

Тактика ведения и лечения больных гипертонической болезнью в амбулаторной практике

БЕЛОВА Г.В.

**Доцент кафедры поликлинической терапии и
эндокринологии ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава РФ,
К.М.Н.**

- **Артериальная гипертензия остается одной из ведущих причин инвалидизации и смертности как в России, так и в мире.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Под термином «артериальная гипертензия» подразумевают повышение артериального давления при «гипертонической болезни» и «симптоматических артериальных гипертензиях».
- Частота первичной АГ (ГБ) составляет около 95⁰% всех случаев повышения АД

- АГ диагностируется при САД ≥ 140 мм рт.ст.,
- ДАД ≥ 90 мм рт.ст.
- Степень АД (1,2,3) определяется по наивысшему значению САД или ДАД
- **1 степень АГ** – 140/90- 159/99 мм рт. ст.
- **2 степень АГ** -160/100-179/109 мм рт.ст.
- **3 степень АГ** -180/110 мм рт.ст и выше

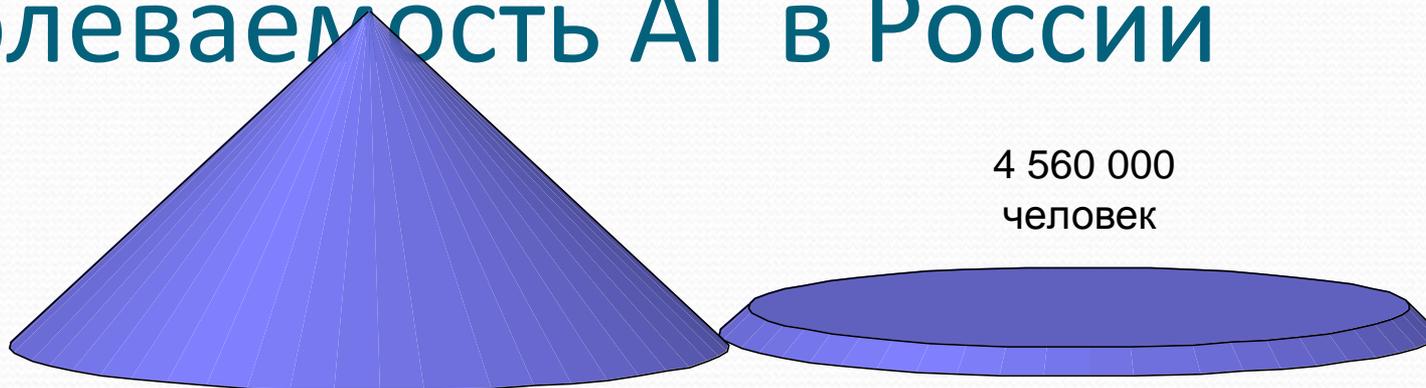
- При изолированной систолической АГ (ИСАГ) степень определяется от значений САД.

Гипертоническая болезнь

- **ГБ – хронически протекающее заболевание, основным первоначальным проявлением которого является АД с последующим поражением органов-мишеней, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными причинами.**
- **В силу того, что ГБ – гетерогенной заболевание, имеющее довольно отчетливые клинико-патогенетические варианты с существенно различающимися на начальных этапах механизмами развития, вместо термина «гипертоническая болезнь» часто используется понятие «артериальная гипертензия».**

57 600 000
человек

Заболеваемость АГ в России



В России **40%**
населения страдают АГ



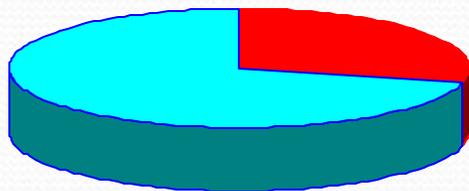
Только **8%** из них
эффективно лечатся

Распространенность, информированность, лечение и эффективность лечения АГ

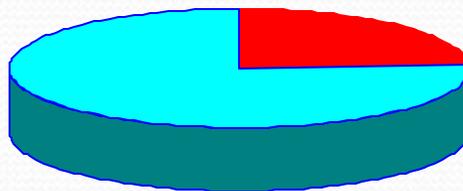
	Мужчины	Женщины
Распространенность АГ	39,9% (100%)	41,1% (100%)
Знают о наличии АГ	37,1%	58,9%
Лечатся	21,6%	45,7%
Лечатся эффективно	5,7%	17,5%

Доля эффективно леченых пациентов артериальной гипертонией

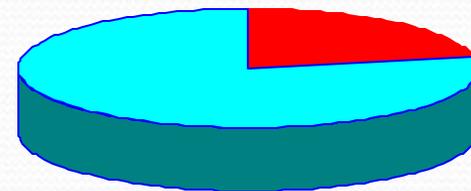
США 29%



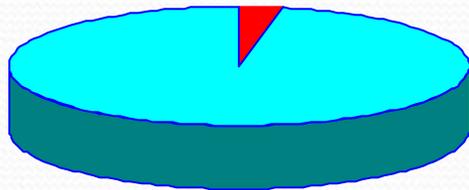
Франция 24%



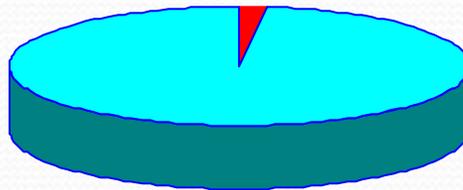
Канада 22%



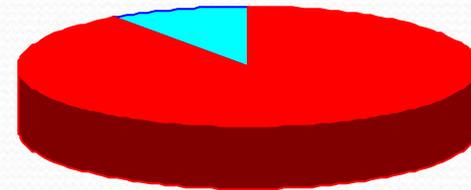
Китай 3%



Польша 2%



НОТ 90%



 Контролируемая АГ

Борьба с АГ в США привела за 20 лет:

- К снижению сердечно-сосудистой смертности **в 2 раза.**
- К исчезновению злокачественной АГ.
- К уменьшению смертности от мозгового инсульта **на 60%.**

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Диагностика и обследование больных проводятся в строгой последовательности, в соответствии со следующими задачами:
- Определение устойчивости и степени повышения АД;
- Исключение симптоматической АГ или идентификация ее формы;
- Оценка общего сердечно-сосудистого риска:
выявление других ФР ССЗ и клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и эффективность лечения,
определение у больного той или иной группы риска, диагностика ПОМ и оценка их тяжести.

Исходя из наличия поражений органов-мишеней ГБ разбивается на стадии –I,II,III.

Этапы диагностики

- Повторные измерения АД;
- Сбор анамнеза;
- Физикальное обследование;
- Лабораторно-инструментальные методы исследования: более простые на первом этапе и сложные – на втором этапе обследования.

КРАТНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЙ

- Для оценки уровня АД на каждой руке следует выполнить не менее 2-х измерений с интервалом не менее 1 минуты, при разнице ≥ 5 мм рт.ст. производят одно дополнительное измерение;
- за конечное (регистрируемое) значение принимают среднее из двух последних измерений.

- Согласно обновленным рекомендациям Европейского общества гипертонии и Европейского общества кардиологов Офисное измерение АД признано недостаточно информативным для диагностики АГ.
- Всем пациентам с уровнем АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. показано суточное мониторирование АД (СМАД),
- при его непереносимости или невозможности выполнения СМАД возможна его замена на самоконтроль АД в домашних условиях в течение 4-7 дней.

ПРАВИЛА ИЗМЕРЕНИЯ АД

- **Точность измерения АД и, соответственно, гарантия диагностики АГ, определение ее степени зависит от соблюдения правил по измерению АД.**
- **Условия измерения АД:**
- **Положение больного – сидя в удобной позе, рука на столе, манжета накладывается на плечо на уровне сердца, нижний ее край на 2 см выше локтевого сгиба.**
- **Обстоятельства:**
- **Исключается употребление кофе и крепкого чая в течение 1 часа перед исследованием;**
- **Не курить в течение 30 мин. до измерения АД;**
- **Отмена приема симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли;**
- **АД измеряется в покое после 5-ти минутного отдыха, в случае, когда процедуре измерения АД предшествовала значительная ФН или эмоциональная нагрузка, период отдыха следует увеличить до 15-30 минут.**

ТЕХНИКА ИЗМЕРЕНИЯ

- Быстро накачать воздух в манжету до уровня АД, на 20 мм рт.ст. превышающего САД по исчезновению пульса;
- Снижать давление в манжете на 2 мм рт.ст. в секунду;
- АД измеряется с точностью до 2 мм рт.ст.;
- Если тоны Короткова очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерить давление повторно;
- При первичном осмотре пациента следует измерять АД на обеих руках, в дальнейшем – на той руке, где АД выше;
- У больных старше 65 лет, при наличии СД и у получающих антигипертензивную терапию, следует измерять АД также через 2 минуты пребывания в положении стоя;
- Целесообразно измерять АД на ногах, особенно у больных моложе 30 лет, фонендоскоп располагается в подколенной ямке.

ИЗМЕРЕНИЕ АД НА ДОМУ

- Показатели АД, полученные в домашних условиях, могут быть ценным дополнением к контролю эффективности лечения, но не могут быть приравнены к клиническим и предполагают использование других нормативов.
- Известно, что АД 140/90 мм рт.ст. на приеме у врача, нередко соответствует 135/85 мм рт.ст., измеренное дома.
- Самоконтроль АД больным или его родственниками может быть чрезвычайно полезным в оценке адекватности лечения АГ и является неотъемлемой частью образовательных программ для больного.

Основные показания к СМАД и ДМАД для диагностики АГ

- **Подозрение на гипертонию «белого халата» (АГ 1 степени в офисе, высокое офисное АД у лиц без ПОМ с низким общим сердечно-сосудистым риском);**
- **Подозрение на маскированную АГ (высокое нормальное АД в офисе, нормальное АД у лиц с ПОМ, высоким общим сердечно-сосудистым риском);**
- **Значительное колебание офисного АД в ходе одного или нескольких посещений врача;**
- **Выявление «эффекта белого халата»;**
- **Вегетативная, ортостатическая, лекарственная гипотония, гипотония во время дневного сна;**
- **Выявление истинной и ложной резистентной АГ**

Особые показания к СМАД

- Выраженное расхождение между офисным и домашним АД;
- Подозрение на ночную АГ или отсутствие ночного снижения АД, например, у больных с апноэ сна, хронической болезнью почек или СД;
- Оценка вариабельности АД.

Клиническое обследование больного

- Нередко АГ протекает бессимптомно, диагноз ставится на основании рутинного измерения АД и выявления сердечно-сосудистых факторов риска (ФР).
- В соответствии с рекомендациями по лечению АГ основными ФР являются:
- Мужской пол;
- Возраст (≥ 55 лет у мужчин, ± 65 лет у женщин)
- Курение;
- Дислипидемия (общий холестерин $> 4,9$ ммоль/л и \ или холестерин ЛПНП $>$ ммоль/л, и/или холестерин ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у женщин, и/или триглицериды $> 1,7$ ммоль/л);
- Глюкоза плазмы натощак $5,6-6,9$ ммоль/л;
- Нарушение толерантности к глюкозе;
- Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²);
- Окружность талии ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см у женщин;
- Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (< 55 лет у мужчин, < 65 лет у женщин).

Клиническое обследование больного

- **Важно уточнить:**
- семейный и личный анамнез АД;
- семейный и личный анамнез СД;
- особенности питания;
- уровень физической активности;
- Храп;
- обструктивное апноэ во сне.
- **Эти сведения дают дополнительную информацию о характере и давности повышения АД.**

Лабораторное и инструментальное обследование

- Гемоглобин или гематокрит;
- Глюкоза плазмы натощак;
- Общий холестерин, холестерин ЛПНП, холестерин ЛПВП в сыворотке, ТГ в сыворотке;
- Калий и натрий сыворотки;
- Мочевая кислота сыворотки;
- Креатинин сыворотки(расчет СКФ);
- Анализ мочи с микроскопией осадка, белок в моче по тест-полоске, анализ на микроальбуминурию;
- ЭКГ в 12 отведениях.

Дополнительные методы обследования

- Гликированный гемоглобин, если глюкоза плазмы натощак $5,6$ ммоль/л или ранее был поставлен диагноз СД;
- Количественна оценка протеинурии;
- Эхо-КГ с оценкой индекса ММЛЖ, тип его ремоделирования и диастолической дисфункции, индексированного конечно-диастолического объема ЛП;
- Холтеровское ЭКГ-мониторирование (в случае аритмий);
- УЗИ сонных артерий;
- УЗИ периферических артерий брюшной полости;
- Измерение скорости пульсовой волны;
- Лодыжечно-плечевой индекс.

- Целесообразность учета ПОМ в повседневной практике определяется тем, что микроальбуминурия, повышение скорости пульсовой волны (СПВ), ГЛЖ или бляшки в сонных артериях являются **независимыми предикторами сердечно-сосудистой смертности.**

Признаки поражения органов-мишеней

- Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) ≥ 60 мм рт.ст;
- ГЛЖ (по данным ЭКГ – индекс Соколова-Лайона >35 и/или ЭхоКГ – индекс ММЛЖ $>115\text{г}/\text{м}^2$ у мужчин , $95\text{г}/\text{м}^2$ у женщин);
- Утолщение стенки сонных артерий или бляшки;
- Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны $>10\text{мм}/\text{сек}$;
- Лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$;
- ХБП с рСКФ 30-60 мл/мин/ $1,73\text{ м}^2$;
- Микроальбуминурия (30-300мг в сутки) или соотношение альбумина к креатинину 30-300 мг/г; 3,4-34 мг/ммоль (в утренней порции мочи).

Высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ

- СД ;
- Цереброваскулярная болезнь(МИ,ТИА);
- ИБС (Инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация);
- Сердечна недостаточность, с том числе с сохраненной ФВ;
- Клинически манифестное поражение периферических артерий;
- ХБП с СКФ <30 мл/мин;
- Протеинурия >300 мг/сутки;
- Тяжелая ретинопатия (кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва).

Оценка риска АГ

Распределение (стратификация) по степени риска

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (мм рт.ст.)

Факторы риска и анамнез	Степень 1 (мягкая АГ) АДс 140-159 или АДд 90-99	Степень 2 (умеренная АГ) АДс 160-179 или АДд 100-109	Степень 3 (тяжелая АГ) АДс ≥ 180 или АДд ≥ 110
I. Нет ФР, ПОМ, АКС	НИЗКИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК
II. 1-2 фактора риска (кроме СД)	СРЕДНИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
III. 3 и более ФР и/или ПОМ, и/или СД	ВЫСОКИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
IV. АКС	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК

ФР-факторы риска, ПОМ-поражение органов-мишеней, АКС-ассоциированные клинические состояния

Уровни риска (риск инсульта или инфаркта миокарда в ближайшие 10 лет):

- низкий риск (1) = менее 15%;
- средний риск (2) = 15-20%;
- высокий риск (3) = 20-30%;
- очень высокий риск (4) = 30% или выше

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

- Определить наличие других ФР, ПОМ, АКС
- Начать мероприятия по изменению образа жизни и коррекции ФР или заболеваний



ЦЕЛИ ТЕРАПИИ

- Основная цель лечения больного – максимальное снижение риска развития ССО и смерти от них.
- Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до нормального уровня, но и коррекция всех модифицируемых ФР:
- курение, ДЛП, гипергликемия, ожирение и лечение сопутствующих заболеваний.
- **Целевой уровень АД – ниже 140/90 мм рт.ст.**
- При хорошей переносимости назначенной терапии полезно снижение АД до более низких значений.
- У лиц старше 80 лет с исходным САД ≥ 160 мм рт.ст. рекомендуется снижать САД до 140-150 мм рт.ст. при условии, что они находятся в удовлетворительном состоянии физического и психического здоровья.

Независимо от степени АГ важным компонентом лечения является изменение образа жизни:

- *Отказ от курения;*
- *Умеренное употребление алкоголя;*
- *Ограничение потребления соли;*
- *Большое потребление овощей и фруктов;*
- *Низкожировая диета и удержание массы тела;*
- *Регулярные физические нагрузки.*
- *Психологическая коррекция*



Почему сложно лечить АГ?

Почему?

Врачи

- Врачи удовлетворяются весьма скромным снижением АД, когда им не удастся достичь целевого давления, даже если они претендуют на это.
- Назначаемый препарат часто не является оптимальным для данного больного, как и выбор дополнительных препаратов.
- Плохо распознаются вторичные АГ.
- Неадекватное решение сопутствующих проблем, например, ожирение.

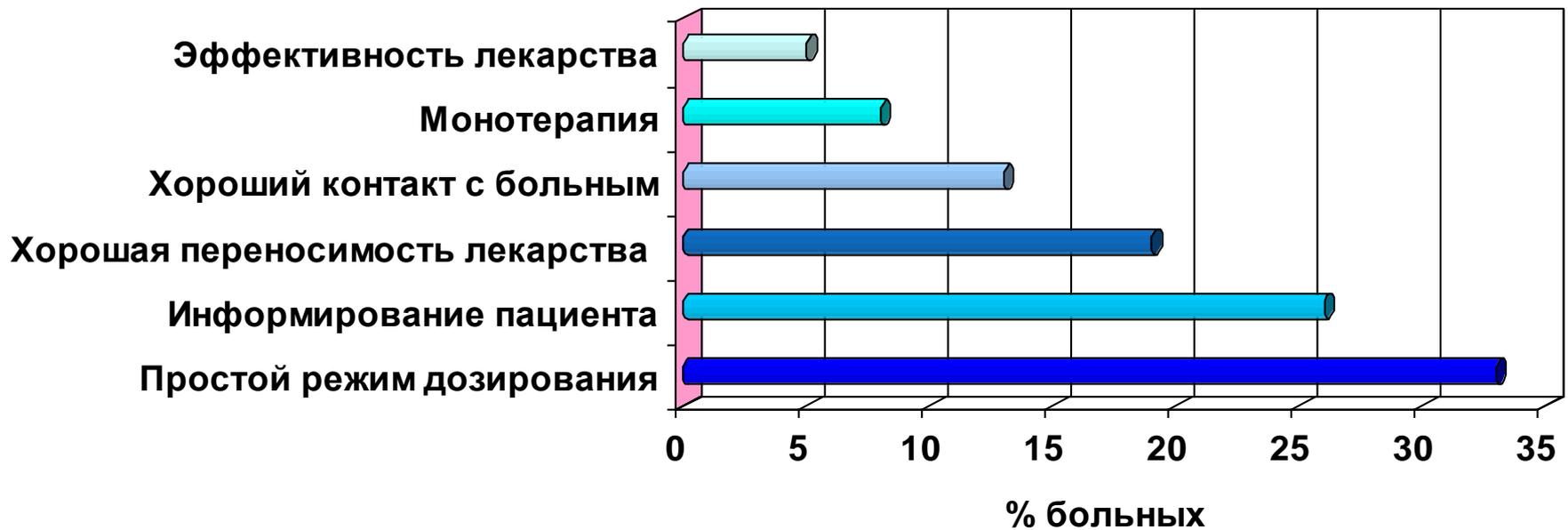
Почему?

БОЛЬНЫЕ

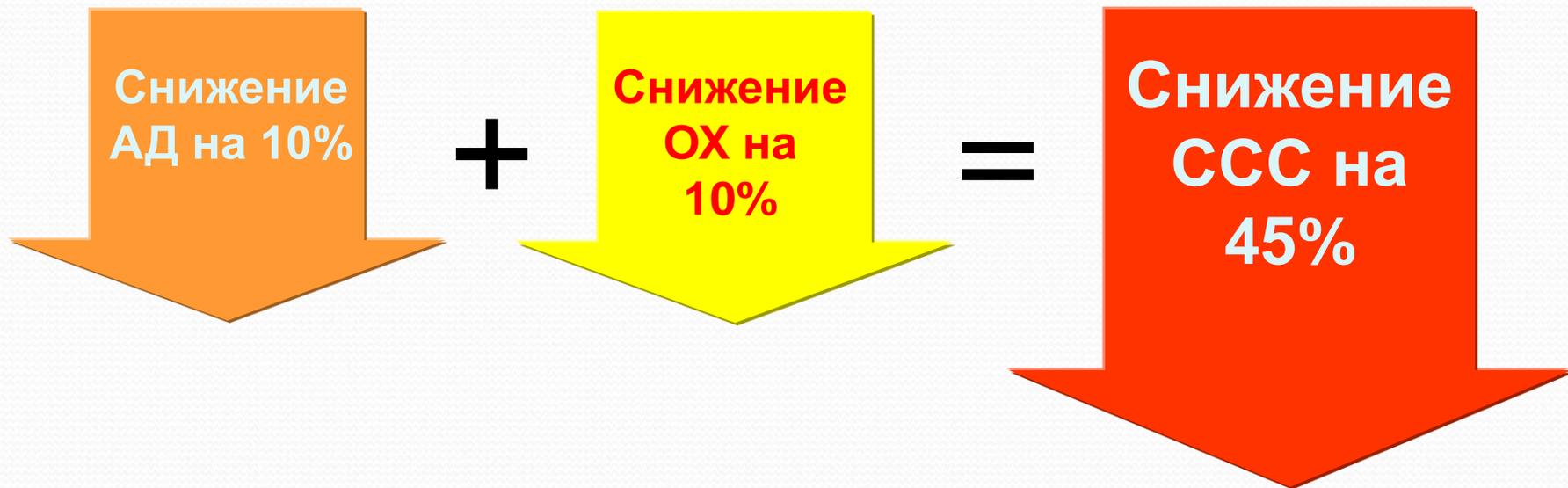
Пациенты не продолжают лечение
или даже не начинают его:

- **Из-за боязни побочных эффектов лечения.**
- **Из-за недостаточного понимания причин его необходимости.**
- **Из-за сопротивления идее длительного приема препаратов.**
- **Из-за высокой стоимости препаратов.**

Степень влияния различных факторов на приверженность больных терапии



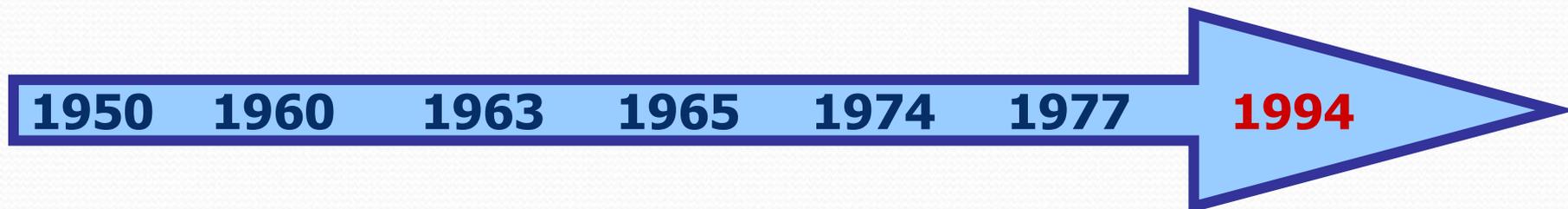
Сердечно-сосудистый риск в зависимости от стратегии влияния на факторы риска



ССС- сердечно-сосудистые события, ОХ – общий холестерин

Emberson et al. Eur Heart J 2004;25:484-491.

Эволюция антигипертензивных средств ...от эффективности к комплаентности



Диуретики	α -блокаторы	Центрального действия	β -блокаторы	Антагонисты кальция	ИАПФ	АРА (лозартан)
Антигипертензивные препараты						
Переносимость ☹️		Переносимость 😐			Переносимость 😊 сравнимая с плацебо	

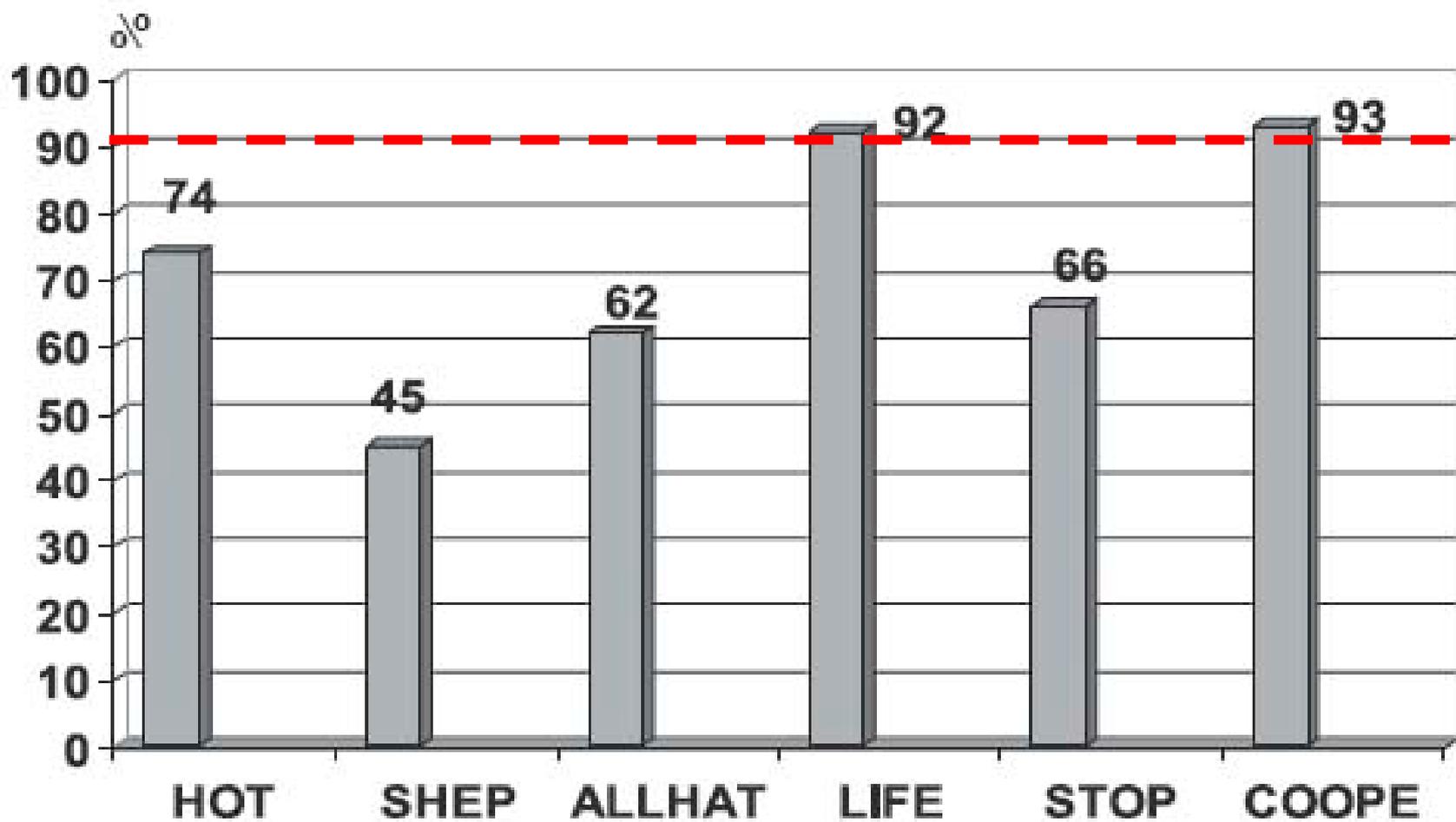
Лекарственные средства для лечения АГ

- **Бета-блокаторы**
- **Диуретики**
- **Антагонисты кальция**
- **Ингибиторы АПФ**
- **Антагонисты рецепторов А II**
- **Альфа-блокаторы (при наличие ДГПЖ)**
- **Агонисты имидазолининовых рецепторов продолговатого мозга**

Тактика антигипертензивной терапии

- При стартовой терапии возможны две тактики- монотерапия или низкодозовая комбинированная терапия.
- Выбор тактики зависит от уровня АД, ПОМ, ФР сердечно-сосудистых осложнений.
- Для определения тактики стартовой терапии можно **использовать простое «правило 20/10»**: если САД превышает значение целевого АД на 20 мм рт. ст или ДАД на 10 мм рт. ст,
- то антигипертензивная терапия может быть начата с двух препаратов.
- Эффективность монотерапии невелика, комбинированная терапия позволяет быстрее достичь целевых уровней АД

Применение комбинированной гипотензивной терапии позволяет достигать целевого значения АД до 90% пациентов



Тактика антигипертензивной терапии

- Предпочтительные комбинации:
- ИАПФ и АК дигидроперидинового ряда;
- БРА и АК дигидроперидинового ряда;
- ИАПФ и ТД;
- БРА и ТД;
- Целесообразная комбинация БАБ и ТД;
- **Единственная комбинация, которую не рекомендуют использовать – ИАПФ и БРА.**
- При необходимости использования 3-х препаратов наиболее рациональной комбинацией признана ИАПФ/БРА +АК+Д в максимально эффективных дозах.

Тактика антигипертензивной терапии

- *При выборе антигипертензивных препаратов необходимо учесть следующие факторы:*
- *Наличие противопоказаний*
- *Наличие особых клинических ситуаций;*
- *Возможность взаимодействия с лекарственными препаратами, которые применяются по поводу других заболеваний.*

- *Предпочтение необходимо отдавать препаратам, гипотензивный эффект которых продолжатся не менее 24 часов.*

КРИТЕРИИ ВН

- 1. Обследование для уточнения диагноза – до 5 дней;
- 2. Стабильно повышенное АД и необходимость подбора лечения – до 10 дней;
- 3. I стадия заболевания (криз) – до 7 дней
- 4. II стадия заболевания:
 - Криз неосложненный – 7-10 дней
 - Криз осложненный – 18-24 дня
- 5. III стадия заболевания – криз до 30 дней

ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ ВИДЫ И УСЛОВИЯ ТРУДА

- **1. Работа со значительным физическим и нервно-психическим напряжением;**
- **2. Горячие цеха с воздействием значительного производственного шума и вибрации;**
- **3. Контакт с сосудистыми и аноксемическими ядами;**
- **4. Ночные смены.**
- **Во II стадию АГ при преобладании поражения сосудов сердца противопоказан средне-тяжелый физический труд,**
- **при преобладании поражения сосудов мозга – умственный труд с умеренным нервно-психическим напряжением,**
- **при преобладании поражения сосудов почек – работа, связанная с переохлаждением.**

Просим пройти тестирование

по ссылке:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSceLPkgDxyfcQgcinAFBPloR7HqFRoXrdFECsPSa8s4hANvEg/viewform?usp=sf_link