

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся
повышенным кровяным давлением

РАЗДЕЛ 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

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

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

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

САД менее 140 мм рт. ст. у пациентов

- с низким и средним сердечно-сосудистым риском,
- с сахарным диабетом,

- с перенесенным инсультом или транзиторной ишемической атакой,
- с ишемической болезнью сердца,
- с хронической болезнью почек,
- у пожилых пациентов до 80 лет при хорошей переносимости;

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

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

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

Немедикаментозное лечение.

Пациентам рекомендуют провести следующие мероприятия:

изменить образ жизни с целью снижения сердечно-сосудистого риска;

прекратить курение табака в любом виде;

нормализовать массу тела пациентам с избыточным весом;

ограничить употребление алкоголя;

увеличить физическую активность за счёт аэробной нагрузки;

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

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

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

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

РАЗДЕЛ 2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ
ПОВЫШЕННЫМ КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

крови
Анализ мочи по Нечипоренко.

4
мг/сут внутрь, лерканидипин 10 мг/сут,

1	2	3	4	5	6	7	
	<p>Самоконтроль АД Электрокардиография (далее-ЭКГ) Эхокардиография (далее-Эхо-КГ) Консультация врача-офтальмолога Окружность талии (далее-ОТ) Заполнение форм по факторам риска</p>		<p>Микроальбуминурия (далее-МАУ)* Скорость распространения пульсовой волны (далее-СРПВ) Суточное мониторирование артериального давления (далее-СМАД) УЗИ брахиоцефальных артерий (далее-БЦА).* Ультразвуковое исследование (далее-УЗИ) сосудов почек Компьютерная томография (далее-КТ) головного мозга или надпочечников* ЭХО-КГ При резистентной артериальной гипертензии (далее-АГ) консультация в областном кардиодиспансере.</p>	<p>верапамил 180-360 мг/сут внутрь (назначать лекарственные средства пролонгированного действия); ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (далее-ИАПФ): эналаприл 2,5-40 мг/сут, внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-40 мг/сут; каптоприл 25-100 мг/сут внутрь; агонисты имидазолиновых рецепторов: моксонидин 0,2-0,4 мг/сут внутрь (особенно при метаболическом синдроме); антагонисты рецепторов АТ II (АРА) (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям) – лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут внутрь, телмисартан 40-80 мг/сут, валсартан 80-160 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут., кандесартан 4-32 мг/сут. При АД \geq 160/100 мм рт. ст. исходное назначение комбинирован-</p>			

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ной терапии, в том числе лекарственных средств с фиксированными дозами от низко- до полнодозовых комбинаций:

эналаприл/гидрохлортиазид,
 атенолол/хлорталидон
 периндоприл /индапамид,
 рамиприл /гидрохлортиазид,
 лизиноприл/амлодипин,
 лизиноприл /гидрохлортиазид,
 верапамил /трандолаприл,
 периндоприл /амлодипин,
 вальсартан /гидрохлортиазид,
 вальсартан/амлодипин,
 лозартан /гидрохлортиазид,
 кандесартан/ гидрохлортиазид,
 ирбесартан/ гидрохлортиазид,
 квинаприл/гидрохлортиазид,
 бисопролол/амлодипин.

При резистентных формах добавление постсинаптических альфа-блокаторов - доксазозин 1-4 мг/сут или теразозин 1-10 мг/сут внутрь или препаратов центрального действия клонидин 0,075-0,15 мг/сут внутрь или замена тиазидных диуретиков на петлевые.

При церебральной симптоматике курсы цереброангиорегулирующей терапии в течение 2-3 месяцев: винпоцетин 15-30 мг/сут внутрь,

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ницерголин 15-30 мг/сут внутрь,
бетагистин 48 мг /сутки внутрь.
Рекомендации по профилактике
факторов риска.

Купирование гипертонического
криза.

Неосложненный криз: при отсутст-
вии 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 сублингваль-
но, фуросемид 2-6 мл в/в, энала-
прил 0,5-1 мл в/в, урапидил- 5-10
мл в/в.

Осложненный криз:
госпитализация по показаниям в
зависимости от осложнения: ост-
рый инфаркт миокарда, инфаркт
мозга, острая левожелудочковая
недостаточность и другие.

1	2	3	4	5	6	7
Артериальная гипертензия (АГ) с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью (П11.0)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина, билирубина, глюкозы, калия, натрия, ТГ Измерение АД (профиль) ЭКГ Эхо-КГ СКФ Контроль за массой тела	При прогрессировании: исходно и далее по показаниям При стабильном течении 1 раз в год	Липидограмма Анализ мочи по Нечипоренко Суточное мониторирование ЭКГ (далее СМЭКГ) СМАД При резистентной АГ консультация в областном кардиодиспансере	Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента: ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-40 мг/сут; каптоприл 25-100 мг/сут внутрь; диуретики: гидрохлортиазид 12,5-50 мг/сут внутрь, фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, спиронолактон 25-50 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь; БАБ: бисопролол 1,25-5 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут; метопролол сукцинат 12,5-100 мг/сут, небиволол 2,5-5 мг/сут (у лиц старше 70 лет). АК: лерканидипин 10 мг/сут, амлодипин 2,5-5 мг/сут внутрь. При непереносимости ИАПФ и по другим показаниям – АРА: лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут внутрь, телмисартан 40-80 мг/сут внутрь, валсартан 80-160 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут. кандесартан 4-32 мг/сут. При резистентных формах к лечению добавить клонидин 0,075-	Постоянно	Снижение АД до целевых уровней в течение 3-6 месяцев лечения, устранение модифицированных факторов риска, отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней. Компенсация сердечно-сосудистых осложнений.

1	2	3	4	5	6	7
				0,45 мг/сут внутрь или моксонидин 0,2-0,6 мг/сут. При фибрилляции: дигоксин 0,25-мг/сут внутрь. Рекомендации по профилактике факторов риска.		
Артериальная гипертензия с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью (I12.0)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, билирубина, холестерина, глюкозы, креатинина. Измерение АД (профиль) ЭКГ ЭХО-КГ УЗИ почек УЗИ почечных артерий* СКФ	При прогрессировании: исходно и далее по показаниям. При стабильном течении 1 раз в год. При назначении ИАПФ обязательный контроль калия и креатинина через 3 месяца.	Липидограмма Анализ мочи по Нечипоренко. СМАД СРПВ При резистентной АГ консультация в областном кардиодиспансере.	Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента: диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь; АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут внутрь, дилтиазем 180-360 мг/сут внутрь, верапамил 120-240 мг/сут внутрь - все лекарственные средства пролонгированного действия. БАБ: бисопролол 5-10 мг/сут внутрь, метопролол 25-100 мг/сут внутрь, небиволол 5-10 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь; ИАПФ: эналаприл 2,5- 40 мг/сут внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-20 мг/сут; (под контролем СКФ, уровня креа-	Постоянно	Улучшение состояния. Купирование отека органов грудной полости, уменьшение симптомов декомпенсации. Снижение АД в течение 3-6 месяцев лечения, устранение модифицированных факторов риска. Стабилизация.

1	2	3	4	5	6	7
Артериальная гипертензия с преимущественным поражением сердца и застойной сердечной недостаточности	Общий анализ крови Общий анализ мочи СКФ Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, ТГ, билирубина, холестерина,	При прогрессировании: исходно и далее по показаниям. При стабильном течении 1 раз в год.	Липидограмма Анализ мочи по Нечипоренко При резистентной АГ консультация в областном кардиодиспансере СМАД	тинина и калия); ИАПФ с двойным путем выведения (фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь). АРА (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям): лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут внутрь, телмисартан 40-80 мг/сут, валсартан 80-160 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут внутрь. кандесартан 4-32 мг/сут. Улучшение микроциркуляции почек: пентоксифиллин 400-600 мг/сут или дипиридамол 75-150 мг/сут (курсами) внутрь. Рекомендации по профилактике факторов риска. Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента: диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, при необходимости гидрохлортиазид 25-50 мг/сут внутрь, спиронолактон 25-50 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь; ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-10 мг/сут внутрь, рамиприл 5-10 мг/сут	Постоянно	Улучшение состояния. Снижение АД. Компенсация осложнений, улучшение самочувствия, уменьшение кардиальных и церебральных жалоб, увеличение толерантности к на-

1	2	3	4	5	6	7
точно- стью (I13.0)	глюкозы, креа- тинина. Измерение АД (профиль) ЭКГ ЭХО-КГ УЗИ почек			внутри, квинаприл 10-20 мг/сут; каптоприл 6,25-100 мг/сут внутри; АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут внутри; леркадипин -5-10 мг/сут внутри. БАБ: бисопролол 1,25-5 мг/сут внутри, карведилол 6,25-25 мг/сут внутри; метопролол сукцинат 12,5- 100 мг/сут внутри. АРА (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям): лозартан 50-100 мг/сут внутри, валсартан 40-80 мг/сут внутри, ирбесартан 150 мг/сут внутри. кандесартан 4- 32 мг/сут.		грузке.
Артери- альная гипертен- зия с пре- имущественным пораже- нием сердца и почек с застойной сердечной	Общий анализ крови Общий анализ мочи СКФ Биохимическое исследование крови: опреде- ление концен- трации калия, натрия, били- рубина, холе-	При про- грессиرو- вании: исходно и далее по показани- ям. При ста- бильном течении 1 раз в год.	Анализ мочи по Не- чипоренко. СМАД При резистентной АГ консультация в обла- стном кардиодиспан- сере.	Начало медикаментозного лечения с учетом состояния пациента: диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутри; торасемид 5-40 мг/сут внутри; ИАПФ: каптоприл 6,25-50 мг/сут внутри, эналаприл 2,5-40мг/сут внутри, фозиноприл 5-20 мг/сут внутри, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутри, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутри, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутри; квинаприл 10-20 мг/сут.	Постоянно	Улучшение со- стояния. Уменьшение явлений де- компенсации и почечной не- достаточности. Снижение АД, снижение уровня креа- тина.

Рекомендации по профилактике факторов риска.

1	2	3	4	5	6	7
недостаточностью и почечной недостаточностью (П3.2)	стерина, глюкозы, креатинина в динамике. ЭКГ ЭХО-КГ УЗИ почек, печени. СМЭКГ			<p>ИАПФ с двойным путем выведения (фозиноприл 10-20 мг/сут); АК: амлодипин 2,5-10 мг/сут внутрь, леркадипин -5-10 мг/сут внутрь. БАБ: бисопролол 1,25-5 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь; метопролол сукцинат 12,5-100 мг/сут внутрь. АРА (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям): лозартан 50-100 мг/сут внутрь, валсартан 40-80 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут. кандесартан 4-32 мг/сут. Улучшение микроциркуляции почек: пентоксифиллин 400-600 мг/сут или дипиридамол 75-150 мг/сут внутрь (курсами). Рекомендации по профилактике факторов риска. Как при эссенциальной гипертензии + ксантинола никотинат 450 мг/сут внутрь, пентоксифиллин 400-600 мг/сут или дипиридамол 75-150 мг/сут внутрь (курсами). Оперативное или рентгенэндоваскулярное лечение*.</p>		
Реноваскулярная гипертензия (фибромускулярная дисплазия, неспецифический	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, креатинина.	При прогрессировании: исходно и далее по показаниям. При стабильном течении 1	Анализ мочи по Нечипоренко. СМАД		Постоянно	Улучшение состояния. Снижение уровня АД.

1	2	3	4	5	6	7
аортоар- териит) (I15.0)	Измерение АД (профиль) ЭКГ УЗИ почек ЭХО-КГ Консультация врача- сосудистого хирурга*	раз в год.				

РАЗДЕЛ 3
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ
ПОВЫШЕННЫМ КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Нозологи- ческая форма за- болевания (шифр по МКБ-10)	Диагностика			Лечение		Исход заболева- ния, цель меро- приятий (результ- тат мероприятий)
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длитель- ность	
1	2	3	4	5	6	7

Эссенциальная (первичная) гипертензия Артериальная гипертензия I-III ст. (I10.0)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, глюкозы, креатинина СКФ АД (профиль) АД на нижних конечностях ЭКГ	Исходно и далее по показаниям.	Биохимическое исследование крови: определение мочевой кислоты, липидограмма Анализ мочи по Нечипоренко МАУ* Эхо-КГ УЗИ почек Рентгенография органов грудной полости СМАД СРПВ РРГ* Консультация врача-невролога	Медикаментозное лечение начинают с 1-2 лекарственных средств, при резистентных формах - комплексное лечение: БАБ: метопролол 25-200 мг/сут внутрь, бисопролол 5-10 мг/сут внутрь, небиволол 5-10 мг/сут внутрь атенолол 25-100 мг/сут внутрь; АК: верапамил 120-240 мг/сут внутрь, дилтиазем 180-360 мг/сут или нифедипин ретард 20-40 мг/сут внутрь, лерканидипин 5-10 мг/сут внутрь, амлодипин 5-10 мг/сут внутрь – назначать лекарственные средства пролонгированного действия, диуретики: гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сут внутрь, индапамид 2,5-1,5 мг/сут внутрь;	Гипертонический криз (далее-ГК) неосложненный ГК – 5-7 дней, осложненный ГК - индивидуально зависимо от вида осложнения	Улучшение состояния. Снижение АД до целевых уровней, устранение модифицированных факторов риска.
---	---	--------------------------------	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6	7
	Эхо-КГ УЗИ почек Консультация врача-офтальмолога (глазное дно) ОГ Уточнение факторов			ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 10-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь, квинаприл 10-40 мг/сут; АРА: при непереносимости ингибиторов АПФ и по другим показаниям - лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут		

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

риска

внутри, телмисартан 40-80 мг/сут
 внутри, ирбесартан 150 мг/сут,
 кандесартан 4-32 мг/сут.;
 Агонисты имидазолиновых рецеп-
 торов: моксонидин 0,2-0,4 мг/сут
 внутри (особенно, при метаболи-
 ческом синдроме). При АД \geq
 160/100 мм рт. ст. исходное назна-
 чение комбинированной терапии,
 в том числе лекарственных
 средств с фиксированными дозами
 от низко- до полнодозовых комби-
 наций: энаприл/гидрохлортиазид,
 атенолол/хлорталидон
 периндоприл /индапамид,
 рамиприл /гидрохлортиазид,
 лизиноприл/амлодипин,
 лизиноприл /гидрохлортиазид,
 верапамил /трандолаприл,
 периндоприл /амлодипин,
 квинаприл/гидрохлортиазид,
 вальсартан /гидрохлортиазид,
 вальсартан/амлодипин,
 лозартан /гидрохлортиазид,
 кандесартан/ гидрохлортиазид,
 ирбесартан/ гидрохлортиазид,
 бисопролол/амлодипин.
 При резистентных формах –
 доксазозин 1-4 мг/сут внутри или
 теразозин 1-10 мг/сут внутри или
 клонидин 0,075-0,3 мг/сут внутри

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

или замена тиазидных диуретиков на петлевые.
 Радиочастотная абляция почечных артерий (при исключении симптоматического характера АГ) *
 При церебральной симптоматике:
 винпоцетин 15-30 мг/сут внутрь или в/в по 4-6 мл, ницерголин 15-30 мг/сут внутрь или в/в 4-8 мг/сут или в/м 4 мг/сут, беттагистин 48 мг/сут внутрь.
 Лечебно-физкультурный комплекс (далее-ЛФК).
 Купирование гипертонического криза.
 Неосложненный криз: при отсутствии противопоказаний:
 клонидин 0,75-0,15мг внутрь или 0,01% раствор (0,5-1мл) в/м или в/в, или нифедипин 5-10 мг сублингвально, или бендазол 30-40 мг в/в или в/м, или каптоприл 25-50 мг внутрь, или пропранолол 40 мг внутрь или эналаприл в/в 0,5-1 мл в/в или урапидил- 5-10 мл в/в.
 Осложненный криз: лечение по показаниям в зависимости от осложнения (острый инфаркт миокарда, инфаркт мозга, острая левожелудочковая недостаточность и т.д.): глицерил тринитрат 50-200

1	2	3	4	5	6	7
				мкг/мин в/в капельно или верапамил 5-10 мг в/в, затем в/в капельно 3-25 мг/час, 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, или урапидил 5 – 10 мл в/в струйно.		
Артериальная гипертензия (АГ) с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью (П11.0)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации: калия, креатинина, холестерина, билирубина, глюкозы, общего белка. Измерение АД (профиль) ЭКГ (всем пациентам исходно и перед выпис-	Исходно и далее по показаниям.	Анализ мочи по Нечипоренко Эхо-КГ УЗИ почек Флюорография (рентгенография) органов грудной полости СМАД	ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь; квинаприл 10-20 мг/сут. диуретики: гидрохлортиазид 25-50 мг/сут внутрь или фуросемид 40-80 мг/сут внутрь (2-6 мл в/в) в сочетании со спиронолоктоном 25 мг/сут, торасемид 5-40 мг/сут внутрь; БАБ: бисопролол 1,25-5 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь; Метопролол сукцинат 12,5-100 мг/сутки, небиволол 2,5-5 мг/сут. АК: амлодипин 2,5-5 мг/сут; лерканидипин 5-10 мг/сутки, АРА: при непереносимости ИАПФ	12 дней	Улучшение состояния. Купирование отека органов грудной полости, уменьшение симптомов декомпенсации. Снижение АД до целевых уровней или не менее чем на 20% от исходного. Уменьшение кардиальных и церебральных жалоб.

1	2	3	4	5	6	7
	кой) Контроль массы тела Эхо-КГ СМЭКГ			и по другим показаниям: лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эп- росартан 600 мг/сут внутрь, тел- мисартан 40-80 мг/сут внутрь, ир- бесартан 150 мг/сут. кандесартан 4-32 мг/сут. При резистентных формах - кло- нидин 0,075-0,45 мг/сут внутрь или замена тиазидных диуретиков на петлевые. Диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь, торасемид 5-40 мг/сут внутрь; АК: амлодипин 5 мг/сут внутрь, верапамил 120-240 мг/сут внутрь, дилтиазем 180-360 мг/сут внутрь (все лекарственные средства про- лонгированного действия); ИАПФ: эналаприл 40 мг/сут внутрь, фо- зиноприл 10-20 мг/сут внутрь, пе- риндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 5-20 мг/сут внутрь, рамиприл 5-10 мг/сут внутрь, кви- наприл 10-20 мг/сут внутрь (под контролем СКФ, уровня креатинина и калия). Преимущество отдавать ИАПФ с двойным путем выведения (фози- ноприл 10-20 мг/сут внутрь); БАБ:		
Артериаль- ная гипертен- зия с пре- имущест- венным по- ражением почек с по- чечной не- достаточ- ностью (I12.0)	Общий ана- лиз крови Общий ана- лиз мочи Биохимиче- ское исследо- вание крови: определение концентра- ции: калия, креатинина в динамике, холестерина, билирубина, глюкозы, об- щего белка. СКФ Измерение АД (профиль) Эхо-КГ УЗИ почек	Исходно и далее по показани- ям.	Анализ мочи по Не- чипоренко УЗИ почек СМАД При рефрактерной АГ – брюшная аортогра- фия (далее-БАГ)*.	10 дней	Улучшение со- стояния. Купиро- вание отека орга- нов грудной по- лости, уменьше- ние симптомов декомпенсации.	

1	2	3	4	5	6	7	
	УЗИ почечных сосудов* ЭКГ (всем пациентам исходно и перед выпиской) Флюорография (рентгенография) органов грудной полости			бисопролол 2,5-5 мг/сут внутрь, метопролол 25-50 мг/сут внутрь, небиволол 5 мг/сут внутрь, атенолол 25-50 мг/сут внутрь; АРА: при непереносимости ИАПФ; при резистентных формах комбинированная терапия см. выше или доксазозин 1-4 мг/сут внутрь или теразозин 1-10 мг/сут внутрь или клонидин 0,075-0,45 мг/сут внутрь. Улучшение микроциркуляции почек: пентоксифиллин 400-600 мг/сут внутрь или дипиридамол 75-150 мг/сут внутрь (курсами). Цинара по 2 таб 3 раза в день (2-3 недели). При повышении уровня креатинина крови, гиперкалиемии- дезинтосикационная терапия: 10-20% раствор глюкозы вместе с инсулином или перитонеальный диализ. Строгий контроль за побочными эффектами гипотензивной терапии.			
Артериальная гипертензия с преимущественным поражением	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование	Исходно и далее по показаниям.	Анализ мочи по Нечипоренко Флюорография (рентгенография) органов грудной полости УЗИ почек	Диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь (2-6 мл в/в) в сочетании со спиронолактоном 25 мг/сут внутрь под контролем калия крови, торасемид 5-40 мг/сут внутрь;	10 дней	Улучшение состояния. Уменьшение симптомов декомпенсации. Снижение АД. Уменьшение	

1	2	3	4	5	6	7
ем сердца и почек с застойной сердечной недостаточностью (I13.0)	вание крови: определение концентрации: калия, креатинина в динамике, холестерина, билирубина, глюкозы, общего белка. СКФ Измерение АД (профиль) ЭКГ (всем пациентам исходно и перед выпиской), Эхо-КГ СМЭКГ УЗИ почек УЗИ сосудов почек*		Эхо-КГ. СМАД При рефрактерной АГ - БАГ*	ИАПФ: каптоприл 6,25-100 мг/сут внутрь, эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут внутрь, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутрь, лизиноприл 2,5-10 мг/сут внутрь, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутрь; квинаприл 10-40 мг/сут внутрь. АК: амлодипин 5 мг/сут внутрь; БАБ: бисопролол 1,25-5 мг/сут внутрь, карведилол 6,25-25 мг/сут внутрь, метопролол сулцинат 12,5-100 мг/сутки. АРА: (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям)- лозартан 50-100 мг/сут внутрь, эпросартан 600 мг/сут внутрь, телмисартан 40-80 мг/сут внутрь, ирбесартан 150 мг/сут., кандесартан 4-32 мг/сут. При резистентных формах - клоидин 0,075-0,45 мг/сут внутрь.		кардиальных и церебральных жалоб.
Артериальная гипертензия с преимущественным поражением сердца и почек с за-	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение	Исходно и далее по показаниям.	Анализ мочи по Нечипоренко Флюорография (рентгенография) органов грудной полости УЗИ почек Эхо КГ СМАД	Диуретики: фуросемид 40-80 мг/сут внутрь (2-8 мл в/в) торасемид 5-40 мг/сут внутрь, или гидрохлортиазид 25-50 мг/сут внутрь (менее предпочтительно при почечной недостаточности); ИАПФ: эналаприл 2,5-40 мг/сут внутрь, фозиноприл 5-20 мг/сут	Постоянно	Улучшение состояния. Уменьшение симптомов декомпенсации и почечной недостаточности. Снижение АД до целевых уровней.

1	2	3	4	5	6	7	
стойкой сердечной недоста- точностью и почечной недоста- точностью (113.2)	концентра- ции: калия креатинина в динамике, холестерина, билирубина, глюкозы, об- щего белка. СКФ Измерение АД (профиль) ЭКГ (всем пациентам исходно и пе- ред выпис- кой) Эхо-КГ РРГ* УЗИ почек УЗИ БЦА*			внутри, периндоприл 2,5-10 мг/сут внутри, лизиноприл 2,5-20 мг/сут внутри, рамиприл 2,5-10 мг/сут внутри; квинаприл 10-20 мг/сут внутри. Преимущество отдавать ИАПФ с двойным путем выведения (фози- ноприл 10-20 мг/сут внутри); кон- троль калия плазмы и креатинина. АК: амлодипин 5-10 мг/сут внутри, лерканидипин 5-10 мг/сут внутри; БАБ: бисопоролл 1,25-5 мг/сут внутри, карведилол 6,25-25 мг/сут внутри, метопролол сукцинат 12,5- 100 мг/сутки. АРА: (при непереносимости ИАПФ и по другим показаниям): лозартан 50-100 мг/сут внутри, эп- росартан 600 мг/сут внутри, тел- мисартан 40-80 мг/сут внутри, ир- бесартан 150 мг/сут., кандесартан 4-32 мг/сут. Строгий контроль калия плазмы, креатинина. Как при эссенциальной артериаль- ной гипертензии + ксантинола ни- котинат 300-600 мг в/м или 450 мг/сут внутри. Пентоксифиллин 200-300 мг (в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы) в/в ка-			
Реноваску- лярная ги- пертензия (фибро- мускуляр- ная диспла- зия, неспе-	Общий ана- лиз крови Общий ана- лиз мочи Биохимиче- ское исследо- вание крови:	Исходно и далее по показани- ям	Анализ мочи по Не- чипоренко Рентгенография орга- нов грудной полости ЭхоКГ БАГ* Радиоизотопная рено-		8 дней	Улучшение со- стояния. Снижение АД до целевых уровней, но не ниже 130/85 мм ртутного столба.	

1	2	3	4	5	6	7
цифиче- ский аорто- артериит) (I15.0)	определение концентрации калия. Клиренс эн- догенного креатинина АД (профиль) ЭКГ УЗИ БЦА УЗИ почек Консультация врача- офтальмолога (глазное дно)		графия * КТ надпочечников* СМАД	пельно или 300-800 мг/сут внутрь. Оперативное или рентгенэндова- скулярное лечение*.	24 дня.*	Выздоровление с частичным нару- шением физиоло- гического процес- са, функций.

РАЗДЕЛ 4
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Нозологиче- ская форма за- болевания (шифр по МКБ-10)	Диагностика			Лечение		Исход заболева- ния, цель меро- приятий (результ- тат мероприятий)
	обязатель- ная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длитель- ность	
1	2	3	4	5	6	7
Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях						

Примечание [U1]: женщин.
В протоколе нет рекомендаций о
лечении АГ у женщин, кормя-
щих грудью (некоторые антиги-
пертензивные проникают в мо-
локо)

Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и после родовый период (O10.0)	Измерение АД на обеих руках Общий анализ крови Общий	при каждом посещении при первом посещении, затем	Липидограмма* Анализ мочи по Нечипоренко Исследование глазного дна СМАД	Рекомендации по профилактике факторов риска. Немедикаментозные методы лечения. Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут с 13 по 32 неделю беременности.	Индивидуально	Улучшение состояния Снижение АД до целевого уровня (менее 140/90 мм ртутного столба либо 130/80 мм ртутного столба – при сахарном
---	--	---	--	--	---------------	--

Примечание [U2]: Какие?

Примечание [U3]: всем?

1	2	3	4	5	6	7	
Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и после родовый период (O10.1)	анализ мочи Определение концентрации белка в моче Биохимическое исследование крови (креатинин, АлАТ, АсАТ) Определение групп крови по	1 раз в месяц при первом посещении, затем 1 раз в 2 недели 1 раз в неделю при первом посещении	УЗИ сосудов почек	Начало медикаментозной терапии при АД выше 150/95 мм ртутного столба при наличии поражения органов-мишеней – выше 140/90 мм ртутного столба. Препараты центрального действия (клонидин 0,075-0,15 мг/сут в 2-4 приема). Антагонисты кальция (нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема, амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема). БАБ: метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема. При резистентных формах сочетание 2-3 лекарственных			диабете) Отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней Плановая госпитализация в сроки: до 12 недель, 28-32 недели, 36-38 недель беременности, при необходимости – чаще

Примечание [U4]: клонидин – не препарат первого выбора. Метилдопа – препарат первой линии, рассмотрена на РФК, включена в респ. Формуляр. Применение клонидина возможно в качестве препарата третьей линии при рефрактерной АГ у беременных.

Примечание [U5]: рекомендованы для применения у беременных во всех международных рекомендациях в качестве препарата первой или второй линии при АГ у беременных. Рекомендовано нифедипин с осторожностью применять одновременно с сульфатом магния (возможна нейромышечная блокада). БКК однако. Противопоказаны в соответствии с инструкцией по применению.

1	2	3	4	5	6	7
	системам АВО и ре-зус			средств, в том числе α 1- адреноблокаторы (доксазозин 1-2 мг/сут в 1-2 приема), диуретики (гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сут в 1 прием).		
	ЭКГ	при пер-вом				
		посеще-нии				
	Эхокар-диогра-фия*	при пер-вом посе-щении				
	Осмотр врача-акушера-гинеколо-га	при пер-вом посе-щении, затем по показани-ям				
Существовав-шая ранее по-чечная гипер-тензия, ослож-няющая бере-менность, роды и после родо-вой период (О10.2)	Измерение АД на обеих ру-ках Общий анализ крови	при каж-дом посе-щении при пер-вом посе-щении, затем 1 раз в ме-сяц	Анализ мочи по Нечи-поренко Анализ мочи по Зим-ницкому Суточный диурез Бактериологическое исследование мочи	Рекомендации по профилак-тике факторов риска. Немедикаментозные методы лечения. Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут с 13 по 32 неделю беременности. Начало медикаментозной те-рапии при АД выше 150/95 мм ртутного столба при наличии	Индивиду-ально	Улучшение со-стояния Снижение АД до целевого уровня (менее 140/90 мм ртутного стол-ба либо 130/80 мм ртутного столба – при

Примечание [U6]: целесооб-разно дать примеры рекомен-дуемых комбинации, 2х, 3х и 4хкомпонентных схем терапии

1	2	3	4	5	6	7
Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и после родовый период (O10.4)	<p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение концентрации белка в суточной моче</p> <p>Биохимическое исследование крови (креатинин, АлАТ, АсАТ, калий)</p> <p>Определение групп крови по системам АВО и резус</p> <p>ЭКГ</p>	<p>при первом посещении, затем 1 раз в 2 недели</p> <p>1 раз в неделю</p> <p>при первом посещении</p> <p>при первом посещении</p>	<p>СКФ</p> <p>Исследование глазного дна</p> <p>СМАД</p>	<p>поражения органов-мишеней – выше 140/90 мм ртутного столба.</p> <p>Препараты центрального действия (клонидин 0,075-0,15 мг/сут в 2-4 приема).</p> <p>Антагонисты кальция (нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема, амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема)</p> <p>БАБ: метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема.</p> <p>При резистентных формах сочетание 2-3 лекарственных средств, в том числе $\alpha 1$-адреноблокаторы (доксазозин 1-2 мг/сут в 1-2 приема), диуретики (гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сут в 1 прием)</p>		<p>патологии почек)</p> <p>Отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней</p> <p>Плановая госпитализация в сроки: до 12 недель, 28-32 недели, 36-38 недель беременности, при необходимости – чаще</p>

Примечание [U7]: это не препарат первого выбора и не аналог метилдопа

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

затем 1
раз в ме-
сяц
при пер-
вом посе-
щении
при пер-
вом посе-
щении,
затем по
показани-
ям

Эхокар-
диогра-
фия*
Осмотр
врача-
акушера-
гинеколо-
га

Существовав-
шая ранее ги-
пертензия с
присоединив-
шейся протеи-
нурией (O11)

Измерение
АД на
обеих ру-
ках

Общий
анализ
крови
Общий
анализ
мочи

Опреде-
ление кон-
центрации
белка в
моче

При АД \geq 170/110 мм ртутного
столба – нифедипин 10-20 мг
внутри, клонидин 0,075-0,15
мг внутри

Экстренное на-
правление на
стационарное
лечение

Примечание [U8]:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Осмотр
врача-
акушера-
гинеколо-
га

Вызванная бе-
ременностью
гипертензия
без значитель-
ной протеину-
рии
(O13) (впервые
выставленный
диагноз)

Измерение
АД на
обеих ру-
ках

Общий
анализ
крови

Общий
анализ
мочи

Опреде-
ление кон-
центрации
белка в
суточной
моче

Осмотр
врача-
акушера-
гинеколо-

При АД \geq 170/110 мм ртутного
столба – нифедипин 10-20 мг
внутри, клонидин 0,075-0,15
мг внутри

Направление
на стационар-
ное лечение

Примечание [U9]:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

га

Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (О13) (уточненный установленный диагноз)	<p>Измерение АД на обеих руках</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение концентрации белка в моче</p> <p>Биохимическое исследование крови (креатинин,</p>	<p>при каждом посещении</p> <p>при первом посещении, затем 1 раз в месяц</p> <p>при первом посещении, затем 1 раз в 2 недели</p> <p>1 раз в неделю</p> <p>при первом посещении</p>	Анализ мочи по Нечипоренко СМАД	<p>Немедикаментозные методы лечения.</p> <p>Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут с 13 по 32 неделю беременности.</p> <p>Начало медикаментозной терапии при АД выше 150/95 мм ртутного столба при повышении АД до 28 недель беременности, либо развитии протеинурии – выше 140/90 мм ртутного столба.</p> <p>Препараты центрального действия (клонидин 0,075-0,15 мг/сут в 2-4 приема).</p> <p>Антагонисты кальция (нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема, амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема).</p> <p>При недостаточной эффективности - БАБ: метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксоллол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут</p>	Индивидуально	<p>Улучшение состояния</p> <p>Снижение АД до целевого уровня (менее 140/90 мм ртутного столба.)</p> <p>При отсутствии контроля АД – направление на стационарное лечение</p> <p>Плановая госпитализация в сроки: 28-32 недели, 36-38 недель беременности, при необходимости – чаще.</p>
---	--	--	------------------------------------	---	---------------	--

Примечание [U10]:

1	2	3	4	5	6	7
	<p>АлАТ, АсАТ) Определе- ние групп крови по системам АВО и ре- зус ЭКГ</p> <p>Эхокар- диогра- фия*</p> <p>Осмотр врача- акушера- гинеколо- га</p>	<p>при пер- вом посе- щении</p> <p>при пер- вом посе- щении, затем 1 раз в ме- сяц</p> <p>при пер- вом посе- щении</p> <p>при пер- вом посе- щении, затем по показани- ям</p>		<p>в 1-2 приема, α1- адренобло- каторы (доксазозин 1-2 мг/сут в 1-2 приема), диуретики (гид- рохлортиазид 12,5-25 мг/сут в 1 прием).</p>		
<p>Вызванная бе- ременностью гипертензия со значительной протеинурией (О14)</p>	<p>Измерение АД на обеих ру- ках Общий анализ</p>			<p>При АД \geq 170/110 мм ртутного столба – нифедипин 10-20 мг внутри, клонидин 0,075-0,15 мг внутри.</p>		<p>Экстренное на- правление на стационарное лечение</p>

1	2	3	4	5	6	7
	крови Общий анализ мочи Определение концентрации белка в моче Осмотр врача-акушера-гинеколога					
Эклампсия (O15)	Измерение АД		При АД \geq 170/110 мм ртутного столба – нифедипин 10-20 мг внутрь, клонидин 0,075-0,15 мг внутрь, нитроглицерин под язык. Противосудорожная терапия (сульфат магния 2-4 г внутривенно (инфузомат), диазепам 5-10 мг внутривенно.	Индивидуально		Экстренное направление на стационарное лечение в акушерский стационар

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

1	2	3	4	5	6	7
Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и после родовый период (O10.0)	Измерение АД на обеих руках Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение концентрации белка в моче Биохимическое исследование крови (креатинин, АлАТ, АсАТ), Определение групп крови по системам ABO и резус ЭКГ	ежедневно 1 раз в неделю 2 раза в неделю 1 раз в неделю 1 раз в неделю однократно 1 раз в неделю	Биохимическое исследование крови (липидный спектр плазмы крови), холестерин*, мочевины, мочевая кислота* Анализ мочи по Нечипоренко Исследование глазного дна СМАД УЗИ сосудов почек Эхокардиография* Глюкозотолерантный тест Ультразвуковая доплерография кровотока* Биофизический профиль плода	Немедикаментозные методы лечения. Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут с 13 по 32 неделю беременности. Начало медикаментозной терапии при АД выше 150/95 мм ртутного столба, при наличии поражения органов-мишеней – выше 140/90 мм ртутного столба. Препараты центрального действия (клонидин 0,075-0,15 мг/сут в 2-4 приема). Антагонисты кальция (нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема, амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема). БАБ: метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема). При резистентных формах сочетание 2-3 лекарственных средств, в том числе α1-адреноблокаторы (доксазозин 1-2 мг/сут в 1-2 приема), диуретики (гидрохлортиазид 12,5-25	Индивидуально	Улучшение состояния Снижение АД до целевого уровня (менее 140/90 мм ртутного столба либо 130/80 мм ртутного столба – при сахарном диабете)

Примечание [U11]: что это?

Примечание [U12]:

1	2	3	4	5	6	7
	Осмотр врача-акушера-гинеколога	при поступлении, затем по показаниям		мг/сут в 1 прием).		
	Саморегистрация двигательной активности плода	по показаниям		Средства для профилактики синдрома дыхательных расстройств у плода (дексаметазон 12 мг/сут).		
	Кардиотокография плода	по показаниям		Средства, улучшающие маточно-плацентарный кровоток (пентоксифиллин 300-400 мг/сут, дипиридамол 250-300 мг/сут), депротеинизированный гемодериват (гемодиализат), инстенон.		
Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и после родовый период (O10.2)	Измерение АД на обеих руках Общий анализ крови Общий анализ мочи	ежедневно 1 раз в неделю 2 раза в неделю	Биохимическое исследование крови: холестерин*, мочевиная кислота* Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Суточный диурез Бактериологическое исследование мочи СКФ Исследование глазного дна Проба Реберга	Немедикаментозные методы лечения. Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут с 16 по 32 неделю беременности. Начало медикаментозной терапии при АД выше 150/95 мм ртутного столба, при наличии поражения органов-мишеней – выше 140/90 мм ртутного столба. Препараты центрального действия (клонидин 0,075-0,15 мг/сут в 2-4 приема).	Индивидуально	Улучшение состояния Снижение АД до целевого уровня (менее 140/90 мм ртутного столба либо 130/80 мм ртутного столба – при патологии почек)

Примечание [U13]: не дписано МНН

Примечание [U14]: ???противопоказан при беременности, кроме того, это торговое название 3-компонентного лекарственного средства

Примечание [U15]:

1	2	3	4	5	6	7
менность, роды и после родов период (O10.4)	Биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, АлАТ, АсАТ, калий) Определение групп крови по системам АВО и резус ЭКГ Осмотр врача-акушера-гинеколога Саморегистрация двигательной активности плода Кардиото-	1 раз в неделю 1 раз в неделю при поступлении по показаниям 1 раз в неделю при поступлении, затем по показаниям	СМАД Эхокардиография* Консультация врача-кардиолога* Глюкозотолерантный тест Ультразвуковая доплерография кровотока* Биофизический профиль плода УЗИ почек Консультация врача-уролога*, врача-нефролога*	Антагонисты кальция (нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема, амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема) БАБ: метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксолол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема) При резистентных формах сочетание 2-3 лекарственных средств, в том числе α 1-адреноблокаторы (доксазозин 1-2 мг/сут в 1-2 приема), диуретики (гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сут в 1 прием) Средства для профилактики синдрома дыхательных расстройств у плода (дексаметазон 12 мг/сут) Средства, улучшающие маточно-плацентарный кровоток (пентоксифиллин 300-400 мг/сут, дипиридамол 250-300 мг/сут), депротенинизированный гемодериват (гемодиализат), инстенон. Плазмозамещающие средства (гидроксиэтилкрахмал).		

Примечание [U16]:

Примечание [U17]: ?показания

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

кография
плода

по пока-
заниям

Препараты, содержащие желе-
зо

Примечание [U18]: Показа-
ния?

Существовав- шая ранее ги- пертензия с присоединив- шейся протеи- нурией (O11)	Измерение АД на обе- их руках Общий анализ крови Общий анализ мо- чи Опреде- ление кон- центрации белка в мо- че Биохими- ческое ис- следование крови (би- лирубин, креатинин, АлАТ, АсАТ, об- щий белок, кальций*) Исследова- ние показа- телей ге-	ежедневно 1 раз в не- делю ежедневно ежедневно 1 раз в не- делю при по- ступлении	Суточный диурез СКФ Исследование глазно- го дна Проба Реберга СМАД Эхокардиография* Консультация врача- кардиолога* Глюкозотолерантный тест Ультразвуковая доп- плерография кровото- ка* Биофизический про- филь плода	Немедикаментозные методы лечения. Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут с 13 по 32 неделю бере- менности. Начало медикаментозной те- рапии при АД выше 150/95 мм ртутного столба, при наличии поражения органов-мишеней – выше 140/90 мм ртутного столба. Препараты центрального дей- ствия (клонидин 0,075-0,15 мг/сут в 2-4 приема) Антагонисты кальция (нифе- дипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема, амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема) БАБ: метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксо- лол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема) При резистентных формах со- четание 2-3 лекарственных	Индивиду- ально	Улучшение со- стояния Снижение АД до целевого уровня (до 140/90 мм ртутного стол- ба.) При отсутствии эффекта и при наличии пока- заний – срочное родоразреше- ние
---	--	---	---	---	--------------------	---

1	2	3	4	5	6	7
	<p>мостаза: определе- ние АЧТВ, ПТВ. Опреде- ние кон- центрации фибрино- гена. Опреде- ние групп крови по системам ABO и ре- зус ЭКГ</p> <p>Осмотр врача- акушера- гинеколога</p> <p>Самореги- страция двигатель- ной актив- ности пло- да Кардиото- кография</p>	<p>при по- ступлении</p> <p>при по- ступлении</p> <p>1 раз в не- делю</p> <p>при по- ступле- нии, затем по показа- ниям по показа- ниям</p> <p>по показа-</p>		<p>средств, в том числе $\alpha 1$- адре- ноблокаторы (доксазозин 1-2 мг/сут в 1-2 приема), 25% сульфат магния) Спазмолитические средства (дротаверин 80 мг по необхо- димости) Средства для профилактики синдрома дыхательных рас- стройств у плода (дексамета- зон 12 мг/сут) Средства, улучшающие ма- точно-плацентарный кровоток (пентоксифиллин 300-400 мг/сут, дипиридамол 250-300 мг/сут), депротенинирован- ный гемодериват (гемодиали- зат), инстенон. Плазмозамещающие средства (гидроксиэтилкрахмал).</p>		

Примечание [U19]: Какой?

Примечание [U20]:

Примечание [U21]:

1	2	3	4	5	6	7
	плода	ниям				
Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (О13)	Измерение АД на обеих руках Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение концентрации белка в моче Биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, АлАТ, АсАТ) Определение групп крови по системам АВО и ре-	ежедневно 1 раз в неделю 2 раза в неделю ежедневно 1 раз в неделю при поступлении	Анализ мочи по Нечипоренко Исследование глазного дна СМАД Эхокардиография* Консультация врача-кардиолога* Ультразвуковая доплерография кровотока* Биофизический профиль плода	Немедикаментозные методы лечения Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут с 13 по 32 неделю беременности. Начало медикаментозной терапии при АД выше 150/95 мм ртутного столба при повышении АД до 28 недель беременности, либо развитии протеинурии – выше 140/90 мм ртутного столба. Препараты центрального действия (клонидин 0,075-0,15 мг/сут в 2-4 приема) Антагонисты кальция (нифедипин пролонгированного действия 30-60 мг/сут в 1-2 приема, амлодипин 2,5-10 мг/сут в 1-2 приема) При недостаточной эффективности - БАБ: метопролол 25-75 мг/сут в 2-3 приема, бисопролол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема, бетаксол 5-10 мг/сут в 1-2 приема, небиволол 2,5-5 мг/сут в 1-2 приема), α1- адреноблокаторы (доксазозин 1-2 мг/сут в 1-2 приема), диуретики (гидрохлор-	Индивидуально	Улучшение состояния Снижение АД до целевого уровня (до 140/90 мм ртутного столба.)

Примечание [U22]:

1	2	3	4	5	6	7
	зус ЭКГ			тиазид 12,5-25 мг/сут в 1 прием) Спазмолитические средства (дротаверин 80 мг) Средства для профилактики синдрома дыхательных рас- стройств у плода (дексаметазон 12 мг/сут) Средства, улучшающие маточ- но-плацентарный кровоток (пентоксифиллин 300-400 мг/сут, дипиридабол 250-300 мг/сут), депротеинизированный гемодериват (гемодиализат), ин- стенон.		
	Осмотр врача- акушера- гинеколо- га	1 раз в не- делю		Плазмозамещающие средства (гидроксиэтилкрахмал). Нейролептики (дроперидол).		
	Самореги- страция двига- тельной активно- сти плода	при по- ступле- нии, затем по пока- заниям				
	Кардио- то- кография плода	по пока- заниям				
Вызванная бе- ременностью гипертензия со значительной протеинурией (O14)	Измерение АД на обеих ру- ках Общий анализ крови Общий анализ мочи Опреде- ле-	ежедневно	Консультация врача- кардиолога* Биофи- зический профиль плода Нестрессовый тест*	Спазмолитические средства (дротаверин 80 мг) Средства для профилактики синдрома дыхательных рас- стройств у плода (дексаметазон 12 мг/сут) Средства, улучшающие маточ- но-плацентарный кровоток (пентоксифиллин 300-400 мг/сут, дипиридабол 250-300 мг/сут), депротеинизированный	Индивиду- ально	Снижение АД не ниже 140/90 мм ртутного столба. Перевод на II уровень при ухудшении со- стояния или для родоразрешения Родоразрешение при отсутствии

Примечание [U23]:

Примечание [U24]: показа-
нияПримечание [U25]: показа-
нияПримечание [U26]: показа-
ния

1	2	3	4	5	6	7
	ние концентрации белка в моче	ступлении		гемодериват (гемодиализат), инстенон.		эффекта в течение 1-2 дней
	Биохимическое исследование крови (билирубин, креатинин, АлАТ, АсАТ, общий белок, кальций*)	при поступлении		Плазмозамещающие средства (гидроксиэтилкрахмал)		
	Исследование показателей гемостаза: определение АЧТВ, ПТВ.	при поступлении		Диазепам 5-10 мг.		
	Определение концентрации фибриногена.	при поступлении		Сульфат магния 1-2 г/час внутривенно (инфузомат).		
	Определение групп	при по-		Антигипертензивные препараты (нифедипин, амлодипин, клонидин, метопролол внутрь).		
				Нитропруссид натрия, нитроглицерин внутривенно.		
				Плазмозамещающие средства (гидроксиэтилкрахмал).		

Примечание [U27]:

Примечание [U28]:

Примечание [U29]: показана?

Примечание [U30]:

1	2	3	4	5	6	7
	крови по системам АВО и резус ЭКГ	ступлении				
	Осмотр врача-акушера-гинеколога	при поступлении, затем по показаниям				
	Саморегистрация двигательной активности плода	по показаниям				
	Кардиограмма плода	при поступлении				
	Ультразвуковая доплерография кровотока	при поступлении				

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ка*

Эклампсия
(O15)

Измерение АД на обеих руках
Общий анализ крови
Общий анализ мочи
Определение концентрации белка в моче
Биохимическое исследование крови (билирубин, креатинин, АЛАТ, АСАТ, общий белок, кальций)
Исследование по-

ежедневно
при поступлении
при поступлении
при поступлении
при поступлении
при поступлении

Консультация врача-кардиолога*
Биофизический профиль плода
Нестрессовый тест

Нитропруссид натрия, нитроглицерин внутривенно
Средства для наркоза (закаись азота)
Нейролептики (дроперидол, диазепам).
Сульфат магния 1-2 г/час внутривенно капельно (инфузомат).
Плазмозамещающие средства (гидроксиэтилкрахмал).
Средства, улучшающие маточно-плацентарный кровоток (пентоксифиллин 300-400 мг/сут, дипиридамол 250-300 мг/сут), депротенинизированный гемодериват (гемодиализат), инстенон.

Антигипертензивные лекарственные средства (нифедипин, амлодипин, клонидин, метопролол)

Индивидуально

Снижение АД не ниже 140/90 мм ртутного столба
Срочное родоразрешение

Примечание [U31]: Целесообразно дать посиндромную терапию

Примечание [U32]: Это не нейролептик

Примечание [U33]:

Примечание [U34]:

1	2	3	4	5	6	7
	казателей гемостаза: определение АЧТВ, ПТВ. Определение концентрации фибриногена.	ступлении				
	Определение групп крови по системам АВО и резус ЭКГ	при поступлении				
	Осмотр врача-акушера-гинеколога	при поступлении				
	Ультразвуковая доплерография кровотока	при поступлении, затем по показаниям				

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ка* занятиям

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

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

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

Амбулаторные методы контроля АД (суточное мониторирование и домашнее) обладают существенной дополнительной информацией к традиционному методу измерения АД, однако клиническое измерение АД (на приеме у врача) остается по-прежнему «золотым стандартом» для скрининга, диагностики и лечения АГ. Степень и риск АГ устанавливаются по данным

клинического измерения АД, показатели суточного мониторирования и домашнего измерения АД с этой целью не используются.

Показания для проведения амбулаторного измерения артериального давления

Клинические показания для суточного мониторирования и домашнего измерения АД

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

Специальные показания для проведения суточного мониторирования АД

1. Существенная разница АД в клинических и амбулаторных условиях.
2. Диагностика ночного снижения АД.

3. Подозрение на утреннюю АГ или отсутствие снижения АД в ночное время суток у пациентов с ночным апноэ, хронической болезнью почек или СД.
4. Оценка вариабельности АД.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Абсолютные и возможные противопоказания для использования гипотензивных препаратов

Препарат	Абсолютные	Возможные
Диуретики (тиазидовые)	Подагра	Метаболический синдром Непереносимость глюкозы Беременность Гиперкалиемия Гипокалиемия
Бета-блокаторы	Бронхиальная астма AV-блокада 2–3-й степени	Метаболический синдром Непереносимость глюкозы Спортсмены и физически активные пациенты Хроническая обструктивная болезнь легких (кроме сосудо-

		расширяющих бета-блокаторов)
Антагонисты кальция (дигидропиридины)		Тахикардии Сердечная недостаточность
Антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем)	AV-блокада 2–3-й степени, трифасцикулярная блокада Тяжелая дисфункция ЛЖ Сердечная недостаточность	
Ингибиторы АПФ	Беременность ангионевротический отек Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий	Женщины детородного возраста
Блокаторы рецепторов ангиотензина	Беременность Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий	Женщины детородного возраста
Антагонисты рецепторов минералокортикоидов	Острая или тяжелая почечная недостаточность (рСКФ <30 мл/мин) Гиперкалиемия	

AV – предсердно-желудочковый, ЛЖ – левый желудочек, АПФ – ангиотензинпревращающий фермент, рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации

Лечение факторов риска, ассоциированных с гипертензией

- У пациентов с высоким и средним сердечно-сосудистым (СС) риском рекомендуется использовать терапию статинами (симвастатин, аторвастатин, розувастатин) в дозах достаточных для достижения целевого уровня холестерина ЛПНП < 3.0 ммоль/л (115 мг/дл).
- При наличии очевидной ИБС рекомендуется применять терапию статинами с достижением уровня холестерина ЛПНП $< 1,8$ ммоль/л (170 мг/дл).
- Антитромбоцитарная терапия, в частности аспирин в низких дозах, рекомендуется пациентам с гипертензией с предшествующими СС событиями.
- Следует рассмотреть назначение аспирина 75 мг у пациентов с гипертензией со сниженной функцией почек или высоким СС риском, если достигнут хороший контроль АД.

- Аспирин не рекомендуется для СС профилактики у пациентов с гипертензией с низким и средним риском, у которых абсолютная польза и риск равны.
- У пациентов с гипертензией и диабетом рекомендуется целевой уровень HbA1c < 7,0%.
- У слабых пожилых пациентов с большой длительностью диабета, большим количеством сопутствующих заболеваний и высоким риском рекомендуется целевой уровень HbA1c < 7,5 - 8,0%.