

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

А.Т. ОМАРОВА

Городская поликлиника №6, г. Алматы

Особенность артериальной гипертензии (АГ) – синдрома повышения артериального давления – в том, что во многих случаях она протекает бессимптомно. Больной узнает об имеющемся у него высоком артериальном давлении порой лишь при профосмотре врачом. 90-95% случаев АГ составляет эссенциальная артериальная гипертензия, в остальных случаях диагностируют вторичные, симптоматические артериальные гипертензии: почечные (нефрогенные) 3-4%, эндокринные 0,1-0,3%, гемодинамические, неврологические, стрессовые, обусловленные приемом некоторых веществ, и АГ беременных, при которых повышение артериального давления является одним из многих симптомов основного заболевания – эссенциальной гипертензии.

К эссенциальной артериальной гипертензии относят те случаи заболевания, когда невозможно установить связь между повышением АД, эндокринной патологией и патологией органов, предшествующей возникновению АГ. На долю эссенциальной АГ приходится около 90-95% случаев хронического повышения уровня АД. Несмотря на то, что во всем мире ведется активное изучение артериальной гипертензии (гипертензии), причины эссенциальной артериальной гипертензии до сих пор не установлены. Считается, что это заболевание многофакторное, и большое значение имеет наследственная предрасположенность.

Доказано повышение тонуса мелких артерий в ответ на длительное психоэмоциональное напряжение. Существует теория, что повышенное потребление соли приводит к увеличению объема циркулирующей крови. Ожирение практически всегда сопровождается повышением артериального давления. Более того, в некоторых исследованиях показано, что снижение массы тела на 10 кг приводит к снижению давления минимум на 10 мм рт. ст. На сегодняшний день выделяют три степени артериальной гипертензии. За нормальное артериальное давление принят уровень ниже 130/85 мм рт. ст. Уровень артериального давления 130-139/85-89 считается повышенным нормальным.

Диагноз: гипертензия. Диагноз артериальной гипертензии ставится при обнаружении артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. не менее двух раз при повторных визитах к врачу. Артериальное давление измеряется в положении сидя. У пожилых рекомендуется измерение артериального давления и в положении стоя. Приборы для измерения давления в медицинских учреждениях всегда проверяются и калибруются. Необходимо делать это периодически и с домашними измерителями артериального давления.

Органы-мишени при гипертензии

Кроме степени артериальной гипертензии в диагнозе указывается еще степень риска. При определении степени риска учитывается очень много факторов: пол, возраст, цифры холестерина в крови, ожирение, наличие заболеваний с артериальной гипертензией у родственников, курение, малоподвижный образ жизни, поражение органов-мишеней. Органами-мишенями называются те органы, которые при артериальной гипертензии страдают в первую очередь. Это сердце, головной мозг, почки, сетчатка глаза и сосуды.

Сердце. Так как нагрузка на сердечную мышцу при артериальной гипертензии увеличивается, происходит компенсаторная гипертрофия (увеличение) толщины мышцы сердца левого желудочка. Гипертрофия левого желудочка

считается более важным фактором риска, чем сахарный диабет, повышение холестерина в крови и курение. В условиях гипертрофии сердце нуждается в повышенном кровоснабжении, а резерв при артериальной гипертензии сокращается. Поэтому у больных с гипертрофией стенки левого желудочка сердца чаще развиваются инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, нарушение ритма или наступает внезапная коронарная смерть.

Мозг. Уже на ранних стадиях артериальной гипертензии кровоснабжение головного мозга может снижаться. Появляются головная боль, головокружение, снижение работоспособности, шум в голове. В глубоких отделах мозга при длительном течении артериальной гипертензии происходят маленькие инфаркты (лакунарные), из-за нарушенного кровоснабжения масса мозга может уменьшаться. Это проявляется интеллектуальным снижением, нарушениями деменцией (слабоумием).

Почки. Происходит постепенный склероз сосудов и тканей почек. Нарушается их выделительная функция. В крови повышается количество продуктов обмена мочевины, в моче появляется белок. В конечном итоге возможна хроническая почечная недостаточность.

При артериальной гипертензии поражаются также практически все сосуды.

В зависимости от наличия этих факторов риск бывает 1, 2, 3 или 4 степени:

1 степень риска (низкий риск) означает, что вероятность сердечно-сосудистых осложнений у этого пациента составляет менее 15% в течение ближайших 10 лет.

2 степень риска (средний риск) предполагает, что вероятность сердечно-сосудистых осложнений у этого пациента составляет 15-20% в течение ближайших 10 лет.

3 степень риска (высокий риск) предполагает, что вероятность сердечно-сосудистых осложнений у этого пациента составляет 20-30% в течение ближайших 10 лет.

4 степень риска (очень высокий риск) предполагает вероятность сердечно-сосудистых осложнений более 30% в течение ближайших 10 лет.

Лечение артериальной гипертензии

В случае, если артериальная гипертензия выявлена впервые, необходимо провести подробное исследование для исключения других болезней, которые могли вызвать повышение артериального давления, оценить существующие факторы риска. При артериальной гипертензии первой степени и низких степенях риска назначают немедикаментозное лечение. В первую очередь это изменение образа жизни.

Немедикаментозные рекомендации по лечению гипертензии

Уменьшение употребления поваренной соли до 4-5 г в сутки.

Прекратить или хотя бы уменьшить потребление алкоголя до 20-30 г чистого этанола в день для мужчин, что соответствует 200-250 мл сухого вина, 500-600 мл пива и 10-20 г чистого этанола для женщин.

Отказ от курения

Снизить вес тела. Исследования показывают, что при снижении веса тела на 10 кг артериальное давление снижается на 10 мм рт. ст. В пище должно присутствовать много фруктов, овощей, продуктов, богатых калием, кальцием, магнием, морепродуктов. Доказано положительное влияние физической нагрузки на течение артериальной гипертензии. Если степень артериальной гипертензии выше первой, или при первой степени артериальной гипер-

тонии не удастся достигнуть нормализации артериального давления немедикаментозным путем, назначается медикаментозное лечение. Цель лечения артериальной гипертензии – максимальное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности, что достигается снижением артериального давления до целевых цифр – менее 130/90 и коррекцией других факторов риска. Используются шесть основных классов антигипертензивных препаратов: диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы альфа-1-адренергических рецепторов и блокаторы рецепторов ангиотензина. Все они имеют свои показания, противопоказания и назначать их должен врач с учетом возраста, степени и риска артериальной гипертензии, сопутствующих заболеваний. Препарат должен не только снижать уровень артериального давления, но и облегчать состояние. Если одного препарата недостаточно, могут назначаться комбинации из двух и более препаратов. Нельзя забывать, что лечение артериальной гипертензии длительное, практически пожизненное. Если больной не будет принимать препараты своевременно

или вовсе допускать перерывы в лечении, то может усугубить свое состояние.

Т Ы Ж Ы Р Ы М АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

А.Т. Омарова

№6 қалалық емхана, Алматы қ.

Артериялық гипертензияның (АГ) ерекшеліктері – артериялық қысымның жоғарылау синдромының – көптеген жағдайларда оның симптомсыз өтетініне байланысты. Науқас өзінде жоғары артериялық қысымның бар екенін дәрігердің алдын алу тексеруі кезінде ғана біледі.

S U M M A R Y ARTERIAL HYPERTENSION

A.T. Omarova

City polyclinic №6, Almaty c.

The absence of symptoms in many cases is the particularity of arterial hypertension (AH) – the syndrome of arterial pressure increase. A patient often discovers the presence of hypertension only in the process of physical examination.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

И.Ю. СТАФЕЕВА, Л.Ю. СОКОЛОВА, Н.М. НУРКИНА

Кафедра семейной медицины Центра непрерывного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Проблема лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) в настоящее время остается актуальной во всем мире. Оптимальная медикаментозная терапия не всегда достаточна. Декомпенсация ХСН становится причиной госпитализаций в стационары почти каждого второго больного [5].

Существенным компонентом патогенеза выраженной ХСН является механическая диссинхрония миокарда, выражающаяся во временной рассогласованности функционирования его различных участков [1, 7]. Желудочковая диссинхрония типично проявляется как блокада левой ножки пучка Гиса. Диссинхрония проявляется асинхронным сокращением желудочков, систолической и диастолической дисфункцией, митральной и трикуспидальной регургитацией.

Одним из факторов, способствующих утяжелению течения сердечной недостаточности, являются нарушения сердечного ритма. Желудочковые нарушения ритма III-IV градаций достоверно преобладают у пациентов с тяжелой ХСН (ФВ < 40%) [3].

В отличие от заболеваний, служащих причиной развития сердечной недостаточности, провоцирующие ее факторы сами по себе не вызывают ХСН, но способствуют ее проявлению на фоне снижения компенсаторных возможностей сердца. Устранение или уменьшение факторов развития сердечной недостаточности могут задержать прогрессирование сердечной недостаточности.

Представляем клинический случай ведения ХСН с нарушениями ритма.

Пациент Д., 72 года. Анамнез заболевания: повышение артериального давления (АД) отмечает около 20 лет, в 1999 году на фоне повышения АД перенес инфаркт миокарда, в 2008 году – ОНМК. Максимальные цифры АД не превышали 170/100 мм рт. ст. В течение десяти лет состояние больного было стабильным, нарушения ритма

не беспокоили, за медицинской помощью не обращался. В конце января 2011 года поступил на стационарное лечение с диагнозом: Прогрессирующая стенокардия. При поступлении отмечены признаки ХСН ФК 1: наличие одышки при значительной физической нагрузке при отсутствии застоя в легких и отеков. На ЭКГ зарегистрированы на фоне синусовой брадикардии до 52 уд/мин частые левожелудочковые экстрасистолы (более 5 экстрасистол в минуту), полная блокада левой ножки пучка Гиса, выраженная гипертрофия левого желудочка, рубцовые изменения в миокарде задневерхушечной области. Эхокардиография (ЭхоКГ) показала выраженный атеросклероз аорты и аортального клапана с регургитацией I-II степени, формирование аортального стеноза. На фоне расширения полости левого желудочка выявлена митральная регургитация I степени. Сократительная способность миокарда левого желудочка снижена: фракция выброса (ФВ) 49%, время изгнания левого желудочка ΔS 25%. Нарушение локальной сократимости левого желудочка в виде зон – гипо-акинеза на задней стенке с вовлечением верхушки, гиперкинез перегородки.

Для нормализации ритма, первоначально, на фоне стандартной терапии ХСН, был назначен амиодарон. В результате его приема наблюдалось снижение ЧСС менее 50 уд/мин, в связи с чем препарат отменен. Больному были назначены биспролол, амлодипин и изосорбида мононитрат. За время суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру зарегистрированы средняя частота синусового ритма 64 в минуту, желудочковая аллоритмия (би- и тригеминия), местами в виде куплета, редкие предсердные экстрасистолы. Всего отмечено желудочковых экстрасистол – 1281, предсердных экстрасистол – 987 от общего числа сердечных сокращений. Нарушений коронарного кровообращения не выявлено.