа после приема 75г
глюкозы $> 11,0$ ммоль/л

Метаболический синдром

Основной критерий -

абдоминальное ожирение (окружность талии > 80 см)

Дополнительные критерии:

АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.,

ХС ЛНП $> 3,0$ ммоль/л (115 мг/дл)

ХС ЛВП $< 1,2$ ммоль/л (46 мг/дл)

ТГ $> 1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)

гипергликемия натощак $\geq 6,1$ ммоль/л,

нарушенная толерантность к глюкозе (глюкоза венозной плазмы через 2
часа после приема 75г глюкозы $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л)

Сочетание основного и 2 из дополнительных критериев указывает на
наличие метаболического синдрома

Стратификация риска у больных с артериальной гипертонией¹

Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания	Артериальное давление (мм рт.ст.)		
	АГ 1 степени САД 140-159 или ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 или ДАД 100-109	АГ 3 степени САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110
Других факторов риска нет	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск
3 и более факторов риска	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ССЗ, ЦВБ, ХБП ≥ 4 ст. или СД с ПОМ или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

D037719/2016-0026566/2031139/PD

АД – артериальное давление, АГ – артериальная гипертония, ХБП – хроническая болезнь почек, СД – сахарный диабет, ДАД – диастолическое артериальное давление, САД – систолическое артериальное давление, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ЦВБ – цереброваскулярные заболевания, ПОМ – поражение органов мишеней.

Классификация артериальной гипертензии по стадиям

I стадия	II стадия	III стадия
<p>Повышение АД $>140/90$ мм рт.ст. при отсутствии органических изменений в органах мишенях</p>	<p>Повышение АД $>140/90$ мм рт.ст. в сочетании с изменениями в органах-мишенях, обусловленными АГ</p>	<p>АГ, сочетающаяся с наличием ассоциированных клинических состояний</p>

Формулировка диагноза

необходимо указать:

- ✓ стадию заболевания,
- ✓ степень повышения АД обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ, у остальных больных пишется достигнутая степень АГ.
- ✓ максимально полно должны быть отражены ФР, ПОМ, АКС, ССР.

Примеры диагностических заключений:

- ГБ I стадии. Степень АГ 2. Дислипидемия. Риск 2 (средний).
- ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ III стадии. Степень АГ 2. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ II стадии. Степень АГ 2. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск 3 (высокий).
- ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (крупноочаговый) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ III стадии. Степень АГ 1. Риск 4 (очень высокий).
- ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Ожирение II ст. Нарушение толерантности к глюкозе. Риск 4 (очень высокий).
- Феохромоцитома правого надпочечника. АГ 3 степени. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).

ДИАГНОСТИКА

на любом этапе диагностики преследуются основные цели:

- определение повышение уровня АД и степени тяжести АГ;
- исключение вторичной (симптоматической) АГ или идентификация ее формы;
- оценка общего сердечно-сосудистого риска:
 - выявление других ФР ССЗ, диагностика ПОМ и АКС, которые могут повлиять на прогноз и эффективность лечения.

Медицинский и семейный анамнез
Физикальное обследование
Лабораторное и инструментальное обследование

Обязательные исследования:

общий анализ крови и мочи;

содержание в плазме крови глюкозы (натощак);

содержание в сыворотке крови ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ;

определение клиренса креатинина (по формуле Кокрофта-Гаулта) или СКФ (по формуле MDRD);

ЭКГ.

Исследования, рекомендуемые дополнительно:

содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия и натрия;

определение МАУ;

ЭхоКГ;

ХМ ЭКГ

СМАД

исследование глазного дна;

УЗИ почек и надпочечников;

УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий;

рентгенография органов грудной клетки;

определение лодыжечно-плечевого индекса;

определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий);

Углубленное исследование:

осложненная АГ – оценка состояния головного мозга, миокарда, почек, магистральных артерий;

выявление вторичных форм АГ – исследование в крови концентрации альдостерона, кортикостероидов, активности ренина; определение катехоламинов и их метаболитов в суточной моче и/или в плазме крови; брюшная аортография; КТ или МРТ надпочечников, почек и головного мозга.

Цель лечения - максимальное снижение риска развития сердечно- сосудистых осложнений и смерти от них:

- Снижение АД до целевого уровня
- Коррекция всех модифицируемых факторов риска
- Лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний (ИБС, сахарного диабета, болезней почек и т.д.)

Индивидуальный выбор целевого уровня АД у разных категорий больных (ESH/ESC, 2013)

Уровень риска, ассоциированные заболевания	Целевой уровень, мм рт.ст	
АГ + низкий и умеренный риск сердечно-сосудистых заболеваний	САД	ДАД
АГ + СД	менее 140	менее 90
АГ + ИБС	менее 140	менее 85
АГ + ОНМК в анамнезе	менее 140	менее 90
АГ + ХБП (в том числе на фоне диабета)	менее 140	менее 90
Пожилые больные до 80 лет (исходно АГ 2-3 ст)	150-140	менее 90
Физически активные пожилые больные до 80 лет	менее 140	менее 90
Малоактивные пожилые больные до 80 лет	индивидуально	менее 90
Пожилые больные старше 80 лет (исходно АГ 2-3 ст)	150-140	менее 90

Мероприятия по изменению образа жизни

- ✓ Успешное изменение образа жизни по эффективности может соответствовать лекарственной монотерапии.
- ✓ Мероприятия по изменению ОЖ рекомендуют всем больным, в том числе получающим медикаментозную терапию.
- ✓ Они позволяют:
 - • снизить АД;
 - • уменьшить потребность в АГП и повысить их эффективность;
 - • благоприятно повлиять на имеющиеся ФР;
 - • осуществить первичную профилактику ГБ у больных с высоким нормальным АД и у имеющих ФР.
- ✓ Немедикаментозные методы включают в себя:
 - • отказ от курения;
 - • нормализацию массы тела - ИМТ <25 кг/м², ОТ<102 см у мужчин и <88 см у женщин;
 - • потребление алкогольных напитков менее 20-30г/сут алкоголя для мужчин и 10-20 г/сут для женщин;
 - • увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка не менее 30 мин 5-7 дней в неделю;
 - • снижение потребления поваренной соли до 5г/сут;
 - • изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.
- ✓ Изменение образа жизни без лекарственной терапии можно рекомендовать в двух случаях:
 - больным молодого возраста с ИСАГ;
 - больным с высоким нормальным АД.

- На сегодняшний день не рекомендуется назначать антигипертензивную медикаментозную терапию при высоком нормальном АД.
- Больным АГ II-III степени с любым уровнем ССР рекомендуют быстрое начало медикаментозной терапии – через несколько недель или одновременно с началом изменений образа жизни.
- Медикаментозную терапию следует незамедлительно начинать у больных высокого общего ССР, обусловленного поражением органов мишеней, СД, ССЗ или ХБП, даже если повышение уровня АД соответствует только I степени АГ.
- Также назначение медикаментозной терапии рекомендовано у больных АГ I степени с низким и средним риском, если на нескольких визитах к врачу или СМАД и домашнем мониторинге АД регистрируется повышенный уровень АД, несмотря на применение немедикаментозных методов лечения в течение достаточного периода времени.

Медикаментозная терапия (5 классов)

- **Диуретики: тиазидные** (ИСАГ (пожилые), ХСН), **петлевые** (ХБП>3ст, ХСН)
- **В-адреноблокаторы** (ИБС, перенесенный ИМ, ХСН, тахиаритмия, глаукома, беременность)
- **Антагонисты кальция: верапамил/дилтиазем, дигидропиридиновые** (ИБС, ГЛЖ, ИСАГ, атеросклероз сонных и коронарных артерий, беременность)
- **ИАПФ** (+ диабетическая и недиабетическая нефропатия, протеинурия/МАУ, мерцательная аритмия, метаболический синдром, сахарный диабет)
- **БРА** (+ кашель при приеме ингибиторов АПФ)
- Пациенты АГ с помощью устройств **NEW!**

Другие антигипертензивные препараты

- Препараты центрального действия и блокаторы альфа-рецепторов также относятся к эффективным антигипертензивным средствам. В настоящее время они чаще всего назначаются в составе комбинаций из нескольких препаратов.

Концепция профилактики НИЗ на терапевтическом участке (реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики)



Диспансерное наблюдение



Уменьшение обострений, госпитализаций

Снижение предотвратимой смертности

Формирование ЗОЖ, снижение риска

Увеличение группы диспансерного наблюдения

Выявление заболеваний и риска их развития

Диспансеризация



- Диспансеризация→определение групп здоровья
- I группа здоровья – не подлежат диспансерному наблюдению (профилактические осмотры, диспансеризация)
- II группа здоровья - диспансерное наблюдение в кабинете (отделении) профилактики и/или участковым терапевтом
- III группа здоровья – диспансерное наблюдение в кабинете (отделении) профилактики и/или участковым терапевтом, или врачом-специалистом по профилю заболевания.

Группы диспансерного наблюдения определяются в зависимости от нозологической формы заболевания, приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н.



Анализ нормативной базы по диспансерному наблюдению

Приказ Минздрава СССР 1986 года №770 (кратность и перечень методов исследования при ДН)	абсолютно устарел
Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. №1344н «Порядок диспансерного наблюдения» (Дан перечень нозологий для ДН участковым терапевтом, кратность посещений)	нет перечня методов
Приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. №918н «Порядок оказания помощи больным ССЗ» (перечень нозологий для наблюдения кардиологом)	нет содержания ДН
Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 899н «Порядок оказания помощи больным по профилю «эндокринология»	нет содержания ДН
Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №916н «Порядок оказания помощи больным по профилю «пульмонология»	нет содержания ДН
Клинические рекомендации по АГ, ИБС, ФП, ХСН	нет содержания ДН
Клинические рекомендации профилактике кардио-васкулярных заболеваний, 2011	нет содержания ДН
Рекомендации по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, 2013	Нет содержания ДН

Обоснование разработки методических рекомендаций по диспансерному наблюдению



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ» МИНЗДРАВА РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ»
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ
РИСКОМ ИХ РАЗВИТИЯ**

Методические рекомендации
(краткий вариант)

2016

Кто осуществляет ДН?

(из приказа № 1344н)



«... Диспансерное наблюдение осуществляется медицинскими работниками медицинской организации, где гражданин получает ПМСП:

- 1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, цеховой, врач общей практики (семейный))
- 2) врачи-специалисты (по профилю заболевания)
- 3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики
- 4) врач (фельдшер) центра здоровья
- 5) фельдшер ФАПа (ФЗП) в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения (приказ МЗиСР России от 23 марта 2012 г. N 252н)...»



Что включает «диспансерный прием»? (из приказа № 1344н)

«... 9. Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача (фельдшера) включает:

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в т.ч. направление на оказание ВМП, СКЛ, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента)

Таким образом, Порядок ДН определяет функции участкового врача (фельдшера) и врачей-специалистов при оказании амбулаторной медицинской помощи - расширять профилактическое направление, взаимодействовать со структурами медицинской профилактики

Цель диспансерного наблюдения за больными АГ

**Максимальное снижение риска развития
осложнений АГ:**

**фатальных и нефатальных ССЗ, ЦВБ и
ХБП.**

Необходимо:

Снижение АД до целевых уровней

Коррекция факторов риска

Предупреждение или регресс ПОМ

Лечение ССЗ, ЦВБ, ХБП

Диспансерное наблюдение больных с АГ

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений
АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП	2 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики
АГ I - III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 2 раз в год
АГ I - III степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 2 раз в год

Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных ХНИЗ» Москва, 2014

Алгоритм диспансерного наблюдения больных АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ, ХБП	Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики	<ul style="list-style-type: none">- опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, объеме диуреза- уточнение факта приема гипотензивных препаратов- уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний- опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности- измерение АД при каждом посещении- анализ данных СКАД- уточнение характера гипотензивной терапии- общий осмотр, включая измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении- расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE при каждом посещении

**АГ I-III степени
без ПОМ, ССЗ,
ЦВБ и ХБП**

**Не менее
1 раз в год
при
контроле АД
на уровне
целевых
значений**

**При
стабильном
течении
возможно
наблюдение в
отделении/ка
бинете
медицинской
профилактики**

-- анализ крови биохимический с определением содержания общего холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов, глюкозы, натрия, калия, креатинина не менее 1 раза в 2 года

- исследование мочи на микроальбуминурию при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД

- расчет скорости клубочковой фильтрации при взятии под ДН

- ЭКГ с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД

- Эхо-КГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД

- дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ > 30 кг/м² и общем холестерине > 5 ммоль/л 1 раз 3 года с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек

- измерение скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке артериального русла по показаниям и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД

**АГ I-III степени
с ПОМ, но без ССЗ,
ЦВБ и ХБП**

**Не менее
2 раза в год**

- опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, объеме диуреза
- опрос и краткое консультирование по поводу курения, характеру питания, физической активности
- уточнение характера гипотензивной терапии
- уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний
- измерение АД при каждом посещении
- анализ данных СКАД
- общий осмотр, включая измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении
- расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE при каждом посещении
- исследование мочи на микроальбуминурию при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД

**АГ I-III степени
с ПОМ, но без ССЗ,
ЦВБ и ХБП**

**Не менее
2 раза в год**

- анализ крови биохимический с определением содержания общего холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов, глюкозы, натрия, калия, креатинина 1 раз в год
- расчет скорости клубочковой фильтрации при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД
- ЭКГ с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД
- Эхо-КГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД
- дуплексное сканирование сонных артерий при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД
- дуплексное сканирование почечных артерий по показаниям
- лодыжечно-плечевой индекс по показаниям
- консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под

**АГ I-III степени
с ССЗ, ЦВБ и ХБП**

**Не менее
2 раза в год**

-опрос на наличие и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, объеме диуреза

- опрос и краткое консультирование по поводу курения, характеру питания, физической активности

- уточнение характера гипотензивной терапии по поводу других ССЗ, ЦВБ и ХБП

- измерение АД при каждом посещении

- анализ данных СКАД

- общий осмотр, включая измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении

- исследование мочи на микроальбуминурию при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при

отсутствии достижения целевых значений АД

- анализ крови биохимический с определением содержания общего холестерина, липопротеидов

высокой и низкой плотности, триглицеридов, глюкозы, натрия, калия, креатинина не менее 1 раза

в год

-

**АГ I-III степени
с ССЗ, ЦВБ и ХБП**

**Не менее
2 раза в год**

- расчет скорости клубочковой фильтрации при взятии под ДН и
- ЭКГ с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД
- Эхо-КГ с определением ИММЛЖ, систолической и диастолической функции при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД
- дуплексное сканирование сонных артерий с целью определения ТИМ и наличия при взятии под ДН и не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД
- дуплексное сканирование почечных артерий при взятии под ДН и по показаниям
- дуплексное сканирование подвздошных и бедренных артерий при взятии под ДН и по показаниям
- лодыжечно-плечевой индекс при взятии под ДН и по показаниям
- корректировка терапии (при необходимости)
- консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям

Основные индикаторы оценки эффективности ДН?

(из приказа № 1344н)

Среди больных, находящихся на ДН

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней ВН
- 2) уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний
- 3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности
- 4) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний
- 5) снижение числа вызовов СМП
- 6) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций

Гипертонический криз (ГК)

– остро возникшее выраженное повышение АД (>180/120 мм рт.ст.) сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения поражения органов-мишеней.

ГК подразделяют на две большие группы:

осложненные (жизнеугрожающие) и
неосложнённые (нежизнеугрожающие).

- Ежегодно гипертонический криз развивается у 1—5% пациентов с артериальной гипертензией
- $\frac{3}{4}$ кризов неосложненные

Осложнение	Клинические проявления
Гипертоническая энцефалопатия	Головная боль, спутанность сознания, тошнота и рвота, судороги, кома
Острое нарушение мозгового кровообращения	Очаговые неврологические расстройства
Острая сердечная недостаточность	Удушье, появление влажных хрипов над легкими
Острый коронарный синдром	Характерный болевой синдром, динамика ЭКГ
Расслаивающая аневризма аорты	Жесточайшая боль в груди (если речь идет о грудном отделе аорты) с развитием в типичных случаях клинической картины шока; при поражении брюшного отдела аорты возможны нарушения кровообращения в бассейне брыжеечных сосудов с развитием кишечной непроходимости; аортальная недостаточность; тампонада перикарда; ишемия головного и спинного мозга,

ВЫСОКОЕ АД

Криз

Нет криза

Нет признаков поражения органов-мишеней или бессимптомное повышение САД ≥ 220 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 120 мм рт. ст.

Есть признаки поражения органов-мишеней

Наблюдение и направление в поликлинику

Парентеральные гипотензивные препараты

Пероральные гипотензивные препараты

да

нет

Наблюдение и направление в поликлинику

- Выраженная энцефалопатия?
- Инсульт?
- Субарахноидальное кровоизлияние?
- Отек легких?
- Остро возникшее нарушение зрения?
- Артериальная гипертензия неуточненной этиологии?
- Олигоурия?

Госпитализация в стационар

Диагностика и лечение гипертонического криза

Среди определений ГК выделено два:

резкое внезапное повышение АД до индивидуально высоких величин *или* выраженное повышение САД или диастолического АД (ДАД), сопровождающееся угрозой или прогрессированием поражения органов-мишеней.

В поликлинической практике ГК является поводом для вызова врача:
неотложной помощи,
выполнения активов скорой помощи
врача на дом
на амбулаторном приеме.

Свидетельства повреждения органов-мишеней:

- выраженные неврологические знаки;
- гипертоническая энцефалопатия;
- инфаркт головного мозга;
- внутричерепное кровоизлияние;
- острая левожелудочковая недостаточность;
- острый отек легких;
- расслоение аорты;
- почечная недостаточность;
- эклампсия.

ГК может развиваться при следующих состояниях:

- гипертонической болезни (в том числе как ее первое проявление);
- симптоматической АГ (при диффузных заболеваниях соединительной ткани с вовлечением почек, черепно-мозговой травме, тяжелых ожогах);
- феохромоцитоме;
- остром гломерулонефрите;
- преэклампсии и эклампсии беременных.

Гипертонический криз в зависимости от наличия поражения органов-мишеней делится на неосложненный и осложненный.

- Неосложненный ГК — изолированное резкое повышение АД без признаков острого поражения органов-мишеней. Наиболее частыми причинами развития неосложненного ГК являются перерыв в терапии или нерегулярный прием гипотензивных препаратов, самостоятельное снижение их дозы, а также эмоциональная лабильность, вызванная тревогой, стрессом.
Неосложненный ГК не относится к неотложным ситуациям, требует амбулаторного наблюдения участкового терапевта и коррекции гипотензивной терапии путем возобновления или интенсификации медикаментозного лечения и купирования тревоги.
- Осложненный ГК — выраженное повышение САД или ДАД, сопровождающееся угрозой или прогрессированием поражения органов-мишеней.
- Пациентам с осложненным ГК необходима госпитализация в профильный стационар в связи с неблагоприятным прогнозом. *Так, по данным литературы*, 25–40% больных, перенесших осложненный ГК, умирают в течение 3 лет от почечной недостаточности или инсульта, у 3,2% развивается почечная недостаточность, требующая гемодиализа.
- Дискуссионный клуб Российского кардиологического общества и Антигипертензивная лига определили протокол ведения пациента с

ВОПРОСЫ

- Регистрировали ли ранее подъемы АД? Каковы привычные и максимальные цифры АД?
- Чем субъективно проявляется повышение АД?
- Клиника криза
- Получает ли пациент регулярную гипотензивную терапию, и если да, то какую?
- Когда появилась симптоматика и сколько длится криз (минуты, часы)?
- Чем раньше удавалось снизить АД?
- Были ли попытки самостоятельно купировать криз, и если да, то чем?
- Есть ли в анамнезе инсульт и сопутствующие заболевания почек и сердца?
- Уточнение наличия ухудшения зрения, рвоты, судорог, стенокардии, одышки, объема диуреза

ДИАГНОСТИКА

- Оценка общего состояния
 - Оценка сознания (возбуждение, оглушенность, отсутствие сознания)
 - Оценка дыхания (наличие тахипноэ)
 - Положение больного (лежит, сидит, ортопноэ)
 - Цвет кожных покровов (бледные, гиперемия, цианоз) и их влажность (повышена, сухость, холодный пот на лбу)
 - Состояние сосудов шеи (наличие набухания вен, видимой пульсации)
 - Наличие периферических отеков
 - Исследование пульса (правильный, неправильный)
 - Измерение частоты сердечных сокращений (тахикардия, брадикардия)
 - Измерение АД на обеих руках (в норме разница < 15 мм рт. ст.)
 - Перкуссия сердца
 - Пальпация сердца
 - Аускультация сердца
 - Аускультация аорты
 - Аускультация легких
 - Исследование неврологического статуса
 - Регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях

ДЕЙСТВИЯ

- Придать больному положение с приподнятым головным концом кровати
 - При потере сознания обеспечить стабильное положение на боку и доступ к вене
 - Контроль частоты сердечных сокращений и АД каждые 15 минут
 - Лекарственную терапию начинают с использования одного препарата
 - Оценка эффективности и коррекция неотложной терапии проводятся по истечении времени, необходимого для начала наступления гипотензивного эффекта препарата (15–30 минут)
 - Транспортировка больного в стационар в лежачем положении

Фармакодинамика пероральных препаратов для купирования гипертонического криза

Препарат	Дозы	Начало действия	Период полувыведения	Противопоказания
Каптоприл*	12.5—25 мг	15—60 мин	1,9 час	Стеноз почечной артерии, ХПН Тахикардия, отеки
Фуросемид*	25—50 (40—80) мг	1—2 час	0,5—1,1 час	
Клонидин**				Тахикардия, гипотония
Нифедипин*	0,075 – 0,15 мг	30—60 мин	4—6 час	
Метопролол*	10—20 мг	15—30 мин	10—30 мин	
	25—100 мг	30—45 мин	3—4 час	Бронхоспазм, А-V блокада

Алгоритм проведения экспертизы

нетрудоспособности

- **Временная нетрудоспособность (ВН):** в настоящее время пациент временно нетрудоспособен по медицинскому критерию (в связи с острым или обострением хронического заболевания) и/или социальному критерию (при легком обострении хронического заболевания у пациента, работающего в противопоказанных условиях труда). Определение продолжительности ВН проводится с учетом ориентировочных сроков, рекомендованных методическими рекомендациями МЗ РФ и прогноза. Пациент ВН ___ дней, при неблагоприятном прогнозе срок ВН увеличивается, но не должен превышать 120 дней.
- **Решается вопрос трудоустройства:** не нуждается; временно на короткий срок – ВК, при невозможности рационального трудоустройства (утрата профессии) – направление на МСЭ для установления 3 группы инвалидности (получение новой профессии).
- **Выявление признаков стойкой утраты трудоспособности:** представление на ВК, которая рекомендует оформление пациента на МСЭ. Заполнение формы 088/у.

Экспертиза трудоспособности

- Временная утрата трудоспособности при гипертонической болезни возникает при:
 - - гипертонических кризах в любой стадии заболевания;
 - - появлении признаков левожелудочковой, коронарной недостаточности;
 - - нарушениях мозгового кровообращения;
 - - присоединении других заболеваний.
- Кризовое течение:
 - I стадия - освобождение от работы на 5-7 дней;
 - II стадия - освобождение от работы на 12-14 дней, а при выраженной степени - на 16- 20 дней;
 - III стадия -не менее 4-6 недель.
- При развитии недостаточности кровообращения, левожелудочковой, коронарной недостаточности и нарушении мозгового кровообращения (инфаркт, инсульт) больные нетрудоспособны и нуждаются в лечении в условиях стационара не менее 1,5-2 месяцев.

Показания для направления в бюро МСЭ:

- быстро прогрессирующий (злокачественный) вариант АГ;
- острые осложнения АГ (инсульт, инфаркт миокарда и др.);
- необходимость рационального трудоустройства (уменьшение объема производственной деятельности, обучение или переобучение для приобретения новой непротивопоказанной профессии);
- стойкая декомпенсация функционирования органов-мишеней (СН, ХПН и др.);
- последствия хирургической коррекции АГ.

□ **Противопоказанные виды и условия труда:**

- работа со значительным физическим и нервно-психическим напряжением; в горячих цехах с воздействием значительного производственного шума и вибрации;
- в контакте с сосудистыми и аноксемическими ядами; в ночные смены.
- во II стадии АГ: при преобладании поражения сосудов сердца — физический труд средней тяжести;
- при преобладании поражения сосудов головного мозга — умственный труд с умеренным нервно-психическим напряжением.

□ **Необходимый минимум обследования при направлении в бюро МСЭ:**

- клинический анализ крови;
- биохимическое исследование крови (сахар, креатинин, холестерин);
- общий анализ мочи; проба Зимницкого, проба Нечипоренко;
- ЭКГ;
- консультация окулиста;
- ЭхоКГ;
- дополнительные исследования по показаниям.

Критерии инвалидности.

При оценке ограничения жизнедеятельности больных АГ необходимо учитывать вариант АГ, стадию, наличие и выраженность поражения органов-мишеней, тяжесть и обратимость осложнений, частоту и тяжесть гипертонических кризов, эффективность лечения, сопутствующие заболевания, образование, профессию, наличие противопоказанных видов и условий труда, трудовую направленность.

- **III группа инвалидности** устанавливается больным АГ II ст. медленно прогрессирующего течения при минимальных поражениях органов-мишеней, с низким, реже — средним риском развития сердечно-сосудистых осложнений, эффективности лечения, отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, с ограничением способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, передвижению 1 ст., нуждающимся в рациональном трудовом устройстве (уменьшении объема производственной деятельности или переводе на работу по другой профессии, более низкой квалификации).
- **II группа инвалидности** устанавливается больным со злокачественной АГ, АГ II и III ст. при умеренно выраженном поражении органов-мишеней, средним и высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, нестойким эффектом лечения, умеренной декомпенсацией сердечной деятельности (СН -IIA ст.), ДЭ II ст., с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению, общению, трудовой деятельности, обучению — II ст. В ряде случаев при стабилизации процесса больные могут выполнять труд в специально созданных условиях, преимущественно на дому, с учетом профессиональных навыков.
- **I группа инвалидности** устанавливается больным АГ III ст. прогрессирующего течения (в том числе при злокачественной АГ) с тяжелыми осложнениями (СН IIБ-III ст., ХПН IIБ-III ст., ДЭ III ст.), рефрактерностью к лечению, с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации — III ст.

- **Профилактика и реабилитация:**
- борьба с факторами риска АГ (здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек);
- адекватное лечение и диспансерное наблюдение; профилактика риска сердечно-сосудистых осложнений;
- рациональное трудовое устройство, особенно лиц молодого возраста (профотбор, профессиональная ориентация, направление на обучение и переобучение);
- составление ИПР и контроль за ее выполнением.



Спасибо за внимание!