**Артериальная гипертензия: диагностика, лечение.**

Профессор Сытый В.П. БГПУ

**Артериальная гипертензия** – стабильное повышение систалического АД ≥140 мм.рт.мт. и/или дастолического АД ≥90 мм.рт.ст. у лиц не принимавших антигипертензивных препаратов. При этом учитываются данные двукратных измерений, произведенных через 1 неделю.

**Распространенность.** Повышенное АД выявляется у каждого пятого жителя Беларуси. С возрастом повышенное АД определяется чаще. Так в возрасте 60-70 лет артериальная гипертензия диагностируется у 30-40% пожилых людей. При повышении АД увеличивается риск осложнений и смертности.

Выделяют внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, которые могут вызывать повышение АД.

*Внешние этиологические факторы:*

* эмоциональные перегрузки;
* стрессовые ситуации;
* избыточное употребление поваренной соли;
* злоупотребление алкоголя.

*Внутренние этиологические факторы:*

* наследственное нарушение функции мембран клеток при перемещении ионов внутрь и наружу клетки;
* наследуемая повышенная чувствительность симпатической нервной системы к стрессовым воздействиям.

Развитие артериальной гипертензии (патогенез) обусловлено включением механизмов, регулирующих АД в норме.

В развитии симптоматических(вторичных) гипертензий установлена роль различных заболеваний.

**Диагностика артериальной гипертензии** сводится к решению трех основных задач:

1. измерение уровня АД;
2. исключение симптоматических гипертензий при заболеваниях почек, эндокринной и нервной систем;
3. определение риска неблагоприятного течения по наличию факторов риска, поражению органов-мишеней и наличию другой патологии, усугубляющей течение артериальной гипертензии (ассоциированные клинические состояния).
4. **Измерение уровня АД** производится не менее 2 раз с интервалом в 1-2 минуты общепринятым методом Короткова. Следует обращать внимание на соответствие манжеты окружности плеча пациента: резиновый мешок должен охватывать не менее 80% окружности плеча пациента, а ширина – 14 см (при измерении АД у взрослых пациентов). Для измерения АД у пациентов с окружностью плеча более 41 см и и на бедре ширина резинового мешка должна быть 18-20 см. При измерении АД методом Короткова в идеальных условиях погрешность не превышает 8 мм. рт.ст. В тех случаях, когда измерение производится с нарушением рекомендаций, погрешность можнт быть гораздо больше. В настоящее время рекомендуется использовать метод сомоконтроля АД (измерение в домашних условиях) во всех случаях обнаружения повышенного артериального давления. Измерение проводится в любое время суток и недели. При этом пациент должен записывать цифры АД, число месяца и время суток. Чем больше будет таких измерений, тем объективнее медицинский работник (фельдшер) сможет оценить состояние пациента.

В некоторых случаях (существенной вариабельности АД при измерении в медицинском учреждении, при наличии гипотензивных эпизодов, при повышенном АД у беременных и др.) проводится суточное мониторирование АД с помощью стандартизованных приборов.

1. **Исключение симптоматических (вторичных) гипертензий**.

**Анамнез** позволяет выявить особенности возникновения, течения АГ и наличие факторов риска у конкретного пациента. Следует обязательно уточнить длительность повышения АД, его уровни, наличие гипертензивных кризов, эффективность антигипертензивной терапии (если проводилась), а для исключения симптоматической (вторичной) гипертензии – перенесенные или хронические заболевания почек, эндокринных и нервных заболеваний, употребление оральных контрацептивов, гормональных и нестероидных противовоспалительных лекарственных средств. При выявлении повышенного АД необходимо уточнить наличие факторов, отягощающих течение гипертензии: курение, злоупотребление алкоголя, употребление соленой пищи, АГ у родственников первой линии родства, уровень физической активности. Следует целенаправленно уточнять жалобы, свидетельствующие о поражении органов-мишеней: головного мозга – головные, боли головокружения, двигательные расстройства, нарушение зрения; сердца – боли в грудной, клетке, их связь с физической и эмоциональной нагрузкой, перебои в работе сердца, одышка; почек – дизурии; переферические артерии – перемежающаяся хромота, похолодание нижних конечностей.

**Объективное обследование пациента** проводится для мсключения симптоматических (вторичных) гипертензий и выявления поражения органов-мишений. На заболевание почек может указывать шум над областью брюшного отдела аорты в месте отхождения почечных артерий; на наличие заболеваний с поражением аорты – грубый систолический шум над аортой и в межлопаточной области, значительная разница в уровне АД на правой и левой руке, а так же значительная разница на плечевых и бедренных артериях; на заболевания эндокринной системы – ожирение, стрии, лунообразное лицо. О поражении органов-мишеней могут свидетельствовать: шумы над сонными ортериями, симптомы хронической сердечной недостаточности и нарушения сердечного ритма, ослабление или отсутствие пульса на артериях нижних конечностей.

При наличии симптомов, указывающих на поражение оргпнов-мишений или вторичный характер гипертензии пациента следует направлять на прием к участковому терапевту или кардиологу, которые смогут провести углубленное обследование, включая лабораторные (уровень глюкозы, холестерина, калия/натрия, креатинина крови, анализ мочи и д.) и инструментальные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ сонных артерий, исследование глазного дна, суточное мониторирование АД).

**Классификация артериальной гипертензии** у лиц старше 18 по уровню АД. Наиболее точно гипертензии определяются у лиц не принимавших антигипертензивные препараты (табл.1)

*Таблица 1*

*Классификация уровней АД (мм.рт.ст.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категории | Систолическое  АД мм.рт.ст. | Диастолическое  АД мм.рт.ст. |
| Оптимальное | 100-120 | 60-80 |
| Нормальное | 120-129 | 80-84 |
| Высокое нормальное | 130-139 | 85-89 |
| Артериальная гипертензия |  |  |
| Степень I | 140-159 | 90-99 |
| Степень II | 160-179 | 100-109 |
| Степень III | ≥ 180 | ≥ 110 |
| Изолированная систолическая гипертензия | ≥140 | < 90 |

Примечание:\* ИСАГ классифицируется на I, II, III степени по уровню только САД.

Если значение САД и ДАД попадают в разные категории, то степень повышения АД оценивается по данным не менее, чем двух измерений, при не менее, чем двух посещениях медучреждения с интервалом 1-2 недели. В случае выявления у пациента тяжелой гипертензии (АД ≥ 180/110 мм.рт.ст.) диагноз АД может быть установлен в день первого визита пациента.

Тактика медицинского обслуживания пациента зависит от выявляемого уровня АД при первичном посещении.

1. Если АД в пределах 140-159/90-99 мм.рт.ст. проводится измерение АД 2 раза в течении 1 недели. Рекомендовано самостоятельное измерение АД в домашних условиях. При нормализации АД с пациентом проводится профилактическая работа, направленная на устранение факторов риска. В случае повышенного уровня АД в течении 1 недели пациента необходимо направить к участковому терапевту или кардиологу для исключения вторичного характерваАД и рекомендаций по лечению.
2. Если АД в пределах 160-170/100-109 мм.рт.ст.,то оно измеряется 2 раза в день в течении 3 дней и проводится профилактическая работа, направленная на устранение факторов риска. В случае повышенного уровня АД в течении недели пациента необходимо направить к участковому терапевту или кардиологу для исключения вторичного характера АД и рекомендаций по лечению.
3. Если АД ≥ 180/110. Назначается лечение и пациент направляется к участковому терапевту или кардиологу, чтобы в максимально короткие сроки провести обследование с целью исключения вторичного характера АД и назначения лечения в соответствии с протоколами диагностики и лечения заболевания.
4. При неосложненном гипертоническом кризе проводится купирование криза и пациент направляется к участковому терапевту или кардиологу с целью исключения вторичного характера АГ. На период до консультации врача назначается медикаментозное лечение.
5. При осложненном гипертоническрм кризе вводятся лекарственные препараты для снижения АД и купирования симптомов, возникающих за счет жизнеопасного осложнения. Необходимо вызвать «скорую медицинскую помощь» для доставки пациента в отделение интенсивного наблюдения и лечения стационара.

По этиологии выделяют первичную (эссенциальную) артериальную гипертензию и симтоматическую или вторичную АГ. Первичная ( эссенциальная) АГ – заболевание с неизвестной этиологией. Встречается более чем у 95% пациентов с АГ.

Вторичные АГ являются симптомами другого заболевания и встречаются в 5% случаев всех АГ. Известно 6 основных форм и вторичных АГ (более 50 заболеваний), которые могут привнсти к АГ (нефрогенная, вазоренальная, эндокринная, кардиоваскулярная (гемодинамическая), нейрогенная и лекарственная (на фоне приема лекарственных препаратов).

1. Определение риска неблагоприятного течения по наличию факторов риска и поражению органов-мишеней.

Сегодня для успешного лечения АГ очень важно учитывать не только уровень АД, но и риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Критерии, для определения степени риска четко определены. В общих чертах это следующее:

1. факторы риска – повышенное АГ, возраст >55 лет у мужчин и >65 лет у женщин, курение, высокий уровень холестерина, глюкозы плазмы крови (сахарный диабет), абдоминальное ожирение (окружность талии > 102 см у мужчин и > 88 см у женщин, отягощенный семейный анамнез (смерть родственников первой линии родства от сердечно-сосудистых заболеваний (<55 лет мужчин и <65 лет женщин);
2. бессимптомное поражение органов-мишений – признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ – признаки утолщения стенки сонной артерии, лабораторные данные поражения почек (↑ креатин, микроальбуминурия);
3. сочетание АГ со следующими клиническими состияниями: инсультом, инфарктом миокарда и стенокардией, диабетической нефропатией и ХПН, поражением периферических артерий, тяжелые поражения сосудистой оболочки глаза.

Степень риска зависит от величины АД, наличия факторов риска, поражения органов-мишеней и сочетанных (ассоциированных) клинических состояний. В зависимости от степени повышения АД, наличия факторов риска, поражения органов-мишений и сочетанных клинических состояний все пациенты АГ относятся к одной из 4-х степеней риска: низкому, среднему, высокому и очень высокому (таблица 2).

*Таблица 2.*

*Разделение по риску развития сердечно-сосудистых осложнений.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Другие факторы риска и заболевания | Категория АД, мм рт.ст | | | | |
| Нормальное АД (САД 120-129 или ДАД 80-84) | Высокое нормальное АД (САД 130-139 или ДАД 85-89) | АГ 1-ой степени (САД 140-159 или ДАД 90-99) | АГ 2-ой степени (САД 160-179 или ДАД 100-109) | АГ 3-ой степени (САД > 180 или ДАД 110) |
| Нет других факторов риска | Средний риск | Средний риск | Низкий дополнительный риск | Умеренный дополнительный риск | Высокий дополнительный риск |
| 1-2 других факторов риска | Низкий дополнительный риск | Средний риск | Умеренный дополнительный риск | Умеренный дополнительный риск | Очень высокий дополнительный риск |
| 3 или более факторов риска, или поражение органов мишеней, или сахарный диабет | Умеренный дополнительный риск | Высокий дополнительный риск | Высокий дополнительный риск | Высокий дополнительный риск | Очень высокий дополнительный риск |
| Установленные сердечно-сосудистые заболевания или заболевания почек | Высокий дополнительный риск | Очень высокий дополнительный риск | Очень высокий дополнительный риск | Очень высокий дополнительный риск | Очень высокий дополнительный риск |

Примеры формулировок диагноза (рекомендованы для фельдшеров, ведущих прием пациентов самостоятельно).

1. Артериальная гипертензия I степени, риск 2.
2. Артериальная гипертензия II степени, риск 4. Сахарный диабет, тип 2.
3. Артериальная гипертензия III степени, риск 4.ИБС: стенокардия напряжения.

**Лечение пациентов с АГ.**

В начале ХХI века более четко определились стратегические подходы к лечению пациентов с АГ и тактика медикаментозной терапии. Сегодня взгляд медицинского работника устремляется за пределы шкалы манометра и пристально оценивает реальную защиту органов-мишений от повреждающего влияния повышенного АД. Поэтому каждый медицинский работник (врач, фельдшер) должен в совершенстве владеть стратегическими вопросами лечения АГ и виртуозно-тактикой, определяющей индивидуализированные терапевтические подходы. Цеью лечения пациентов с АГ является прдление и сохранение качества жизни при максимальном снижении общего риска сердечно-сосудистых осложнений за счет достижения целевого уровня АД. Современные Европейские рекомендации предлагают снижение САД/ДАД до значений 130-139/80-85 мм.рт.ст. и только у пожилых пациентов снижение САД <140 мм.рт.ст. не рекомендуется, поскольку положительный эффект от снижения САД<140 мм.рт.ст. никогда не изучался.

**Страдегия ведения пациентов с АГ.**

1. Выявление пациентов с АГ.
2. Разделение пациентов по степени риска (стратификация).
3. Информирование больных об уровне АД и о том, что субъективные ощущения не всегда отражают тяжесть заболевания.
4. Разработка плпана мероприятий по снижению АД и коррекции других факторов риска.
5. Контроль над эффективностью (тактика лечения) проводимых мероприятий и их коррекция.
6. Основным критерием для назначения медикаментозной терапии является группа риска, а не степень повышения АД.

При среднем и дополнительном низком риске проводится немедикаментозное лечение продолжительностью от 3 до 12 месяцев, и только при отсутствии эффекта решается вопрос о начале медикаментозной терапии. При высоком и очень высоком риске медикаментознве препараты назначают немедленно. Учитывая высокий риск осложнений у пациентов сахарным диабетом, сердечной и/или почечной недостаточностью, антигипертензивную тепапию проводят и в случаях, когда АГ находится в пределах повышенного нормального )130-139/85-89 мм.рт.ст. Целевой уровень АД в этих случаях составляет 125/75 мм.рт\ст.).

*Задачи антигипертензивной терапии:*

* достижение целевого уровня АД;
* предотвращение или замедление поражения органов-мишеней;
* предотвращение осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы;
* снижение смертности, обусловленной АГ.

**Основные принципы немедикаментозного лечения**

Немедикаментозное лечение АГ необходимо проводить всем пациентам независимо от тяжести АГ и от проводимой медикаментозной терапии. Лечение должно начинаться с изменения образа жизни. Известно, что пациенты крайне неохотно отказываются от привычного образа жизни, быстро забывают полезные советы медицинского работника. Поэтому обсуждать применение немедикаментозных методов нужно при каждом посещении пациента.

*Основные принципы немедикаментозного лечения артериальной гипертензии:*

* уменьшение потребления поваренной соли (5-6 г. в день);
* снижение избыточной массы тела;
* отказ от курения;
* уменьшение потребления алкоголя (до 60 мл водки для мужчин и до 200 мл сухого вина для женщин);
* комплексная модификация диеты (ограничение животных жиров, увеличение потребления овощей, фруктов);
* увеличение физической активности (быстрая одномоментная ходьба на расстояние 5-6 км ежедневно или 3-4 раза в неделю).

*Принципы медикаментозного лечения артериальной гипертензии:*

* начало лечения с минимальных доз одного препарата;
* при подборе дозы лекарственного препарата в амбулаторных условиях не следует резко снижать АД в течение ближайших 7-10 дней, особенно у больных с тяжелой гипертензией и пожилых;
* преимущественное использование препаратов длительного действия для достижения 24-часового снижения АД при однократном приеме;
* для достижения максимального эффекта при минимальном побочном действии используют оптимальные комбинированные препараты;
* антигипертензивная терапия у пациентов с АГ должна проводится постоянно;
* АД в большинстве случаев должно снижаться в первые 3-6 месяцев медикаментозного лечения не менее чем на 10-15% и не более чем на 30% от исходного.