

СОВРЕМЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИННОВАЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Зияева И.Д.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, 54% инсультов и 47% случаев ишемической болезни сердца являются прямым следствием высокого кровяного давления, которое, таким образом, занимает свое место среди основных факторов риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Снижение частоты инсультов в последние десятилетия в значительной степени объясняется снижением артериального давления. Несмотря на то, что эпидемиологическая связь между высоким кровяным давлением и сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью хорошо известна, и несмотря на то, что существует достаточное количество доказательств для обоснования гипотензивного лечения, артериальное давление часто не контролируется должным образом. Либо артериальное давление не измеряется, либо врач не реагирует на повышенные значения артериального давления, либо лечение не предоставляется оптимально, либо пациент не принимает необходимые лекарства регулярно. У пациентов, страдающих устойчивой к лечению артериальной гипертензией, невозможно адекватно контролировать артериальное давление, даже если пациент регулярно принимает назначенные лекарства.

Ключевые слова. Артериальное давление, заболеваемость, смертность, лекарство, лечение.

MODERN PATHOGENETIC ASPECTS OF EARLY DIAGNOSTICS BY INNOVATIVE METHODS AND TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

Ziyaeva I.D.,

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

According to the World Health Organization, 54% of strokes and 47% of cases of coronary heart disease are a direct result of high blood pressure, which, therefore, takes its place among the main risk factors for cardiovascular morbidity and mortality. The decrease in the frequency of strokes in recent decades is largely due to a decrease in blood pressure. Although the epidemiological relationship between high blood pressure and cardiovascular morbidity and mortality is well known, and although there is sufficient evidence to substantiate antihypertensive treatment, blood pressure is often not properly controlled. Either blood pressure is not measured, or the doctor does not respond to high blood pressure values, or treatment is not provided optimally, or the patient does not take the necessary medications regularly. In patients suffering from treatment-resistant hypertension, it is not possible to adequately control blood pressure, even if the patient regularly takes the prescribed medication.

Keywords. Blood pressure, morbidity, mortality, medicine, treatment.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ЗАМОНАВИЙ ИННОВАЦИОН УСУЛЛАРИ ҚЎЛЛАБ ЭРТА ТАШХИС ҚЎЙИШ ВА ДАВОЛАШ ТАМОИЛЛАРИ

Зияева И.Д.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, қон томирларининг 54 фоизи ва юрак томирлари касаллигининг 47 фоизи юқори қон босимининг бевосита натижасидир, шунинг учун юрак-қон томир касаллиги ва ўлимнинг асосий хавф омиллари орасида ўз ўрнини эгаллайди. Сўнгги ўн йилликларда уриш частотасининг пасайиши асосан қон босимининг пасайиши билан боғлиқ. Юқори қон босими ва юрак-қон томир касалликлари ва ўлим ўртасидаги эпидемиологик боғлиқлик яхши маълум ва антигипертензив даволанишни тасдиқлаш учун этарли далиллар мавжуд бўлса ҳам, қон босими кўпинча назорат қилинмайди. Қон босими ўлчанмайди, ёки шифокор қон босими юқори кўрсаткичларига жавоб бермайди ёки даволаниш мақбул бўлмайди ёки бемор зарур дори-дармонларни мунтазам равишда қабул қилмайди. Даволашга чидамли гипертензия билан оғриган беморларда қон босими этарли даражада назорат қилиниши мумкин эмас, ҳатто бемор мунтазам равишда буюрилган дори-дармонларни қабул қилса ҳам.

Калит сўзлар Қон босими, касалланиш, ўлим, дори-дармон, даволаш.

Актуальность

Повышенное кровяное давление должно быть связано с повышенным сердечным выбросом, повышенным сопротивлением периферических сосудов или сочетанием того и другого. Каждый из этих механизмов, в свою очередь, регулируется гемодинамическими, нервными, гуморальными и почечными про-

цессами, каждый из которых различается по своему вкладу от одного человека к другому [3]. Когда люди становятся старше, основной причиной гипертонии является повышенное сопротивление периферических сосудов, часто в сочетании с повышенной жесткостью сосудов, что клинически проявляется в виде изолированной систолической гипертонии. Семейная кластеризация подразумевает генетическую предрас-

положенность, взаимодействие которой с такими факторами окружающей среды, как потребление соли и калорий, а также степень физических нагрузок, в конечном итоге определяет, насколько серьезным будет повышение кровяного давления[4].

Диагностическая оценка и скрининг

В своих текущих обновленных совместных руководствах по диагностике и лечению артериальной гипертензии, Европейское общество кардиологов (ESC) и Европейское общество гипертензии (ESH) сохраняют пороговое значение = 140/90 мм рт.ст. для определения высокого кровяного давления при измерении в кабинете врача. По крайней мере, три измерения должны быть выполнены в каждый из нескольких дней, с 1-2 минутами между измерениями и с 3-5-минутной паузой перед измерением кровяного давления при сидящем пациенте[6]. Следует поддерживать оптимальные условия для измерения артериального давления. Измерения от руки у пациентов с окружностью руки 22-32 см выполняются с помощью стандартной манжеты (12-13 см шириной, 35 см длиной); для более крупных плеч доступны манжеты шириной 15-18 см. Когда кровяное давление впервые измеряется, оно должно измеряться с обеих сторон. Если разница в значениях, полученных с двух сторон, составляет > 20 мм рт.ст. систолического или > 10 мм рт.ст. диастолического, следует исключить следующие потенциальные причины, и, если артериальное давление ниже на левой стороне, возможность перешейка аорты стеноз следует учитывать:

" Синдром дуги аорты вследствие атеросклероза или, редко, васкулита;

" Односторонний стеноз подключичной артерии;

" Расслоение аорты.

Дальнейшие измерения впоследствии всегда производятся на руке с более высокими значениями. Ортостатическая гипотензия определяется как падение артериального давления более чем на 20 мм рт.ст. систолическое и / или более 10 мм рт.ст. диастолическое после того, как пациент стоял в течение трех минут. Если есть подозрение на ортостатическую гипотензию, особенно у пациентов пожилого или диабетического возраста, необходимо провести еще два измерения через 1 и 3 минуты, когда пациент все еще стоит[8].

Диагноз должен быть подтвержден 24-часовым амбулаторным измерением или автоматическими измерениями артериального давления в домашних условиях. Значения, полученные этими методами, обычно ниже, чем полученные в кабинете врача. Этот факт учитывается нижними рекомендуемыми значениями отсечки. 24-часовое амбулаторное измерение также особенно полезно для определения наличия гипертензии белого цвета или гипертензии в маске.

Высокое кровяное давление обычно сопровождается другими сердечно-сосудистыми факторами риска, которые еще более усиливают риск. Отсюда следует, что оценка общего риска пациента всегда должна быть первой целью.

Согласно текущей рекомендации, чем выше общий сердечно-сосудистый риск пациента, тем более строго следует контролировать артериальное давление и начинать более раннее лекарственное лечение. Более того, прежде чем давать какое-либо лечение, следует исключить потенциальные причины вторич-

ной гипертензии. Следует учитывать возможность псевдорезистентности к лечению из-за гипертензии белого цвета или неоптимального соблюдения лекарств. Соответствие может быть проверено путем измерения артериального давления после контролируемого приема лекарств или измерения активного вещества (веществ) в сыворотке или моче пациента[10].

Лечение

Согласно обновленным европейским рекомендациям ESH / ESC (2018), всем пациентам, включая пациентов с почечной недостаточностью или диабетом, вначале должно быть снижено артериальное давление до уровня менее 140/90 мм рт. ст. (Как измерено в кабинете врача). их лечения. Большинство пациентов будут хорошо это переносить; тем, кто это делает, рекомендуется дальнейшее снижение артериального давления. Целевой диапазон артериального давления определен, включая нижний предел. Для пациентов в возрасте 18-65 лет предполагается целевое систолическое артериальное давление ниже 130 мм рт.ст., но не менее 120 мм рт. То же самое относится и к пациентам с диабетом, тогда как для пациентов с почечной недостаточностью рекомендуется несколько более высокий целевой диапазон систолического артериального давления (ниже 140 мм рт. ст., но не менее 130 мм рт. ст.). Для пациентов старше 65 лет рекомендуемый целевой диапазон систолического артериального давления также ниже 140 мм рт. ст., но не менее 130 мм рт. Целевой диапазон диастолического артериального давления для всех пациентов, независимо от возраста, составляет менее 80 мм рт. ст., но не менее 70 мм рт. В частности, у пациентов пожилого возраста следует обращать внимание на побочные эффекты, а целевой показатель артериального давления, возможно, придется сбрасывать. Имеющиеся научные данные о лечении высокого кровяного давления у пожилых людей ограничены, поскольку пожилые люди часто исключаются из клинических испытаний[1].

Люди с избыточным весом и ожирением подвержены более высокому риску артериальной гипертензии, нуждаются в большем количестве антигипертензивных препаратов и более устойчивы к лечению, чем пациенты с нормальным весом. В настоящее время рекомендуется, чтобы все люди имели индекс массы тела от 20 до 25 кг / м², с окружностью талии менее 94 см у мужчин и 80 см у женщин. Значение препаратов для снижения веса для пациентов с ожирением и гипертензией неясно[2]. Массовое снижение веса, вызванное бариатрической хирургией, связано с начальным заметным улучшением артериального давления. Однако в долгосрочной перспективе этот эффект, по видимому, уменьшается, и для снижения систолического артериального давления на 6 мм рт.ст. необходимо постоянное снижение веса как минимум на 10 кг [-10,66; -1,38 мм рт. ст.].

Медикаментозное лечение может быть начато с одного препарата или комбинированного препарата. ESC и ESH в своем обновленном совместном руководстве рекомендуют большинству пациентов принимать два антигипертензивных препарата в начале фармакотерапии, предпочтительно в одной таблетке. Рекомендуемая первая линия лечения состоит из препаратов, которые состоят из следующих четырех классов препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращаю-

шего фермента (АПФ), блокаторы подтипа 1 рецептора ангиотензина II (АТ1) (сартаны), блокаторы кальциевых каналов пролонгированного действия дигидропиридина тип и тиазидоподобные диуретики [7]. Хотя блокаторы бета-адренорецепторов уступают этим классам веществ в отношении защиты сердечно-сосудистой системы в некоторых странах они считаются подходящим компонентом лечения первой линии. Бета-блокаторы используются у пациентов, страдающих от стенокардии, перенесших инфаркт миокарда в прошлом или имеющих сердечную недостаточность, или для контроля частоты сердечных сокращений. С одной стороны, выбор антигипертензивного препарата основан на индивидуальной эффективности и переносимости, для которых до сих пор нет хороших предикторов; с другой стороны, некоторые антигипертензивные препараты улучшают исходы у пациентов с некоторыми основными заболеваниями и, следовательно, должны использоваться преимущественно у этих пациентов. Препараты с длительным периодом полувыведения, которые можно давать один раз в день, предпочтительны по причинам соблюдения. Ингибиторы АПФ и антагонисты АТ1-рецепторов широко изучались в крупномасштабных клинических испытаниях. Они улучшают выживаемость пациентов с сердечной недостаточностью и оказывают благотворное влияние на диабетическую нефропатию, поэтому их следует назначать преимущественно пациентам с этими состояниями. Они также могут снизить риск развития сахарного диабета 2 типа. Повышение уровня креатинина и соответствующее снижение предполагаемой скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на 30% после начала лечения ингибитором АПФ или антагонистом рецептора АТ1 встречается нередко, особенно у пациентов с диабетической нефропатией, и следует не обязательно побуждать врача прекратить прием этих препаратов. Это явление связано с желаемым снижением артериального давления, с которым сталкиваются почечные клубочки, что приводит к функциональному снижению СКФ [9].

Блокаторы кальциевых каналов типа дигидропиридина являются эффективными антигипертензивными препаратами и, в принципе, могут сочетаться с любым другим типом антигипертензивных препаратов первого ряда. Периферический отек из-за периферической вазодилатации является распространенным побочным эффектом и иногда приводит к отмене препарата [6].

Бета-блокаторы уступают другим антигипертензивным препаратам первой линии по снижению артериального давления. Они могут вызвать увеличение веса. Невазодилатирующие бета-адреноблокаторы оказывают вредное влияние на метаболизм глюкозы. Бета-блокаторы могут ухудшать бронхоконстрикцию у пациентов с астмой. Они также не должны сочетаться с верапамилом или дилтиаземом, двумя препаратами, которые могут замедлить синусовый ритм или продлить атриовентрикулярную проводимость. Бета-адреноблокаторы улучшают прогноз у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда и / или страдающих хронической застойной сердечной недостаточностью, и поэтому они показаны пациентам с этими состояниями независимо от их гипотензивного эффекта.

Ингибиторы АПФ и антагонисты рецептора АТ1 противопоказаны во время беременности. Беремен-

ные женщины могут принимать более старые гипотензивные препараты, такие как дигидралазин и альфа-метилдопа; они также могут принимать бета-адреноблокаторы, такие как метопролол и нифедипин пролонгированного действия. Дигидралазин и нифедипин, однако, не следует назначать в течение первого триместра [8].

Даже когда все эти меры приняты, около 10% пациентов с гипертонической болезнью, получающих лечение в обычной клинической практике, не достигают адекватного контроля артериального давления. Определение резистентной к лечению гипертонии – это артериальное давление, которое постоянно остается выше 140/90 мм рт. Ст., Несмотря на лечение тремя антигипертензивными препаратами в оптимальных дозах, одним из которых является мочегонное средство. Определение также требует исключения потенциальных причин вторичной гипертонии. Устойчивая к лечению артериальная гипертония часто оказывается излечимой после правильного рассмотрения вопроса о соблюдении пациентом режима лечения и возможности дальнейшего улучшения схемы приема лекарственного средства; по нашему опыту, истинная распространенность резистентной к лечению гипертонии ближе к 4-5%. У этих пациентов терапевтический спектр должен быть расширен, чтобы противостоять все еще неизменному высокому сердечно-сосудистому риску [1].

Вывод. Лечение артериальной гипертонии комбинацией вмешательств в образ жизни и лекарств может значительно снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний. У большинства пациентов артериальное давление может быть эффективно снижено с помощью антигипертензивных препаратов первого ряда, но монотерапии часто недостаточно. Что касается целевых значений артериального давления, многие вопросы остаются открытыми. Мы ожидаем, что вновь измененные целевые значения приведут к живому обсуждению их преимуществ и потенциальных рисков в самое ближайшее время.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 13(4): 4-14.
2. Ваулин Н.А. Consilium Medicum. 2011; 13(5): 74-80.
3. Кобалава Ж.Д. //Клиническая фармакология и терапия. - 2001; 10: 39-41.
4. Литвинчук С. //Medicine Review. 2009; 4: 6-11.
5. Mills K.T., Bundy J.D., Kelly T.N., et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. Circulation. 2016; August 9; 134(6): 441-50.
5. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels - updated overview and meta-analyses of randomized trials. J Hypertension. 2016; 34: 613-22.
6. Чазова И.Е., Ошепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. // Клинические рекомендации. Кардиологический вестник. 2015; 1: 3-30.
7. Benetos A., Safar M., Rudnicki A. et al. // Hypertension. - 1997; 30: 1410-1415.
8. Chalmers J., Arima H., Woodward M., et al. // Hypertension. - 2014; 63: 259-264.
9. Ferrari R. Expert Rev. Cardiovasc. Ther. 2005; 3: 15-29.
10. Henskens L.H., Van Oostenbrugge R.J., Kroon K.K., et al. //J. Hypertens. 2009; 27: 846-853.

Поступила 09.01. 2020

