

*І.П. Катеренчук,
Л.К. Овчаренко, О.І. Катеренчук*

*Вищий державний навчальний
заклад освіти України
«Українська медична
стоматологічна академія»,
м. Полтава*

КАРДІАЛЬНІ ЕФЕКТИ ВАЛЕРІАНИ, ГЛОДУ Й ПУСТИРНИКА ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ВЕГЕТО-СУДИННОЇ ДИСТОНІЇ ТА НАЙПОШИРЕНІШИХ СЕРЦЕВО- СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Резюме

У статті проаналізовано кардіальні ефекти фітотерапевтичних препаратів валеріани, глоду та пустирника, аргументовано їх терапевтичну ефективність і доцільність застосування в комплексній терапії вегето-судинної дистонії та інших найпоширеніших серцево-судинних захворювань. Визначено терапевтичну ефективність препарату Седафітон®, до складу якого входять густий екстракт коренів і кореневищ валеріани, густий екстракт трави пустирника і густий екстракт плодів глоду. Обґрунтовано доцільність використання препарату Седафітон® у комплексній терапії і профілактиці серцево-судинних захворювань із вегетативною дисфункцією.

Ключові слова

Ішемічна хвороба серця, вегето-судинна дистонія, артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, Седафітон®.

За даними ВООЗ, сьогодні у світі від серцево-судинних захворювань, серед яких максимальне поширення має атеросклероз і такі його прояви як ішемічна хвороба серця, щорічно вмирає 15 млн осіб, а вже до 2020 року, за прогнозами експертів, ця цифра може зрости до 25 млн [1].

В Україні серцево-судинні захворювання є найбільш розповсюдженими, причиною чого є, наряду з іншими факторами, часті стреси та хронічне психоемоційне напруження.

Наявні дані, що свідчать про захисну роль факторів, активуючих локальні стреслімітуючі системи, які підвищують антиоксидантний потенціал клітин-мішеней і забезпечують резистентність організму до шкідливого впливу стресу [2]. Активізація антиоксидантної системи не тільки обмежує стресорне пошкодження організму, але й робить свій внесок у забезпечення своєчасної адаптивної поведінки при стресових ситуаціях.

У силу цього, використання природних седативних і анксиолітичних засобів попереджає і усуває стресорні пошкодження при атеросклерозі, гіпертонічній хворобі та інших формах патології людини, у механізмах яких стрес відіграє визначальну роль [3].

Валеріана в кардіологічній практиці

Валеріана регулює серцеву діяльність, має антигіпертензивні та коронаролітичні властивості, виявляє седативну і транквілізуючу дію на цент-

ральну нервову систему, володіє спазмолітичною і жовчогінною дією. Прийом валеріани в поєднанні з різними снодійними засобами підсилює їх дію, подовжуючи сон.

Препарати валеріани застосовують, переважно, як легкий седативний та снодійний засіб, при вегетоневрозах, легких формах неврастенії, порушеннях сну, як альтернативу або можливий замінник сильніших синтетичних седативних засобів, таких як бензодіазепіни [4, 5]. Крім того, валеріану широко застосовують для профілактики і лікування гіпертонічної хвороби та стенокардії.

Біологічно активні речовини, що містяться у валеріані (валеріанова кислота і валепотріати) забезпечують зниження збудливості центральної і вегетативної нервової системи, зменшують дратівливість при психічній перевтомі, здійснюють виражений седативний, анксиолітичний і спазмолітичний ефекти, підсилюють дію інших снодійних та седативних лікарських засобів. Препарати валеріани здійснюють регулювання серцевої діяльності, діючи опосередковано через ЦНС, а також безпосередньо на міокард і провідну систему серця, знижуючи артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень. Завдяки безпосередній дії препарату на судини серця відбувається їх розширення і поліпшення коронарного кровообігу.

Ефект препаратів валеріани виявляється більш високим при систематичному і тривалому застосуванні.

Глід у кардіологічній практиці

Препарати глodu виявляють антигіпертензивну, кардіотонічну, спазмолітичну, седативну та десенсибілізуючу дію. Глід здатний збільшувати силу серцевих скорочень, регулювати кров'яний тиск, зменшувати збудливість нервової системи, покращувати засинання та якість сну.

Огляд фармакологічних та клінічних даних засвідчує, що стандартизовані екстракти квіток і плодів глodu активують діяльність серцевого м'яза, поліпшують циркуляторну перфузію міокарда і витривалість при кисневій недостатності, а також впливають на аритмію і знижують постнавантаження. Також було продемонстровано позитивний терапевтичний вплив на пацієнтів із симптомами порушення симпатно-адренергічної системи, такими як підвищений тиск, тахікардія і аритмія (також характерними при серцевій недостатності II ступеня, (згідно визначення Нью-Йоркської кардіологічної асоціації).

Глід містить флавоноїди, холін, ацетилхолін, фітостерини і тритерпенові кислоти, завдяки чому володіє здатністю розширювати периферичні і коронарні судини, покращувати кровопостачання і метаболізм міокарда, забезпечувати негативний хронотропний і позитивний інотропний ефекти. Флавоноїди і проантоціанідини глodu чинять інгібуючу дію на ангіотензинперетворюючий фермент, що сприяє кардіопротекторному ефекту внаслідок зниження потреби міокарда в кисні.

Крім того, кардіопротекторна дія глodu забезпечується прямим захистом ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) від окислення пероксильними радикалами. Флавоноїди глodu стабілізують колагенові волокна, зміцнюють колагеновий матрикс, тим самим зменшують атеросклеротичну бляшку і прояви атеросклерозу [6].

Пустирник у кардіологічній практиці

Трава пустирника володіє седативною і спазмолітичною дією, а також захисними властивостями при церебральній ішемії. Традиційно трава пустирника використовується при тахікардії, синдромі фізичної напруги, зокрема, при серцевих симптомах невротичного характеру.

Екстракт пустирника серцевого містить флавоноїди, іридоїди, алкалоїди. Експериментально доведено анксіолітичну та седативну дію пустирника, а клінічно встановлено, що він підвищує ефективність комплексної терапії артеріальної гіпертензії та дозволяє зменшити дози синтетичних антигіпертензивних засобів. Кардіопротекторну дію препаратів пустирника забезпечує алкалоїд леонурин, здатний при ішемії міокарда зменшувати розмір інфаркту.

Доцільність застосування комбінованого рослинного препарату Седафітон® у терапії вегето-

судинної дистонії та найбільш розповсюджених серцевих захворювань

На сьогоднішній день сучасна медицина має велику кількість лікарських препаратів рослинного походження, вироблених в умовах сучасного фармацевтичного виробництва, із доведеною ефективністю і безпекою.

До таких лікарських засобів відноситься Седафітон® – оригінальний комбінований препарат, виробництва вітчизняної фармацевтичної компанії ПАО «Фітофарм».

До складу Седафітон® входять екстракти трьох рослин, які вже багато років використовуються в терапевтичній та кардіологічній практиках: густий екстракт коренів і кореневищ валеріани (0,05 г), густий екстракт трави пустирника (0,03 г) і густий екстракт плодів глodu (0,03 г).

Усі три компоненти препарату доповнюють один одного і, діючи синергічно, забезпечують виражений седативний, анксіолітичний, антигіпертензивний, кардіотонічний і кардіопротекторний ефект, що робить доцільним використання Седафітон® у лікуванні вегето-судинної дистонії, артеріальної гіпертензії, хронічної серцевої недостатності та інших нервових й серцево-судинних захворювань.

Під дією препарату відбувається розширення периферичних артерій, що викликає зниження артеріального тиску. За рахунок інгібування Na^+/K^+ -АТФази міокарда підвищується скорочувальна здатність серцевого м'яза, у результаті чого збільшується ударний об'єм і серцевий викид. Обсяг у кінці діастолі, а також тиск наповнення шлуночків навпроти знижуються, що призводить до зниження переді і постнавантаження на серце. Антиоксидантна здатність препарату Седафітон® зменшує ішемічне пошкодження міокарда. Седативна дія препарату забезпечує поліпшення сну і купірування тривоги, дратівливості, нестійкого настрою.

Таким чином, при м'якій або помірній артеріальній гіпертензії, можливе призначення препарату Седафітон® по 1-2 таблетці 3 рази на день в якості монотерапії. При більш вираженому підвищенні артеріального тиску і приєднанні серцевої недостатності доцільно його застосування в складі комплексної медикаментозної терапії.

У терапії вегето-судинної дистонії застосування препарату Седафітон® по 1 таблетці 3 рази на день дозволяє забезпечити ефективну седативну дію, зняти психоемоційне напруження нервової системи, знизити артеріальний тиск і зменшити частоту серцевих скорочень, що є важливим аспектом у пацієнтів із симпатикотонією.

Нова форма випуску Седафітон®Форте, у вигляді капсул, містить подвійну концентрацію екстрактів валеріани (0,1 г), пустирнику (0,06 г) та глodu (0,06 г) й призначається переважно при порушеннях сну та психоемоційних розладах.

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (2012)*

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

(продовження, початок див. у №2, 2013)

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АГ	-	артеріальна гіпертензія	MPT	-	магніто-резонансна томографія
АК	-	антагоністи кальцію	MT	-	маса тіла
АЛТ	-	аланінамінотрансфераза	OM	-	органи-мішені
АСТ	-	аспартатамінотрансфераза	OT	-	обхват талії
АТ	-	артеріальний тиск	ОЧП	-	органи черевної порожнини
ББ	-	бета-адреноблокатори	CAT	-	систолічний артеріальний тиск
БКК	-	блокатори кальцієвих каналів	ССР	-	серцево-судинний ризик
БРА	-	блокатори рецепторів ангіотензину II	ССЗ	-	серцево-судинні захворювання
ГК	-	гіпертензивний криз	ТГ	-	тригліцериди
ДАТ	-	діастолічний артеріальний тиск	ТТГ	-	тиреотропний гормон
ДоплерКГ	-	доплер-ехокардіографія	ТД	-	тіазидний діуретик
ЕКГ	-	електрокардіографія	УЗД	-	ультразвукове дослідження
ЕхоКГ	-	ехокардіографія	УКПМД	-	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЗАК	-	загальний аналіз крові	УОМ	-	ураження органів-мішеней
ЗАС	-	загальний аналіз сечі	ФР	-	фактори ризику
ЗХС	-	загальний холестерин	ЦД	-	цукровий діабет
іАПФ	-	інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту	ХХН	-	хронічна хвороба нирок
ІМТ	-	індекс маси тіла	ХСЛПНЩ	-	холестерин ліпопротеїнів низької щільності
ІХС	-	ішемічна хвороба серця	ХСЛПДНЩ	-	холестерин ліпопротеїнів дуже низької щільності
КТ	-	комп'ютерна томографія	ХСЛПВЩ	-	холестерин ліпопротеїнів високої щільності
ЛПМД	-	локальний протокол медичної допомоги	ЧСС	-	частота серцевих скорочень
МКАХ	-	медична карта амбулаторного хворого			

А.2.3 ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ СТАЦІОНАРНУ ДОПОМОГУ

Розділ 1. Організація надання медичної допомоги

Положення протоколу

Вторинна медична допомога на стаціонарному рівні надається лікарями-спеціалістами у дільничних лікарнях, лікарнях (республіканська, обласна, центральна міська, міська, центральна районна, районна) (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2002 № 385); у багатопрофільних лікарнях (клінічних лікарнях) інтенсивного лікування, лікарнях відновного (реабілітаційного) лікування, лікарнях (клінічних лікарнях) планового лікування, спеціалізованих центрах (номенклатура згідно з наказом МОЗ України від 05.10.2011 № 646).

Забезпечення доступності надання екстреної та планової медичної допомоги у закладах, які надають вторинну стаціонарну медичну допомогу, виконання необхідних лабораторних та інструментальних методів досліджень, консультації спеціалістів (кардіолога, ендокринолога, невролога, офтальмолога, уролога, нефролога, серцево-судинного хірурга, фахівця з реабілітації, дієтолога), координації проведення лікувальних та діагностичних заходів між підрозділами закладу з метою:

- надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з ускладненим перебігом АГ;
- надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам з ускладненим перебігом АГ до стабілізації їх стану;
- надання консультативної та лікувально-діагностичної медичної допомоги:
 - а) проведення високотехнологічних методів обстеження з метою встановлення остаточного діагнозу;
 - б) проведення планових обстежень, які потребують короткострокової госпіталізації;
 - в) проведення комплексного лікування, в т.ч. оперативних втручань, з використанням сучасних високоефективних технологій:
- проведення заходів реабілітації пацієнтам з ускладненим перебігом АГ;
- встановлення працездатності.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне призначення немедикаментозної та медикаментозної терапії, у т.ч. у пацієнтів з ускладненою та рефрактерною АГ, сповільнює прогресування захворювання, розвиток ускладнень і знижує смертність.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Наявність локального протоколу медичної допомоги та клінічного маршруту пацієнта з АГ при госпіталізації з метою надання екстреної допомоги (ускладнений гіпертензивний криз, еклампсія вагітних тощо).
2. Наявність клінічної біохімічної лабораторії та забезпечення проведення досліджень у цілодобовому режимі.
3. Можливість проведення функціональних, інструментальних досліджень в повному обсязі у цілодобовому режимі.
4. Наявність палат (відділень) інтенсивної терапії і реанімації.

* Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я №384 від 24.05.2012 р.

** Тут і далі – із незначними скороченнями та стилістичними правками

5. Забезпечення наступності між первинною і вторинною медичною допомогою.
6. Забезпечення надання всім пацієнтам консультативного висновку та рекомендацій щодо подальшого ведення їх лікарем первинної медичної допомоги.

Бажані:

1. Наявність можливості проведення радіоізотопних досліджень.
2. Наявність можливості проведення агіографічних досліджень.
3. Наявність можливості проведення КТ і МРТ досліджень.
4. Наявність комп'ютерної системи для створення бази даних пацієнтів з АГ та супутньою патологією, стратифікації кардіоваскулярного ризику при проведенні динамічного спостереження пацієнтів з ускладненою АГ.
5. Надання всім пацієнтам з АГ інформаційних матеріалів (друкованих, аудіо, відео, в електронному вигляді тощо) щодо захворювання, його ускладнень, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу.

Розділ 2. Догоспідальний етап

Надання екстреної медичної допомоги на догоспідальному етапі здійснюється службою швидкої медичної допомоги, бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення (відповідно до наказу МОЗ України від 29.08.2008 № 500 «Заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні»), відділеннями невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарень (номенклатура відповідно до наказу МОЗ України від 01.06.2009 № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги»).

Показання 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 в закладах, які надають первинну медичну допомогу, – госпіталізація у профільний стаціонар (А3.4.4. Госпіталізація при ГК).
3. Вагітність з еклампсією/пreeклампсією – у профільний стаціонар.

Госпіталізація здійснюється:

- службою швидкої медичної допомоги;
- лікарями закладів, які надають вторинну медичну допомогу, іншого профілю;
- при самостійному зверненні пацієнта у відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарні.

Необхідні дії

Порядок надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги пацієнтам наведено у розділі А3.4.4. Госпіталізація при ГК та у Додатку № 5. Надання медичної допомоги на догоспідальному етапі пацієнтам із ГК (екстрена медична допомога). Етапи медичної допомоги вагітним з АГ наведено в розділі А.3.2.2. Етапи надання медичної допомоги вагітним з артеріальною гіпертензією.

Розділ 3. Госпіталізація**Положення протоколу**

Мета госпіталізації пацієнта за екстреними (невідкладними) показаннями:

- стабілізація стану пацієнта;
- попередження розвитку ускладнень;
- досягнення стабільного зниження АТ до безпечного рівня.

Після досягнення стабілізації стану пацієнта, а також при плановій госпіталізації проводяться:

- а) обстеження з метою уточнення діагнозу, визначення ступеня ураження органів мішеней, виявлення серцево-судинних ускладнень;
- б) призначення адекватної терапії/корекція планової терапії;
- в) заходи реабілітації.

Обґрунтування

Доведено, що зниження АТ приводить до зменшення частоти розвитку серцево-судинних ускладнень та ризику смерті.

Необхідні дії лікаря

Госпіталізація у плановому порядку проводиться до профільного відділення закладу, який надає вторинну медичну допомогу:

1. При загостренні супутніх хронічних захворювань, станів, що ускладнюють перебіг АГ.
2. При необхідності проведення обстеження, яке неможливо забезпечити в амбулаторно-поліклінічних умовах.
3. Для призначення адекватної терапії та/або корекції терапії при неможливості здійснення в амбулаторно-поліклінічних умовах (важкий стан пацієнта, наявність комплексної патології тощо).
4. Для проведення комплексного лікування, у т.ч., оперативних втручань, із використанням сучасних високо-ефективних технологій.
5. Для проведення заходів реабілітації пацієнтам з ускладненим перебігом АГ.
6. Для надання комплексної медичної допомоги пацієнтам з резистентною АГ (згідно з алгоритмом, наведеним у розділі А3.5. Діагностика та лікування рефрактерної АГ).

При плановій госпіталізації пацієнта з АГ заповнюється відповідна медична документація:

- направлення/ордер на екстрену/планову госпіталізацію закладу охорони здоров'я;
 - виписка з медичної карти амбулаторного хворого з зазначенням діагнозу, результатів обстеження та планового лікування.
- Максимальний термін очікування на планову госпіталізацію не повинен перевищувати 2-х місяців з моменту направлення. Алгоритм планової госпіталізації пацієнтів у конкретному лікувальному закладі визначається затвердженим локальним протоколом з клінічним маршрутом пацієнта або відповідним наказом по закладу охорони здоров'я.

Взаємодія закладів, які надають первинну і вторинну медичну допомогу, при наданні медичної допомоги вагітним з АГ наведено у розділі А.3.2.2. Етапи надання медичної допомоги вагітним з артеріальною гіпертензією.

Розділ 4. Діагностика**Положення протоколу**

Заходи діагностики пацієнтам, госпіталізованим за екстреними (невідкладними) показаннями, проводяться одночасно з заходами інтенсивної терапії.

Заходи діагностики проводяться з метою визначення:

1. Можливих причин підвищення АТ (у т.ч. вторинної гіпертензії);
2. Стратифікації ризику серцево-судинних ускладнень і смерті:
 - оцінка ступеня АГ;
 - виявлення ФР;
 - виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, СН, ЦД, ХХН);
 - виявлення ураження органів-мішеней;
 - виявлення серцево-судинних та інших ускладнень АГ.

Обґрунтування

Результати обстеження необхідні для уточнення діагнозу, виявлення ураження органів-мішеней, серцево-судинних ускладнень, оптимізації подальшої тактики лікування та профілактики подальших ускладнень АГ, визначення стадії захворювання та працездатності.

Необхідні дії лікаря**Обов'язкові:**

1. Збір анамнезу, фізикальний огляд та обстеження спрямовані на виявлення ознак вторинної АГ, уточнення ступеня ураження органів-мішеней, наявності супутніх захворювань і ФР.
2. При фізикальному обстеженні проводяться вимірювання АТ на обох руках, вимірювання АТ на ногах та визначення гомілково-плечового індексу, аускультация серця, легенів, аорти, судин шиї, проекції ниркових артерій, пальпація органів черевної порожнини, оцінка неврологічного статусу.
3. Консультація профільних спеціалістів проводиться відповідно до проявів ускладнень АГ, наявних ФР та супутніх захворювань.
4. Обсяг додаткових обстежень визначається профільним спеціалістом, що проводить консультування пацієнта з АГ.
5. Лабораторні обстеження:
 - Обов'язкові: ЗАК;ЗАС, визначення мікроальбумінурії (за добу); рівень глікемії, калію, натрію, сечової кислоти, АЛТ, АСТ, білірубину; рівень креатиніну з розрахунком ШКФ за формулою Кокрофта-Гаулта (розділ А2.1.2.);
 - За наявності показань:
 - аналіз сечі методом Нечипоренка (або Адіс-Каковського, або Амбурже);
 - коагулограма (МНВ – INR, фібриноген, тромбіновий час);
 - визначення катехоламінів (метанефринів) у сечі;
 - глікемічний профіль, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну;
 - ТТГ (при його змінах – трийодтироніну та тироксину), реніну, альдостерону, кортизолу (у крові та добовій сечі), паратгормону, соматотропного гормону.
6. Інструментальні обстеження:
 - Обов'язкові: реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях; УЗД серця (ЕхоКГ, ДоплерКГ); УЗД нирок; офтальмоскопія; визначення гомілково-плечового індексу АТ; домашнє або амбулаторне добове моніторування АТ; УЗД екстракраніальних судин шиї, у т.ч. доплерографія сонних артерій; доплерографія ниркових артерій.
 - За наявності показань: КТ, МРТ головного мозку, ОЧП (при показаннях із контрастним підсиленням), ангіографія.

Бажані:

1. Повний ліпідний профіль (ЗХС, ТГ, ХСЛПВЩ, ХСЛПНЩ, ХСЛПДНЩ).
2. Полісомнографія.
3. Радіоізотопна ренографія/реносцинтиграфія при показаннях.
4. Консультація невролога.
5. Визначення швидкості розповсюдження пульсової хвилі.

Розділ 5. Лікування**Положення протоколу**

Мета лікування пацієнта з АГ у закладах, які надають вторинну стаціонарну медичну допомогу: стабілізація стану при госпіталізації за невідкладними показаннями а також – 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 хронічною хворобою нирок цільовий АТ становить 130/80 мм рт.ст.), модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Обґрунтування

Існують докази, що своєчасне призначення немедикаментозної і медикаментозної терапії у пацієнтів з АГ знижує прогресування захворювання, розвиток ускладнень і смертність.

Необхідні дії лікаря:

1. Під час перебування пацієнта у стаціонарі проводиться корекція терапії, призначеної у закладах, які надають первинну медичну допомогу, та комплексне лікування, з використанням сучасних високоефективних технологій, в т.ч. оперативних втручань за наявності показань.
2. Режим та схема прийому фармакологічних препаратів, проведення заходів немедикаментозної корекції узгоджується з пацієнтом.
3. Рекомендації щодо подальшого лікування надаються лікарем стаціонару при виписці пацієнта.

5.1. Немедикаментозні методи лікування**Необхідні дії лікаря. Обов'язкові:**

Заходи немедикаментозної корекції проводяться лікарем стаціонару з урахуванням консультацій профільних спеціалістів відповідно до п.А.2.1.1.

5.2. Медикаментозні методи лікування

Положення протоколу

Тактика призначення медикаментозної терапії залежить від рівня загального серцево-судинного ризику, рівня систолічного та діастолічного АТ, наявності серцево-судинних ускладнень та супутньої патології.

Необхідні дії лікаря. **Обов'язкові:**

1. Лікування ускладнених ГК проводиться відповідно до алгоритму, наведеному у розділі А.3.4.3. Диференційований підхід до терапії пацієнтів з ускладненими ГК, лікування неускладнених ГК – розділ А.3.4.2. Препарати для лікування неускладнених кризів. Для подальшого лікування пацієнтів з АГ після дообстеження та стабілізації стану використовуються антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень [діуретики, ІАПФ, АК(БКК), ББ, БРА] та їх комбінації. У закладах, які надають вторинну медичну допомогу, частіше призначається дво- та трьохкомпонентна антигіпертензивна терапія. При неможливості нормалізації АТ за допомогою комбінації препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (альфа-адреноблокатори, антагоністи альдостерону, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії).
2. Алгоритм призначення антигіпертензивної терапії та медикаментозної корекції ФР наведено у розділах А.3.3. Схема медикаментозного лікування та в А.3.3.2. Рекомендації щодо вибору лікарських препаратів для лікування хворих АГ залежно від клінічної ситуації.
3. Усім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов'язково додатково призначати (при відсутності протипоказань):
 - медикаментозну корекцію дисліпідемії – статини у стандартних дозах;
 - пацієнтам із діагнозом серцево-судинного захворювання або хронічною хворобою нирок за відсутністю протипоказань додатково призначається ацетилсаліцилова кислота.
4. Лікування супутніх хронічних захворювань та станів, що ускладнюють перебіг АГ (ІХС, СН, ЦД та ін.), проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів.

Бажані:

Для визначення ефективності антигіпертензивної терапії проводити добовий моніторинг АТ.

5.3. Хірургічне лікування

Положення протоколу

За наявності показань до хірургічного лікування пацієнт направляється на консультацію до відповідного спеціаліста.

Обґрунтування

Хірургічне лікування вторинних АГ приводить у частини пацієнтів до повного одужання, у інших – до зменшення тяжкості перебігу захворювання, зниження частоти ускладнень та зменшення числа антигіпертензивних препаратів, необхідних для контролю досягнення цільового АТ.

Необхідні дії лікаря. **Обов'язкові:**

1. Оперативні втручання за показаннями проводяться після консультативного висновку спеціаліста.
2. При наявності показань до хірургічного лікування вторинних АГ пацієнта слід направити:
 - при вторинних ендокринних АГ – до спеціаліста з ендокринної хірургії;
 - при реноваскулярних вторинних АГ – до спеціаліста з інтервенційної кардіології або радіології або серцево-судинного хірурга;
 - за наявності показань до хірургічного лікування за іншими спеціальностями (серцево-судинна хірургія, нейрохірургія, урологія та ін.) пацієнта – до фахівця відповідного профілю.

Розділ 6. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

Необхідні дії лікаря. **Обов'язкові:**

1. Лікар стаціонару надає пацієнту виписку з історії хвороби із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження, а також – рекомендаціями щодо лікування та диспансерного нагляду в закладах, які надають первинну медичну допомогу. При необхідності у виписці зазначають терміни повторної планової госпіталізації.

Бажані:

1. Надання всім пацієнтам з АГ інформаційних матеріалів (друкованих, аудіо, відео, в електронному вигляді тощо) щодо захворювання, його ускладнень, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу.
2. Залучення пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції (при їх наявності) – Школи здоров'я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

Розділ 7. Реабілітація

Положення протоколу

Проводиться пацієнтам з ускладненим перебігом АГ, наявністю ССЗ, після оперативного втручання та перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу або гострого інфаркту міокарда.

Обґрунтування

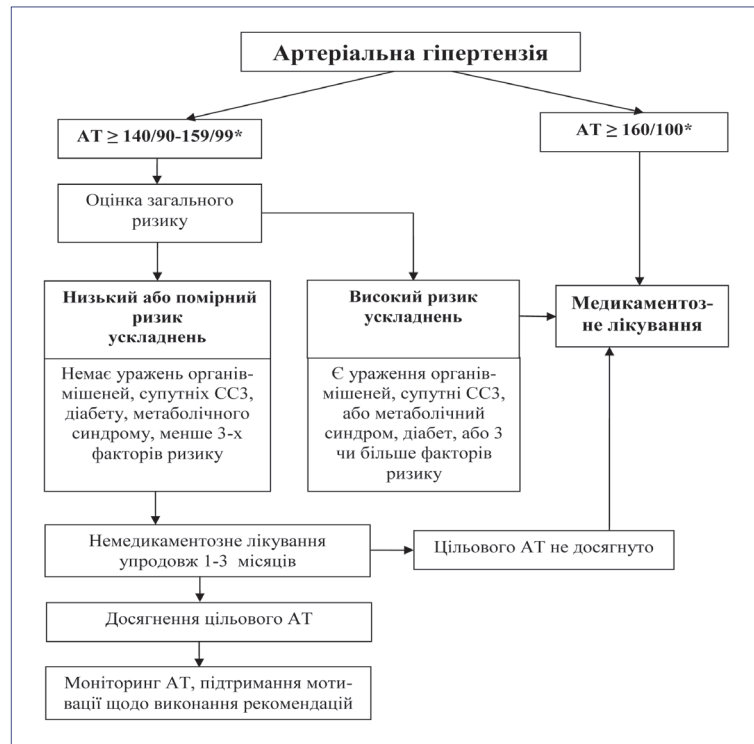
Відновлювальне лікування пацієнтів з АГ сприяє зниженню серцево-судинних ускладнень, зменшенню кількості госпіталізацій та попередженню розвитку непрацездатності.

Необхідні дії лікаря. **Бажані:**

Санаторно-курортне лікування в профільних місцевих санаторіях відповідно до клінічних проявів, уникаючи лікування водами високого ступеня мінералізації та процедур, здатних підвищувати АТ.

А.3. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

А.3.1. ТАКТИКА ЛІКАРЯ ПРИ ВИЯВЛЕННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ



А.3.2.1. Показання до направлення на консультацію до спеціалістів відповідного профілю/госпіталізацію

Клінічна ситуація	Консультація/госпіталізація
<i>Необхідність термінової допомоги:</i>	
- ускладнений гіпертензивний криз: інфаркт міокарда, інсульт, гостре розшарування аневризми аорти, гостра недостатність лівого шлуночка, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизми тахікардії, фібриляції та трипотіння пересердя шлуночкові екстрасистолія високих градацій), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (у т.ч. носова); - неускладнений ГК при неможливості моніторингу стану пацієнта; - злоскісна гіпертензія (висока гіпертензія з ознаками тяжкої ретинопатії: геморагії, ексудат, набряк диску зорового нерва)	Госпіталізація
<i>Особливі ситуації:</i>	
- надмірна варіабельність АТ, підозра на наявність епізодів гіпотензії	Терапевт, кардіолог
- гіпертензія вагітних	Терапевт, кардіолог, акушер-гінеколог
<i>Терапевтичні проблеми</i>	
- непереносимість лікарських засобів - протипоказання до лікарських засобів - резистентність до лікарських засобів	Терапевт, кардіолог
<i>Ознаки можливої вторинної гіпертензії</i>	
- молодий вік пацієнта: будь-яка гіпертензія в пацієнта до 20 років; гіпертензія, що потребує медикаментозного лікування у пацієнта до 30 років - раптовий початок гіпертензії або погіршення її перебігу - резистентна та злоскісна АГ	Терапевт, кардіолог, нефрон-лог, уролог, серцево-судинний хірург, ендокринолог
- підвищення рівня креатиніну - наявність протеїнурії та/або гематурії	Нефролог/ уролог

А.3.2.2. Етапи надання медичної допомоги вагітним з артеріальною гіпертензією

Жіноча консультація	Спеціалізований центр
- виявлення АГ у вагітної; - направлення вагітної з АГ до спеціалізованого центру	- встановлення тяжкості проявів захворювання і причини АГ; - визначення тактики ведення вагітності; - початок проведення лікувально-профілактичних заходів
Ознайомлення жінки з її захворюванням, особливостями перебігу вагітності при АГ, методами контролю за її станом і станом плода, раціональним режимом харчування, прийомом ліків, підготовкою до пологів та грудного вигодовування	
- спостереження, обстеження та оцінка стану вагітної; - проведення контролю за виконанням діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, призначених у спеціалізованому центрі; - при виникненні ускладнень вагітності, порушень стану плода – направлення до стаціонару; - направлення до стаціонару з метою підготовки до пологів	- проведення контролю за станом жінки та плода, у т.ч. за допомогою спеціальних інструментальних і клініко-біохімічних досліджень; - корекція лікувально-профілактичних заходів, госпіталізація до стаціонару: при розвитку ускладнень, для підготовки до пологів
Передача породіллі під нагляд лікаря загальної практики - сімейного лікаря або кардіолога	