

Вінницький національний  
медичний університет імені М.І. Пирогова

Департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ЛІКУВАННЯ  
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В РАМКАХ  
МУНІЦИПАЛЬНОГО ПРОЕКТУ  
«ГІПЕРТОНІЯ»**

Київ  
Центр ДЗК  
2015

Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова  
Департамент охорони здоров'я  
Вінницької міської ради

**Методичні рекомендації з лікування  
артеріальної гіпертензії в рамках  
муніципального проекту  
«ГІПЕРТОНІЯ»**

Київ  
Центр ДЗК  
2015

В методичних рекомендаціях, адресованих лікарям загальної практики та сімейної медицини, наведена базова інформація щодо артеріальної гіпертензії, запропоновані схеми її лікування в залежності від клінічних варіантів з використанням ліків фармацевтичних компаній «Фармастарт» та Боршагівський хімфармзавод відповідно до муніципальної програми «Гіпертонія».

#### **Укладачі:**

**Мостовой Юрій Михайлович** — доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

**Распутица Леся Вікторівна** — доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (відповідальна за випуск)

**Марусяк Надія Дмитрівна** — заступник директора департаменту охорони здоров'я Вінницької міської ради

**Стефанкова Світлана Василівна** — начальник відділу Департаменту охорони здоров'я Вінницької міської ради

**Дністрянський Володимир Степанович** — кандидат медичних наук, завідувач амбулаторно-діагностичного відділення КЗ «ВРЦСП»

#### **Рецензенти:**

1. Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 ВНМУ імені М. І. Пирогова, д.м.н., професор Денисюк В.І.
2. Професор кафедри внутрішньої медицини № 3 ВНМУ імені М. І. Пирогова, д.м.н., Іванов В.П.

**Методичні рекомендації затверджені вченою радою ВНМУ імені М.І. Пирогова 30 квітня 2015 р., протокол № 8.**

## Вступ

Артеріальна гіпертензія є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. В Україні близько 30% дорослого населення мають це захворювання, отож воно суттєво впливає на соціально-економічну складову суспільства. Артеріальна гіпертензія суттєво погіршує якість життя, призводить до розвитку інфаркту міокарда, порушення мозкового кровообігу, інсульту, ранньої інвалідазації.

В період 2013-2014 років в Україні було запроваджено соціальний проект з лібералізації цін на антигіпертензивні препарати, що, безумовно, позитивно вплинуло на курацію хворих на артеріальну гіпертензію. Але з економічних причин проект було призупинено.

Вінницька міська рада підтримала пропозицію Департаменту охорони здоров'я щодо впровадження в м. Вінниці муніципальної програми «Гіпертонія». Метою програми є забезпечення жителів м. Вінниці, хворих на артеріальну гіпертензію, антигіпертензивними ліками за максимально низькими цінами.

Для досягнення мети було проведено аналіз переліку антигіпертензивних препаратів, які випускають вітчизняні виробники, і обрані ті, які мають найбільший спектр таких препаратів та погодилися на лібералізацію цін та поставку ліків («Фармастарт» та Борщагівський хімфармзавод). З іншого боку Вінницька міська рада виділила кошти для відшкодування 50% вартості ліків.

В методичних рекомендаціях, адресованих лікарям загальної практики та сімейної медицини, наведена базова інформація щодо артеріальної гіпертензії, запропоновані схеми її лікування в залежності від клінічних варіантів з використанням ліків фармацевтичних компаній «Фармастарт» та Борщагівський хімфармзавод.

Методичні рекомендації містять ключові аспекти наказу МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р., уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстренної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», рекомендації Європейського товариства гіпертензії та Європейської спілки кардіологів (ESH/ESC) 2013 року.

**Артеріальна гіпертензія (АГ)** становить одну з актуальних проблем сучасної медицини у зв'язку з значною поширеністю, суттєвими матеріальними та суспільними витратами, що виникають у випадку цього захворювання та для лікування ускладнень, що виникають внаслідок артеріальної гіпертензії.

За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ, що становить 32,2 % дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ — більше ніж удвічі порівняно з 1998 р. та на 170% порівняно з 2000 роком. Зростання поширеності АГ є свідченням ефективної роботи закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу з виявлення артеріальної гіпертензії.

Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу (ХСК) у дорослих (18 років і більше) становить 46,8% (найвищі показники у Львівській і Хмельницькій областях— 53,7 і 52,0% відповідно, найнижчі— у Київській і Чернігівській областях — 40,4 і 42,1% відповідно), тобто майже половина пацієнтів з хворобами системи кровообігу має підвищений артеріальний тиск (АТ).

В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції становить 29,6% як у чоловіків, так і у жінок. У сільській популяції поширеність АГ вища — 36,3%, у тому числі серед чоловіків — 37,9% та серед жінок — 35,1%.

При аналізі структури АГ за рівнем АТ у 50% хворих виявлено АГ 1-го ступеня, у кожного третього — АГ 2-го ступеня, у кожного п'ятого — АГ 3-го ступеня.

У місті Вінниці в 2015 році на обліку з АГ перебувало 70 672 осіб, 47 043 хворих підлягають медикаментозному лікуванню. Розподіл хворих на АГ в різних центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) м. Вінниці представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

**Інформація по гіпертонічній хворобі серед жителів м. Вінниці, 2015 рік\***

Лікувальні заходи	Кількість хворих на АГ, що перебувають на обліку	Кількість хворих, що підлягають медикаментозному лікуванню	Кількість хворих, що мають право на пільгове забезпечення	Інші
ЦПМСД № 1	9960	5970	520	5450
ЦПМСД № 2	16 000	9280	634	8646
ЦПМСД № 3	16 274	9956	3965	5991

ЦПМСД № 5	12 156	10 574	1410	9164
ЦПМСД № 6	16 282	11263	3821	7442
Всього	70 672	47 043	10 350	36 693

\*дані надані Департаментом охорони здоров'я Вінницької міської ради

**Артеріальна гіпертензія** — це стійке та стабільне підвищення систолічного АТ та/або діастолічного АТ до і вище 140/90 мм рт. ст., що підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (не менше ніж 2-3 рази в різні дні впродовж 4 тижнів).

Таблиця 2

**Класифікація рівнів АТ (мм рт. ст.) та ступенів артеріальної гіпертензії**

Категорія	Систолічний АТ	Діастолічний АТ
Оптимальний	<120	<80
Нормальний	120-129	80-84
Високий нормальний	130-139	85-89
Артеріальна гіпертензія I ступеня	140-159 та/або 90-99	
Артеріальна гіпертензія II ступеня	160-179 та/або 100-109	
Артеріальна гіпертензія III ступеня	>180 та/або >110	
Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія	>140	<90

**Мета лікування** — досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок:

- досягнення та підтримання цільового рівня АТ <140/90 мм рт. ст. (у пацієнтів з цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок з протеїнурією — 130/80 мм рт. ст.);
- модифікація факторів ризику (ФР), ефективне лікування супутніх клінічних станів.

*Для вибору стратегії лікування хворого на артеріальну гіпертензію слід урахувати рівень САТ та ДАТ та сумарного серцево-судинного ризику.*

Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику  
.....ускладнень (ESC-ESH, 2013)

Основні фактори ризику	Ураження органів-мішеней	Супутні захворювання
Вік (у чоловіків >55 років, у жінок >65 років);	Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ);	Цукровий діабет;
Тютюнопаління;	Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин (товщина інтимимедії сонної артерії >0,9 мм) або наявність атеросклеротичної бляшки;	Цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака);
Дисліпідемія: ЗХС >5,0 ммоль/л або ХС ЛПНЩ >3,0 ммоль/л; або ХС ЛПВЩ чоловіки <1,0 ммоль/л, жінки <1,2 ммоль/л, тригліцериди >1,7 ммоль/л;	Індекс АТ гомілка/плечова артерія <0,9;	Хвороби серця (інфаркт міокарда, стенокардія, перенесена операція ревазуляризації, хронічна серцева недостатність ПА-ІІІ);
Глюкоза плазми крові натще 5,6-6,9 ммоль/л;	Мікроальбумінурія (30-300 мг/добу);	Хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність (креатинін у плазмі крові у жінок >124 мкмоль/л; у чоловіків >133 мкмоль/л), альбумінурія >300 мг/доб);
Абдомінальне ожиріння (обхват талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок);	Підвищення концентрації креатиніну (у чоловіків 115-133 мкмоль/л, у жінок 107-124 мкмоль/л).	
ССЗ у родичів 1 ступеня спорідненості (до 55 років у чоловіків, до 65 років у жінок).		Оклюзивні ураження периферичних артерій;  Тяжка ретинопатія (геморагії, ексудат, набряк диска зорового нерва).

Таблиця 3

## Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієнтів з АГ

Фактори стратифікації	Рівень артеріального тиску, мм рт. ст.				
	SAT 120-129, DAT 80-84	SAT 130-139, DAT 85-90	SAT 140-159 або DAT 90-99 АГ I ст.	SAT 160-179 або DAT 100-109 АГ II ст.	SAT >180 або DAT >110 АГ III ст.
Немає факторів ризику	Середній ризик в популяції I	Середній ризик в популяції I	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик I

## **Обстеження хворих на артеріальну гіпертензію**

### **1. Рутинні методи дослідження:**

- Глюкоза плазми натщесерце;
- Ліпідний профіль крові;
- Електроліти крові;
- Сечова кислота;
- Рівень креатиніну з підрахунком швидкості клубочкової фільтрації;
- Загальний аналіз крові;
- Загальний аналіз сечі (мікроальбумінурія);
- ЕКГ у 12 відведеннях;
- Огляд очного дна;
- Ультразвукове дослідження нирок

### **2. Рекомендовані тести:**

- Ехокардіографія;
- Тест толерантності до глюкози;
- Добове моніторування АТ.

## **Принципи антигіпертензивної терапії:**

1. Основа лікування — щоденне застосування антигіпертензивних препаратів впродовж усього життя.
2. Рішення про вибір стратегії лікування залежить від рівня САТ та ДАТ у пацієнта та сумарного серцево-судинного ризику.
3. Схема лікування повинна бути простою, по можливості за принципом «одна таблетка на день». Це збільшує кількість хворих, що реально лікуються, і, відповідно, зменшує кількість тих, які припиняють лікування.
4. Перевагу слід надавати антигіпертензивним препаратам тривалої дії, в т. ч. — ретардним формам, оскільки це попереджує значні коливання АТ протягом доби, а також зменшує кількість призначених таблеток.
5. Хворі літнього віку з ізольованою систолічною гіпертензією підлягають лікуванню так само, як із систоло-діастолічною.
6. У хворих із вторинною гіпертензією першочерговим завданням є лікування її причини. Артеріальна гіпертензія також підлягає обов'язковій корекції.
7. Для лікування АГ використовують антигіпертензивні препарати з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (препарати І ряду: діуретики, іАПФ, АК(БКК), ББ, БРА) як у монотерапії, так і у комбінаціях. При неможливості нормалізації АТ за допомогою комбінації препаратів І ряду додатково призначають препарати ІІ ряду (альфа-адреноблокатори, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії). До досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки



переносимості, ефективності і безпеки лікування, а також контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводяться з інтервалом у 2-3 тижні.

8. Всім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов'язково додатково призначається (при відсутності протипоказань) медикаментозна корекція дисліпідемії — статини у стандартних дозах.
9. Пацієнтам, з встановленим діагнозом серцево-судинного захворювання, за відсутності протипоказань після досягнення ефективного контролю АТ (рівень АТ менше 140/90 мм рт. ст.) додатково призначається ацетилсаліцилова кислота в дозі 75-100 мг.
10. Медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, ЦД та ін.) проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів.

### Тактика призначення антигіпертензивної терапії

Починати антигіпертензивну терапію слід у наступних клінічних ситуаціях:

- Медикаментозне лікування **обов'язково** призначається всім пацієнтам зі стабільно підвищеним АТ, починаючи з рівня 160/100 мм рт. ст.
- Медикаментозне лікування **обов'язково** призначається пацієнтам при рівні АТ менше 160/100 мм рт. ст (АГ I ступеня), але з **високим і дуже високим ризиком**.
- Пацієнтам з АГ I ступеня (АТ менше 160/100 мм рт. ст.) з **низьким та помірним ризиком** лікування починають з призначення заходів немедикаментозно! корекції. При їх неефективності — відсутності досягнення цільового рівня АТ упродовж декількох тижнів — заходи немедикаментозно! корекції доповнюють призначенням лікарських засобів. Важливо враховувати, що кожен із заходів немедикаментозної корекції приводить до зменшення АТ на 3–4 мм рт. ст.

### Цільові рівні артеріального тиску:

1. В загальній популяції АТ < 140/90 мм рт. ст.
2. У пацієнтів з цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок та протеїнурією — 130/80 мм рт. ст.

### Модифікація факторів ризику — невід'ємна частина лікування артеріальної гіпертензії

Тютюнопаління. *Дії лікаря:*

1. Активно виявляти осіб, які мають звичку до тютюнопаління.
2. Всім, хто має звичку до тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову від паління.
3. Виконання Стандарту первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.

**Гіперхолестеринемія. Днл/кврл:**

1. Надавати рекомендації щодо визначення рівня загального холестерину та тригліцеридів всім дорослим пацієнтам при наявності більше двох факторів ризику.
2. Всім пацієнтам рекомендувати дотримання засад раціонального харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня ЗХС менше 5,0 ммоль/л та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) менше 3,0 ммоль/л.
3. Розглянути питання про доцільність призначення фармакологічної корекції статинами гіперхолестеринемії пацієнтам, які мають високий та дуже високий ССР та порушення обміну холестерину, яке не піддається немедикаментозній корекції.
4. Пацієнтам із групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень ЗХС нижче 4,5 ммоль/л та ХС ЛПНЩ нижче 2,5 ммоль/л.

**Надлишкова маса тіла та ожиріння. Дії лікаря:**

1. Антропометрія всім пацієнтам в рамках профілактичної діяльності мінімум 1 раз на рік із визначенням обхвату талії (ОТ), індексу маси тіла (ІМТ).

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{[\text{зріст (м)}]^2}$$

2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ та ОТ. Підтримувати ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>, ОТ — менше 88 см (у жінок), менше 102 см (у чоловіків).
3. Пацієнтам з надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватись здорового харчування, обмежити енергетичну місткість їжі, збільшити рівень фізичної активності.

**Бажані дії:**

1. Скерувати пацієнтів із надлишковою масою тіла до закладів, які надають вторинну медичну допомогу, до дієтолога, спеціаліста з лікувальної фізкультури.

**Фізична активність. Дії лікаря:**

1. Заохочувати всіх пацієнтів до виконання щоденного фізичного навантаження у будь-якому вигляді (ходьба, активний відпочинок тощо) упродовж 30-45 хвилин на день до збільшення частоти серцевих скорочень за умови комфортного самопочуття.

### **Зловживання алкоголем. Дії лікаря:**

1. Дорослим здоровим особам, які вживають алкоголь, рекомендувати не перевищувати три дози на день для чоловіків і дві дози для жінок (1 доза становить 10 мл чистого етанолу).

### **Для стартової та підтримуючої антигіпертензивної терапії застосовуються препарати першої лінії для лікування АГ:**

1. Діуретики;
2. Інгібітори АПФ;
3. Блокатори ангіотензину II (БРА);
4. Антагоністи кальцію;
5. Бета-блокатори;

**Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування.**

Препарати першої лінії при застосуванні в еквівалентних дозах призводять до однакового зниження АТ та суттєвого зменшення ризику серцево-судинних ускладнень.

**Діуретики.** Для лікування АГ перевага віддається тізидним та тіазидо-подібним діуретинам. Петльові діуретики (фуросемід або торасемід) можуть застосовуватись при супутній СН, нирковій недостатності.

Препарат	Доза	Кратність застосування	Особливості застосування
Гідрохлортіазид (Гідрохлортіазид 25 мг, Борщівський хімфармзавод)	12,5 мг	1 раз на добу	похилий вік; ізолювана систолічна гіпертензія (у людей старшого віку); затримка рідини та ознаки гіперволемії (набряки, пастозність),
Індапамід (Індопрес 2,5 мг, Борщівський хімфармзавод)	1,5 мг	1 раз на добу	остеопороз.

**Антагоністи кальцію.** Для лікування АГ застосовують дигідропіридинові АК, що володіють вазодилатуючими властивостями.

Препарат	Доза	Кратність	Особливості застосування
Амлодипін	2,5-10	1 раз на добу	середній та похилий вік;

Лерканідипін	10-40 мг	1 раз на добу	ізолювана систолічна гіпертензія (у людей старшого віку);
Ніфедипід подовженої дії	20-90 мг	1–2 рази на добу	атеросклероз сонних/коронарних артерій; стабільна стенокардія;
Фелодипін	2,5-20 мг	1 раз на добу	гіпертрофія лівого шлуночка; суправентрикулярна тахікардія та екстрасистолія (верапаміл, дилтіазем); порушення периферичного кровообігу.

#### Інгібітори АПФ.

Препарати	Доза	Кратність	Особливості застосування
Лізіноприл (Ліприл 10 мг, Борщагівський хімфармзавод)	10-40 мг	1-2 рази на добу	супутня серцева недостатність; безсимптомне порушення систолічної функції лівого шлуночка;
Раміприл (Єврораміприл, 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)	2,5-10 мг	1 раз на добу	супутній цукровий діабет; гіпертрофія лівого шлуночка; ІХС, в т. ч. перенесений інфаркт міокарда; атеросклероз сонних артерій; наявність мікро альбумінурії; хронічна хвороба нирок (гіпертензивна або діабетична нефропатія)

## Блокатори рецепторів до ангіотензину II.

Препарати	Доза	Кратність	Особливості застосування
Вальсартан (Діокор соло 80 мг, 160 мг «Фармастарт»)	80- 320 мг	1-2 рази на добу	супутня серцева недостатність;  перенесений інфаркт міокарда;  супутній цукровий діабет 2 типу;  наявність мікроальбумінурії;  хронічна хвороба нирок (гіпертензивна або діабетична нефропатія);  гіпертрофія лівого шлуночка;  фібриляція передсердь (пароксизмальна);  наявність побічних ефектів (кашлю) у разі застосування інгібіторів АПФ.

## Бета-адреноблокатори.

Препарати	Доза	Кратність	Особливості застосування
Бісопролол (Євробісопролол 5 мг «Фармастарт»)	2,5- 10 мг	1 раз на добу	молодий та середній вік;  ознаки гіперсимпатикотонії (тахікардія, гшеркшетичнии гемодинамічний синдром);
Бісопролол (Біпролол 5 мг, Боршагівський хімфармзавод)	2,5- 10 мг	1 раз на добу	серцева недостатність;  супутня ішемічна хвороба серця (стенокардія та інфаркт міокарда);  супутня передсердна та шлуночкова екстрасистолія та тахікардії;  гіпертиреоз;  мігрень;  глаукома.

**Покази до застосування комбінації антигіпертензивних препаратів  
як стартової терапії**

1. Артеріальний тиск 180/90 мм рт. ст. та вище;
2. Артеріальна гіпертензія 1-2 ступеня з наявністю факторів ризику серцево-судинних ускладнень.

**Рекомендовані комбінації антигіпертензивних препаратів  
(в т. ч. фіксовані комбінації)**

Перший препарат	+	Другий препарат	Рекомендовані комбінації
Діуретик	+	Інгібітор АПФ	Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 5 мг ( <b>Єврораміприл Н</b> , «Фарма-старт»), Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 10 мг ( <b>Єврораміприл Н</b> , «Фарма-старт»), Гідрохлортіазид 12,5 мг + Лізмноприл 10 мг ( <b>Ліпразид 10 мг</b> , Борщагівський хімфармзавод)
Діуретик	+	Блокатор рецепторів ангіотензину II	Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 80 мг ( <b>Діокор Н</b> , «Фармастарт») Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 160 мг ( <b>Діокор Н</b> , «Фармастарт»)
Бета-адреноблокатор	+	Дигідропіридиновий антагоніст кальцію	
Інгібітор АПФ	+	Дигідропіридиновий антагоніст кальцію	
Блокатор рецепторів ангіотензину II	+	Дигідропіридиновий антагоніст кальцію	Валсартан 160 мг + Амлодипін 5 мг ( <b>Діфорс 160 мг</b> , «Фармастарт»), Валсартан 80 мг + Амлодипін 5 мг ( <b>Діфорс 80 мг</b> , «Фармастарт»)

Ми рекомендуємо для вибору антигіпертензивної терапії орієнтуватися на рекомендації Європейського товариства кардіологів (2013 р) для певних клінічних груп.

Рекомендації щодо вибору лікарських засобів для терапії пацієнтів з АГ залежно від клінічної ситуації (відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2012 р.) та з урахуванням препаратів, рекомендованих в рамках муніципального проекту «Гіпертонія»)

Клінічна ситуація	Група препаратів	Вибір препарату	Можливі комбінації
<b>Ураження органів-мішеней</b>			
Гіпертрофія лівого шлуночка	БРА, ІАПФ, АК (БКК)	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фармастарт»)</b> Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Боршагівський хімфармзавод)</b> Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b>	Валсартан 160 мг + Амлодипін 5 мг <b>(Діфорс 160 мг, «Фармастарт»)</b> , Валсартан 80 мг + Амлодипін 5 мг <b>(Діфорс 80 мг, «Фармастарт»)</b> ,
Початкові ознаки атеросклерозу	АК (БКК), ІАПФ	Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Боршагівський хімфармзавод)</b> Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b>	
<b>Ураження нирок, а саме:</b>			
Мікроальбумінурія	ІАПФ, БРА	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фармастарт»)</b> Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Боршагівський хімфармзавод)</b> Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b>	
Дисфункція нирок	ІАПФ, БРА	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг,</b>	

		«Фармастарт» Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Раміприл <b>(Єврораміприл</b> <b>5 мг, 10 мг,</b> «Фармастарт»)	
Хронічна хвороба нирок/ протеїнурія	ІАПФ, БРА, петльові діуретики	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг,</b> <b>160 мг,</b> «Фармастарт») Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Раміприл <b>(Єврораміприл</b> <b>5 мг, 10 мг,</b> «Фармастарт»)	
<b>Асоційовані клінічні стани</b>			
Перенесений інсульт	Будь-які антигіпертензивні препарати	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг,</b> <b>160 мг,</b> «Фармастарт») Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Раміприл <b>(Єврораміприл</b> <b>5 мг, 10 мг,</b> «Фармастарт») Гідрохлортіазид <b>(Гідрохлортіазид</b> <b>25 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Індапамід <b>(Індопрес 2,5 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Бісопролол <b>(Євробісопролол</b> <b>5 мг,</b> «Фармастарт»)	Валсартан 160 мг + Амлодипін 5 мг <b>(Діфорс 160 мг,</b> «Фармастарт»), Валсартан 80 мг + Амлодипін 5 мг <b>(Діфорс 80 мг,</b> «Фармастарт»), Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 80 мг <b>(Діокор Н,</b> «Фармастарт») Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 160 мг <b>(Діокор Н,</b> «Фармастарт») Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 5 мг, <b>(Єврораміприл Н,</b> «Фармастарт»),



		Біспролол <b>(Біпролол 5 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод)	Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 10 мг <b>(Єврораміприл Н,</b> «Фармастарт»), Гідрохлортіазид 12,5 мг + Лізноприл 10 мг <b>(Ліпразид 10 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод)
Перенесений інфаркт міо- карда	ББА, ІАПФ, БРА	Біспролол <b>(Біпролол 5 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Біспролол <b>(Євробіспролол</b> <b>5 мг, «Фармастарт»)</b> Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг,</b> <b>160 мг</b> «Фармастарт») Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Раміприл <b>(Єврораміприл</b> <b>5 мг, 10 мг,</b> «Фармастарт»)	
ІХС, стенокардія	ББА,АК (БКК)	Біспролол <b>(Біпролол 5 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Біспролол <b>(Євробіспролол</b> <b>5 мг «Фармастарт»)</b>	
Хронічна сер- цева недостат- ність	Діуретики, ББА, ІАПФ, БРА, антагоністи альдостерону	Біспролол <b>(Біпролол 5 мг,</b> Борщагівський хімфармзавод) Біспролол (Євробіспролол 5 мг, «Фармастарт»)	Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 80 мг, <b>(Діокор Н,</b> «Фармастарт») Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 160 мг,

		<p>Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фармастарт»)</b></p> <p>Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b></p> <p>Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b></p> <p>Гідрохлортіазид (Гідрохлортіазид 25 мг, Борщагівський хімфармзавод)</p> <p>Індапамід <b>(Індопрес 2,5 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b></p>	<p><b>(Діокор Н, «Фармастарт»)</b></p> <p>Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 5 мг, <b>(Єврораміприл Н, «Фармастарт»)</b>,</p> <p>Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 10 мг, <b>(Єврораміприл Н, «Фармастарт»)</b>,</p> <p>Гідрохлортіазид 12,5 мг + Лізиноприл 10 мг (Ліпризид 10 мг, Борщагівський хімфармзавод)</p>
Фібриляція передсердь пароксизмальна	ІАПФ, БРА	<p>Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фармастарт»)</b></p> <p>Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b></p> <p>Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b></p>	
Фібриляція передсердь постійна	ББА, недигідропіридинові АК (БКК)	<p>Бісопролол <b>(Біпролол 5 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b></p> <p>Бісопролол <b>(Євробісопролол 5 мг, «Фармастарт»)</b></p>	
Хронічна хвороба нирок/протеїнурія	ІАПФ, БРА, петльові діуретики	<p>Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фармастарт»)</b></p> <p>Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Борщагівський</b></p>	

		хімфармзавод) Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b>	
Захворювання периферичних артерій	АК (БКК)		
<b>Особливі клінічні ситуації</b>			
Ізольована систолічна АГ (вік 60 років і старші)	АК (БКК), діуретики	Гідрохлортіазид <b>(Гідрохлортіазид 25 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b> Індапамід <b>(Індопрес 2,5 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b>	
АГ у осіб віком 60 років і стар- ших	БРА, АК (БКК), діуретики	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фарма- старт»)</b> Гідрохлортіазид <b>(Гідрохлортіазид 25 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b> Індапамід <b>(Індопрес 2,5 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b>	Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 80 мг, <b>(Діокор Н, «Фармастарт»)</b> Гідрохлортіазид 12,5 мг + Вальсартан 160 мг, <b>(Діокор Н, «Фармастарт»)</b> Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 5 мг, <b>(Єврораміприл Н, «Фармастарт»)</b> , Гідрохлортіазид 12,5 мг + Раміприл 10 мг, <b>(Єврораміприл Н, «Фармастарт»)</b> , Гідрохлортіазид 12,5 мг + Лізмноприл 10 мг <b>(Ліпразид 10 мг, Борщагівський хімфармзавод)</b>

Метаболічний синдром	БРА, ІАПФ, АК	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фарма-старт»)</b> Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Боршагівський хімфармзавод)</b> Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b>	
Цукровий діабет	БРА, ІАПФ	Вальсартан <b>(Діокор соло 80 мг, 160 мг, «Фарма-старт»)</b> Лізиноприл <b>(Ліприл 10 мг, Боршагівський хімфармзавод)</b> Раміприл <b>(Єврораміприл 5 мг, 10 мг, «Фармастарт»)</b>	
Вагітність	АК (БКК), метилдопа, БА	-	-

#### **Покази до госпіталізації пацієнтів артеріальною гіпертензією:**

1. У випадку розвитку ускладнень, відсутності корекції АТ та інших ФР, при необхідності проведення обстежень, які не можуть бути виконані у закладах первинної медичної допомоги, слід направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.
2. Неускладнений гіпертензивний криз у разі неможливості моніторингу стану пацієнта.
3. Ускладнений гіпертензивний криз.

**Гіпертензивний криз (ГК)** — це раптове значне підвищення АТ від базового рівня (нормального або підвищеного), яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи. Гіпертензивні кризи, як ускладнені, так і

неускладнені, потребують надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів-мішеней.

Лікування неускладнених гіпертензивних кризів (ГК) проводиться в амбулаторних умовах за можливості моніторингу стану пацієнта. При неможливості моніторингу та/або розвитку ускладненого ГК пацієнт якнайшвидше направляється до закладів, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу.

<b>Гіпертензивний криз</b>		
	<b>Неускладнений</b>	<b>Ускладнений</b>
<b>Оцінка стану</b>	Відсутні ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней. Можливі клінічні симптоми: / головний біль; S кардіалгія; • S екстрасистолія; • S розлади вегетативної нервової системи (тривожність, тремтіння, часте сечовиділення).	Ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней: інфаркт міокарда, інсульт, гостра недостатність лівого шлуночка, гостре розшарування аневризми, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизмальна тахікардія, фібриляція передсердь), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (в т.ч. після операційна, носова).
<b>Лікування</b>	Амбулаторне лікування. Зниження АТ впродовж кількох годин орієнтовно на 25% впродовж першої години або до 160/100 мм рт. ст. Перевага надається препаратам для перорального прийому.	Термінова госпіталізація до відділення інтенсивної терапії. Зниження АТ впродовж години. Внутрішньовенне введення препаратів.

Зниження АТ при неускладненому гіпертензивному кризі проводиться впродовж годин/добі. АТ потрібно знизити до відносно безпечного рівня, швидкість зниження середнього АТ повинна становити не більше ніж 25% впродовж першої години. Для того, щоб уникнути надмірного зниження АТ, рекомендується починати лікування з низьких доз антигіпертензивних препаратів, при необхідності — повторити їх прийом через 1-2 години.

**Лікарські засоби для лікування неускладнених ГК**

<b>Лікарський засіб</b>	<b>Доза та спосіб введення</b>	<b>Час дії</b>	<b>Побічні ефекти</b>
Каптоприл	25 мг під язик або перорально, при необхідності — повторити через 90-120 хвилин до 100 мг каптоприлу	Початок дії— 15-30 хвилин, максимум — 30-90 хвилин, тривалість — 4-6 годин	Гіпотензія у пацієнтів з ренінзалежною гіпертензією
Ніфедипін (таблетки/краплі) (+ пропранолол 20 мг для попередження рефлексаторної тахікардії)	5-10 мг під язик/ 5 крапель	Початок дії — 15—30 хвилин, тривалість — 4-6 годин	Головний біль, тахікардія, почервоніння обличчя
Клонідин	0,075-0,3 мг перорально	30-60 хвилин	Сухість в роті, сонливість. Протипоказаний при атріовентрикулярній блокаді
Пропранолол	20-40 мг сублінгвально	15-30 хвилин, тривалість — до 6 годин	Брадикардія, бронхообструкція
Фуросемід	40 мг перорально	30-60 хвилин	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Торасемід	10-20 мг перорально	30-60 хвилин	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Бендазол 1% розчин	3-5 мл внутрішньовенно, 4-8 мл внутрішньом'язово	10-30 хвилин	Більш ефективний у комбінації з іншими антигіпертензивними засобами

**Покази для госпіталізації:**

- 1. Ускладнений ГК.** Екстрена госпіталізація з урахуванням ускладнення, яке розвинулося, транспортування пацієнта в профільний стаціонар.
- 2. Неускладнений ГК.** При неможливості моніторингу стану пацієнта у закладах, які надають первинну медичну допомогу, — госпіталізація у профільний стаціонар.

## Маршрут пацієнта

1. Візит до лікаря



2. Отримання  
рецепта



3. Отримання  
лікарського засобу зі  
50% знижкою



## Механізм відшкодування коштів



Формування і  
передача  
списку пацієнтів,  
що отримали ліки

*Департамент  
соціальної  
політики*



Відпуск лікарського засобу  
Реєстрація пацієнтів, що  
отримують ліки

Відшкодування  
коштів

Звірка реєстру осіб,  
що отримують  
субсидію, із списком  
пацієнтів, що  
отримали ліки

Довідкове видання

# **МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В РАМКАХ МУНІЦИПАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «ГІПЕРТОНІЯ»**

**За редакцією професора  
Мостового Юрія Михайловича**

Технічний редактор *Б. Костюк*  
Коректор *Б. Костюк*

Формат 60 x 84/16. Ум.-друк. арк. 1,87.  
Тираж 1000 прим. Зам. № 15073.

Видавництво та друк  
ДП «Центр державного земельного кадастру»  
03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 3  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
ДК № 4641 від 29.10.2013 р.

ВФ «Вінницька картографічна фабрика» Центру ДЗК  
21100, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 19  
Тел.: (0432) 51-33-77, 51-32-91  
E-mail: [siki@Up.ua](mailto:siki@Up.ua) Тел.: (0432) 51-33-77, 51-32-91  
E-mail: [dkf@vn.ua](mailto:dkf@vn.ua)