Протокол за водење на артериска хипертензија на ниво на примарна здравствена заштита

1. Вовед, дефиниција, епидемиологија

Во последните децении постигнат е значителен напредок во разбирањето на епидемиологијата, патофизиологијата и ризик факторите поврзани со појава на артериска хипертензија. Свесни сме и применуваме богатство на имплементирани докази кои посочуваат дека намалувањето на КП (крвен притисок) може значително да го намали вкупниот предвремен морбидитет и морталитет. Но и покрај ова, денес стапките за навремено дијагностицирање и третман на ХТА се поразителни и хипертензијата останува водечка превентибилна причина за појава на КВЗ и водечка причина за смртност на глобално ниво.

Глобалната преваленца за ХТА во 2015 година, според амбулантски измерени вредности за КП, било проценето дека изнесувала ≈ 1.13 милијарди од светското население и истата прогресивно се зголемува со возраста на населението со преваленца од > 60% кај популација на возраст ≥ 60 години. Со зголемувањето на староста на популацијата, присвојувањето на седечкиот начин на живот и зголемувањето на телесната тежина, застапеноста на ХТА низ целиот свет ќе продолжи да расте и се проценува дека во 2025 година преваленцата за ХТА ќе изнесува ≈ 1.5 милијарди жители.

„Артериска хипертензија" се дефинира како ниво на КП кај кои придобивките од третманот (со немедикаментозен или/и медикаментозен третман) недвосмислено ги надминуваат ризиците од третман, како што е документирано со клинички испитувања. Според горенаведеното, преку изразување во вредности измерени во mmHg, артериската хипертензија може дасе дефинира како амбулантски измерени вредности за СКП >140 mmHg и/или ДКП>90 mmHg.

Табела 1 - Класификација на степен на крвен притисок во ординација

Категорија	Систолен КП (mmHg)	и/или	Дијастолен КП (mmHg)
Оптимален	<120	и	<80
Нормален	120-129	и	80-84
Високо нормален	130-139	и/или	85-89
Хипертензија степен 1	140-159	и/или	90-99
Хипертензија степен 2	160-179	и/или	100-109
Хипретензија степен 3	≥ 180	и/или	≥110
Изолирана систолна хипертензија	≥140	и	≤90

Кај ≥ 90% од пациентите со ХТА не е позната причината за појава на заболувањето и зборуваме за есенцијална артериска хипертензија, каде дефинираме модифицирачки (исхрана, физичка неактивност, гојазност, пушење, конзумирање на алкохол, стрес) и немодифицирачки ризик фактори (наследниот фактор, возраста, полот) за појава на истата. Кај ≤ 10% од дијагностицираните пациенти, артериската хипертензија може да се дефинира како резултат на заболувања на бубрезите, ендокриниот систем, болести со зголемена вискозност на крвта, срцеви заболувања или поради третман со одредени лекови и тогаш зборуваме за секундарна артериска хипертензија каде третманот е насочен кон лекување на примарната болест.

Артериската хипертензија го зголемува ризикот за појава на големи кардиоваскуларни настани во просек за 2 до 3 пати, поради што потребно е кај секој хипертензивен пациент да се одреди SCORE ризик за проценка на претпоставена веројатност за добивање на фатален атеросклеротичен настан во наредните 10 години.

2. Принципи и постапка за скрининг на населението за артериска хипертензија

Скринингот за артериска хипертензија подразбира превентибилна проверка со која рано се откриваат асимптоматски лица со ХТА или лица кои се со ризик за добивање на ХТА.

А. Критериуми за проценка на вклученост на населението во скрининг за фактори за ризик и развој на ХТА

- Вклучувачки критериуми:

- сите лица со ≥18 годишна возраст

- Исклучувачки критериуми:

- сите пациенти со дијагностицирана и третирана ХТА
- сите пациенти со дијагностициран и третиран дијабетес мелитус
- сите пациенти со дијагностицирано и третирано КВЗ

Врз основа на клиничките карактеристики на пациентот потребно е да се идентификуваат лицата со барем еден од **ризик факторите за развој на ХТА**:

- наследен фактор (позитивна фамилијарна анамнеза за ХТА)
- прекумерна телесна тежина и гојазност
- физичка неактивност
- ризично конзумирање на алкохол
- прекумерна употреба на сол во исхраната

Б. Клинички скрининг за ХТА:

- семејна анамнеза за ХТА и КВЗ
- лична анамнеза за навики за исхрана, физичка активност, пушење, алкохол и болести на зависност, промена на телесна тежина, минати заболувања
- Мерења на крвен притисок, пулс,ТТ, ТВ, индекс на телесна маса, обем на половина

В. Тест за скрининг за откривање наасимптоматски лица со ХТА или лица кои се со ризик за добивање на ХТА **е мерење на крвниот притисок**.

Скринингот се изведува само еднаш кај сите пациенти ≥18 годинии според добиените резултати соодветно се интервенира.

Скринингот го изведува медицинската сестра, а добиените резултати ги толкува општиот/ семејниот лекар.

Г. Апаратура за мерење на крвен притисок-аускултаторни или осцилометриски полуавтоматски или автоматски сфигмоманометри се препорачаните методи за мерење на КП во амбулантски услови, но во употребасѐуште се и живините манометри. Уредите треба да бидат потврдени според стандардизирани услови и протоколи. Точноста на апаратурата треба редовно да се проверува со калибрација во технички лаборатории и тоа на најмалку на 6 месеци за полуавтоматските или автоматските сфигмоманометри и на секои 12 месеци за рачните сфигмоманометри и живините манометри. Мерењето на КП се остварува согласно стандардниот протокол на Светска здравствена организација.

Д. Упатство за правилно мерење на крвниот притисок во ординација (*Види Прилог 1а)*

Табела 2. Вредности на крвен притисок

Категорија	Систолен КП (mmHg)	и/или	Дијастолен КП (mmHg)
Оптимален	<120	и	<80
Нормален	120-129	и	80-84
Високо нормален	130-139	и/или	85-89
Хипертензија степен 1	140-159	и/или	90-99
Хипертензија степен 2	160-179	и/или	100-109
Хипретензија степен 3	≥ 180	и/или	≥110
Изолирана систолна хипертензија	≥140	и	≤90

Ѓ. Толкување на резултат на скринингот и соодветни интервенции согласно нив (општ/семеен лекар):

- **КП <120/80 mmHg (оптимален КП)**и кај пациентот нема познати ризик фактори за КВЗ- се даваат насоки за здрав начин на живот и се повикува на **контрола за** мерења на КП после **5 години.**
- **КП 120-89/80-84 mmHg (нормален КП)**и кај пациентот нема познати ризик фактори за КВЗ- се даваат насоки за здрав начин на живот и се повикува на **контрола за** мерења на КП после **2 години.**
- **КП 130-139/85-89 mmHg (високонормален КП)** и кај пациентот се присутни еден или повеќе ризик фактори за КВЗ (прекумерна тежина/гојазност, физичка неактивност, прекумерна употреба на сол, нездрав начин на исхрана, пушење на тутун, ризично конзумирање на алкохол) се повикува пациентот **на контрола по 1 година** и се интервенира во насока на елиминација на присутните ризик фактори за КВЗ .(кај пациенти со присутен еден или повеќе ризик фактори за КВЗ потребно е да се одреди SCORE ризик, кој дава насоки како правилно да го класифицираме пациентот и правилно да го менаџираме)

Препораки за промени на животниот стил кај лица со хипертензија или лица со високо нормален крвен притисок *(Види прилог 5)*- **медицинска сестра**

- **КП>140/90 mmHg** и/или кај пациентот има познати ризик фактори за КВЗ, **општиот/ семејниот лекар** продолжува кон постапка за дијагностицирање на артериска хипертензија.

Табела 3. Толкување на резултати од скриниг за ХТА и соодветни интервенции

Степен на КП	Систолна КП	и/или	Дијастолна КП	Интервенција
ОптималенКП	**< 120 mm/Hg**	**и**	**< 80 mm/Hg**	**Повторно мерење наКП по 5 години**
НормаленКП	**120-129 mm/Hg**	**и/или**	**80-84 mm/Hg**	**Повторно мерење на КП по 3 години**
Висок нормален КП	**130-139 mm/Hg**	**и/или**	**85-89 mm/Hg**	**Повторни мерења на КП по 12 месеци; да се даде совет за промена на животните навики**
Хипертензија	**≥140 mm/Hg**	**и/или**	**≥90 mm/Hg**	**Пристапување кон дијагностички протокол на ХТА**