

15.01.2014.

Больная Раджабова Ш.С. 57
лет

Основные клинические синдромы

- 1. Головокружения, тяжесть и шум в голове, тошнота, мелькание мушек перед глазами, боль в области сердца, тахикардия с редкой экстрасистолией, шаткость при ходьбе – при повышении АД.
- 2. Артериальная гипертония, а также резкие подъёмы АД (до 220/110 мм рт. ст.) при эмоциональных стрессах.
- 3. Наследственная предрасположенность: мать, отец, братья, сестры страдают АГ.
- 4. Гипертрофия левого желудочка.
- 5. Избыточная масса тела – ИМТ 30,4 кг/м² (ожирение 1-й степени).

Результаты лабораторных методов исследования

- Ан. Крови: Нв- 132 г/л, Эр.- $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, Л- $5,2 \cdot 10^9$ /л, П- 1%, С- 67%, Л- 27%, М- 5%, СОЭ-10 мм/ч
 - Ан. Мочи: уд. вес- , белок - отр., клетки пл. эпит- 0-4 в п/зр., Л- 2-3 в п/зр., соли-оксалаты
 - Глюкоза крови- 6,23 ммоль/л
- Об. белок- 82,3 г/л, креатинин- 76,2 мкмоль/л, АЛТ- 28,1 Ед/л, АСТ- 20,0 Ед/л
- Билирубин- 9,9 мкмоль/л, прям. бил.- 6,1 мкмоль/л, холестерин – 1,382 г/л, триглицериды – 1,27 г/л, ЛПВП – 1,382 г/л, ЛПНП – 3,3г/л
- Реакции Вассермана, на ВИЧ, вирусы гепатита – отриц.

Результаты инструментальных методов исследования

- ЭКГ: левограмма, неспецифические изменения в миокарде
- ЭхоКГ: атеросклероз аорты, полости сердца не расширены, сократимость удовлетворительная, гипертрофия стенок левого желудочка
- УЗИ: органов брюшной полости и щитовидной железы без особенностей.

Таблица 4

Классификация уровней АД (мм рт.ст.)

Категории АД	САД	ДАД
*Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	120-129	80-84
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
АГ 1-й степени (мягкая)	140-159	90-99
АГ 2-й степени (умеренная)	160-179	100-109
АГ 3-й степени (тяжелая)	≥ 180	≥ 110
ИСАГ	≥ 140	< 90

Таблица 6

Стратификация риска у больных АГ *

ФР, ПОМ или АКС	Категория АД мм рт.ст.			
	Высокое нормальное 130-139/85-89	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени > 180/110
Нет	Незначимый риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
≥ 3 ФР или ПОМ	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС или СД	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Примечание: * точность определения общего сердечно-сосудистого риска напрямую зависит от того, насколько полным было клинико-инструментальное обследование больного. Без данных УЗИ сердца и сосудов для диагностики ГЛЖ и утолщения стенки (или бляшки) сонных артерий до 50% больных АГ могут быть ошибочно отнесены к категории низкого или умеренного риска вместо высокого или очень высокого.

Клинический диагноз

Эссенциальная артериальная гипертония (гипертоническая болезнь), 2-й степени, высокий (очень высокий) риск: ИБС, стенокардия напряжения, II ФК, дисциркуляторная энцефалопатия (вестибулопатия), ретиноангиопатия, метаболический синдром.

Принято решение почти для всех больных АГ рекомендовать средний уровень целевого АД $<140/90$ мм рт.ст., а для лиц с высоким риском (ИБС, СД и т. д.) - $<130/90$ мм рт.ст. У лиц 80 лет и старше должно быть снижено САД до 140-150 мм рт.ст.

При СД ДАД должно быть <85 мм рт.ст.

Лечение

- 1. ограничение поваренной соли (до 5 г/сут), жирных блюд. Отказ от курения, снижение употребления алкоголя.
- 2. Вместо используемой ранее иерархии группы гипотензивных препаратов (первой, второй, третьей линии и т.д.) в качестве основного рекомендуется индивидуальный подход к выбору лекарственной группы в зависимости от конкретной клинической ситуации. Каких-либо специфических предпочтений при выборе определённой группы препаратов для монотерапии АГ нет. При отсутствии эффекта от монотерапии рекомендуют переходить на комбинированную терапию.

- 3. Диуретики (тиазиды, хлорталидон, индапамид), β -блокаторы, антагонисты Са, ингибиторы АПФ, БРА – все они подходят и рекомендуются для начальной и поддерживающей антигипертензивной терапии в виде монотерапии либо в определённых комбинациях друг с другом.
- 4. Использование комбинации 2 препаратов из любых 2 классов антигипертензивных средств позволяет в большей степени снижать АД, чем повышение дозы одного препарата. Главный недостаток стартовой комбинированной терапии заключается в назначении потенциально ненужного пациенту препарата. Если при использовании комбинации 2 препаратов в полных дозах целевое АД не достигается, можно перевести пациента на другую комбинацию из 2 препаратов, или добавить 3-й препарат. Не рекомендуется лекарственная терапия у лиц с высоким нормальным АД (130-139/80-89 мм рт.ст.).

- 5. У больных с очень высоким АД, или имеющих высокий сердечно-сосудистый риск, может быть целесообразным начинать антигипертензивную терапию с комбинации из 2 препаратов. Комбинация из 2 блокаторов РАС не рекомендуется и должна отменяться.
- 6. У большинства людей с АГ имеются также дополнительные сердечно-сосудистые факторы риска: поражения других органов, СД и др. Все эти факторы необходимо установить и обсудить до начала лечения и контролировать их динамику при дальнейшем наблюдении.

Антигипертензивная терапия

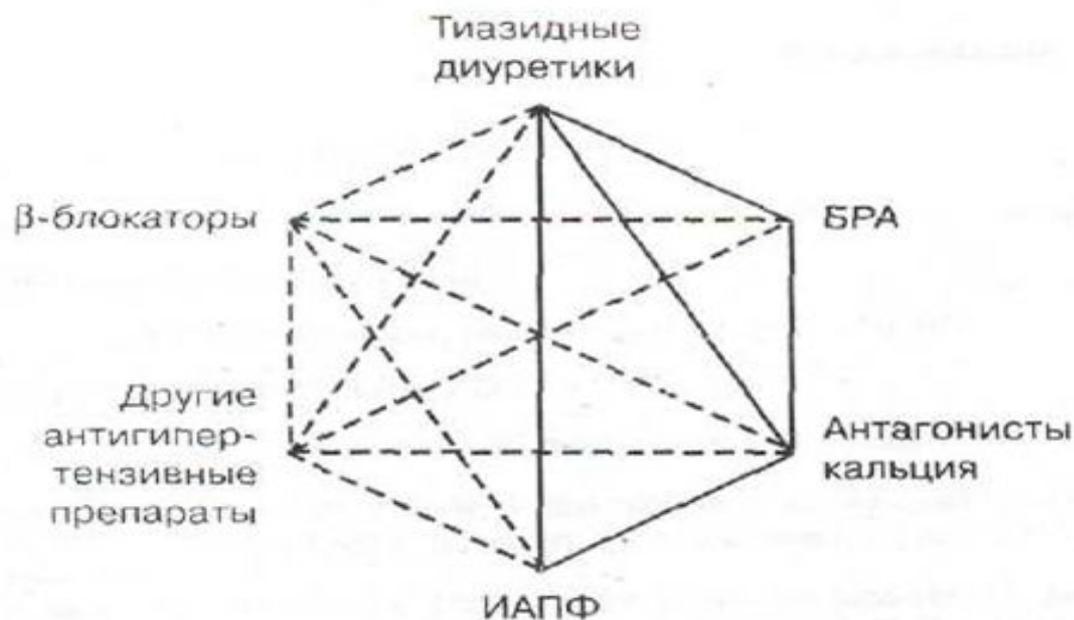


Рис. 2. Возможные комбинации классов антигипертензивных препаратов (по [5]). Зелеными сплошными линиями обозначены предпочтительные комбинации, зелеными пунктирными линиями – целесообразные комбинации, но применяемые с некоторыми ограничениями, черными пунктирными – возможные комбинации, но менее изученные, красной сплошной – не рекомендуемая комбинация. БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина.

- 8. При резистентной АГ рекомендуют почечную денервацию (денервация почечных артерий методом радиочастотной абляции). Однако необходимо проведение дальнейших клинических исследований для окончательной оценки значения этого метода лечения.

- 9. Лечение по поводу ИБС стенокардии, атеросклероза, метаболического синдрома и ишемической болезни мозга после соответствующего дообследования