

Артериальная гипертензия — это устойчивое повышение артериального давления (САД более 140 мм. рт. ст. и/или ДАД более 90 мм. рт. ст.). В 90–95% случаев АГ составляет **гипертоническая болезнь** (ГБ), в остальных случаях диагностируют вторичные, симптоматические АГ:

1. почечные (нефрогенные) (3–4%)
2. эндокринные (0,1–0,3%)
3. гемодинамические
4. неврологические,
5. стрессовые
6. обусловленные приемом некоторых веществ
7. АГ беременных

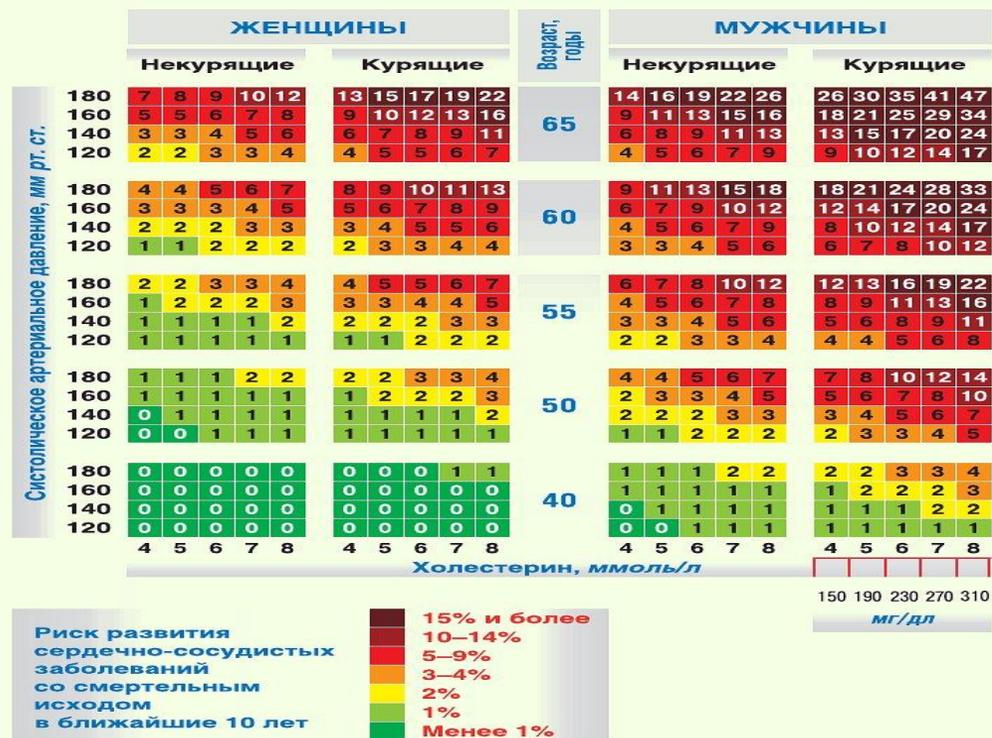
Гипертоническая болезнь
(эссенциальная гипертензия) —
хроническое заболевание, основным
проявлением которого является
стойкое и длительное повышение
артериального давления, не связанное
с патологическими процессами.

Факторы риска АГ

1. Возраст: > 55 лет у мужчин
> 65 лет у женщин
2. Курение
3. Дислипидемия: ХС >6,5 ммоль/л
ХС ЛПНП >4,0 ммоль/л
ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л
4. Нарушение толерантности к глюкозе:
гликемия плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л
6. Семейный анамнез: ранних сердечно-сосудистых заболеваний:
< 55 лет у мужчин
< 65 лет у женщин
7. Абдоминальное ожирение:
окружность талии > 102 см у мужчин
> 85 см у женщин

Шкала SCORE - оценка коронарного риска смерти от атеросклероза в течение 10 лет

Шкала SCORE для определения риска смерти от сердечно-сосудистого заболевания в ближайшие 10 лет



Степени риска артериальной гипертензии

1. **Низкий** - АГ 1 ст., нет ФР, поражения ОМ, ССЗ и ассоциированных, риск развития осложнений в ближайшие 10 лет менее 15%
2. **Средний** - АГ 2-3 ст., нет ФР, поражения ОМ, ССЗ и ассоциированных; либо -АГ 1-3 ст., 1 и более ФР, нет поражения ОМ, ССЗ и ассоциированных, риск развития осложнений в ближайшие 10 лет 15-20%
3. **Высокий** - АГ 1-3 ст., есть поражение ОМ, ФР, нет ассоциированных заболеваний, риск развития осложнений в ближайшие 10 лет более 20%
4. **Очень высокий** - АГ 1-3 ст., есть ФР, сахарный диабет с нефропатией и ассоциированные заболевания, риск развития осложнений в ближайшие 10 лет более 30%

Классификация АГ

Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC):

| Категория | Систолическое | Диастолическое |
|--------------------------------|---------------|----------------|
| Оптимальное | <120 | <80 |
| Нормальное | 120-129 | 80-84 |
| Высокое нормальное | 130-139 | 85-89 |
| АГ 1 степени | 140-159 | 90-99 |
| АГ 2 степени | 160-179 | 100-109 |
| АГ 3 степени | ≥180 | ≥110 |
| Изолированная систолическая АГ | ≥140 | <90 |

Стадии гипертонической болезни

1 стадия: повышение артериального давления 1 степени и наличие факторов риска

2 стадия: повышение артериального давления 1 – 2 степени и поражение органов мишеней:

2.1 Гипертрофия левого желудочка:

Индекс Соколова Лайона рассчитывается по ЭКГ: Гипертрофия левого желудочка выставляется пациенту, если амплитуда зубцов R в V₅ или V₆ + S в V₁ или V₂ \geq 35 миллиметров для пациентов старше 40 лет и \geq 45 миллиметров для пациентов моложе 40 лет. Исследование неинформативно, если имеется гипертрофия правого желудочка и/или ожирение.

Корнельский индекс рассчитывается по ЭКГ: Гипертрофия левого желудочка выставляется пациенту, если амплитуда зубцов R в aVL + S в V₃ $>$ 28 миллиметров у мужчин и $>$ 20 мм у женщин.

2.2. утолщение стенки аорты, сонных артерий
(атеросклеротические бляшки)

2.3 повышение уровня сывороточного креатинина:

> 115 – 133 у мужчин

> 107 – 124 у женщин

2.4 микроальбуминурия

3 стадия: ассоциированные заболевания

цереброваскулярная болезнь

сердечно – сосудистые заболевания (ИБС)

заболевания почек (нефропатия)

заболевания периферических артерий

гипертоническая ретинопатия

Лечение гипертонической болезни

Цель:

1. предупреждение развития сердечно-сосудистых осложнений и снижение сердечно-сосудистой смертности;
2. достижение оптимального уровня АД (не более 140/ 90 мм.рт.ст., при хронической почечной недостаточности - 130/80 мм.рт.ст.);
3. коррекция метаболических показателей и прочих факторов риска.

Немедикаментозное лечение гипертонической болезни

1. соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, жиров, легкоусваиваемых углеводов;
2. борьбу со стрессом;
3. отказ от курения;
4. ежедневную умеренную физическую активность.

Лекарственные препараты применяемые для лечения АГ

1. Ингибиторы АПФ
2. Сартаны
3. Бета блокаторы
4. Антагонисты кальция
5. Диуретики

Показания для назначения лекарственных препаратов

| Ситуации высокого риска | Диуретики | Бета блокаторы | Ингибиторы АПФ | Сартаны | Антагонисты кальция | Антагонисты альдостерона |
|--|-----------|----------------|-------------------|---------|------------------------|-----------------------------|
| Сердечная недостаточность | + | + | + | + | | + |
| Постинфарктный кардиосклероз | | + | + | + | | + |
| Высокий риск ИБС | + | + | + | + | + | |
| Сахарный диабет | + | + | + | + | + | |
| Поражение почек | | | + | + | | |
| Профилактика повторного инсульта | + | | + | + | | |

Рациональные комбинации антигипертензивных препаратов

1. Ингибиторы АПФ + антагонисты кальция (АК);
2. Ингибиторы АПФ + тиазидные диуретики (ТД);
3. Сартаны + АК;
4. Сартаны + ТД;
5. ТД + β -адреноблокаторы;
6. ТД + АК;
7. β -адреноблокаторы + дигидропиридиновые АК.

Амлодипин (Норваск®)

1. Препарат первого ряда для лечения артериальной гипертензии (АГ)
2. При приеме внутрь Амлодипин медленно и практически полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта вне зависимости от приема пищи, обладает высокой биодоступностью (60–80%).
3. Связывание с белками плазмы составляет 95–98%, что способствует замедленному выведению препарата из организма.
4. Амлодипин метаболизируется в печени до неактивных метаболитов. Это позволяет применять его без коррекции дозы у пациентов с нарушением функции почек.
5. Максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается через 6–12 ч после приема.
6. Благодаря большому периоду полувыведения, который составляет 35–50 ч, препарат удобен для приема 1 раз в сут.
7. Метаболически нейтрален — при долгосрочном применении они не вызывают изменений водно-электролитного баланса, не влияют на липидный профиль, на углеводный и пуриновый обмен.
8. обладает синергизмом с антиатерогенным действием статинов
9. Для амлодипина характерно медленное развитие антигипертензивного эффекта — через несколько дней после начала терапии. Максимальный антигипертензивный эффект препарата в полной мере реализуется лишь через 4–8 нед. С учетом этого следует помнить о том, что начальную дозу амлодипина (5 мг 1 раз/сут) не следует удваивать ранее, чем через 2–4 недели после начала терапии.