***Гіпертонічна хвороба***

**Епідеміологічна інформація**

За офіційними даними Центра медичної статистики МОЗ України станом на 01.01.2011 в Україні зареєстровано 12122512 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що складає 32,2 % дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ – більше, ніж удвічі в порівнянні з 1998 р. та на 170 % у порівнянні з 2000 р. Зростання цього показника є свідченням ефективної роботи закладів охорони здоров’я, які надають первинну медичну допомогу, у виявленні АГ. Особливої уваги заслуговує той факт, що 60 % пацієнтів з АГ – це особи працездатного віку, стан здоров’я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви країни. В багатоцентрових контрольованих дослідженнях доведено пріоритетне значення АГ в розвитку таких серцево-судинних ускладнень, як інсульт та інфаркт міокарда, які обумовлюють зростання інвалідності та передчасної смертності населення.

В Україні за даними епідеміологічних досліджень стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції становить 29,6 % і не відрізняється серед чоловіків і жінок. У сільській популяції поширеність АГ вища – 36,3 %, в тому числі серед чоловіків – 37,9 %, серед жінок – 35,1 %. При аналізі структури АГ за рівнем артеріального тиску (АТ) у половини осіб з підвищеним рівнем АТ виявлено АГ 1-го ступеня, АГ 2-го ступеня, визначають у кожного третього пацієнта, АГ 3-го ступеня – у кожного п’ятого.

Проведені в 2006 р. епідеміологічні дослідження показали, **що в Україні** обізнані щодо наявності АГ 81 % міських мешканців і 68 % сільських жителів з підвищеним АТ. Приймають будь-які антигіпертензивні препарати відповідно 48 і 38 % пацієнтів, а ефективність лікування становить лише 19 % у міській і 8 % у сільській популяціях. За останні 5 років спостерігається погіршення цих показників, і, за даними 2011 р., ефективність контролю АТ в міській популяції складала менше 15 %.

Неконтрольована АГ вважається одним із найбільш вагомих чинників зменшення тривалості життя населення, тому ця проблема вимагає системного ставлення до неї і розв’язання на загальнодержавному рівні. За результатами 20-річного проспективного дослідження наявність АГ підвищує ризик загальної смертності: у чоловіків в 4,5 рази, у жінок – в 2,0 рази. Ризик виникнення ускладнень та смерті зростає відповідно до числа супутніх АГ факторів ризику. В українській популяції, за результатами досліджень, проведених співробітниками Національного наукового центру «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, лише 1 % пацієнтів з підвищеним АТ не має додаткових факторів ризику (ФР). У кожного восьмого пацієнта АГ поєднується з одним, у кожного четвертого – з двома, у 61 % пацієнтів – з трьома і більше ФР.

Таким чином, удосконалення організації медичної допомоги пацієнтам з АГ з використанням сучасних стандартизованих підходів, які ґрунтуються на засадах доказової медицини, має пріоритетне значення для системи охорони здоров’я. Проблема ефективного контролю АГ серед населення України потребує подальшої активізації зусиль медичних працівників закладів первинної медичної допомоги, спрямованих на виявлення пацієнтів з підвищеним АТ, створення у пацієнтів мотивації до тривалого, а не епізодичного медикаментозного лікування і корекції супутніх ФР.

**Особливості процесу**

Результати досліджень, проведених відповідно вимог доказової медицини, свідчать про те, що підвищення артеріального тиску на кожні 20/10 мм рт. ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. Раннє виявлення та лікування АГ сприяє попередженню прогресування захворювання та розвитку ускладнень. Основні заходи з профілактики, діагностики, лікування та диспансерного спостереження пацієнтів з АГ проводяться у закладах, які надають первинну медичну допомогу. У закладах, які надають вторинну медичну допомогу, надається медична допомога пацієнтам з ускладненим перебігом АГ – при злоякісному перебігу АГ, наявності серцево-судинних захворювань, важкої супутньої патології. Крім того, до закладів, які надають вторинну медичну допомогу, направляються пацієнти з ускладненими гіпертензивними кризами (ГК), вагітні з АГ, пацієнти з підозрою на вторинну гіпертензію, що потребують уточнення діагнозу та спеціального лікування, а також пацієнти, у яких не вдається досягти цільового АТ при призначенні адекватного лікування у закладах первинної медичної допомоги.

**Первинна профілактика**

Первинна профілактика АГ розглядається з позиції загальної профілактики серцево-судинних захворювань і полягає у виявленні і корекції доведених факторів ризику (ФР):

- тютюнопаління;

- гіперхолестеринемії;

- надлишкової маси тіла;

- недостатньої фізичної активності;

- зловживання алкоголем.

Доведено, що тютюнопаління, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем мають негативний вплив на розвиток серцево-судинних захворювань та є ФР, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя та призначення фармакотерапії.

**Обов'язково** всім пацієнтам на прийомі:

1. Вимірювання АТ;

2. Виявлення ФР, оцінка загального серцево-судинного ризику (ССР) 3. Надання рекомендацій щодо дотримання здорового способу життя.

**Тютюнопаління.**

1. Активно виявляти осіб, які мають звичку тютюнопаління.

2. Всім, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову.

3. Виконання Стандарту первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.

**Гіперхолестеринемія.**

1. Надавати рекомендації щодо визначення рівня ЗХС і тригліцеридів (ТГ) всім дорослим пацієнтам при наявності більше двох ФР (Додаток № 2.1. Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень).

2. Всім пацієнтам рекомендувати дотримання засад раціонального харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня ЗХС менше 5,0ммоль/л та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) менше 3,0ммоль/л.

3. Розглянути питання про доцільність призначення фармакологічної корекції статинами гіперхолестеринемії пацієнтам, які мають високий та дуже високий ССР та порушення обміну холестерину, яке не піддається немедикаментозній корекції.

4. Пацієнтам із групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень ЗХС нижче 4,5ммоль/л та ХС ЛПНЩ нижче 2,5ммоль/л.

**Надлишкова маса тіла та ожиріння.**

1. Антропометрія всім пацієнтам в рамках профілактичної діяльності мінімум 1 раз на рік із визначенням обхвату талії (ОТ), індексу маси тіла (ІМТ).

 маса тіла(кг)

ІМТ = ---------------------

 [зріст (м)]2

2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ та ОТ. Підтримувати ІМТ в межах 18,5 - 24,9кг/м2, ОТ менше 88см (у жінок), менше 102см (у чоловіків).

3. Пацієнтам з надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватись здорового харчування, обмежити енергетичну цінність їжі, збільшити рівень фізичної активності.

**Бажані дії:**

1. Скерувати пацієнтів із надлишковою масою тіла до закладів, які надають вторинну медичну допомогу до дієтолога, спеціаліста з лікувальної фізкультури.

**Фізична активність. Обов'язкові дії:**

1. Заохочувати всіх пацієнтів до виконання щоденного фізичного навантаження у будь-якому вигляді (ходьба, активний відпочинок тощо) упродовж 30-45 хвилин на день до збільшення ЧСС за умови комфортного самопочуття.

**Зловживання алкоголем.**

1. Дорослим здоровим 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).

**4.Необхідні дії лікаря щодо діагностики АГ.**

1. Вимірювання АТ при кожному зверненні до лікаря у стандартних умовах мінімум 2 рази упродовж прийому. При першому зверненні АТ вимірюють на обох руках. При виявленні різниці в рівні АТ на руках для подальших вимірювань використовують руку з більш високим АТ (Додаток № 4. Методика вимірювання артеріального тиску).
2. Проведення лікарського огляду усім пацієнтам:
	1. фізикальне обстеження;
	2. оцінка неврологічного статусу;
	3. офтальмоскопія очного дна пацієнтам з систолічним АТ (САТ) вище 160 мм.рт.ст. та пацієнтам з офтальмологічною та неврологічною симптоматикою.
3. Лабораторні обстеження: ЗАК, ЗАС, визначення рівня глікемії, креатиніну – проводити всім пацієнтам при первинному зверненні. За неможливості виконання досліджень у закладах первинної медичної допомоги потрібно направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.
4. Реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях.
5. Визначення факторів ризику та попередня оцінка загального серцево-судинного ризику (Додаток № 2. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієнтів з АГ. Додаток № 2.1. Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень).
6. При вторинній АГ, резистентній АГ, АГ у пацієнтів молодого віку (до 40 років), вагітності з АГ – направлення для проведення обстеження до закладів, які надають вторинну медичну допомогу (А.3.2.2. Етапи надання медичної допомоги вагітним з артеріальною гіпертензією).

**Бажані:**

* 1. Лабораторні обстеження:
	2. визначення АЛТ;
	3. визначення ТГ;
	4. визначення мікроальбумінурії;
	5. визначення рівня ЗХС
	6. обчислення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Гаулта:

|  |  |
| --- | --- |
|  | [140 – вік (роки)] × МТ(кг)]×0,85(для жінок) |
| ШКФ (мл/хв.)= | --------------------------------------------------------- |

 Креатинін (мкмоль/л)×0,81

* 1. Інструментальні обстеження:
	2. проведення УЗД серця (ЕхоКГ, ДоплерКГ);
	3. УЗД екстракраніальних судин шиї;
	4. УЗД нирок.

**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.

**Необхідні дії лікаря.**

1. Роз’яснити пацієнту в доступній формі особливості подальшого розвитку захворювання, надати рекомендації щодо змін стилю життя, харчування, фізичної активності.
2. Навчити пацієнта вимірювати АТ в домашніх умовах, вести щоденник самоконтролю АТ.
3. Скласти план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта; узгодити з пацієнтом схеми і режим прийому фармакологічних препаратів.
4. Відповісти на запитання пацієнта.
5. Зробити відповідний запис в медичній картці амбулаторного хворого (МКАХ).

 **Немедикаментозні методи лікування**

1. Всім пацієнтам з АГ слід проводити корекцію наявних ФР і модифікацію стилю життя згідно рекомендацій щодо профілактики, наведених в розділі 2.
2. Рекомендувати дотримання дієти з обмеженням споживання кухонної солі, солодощів, насичених жирів та збільшенням вживання фруктів/овочів (Додаток № 3. «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією»).
3. Заохочувати пацієнтів до самоконтролю АТ та інших ФР, постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності до виконання рекомендацій лікаря.

**Бажані:**

1. Надати пацієнту з АГ роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією» та зробити відповідний запис в МКАХ.
2. Залучення пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції (при їх наявності): школи здоров’я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.
3. Активно виявляти пацієнтів з тривожними/депресивними розладами та рекомендувати пацієнтам, які мають депресивні/тривожні розлади звернення до психолога/психотерапевта/психіатра в закладах, які надають вторинну медичну допомогу.

**4.2. Медикаментозні методи лікування**

1. Для лікування АГ використовують антигіпертензивні препарати з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (препарати І ряду: діуретики, іАПФ, АК(БКК), ББ, БРА) як у монотерапії, так і у комбінаціях. При неможливості нормалізації АТ за допомогою комбінації препаратів І ряду додатково призначають препарати ІІ ряду (альфа-адреноблокатори, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії). До досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки переносимості, ефективності і безпеки лікування, а також – контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводяться з інтервалом у 2-3 тижні.
2. Всім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов’язково додатково призначати (при відсутності протипоказань) медикаментозну корекцію дисліпідемії - статини у стандартних дозах.
3. Пацієнтам з встановленим діагнозом серцево-судинного захворювання за відсутності протипоказань після досягнення ефективного контролю АТ (рівень АТ менше 140/90 мм рт.ст.) додатково призначається ацетилсаліцилова кислота в дозі 75-100 мг.
4. Медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, ЦД та ін.) проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів*.*
5. При недосягненні цільового АТ**:**
* упевнитись, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів;
* провести корекцію терапії.
1. При неефективності медикаментозної терапії (за умови призначення препаратів в адекватних дозах) – направлення до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу.
2. Лікування неускладнених гіпертензивних кризів (ГК) проводиться в амбулаторних умовах у разі можливості моніторингу стану пацієнта. При неможливості моніторингу та/або розвитку ускладненого ГК пацієнт якнайшвидше направляється до закладів, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу **(**А3.4.4. Госпіталізація при ГК).

**Бажані дії:**

1. У разі неефективності медикаментозної терапії виконувати амбулаторний моніторинг АТ або моніторинг АТ в домашніх умовах. (Додаток № 4. Методика вимірювання артеріального тиску).

**Диспансерний нагляд**

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

Досягнення і підтримка цільового рівня АТ вимагає тривалого лікарського спостереження з регулярним контролем виконання пацієнтом рекомендацій щодо зміни способу життя і дотримання режиму прийому призначених антигіпертензивних засобів, а також корекції терапії, залежно від ефективності, безпеки і переносимості лікування.

Важливе значення має корекція та моніторинг інших ФР та супутніх клінічних станів: гіперхолестеринемії, ЦД тощо.

**Стратегяї 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 рекомендують заходи немедикаментозної корекції: відмова від тютюнопаління, раціональне харчування, обмеження вживання солі та алкоголю, підтримання оптимальної маси тіла, достатнього рівня фізичного навантаження тощо.
* Медикаментозне лікування **обов’язково** призначається всім пацієнтам зі стабільно підвищеним АТ починаючи з рівня 160/100 мм.рт.ст.
* Медикаментозне лікування **обов’язково** призначається пацієнтам при рівні АТ менше 160/100 мм.рт.ст (АГ І ступеня), але **з високим і дуже високим ризиком**.
* Пацієнтам з АГ І ступеня (АТ менше 160/100 мм рт.ст.) з **низьким та помірним ризиком** 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.
* Для стартової та підтримуючої антигіпертензивної терапії застосовуються тіазидні (тіазидоподібні) діуретики в низьких дозах, АК (БКК), іАПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину і β-блокатори (препарати I ряду). Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування.
* 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.
* При неефективності двокомпонентної антигіпертензивної терапії необхідно додати 3-й препарат. Один з препаратів у комбінації має бути діуретиком.
* 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.
* Необхідно надавати перевагу лікарським засобам, антигіпертензивний ефект яких триває більше 24 годин при прийомі 1 раз на добу.
* У пацієнтів з АГ І ступеня і з низьким чи помірним сумарним серцево-судинним ризиком антигіпертензивна терапія може починатись як з монотерапії, так і з комбінації 2 препаратів І ряду у низьких дозах.
* Комбінації антигіпертензивних препаратів, що довели свою ефективність, наведені в А.3.3.1. Найбільш поширеною раціональною трикомпонентною комбінацією є іАПФ/БРА+АК(БКК)+ТД.
* При відсутності нормалізації АТ на фоні терапії трьома лікарськими засобами потрібно, в першу чергу, упевнитись, що пацієнт приймає призначене лікування. При неефективності антигіпертензивної терапії трьома препаратами різних груп пацієнта направляють на консультацію до кардіолога.
* Використання фіксованих комбінацій препаратів допомагає спростити режим лікування і посилити прихильність пацієнта.
* При недостатній ефективності або неможливості застосування препаратів I ряду в складі комбінованої терапії використовують препарати II ряду (альфа-1-адреноблокатори, петльові діуретики, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії, центральні альфа-2-агоністи та селективні агоністи імідазолінових рецепторів.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**«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 проявлятись 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, cну, 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. – прислухайтесь 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 140/90мм рт.ст.

Заведіть щоденник самоконтролю АТ та занотовуйте результати вимірювання (с.3). 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 відміняйте 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 заміняють 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. Порадьтесь 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 130/80мм 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, порадьтесь 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 хвилин 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. Порадьтесь 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, солодощів та продуктів, що містять багато холестерину. Нижче наведено «**Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування**», які допоможуть Вам визначитись з раціоном харчування.

Не **досолюйте** 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**: харчуйтесь 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. Дотримуйтесь 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 сирокопчені 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, солона 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 ІІ ґатунку, 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 ґатунку, солодкі каші, пісочні та бісквітні тістечка, здобні вироби, приготовлені на рекомендованих жирах. | Хлібобулочні вироби із борошна І ґатунку, 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, неміцна 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, фруктове 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Назва препарату** | **Доза, режим прийому** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Щоденник самоконтролю АТ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Час вимірювання** | **АТ систолічний** | **АТ діастолічний** | **Пульс** | **Примітка** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Продовжити, скільки потрібно**

**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 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 a. 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 a. radialis. Після цього починають випускати повітря з манжети. Той показник, при якому з'являється пульсація на a. 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 І 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.