

*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

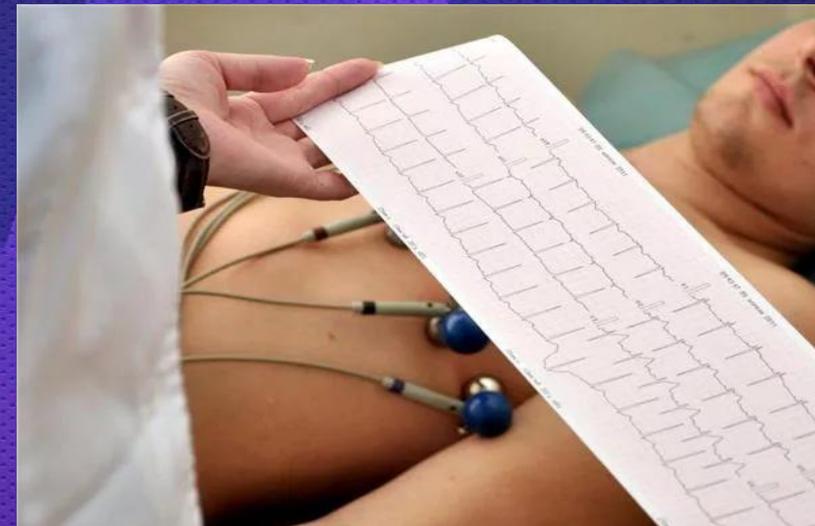
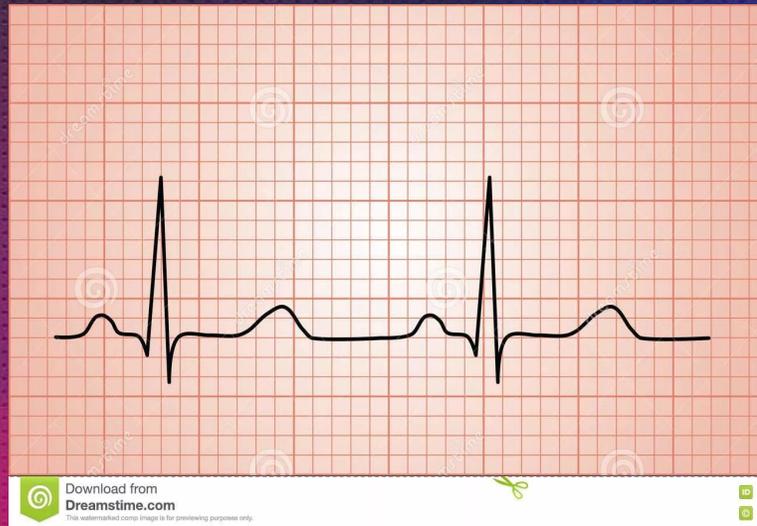
Обязательные методы диагностики

- 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



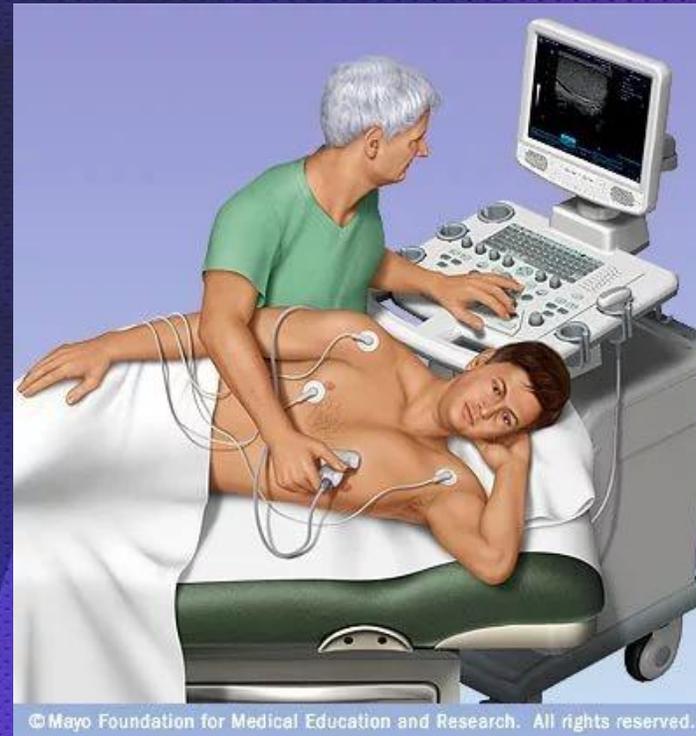
ЭКГ

- 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.

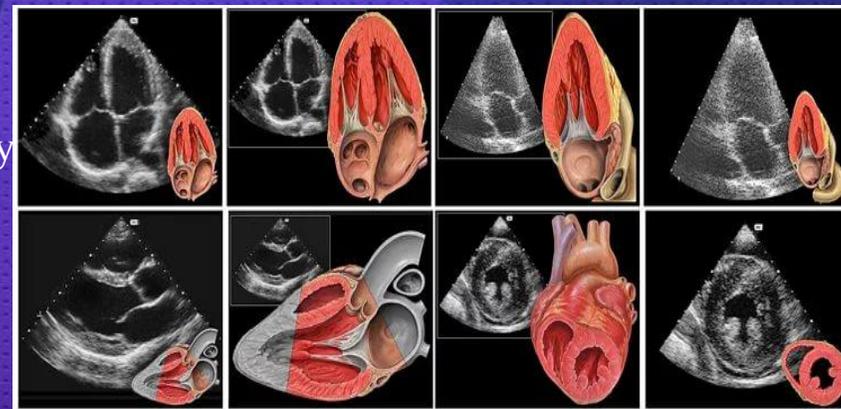


Эхо-КГ

- 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/м^2 для мужчин и 110 г/м^2 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.



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



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.

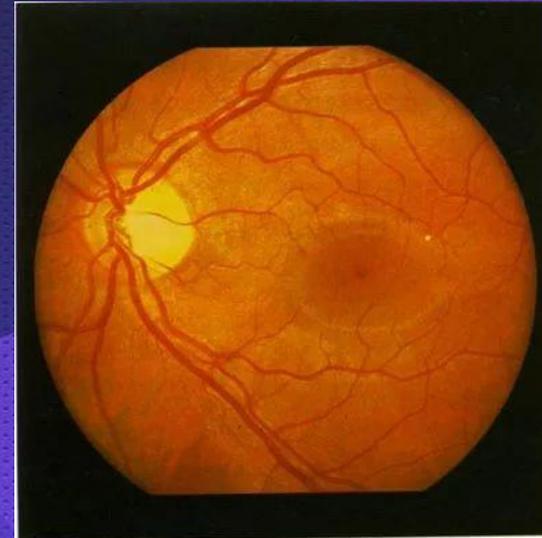


Рис. 2-1. Нормальное глазное дно.



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

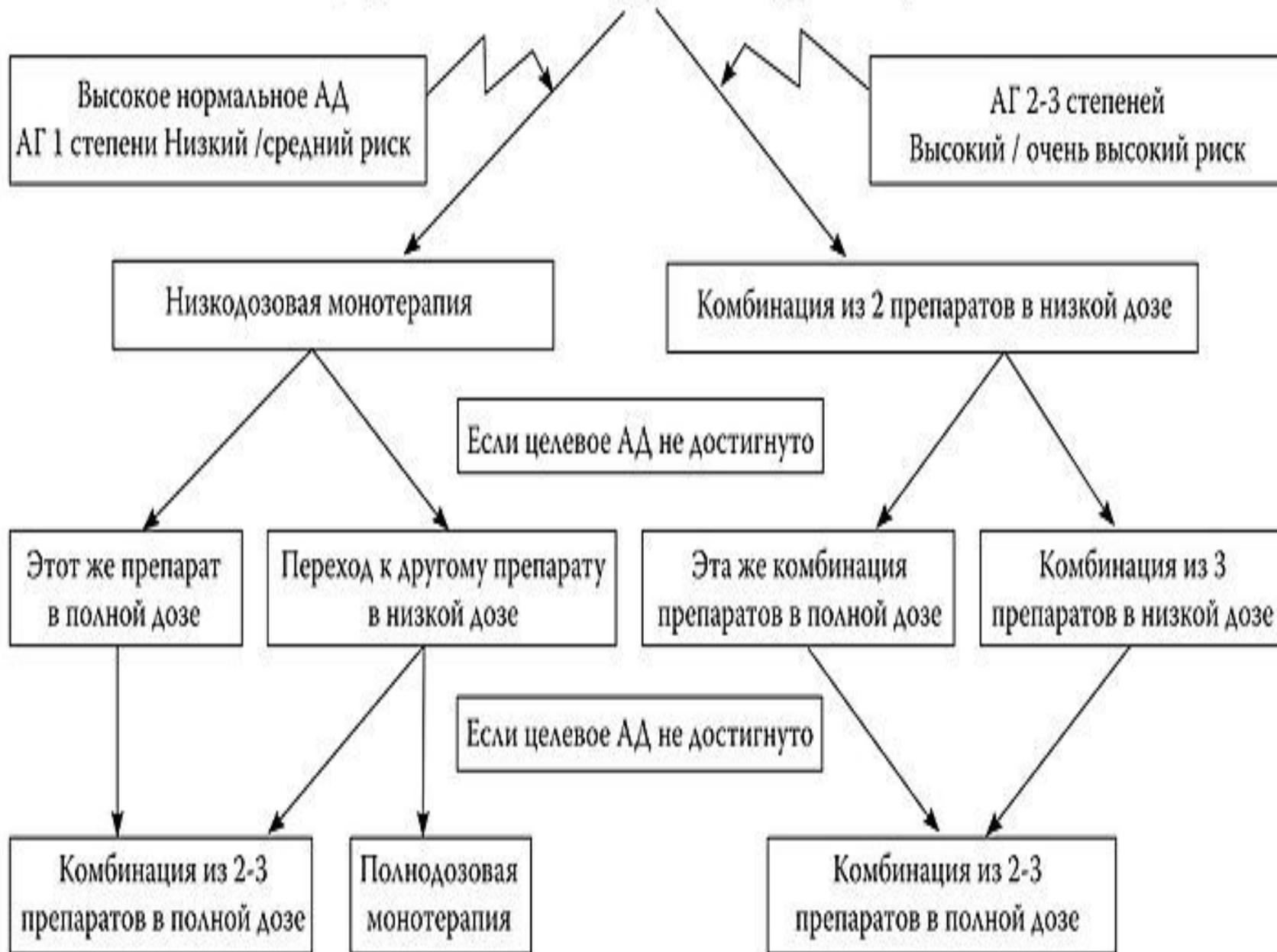
| ФР, ПОМ и СЗ | Артериальное давление, мм рт. ст. | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| | АГ 1-й степени 140–159/90–99 | АГ 2-й степени 160–179/100–109 | АГ 3-й степени $\geq 180/110$ |
| Нет ФР | Изменение ОЖ на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию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