

МІНІСТЭРСТВА АХОВЫ ЗДАРОЎЯ РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ПАСТАНОВА

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

«06» июня 2017 г. № 59

г. Мінск

г. Минск

Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 10 июля 2012 г. №426-3, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемые:

клинический протокол диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением - приложение 1;

клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии - приложение 2;

клинический протокол диагностики и лечения тахикардии и нарушений проводимости - приложение 3;

клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, осложненных сердечной недостаточностью - приложение 4.

2. Настоящее постановление вступает в силу через 15 рабочих дней после его подписания.

Министр

В.А.Малашко

Приложение 1 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь 06.06. 2017 № 59

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.

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 врачей-специалистов должны осуществляться в соответствии с настоящим 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 настоящим 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

Нозолог		Диагност	ика	Лечение		Исход
ическая	обязательная	кратность	дополнительная	необходимое	средняя	заболевания
форма			(по показаниям)		длительно	, цель
заболева					сть	мероприяти
ния						й (результат
(шифр						мероприяти
по МКБ-						й)
10)						·
1	2	3	4	5	6	7
Эссен-	Общий анализ	При прог-	Биохимическое	Начало медикаментозного лечения	Лечение	Улучшение
циальная	крови	рессиро-	исследование крови:	с 1-2 лекарственных средств по	проводит-	состояния.
(первич-	Общий анализ	вании:	определение	выбору: бета-адреноблокаторы	ся	Снижение
ная)	мочи	исходно и	концентрации	(далее-БАБ): бисопролол 5-10	постоянно	АД до
гипер-	Биохимическое	далее по	билирубина,	мг/сут внутрь, метопролол 25-200	с коррек-	целевых
тензия	исследование	показа-	липидный	мг/сут внутрь, небиволол 5-10	цией доз	уровней в
Арте-	крови:	нииям.	спектр плазмы крови	мг/сут внутрь, карведилол 25-100	лекарст-	течение 3-6
риальная	определение	При	(далее - липидограм-	мг/сут внутрь, атенолол 25-100	венных	месяцев
гипер-	концентрации	стабиль-	ма): определение	мг/сут внутрь (при	средств в	лечения,
тензия	глюкозы,	ном	триглицеридов (далее	метаболическом синдроме (далее-	зависи-	устранение
I-III ct.	мочевины,	течении	-TΓ),	МС) карведилол, небиволол);	мости от	модифици-
(I10.0)	креатинина,	1 раз в	липидопротеидов	диуретики: гидрохлортиазид 12,5-	уровня	рованных
	холестерина,	год.	высокой плотности	25 мг/сут внутрь, индапамид 2,5	АД.	факторов
	калия, натрия,		(далее - ЛПВП),	мг/сут внутрь; индапамид-ретард		риска.
	кальция.		липопротеидов	1,5 мг/сут; антагонисты кальция		Отсутствие
	СКФ (по		низкой плотности	(далее-АК): амлодипин 2,5-10		прогресси-
	формуле		(далее - ЛПНП).	мг/сут внутрь; дилтиазем 180-360		рования
	Кокрофта-		Определение мочевой	мг/сут внутрь, нифедипин ретард		поражения

1	2	3	4	5	6	7
	Гаулта)		кислоты в сыворотке	20-40 мг/сут внутрь, лерканидипин		органов-
	Измерение АД		крови	10 мг/сут,		мишеней.
	Профиль АД		Анализ мочи по			
			Нечипоренко.			
	Самоконтроль		Микроальбуминурия	верапамил 180-360 мг/сут внутрь		
	АД.		(далее-МАУ)*	(назначать лекарственные средства		
	Электрокардио		Скорость	пролонгированного действия);		
	графия (далее-		распространения	ингибиторы		
	ЭКГ).		пульсовой волны	ангиотензинпревращающего		
	Эхокардиогра-		(далее-СРПВ)	фермента (далее-ИАПФ):		
	фия (далее-		Суточное	эналаприл 2,5-40 мг/сут, внутрь,		
	Эхо-КГ).		мониторирование	фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь,		
	Консультация		артериального	периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь,		
	врача-		давления (далее-	лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь,		
	офтальмолога.		СМАД)	рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь,		
	Окружность		УЗИ	квинаприл 10-40 мг/сут; каптоприл		
	талии (далее-		брахеоцефальных	25-100 мг/сут внутрь;		
	OT).		артерий (далее-	агонисты имидазолиновых		
	Заполнение		БЦА).*	рецепторов: моксонидин 0,2-0,4		
	форм по		Ультразвуковое	мг/сут внутрь (особенно при		
	факторам		исследование (далее-	метаболическом синдроме);		
	риска.		УЗИ) сосудов почек	антагонисты рецепторов АТ II		
			Компьютерная	(АРА) (при непереносимости		
			томография (далее-	ИАПФ и по другим показаниям) –		
			КТ) головного мозга	лозартан 50-100 мг/сут внутрь,		
			или надпочечников,	эпросартан 600 мг/сут внутрь,		
			почечных артерий*	телмисартан 40-80 мг/сут,		
			ЭХО-КГ	валсартан 80-160 мг/сут внутрь,		
			При резистентной	ирбесартан 150 мг/сут,		
			артериальной	кандесартан 4-32 мг/сут.		
			гипертензии (далее-	При АД \geq 160/100 мм рт. ст.		

1	2	3	4	5	6	7
			АГ) консультация в	исходное назначение		
			областном	комбинированной терапии, в том		
			кардиодиспансере/	числе лекарственных средств с		
			центре.	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,		

1	2	3	4	5	6	7
				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 $\sim 2,2$		
				мл), вводить под контролем АД.		
				Осложненный криз:		
				госпитализация по показаниям в		
				зависимости от осложнения:		
				острый инфаркт миокарда,		
				инфаркт мозга, острая		
				левожелудочковая		

1	2	3	4	5	6	7
				недостаточность и другие.		
Арте-	Общий анализ	При прог-	Липидограмма	Начало медикаментозного лечения	Постоянно	Снижение
риальная	крови	рессиро-	Анализ мочи по	с учетом состояния пациента:		АД до
гипер-	Общий анализ	вании:	Нечипоренко	ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут		целевых
тензия	мочи	исходно и	Суточное	внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут		уровней в
(AΓ) c	Биохимическое	далее по	мониторирование	внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут		течение 3-6
преи-	исследование	показа-	ЭКГ (далее-СМЭКГ)	внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут		месяцев
мущест-	крови:	нииям.	СМАД	внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут		лечения,
венным	определение	При	При резистентной АГ	внутрь, квинаприл 10-40 мг/сут;		устранение
пора-	концентрации	стабиль-	консультация в	каптоприл 25-100 мг/сут внутрь;		модифици-
жением	креатинина,	НОМ	областном	диуретики: гидрохлортиазид 12,5-		рованных
сердца с	холестерина,	течении	кардиодиспансере/	50 мг/сут внутрь, фуросемид 40-80		факторов
(застой-	билирубина,	1 раз в год	центре	мг/сут внутрь, спиронолактон 25-		риска,
ной)	глюкозы,			50 мг/сут внутрь, торасемид 5-40		отсутствие
сердеч-	калия, натрия,			мг/сут внутрь;		прогресси-
ной	ТΓ			БАБ: бисопоролол 1,25-5 мг/сут		рования
недо-	Измерение АД			внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут;		поражения
статоч-	(профиль)			метопролол сукцинат 12,5-100		органов-
ностью	ЭКГ			мг/сут, небиволол 2,5-5 мг/сут (у		мишеней.
(I11.0)	Эхо-КГ			лиц старше 70 лет).		Компенса-
	СКФ			АК: лерканидипин 10 мг/сут,		ция
	Контроль за			амлодипин 2,5-5 мг/сут внутрь.		сердечно-
	массой тела			При непереносимости ИАПФ и по		сосудистых
				другим показаниям – АРА:		осложнений.
				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,		

1	2	3	4	5	6	7
				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.		
Арте-	Общий анализ	При прог-	Липидограмма	Начало медикаментозного лечения	Постоянно	Улучшение
риальная	крови	рессиро-	Анализ мочи по	с учетом состояния пациента:		состояния.
гипер-	Общий анализ	вании:	Нечипоренко.	диуретики: фуросемид 40-80		Купирова-
тензия с	МОЧИ	исходно и	СМАД	мг/сут внутрь, торасемид 5-40		ние отека
преи-	Биохимическое	далее по	СРПВ	мг/сут внутрь;		органов
мущест-	исследование	показа-	При резистентной АГ	АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут		грудной
венным	крови:	нииям.	врачебная	внутрь, дилтиазем 180-360 мг/сут		полости,
пораже-	определение	При	консультация в	внутрь, верапамил 120-240 мг/сут		уменьшение
нием	концентрации	стабиль-	областном	внутрь, лерканидипин 10 мг/сут		симптомов
почек с	калия, натрия,	ном	кардиодиспансере.	внутрь - все лекарственные		декомпен-
почеч-	билирубина,	течении		средства пролонгированного		сации.
ной	холестерина,	1 раз в		действия.		Снижение
недо-	глюкозы,	год.		БАБ: бисопролол 5-10 мг/сут		АД в
статоч-	креатинина.	При		внутрь, метопролол 25-100 мг/сут		течение 3-6
ностью	Измерение АД	назначе-		внутрь, небиволол 5-10 мг/сут		месяцев
(I12.0)	(профиль)	нии		внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут		лечения,
	ЭКГ	ИАПФ		внутрь;		устранение
	ЭХО-КГ	обязатель-		ИАПФ: эналаприл 2,5- 40 мг/сут		модифици-
	УЗИ почек	ный		внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут		рованных
	УЗИ почечных	контроль		внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут		факторов
	артерий*	калия и		внутрь, лизиноприл 5-20 мг/сут		риска.
	СКФ	креатини-		внутрь, рамиприл 5-10 мг/сут		Стабили-
		на через 3		внутрь, квинаприл 10-20 мг/сут;		зация.
		месяца.		(под контролем СКФ, уровня		

1	2	3	4	5	6	7
				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.		
Арте-	Общий анализ	При прог-	Липидограмма	Начало медикаментозного лечения	Постоянно	Улучшение
риальная	крови	рессиро-	Анализ мочи по	с учетом состояния пациента:		состояния.
гипер-	Общий анализ	вании:	Нечипоренко	диуретики: фуросемид 40-80		Снижение
тензия с	мочи	исходно и	При резистентной АГ	мг/сут внутрь, при необходимости		АД.
преиму-	СКФ	далее по	врачебная	гидрохлортиазид 25-50 мг/сут		Компенса-
щест-	Биохимическое	показа-	консультация в	внутрь, спиронолактон 25-50		ция
венным	исследование	нииям.	областном	мг/сут внутрь, торасемид 5-40		осложнений,
пораже-	крови:	При	кардиодиспансере	мг/сут внутрь;		улучшение
нием	определение	стабиль-	СМАД	ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут		самочувст-
сердца и	концентрации	ном		внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут		вия,
почек с	калия, натрия,	течении 1		внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут		уменьшение
застой-	ТΓ,	раз в год.		внутрь, лизиноприл 2,5-10 мг/сут		кардиаль-
ной	билирубина,			внутрь, рамиприл 5-10 мг/сут		ных и

1	2	3	4	5	6	7
сердеч-	холестерина,			внутрь, квинаприл 10-20 мг/сут;		церебраль-
ной	глюкозы,			каптоприл 6,25-100 мг/сут внутрь;		ных жалоб,
недоста-	креатинина.			АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут		увеличение
точ-	Измерение АД			внутрь; леркадипин -5-10 мг/сут		толерант-
ностью	(профиль)			внутрь.		ности к
(I13.0)	ЭКГ			БАБ: бисопролол 1,25-5 мг/сут		нагрузке.
	ЭХО-КГ			внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут		
	УЗИ почек			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.		
Артериа	Общий анализ	При прог-	Анализ мочи по	Начало медикаментозного лечения	Постоянно	Улучшение
льная	крови	рессиро-	Нечипоренко.	с учетом состояния пациента:		состояния.
гипер-	Общий анализ	вании:	СМАД	диуретики: фуросемид 40-80		Уменьше-
тензия с	мочи	исходно и	При резистентной АГ	мг/сут внутрь; торасемид 5-40		ние явлений
преиму-	СКФ	далее по	врачебная	мг/сут внутрь;		декомпен-
ществен	Биохимическое	показа-	консультация в	ИАПФ: каптоприл 6,25-50 мг/сут		сации и
ным	исследование	нииям.	областном	внутрь, эналаприл 2,5-40мг/сут		почечной
пораже-	крови:	При	кардиодиспансере.	внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут		недостаточ-
нием	определение	стабиль-		внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут		ности.
сердца и	концентрации	ном		внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут		Снижение
почек с	калия, натрия,	течении 1		внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут		АД,
застой-	билирубина,	раз в год.		внутрь; квинаприл 10-20 мг/сут.		снижение
ной	холестерина,			ИАПФ с двойным путем		уровня

1	2	3	4	5	6	7
сердеч-	глюкозы,			выведения (фозиноприл 10-20		мочевины и
ной	креатинина в			мг/сут);		креатина.
недо-	динамике.			АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут		
статоч-	ЭКГ			внутрь, леркадипин -5-10 мг/сут		
ностью и	ЭХО-КГ			внутрь.		
почеч-	УЗИ почек,			БАБ: бисопоролол 1,25-5 мг/сут		
ной	печени.			внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут		
недоста-	СМЭКГ			внутрь; метопролол сукцинат 12,5-		
точ-				100 мг/сут внутрь.		
ностью				АРА (при непереносимости ИАПФ		
(I13.2)				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.		
Реновас-	Общий анализ	При прог-	Анализ мочи по	Как при эссенциальной	Постоянно	Улучшение
кулярная	крови	рессиро-	Нечипоренко.	гипертензии + ксантинола		состояния.
гипер-	Общий анализ	вании:	СМАД	никотинат 450 мг/сут внутрь,		Снижение
тензия	МОЧИ	исходно и		пентоксифиллин 400-600 мг/сут		уровня АД.
(фибро-	Биохимическое	далее по		или дипиридамол 75-150 мг/сут		
муску-	исследование	показа-		внутрь (курсами).		
лярная	крови:	ниям.		Оперативное или		
диспла-	определение	При		рентгенэндоваскулярное лечение*.		
зия,	концентрации	стабиль-				
неспе-	калия,	НОМ				

1	2	3	4	5	6	7
цифи-	мочевины,	течении 1				
ческий	креатинина.	раз в год.				
аорто-	Измерение АД					
артери-	(профиль)					
ит)	ЭКГ					
(I15.0)	УЗИ почек					
	ЭХО-КГ					
	Консультация					
	врача-					
	сосудистого					
	хирурга*					

Раздел 3 Диагностика и лечение заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением в больничных организациях здравоохранения

Нозологи-		Диагнос	гика	Лечение		
ческая	обязательная	кратность	дополнительная	необходимое	средняя	Исход
форма			(по показаниям)		длитель-	заболева-
заболева-					ность	ния, цель
кин						мероприя-
(шифр по						тий
МКБ-10)						(результат
						мероприя-
						тий)
1	2	3	4	5	6	7
Эссенци-	Общий	Исходно и	Биохимическое	Медикаментозное лечение	Гипертони	Улучшение
альная	анализ крови	далее по	исследование крови:	начинают с 1-2 лекарственных	ческий	состояния.
(первич-	Общий	показа-	определение мочевой	средств, при резистентных формах	криз	Снижение
ная)	анализ мочи	ниям.	кислоты,	- комплексное лечение:	(далее-ГК)	АД до
гипертен-	Биохимичес-		липидограмма	БАБ: метопролол 25-200 мг/сут	неосложне	целевых
ЗИЯ	кое		Анализ мочи по	внутрь, бисопролол 5-10 мг/сут	нный	уровней,
Арте-	исследование		Нечипоренко	внутрь, небиволол 5-10 мг/сут	ГК –	устранение
риальная	крови:		МАУ*	внутрь атенолол 25-100 мг/сут	5-7 дней,	модифициро
гипертен-	определение		Эхо-КГ	внутрь;	осложненн	ванных
зия I-III ст.	концентрации		УЗИ почек	АК: верапамил 120-240 мг/сут	ый ГК -	факторов
(I10.0)	калия,		Рентгенография	внутрь, дилтиазем180-360 мг/сут	индивидуа	риска.
	глюкозы,		органов грудной	или нифедипин ретард 20-40	льно	
	мочевины,		полости	мг/сут внутрь, лерканидипин 5-10	зависимо	
	креатинина		СМАД	мг/сут внутрь, амлодипин 5-10	от вида	
	СКФ		СРПВ	мг/сут внутрь – назначать	осложнени	
	АД (профиль)		РРГ*	лекарственные средства	Я	

1	2	3	4		5	6	7
	АД на		Консультация	врача-	пролонгированного действия,		
	хинжин		невролога		диуретики: гидрохлортиазид 12,5-		
	конечностях				25 мг/сут внутрь, индапамид 2,5-		
	ЭКГ				1,5 мг/сут внутрь;		
	Эхо-КГ				ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут		
	УЗИ почек				внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут		
	Консультация				внутрь, периндоприл 2.5-10 мг/сут		
	врача-офталь-				внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут		
	молога				внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут		
	(глазное дно)				внутрь, квинаприл 10-40 мг/сут;		
	OT				АРА: при непереносимости		
	Уточнение				ингибиторов АПФ и по другим		
	факторов				показаниям - лозартан 50-100		
	риска				мг/сут внутрь, эпросартан 600		
					мг/сут внутрь, телмисартан 40-80		
					мг/сут внутрь, ирбесартан 150		
					мг/сут; ., кандесартан 4-32 мг/сут.		
					Агонисты имидазолиновых		
					рецепторов: моксонидин 0,2-0,4		
					мг/сут внутрь (особенно, при		
					метаболическом синдроме). При		
					$A extstyle eta \geq 160/100$ мм рт. ст. исходное		
					назначение комбинированной		
					терапии, в том числе		
					лекарственных средств с		
					фиксированными дозами от низко-		
					до полнодозовых комбинаций:		
					эналаприл/гидрохлортиазид,		
					атенолол/хлорталидон		
					периндоприл /индапамид,		

1	2	3	4	5	6	7
				рамиприл /гидрохлортиазид,		
				лизиноприл/амлодипин,		
				лизиноприл /гидрохлортиазид,		
				верапамил /трандолаприл,		
				периндоприл /амлодипин,		
				квинаприл/гидрохлортиазид,		
				вальсартан /гидрохлортиазид,		
				вальсартан/амлодипин,		
				лозартан /гидрохлортиазид,		
				бисопролол/амлодипин.		
				При резистентных формах -		
				доксазозин 1-4 мг/сут внутрь или		
				теразозин 1-10 мг/сут внутрь или		
				клонидин 0,075-0,3 мг/сут внутрь		
				или замена тиазидных диуретиков		
				на петлевые.		
				Радиочастотная аблация		
				почечных артерий (при		
				исключении симптоматического		
				характера $A\Gamma$) *		
				При церебральной симптоматике:		
				винпоцетин 15-30 мг/сут внутрь		
				или в/в по 4-6 мл, ницерголин 15-		
				30 мг/сут внутрь или в/в 4-8 мг/сут		
				или в/м 4 мг/сут, бетагистин 48		
				мг/сут внутрь.		
				Лечебно-физкультурный комплекс		
				(далее-ЛФК).		
				Купирование гипертонического		
				криза.		
				Неосложненный криз: при		

1	2	3	4	5	6	7
				отсутствии противопоказаний:		
				клонидин 0.75 - 0.15 мг внутрь или		
				0,01% раствор (0,5-1мл) 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 или эналаприл в/в		
				0,5-1 мл в/в или 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 $\sim 2,2$		
				мл), вводить под контролем АД.		
				Осложненный криз: лечение по		
				показаниям в зависимости от		
				осложнения (острый инфаркт		
				миокарда, инфаркт мозга, острая		
				левожелудочковая		
				недостаточность и т.д.): 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 $\sim 2,2$		
				мл), вводить под контролем АД.		
				Глицерил тринитрат 50-200		
				мкг/мин в/в капельно или		

1	2	3	4	5	6	7
				эналаприл 0,5-1 мл в/в, клонидин		
				0,01% раствор (0,5-1 мл) в/в либо		
				0,01% раствор (0,5-2 мл) в/м или		
				фуросемид 40-200 мг в/в, или		
				магния сульфат 20% раствор (5-20		
				мл) в/в.		
Арте-	Общий	Исходно и	Анализ мочи по	ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут	12 дней	Улучшение
риальная	анализ крови	далее по	Нечипоренко	внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут		состояния.
гипертен-	Общий	показа-	Эхо-КГ	внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут		Купирова-
зия (АГ) с	анализ мочи	нииям.	УЗИ почек	внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут		ние отека
преимуще	Биохимичес-		Флюорография	внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут		органов
ственным	кое		(рентгенография)	внутрь; квинаприл 10-20 мг/сут.		грудной
пораже-	исследование		органов грудной	диуретики:		полости,
ниием	крови:		полости	гидрохлортиазид 25-50 мг/сут		уменьшение
сердца с	определение		СМАД	внутрь или фуросемид 40-80		симптомов
(застой-	концентра-			мг/сут внутрь (2-6 мл в/в) в		декомпен-
ной)	ции: калия,			сочетании со спиронолоктоном 25		сации.
сердечной	креатинина,			мг/сут, торасемид 5-40 мг/сут		Снижение
недоста-	холестерина,			внутрь;		АД до
точностью	билирубина,			БАБ:		целевых
(I11.0)	глюкозы,			бисопоролол 1,25-5 мг/сут внутрь,		уровней или
	общего белка,			карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь;		не менее
	мочевины.			Метопролол сукцинат 12,5-100		чем на 20%
	Измерение			мг/сутки, небиволол 2,5-5 мг/сут.		ОТ
	АД (профиль)			АК: амлодипин 2,5-5 мг/сут;		исходного.
	ЭКГ (всем			лерканидипин 5-10 мг/сутки,		Уменьше-
	пациентам			АРА: при непереносимости ИАПФ		ние
	исходно и			и по другим показаниям:		кардиаль-
	перед			лозартан 50-100 мг/сут внутрь,		ных и
	выпиской)			эпросартан 600 мг/сут внутрь,		церебраль-
	Контроль			телмисартан 40-80 мг/сут внутрь,		ных жалоб.

1	2	3	4	5	6	7
	массы тела Эхо-КГ СМЭКГ			ирбесартан 150 мг/сут, кандесартан 4-32 мг/сут. При резистентных формах - клонидин 0,075-0,45 мг/сут внутрь или замена тиазидных диуретиков на петлевые.		
Артериаль ная гипертензия с преимуще ственным поражениием почек с почечной недостаточностью (I12.0)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации: калия, креатинина в динамике, холестерина, билирубина, глюкозы, общего белка, мочевины. СКФ Измерение АД (профиль) Эхо-КГ УЗИ почечных	Исходно и далее по показаниям.	Анализ мочи по Нечипоренко УЗИ почек СМАД При рефрактерной АГ — брюшная аортография (далее-БАГ)*.	Диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь; АК:амлодипин 5 мг/сут внутрь, верапамил 120-240 мг/сут внутрь, дилтиазем 180-360 мг/сут внутрь (все лекарственные средства пролонгированного действия); ИАПФ: эналаприл 40 мг/сут внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-20 мг/сут внутрь (под контролем СКФ, уровня креатинина и калия). Преимущество отдавать ИАПФ с двойным путем выведения (фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь); БАБ: бисопролол 2,5-5 мг/сут внутрь, метопролол 25-50 мг/сут внутрь, небиволол 5 мг/сут внутрь, атенолол 25-50 мг/сут внутрь;	10 дней	Улучшение состояния. Купирование отека органов грудной полости, уменьшение симптомов декомпенсации.

1	2	3	4	5	6	7
	сосудов*			АРА: при непереносимости		
	ЭКГ (всем			ИАПФ;		
	пациентам			при резистентных формах		
	исходно и			комбинированная терапия см.		
	перед			выше или доксазозин 1-4 мг/сут		
	выпиской)			внутрь или теразозин 1-10 мг/сут		
	Флюорогра-			внутрь или клонидин 0,075-0,45		
	фия			мг/сут внутрь.		
	(рентгеногра			Улучшение микроциркуляции		
	фия) органов			почек: пентоксифиллин 400-600		
	грудной			мг/ сут внутрь или дипиридамол		
	полости			75-150 мг/сут внутрь (курсами).		
				Цинара по 2 таб 3 раза в день (2-3		
				недели).		
				При повышении уровня мочевины		
				и креатинина крови,		
				гиперкалиемии-		
				дезинтосикационная терапия: 10-		
				20% раствор глюкозы вместе с		
				инсулином или перитонеальный		
				диализ. Строгий контроль за		
				побочными эффектами		
				гипотензивной терапии.		
Артериаль	Общий	Исходно и	Анализ мочи по	Диуретики: фуросемид 40-80	10 дней	Улучшение
ная	анализ крови	далее по	Нечипоренко	мг/сут внутрь (2-6 мл в/в) в		состояния.
гипертен-	Общий	показа-	Флюорография	сочетании со спиронолактоном 25		Уменьше-
зия с	анализ мочи	ниям.	(рентгенография)	мг/сут внутрь под контролем		ние
преиму-	Биохимичес-		органов грудной	калия крови, торасемид 5-40		симптомов
ществен-	кое		полости	мг/сут внутрь;		декомпен-
ным	исследование		УЗИ почек	ИАПФ: каптоприл 6,25-100 мг/сут		сации.
пораже-	крови:		Эхо-КГ.	внутрь, эналаприл 2,5-40 мг/сут		Снижение

1	2	3	4	5	6	7
ниием	определение		СМАД	внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут		АД.
сердца и	концентра-		При рефрактерной АГ	внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут		Уменьше-
почек с	ции: калия,		- БАГ*	внутрь, лизиноприл 2,5-10 мг/сут		ние
застойной	креатинина в			внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут		кардиаль-
сердечной	динамике,			внутрь; квинаприл 10-40 мг/сут		ных и
недоста-	холестерина,			внутрь.		церебраль-
точностью	билирубина,			АК: амлодипин 5 мг/сут внутрь;		ных жалоб.
(I13.0)	глюкозы,			БАБ: бисопоролол 1,25-5 мг/сут		
	общего белка,			внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут		
	мочевины.			внутрь, метопролол сукцинат 12,5-		
	СКФ			100 мг/сутки.		
	Измерение			АРА: (при непереносимости		
	АД (профиль)			ИАПФ и по другим показаниям)-		
	ЭКГ (всем			лозартан 50-100 мг/сут внутрь,		
	пациентам			эпросартан 600 мг/сут внутрь,		
	исходно и			телмисартан 40-80 мг/сут внутрь,		
	перед			ирбесартан 150 мг/сут,		
	выпиской),			кандесартан 4-32 мг/сут.		
	Эхо-КГ			При резистентных формах -		
	СМЭКГ			клонидин 0,075-0,45 мг/сут внутрь.		
	УЗИ почек					
	УЗИ сосудов					
	почек*					
Артериаль	Общий	Исходно и	Анализ мочи по	Диуретики: фуросемид 40-80	Постоянно	Улучшение
ная	анализ крови	далее по	Нечипоренко	мг/сут внутрь (2-8 мл в/в)		состояния.
гипертен-	Общий	показа-	Флюорография	торасемид 5-40 мг/сут внутрь, или		Уменьше-
зия с	анализ мочи	нииям.	(рентгенография)	гидрохлортиазид 25-50 мг/сут		ние
преиму-	Биохимичес-		органов грудной	внутрь (менее предпочтительно		симптомов
ществен-	кое		полости	при почечной недостаточности);		декомпен-
ным	исследование		УЗИ почек	ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут		сации и
пораже-	крови:		Эхо КГ	внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут		почечной

1	2	3	4	5	6	7
ниием	определение		СМАД	внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут		недостаточ-
сердца и	концентра-			внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут		ности.
почек с	ции: калия			внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут		Снижение
застойной	креатинина в			внутрь; квинаприл 10-20 мг/сут		АД до
сердечной	динамике,			внутрь.		целевых
недоста-	холестерина,			Преимущество отдавать ИАПФ с		уровней.
точностью	билирубина,			двойным путем выведения		
И	глюкозы,			(фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь);		
почечной	общего белка,			контроль калия плазмы и		
недоста-	мочевины.			креатинина.		
точностью	СКФ			АК: амлодипин 5-10 мг/сут внутрь,		
(I13.2)	Измерение			лерканидипин 5-10 мг/сут внутрь;		
	АД (профиль)			БАБ: бисопоролол 1,25-5 мг/сут		
	ЭКГ (всем			внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут		
	пациентам			внутрь, метопролол сукцинат 12,5-		
	исходно и			100 мг/сутки.		
	перед			АРА: (при непереносимости		
	выпиской)			ИАПФ и по другим показаниям):		
	Эхо-КГ			лозартан 50-100 мг/сут внутрь,		
	РРГ*			эпросартан 600 мг/сут внутрь,		
	УЗИ почек			телмисартан 40-80 мг/сут внутрь,		
	УЗИ БЦА*			ирбесартан 150 мг/сут,		
				кандесартан 4-32 мг/сут.		
				Строгий контроль калия плазмы,		
				креатинина.		
Реновас-	Общий	Исходно и	Анализ мочи по	Как при эссенциальной	8 дней	Улучшение
кулярная	анализ крови	далее по	Нечипоренко	артериальной гипертензии +		состояния.
гипертен-	Общий	показа-	Рентгенография	ксантинола никотинат 300-600 мг		Снижение
ВИК	анализ мочи	нииям	органов грудной	в/м или 450 мг/сут внутрь.		АД до
(фибро-	Биохимическ		полости	Пентоксифиллин 200-300 мг (в 200		целевых
мускуляр-	oe		ЭхоКГ	мл 0,9% раствора натрия хлорида		уровней, но

1	2	3	4	5	6	7
1 ная дисплазия, неспеци- фический аортоар- териит) (I15.0)	исследование крови: определение концентрации калия, мочевины Клиренс креатинина АД (профиль) ЭКГ УЗИ БЦА УЗИ почек	3	4 БАГ* Радиоизотопная ренография * КТ надпочечников* СМАД	5 или 5% раствора глюкозы) в/в капельно или 300-800 мг/сут внутрь. Оперативное или рентгенэндоваскулярное лечение*.	6 24 дня.*	7 не ниже 130/85 мм ртутного столба. Выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса, функций.
	Консультация врача- офтальмолога					<i>#J</i>
	(глазное дно)					

Раздел 4

Клинический протокол

диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением у беременных

Общие положения

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

Настоящий 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 врачей-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 кровотечений может 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

Нозологичес-]	Ц иагностика		Лечение	Исход
кая форма	обязательная	кратность	Дополнитель-	необходимое	заболева-
заболевания	Все диагностические		ная		ния, цель
(шифр по	исследования и		(по		мероприя-
МКБ-10)	консультации врачей-		показаниям)		тий
	специалистов				(результат
	осуществляются с				мероприя-
	учетом проводимых в				тий)
	женской консультации.				
	При первичном				
	обращении женщины к				
	терапевту –				
	направление в женскую				
	консультацию для				
	постановки на учет и				
	ведения.				
	Диагностика и лече	ние при оказании мед	ицинской помоц	ци в амбулаторных условиях	
Существо-	Измерение АД на обеих	при каждом	СМАД	Немедикаментозные методы	Улучшени
вавшая ранее	руках	посещении	УЗИ почек	лечения.	состояния.
Эссенциаль-	Общий анализ крови	при первом	УЗИ сосудов	Ацетилсалициловая кислота 75-	Снижение
ная (О10.0),		посещении, затем	почек*	100 мг/сут во II-III триместрах	АД
кардиоваску-		1 раз в месяц	Анализ мочи	беременности	целевого
лярная	Общий	при первом	ПО	Препараты центрального действия	уровня (
(O10.1),	анализ мочи	посещении, затем	Нечипоренко	- метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4	140/90 м
почечная		1 раз в 2 недели	Консультация	приема внутрь.	рт. ст., либ
(O10.2),	Определение белка в	1 раз в неделю	врача-	БАБ внутрь (метопролол 25-75	130/80 м
вторичная	моче		офтальмолога	мг/сут в 2-3 приема, небиволол	рт. ст. – пр
(O10.4)	Биохимическое	при первом	При	2,5-5 мг/сут в 1-2 приема,	патологии
гипертензия,	исследование крови	посещении, затем	резистентной	бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2	почек).

осложняю-	(глюкоза, креатинин,	по показаниям	АΓ	приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в	Плановая
щая беремен-	калий, мочевина*,	по показаниям	консультация	1-2 приема).	госпитали-
ность, роды и	АлАТ*)		в областном	Блокаторы кальциевых каналов	зация в
после	Определение групп	при первом	(республика-	внутрь - нифедипин	сроки: до
родовой	крови по системам АВО	посещении	нском)	пролонгированного действия 30-	12 недель,
период	и резус	поссщении	учреждении	60 мг/сут в 1-2 приема (после 20	28-32
период	СКФ (по формуле	при первом	кардиологиче	нед. беременности), амлодипин	недели, 36-
	Кокрофта-Гаулта)	посещении, затем	ского	2,5-10 мг/сут в 1-2 приема).	38 недель
	Кокрофта-т аулта)	по показаниям	профиля	При резистентных формах	беремен-
	ЭКГ	при первом	профили	сочетание 2-3 лекарственных	ности, при
	JKI	посещении, затем		1	необходи-
		по показаниям		средств, в том числе α_1 - адреноблокаторы (доксазозин 1-4	мости –
	Эхокардиография	при первом		мг/сут в 1-2 приема внутрь	чаще.
	Эхокардиография	посещении, затем		мі/суї в 1-2 приєма внутрь	чащс.
		по показаниям			
	Самоконтроль АД	постоянно			
Существо-	Выявление протеинурии і		I И	При АД ≥ 170/110 мм рт. ст. –	Экстренная
вавшая ранее	Общий анализ мочи	три знооом посещени		метилдопа 0,5 г внутрь,	госпитали-
гипертензия с	Определение белка в моче	a		нифедипин 10-20 мг внутрь (после	зация
присоеди-	определение ослка в мо к	•		20 нед. беременности).	Зиции
нившейся				20 пед. беременности).	
протеину-					
рией (О11)					
Вызванная	Измерение АД на обеих			При АД ≥ 170/110 мм рт. ст. –	Направле-
беремен-	руках			метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4	ние на
ностью	Общий анализ крови			приема внутрь, нифедипин 10-20	стационар-
гипертензия	Общий анализ мочи			мг внутрь (после 20 нед.	ное
без	Определение белка в			беременности).	лечение.
значительной	моче			op	
протеинурии	Осмотр врача-акушера-				
(O13)	гинеколога				
	1 milenosioi w				
(O13) (впервые	гинеколога				

выставлен-					
выставленный диагноз) 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)	при каждом посещении 1 раз в месяц 1 раз в 2 недели 1 раз в неделю по показаниям	СМАД УЗИ почек УЗИ сосудов почек* Анализ мочи по Нечипоренко Консультация врача- офтальмолога При резистентной АГ консультация	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 нелостаточной	Улучшение состояния. Снижение АД до целевого уровня (менее 140/90 мм рт. ст.). При отсутствии контроля АД, появлении протеину-
		1 раз в месяц по показаниям постоянно	в областном (республи- канском) учреждении	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, а ₁ -адреноблокаторы (доксазозин 1-4 мг/сут в 1-2 приема)).	протеинурии — направление на стационарное лечение. Плановая госпитализация в сроки: 28-32 недели, 36-38 недель беременности, при

			необходи- мости – чаще.
Вызванная беремен- ностью гипертензия со значительной протеину- рией (O14)	Измерение АД на обеих руках Осмотр врача-акушера-гинеколога	При $A\mathcal{A} \ge 170/110$ мм ртутного столба —метилдопа $0,5$ г внутрь, нифедипин $10\text{-}20$ мг внутрь (после 20 нед. беременности),.	Экстренное направление на стационарное лечение.
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.

Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (при отсутствии акушерской патологии)

Нозологичес-	Диагностика			Лечение	Исход
кая форма	обязательная	кратность	Дополнитель-	необходимое	заболева-
заболевания			ная (по		ния, цель
(шифр по			показаниям)		мероприя-
МКБ-10)					тий
					(результат
					мероприя-

					тий)
Существова-	Измерение АД на обеих	ежедневно	СМАД	Немедикаментозные методы	Улучшение
вшая ранее	руках		АД на	лечения.	состояния.
эссенциаль-	АД (профиль)	в 1 сутки, затем по	хинжин	Ацетилсалициловая кислота 75	Снижение
ная (О10.0),		показаниям	конечностях	мг/сут во II-III триместрах	АД до
кардиоваску-	Общий анализ крови	1 раз в неделю	Эхокардио-	беременности внутрь.	целевого
лярная	Общий анализ мочи	2 раза в неделю	графия	Препараты центрального действия	уровня
(O10.1),	Определение белка в	при поступлении,	УЗИ почек	(метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4	(менее
почечная	моче	затем 2 раза в	УЗИ сосудов	приема внутрь).	140/90 мм
(O10.2),		неделю	почек*		рт. ст., либо
вторичная					130/80 мм
(O10.4)					рт. ст. –
					при
					патологии
	_				почек).
гипертензия,	Биохимическое	1 раз в неделю,	Биохимичес-	БАБ внутрь (метопролол 25-75	
осложняю-	исследование крови	далее по	кое	мг/сут в 2-3 приема, небиволол	
щая беремен-	(глюкоза, креатинин,	показаниям	исследование	2,5-5 мг/сут в 1-2 приема,	
ность, роды и	калий, мочевина*,		крови: общий	бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2	
после	АлАТ*)		белок*,	приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в	
родовой	СКФ (по формуле	при поступлении	мочевая	1-2 приема).	
период	Кокрофта-Гаулта)		кислота*,	Блокаторы кальциевых каналов	
	Определение групп	при поступлении	натрий*,	внутрь - нифедипин	
	крови по системам АВО	однократно	кальций*	пролонгированного действия 30-	
	и резус	1	Анализ мочи	60 мг/сут в 1-2 приема (после 20	
	ЭКГ	1 раз в неделю	ПО	нед. беременности), амлодипин	
	Осмотр врача-акушера-	при поступлении,	Нечипоренко	2,5-10 мг/сут в 1-2 приема).	
	гинеколога	затем по	Суточный	При резистентных формах	
		показаниям	диурез	сочетание 2-3 лекарственных	
			Бактериоло-	средств, в том числе α_1 -	
			гическое	адреноблокаторы (доксазозин 1-4	

			исследование	мг/сут в 1-2 приема внутрь).	
			мочи	Терапия, назначенная акушером-	
			Глюкозото-	гинекологом (улучшение маточно-	
				\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
			лерантный	плацентарного кровотока и	
			тест	другое)	
			Консультация		
			врача –		
			офтальмо-		
			лога, врача-		
			эндокрино-		
			лога, врача-		
			уролога,		
			врача-		
			нефролога,		
			врача-		
			невролога		
Существо-	Измерение АД на обеих	ежедневно	СМАД	Немедикаментозные методы	Улучшение
вавшая ранее	руках		УЗИ почек	лечения.	состояния.
гипертензия с	АД (профиль)	в 1 сутки, затем по	Эхокардиог-	Ацетилсалициловая кислота 75	Снижение
присоеди-		показаниям	рафия	мг/сут во II-III триместрах	АД до
нившейся			УЗИ сосудов	беременности внутрь.	целевого
протеину-	Общий анализ крови	1 раз в неделю	почек*	Препараты центрального действия	уровня (до
рией (О11)	Общий анализ мочи	ежедневно	Анализ мочи	(метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4	140/90 мм
	Определение белка в	ежедневно	по	приема внутрь).	рт. ст.).
	моче		Нечипоренко	Блокаторы кальциевых каналов	При
	Биохимическое	1 раз в неделю	Суточный	внутрь - нифедипин	отсутствии
	исследование крови	•	диурез	пролонгированного действия 30-	эффекта от
	(глюкоза, креатинин,		Бактериоло-	60 мг/сут в 1-2 приема (после 20	терапии и
	калий, мочевина*,		гическое	нед. беременности),, амлодипин	при
	АлАТ*)		исследование	2,5-10 мг/сут в 1-2 приема).	наличии
	СКФ (по формуле	при поступлении	мочи	БАБ внутрь (метопролол 25-75	показаний –
	Кокрофта-Гаулта)	1 22 7 22 222	Глюкозото-	мг/сут в 2-3 приема, небиволол	перевод в

	Определение групп крови по системам ABO и резус ЭКГ Осмотр врача-акушерагинеколога	при поступлении при поступлении, затем по показаниям	лерантный тест Коагулограмма Биохимическое исследование крови: общий белок*, мочевая кислота* Консультация врачаофтальмолога, Эндокринолога, уролога, нефролога,	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). При резистентных формах сочетание 2-3 лекарственных средств, в том числе α₁-адреноблокаторы (доксазозин 1-4 мг/сут в 1-2 приема внутрь). При отсутствии гипотензивного эффекта и АД ≥ 170/110 мм рт. ст.: 25% - 5,0-10,0 магния сульфат внутривенно капельно, натрия нитропруссид 0,25-5,0 мг/кг/мин внутривенно капельно. Терапия, назначенная акушеромгинекологом (улучшение маточноплацентарного кровотока и др.)	акушерско- гинекологи ческий стационар (структурн ое подразделе ние).
Вызванная беремен-	Измерение АД на обеих руках АД (профиль)	ежедневно в 1 сутки, затем по показаниям	исследование мочи Глюкозото- лерантный	Немедикаментозные методы лечения. Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут во II-III триместрах	Улучшение состояния. Снижение АД до
гипертензия без	Общий анализ крови	1 раз в неделю	тест	мг/сут во II-III триместрах беременности внутрь.	АД до целевого
значительной	Общий анализ мочи	2 раза в неделю		Препараты центрального действия	уровня (до
протеинурии	Определение белка в	ежедневно	Коагулограм-	(метилдопа 0,5-2,0 г/сут в 2-4	140/90 мм
(O13)	моче		ма	приема внутрь).	рт. ст.).
	Биохимическое	1 раз в неделю	Консультация	Блокаторы кальциевых каналов	
	исследование крови		врача-	внутрь - нифедипин	
	(глюкоза, креатинин,		офтальмо-	пролонгированного действия 30-	

	калий, мочевина*,		лога,	60 мг/сут в 1-2 приема (после 20	
	АлАТ*, общий белок*)		врача-	нед. беременности),, амлодипин	
	СКФ (по формуле	при поступлении	эндокрино-	2,5-10 мг/сут в 1-2 приема).	
	Кокрофта-Гаулта)		лога	При недостаточной	
	Определение групп	при поступлении		эффективности – БАБ внутрь	
	крови по системам АВО	однократно		(метопролол 25-75 мг/сут в 2-3	
	и резус			приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в	
	ЭКГ	1 раз в неделю		1-2 приема, бисопролол 2,5-5	
	Осмотр врача-акушера-	при поступлении		мг/сут в 1-2 приема, бетаксолол 5-	
	гинеколога	затем по		10 мг/сут в 1-2 приема), α_1 -	
		показаниям		адреноблокаторы внутрь	
				(доксазозин 1-4 мг/сут в 1-2	
				приема).	
				При отсутствии гипотензивного	
				эффекта и АД ≥ 170/110 мм рт. ст.:	
				25% - 5,0-10,0 магния сульфат	
				внутривенно капельно, натрия	
				нитропруссид 0,25-5,0 мг/кг/мин	
				внутривенно капельно,	
				нитроглицерин 5-100 мг/мин	
				внутривенно капельно.	
				Терапия, назначенная акушером-	
				гинекологом (улучшение маточно-	
				плацентарного кровотока,	
				профилактика синдрома	
				дыхательных расстройств у плода	
				и др.)	
Вызванная	Измерение АД на обеих	при поступлении,	СМАД	Антигипертензивные препараты	Снижение
беремен-	руках	затем по	Эхокардио-	внутрь (метилдопа 0,5 г,	АД не ниже
ностью		показаниям	графия	нифедипин 10-20 мг, амлодипин	140/90 мм
гипертензия	АД (профиль)	в 1 сутки, затем по	УЗИ почек	5-10 мг, метопролол 25-75 мг).	рт. ст.
co		показаниям	Консультация	При недостаточном	При

Общий анапиз крови	при поступлении	pnaua_	гипотензивном эффекте и АЛ>	отсутствии
-	•	*	* *	эффекта от
		*	<u> </u>	терапии в
1	показапили	,	1	течение
	при поступлении	*	7 1	первых
	•	*		суток –
				экстренный
	показапилм	*	<u> </u>	перевод в
			внутривенно капельно.	акушерско-
			При протеинурии более 3 г/п	гинеколо-
		_		гический
,	при поступлении		* * *	стационар.
Roar yhor pawwa	•			При тяжелой
		*	1	преэкламп-
Определение групп		ποφροποια	· ·	сии -
1	iipii iiooi yii;ioiiiiii		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	экстренный
1			·	перевод для
¥ •	при поступлении		1	родоразреше
J.G	•		1 1	ния.
			п др.)	пии.
Осмотр врача-акушера-				
1 1 1	•			
1 mickostot a				
При развитии сулорог в	показаппин		Лиазепам 10-20 мг внутривенно	Экстренный
			1 · · ·	перевод в
			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	отделение
•			1 1 // 1	анестезио-
*			* · · · * · · · · · · · · · · · · · · ·	логии и
-				реанимации,
-			1 1 2	В
		Ĭ	(эторооть введония	ı ~
Постоянное			– 1г/минуту), затем инфузия со	акушерско-
	Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Определение белка в моче Биохимическое исследование крови (глюкоза, креатинин, калий, АлАТ, мочевина*, общий белок*, мочевая кислота*) Коагулограмма Определение групп крови по системам АВО и резус ЭКГ Осмотр врача-акушера- гинеколога При развитии судорог в отделении — лечение проводится совместно с врачом анестезиологом- реаниматологом. Консультация акушера- гинеколога	Общий анализ мочи, Определение белка в моче Биохимическое исследование крови (глюкоза, креатинин, калий, АлАТ, мочевина*, общий белок*, мочевая кислота*) Коагулограмма Определение групп крови по системам АВО и резус ЭКГ При поступлении, затем по показаниям при поступлении, затем по показаниям при поступлении, затем по показаниям при поступлении затем по показаниям при поступлении, затем по показаниям калий, АлАТ, мочевия кислота*) коагулограмма при поступлении, затем по показаниям при поступлении, затем по показаниям	Общий анализ мочи, Определение белка в моче Биохимическое исследование крови (глюкоза, креатинин, калий, АлАТ, мочевина*, общий белок*, мочевая кислота*) Коагулограмма Определение групп крови по системам АВО и резус ЭКГ При поступлении, затем по показаниям При поступлении, затем по показаниям врача-уролога Консультация врача-уролога Консультация врача-уролога Консультация врача-нефролога При поступлении, затем по показаниям При развитии судорог в отделении — лечение проводится совместно с врачом анестезиологом-реаниматологом. Консультация акушера-	Общий анализ мочи, Определение белка в моче Биохимическое при поступлении, исследование крови (глюкоза, креатинин, калий, АлАТ, мочевина*, общий белок*, мочевая кислота*) Коагулограмма при поступлении, затем по показаниям при поступ

Коагулограмма	Антигипертензивные препараты.	гический
Определение групп	При АД ≥ 170/110 мм рт. ст.:	стационар
крови по системам АВО	натрия нитропруссид 0,25-5,0	для
и резус	мг/кг/мин внутривенно капельно,	экстренного
ЭКГ	нитроглицерин 5-100 мг/мин	родоразре-
	внутривенно капельно.	шения после
	После купирования судорожного	купирования
	синдрома антигипертензивная	судорог.
	терапия: внутрь (α-метилдопа 0,5	
	г, нифедипин 10-20 мг, амлодипин	Снижение
	5-10 мг, метопролол 25-75 мг).	АД не ниже
	Начало инфузионной терапии	140/90 мм
	(реополиглюкин, раствор натрия	рт. ст.
	хлорида 0,9%, раствор Рингера-	
	Локка, лактосол, ацесоль,	
	растворы глюкозы 5%, 10%, 20%).	

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

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

Способы измерения	САД,		ДАД,
	мм рт.ст.		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 в домашних условиях) 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 степень AГ в клинических условиях,
- высокое офисное АД у лиц без субклинического поражения органов-мишеней и с низким общим сердечно-сосудистым риском.
 - 2. 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.
 - 3. Диагностика эффекта "белого халата" у пациентов с артериальной гипертензией,
- 4. Существенная вариабельность при измерении уровня АД как во время одного, так и при нескольких визитах к врачу;
 - 5. Значительная разница между величинами АД, измеренными в клинике и в домашних условиях;
 - 6. Выявление автономной, постуральной, постпрандиальной и лекарственно-индуцированной гипотензии.
 - 7. Повышенный уровень АД у беременных в клинических условиях или подозрение на преэклампсию.
 - 8. 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.

Абсолютные и возможные противопоказания для использования антигипертензивных препаратов

Препарат	Абсолютные	Возможные
Диуретики	Подагра	Метаболический синдром
(тиазидовые)		Непереносимость глюкозы
		Беременность
		Гиперкалиемия, Гипокалиемия
Бета-блокаторы	Бронхиальная астма	Метаболический синдром
	AV-блокада 2-3-й степени	Непереносимость глюкозы
		Спортсмены и физически активные пациенты
		Хроническая обструктивная болезнь легких
		(кроме бета-блокаторов с вазодилатирующими
		свойствами)
Антагонисты кальция		Тахиаритмии
(дигидропиридины)		Сердечная недостаточность
Антагонисты кальция	AV-блокада 2–3-й степени	,
(верапамил, дилтиазем)	трифасцикулярная блокада, Тяжелая	1
	дисфункция ЛЖ	
	Сердечная недостаточность	
Ингибиторы АПФ	Беременность, Гиперкалиемия	Женщины детородного возраста
	Ангионевротический отек	
	Двусторонний стеноз почечных артерий	

Блокаторы рецепторов	Беременность, Гиперкалиемия	Женщины детородного возраста
ангиотензина	Двусторонний стеноз почечных артерий	
Антагонисты	Острая или тяжелая почечная	
рецепторов	недостаточность (рСКФ <30 мл/мин).	
минералокортикоидов Гиперкалиемия		

Примечание:

AV – предсердечно-желудочковый, ЛЖ – левый желудочек, $A\Pi\Phi$ – ангиотензинпревращающий фермент, рСК Φ – расчетная скорость клубочковой фильтрации

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%.