

# Диагностика и лечение вторичных форм АГ

Проект рекомендаций экспертов ВНОК  
Приложение 2 к журналу "Кардиоваскулярная  
терапия и профилактика" 2008,  
ESH/ESC 2007год

**АРТЕРИАЛЬНАЯ  
ГИПЕРТЕНЗИЯ-  
синдром повышения АД при  
«гипертонической болезни» и  
«симптоматических артериальных  
гипертензиях»**

# Классификация уровней АД (мм рт.ст.)

Категория АД	САД		ДАД
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120-129	и/или	80-84
<b>Высокое нормальное</b>	130-139	и/или	85-89
АГ 1-й степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2-й степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3-й степени	≥180	и/или	≥110
Изолир. систолическая	≥140	и	<90

# Стратификация риска

ФР, ПОМ или АКС	Нормальное АД	Высокое нормальное АД	АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
НЕТ	Незначительный риск	Незначительный риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
>3ФР, ПОМ,МС или СД	Умеренный риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

# Оценка общего сердечно-сосудистого риска

Модель Framingham- риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет:

- Низкий риск-15%;
- Умеренный- 20%;
- Высокий- 20-30%;
- Очень высокий- >30%.

Модель SCORE- риск смерти от заболеваний, связанных с атеросклерозом, в течение 10 лет:

- Низкий риск- <4%;
- Умеренный- 4-5%;
- Высокий- 5-8%;
- Очень высокий- >8%.

# Факторы риска

- Уровень АД
- Уровень пульсового давления у пожилых
- Возраст (М > 55 лет, Ж > 65 лет)
- Курение
- Дислипидемия (Общий ХС > 5.0 ммоль / л, ЛПНП > 3.0 ммоль / л, ЛПВП М < 1.0 ммоль / л, Ж < 1.2 ммоль / л, ТАГ > 1.7 ммоль / л.)
- Уровень глюкозы 5.6-6.9 ммоль / л
- Абдоминальное ожирение (ОТ > 102 см у М. и > 88 см у Ж.)
- Семейный анамнез ранних ССЗ (М < 55 лет, Ж < 65 лет)

# Поражение органов - мишеней

## ■ ГЛЖ

ЭКГ признаки: Соколова-Лайона  $>38\text{мм}$ ; Корнельское произведение  $>2440\text{мм}\cdot\text{мс}$ ; ЭхоКГ

признаки: ИММ ЛЖ  $M > 125\text{г}/\text{м}^2$ ,  $J > 110\text{г}/\text{м}^2$

- Утолщение стенки сонной артерии  $>0.9\text{мм}$ .
- Скорость пульсовой волны  $>12\text{м}/\text{с}$ : Индекс АД лодыжка/плечо  $<0.9$
- Небольшое увеличение креатинина плазмы:  
 $M.: 115-133\text{ммоль}/\text{л}$ ;  $J.: 107-124\text{ммоль}/\text{л}$
- Клубочковая фильтрация  $<60\text{мл}/\text{мин}$  или клиренс креатинина  $<60\text{мл}/\text{мин}$
- Микроальбуминурия  $30-300\text{мг}/\text{сут}$  . или отношение альбумин / креатинин  $>22(M.)$  и  $>31(J.)$

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ:

Уровень глюкозы крови натощак при повторных измерениях  $>7.0\text{ммоль}/\text{л}$ ;

Уровень глюкозы крови после нагрузки  $>11\text{ммоль}/\text{л}$ .

# Ассоциированные клинические состояния

- ЦВБ: ишемический, геморрагический инсульт, ТИА;
- Заболевания сердца: ИМ, стенокардия, коронарная реваскуляризация, ХСН
- Поражения почек: диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (креатинин М.>133, Ж.>124 ммоль/л, протеинурия>300 мг/сут)
- Заболевания периферических артерий
- Гипертоническая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва



# Диагностика

Диагностические мероприятия должны быть направлены на:

- Определение уровня АД;
- Выявление вторичных причин гипертензии;
- Оценку общего сердечно-сосудистого риска (выявление факторов риска, диагностика ПОМ и АКС).

# Диагностические мероприятия включают в себя:

1. Повторное измерение уровня АД;
2. Сбор анамнеза;
3. Физикальное обследование;
4. Лабораторные и инструментальные методы обследования.

Установить причину АГ удастся лишь у небольшой части пациентов - 5 - 10% взрослых лиц, страдающих АГ. Скрининг больных с целью выявления вторичных форм АГ основан на изучении анамнеза заболевания, физикальном обследовании и инструментально-лабораторных методах исследования. Наличие вторичной формы АГ можно предположить при тяжелой и/или быстро прогрессирующей АГ, резистентной к терапии. В этих случаях необходимо проводить целенаправленное исследование для уточнения этиологии АГ.

# АГ, связанная с патологией почек

Патология почек - наиболее частая причина вторичной АГ.

## Методы обследования:

- УЗИ почек
- Общий анализ мочи
- Определение СКФ
- Бактериологические и радиологические методы
- КТ и МРТ почек
- По показаниям - биопсия почки

# АГ при поражении почечных артерий

Вазоренальная или реноваскулярная АГ - вторая по распространенности форма вторичной АГ, которая вызвана одно- или двусторонним стенозирующим поражением почечных артерий.

## Этиология:

- атеросклероз почечных артерий (75%)
- фибромышечная дисплазия (25%)

# Клинические признаки

- Внезапное развитие или ухудшение течения АГ;
- резистентность к медикаментозной терапии;
- систолический шум над брюшным отделом аорты (40%) при стенозе почечных артерий, прогрессирующее снижение функции почек

# Диагностика

- **УЗИ:** разница в размере почек, превышающая 1,5 см - характерный признак вазоренальной АГ (у 60-70% больных);
- **Дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием почечных артерий;**
- **Радиоизотопные методы исследования**
- **МРА** (чувствительность до 95% и более)

# Диагностика

- спиральная КТ
- брюшная ангиография
- Катетеризация почечных вен с исследованием соотношения активности ренина в плазме крови (АРП) с обеих сторон и в нижней полой вене не может быть рекомендована для скрининга, но позволяет оценить функциональную значимость стеноза почечной артерии.



# Лечение

- медикаментозная терапия
- ангиопластика и стентирование пораженных почечных артерий
- традиционное хирургическое лечение

Длительная медикаментозная терапия при доказанном функционально значимом стенозе почечных артерий не может считаться оправданной.

# Феохромоцитома

Феохромоцитома - опухоль мозгового слоя надпочечников и хромоаффинной ткани, редкая форма вторичной АГ (0,2-0,4% среди всех форм АГ).

## *Диагностика:*

- Концентрация катехоламинов и их метаболитов в суточной моче
- провокационные фармакологические с адренолитическими средствами

# Диагностика

- УЗИ надпочечников и парааортальной области (при размере опухоли от 1 см до 15 см)
- КТ или МРТ
- радиоизотопного сканирования с использованием метайодобензилгуанидина (MIBG)
- генетическое исследование при подозрении на наследственную форму заболевания

# Лечение

## Хирургическое удаление феохромоцитом-

единственный радикальный метод лечения этого заболевания. Перед операцией для коррекции АД используют  $\alpha$ -АБ, по показаниям, в дальнейшем к ним могут быть присоединены  $\beta$ -АБ.

- Монотерапия  $\beta$ -АБ, без достаточной блокады  $\alpha$ -адренорецепторов, может привести к резкому повышению АД.

# Первичный альдостеронизм

При первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна) АГ развивается на фоне гиперпродукции альдостерона аденомой коры надпочечников (1 – 11%).

Неопухолевые формы гиперальдостеронизма: 70%-гиперплазия коры надпочечников (идиопатический гиперальдостеронизм), реже- семейная форма гиперальдостеронизма I типа (гиперальдостеронизм, корригируемый глюкокортикоидами).

# Клинические признаки

- АГ 2-3 степеней, резистентная к медикаментозной терапии
- мышечная слабость,
- парестезии,
- судороги,
- никтурия
- гипокалиемия (калий в плазме  $< 3,6-3,8$  ммоль/л)

# Диагностика

- Определение содержания калия в плазме крови;
- Наличие изменений на ЭКГ;
- Определение концентрации альдостерона и АРП;
- Дополнительные нагрузочные тесты для дифференциальной диагностики альдостеромы и гиперплазии коры надпочечников;

- КТ или МРТ;
- флебография надпочечников;
- раздельная катетеризация вен надпочечников с определением концентрации альдостерона в крови, оттекающей от правого и левого надпочечников;
- радионуклидная визуализация с помощью меченого холестерина.

*Решение о тактике лечения принимается только после сопоставления структурных изменений надпочечников и их функциональной активности.*



# Лечение

- **Хирургическое удаление** альдостером у 50- 70% больных нормализует или значительно снижает АД.
- До хирургического удаления альдостером, а также у пациентов с двусторонней гиперплазией коры надпочечников назначают **спиронолактон**, при недостаточном антигипертензивном эффекте возможно присоединение **антагонистов кальция**
- Больным с семейной формой гиперальдостеронизма I типа показана терапия **глюкокортикоидами** (дексаметазон), которая приводит к нормализации АД и показателей РААС.

# Синдром и болезнь Иценко-Кушинга

- Избыточная продукция глюкокортикоидов корой надпочечников может быть обусловлена либо патологией самих надпочечников (опухоль, узелковая гиперплазия) – **синдром Иценко-Кушинга**, либо гиперпродукцией АКТГ (аденома гипофиза) – **болезнь Иценко-Кушинга**.
- Для **болезни Иценко-Кушинга** характерно постоянно повышенная активность гипофиза и гиперплазия кортикотропов или развивается АКТГ – продуцирующие аденомы гипофиза и гиперплазия коры обоих надпочечников.

В основе **синдрома Иценко-Кушинга** лежит формирование доброкачественной или злокачественной опухоли коры надпочечников.

# Клиника

- артериальная гипертензия  
(у 80 % больных);
- уменьшение скорости роста ;
- увеличение массы тела;
- неравномерное распределение жира;
- гирсутизм;
- стрии;
- гиперпигментация;
- мышечная слабость;
- аменорея.



# Диагностика

- клиническая картина заболевания (характерный внешний вид больного)
- исследование экскреции суммарных 17-оксикортикостероидов в суточной моче
- суточный ритм секреции кортизола и адренокортикотропного гормона (АКТГ)

*Для дифференциальной диагностики опухоли (кортикостеромы) или гиперплазии коры надпочечников (опухоли гипофиза) решающее значение имеют:*

- функциональные пробы с дексаметазоном, АКТГ и др

- КТ или МРТ гипофиза и надпочечников;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки с целью обнаружения опухоли и ее возможных метастазов; при злокачественных опухолях органов грудной клетки может иметь место АКТГ-эктопированный синдром

# Лечение

- нейрохирургическое (транссфеноидальная аденомэктомия),
- лучевое (протоноterapia,  $\gamma$ -терапия),
- комбинированное (лучевая терапия в сочетании с односторонней или двусторонней адреналэктомией),
- медикаментозное лечение.

Из них основные виды —нейрохирургическое, лучевое и комбинированное; медикаментозная терапия применяется как дополнение к ним.

# Коарктация аорты

Коарктация аорты - врожденное органическое сужение аорты, чаще в зоне перешейка и дуги, относится к редким формам АГ.

## Диагностика

- повышенное АД на верхних конечностях при наличии нормального или пониженного АД на нижних;
- Пульсация на артериях нижних конечностей ослаблена, тогда как на лучевой артерии пульс не изменен;

- систолический шум на основании сердца и со спины в межлопаточном пространстве слева;
- Ангиография;
- МРТ.

## Лечение

- хирургическое.



# Лекарственная форма АД

- К лекарственным средствам, способным повысить АД относятся: стероидные и нестероидные противовоспалительные препараты, гормональные противозачаточные средства, симпатомиметики, кокаин, эритропоэтин, циклоспорины, лакрица.
- При опросе пациентов необходимо тщательно выяснять, какие препараты принимал пациент ранее и применяет в настоящее время.

# Тактика ведения больных АГ

## Цели терапии:

Основная цель лечения - максимально снизить риск заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Это достигается путем коррекции модифицируемых факторов риска ( курение, дислипидемия, абдоминальное ожирение, диабет), соответствующим контролем АКС, также как и снижением АД до целевого уровня.

ФР,ПОМ или АКС	Нормаль-ное АД	Высокое нормальное	АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
<b>НЕТ</b>	<b>НЕТ</b>	<b>НЕТ</b>	Модификация ОЖ несколько <b>месяцев</b> <b>недель</b> Затем лекарственная терапия при отсутствии нормализации АД		<b>Модифи- кация ОЖ</b> <b>+Немедлен- ная лекарственная терапия</b>
1-2 ФР	<b>Модифи- кация образа жизни(ОЖ)</b>	<b>Модификация образа жизни (ОЖ)</b>	Модификация ОЖ несколько недель Затем лекарственная терапия при отсутствии нормализации АД		<b>Модифи- кация ОЖ</b> <b>+</b> <b>Немедлен-ная лекарственная терапия</b>
>3 ФР, МС или ПОМ	Модифи-кация образа жизни (ОЖ)	Модификация ОЖ/ лекарств. терапия	Модификация ОЖ <b>+</b> Лекарств. терапия		
СД	Модификация образа жизни (ОЖ)	Модификация ОЖ, лекарств. терапия	Модификация ОЖ <b>+</b> Лекарств. терапия		
<b>АКС</b>	<b>Модификация ОЖ, немедленная лекарственная терапия</b>				

## Целевой уровень АД

- АД должно быть снижено до уровня менее 140/90 мм рт. ст. у всех пациентов с гипертензией.
- У пациентов, страдающих СД или имеющих высокую или очень высокую степень риска, АД должно быть на уровне не более 130/80 мм рт. ст.
- Целевой уровень АД у пациентов с недиабетическим поражением почек.

В настоящее время нет достаточных результатов исследований, на основании которых можно рекомендовать целевой уровень АД у пациентов этой группы. Существует предположение, окончательно не подтвержденное, что уровень АД ниже 130/80 мм рт. ст. участвует в сохранении функции почек (особенно при наличии протеинурии).

# Основные классы антигипертензивных препаратов:

- Тиазидные диуретики
- Антагонисты кальция
- Ингибиторы АПФ
- Блокаторы рецепторов к ангиотензину
- В-блокаторы

# Условия, при которых одни препараты предпочтительнее других:

## ■ Тиазидные диуретики

1. Изолированная систолическая гипертензия
2. ХСН
3. Гипертензия у чернокожих

## ■ В-адреноблокаторы

1. Стенокардия
2. ИМ
3. ХСН
4. Тахикардии
5. Глаукома
6. Беременность

## ■ Дигидропиридиновые антагонисты Ca

1. Изолированная систолическая гипертензия
2. Стенокардия
3. ГЛЖ
4. Атеросклероз коронарных и сонных артерий
5. Беременность
6. Гипертензия у чернокожих

## ■ Антагонисты Ca (верапамил / дилтиазем)

1. Стенокардия
2. Атеросклероз сонных артерий
3. Наджелудочковая тахикардия

## ■ Ингибиторы АПФ

1. ХСН
2. Дисфункция ЛЖ
3. ИМ
4. Диабетическая и недиабетическая нефропатия
5. ГЛЖ
6. Атеросклероз сонных артерий
7. Протеинурия/ микроальбуминурия
8. Фибрилляция предсердий
9. Метаболический синдром



- Антагонисты рецепторов ангиотензина

1. ХСН

2. ИМ

3. Диабетическая нефропатия

4. Протеинурия/ микроальбуминурия

5. ГЛЖ

6. Фибрилляция предсердий

7. Метаболический синдром

8. Кашель, индуцированный ИАПФ

- Диуретики (антиальдостероновые):

1. ХСН

2. ИМ

- Петлевые диуретики

1. Последняя стадия почечных заболеваний

2. ХСН

# Другие классы

## антигипертензивных препаратов

- $\alpha_1$ -адреноблокаторы, препараты центрального действия ( $\alpha_2$ -агонисты, модуляторы имидазолиновых рецепторов) часто используются как дополнительные и могут назначаться при комбинированной терапии. Они оказывают гипотензивный и полезный метаболический эффекты.
- $\alpha_1$ -адреноблокаторы используются при ДГПЖ

# Моноterapia или комбинированная терапия

