



МІНІСТЭРСТВА  
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ  
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ЗАГАД**

08.10.2018 № 1000

г.Мінск

**ПРИКАЗ**

г.Минск

О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией

На основании подпунктов 8.2, 8.3, 8.51, 9.1 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» и в целях улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по выявлению, обследованию и лечению пациентов с артериальной гипертензией для медицинских работников всех специальностей согласно приложению 1;

1.2. Порядок выявления, постановки на учет и диспансеризации с критериями эффективности и индикаторами качества диспансеризации пациентов с артериальной гипертензией согласно приложению 2;

1.3. Положение о Школе пациентов с артериальной гипертензией согласно приложению 3;

1.4. Форму предоставления отчетной информации о деятельности организаций здравоохранения по выявлению пациентов с артериальной гипертензией и эффективности диспансерного наблюдения согласно приложению 4.

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям государственных организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь обеспечить:

2.1. внедрение и выполнение приказа, регулярное проведение учебы с медицинским персоналом по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией;

2.2. регулярное рассмотрение вопроса организации медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией на лечебно-контрольных комиссиях (советах);

2.3. проведение массовых медицинских и образовательных акций для населения по вопросам артериальной гипертензии, факторам риска неинфекционных заболеваний с целью повышения приверженности пациентов к лечению, достижения целевых уровней артериального давления и коррекции факторов риска.

3. Признать утратившим силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.09.2001 года № 225 «О совершенствовании организации, выявления, динамического наблюдения и лечения больных с артериальной гипертензией»;

приложение 18 «Показания к госпитализации пациентов с кардиологической патологией в организации здравоохранения» приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 сентября 2009 г. № 865 «Об утверждении показаний к госпитализации пациентов в организации здравоохранения» (в ред. приказа Минздрава от 23.01.2010 № 53) в части касающейся показаний к госпитализации пациентов с артериальной гипертензией.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневи́ча Д.Л.

Министр



В.А.Малашко

Приложение 1  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.10.2018 № 1000

## Инструкция

по выявлению, обследованию и лечению пациентов с артериальной гипертензией для медицинских работников всех специальностей

1. Артериальная гипертензия (далее – АГ) является независимым фактором риска развития неблагоприятных исходов болезней системы кровообращения.

Артериальная гипертензия – хроническое стабильное повышение артериального давления (АД), при котором систолическое АД (САД) равно 140 мм рт.ст. или выше и/или диастолическое (ДАД) равно 90 мм рт.ст. или выше.

2. Определение уровня артериального давления: офисное (клиническое) АД является основным критерием определения степени артериальной гипертензии (АГ) и стратификации риска. Измерения АД следует проводить по методике ВОЗ, приборами, которые прошли метрологический контроль.

### 2.1. Методика измерения АД:

- измерение проводят после 5 минутного отдыха на обеих руках. За полчаса до измерения необходимо исключить прием пищи, кофеина (чай, кофе); курение (если пациент курит). После активной физической или эмоциональной нагрузки измерять АД можно не ранее чем через полчаса;
- измеряют АД в положении сидя, в удобной позе: рука расположена свободно на столе, с опорой на спинку стула, ноги расслаблены и не перекрещиваются;
- необходимо исключить разговор во время измерения АД;
- при наличии устойчивой асимметрии на обеих руках (САД/ДАД >10/5 мм рт.ст.) – измерения производить на руке с более высокими цифрами АД, при отсутствии асимметрии – измерение следует проводить на нерабочей руке;
- нагнетание воздуха в манжету должно быть быстрым, выпускание – медленным (2 мм рт.ст. в 1 секунду);
- следует выполнить не менее 2 измерений с интервалом 1-2 минуты и оценить среднее значение полученных измерений;
- использовать стандартные манжеты трех соответствующих размеров, при этом манжета должна охватывать не менее 80% окружности плеча пациента;

- середина манжеты должна быть расположена на уровне сердца (приблизительно на уровне 4 межреберья), не следует накладывать манжету на ткань одежды, между манжетой и поверхностью плеча должно оставаться расстояние размером с палец, нижний ее край должен быть на 2 см выше локтевой ямки;

- запись о полученных значениях АД должна быть произведена с точностью до 2 мм рт.ст;

- при подозрении на ортостатическую гипотензию, особенно у пациентов пожилого возраста или с сахарным диабетом необходимо измерять АД в положении стоя: в таком случае первоначально следует измерить АД в положении лежа (через 5 минут после пребывания в горизонтальном положении), затем измерить АД в положении стоя через 1 и 5 минут. Снижение САД на  $\geq 20$  мм рт.ст. и ДАД на  $\geq 10$  мм рт.ст. при переходе из горизонтального в вертикальное положение является признаком ортостатической гипотонии.

2.2. Наиболее частые ошибки, приводящие к неправильному измерению АД:

- использование манжеты, не соответствующей охвату плеча;
- малое время для адаптации пациента к условиям врачебного кабинета;
- высокая скорость снижения давления в манжете;
- отсутствие контроля асимметрии;
- неправильное положение руки пациента.

Дополнительными методами выявления АГ являются домашнее измерение и суточное мониторирование АД (далее - СМАД).

3. Проведение СМАД рекомендовано при наличии следующих показаний: существенная вариабельность при измерении уровня АД во время одного или нескольких визитов к врачу (клиническое АД); высокое клиническое АД у лиц с низким общим сердечно-сосудистым риском; значительная разница между величинами АД, измеренными в клинике и в домашних условиях; подозрение на резистентность к лекарственным препаратам; гипотензивные эпизоды, особенно у пожилых и пациентов с сахарным диабетом; подозрение на симптоматическую АГ; повышенный уровень АД у беременных, подозрение на преэклампсию; контроль за эффективностью проводимой антигипертензивной терапии у пациентов с АГ.

Основными показателями СМАД являются средние величины АД в течение суток, дня и ночи; вариабельность АД; индекс времени нагрузки давлением или гипертензии; степень ночного снижения АД или суточный индекс (СИ); величина и скорость утреннего подъема АД. Для

интерпретации полученных результатов при СМАД рекомендовано использование следующих нормативных показателей (табл. 1)

Таблица 1. Основные нормативные показатели СМАД

Показатели СМАД		Сутки	День	Ночь
Средняя величина, мм рт.ст.	САД	<130	<135	<120
	ДАД	<80	<85	<70
Вариабельность, мм рт.ст.	САД	-	<15	<15
	ДАД	-	<14	<12
Индекс времени гипертензии, %	САД	< 25		
	ДАД			
Суточный индекс, %	САД	10-20		
	ДАД			
Величина утреннего подъема, мм рт.ст.	САД	<56		
	ДАД			
Скорость утреннего подъема, мм рт.ст./час	ДАД	<10		
	ДАД			
		<6		

На основании степени ночного снижения АД выделяют 4 варианта суточного профиля АД:

- с нормальным ночным снижением АД (СИ = 10-20 %);
- с недостаточным ночным снижением АД (СИ < 10 %);
- с чрезмерным ночным снижением АД (СИ > 20 %);
- с ночной гипертензией (СИ < 0).

Для диагностики гипотонических эпизодов дополнительно рассчитывается индекс времени гипотонии – показатель, позволяющий оценить частоту гипотонических эпизодов и определяющийся как процент измерений ниже условной границы нормы (90/60 мм рт. ст. в дневное время; 80/50 мм рт.ст. в ночное время). По данным СМАД индекс времени гипотонии не должен превышать 15%. Частота эпизодов гипотонии рассматривается как один из критериев безопасности антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, поскольку при резком и чрезмерном снижении АД возрастает вероятность развития гипоперфузионных осложнений со стороны сердца и мозга. Индекс гипотонии следует оценивать дополнительно также у пациентов с СИ > 20% из-за возможности развития ишемических осложнений в ночное время суток.

### 3.1. Основные правила проведения методики СМАД:

- использовать только стандартизованные приборы, соответствующие международным протоколам точности;
- перед проведением СМАД необходимо измерить АД у пациента на обеих руках: при отсутствии различий в величинах АД

мониторирование проводят на нерабочей руке (у правой – на левой руке, у левой – на правой). При разнице в величинах АД  $> 5$  мм рт.ст. мониторинг следует выполнять на руке с более высоким уровнем АД;

- использовать манжеты подходящего размера (во избежание завышения уровня АД для пациентов с окружностью плеча  $> 32$  см необходимо использовать манжету больших размеров);

- устанавливать интервал между измерениями не более чем 30 минут для получения необходимого для оценки количества измерений;

- следует проводить повторное СМАД, если при первом обследовании получено менее 70% измерений из-за большого количества артефактов;

- обследуемому пациенту вести обычный образ жизни, а при измерении прибором АД держать исследуемую руку вытянутой и неподвижной;

- инструктировать пациента о необходимости ведения дневника, где он будет отмечать продолжительность и время сна, прием лекарственных препаратов, а также особенные ситуации;

- учитывать, что величины АД, полученные при суточном мониторинге, обычно ниже величин АД при традиционном измерении врачом. Значения клинического АД – 140/90 мм рт.ст. примерно соответствуют среднесуточному АД – 125-130/80 мм рт.ст., среднедневному АД – 130-135/85 мм рт.ст. и средненочному АД – 120/70 мм рт.ст.

4. Домашнее измерение АД. Метод самоконтроля АД или измерения АД в домашних условиях следует широко использовать в клинической практике: у всех пациентов с АГ, получающих антигипертензивную терапию; для диагностики изолированной амбулаторной или «маскированной» АГ, изолированной офисной гипертензии или гипертензии «белого халата», резистентной АГ; в целях повышения приверженности пациентов к лечению и эффективности контроля АД. Перед назначением метода домашнего измерения АД врач или медсестра должны разъяснить пациенту основные правила измерения АД.

4.1. Методика проведения домашнего измерения АД:

- измерение следует проводить в течение 7 дней – 2 раза в день, утром и вечером;

- необходимо проводить измерения перед едой и приемом антигипертензивных препаратов;

- следует выполнить не менее 2 измерений с интервалом 1-2 минуты и оценить среднее значение полученных измерений;

- среднее значение АД, ЧСС записываются пациентом в дневник, если не предусмотрена функция памяти в приборе;
- результаты измерения в первый день не рекомендовано включать в последующий врачебный анализ.

Повышение АД в условиях домашнего измерения диагностируется при уровне  $> 135/85$  мм рт.ст. Метод самоконтроля АД можно использовать исходно для подбора антигипертензивного лечения и за 7 дней до последующего визита к врачу с целью оценки эффективности назначенной терапии.

Для самоконтроля АД необходимо применять полуавтоматические и автоматические приборы на плече, основанные на осциллометрическом методе измерения АД и соответствующие международным протоколам точности. Не рекомендовано использовать сфигмоманометры, измеряющие АД на пальце или запястье ввиду большой вероятности получения некорректных данных.

4.2. Соответствие данных, полученных при офисном, домашнем измерении АД и СМАД

Соотношение нормальных значений АД, измеренных в различных условиях, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Нормальные значения АД при различных методах его измерения, мм рт.ст.

	Систолическое АД		Диастолическое АД
Офисное (клиническое)	< 140	и (или)	< 90
Суточное	< 130	и (или)	< 80
Дневное	< 135	и (или)	< 85
Ночное	< 120	и (или)	< 70
Домашнее	< 135	и (или)	< 85

4.3. Изолированная амбулаторная и изолированная офисная гипертензия

Исследования последних лет продемонстрировали важность измерения АД вне кабинета врача с целью более точной оценки тяжести артериальной гипертензии и идентификации более высокого риска у некоторых пациентов с нормальным АД. Суточное мониторирование и измерение домашнего АД позволяют получить полезную информацию даже при отсутствии явного повышения офисного АД, особенно у пациентов с многочисленными факторами риска (ФР) и признаками поражения органов-мишеней (ПОМ).

Изолированная амбулаторная или «маскированная АГ»: повышенное АД отмечается при суточном мониторировании или домашнем измерении АД, а на приеме у врача - нормальное АД. Данная форма АГ выявляется

примерно у 10 % населения общей популяции и повышает риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

В случаях, когда у пациентов на приеме у врача регистрируется повышенное АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. в течение не менее двух визитов, а при СМАД или домашнем измерении АД – в пределах нормальных значений, тогда наблюдается изолированная офисная (или клиническая) гипертензия или гипертензия “белого халата”. Таким пациентам рекомендовано через 3-6 месяцев проводить повторное СМАД в связи с тем, что у более половины лиц с данной формой гипертензии может развиваться постоянная форма АГ в течение последующих 6 месяцев. Распространенность изолированной офисной гипертензии в общей популяции составляет 10-15%.

## 5. Классификация артериальной гипертензии

Диагноз АГ определяется по уровню клинического (офисного) АД и степени сердечно-сосудистого риска.

### 5.1. Степень артериальной гипертензии

Классификация уровней АД у лиц старше 16 лет представлена в таблице 3.

Таблица 3. Классификация уровней АД у лиц старше 16 лет, мм рт.ст.

Категории АД	САД	ДАД
Оптимальное АД	< 120	<80
Нормальное АД	120-129	80-84
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
Артериальная гипертензия I степени	140-159	90-99
Артериальная гипертензия II степени	160-179	100-109
Артериальная гипертензия III степени	$\geq 180$	$\geq 110$
Изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ)*	$\geq 140$	<90
Примечание: *- ИСАГ должна классифицироваться на I, II и III степени согласно уровню САД.		

Наиболее точно степень может быть определена у лиц с впервые выявленной АГ или у пациентов с АГ, которые не принимали антигипертензивные препараты. Если значения САД или ДАД попадают в разные категории, то степень тяжести АГ оценивается по более высокой категории.

На приеме у врача диагноз АГ основывается на данных не менее чем двух измерений офисного АД, в ходе не менее двух визитов с интервалом в 1-2 недели.

По этиологии выделяют первичную или эссенциальную АГ и вторичные или симптоматические АГ.



Первичная (эссенциальная) АГ – форма гипертензии с неизвестной этиологией, которая встречается более чем у 95% пациентов АГ. Для постановки диагноза эссенциальной АГ требуется исключение всех возможных причин повышения АД.

Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии являются симптомом других заболеваний и составляют 1-5% всех АГ. Основой для исключения вторичных вариантов является этиологическая классификация АГ, в которой выделяют 6 основных форм: нефрогенную, вазоренальную, эндокринную, связанную с поражением крупных сосудов и сердца, нейрогенную и развившуюся АГ на фоне приема лекарственных препаратов или экзогенных веществ (пероральные контрацептивы, стероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, циклоспорин, кокаин, амфетамин, эритропозин, лакрица (корень солодки), такролимус, алкоголь, никотин, кокаин).

Примеры формулировки диагноза

1. Артериальная гипертензия II степени. Риск 3. Дислипидемия. Ожирение 2 степени (ИМТ=36,0 кг/м<sup>2</sup>)
2. Артериальная гипертензия III степени. Риск 4.  
ИБС: стенокардия напряжения ФК III, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, венечных артерий. НИА (ФК III NYHA)
3. Артериальная гипертензия II степени. Риск 4.  
ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, венечных артерий. Пароксизмальное предсердное тахикардиеподобное состояние. НИ (ФК II NYHA)
4. Артериальная гипертензия I степени. Риск 4.  
Сахарный диабет 2 типа, состояние клинико-метаболической компенсации.
5. Феохромоцитома правого надпочечника. Вторичная эндокринная артериальная гипертензия.

## 5.2. Оценка сердечно-сосудистого риска

Общий риск представляет собой абсолютный риск развития сердечно-сосудистых исходов в течение 10 лет. Уровень АД является важнейшим, но не единственным фактором, определяющим тяжесть АГ, ее прогноз и тактику лечения. У большинства пациентов с АГ имеются дополнительные сердечно-сосудистые, метаболические ФР, которые усиливают действие друг друга, и поэтому общий сердечно-сосудистый риск превышает простую сумму отдельных ФР. Термин «дополнительный риск» используется, чтобы подчеркнуть, что риск ССО и смерти от них у лиц с АГ всегда выше, чем в целом в популяции.

Степень риска зависит от величины АД, наличия или отсутствия ФР,

ПОМ и сопутствующих заболеваний (табл. 4).

Таблица 4. Критерии стратификации риска при артериальной гипертензии

<b>Факторы риска</b>
Мужской пол
Возраст: мужчины $\geq 55$ лет; женщины $\geq 65$ лет
Курение
Дислипидемия: Общий холестерин $> 4,9$ ммоль/л (190 мг/дл) и/или Холестерин ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л (115 мг/дл) и/или Холестерин ЛПВП: мужчины $< 1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), женщины $< 1,2$ ммоль/л (46 мг/дл) и/или Триглицериды $> 1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)
Глюкоза плазмы крови натощак 6,1-6,9 ммоль/л (5,6-6,0 ммоль/л в капиллярной крови)
Постпрандиальная глюкоза (после еды или после нагрузки) $\geq 7,8$ и $< 11,1$ ммоль/л
Ожирение (ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> )
Абдоминальное ожирение (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин)
Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний: у мужчин до 55 лет; у женщин до 65 лет
<b>Бессимптомное поражение органов-мишеней</b>
Пульсовое давление (у пожилых) $\geq 60$ мм рт.ст.
Гипертрофия левого желудочка по ЭКГ критериям: индекс Соколова-Лайона $> 35$ мм; RaVL $> 11$ мм; Корнельское произведение $> 2440$ мм х мс или
Гипертрофия левого желудочка по ЭхоКГ критериям: ИММЛЖ у мужчин $> 115$ гр/м <sup>2</sup> и у женщин $> 95$ гр/м <sup>2</sup> *
Утолщение стенки сонных артерий (КИМ $> 0,9$ мм) или наличие атеросклеротических бляшек
Скорость распространения пульсовой волны $> 10$ м/с
ХБП стадия 3 со СКФ 30-59 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> **
Микроальбуминурия (30-300 мг/24 ч и/или соотношение альбумин/креатинин 30-300 мг/г в разовой утренней порции мочи)
<b>Сахарный диабет</b>
Глюкоза плазмы крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л ( $\geq 6,1$ ммоль/л в капиллярной крови) при двух повторных измерениях и/или
Гликированный гемоглобин HbA <sub>1c</sub> $\geq 6,5\%$ и/или
Глюкоза в любое время суток (случайная гликемия) $\geq 11,1$ ммоль/л при двух повторных измерениях
<b>Сопутствующие заболевания</b>
ЦВБ: транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт, церебральное кровоизлияние
Ишемическая болезнь сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация миокарда (ЧКВ, АКШ), атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий

Хроническая сердечная недостаточность
Стенозирующий атеросклероз периферических артерий
ХБП стадия 4, 5 со СКФ < 30 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> ** ; протеинурия (>300 мг/24 ч)
Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты сетчатки, отек диска зрительного нерва

Примечание: \*в М режиме, ИММЛЖ=0,8x1,04x[(МЖП+КДР+ЗС)<sup>3</sup>- КДР<sup>3</sup>] +0,6гр;

\*\*СКФ по формуле СКД-ЕРІ.

При формулировке клинического диагноза необходимо указывать степень АГ и группу риска согласно диагностическим критериям (таблица 5).

Таблица 5. Стратификация сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ

Факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или сопутствующие заболевания	АД, мм рт.ст.			
	Высокое нормальное АД САД 130-139 и/или ДАД 85-89	Степень I АГ САД 140-159 и/или ДАД 90-99	Степень II АГ САД 160-179 и/или ДАД 100-109	Степень III АГ САД ≥180 и/или ДАД 110
Нет других ФР	Нет риска	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск
3 фактора риска и более	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Бессимптомное поражение органов-мишеней, ХБП 3 стадия	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Сопутствующие заболевания, ХБП ≥ 4 стадии, сахарный диабет	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Примечание: АД – артериальное давление, ХБП – хроническая болезнь почек, ДАД – диастолическое артериальное давление, ФР – фактор риска, САД – систолическое артериальное давление

#### 6. Тактика обследования и ведения пациентов с впервые выявленным повышением артериального давления

Информация о пациентах, у которых впервые выявлено повышенное АД, передается участковому терапевту всеми медицинскими службами.

Основными задачами, которые должен решить практический врач на этапе диагностического поиска (опрос, осмотр, лабораторные и инструментальные методы), у пациентов с впервые выявленным

повышением АД являются:

- оценка степени АГ по данным офисных измерений;
- исключение вторичного характера АГ;
- выявление факторов риска, признаков бессимптомного поражения органов-мишеней, заболеваний сердечно-сосудистой системы или почек, сахарного диабета и сопутствующей патологии;
- оценка индивидуальной степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Обследование пациентов с АГ проводится согласно действующему Клиническому протоколу диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Впервые выявленное повышение АД требует проведения диагностических мероприятий для исключения симптоматической природы АГ (табл. 6).

Таблица 6. Вторичные артериальные гипертензии: клинические проявления и диагностика

Причина вторичной АГ	Клинические проявления	Первичная диагностика	Дополнительные исследования
Реноваскулярная АГ	Фибромускулярная дисплазия почечных артерий: молодой возраст (особенно у женщин) Атеросклеротический стеноз почечных артерий: резкое начало, рефрактерная АГ, внезапный отек легких	Аускультация живота (шумы над проекциями почечных артерий) УЗИ почек с дуплексным сканированием	Ангиография почечных сосудов
Паренхиматозные болезни почек (гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, поликистоз почек и др.)	Манифестация АГ на фоне ХБП, мочевого синдрома (гематурия, протеинурия), семейный анамнез поликистозной болезни почек	Анализ мочи (протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия) Оценка функции почек (СКФ) УЗИ почек	Диагностика причины патологии почек
Коарктация аорты	АГ у пациента младше 30 лет Хорошее развитие мускулатуры	Аускультация сердца и проекций крупных сосудов: интенсивный	КТ-ангиография

	плечевого пояса и верхних конечностей и тонкие нижние конечности с атрофичной мускулатурой	систолический шум во II-III слева от грудины и в межлопаточном пространстве Ослабление пульсации и снижение АД на нижних конечностях при высоком АД на верхних конечностях ЭхоКГ	
Первичный гиперальдостеронизм	Рефрактерная АГ с гипокалиемией (спонтанной или индуцированной диуретиками), с мышечной слабостью, с аритмией (фибрилляция предсердий), с инсиденталомой надпочечников	Консультация и наблюдение эндокринолога	Соотношение альдостерон/ ренин плазмы крови (оценка в стандартизованных условиях, после коррекции гипокалиемии, отмены диуретиков и др.) КТ надпочечников
Феохромоцитома / параганглиома	Рефрактерная АГ, катехоламиновые гипертензивные кризы с головной болью, сердцебиением, потливостью, бледностью кожи; семейный анамнез феохромоцитомы; инсиденталома надпочечника; кожные проявления нейрофиброматоза	Консультация и наблюдение эндокринолога	Анализ крови (или мочи) на содержание метанефринов КТ или МРТ надпочечников (брюшной полости, таза)
Гипотиреоз	Сухость и бледность кожи, отечность лица, выпадение волос, слабость, утомляемость, зябкость, запоры	Тиреотропный гормон крови УЗИ щитовидной железы	Консультация и наблюдение эндокринолога

Тиреотоксикоз	Потливость, тремор, нервозность, эмоциональная лабильность, похудение, тахикардия	Анализ крови на гормоны щитовидной железы, тиреотропный гормон УЗИ щитовидной железы	Консультация и наблюдение эндокринолога
Гиперкортицизм (синдром Кушинга)	Диспластическое ожирение: лунообразное лицо, массивный плечевой пояс, абдоминальное ожирение, дистрофические изменения кожи с формированием багрово-синюшных стрий, атрофия и слабость мышц конечностей, гипергликемия, депрессия	Консультация и наблюдение эндокринолога	
Первичный гиперпаратиреоз	Гиперкальциемия	Анализ крови на кальций Консультация и наблюдение эндокринолога	Паратгормон, фосфор крови
Акромегалия	Внешние признаки акромегалии: специфические изменения лица, увеличение размеров обуви, перчаток	Консультация и наблюдение эндокринолога	

При установлении диагноза АГ проводится динамическое диспансерное наблюдение за пациентами согласно действующей Инструкции о порядке проведения диспансеризации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

#### 7. Лечение и профилактика артериальной гипертензии

Цель лечения пациентов с артериальной гипертензией — максимальное снижение общего риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

В течение первых 1–6 месяцев от начала лечения рекомендовано снижение САД и ДАД до достижения целевого уровня или на 10% и более от исходных показателей с одновременным проведением мероприятий по коррекции сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска.

Целевые уровни АД определены как менее 140/90 мм рт. ст. у всех пациентов, далее при хорошей переносимости 130/80 мм рт.ст. и менее у большинства пациентов, но не ниже 120/70 мм рт.ст.

Средняя продолжительность периода достижения целевого АД составляет 6-12 недель. Через полгода от начала лечения пациентов необходимо добиться снижения АД до целевого уровня и его стабильного поддержания.

Принципы немедикаментозного лечения артериальной гипертензии

С целью снижения общего сердечно-сосудистого риска необходимо проводить комплекс мероприятий по модификации образа жизни у всех пациентов с АГ независимо от степени заболевания, включающий:

- прекращение курения табака в любом виде, в том числе электронных сигарет, исключение пассивного курения;
- нормализация массы тела при избыточном весе и ожирении;
- уменьшение окружности талии при висцеральном ожирении;
- максимальное ограничение употребления алкоголя;
- увеличение регулярной аэробной физической активности – средней интенсивности от 150 минут и более в неделю или интенсивных нагрузок от 75 минут и более в неделю или комбинирование указанных нагрузок;
- питание с низким содержанием насыщенных жиров и высоким содержанием продуктов из цельного зерна и пищевых волокон, увеличение в суточном рационе овощей от 200 грамм и более, фруктов от 200 грамм и более, ограничение употребления сахаросодержащих напитков;
- ограничение употребления соли менее 5 грамм в сутки.

Принципы медикаментозного лечения артериальной гипертензии

Медикаментозная терапия должна осуществляться всем пациентам с АГ. Стартовую и поддерживающую моно- или комбинированную терапию при АГ следует проводить с использованием основных классов антигипертензивных лекарственных средств – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонисты кальция, диуретики, антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы. При стартовой терапии следует назначать комбинированное антигипертензивное лечение у большинства пациентов с АГ, преимущественно используя лекарственные средства в

фиксированных дозах в 1 таблетке. Наиболее рациональные комбинированные двух- и трехкомпонентные схемы лечения АГ включают сочетания иАПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II с антагонистами кальция или тиазидными/тиазидоподобными диуретиками. Бета-адреноблокаторы применяются в комбинации с другими основными классами при наличии у пациентов стенокардии, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности или с целью контроля частоты сердечных сокращений. При отсутствии контроля АД на трехкомпонентной антигипертензивной терапии к лечению добавляют спиронолактон или другие диуретики при непереносимости, бета-адреноблокаторы, альфа-адреноблокаторы, агонисты имидазолиновых рецепторов. Одновременное назначение иАПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II у пациентов с АГ запрещено.

Назначение липид-снижающей и антитромбоцитарной терапии у пациентов с АГ зависит от группы сердечно-сосудистого риска, наличия сопутствующих заболеваний и проводится в соответствии с действующим Клиническим протоколом диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, утвержденного постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

#### 8. Рефрактерная артериальная гипертензия

Артериальная гипертензия считается рефрактерной (резистентной) к медикаментозному лечению в случаях, когда при терапевтическом подходе (изменение образа жизни, диуретик и два препарата других антигипертензивных классов, не обязательно с включением антагонистов альдостерона) у пациентов артериальное давление не снижается ниже 140/90 мм рт.ст.

У большинства пациентов с АГ чаще, чем рефрактерная АГ, определяется неконтролируемая гипертензия, когда на фоне приема двух препаратов различных антигипертензивных классов в дозах, близких к максимальным, не удается достигнуть целевого АД ниже 140/90 мм рт.ст.

При резистентных формах АГ к антигипертензивному лечению препаратами основных классов можно добавлять лекарственные средства дополнительных групп – агонистов имидазолиновых рецепторов, постсинаптических альфа-блокаторов, антагонистов альдостерона, ингибиторов ренина, а также проводить замену тиазидных диуретиков на петлевые.

9. Гипертонический криз – это внезапное значительное повышение АД от нормального или повышенного уровня, которое сопровождается появлением или усилением нарушений со стороны органов-мишеней или вегетативной нервной системы.

Критериями гипертонического криза являются: внезапное начало, значительное повышение артериального давления от нормального или



повышенного уровня, появление или усиление симптомов со стороны органов-мишеней.

В зависимости от того, наблюдается ли поражение органов-мишеней, а также необходимости срочного снижения артериального давления выделяют: неосложненные или осложненные гипертонические кризы.

Неосложненные гипертонические кризы протекают с минимальными субъективными и объективными симптомами на фоне имеющегося существенного повышения АД, не сопровождается острым развитием поражения органов-мишеней и требует постепенного снижения артериального давления в течение нескольких часов.

При неосложненных гипертонических кризах госпитализация в стационар осуществляется при появлении церебральной или кардиальной симптоматики, нарушений ритма и проводимости сердца, сердечной или почечной недостаточности. Изолированное повышение АД без острого поражения органов-мишеней часто связано с прекращением лечения или недостаточной дозировкой антигипертензивных препаратов. Неосложненные гипертонические кризы лечатся восстановлением или интенсификацией лекарственной терапии и лечением тревожных расстройств.

Осложненный гипертонический криз определяется как значительное повышение систолического и диастолического АД (САД >180 и ДАД >120 мм рт.ст., соответственно) и сопровождается развитием острого клинически значимого и потенциально фатального повреждения органов-мишеней, к которым относится гипертоническая энцефалопатия, инфаркт мозга, внутричерепное кровоизлияние, острая сердечная недостаточность, острый коронарный синдром, расслоение аорты, почечная недостаточность или эклампсия. Пациентам с осложненным гипертоническим кризом требуется экстренная госпитализация.

Большинство пациентов со значительным повышением АД не имеют признаков острого поражения органов-мишеней, то есть имеют неосложненные гипертонические кризы. Таким пациентам рекомендовано медленное, постепенное снижение артериального давления в течение 12-24 часов. Препаратами, которые применяются для лечения неосложненных гипертонических кризов на амбулаторном этапе являются: 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 мг в/в, эналаприл 0,5-1 мг в/в, урапидил-10-50 мг в/в под контролем АД. Поддерживающая доза урапидила 9 мг/ч внутривенно капельно, т.е. 250 мг урапидила (10 ампул по 5 мл)

растворить в 500 мл раствора для инфузий (1 мг = 44 капли ~ 2,2 мл), вводить под контролем АД.

Пациентам с осложненным гипертоническим кризом лечение проводится по показаниям в зависимости от осложнений (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; глицерил тринитрат 50-200 мкг/мин в/в капельно или 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. При оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе пациенту с осложненным ГК снижать АД следует постепенно во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца и почек, как правило, не более чем на 25% за первые 1 - 2 часа. Более быстрое снижение АД необходимо при расслаивающей аневризме аорты (на 25% от исходного за 5 - 10 минут; оптимальное время достижения целевого уровня САД 100 - 110 мм рт.ст. составляет не более 20 минут), а также при острой левожелудочковой недостаточности. Лечение на этом этапе должно быть направлено на обеспечение жизненно важных функций и устранение симптоматики со стороны органов-мишеней.

Длительность наблюдения бригадами СМП при купировании гипертонического криза определяется индивидуально в зависимости от клинической картины (в том числе темпов снижения артериального давления) и в соответствии с показаниями для госпитализации.

#### 10. Показания и порядок госпитализации пациентов с артериальной гипертензией

Целью направления пациентов для стационарного лечения являются:

- необходимость купирования неотложных состояний, обусловленных гипертоническим кризом;
- проведение дообследования пациента для исключения вторичной АГ;
- подбор антигипертензивной терапии при рефрактерной АГ и определение тактики дальнейшего лечения.

Показаниями для направления в стационар пациентов с АГ являются:

- осложненный гипертонический криз;
- обследование для исключения вторичной АГ;
- рефрактерная АГ;
- появление церебральной или кардиальной симптоматики, нарушений ритма и проводимости сердца, сердечной или почечной недостаточности.

11. Способы оценки, факторы и методы повышения приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией

В настоящее время в клинической практике доступны следующие методы оценки приверженности:

- клинические (посещение врача в назначенное время, улучшение состояния пациента, выполнение рекомендаций по модификации образа жизни, стабилизация показателей АД, наличие листа самоконтроля АД);

- физические (получение и анализ информации аптек о покупке лекарств по системе «электронный рецепт»).

Для достоверной оценки приверженности необходимо применять комбинацию методов.

Тест Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению (выполняется при отсутствии достижения целевого уровня АД у пациентов с АГ на фоне комбинированного антигипертензивного лечения):

- забывали ли Вы когда-либо принять препараты?

- относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?

- не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

- если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Интерпретация: Каждый пункт оценивается по принципу "Да-Нет", при этом ответ "Да" оценивается в 0 баллов, а ответ "Нет" - в 1 балл. Приверженными к лечению считаются пациенты, набравшие 4 балла. Пациенты, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по несоблюдению врачебных рекомендаций. Пациенты, набравшие 2 балла и менее, считаются не приверженными.

Пути разрешения проблем приверженности к лечению.

- создание мотивации и готовности пациента к изменению образа жизни, выполнению рекомендаций по немедикаментозному лечению с учетом индивидуальных факторов риска;

- информирование пациента о заболевании и возможном развитии сердечно-сосудистых осложнений, необходимости проведения непрерывного медикаментозного лечения;

- обучение в Школе пациентов с артериальной гипертензией;

- подбор индивидуального режима антигипертензивной терапии с

учетом клинического течения заболевания;

– регулярный контроль соблюдения пациентом врачебных рекомендаций, динамическое диспансерное наблюдение.

Взаимодействие с другими специалистами:

– использование навыков и знаний помощников врача, медсестер, фельдшеров, фармацевтов и диетологов;

– направление пациента на консультацию к специалистам для углубленного консультирования по отдельным вопросам.

Приложение 2  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.10.2018 № 1000

Порядок выявления, постановки на учет и диспансеризации пациентов.  
Критерии эффективности и индикаторы качества диспансеризации  
пациентов с артериальной гипертензией

12. Основная работа по выявлению, динамическому наблюдению и лечению пациентов с артериальной гипертензией (АГ) проводится фельдшерами, помощниками врачей, участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (далее – ОЗ). Группы пациентов, подлежащие диспансерному наблюдению, определены Инструкцией о порядке проведения диспансеризации населения, утвержденной Министерством здравоохранения.

Медицинские сестры, фельдшера, помощники врачей, участковые врачи-терапевты, врачи общей практики и врачи других специальностей, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь населению, обязаны при первичном посещении пациентов ОЗ в году проводить измерение артериального давления (АД).

При повторных посещениях ОЗ измерение АД пациентам с артериальной гипертензией проводится в обязательном порядке всеми медицинскими работниками, оказывающими медицинскую помощь.

Помощники врачей, фельдшера, участковые медицинские сестры:

- при любом обращении пациента в доврачебный кабинет обязаны измерить АД;
- составляют списки пациентов с АГ, подлежащих диспансеризации, согласно схеме наблюдения действующей Инструкции о порядке проведения диспансеризации;
- активно информируют пациентов о целях, задачах диспансеризации и проведении необходимых медицинских мероприятий;
- проводят регулярную разъяснительную работу с пациентами с АГ по коррекции факторов риска, контролируют наличие листов домашнего самоконтроля в амбулаторных картах;
- участвуют в подготовке отчетной медицинской документации и подведении итогов диспансеризации;
- обеспечивают активный патронаж пациентов с АГ, часто обращающихся за медицинской помощью в СМП, а также пациентов

пожилого и старческого возраста с высоким и очень высоким риском по SCORE.

Участковые врачи-терапевты и врачи общей практики:

– при впервые выявленной артериальной гипертензии назначают диагностические обследования для определения степени поражения органов-мишеней, наличия ассоциированных сопутствующих заболеваний с целью стратификации риска и проводят лечение согласно действующему Клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышением АД;

– проводят антигипертензивную терапию с достижением целевого уровня АД в течение 1-2 месяцев лечения у пациентов низкого и умеренного риска и в течение 3-6 месяцев лечения у пациентов высокого и очень высокого риска;

– с целью повышения приверженности пациентов с АГ к лечению назначают измерение АД в домашних условиях, результаты прикладывают в виде листа домашнего самоконтроля АД в амбулаторные карты;

– направляют пациентов с АГ для коррекции факторов риска в отделения профилактики, при необходимости – к врачам других специальностей;

– проводят диспансеризацию пациентов с АГ согласно утвержденной Инструкции о порядке проведения диспансеризации.

Заведующие терапевтическими отделениями и заместитель главного врача по медицинской части поликлиник ежегодно проводят экспертную оценку диспансерного наблюдения за пациентами с АГ согласно Критериям эффективности и индикаторам качества диспансеризации пациентов с АГ.

### 13. Критерии эффективности и индикаторы качества диспансеризации пациентов с АГ<sup>1</sup>

#### 13.1. Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь

##### Соблюдение порядка медицинской помощи

Критерий	Выполнение
Проведена оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.	Да/ Нет
Выполнены (по показаниям) консультации врача-невролога, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога.	Да/ Нет
Соблюдение кратности медицинского осмотра и обследования	Да/ Нет

<sup>1</sup> Настоящие критерии разработаны для применения в полном объеме в условиях функционирования электронного здравоохранения и разрабатываемой новой модели контроля качества медицинской помощи (в том числе шкалы оценки). На переходный период используются критерии, данные по которым возможно получить по существующим формам государственной и ведомственной отчетности, мониторингов организаций здравоохранения.

согласно схеме диспансерного наблюдения за пациентами, состоящими в группе Д (III).	
Наличие в амбулаторных картах пациентов листа домашнего самоконтроля АД.	Да/ Нет
Заполнение плана и карты учета прохождения диспансеризации пациента АГ согласно инструкции о порядке прохождения диспансеризации.	Да/ Нет
Наличие экспертной оценки и анализа качества диспансерного наблюдения за пациентом с АГ заведующей терапевтическим отделением поликлиники с указанием количества пациентов, достигших целевого уровня АД, перенесших ТИА, инсульт или инфаркт миокарда.	Да/ Нет

## Соблюдение протоколов

Критерий	Выполнение
Сбор анамнеза, жалоб, уточнение семейного анамнеза по АГ, выявление факторов риска ССЗ.	Да/ Нет
Физикальный осмотр, измерение АД (дважды при первичном осмотре и на нижних конечностях), ЧСС.	Да/ Нет
ЭКГ (описание и интерпретация данных с определением индекса Соколова-Лайона и Корнелльского произведения).	Да/ Нет
Определение липидов крови, глюкозы, креатинина, калия.	Да/ Нет
Общий анализ крови, общий анализ мочи.	Да/ Нет
Анализ мочи на микроальбуминурию (при отсутствии протеинурии).	Да/ Нет
Расчет скорости клубочковой фильтрации.	Да/ Нет
ЭхоКГ с расчетом ИММЛЖ.	Да/ Нет
УЗИ брахиоцефальных артерий.	Да/ Нет
По показаниям - СМАД согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным АД.	Да/ Нет
Проведение антигипертензивной терапии согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным АД.	Да/ Нет
При гипертоническом кризе обеспечена антигипертензивная терапия согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным АД.	Да/ Нет

## Критерии оценки результатов

Критерий	Выполнение
Достижение целевого уровня АД в течение 1-2 месяцев лечения у пациентов низкого и умеренного риска.	Да/ Нет

Достижение целевого уровня АД в течение 3-6 месяцев лечения у пациентов высокого и очень высокого риска.	Да/ Нет
Удельный вес (%) диспансерных пациентов, достигших целевого уровня АД и ХС ЛПНП, в том числе перенесших ТИА, ОНМК или инфаркт миокарда.	Да/ Нет
Отсутствие прогрессирования изменений органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, поражение артерий, микроальбуминурия, ХБП) у диспансерных пациентов с АГ.	Да/ Нет
Уменьшение количества осложнений (ТИА, ОНМК, инфаркт миокарда) у пациентов с АГ.	Да/ Нет
Увеличение удельного веса (количества) пациентов с впервые выявленной АГ и неосложненным течением (без ИБС, ЦВБ), в том числе в трудоспособном возрасте.	Да/ Нет
Увеличение удельного веса (количества) пациентов с АГ, состоящих на диспансерном учете, с неосложненным течением (без ИБС, ЦВБ), в том числе в трудоспособном возрасте.	Да/ Нет
Снижение количества выездов бригад СМП по поводу гипертонических кризов.	Да/ Нет
Снижение количества случаев выхода на первичную инвалидность по причине АГ.	Да/ Нет

### 13.2. Этап СМП при гипертонических кризах

Критерий	Выполнение
Динамический контроль АД, ЧСС.	Да/ Нет
Обеспечена регистрация ЭКГ.	Да/ Нет
Обеспечено введение антигипертензивных лекарственных средств согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным АД.	Да/ Нет
Госпитализация в стационарное отделение при осложненном гипертоническом кризе.	Да/ Нет
Госпитализация в стационарное отделение при неосложненном гипертоническом кризе и отсутствии снижения АД в динамике и/или ухудшении клинической симптоматики.	Да/ Нет

### 13.3. Специализированная медицинская помощь

#### Соблюдение порядка помощи

Критерий	Выполнение
----------	------------



Выполнен осмотр врачом-терапевтом или врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе).	Да/ Нет
Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе).	Да/ Нет
Проведена терапия антигипертензивными лекарственными средствами не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/ Нет

## Соблюдение протоколов

Критерий	Выполнение
Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/ Нет
Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический: креатинин (с расчетом скорости клубочковой фильтрации), глюкоза, калий, натрий	Да/ Нет
Выполнен биохимический анализ крови по оценке нарушений липидного обмена.	Да/ Нет
Выполнены общий (клинический) анализ мочи и анализ мочи на микроальбуминурию при отсутствии протеинурии.	Да/ Нет
Выполнен профиль АД (по показаниям – суточное мониторирование артериального давления согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным АД).	Да/ Нет
Выполнена эхокардиография с определением ИММЛЖ.	Да/ Нет
Выполнена оценка факторов риска, в том числе с измерением индекса массы тела и окружности талии.	Да/ Нет
Выполнено при наличии показаний ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, ультразвуковое исследование почек и надпочечников.	Да/ Нет
Проведена антигипертензивная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками, антагонистами минералкортикоидных рецепторов, блокаторами имидазолиновых рецепторов, постсинаптическими альфа-адреноблокаторами согласно клиническому протоколу диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся	Да/ Нет

повышенным АД.	
<b>Критерии оценки результатов</b>	
Критерий	Выполнение
Достигнуто снижение АД не более чем на 25% от исходного уровня за первые 2 часа от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе).	Да/ Нет
Достигнут целевой уровень артериального давления или снижение артериального давления на 25% от исходного уровня при артериальной гипертензии III степени на момент выписки из стационара.	Да/ Нет

14. Основные критерии, используемые для оценки эффективности медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией в переходный период (до внедрения системы «электронного здравоохранения»)

14.1. Порядок оказания медицинской помощи и контроль качества диспансеризации пациентов с АГ:

- соблюдение кратности медицинского осмотра и обследования согласно схеме диспансерного наблюдения за пациентами с артериальной гипертензией (АГ), состоящими в группе Д (III);
- проведение экспертной оценки и анализа качества диспансерного наблюдения заведующим отделением поликлинических учреждений, оказывающим первичную амбулаторную помощь;
- оценка количества диспансерных пациентов (%), достигших целевого уровня АД и ХС ЛПНП, в том числе перенесших ТИА, ОНМК или инфаркт миокарда;
- динамический контроль поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, поражение артерий, микроальбуминурия, ХБП) у диспансерных пациентов с АГ;

14.2. Индикаторы качества диспансеризации пациентов с АГ:

- снижение количества осложнений (ТИА, ОНМК, инфаркт миокарда) у пациентов с АГ;
- увеличение количества пациентов с АГ (%), состоящих на диспансерном учете, с неосложненным течением (без ИБС, ЦВБ), в том числе в трудоспособном возрасте;
- снижение количества выездов бригад СМП по поводу гипертонических кризов;
- снижение количества случаев выхода на первичную инвалидность по причине АГ.

Приложение 3  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.10.2018 №1000

## Положение о Школе пациентов с артериальной гипертензией

15. Школы пациентов с АГ создаются в организациях здравоохранения с целью повышения образовательного уровня населения в вопросах первичной и вторичной профилактики АГ, формирования здорового образа жизни и снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности у пациентов с АГ.

15.1. Задачи Школы пациентов с АГ:

- информирование пациентов о необходимости коррекции факторов риска и непрерывного медикаментозного антигипертензивного лечения;
- обучение практическим навыкам измерения АД, основам рационального питания, физических тренировок при АГ;
- активная мотивация пациентов с АГ к необходимости изменения образа жизни для профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений. Обеспечение пациентов памятками по здоровому образу жизни;
- обучение само- и взаимопомощи при развитии гипертонических кризов и приступов стенокардии.

15.2. Общие положения. Школы пациентов с АГ создаются в организациях здравоохранения (амбулаторно-поликлинических и стационарных) в составе отделений профилактики или одного из терапевтических/кардиологических отделений.

Руководителями Школ АГ в ОЗ назначаются врачи (терапевты, врачи общей практики, помощник врача), имеющие высокий уровень профессиональных знаний и квалификационную категорию.

Организация и контроль за работой Школ в ОЗ возлагается на заместителей главных врачей по медицинской части.

Занятия в Школах АГ проводятся не реже 1 раза в месяц в рамках времени, планируемого для организационно-методической работы и санитарного просвещения населения.

Посещение школы АГ в поликлиниках учитывается как обращение за лечением с заполнением статистического талона.

График занятий пациентов в Школах АГ в учреждениях, оказывающих стационарную медицинскую помощь, утверждается заместителем по медицинской части.

Руководитель Школ АГ должен иметь утвержденный заместителем по медицинской части тематический план проведения занятий, журнал учета пациентов, посещающих школу, и количество проведенных занятий.

Информация о работе Школ представляется в РНПЦ «Кардиология», Минский городской и областные кардиологические диспансеры/центры 1 раз в год с отчетами по службе.

Главные врачи ОЗ обеспечивают оснащение кабинета Школы АГ необходимыми учебными и иными необходимыми материалами.

Минимальное количество занятий в Школе АГ – четыре.

Тематический план проведения занятий должен предусматривать представление об АГ как факторе риска БСК, смертности и инвалидности; краткую информацию о факторах риска БСК/ НИЗ и способах их коррекции; обучение измерению АД и самоконтролю; возможности немедикаментозного и лекарственного антигипертензивного лечения, обучение навыкам оказания самопомощи при гипертоническом кризе и сердечном приступе. Отдельное внимание должно уделяться вопросам приверженности пациентов к лечению.

Основой для тематического планирования и подготовки специалистов для работы с пациентами в Школе АГ может являться утвержденная Инструкция по выявлению, обследованию и лечению пациентов с артериальной гипертензией для медицинских работников всех специальностей (приложение 1).

Текущий контроль качества обучения пациентов осуществляется постоянно на основании тестовых заданий, разработанных в ОЗ.

Анализ деятельности Школы АГ осуществляется не реже 1 раза в год с заслушиванием отчета на ЛКК или Медицинском совете (в рамках комплексного анализа эффективности оказания медицинской помощи пациентам с АГ).

Приложение 4  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.10.2018 № 1000

Форма предоставления отчетной информации  
о деятельности организаций здравоохранения по выявлению пациентов с  
артериальной гипертензией и эффективности диспансерного наблюдения

1. Количество лиц, прошедших измерение артериального давления за отчетный период
- всего \_\_\_\_\_ □□□□□□
- в трудоспособном возрасте \_\_\_\_\_ □□□□□□
2. Из числа прошедших измерение артериального давления зарегистрировано пациентов с артериальной гипертензией
- всего \_\_\_\_\_ □□□□□□
- в трудоспособном возрасте \_\_\_\_\_ □□□□□□
- 2.1. из общего количества:
- пациенты с неосложненной артериальной гипертензией \_\_\_\_\_ □□□□□□
- пациенты с ИБС и артериальной гипертензией \_\_\_\_\_ □□□□□□
- пациенты с ЦВБ и артериальной гипертензией \_\_\_\_\_ □□□□□□
3. Из общего числа зарегистрированных пациентов с артериальной гипертензией впервые выявлено
- всего \_\_\_\_\_ □□□□□□
- в трудоспособном возрасте \_\_\_\_\_ □□□□□□
- 3.1. из общего количества:
- пациенты с неосложненной артериальной гипертензией \_\_\_\_\_ □□□□□□
- пациенты с ИБС и артериальной гипертензией \_\_\_\_\_ □□□□□□
- пациенты с ЦВБ и артериальной гипертензией \_\_\_\_\_ □□□□□□
4. Состояло на диспансерном наблюдении на начало года
- всего \_\_\_\_\_ □□□□□□
- в трудоспособном возрасте \_\_\_\_\_ □□□□□□
- из общего числа пациентов с артериальной гипертензией, состоявших на диспансерном наблюдении, с высоким и очень высоким риском \_\_\_\_\_ □□□□□□
5. Снято с диспансерного наблюдения в течении года
- всего \_\_\_\_\_ □□□□□□
- из общего количества:
- в связи с неявкой пациентов \_\_\_\_\_ □□□□□□
- умерло \_\_\_\_\_ □□□□□□
- перевод в другие диспансерные группы (по другим нозологиям) \_\_\_\_\_ □□□□□□

- выбыл в связи со сменой места жительства \_\_\_\_\_ □□□□□□
- 6.Взято на диспансерное наблюдение в течение года
- всего \_\_\_\_\_ □□□□□□
- в трудоспособном возрасте \_\_\_\_\_ □□□□□□
- из общего числа пациентов с артериальной гипертензией, состоявших на диспансерном наблюдении, с высоким и очень высоким риском \_\_\_\_\_ □□□□□□
- 7.Состоит на диспансерном наблюдении на конец года
- всего \_\_\_\_\_ □□□□□□
- в трудоспособном возрасте \_\_\_\_\_ □□□□□□
- из общего числа пациентов с артериальной гипертензией, состоявших на диспансерном наблюдении, лиц с высоким и очень высоким риском \_\_\_\_\_ □□□□□□
8. Показатели эффективности лечения и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией (данные за отчетный период), состоящих на ДН
- количество инфарктов миокарда \_\_\_\_\_ □□□□□□
- количество острых нарушений мозгового кровообращения \_\_\_\_\_ □□□□□□
- количество впервые признанных инвалидами вследствие артериальной гипертензии и ее осложнений (1-3 группа) \_\_\_\_\_ □□□□□□

### Пояснения к заполнению формы отчетной информации

Ответственность за подготовку отчетной информации, заполнение формы возлагается на медицинских сестёр/ фельдшеров/ помощников врача. Контроль и анализ информации осуществляют врачи общей практики, врачи-терапевты участковые, заведующие терапевтическими отделениями, заместители главных врачей по медицинской части.

Количество лиц, прошедших измерение артериального давления (всего и в трудоспособном возрасте) за отчетный период, определяется на основании данных статистического учета по статистическим талонам или ведомости посещений.

В п.2 отражаются данные о количестве пациентов с артериальной гипертензией (по статистическим талонам за отчетный период) из числа прошедших измерение артериального давления.

Из общего количества зарегистрированных пациентов с АГ выделяются пациенты с неосложненной артериальной гипертензией, пациенты с ИБС и артериальной гипертензией, пациенты с ЦВБ и артериальной гипертензией. При этом пациент регистрируется однократно по одной из строк в зависимости от превалирующей клинической ситуации. Координация и контроль учета и регистрации пациентов с артериальной гипертензией осуществляется врачом общей практики/врачом-терапевтом участковым и заведующим терапевтическим отделением.

В п.3 отражаются данные о числе впервые выявленных пациентов с АГ (статистический талон+) с разбивкой по клиническому статусу: пациенты с неосложненной артериальной гипертензией, пациенты с ИБС и артериальной гипертензией, пациенты с ЦВБ и артериальной гипертензией. При этом пациент регистрируется однократно по одной из строк в зависимости от превалирующей клинической ситуации. Координация и контроль учета и регистрации пациентов с артериальной гипертензией осуществляется врачом общей практики/ врачом-терапевтом участковым и заведующим терапевтическим отделением.

В случае, если у пациента ранее была выявлена артериальная гипертензия и развивается ИБС или ЦВБ, данный факт не должен регистрироваться как случай впервые выявленной осложненной АГ (данные о переходе пациента из одной группы в другую отражаются по п.2.1).

Пункты 4-7 отражают данные о динамике количества лиц с АГ находящихся на диспансерном наблюдении (всего, в трудоспособном возрасте, лиц с высоким и очень высоким риском)

В п.8 отражаются данные по конечной точке – развившиеся осложнения (ИМ, ОНМК, выход на инвалидность). При этом количество впервые признанных инвалидами вследствие артериальной гипертензии и ее осложнений определяется по данным МРЭК об основном заболевании, приведшем к инвалидности.

Перевод пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, от одного врача к другому не должен рассматриваться в качестве причины снятия с диспансерного учета у одного врача и постановки у другого.

До внедрения в деятельность организаций здравоохранения электронного здравоохранения отчетная информация по данной форме предоставляется организациями здравоохранения в областные кардиодиспансеры/ центры ежегодно до 12 января, до 20 января – в ГУ РНПЦ «Кардиология»; после внедрения – в оперативном режиме.