

Библиотека врача общей практики

В.А. Круглов

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

**Редактор серии
проф. Б.В. Агафонов**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

ГЛАВА 1

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

1.1. Определение

Гипертоническая болезнь (ГБ) — хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ).

Наряду с термином «гипертоническая болезнь» часто употребляются «артериальная гипертензия» и «эссенциальная гипертензия». Это синонимы. Однако в отечественной медицине в настоящее время рекомендуется в диагнозе придерживаться термина «гипертоническая болезнь» для унификации представлений о заболевании и медицинской статистики.

Несмотря на многочисленные доказательства того, что ГБ является одним из основных сердечно-сосудистых факторов риска инвалидизации и смертности населения и что снижение артериального давления (АД) существенно снижает этот риск, исследования, проведенные в различных странах, показывают следующее: значительная часть больных ГБ не знают о своем заболевании, а если и знают, не получают лечения; целевые значения АД достигаются редко, вне зависимости от того, назначено лечение специалистом-кардиологом или врачом общей практики, и уровень осведомленности о ГБ и контроле АД достаточно низок.

Таким образом, ГБ и состояния с повышенным АД остаются актуальной клинической проблемой

и требуют преодоления большого разрыва в диагностике и потенциале антигипертензивной терапии и практикой повседневной жизни.

В большинстве стран диагностика и лечение ГБ обычно осуществляется в первичном звене здравоохранения, т.е. врачами общей практики, для которых в первую очередь предназначено данное руководство.

1.2. Классификация гипертонической болезни

Классификация уровней АД представлена в табл. 1.1.

Таблица 1.1. Классификация уровней артериального давления

Категория артериального давления	Систолическое артериальное давление, мм рт.ст.		Диастолическое артериальное давление, мм рт.ст.
Оптимальное	<120		<80
Нормальное	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное	139	и/или	85–89
ГБ 1-й степени	140–159	и/или	90–99
ГБ 2-й степени	160–179	и/или	100–110
ГБ 3-й степени	≥180	и/или	≥110
Изолированная систолическая АГ (ИСАГ)*	≥140	и/или	<90

* ИСАГ классифицируют на 1-ю, 2-ю и 3-ю степень согласно уровню систолического АД.

1.3. Эпидемиологические аспекты гипертонической болезни

АД находится в независимой непрерывной связи с частотой ряда сердечно-сосудистых событий (инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти, сердечной недостаточности с периферическим поражением артерий, а также с терминальной стадией болезни почек).

Это доказано во всех возрастных и этнических группах.

Если значения систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) попадают в разные категории, степень тяжести ГБ оценивается по более высокой категории.

1.4. Распространенность гипертонической болезни

Исчерпывающей статистики о распространении ГБ нет, но имеется больше информации о том, что она находится в диапазоне 30–45% общей популяции с резким возрастанием по мере старения.

1.5. Патогенез

Для возникновения повышенного АД необходимо включение ряда гемодинамических и гормональных компонентов, среди которых выделяют повышение сердечного выброса и повышение общего периферического сопротивления, а также обеих этих переменных. Постоянный фактор при ГБ — повышение общего периферического сопротивления. Следующим хорошо изу-

ченным моментом в дальнейшем поддержании высокого АД являются ишемизация почек, ее юкстагломерулярного аппарата и запуск ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Ренин регулирует начальный, ограничивающий скорость этап РААС путем отщепления N-концевого сегмента ангиотензиногена для формирования биологически инертного декапептида ангиотензина I.

Первичный источник ангиотензиногена — печень, в которой вырабатывается неактивный декапептид ангиотензина I, в свою очередь, гидролизующийся ангиотензин-превращающим ферментом, который отщепляет C-концевой дипептид, и, таким образом, формируется октапептид ангиотензина II. Именно ангиотензин II является биологически активным, мощным вазоконстриктором.

1.6. Диагностическое обследование

При подозрении на ГБ необходимо провести комплексное медико-лабораторное и инструментальное исследование.

В ходе начального обследования больного ГБ следует:

- подтвердить диагноз ГБ;
- установить причины вторичной АГ;
- оценить сердечно-сосудистый риск, поражение органов-мишеней и сопутствующие проблемы со здоровьем.

Для этого необходимо измерить АД, собрать медицинский анамнез, включая семейный, провести физикальное и лабораторное исследование, а также дополнительные диагностические тесты.