

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

- **Артериальная гипертензия (Эссенциальная гипертензия, гипертоническая болезнь) (ЭГ) – мультифакторное заболевание, в основе которого лежит генетический полигенный структурный дефект, обуславливающий высокую активность прессорных механизмов длительного действия. Артериальная гипертензия (АГ) закрепляется с момента истощения депрессорной функции почек. Заболевание проявляется стойким хроническим повышением систолического или диастолического давления, характеризуется частотой от 15% до 45% в популяции**

КЛАССИФИКАЦИЯ

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Стадия I	Стадия II	Стадия III
Нет объективных признаков органических изменений	По меньшей мере один из следующих признаков	Симптомы и признаки, связанные с повреждением органов-мишеней включают:
	Гипертрофия левого желудочка (рентгенография, ЭКГ, эхокардиография)	Сердце: стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность
	Генерализованное и очаговое сужение артерий сетчатки	Головной мозг: преходящее нарушение мозгового кровообращения, мозговой инсульт, гипертоническая энцефалопатия
	Протеинурия и/или небольшое повышение плазменной концентрации креатинина	Глазное дно: кровоизлияния и экссудаты в сетчатке с отеком соска зрительного нерва или без него
	Атеросклеротическая бляшка (в сонных артериях, аорте, подвздошных и бедренных артериях) при ультразвуковом или рентгенологическом исследовании	Почки: плазменная концентрация креатинина выше 2,0 мг/дл, почечная недостаточность
		Сосуды: расслаивающая аневризма, симптомы окклюзионного поражения артерий

Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ для определения прогноза и тактики лечения

Уровень АД, мм рт.ст.

Другие ФР, ПОМ или АКС	высокое	нормальное АД (АД 130-139/85-89)	АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
	Нет ФР	Незначительный риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск	
3 и более ФР, или ПОМ	Высокий	Высокий	Высокий	Очень высокий	

Этиология и патогенез

- **В основе стойкой хронической АГ лежит наследственный полигенный генетический дефект, проявляющийся рядом структурных изменений (из известных – изменения клеточных мембран) и, запускающий ренин-ангиотензин-альдостероновый механизм, вызывающий задержку натрия. Активация прессорного цикла, в свою очередь, активизирует депрессорную систему. Некоторое время эти системы могут находиться в равновесии, но после истощения депрессорной системы произойдет закрепление АГ. Таким образом, рассматривается единая форма генетически обусловленной стойкой хронической АГ (гипертоническая болезнь, ЭГ).**

Определение группы риска

У больных АГ прогноз зависит не только от уровня АД.

Наличие сопутствующих факторов риска, степень вовлечения в процесс органов-мишеней, а также наличие ассоциированных клинических состояний имеет не меньшее значение, чем степень повышения АД, в связи с чем в современную классификацию введена стратификация больных в зависимости от степени риска.

Факторы риска

- **Избыточное потребление поваренной соли, заболевания почек, надпочечников, почечных артерий. Закрепление АГ реализуется через повышение общего периферического сосудистого сопротивления, увеличение сердечного выброса, ОЦК.**

Классификация

• Категория	Систолическое АД,	Диастолическое АД,
• мм рт. ст. мм рт. ст.		
• Оптимальное	<120	<80
• Нормальное	<130	<85
• Высоко нормальное	130–139	85–89
• Гипертензия 1-й степени	140–159	90–99
• («мягкая»)	140–149	90–94
• Подгруппа: пограничная		
• Гипертензия 2-й степени	160–179	100–109
• («умеренная»)		
• Гипертензия 3 -й степени	> 180	> 110
• («тяжелая»)		
• Изолированная систоличе-	>140	<90
• ская гипертензия	140–149	<90
• Подгруппа: пограничная		

Классификация

- **Стадия I.** Нет объективных признаков органических изменений.
- **Стадия II.** По меньшей мере, один из следующих признаков: ГЛЖ (рентгенография, ЭКГ, эхокардиография); генерализованное и очаговое сужение артерий сетчатки; протеинурия и/или небольшое повышение концентрации креатинина в плазме крови; атеросклеротическая бляшка (в сонных артериях, аорте, подвздошных и бедренных артериях) при УЗИ, рентгенологическом исследовании.

Классификация

- **Стадия III.** Симптомы и признаки, связанные с повреждением органов-мишеней, включают:
- *сердце* – стенокардия, ИМ, СН;
- головной мозг – преходящее нарушение мозгового кровообращения, мозговой инсульт, гипертоническая энцефалопатия;
- *глазное дно* – кровоизлияния и экссудаты в сетчатке с отеком диска зрительного нерва или без него;
- *почки* – концентрация креатинина в плазме крови выше 20 мг/л, почечная недостаточность;
- *сосуды* – расслаивающаяся аневризма аорты, симптомы окклюзионного поражения артерий.

Клиника

- Три основных типа: кардиальный, почечный и церебральный.
- *Кардиальный* проявляется нарастающими коронарными патологическими проявлениями типа ИБС, прогрессирующего кардиосклероза.
- *Почечный* – ранняя гиперфилтрация, периодические протеинурия, гематурия и последующее развитие почечной недостаточности. *Мозговой вариант* протекает с типичными церебральными кризами, возможны ишемические и геморрагические инсульты.

Этапы диагностики АГ

Первый этап – обязательные исследования, которые проводятся каждому больному при выявлении АГ. Этот этап включает в себя выявление основных. Оценку поражения органов-мишеней, диагностику сопутствующих клинических состояний, влияющих на риск сердечно-сосудистых осложнений, и рутинные методы диагностики вторичных АГ.

Второй этап предполагает исследования для уточнения вида симптоматической АГ, дополнительные методы обследования для оценки поражения органов-мишеней, выявление дополнительных факторов риска.

ЦЕЛЕВЫЕ УРОВНИ АД

Группа больных	Целевое АД мм рт.ст.
Общая популяция больных	<140/90
АГ + сахарный диабет без протеинурии	<130/85
АГ + сахарный диабет с протеинурией	<125/75
АГ + хроническая почечная недостаточность	<125/75

ЛЕЧЕНИЕ

- **На I этапе существенно снижение избыточной массы тела, ограничение поваренной соли до 3–5 г/сут, особенно для сольчувствительных лиц. Последние составляют 30–50% «гипертоников». Не менее важно насытить организм достаточным количеством калия, введение которого улучшает (восстанавливает) функцию эндотелия. Необходимо прекращение курения, ограничение приема алкоголя, систематическая физическая активность, а также психологическое релаксационное воздействие. Лазеротерапия, фитотерапия направлены на снижение сосудистого тонуса.**

Препараты “первой линии”

- диуретики
- бета-блокаторы
- ингибиторы АПФ
- антагонисты кальция
- альфа-блокаторы
- антагонисты ангиотензина II
- агонисты имидазолиновых рецепторов