

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии на уровне ПМСП»

Зав. кафедрой клинической фармакологии и
фармакотерапии д.м.н.профессор

Каирбеков А.К.

КазНМУ им С.Д. Асфендиярова

Артериальная гипертензия (АГ) — мультифакторное заболевание, в основе которого лежит генетический полигенный структурный дефект, обуславливающий высокую активность прессорных механизмов длительного действия. АГ закрепляется с момента истощения депрессорной функции почек.

Артериальная гипертония в Республике Казахстан, как и во всех странах, является актуальной проблемой.

Около 30% взрослого населения имеет повышенный уровень артериального давления.



Система нейрогормональной регуляции при АГ

Депрессорное звено

- система ПНФ
(ANP BNP CNP)
- простагландины
(Pgl2, Pge2 простациклин)
- калликреин – кининовая
система (брадикинин)
- тканевой активатор
плазминогена (tPA)

Прессорное звено

- САС (НА, А)
- РААС
(А – II, альдостерон)
- вазопрессин
- эндотелин
- фактор роста
- цитокины (TNF α)
- ингибитор активатора
плазминогена (PAI – 1)

Защитная роль словно положительных нейрогормонов (брадикинина, оксида азота, простаглицлина, натрийуретических факторов) при АГ резко снижена. РААС и САС – две системы, усиливающие задержку жидкости в организме.

Эффекты Ангиотензина - II

- ❑ Мощное вазоконстрикторное действие на вены и артерии;
- ❑ Стимуляция в коре надпочечников биосинтеза и стимуляции альдостерона;
- ❑ Стимуляция высвобождения катехоламинов из мозгового вещества надпочечников;

Циркулирующая vs тканевая РААС

Циркулирующая РААС

(эндокринная)

-Плазма

Тканевая РААС

(аутокринно\паракринная)

-Эндотелий сосудов

-ЦНС

-Адреналовая

-Сердце

-Почки

-Половые железы

-Легкие



Дисфункция эндотелия: клиническая картина



Факторы риска, повреждающие эндотелий



Дисфункция эндотелия является началом развития сердечно – сосудистых осложнений !

ЧЕМ ОПАСНА АГ?

ГЛАЗА

НЕОБРАТИМАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ СЕТЧАТКИ, КРОВОИЗЛИЯНИЕ, ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ, ПРИВОДЯЩИЕ К СЛЕПОТЕ!!!

ПОЧКИ

ПРОТЕИНУРИЯ, ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ!!!

Наличие протеинурии является показателем прогрессирования поражения почек.

МОЗГ

ИНСУЛЬТ, ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ!!!

75 из 100 случаев инсульта вызываются гипертонией, которую не лечили.

СЕРДЦЕ

ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ИНФАРКТ МИОКАРДА!!!

Наличие гипертрофии левого желудочка в пять раз увеличивает риск смерти. 68 из 100 случаев инфаркта миокарда вызываются гипертонией, которую не лечили.



Определение и классификация уровней АД

Категория	АДс (мм рт. ст.)	АДд (мм рт.ст.)
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое нормальное	130-139	85-89
АГ I степени	140-159	90-99
АГ II степени	160-179	100-109
АГ III степени	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

Распределение АГ по степени риска

Факторы риска

-Основные

-Мужчины >55лет

-Женщины > 55лет

-Холестерин >6,5ммоль/л

-Семейный анамнез ранних сердечно -сосудистых заболеваний (у женщин < 65лет, у мужчин < 55лет)

-Сахарный диабет

Дополнительные факторы риска, негативно влияющие на прогноз больного с АГ:

-Снижение холестерина ЛПВП

-Повышение холестерина ЛПНП

-Микроальбуминурия при диабете

-Нарушение толерантности к глюкозе

-Ожирение

-Малоподвижный образ жизни

-Повышение фибриногена

-Социально -экономическая группа риска

Поражение «органов-мишеней» (ГБ II стадии, ВОЗ 1993)

Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ или рентгенография)

Протеинурия и/или кратининемия 1,2-2,0 мг/дл

Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротической бляшки

Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки

Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния (ГБ III стадии, ВОЗ 1993)

Цереброваскулярные заболевания Ишемический инсульт Геморрагический инсульт. Транзиторная ишемическая атака. Заболевания сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляция. Застойная сердечная недостаточность. Заболевания почек. Диабетическая нефропатия Почечная недостаточность (креатининемия > 2,0 мг/дл) Сосудистые заболевания Расслаивающаяся аневризма аорты Симптоматическое поражение Периферических артерий Гипертоническая ретинопатия Геморрагии или экссудаты Отек соска зрительного нерва

Критерии стратификации риска

Факторы риска и анамнез	Артериальное давление (мм.рт.ст.)		
	Степень I (мягкая АГ) АДс 140-159или АДд 90-99	Степень II (умеренная АГ) АДс 160-179или АДд 100-109	Степень III (тяжелая АГ) АД ≥ 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

- I риск — низкий
- II риск- средний
- III риск- высокий
- IV риск — очень высокий

Алгоритм ведения больного с АГ I-II степени

Врачебная тактика у больных с АГ 1-2 степени



Выявить другие факторы риска, ПОМ и АКС



Начать мероприятия по изменению образа жизни

Определить уровень абсолютного риска

Определить уровень абсолютного риска

Очень высокий
Начать лекарственную терапию

Высокий
Начать лекарственную терапию

Средний
Мониторинг АД и других факторов риска в течение 3-6 мес.

Низкий
Мониторинг АД и других факторов риска в течение 6-12 мес.

↓ ↓
АДс ≥ 140 АДс < 140
или или

АДд < 90 АДд ≥ 95

↓
Начать
лечение

↓
Продолжать
мониторинг

↓ ↓
АДс ≥ 150 АДс < 150
или или

АДд < 95 АДд ≥ 90

↓
Начать
лечение

↓
Продолжать
мониторинг

Принципы антигипертензивной терапии :

- Лечение постоянное, в течении всей жизни;
- Одно-двукратное применение лекарств;
- Предпочтение отдается антигипертензивным препаратам длительного действия;
- Немедикаментозная коррекция АД.

Принципы лекарственной терапии

Применять низкие дозы антигипертензивных средств на начальном этапе лечения, начиная с наименьшей дозировки препарата с целью уменьшить неблагоприятные побочные эффекты. Если имеется хорошая реакция на низкую дозу данного препарата, но контроль АД все еще недостаточен, целесообразно увеличить дозировку этого препарата при условии его хорошей переносимости.

Основные группы антигипертензивных препаратов

- 1. Диуретики**
- 2. β -адреноблокаторы**
- 3. Антагонисты Ca^{2+} каналов**
- 4. Ингибиторы АПФ**
- 5. Блокаторы рецепторов AT_2**

Лечение артериальной гипертензии в отдельных группах больных

Лечение АГ пожилых больных следует начинать также с изменения образа жизни. Ограничение поваренной соли и снижение веса в этой группе оказывает существенный антигипертензивный эффект.

Начальная доза всех препаратов у пожилых пациентов может быть снижена вдвое.

Беременность

Препаратом выбора при лечении АГ беременных является метилдопа (допегит). Для постоянной терапии артериальной гипертензии у беременных широко используются такие антигипертензивные препараты, как β -блокаторы, в частности атенолол (ассоциируется с задержкой роста плода в условиях длительного использования в течение всей беременности), а также лабетолол, гидралазин, инфедипин.

Застойная сердечная недостаточность

Применение ингибиторов АПФ и диуретиков у больных с СН или дисфункцией левого желудочка является предпочтительным. При непереносимости ингибиторов АПФ могут использоваться антагонисты рецепторов к А-II.

Заболевания почек

Могут использоваться все классы препаратов и их комбинации.

Существуют данные о том, что ингибиторы АПФ и БКК обладают самостоятельным нефропротективным действием. При уровне креатинина плазмы более 0,26ммоль/л применение ингибиторов АПФ требует осторожности.

Сахарный диабет

Для всех больных сахарным диабетом устанавливается целевой уровень лечения АД 130/85мм рт.ст. Рекомендуются ингибиторы АПФ, БКК и низкие дозы мочегонных.

Больные бронхиальной астмой и ХОБЛ

Больным этой группы β -адреноблокаторы противопоказаны. С осторожностью следует использовать ингибиторы АПФ, в случае появления кашля их можно заменить на антагонисты рецепторов к А-II.



Среди антагонистов кальция пролонгированного действия амлодипин – самый популярный в мире и наиболее изученный с позиции доказательной медицины. В отличие от других АК амлодипин имеет большую продолжительность действия и селективность в отношении коронарных и периферических сосудов, практически лишен инотропного эффекта и влияния на функцию синусового узла и атриовентрикулярную проводимость, что определяет явные преимущества клинической практики.

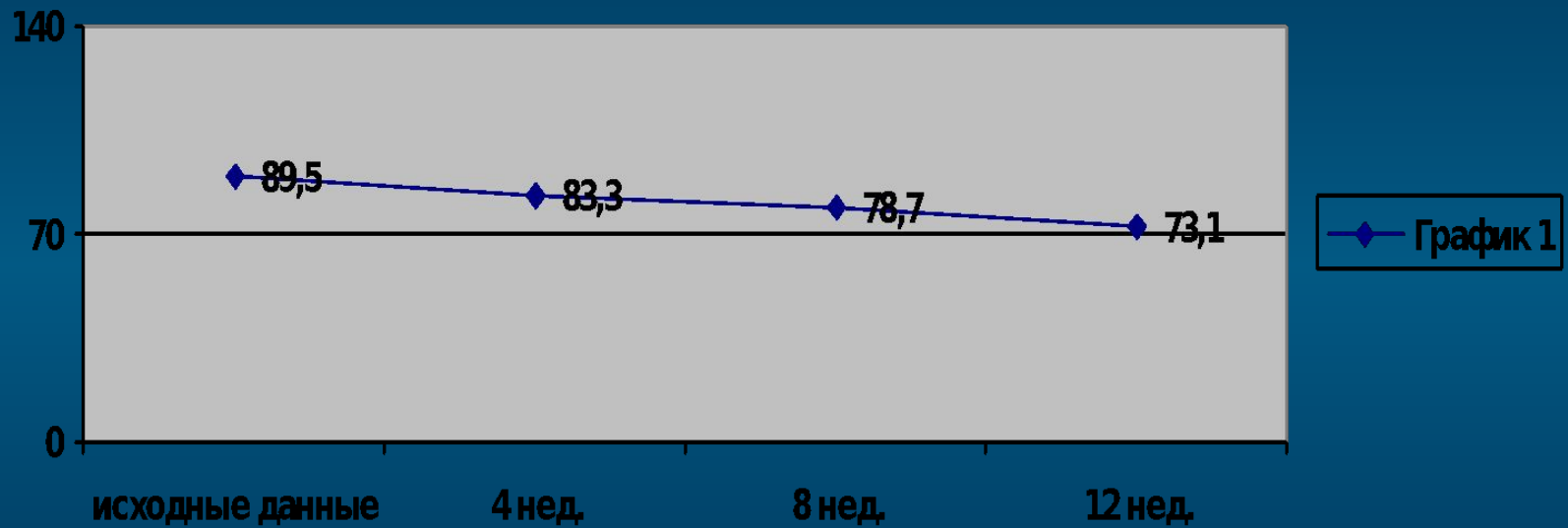
Относительно недавно в
Казахстане был зарегистрирован
дженерик Амлодипина-препарат
«Амлодоп» фармацевтической
компании STADA CIS.

Динамика АД и ЧСС при лечении препаратом «Амлотоп».

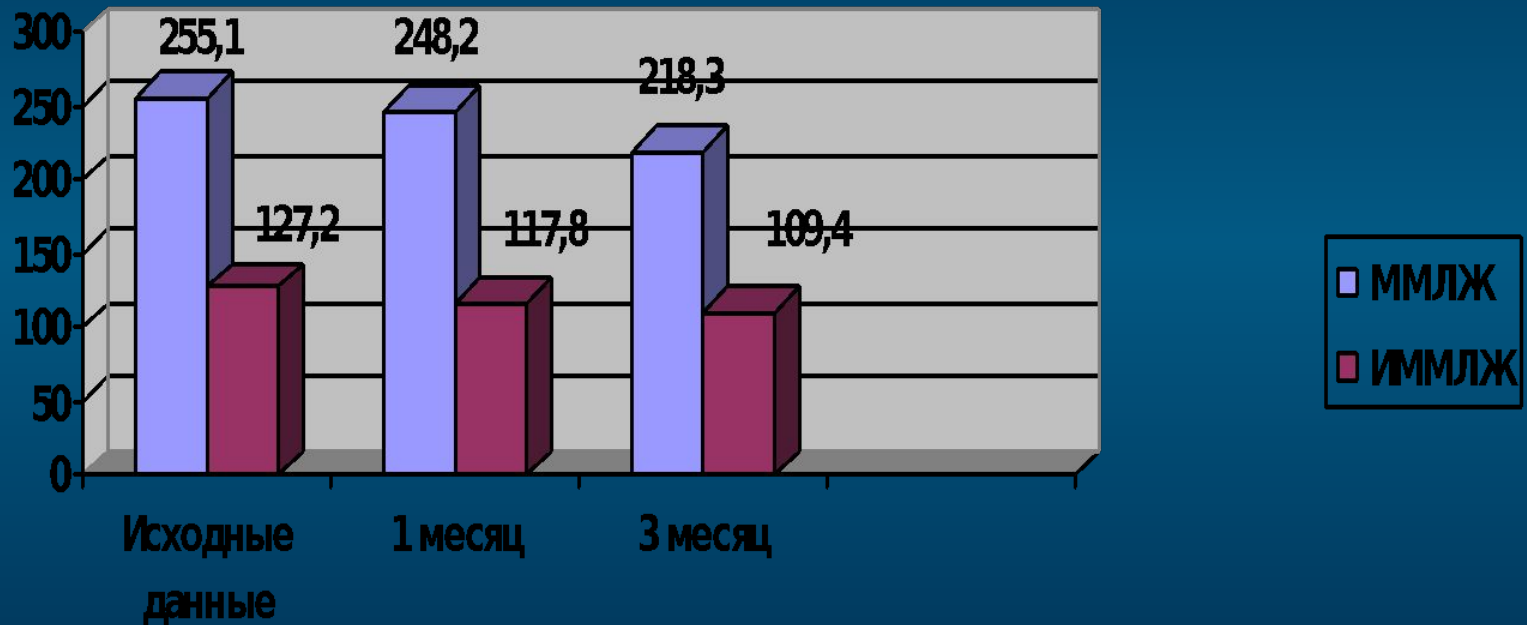
Показатели	Исходно	4 недели	8 недель	12 недель	p
САД мм.рт.ст.	175,5±1,5	159,8±1,3	147±1,5	132,4±1,5	<0,05
ДАД мм.рт.ст.	111,2±1,2	98,5±1,4	91,4±1,2	88,5±1,3	<0,05
ЧСС в минуту	89,5±1,5	83,5±1,4	78,7±1,4	73,1±1,3	<0,05

•Примечание: $p < 0,05$ в сравнении и исходными данными.

Динамика частоты сердечных сокращений у пожилых больных АГ при лечении препаратом «Амлотоп».



Показатели ММЛЖ и ИММЛЖ у пожилых больных АГ при лечении амлодипом.



- **Выводы:**

1. Применения Амлотопа в значительной степени улучшило состояния больных, причем лучше стали себя чувствовать и те, у кого не наблюдалось объективного снижения показателей АД.
2. «Амлотоп» способствует улучшению внутрисердечной гемодинамики с тенденцией к достоверному уменьшению степени гипертрофии левого желудочка.
3. «Амлотоп» обладает хорошей переносимостью, не вызывает побочных эффектов, является эффективным и безопасным лекарственным средством, удобен в лечении пожилых больных АГ.



**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!**