



НЕ ДАВИТЕ НА МЕНЯ!



Автор:
Александр Вячеславович Карницкий,
врач-терапевт, к.м.н.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: О ЧЕМ НЕ НУЖНО ЗАБЫВАТЬ ТЕРАПЕВТУ

Артериальная гипертензия (АГ) – одна из самых часто обсуждаемых медицинских тем. Казалось бы, все, что можно было сказать про АГ, уже сказано; всем все ясно и понятно. Но при этом о своем заболевании знают не более половины всех гипертоников, количество сердечно-сосудистых (СС) катастроф среди них гораздо больше, чем в популяции, смертность высокая, правильно лечатся лишь немногие.

Давайте разберемся, что же такое артериальная гипертензия? И самое главное, что нужно делать, чтобы улучшить прогноз, качество и продолжительность жизни наших пациентов с АГ.

Главную проблему АГ и ее решение можно выразить одним предложением: «Все люди с повышенным артериальным давлением должны знать, что у них оно высокое, контролировать его и правильно лечиться».

В клинических рекомендациях Минздрава России «Артериальная гипертензия у взрослых» [5], утвержденных в 2020 году, четко изложены все аспекты диагностики, дифференциальной диагностики и лечения АГ, поэтому рекомендуем их к ознакомлению.

Артериальная гипертензия – это синдром повышения клинического артериального давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых значений, определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением СС риска, целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД ниже этих уровней.

В настоящее время к АГ относят повышение систолического АД (САД) ≥140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥90 мм рт. ст.

Гипертоническая болезнь (ГБ) – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с этиологическими факторами, приводящими к развитию вторичных форм АГ (симптоматических).

Термин «гипертоническая болезнь», предложенный российским кардиологом Г. Ф. Лангом в 1948 году, соответствует термину «эссенциальная гипертензия». ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность превышает 90%.

Вторичная (симптоматическая) АГ – это АГ на фоне каких-либо других (первичных) заболеваний. Своевременное выявление вторичного характера АГ и устранение вызвавшей ее причины способствует выздоровлению человека.

Важным критерием диагностики артериальной гипертензии является стойкость повышения АД. Из этого правила есть исклю-

чения. Иногда мы сталкиваемся с кризовым течением АГ, при этом АД повышается несистематически, до высоких цифр, с выраженными клиническими проявлениями. Так зачастую протекает вторичная АГ, прежде всего, эндокринного генеза.

Таким образом, для диагностики АГ необходимо выявить стабильно повышенное АД и/или наличие гипертонических кризов.

Некоторые пациенты не являются гипертониками, хотя при посещении врача у них выявляются повышенные и даже высокие цифры АД. В данном случае имеет место гипертензия «белого халата» – форма АГ, при которой повышение САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. отмечается только на приеме у врача, а при измерении АД в домашних условиях и/или при суточном мониторировании АД (СМАД) показатели находятся в пределах нормальных значений.

Основную роль в диагностике АГ играет суточное мониторирование и самоконтроль АД в домашних условиях.

На приеме у врача (клиническое АД, офисное АД) норма АД <140/90 мм рт. ст., при самоконтроле АД в домашних условиях днем – <135/85 мм рт. ст.

Средние показатели АД у здорового человека при СМАД:

- за сутки: <130/80 мм рт. ст.;
- за день: <135/85 мм рт. ст.;
- за ночь: <120/70 мм рт. ст.

Современная классификация АГ включает в себя степень, стадию заболевания и риск СС осложнений.

Степень АГ (по уровню АД у нелеченных пациентов):

- АГ 1-й степени: 140–159/90–99 мм рт. ст.;
- АГ 2-й степени: 160–179/100–109 мм рт. ст.;
- АГ 3-й степени: ≥180/≥110 мм рт. ст.

Стадия АГ:

- I стадия – отсутствуют поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния (АКС);
- II стадия – выявляется бессимптомное поражение органов-мишеней и/или хроническая болезнь почек (ХБП) С3 (СКФ 30–59 мл/мин), и/или сахарный диабет (СД) без поражения органов-мишеней. Отсутствуют АКС;
- III стадия – имеются АКС, в том числе ХБП С4–С5 стадии и/или СД с поражением органов-мишеней.

Степень риска СС осложнений у пациентов с АГ завист от уровня АД, наличия факторов риска, изменений со стороны органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний. Выделяют 4 степени риска: I – низкий, II – средний, III – высокий, IV – очень высокий.

Не будем детально останавливаться на стандартном обследовании пациентов с АГ. Эта тема подробно раскрыта в рекомендациях. Разберем подробно диагностику симптоматической АГ.

ВТОРИЧНАЯ (СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ) АГ

Основные формы вторичной (симптоматической) АГ:

- нефрогенная;
- вазоренальная;
- эндокринная;
- гемодинамическая;
- нейрогенная;
- при синдроме обструктивного апноэ/гипопноэ сна;
- лекарственная.

Признаки, на основании которых можно заподозрить вторичную АГ:

- внезапное развитие болезни, высокие цифры АД;
- быстрое прогрессирование заболевания;
- усугубление АГ, первоначально поддающейся терапии;
- ранний (до 20 лет) или, наоборот, пожилой (старше 60 лет) возраст больного;
- неэффективность обычной терапии, резистентность к лечению на фоне комбинированной терапии;
- симпатоадреналовые кризы.

Начнем с самого главного. Пациента с подозрением на симптоматическую АГ необходимо проконсультировать у узких специалистов различного профиля. Примерный перечень специалистов приведен ниже.

Перечень специалистов, консультации которых назначаются при подозрении на вторичную (симптоматическую) АГ:

- окулист (осмотр глазного дна);
- эндокринолог (исключить эндокринную АГ);

- уролог (исключить урологические заболевания как причину АГ);
- нефролог (исключить хронический гломерулонефрит и другие нефрологические заболевания как причину АГ);
- невролог (исключить заболевание ЦНС как причину АГ);
- сосудистый хирург, рентгеноэндоваскулярный хирург (диагностика и лечение вазоренальной АГ, гемодинамической АГ) и др.

АГ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

АГ часто развивается при хронических заболеваниях почек: хроническом пиелонефрите, поликистозной болезни почек; врожденных аномалиях числа, позиции, формы почек (гипоплазии, удвоении, дистопии почек, подковообразной почке); гидронефрозе; поражении почек при хроническом гломерулонефрите, диабетической нефропатии, системных васкулитах, амилоидозе почек, туберкулезе почек, опухолях и травмах почек, нефропатии беременных.

НЕРЕДКО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК АГ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ БЕССИМПТОМНО

Нередко мы сталкиваемся с бессимптомным течением АГ при заболеваниях почек. Пациенты могут не ощущать повышение АД до высоких цифр с преобладающим повышением диастолического АД. Выявляются изменения в моче: гематурия, протеинурия, никтурия. Постепенно снижается функция почек, нередко развивается анемия.

При подозрении на заболевание почек пациент прежде всего должен быть осмотрен урологом. Урологи диагностируют и лечат заболевания мочевыделительной системы – почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры.

Диагностикой и лечением заболеваний почечных клубочков, или паренхиматозных заболеваний почек, занимаются нефрологи. «Золотой стандарт» диагностики и выбора терапии при паренхиматозных заболеваниях почек – пункционная биопсия почки.

Лабораторно-инструментальная диагностика при заболевании почек:

- общий анализ мочи;
- анализ мочи по Нечипоренко;
- проба Зимницкого;
- проба Реберга (клиренс эндогенного креатинина, скорость клубочковой фильтрации);
- расчетная скорость клубочковой фильтрации (по креатинину, цистатину С);
- общий белок в моче, разовая порция;
- общий белок в моче, суточная порция;
- альбумин в суточной моче или отношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи;
- биохимический анализ крови (глюкоза, гликированный гемоглобин, общий белок, креатинин, мочевина, СКФ, калий, натрий, кальций, мочевая кислота);
- УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы;
- ультразвуковая доплерография (УЗДГ) почечного кровотока;
- экскреторная урография (по показаниям);
- ретроградная пиелоуретерография (по показаниям);
- МРТ почек, надпочечников с бесконтрастной или контрастной ангиографией почечных артерий;
- чрескожная диагностическая пункция почек для верификации гломерулопатий с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием; для диагностики опухолей – с цитологическим и гистологическим исследованием.

ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АГ

Вазоренальная АГ обусловлена сужением одной или обеих почечных артерий. Наиболее частые причины вазоренальной АГ – атеросклероз и фибромышечная дисплазия почечных артерий.

Атеросклероз почечных артерий чаще встречается у пожилых мужчин, нередко с выраженным атеросклерозом (особенно периферических артерий), особенно часто у курящих; при сахарном диабете.

Фибромышечная дисплазия почечных артерий наблюдается обычно у молодых женщин.

Развитие вазоренальной АГ возможно при неспецифическом аортоартериите, гематомах и опухолях, сдавливающих почечные артерии, врожденной патологии почечных артерий.

Лабораторно-инструментальная диагностика при вазоренальной АГ:

- ультразвуковая доплерография (УЗДГ) почечного кровотока;
- МСКТ или МРТ-ангиография почечных артерий;
- ангиография брюшной аорты и селективная ангиография почечных артерий.

Основные методы лечения: при фибромышечной дисплазии почечных артерий – баллонная ангиопластика, при атеросклерозе – хирургическая реваскуляризация. Ангиопластику проводят рентгеноэндоваскулярные хирурги, хирургическую реваскуляризацию – сосудистые хирурги.



ЭНДОКРИННАЯ АГ

- **При поражении коры надпочечников (гиперсекреция минералокортикоидов – аденома надпочечника, гиперплазия коры надпочечников)**

Болезнь Иценко – Кушинга (БИК) – тяжелое нейроэндокринное заболевание, обусловленное хронической гиперпродукцией адренокортикотропного гормона (АКТГ), опухолью гипофиза.

Синдром Иценко – Кушинга – в русскоязычной литературе термин используют для обозначения доброкачественной опухоли надпочечника, секретирующей кортизол; в англоязычной литературе термин объединяет весь симптомокомплекс гиперкортицизма.

Признаками болезни и синдрома Иценко – Кушинга являются (сочетание двух или более симптомов): центральное ожирение, проксимальная мышечная слабость, подкожные кровоизлияния, широкие и глубокие стрии, необъяснимый остеопороз, гипокалиемия, вновь начавшийся сахарный диабет, аменорея, новообразование надпочечника.

- **При поражении коры надпочечников (гиперсекреция альдостерона – первичный гиперальдостеронизм)**

Наиболее часто (60–70% случаев) встречается синдром Конна, обусловленный развитием альдостеромы – альдостеронпродуцирующей аденомы коры надпочечников. Идиопатический гиперальдостеронизм может развиваться также вследствие двусторонней гиперплазии коры надпочечников.

Первичный гиперальдостеронизм проявляется артериальной гипертензией, головной болью, ноющими болями в области сердца и др. Дефицит калия проявляется быстрой утомляемостью, мышечной слабостью, парестезиями, приступами судорог в различных группах мышц, нередким развитием псевдопараличей; возможно развитие нефрогенного несахарного диабета.

- **При поражении мозгового вещества надпочечников (гиперсекреция катехоламинов – феохромоцитома)**

Феохромоцитома – это гормонально активная опухоль хромаффинных клеток симпатоадреналовой системы надпочечниковой или вненадпочечниковой локализации, секретирующая большое количество катехоламинов.

Наиболее известными признаками феохромоцитомы являются гипертонические кризы, однако в некоторых случаях заболевание проявляется стабильно высоким повышением артериального давления.

Часто встречаются жалобы на сердцебиения, потливость, ортостатическую гипотонию. К распространенным симптомам относятся головная боль, бледность, лабильное артериальное давление. Подъемы артериального давления могут быть спровоцированы приемом препаратов (β-блокаторы, метоклопрамид, симпатомиметики и др.).

- **При нарушении функции щитовидной железы (гипотиреоз, гипертиреоз) / паращитовидных желез (гиперпаратиреоз)**

Признаки гипотиреоза: брадикардия, запоры, выпадение волос, нарушения менструального цикла.

Признаки гипертиреоза: тахикардия, похудение, потливость, тремор пальцев рук и др.

Признаки гиперпаратиреоза: нефролитиаз, вторичный остеопороз, мышечная слабость, боли в мышцах.

• При поражении гипофиза (акромегалия)
Признаки акромегалии: увеличение частей тела, укрупнение и огрубление черт лица. У детей с незавершенными процессами окостенения скелета развивается гигантизм, прогрессирующий в период физиологического роста.

Лабораторно-инструментальная диагностика при эндокринной АГ:

- биохимический анализ крови (ТТГ, свободные Т3 и Т4, АКТГ, кортизол, ренин, альдостерон, калий, натрий, кальций, пролактин, метанефрин и норметанефрин плазмы, паратгормон, инсулиноподобный фактор роста);
- метанефрин и норметанефрин в суточной моче;
- суточная экскреция свободного кортизола в моче;
- УЗИ надпочечников, сцинтиграфия, МСКТ и МРТ надпочечников;
- УЗИ щитовидной железы;
- МРТ головного мозга;
- чрескожная диагностическая пункция надпочечников с цитологическим и гистологическим исследованием.



ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АГ

Гемодинамическая АГ, обусловленная поражением крупных артериальных стволов, встречается при стенозирующем поражении аорты и брахиоцефальных артерий (атеросклероз, неспецифический аортоартериит), коарктации аорты, неспецифическом аортоартериите и др.

Лабораторно-инструментальная диагностика гемодинамической АГ:

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- МСКТ-ангиография или МРТ-ангиография грудной аорты, брюшной аорты, сосудов головного мозга, брахиоцефальных сосудов;
- ангиография дуги аорты, брюшной аорты, брахиоцефальных артерий.

Лечат данные заболевания рентгеноэндоваскулярные хирурги (баллонная ангиопластика и стентирование артерий), сосудистые хирурги, кардиохирурги, ревматологи (неспецифический аортоартериит).



НЕЙРОГЕННАЯ АГ

При центрогенных АГ имеется органическое поражение ЦНС (опухоли, травмы, энцефалит, очаговые ишемические поражения и др.). Занимаются такими пациентами неврологи и нейрохирурги. Необходимо проведение МРТ головного мозга.



АГ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Одна из трудно выявляемых причин АГ – синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС). На наличие СОАГС должны быть обследованы больные АГ с ожирением, резистентностью к антигипертензивной терапии, у которых по результатам СМАД имеется недостаточное снижение или повышение АД в ночные часы. С целью диагностики и оценки степени тяжести СОАГС проводят респираторное или кардиореспираторное мониторирование.

Для выявления СОАГС пациенту необходимо задать вопросы:

- Нет ли у вас сильного храпа во сне?
- Не просыпаетесь ли по ночам с ощущением того, что остановилось дыхание?
- Не отмечает ли муж (жена), что во сне у вас бывают эпизоды отсутствия дыхания?

Обычно пациенты отмечают сонливость в дневное время, нарушение памяти и внимания. «Золотой стандарт» выявления СОАГС – полисомнографическое исследование. Лечат данное заболевание сомнологи.

CPAP-терапия – основной способ лечения синдрома обструктивного апноэ, заключающийся в создании постоянного положительного давления в дыхательных путях и поддержании их проходимости во время сна.

Для проведения процедур используется легкий портативный аппарат небольших размеров, состоящий из компрессора, лицевой маски и соединительного шланга. Пациент спит в маске,



подключенной шлангом к аппарату. Во время сна воздух подается пациенту под постоянным положительным давлением, что исключает риск спадения верхних дыхательных путей, возникновения эпизодов апноэ и внезапной смерти. Лечебный эффект заключается в улучшении самочувствия, уменьшении дневной сонливости, нормализации показателей гемодинамики.

АГ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Многие лекарственные препараты способны вызывать развитие артериальной гипертензии (оральные контрацептивы, препараты для снижения веса, назальные противоотечные препараты, стимуляторы, иммуносупрессанты, НПВС, противоопухолевые препараты и др.). Поэтому лекарственный анамнез собирается у каждого пациента. В сложных случаях может оказаться полезной консультация клинического фармаколога.

АГ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Особого внимания заслуживает АГ при беременности [4]. Выделяют 4 формы АГ при беременности:

- артериальная гипертензия, развившаяся до беременности – хроническая артериальная гипертензия;
- гестационная артериальная гипертензия;
- преэклампсия/эклампсия;
- преэклампсия на фоне артериальной гипертензии, существующей до беременности.

Критерием артериальной гипертензии, развившейся до беременности, служит артериальное давление ≥140/90 мм рт. ст. до беременности или в течение первых 20 недель гестации, при этом артериальная гипертония не исчезает после родов.

Гестационная артериальная гипертензия – состояние, индуцированное беременностью и проявляющееся повышением АД ≥140/90 мм рт. ст. во второй ее половине (с 20-й недели). После родов в течение 12 недель у пациенток с гестационной артериальной гипертензией АД возвращается к нормальному уровню. Лечение гестационной артериальной гипертен-

зии проводят в акушерском стационаре. Если спустя 12 недель после родов АД сохраняется повышенным, следует думать о симптоматической артериальной гипертензии или гипертонической болезни.

Преэклампсия – специфичный для беременности синдром, развивающийся после 20-й недели беременности, характеризующийся повышением АД и протеинурией ≥0,3 г/сут. Клинические симптомы преэклампсии разнообразны: она может проявляться поражением центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы.

В случае если артериальная гипертензия, имевшаяся до беременности и корригируемая антигипертензивными препаратами, примерно с 20-й недели проявляется повышением АД и протеинурией ≥3 г/сут, диагностируется преэклампсия на фоне артериальной гипертонии, существующей до беременности, что является основанием для экстренной госпитализации в акушерский стационар.

HELLP-синдром – вариант тяжелого течения преэклампсии, характеризуется гемолизом эритроцитов, повышением уровня печеночных ферментов и тромбоцитопенией (количество тромбоцитов $<100\times10^6$/л). Пациентки с преэклампсией экстренно госпитализируются в акушерский стационар.

Эклампсия – судорожный синдром, не связанный с заболеваниями мозга (эпилепсия, инсульт, опухоль и др.), возникающий у женщин с преэклампсией. Важно помнить, что эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени, а не относится к проявлениям максимальной ее тяжести. Пациенток с эклампсией экстренно госпитализируют в акушерский стационар. Эклампсия является показанием к срочному родоразрешению.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Целевые уровни АД

Всем пациентам с артериальной гипертензией, получающим лечение, независимо от возраста и степени риска, рекомендуется в качестве первого целевого уровня снижать АД до значений <140/90 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости – до более низких цифр.

Пациентам моложе 65 лет и без ХБП, получающим антигипертензивную терапию, рекомендуется снижать САД до значений 120–130 мм рт. ст.

Пациентам 65 лет и старше без старческой астении, получающим антигипертензивную терапию, вне зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска и наличия сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется снижать САД до целевых значений 130–139 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости лекарственных препаратов.

Всем пациентам с АГ вне зависимости от возраста, уровня риска и наличия сопутствующих заболеваний рекомендуется снижать ДАД до целевых значений 70–79 мм рт. ст.

Необходимым компонентом лечения АГ является изменение образа жизни:

- снижение избыточной массы тела;
- регулярные физические нагрузки;
- соблюдение диеты с ограничением соли, достаточным потреблением овощей и фруктов;
- отказ от курения;
- ограничение потребления алкоголя;
- освоение методов психической саморегуляции (аутотренинг, медитация, йога и др.).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АГ

Основой антигипертензивной терапии для снижения АД и уменьшения риска СС осложнений являются 5 классов антигипертензивных препаратов.

Основные группы антигипертензивных препаратов:

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ);
- блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА);
- β-адреноблокаторы (ББ);
- антагонисты кальция (АК);
- диуретики.

Монотерапия эффективно снижает АД лишь у ограниченного числа пациентов с АГ, большинству пациентов для контроля АД требуется комбинация как минимум из двух препаратов.

Рациональные комбинации двух антигипертензивных препаратов:
- ИАПФ + диуретик;
- БРА + диуретик;
- ИАПФ + АК;
- БРА + АК;
- дигидропиридиновый АК + ББ;
- АК + диуретик;
- ББ + диуретик.

Рациональные комбинации трех антигипертензивных препаратов:
- ИАПФ + АК + диуретик;
- БРА + АК + диуретик.

По показаниям, при наличии особых условий, можно использовать комбинации:
- ИАПФ + дигидропиридиновый АК + ББ;
- БРА + дигидропиридиновый АК + ББ;
- ИАПФ + диуретик + ББ;
- БРА + диуретик + ББ;
- дигидропиридиновый АК + диуретик + ББ.

Другие (дополнительные) классы антигипертензивных препаратов:
- агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин),
- α-адреноблокаторы.

Назначение лекарственных препаратов проводят в строгом соответствии с официальными показаниями и противопоказаниями в зависимости от возраста пациента, сопутствующих заболеваний, функционального состояния основных органов и систем и др. Предпочтение отдают фиксированным комбинациям лекарственных препаратов в одной таблетке.

ЛЕЧЕНИЕ АГ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Целевой уровень АД для беременных <140/90 мм рт. ст. Следует не допускать развития эпизодов гипотонии, чтобы не ухудшить плацентарный кровоток.

Для лечения АГ в период беременности в настоящее время используют 3 группы антигипертензивных препаратов [4]:
- препараты центрального действия: метилдопа – препарат первой линии, может применяться с I триместра; при заболеваниях почек необходимо уменьшить дозу; противопоказан при депрессии;
- блокаторы медленных кальциевых каналов дигидропиридинового ряда: нифедипин длительного действия может быть использован в качестве препарата первой и/или второй линии; возможны симптомы активации симпатикоадреналовой системы – головная боль, покраснение кожи, тахикардия, отеки; противопоказан при аортальном стенозе;
- кардиоселективные β-адреноблокаторы: метопролола сукцинат – препарат выбора среди β-адреноблокаторов, может способствовать уменьшению плацентарного кровотока, в больших дозах повышает риск неонатальной гипогликемии и тонус миометрия; целесообразно назначать с 12-й недели беременности.

РЕЗИСТЕНТНАЯ АГ

Резистентная АГ диагностируется в случаях, когда назначение трех антигипертензивных препаратов (включая диуретик) в оптимальных или максимально переносимых дозах не приводит к достижению целевого САД ниже 140 мм рт. ст. и/или ДАД ниже 90 мм рт. ст. у приверженных к лечению пациентов. При этом отсутствие контроля АД подтверждено измерением АД вне медицинского учреждения (СМАД или ДМАД), а вторичные причины АГ исключены.

Резистентная АГ – это показание к госпитализации пациента в специализированное отделение артериальной гипертензии.

У пациентов с резистентной артериальной гипертензией может оказаться эффективным современный метод аппаратного лечения артериальной гипертензии – денервация почек (двусторонняя деструкция почечных нервов, идущих вдоль почечной артерии, методом радиочастотной аблации с помощью катетеров, которые вводятся путем чрескожной пункции бедренной артерии).

Клинические данные относительно антигипертензивной эффективности ренальной денервации неоднозначны и требуют дальнейшего изучения.



ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Гипертонический криз (ГК) – состояние, вызванное значительным повышением АД, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии [5].

По сути, слова «гипертонический криз» – малозначащие и малоинформативные, констатирующие лишь наличие высокого АД у пациента, которому плохо. Многие врачи (особенно на амбулаторном этапе), поставив диагноз ГК, останавливаются в диагностическом процессе и не выявляют угрожающее жизни основное заболевание (инсульт, инфаркт и т.д.), тем самым ухудшая прогноз или даже обрекая пациента на смерть. Выявленный ГК – это лишь замеченная верхушка айсберга.

КЛЮЧОМ К ДИАГНОСТИКЕ АГ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОСТО-НАПРОСТО ИЗМЕРЕНИЕ АД У ВСЕХ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ, ДА И У ПОДРОСТКОВ ТОЖЕ

Главные вопросы при ГК:

- Почему у пациента высокое АД?
- Какое заболевание лежит в основе ГК?
- Насколько ситуация опасна для пациента?

Прежде всего необходимо разобраться, есть ли гипертонический криз.

Бывает так, что при высоких цифрах АД ГК нет, а при относительно невысоких – есть. В диагностике ГК помогает выявление и правильная оценка клинических симптомов, связанных с остро возникшим повышением АД.

Самый важный вопрос: не скрывается ли под маской криза тяжелое заболевание, угрожающее жизни пациента? Иначе говоря, ГК осложненный или неосложненный?

Осложненный ГК сопровождается развитием потенциально смертельного поражения органов-мишеней.

К осложненному ГК относятся:

- острая гипертензивная энцефалопатия;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- внутримозговое кровоизлияние;
- субарахноидальное кровоизлияние;
- острая сердечная недостаточность;
- острый коронарный синдром;
- острая почечная недостаточность;
- расслаивающая аневризма аорты;
- артериальное кровотечение;
- тяжелое носовое кровотечение;
- травма головного мозга;
- ГК у пациента после операции и при угрозе кровотечения;
- эклампсия, тяжелая преэклампсия;
- HELLP-синдром (вариант тяжелого течения преэклампсии, характеризующийся наличием гемолиза эритроцитов, повышением уровня печеночных ферментов и тромбоцитопенией);
- ГК у пациента с феохромоцитомой;
- ГК на фоне приема амфетаминов.

Для уточнения характера ГК необходимо обследование и наблюдение, поэтому в большинстве случаев ГК является основанием для госпитализации.

Прежде всего, необходимо правильно оценить выраженность гемодинамических расстройств, острой дыхательной недостаточности, степень нарушения сознания. Проводится мониторинг общего состояния пациента, АД, частоты дыхательных движений, ЧСС, пульса, диуреза, ЭКГ, термометрия, пульсоксиметрия.

Лечение ГК начинают немедленно.

Пациентов с осложненным ГК госпитализируют в палату интенсивной терапии отделения соответствующего профиля.

Если подтвержден неосложненный характер ГК, пациент может лечиться амбулаторно.

Серьезной доказательной базы по лечению ГК в настоящее время нет.

Ключом к диагностике АГ является просто-напросто измерение АД у всех взрослых людей, да и у подростков тоже. Каждый гражданин нашей страны должен знать, какое у него АД. Вот просто так, при хорошем самочувствии, брать и измерять. Только такой подход позволит всем своевременно выявить артериальную гипертензию, предотвратить опасные осложнения и жить долго и счастливо.

НЕ ДАВИТЕ НА МЕНЯ!

1. Артериальная гипертензия: Учебное пособие / Под ред. А. Л. Сыркина, М. Г. Глезер. – Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2021. – 88 с.
2. Боровкова Н. Ю. Артериальная гипертензия при хроническом гломерулонефрите. Вопросы патогенеза. Терапия: монография / Н. Ю. Боровкова, Н. Н. Боровков. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 2012. – 156 с.
3. Делягин В. М. Артериальная гипертензия у детей и подростков: руководство / В. М. Делягин, А. Г. Румянцев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 256 с.

4. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности 2018. Национальные рекомендации / Комитет экспертов Российского кардиологического общества (РКО). Секция заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных. Российский кардиологический журнал. 2018;3:91–134.
5. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2020. – 162 с.
6. Подзолков В. И. Артериальная гипертензия / В. И. Подзолков. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 424 с.
7. Смирнова М. Д. Артериальная гипертония «urgency» против «emergency»: вопросы терминологии, дифференциальной диагностики и лечения. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;1:77–82.
8. Чазова И. Е., Жернакова Ю. В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии. 2019;16(1):6–31.
9. Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией / Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (ЕОАГ, ESH). Российский кардиологический журнал. 2018;23(12): 143–228.

бинации действующих и вспомогательных веществ в составе препарата Мильгамма® ампулы. Международный неврологический журнал. 2015;1:106–109.