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

Цели на лекување на артериска хипертензија

Целта на правилното водење и лекување на пациент со артериска хипертензија е минимизирање на КВС ризик, што се постигнува со контролирање на КП и другите модифицирачки фактори за КВЗ.

Табела 4. Таргетирани вредности на крвен притисок и цели кај пациенти со ХТА според препораките на Европското Кардиолошко Друштво од 2018 година[1]

Сите пациенти	- Се препорачува првата цел на иницијалниот третман да бидат вредности на КП <140/90 mmHg кај сите пациенти, а доколку третманот е добро толериран од страна на пациентите потребно е се водењето на ХТА да го насочиме кон вредности на КП 130/80 mmHg - Кај пациенти под 65 години се препорачува СКП да се намали во вредности 120-129 mmHg кај повеќето пациенти
Пациенти65-80 години	- Кај постари пациенти (65-80 години) се препорачува вредностите за СКП да бидат 130-139 mmHg
Пациенти > 80 години	- Кај пациенти над 80 години се препорачува вредностите за СКП да бидат 130-139 mmHg, доколку се добро се толерираат
Вредности за ДКП	- Вредности на ДКП < 80mmHg треба да се земат во предвид кај сите пациенти со ХТА, без разлика на нивото на КВЗ ризик и присутните коморбидитети

1. Лекување на артериска хипертензија

Лекувањето на ХТА се базира врз две интервенции:

а) Промени во стилот на живеење и воведување на здрави навики

б) Третман со медикаментозна терапија

[1]2018 ESC/ESH Guidelines for themanagementof arterial hypertension, European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104, страна 7,8

а) Промени во стилот на живеење и воведување на здрави навики- медицинска сестра

Промените на животниот стил во насока на здрав стил на живот се основна интервенција кај пациенти со ХТА и можат да го спречат или одложат почетокот на ХТА и истовремено да го намалат ризикот за појава на КВЗ. Ефективни промени во стилот на живеење можат да бидат доволни да се спречи или одложи потребата од воведување на медикаментозна терапија кај пациент со ХТА од I степен.Негативна страна на оваа интервенција е слабата упорност на пациентот за одржување на промените со изминување на времето, поради што потребен е индивидуален пристап при давање на информациите. Советувањето за водење на здрав стил на живот го прави медицинската сестра преку индивидуална консултација со пациентот.

Прилог 5 - Препораки за промени на животниот стил кај лица со хипертензија или лица со високо нормален крвен притисок

б) Третман со медикаментозна терапија- општ/семеен лекар

Најголемиот дел од пациентите со артериска хипертензија, освен промени за здрав стил на живот, ќе имаат потреба и од воведување на медикаментозен третман за регулирање на КП. Како во претходните и во најновите упатства од Европското Кардиолошко Друштво (ЕКД) од 2018 година, петте главни класи на антихипертензивни лекови остануваат подеднакво препорачани во лекувањето на ХТА, како монотерапија или во комбинација.

- АКЕ инхибитори
- АРБ
- Бета блокатори
- Калциум антагонисти- КА
- Диуретици (тијазидни диуретици и слични на нив, хлорталидон и инадапамид)

Независно од избраниот антихипетензивен лек со монотерапија ефикасно намалување на КП има во ограничен број на пациенти со ХТА. Со оглед на тоа ЕКД, препорачува медикаментозниот третман на ХТА да се започне со комбинација од 2 лека, по можност со дозно-фиксна комбинација (комбинација од 2 лека во 1 таблета). Преферирани комбинации на лековисе ренин- ангиотензин блокаторите (АКЕ инхибитори и АРБ) со Калциум антагонасти (КА) или диуретик. Бета блокатори во комбинација со диуретик или било кој друг лек од дригите класи е алтернатива кога постои специфична индикација за бета- блокатори (пр. Ангина, состојба по миокарден инфаркт, срцева слабост или при контрола на срцевата фреквенција). Исклучок од оваа препорака се постари, изнемоштени пациенти, како и пациенти со хипертензија од 1 степен и низок КВЗ ризик (особено ако СКП <mmHg). Предности на монотерапијата се тоа што лесно можат да се препознаат ефикасноста и несаканите ефекти од ординираниот лек. Комбинацијата на два антихипертензивни лекови од различни групи поефикасно го намалуваат крвниот

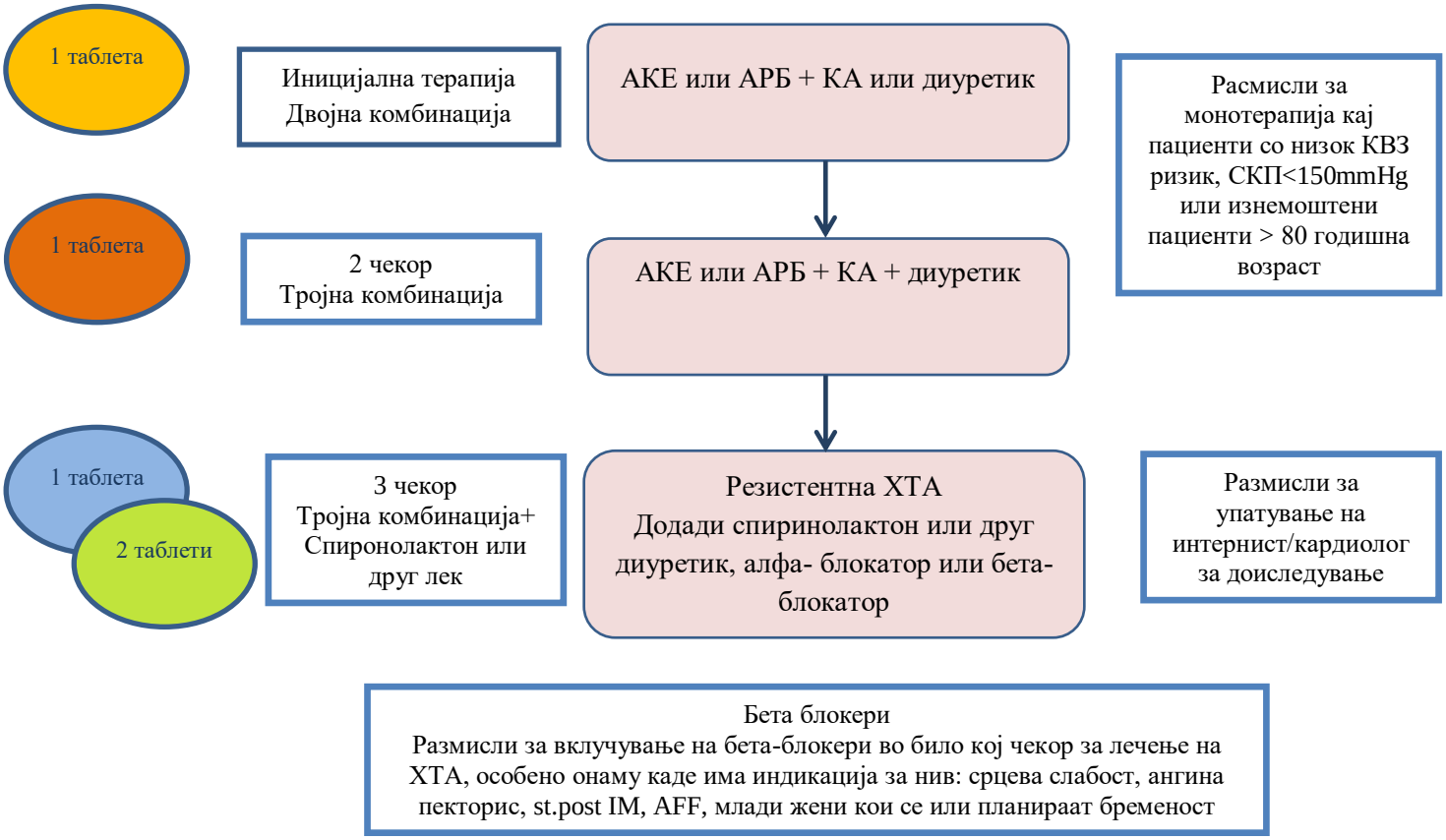
притисок отколку зголемувањето на дозата на монотерапијата. Предноста на двојната комбинација секако е брзата реакција кај поголем број на пациенти, а со тоа поголема е веројатноста дека кај пациенти со повисок КП побрзо ќе се постигнат таргетираните вредности за КП.

Табела 5.Таргетирани вредности за КП за различни ризични групи[2]

Возраст	Целни вредности на СКП во амбулантски услови (mmHg)				
	ХТА	+ ДМ	+ ХББ	+КАБ	+ЦВИ/ТИА
18-65 години	Целете кон 130, но не<120	Целете кон 130, но не<120	Целете кон <140 и 130	Целете кон 130, но не<120	Целете кон 130, но не<120
65-79 години	Целете кон 130-139, ако се толерира	Целете кон 130-139, ако се толерира	Целете кон 130-139, ако се толерира	Целете кон 130-139, ако се толерира	Целете кон 130-139, ако се толерира
≥80 години	Целете кон <140 и 130, ако се толерира	Целете кон <140 и 130, ако се толерира	Целете кон <140 и 130, ако се толерира	Целете кон <140 и 130, ако се толерира	Целете кон <140 и 130, ако се толерира
ДКП после третман да е во распон	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79

[2]2018 ESC/ESH Guidelines for themanagementoarterial hypertension, European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104

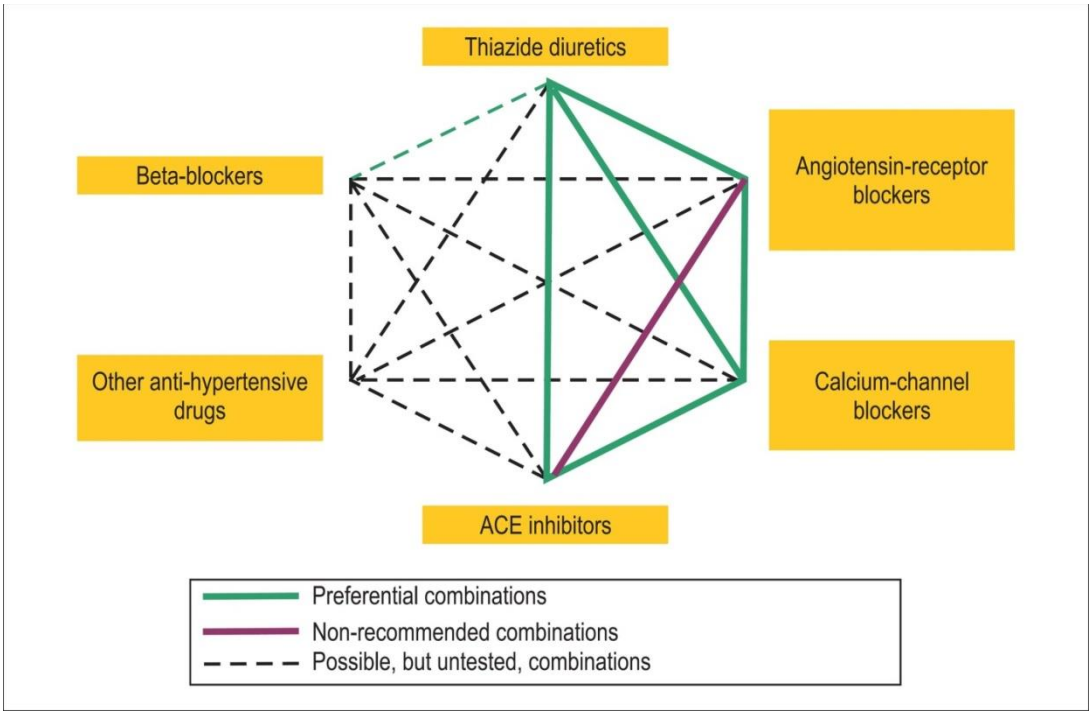
Алгоритам за третман на некомплицирана хипертензија[3]



Без оглед дали медикаментозниот третман на ХТА го започнуваме со монотерапија или комбинација од два лека, дозите постепено се зголемуваат зависно од постигнувањето на таргетираните вредности за КП. Доколку не ги постигнеме посакуваните вредности за КП и покрај препишаните максимални дози на двата пропишани лекови, треба да размислиме да ја замениме ординираната терапија со друга комбинација од два лека или да додадеме трет лек.

[3]2018 ESC/ESH Guidelines for themanagementoarterial hypertension, European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104, страна 44

Табела 6. Можни комбинации на антихипертензивни лекови



Табела 7. Контраиндикации при препишување на антихипертензивен лек[4]

Лек	**Апсолутна контраиндикација**	**Релативна контраиндикација**
Диуретици (тијазиди и слични на нив)	Гихт	Метаболен синдром нарушена глукозна толеранција бременост хиперкалцемија хипокалемија
Бета-блокатори	Астма Синоатријален или A-V блок од повисок степен Брадикардија (<60 мин)	Блокатори на метаболен синдром нарушена глукозна толеранција спортисти и физички активни пациенти
Калциум антагонисти (dihidropiridine)		Тахиаритмија Срцева слабост (NYHAIII или IV) Претходни изразени отоци на долни екстремитети
Калциум антагонисти (verapamil, diltiazem)	Синоатријален или A-V блок од повисок степен Тешка ЛВ дисфункција со ЕФ< 40% Брадикардија (<60 мин)	Констипација

[4]2018 ESC/ESH Guidelines for themanagementof arterial hypertension, European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104, страна 37

АКЕ инхибитори	Бременост Претходен ангионевротичен едем Билатерална ренална артериска стеноза Хиперкалемија >5,5mmol/L	Жени во репродуктивен период без сигурна контрацепција
АРБ	Бременост Билатерална ренална артериска стеноза Хиперкалемија >5,5mmol/L	Жени во репродуктивен период без сигурна контрацепција

Прилог бр. 6 – Алгоритам за лекување според степен на хипертензија

А) Нормален/висок крвен притисок КП130-139/80-89 mmHg

- Хигиенодиететски режим (промена на животен стил)

- Опција – медикаментозен третман кај пациенти со многу висок ризик (кардиоваскуларна болест, особено коронарна артериска болест)

Б) Стадиум 1 хипертензија 140-159/90-99 mmHg

- Хигиенодиететски режим (промена на животен стил)

- Веднаш медикаментозна терапија кај висок и многу висок ризик (кардиоваскуларна болест, бубрежна болест или хипертензивно посредувано органско оштетување)

- Медикаментозен третман кај низок до среден ризик пациенти без кардиоваскуларна болест, бубрежна болест и хипертензивно посредувано органско оштетување, во случај на отсуство на корекција на крвен притисок и по 3-6 месеци од промени во режим на терапија

В) Стадиум 2 хипертензија 160-179/100-109 mmHg

- Хигиенодиететски режим (промена на животен стил)

- Итна медикаментозна терапија кај сите пациенти

- Цел – контролиран крвен притисок во рок од 3 месеци

Г) Стадиум 3 хипертензија КП >180/110 mmHg

- Хигиенодиететски режим (промена на животен стил)

- Итна медикаментозна терапија кај сите пациенти

- Цел – контролиран крвен притисок во рок од 3 месеци

2. Третман на Артериска хипертензија и најчести коморбидитети

Пациентите со артериска хипертензија многу често имаат и други коморбидитети кои бараат истовремено следење на состојбите со цел правилно водење на пациентот со хронични незаразни заболувања и намалува на КВЗ ризик. Најчести коморбидитети кои се јавуваат кај пациент со ХТА, а истовремено значително го зголемуваат КВЗ ризикот се ДМ и дислипидемиите.

а) Дијабетес мелитус

Пациентите со ДМ спаѓаат во група на пациенти со висок КВЗ ризик, кој прогресивно се зголемува со возраста на пациентот. Доколку пациентот со ДМ тип 1, а особено со ДМ тип 2 има и артериска хипертензија, истиот спаѓа во групата со висок или многу висок КВЗ ризик (зависно од присутните ризик фактори) и има голем ризик од васкуларни компликации. Водењето на пациент со ДМ и ХТА подразбира регулирање и постигнување на таргетирани вредности за гликемија, ХбА1Ц и ХТА. Перепорачани вредности за КП кај повеќето пациенти со ДМ 1 ≤ 140/80 mmHg. Општиот/ семејниот лекар потребно е индивидуално да ги прилагоди видот и титрацијата на лекот, со цел да се избегне појава на хипотензивни епизоди. Лековите од групата на ренин-ангиотензин блокатори се покажале како поефикасни во намалување на албуминуријата во однос на другите групи на лекови и треба да се препишат кај пациент со присутна микроалбуминурија или протеинурија. Кај пациентите со ДМ и бубрежна слабост се препорачува СКП да биде 130-139 mmHg. Како иницијална терапија кај пациенти со ДМ треба да се препише комбинација од лекови од групата на ренин-ангиотензин блокатори и диуретик или калциум антагонисти.

КП потребно е да се мери по можност при секоја посета, а најмалку 1 годишно.

б) Дислипидемии

Дислипидемиите ги дефинираме како нарушен метаболизам на липиди во крвта и поради тоа што се важен индикатор за проценка на SCORE ризикот, потребно е нивно следење преку одредување на лабораториски индикатори. Придобивките од контролирањето на дислипидемијата се поизразени пропорционално со загрозеноста на индивидуата т.е. ризикот од КВЗ компликации. Прв лек на избор се статините, бидејќи докажано е дека директно влијаат на намалувањето на концентрацијата на ЛДЛ, ја запираат прогресијата на атеросклерозата, а со тоа ја намалуваат појавата на мајорни КВЗ настани. Лекови од групата на фибрати се нуди на пациент кој има високо ниво на триглецириди во крвта, а лекот езетимиб се препишува кај пациент каде што не се постигнало посакуваното ниво на ЛДЛ со помош на статини. Кај пациентите кои имаат артериска хипертензија и дислипидемија потребно е да се направат лабораториски анализи (вкупен холестерол, триглицериди, ХДЛ, ЛДЛ) за одредување на маснотиите во крвта и преку одредување на SCORE ризикот, одредуваме која ни е таргетираната вредност за ЛДЛ.

Табела 8. Целни вредности на ЛДЛ за различни КВЗ групи според препораките на ЕКД од 2019 година[5]

КВЗ групи- ризични категории	**Таргетирана вредност на ЛДЛ**
Низок ризик	< 3.0 mmol/L (<116 mg/dL)
Умерен ризик	<2.6 mmol/L (<100 mg/dL)
Висок ризик	<1.8 mmol/L (<70 mg/dL) или ≥ 50% од почетните вредности
Многу висок ризик	<1.4 mmol/L (<55mg/dL) или ≥ 50% од почетните вредности
Пациенти со АСКВБ кои имале втор васкуларен настан во последните 2 години	<1.0 mmol/L (<40 mg/dL)
Пациенти со ДМ со висок или многу висок ризик	Важат препораките како за сите пациенти со висок или многу висок ризик

АСКВБ- атеросклерозна кардиоваскуларна болест

Пациентот го советуваме за промени во животниот стил и доколку пациентот има среден или висок SCORE ризик препишуваме статин во соодветна доза. Потребно е да се следи ефектот на лекувањето на дислипидемијата, како и несаканите ефекти од лекот, преку контролни лабораториски анализи, но не поретко од 1 годишно.

[5]2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk,European Heart Journal (2020) 41, 111188

3. Водење на пациент со дијагностицирана ХТА

А. Следење на пациент во фаза на воведување на антихипертензивен лек- општ/семеен лекар

После воведување на антихипертензивен лек, на пациентот му се закажува контролен преглед најмалку една во првите 2 месеци со цел да се утврдат евентуални несакани ефекти на лекот, адхерентноста на пациентот кон препишаниот лек, дозата на лекот и промени во животниот стил. Откако ќе се регулира КП, добро е состојбата на пациентот да се контролира во интервали од 3 до 6 месеци.

Контролата треба да опфаќа:

- Мерење на КП- медицинска сестра
- Мерење на ТТ, ТВ, БМИ- медицинска сестра
- Преглед на дневник за КП, доколку пациентот води дневник- медицинска сестра
- Проценка на регулираноста на КП- општ/семеен лекар
- Проверка за можни несакани ефекти од пропишана антихипертензивна терапија- општ/семеен лекар
- Мотивација за редовно придржување кон терапијата и одржување на здрав животен стил- медицинска сестра

Б. Водење на пациент со постигнати таргетирани вредности за КП

Пациент со артериска хипертензија кои ги има постигнати таргетирани вредности на КП треба да направи контролен преглед кај својот матичен лекар најмалку 1 годишно.
Контролата треба да опфаќа:

- Мерење на КП- медицинска сестра
- Мерење на ТТ, ТВ, БМИ- медицинска сестра
- Преглед на дневник за КП, доколку пациентот води дневник- медицинска сестра
- Аускултација на срце и бели дробови, преглед за периферни едеми- општ/семеен лекар
- ЕКГ- изведува медицинска сестра, резултатите ги интерпретира општ/ семеен лекар
- Лабораториски анализи *(Прилог 4 - Рутинска дијагностика за евалуација на хипертензивни пациенти)*- ги интерпретира општ/семеен лекар
- Проценка на регулираноста на КП- општ/семеен лекар
- Проверка за можни несакани ефекти од пропишана антихипертензивна терапија- општ/семеен лекар
- Врз основа на рутинскиот преглед и резултатите од направените анализи, докторот може да направи ревизија на SCORE ризик
- Мотивација за редовно придржување кон терапијата и одржување на здрав животен стил- медицинска сестра

4. Критериуми за упатување на секундарно/терциерно ниво на ЗЗ на пациент со ХТА

Упатување до специјалист интернист/кардиолог/ нефролог на секундарно/терцијарно ниво кога:

- ТА>200/>120 mm Hg (итно упатување)
- ТА ≥140 или ≥ 90 mmHg кај лица < 40 год (за исклучување секундарна хипертензија)
- Резистенстна хипертензија ≥140/90 mmHg лекувана со ≥ 3 лекови
- Позната срцева болест, мозочен удар, ТИА, ДМ, бубрежна болест
- Нова градна болка, поинтензивна ангинозна болка или симптоми на транзиторна исхемична атака или мозочен удар
- Висцерализација на ниво на орган – срце, бубрези, мозок, периферна циркулаторна болест, око (на пр. Срце-ангина, КАБ, аритмии, срцева инсуфициенција)
- Новопојавени срцеви шумови
- Протеинурија
- Висок КВ/многу висок КВ ризик

Упатување до специјалист по офталмологија:

- Пациенти со сомневање за постоење на хипертензивно очно дно
- Пациенти со дијагностицирано хипертензивно очно дно зависно од стадиумот, не почесто од 1 годишно или по препорака назначена од ординирачкиот офталмолог