

Артериальная гипертония

Определение

- Под артериальной гипертензией понимается уровень систолического артериального давления (АД), равный 140 мм рт. ст. или более, и(или) уровень диастолического АД, равный 90 мм рт. ст. или более, у людей, которые не получают антигипертензивных препаратов

Техника измерения

- АД измеряют после пребывания больного в сидячем положении в течении 5 минут. Перед измерением больной не должен использовать адреностимуляторы, принимать напитки, содержащие кофеин. Если окружность плеча превышает 33 см, должна использоваться широкая манжета.
- Рука больного с наложенной на нее манжетой должна располагаться на уровне сердца.
- Давление в манжете быстро повышают до значения, на 20 мм рт.ст превышающего систолическое, о чем судят по исчезновению тонов. Затем манжету сдувают со скоростью 3 мм рт.ст в секунду, регистрируя момент появления и исчезновения тонов Короткова
- Если давление различно на разных руках, то учитывают более высокие показатели
- При каждом исследовании давление измеряют дважды, учитывают более высокие цифры
- Если на руках давление повышено, то обязательно измерение АД на ногах

Классификация АГ

- Классификация приведена для больных, не принимающих гипотензивные препараты и не находящихся в состоянии гипертонического криза
- Если систолическое и диастолическое АД не соответствует одной строке таблицы, то состояние расценивают как более тяжелое (т.е. судят по более высоким цифрам)
- Кроме данных о стадии в диагнозе должно быть указание о наличии или отсутствии вторичных поражений сердечно-сосудистой системы и органов-мишеней

Классификация АД

Категория	АД, мм рт. ст.	
	систолическое	диастолическое
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	< 130	< 85
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
Артериальная гипертензия		
1-я степень	140-159	90-99
2-я степень	160-179	100-109
3-я степень	> 180	> 110
Изолированная систолическая гипертензия	> 140	< 90

* Если показатели систолического и диастолического АД находятся в разных категориях, уровень АД у данного больного относят к более высокой категории

-
- Гипертоническая болезнь I стадии предполагает отсутствие изменений в «органах-мишенях», выявляемых при обследовании.

Гипертоническая болезнь II стадии предполагает наличие одного и/или нескольких изменений со стороны органов-мишеней

- Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, Р-графия, ЭхоКГ).
- Протеинурия и/или легкое повышение концентрации креатинина (0,13-0,2 ммоль/л).
- Ультразвуковые или Р-логические данные о наличии атеросклероза сонных, подвздошных и бедренных артерий, аорты.
- Ангиопатия сетчатки.

Гипертоническая болезнь III стадии выставляется при наличии одного и/или нескольких следующих признаков

- Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (ишемический инсульт или кровоизлияние в мозг) или динамическое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе.
- Перенесенный инфаркт миокарда, имеющаяся стенокардия и/или застойная сердечная недостаточность.
- Почечная недостаточность (концентрация креатинина в плазме $> 0,2$ ммоль/л).
- Расслаивающая аневризма.
- Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей с клиническими проявлениями.
- Гипертоническая ретинопатия высоких градаций (кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва).

Цели обследования больных АГ

- подтвердить стабильность повышения АД;
- исключить вторичный характер АГ;
- установить устранимые и неустранимые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний;
- оценить наличие повреждения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и других заболеваний;
- оценить индивидуальную степень риска ИБС и сердечно-сосудистых осложнений.

Основные причины вторичной артериальной гипертензии:

Почечная:

- ренопаренхиматозная (острый гломерулонефрит, хронический нефрит, поликистоз почек, диабетическая нефропатия, гидронефроз, гипоплазия, дистопия, галето- и подковообразная, патологически подвижная почка, амилоидоз почек, инфаркты почек, туберкулез, опухоли), реноваскулярная (стеноз почечной артерии, интратренальный васкулит, атрезия и гипоплазия почечных артерий, их аневризмы, артериовенозные фистулы, атеросклероз, кальциноз, тромбоз, эмболия, фибромышечная дисплазия, аортоартериит, опухоли, сдавливающие магистральные почечные артерии, а также стенозы и тромбозы почечных вен), ренин-продуцирующие опухоли, ренопривная, первичная задержка натрия (синдром Лиддля, синдром Гордона).

Эндокринная:

- акромегалия, гипотиреозидизм, гипертиреозидизм, гиперпаратиреозидизм, синдром Кушинга, первичный гиперальдостеронизм, феохромоцитома, карциноид, экзогенные гормоны (эстрогены, глюкокортикоиды, минералкортикоиды, симпатомиметики, пища, содержащая тиамин, ингибиторы моноаминоксидазы).

Неврологические заболевания

- повышенное внутричерепное давление (опухоли мозга, энцефалит, дыхательный ацидоз), ночное апноэ, квадриплегия, острая порфирия, отравление свинцом, синдром Гиллиана-Барре

Диагностические критерии некоторых наиболее частых причин вторичной артериальной гипертензии

:

Реноваскулярная гипертензия

- *Клинические признаки*

- Начало в возрасте менее 30 или более 50 лет.
- АД устойчиво к обычному лекарственному лечению.
- Внезапное появление тяжелой гипертензии или утяжеление ранее контролируемой артериальной гипертензии.
- Быстро прогрессирующая или злокачественная гипертензия.
- Шум в центре эпигастральной области, распространяющийся латерально.
- Нет ожирения.
- Необъяснимые повторяющиеся эпизоды отека легких.

- *Специальные исследования*

- Радиоизотопная ренография.

Первичный гиперальдостеронизм (болезнь Кона)

- *Клинические признаки*
 - Спонтанная (ничем не спровоцированная) гипокалиемия ($<3,5$ мэкв/л).
 - Выраженная гипокалиемия, вызванная мочегонными ($<3,0$ мэкв/л).
 - Гипернатриемия (144-148 мэкв/л).
 - Семейный анамнез гипокалиемии.
 - Необычная утомляемость.
 - Необъяснимые парестезии.
 - Полиурия.
- *Специальные исследования*
 - Низкая активность ренина плазмы крови, не увеличивающаяся в ответ на уменьшение внутрисосудистого объема и переход в вертикальное положение.
 - Тест подавления альдостерона: после внутривенной инфузии 2 л физиологического раствора в течение 4 ч уровень альдостерона в плазме не становится ниже 10 нг/дл (наиболее важный специальный тест скрининга).

Синдром Кушинга

- *Клинические признаки*
 - Быстрое увеличение веса.
 - Ожирение туловища.
 - Луноподобное лицо с плеторой.
 - Стрии растяжения (шириной более 1 см, обычно белого цвета).
 - Подушечки жира над ключицами.
 - Нарушение толерантности к глюкозе.
 - Гипокалиемия.
 - Аспе, особенно не на лице.
 - Гирсутизм.
 - Олигоменорея или аменорея до менопаузы.
- *Специальные исследования*
 - Высокий уровень кортизола в плазме крови (нормальные значения заболевания не исключают).
 - Определение АКТГ в плазме крови

Феохромоцитома

- *Клинические признаки*
 - Классическая триада симптомов: сильная головная боль, потливость и сердцебиения.
 - Трудно контролируемая АГ.
 - Необъяснимая синусовая тахикардия.
 - Ортостатическая гипотензия.
 - Возобновляющиеся аритмии.
 - Нейрофиброматоз, пятна "кофе с молоком", болезнь Гиппеля-Ландау, болезнь Штурга-Вебера, туберозный склероз.
 - Осложнения анестезии или хирургических вмешательств в анамнезе.
 - Прессорный ответ на бета-блокаторы.
 - Семейный анамнез феохромоцитомы, медуллярной карциномы щитовидной железы или гиперпаратиреозидизма.
- *Специальные исследования*
 - Повышенное содержание катехоламинов (адреналин, норадреналин, норметанефрин), а также допамина в плазме крови в положении лежа на спине в покое не менее чем в течение 20 минут до забора крови (наиболее важный специальный тест скрининга).
 - Тест подавления клонидином: отсутствие существенного уменьшения содержания норадреналина и адреналина в плазме крови через 3 ч после приема 0,3 мг клонидина (тест следует проводить в состоянии покоя у больных, не получающих гипотензивных препаратов).

Критерии стратификации риска

Категория риска	Диагностические критерии
Низкий риск (Риск 1)	1 степень АГ; нет факторов риска, поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и ассоциированных заболеваний
Средний риск (Риск 2)	2-3 степень АГ; нет факторов риска, поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и ассоциированных заболеваний 1-3 степень АГ; есть один и более факторов риска, нет поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и ассоциированных заболеваний
Высокий риск (Риск 3)	1-3 степень АГ; есть поражение органов-мишеней, ± другие факторы риска; нет ассоциированных заболеваний.
Очень высокий риск (Риск 4)	1-3 степень АГ ± сахарный диабет ± другие факторы риска; есть ассоциированные заболевания

Диагностика АГ

- Двухэтапная схема обследования больного (по Арабидзе)

I этап - обязательные исследования

Жалобы,
анамнез

Глазное
дно

Экскреторная
урография

АД на руках
и ногах

ЭКГ

Кровь:
общий анализ,
мочевина,
креатинин,
липиды

Рентгенологические
исследования легких и сердца

Пальпация и аускультация
сердца и магистральных
сосудов

Моча:
общий анализ,
пробы
Нечипоренко,
Зимницкого

II этап

исследования по показаниям

Принципы лечения АГ

- Цель лечения больного — максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию всех выявленных факторов риска.

Принципы немедикаментозного лечения АГ

- Прекращение курения
- Снижение избыточной массы тела
- Уменьшение употребления поваренной соли
- Уменьшение употребления алкоголя
- Комплексная модификация диеты
- Увеличение физической активности

Цель лечения

- достижение оптимальных или нормальных показателей АД ($< 140/90$ мм рт.ст.) (табл. 7). При экспертной оценке качества коррекции АД может быть использован уровень $150/90$ мм рт.ст.

Целевые уровни АД

Группы больных	Целевое АД
Общая популяция больных с АГ	< 140/90 мм рт.ст.
АГ + сахарный диабет, протеинурия < 1 г/сут.	< 130/85 мм рт.ст.
АГ + сахарный диабет, протеинурия > 1 г/сут.	< 120/75 мм рт.ст.
АГ + ХПН	< 120/75 мм рт.ст.

Степени риска и тактика лечения больных АГ

Степень АГ	Группа низкого риска	Группа среднего риска	Группа высокого и очень высокого риска
Высокое нормальное АД (130-139/85-89 мм рт.ст.)	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Медикаментозная терапия**
Степень 1 (140-159/90-99 мм рт.ст.)	Изменение образа жизни (в течение до 12 мес.); при неэффективности — медикаментозная терапия	Изменение образа жизни (в течение до 6 мес.)*; при неэффективности — медикаментозная терапия	Медикаментозная терапия
Степень 2 и 3 (> 160/100 мм рт.ст.)	Медикаментозная терапия	Медикаментозная терапия	Медикаментозная терапия

Критерии эффективности антигипертензивных препаратов

Краткосрочные (1-6 мес. от начала лечения)

снижение систолического и/или диастолического АД на 10% и более или достижение целевого уровня АД;

отсутствие гипертонических кризов;

сохранение или улучшение качества жизни;

влияние на модифицируемые факторы риска.

Среднесрочные (> 6 мес. от начала лечения)

достижение целевых значений АД;

отсутствие поражения органов-мишеней или обратная динамика имевшихся осложнений;

устранение модифицируемых факторов риска.

Долгосрочные

стабильное поддержание АД на целевом уровне;

отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней;

компенсация имеющихся сердечно-сосудистых осложнений

Комбинированная терапия АГ

Предпочтительные комбинации:

Диуретик + бета-адреноблокатор

Диуретик + ингибитор АПФ (или блокатор рецепторов ангиотензина II)

Антагонист кальция (дигидропиридины) + бета-адреноблокатор

Антагонист кальция + ингибитор АПФ

Альфа1-адреноблокатор + бета-адреноблокатор

Менее предпочтительные комбинации:

Антагонист кальция + диуретик

Бета-адреноблокатор + ингибитор АПФ

Нерекомендуемые комбинации:

Бета-адреноблокатор + верапамил или дилтиазем

Антагонист кальция + альфа1-адреноблокатор

