

*Синдром артериальной гипертензии в
практике участкового терапевта.
Современные принципы лечебно-
диагностической тактики на
амбулаторном этапе*



- Несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания, так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска (ФР) основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ), главным образом определяющих высокую смертность в стране.

ст.)

<i>Категории АД</i>	<i>САД</i>	<i>ДАД</i>
<i>Оптимальное</i>	< 120	<80
<i>Нормальное</i>	и 120- 129	-84
<i>Высокое нормальное</i>	130- 139	85-89
<i>АГ 1 степени</i>	140-159	90-99
<i>АГ 2 степени</i>	160-179	100-109
<i>АГ 3 степени</i>	> 180	>110
<i>Изолированная систолическая АГ *</i>	> 140	<90

- Примечание: * ИСАГ должна классифицироваться на 1, 2, 3 степени согласно уровню САД.

Факторы риска

- возраст: для мужчин – старше 55 лет, для женщин – старше 65 лет;
- для лиц пожилого возраста – высокое пульсовое давление (более 60 мм.рт.ст.);
- курение;
- дислипидемия (общий холестерин $>5,0$ ммоль/л или холестерин липопротеинов низкой плотности $>3,0$ ммоль/л или холестерин липопротеинов высокой плотности $< 1,0$ ммоль/л для мужчин и $<1,2$ ммоль/л для женщин, или триглицериды $> 1,7$ ммоль/л);
- глюкоза плазмы натощак 5,6 – 6,9 ммоль/л;
- нарушение толерантности к глюкозе;
- абдоминальное ожирение (окружность талии > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин);
- семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (до 55 лет для мужчин и до 65 лет для женщин).

Степень тяжести артериальной гипертонии →	Высокое нормальное АД (130-139/85-89 мм.рт.ст.)	I (легкая) АД 140-159/90-99 мм.рт.ст.	II (средняя) АД 160-179/99-109 мм.рт.ст.	III (тяжелая) АД более 180/110 мм.рт.ст.
Нет факторов риска	Незначительный риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
Есть 1-2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
Есть более 3 факторов риска, и/или сахарный диабет, и/или поражение органов-мишеней.	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Есть Ассоциированные клинические состояния	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза важно уточнить возраст манифестации артериальной гипертензии. Возникновение заболевания у пациентов в возрасте старше 40–50 лет в большинстве случаев указывает на первичную форму болезни (эссенциальную АГ). Появление признаков артериальной гипертензии в молодом возрасте (20–30 лет), быстрая стабилизация АД на высоких цифрах, ранние осложнения, могут свидетельствовать о вторичной форме заболевания (симптоматическую АГ).

В последнем случае необходимо диагностировать ту патологию, которая привела к развитию артериальной гипертензии. Следует обратить внимание на:

- Семейный анамнез почечных заболеваний (поликистоз почек)
- Наличие в анамнезе почечных заболеваний, инфекций мочевого пузыря, гематурии, злоупотребления анальгетиками (паренхиматозные заболевания почек)
- Пароксизмальные эпизоды потоотделения, головных болей, тревоги, сердцебиений (феохромоцитома)
- Мышечную слабость, парестезии, судороги (гиперальдостеронизм)
- У женщин - на особенности течения беременностей, установить возможную связь повышения АД с наступлением менопаузы
- Необходимо анализировать возможную зависимость между артериальной гипертензией и приемом лекарственных препаратов (гормональных контрацептивов, нестероидных противовоспалительных и стероидных средств, использование наркотиков)

- Далее необходимо оценить основные факторы риска развития артериальной гипертензии.
- Наследственная отягощенность по АГ, сердечно-сосудистым заболеваниям, дислипидемии, сахарному диабету
- Наличие в анамнезе у пациента сердечно-сосудистых заболеваний, дислипидемии, сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе
- Курение, злоупотребление алкоголем
- Абдоминальное ожирение
- Физическая активность
- Личностные особенности пациента

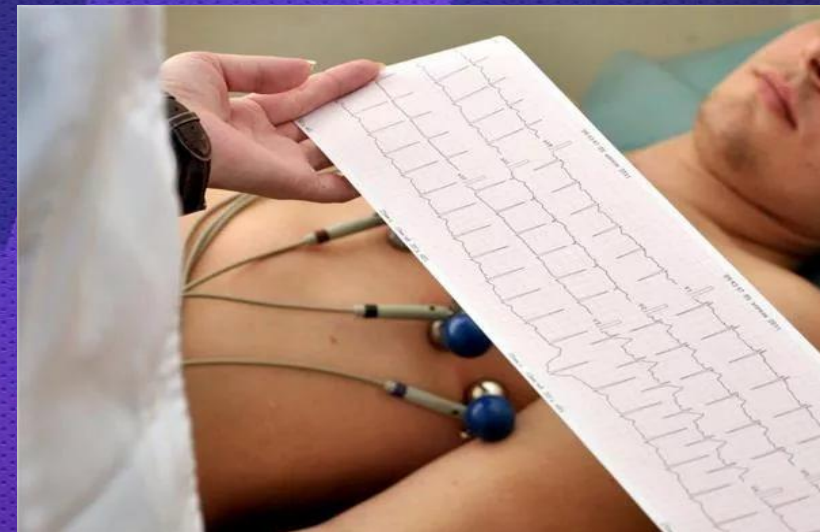
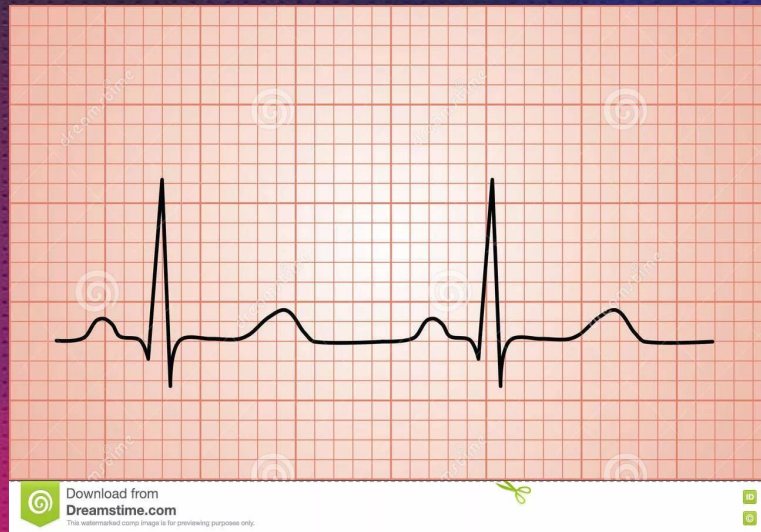
Обязательные методы диагностики

- Общий анализ крови с определением гемоглобина и гематокрита .
- Общий анализ мочи , включая относительную плотность, суточную протеинурию, бактериурию, соотношение альбумин/креатинин мочи
- Глюкоза крови натощак. Если глюкоза крови натощак $>5,6$ ммоль/л, рекомендуется провести пробу на толерантность к глюкозе. Повторное повышение гликемии плазмы натощак $> 7,0$ ммоль/л или нарушение толерантности к глюкозе указывает на наличие сахарного диабета
- Общий холестерин
- Холестерин ЛПВП
- Холестерин ЛПНП
- Триглицериды
- Калий
- Мочевая кислота
- Креатинин



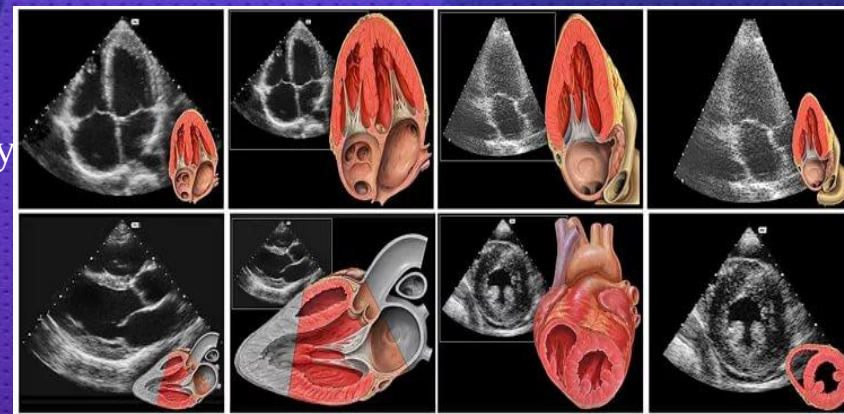
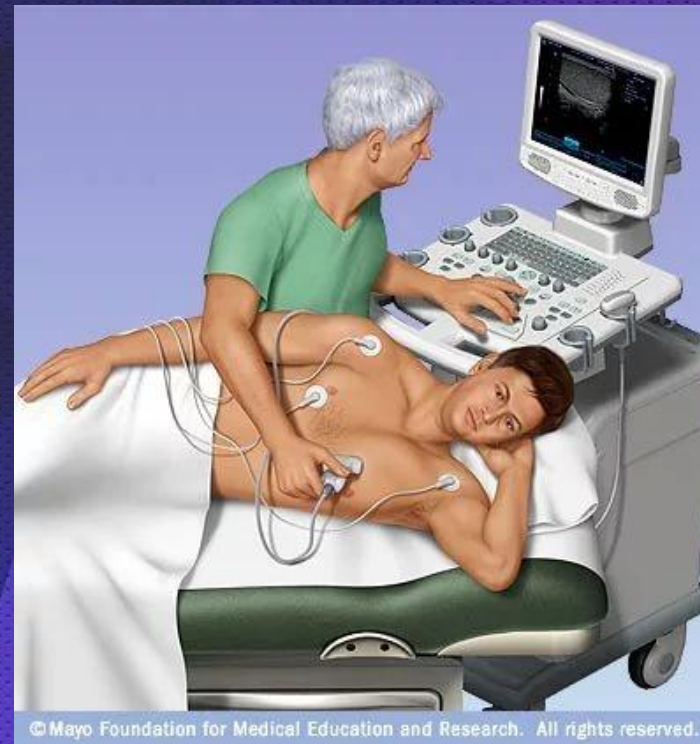
ЭКГ

- Электрокардиографическими признаками гипертрофии левого желудочка являются: Увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях (V5, V6) и амплитуды зубца S — в правых грудных отведениях (V1, V2)
- Признаки поворота сердца вокруг продольной оси против часовой стрелки
- Смещение электрической оси сердца влево
- Смещение сегмента R–ST в отведениях V5, V6, I, aVL ниже изоэлектрической линии и формирование отрицательного или двухфазного (–+) зубца T в отведениях I, aVL, V5 и V6
- Увеличение длительности интервала внутреннего отклонения QRS в левых грудных отведениях (V5, V6) более 0,05 с.



Эхо-КГ

- Метод более чувствителен в отношении диагностики гипертрофии левого желудочка и оценки сердечно-сосудистого риска. Дополнительная информация при ЭхоКГ о толщине стенок и размерах полостей сердца способствует уточнению группы риска, определению тактики лечения.
- В качестве критерия нормальных величин индекса массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ – масса миокарда, индексированная к площади поверхности тела) принят показатель 125 г/м² для мужчин и 110 г/м² для женщин. Повышенную частоту сердечно-сосудистых исходов позволяют предсказать концентрическая гипертрофия левого желудочка (отношение толщины стенки к радиусу ЛЖ $>0,42$ при наличии увеличенной массы желудочка), эксцентрическая гипертрофия (увеличение массы миокарда при отношении толщины стенки к радиусу ЛЖ $<0,42$) и концентрическое ремоделирование (отношение толщины стенки к радиусу $\geq 0,42$ при нормальной массе ЛЖ). Однако наиболее неблагоприятным прогнозом характеризуется концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ.



Исследование глазного дна

- Выполняется для оценки степени выраженности ретинопатии. При артериальной гипертензии в сетчатке можно обнаружить следующие патологические изменения: сужение артериол, расширение вен с прогрессирующим уменьшением отношения диаметра артериол и соответствующих им венул, венозный застой. На поздних стадиях артериальной гипертензии сетчатка выглядит мутноватой и отечной, на ней появляются беловатые и желтоватые пятна, напоминающие комки ваты, наблюдаются кровоизлияния в сетчатку. В некоторых случаях происходит отслойка сетчатки. Может возникать отек зрительного нерва.
- *Выделяют четыре степени поражения сосудов сетчатки:*
- I степень — минимальное сужение артериол и неравномерность их просвета
- II степень — выраженное сужение артериол с участками спазма и расширения венул при их перекресте с артериями
- III степень — на фоне резкого спазма артериол и расширения венул определяются признаки гипертонической ретинопатии: отечность и умеренное помутнение сетчатки, кровоизлияния в сетчатку; рыхлые экссудаты на сетчатке
- IV степень — отек диска зрительного нерва.

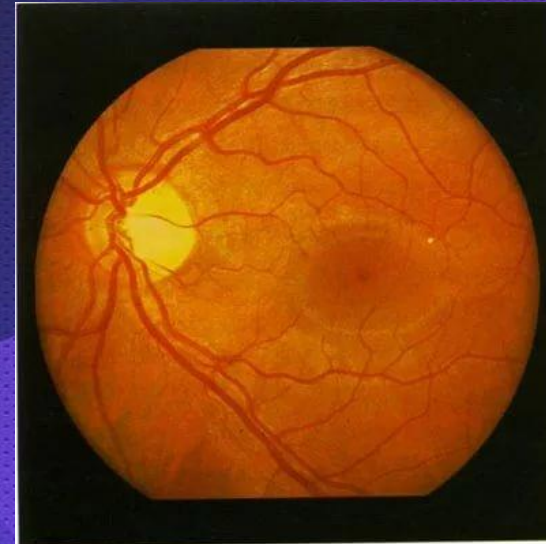


Рис. 2-1. Нормальное глазное дно.



Дополнительные методы диагностики

- Рентгенография органов грудной клетки
- Ультразвуковое исследование почек и надпочечников
- Ультразвуковое исследование брахиоцефальных и почечных артерий
- Определение С-реактивного белка в сыворотке крови
- Анализ мочи на бактериурию
- Количественная оценка протеинурии
- Определение микроальбуминурии. Обязательное исследование при сахарном диабете.

Цели терапии

Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития ССО и смерти от них. Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых ФР (курение, ДЛП, гипергликемия, ожирение), предупреждение, замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение ПОМ, а также лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний — ИБС, СД и т. д.

Тактика ведения больных АГ в зависимости от риска ССО

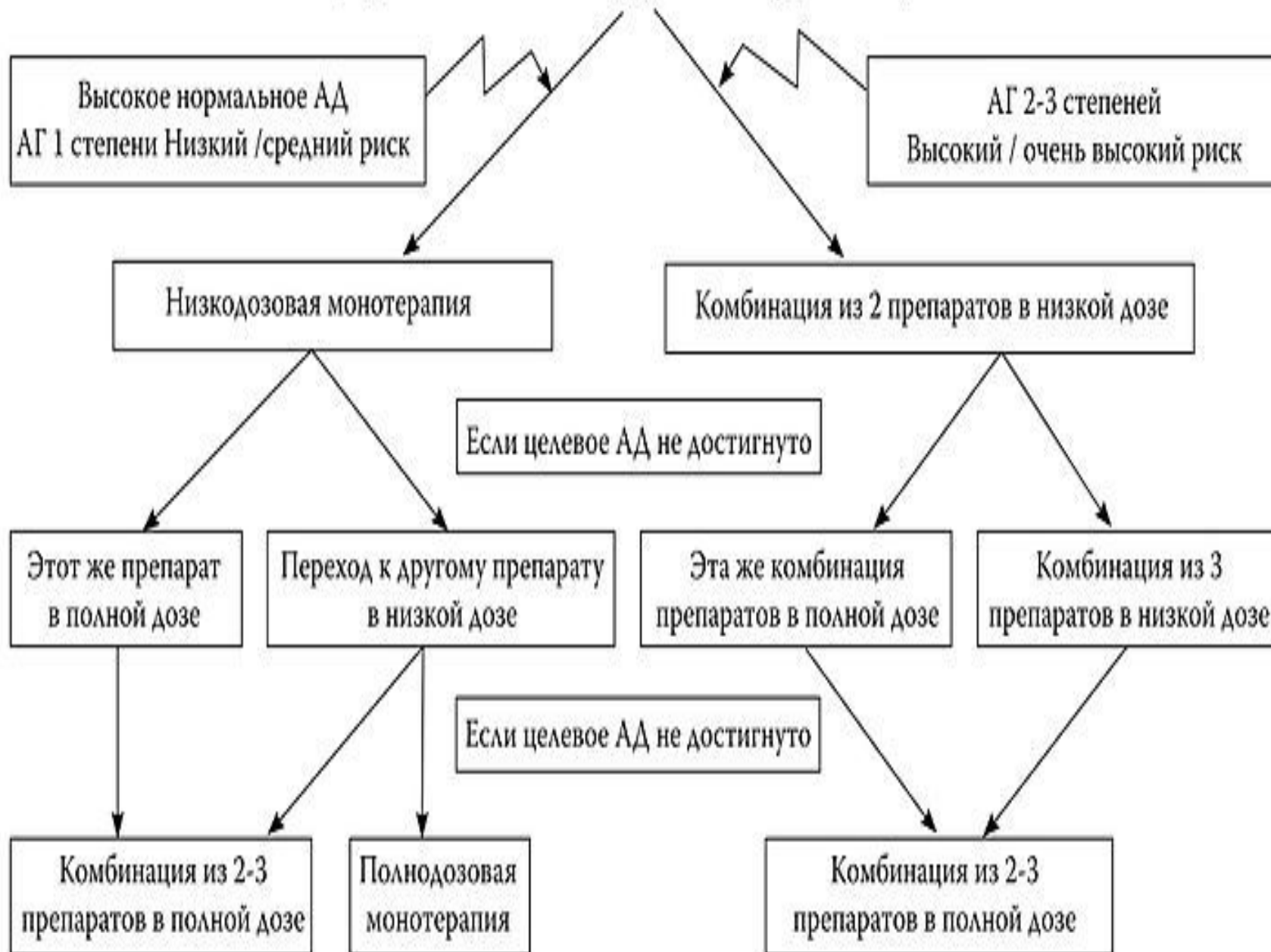
ФР, ПОМ и СЗ	Артериальное давление, мм рт. ст.		
	АГ 1-й степени 140–159/90–99	АГ 2-й степени 160–179/100–109	АГ 3-й степени $\geq 180/110$
Нет ФР	Изменение ОЖ на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
1–2 ФР	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
≥ 3 ФР, ПОМ, МС или СД	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
АКС	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию

Немедикаментозные методы включают

- отказ от курения;
- нормализацию массы тела (ИМТ < 25 кг/м.2);
- увеличение физической нагрузки - регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30—40 минут не менее 4 раз в неделю;
- снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут.;
- изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.



Определить степень сердечно-сосудистого риска



Динамическое наблюдение

- Достижение и поддержание целевых уровней АД требуют длительного врачебного наблюдения с регулярным контролем выполнения пациентом рекомендаций по изменению ОЖ и соблюдению режима приема назначенных АГП, а также коррекции терапии в зависимости от эффективности, безопасности и переносимости лечения. При динамическом наблюдении решающее значение имеют установление личного контакта между врачом и больным, обучение пациентов в школах для больных АГ, повышающее приверженность больного лечению.