

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
№ _____

Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги

ГІПЕРТОНІЧНИЙ КРИЗ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АГ	Артеріальна гіпертензія
АТ	Артеріальний тиск
ГК	Гіпертонічний криз
ЕКГ	Електрокардіограма
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЧД	Частота дихання
ЧСС	Частота серцевих скорочень

І. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гіпертонічний криз

1.2. Код МКХ-10: I10 - I15

I10 Есенціальна [первинна] гіпертензія

Високий кров'яний тиск. Гіпертензія (артеріальна) (доброякісна) (есенціальна) (злаякісна) (первинна) (системна). Виключена: з залученням судин: мозку (I60-I69), ока (H35.0)

I11 Гіпертензивна хвороба серця [гіпертонічна хвороба серця з переважним ураженням серця].

Включено: стан, вказаний у рубриках I50, I51.4-I51.9, обумовлений гіпертензією.

I12 Гіпертензивна [гіпертонічна] хвороба з переважним ураженням нирок.

Включено: будь-який стан, вказаний у рубриках N18-N19 чи N26 – У поєднанні з станом, зазначеним у рубриці I10, артеріосклероз нирок, артеріосклеротической нефрит (хронічний) (інтерстиціальний), гіпертензивна нефропатія, нефросклероз. Виключена: вторинна гіпертензія (I15)

I13 Гіпертензивна [гіпертонічна] хвороба з переважним ураженням серця і нирок.

Включені: стан, вказаний в рубриці I11, в поєднанні з будь-яким станом, зазначеним у рубриці I12, захворювання: серцево-ниркова, серцево-судинна ниркова.

I15 Вторинна гіпертензія.

Виключена: з залученням судин: мозку (I60-I69), ока (H35.0).

1.3. Протокол призначений для лікарів медицини невідкладних станів, лікарів бригад екстреної медичної допомоги.

1.4. Мета протоколу: організація та надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гіпертонічним кризом, зменшення смертності та інвалідності внаслідок цього захворювання.

1.5. Дата складання протоколу: грудень 2013 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: грудень 2016 рік.

1.7. Розробники:

Хобзей М. К. – голова мультидисциплінарної робочої групи, директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д. мед. н.

Юрченко В. Д. – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».

Гур'єв С. О. – заступник директора Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д. мед. н., професор.

Близнюк М. Д. – заступник директора з екстреної медичної допомоги Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».

Сацик С. П. – завідувач відділу наукових проблем та екстреної медичної допомоги та невідкладних станів Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к. мед. н., ст. н. сп.

Кушнір В. А. – старший науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к. мед. н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Ліщишина О. М. – директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к. мед. н., ст. н. с.

Горох Є. Л. – начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к. тех. н.

Мельник Є. О. – начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Шликіна О. О. – начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ.

Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на <http://www.dec.gov.ua>.

Рецензенти:

Рошнін Г. Г. – завідувач кафедри «Медицини катастроф» НМАПО ім. П. Л. Шупика, лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, д. мед. н., професор.

Іскра Н. І. – доцент кафедри «Медицини катастроф» НМАПО ім. П. Л. Шупика, к. мед. н., ст. н. сп.

Кушнір В. А. – старший науковий співробітник, к. мед. н.

1.8. Епідеміологічна інформація

За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12122512 хворих на АГ, що складає 32,2 % дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ – більше ніж удвічі в порівнянні з 1998 р. та на 170 % у порівнянні з 2000 роком. Зростання поширеності АГ є свідченням ефективної роботи закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, з виявлення артеріальної гіпертензії.

Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу (ХСК) у дорослих (18 років і більше) становить 46,8 % (найвищі показники в Львівській і Хмельницькій областях – 53,7 і 52,0 % відповідно, найнижчі – у Київській і Чернігівській областях – 40,4 і 42,1 % відповідно), тобто майже половина пацієнтів з ХСК має підвищений АТ. З практичної точки зору найбільше значення мають комбінація АГ з ішемічною хворобою серця (ІХС) та цереброваскулярними хворобами (ЦВХ). У 2010 році поширеність комбінації АГ та ІХС серед дорослого населення становила 63,3 % випадків, захворюваність – 58,8 %. Порівняно з 1999 р. наведені показники зросли відповідно на 25,1 % (з 50,3 до 63,3 %) і 29,8 % (з 45,3 до 58,8 %), що можна вважати наслідком підвищення рівня діагностики АГ. У хворих з ЦВХ (дорослого населення) показник поширеності АГ становив 64 %, захворюваності – 56,5 %. Порівняно з 1999 р. ці показники також зросли – на 25,2 % і 35,5 % відповідно. Виходячи з наведеної інформації, АГ потрібно розглядати як провідний фактор ризику розвитку кардіальної і цереброваскулярної патології, який суттєво впливає на тривалість життя населення України.

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

При аналізі структури АГ за рівнем АТ у 50 % хворих виявлено АГ I-го ступеня, у кожного третього – АГ II-го ступеня, у кожного п'ятого – АГ III-го ступеня.

Таким чином, розробка Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги для пацієнтів з ГК є надзвичайно актуальним завданням, яке має виконуватись в рамках мультидисциплінарної програми надання екстреної медичної допомоги та здійснюватись на основі доказів ефективності втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Основною метою цього уніфікованого клінічного протоколу було створення ефективної системи надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гіпертонічним кризом на основі впровадження систематизації максимальної кількості пацієнтів при наданні екстреної медичної допомоги.

Цей уніфікований клінічний протокол надання екстреної медичної допомоги є комплексним протоколом для пацієнтів з гіпертонічною хворобою, ускладненим гіпертонічним кризом (діагноз за МКХ – Код МКХ-10: I10-I15).

Вперше обґрунтування та положення цього уніфікованого клінічного протоколу побудовані на доказах (evidence-based medicine) і мають конкретні посилання на джерела доказової медицини – третинні джерела, які створювались на основі даних РКД, НРКД, мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури тощо:

1. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertension* 2009; 27.

2. National Clinical Guideline Center. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 127: Methods, evidence, and recommendations, 2011.

3. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. US department of Health and Human Service. NIH publication No 04-5230. August 2004.

4. National Clinical Guideline Center. Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline 107, 2010.

5. Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle. Hypertension in people who do not have diabetes mellitus, 2010.

УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, спеціалістів з невідкладної медичної допомоги, кардіологів, кардіохірургів, інтервенційних хірургів та ін.).

Слід зазначити, що в цьому УКПМД передбачена чинна організаційна структура надання медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я, зареєстрований Міністерством юстиції України за № 892/7180 від 12.11.2002 р.), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою – відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Діагноз: Гіпертонічний криз
Код МКХ-10: I10 - I 15

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. Догоспітальний етап включає надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з ГК з моменту виявлення пацієнта або звернення такого пацієнта за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

3. Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГК у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.

4. Пацієнтам з ГК необхідно забезпечити термінову госпіталізацію у відповідні ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу, в період найбільших терапевтичних можливостей.

5. Швидка діагностика ознак ГК на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

6. Для забезпечення послідовності надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГК у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

7. У кожному ЗОЗ обов'язково повинен бути розроблений та затверджений ЛПМД.

8. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ГК на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ ЦЕНТРУ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги **103** або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги **112**.

2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен:

- прийняти виклик екстреної медичної допомоги відповідно до затвердженого алгоритму, забезпечити його оброблення та оперативне реагування;
- під час оброблення інформації щодо виклику екстреної медичної допомоги сформувати інформацію про місце події, характер та особливості невідкладного стану людини, вид допомоги, необхідний для усунення негативних наслідків такого стану для здоров'я людини та повідомити про це абонента, який здійснив виклик екстреної медичної допомоги;
- передати станції екстреної (швидкої) медичної допомоги та відповідній бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги інформацію про виклик екстреної медичної допомоги, характер та особливості невідкладного стану людини;
- направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з підозрою на екстрений стан;
- визначити заклад охорони здоров'я, до якого бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги

здійснюватиме перевезення пацієнта у невідкладному стані, передати цю інформацію бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги такому закладу;

- здійснювати інформаційний супровід надання екстреної медичної допомоги та прийняти інформацію про результат її надання на місці події під час перевезення та прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я;
- здійснювати оперативну інформаційно-консультативну підтримку звернень населення за медичною допомогою;
- оперативно забезпечувати виїзну консультативну медичну допомогу за зверненнями закладів охорони здоров'я (ст. 8. Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 року № 5081-VI).

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Поради абоненту, який зателефонував у оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:

- покладіть пацієнта з піднятою злегка головою та опущеними ногами, тобто покласти пацієнта в комфортне положення;
- забезпечте постільний режим;
- знайдіть медикаменти, які приймає пацієнт, зняті раніше ЕКГ пацієнта і покажіть медичному працівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- не залишайте пацієнта без нагляду.

2. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події.

3.1.2. ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу (1)

3.1.2.1. Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах – 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

3.1.2.2. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ, а у разі передачі біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога.

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками ГК у спеціалізовані ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

- 1.1.1. Встановити точний час від початку ГК та його тривалість.
- 1.1.2. Встановити, чи була спроба зняти ГК.
- 1.1.3. Встановити, за яких умов виник ГК – чи пов'язаний він з фізичним, психоемоційним навантаженням.
- 1.1.4. Чи виникав схожий напад ГК.
- 1.1.5. Чи підвищувався АТ та чи почастішало підвищення АТ останнім часом. Чи змінилась толерантність до навантаження, чи збільшилась потреба у гіпотензивних препаратах.

1.2. Збір анамнезу життя:

- 1.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.
- 1.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
- 1.2.3. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби

би шлунку та 12-палої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ тощо.

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження:

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE.

2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.

2.3. Візуальна оцінка:

2.3.1. Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта:

1. Пульс, його характеристика, АТ.

2. ЧД, його характеристика.

3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.

4. Вимірювання АТ на ногах.

5. Перкусія серця: звернути увагу на наявність збільшення границь серцевої тупості.

6. Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.

7. Аускультация серця та судин шиї, точок проекції ниркових артерій.

8. Аускультация легень: наявність вологих хрипів.

Слід мати на увазі, що у багатьох пацієнтів на ГК при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

4. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

Бажані:

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, норма – 95 %).

3.1.2.3. Лікувальна тактика

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги:

Обов'язкові:

1. Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.

Хворим на ГК для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самостійно пересуватись.

2. Забезпечити подачу кисню.

3. Забезпечити моніторування життєвих функцій та електрокардіограми.

4. Забезпечення венозного доступу. Усім пацієнтам з ГК у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

1. Нейровегетативна форма кризу.

– Ніфедипін по 10 мг під язик всередину кожні 30 хв або клонідин 0,15 мг всередину, потім по 0,075 мг через 1 годину до ефекту, або поєднання цих препаратів.

При відсутності ефекту:

– Клонідин 0,1 мг внутрішньовенно повільно, поступово підвищуючи швидкість введення від 0,1 мкг/(кг/хв) до досягнення необхідного артеріального тиску.

При недостатньому ефекті – фуросемід 40 мг внутрішньовенно.

При емоційному напруженні зберігається додатково діазепам 5–10 мг всередину, внутрішньом'язово або внутрішньовенно.

При збереженні тахікардії – пропранолол 20–40 мг під язик або всередину.

2. Водно-сольова форма кризу.

– Фуросемід 40–80 мг всередину одноразово і ніфедипін по 10 мг під язик кожні 30 хв до ефекту або фуросемід 20 мг всередину одноразово і каптоприл+гідрохлортіазид 6,25 мг під язик або всередину, а потім 25 мг кожні 30–60 хв до ефекту.

При недостатньому ефекті:

– Фуросемід 20–40 мг внутрішньовенно;

При вираженій неврологічній симптоматиці може бути ефективно внутрішньовенне введення 240 мг теофіліну.

3. При судомній формі кризи:

- Діазепам 10–20 мг внутрішньовенно повільно до усунення судом, додатково можна призначити магнію сульфат 2,5 г внутрішньовенно дуже повільно;
- Фуросемід 40–80 мг внутрішньовенно повільно.

4. При кризах, пов'язаних з раптовою відміною гіпотензивних засобів:

- Швидкодіючі лікарські форми відповідного гіпотензивного препарату (клонідин 0,1 мг внутрішньовенно або пропранолол 20–40 мг під язик, або ніфедипін по 10 мг під язик).

5. Гіпертензивний криз, ускладнений набряком легень:

- Нітрогліцерин таблетки (краще аерозоль) 0,4–0,5 мг під язик і відразу 10 мг в 100 мл розчину натрію хлориду 0,9 % внутрішньовенно крапельно, збільшуючи швидкість з 25 мкг/хв до одержання ефекту;
- Фуросемід 40–80 мг внутрішньовенно повільно;
- Оксигенотерапія.

6. Гіпертензивний криз, ускладнений геморагічним інсультом або субарахноїдальним крововиливом:

Необхідна стабілізація АТ на рівні, що перевищує на 5–10 % мм рт. ст. звичний для хворого рівень АТ. Для цього використовують повільно (протягом 7–10 хв і більше) внутрішньовенно введення магнію сульфату в дозі 1000–2500 мг (як виняток допустимо внутрішньом'язове введення препарату в теплом вигляді з подальшим прогріванням місця ін'єкції). При наявності протипоказання до застосування магнію сульфату показаний ніфедипін в дозі 5–20 мг під язик (розжувати), а при неможливості використовувати такий шлях введення (наприклад, при комі) бендазол внутрішньовенно (внутрішньом'язово) у дозі 30–40 мг.

7. Гіпертензивний криз, ускладнений ангінозним болем:

- Нітрогліцерин таблетки (краще аерозоль) 0,4–0,5 мг під язик і відразу 10 мг внутрішньовенно крапельно (п. 5);
- Обов'язково знеболювання – див. «Стенокардія»;
- При недостатньому ефекті – пропранолол 20–40 мг під язик.

8. При ускладненому перебігу – моніторувати життєво важливі функції (кардіомонітор, пульсоксиметр).

9. Госпіталізувати після можливої стабілізації стану.

3.1.2.4. Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ медичної допомоги

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з підозрою на ГК незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію та попередні кардіограми пацієнта.
2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторування стану пацієнта, контроль АТ, ЧСС, ЧД, ЕКГ, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.
3. Транспортування здійснюється на носіях після стабілізації стану пацієнта у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні, приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, кардіологічну реанімацію, відділення.
4. Територіальним органом з питань охорони здоров'я обов'язково повинен бути розроблений та затверджений наказ, локальний протокол (відповідного рівня), який забезпечує організацію надання допомоги пацієнтам з ГК, взаємодію між ЗОЗ, що надають медичну допомогу.

IV. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1.1. Наявність у керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з ГК.

1.2. Відсоток пацієнтів з ГК, яким було здійснено кисневу підтримку у визначений проміжок часу (до 30 хвилин) та зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником.

1.3. Відсоток пацієнтів з ГК, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у визначений проміжок часу (2 години; 12 годин) з моменту первинного контакту з медичним працівником.

V. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Горбась І. М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2 (2). – С. 13–18.
2. Горбась І. М., Смирнова О. О., Кваша І. П., Дорогой А. П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень // Артеріальна гіпертензія. – 2010. – № 6 (14). – С. 51–67.
3. Дорогой А. П. Термін виконання «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» закінчився, проблеми залишилися. Що далі? // Артеріальна гіпертензія. – 2011. – № 3 (17). – С. 29–36.
4. Коваленко В. М., Сіренко Ю. М., Дорогой А. П. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Український кардіологічний журнал. – 2010. – Додаток 1. – С. 3–12.
5. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 892/7180 від 12.11.2002 р.
6. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.
7. Наказ МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія»».
8. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 863\16879 від 14.09.2009 р.
9. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
10. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.
11. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.
12. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірною табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».
13. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 р. № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
14. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
15. Проект робочих груп Асоціації кардіологів України з невідкладної кардіології та артеріальної гіпертензії. Гіпертензивні кризи // Артеріальна гіпертензія. – 2011. – № 3. – С. 64–95.
16. Свіщенко Є. П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи // Український кардіологічний журнал. – 2010. – Додаток 1. – С. 13–15.
17. Сіренко Ю. М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки) // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2 (2). – С. 83–88.
18. ADVANCE Collaboration, Lancet 2007; 370:829-840.
19. Burgaz A, Orsini N, Larsson SC, Wolk A. Blood 25-hydroxyvitamin D concentration and hypertension: a meta-analysis. J Hypertens 2011; 29:636.
20. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB et al. Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. J AmCollCardiol 2010; 55:1339.
21. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy, 2011.
22. J. A. Garcia-Donaire et al. A review of renal, cardiovascular and mortality endpoints in antihypertensive trials in diabetic patients. Blood Pressure, 2011; 20: 322–334.
23. National Clinical Guideline Center. Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline 107, 2010.
24. National Clinical Guideline Center. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in

adults. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 127: Methods, evidence, and recommendations, 2011.

25. Noordzij M, Uiterwaal CS, Arends LR, et al. Blood pressure response to chronic intake of coffee and caffeine: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2005; 23:921).

26. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertension* 2009; 27.

27. Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment. A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research // *Hypertension*. 2008;51:1403-1419.

28. S. Bangalore et al. Blood Pressure Targets in Subjects With Type 2 Diabetes Mellitus/Impaired Fasting Glucose. *Circulation*, 2011;123:2799-2810.

29. Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle. Hypertension in people who do not have diabetes mellitus, 2010.

30. The ACCORD Study Group, *N Engl J Med*, 2010, 362:1575-1585.

31. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. US department of Health and Human Service. NIH publication No 04-5230. August 2004.

VI. ДОДАТКИ

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Гіпертонічний криз»

ОСНОВНІ НЕБЕЗПЕКИ І УСКЛАДНЕННЯ

Легких гіпертензивних кризів не буває. Кожен гіпертензивний криз може закінчитися будь-яким з перерахованих ускладнень і навіть смертю:

- порушення мозкового кровообігу (геморагічний чи ішемічний інсульт);
- набряк легенів (серцева астма);
- напад стенокардії;
- інфаркт міокарда;
- аритмії.

Примітка

До гострої артеріальної гіпертензії, що безпосередньо загрожує життю, відносяться:

- судомна форма гіпертензивного кризу;
- криз із загрозою розвитку інфаркту міокарда і стійким больовим синдромом (поточний розрив міокарда);
- криз, ускладнений набряком легенів;
- криз, ускладнений геморагічним інсультом;
- криз при феохромоцитомі.

При гострій артеріальній гіпертензії, безпосередньо загрожує життю, артеріальний тиск знижувати протягом 20–30 хвилин до звичного або більш високого рівня, використовувати внутрішньовенний краплинний шлях введення препаратів, гіпотензивним ефектом яких легко керувати (нітрогліцерин).

При артеріальній гіпертензії безпосередньої загрози для життя артеріальний тиск знижувати поступово (за 1–2 години) до звичного рівня.

Надавати невідкладну допомогу при повторних гіпертензивних кризах слід з урахуванням наявного досвіду лікування попередніх.

При погіршенні перебігу артеріальної гіпертензії, що не доходить до кризу, артеріальний тиск знижувати протягом декількох годин, призначати основні гіпотензивні засоби всередину.

При призначенні каптоприл+гідрохлортіазид лікування починати з пробної дози 6,25 мг.

При вираженому діурезі призначати препарати калію всередину або внутрішньовенно.

При кризі, обумовленому феохромоцитомою, підняти головний кінець ліжка на 45°, показані блокатори α -адренорецепторів. Блокатори β -адренорецепторів застосовувати тільки після введення блокаторів α -адренорецепторів.

Не рекомендовано:

1. Через складність адекватного контролю темпів зниження АТ застосування антигіпертензивної терапії у хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу на догоспітальному етапі у більшості випадків не рекомендоване.
2. Не рекомендовано сублінгвальне та внутрішньом'язове введення антигіпертензивних препаратів у зв'язку з непередбаченим фармакодинамічним ефектом.
3. Застосування ніфедипіну короткої дії для лікування ГК протипоказано, оскільки швидкість та ступінь зниження АТ при його прийомі (особливо сублінгвально) важко контролювати.
4. У разі виникнення гіпотензивної реакції рекомендоване внутрішньовенне введення сольових ізотонічних розчинів, за неефективності – симпатоміметиків та пресорних амінів.

АЛГОРИТМ «ГІПЕРТОНІЧНИЙ КРИЗ»

