



**USAID** | УКРАЇНА

Посилення контролю  
за туберкульозом в Україні



**МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ ЛОКАЛЬНИХ  
МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЗАКЛАДАХ  
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Навчально-методичний посібник  
для керівників центрів первинної медичної  
допомоги, лікарів загальної практики – сімейних лікарів

2014

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
Державний експертний центр МОЗ  
Національна медична академія післядипломної освіти  
ім. П.Л. Шупика

**МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ ЛОКАЛЬНИХ МЕДИКО-  
ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЗАКЛАДАХ  
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Методичний посібник для керівників центрів первинної медичної  
допомоги, лікарів загальної практики-сімейних лікарів

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України  
як методичний посібник для керівників Центрів первинної медичної допомоги,  
лікарів загальної практики-сімейних лікарів

Київ 2014

**Рецензенти:**

Бабінець Лілія Степанівна, завідувач кафедри первинної медичної допомоги та сімейної медицини ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», д.мед.н., професор;

Кравченко Анатолій Миколайович, завідувач наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., доцент;

Лепшина Світлана Михайлівна, завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології Донецького національного медичного університету, к.м.н., доцент

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України як методичний посібник для керівників Центрів первинної медичної допомоги, лікарів загальної практики-сімейних лікарів

Авторський колектив:

Хобзей М.К., Донченко Т.М., Худошина О.В., Надутий К.О., Нетяженко В.З., Матюха Л.Ф., Нагорна О.О., Ліщишина О.М., Мігель О.В., Горох Є.Л., Шилкіна О.О., Мороз Г.З., Коваленко О.Є., Матвієць Л.Г., Процюк О.В., Оніщенко І.М., Чухрієнко Н.Д., Заремба Є.Х., Грицко Р.Ю., Власенко О.Б., Ковальова Г.Г., Сакальська О.П., Черенько С.О.

Методичні підходи до розробки локальних медико-технологічних документів в закладах первинної медичної / за ред. Хобзей М.К., Донченко Т.М., Худошина О.В., Надутий К.О. та інші – Київ: Наша родина плюс 2014-136с.

ISBN 978-966-2578-66-9

Питання методології написання сімейними лікарями локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини є важливим кроком у механізмі реалізації надання якісної, доступної та ефективної медичної допомоги відповідно до вимог медико-технологічних документів, затверджених МОЗ України.

Даний посібник підготовлено мультидисциплінарною командою фахівців для лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з метою покращення розуміння методології написання локальних протоколів медичної допомоги.

В посібнику представлені приклади (варіанти) написання локальних протоколів медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» та «Туберкульоз».

УДК  
ББК

© Державний експертний центр МОЗ 2014

© НМАПО ім.П.Л.Шупіка, 2014

© Оформлення ТОВ «Наша родина плюс» 2014

ISBN 978-966-2578-66-9

**ЗМІСТ**

I Вступ.....	5
1.1 Локальний протокол.....	5
1.2 Підстави для створення локального протоколу.....	5
1.3 Технологія розробки локального протоколу.....	5
II ЕТАПИ розробки локального клінічного протоколу.....	6
2.1 Формування робочої групи.....	6
2.2 Методи формування робочої групи.....	7
2.3 Методи прийняття рішень, що застосовуються впродовж створення ЛПМД.....	7
2.4 Навчання членів робочої групи з створення ЛПМД.....	7
2.5 Розробка ЛПМД.....	8
2.6 Навчання медичних працівників на етапах впровадження ЛПМД.....	9
III Структура та зміст ЛПМД.....	10
3.1 Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування та реабілітації, до дієтичних призначень та обмежень.....	10
3.2 Особливості отримання інформаційної згоди пацієнта при виконанні ЛПМД та додаткова інформація для пацієнта і членів його родини.....	11
3.3 Індикатори якості медичної допомоги.....	11
IV Моніторування ЛПМД.....	12
ПРИКЛАД № 1.....	13
ПРИКЛАД № 2.....	45
ПРИКЛАД № 3.....	76
ПРИКЛАД № 4.....	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	117
ЗМІСТ.....	3

Організацію надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), які є самостійними закладами охорони здоров'я; а також лікарі загальної практики - сімейні лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та перебувають з цими закладами у цивільно-правових відносинах.

Надзвичайно важливо, щоб кожний заклад ПМСД незалежно від форми власності, кожний лікар первинної ланки (зокрема приватний підприємець), мав власний покальний протокол ведення пацієнта з тією чи іншою медичною проблемою. Покальний протокол ґрунтується на Уніфікованому клінічному протоколі, затвердженому МОЗ України.

Наш посібник є керівництвом до розробки локальних протоколів робочою групою ЦПМСД (лікарями, акушерками, медичними сестрами). На прикладі найпоширенішого неінфекційного захворювання - артеріальної гіпертензії та туберкульозу як соціально значущої патології, подані зразки написання локальних протоколів.

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги

## **I ВСТУП**

### **1.1 Локальний протокол**

Організація ресурсів таким чином, щоб максимально ефективно та безпечно задовольняти потреби пацієнтів; проведення профілактики та лікування без зайвих затрат відповідно до рівня та сучасних можливостей науки – все це включає якісна медична допомога. В масштабах країни мультидисциплінарними робочими групами відповідно до сучасних наукових принципів, спираючись на засади доказової медицини та світовий досвід, розробляються медико-технологічні документи, що оптимізують медичну допомогу при певних нозологіях чи патологічних станах. Впровадження цих підходів на рівні медичного закладу здійснюється шляхом розробки та впровадження локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД)

ЛПМД – документ, спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги при певних захворюваннях та інших патологічних станах відповідно до положень клінічної настанови, стандарту та/чи УКПМД, забезпечує координацію та упорядкування за часовим графіком технологій та методів надання медичної допомоги багато- та міждисциплінарного змісту, регламентує ключові пункти реєстрації медичної інформації і ведення клінічного аудиту та затверджується керівником ЗОЗ. ЛПМД регламентує надання медичної допомоги не нижче рівня вимог УКПМД.

### **1.2 Підстави для створення локального протоколу**

ЛПМД створюється на підставі УКПМД, документу, що розробляється на основі клінічної настанови з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я, а за наявності стандарту медичної допомоги – відповідно до нього. УКПМД визначає процес надання медичної допомоги, обсяг та її результати при певному захворюванні, синдромі чи клінічній ситуації включаючи всі види медичної допомоги. УКПМД – це документ, яким закріплюється рівень якості, ефективності та доступності медичної допомоги при певній нозології чи патологічному стані.

УКПМД мають на меті забезпечення цілісності лікувально-діагностичного процесу, послідовності та взаємозв'язку в наданні медичної допомоги в різних медичних установах та не враховує, на відміну від ЛПМД, особливостей окремих медичних закладів (матеріально-технічні умови, організаційно-технологічні підходи до надання медичної допомоги тощо), що визначають шляхи реалізації встановлених норм надання медичної допомоги. Отже УКПМД поширюється на різні медичні заклади, кожен із яких повинен визначити, вимоги яких фрагментів УКПМД і якою мірою стосуються саме його діяльності. В той же час, обсяги медичної допомоги повинні бути узгоджені між закладами різного рівня таким чином, щоб жодна вимога УКПМД не була втрачена при написанні ЛПМД для ЗОЗ. Розмежування обсягів медичної допомоги проводиться колегіально таким чином, щоб кожен керівник ЗОЗ знав де закінчується компетенція його ЗОЗ і де починається компетенція іншого ЗОЗ. Таке розмежування регламентується ЛПМД.

### **1.3 Технологія розробки локального протоколу**

ЛПМД створюється безпосередньо в амбулаторії для організації виконання УКПМД, вирішення мультидисциплінарних завдань, налагодження ефективної взаємодії амбулаторії, визначення «клінічних маршрутів пацієнтів». Технологія розробки ЛПМД амбулаторії сформована із врахуванням існуючого вітчизняного та іноземного досвіду по створенню УКПМД, клінічних настанов, наукових публікацій та чинних нормативних документів, що визначають принципи управління якістю медичної допомоги.

## II. ЕТАПИ РОЗРОБКИ ЛОКАЛЬНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ

Розробка ЛПМД складається з:

- 1) формування робочої групи,
- 2) навчання персоналу,
- 3) створення тексту ЛПМД,
- 4) впровадження ЛПМД в діяльність амбулаторії та
- 5) оцінки ефективності його застосування за встановленим для кожного ЛПМД критеріям оцінки якості.

Робоча група з розробки ЛПМД призначається наказом керівника ЦПМСД, впродовж 3<sup>x</sup> місяців від дати розміщення УКПМД в Реєстрі медико-технологічних документів (<http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>).

Структура ЛПМД відповідає вимогам пунктів «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (УКПМД) на засадах доказової медицини», що затверджена наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р., у якій описану медичну допомогу відповідно до стандарту (УКПМД) адаптовано до можливостей певної амбулаторії, містити внутрішні інструкції для медичного персоналу. Зміни у внутрішній структурі основних частин ЛПМД здійснюються, якщо метод лікування відрізняється від методу, що описаний в УКПМД при цьому клінічні, клініко-економічні та інші аргументи щодо обґрунтування відмінностей наводяться в письмовому вигляді.

У ЛПМД детально викладається інформація щодо виконання обов'язкових заходів з зазначенням відділення, посади лікаря або середнього медичного персоналу, відповідального за захід або який виконує втручання, контактна інформація для термінового зв'язку, клінічних індикаторів якості медичної допомоги тощо.

При розробці ЛПМД враховуються ресурсні можливості амбулаторії. ЛПМД погоджується структурним підрозділом органу місцевого самоврядування, який за потреби забезпечує взаємодію амбулаторії з іншими ЗОЗ в обсязі і строках, визначених в УКПМД.

Поточний контроль за повнотою та адекватністю відображення УКПМД в ЛПМД здійснюється Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, міст Києва та Севастополя державних адміністрацій.

ЛПМД підлягає моніторингу щодо виконання, результативності, впливу на стан здоров'я пацієнтів, у тому числі з використанням інформаційних технологій.

Обробка персональних даних здійснюється відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Додатково до ЛПМД розробляється клінічний маршрут пацієнта, який містить алгоритм руху пацієнта по підрозділах амбулаторії, пунктах контактів з лікарями та іншим медичним персоналом в процесі надання медичної допомоги. Клінічний маршрут пацієнта розробляється в довільній формі, і є специфічним для відповідної амбулаторії.

### 2.1 Формування робочої групи

Для підготовки ЛПМД та координації робіт по його впровадженню створюється робоча група, яка складається з:

- керівника амбулаторії;
- лікарів;

- представників страхових компаній;
- інших осіб, на розсуд керівника амбулаторії.

В складі робочої групи визначаються заступник голови та секретар. Кількісний склад робочої групи може варіювати в залежності від потужності амбулаторії.

Робоча група несе відповідальність за створення ЛПМД, їх впровадження та моніторингування.

Діяльність робочої групи визначається «Методикою розробки та впровадження медичних стандартів (УКПМД) на засадах доказової медицини», що затверджена наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р.

Доцільно щоб всі види діяльності, пов'язані з управлінням якістю медичної допомоги, включаючи розробку ЛПМД, формулярних переліків та довідників, були об'єднані на рівні одного експертного органу (робочої групи) медичного закладу – експертного органу з управління якістю.

Поіменний склад робочої групи, відповідальних виконавців по кожному етапу та терміни розробки кожного протоколу затверджуються наказом керівника амбулаторії.

Кожне засідання робочої групи протоколюється. Пропозиції членів робочої групи та вся важлива інформація, що впливає на зміст заноситься до протоколу діяльності робочої групи. Після завершення розробки ЛПМД папка (файл) вноситься до архіву робочої групи.

## **2.2 Методи формування робочої групи**

Важливо, щоб члени робочої групи не призначалися, а обиралися на підставі будь-якої науково обґрунтованої методики. При створенні робочої групи з розробки ЛПМД необхідно використовувати формалізовані методи підбору експертів та оцінювання їх компетенції. Експерт робочої групи з розробки ЛПМД повинен володіти спеціальними навичками експертної оцінки, в зв'язку з чим доцільне навчання експертів до початку розробки ЛПМД.

## **2.3 Методи прийняття рішень, що застосовуються впродовж створення ЛПМД**

Організацію діяльності робочої групи слід здійснювати у відповідності до загальних принципів роботи в команді. Процес розробки та впровадження ЛПМД повинен бути описаний (формалізований), узгоджений та затверджений учасниками робочої групи.

Всі рішення впродовж розробки ЛПМД робоча група приймає на підставі згоди (консенсусу). Голосування не допускається.

Впродовж розробки ЛПМД експерти можуть використовувати елементи різних методик прийняття рішень.

## **2.4 Навчання членів робочої групи з створення ЛПМД**

До початку діяльності необхідно провести навчання членів робочої групи з наступних напрямків: система управління якістю в охороні здоров'я, загальні принципи розробки та впровадження УКПМД та ЛПМД, організація та методи експертної роботи впродовж розробки ЛПМД, використання формуляру лікарських засобів, основ доказової медицини, клініко-економічного аналізу, роль ЛПМД в системі управління якістю медичної допомоги, деякі питання економічного обґрунтування протоколів тощо. За необхідності проводиться додаткова підготовка членів робочої групи за медичною спеціальністю, що відповідає темі ЛПМД.



Навчання повинно бути організоване на територіальному рівні за розробленими за затвердженому у встановленому порядку програми тематичного удосконалення. За необхідності можливе направлення окремих спеціалістів на державний рівень.

Перш за все проводиться навчання осіб з лідерськими здібностями, які здатні навчати в майбутньому членів робочих груп з розробки ЛПМД на рівні амбулаторії.

## 2.5 Розробка ЛПМД

Розробка ЛПМД в робочій групі складається з наступних етапів:

- 1) вивчення УКПМД;
- 2) ситуаційний аналіз;
- 3) наповнення текстової та графічної частини ЛПМД;
- 4) формування плану впровадження ЛПМД.

Робоча група ознайомлюється зі змістом УКПМД та розробляє на його підставі ЛПМД амбулаторії.

Перед тим, як розробляти ЛПМД амбулаторії, робоча група має оцінити можливості амбулаторії щодо виконання вимог УКПМД – ситуаційний аналіз. При здійсненні ситуаційного аналізу слід звернути увагу на наступне:

- 1) демографічна та епідеміологічна ситуація в районі обслуговування амбулаторії (основні показники стану здоров'я населення, що визначають структуру звернень за медичною допомогою, допомагають обрати протоколи для першочергового впровадження);
- 2) чинні нормативні документи, що регламентують доступність медичних послуг та лікарських засобів в регіоні амбулаторії (стандарти, формуляри, перелік лікарських засобів для пільгового відпустку тощо);
- 3) забезпеченість кадрами та підготовка кадрів;
- 4) забезпечення медичною технікою та виробами медичного призначення;
- 5) наявність автоматизованих робочих місць та окремих програмних продуктів в амбулаторії;
- 6) особливості надання медичної допомоги в амбулаторії – потужність, навантаження, кількість та профіль підрозділів, необхідність співпраці з іншими амбулаторії для забезпечення цілісності лікувально-діагностичного процесу тощо.

Основною метою ситуаційного аналізу є визначення ступеня відповідності можливостей амбулаторії вимогам УКПМД, виявлення можливих перешкод реалізації основних вимог. На підставі результатів ситуаційного аналізу визначаються обсяги медичної допомоги, зазначені в УКПМД та план заходів щодо його впровадження.

Розроблений ЛПМД амбулаторії та план заходів щодо його впровадження вводяться в дію наказом керівника ЦПМСД у встановленому порядку.

Впровадження ЛПМД є формалізованою процедурою.

Розробка та затвердження плану впровадження клінічного протоколу включає визначення переліку необхідних заходів по забезпеченню можливостей дотримання його вимог, відповідальних за кожний захід, термінів та критеріїв оцінки досягнення результатів.

За умови відсутності в амбулаторії достатніх умов для виконання вимог УКПМД в плані необхідно передбачити перелік та черговість реалізації заходів, що дозволить забезпечити необхідні умови, наприклад: узгодження вимог протоколу з документами, що

регламентують доступність медичних послуг та лікарських засобів; узгодження обсягів медичної допомоги із платниками (страховими медичними організаціями); зміна штатного розпису; придбання необхідного обладнання; додаткове навчання персоналу.

За результатами може бути складений перелік необхідного медичного обладнання для реалізації вимог УКПМД.

Моніторинг впровадження ЛПМД доцільно покласти на робочу групу з розробки та впровадження ЛПМД.

З певною періодичністю (раз на місяць, квартал чи півріччя) робочій групі необхідно переглядати та уточнювати план заходів.

В амбулаторіях, в яких обсяги надання медичної допомоги відповідають вимогам УКПМД чи випереджають їх, основний перелік послуг та лікарських засобів за необхідності може бути розширеним за рахунок внесення до нього додаткових послуг. До ЛПМД можуть бути внесені також послуги, що не передбачені УКПМД, за умови наявності в клінічній настанові переконливих доказів їх ефективності та безпечності, з урахуванням економічної доцільності.

Слід брати до уваги, що ЛПМД має випереджальний характер, в ньому закладаються напрямки удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам.

Збільшити ефективність впровадження ЛПМД в амбулаторії можливо завдяки наступним заходам:

- 1) встановлення електронної версії ЛПМД в інформаційній системі амбулаторії;
- 2) розмноження таблиць, схем, алгоритмів, що полегшують сприйняття вимог ЛПМД (можуть бути використанні як наочний матеріал, що розміщений на стендах в приміщеннях амбулаторії, робочих столах тощо);
- 3) розробка механізмів стимулювання медичних робітників до виконання вимог ЛПМД тощо;
- 4) організація шкіл для пацієнтів.

## **2.6 Навчання медичних працівників на етапах впровадження ЛПМД**

Навчання медичних працівників є обов'язковою частиною процесу впровадження ЛПМД амбулаторії. Навчання проводиться за тими ж основними темами, що і навчання членів робочої групи з розробки та впровадження ЛПМД амбулаторії: система управління якістю в охороні здоров'я, загальні принципи розробки та впровадження УКПМД та ЛПМД, організація та методи експертної роботи впродовж розробки ЛПМД, використання формуляру лікарських засобів, основ доказової медицини, клініко-економічного аналізу, роль ЛПМД в системі управління якістю медичної допомоги, деякі питання економічного обґрунтування протоколів тощо.

Навчання організовується безпосередньо в організації із залученням членів робочої групи з розробки та впровадження ЛПМД.

За необхідності окремі спеціалісти направляються для проходження удосконалення в заклади післядипломної освіти.

З метою забезпечення безперервності освіти слід планувати проведення постійних заходів з проблем розробки та впровадження ЛПМД з розглядом результатів та проблем з їх впровадження: науково-практичних конференцій, клінічних розборів, шкіл тощо.

### III. СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ЛПМД

В амбулаторії використовують ті розділи УКПМД, що мають безпосереднє відношення до умов виконання медичної допомоги в даній амбулаторії.

ЛПМД має наступні розділи:

#### I. Паспортна частина:

- 1) діагноз,
- 2) код за МКХ-10,
- 3) дата складання,
- 4) дата перегляду,
- 5) список членів робочої групи з розробки ЛПМД,
- 6) список скорочень,
- 7) коротка епідеміологічна інформація – загальна поширеність патології, поширеність серед окремих груп населення, поширеність на території обслуговування ЗОЗ,
- 8) коротка епідемічна інформація – інформація про джерела захворювання, його поширення, сезонність тощо,
- 9) матеріально-технічне забезпечення.

#### II. Загальна частина:

- 1) перелік медичних послуг (в залежності від умов надання та функціонального призначення медичної допомоги).

#### III. Етапи діагностики і лікування:

- 1) вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування та реабілітації; до дієтичних призначень та обмежень,
- 2) особливості отримання інформованої згоди пацієнта при виконанні протоколу та додаткова інформація для пацієнта та членів його родини,
- 3) імовірні результати для кожного етапу діагностики та лікування,
- 4) індикатори якості медичної допомоги хворим, медична допомога яким здійснюється у відповідності до даного ЛПМД.

#### IV. Додатки.

### **3.1 Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування та реабілітації, до дієтичних призначень та обмежень**

В ЛПМД відмічаються рекомендації обмеження фізичних навантажень чи інших навантажень, додаткові навантаження, включаючи лікувальну фізкультуру, зміни способу життя, вимоги до дієтичних призначень, що можуть істотним чином відзначитися на перебігу захворювання та повинні бути рекомендовані пацієнту.

Вимоги до дієтичних призначень можуть включати посилання на затвержені в установленому порядку дієти та опис відповідних дієтичних призначень. У випадку відсутності спеціальних рекомендацій в цьому розділі повинно бути зазначено, що призначення та обмеження (додаткові рекомендації) режиму праці, відпочинку, лікування чи реабілітації, дієтичні призначення чи обмеження не передбачені.

### **3.2 Особливості отримання інформаційної згоди пацієнта при виконанні ЛПМД та додаткова інформація для пацієнта і членів його родини**

В цьому розділі має бути описана процедура отримання інформованої згоди пацієнта на ведення його відповідно до ЛПМД.

Процедура отримання інформованої згоди включає роз'яснення пацієнту в доступній для нього формі суті захворювання та його причин, патогенезу, інтерпретацію клінічних проявів, обговорення плану лікування та можливих побічних проявів впродовж лікування, можливих кінцевих результатів лікування.

Додаткова інформація для пацієнта включає інформацію щодо самолікування, інформацію для членів родини щодо догляду за пацієнтом, щодо особливостей його харчування, режиму, прийому медикаментів, в деяких випадках – щодо виконання більш складних процедур (наприклад, перитонеального діалізу тощо).

### **3.3 Індикатори якості медичної допомоги**

В кожному ЛПМД мають бути індикатори якості медичної допомоги – ті показники, через які можливо оцінювати якість медичної допомоги хворим, що була надана відповідно до цього ЛПМД.

Обираючи індикатори якості медичної допомоги, члени робочої групи мають орієнтуватися на УКПМД

Індикатори якості мають відповідати наступним критеріям:

- відображати найбільш важливі з медичної, соціальної та економічної точки зору елементи лікувально-діагностичного процесу та досягнутого результату;
- мати випереджальний (перспективний) по відношенню до нинішньої медичної практики характер;
- мати кількісне вираження (наприклад, відсоток пацієнтів, які отримали ту чи іншу послугу);
- можуть бути розраховані, спираючись на інформацію, що вноситься до медичної документації (медична карта амбулаторного хворого, статистичний талон тощо).

#### IV. МОНІТОРУВАННЯ ЛПМД

Моніторування ЛПМД включає систематичну оцінку ступеня виконання встановлених норм, виявлення причин відхилення, внесення змін (уточнень), оцінка ефективності та наслідків впровадження протоколу, а також планування та проведення заходів щодо безперервного управління якістю медичної допомоги спираючись на протокол.

Моніторування здійснюється в два етапи:

1-й етап: час впровадження протоколу – перший рік після затвердження та впровадження на рівні ЦПМСД.;

2-й етап: поточне моніторування – другий рік після впровадження і в подальшому систематично.

Завдання першого етапу – розробка та реалізація плану заходів щодо забезпечення дотримання вимог ЛПМД.

Завдання другого етапу – моніторування якості надання медичної допомоги з використанням індикаторів, зазначених в ЛПМД.

Завдання визначення ступеня дотримання норм протоколу може бути успішно реалізоване, якщо в медичній організації існує можливість вбудовування ЛПМД в автоматизовану інформаційну систему. При наявності в закладах систем, що містять інформацію про виконані послуги та призначені лікарські засоби, доцільно автоматизувати функцію визначення їх відповідності нормам протоколу та оцінки якості допомоги відповідно до визначених протоколом індикаторів з відображенням відхилень від узгоджених нормативних рівнів.

В такому випадку не вимагається додаткових зусиль для збирання інформації з дотримання норм протоколу; вона генерується автоматично та підлягає аналізу в певний час (раз в квартал, раз на рік, при наявності скарг з боку пацієнтів тощо).

У разі відсутності автоматизованих систем або недостатніх можливостей для їх розробки індикатори обчислюються вручну. Визначення ступеня дотримання норм протоколу на різних етапах його впровадження та дотримання проводиться вибіркового аналізу надання медичної допомоги. Процедура формування вибірки повинна бути описана, при цьому повинен використовуватися метод випадкового відбору, що забезпечить достовірність даних; наприклад: всі пацієнти з відповідним діагнозом, які звернулися за медичною допомогою до сімейного лікаря в певний день (тиждень, місяць в залежності від розповсюдження захворювання).

За результатами аналізу надаються пропозиції щодо актуалізації ЛПМД (за необхідності) та рекомендації з вдосконалення надання медичної допомоги в ЗОЗ.

**НАПИСАННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ  
ПРИКЛАД № 1**

**ПОГОДЖЕНО**

Керівник структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевої державної адміністрації:

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Головний лікар

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

**Центр первинної медико-санітарної допомоги  
Амбулаторія загальної практики**

\_\_\_\_\_ (Назва закладу охорони здоров'я)

**Локальний протокол  
Артеріальна гіпертензія**

**I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА****1.1 Діагноз: артеріальна гіпертензія****1.2 Код МКХ–10: I.10 – I.15****1.3 Дата складання: \_\_\_\_\_****1.4 Дата перегляду: \_\_\_\_\_****1.5 Наказ по ЗОЗ щодо розробки локального протоколу****1.6 Члени робочої групи з розробки ЛПМД:**

<b>П.І.Б.</b>	<b>ПОСАДА</b>

**1.7 Медико-технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол**

1. Наказ МОЗ від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».
2. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Артеріальна гіпертензія» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та екстреної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
4. Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

**СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

<b>АГ</b>	Артеріальна гіпертензія
<b>АК</b>	Антагоністи кальцію
<b>АЛТ</b>	Аланінамінотрансфераза
<b>АТ</b>	Артеріальний тиск
<b>ББ</b>	β-адреноблокатори
<b>БКК</b>	Блокатори кальцієвих каналів
<b>БРА</b>	Блокатори рецепторів ангіотензину II
<b>ГК</b>	Гіпертензивний криз
<b>ДАТ</b>	Діастолічний артеріальний тиск
<b>ЕКГ</b>	Електрокардіографія
<b>ЕМД</b>	Екстрена медична допомога
<b>ЕхоКГ</b>	Ехокардіографія
<b>ЗАК</b>	Загальний аналіз крові
<b>ЗОЗ</b>	Заклад охорони здоров'я
<b>ЗХС</b>	Загальний холестерин
<b>ІАПФ</b>	Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
<b>ІМТ</b>	Індекс маси тіла
<b>ІХС</b>	Ішемічна хвороба серця
<b>ЛФК</b>	Лікувальна фізкультура



<b>ОМ</b>	Органи-мішені
<b>САТ</b>	Систолічний артеріальний тиск
<b>ТД</b>	Тіазидний діуретик
<b>УЗД</b>	Ультразвукове дослідження
<b>УКПМД</b>	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
<b>ФР</b>	Фактор ризику
<b>ХС ЛПВЩ</b>	Холестерин ліпопротеїнів високої щільності
<b>ХХН</b>	Хронічна хвороба нирок
<b>ЦД</b>	Цукровий діабет
<b>ЧСС</b>	Частота серцевих скорочень
<b>ШКФ</b>	Швидкість клуб очкової фільтрації

**1.8 Коротка епідеміологічна інформація** по району обслуговування амбулаторії: *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Загальна поширеність патології, поширеність серед окремих груп населення (віково-статевих та ін., фактори ризику тощо).*

**1.9 Коротка епідемічна інформація:** *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Якщо є особливості саме серед вашої громади – можна внести і цю інформацію.*

#### **1.10 Матеріально-технічне забезпечення**

**Оснащення.** Тонometr з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, ногах та дитячих, фонендоскоп/стетодендоскоп, ваги медичні, ростомір, холестерометр та інше відповідно до Табелю оснащення.

#### **Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):**

1. Діуретики: Амilorид + Гідрохлортіазид, Гідрохлортіазид, Еплеренон, Індапамід, Спіронолактон, Торасемід, Триамтерен + Гідрохлортіазид, Фуросемід;
2.  $\beta$ -адреноблокатори: Атенолол, Атенолол + Хлорталідон + Ніфедипін Бетаксоллол, Біспролол, Біспролол + Гідрохлортіазид, Есмолол, Карведилол, Метопрололу тартрат, Метопрололу сукцинат, Небіволол, Пропранолол;
3. Антагоністи кальцію (блокатори кальцієвих каналів): Амлодипін, Амлодипін + Атенолол, Амлодипін + Аторвастатин, Амлодипін + Валсартан, Амлодипін + Гідрохлортіазид, Амлодипін + Лізиноприл, Амлодипін + Периндоприл, Верапаміл, Дилтіазем Лацидипін, Лерканідипін, Ніфедипін, Німодипін, Фелодипін;
4. Інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента: Еналаприл, Еналаприл + Індапамід, Еналаприл + Гідрохлортіазид, Еналаприл + Нітрендипін, Зофеноприл, Каптоприл, Каптоприл + Гідрохлортіазид, Квінаприл, Лізиноприл, Лізиноприл + Гідрохлортіазид, Моексиприл, Периндоприл, Периндоприл + Індапамід, Раміприл, Раміприл + Гідрохлортіазид, Спіраприл, Трандолаприл, Трандолаприл + Верапаміл, Фозиноприл;
5. Блокатори рецепторів ангіотензину II: Кандесартан, Лозартан, Лозартан+ Гідрохлортіазид, Олмесартан, Ірбесартан, Епросартан, Телмісартан, Валсартан, Валсартан + Гідрохлортіазид, Кандесартан + Гідрохлортіазид, Телмісартан + Гідрохлортіазид;
6. Антигіпертензивні лікарські засоби центральної дії: Гуанфацин, Клонідин, Метилдопа, Моксонідин, Раунатин, Резерпін + Дигідралізін + Гідрохлортіазид;
7. Антиадренергічні засоби, гангліоблокатори: Гексаметоній;
8. Інгібітори ренину: Аліскірен;
9.  $\alpha$ -адреноблокатори: Доксазозин, Празозин, Урапідил;

10. Інгібітори редуктази 3-гідрокси-3-метілглутарил-коензим А (ГМГ-КоА) (статины): Аторвастатин, Аторвастатин + Езетиміб, Ловастатин, Правастатин, Розувастатин, Симвастатин, Флувастатин;
11. Препарати ацетилсаліцилової кислоти: Ацетилсаліцилова кислота;
12. Вазодилататори: Бендазол;
13. Нітрати: Нітрогліцерин.

## II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

### 2.1 Організація надання медичної допомоги

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_ :

- має чинний локальний протокол «Артеріальна гіпертензія»;
- надає інформацію пацієнту про стан його здоров'я з рекомендаціями щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу захворювання в усній формі.
- володіє методикою вимірювання артеріального тиску (*Додаток 5*);
- вміє обчислювати клінічні індикатори якості медичної допомоги; контролює правильність обчислення індикаторів якості медичної допомоги медсестрою (див. 3.7);
- проводить диспансерний нагляд за пацієнтами з артеріальною гіпертензією з високим і дуже високим ризиком, заповнює форму № 30/о (Контрольна карта диспансерного нагляду) на цю категорію пацієнтів.

Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_ :

- веде список пацієнтів з АГ для проведення диспансерного нагляду. Список включає наступну інформацію: ПІБ, дату народження (у форматі дд.мм.рррр), адресу реєстрації та проживання, контактний телефон, діагноз відповідно до останнього формулювання, примітки (додаткова інформація);
- раз на рік надає пацієнту «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією» (*Додаток 4*) про що робить в медичній документації запис.
- володіє методикою вимірювання артеріального тиску (*Додаток 5*);
- за призначенням лікаря вимірює АТ пацієнтам на прийомі;
- обчислює індикатори якості медичної допомоги (див. 3.7);
- викликає на огляд пацієнтів з диспансерної групи за вказівкою лікаря.

Таблиця 1

#### Координати спеціалістів

Спеціаліст	ПІБ	Адреса	Години прийому	Примітки
Ендокринолог				
Кардіоревматолог				
Невролог				
Нефролог				
Офтальмолог				
Терапевт				

Таблиця 2

#### Координати ключових пунктів надання медичної допомоги

Назва центру	Адреса, телефон	Години прийому	Примітки
Біохімічна лабораторія			
Відділення патології вагітних			
Відділення інтенсивної терапії			

Назва центру	Адреса, телефон	Години прийому	Примітки
Кабінет ендоскопічний			
Кабінет ЕхоКГ			
Кабінет ЕКГ			
Кабінет ЛФК			
Кабінет УЗД-діагностики			
Клінічна лабораторія			
Маніпуляційний кабінет			
Невідкладна допомога			
Районна лікарня			
Рентгенкабінет			
Стационар			
Фізикабінет			

## 2.2 Первинна профілактика

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_ :

- вимірює АТ всім пацієнтам; (Додаток 5);
- виявляє фактори ризику (Додаток 3);
- проводить стратифікацію ризику для оцінювання прогнозу (Додаток 2);
- надає інформацію щодо дотримання здорового способу життя (рекомендує не палити, обмежувати вживання алкоголю в межах трьох доз на добу для чоловіків та двох доз на добу для жінок (одна доза становить 10 мл чистого етанолу), нормалізувати вагу тіла (ІМТ в межах 18,5 – 24,9 кг/м<sup>2</sup>, щоденне фізичне навантаження протягом 30 – 45 хв на добу до збільшення ЧСС за умови комфортного самопочуття тощо);
- рекомендує своєчасно (для кожного пацієнта лікар визначає терміни) визначати лабораторні показники: рівень ЗХС, тригліцеридів, ХС ЛПНЩ;
- розглядає питання доцільності призначення фармакологічної корекції статинами гіперхолестеринемії пацієнтам, які мають високий та дуже високий серцево-судинний ризик та порушення обміну холестерину, що не піддається немедикаментозній корекції;
- всім пацієнтам не менше ніж раз на рік оцінює обхват талії (для жінок – менше 88 см, для чоловіків – менше 102 см) та ІМТ;
- пацієнтів з надлишковою вагою (при потребі) направляє до ендокринолога (ПІБ, посада, адреса, кабінет).

Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_ :

- вимірює АТ пацієнтам за вказівкою лікаря;
- надає інформацію щодо дотримання здорового способу життя (рекомендує не палити, обмежувати вживання алкоголю, нормалізувати вагу тіла тощо);
- вимірює пацієнтам за вказівкою лікаря вагу тіла, зріст та обхват талії.

## 2.3 Діагностика

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_ :

- збирає анамнез;

- вимірює АТ пацієнтам з АГ при кожному зверненні;
- проводить фізикальне обстеження;
- оцінює неврологічний статус;
- проводить офтальмоскопію пацієнтам із систолічним тиском вище за 160 мм рт.ст.;
- направляє на лабораторні обстеження, проводить оцінку (інтерпретацію) лабораторних обстежень;

Таблиця 3

## Місця проведення лабораторних обстежень

Вид обстеження	Місце проведення	Примітка
АЛТ		
Глюкоза крові	В каб. № _____	
ЗАК	В каб. № _____	
ЗАС	В каб. № _____	
ЗХ		
Креатинін		Проводиться всім пацієнтам при первинному зверненні
Мікроальбумінурія		
Тригліцериди		

- направляє на інструментальні методи обстеження, проводить оцінку (інтерпретацію) даних;
- проводить стратифікацію ризику для оцінювання прогнозу (Додаток 2);
- направляє на обстеження до закладів вторинного рівня пацієнтів з вторинною артеріальною гіпертензією, рефрактерною АГ, АГ у пацієнтів молодого віку (до 40 років), вагітних з АГ;
- обчислює швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Гаулта:

$$\text{ШКФ}(\text{мл} / \text{хв} / 1,73\text{м}^2) = \frac{[140 - \text{вік}(\text{в роках})] \times t(\text{в кг}) \times 0,85(\text{для жінок})}{\text{Креатинін}(\text{мкмоль} / \text{л}) \times 0,81}$$

- проводить диференційну діагностику;
- виставляє діагноз.

Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_ :

- виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря;
- щодня о \_\_\_\_\_ годині забирає результати аналізів;
- щодня інформує лікаря про зміни (якщо вони є) в роботі ключових пунктів надання медичної допомоги.

## 2.4 Лікування

Мета лікування пацієнта з АГ – досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок:

- досягнення та підтримання цільового рівня АТ менше 140/90 мм рт.ст. (у пацієнтів з ЦД, хронічною хворобою нирок цільовий АТ становить 130/80 мм рт.ст.);
- модифікації ФР, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_ :

- роз'яснює пацієнту особливості подальшого розвитку хвороби, надавати рекомендації щодо зміни способу життя, харчування, фізичної активності;
- навчає пацієнта вимірювати АТ в домашніх умовах; рекомендувати вести щоденник самоконтролю АТ;
- складає план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта; узгоджувати з пацієнтом схему та режим прийому лікарських засобів;
- проводить корекцію наявних ФР та модифікацію способу життя;
- рекомендує дотримуватися дієти з обмеженням споживання кухонної солі, солодощів, насичених жирів та збільшенням вживання фруктів та овочів (Додаток 3).
- заохочує пацієнтів до самоконтролю АТ та інших ФР;
- тестує пацієнтів на наявність тривожних/депресивних розладів відповідно до чинних медико-технологічних документів;
- для лікування АГ використовує антигіпертензивні лікарські засоби з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (лікарські засоби I ряду: діуретики, ІАПФ, БРА, АК(БКК), ББ) як у монотерапії, так і у комбінаціях. При неможливості нормалізації АТ за допомогою комбінації антигіпертензивних лікарських засобів I ряду додатково призначає антигіпертензивні лікарські засоби II ряду ( $\alpha$ -адреноблокатори, лікарські засоби центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії);
- призначає планові візити пацієнта до лікаря з інтервалом у 2 – 3 тижні до досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії з метою оцінки переносимості, ефективності і безпеки лікування, а також – контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводяться;
- всім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов'язково додатково призначає (при відсутності протипоказань) статини у стандартних дозах;
- пацієнтам з встановленим діагнозом серцево-судинного захворювання за відсутності протипоказань після досягнення ефективного контролю АТ (рівень АТ менше 140/90 мм рт.ст.) додатково призначає ацетилсаліцилову кислоту в дозі 75 – 100 мг;
- здійснює медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, ЦД тощо) відповідно до чинних медико-технологічних документів;
- при недосягненні цільового АТ перевіряє, чи правильно пацієнт зрозумів як слід приймати лікарські засоби і у яких дозах; при необхідності проводить корекцію лікування;
- при неефективності медикаментозної терапії (за умови призначення антигіпертензивних лікарських засобів в адекватних дозах) направляє пацієнта до терапевта;
- лікує неускладнені ГК в амбулаторних умовах та здійснює моніторинг стану пацієнта. При неможливості моніторингу та/або розвитку ускладненого ГК пацієнта направляє в \_\_\_\_\_.

**Медична сестра ШБ \_\_\_\_\_ :**

- роз'яснює пацієнту особливості подальшого розвитку хвороби, надавати рекомендації щодо зміни способу життя, харчування, фізичної активності;
- рекомендує дотримуватися дієти з обмеженням споживання кухонної солі, солодощів, насичених жирів та збільшенням вживання фруктів та овочів (Додаток 4);
- заохочує пацієнтів до самоконтролю АТ та інших ФР.

## 2.5 Диспансерний нагляд

Диспансерний нагляд проводиться за всіма пацієнтами з АГ для профілактики розвитку ускладнень.

**Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:**

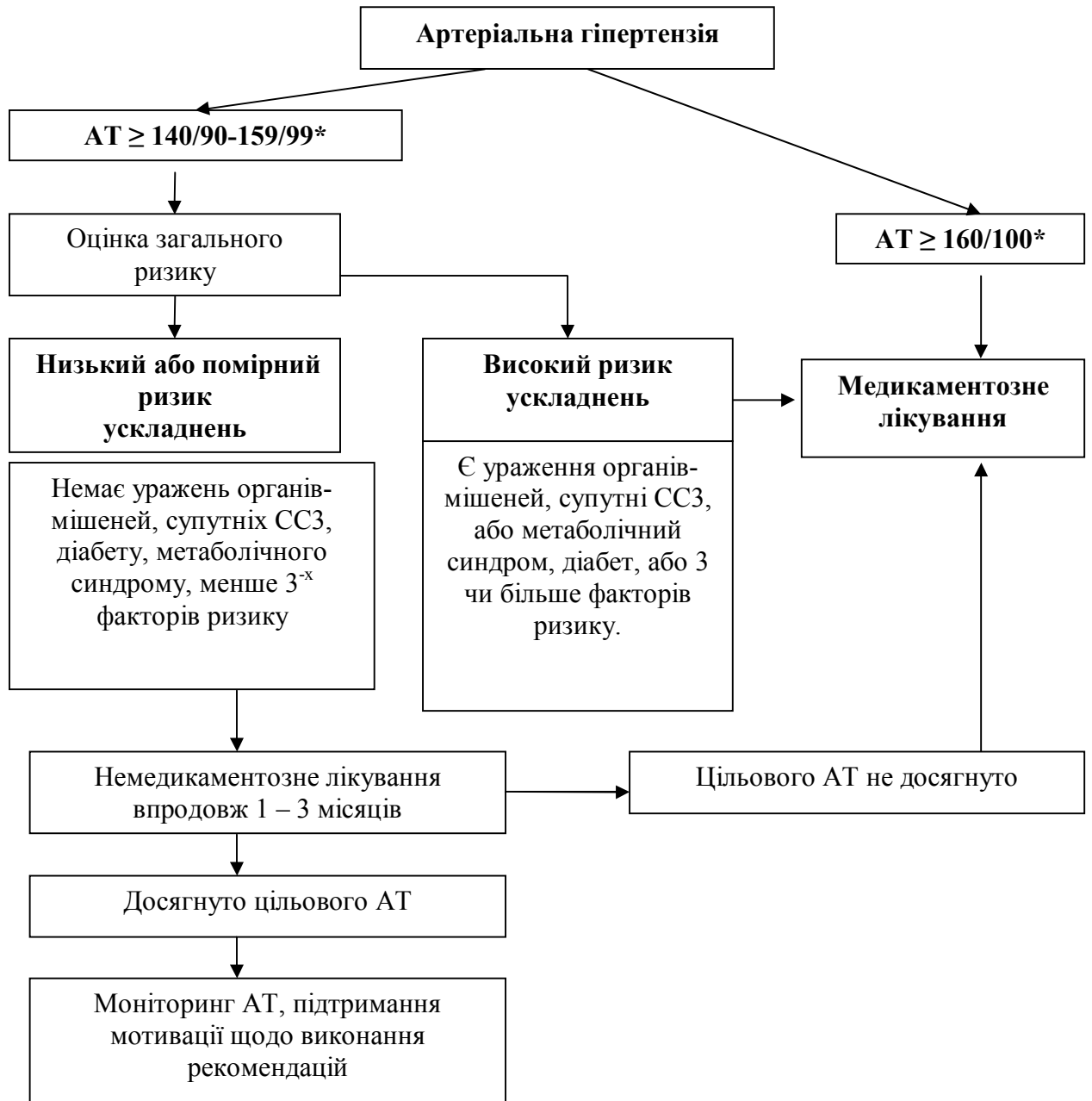
- здійснює регулярне лікарське спостереження:
  - призначає планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки переносимості, ефективності і безпеки лікування. Контроль виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводить з інтервалом у 2 – 3 тижні (до досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії);
  - після досягнення цільового рівня АТ інтервал між плановими візитами становить: для пацієнтів із середнім та низьким ризиком, які регулярно вимірюють АТ вдома – 6 місяців; для пацієнтів з високим і дуже високим ризиком, тим, кому призначено лише немедикаментозне лікування, особам з низькою прихильністю до лікування – не більше 3<sup>х</sup> місяців;
- здійснює моніторинг рівня АТ та ФР;
- контролює виконання рекомендацій лікаря, мотивує та корегує рекомендації та призначення;
- 1 раз на рік, за умови відсутності спеціальних показань, направляє на лабораторні (ЗАК, ЗАС, ЗХС) та інструментальні (ЕКГ) обстеження. Оцінює дані обстежень.
- направляє пацієнта в діагностичний центр \_\_\_\_\_ (у разі розвитку ускладнень, відсутності корекції АТ та інших ФР; при необхідності проведення обстежень, що не можуть бути виконані в амбулаторії);
- направляє пацієнтів з АГ на санаторно-курортне лікування в профільні місцеві санаторії \_\_\_\_\_

**Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_:**

- заповнює контрольні карти диспансерного нагляду;
- веде картотеку контрольних карт диспансерного нагляду (форма № 030/о);
- відповідно до призначень лікаря запрошує пацієнтів на прийом; запрошує за три доби до рекомендованого огляду;
- заповнює довідки для одержання путівки (форма № 070/о) на санаторно-курортне лікування за призначенням лікаря;
- заповнює санаторно-курортні карти (Форма № 072/о);
- виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря.

### III. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

#### 3.1 Тактика лікаря при виявленні артеріальної гіпертензії



\* Якщо САТ і ДАТ потрапляють у різні підгрупи – хворого відносять до більш тяжкої підгрупи



Таблиця 4

**Показання до направлення на консультацію до спеціалістів/госпіталізація**

Клінічна ситуація	Консультація/ госпіталізація
<b>Необхідність термінової допомоги:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ускладнений ГК: інфаркт міокарда, інсульт, гостре розшарування аневризми аорти, гостра недостатність лівого шлуночка, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизми тахікардії, фібриляції та тріпотіння пересердь шлуночкові екстрасистолія високих градацій), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (в т.ч. носова);</li> <li>- Неускладнений ГК при неможливості моніторингу стану пацієнта;</li> <li>- Злоякісна гіпертензія (висока гіпертензія з ознаками тяжкої ретинопатії: геморагії, ексудат, набряк диску зорового нерва).</li> </ul>	Госпіталізація
<b>Особливі ситуації</b>	
- Надмірна варіабельність АТ, підозра на наявність епізодів гіпотензії.	Терапевт, кардіолог
- Гіпертензія вагітних.	Терапевт, кардіолог, акушер-гінеколог
<b>Терапевтичні проблеми</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Непереносимість лікарських засобів;</li> <li>- Протипоказання до лікарських засобів;</li> <li>- Резистентність до лікарських засобів.</li> </ul>	Терапевт, кардіолог
<b>Ознаки можливої вторинної гіпертензії</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Молодий вік пацієнта: будь-яка гіпертензія у пацієнта до 20 років; гіпертензія, що потребує медикаментозного лікування у пацієнта до 30 років;</li> <li>- Раптовий початок гіпертензії або погіршення її перебігу.</li> <li>- Резистентна та злоякісна АГ</li> </ul>	Терапевт, кардіолог, нефролог, уролог, серцево-судинний хірург, ендокринолог
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Підвищення рівня креатиніну;</li> <li>- Наявність протеїнурії та/або гематурії.</li> </ul>	Нефролог/уролог

### 3.2 Надання медичної допомоги вагітним з артеріальною гіпертензією

При виявленні АГ вагітна направляється на консультацію до \_\_\_\_\_. Подальше ведення вагітної здійснюється акушер-гінекологом \_\_\_\_\_ до моменту нормалізації АТ, або до пологів.

При виникненні ускладнень вагітності, порушень стану плода вагітна направляється на госпіталізацію в \_\_\_\_\_.

### 3.3 Схема медикаментозного лікування

В лікуванні артеріальної гіпертензії використовуються лікарські засоби, що входять до «Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів».

#### 3.3.1 Вибір стратегії лікування

- Пацієнти з АГ потребують щоденного лікування впродовж всього життя.
- Рішення про вибір стратегії лікування залежить від рівня систолічного та діастолічного АТ у пацієнта та сумарного серцево-судинного ризику.
- Всім пацієнтам рекомендуються заходи немедикаментозної корекції: відмову від тютюнопаління, раціональне харчування, обмеження вживання солі та алкоголю, підтримання оптимальної маси тіла, достатній рівень фізичного навантаження тощо.
- Медикаментозне лікування призначається всім пацієнтам зі стабільно підвищеним АТ починаючи з рівня 160/100 мм рт.ст.
- Медикаментозне лікування призначається пацієнтам при рівні АТ менше 160/100 мм. рт.ст (АГ I ступеня), але з високим і дуже високим ризиком.
- Пацієнтам з АГ I ступеня (АТ менше 160/100 мм рт.ст.) з низьким та помірним ризиком лікування починається з призначення заходів немедикаментозної корекції. При їх неефективності – відсутності досягнення цільового рівня АТ упродовж декількох тижнів – заходи немедикаментозної корекції доповнюються призначенням лікарських засобів.
- Для стартової та підтримуючої антигіпертензивної терапії застосовуються ТД в низьких дозах, АК (БКК), ІАПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину і  $\beta$ -блокатори (антигіпертензивні лікарські засоби I ряду).
- Пацієнтам, у яких рівень АТ перевищує 160/100 мм рт.ст., та пацієнтам з більш низьким рівнем АТ за наявності високого і дуже високого ризику, лікування в більшості випадків починається з комбінованої антигіпертензивної терапії.
- При неефективності двокомпонентної антигіпертензивної терапії додається 3<sup>й</sup> лікарський засіб. Один з лікарських засобів у комбінації має бути діуретиком.
- При виборі лікарського засобу чи комбінації лікарських засобів враховується попередній досвід застосування у пацієнта лікарського засобу даного класу, ураження органів-мішеней, наявність клінічних проявів серцево-судинних захворювань, ураження нирок чи цукровий діабет, можливість взаємодії з лікарськими засобами, що використовуються для лікування супутньої патології у пацієнта, побічну дію лікарських засобів, вартість лікарських засобів.
- Надається перевагу лікарським засобам, антигіпертензивний ефект яких триває більше 24 годин при прийомі 1 раз на добу.

- У пацієнтів з АГ I ступеня і з низьким чи помірним сумарним серцево-судинним ризиком антигіпертензивна терапію починається з монотерапії, чи з комбінації 2<sup>x</sup> антигіпертензивних лікарських засобів I ряду у низьких дозах.
- Призначається комбінації антигіпертензивних лікарських засобів з доведеною ефективністю (див. Табл. 5).
- При відсутності нормалізації АГ на фоні терапії трьома лікарськими засобами з'ясовується чи пацієнт приймає призначене лікування. При неефективності терапії трьома антигіпертензивними засобами різних груп пацієнта направляється на консультацію до кардіолога \_\_\_\_\_.
- По можливості призначаються фіксовані комбінації лікарських засобів, що допомагає спростити режим лікування і посилити прихильність пацієнта.
- При недостатній ефективності або неможливості застосування антигіпертензивних лікарських засобів I ряду в складі комбінованої терапії використовуються антигіпертензивні лікарські засоби II ряду ( $\alpha$ -1-адреноблокатори, петльові діуретики, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії, центральні  $\alpha$ -2-агоністи та селективні агоністи імідазолінових рецепторів).

**Таблиця 5**

**Комбінації антигіпертензивних лікарських засобів з доведеною ефективністю**

№ пор.	Комбінації лікарських засобів
1	ТД+ІАПФ
2	ТД+БРА
3	АК(БКК)+ІАПФ
4	АК(БКК)+БРА
5	ІАПФ (БРА)+АК(БКК)+ТД

**Таблиця 6**

**Лікарські засоби для лікування АГ в залежності від клінічної ситуації**

Ураження органів мішеней	
Гіпертрофія лівого шлуночка	БРА, ІАПФ, АК(БКК)
Початкові ознаки атеросклерозу	АК(БКК), ІАПФ
Ураження нирок, а саме:	
мікроальбумінурія	ІАПФ, БРА
дисфункція нирок	ІАПФ, БРА
ХХН/протеїнурія	ІАПФ, БРА, петльові діуретики
Асоційовані клінічні стани	
Перенесений інсульт	Будь-які антигіпертензивні лікарські засоби
Перенесений інфаркт міокарда	ББ, ІАПФ, БРА
ІХС, Стенокардія	ББ, АК (БКК)
Хронічна серцева недостатність	Діуретики, ББ, ІАПФ, БРА, антагоністи альдостерона
Фібриляція передсердь пароксизмальна	ІАПФ, БРА
Фібриляція передсердь постійна	ББ, недігідропіридинові АК(БКК)
ХХН/протеїнурія	ІАПФ, БРА, петльові діуретики
Захворювання периферичних артерій	АК(БКК)
Особливі клінічні ситуації	

<b>Ураження органів мішеней</b>	
Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія (вік 60 років і старше)	АК(БКК), діуретики
Артеріальна гіпертензія у осіб віком 60 років і старше	БРА, АК(БКК), діуретики
Метаболічний синдром	БРА, ІАПФ, АК
Цукровий діабет	БРА, ІАПФ
Вагітність	АК (БКК), метилдопа, ББ

Таблиця 7

### Протипоказання до призначення різних груп антигіпертензивних лікарських засобів

<b>Клас антигіпертензивних лікарських засобів</b>	<b>Абсолютні протипоказання</b>	<b>Відносні протипоказання</b>
ТД	Подагра	Метаболічний синдром, порушення тесту толерантності до глюкози (у високих дозах), вагітність
ББ	Атріовентрикулярна блокада 2 – 3 ступеня, брадикардія (ЧСС<55), бронхіальна астма	Захворювання периферичних артерій, метаболічний синдром, порушення толерантності до глюкози, спортсмени і фізично активні пацієнти, ХОЗЛ
АК (БКК) дигідропіридинові		Тахіаритмії, хронічна серцева недостатність
АК (БКК) недигідропіридинові	Атріовентрикулярна блокада 2 – 3 ступеня, брадикардія (ЧСС<55), хронічна серцева недостатність	
ІАПФ	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній стеноз ниркових артерій, ангіоневротичний набряк в анамнезі	Хронічний кашель
БРА	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній стеноз ниркових артерій	Обструкція жовчних шляхів, тяжкі порушення функції печінки, холестаза

#### 3.3.2 Призначення статинів

1. При відсутності протипоказань призначення статинів є обов'язковим для пацієнтів з АГ, встановленим серцево-судинним захворюванням, цукровим діабетом, високим та дуже високим серцево-судинним ризиком.
2. При призначенні статинів проводиться контроль рівня ЗХС та АЛТ через 3 – 4 тижні від початку прийому та після кожного підвищення дози. У разі перевищення верхньої межі активності АЛТ в три рази статини відміняються;
3. При появі скарг на слабкість та/або біль у м'язах – статини відміняються та визначається рівень креатинфосфокінази в крові.

4. Цільові рівні ЗХС та ХС ЛПНЩ у пацієнтів групи високого ризику, становлять менше 4,5 ммоль/л та менше 2,5 ммоль/л відповідно.

### 3.4 Гіпертензивний криз (ГК)

ГК – це раптове значне підвищення АТ від базового рівня (нормального або підвищеного), яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи. ГК, як ускладнені, так і неускладнені потребують надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів мішеней.

**Таблиця 8**

### Тактика лікування ГК

Гіпертензивний криз		
	Неускладнений	Ускладнений
Дії лікаря	Відсутні ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней. Можливі клінічні симптоми: головний біль; кардіалгія; екстрасистолія; розлади вегетативної нервової системи (тривожність, тремтіння, часте сечовиділення)	Ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней: інфаркт міокарда, інсульт, гостра недостатність лівого шлуночка, гостре розшарування аневризми, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизмальна тахікардія, фібриляція передсердь), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (в т.ч. післяопераційна, носова)
	Амбулаторне лікування. Зниження АТ впродовж кількох годин орієнтовно на 25 % впродовж першої години або до 160/100 мм рт.ст. Перевага надається антигіпертензивних лікарських засобам для перорального прийому	Термінова госпіталізація до відділення інтенсивної терапії. Зниження АТ впродовж години. Внутрішньовенне введення лікарських засобів

#### 3.4.1 Дії сімейного лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтам з неускладненим ГК

Основне завдання – попередити розвиток ускладнень.

1. Моніторинг АТ.
2. Заспокоєння пацієнта і пояснення тактики лікування (за необхідності призначити седативні лікарські засоби).
3. Проведення оцінки клінічного стану, в тому числі, ризику виникнення ускладнень, що загрожують життю, з'ясування коли останній раз пацієнт приймав планові антигіпертензивні лікарські засоби.
4. Надання сублінгвально чи перорально антигіпертензивних лікарських засобів для лікування неускладнених кризів.

Лікар обирає лікарські засоби чи комбінацію лікарських засобів, орієнтуючись на стан пацієнта (вік, рівень АТ, ЧСС, наявність вегетативних розладів та супутньої патології), положення даного протоколу та досвід пацієнта щодо використання антигіпертензивних

лікарських засобів. Зниження АТ при неускладненому ГК проводиться впродовж годин/доби. АТ потрібно знизити до відносно безпечного рівня, швидкість зниження середнього АТ повинна становити не більше ніж 25 % впродовж першої години. Для того, щоб уникнути надмірного зниження АТ, рекомендується починати лікування з низьких доз антигіпертензивних лікарських засобів, при необхідності повторити їх прийом через 1 – 2 години. Особливо обережно потрібно підходити до зниження АТ у пацієнтів з ознаками вираженого атеросклерозу, зокрема, пацієнтів старечого віку. У цієї категорії пацієнтів призначення АК(БКК) короткої дії (ніфедипіну) може призвести до розвитку нападу стенокардії внаслідок швидкої та вираженої гіпотензивної дії лікарського засобу та розвитку синдрому обкрадання. При необхідності призначення ніфедипіну його доцільно призначати у  $\frac{1}{2}$  –  $\frac{1}{3}$  стандартної дози в комбінації з пропранололом (при відсутності протипоказань).

5. Узгодження з пацієнтом дози і часу наступного прийому планових антигіпертензивних лікарських засобів, щоб попередити підвищення АТ. У разі необхідності провести корекцію планової терапії.

6. При потребі проведення необхідних інструментальних, лабораторних обстежень: ЕКГ, офтальмоскопія тощо – для виявлення потенційно небезпечного ураження органів-мішеней та можливої причини кризового перебігу АГ.

7. При неможливості забезпечення моніторингу АТ та клінічних симптомів, пацієнт з ГК підлягає госпіталізації.

Найбільш часті проблеми при наданні медичної допомоги пацієнтам з ГК – пізня діагностика, неналежна оцінка симптомів, невчасне (занадто пізно) призначення терапії, що не дозволило уникнути ураження органів-мішеней, неправильний вибір лікарського засобу, неналежний моніторинг АТ та інших клінічних симптомів, занадто швидке зниження АТ, що призвело до порушення перфузії внутрішніх органів.

Таблиця 9

## Лікарські засоби для лікування неускладнених ГК

Лікарський засіб	Доза та спосіб введення	Час дії	Побічні ефекти
Каптоприл	25 мг під язик або перорально, при необхідності – повторити через 90 – 120 хв до 100 мг каптоприлу	Початок дії – 15 – 30 хв, максимум – 30 – 90 хв, тривалість – 4 – 6 годин	Гіпотензія у пацієнтів з ренін-залежною гіпертензією
Ніфедипін (таблетки/краплі) (+пропранолол 20 мг для попередження рефлекторної тахікардії)	5 – 10 мг під язик/ 5 крапель	Початок дії – 15 – 30 хв Тривалість – до 6 годин	Головний біль, тахікардія, почервоніння обличчя
Клонідин	0,075 – 0,3 мг перорально	30 – 60 хв	Сухість в роті, сонливість. Протипоказаний при атріовентрикулярній блокаді

Лікарський засіб	Доза та спосіб введення	Час дії	Побічні ефекти
Пропранолол	20 – 40 мг сублінгвально	15 – 30 хв, тривалість – до 6 годин	Брадикардія, бронхообструкція
Фуросемід	40 мг перорально	30 – 60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Торасемід	10 – 20 мг перорально	30 – 60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Бендазол 1 % розчин	3 – 5 мл внутрішньовенно 4 – 8 мл внутрішньо- м'язово	10 – 30 хв	Більш ефективний у комбінації з іншими антигіпертензивними засобами

### 3.4.2 Диференційований підхід до лікування ускладненого ГК

Гіпертонічний криз може ускладнюватися наступними станами:

- гостра гіпертензивна енцефалопатія;
- гострий ішемічний інсульт;
- геморагічний інсульт;
- субарахноїдальна кровотеча;
- гострий коронарний синдром;
- гостра лівошлуночкова недостатність;
- розшарування аорти;
- інтра- та постопераційна гіпертензія;
- еклампсія;
- гіперсимпатикотонія тощо.

Основна терапія даних станів здійснюється відповідно до медико-технологічних документів за відповідними темами.

### 3.4.3 Госпіталізація при ГК



При необхідності термінової госпіталізації **сімейним лікарем** невідкладно викликається служба ЕМД (тел.. 103); сімейний лікар до прибуття бригади ЕМД на місце виклику знаходиться поруч з пацієнтом. Транспортування пацієнта у важкому стані проводиться з попереднім інформуванням ЗОЗ, що приймає пацієнта.

### 3.5 Діагностика та лікування рефрактерної АГ

**Рефрактерною** вважають артеріальну гіпертензію, якщо за умови призначення трьох або більше антигіпертензивних лікарських засобів у адекватних дозах (один з яких обов'язково є діуретик) не вдається досягнути цільового рівня АГ; АГ, що визначений на прийомі у лікаря, цільовий, але пацієнт приймає  $\geq 4$  антигіпертензивних засобів.

Розрізняють істинно резистентну і псевдорезистентну АГ. Тільки у 5–10% пацієнтів, у яких АГ не вдається адекватно контролювати, гіпертензія є дійсно резистентною. У більшості випадків можна досягти ефективного зниження АГ за умови виключення причини псевдо резистентності. Найбільш поширеною причиною резистентної гіпертензії є низька прихильність пацієнтів до лікування і нераціональний режим призначення ліків.

Причиною істинної резистентності АГ часто є вторинна гіпертензія. Найчастіше нерозпізнаними залишаються реноваскулярна гіпертензія та АГ, що зумовлена гіперальдостеронізмом. Тактика лікування резистентної АГ передбачає призначення раціональної комбінації 3–5 антигіпертензивних лікарських засобів різних класів в адекватних (інколи максимальних) дозах. Одним з них обов'язково повинен бути діуретик. Перевагу мають лікарські засоби тривалої дії, які можна призначати 1–2 рази на добу, що підвищує прихильність хворих до лікування.

### 3.6 Диспансерне спостереження

Диспансерний нагляд проводиться за всіма пацієнтами з АГ для профілактики розвитку ускладнень.



### **3.7 Індикатори якості медичної допомоги**

*Інформацію щодо індикаторів та їхнього обчислення навести з розділу «А 5. Клінічні індикатори» УКПМД «Артеріальна гіпертензія».*

## IV ДОДАТКИ

## Додаток 1

до локального протоколу медичної  
допомоги «Артеріальна гіпертензія»

## Класифікація АГ за рівнем АТ

Категорії АТ	САТ, мм рт.ст.		ДАТ, мм рт.ст.
Оптимальний	< 120	i	< 80
Нормальний	120 – 129	i/або	80 – 84
Високий нормальний	130 – 139	i/або	85 – 89
АГ 1 ступеня	140 – 159	i/або	90 – 99
АГ 2 ступеня	160 – 179	i/або	100 – 109
АГ 3 ступеня	≥ 180	i/або	≥ 110
Ізольована систолічна АГ*	≥ 140	i	< 90

\* Ізольована систолічна АГ повинна класифікуватися на 1, 2, 3 ст. згідно рівня систолічного АТ.

**Додаток 2**

до локального протоколу медичної  
допомоги «Артеріальна гіпертензія»

**Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієнтів з АГ**

Фактори стратифікації	Рівень артеріального тиску, мм рт.ст.				
	САТ 120 – 129, ДАТ 80 – 84	САТ 130 – 139, ДАТ 85 – 90	САТ 140 – 159 або ДАТ 90 – 99 АГ I ст.	САТ 160 – 179 або ДАТ 100 – 109 АГ II ст.	САТ ≥ 180 або ДАТ ≥ 110 АГ III ст.
Немає факторів ризику	Середній ризик в популяції	Середній ризик в популяції	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик
1 – 2 фактори ризику	Низький додатковий ризик	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
≥ 3 факторів ризику або ураження органів-мішеней або ЦД	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
Супутні захворювання	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик

Примітка: згідно з Фремінгемськими критеріями, терміни «низький», «середній», «високий» та «дуже високий» ризик означають 10-річну вірогідність серцево-судинних ускладнень (фатальних та нефатальних) < 15 %, 15-20 %, 20-30 % та > 30 % відповідно.

**Додаток 3**

до локального протоколу медичної  
допомоги «Артеріальна гіпертензія»

**Показники оцінки сумарного ризику ускладнень**

<b>Основні фактори ризику</b>	<b>Ураження органів-мішеней</b>	<b>Супутні захворювання</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вік (у чоловіків &gt;55 р., у жінок &gt;65 р.);</li> <li>- тютюнопаління;</li> <li>- дисліпідемія: ЗХС &gt;5.0 ммоль/л або ХС ЛПНЩ &gt;3.0 ммоль/л; або ХС ЛПВЩ чоловіки &lt;1.0. ммоль/л жінки &lt;1.2 ммоль/л, тригліцериди &gt;1,7 ммоль/л;</li> <li>- глюкоза плазми крові натще 5,6 – 6,9 ммоль/л;</li> <li>- абдомінальне ожиріння (обхват талії &gt;102 см у чоловіків і &gt;88 см у жінок);</li> <li>- Серцево-судинні захворювання у родичів 1 ступеня спорідненості (до 55 р. у чоловіків, до 65 р. у жінок).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ);</li> <li>- УЗД-ознаки потовщення стінок судин(товщина інтими-медії сонної артерії &gt;0,9 мм) або наявність атеросклеротичної бляшки;</li> <li>- індекс АТ голілка/плечова артерія &lt;0,9;</li> <li>- мікроальбумінурія (30 – 300 мг/добу);</li> <li>- підвищення концентрації креатиніну( у чоловіків 115 – 133 мкмоль/л, у жінок 107 – 124 мкмоль/л).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Цукровий діабет;</li> <li>- цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака);</li> <li>- хвороби серця (інфаркт міокарда, стенокардія, перенесена операція ревазуляризації, хронічна серцева недостатність ПА – III ст.);</li> <li>- хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність (креатинін плазми крові у жінок &gt;124 мкмоль/л; у чоловіків &gt;133 мкмоль/л); альбумінурія &gt;300 мг/добу);</li> <li>- оклюзивні ураження периферичних артерій;</li> <li>- тяжка ретинопатія (геморагії, ексудат, набряк диску зорового нерва).</li> </ul>

**Додаток 4**

до локального протоколу медичної  
допомоги «Артеріальна гіпертензія»

**Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією**

**«Пацієнт повинен разом з лікарем боротися з хворобою»**

**Гіпократ**

Підвищення артеріального тиску – артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба) – виявляється у 25% дорослого населення і належить до хвороб, які скорочують тривалість життя та призводять до інвалідності. Важливо знати, що на початкових стадіях артеріальна гіпертензія може **ніяк не проявлятися і не впливати на самопочуття**. Але підвищений артеріальний тиск запускає каскад патологічних змін в серці, судинах, нирках, сітківці ока, головному мозку, що призводить до виникнення головного болю, погіршення зору, пам'яті, ну, зниження розумової діяльності, розвитку інфаркту та інсульту. Сучасні наукові дослідження довели, що ці патологічні зміни можна попередити. Будьте уважними до себе. Якщо Ваш артеріальний тиск (АТ) перевищує 140/90 мм рт.ст. – прислухайтеся до порад лікаря, перегляньте Вашу життєву позицію. **Дуже важливо контролювати рівень АТ**. Підвищення АТ можна визначити лише при його вимірюванні. Не робить висновку щодо рівня АТ, орієнтуючись лише на своє самопочуття. Обов'язково придбайте тонометр, він Ваш незамінний помічник. Вибирайте моделі напівавтоматичні або автоматичні з манжеткою на плече, дотримуйтесь правил вимірювання тиску. Ваш АТ не повинен перевищувати рівень 140/90 мм рт.ст.

Заведіть щоденник самоконтролю АТ та занотовуйте результати вимірювання. Тиск слід вимірювати 2 рази: ранком натщесерце до прийому лікарських засобів та увечері перед сном, за результатами вимірювання слід обчислити середнє арифметичне значення показника як суму вранішнього та вечірнього вимірювань, розділену на 2. В примітках Ви можете зазначити своє самопочуття, скарги, прийом медикаментів. **Лікарські засоби для лікування артеріальної гіпертензії потрібно приймати постійно**. Якщо Вам призначили лікарські засоби для лікування гіпертонічної хвороби, **не відмінюйте їх самостійно, не порадившись з лікарем**. Раптове припинення лікування може мати негативні наслідки для здоров'я та самопочуття.

**Не призначайте собі лікування самостійно, почувши телевізійну рекламу або за порадою рідних та друзів, які не мають відповідної освіти та досвіду лікування серцево-судинних захворювань**. Харчові добавки, магнітні браслети, різноманітні диски не замінюють лікування. Уникнути розвитку інфаркту та інсульту можна лише за допомогою фармакологічних лікарських засобів, ефективність яких науково доведена.

Виконання порад лікаря щодо зміни способу життя: обмеження вживання деяких продуктів харчування, дотримання режиму фізичного навантаження, підтримання оптимальної маси тіла, відмова від тютюнопаління та прийом лікарських засобів – єдиний шлях, який допоможе Вам уникнути розвитку таких серйозних ускладнень як інсульт та інфаркт міокарда.

**Паління тютюну – абсолютно доведений фактор ризику виникнення серцево-судинних захворювань**. Під впливом нікотину прискорюється пульс, виникає спазм судин і підвищується артеріальний тиск. Ішемічна хвороба серця в 4 рази частіше виникає у курців в порівнянні з тими, хто не палить. Порадьтеся з лікарем, як легше подолати цю звичку. Це дуже важливе рішення у Вашому житті!

**Порушення обміну холестерину та ліпідів – основний фактор виникнення та прогресування атеросклерозу, який призводить до розвитку інфаркту та інсульту**. **Визначте свій рівень холестерину в крові**. Загальний холестерин не повинен перевищувати 5,0 ммоль/л. Якщо лікар призначив Вам статини, лікарські засоби що

знижують рівень холестерину, – необхідно виконувати його рекомендації. Прийом статинів відповідає вимогам міжнародних стандартів по лікуванню пацієнтів з цукровим діабетом, ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією.

**Цукровий діабет** значно прискорює розвиток серцево-судинних захворювань. У випадку, якщо Ви хворієте на цукровий діабет, оптимальним для Вас буде рівень артеріального тиску 130/80 мм рт.ст. та нижче, а рівень загального холестерину – менше 4,5 ммоль/л. Необхідно регулярно контролювати рівень глюкози у крові та виконувати рекомендації щодо режиму харчування, фізичних навантажень, підтримання оптимальної маси тіла. Зміна стилю життя допомагає багатьом пацієнтам з цукровим діабетом підтримувати оптимальний рівень глюкози у крові без додаткового прийому медикаментів.

**Слідкуйте за масою тіла** – розрахуйте свій індекс маси тіла: маса (в кг) розділити на зріст (в м) в квадраті. Норма <25. Якщо індекс маси перевищує 25 проаналізуйте Ваше харчування й фізичну активність, порадьтеся з лікарем й внесіть зміни в своє життя. Зверніть увагу на **обхват своєї талії**. Якщо він перевищує 88 см у жінок і 102 см у чоловіків, то це вказує на абдомінальний тип ожиріння, що часто супроводжується прогресуванням гіпертонічної хвороби, розвитком цукрового діабету та ішемічної хвороби серця. Якщо Ви поставили собі за мету схуднути, пам'ятайте, що масу тіла потрібно зменшувати поступово. Краще схуднути на 5 кг за рік, ніж за місяць.

**Фізична активність** сприяє зменшенню артеріального тиску, нормалізації маси тіла, тренує серцево-судинну систему та м'язи, знімає стрес та психоемоційне напруження, покращує Ваш сон та самопочуття. Мета, до якої необхідно прагнути – 30 – 45 хвилин ходьби щодня або хоча б 5 разів на тиждень. **Обов'язково порадьтеся з лікарем про допустимий рівень навантажень**. Ізометричні навантаження з обтяженням (гіри, штанга, тренажери) підвищують АТ і повинні бути виключені. **Не зробіть собі шкоди!**

Намагайтесь дотримуватись достатньої за калорійністю та збалансованої за складом дієти кожного дня. Оптимальна калорійність Вашого щоденного раціону харчування відображається у стабільно нормальному індексі маси тіла. Якщо у Вас є зайві кілограми, калорійність дієти повинна бути зменшена. Порадьтеся з лікарем стосовно добової калорійності їжі та способів її контролю.

Щоденний набір продуктів повинен бути різноманітним, містити достатню кількість фруктів та овочів (рекомендована ВООЗ норма складає не менше 400 г на добу) та продукти із цільних злаків. Слід вживати кожного дня знежирені молочні продукти. Намагайтесь споживати жирну морську рибу не менше, ніж 3 – 4 рази на тиждень.

Необхідно зменшити в раціоні кількість жирів тваринного походження, транс жирів, цукру, солодощів та продуктів, що містять багато холестерину. Нижче наведено «**Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування**», які допоможуть Вам визначитись з раціоном харчування.

Не **досолойте** готові страви. Надлишок солі міститься у копчених виробах, м'ясних та рибних напівфабрикатах, консервах, тощо. Зменшення в раціоні солі знижує рівень систолічного АТ на 4 – 6 мм рт.ст. та діастолічного АТ на 2 – 3 мм рт.ст.

Нормалізуйте **режим харчування**: харчуйтеся частіше, але меншими порціями, рекомендується повноцінний сніданок та обід, а після 18:00 бажано зменшити вживання їжі та віддавати перевагу низькокалорійним продуктам.

Важливо знати, що надмірне вживання **алкоголю** сприяє підвищенню АТ. Допустимі дози для практично здорових чоловіків – не більше 20 мл на добу у перерахунку на чистий етанол (для жінок вдвічі менше).

**Психоемоційні перевантаження** негативно впливають на стан здоров'я. Дотримуйтеся режиму праці та відпочинку, подбайте про повноцінний сон. Не створюйте стресових ситуацій, не допускайте агресивної поведінки, роздратованості, негативних емоцій – це в першу чергу шкодить Вашому здоров'ю. Будьте доброзичливими, навчіться керувати своїми емоціями, частіше посміхайтесь. Спілкування з природою, домашніми тваринами, хобі допоможуть Вам підтримувати психологічну рівновагу. Якщо у Вас пригнічений настрій, порушення сну – зверніться до лікаря.

Зміна стилю життя вимагатиме від Вас повсякденних постійних зусиль. Ваші звички формувались протягом багатьох років, Ви не зможете позбавитись від них одразу. Ставте перед собою реалістичні цілі, ідіть до них крок за кроком, якщо щось не виходить – не кидайте, йдіть далі. **Тільки від Вас та Вашого ставлення до власного здоров'я залежить успіх у лікуванні гіпертонічної хвороби та профілактика її ускладнень.**

Таблиця 1

## Дієтичні рекомендації

Категорії продуктів	Рекомендовані продукти та страви	Бажана кількість	Продукти обмеженого вибору	Продукти та страви, які слід уникати
<b>Жири</b>	Олії: оливкова, соняшникова, кукурудзяна, льняна.	До 1 – 2 столових ложок загалом на добу	Вершкове масло не більше 20 г на добу, спреди.	Тваринні жири ( смалець, яловичий, баранячий жири, тверді маргарини), частково гідрогенізовані рослинні жири (трансжири).
<b>М'ясо</b>	Нежирна яловичина, кролик, індичка, курка без видимого жиру та шкірочки у відвареному вигляді.	1 порція на добу, іноді 2 порції на добу	Молода баранина, телятина, пісна свинина, пісна шинка, страви із м'ясною начинкою, варені ковбаси, сосиски.	Жирне м'ясо та птиця, паштети, копчені та сирокопчені ковбасні вироби, смажені, копчені, мариновані м'ясні вироби.
<b>Яйця</b>	Яйця у стравах, білкові омлети.	2 – 3 яйця на тиждень	Яйця у відвареному вигляді.	Смажені, яєчня.
<b>Риба та рибо-продукти</b>	Всі види риби, в тому числі жирна морська риба, приготована на пару, відварена.	1 порція (100 г) на добу	Запечена риба без шкірочки, заливна, мідії, омари, креветки, кальмари.	Смажена риба, копчена, солоня риба, оселедець, ікра.
<b>Молочні продукти</b>	Молоко та кисломолочні продукти до 1% жирності, йогурти з	Кисломолочні напої – 1 – 2 порції на добу, сир кисломолочний	Знежирені сорти твердого сиру, сиркові десерти, ряжанка 2,5% жирності.	Жирна сметана, глазуrowані сирки, жирний солоний твердий сир, згущене

Категорії продуктів	Рекомендовані продукти та страви	Бажана кількість	Продукти обмеженого вибору	Продукти та страви, які слід уникати
	натуральними наповнювачами, нежирна сметана у страви, кисломолочний сир до 5% жирності.	70 – 100 г на добу		молоко, вершки, жирні кисломолочні продукти.
<b>Фрукти, ягоди</b>	Свіжі ягоди та фрукти, соки по сезону, сушені, заморожені фрукти та ягоди, соки без додавання цукру.	Не менше 3 порцій на добу	Солодкі сорти яблук, соки без додавання цукру.	Фрукти у сиропі, консервовані та мариновані фрукти, джеми, варення.
<b>Овочі</b>	Овочі по сезону у свіжому, відвареному вигляді, приготовані на пару, картопля із шкірочкою, бобові, заморожені овочі, зелень.	Не менше 3 порцій на добу	Консервовані овочі без використання оцту; овочі та картопля, присмажені на олії, вимочена квашена капуста.	Соління, мариновані овочі, смажені на тваринному жирі картопля та овочі, чіпси картопляні, картопля-фрі.
<b>Злакові</b>	Хліб із житнього борошна та пшеничного борошна II гатунку, страви із цільнозернових видів круп (вівсяна, гречана, пшоняна), нешліфований рис, макаронні вироби (із твердих сортів пшениці, гречані), пісні хлібобулочні вироби, галетне печиво.	До 5 скибочок хліба на добу та 1 – 2 порції каші (3 повних столових ложки) на добу	Макаронні вироби із борошна вищого гатунку, солодкі каші, пісочні та бісквітні тістечка, здобні вироби, приготовлені на рекомендованих жирах.	Хлібобулочні вироби із борошна I гатунку, смажені пиріжки, кондитерські вироби з додаванням рослинних жирів, сухарики промислового виробництва.
<b>Супи</b>	Вегетаріанські овочеві та круп'яні супи.	1 порція на добу	Супи на знежиреному бульйоні, рибні супи із нежирної	Супи на кісткових та м'ясних бульйонах,



Категорії продуктів	Рекомендовані продукти та страви	Бажана кількість	Продукти обмеженого вибору	Продукти та страви, які слід уникати
			риби.	супи-пюре.
Напої	Чай без цукру, німецька кавка без кофеїну, мінеральна негазована вода.	В межах загальної кількості рідини на добу	Алкогольні напої (не більше 20 г в перерахунку на чистий спирт), солодкі та газовані напої.	Міцна кавка, чай, кавка з вершками, какао.
Десерти	Фруктові салати, фруктові неслодке морозиво, заморожені соки.	1 – 2 порції на добу по сезону	Мед.	Вершкове морозиво, десерти з додавання цукру та вершків.
Кондитерські вироби	Лукум, нуга, карамельні цукерки, чорний шоколад.	До 30 г на добу	Мармелад, пастила, халва.	Ірис, кондитерські вироби з додавання вершкового масла та рослинних жирів, молочний шоколад.
Горіхи	Волоські, мигдаль, каштан, грецький горіх, кеш'ю, фундук, бразильський горіх.	1 – 2 цілісні горіхи на добу	Фісташки, арахіс.	Солоні горіхи.
Приправи	Пряні трави.	У страви по сезону	Гірчиця, перець, соєвий соус, нежирні соуси на рекомендованих жирах.	Соуси на бульйонах, майонез.

Таблиця 2

## Медикаментозне лікування

Дата	Назва лікарського засобу	Доза, режим прийому

Таблиця 3

## Щоденник самоконтролю АТ

Дата	Час вимірювання	АТ систолічний	АТ діастолічний	Пульс	Примітка


Продовжити скільки потрібно

**Додаток 5**

до локального протоколу медичної  
допомоги «Артеріальна гіпертензія»

**Методика вимірювання артеріального тиску**

Вимірювання артеріального тиску повинно проводитися у спокійному оточенні після 5-хвилинного відпочинку.

Протягом 30 хв. до вимірювання пацієнт не повинен курити чи пити каву.

Манжета має охоплювати не менше ніж 80% окружності плеча і покривати 2/3 його довжини. Використання занадто вузької або короткої манжети веде до завищення показників АТ, занадто широкої – до їх заниження. Стандартна манжета (12 – 13 см у ширину та 35 см у довжину) використовується у осіб з нормальними та худими руками. У осіб з м'язистими або товстими руками потрібно застосовувати манжету довжиною 42 см; у дітей віком до п'яти років – довжиною у 12 см.

Розміщують манжету посередині плеча на рівні серця так, аби її нижній край знаходився на 2 – 2,5 см вище ліктьової ямки, а між манжетою і поверхнею плеча проходив палець.

При першому вимірюванні АТ рекомендується спочатку визначити рівень САТ пальпаторним методом. Для цього необхідно визначити пульс на а. radialis і потім швидко накачати повітря в манжету до 70 мм рт.ст. Далі необхідно накачувати по 10 мм рт.ст. до значення, при якому зникає пульсація на а. radialis. Після цього починають випускати повітря з манжети. Той показник, при якому з'являється пульсація на а. radialis під час випускання повітря, відповідає САТ. Такий пальпаторний метод визначення допомагає уникнути помилки, пов'язаної з «аускультативним провалом» – зникненням тонів Короткова відразу після їх першої появи.

При вимірюванні аускультативним методом повітря накачують на 20 – 30 см вище значень САТ, які були визначені пальпаторно.

Випускають повітря повільно – 2 мм за секунду – і визначають I фазу тонів Короткова (появу) і V фазу (зникнення), які відповідають САТ і ДАТ. При вислуховуванні тонів Короткова до дуже низьких значень або до 0, за ДАТ вважають рівень АТ, що фіксується на початку V фази. Значення АТ закруглюють до найближчих 2 мм.

Вимірювання слід проводити не менше двох разів з інтервалом 2 – 3 хв. При розходженні результатів більше, ніж на 5 мм рт.ст., необхідно зробити повторні виміри через декілька хвилин.

При першому вимірюванні АТ слід визначати на обох руках, а також в положенні сидячи, стоячи і лежачи. До уваги беруться більш високі значення, які точніше відповідають внутрішньоартеріальному АТ.

Вимірювання АТ на першій та п'ятій хвилинах після переходу в ортостаз необхідно обов'язково проводити у пацієнтів похилого віку, пацієнтів з цукровим діабетом і в усіх випадках наявності ортостатичної гіпотензії або при підозрі на неї.

**Додаток 6**

до локального протоколу медичної  
допомоги «Артеріальна гіпертензія»

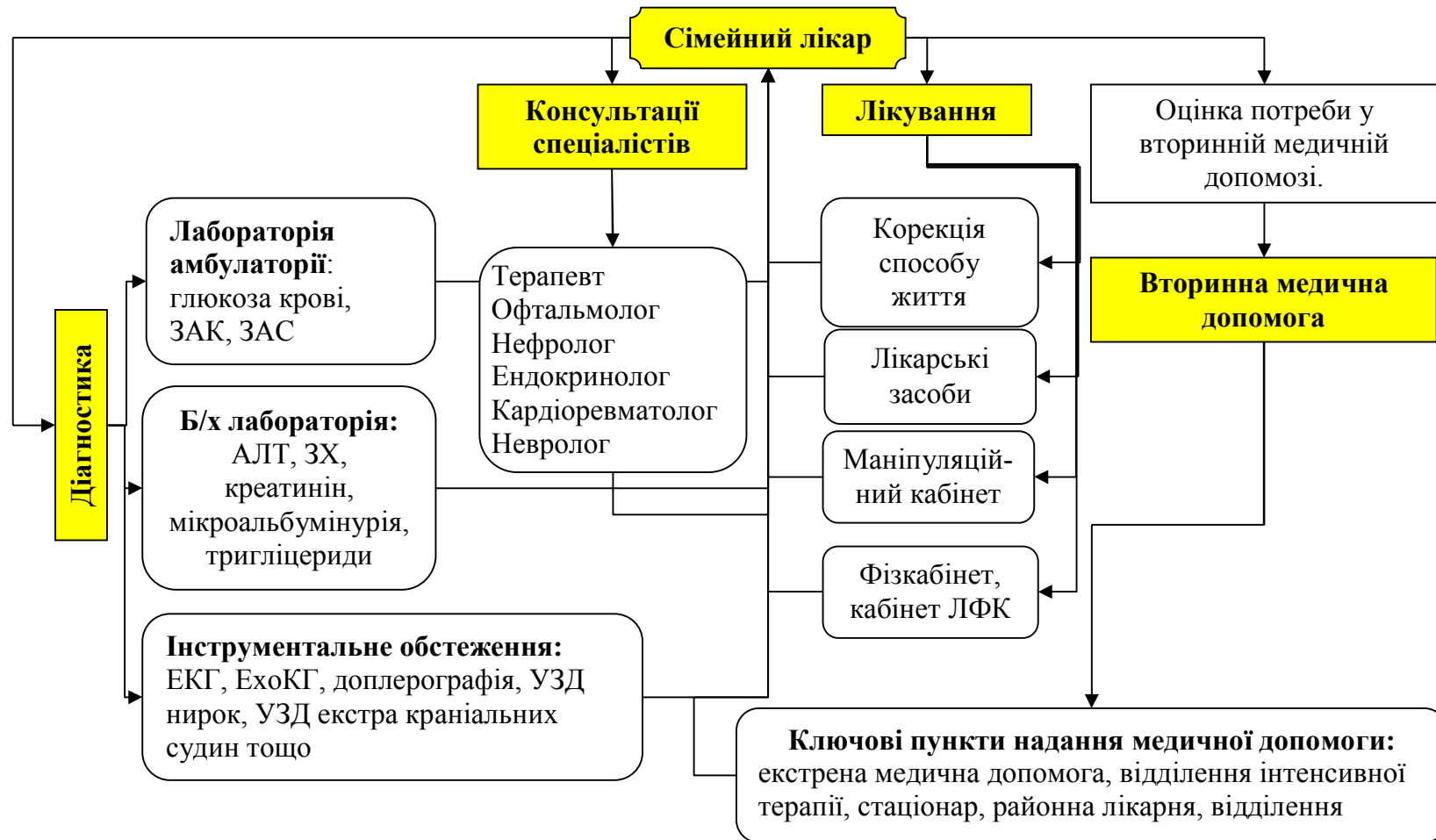
**Надання першої медичної допомоги при ГК**

1. Заспокоїти пацієнта.
2. Положення пацієнта – лежачи з піднятим головним кінцем.
3. Контроль ЧСС, АТ кожні 15 хв.
4. Забезпечення стабілізації життєво важливих функцій: дихання та гемодинаміки.
5. Налагодження внутрішньовенного доступу.
6. При необхідності знеболення.
7. Симптоматичне та антигіпертензивне лікування проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів, залежно від ураження органів-мішеней. Перевага надається внутрішньовенному введенню лікарських засобів.
8. У пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу на догоспітальному етапі у більшості випадків застосування антигіпертензивної терапії не рекомендоване без необхідності через складність адекватного контролю у них темпів зниження АТ.

## Додаток 7

до локального протоколу медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»

## ЗРАЗОК КЛІНІЧНОГО МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА



**НАПИСАННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ  
ПРИКЛАД № 2**

**ПОГОДЖЕНО**

Керівник структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевої державної адміністрації:

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Головний лікар

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

**Центр первинної медико-санітарної допомоги  
Амбулаторія загальної практики**

\_\_\_\_\_ (Назва закладу охорони здоров'я)

**Локальний протокол  
Артеріальна гіпертензія**

**I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА****1.1 Діагноз: артеріальна гіпертензія****1.2 Код МКХ–10: I.10 – I.15****1.3 Дата складання: \_\_\_\_\_****1.4 Дата перегляду: \_\_\_\_\_****1.5 Наказ по ЗОЗ щодо розробки локального протоколу****1.6 Члени робочої групи з розробки ЛПМД:**

<b>ПІБ</b>	<b>ПОСАДА</b>

**1.7 Медико-технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол**

1. Наказ МОЗ від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».
2. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Артеріальна гіпертензія» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та екстреної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
4. Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

**СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

<b>АГ</b>	Артеріальна гіпертензія
<b>АЛТ</b>	Аланінамінотрансфераза
<b>АТ</b>	Артеріальний тиск
<b>ББ</b>	β-адреноблокатори
<b>БКК</b>	Блокатори кальцієвих каналів
<b>БРА</b>	Блокатори рецепторів ангіотензину II
<b>ГК</b>	Гіпертензивний криз
<b>ДАТ</b>	Діастолічний артеріальний тиск
<b>ЕКГ</b>	Електрокардіографія
<b>ЕМД</b>	Екстрена медична допомога
<b>ЕхоКГ</b>	Ехокардіографія
<b>ЗАК</b>	Загальний аналіз крові
<b>ЗАС</b>	Загальний аналіз сечі
<b>ЗОЗ</b>	Заклад охорони здоров'я
<b>ЗХС</b>	Загальний холестерин
<b>ІАПФ</b>	Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
<b>ІМТ</b>	Індекс маси тіла
<b>ІХС</b>	Ішемічна хвороба серця
<b>ЛПМД</b>	Локальний протокол медичної допомоги
<b>САТ</b>	Систолічний артеріальний тиск



<b>ССЗ</b>	Серцево-судинні захворювання
<b>УЗД</b>	Ультразвукове дослідження
<b>ФР</b>	Фактор ризику
<b>ХС ЛПВЩ</b>	Холестерин ліпопротеїнів високої щільності
<b>ХХН</b>	Хронічна хвороба нирок
<b>ЦД</b>	Цукровий діабет
<b>ЧСС</b>	Частота серцевих скорочень

**1.8 Коротка епідеміологічна інформація** по району обслуговування амбулаторії: *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Загальна поширеність патології, поширеність серед окремих груп населення (віково-статевих та ін., фактори ризику тощо).*

**1.9 Коротка епідемічна інформація:** *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Якщо є особливості саме серед вашої громади – можна внести і цю інформацію.*

#### **1.10 Матеріально-технічне забезпечення**

**Оснащення.** Тонometr з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, ногах та дитячих, фонендоскоп/стет фонендоскоп, ваги медичні, ростомір, холестерометр та інше відповідно до Табелю оснащення.

**Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):**

14. Діуретики: Амліорид + Гідрохлортіазид, Гідрохлортіазид, Еплеренон, Індапамід, Спіронолактон, Торасемід, Триамтерен + Гідрохлортіазид, Фуросемід;
15.  $\beta$ -адреноблокатори: Атенолол, Атенолол + Хлорталідон + Ніфедипін, Бетаксолон, Бісопролол, Бісопролол + Гідрохлортіазид, Есмолол, Карведилол, Метопрололу тартрат, Метопрололу сукцинат, Небіволол, Пропранолол;
16. Антагоністи кальцію (блокатори кальцієвих каналів): Амлодипін, Амлодипін + Атенолол, Амлодипін + Аторвастатин, Амлодипін + Валсартан, Амлодипін + Гідрохлортіазид, Амлодипін + Лізіноприл, Амлодипін + Периндоприл, Верапаміл, Дилтіазем, Лацидипін, Лерканідипін, Ніфедипін, Німодипін, Фелодипін;
17. Інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента: Еналаприл, Еналаприл + Індапамід, Еналаприл + Гідрохлортіазид, Еналаприл + Нітрендипін, Зофеноприл, Каптоприл, Каптоприл + Гідрохлортіазид, Квінаприл, Лізіноприл, Лізіноприл + Гідрохлортіазид, Моексиприл, Периндоприл, Периндоприл + Індапамід, Раміприл, Раміприл + Гідрохлортіазид, Спіраприл, Трандолаприл, Трандолаприл + Верапаміл, Фозиноприл;
18. Блокатори рецепторів ангіотензину II: Кандесартан, Лозартан, Лозартан + Гідрохлортіазид, Олмесартан, Ірбесартан, Епросартан, Телмісартан, Валсартан, Валсартан + Гідрохлортіазид, Кандесартан + Гідрохлортіазид, Телмісартан + Гідрохлортіазид;
19. Антигіпертензивні лікарські засоби центральної дії: Гуанфацин, Клонідин, Метилдопа, Моксонідин, Раунатин, Резерпін + Дигідралізін + Гідрохлортіазид;
20. Антиадренергічні засоби, гангліоблокатори: Гексаметоній;
21. Інгібітори реніну: Аліскірен;
22.  $\alpha$ -адреноблокатори: Доксазозин, Празозин, Урапідил;
23. Інгібітори редуктази 3-гідрокси-3-метилглутарил-коензим А (ГМГ-КоА) (статины): Аторвастатин, Аторвастатин + Езетиміб, Ловастатин, Правастатин, Розувастатин, Симвастатин, Флувастатин;
24. Препарати ацетилсаліцилової кислоти: Ацетилсаліцилова кислота;
25. Вазодилататори: Бендазол;

26. Нітрати: Нітрогліцерин.

## II. Загальна частина

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Строки виконання	Виконавці	
<b>Організація надання медичної допомоги</b>	Виявлення пацієнтів з АГ	Постійно	Сімейний лікар, медсестра	
	Надання пацієнту в доступній формі інформації про стан його здоров'я з рекомендаціями щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу захворювання в усній та письмовій формі. Забезпечення всіх пацієнтів з АГ «Інформаційним листом для пацієнта з артеріальною гіпертензією» (Додаток 6)			Сімейний лікар, медсестра
	Обстеження з метою проведення диференційної діагностики та отримання необхідних даних для встановлення діагнозу в тому числі із залученням консультантів	До встановлення діагнозу та в подальшому відповідно до Додатку 11		Сімейний лікар, медсестра
	Призначення лікування та його корекція	За показаннями		Сімейний лікар
	Диспансерний нагляд за пацієнтами з артеріальною гіпертензією заповнення форми № 030/о (Контрольна карта диспансерного нагляду) на цю категорію пацієнтів	Постійно		Сімейний лікар, медсестра
	Обчислює індикатори якості медичної допомоги (див. 3.6)	1 раз на півроку		Сімейний лікар
	<b>Діагностика</b>	Вимірює АТ (Додаток 1)	Кожного разу	Сімейний лікар/ медсестра
Лікарський огляду		Первинний огляд	Сімейний лікар	
Офтальмоскопія очного дна		1 – 3 дні	Сімейний лікар	
Оцінює ступінь АГ, визначає стадії АГ (Додаток 2); виявляє фактори ризику (Додаток 3); виявляє супутню патологію, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, цукрового діабету, хронічної хвороби		Двічі на рік		Сімейний лікар

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Строки виконання	Виконавці
	нирок); виявляє ураження органів-мішеней		
	Лабораторні обстеження: ЗАК, ЗАС, визначення рівня глікемії, креатиніну, ЗХС – всім пацієнтам з АГ при первинному зверненні.	1 – 3 дні	_____ _____
	Випишує направлення на обстеження за призначенням лікаря	Одразу	Медсестра
	В кінці робочої зміни забирає результати аналізів в _____	Щодня	Медсестра
	Вимірює зріст, вагу та охват талії	За призначенням лікаря	Медсестра
	Реєстрація ЕКГ в 12 <sup>-ти</sup> відведеннях	1 – 3 дні	_____ _____
	Проводить стратифікацію ризику розвитку серцево-судинних ускладнень: (Додаток 4)	Первинний огляд, уточнення – після отримання результатів обстежень	Сімейний лікар
	*ЕхоКГ	14 днів	_____ _____
	*УЗД судин шиї та голови	14 днів	_____ _____
	*УЗД периферичних судин	14 днів	_____ _____
	*УЗД органів черевної порожнини	14 днів	_____ _____
	У разі необхідності направляє пацієнта на консультацію/госпіталізацію (Додаток 12)	Під час первинного огляду та в процесі диспансерного нагляду	Сімейний лікар
<b>Лікування</b>	Роз'яснює пацієнту в доступній формі особливості подальшого розвитку захворювання, надає рекомендації щодо змін способу життя, харчування, фізичної активності (Додаток 5). Навчає пацієнта	Первинний огляд та постійно в процесі диспансерного нагляду	Сімейний лікар

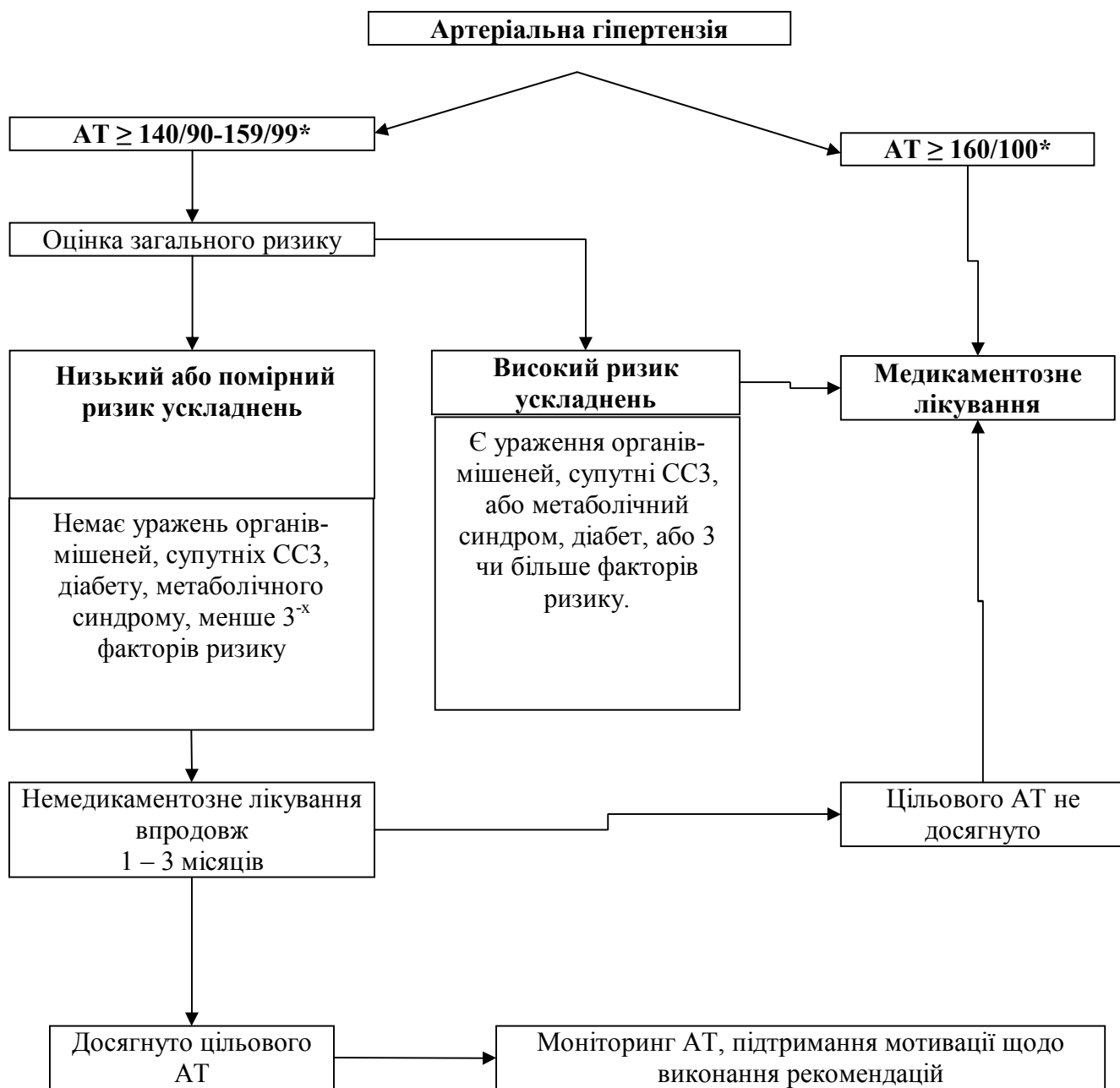
Положення ЛПМД	Необхідні дії	Строки виконання	Виконавці
	вимірювати АТ в домашніх умовах, вести щоденник самоконтролю АТ (Додаток 1 та 6)		
	Складає план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта; узгоджує з пацієнтом схеми і режим прийому фармакологічних препаратів (Додатки 7 – 10)	Первинний огляд та в подальшому при потребі.	Сімейний лікар
	Відповісти на запитання пацієнта	Кожного разу	Сімейний лікар
Заходи немедикаментозної корекції факторів ризику	Всім пацієнтам з АГ рекомендує корекцію факторів ризику і модифікацію стилю життя згідно рекомендацій щодо профілактики (Додаток 5)	Первинний огляд та двічі на рік в подальшому	Сімейний лікар
	Проводить бесіди щодо засад здорового способу життя	Первинний огляд та двічі на рік в подальшому	Сімейний лікар, медсестра
	Заохочує пацієнтів до самоконтролю АТ та інших ФР, постійно підтримує стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності до виконання рекомендацій	Первинний огляд та постійно в подальшому	Сімейний лікар, медсестра
Медикаментозна терапія:	Призначає при первинному огляді у разі: – підвищення АТ понад 160/100 мм рт.ст. – підвищення АТ понад 140/90 мм рт.ст. у пацієнтів високого ризику (Додатки 8 – 10)	Первинний огляд	Сімейний лікар
	Призначає антигіпертензивні препарати I ряду: діуретики, ІАПФ, БКК), ББ, БРА як у монотерапії, так і у комбінаціях. Вибір комбінованих препаратів, прийом 1 – 2 рази на добу (Додаток 8).	Первинний огляд. Корекція в подальшому	Сімейний лікар
	Призначає статини (Додаток 10)	За показаннями	Сімейний лікар

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Строки виконання	Виконавці
	У разі неускладненого гіпертензивного кризу надає відповідну медичну допомогу (Додаток 13)	Невідкладно	Сімейний лікар, медсестра
	У разі ускладненого гіпертензивного кризу – діє відповідно до Додатку 13 та згідно з іншими чинними медико-технологічними документами	Невідкладно	Сімейний лікар, медсестра
<b>Диспансерний нагляд (Додаток 11)</b>	Повторні огляди – до досягнення цільового рівня АТ (<140/90 мм рт.ст або 130/80 мм рт.ст; для пацієнтів із хронічною хворобою нирок)	1 раз на 2 тижні	Сімейний лікар
	Моніторинг АТ після досягнення цільового рівня.	1 раз на 3 місяці	Сімейний лікар, медсестра
	При недосягненні цільового АТ: – упевнитись, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів; – провести корекцію терапії. При неефективності медикаментозної терапії (за умови призначення лікарських засобів в адекватних дозах) – направлення на консультацію до _____	В процесі диспансерного нагляду	Сімейний лікар
	Моніторинг та корекція ФР та супутніх клінічних станів: гіперхолестеринемії, ЦД тощо	В процесі диспансерного нагляду	Сімейний лікар
	Проведення лабораторних та інструментальних обстежень (Додаток 11)	1 раз на рік	Сімейний лікар
	Підтримка мотивації до виконання заходів медикаментозної корекції та модифікації стилю життя (Додаток 5). Корекція терапії при необхідності	1 раз на 3 місяці	Сімейний лікар

\*Всім пацієнта з вперше діагностованою АГ до 60 років при наявності низького ризику – обов'язково, та у відповідності до програми диспансерного нагляду.

### III ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

#### 3.1 Тактика лікаря при виявленні артеріальної гіпертензії



\* Якщо САТ і ДАТ потрапляють у різні підгрупи – хворого відносять до більш тяжкої підгрупи

### 3.2 Надання медичної допомоги вагітним з артеріальною гіпертензією

При виявленні АГ вагітна направляється на консультацію до \_\_\_\_\_. Подальше ведення вагітної здійснюється акушер-гінекологом \_\_\_\_\_ до моменту нормалізації АТ, або до пологів.

При виникненні ускладнень вагітності, порушень стану плода вагітна направляється на госпіталізацію в \_\_\_\_\_.

### 3.3 Схема медикаментозного лікування

В лікуванні артеріальної гіпертензії використовуються лікарські засоби, що входять до «Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів».

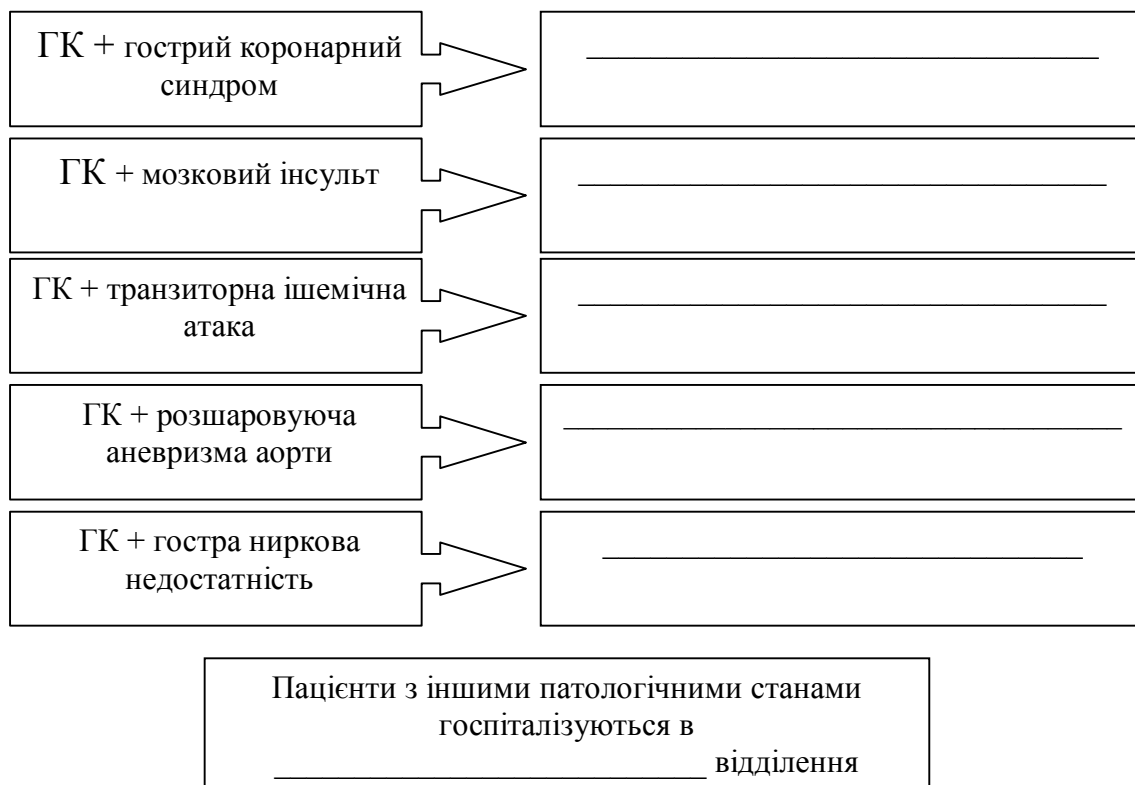
**Таблиця 1**

#### Протипоказання до призначення різних груп антигіпертензивних лікарських засобів

Клас антигіпертензивних лікарських засобів	Абсолютні протипоказання	Відносні протипоказання
Тіазидні діуретики	Подагра	Метаболічний синдром, порушення тесту толерантності до глюкози (у високих дозах), вагітність
ББ	Атріовентрикулярна блокада 2 – 3 ступеня, брадикардія (ЧСС<55), бронхіальна астма	Захворювання периферичних артерій, метаболічний синдром, порушення толерантності до глюкози, спортсмени і фізично активні пацієнти, хронічні обструктивні захворювання легень
БКК дигідропіридинові		Тахіаритмії, хронічна серцева недостатність
БКК недигідропіридинові	Атріовентрикулярна блокада 2 – 3 ступеня, брадикардія (ЧСС<55), хронічна серцева недостатність	
ІАПФ	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній стеноз ниркових артерій, ангіоневротичний набряк в анамнезі	Хронічний кашель
БРА	Вагітність, гіперкаліємія, двосторонній стеноз ниркових артерій	Обструкція жовчних шляхів, тяжкі порушення функції печінки, холестази



### 3.4 Госпіталізація при ГК



При необхідності термінової госпіталізації сімейний лікар терміново телефонує до служби ЕМД (тел. 103) та чекає прибуття бригади ЕМД на місці виклику. Транспортування пацієнта у важкому стані проводиться з попереднім інформуванням ЗОЗ, що приймає пацієнта.

### 3.5 Діагностика та лікування рефрактерної АГ

**Рефрактерною** вважають артеріальну гіпертензію, якщо за умови призначення трьох або більше антигіпертензивних лікарських засобів у адекватних дозах (один з яких обов'язково є діуретик) не вдається досягнути цільового рівня АТ; АТ, що визначений на прийомі у лікаря, цільовий, але пацієнт приймає  $\geq 4$  антигіпертензивних засобів.

Розрізняють істинно резистентну і псевдорезистентну АГ. Тільки у 5 – 10% пацієнтів, у яких АТ не вдається адекватно контролювати, гіпертензія є дійсно резистентною. У більшості випадків можна досягти ефективного зниження АТ за умови виключення причини псевдо резистентності. Найбільш поширеною причиною резистентної гіпертензії є низька прихильність пацієнтів до лікування і нераціональний режим призначення ліків.

Причиною істинної резистентності АГ часто є вторинна гіпертензія. Найчастіше нерозпізнаними залишаються реноваскулярна гіпертензія та АГ, що зумовлена гіперальдостеронізмом. Тактика лікування резистентної АГ передбачає призначення раціональної комбінації 3 – 5 антигіпертензивних лікарських засобів різних класів в адекватних (інколи максимальних) дозах. Одним з них обов'язково повинен бути діуретик. Перевагу мають лікарські засоби тривалої дії, які можна призначати 1 – 2 рази на добу, що підвищує прихильність хворих до лікування.

### 3.6 Індикатори якості медичної допомоги

*Інформацію щодо індикаторів та їхнього обчислення навести з розділу «А 5. Клінічні індикатори» УКПМД «Артеріальна гіпертензія».*

### **Методика вимірювання артеріального тиску**

- Вимірювання артеріального тиску повинно проводитися у спокійному оточенні після 5-хвилинного відпочинку.
- Протягом 30 хв. до вимірювання пацієнт не повинен курити чи пити каву.
- Манжета має охоплювати не менше ніж 80 % окружності плеча і покривати 2/3 його довжини. Використання занадто вузької або короткої манжети веде до завищення показників АТ, занадто широкої – до їх зниження. Стандартна манжета (12 – 13 см у ширину та 35 см у довжину) використовується у осіб з нормальними та худими руками. У осіб з мускулистими або товстими руками потрібно застосовувати манжету довжиною 42 см; у дітей віком до п'яти років – довжиною у 12 см.
- Розміщують манжету посередині плеча на рівні серця так, аби її нижній край знаходився на 2 – 2,5 см вище ліктьової ямки, а між манжетою і поверхнею плеча проходив палець.
- При першому вимірюванні АТ рекомендується спочатку визначити рівень САТ пальпаторним методом. Для цього необхідно визначити пульс на а. radialis і потім швидко накачати повітря в манжету до 70 мм рт.ст. Далі необхідно накачувати по 10 мм рт.ст. до значення, при якому зникає пульсація на а. radialis. Після цього починають випускати повітря з манжети. Той показник, при якому з'являється пульсація на а. radialis під час випускання повітря, відповідає САТ. Такий пальпаторний метод визначення допомагає уникнути помилки, пов'язаної з «аускультативним провалом» – зникненням тонів Короткова відразу після їх першої появи.
- При вимірюванні аускультативним методом повітря накачують на 20 – 30 см вище значень САТ, які були визначені пальпаторно.
- Випускають повітря повільно – 2 мм за секунду – і визначають I фазу тонів Короткова (появу) і V фазу (зникнення), які відповідають САТ і ДАТ. При вислуховуванні тонів Короткова до дуже низьких значень або до 0, за ДАТ вважають рівень АТ, що фіксується на початку V фази. Значення АТ закруглюють до найближчих 2 мм.
- Вимірювання слід проводити не менше двох разів з інтервалом 2 – 3 хв. При розходженні результатів більше, ніж на 5 мм рт.ст., необхідно зробити повторні виміри через декілька хвилин.
- При першому вимірюванні АТ слід визначати на обох руках, а також в положенні сидячи, стоячи і лежачи. До уваги беруться більш високі значення, які точніше відповідають внутрішньоартеріальному АТ.
- Вимірювання АТ на першій та п'ятій хвилині після переходу в ортостаз необхідно обов'язково проводити у пацієнтів похилого віку, пацієнтів з цукровим діабетом і в усіх випадках наявності ортостатичної гіпотензії або при підозрі на неї.

**Додаток 2**  
до локального клінічного протоколу  
первинної, медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Класифікація АГ за рівнем АТ**

<b>Категорії АГ</b>	<b>САТ, мм рт.ст.</b>		<b>ДАТ, мм рт.ст.</b>
Оптимальний	<120	i	<80
Нормальний	120 – 129	i/або	80 – 84
Високе нормальний	130 – 139	i/або	85 – 89
АГ 1 ступеня	140 – 159	i/або	90 – 99
АГ 2 ступеня	160 – 179	i/або	100 – 109
АГ 3 ступеня	≥180	i/або	≥110
Ізольована систолічна АГ*	≥140	i	<90

\* Ізольована систолічна АГ повинна класифікуватися на 1, 2, 3 ст. згідно рівня систолічного АТ.

**Додаток 3**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Показники, що використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень**

Основні фактори ризику	Ураження органів-мішеней	Супутні захворювання
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вік (у чоловіків &gt;55 років, у жінок &gt;65 років);</li> <li>- Тютюнопаління;</li> <li>- Дисліпідемія: ЗХС &gt;5.0 ммоль/л або ХС ЛПНЩ &gt;3.0 ммоль/л; або ХС ЛПВЩ чоловіки &lt;1.0 ммоль/л жінки &lt;1.2 ммоль/л, тригліцериди &gt;1,7 ммоль/л;</li> <li>- Глюкоза плазми крові натще 5,6 – 6,9 ммоль/л;</li> <li>- Абдомінальне ожиріння (обхват талії &gt;102 см у чоловіків і &gt;88 см у жінок);</li> <li>- ССЗ у родичів 1 ступеня спорідненості (до 55 років у чоловіків, до 65 років у жінок).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ);</li> <li>- Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин(товщина інтими-медії сонної артерії &gt; 0,9 мм) або наявність атеросклеротичної бляшки;</li> <li>- Індекс АТ голілка/плечова артерія &lt;0,9;</li> <li>- Мікроальбумінурія (30 – 300 мг/добу);</li> <li>- підвищення концентрації креатиніну( у чоловіків 115 – 133 мкмоль/л, у жінок 107 – 124 мкмоль/л).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Цукровий діабет;</li> <li>- Цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака);</li> <li>- Хвороби серця (інфаркт міокарда, стенокардія, перенесена операція ревазуляризації, хронічна серцева недостатність ІА – ІІІ);</li> <li>- Хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність – (креатинін у плазмі крові у жінок &gt;124 мкмоль/л; у чоловіків &gt;133 мкмоль/л); альбумінурія &gt;300 мг/добу);</li> <li>- Оклюзивні ураження периферичних артерій;</li> <li>- Тяжка ретинопатія (геморагії, ексудат, набряк диску зорового нерва).</li> </ul>

**Додаток 4**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієнтів з АГ**

Фактори стратифікації	Рівень артеріального тиску, мм рт.ст.				
	САТ 120 – 129, ДАТ 80 – 84	САТ 130 – 139, ДАТ 85 – 90	САТ 140 – 159 або ДАТ 90 – 99 АГ I ст.	САТ 160 – 179 або ДАТ 100 – 109 АГ II ст.	САТ ≥ 180 або ДАТ ≥ 110 АГ III ст.
Немає факторів ризику	Середній ризик в популяції	Середній ризик в популяції	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик
1 – 2 фактори ризику	Низький додатковий ризик	Низький додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Помірний додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
≥ 3 факторів ризику або ураження органів-мішеней або ЦД	Помірний додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
Супутні захворювання	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик

Примітка: згідно з Фремінгемськими критеріями, терміни «низький», «середній», «високий» та «дуже високий» ризик означають 10-річну вірогідність серцево-судинних ускладнень (фатальних та нефатальних) <15%, 15 – 20%, 20 – 30% та > 30% відповідно.

**Додаток 5**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Заходи немедикаментозної корекції: модифікація стилю життя**

1.	Тютюнопаління: активно виявляти осіб, які мають звичку тютюнопаління. Всім, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову (при кожній консультації лікаря).
2.	Алкоголь: дорослим особам, які вживають алкоголь, рекомендувати не перевищувати три дози на день для чоловіків і дві дози для жінок (1 доза становить 10 мл чистого етанолу).
3.	Рекомендації щодо засад здорового харчування: обмеження вживання солі, вживання фруктів та овочів – 400 г/добу та більше, обмеження продуктів, що містять жири, особливо – насичені жири, та прості вуглеводи
4.	Фізична активність: заохочувати всіх пацієнтів до виконання щоденного фізичного навантаження у будь-якому вигляді (ходьба, активний відпочинок тощо) упродовж 30 – 45 хв на день до збільшення ЧСС за умови комфортного самопочуття.
5.	<p>Рекомендувати всім пацієнтам контролювати індекс маси тіла (ІМТ) та обхват талії (ОТ). Підтримувати ІМТ в межах 18,5 – 24,9 кг/м<sup>2</sup>, ОТ менше 88 см (у жінок) та менше 102 см (у чоловіків).</p> <p>Антропометрія всім пацієнтам в рамках профілактичної діяльності мінімум 1 раз на рік із визначенням обхвату талії (ОТ), індексу маси тіла (ІМТ).</p> $IMT = \frac{\text{маса тіла(кг)}}{\text{зріст(м}^2\text{)}}$ <p>Пацієнтам з надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватись здорового харчування, обмежити енергетичну цінність їжі, збільшити рівень фізичної активності.</p>

**Додаток 6**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**«Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією»**

**«Пацієнт повинен разом з лікарем боротися з хворобою»**  
**Гіппократ**

Підвищення артеріального тиску – артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба) – виявляється у 25 % дорослого населення і належить до захворювань, які скорочують тривалість життя та призводять до інвалідності. Важливо знати, що на початкових стадіях артеріальна гіпертензія може **ніяк не проявлятися і не впливати на самопочуття**. Але підвищений артеріальний тиск запускає каскад патологічних змін в серці, судинах, нирках, сітківці ока, головному мозку, що призводить до виникнення головного болю, погіршення зору, пам'яті, сну, зниження розумової діяльності, розвитку інфаркту та інсульту. Сучасні наукові дослідження довели, що ці патологічні зміни можна попередити. Будьте уважними до себе. Якщо Ваш артеріальний тиск (АТ) перевищує 140/90 мм рт.ст. – прислухайтеся до порад лікаря, перегляньте Вашу життєву позицію. **Дуже важливо контролювати рівень АТ**. Підвищення АТ можна визначити лише при його вимірюванні. Не робить висновку щодо рівня АТ, орієнтуючись лише на своє самопочуття. Обов'язково придбайте тонометр, він Ваш незмінний помічник. Вибирайте моделі напівавтоматичні або автоматичні з манжеткою на плече, дотримуйтесь правил вимірювання тиску. Ваш АТ не повинен перевищувати рівень 140/90 мм рт.ст.

Заведіть щоденник самоконтролю АТ та занотуйте результати вимірювання. Тиск слід вимірювати 2 рази: ранком натщесерце до прийому лікарських засобів та увечері перед сном, за результатами вимірювання слід обчислити середнє арифметичне значення показника як суму вранішнього та вечірнього вимірювань, розділену на 2. В примітках Ви можете зазначити своє самопочуття, скарги, прийом медикаментів. **Препарати для лікування артеріальної гіпертензії потрібно приймати постійно**. Якщо Вам призначили препарати для лікування гіпертонічної хвороби, **не відмінуйте їх самостійно, не порадившись з лікарем**. Раптове припинення лікування може мати негативні наслідки для здоров'я та самопочуття.

**Не призначайте собі лікування самостійно, почувши телевізійну рекламу або за порадою рідних та друзів, які не мають відповідної освіти та досвіду лікування серцево-судинних захворювань**. Харчові добавки, магнітні браслети, різноманітні диски не замінюють лікування. Уникнути розвитку інфаркту та інсульту можна лише за допомогою фармакологічних препаратів, ефективність яких науково доведена.

Виконання порад лікаря щодо зміни способу життя: обмеження вживання деяких продуктів харчування, дотримання режиму фізичного навантаження, підтримання оптимальної маси тіла, відмова від тютюнопаління та прийом фармакологічних препаратів – єдиний шлях, який допоможе Вам уникнути розвитку таких серйозних ускладнень як інсульт та інфаркт міокарда.

**Паління тютюну – абсолютно доведений фактор ризику виникнення серцево-судинних захворювань**. Під впливом нікотину прискорюється пульс, виникає спазм судин і підвищується артеріальний тиск. Ішемічна хвороба серця в 4 рази частіше виникає у курців в порівнянні з тими, хто не палить. Порадьтеся з лікарем, як легше подолати цю звичку. Це дуже важливе рішення у Вашому житті!

**Порушення обміну холестерину та ліпідів** – основний фактор виникнення та прогресування атеросклерозу, який призводить до розвитку інфаркту та інсульту. **Визначте свій рівень холестерину в крові.** Загальний холестерин не повинен перевищувати 5,0 ммоль/л. Якщо лікар призначив Вам статини – препарати, які знижують рівень холестерину, необхідно виконувати його рекомендації. Прийом статинів відповідає вимогам міжнародних стандартів по лікуванню пацієнтів з цукровим діабетом, ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією.

**Цукровий діабет** значно прискорює розвиток серцево-судинних захворювань. У випадку, якщо Ви хворієте на цукровий діабет, оптимальним для Вас буде рівень артеріального тиску 130/80 мм рт.ст. та нижче, а рівень загального холестерину – менше 4,5 ммоль/л. Необхідно регулярно контролювати рівень глюкози у крові та виконувати рекомендації щодо режиму харчування, фізичних навантажень, підтримання оптимальної маси тіла. Зміна стилю життя допомагає багатьом пацієнтам з цукровим діабетом підтримувати оптимальний рівень глюкози у крові без додаткового прийому медикаментів.

**Слідкуйте за масою тіла** – розрахуйте свій індекс маси тіла: маса (в кг) розділити на зріст (в м) в квадраті. Норма <25. Якщо індекс маси перевищує 25 проаналізуйте Ваше харчування й фізичну активність, порадьтеся з лікарем й внесіть зміни в своє життя. Зверніть увагу на **обсяг своєї талії**. Якщо він перевищує 88 см у жінок і 102 см у чоловіків, то це вказує на абдомінальний тип ожиріння, який часто супроводжується прогресуванням гіпертонічної хвороби, розвитком цукрового діабету та ішемічної хвороби серця. Якщо Ви поставили собі за мету схуднути, пам'ятайте, що масу тіла потрібно зменшувати поступово. Краще схуднути на 5 кг за рік, ніж за місяць.

**Фізична активність** сприяє зменшенню артеріального тиску, нормалізації маси тіла, тренує серцево-судинну систему та м'язи, знімає стрес та психоемоційне напруження, покращує Ваш сон та самопочуття. Мета, до якої необхідно прагнути – 30 – 45 хв ходьби щодня або хоча б 5 разів на тиждень. **Обов'язково порадьтеся з лікарем про допустимий рівень навантажень.** Ізометричні навантаження з обтяженням (гирі, штанга, тренажери) підвищують АТ і повинні бути виключені. **Не зробіть собі шкоди!**

Намагайтесь дотримуватись достатньої за калорійністю та збалансованої за складом дієти кожного дня. Оптимальна калорійність Вашого щоденного раціону харчування відображається у стабільно нормальному індексі маси тіла. Якщо у Вас є зайві кілограми, калорійність дієти повинна бути зменшена. Порадьтеся з лікарем стосовно добової калорійності їжі та способів її контролю.

Щоденний набір продуктів повинен бути різноманітним, містити достатню кількість фруктів та овочів (рекомендована ВООЗ норма складає не менше 400 г на день) та продукти із цільних злаків. Слід вживати кожного дня знежирені молочні продукти. Намагайтесь споживати жирну морську рибу не менше, ніж 3 – 4 рази на тиждень.

Необхідно зменшити в раціоні кількість жирів тваринного походження, трансжирів, цукру, солодоців та продуктів, що містять багато холестерину. Нижче наведено **«Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування»**, які допоможуть Вам визначитись з раціоном харчування.

Не **досолойте** готові страви. Надлишок солі міститься у копчених виробах, м'ясних та рибних напівфабрикатах, консервах, тощо. Зменшення в раціоні солі знижує рівень систолічного АТ на 4 – 6 мм рт.ст. та діастолічного АТ на 2 – 3 мм рт.ст.



Нормалізуйте **режим харчування**: харчуйтеся частіше, але меншими порціями, рекомендується повноцінний сніданок та обід, а після 18.00 бажано зменшити вживання їжі та віддавати перевагу низькокалорійним продуктам.

Важливо знати, що надмірне вживання **алкоголю** сприяє підвищенню АТ. Допустимі дози для практично здорових чоловіків – не більше 20 мл на добу у перерахунку на етанол (для жінок – вдвічі менше).

**Психоемоційні перевантаження** негативно впливають на стан здоров'я. Дотримуйтеся режиму праці та відпочинку, подбайте про повноцінний сон. Не створюйте стресових ситуацій, не допускайте агресивної поведінки, роздратованості, негативних емоцій – це в першу чергу шкодить Вашому здоров'ю. Будьте доброзичливими, навчіться керувати своїми емоціями, частіше посміхайтесь. Спілкування з природою, домашніми тваринами, хобі допоможуть Вам підтримувати психологічну рівновагу. Якщо у Вас пригнічений настрій, порушення сну – зверніться до лікаря.

Зміна стилю життя вимагатиме від Вас повсякденних постійних зусиль. Ваші звички формувались протягом багатьох років, Ви не зможете позбавитись від них одразу. Ставте перед собою реалістичні цілі, ідіть до них крок за кроком, якщо щось не виходить – не кидайте, йдіть далі. **Тільки від Вас та Вашого ставлення до власного здоров'я залежить успіх у лікуванні гіпертонічної хвороби та профілактика її ускладнень.**

### Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування:

Категорії продуктів	Рекомендовані продукти та страви	Бажана кількість	Продукти обмеженого вибору	Продукти та страви, які слід уникати
Жири	Олії: оливкова, соняшникова, кукурудзяна, льняна.	До 1-2 столових ложок загалом на день	Вершкове масло не більше 20 г на добу, спреди.	Тваринні жири ( смалець, яловичий, баранячий жири, тверді маргарини), частково гідрогенізовані рослинні жири (трансжири).
М'ясо	Нежирна яловичина, кролик, індичка, курка без видимого жиру та шкірочки у відвареному вигляді.	1 порція на день, іноді 2 порції на день	Молода баранина, телятина, пісна свинина, пісна шинка, страви із м'ясною начинкою, варені ковбаси, сосиски.	Жирне м'ясо та птиця, паштети, копчені та сирокочені ковбасні вироби, смажені, копчені, мариновані м'ясні вироби.
Яйця	Яйця у стравах, білкові омлети.	2-3 яйця на тиждень	Яйця у відвареному вигляді.	Смажені, яєчня.
Риба та рибопродукти	Всі види риби, в тому числі жирна морська риба, приготовлена на пару, відварена.	1 порція (100г) на день	Запечена риба без шкірочки, заливна, мідії, омари, креветки, кальмари.	Смажена риба, копчена, солена риба, оселедець, ікра.
Молочні продукти	Молоко та кисломолочні продукти до 1 % жирності, йогурти з натуральними наповнювачами, нежирна сметана у страви, кисломолочний сир до 5 % жирності.	Кисломолочні напої – 1-2 порції на день, сир кисломолочний 70-100г на день	Знежирені сорти твердого сиру, сиркові десерти, ряжанка 2,5 % жирності.	Жирна сметана, глазуровані сирки, жирний солоний твердий сир, згущене молоко, вершки, жирні кисломолочні продукти.
Фрукти, ягоди	Свіжі ягоди та фрукти, соки по сезону, сушені, заморожені фрукти та ягоди, соки без додавання цукру.	Не менше 3 порцій на день	Солодкі сорти яблук, соки без додавання цукру.	Фрукти у сиропі, консервовані та мариновані фрукти, джеми, варення.
Овочі	Овочі по сезону у свіжому, відвареному вигляді, приготовлені на пару, картопля із шкірочкою, бобові, заморожені овочі, зелень.	Не менше 3 порцій на день	Консервовані овочі без використання оцту; овочі та картопля, присмажені на олії, вимочена квашена капуста.	Соління, мариновані овочі, смажені на тваринному жирі картопля та овочі, чіпси картопляні, картопля фрі.
Злакові	Хліб із житнього борошна та пшеничного борошна II гатунку, страви із цільнозернових видів круп (вівсяна, гречана, пшоняна), нешліфований рис, макаронні вироби (із твердих сортів пшениці, гречані), пісні хлібобулочні вироби, галетне печиво.	До 5 скибочок хліба на день та 1 – 2 порції каш (3 повних столових ложки) на день	Макаронні вироби із борошна вищого гатунку, солодкі каші, пісочні та бісквітні тістечка, здобні вироби, приготовлені на рекомендованих жирах.	Хлібобулочні вироби із борошна I гатунку, смажені пиріжки, кондитерські вироби з додаванням рослинних жирів, сухарики промислового виробництва.
Супи	Вегетаріанські овочеві та круп'яні супи.	1 порція на день	Супи на знежиреному бульйоні, рибні супи із нежирної риби.	Супи на кісткових та м'ясних бульйонах, супи-пюре.
Напої	Чай без цукру, німецька кава без кофеїну, мінеральна негазована вода.	В межах загальної кількості рідини на день	Алкогольні напої в перерахунку на 20 г алкоголю, солодкі та газовані напої.	Міцна кава, чай, кава з вершками, какао.
Десерти	Фруктові салати, фруктові несолодке морозиво, заморожені соки.	1 – 2 порції на день по сезону	Мед.	Вершкове морозиво, десерти з додавання цукру та вершків.
Кондитерські вироби	Лукум, нуга, карамельні цукерки, чорний шоколад.	До 30г на день	Мармелад, пастила, халва.	Ірис, кондитерські вироби з додавання вершкового масла та рослинних жирів, молочний шоколад.
Горіхи	Волоські, мигдаль, каштан, грецький горіх, кеш'ю, фундук, бразильський горіх.	1-2 цілісні горіхи на день	Фісташки, арахіс.	Солоні горіхи.
Приправи	Пряні трави.	У страви по сезону	Гірчиця, перець, соєвий соус, нежирні соуси на рекомендованих жирах.	Соуси на бульйонах, майонез.

**Медикаментозне лікування**

<b>Дата</b>	<b>Назва препарату</b>	<b>Доза, режим прийому</b>

**Щоденник самоконтролю АТ**

<b>Дата</b>	<b>Час вимірювання</b>	<b>АТ систолічний</b>	<b>АТ діастолічний</b>	<b>Пульс</b>	<b>Примітка</b>

**Продовжити, скільки потрібно**

**Додаток 7**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Вибір стратегії лікування**

1.	Пацієнти з АГ потребують щоденного лікування впродовж всього життя.
2.	Рішення про вибір стратегії лікування залежить від рівня систолічного та діастолічного АТ у пацієнта та сумарного серцево-судинного ризику.
3.	Всім пацієнтам рекомендують заходи немедикаментозної корекції: відмова від тютюнопаління, раціональне харчування, обмеження вживання солі та алкоголю, підтримання оптимальної маси тіла, достатнього рівня фізичного навантаження тощо.
4.	Медикаментозне лікування <b>обов'язково</b> призначається всім пацієнтам зі стабільно підвищеним АТ починаючи з рівня 160/100 мм.рт.ст.
5.	Медикаментозне лікування <b>обов'язково</b> призначається пацієнтам при рівні АТ менше 160/100 мм. рт.ст (АГ I ступеня), але з <b>високим і дуже високим ризиком</b> .
6.	Пацієнтам з АГ I ступеня (АТ менше 160/100 мм рт.ст.) з <b>низьким та помірним ризиком</b> лікування починають з призначення заходів немедикаментозної корекції. При їх неефективності – відсутності досягнення цільового рівня АТ упродовж декількох тижнів – заходи немедикаментозної корекції доповнюють призначенням лікарських засобів. Важливо враховувати, що кожен з заходів немедикаментозної корекції приводить до зменшення АТ на 3 – 4 мм рт.ст.
7.	Для стартової та підтримуючої антигіпертензивної терапії застосовуються тiazидні (tiazидоподібні) діуретики в низьких дозах, БКК, ІАПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину і β-блокатори (препарати I ряду). Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування.
8.	Пацієнтам, у яких рівень АТ перевищує 160/100 мм рт.ст., та пацієнтам з більш низьким рівнем АТ за наявності високого і дуже високого ризику, лікування бажано починати з комбінованої антигіпертензивної терапії.
9.	При неефективності двокомпонентної антигіпертензивної терапії необхідно додати 3 <sup>-й</sup> препарат. Один з препаратів у комбінації має бути діуретиком.
10.	При виборі лікарського засобу чи комбінації препаратів необхідно враховувати попередній досвід застосування у пацієнта препарату даного класу, ураження органів-мішеней, наявність клінічних проявів серцево-судинних захворювань, уражень нирок чи ЦД, можливість взаємодії з препаратами, які використовують для лікування супутньої патології у пацієнта, побічну дію препаратів, вартість препаратів.
11.	Необхідно надавати перевагу лікарським засобам, антигіпертензивний ефект яких триває більше 24 годин при прийомі 1 раз на добу.

**Додаток 8**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Комбінації антигіпертензивних препаратів, що довели свою ефективність**

1	тіазидний діуретик + ІАПФ*
2	тіазидний діуретик + БРА
3	БКК + інгібітор АПФ
4	БКК + БРА
5	ІАПФ (БРА) + АК(БКК)+ тіазидний діуретик

\*АПФ – ангіотензин-перетворюючий фермент.

**Додаток 9**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Антигіпертензивна терапія: препарати вибору у різних груп пацієнтів**

<b>Ураження органів мішеней</b>	
Гіпертрофія лівого шлуночка	БРА, ІАПФ, БКК
Початкові ознаки атеросклерозу	БКК, ІАПФ
Ураження нирок, а саме:	
Мікроальбумінурія	ІАПФ, БРА
Дисфункція нирок	ІАПФ, БРА
ХХН/протеїнурія	ІАПФ, БРА, петльові діуретики
<b>Асоційовані клінічні стани</b>	
Перенесений інсульт	Будь-які антигіпертензивні препарати
Перенесений інфаркт міокарда	ББ, ІАПФ, БРА
ІХС, Стенокардія	ББ, БКК
Хронічна серцева недостатність	Діуретики, ББ, ІАПФ, БРА, антагоністи альдостерона
Фібриляція передсердь пароксизмальна	ІАПФ, БРА
Фібриляція передсердь постійна	ББ, недігідропіридинові БКК
ХХН/протеїнурія	ІАПФ, БРА, петльові діуретики
Захворювання периферичних артерій	БКК
<b>Особливі клінічні ситуації</b>	
Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія (вік 60 років і старше)	БКК, діуретики
Артеріальна гіпертензія у осіб віком 60 років і старше	БРА, БКК, діуретики
Метаболічний синдром	БРА, ІАПФ, БКК
Цукровий діабет	БРА, ІАПФ
Вагітність	БКК, метилдопа, ББ

**Додаток 10**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Призначення статинів**

При відсутності протипоказань призначення статинів є <b>обов'язковим для таких категорій пацієнтів:</b>	АГ та встановлене серцево-судинним захворюванням; АГ та цукровий діабет; АГ та високий/дуже високий серцево-судинний ризик
При призначенні статинів потрібно проводити:	контроль рівня ЗХС та АЛТ через 3 – 4 тижні від початку прийому та після кожного підвищення дози. У разі перевищення верхньої межі активності ферментів в три рази статини відміняються; при появі скарг на біль у м'язах та/або слабкість – статини відміняються, необхідно визначити рівень креатинфосфокінази в крові.
Цільові рівні:	ЗХС < 4,5 ммоль/л; ХС ЛПНЩ < 2,5 ммоль/л

**Додаток 11**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Диспансерний нагляд пацієнтів з артеріальною гіпертензією**

Огляд сімейного лікаря	До досягнення цільового рівня АТ при призначенні антигіпертензивної терапії – двічі на місяць. Після досягнення цільового рівня АТ: в групі низького/середнього ризику – 1 раз на 6 місяців; в групі високого/дуже високого ризику – 1 раз на 3 місяці
Вимірювання АТ та моніторинг факторів ризику, дотримання виконання рекомендацій лікаря. Корекція рекомендацій та призначень	При кожному відвідуванні сімейного лікаря
Консультації невролога, офтальмолога	1 раз на рік
Лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, глюкоза, креатинін, загальний холестерин, АЛТ.	
ЕКГ	
ЕхоКГ, УЗД магістральних судин, УЗД нирок	1 раз на 3 роки
Санаторно-курортне лікування	Пропонувати щороку при відсутності протипоказань



**Додаток 12**  
до локального клінічного протоколу  
первинної медичної допомоги  
«Артеріальна гіпертензія»

**Показання до направлення на консультацію/госпіталізацію**

Клінічна ситуація	Консультація/ госпіталізація
<b>Ознаки можливої вторинної гіпертензії</b>	
Молодий вік пацієнта: будь-яка гіпертензія у пацієнта до 20 років; гіпертензія, що потребує медикаментозного лікування у пацієнта до 30 років. Раптовий початок гіпертензії або погіршення її перебігу.	_____ _____
Підвищення рівня креатиніну. Наявність протеїнурії та/або гематурії.	_____ _____
<b>Терапевтичні проблеми</b>	
Непереносимість багатьох препаратів Протипоказання до багатьох препаратів Резистентність до комбінації 3 <sup>х</sup> препаратів Небажання та/або неспроможність пацієнта до співпраці з лікарем. Бажання пацієнта отримати консультацію	_____ _____
<b>Особливі ситуації</b>	
Гіпертензія білого халату. Гіпертензія вагітних	_____ _____
<b>Необхідність термінової допомоги:</b>	
Злоякісна гіпертензія (висока гіпертензія з ознаками ретинопатії III – IV ступеня). Особливо висока гіпертензія (>220/120 мм рт.ст.). Ускладнення гіпертензії, що загрожують життю (ішемічна атака, лівошлуночкова недостатність, інфаркт міокарда, порушення ритму).	_____ _____

### Гіпертензивний криз

**Гіпертензивний криз (ГК)** – це раптове значне підвищення АТ від базового рівня (нормального або підвищеного), яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи. Гіпертензивні кризи, як ускладнені, так і неускладнені **потребують** надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів мішеней.

<b>Гіпертензивний криз</b>		
	<b>Неускладнений</b>	<b>Ускладнений</b>
<b>Дефініція</b>	Відсутні ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней. Можливі клінічні симптоми: – головний біль; – кардіалгія; – екстрасистолія; – розлади вегетативної нервової системи (тривожність, тремтіння, часте сечовиділення).	Ознаки гострого або прогресуючого порушення уражених органів-мішеней: інфаркт міокарда, інсульт, гостра недостатність лівого шлуночка, гостре розшарування аневризми, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизмальна тахікардія, фібриляція передсердь), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (в т.ч. післяопераційна, носова).
<b>Лікування</b>	Амбулаторне лікування. Зниження середнього АТ впродовж кількох годин орієнтовно на 25% упродовж першої години або до 160/100 мм рт.ст. Перевага надається препаратам для перорального прийому.	Термінова госпіталізація до відділення інтенсивної терапії. Зниження АТ впродовж години. Внутрішньовенне введення препаратів.

### Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтові з неускладненим гіпертензивним кризом

Основне завдання – попередити розвиток ускладнень.

8. **Забезпечити моніторинг АТ.**

9. **Заспокоїти пацієнта і пояснити тактику лікування (за необхідності – призначити седативні препарати).**

10. **Провести оцінку клінічного стану, в тому числі, ризик виникнення ускладнень, які загрожують життю, визначити причину підвищення АТ (уточнити, коли останній раз пацієнт приймав планові антигіпертензивні лікарські засоби).**

11. **Надати антигіпертензивні препарати (сублінгвально/ перорально).**

Лікар обирає препарат (чи комбінацію препаратів), орієнтуючись на стан пацієнта (вік, рівень АТ, ЧСС, наявність вегетативних розладів та супутньої патології), положення даного протокола та досвід пацієнта щодо використання антигіпертензивних препаратів. Зниження АТ при неускладненому гіпертензивному кризі проводиться упродовж годин/добы. АТ потрібно знизити до відносно безпечного рівня, швидкість зниження середнього АТ повинна становити не більше ніж 25% упродовж першої години. Для того, щоб уникнути надмірного зниження АТ, рекомендується починати лікування з низьких доз антигіпертензивних препаратів, при необхідності – повторити їх прийом через 1 – 2 години. Особливо обережно потрібно підходити до зниження АТ у пацієнтів з ознаками вираженого атеросклерозу, зокрема, пацієнтів старечого віку. У цієї категорії пацієнтів призначення БКК короткої дії (ніфедипіну) може призвести до розвитку нападу стенокардії внаслідок швидкої та вираженої гіпотензивної дії препарату та розвитку синдрому обкрадання. При необхідності призначення ніфедипіну його доцільно призначати у 1/2 – 1/3 стандартної дози в комбінації з пропранололом (при відсутності протипоказів).

12. **Важливо узгодити з пацієнтом дозу і час наступного прийому планових антигіпертензивних препаратів, щоб попередити підвищення АТ. У разі необхідності – провести корекцію планової терапії.**

13. При потребі – провести необхідні інструментальні та лабораторні дослідження: ЕКГ, офтальмоскопію очного дна тощо – для виявлення потенційно небезпечного ураження органів-мішеней та можливої причини кризового перебігу АГ.

14. При неможливості забезпечення моніторингу АТ та клінічних симптомів, пацієнт з гіпертензивним кризом підлягає госпіталізації.

Найбільш часті проблеми при наданні медичної допомоги пацієнтові з гіпертензивним кризом: пізня діагностика, неналежна оцінка симптомів, невчасне (занадто пізно) призначення терапії, що не дозволило уникнути ураження органів-мішеней, неправильний вибір препарату, неналежний моніторинг АТ та інших клінічних симптомів, **занадто швидке зниження АТ, що призвело до порушення перфузії внутрішніх органів.**

#### Лікарські засоби для лікування неускладнених ГК

Лікарський засіб	Доза та спосіб введення	Час дії	Побічні ефекти
Каптоприл	25 мг під язик або перорально, при необхідності – повторити через 90 – 120 хв. до 100 мг каптоприлу	Початок дії – 15 – 30 хв., максимум – 30 – 90 хв., тривалість – 4 – 6 годин	Гіпотензія у пацієнтів з ренін-залежною гіпертензією

Ніфедипін (таблетки/краплі) (+пропранолол 20 мг для попередження рефлекторної тахікардії)	5 – 10 мг під язик/ 5 крапель	Початок дії – 15 – 30 хв. Тривалість – до 6 годин	Головний біль, тахікардія, почервоніння обличчя
Клонідин	0,075 – 0,3 мг перорально	30 – 60 хв	Сухість в роті, сонливість. Протипоказаний при атріовентрикулярній блокаді
Пропранолол	20 – 40 мг сублінгвально	15 – 30 хв, тривалість – до 6 годин	Брадикардія, бронхообструкція
Фуросемід	40 мг перорально	30 – 60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Торасемід	10 – 20 мг перорально	30 – 60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Бендазол 1 % розчин	3 – 5 мл внутрішньовенно 4 – 8 мл внутрішньом'язово	10 – 30 хв	Більш ефективний у комбінації з іншими антигіпертензивними засобами

**НАПИСАННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ  
ПРИКЛАД № 3**

**ПОГОДЖЕНО**

Керівник структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевої державної адміністрації:

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ р.

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Головний лікар

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ р.

**Центр первинної медико-санітарної допомоги  
Амбулаторія загальної практики**

\_\_\_\_\_ (Назва закладу охорони здоров'я)

**Локальний протокол  
Туберкульоз**

**I ПАСПОРТНА ЧАСТИНА****1.1 Діагноз: Туберкульоз****1.2 Код МКХ-10: A15 – A19****1.3 Дата складання: \_\_\_\_\_****1.4 Дата перегляду: \_\_\_\_\_****1.5 Наказ по ЗОЗ щодо розробки локального протоколу****1.6 Члени робочої групи з розробки ЛПМД:****ШБ****ПОСАДА****1.7 Медико-технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол**

1. Наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 р. № 1091 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі».
2. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Туберкульоз» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та екстреної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
4. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
5. Наказ МОЗ України від 18 серпня 2010 р. № 684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз».

**СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

АТР	Алерген туберкульозний рекомбінантний
БЦЖ	Вакцина проти туберкульозу
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ДОТ	Безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЕКГ	Електрокардіограма
КСБ	Кислотостійкі бактерії
КТ	Комп'ютерна томографія
МБТ	Мікобактерія туберкульозу
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
ТБ	Туберкульоз
ТБ 01	Медична картка лікування хворого на туберкульоз ТБ 01 (ф № 081 – 1/о)
ТО	Туберкулінова одиниця
УЗД	Ультразвукове дослідження

ХП	Хіміопрофілактика
ХТ	Хіміотерапія

**1.8 Коротка епідеміологічна інформація** по району обслуговування амбулаторії: *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Загальна поширеність патології, поширеність серед окремих груп населення (віково-статевих та ін., фактори ризику тощо).*

**1.9 Коротка епідемічна інформація:** *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Якщо є особливості саме серед вашої громади – можна внести і цю інформацію.*

**1.10 Матеріально-технічне забезпечення**

**Оснащення:** відповідно до таблицю оснащення.

**Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):** ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол (передаються за Актом прийому-передачі у вигляді Індивідуальних місячних наборів з протитуберкульозних закладів).



## II ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

### 2.1 Організація надання медичної допомоги

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:

**Необхідні дії:**

- має чинний локальний протокол «Туберкульоз»;
- отримує інформовану згоду пацієнта;
- відстежує контакти в осередках ТБ;
- контролює правильність обчислення медсестрою індикаторів якості медичної допомоги (див. 3.8);
- проводить диспансерний нагляд за пацієнтами з туберкульозом, заповнює форму № 30/о (Контрольна карта диспансерного нагляду) на цю категорію пацієнтів.

**Бажані дії:**

- знає основи інфекційного контролю за поширенням туберкульозу;
- пацієнтам, які кашляють понад 2 тижні, при первинному огляді пропонувати вдягати медичну (хірургічну) маску;
- огляд пацієнтів з підозрою на мультирезистентний ТБ проводити в респіраторі.

Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_:

**Необхідні дії:**

- слідкує за наявністю достатньої кількості друкованих матеріалів (інформовані згоди пацієнта, направлення, скринінгові анкети тощо);
- допомагає пацієнту ознайомитися зі змістом інформованої згоди; отримує від пацієнта інформовану згоду;
- веде список пацієнтів з ТБ для проведення диспансерного нагляду та список контактних осіб з осередків хворих на відкриті форми туберкульозу. Список включає наступну інформацію: ПІБ, дату народження (у форматі дд.мм.рррр.), адресу реєстрації та проживання, контактний телефон, діагноз відповідно до останнього формулювання, примітки (додаткова інформація);
- обчислює індикатори якості медичної допомоги (див. 3.8);
- викликає на огляд пацієнтів з диспансерної групи за вказівкою лікаря.

**Бажані дії:**

- знає основи інфекційного контролю за поширенням туберкульозу;
- пацієнтам, які кашляють понад 2 тижні, при первинному огляді пропонувати вдягати медичну (хірургічну) маску;
- огляд пацієнтів з підозрою на мультирезистентний ТБ проводити в респіраторі.

**Таблиця 1**

#### Координати спеціалістів

Спеціаліст	ПІБ	Адреса	Години прийому	Примітки
Ендокринолог				
Імунолог				
Кардіоревматолог				
Невролог				
Нефролог				
Офтальмолог				
Пульмонолог				

Спеціаліст	ПІБ	Адреса	Години прийому	Примітки
Терапевт				
Фтизіатр				

Таблиця 2

### Координати ключових пунктів надання медичної допомоги

Назва центру	Адреса, телефон	Години прийому	Примітки
Біохімічна лабораторія			
Бактеріологічна лабораторія			
Кабінет ЕКГ			
Кабінет УЗД-діагностики			
Клінічна лабораторія			
Маніпуляційний кабінет			
Невідкладна допомога			
Районна лікарня			
Рентгенкабінет			
Стационар			
Тубкабінет			
Фізкабінет			

#### 2.2 Первинна профілактика

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:

- проводить санітарно-просвітницьку роботу серед громади щодо профілактики, виявлення та лікування туберкульозу; роз'яснює про необхідність в проведенні щеплень БЦЖ;
- проводить роз'яснювальні бесіди з вагітними в третьому триместрі щодо необхідності своєчасного щеплення немовлят від ТБ;
- виявляє осіб, з симптомами, що потребують обстеження на ТБ;
- формує та щорічно переглядає групи ризику щодо розвитку туберкульозу (див. Табл. 4, 6);
- пацієнтів з груп ризику (див. Табл. 4) не рідше одного разу на рік направляє на флюорографію;
- планує проведення щеплень БЦЖ;

Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_:

- проводить серед громади санітарно-просвітницьку роботу щодо туберкульозу; роз'яснює про необхідність в проведенні щеплень БЦЖ;
- проводить роз'яснювальні бесіди з вагітними в третьому триместрі щодо необхідності своєчасного щеплення немовлят від ТБ;
- проводить щеплення БЦЖ відповідно до призначень лікаря;
- вносить записи в медичну документацію про проведені маніпуляції;
- в дошкільному навчальному закладі № \_\_\_\_\_ в другій половині вересня поточного року проводить туберкулінодіагностику.

#### 2.3 Діагностика

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:

- збирає скарги, анамнез та проводить клінічний огляд (див. 3.3.1);
- проводить анкетування пацієнтів з підозрою на туберкульоз;
- направляє на рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини пацієнтів з бронхо-легенево-плевральним (насамперед, кашлем) чи інтоксикаційним синдромом;
- направляє на бактеріологічні методи обстеження пацієнтів з бронхо-легенево-плевральним (насамперед, кашлем) чи інтоксикаційним синдромом; пацієнтів з рентгенологічно підтвердженими змінами в легенях (за умови відсутності даних змін на попередніх знімках);
- проводить оцінку (інтерпретацію) інструментальних, алергологічних та бактеріологічних методів обстежень;
- пацієнтів з підозрою на туберкульоз обстежує на ВІЛ;
- протягом доби особисто зв'язується з дільничним фтизіатром (у разі виявлення КСБ в мокротинні пацієнта) та узгоджує свої дії; дає вказівку медсестрі забезпечити зв'язок із пацієнтом протягом дня; інформує пацієнта про результати аналізу та роз'яснює необхідність ізоляції;
- пацієнтам, з негативним мазком мокротиння на КСБ, призначає неспецифічну антибактеріальну терапію (не застосовуючи фторхінолони та аміноглікозиди); у разі відсутності позитивної клініко-рентгенологічної динаміки протягом 14 діб – направляє пацієнта на консультацію до фтизіатра;
- планує та проводить туберкулінодіагностику;
- проводить диференційну діагностику;
- виставляє діагноз;
- у випадку неможливості проведення якогось із методів діагностики пацієнт направляється до \_\_\_\_\_.
- направляє пацієнтів до фтизіатра (див. 3.4).

Таблиця 3

### Місця проведення лабораторних обстежень

Вид обстеження	Місце проведення	Примітка
ЗАК	В каб. № _____	
ЗАС	В каб. № _____	
Тестування на ВІЛ		
Бактеріоскопія на КСБ		

#### Медична сестра ШБ \_\_\_\_\_ :

- виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря;
- пояснює пацієнту правила збирання мокротиння; за вказівкою лікаря контролює процес збору мокротиння пацієнтом; заповнює бланк направлення (ТБ-05);
- відслідковує процес доставки мокротиння до лабораторії, інформує про це лікаря;
- разом з лікарем планує туберкулінодіагностику;
- запрошує пацієнтів на прийом за вказівкою лікаря;
- веде картотеку осіб з груп медичного та соціального ризику захворювання на ТБ (уточнює персональний склад за результатами перепису, виписує запрошення на огляд та обстеження, вносить дані щодо їх результатів, складає відповідні квартальні та річні звіти) (див. Табл. 4,6);
- раз на рік проводить анкетування приписного населення що (див. Додаток 1);
- в кінці робочої зміни забирає з \_\_\_\_\_ результати обстеження пацієнтів;

- щодня інформує лікаря про зміни (якщо вони є) в роботі ключових пунктів надання медичної допомоги;
- якщо пацієнт протягом 3 днів не з'явився на прийом, повідомляє про такий випадок дільничного (міського/районного) фтизіатра та/або призначеного хворому куратора.

## 2.4 Лікування

**Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:**

- контролює ДОТ-лікування;
- попереджає про негативні наслідки для здоров'я хворого при недотриманні ним рекомендацій лікаря;
- моніторує появу побічних реакцій;
- пропонує обстеження на ВІЛ всім, хто проходить ДОТ-лікування та не обстежений на ВІЛ;
- впродовж лікування направляє пацієнта на консультацію фтизіатра у строки, що визначені фтизіатром;
- після завершення ДОТ-лікування направляє пацієнта до фтизіатра і передає йому форму ТБ 01;
- використовує наступні форми втручання з метою покращення дотримання режиму лікування ТБ, якщо пацієнт його порушує:
  - листи-нагадування;
  - медично-просвітні консультації;
  - бесіда, орієнтована на пацієнта, та інформаційно-освітній буклет;
  - відвідування вдома;
  - щоденник пацієнта;
  - допомога або поради щодо того, як отримувати соціальну допомогу, житлові та соціальні послуги.
- сприяє виконанню пацієнтом призначень фтизіатра.

**Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_:**

- в останній четвер місяця отримує від фтизіатра необхідні лікарські засоби (для ДОТ-лікування пацієнтів) на місяць та індивідуальні карти обліку хворого (ТБ 01);
- зберігає у належних умовах лікарські засоби, що були отримані від фтизіатра;
- робить відмітки у карті ТБ 01;
- якщо пацієнт протягом 2 – 3 днів не з'явився на прийом, вживає заходів для розшуку пацієнта, повідомляє про це сімейного лікаря.

## 2.5 Диспансерний нагляд

**Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:**

- проводить хіміопрофілактику пацієнтам з ТБ в анамнезі, якщо їм планується призначення імуносупресивної терапії (глюкокортикостероїдів у високих дозах на тривалий час, цитостатиків, інгібіторів фактору некрозу пухлин);
- організовує консультації фтизіатра для вирішення питання щодо призначення ХП ТБ у разі необхідності;
- спостерігає за дітьми з груп ризику: з контактів, з латентною туберкульозною інфекцією та залишковими змінами ТБ: з малими залишковими змінами ТБ

спостерігаються до 3-х років, з великими залишковими змінами ТБ – до 18-ти років. При виникненні додаткових факторів ризику дитина скеровується до фтизіатра для обстеження та призначення превентивного лікування.

**Медична сестра ПБ \_\_\_\_\_:**

- заповнює контрольні карти диспансерного нагляду;
- веде картотеку контрольних карт диспансерного нагляду (форма № 030/о);
- відповідно до призначень лікаря запрошує пацієнтів на прийом; запрошує за три доби до рекомендованого огляду;
- заповнює довідки для одержання путівки (форма № 070/о) на санаторно-курортне лікування за призначенням лікаря;
- заповнює санаторно-курортні карти (форма № 072/о);
- виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря.

### III. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

#### 3.1 Організація надання медичної допомоги

Лікар, який надає первинну медичну допомогу, з метою виконання вимог УКПМД «Туберкульоз» співпрацює з фтизіатром \_\_\_\_\_; займається профілактикою туберкульозу; наглядає пацієнтів з груп ризику щодо розвитку туберкульозу; проводить обстеження, що включає збір анамнезу, клінічне, лабораторне, алергологічне та інструментальне обстеження; контролює призначене фтизіатром лікування; відслідковує появу побічних реакцій та проводить їх корекцію в межах своєї компетенції.

#### 3.2 Профілактика

Профілактика полягає у проведенні санітарно-просвітницької роботи серед громади щодо туберкульозу, сринінгових методах обстеження (флюорографія та туберкулінодіагностика) та щепленні від туберкульозу.

#### 3.3 Діагностика

Особам з підозрою на туберкульоз виставляється попередній діагноз «Туберкульоз?» і проводиться подальше обстеження з метою виключення чи підтвердження діагнозу.

Діагностика включає збір анамнезу та клінічний огляд, інструментальні, бактеріологічні та алергологічні методи обстеження, консультацію фтизіатра.

Медикаментозна резистентність визначається в спеціалізованих протитуберкульозних закладах третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

##### 3.3.1 Скарги, анамнез та клінічний огляд

Скарги пацієнти з туберкульозом можуть свідчити про наявність у них бронхо-легенево-плеврального синдрому (насамперед, кашель) та/чи інтоксикаційного.

Анамнез збирається з огляду на прями (є відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні або хворих на ТБ тварин) та непрямі (наявність осіб, що кашляють; наявність у родині осіб із хронічними бронхо-легеневими захворюваннями; випадків смерті від легеневого захворювання; літніх людей із залишковими посттуберкульозними змінами; осіб, звільнених з місць позбавлення волі, осіб, що страждають на алкоголізм, наркоманію; осіб, які тимчасово проживають у родині, з регіонів неблагополучних щодо ТБ) ознаки захворювання на туберкульоз. Обов'язковим є врахування факторів та груп ризику щодо розвитку туберкульозу (див. Табл. 4 – 6).

**Таблиця 4**

#### Групи ризику щодо розвитку туберкульозу

Соціальні групи ризику	Медичні групи ризику
Особи без визначеного місця проживання	Пацієнти з цукровим діабетом
Особи, які звільнились з установ пенітенціарної системи	Пацієнти, які постійно приймають системні глюкокортикоїди, цитостатики
Особи, які перебувають на обліку в органах внутрішніх справ як раніше засуджені та піднаглядні.	Пацієнти з професійними захворюваннями легень
Мігранти, біженці, переселенці	ВІЛ-інфіковані
Особи, які реєструються в державній службі зайнятості, як	Пацієнти з обструктивними захворюваннями легень.

<b>Соціальні групи ризику</b>	<b>Медичні групи ризику</b>
такі, що шукають роботу і безробітні. Члени малозабезпечених сімей, які перебувають на обліку в управліннях праці та соціального захисту	Пацієнти з пневмоніями, що багаторазово повторюються. Пацієнти, які перенесли ексудативний плеврит протягом року
	Особи, які перебувають під наглядом наркологічних закладів. Особи, які перебувають на обліку в протитуберкульозних закладах. Особи, які контактують з хворими на ТБ (контакти сімейні, професійні, нозокоміальні, пенітенціарні, в слідчих ізоляторах)

Таблиця 5

### Фактори ризику, що сприяють розвитку туберкульозного процесу у дітей

<b>Епідеміологічні (специфічні)</b>
контакт із хворою на ТБ людиною (тісний сімейний, квартирний, випадковий); контакт із хворою на ТБ твариною; вживання продуктів від хворих на ТБ тварин; гостропрогресуючий перебіг ТБ у джерела інфекції; наявність у джерела інфекції стійкості МБТ до протитуберкульозних препаратів
<b>Медико-біологічні (специфічні)</b>
ранній період інфікування МБТ; відсутність вакцинації проти ТБ; спадковість щодо ТБ (випадки ТБ у кровних родичів)
<b>Медико-біологічні (неспецифічні)</b>
супутня патологія – хронічні та рецидивуючі захворювання органів дихання, бронхіальна астма, алергічні дерматити, хронічний гепатит, цукровий діабет, анемії, психоневрологічна патологія, виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки, колагенози, інфекції сечовивідних шляхів та ін.; часті гострі респіраторні інфекції в анамнезі, так звана група часто хворіючих дітей; ВІЛ-інфекція; імунодефіцитні стани (первинні та вторинні), прийом препаратів з імунодепресивною дією
<b>Віково-статеві (неспецифічні):</b>
вік від 0 до 3 років; препубертатний і підлітковий вік (від 13 до 17 років)
<b>Соціальні (неспецифічні)</b>
алкоголізм батьків, наркоманія у батьків; шкідливі звички у дітей; перебування батьків у місцях позбавлення волі, безробіття батьків; безпритульність дітей та підлітків, перебування дітей у дитячих притулках, дитячих будинках, соціальних центрах тощо, позбавлення батьків батьківських прав; багатодітність; низький рівень матеріального забезпечення родини; мігранти, біженці

Таблиця 6

### Групи ризику щодо захворювання на туберкульоз у дітей (<18 років)

1. Встановлений факт «віражу» за результатами проби Манту.
--

2. Наростанням розмірів папули на пробу Манту з 2 ТО на 6 мм/рік і більше, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ.
3. Гіперергічна реакція на туберкулін, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ.
4. Монотонна чутливість (монотонно-позитивні проби Манту) до туберкуліну в поєднанні з двома та більше неспецифічними факторами ризику щодо захворювання на ТБ.
5. Поступове наростання чутливості до туберкуліну протягом декількох років, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ.
6. Позитивна або сумнівна реакція проби з АТР (у разі її застосування).
7. Прийом цитостатичних, глюкокортикоїдних препаратів, імунодепресантів протягом місяця та більше.
8. Нещеплені БЦЖ.
9. Встановлено контакт із хворою на ТБ людиною або твариною.
10. Хронічні захворювання різних органів і систем
11. ВІЛ або з перинатальний контакт щодо ВІЛ.
12. Соціальні фактори ризику.

Клінічний огляд включає збирання скарг, фізикальне обстеження (огляд, перкусія, пальпація та аускультация) та анкетування (див. Додаток 1). У пацієнтів можуть бути скарги, що свідчать на користь інтоксикаційного та/чи бронхо-легенево-плеврального синдрому.

Симптоми, що вказують на обов'язковість обстеження на ТБ: продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад 2 тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітніння вночі, кровохаркання, біль в грудній клітці, поліаденія.

### 3.3.2 Інструментальні методи

Одним із основних скринінгових методів діагностики туберкульозу є флюорографічне обстеження. Дане обстеження проводиться в рамках профілактичних оглядів, що визначаються іншими чинними медико-технологічними документами.

Флюорографічне обстеження не проводиться дітям молодше 15 років та вагітним. Повторне флюорографічне обстеження підліткам призначається у 17 років.

**Таблиця 7**

#### **Дії лікаря в залежності від даних флюоро- чи рентгенографії**

<b>Зміни на рентгензнімку</b>	<b>Дії лікаря</b>
Вогнища ущільнення, кальцинати в легенях або внутрішньо грудних лімфатичних вузлах	Порівняти з попереднім знімком. В разі різниці між знінками, направити пацієнта до фтизіатра
Порожнини, вогнища десимінації, збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів	Направити до фтизіатра
Інфільтрація	Направити пацієнта на дослідження мокротиння на КСБ. В разі виявлення КСБ, направити пацієнта до фтизіатра.
Без патології	Провести з пацієнтом бесіду щодо



	необхідності проведення регулярної флюорографії
--	---

Якщо до лікаря звертається пацієнт зі скаргами, що вказують на бронхо-легенево-плевральний (насамперед, кашель) та/чи інтоксикаційний синдром, то таким пацієнтам потрібно проводити рентгенографію органів грудної клітки в двох проекціях (передня та бічна).

### 3.3.3 Алергологічні методи

Алергологічні проби також належать до скринінгових методів діагностики.

Однією із таких проб є туберкулінодіагностика. Проведення та інтерпретація цієї проби регламентується іншим чинним медико-технологічним документом (Інструкція про застосування туберкулінових проб).

Дітям до 4-х років та старше 14 років туберкулінодіагностика проводиться за бажанням батьків.

Туберкулінодіагностика проводиться в групах ризику щодо захворювання на туберкульоз та за епіпоказаннями.

### 3.3.4 Бактеріологічні методи

Бактеріологічні методи діагностики туберкульозу включають бактеріоскопію мазків мокротиння та культуральні методи дослідження. Дані методи повинні застосовуватися до початку хіміотерапії. Бактеріоскопія проводиться двократно (інтервал до однієї доби) в бактеріологічній лабораторії.

Бактеріоскопія простий та доступний метод, що допомагає визначити наявність кислотостійких бактерій в мазку. Забір матеріалу та приготування мазків для бактеріоскопії проводиться відповідно до Додатку 2.

Культуральний метод менш доступний та вимагає набагато більше часу (до декількох місяців). Але цей метод має вирішальне значення в диференційній діагностиці *M.tuberculosis* від інших кислотостійких сапрофітів.

Для інформативності аналізу слід використовувати спонтанно отримане мокротиння; в іншому разі слід використовувати індукцію мокротиння, а в разі неможливості проведення останньої пацієнт направляється до \_\_\_\_\_ для проведення бронхоальвеолярного лаважу. У дітей, які не можуть відхаркати мокротиння, застосовується індукція мокротиння за умови можливості її безпечного проведення; в іншому випадку беруться шлункові змиви.

Показання до проведення бактеріологічного дослідження: наявність бронхо-легенево-плеврального (насамперед, наявність кашлю) та інтоксикаційного синдрому, дані променевих методів обстеження, що можуть свідчити про ТБ.

### 3.4 Направлення до фтизіатра

На консультацію до фтизіатра направляються:

- 1) діти з груп ризику щодо захворювання на туберкульоз (див. Табл. 6);
- 2) діти з ускладненнями після щеплення БЦЖ;
- 3) пацієнти із симптомами, схожими на ТБ;
- 4) пацієнти з позитивним результатом бактеріологічного обстеження;
- 5) пацієнти за результатами променевих методів діагностики (див. Табл. 7);
- 6) пацієнти, у яких виникли побічні реакції впродовж лікування;

7) пацієнти з іншими обґрунтованими показаннями.

### 3.5 Ведення новонароджених із вогнищ туберкульозної інфекції

Велике значення має запобігання захворюванню на ТБ дітей раннього віку, оскільки ТБ у них має тенденцію до прогресуючого перебігу, генералізації інфекції з розвитком менінгіту, міліарного ТБ.

Вагітна, що хвора на ТБ, спостерігається у фтизіатра, а з приводу ведення вагітності – у акушера-гінеколога. Лікування туберкульозу отримує відповідно до призначень фтизіатра.

Дитина після народження ізолюється від хворого на ТБ (матері чи будь-кого з членів сім'ї) на період не менше 2-х місяців від проведення дитині щеплення БЦЖ (період формування специфічного імунітету). З цією метою новонародженого або виписують додому (до родичів), або госпіталізують у \_\_\_\_\_ відділення. Про відповідні заходи інформують службу у справах дітей (\_\_\_\_\_) рекомендованим листом впродовж доби, фтизіатра інформують по телефону (\_\_\_\_\_) впродовж доби. Вся інформація фіксується в медичній документації. Ізоляція закінчується від моменту отримання дозволу від фтизіатра. Хворий член сім'ї госпіталізується та роз'єднується з дитиною до одужання. Якщо до моменту виписки дитини з пологового будинку хворий родич вже госпіталізований у протитуберкульозний заклад (ізольований), у квартирі проводиться заключна дезінфекція і хіміопротекція новонародженої дитини не призначається.

З народження дитина перебуває на штучному вигодовуванні. Питання корекції вигодовування вирішуються спільно з педіатром.

Щеплення дитини проти ТБ відбувається відповідно до чинного календаря профілактичних щеплень в Україні.

Перед випискою дитини додому сімейний лікар надає довідку в пологовий будинок про факт обстеження майбутнього оточення дитини та проведення дезінфекції всіх приміщень.

У разі контакту не щепленої проти туберкульозу дитини з хворим на туберкульоз (наприклад, народження дитини поза пологовим будинком та ін.) щеплення дитині не проводиться; фтизіатром призначається дитині хіміопротекція на 2 місяці і тільки після цього проводиться щеплення БЦЖ відповідно до чинного календаря профілактичних щеплень в Україні.

Якщо ТБ у матері новонародженого встановлений після щеплення новонародженого проти ТБ, профілактичне лікування дитині проводиться незалежно від часу щеплення.

Випадки, що не підпадають під вищеперераховане вирішуються спільно з фтизіатром.

### 3.6 Лікування

Лікування призначається фтизіатром.

Одним із етапів лікування туберкульозу є ДОТ-лікування (регулярний прийом пацієнтом протитуберкульозних препаратів в присутності медичного персоналу). Мета цього лікування полягає в контролі над дотриманням пацієнтом регулярності прийому лікарських засобів.

Лікарські засоби приймаються пацієнтом в присутності медперсоналу з регулярністю, що визначена фтизіатром. Інформація про кожний прийом ліків вноситься медпрацівником, котрий контролював прийом, до форми ТБ-01.

Впродовж лікування можуть виникати побічні реакції, що фіксуються в медичній документації відповідно до інших чинних медико-технологічних документів. Пацієнти, у яких виникли побічні реакції направляються на консультацію до фтизіатра.

Лікарські засоби для лікування туберкульозу та індивідуальні карти обліку хворого (ТБ 01) отримуються у фтизіатра.

Якщо пацієнт протягом трьох днів не з'являється з метою отримання ДОТ-лікування, медсестра вживає заходи розшуку пацієнта (телефонує, активно відвідує), повідомляє про це сімейного лікаря, а він, в свою чергу, інформує фтизіатра.

### **3.6.1 Превентивна хіміотерапія**

#### **Організація превентивної хіміотерапії**

Превентивна ХТ – метод специфічного лікування протитуберкульозними препаратами з метою запобігання інфікуванню МБТ, розвитку органного ТБ та рецидиву захворювання.

Прийом протитуберкульозних препаратів забезпечує пригнічення розмноження МБТ і зниження мікробної популяції, що перешкоджає розвитку захворювання.

Своєчасне та якісне проведення превентивного лікування дає змогу знизити захворюваність у 5 – 7 разів. У випадку розвитку захворювання воно має більш легкий перебіг порівняно з групою осіб, що не одержували превентивного лікування.

Ефективність профілактичних заходів залежить від поєднання специфічних та неспецифічних методів профілактики ТБ (щеплення БЦЖ, превентивна ХТ, санітарна профілактика у вогнищах ТБ, проведення комплексу загальнооздоровчих заходів, інформаційно-освітня робота, прихильність дітей та батьків до проведення профілактичних заходів).

**Мета застосування превентивної хіміотерапії:** запобігти розвитку захворювання серед осіб із груп ризику. Розрізняють первинну і вторинну превентивну ХТ.

Первинна превентивна ХТ застосовується у туберкулінонегативних (за пробою Манту чи АТР) осіб із вогнищ туберкульозної інфекції. Завданням такого запобіжного прийому протитуберкульозних препаратів є пригнічення туберкульозної інфекції навіть в інкубаційному періоді, тобто захист не тільки від захворювання, але й від інфікування МБТ.

Вторинна превентивна ХТ застосовується у осіб, інфікованих МБТ, знижує захворюваність на ТБ і чутливість до туберкуліну (за результатами проби Манту чи проби з АТР), впливаючи як на пригнічення екзогенної суперінфекції, так і на запобігання активізації ендогенної інфекції. Показання для проведення вторинної превентивної ХТ дещо ширші. Вона проводиться особам, інфікованим МБТ, а також особам, які перенесли в минулому ТБ при наявності у них додаткових факторів ризику.

#### **Показання для проведення превентивної хіміотерапії**

1. Діти, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, віком до 6 років з числа контактних осіб.
2. Особи, інфіковані водночас мікобактеріями туберкульозу та ВІЛ.
3. Інші особи, інфіковані МБТ, з числа контактних осіб за наявності медичних показань.

Рішення про наявність медичних показань для проведення ХТ особам, інфікованим МБТ, приймається лікарем-фтизіатром.

#### **Заходи щодо проведення превентивного лікування**

1. Перед початком превентивного лікування пацієнт проходить клініко-рентгенологічне та лабораторне обстеження з метою уточнення діагнозу та виключення вперше виявленого органного ТБ і залишкових змін.

Обов'язковий комплекс обстеження включає: проведення проби Манту з 2ТО з урахуванням її попередніх результатів у дитини (у разі доступності та за потреби – проби з АТР), загальне клінічне обстеження, оглядову рентгенографію органів грудної клітки (за показаннями томографію). Дітям із вираженою туберкуліною чутливістю за результатами проби Манту (позитивною пробою з АТР) показано проведення КТ органів грудної клітки.

За показаннями проводяться інші дослідження для виключення позалегенового ТБ.

2. При виявленні у дитини, віражу туберкулінових реакцій, гіперергії та наростання туберкулінової чутливості за результатами проби Манту (позитивної або сумнівної проби з АТР) необхідне обстеження всіх членів родини на ТБ.
3. Схеми ХТ, тривалість курсу лікування та кількість курсів превентивної ХТ призначається фтизіатром.
4. Обстеження в процесі превентивного лікування:
  - клінічний моніторинг за переносимістю протитуберкульозних препаратів та станом дитини здійснюється не рідше ніж 1 раз на тиждень або після пред'явлення скарг; вимірювання ваги пацієнта – перед початком лікування та після його закінчення;
  - лабораторне обстеження – 1 раз на місяць: ЗАК та ЗАС; біохімічний аналіз крові для дослідження функції печінки та нирок;
  - при прийомі етамбутолу – консультація окуліста 1 раз на місяць.

За клінічними показаннями обстеження проводиться частіше, в т.ч. із застосуванням додаткових досліджень.

5. Для профілактики побічних реакцій у процесі лікування застосовуються патогенетичні препарати з урахуванням віку дитини: вітамін В6, гепатопротектори.
6. У випадку розвитку побічної дії проводиться корекція терапії та лікування ускладнень. За показаннями – консультація спеціалістів відповідного профілю (гастроентеролог, алерголог, окуліст та ін.).
7. Превентивне лікування повинно бути контрольованим (під контролем лікаря або медичної сестри).
8. Основним критерієм ефективності лікування є відсутність випадків захворювання на ТБ протягом 2 років після закінчення превентивної ХТ (термін найбільш небезпечний щодо розвитку ТБ).

### **3.7 Диспансерний нагляд**

Диспансерний нагляд здійснюється фтизіатром.

### **3.8 Індикатори якості медичної допомоги**

*Інформацію щодо індикаторів та їхнього обчислення навести з розділу «А.5 КЛІНІЧНІ ІНДИКАТОРИ» УКПМД «Туберкульоз», затвердженого наказом МОЗ України від 21 грудня 2012 року №1091.*

## IV. ДОДАТКИ

## Додаток 1

до локального протоколу первинної медичної допомоги «Туберкульоз»

**Скринінгова анкета для виявлення людей,  
що потребують обстеження на туберкульоз**

Шановний відвідувач, у зв'язку з епідемією туберкульозу в Україні МОЗ вжито заходів для покращання виявлення цього захворювання. Туберкульоз є одним з найбільш небезпечних захворювань, яке проявляється серйозними симптомами пізно, коли вже завдано значної шкоди здоров'ю. Тому ми пропонуємо Вам заповнити анкету, яка дозволить виявити захворювання на ранніх стадіях, що дасть змогу більш ефективно його лікувати.

№ пор.	Запитання	Так	Ні
1.	Чи є у Вас кашель або покашлювання більше 2-х тижнів?		
2.	Чи помітили Ви останнім часом підвищену втомлюваність та слабкість?		
3.	Чи є у Вас підвищена пітливість, особливо вночі?		
4.	Чи зменшилась вага Вашого тіла з невизначених причин?		
5.	Чи є у Вас протягом останнього часу підвищення температури тіла, має значення навіть незначне підвищення – до 37 – 37,2°C?		
6.	Чи є у Вас задишка при незначному фізичному навантаженні?		
7.	Чи турбує Вас іноді біль в грудній клітині?		
8.	Чи мали Ви контакт з хворим на туберкульоз протягом останніх 6 <sup>-ти</sup> місяців?		
9.	Чи маєте Ви хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту, діабет або інше захворювання, що призводить до зниження імунітету?		
10.	Чи мали Ви протягом останніх 3 <sup>-х</sup> місяців серйозний стрес (смерть близької людини, розлучення, втрата роботи, тощо)		

Відповідь «так» на більше ніж три запитання та відповідь «так» на хоча б одне з перших 8<sup>-ми</sup> запитань не означає, що Ви маєте туберкульоз, але означає, що Вам необхідно обстежитись на туберкульоз негайно, тому що немає жодної поважної причини для відмови від здоров'я та життя.

**Правила забору мокротиння для дослідження методом мікроскопії**

1. Мокротиння збирається у стерильні (бажано одноразові пластикові) контейнери із широким гирлом та кришкою, що закручується.
2. Мокротиння збирається на відкритому повітрі або у спеціальному приміщенні для збору мокротиння (тільки за умови його оснащення примусовою вентиляцією з 6-кратним обміном повітря на годину), бажано рано вранці.
3. Перший аналіз мокротиння пацієнт збирає та здає при відвідуванні лікувального закладу.
4. Пацієнту видається контейнер додому (для здачі другого аналізу), щоб він зібрав мокротиння вранці.
5. Другий аналіз мокротиння, зібраного вранці, пацієнт приносить із дому.

Якісні мазки мокротиння отримують із матеріалу, який доставляється в лабораторію зразу ж після його збирання. Зібраний матеріал до доставки в лабораторію повинен зберігатися в умовах холодильника. Період зберігання разом з транспортуванням мокротиння в лабораторію не повинен перевищувати 3 – 4 дні. Більш тривале зберігання не рекомендується, оскільки вірогідність отримання вірного результату значно знижується.

## Категорії та групи спостереження

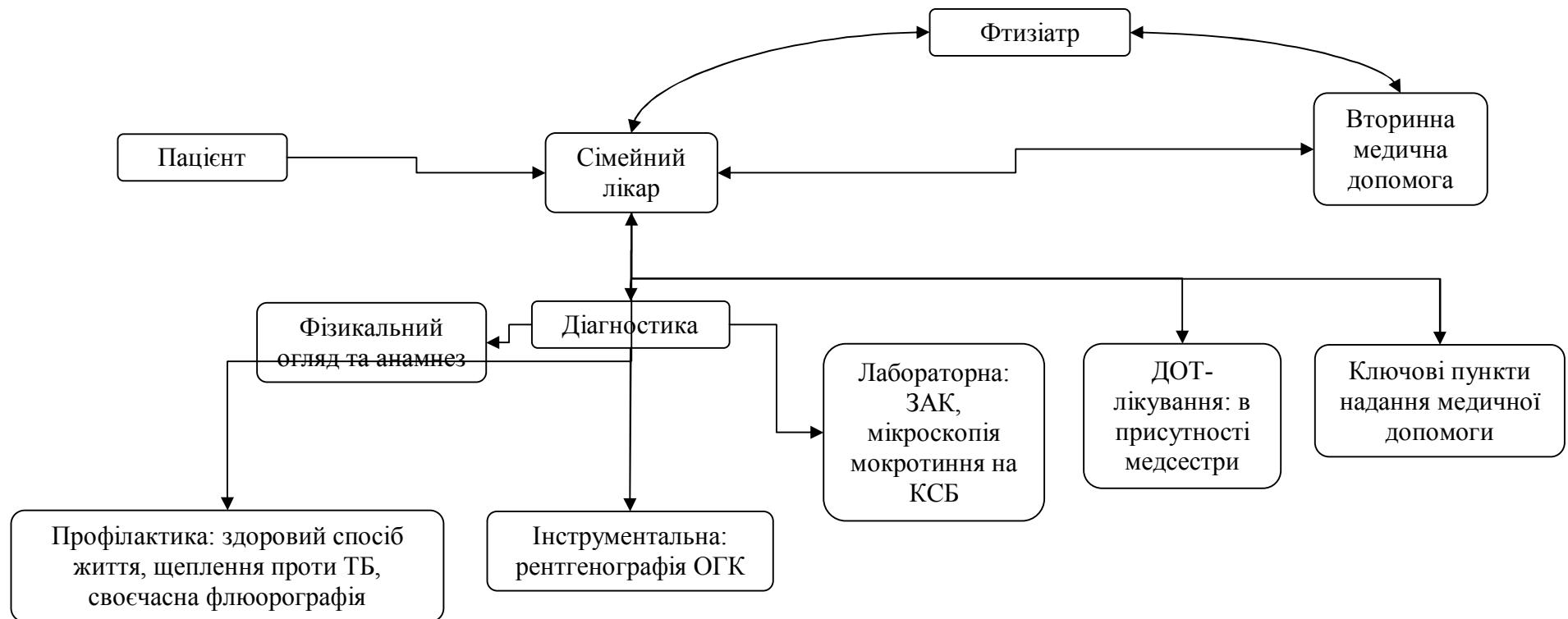
Категорія	Група	Дефініції
1		Вперше діагностований ТБ з бактеріовиділенням, а також інші тяжкі та розповсюджені (з ураженням двох і більше сегментів або двох і більше органів) форми захворювання без бактеріовиділення: міліарний, дисемінований ТБ, менингоенцефаліт, ексудативний плеврит, перикардит, перитоніт, ТБ кишок, ТБ хребта з неврологічними ускладненнями, уrogenітальний ТБ. ТБ внутрішньогрудних лімфовузлів з ураженням більше ніж 2-х груп з однієї сторони або 2-х і більше груп з обох сторін. Ускладнений перебіг ТБ у дітей
2		Повторне лікування. Рецидив ТБ Перерване лікування. Невдача лікування. Інші
3		Вперше діагностований ТБ без бактеріовиділення, з обмеженим процесом в легенях (з ураженням менше 2 сегментів) та позалегеновий ТБ, який не віднесено до 1 кат.; туберкульозна інтоксикація у дітей (ТБ не встановленої локалізації) та ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинний туберкульозний комплекс у фазі кальцинації при збереженні активності процесу
4		Хворі на мультирезистентний ТБ, ризик мультирезистентного ТБ. Хворі на ТБ із розширеною резистентністю
	4.1	Випадки мультирезистентного туберкульозу, що підтверджені тестом медикаментозної чутливості у т.ч.: 4.1.А – загальнолікувальна; 4.1.Б – паліативнолікувальна – для хворих, яким лікування не рекомендоване (тяжкі побічні реакції, тяжка супутня патологія, призначене паліативне лікування, доведена неприхильність тощо)
	4.2	випадки ТБ із розширеною резистентністю МБТ до протитуберкульозних препаратів за результатами тесту медикаментозної чутливості МБТ (ТБ із розширеною резистентністю), у т.ч.: 4.2.А – загальнолікувальна; 4.2.Б – паліативнолікувальна – для хворих, яким лікування не рекомендоване (обтяжений профіль резистентності, тяжкі побічні реакції, тяжка супутня патологія, призначене паліативне лікування, доведена неприхильність тощо)
	4.3	випадки хіміорезистентного ТБ (перереєстровані з кат. 1–2 та числа хронічних хворих), які згідно з профілем резистентності вимагають лікування тривалістю більше 12 міс., у т.ч.:

Категорія	Група	Дефініції
		<p><b>4.3.А</b> – загальнолікувальна;</p> <p><b>4.3.Б</b> – паліативнолікувальна – для хворих, яким лікування не рекомендоване (тяжкі побічні реакції, тяжка супутня патологія, призначене паліативне лікування, доведена неприхильність тощо)</p>
<b>5</b>		
	<b>5.1</b>	<p>Особи із залишковими змінами після вилікування ТБ</p> <p><b>5.1.А</b> – вперше виявлені особи з залишковими змінами після вилікування ТБ різної локалізації</p> <p><b>5.1.Б</b> – Особи, переведені після закінчення основного курсу лікування з 1, 2, 3, 4, 5.1.(А) кат.</p>
	<b>5.2</b>	<p>Контактні з хворими на активний ТБ та хворими на ТБ тваринами</p> <p><b>5.2.А</b> – діти та підлітки, які перебувають у побутовому (сімейному квартирному та іншому) контактах із хворим на ТБ, які виділяють МБТ, а також бактеріовиділювачами, виявленими у дитячих та підліткових закладах. Діти, які мешкають на території протитуберкульозних закладів</p> <p><b>5.2.Б</b> – діти контактні з хворими на активний ТБ без бактеріовиділення. Діти з сімей тваринників, які працюють у неблагополучних щодо ТБ господарствах, або мають тварин, хворих на ТБ</p>
	<b>5.3</b>	<p>Діти і підлітки, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (післявакцинальна або інфекційна алергія), характер змін у легенях та інших органах (з метою диференціальної діагностики).</p> <p>Діти з туберкульозними змінами невизначеної активності</p>
	<b>5.4</b>	<p>Діти групи ризику захворювання на ТБ з латентною туберкульозною інфекцією, з ускладненнями щеплення БЦЖ, ВІЛ-інфіковані та з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції</p> <p><b>5.4.А</b> – діти і підлітки у ранньому періоді первинної туберкульозної інфекції (віраж туберкулінових реакцій). У разі застосування АТР – згідно з інструкцією (зазвичай – з сумнівною та позитивною реакцією)</p> <p><b>5.4.Б</b> – діти та підлітки, інфіковані МБТ: з гіперергічною чутливістю до туберкуліну, з наростанням туберкулінової чутливості на 6 мм/рік та більше, із хронічними соматичними захворюваннями. Діти з гіперергічною реакцією на туберкулін (пробу з АТР у разі її застосування)</p> <p><b>5.4.В</b> – діти, які не були щеплені БЦЖ у період новонародженості, діти з ускладненнями щеплення БЦЖ.</p> <p><b>5.4.Г</b> – діти з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції (ті, які знаходяться на моніторингу – до зняття (встановлення) діагнозу ВІЛ-інфекції)</p> <p><b>5.4.Д</b> – ВІЛ-інфіковані діти</p>
<b>Примітка:</b>		
1) При виявленні активного ТБ, контакту із хворими на ТБ людьми або тваринами дітей необхідно терміново направити до дитячого фтизіатра; при виявленні, віражу туберкулінових реакцій та гіперергії, наростання туберкулінової чутливості на 6 мм та		



Категорія	Група	Дефініції
		<p>більше, сумнівної або позитивної реакції проби з АТР (у разі її використання) дітей необхідно направити до дитячого фтизіатра в триденний термін;</p> <p>2) Призначення ХП здійснюється тільки за умови забезпечення її контрольованого проведення протягом усього часу, або за наявності інших гарантій щодо її безперервного завершення;</p> <p>3) Режим та метод проведення ХП визначаються індивідуально (у т.ч. з огляду на профіль резистентності МБТ у джерела інфекції /для дітей з вогнищ туберкульозу/, а також регіональні дані щодо ступеню поширення тих чи інших видів резистентності МБТ на території).</p>

### ЗРАЗОК КЛІНІЧНОГО МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА



**НАПИСАННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ  
ПРИКЛАД № 4**

**ПОГОДЖЕНО**

Керівник структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевої державної адміністрації:

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Головний лікар

\_\_\_\_\_ (Прізвище І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

**Центр первинної медико-санітарної допомоги  
Амбулаторія загальної практики**

\_\_\_\_\_ (Назва закладу охорони здоров'я)

**Локальний протокол  
Туберкульоз**

**I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА****1.1 Діагноз: Туберкульоз****1.2 Код МКХ-10: A15 – A19****1.3 Дата складання: \_\_\_\_\_****1.4 Дата чергового перегляду: \_\_\_\_\_****1.5 Наказ по ЗОЗ щодо розробки локального протоколу****1.6 Члени робочої групи з розробки ЛПМД:**

ПШБ

ПОСАДА

**1.7 Медико - технологічні документи галузевого рівня, на підставі яких був розроблений протокол**

6. Наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 р. № 1091 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі»
7. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Туберкульоз» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
8. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
9. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
10. Наказ МОЗ України від 18 серпня 2010 р. № 684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз».

**СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

БЦЖ	Вакцина проти туберкульозу
БЦЖ	вакцина проти туберкульозу
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ДОТ-лікування	Безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом пацієнтом протитуберкульозних препаратів
ЕКГ	Електрокардіограма
ЗАК	Загальний аналіз крові
ЗАС	Загальний аналіз сечі
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗП-СЛ	Лікар загальної практики – сімейний лікар
КСБ	Кислотостійкі бактерії
МБТ	Мікобактерія туберкульозу
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду.
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОГК	Органи грудної клітки
ПШБ	Прізвище, ім'я, по батькові
ТБ	Туберкульоз
ТБ 01	Медична картка лікування хворого на туберкульоз ТБ 01 (ф № 081 – 1/о)

ТО	Туберкулінова одиниця
УЗД	Ультразвукове дослідження
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
УФО	Ультрафіолетове опромінення

**1.8 Коротка епідеміологічна інформація** по району обслуговування амбулаторії: *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Загальна поширеність патології, поширеність серед окремих груп населення (віково-статевих та ін., фактори ризику тощо).*

**1.9 Коротка епідемічна інформація:** *див. інформацію з уніфікованого клінічного протоколу. Якщо є особливості саме серед вашої громади – можна внести і цю інформацію.*

**1.10 Матеріально-технічне забезпечення**

**Оснащення:** відповідно до таблицю оснащення (*вказати*).

**Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):** ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол (передаються за Актом прийому-передачі у вигляді Індивідуальних місячних наборів з протитуберкульозних закладів).

## II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

### 2.1 Організація надання медичної допомоги

Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:

#### Необхідні дії:

- має чинний «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»;
- отримує інформовану згоду пацієнта;
- знає паспорти обчислення клінічних індикаторів якості медичної допомоги;
- обчислює клінічні індикатори медичної допомоги (див. 3.3);
- проводить диспансерний нагляд за пацієнтами, заповнює форму № 30/о (Контрольна карта диспансерного нагляду) на цю категорію пацієнтів;
- організує заходи з інфекційного контролю за туберкульозом (Додаток 4);
- пацієнтам з підозрою на мультирезистентний ТБ перед оглядом пропонується вдягти медичну (хірургічну) маску; лікар в такому випадку вдягає респіратор (див. 3.2).

#### Бажані:

- знає основи інфекційного контролю за поширенням туберкульозу (див. 3.2)
- пацієнтам, які кашляють понад 2 тижні, при первинному огляді пропонувати вдягти медичну (хірургічну) маску (див. 3.2)

Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_:

#### Необхідні дії:

- слідкує за наявністю достатньої кількості друкованих матеріалів (інформовані згоди пацієнта, направлення, скринінгові анкети, тощо);
- допомагає пацієнту ознайомитися зі змістом інформованої згоди; отримує від пацієнта інформовану згоду;
- пацієнтам з підозрою на мультирезистентний ТБ перед оглядом пропонує вдягти медичну (хірургічну) маску; медична сестра в такому випадку вдягає респіратор (див.3.2).
- веде список пацієнтів з ТБ для проведення диспансерного нагляду та список контактних осіб з осередків хворих на відкриті форми туберкульозу. Список включає наступну інформацію: ПІБ, дату народження (у форматі дд.мм.рррр), адресу реєстрації та проживання, контактний телефон, діагноз відповідно до останнього формулювання, примітки (додаткова інформація);
- викликає на огляд пацієнтів з диспансерної групи за вказівкою лікаря;
- забезпечує заходи інфекційного контролю за туберкульозом.

#### Бажані:

- знає основи інфекційного контролю за поширенням туберкульозу (див. 3.2);
- пацієнтам, які кашляють понад 2 тижні, при первинному огляді пропонувати вдягти медичну (хірургічну) маску (див. 3.2)

Таблиця 1

### Координати спеціалістів

Спеціаліст	ПІБ	Адреса	Години прийому	Примітки
Ендокринолог				
Імунолог				

Спеціаліст	ШБ	Адреса	Години прийому	Примітки
Кардіоревматолог				
Невролог				
Нефролог				
Офтальмолог				
Пульмонолог				
Терапевт/педіатр				
Фтизіатр				

Таблиця 2

### Координати ключових пунктів надання медичної допомоги

Назва центру	Адреса, телефон	Години прийому	Примітки
Бактеріологічна лабораторія			
Біохімічна лабораторія			
Кабінет ЕКГ			
Кабінет УЗД-діагностики			
Клінічна лабораторія			
Маніпуляційний кабінет			
Невідкладна допомога			
Районна лікарня			
Рентгенкабінет			
Стаціонар			
Тубкабінет			
Фізкабінет			

#### 2.2 Діагностика

Сімейний лікар ШБ \_\_\_\_\_ :

#### Необхідні дії:

- проводить опитування (усне) або анкетування (Додаток 5) пацієнтів щодо симптомів, які можуть свідчити про туберкульоз;
- проводить цілеспрямований збір анамнезу: за прямими ознаками (є відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні або хворих на ТБ тварин); за непрямими ознаками (наявність осіб, що кашляють; наявність у родині осіб із хронічними бронхолегеневими захворюваннями; випадків смерті від легеневого захворювання; літніх людей із залишковими посттуберкульозними змінами; осіб, звільнених з місць позбавлення волі, осіб, що страждають на алкоголізм, наркоманію; осіб, які тимчасово проживають у родині, з регіонів неблагополучних щодо ТБ);
- у разі наявності кашлю більше 2 тижнів, направляє хворих на мікроскопічне дослідження мокротиння. Забезпечує 2-х разовий збір і транспортування мокротиння в лабораторію з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня (пункт мікроскопії мокротиння) для дослідження на КСБ методом мікроскопії мазка (Додаток 1);
- пояснює пацієнту правила збирання мокротиння щоб добитись правильного виконання цієї процедури. Забезпечує збір мокротиння під контролем медичного працівника (Додаток 4);
- у разі негативних мазків мокротиння і виявлення вогнищевих або інфільтративних змін на рентгенограмі легень пацієнту з підозрою на ТБ призначають антибіотики широкого спектру дії (за виключенням рифампіцину, аміноглікозидів і фторхінолонів)



до 2 тижнів, після чого лікар призначає повторно рентгенограму легень. При відсутності позитивної динаміки вогнищ запалення пацієнта негайно направляє до \_\_\_\_\_ (Додаток 2);

- направляє до \_\_\_\_\_ пацієнтів, у тому числі дітей, при підозрі на позалегеневі форми ТБ;
- при неможливості проведення будь-яких методів діагностики – термінове направлення пацієнта в \_\_\_\_\_;
- направляє на рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини пацієнтів з інтоксикаційним чи бронхо-легенево-плевральним синдромом;
- проводить добровільне консультування та тестування на ВІЛ пацієнтів з груп ризику по ТБ і ВІЛ-інфекції (див. відповідні медико-технологічні документи);
- у разі виявлення КСБ в мокротинні хворого протягом доби особисто зв'язується з \_\_\_\_\_ та узгоджує свої дії; дає вказівку медсестрі забезпечити зв'язок із хворим протягом дня; інформує пацієнта про результати аналізу та роз'яснює необхідність ізоляції;
- планує та проводить туберкулінодіагностику;
- при наявності показань направляє пацієнтів до фтизіатра \_\_\_\_\_.

**Бажані:**

- огляд пацієнта з підозрою на туберкульоз проводити в респіраторі (див. 3.2)

**Таблиця 3**

**Місця проведення лабораторних обстежень**

Вид обстеження	Місце проведення	Примітка
Бактеріоскопія на КСБ		Забір мокротиння проводиться на відкритому повітрі в спеціально відведеному місці
ЗАК	В каб. № _____	
Тестування на ВІЛ		

**Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_ :**

**Необхідні дії:**

- виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря;
- пояснює пацієнту правила збирання мокротиння; за вказівкою лікаря контролює процес збору мокротиння пацієнтом; заповнює бланк направлення (ТБ-05) (Додаток 3);
- відслідковує процес доставки мокротиння до лабораторії, інформує про виконання лікаря;
- разом з лікарем планує туберкулінодіагностику;
- запрошує пацієнтів на прийом за вказівкою лікаря;
- веде картотеку осіб з груп медичного та соціального ризику захворювання на ТБ (уточнює персональний склад за результатами перепису, виписує запрошення на огляд та обстеження, вносить дані щодо їх результатів, складає відповідні квартальні та річні звіти);
- в кінці робочої зміни забирає результати аналізів і надає лікарю;
- щодня інформує лікаря про зміни (якщо вони є) в роботі ключових пунктів надання медичної допомоги;
- якщо пацієнт протягом 3 днів не з'явився на прийом, повідомляє про такий випадок \_\_\_\_\_ та/або \_\_\_\_\_.

**Бажані:**

- огляд пацієнта з підозрою на туберкульоз проводити в респіраторі (див. 3.2)

**2.3 Лікування****Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:**

- забезпечує організацію чіткого контролю за прийняттям протитуберкульозних препаратів;
- проводить роботу з хворим з метою підвищення прихильності до лікування;
- моніторує появу побічних реакцій та проводить їхню корекцію;
- якщо у хворого виникли побічні реакції під час лікування, надає медичну допомогу (за потребою), негайно повідомляє \_\_\_\_\_ та виконує його рекомендації (див. 3.1.3);
- впродовж лікування направляє пацієнта на консультацію до \_\_\_\_\_ у строки, що визначені \_\_\_\_\_;
- після завершення ДОТ-лікування направляє пацієнта до \_\_\_\_\_ і передає йому форму ТБ 01.

**Медична сестра ПІБ \_\_\_\_\_:**

- в останній четвер місяця отримує від \_\_\_\_\_ необхідні лікарські засоби на місяць та індивідуальні карти обліку хворого (ТБ 01);
- зберігає у належних умовах лікарські засоби, що були отримані від \_\_\_\_\_;
- контролює дотримання пацієнтом ДОТ-лікування, проводить опитування щодо виникнення побічних реакцій і відмічає прийом ліків у карті ТБ 01;
- використовує наступні форми втручання з метою покращення дотримання режиму лікування ТБ, якщо пацієнт його порушує:
  - листи-нагадування;
  - медично-просвітні консультації;
  - бесіда, орієнтована на пацієнта, та інформаційно-освітній буклет;
  - відвідування вдома;
  - щоденник пацієнта;
- якщо у хворого виникли побічні реакції під час лікування, негайно повідомляє лікаря \_\_\_\_\_;
- якщо пацієнт протягом 3-х днів не з'явився на прийом, вживає заходів для розшуку пацієнта, повідомляє про це лікаря \_\_\_\_\_;
- після завершення контрольованого лікування направляє пацієнта до лікаря \_\_\_\_\_ і передає лікарю форму ТБ 01.

**2.4 Диспансерний нагляд****Сімейний лікар ПІБ \_\_\_\_\_:**

- організовує консультації \_\_\_\_\_ для вирішення питання щодо хіміопрофілактики та диспансерного нагляду;
- спостерігає за особами з числа приписного населення, які мають туберкульоз в анамнезі; у випадку появи клінічних симптомів або змін на рентгенограмі, що можуть

свідчити про реактивацію захворювання, негайно направляє хворого на консультацію до \_\_\_\_\_;

- спостерігає за дітьми з груп ризику: з контактів, з латентною туберкульозною інфекцією та залишковими змінами ТБ. При виникненні додаткових факторів ризику дитина направляється до \_\_\_\_\_ для обстеження та призначення превентивного лікування.

**Медична сестра ПБ \_\_\_\_\_ :**

- заповнює контрольні карти диспансерного нагляду;
- веде картотеку контрольних карт диспансерного нагляду (форма № 030/о);
- відповідно до призначень лікаря запрошує пацієнтів на прийом за три доби до рекомендованого огляду;
- заповнює довідки для одержання путівки (форма № 070/о) на санаторно-курортне лікування за призначенням лікаря;
- заповнює санаторно-курортні карти (Форма № 072/о);
- виписує направлення на обстеження відповідно до призначень лікаря.

## 2.5 Первинна профілактика

**Сімейний лікар ПБ \_\_\_\_\_ :**

- проводить санітарно-просвітницьку роботу серед громади щодо профілактики, виявлення та лікування туберкульозу; роз'яснює про необхідність в проведенні щеплень БЦЖ;
- проводить роз'яснювальні бесіди з вагітними в третьому триместрі щодо необхідності своєчасного щеплення немовлят від ТБ;
- виявляє осіб з симптомами, що потребують обстеження на ТБ;
- формує та щорічно переглядає групи ризику щодо розвитку туберкульозу;
- пацієнтів з груп ризику не рідше одного разу на рік направляє на флюорографію;
- планує проведення щеплень БЦЖ.

**Медична сестра ПБ \_\_\_\_\_ :**

- проводить серед громади санітарно-просвітницьку роботу щодо туберкульозу; роз'яснює про необхідність в проведенні щеплень БЦЖ;
- проводить роз'яснювальні бесіди з вагітними в третьому триместрі щодо необхідності своєчасного щеплення немовлят від ТБ;
- проводить щеплення БЦЖ відповідно до призначень лікаря;
- вносить записи в медичну документацію про проведені маніпуляції;
- в дошкільному навчальному закладі № \_\_\_\_\_ в другій половині вересня поточного року проводить туберкулінодіагностику.

### III. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

#### 3.1 НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

##### 3.1.1 ДІАГНОСТИКА

Цілеспрямований збір епідеміологічного анамнезу: за прямими ознаками (є відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні або хворих на ТБ тварин); за непрямими ознаками (наявність осіб, що кашляють; наявність у родині осіб із хронічними бронхо-легеневими захворюваннями; випадків смерті від легеневого захворювання; літніх людей із залишковими посттуберкульозними змінами; осіб, звільнених з місць позбавлення волі, осіб, що страждають на алкоголізм, наркоманію; осіб, які тимчасово проживають у родині, з регіонів неблагополучних щодо ТБ);

Клінічні методи: визначення скарг, що відповідають інтоксикаційному і бронхо-легенево-плевральному синдрому та збирання анамнезу (контакт з хворими на ТБ, захворювання на ТБ в минулому, визначення факторів ризику щодо ТБ) проведення, при кожному візиті ВІЛ-інфікованих проводити цілеспрямоване опитування, направлене на виявлення симптомів, схожих на ТБ.

Таблиця 4

#### Прояви, що можуть свідчити про туберкульоз

Загальні	Бронхо-легенево-плевральні	Позалегеневі
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата ваги</li> <li>• Втомлюваність</li> <li>• Тривале, часто незначне, підвищення температури тіла.</li> <li>• Пітливість уночі</li> <li>• Втрата апетиту</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель протягом 2-х і більше тижнів</li> <li>• Кровохаркання</li> <li>• Біль в грудній клітці</li> <li>• Задишка</li> </ul>	<p>Ознаки запального процесу будь-якої локалізації, які не піддаються лікуванню антибіотиками широкого спектру дії, наприклад, пієлонефриту, аднекситу, лімфаденіту.</p> <p>Також туберкульоз може скриватися за ознаками остеохондрозу та артриту</p>

Якщо за результатами опитування у хворого виявлено кашель, що триває понад 2 тижні, 2-х разовий збір і транспортування мокротиння в лабораторію з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня (пункт мікроскопії мокротиння) для дослідження на КСБ методом мікроскопії мазка (у разі наявності кашлю). Лікар/фельдшер повинен пояснити пацієнту правила збирання мокротиння і добитись правильного виконання цієї процедури під контролем медичного працівника.

Наступні діагностичні дії виконуються після забору щонайменш одного зразка мокротиння:

фізикальне обстеження: огляд, перкусія, пальпація, аускультация;

проведення проби Манту з 2 ТО в стандартному розведенні для виявлення хворих на ТБ дітей;

променева діагностика: направлення на рентгенологічне/ флюорографічне обстеження органів грудної порожнини для дорослих та неповнолітніх осіб;  
у разі отримання позитивного результату дослідження мазка мокротиння на КСБ термінове направлення пацієнта до протитуберкульозного закладу;  
у разі виявлення на рентгенограмі порожнин розпаду, дрібно-вогнищевої дисемінації пацієнт направляється до фтизіатра для дообстеження з результатами бактеріоскопії мазка мокротиння;  
у разі негативних мазків мокротиння і виявлення вогнищевих або інфільтративних змін на рентгенограмі легень пацієнту з підозрою на ТБ призначають антибіотики широкого спектру дії (за виключенням рифампіцину, аміноглікозидів і фторхінолонів) до 2 тижнів, після чого повторюють рентгенограму легень. При відсутності позитивної динаміки вогнищ запалення пацієнта негайно направляють до фтизіатра;  
негайно направляються до фтизіатра при підозрі на позалегенові форми ТБ пацієнтів, у тому числі діти.

За результатами обстеження, з урахуванням факторів ризику щодо захворювання на ТБ, клінічних ознак і результатів туберкулінодіагностики направляються на консультацію до дитячого фтизіатра такі діти та підлітки:

- діти, в яких встановлено контакт із хворою на ТБ людиною або твариною (як тісний сімейний або квартирний контакт, так і випадковий), незалежно від строків попереднього обстеження на ТБ;
- діти зі встановленим фактом «віражу» за результатами проби Манту (ранній період первинної ТБ інфекції);
- діти із гіперергічними реакціями на пробу Манту з 2 ТО, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ;
- діти із наростанням розмірів папули на пробу Манту з 2 ТО понад 6 мм/рік, незалежно від розміру реакції й від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ;
- діти із поступовим наростанням чутливості до туберкуліну протягом декількох років, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ;
- діти з монотонною чутливістю до туберкуліну в поєднанні з двома й більше неспецифічними факторами ризику щодо захворювання на ТБ, які не були обстежені у фтизіатра;
- діти, інфіковані МБТ із хронічними хворобами різних органів і систем при плановій щорічній диспансеризації з приводу основного процесу або при неефективності проведених традиційних методів лікування;
- діти, інфіковані МБТ при тривалому прийомі (більше місяця) цитостатичних, глюкокортикоїдних препаратів, імунодепресантів;
- діти з ВІЛ-інфекцією або з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції - при плановій щорічній диспансеризації з приводу основного процесу;
- діти із симптомами, схожими на ТБ, - для проведення диференціальної діагностики ТБ й нетуберкульозних захворювань (кашель, що триває понад 2 тижні, наявність інтоксикаційного симптомокомплексу неясного генезу, поліаденія периферичних лімфатичних вузлів (особливо у

туберкулінопозитивних осіб), втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітніння вночі, кровохаркання, біль в грудній клітці;

- діти, інфіковані МБТ із соціальних груп ризику;
- діти з ускладненнями БЦЖ.

### 3.1.2 Лікування

Лікування туберкульозу призначається фтизіатром та може здійснюватись лікарем ЗП-СЛ.

Одним із етапів лікування туберкульозу є ДОТ-лікування (регулярний прийом пацієнтом протитуберкульозних препаратів під безпосереднім наглядом медичного персоналу). Мета цього лікування полягає в контролі над дотриманням пацієнтом регулярності прийому лікарських засобів.

Лікарські засоби приймаються пацієнтом в присутності медперсоналу з регулярністю, що визначена фтизіатром. Інформація про кожний прийом ліків вноситься медпрацівником, котрий контролював прийом, до форми ТБ 01.

Впродовж лікування можуть виникати побічні реакції, які фіксуються в медичній документації відповідно до інших чинних медико-технологічних документів. Пацієнти, у яких виникли побічні реакції, направляються на консультацію до фтизіатра.

Лікарські засоби для лікування туберкульозу та індивідуальні карти обліку хворого (ТБ 01) отримуються у фтизіатра.

Якщо пацієнт протягом трьох днів не з'являється з метою отримання ДОТ-лікування, медсестра вживає заходи розшуку пацієнта (телефонує, активно відвідує), повідомляє про це сімейного лікаря, а він, в свою чергу, інформує фтизіатра.

### 3.1.3 Ведення випадку побічних реакцій

Побічні реакції на ізоніазид можуть проявлятися запамороченням, головним болем, порушенням сну, парестезіями, психозами, порушеннями функції печінки, алергічними реакціями. В таких випадках рекомендується дезінтоксикаційна, гепатотропна терапія, призначення піридоксину.

Побічні реакції на рифампіцин можуть проявлятися у вигляді диспепсичних явищ (біль в животі, нудота, блювота, втрата апетиту), гепатотоксичних реакцій (у тому числі медикаментозна лихоманка), гострої ниркової недостатності, міалгії, артралгії, гематологічних порушень, алергічних реакцій. В таких випадках рекомендується гепатотропна, дезінтоксикаційна та антигістамінна терапія

Побічні реакції на піразинамід можуть проявлятися у вигляді артралгій та диспепсичних явищ. В таких випадках рекомендується проводити гепатотропну, дезінтоксикаційну та антигістамінну терапію.

Побічні реакції на етамбутол можуть проявлятися у вигляді диспепсичних явищ, дуже рідко у вигляді порушень зору. В таких випадках призначається симптоматична терапія, а при порушеннях зору – негайна консультація офтальмолога.

Побічні реакції на стрептоміцин, амікацин, канаміцин можуть проявлятися у вигляді шуму в ушах, зниженні або втраті слуху, порушенні функції нирок. В такому випадку призначається негайна консультація фтизіатра, сурдолога, отоларинголога.

Побічні реакції на циклосерин, фторхінолони, ізоніазид, іноді етіонамід/протіонамід можуть проявлятися психічними порушеннями. В такому випадку призначається консультація фтизіатра, психіатра.

Побічні реакції на фторхінолони можуть проявлятися фотосенсебілізацією та сонячними опіками. Пацієнтів, які отримують фторхінолони необхідно попереджувати про необхідність утримуватися від перебування на сонці впродовж всього строку лікування.

Тільки тяжкі побічні реакції, які загрожують життю (анафілактичний шок, тяжкі порушення функції печінки, психічні порушення з явищами агресії та суїцидальними ідеями) є показанням до негайного припинення протитуберкульозного лікування лікарем первинної ланки медико-санітарної допомоги із подальшим зверненням до фтизіатра. У всіх інших випадках попереду потрібна консультація фтизіатра та суміжних спеціалістів для оцінювання співвідношення шкоди від побічних реакції та припинення прийому препарату.

### **3.2 Основи інфекційного контролю туберкульозу**

Інфекційний контроль туберкульозу складається з адміністративного, інженерного контролю та засобів індивідуального захисту (наприклад, респіраторів). Детально всі складові інфекційного контролю розглядаються в інших медико-технологічних документах.

При виявленні пацієнтів, котрі кашляють понад 2 тижні медичний персонал просить пацієнта вдягнути медичну (хірургічну) маску і приймає його поза чергою (з метою зменшення часу експозиції контакту інших пацієнтів), обстежує пацієнта; навчає пацієнта етикету при кашлі (під час кашлю прикривати ніс і рот хустинкою або кашляти в лікоть; часто мити руки з милом, якщо вода і мило недоступні, використовувати антибактеріальні засоби для рук.) і направляє на обстеження (рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини та обстеження мокроти на КСБ). Після прийому такого пацієнта приміщення кабінет провітрюється та опромінюється УФО-лампю.

В разі, якщо у пацієнта позитивний результат на КСБ, перед повторним прийомом його просять вдягнути медичну (хірургічну) маску і приймають позачергово (з метою зменшення часу експозиції контакту інших пацієнтів). Забезпечується госпіталізація пацієнта в протитуберкульозний диспансер; інформується \_\_\_\_\_ фтизіатр.

Медичні (хірургічні) маски призначені для захисту зовнішнього середовища від контамінації хворою людиною. Респіратори призначені для захисту здорової людини від впливу забрудненого повітря.

Респіратори є третьою складовою захисту в інфекційному контролі за поширенням туберкульозу.

Використання респіраторів оправдане у разі контакту з пацієнтом, хворим на мультирезистентний туберкульоз, або при проведенні процедур пацієнту з туберкульозом, котрі пов'язані зі стимулюванням кашлю, індукцією мокротиння чи проведенням процедур, під час яких утворюється аерозоль. Тобто, медичні працівники, які доглядають за пацієнтами з ТБ, не повинні використовувати респіратори, якщо немає підозри на мультирезистентний ТБ або не проводяться процедури з утворенням аерозолі.

При контакті з пацієнтами з мультирезистентний ТБ рекомендовано використовувати респіратори. Всі, хто використовують респіратори мають пройти інструктаж щодо правильного використання респіраторів: надівати належним чином, перевіряти щільність прилягання, не торкатися респіратору в процесі експлуатації, правильно знімати та утилізувати відповідно до

рекомендацій виробника. Не повинні користуватися респіратори люди, які мають вуса чи бороду.

### **3.3 Індикатори якості медичної допомоги**

*Інформацію щодо індикаторів та їхнього обчислення навести з розділу «А.5 КЛІНІЧНІ ІНДИКАТОРИ» УКПМД «Туберкульоз», затвердженого наказом МОЗ України від 21 грудня 2012 року №1091.*



## IV. ДОДАТКИ

## Додаток 1

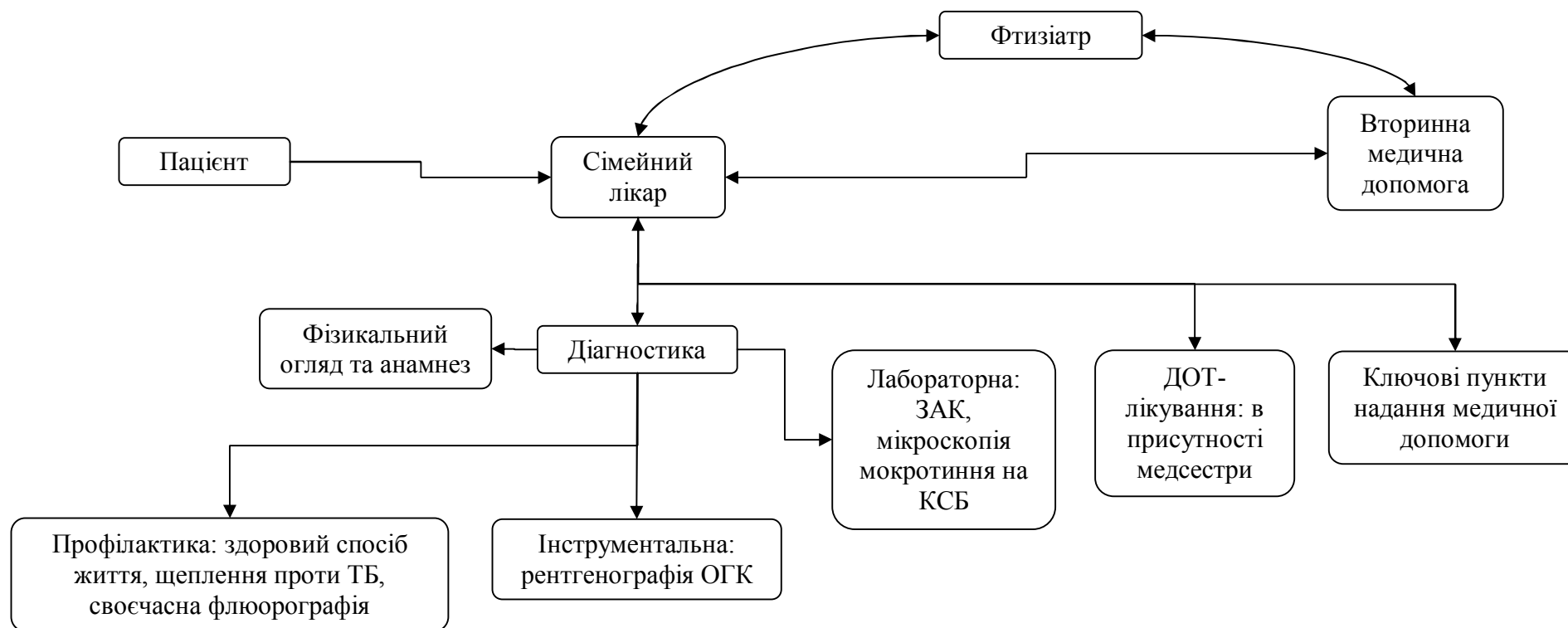
до локального протоколу первинної медичної допомоги «Туберкульоз»

Алгоритм обстеження пацієнта з підозрою на ТБ в \_\_\_\_\_ амбулаторії



**Алгоритм лікування пацієнтів з підозрою на туберкульоз, у яких не виділяються КСБ, але є патологічні зміни на рентгенологічному знімку легень.**

**ВРАЗОК КЛІНІЧНОГО МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА ІЗ ПІДОЗРОЮ НА  
ТУБЕРУЛЬОЗ**



## **ПОРЯДОК ЗАБОРУ МОКРОТИННЯ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДОМ МІКРОСКОПІЇ:**

- мокротиння збирається у стерильні (бажано одноразові пластикові) контейнери із широким горлом та кришкою, що закручується;
- мокротиння збирається на відкритому повітрі або у спеціальному приміщенні для збору мокротиння, бажано рано вранці;
- перший зразок мокротиння пацієнт збирає та здає при відвідуванні лікувального закладу;
- пацієнту видається контейнер додому (для здачі другого аналізу), щоб він зібрав мокротиння вранці;
- другий зразок мокротиння, зібраного вранці, пацієнт приносить із дому.

Якісні мазки мокротиння отримують із матеріалу, який доставляється в лабораторію одразу ж після забору. Зібраний матеріал до транспортування в лабораторію повинен зберігатися у холодильнику. Період зберігання та транспортування мокротиння в лабораторію не повинен перевищувати 3 – 4 дні. Триваліше зберігання не рекомендується.

### **Техніка збору мокротиння**

1. Прополоскати рот.
2. Затримати дихання на декілька секунд, після чого повільно видихнути 2 – 3 рази і відкашлятися .
3. Тримати контейнер біля губ та акуратно сплюнути туди мокротиння.
4. Вимити руки з милом.
5. При утрудненому відходженні мокротиння помасувати грудну клітку або зробити інгаляцію (1 чашка гарячої води з 1 чайною ложкою соди та 1 чайною ложкою кухонної солі) – рекомендується, якщо мокротиння збирається вдома.
6. Індукція мокротиння через подразнюючі інгаляції у медичному закладі спричинює підвищений ризик поширення інфекції. Тому не слід застосовувати інгаляції якщо приміщення не обладнано примусовою вентиляцією. мокротиння збирається вдома.

**Скринінгова анкета для виявлення людей,  
що потребують обстеження на туберкульоз**

Шановний відвідувач, у зв'язку з епідемією туберкульозу в Україні МОЗ вжито заходів для покращання виявлення цього захворювання. Туберкульоз є одним з найбільш небезпечних захворювань, яке проявляється серйозними симптомами пізно, коли вже завдано значної шкоди здоров'ю. Тому ми пропонуємо Вам заповнити анкету, яка дозволить виявити захворювання на ранніх стадіях, що дасть змогу більш ефективно його лікувати.

№ пор.	Запитання	Так	Ні
1.	Чи є у Вас кашель або покашлювання більше 2-х тижнів?		
2.	Чи помітили Ви останнім часом підвищену втомлюваність та слабкість?		
3.	Чи є у Вас підвищена пітливість, особливо вночі?		
4.	Чи зменшилась вага Вашого тіла з невизначених причин?		
5.	Чи є у Вас протягом останнього часу підвищення температури тіла, має значення навіть незначне підвищення – до 37 – 37,2°C?		
6.	Чи є у Вас задишка при незначному фізичному навантаженні?		
7.	Чи турбує Вас іноді біль в грудній клітині?		
8.	Чи мали Ви контакт з хворим на туберкульоз протягом останніх 6 <sup>-ти</sup> місяців?		
9.	Чи маєте Ви хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту, діабет або інше захворювання, що призводить до зниження імунітету?		
10.	Чи мали Ви протягом останніх 3 <sup>-х</sup> місяців серйозний стрес (смерть близької людини, розлучення, втрата роботи, тощо)		

Відповідь «так» на більше ніж три запитання та відповідь «так» на хоча б одне з перших 8-ми запитань не означає, що Ви маєте туберкульоз, але означає, що Вам необхідно обстежитись на туберкульоз негайно, тому що немає жодної поважної причини для відмови від здоров'я та життя.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
2. Наказ МОЗ від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».
3. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Артеріальна гіпертензія» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та екстреної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
5. Наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 р. № 1091 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі»
6. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Туберкульоз» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_ag.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_ag.html).
8. Наказ МОЗ України від 18 серпня 2010 р. № 684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз».