|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1  к постановлению  Министерства здравоохранения  Республики Беларусь  30.12.2014 № 117 |

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся

повышенным кровяным давлением

РАЗДЕЛ 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Артериальная гипертензия – хроническое повышение артериального давления (далее-АД), при котором систолическое АД (далее-САД) равно или выше 140 мм ртутного столба, диастолическое (далее-ДАД)– равно или выше 90 мм ртутного столба.

Цель лечения пациентов с артериальной гипертензией — максимальное снижение общего риска развития сердечно-сосудистых осложнений и летальных исходов от них, что достигают при решении следующих задач.

Краткосрочные задачи (1–6 месяцев от начала лечения): снижение САД и ДАД на 10% и более от исходных показателей или достижение целевого уровня АД; предотвращение гипертонических кризов; улучшение качества жизни; модификация изменяемых факторов риска.

Промежуточные задачи (более 6 месяцев от начала лечения): достижение целевого уровня АД, профилактика поражения органов-мишеней или регрессия имеющихся осложнений и устранение изменяемых факторов риска.

Долгосрочные задачи – отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней, компенсация или обратное развитие уже имеющихся сердечно-сосудистых осложнений, стабильное поддержание АД на целевом уровне:

САД менее 140 мм рт. ст. у пациентов

* с низким и средним сердечно-сосудистым риском,
* с сахарным диабетом,
* с перенесенным инсультом или транзиторной ишемической атакой,
* с ишемической болезнью сердца,
* с хронической болезнью почек,
* у пожилых пациентов до 80 лет при хорошей переносимости;

У пожилых пациентов старше 80 лет при исходном САД более 160 мм рт.ст. рекомендовано снижать САД от 150 до 140 мм рт. ст. при хорошей переносимости.

ДАД менее 90 мм рт. ст. у большинства пациентов, за исключением сахарного диабета – 85 мм рт. ст;

При обследовании пациентов измерение объема талии, расчет индекса массы тела (далее-ИМТ) и скорость клубочковой фильтрации (далее-СКФ) (по линейкам) проводят средние медицинские работники.

Немедикаментозное лечение.

Пациентам рекомендуют провести следующие мероприятия:

изменить образ жизни с целью снижения сердечно-сосудистого риска;

прекратить курение табака в любом виде;

нормализовать массу тела пациентам с избыточным весом;

ограничить употребление алкоголя;

увеличить физическую активность за счёт аэробной нагрузки;

увеличить в рационе содержание овощей и фруктов, уменьшить содержание насыщенных жиров;

ограничить употребление поваренной соли (менее 5 г/сут).

Диагностика артериальной гипертензии и консультации специалистов должны осуществляться в соответствии с данным клиническим протоколом в зависимости от уровня их проведения: в условиях районных, межрайонных (при наличии необходимого оборудования и специалистов), областных и республиканских организаций здравоохранения.

Медикаментозная терапия артериальной гипертензии должна осуществляться всем пациентам в соответствии с данным клиническим протоколом вне зависимости от уровня ее проведения. Эхокардиографическое обследование сердца, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, анализ мочи на микроальбуминурию следует проводить 1 раз в 2 года при отсутствии клинических проявлений со стороны поражения органов-мишеней.

РАЗДЕЛ 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ

ПОВЫШЕННЫМ КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологическая форма заболевания (шифр по МКБ-10) | Диагностика | | | Лечение | | Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий) |
| обязательная | кратность | дополнительная  (по показаниям) | необходимое | средняя длительность |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Эссенциальная (первичная) гипертензия  Артериальная гипертензия I-III ст. (I10.0) | Общий анализ крови  Общий анализ мочи  Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, мочевины, креатинина, холестерина, калия, натрия, кальция.  СКФ (по формуле Кокрофта-Гаулта)  Измерение АД  Профиль АД | При прогрессировании:  исходно и далее по показаниям.  При стабильном течении 1 раз в год. | Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, липидный  спектр плазмы крови (далее-липидограм-ма): определение триглицеридов (далее-ТГ), липидопротеидов высокой плотности (далее-ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (далее-ЛПНП).  Определение мочевой кислоты в сыворотке крови  Анализ мочи по Нечипоренко. | Начало медикаментозного лечения с 1-2 лекарственных средств по выбору: бета-адреноблокаторы (далее-БАБ): бисопролол 5-10 мг/сут внутрь, метопролол 25-200 мг/сут внутрь, небиволол 5-10 мг/сут внутрь, карведилол 25-100 мг/сут внутрь, атенолол 25-100 мг/сут внутрь (при метаболическом синдроме (далее-МС) карведилол, небиволол); диуретики: гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сут внутрь, индапамид 2,5 мг/сут внутрь; индапамид-ретард 1,5 мг/сут; антагонисты кальция (далее-АК): амлодипин 2,5-10 мг/сут внутрь; дилтиазем 180-360 мг/сут внутрь, нифедипин ретард 20-40 мг/сут внутрь, лерканидипин 10 мг/сут, | Лечение проводится постоянно с коррекцией доз лекарственных средств в зависимости от  уровня АД | Улучшение состояния.  Снижение АД до целевых уровней в течение 3-6 месяцев лечения, устранение модифицированных факторов риска.  Отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Самоконтроль АД  Электрокардиография (далее-ЭКГ)  Эхокардиография (далее-Эхо-КГ)  Консультация врача-офтальмолога  Окружность талии (далее-ОТ)  Заполнение форм по факторам риска |  | Микроальбуминурия (далее-МАУ)\*  Скорость распространения пульсовой волны (далее-СРПВ)  Суточное мониторирование артериального давления (далее-СМАД)  УЗИ брахеоцефальных артерий (далее-БЦА).\*  Ультразвуковое исследование (далее-УЗИ) сосудов почек  Компьютерная томография (далее-КТ) головного мозга или надпочечников, почечных артерий\*  ЭХО-КГ  При резистентной артериальной гипертензии (далее-АГ) консультация в областном кардиодиспансере/ центре. | верапамил 180-360 мг/сут внутрь (назначать лекарственные средства пролонгированного действия);  ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (далее-ИАПФ): эналаприл 2,5-40 мг/сут, внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-40 мг/сут; каптоприл 25-100 мг/сут внутрь;  агонисты имидазолиновых рецепторов: моксонидин 0,2-0,4 мг/сут внутрь (особенно при метаболическом синдроме);  антагонисты рецепторов АТ II (АРА) (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям) – лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут внутрь, телмисартан 40-80 мг/сут, валсартан 80-160 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут. ., кандесартан 4-32 мг/сут.  При АД ≥ 160/100 мм рт. ст. исходное назначение комбинированной терапии, в том числе лекарственных средств c фиксированными дозами от низко- до полнодозовых комбинаций:  эналаприл/гидрохлортиазид,  атенолол/хлорталидон периндоприл /индапамид,  рамиприл /гидрохлортиазид,  лизиноприл/амлодипин,  лизиноприл /гидрохлортиазид,  верапамил /трандолаприл,  периндоприл /амлодипин,  вальсартан /гидрохлортиазид,  вальсартан/амлодипин,  лозартан /гидрохлортиазид,  квинаприл/гидрохлортиазид,  бисопролол/амлодипин.  При резистентных формах добавление постсинаптических альфа-блокаторов - доксазозин 1-4 мг/сут, теразозин 1-10 мг/сут внутрь или препаратов центрального действия клонидин 0,075-0,15 мг/сут внутрь или замена тиазидных диуретиков на петлевые.  При церебральной симптоматике курсы цереброангиорегулирующей терапии в течение 2-3 месяцев: винпоцетин 15-30 мг/сут внутрь, ницерголин 15-30 мг/сут внутрь, бетагистин 48 мг /сутки внутрь.  Рекомендации по модификации факторов риска.  Купирование гипертонического криза.  Неосложненный криз: при отсутствии противопоказаний клонидин 0,075-0,15 мг внутрь или 0,01% раствор (0,5-1 мл) в/м или в/в, или нифедипин 5-10 мг сублингвально или бендазол 30-40 мг в/в или в/м, или каптоприл 25-50 мг внутрь, или пропранолол 40 мг внутрь, глицерил тринитрат сублингвально, фуросемид 2-6 мл в/в, эналаприл 0,5-1 мл в/в, урапидил- 10-50 мг в/в под контролем АД. Поддерживающая доза: 9 мг/ч внутривенно капельно, т.е. 250 мг урапидила (10 ампул по 5 мл) растворить в 500 мл раствора для инфузий (1 мг = 44 капли ~ 2,2 мл), вводить под контролем АД.  Осложненный криз:  госпитализация по показаниям в зависимости от осложнения: острый инфаркт миокарда, инфаркт мозга, острая левожелудочковая недостаточность и другие. |  |  |
| Артериальная гипертензия (АГ) с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью (I11.0) | Общий анализ крови  Общий анализ мочи  Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина, билирубина, глюкозы, калия, натрия, ТГ  Измерение АД (профиль)  ЭКГ  Эхо-КГ  СКФ  Контроль за массой тела | При прогрессировании: исходно и далее по показаниям  При стабильном течении 1 раз в год | Липидограмма  Анализ мочи по Нечипоренко  Суточное мониторирование ЭКГ (далее-СМЭКГ)  СМАД  При резистентной АГ консультация в областном кардиодиспансере/ центре | Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента:  ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-40 мг/сут; каптоприл 25-100 мг/сут внутрь;  диуретики: гидрохлортиазид 12,5-50 мг/сут внутрь, фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, спиронолактон 25-50 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь;  БАБ: бисопоролол 1,25-5 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут; метопролол сукцинат 12,5-100мг/сут, небиволол 2,5-5 мг/сут (у лиц старше 70 лет).  АК: лерканидипин 10 мг/сут, амлодипин 2,5-5 мг/сут внутрь.  При непереносимости ИАПФ и по другим показаниям – АРА: лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут внутрь, телмисартан 40-80 мг/сут внутрь, валсартан 80-160 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут. ., кандесартан 4-32 мг/сут.  При резистентных формах к лечению добавить клонидин 0,075-0,45 мг/сут внутрь или моксонидин 0,2-0,6 мг/сут.  Рекомендации по модификации факторов риска. | Постоянно | Снижение АД до целевых уровней в течение 3-6 месяцев лечения, устранение модифицированных факторов риска, отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней.  Компенсация сердечно-сосудистых осложнений. |
| Артериальная гипертензия с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью (I12.0) | Общий анализ крови  Общий анализ мочи  Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, билирубина, холестерина, глюкозы, креатинина.  Измерение АД (профиль)  ЭКГ  ЭХО-КГ  УЗИ почек  УЗИ почечных артерий\*  СКФ | При прогрессировании:  исходно и далее по показаниям.  При стабильном течении 1 раз в год.  При назначении ИАПФ обязательный контроль калия и креатинина через 3 месяца. | Липидограмма  Анализ мочи по Нечипоренко.  СМАД  СРПВ  При резистентной АГ консультация в областном кардиодиспансере. | Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента:  диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь;  АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут внутрь, дилтиазем 180-360 мг/сут внутрь, верапамил 120-240 мг/сут внутрь, лерканидипин 10 мг/сут внутрь - все лекарственные средства пролонгированного действия.  БАБ: бисопролол 5-10 мг/сут внутрь, метопролол 25-100 мг/сут внутрь, небиволол 5-10 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь;  ИАПФ: эналаприл 2,5- 40 мг/сут внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 5-20 мг/сут внутрь, рамиприл5*-*10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-20 мг/сут; (под контролем СКФ, уровня креатинина и калия);  ИАПФ с двойным путем выведения (фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь).  АРА (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям):  лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут внутрь, телмисартан 40-80 мг/сут, валсартан 80-160мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут внутрь. ., кандесартан 4-32 мг/сут.  Улучшение микроциркуляции почек: пентоксифиллин 400-600 мг/ сут или дипиридамол 75-150 мг/сут (курсами) внутрь.  Рекомендации по модификации факторов риска. | Постоянно | Улучшение состояния.  Купирование отека органов грудной полости, уменьшение симптомов декомпенсации.  Снижение АД в течение 3-6 месяцев лечения, устранение модифицированных факторов риска.  Стабилизация. |
| Артериальная гипертензия с преимущественным поражением сердца и почек с застойной сердечной недостаточностью (I13.0) | Общий анализ крови  Общий анализ мочи  СКФ  Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, ТГ, билирубина, холестерина, глюкозы, креатинина.  Измерение АД (профиль)  ЭКГ  ЭХО-КГ  УЗИ почек | При прогрессировании:  исходно и далее по показаниям.  При стабильном течении 1 раз в год. | Липидограмма  Анализ мочи по Нечипоренко  При резистентной АГ консультация в областном кардиодиспансере  СМАД | Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента:  диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, при необходимости гидрохлортиазид 25-50 мг/сут внутрь, спиронолактон 25-50 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь;  ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-10 мг/сут внутрь, рамиприл5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-20 мг/сут; каптоприл 6,25-100 мг/сутвнутрь;  АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут внутрь; леркадипин -5-10 мг/сут внутрь.  БАБ: бисопролол 1,25-5 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь; метопролол сукцинат 12,5-100 мг/сут внутрь.  АРА (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям): лозартан 50-100 мг/сут внутрь, валсартан 40-80 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут внутрь. ., кандесартан 4-32 мг/сут.  Рекомендации по модификации факторов риска. | Постоянно | Улучшение состояния. Снижение АД. Компенсация осложнений, улучшение самочувствия, уменьшение кардиальных и церебральных жалоб, увеличение толерантности к нагрузке. |
| Артериальная гипертензия с преимущественным поражением сердца и почек с застойной сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью (I13.2) | Общий анализ крови  Общий анализ мочи  СКФ  Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, билирубина, холестерина, глюкозы, креатинина в динамике.  ЭКГ  ЭХО-КГ  УЗИ почек, печени.  СМЭКГ | При прогрессировании:  исходно и далее по показаниям.  При стабильном течении 1 раз в год. | Анализ мочи по Нечипоренко.  СМАД  При резистентной АГ консультация в областном кардиодиспансере. | Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента:  диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь; торасемид 5-40 мг/сут внутрь;  ИАПФ: каптоприл 6,25-50 мг/сут внутрь, эналаприл 2,5-40мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь; квинаприл 10-20 мг/сут.  ИАПФ с двойным путем выведения (фозиноприл 10-20 мг/сут);  АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут внутрь, леркадипин -5-10 мг/сут внутрь.  БАБ: бисопоролол 1,25-5 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь; метопролол сукцинат 12,5-100 мг/сут внутрь.  АРА (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям): лозартан 50-100 мг/сут внутрь, валсартан 40-80 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут. ., кандесартан 4-32 мг/сут.  Улучшение микроциркуляции почек: пентоксифиллин 400-600 мг/сут или дипиридамол 75-150 мг/сут внутрь (курсами).  Рекомендации по модификации факторов риска. | Постоянно | Улучшение состояния.  Уменьшение явлений декомпенсации и почечной недостаточности.  Снижение АД, снижение уровня мочевины и креатина. |
| Реноваскулярная гипертензия (фибромускулярная дисплазия, неспецифический аортоартериит) (I15.0) | Общий анализ крови  Общий анализ мочи  Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, мочевины, креатинина.  Измерение АД (профиль)  ЭКГ  УЗИ почек  ЭХО-КГ  Консультация врача-сосудистого хирурга\* | При прогрессировании:  исходно и далее по показаниям.  При стабильном течении 1 раз в год. | Анализ мочи по Нечипоренко.  СМАД | Как при эссенциальной гипертензии + ксантинола никотинат 450 мг/сут внутрь, пентоксифиллин 400-600 мг/сут или дипиридамол 75-150 мг/сут внутрь (курсами).  Оперативное или рентгенэндоваскулярное лечение\*. | Постоянно | Улучшение состояния.  Снижение уровня АД. |

РАЗДЕЛ 4

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением у беременных

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Наблюдение женщин с артериальной гипертензией беременных (АГБ) осуществляется как врачами-акушерами-гинекологами, так и врачами терапевтического профиля.

Данный клинический протокол определяет лечебно-диагностические мероприятия врачей терапевтического профиля при АГБ и не распространяется на тактику ведения беременности в целом, определение которой является прерогативой врачей акушеров-гинекологов.

При этом задачей врачей терапевтического профиля является наблюдение и ведение женщин с АГБ в амбулаторных и стационарных организациях здравоохранения терапевтического/ кардиологического профиля с обязательным привлечением акушеров-гинекологов, а также оказание консультативной помощи в женских консультациях и акушерско-гинекологических отделениях родильных домов и многопрофильных стационаров.

Задачей акушеров-гинекологов является наблюдение и ведение беременности в амбулаторных и стационарных акушерско-гинекологических организациях здравоохранения (структурных подразделениях) с привлечением консультантов – врачей терапевтического профиля для лечения АГБ. Акушерские аспекты ведения беременных с АГ утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.10.2012 г. № 1182 «Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии».

Диагностика, терапия АГБ, консультативная помощь должна осуществляться в соответствии с данным клиническим протоколом вне зависимости от уровня ее проведения – в условиях районных, межрайонных (при наличии необходимого оборудования и специалистов), областных и республиканских организаций здравоохранения.

АГБ – повышение АД, при котором САД равно или выше 140 мм рт. ст. и/или ДАД – равно или выше 90 мм рт. ст. при двух и более последовательных обращениях с интервалом > 4 ч в любом сроке беременности и в течение 6 недель после родов.

АГБ – важный фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений. У женщин с гестационной гипертензией в отдаленном периоде в 2-4 раза повышен риск развития эссенциальной АГ, ин­сульта и ИБС. Цель лечения пациенток с АГБ – максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых и осложнений беременности у матери, фетальных осложнений и гибели плода (новорожденного).

**АГБ включает в себя следующие 4 формы:**

1) артериальная гипертензия, имевшаяся до беременности – хроническая артериальная гипертензия – повышение АД > 140/90 мм рт. ст. было до беременности или определяется в первые 20 недель беременности и обычно сохраняется более 42 дней после родов и может сопровождаться протеинурией;

2) гестационная гипертензия, сопровождающаяся и не сопровождающаяся протеинурией – повышение АД, связанное с самой беременностью (развивается после 20 недель гестации и в большинстве случаев проходит в тече­ние 42 дней после родов. Может приводить к ухудшению перфузии органов). В случае, если сопровож­дается протеинурией (>0,3 г/сут в суточной моче или >30 мг/ммоль креатинина в разовой порции мочи) – определяется как преэклампсия;

3) артериальная гипертензия, имевшаяся до беремен­ности и сочетающаяся с гестационной гипертензией и протеинурией – артериальная гипертензия, имевшаяся до бере­менности, характеризуется дальнейшим ростом АД и по­явлением протеинурии >3 г/сут после 20 недель гестации;

4) неклассифицируемая гипертензия – если АД впервые измеряется после 20 недель беремен­ности и выявляется гипертензия. Необходимо продолжать контроль АД в тече­ние 42 дней после родов и в более поздние сроки.

По уровню повышения АД выделяют легкую (140-159/90-109 мм рт. ст.) и тяжелую (>160/110 мм рт. ст.) АГБ.

Основные принципы лечения.

Беременные с АГБ требуют постоянного динамического наблюдения.

**Немедикаментозное лечение** АГБ возможно, если САД составляет 140-150 мм рт. ст., а ДАД – 90-99 мм рт. ст. и включает:

- ограничение физической активности;

- отдых в положе­нии лежа на левом боку;

- обычная диета без ограничения соли, особенно перед родами;

- низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75-100 мг/сут) применяют профилактически во II-III триместрах беременности у женщин с ранней (<28 недель) преэклампсией в анамнезе;

- женщинам с высоким риском развития преэклампсии может быть рекомендован прием кальция в дозе 1 г/сут;

- препараты рыбьего жира, витамины и другие пищевые добавки не играют роли в профилак­тике АГБ;

- снижение массы тела беременным женщинам с ожирением не рекомендуется. Беремен­ным женщинам с нормальным индексом массы тела (<25 кг/м2) рекомендуемая прибавка массы тела составляет 11,2-15,9 кг, женщинам с избыточной массой тела (25,0-29,9 кг/м2) – 6,8-11,2 кг, женщинам с ожирени­ем (>30 кг/м2) – <6,8 кг.

**Медикаментозную антигипертензивную терапию** необходимо начи­нать женщинам с АД 140/90 мм рт. ст. в следующих случаях: гестационная гипертензия с протеинурией (преэклампсия); артериальная гипертензия, имевшаяся до беремен­ности и сочетающаяся с гестационной гипертензией и протеинурией; артериальная гипертензия, сопровождающаяся субклиническим поражением органов-мишеней или клиническими симптомами. Во всех других случаях антигипертензивную терапию рекомендуется начинать, если АД превышает 150/95 мм рт. ст. Повышение САД >170 мм рт. ст. и/или ДАД >110 мм рт. ст. у беременной женщины рассматривается как неотложное состояние и требует срочной госпитализации.

Женщины с артериальной гипертензией, имевшейся до беременности, могут продолжить прием обычных антигипертензивных препаратов за исключением ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II и прямых ингибиторов ренина, которые строго противопоказаны при беременности. Применения диуретиков следует избегать.

Альфа-метилдопа считается препаратом выбора при необходимости длительного лечения АГБ.

При гипертоническом кри­зе препаратом первой линии считают натрия нитропруссид, который вводят внутривенно в дозе 0,25-5,0 мг/кг/мин. При преэклампсии с отеком легких вводят нитроглицерин внутривенно в дозе 5 мг/мин, которую увеличивают каждые 3-5 минут до максимальной дозы 100 мг/мин.

Внутривенное введение магния сульфата – метод выбора лечения судорог и профилактики эклампсии.

Ацетилсалициловая кислота по 75 мг в сутки начиная с 12 недели беременности и до родов при условии низкого риска желудочно-кишечных кровотеченийможет быть рекомендована женщинам с высоким риском преэклампсии (АГ во время предыдущей беременности, ХБП, аутоиммунные заболевания типа системной красной волчанки или антифосфолипидного синдрома, диабет 1 или 2 типа, хроническая АГ) или с более чем одним фактором умеренного риска преэклампсии (первая беременность, возраст старше 40 лет, интервал между беременностями более 10 лет, ИМТ >35 кг/м2 на первом визите, семейный анамнез преэклампсии и многочисленные беременности)

Использование нифедипина после 20 недель беременности требует тщательной оценки соотношения риск/ польза и может производиться при отсутствии других способов лечения либо их неэффективности.

Амлодипин рекомендуется применять при отсутствии эффективной альтернативы, а риск, связанный с заболеванием превышает риск для матери и плода.

Лактация не вызывает дополнительного повышения АД у женщины. Все антигипертензивные препараты могут выводиться с грудным молоком. Большинство из них определяются в грудном молоке в очень низких концентрациях, за исключением пропранолола и нифедипина.

Длительность стационарного лечения – индивидуальная.

Госпитализация женщин определяется приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.01.2007 г. № 59 «О порядке госпитализации женщин с экстрагенитальной патологией во время беременности и в послеродовом периоде в соматические и хирургические стационары».

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологическая форма заболевания (шифр по МКБ-10) | Диагностика |  |  | Лечение | Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий) |
| обязательная  Все диагностические исследования и консультации специалистов осуществляются с учетом проводимых в женской консультации. При первичном обращении женщины к терапевту – направление в женскую консультацию для постановки на учет и ведения. | кратность | дополнительная (по показаниям) | необходимое |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
| Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях | | | | | |
| Существовавшая ранее  эссенциальная (О10.0), кардиоваскулярная (О10.1), почечная (О10.2), вторичная (О10.4) гипертензия, осложняющая беременность, роды и после родовой период | Измерение АД на обеих руках  Общий анализ крови  Общий  анализ мочи  Определение белка в моче  Биохимическое исследование крови (глюкоза, креатинин, калий, мочевина\*, АлАТ\*)  Определение групп крови по системам АВО и резус  СКФ (по формуле Кокрофта-Гаулта) | при каждом посещении  при первом посещении, затем 1 раз в месяц  при первом посещении, затем 1 раз в 2 недели  1 раз в неделю  при первом посещении, затем по показаниям  при первом посещении  при первом посещении, затем по показаниям | СМАД  УЗИ почек  УЗИ сосудов почек\*  Анализ мочи по Нечипоренко  Консультация врача-офтальмолога  При резистентной АГ консультация в областнм (республиканском) учреждении кардиологического профиля | Немедикаментозные методы лечения.  Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг/сут во II-III триместрах беременности  Препараты центрального действия - метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4 приема внутрь.  БАБ внутрь (метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в 1-2 приема).  Блокаторы кальциевых каналов внутрь - нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема (после 20 нед. беременности), амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема). | Улучшение состояния.  Снижение АД до целевого уровня (< 140/90 мм рт. ст., либо 130/80 мм рт. ст. – при патологии почек).  Плановая госпитализация в сроки: до 12 недель, 28-32 недели, 36-38 недель беременности, при необходимости – чаще. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
|  | ЭКГ  Эхокардиография  Самоконтроль АД | при первом посещении, затем по показаниям  при первом посещении, затем по показаниям  постоянно |  | При резистентных формах сочетание 2-3 лекарственных средств, в том числе α1-адреноблокаторы (доксазозин 1-4 мг/сут в 1-2 приема внутрь |  |
| Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией (О11) | Выявление протеинурии при любом посещении  Общий анализ мочи  Определение белка в моче | | | При АД ≥ 170/110 мм рт. ст. –метилдопа 0,5 г внутрь, нифедипин 10-20 мг внутрь (после 20 нед. беременности). | Экстренная госпитализация |
| Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии  (О13) (впервые выставленный диагноз) | Измерение АД на обеих руках  Общий анализ крови  Общий анализ мочи  Определение белка в моче  Осмотр врача-акушера-гинеколога |  |  | При АД ≥ 170/110 мм рт. ст. –метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4 приема внутрь, нифедипин 10-20 мг внутрь (после 20 нед. беременности). | Направление на стационарное лечение. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
| Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии  (О13) (уточненный установленный диагноз) | Измерение АД на обеих руках  Общий анализ крови  Общий анализ мочи  Определение белка в моче  Биохимическое исследование крови (глюкоза, креатинин, калий, мочевина\*, АлАТ\*, билирубин\*, мочевая кислота\*)  СКФ (по формуле Кокрофта-Гаулта)  ЭКГ  Эхокардиография  Самоконтроль АД | при каждом посещении  1 раз в месяц  1 раз в 2 недели  1 раз в неделю  по показаниям  по показаниям  1 раз в месяц  по показаниям  постоянно | СМАД  УЗИ почек  УЗИ сосудов почек\*  Анализ мочи по Нечипоренко  Консультация врача-офтальмолога  При резистентной АГ консультация в областном (республиканском) учреждении | Немедикаментозные методы лечения..  Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут во II-III триместрах беременности  Препараты центрального действия (метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4 приема внутрь).  Блокаторы кальциевых каналов внутрь - нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема (после 20 нед. беременности), амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема).  При недостаточной эффективности – БАБ внутрь (метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, α1-адреноблокаторы (доксазозин 1-4 мг/сут в 1-2 приема)). | Улучшение состояния.  Снижение АД до целевого уровня (менее 140/90 мм рт. ст.).  При отсутствии контроля АД, появлении протеинурии – направление на стационарное лечение.  Плановая госпитализация в сроки: 28-32 недели, 36-38 недель беременности, при необходимости – чаще. |
| Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией  (О14) | Измерение АД на обеих руках  Осмотр врача-акушера-гинеколога |  |  | При АД ≥ 170/110 мм ртутного столба –метилдопа 0,5 г внутрь, нифедипин 10-20 мг внутрь (после 20 нед. беременности),. | Экстренное направление на стационарное лечение. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
| Эклампсия  (О15) | Измерение АД |  |  | Противосудорожная терапия (сульфат магния 4-6 г внутривенно струйно в течение 20 минут, диазепам 10-20 мг внутривенно).  При АД ≥ 170/110 мм ртутного столба –метилдопа 0,5 г внутрь, нифедипин 10-20 мг внутрь (после 20 нед. беременности),. | Экстренное направление на стационарное лечение в акушерский стационар. |

\*Данный вид диагностики (лечения), консультация специалистов осуществляется в условиях межрайонных (при наличии необходимого оборудования и специалистов), областных и республиканских организаций здравоохранения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Пороговый уровень АД для выявления АГ при различных методах его измерения (ESH, 2013 г.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Способы измерения | САД,  мм рт.ст. |  | ДАД,  мм рт.ст. |
| Клиническое измерение | ≥ 140 | и/или | ≥ 90 |
| Суточное мониторирование АД |  |  |  |
| Среднее АД за сутки | ≥ 130 | и/или | ≥ 80 |
| Среднее АД за день | ≥ 135 | и/или | ≥ 85 |
| Среднее АД за ночь | ≥ 120 | и/или | ≥ 70 |
| Домашнее измерение АД | ≥ 135 | и/или | ≥ 85 |

Амбулаторные методы контроля АД (суточное мониторирование и домашнее) обладают существенной дополнительной информацией к традиционному методу измерения АД, однако клиническое измерение АД (на приеме у врача) остается по прежнему «золотым стандартом» для скрининга, диагностики и лечения АГ. Степень и риск АГ устанавливаются по данным клинического измерения АД, показатели суточного мониторирования и домашнего измерения АД с этой целью не используются.

Показания для проведения амбулаторного измерения артериального давления

Клинические показания для суточного мониторирования и домашнего измерения АД

* 1. Выявление офисной (или клинической) артериальной гипертензии или гипертонии “белого халата”:
* I cтепень АГ в клинических условиях,
* высокое офисное АД у лиц без субклинического поражения органов-мишеней и с низким общим сердечно-сосудистым риском.
  1. Подозрение на маскированную артериальную гипертензию:
     + высокое нормальное (систолическое 130-139/диастолическое 85-89 мм рт.ст.) АД в клинических условиях,
     + нормальное офисное АД у лиц с наличием субклинического поражения органов-мишеней и с высоким общим сердечно-сосудистым риском.
  2. Диагностика эффекта “белого халата” у пациентов с артериальной гипертензией,
  3. Существенная вариабельность при измерении уровня АД как во время одного, так и при нескольких визитах к врачу;
  4. Значительная разница между величинами АД, измеренными в клинике и в домашних условиях;
  5. Выявление автономной, постуральной, постпрандиальной и лекарственно-индуцированной гипотензии.
  6. Повышенный уровень АД у беременных в клинических условиях или подозрение на преэклампсию.
  7. Выявление истинной или псевдорезистентной артериальной гипертензии.

Специальные показания для проведения суточного мониторирования АД

1. Существенная разница АД в клинических и амбулаторных условиях.
2. Диагностика ночного снижения АД.
3. Подозрение на утреннюю АГ или отсутствие снижения АД в ночное время суток у пациентов с ночным апноэ, хронической болезнью почек или СД.
4. Оценка вариабельности АД.

Приложение 2

Абсолютные и возможные противопоказания для использования антигипертензивных препаратов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Препарат | Абсолютные | Возможные |
| Диуретики (тиазидовые) | Подагра | Метаболический синдром  Непереносимость глюкозы  Беременность  Гиперкалиемия, Гипокалиемия |
| Бета-блокаторы | Бронхиальная астма  AV-блокада 2–3-й степени | Метаболический синдром  Непереносимость глюкозы  Спортсмены и физически активные пациенты  Хроническая обструктивная болезнь легких (кроме бета-блокаторов с вазодилатирующими свойствами) |
| Антагонисты кальция (дигидропиридины) |  | Тахиаритмии  Сердечная недостаточность |
| Антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) | AV-блокада 2–3-й степени, трифасцикулярная блокада, Тяжелая дисфункция ЛЖ  Сердечная недостаточность |  |
| Ингибиторы АПФ | Беременность, Гиперкалиемия  Ангионевротический отек  Двусторонний стеноз почечных артерий | Женщины детородного возраста |
| Блокаторы рецепторов ангиотензина | Беременность, Гиперкалиемия  Двусторонний стеноз почечных артерий | Женщины детородного возраста |
| Антагонисты рецепторов минералокортикоидов | Острая или тяжелая почечная недостаточность (рСКФ <30 мл/мин), Гиперкалиемия |  |

AV – предсердечно-желудочковый, ЛЖ – левый желудочек,

АПФ – ангиотензинпревращающий фермент, рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации

Приложение 3

**Лечение факторов риска, ассоциированных с гипертензией**

* У пациентов с высоким и средним сердечно-сосудистым (СС) риском рекомендуется использовать терапию статинами (симвастатин, аторвастатин, розувастатин) в дозах достаточных для достижения целевого уровня холестерина ЛПНП < 3.0 ммоль/л (115 мг/дл).
* При наличии очевидной ИБС рекомендуется применять терапию статинами с достижением уровня холестерина ЛПНП < 1,8ммоль/л (170 мг/дл).
* Антитромбоцитарная терапия, в частности ацетилсалициловая кислота в низких дозах, рекомендуется пациентам с гипертензией с предшествующими СС событиями.
* Следует рассмотреть назначение ацетилсалициловая кислота 75 мг у пациентов с гипертензией со сниженной функцией почек или высоким СС риском, если достигнут хороший контроль АД.
* Ацетилсалициловая кислота не рекомендуется для СС профилактики у пациентов с гипертензией с низким и средним риском, у которых абсолютная польза и риск равны.
* У пациентов с гипертензией и диабетом рекомендуется целевой уровень HbAIc < 7,0%.
* У слабых пожилых пациентов с большой длительностью сахарного диабета, большим количеством сопутствующих заболеваний и высоким риском рекомендуется целевой уровень HbAIc < 7,5 - 8,0%.