|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**17 мая Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией.**

**Профилактика артериальной гипертонии.**

Артериальная гипертония (АГ) – это периодическое или стойкое повышение артериального давления (АД). По результатам крупномасштабных исследований, проводимых в России с 80-х годов прошлого столетия, около 40% взрослого населения России имеют повышенное артериальное давление - по разным исследованиям, от 30% до 45%. А это значит, что у каждых 2 из 5 россиян старше 18 лет, при измерении артериальное давление регистрировалось выше верхней границы нормы – 140/90 мм.рт.ст. При этом выявлялся парадокс: при значительной распространенности этой патологии, осведомленность населения о ней достаточно мала.

За последние 10-15 лет ситуация постепенно изменилась в лучшую сторону – повысилась информированность о наличии артериальной гипертонии, охват лечением и доля эффективно леченных. По данным исследования ЭССЕ-РФ (2017-2018 г.г.), осведомленность о наличии артериальной гипертонии составила 68% у мужчин и 79% - у женщин. Из них лечатся 61% женщин и 40% мужчин, в том числе эффективно лечатся – 53% женщин и 41% мужчин.

Этому способствовали системные государственные меры по первичной и вторичной профилактике артериальной гипертонии. Однако, людей с повышенным АД не стало меньше. Каждый год выявляются новые случаи артериальной гипертонии. И первопричиной этого является, прежде всего, сформировавшийся образ жизни людей.

Вероятно, этот факт и является причиной того, что Россия находится на одном из первых мест в Европе по смертности от так называемых сердечно-сосудистых катастроф – инфаркта миокарда и мозгового инсульта. Повышенное артериальное давление является одним из самых значимых факторов риска их развития. У лиц с артериальной гипертонией инфаркт миокарда развивается в 3-4 раза чаще, а мозговой инсульт в 7 раз чаще, чем у лиц с нормальным артериальным давлением.

Артериальная гипертония в 90% случаев является симптомом гипертонической болезни (ГБ) – многофакторного заболевания, которое как никакое другое является болезнью образа жизни.

Однако, артериальную гипертонию сегодня можно успешно контролировать. Совместное использование современных высокоэффективных медикаментов и без лекарственных методов лечения позволяет не только нормализовать артериальное давление, улучшить качество жизни, но и предотвратить развитие сердечно-сосудистых катастроф и тем самым даже увеличить продолжительность жизни. Все эти факты сегодня доказаны в многочисленных многоцентровых крупномасштабных международных исследованиях. Национальные образовательные программы, проводимые в США, некоторых европейских странах (например, в Финляндии) продемонстрировали удивительные результаты: за 25 лет существования программ удалось удвоить число лиц с контролируемым артериальным давлением и более чем в 2 раза снизить смертность от мозгового инсульта и инфаркта миокарда.

Критериями наличия АГ являются уровни артериального давления (АД) больше или равные 140/90 мм рт. ст. Повышение уровня АД может быть, как за счет систолического АД (САД), так и за счет диастолического АД (ДАД), но чаще всего имеется повышение уровней и САД, и ДАД.

В настоящее время пользуются классификацией АГ Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского кардиологического обществ (ESC). Эта классификация применяется для всего взрослого населения, начиная с 18 лет и старше – как у лиц молодого, так и среднего и пожилого возраста (табл.1).

Таблица 1. Классификация уровней артериального давления

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Категория Систолическое | |  | Диастолическое |
| Оптимальное | <120 | и | <80 |
| Нормальное | 120–129 | и/или | 80–84 |
| Высокое нормальное | 130–139 | и/или | 85–89 |
| АГ 1 степени | 140–159 | и/или | 90–99 |
| АГ 2 степени | 160–179 | и/или | 100–109 |
| АГ 3 степени | ≥180 | и/или | ≥110 |
| Изолированная систолическая АГ | ≥140 | и | <90 |

При нелеченой или неадекватно леченой артериальной гипертонии происходят неблагоприятные изменения в организме:

• сужение и потеря эластичности микрососудов, ухудшение зрения;

• нарушение частоты сердечных сокращений, чаще в сторону увеличения (тахи­кардия), что является неблагоприятным фактором;

• увеличение мышечной массы левого желудочка сердца вследствие повышения нагрузки на сердце, при этом ухудшается его кровоснабжение;

• быстрое развитие атеросклероза аорты, сосудов мозга, сердца (коронарных) и др.

• ухудшение функции почек вследствие изменения сосудов почек в отчет на повышенную нагрузку на почки.

**Измерение артериального давления**

Правильное измерение артериального давления имеет большое значение. Ошибки в измерении АД влекут за собой неправильную информацию для пациента с вытекающими последствиями. Кроме того, АД может повышаться и у здоровых людей при определенных обстоятельствах.

Для измерения АД рекомендуется использовать аускультативные или осциллометрические полуавтоматические сфигмоманометры. Они должны соответствовать стандартным протоколам, а их точность следует периодически проверять путем калибровки в технической лабора­тории. Измерять АД ртутным сфигмоманометром больше не разрешается.АД лучше измерять на плече, при этом размеры манжетки и ее полости для нагнетания воздуха должны быть адаптированы к окружности руки.

При выявлении значимой (>10 мм рт.ст.) и постоянной разницы САД на двух руках следует выбрать результаты измерения на руке с более высокими значениями АД. Как правило, различия между руками получаются при последовательном измерении АД, и они могут быть обусловлены вариабельностью АД. Если есть возможность провести автоматические повторные измерения АД в медицинском кабинете, в положении пациента сидя, в отдельной комнате, то в этом случае показатели АД являются более точными. Измерению АД всегда должно сопутствовать измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС).

При измерении Артериального давления следует соблюдать следующие правила:

1. Перед измерением АД пациент должен посидеть несколько минут в спокойной обстановке.
2. Следует измерить АД два раза с интервалом в 1-2 минуты, в положении сидя; если первые два значения существенно различаются, повторить измерения. При первом визите следует измерить АД на обеих руках, чтобы выявить его возможную разницу. В этом случае ориентируются на более высокое значение АД.
3. Использовать стандартную манжету шириной 12-13 см и длиной 35 см. Однако следует иметь манжеты большего и меньшего размера, соответственно, для полных (окружность плеча> 32 см) и худых рук.
4. Манжета должна находиться на уровне сердца независимо от положения пациента.
5. При использовании аускультативного метода систолическое и диастолическое АД

фиксируются в фазы I (появление тонов) и V (исчезновение) тонов Короткова.

1. Если АД измеряется обычным сфигмоманометром, измерить частоту сердечных сокращений путем пальпации пульса (не менее 30 секунд) после повторного измерения АД в положении сидя.

Клинические наблюдения показывают, что уровни АД, полученные при его измерении в медицинском кабинете (офисное АД) и вне лечебного учреждения, могут иметь значительные различия. Офисное АД обычно бывает выше, чем АД, измеренное вне лечебного учреждения, что связано с определенной настороженностью больного, тревогой или условно рефлекторной реакцией на необычную ситуацию. Этот термин получил название «изолированная гипертония» или гипертония «белого халата». Преимущество вне офисного измерения АД (вне лечебного учреждения) заключается в том, что оно дает большое число измерений АД, что более надежно отражает реальное АД, чем в кабинете врача. Вне офисное АД обычно оценивают с помощью суточного мониторирования, которое обычно выполняется пациентом самостоятельно.

Оптимальным считают давление ниже 120/80, нормальным- 120-129/80-84 мм рт.ст. Если АД находится в пределах 130-139/85-89 мм рт. ст., оно считается высоким нормальным. При уровне давления 140/90 мм рт. ст. и более диагностируют артериальную гипертонию.

При динамической и статической физической нагрузке АД повышается, причем систолическое — сильнее, чем диастолическое. Большинство исследований показали, что избыточное повышение АД во время физической нагрузки является предшественником развития АГ у нормотоников. Это очень важно для контроля за спортсменами, для своевременного выявления лиц, склонных к развитию гипертонической болезни у молодых.

**Проведение диагностических обследований для уточнения диагноза и установления поражения органов-мишеней**

Многочисленными международными исследованиями доказано поражение жизненно важных органов (органов-мишеней) при стойком и длительном повышении АД. Признаками поражения органов –мишеней при артериальной гипертонии являются: гипертрофия левого желудочка сердца, ангиопатия сетчатки глаза, утолщение стенок сонных артерий, увеличение скорости пульсовой волны, указывающей на наличие атеросклероза артерий (определяется с помощью лодыжечно-плечевого индекса), гипертоническая нефропатия (проявляющаяся альбуминурией). Все эти изменения приводят к развитию ишемической болезни сердца, цереброваскулярных болезней, инфаркта миокарда и инсульта, сердечной и почечной недостаточности.

У пациентов со стойкой артериальной гипертонией проводится ряд диагностических обследований в соответствии со стандартами для уточнения диагноза (гипертонической болезни или симптоматической АГ – почечной, эндокринной и др.) и наличия поражения органов-мишеней.

К ним относятся: ЭКГ, эхокардиография, осмотр глазного дна, дуплексное сканирование экстракраниальных артерий (УЗИ сосудов шеи сонных и вертебральных), скорость пульсовой волны путем оценки лодыжечно-плечевого индекса, анализ крови на холестерин и его фракции, на креатинин, анализ мочи. Часть этих исследований входит в перечень на первом этапе диспансеризации, а по показаниям – проводится на втором этапе.

**Артериальная гипертония как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска**

Научные исследование и практические наблюдения показали, что лишь у небольшой части лиц с артериальной гипертонией имеется только повышение АД, у большинства же обнаруживаются и другие сердечно-сосудистые факторы риска.

К факторам риска относят некоторые поведенческие привычки, обусловленные образом жизни, которые увеличивают вероятность возникновения хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых (поведенческие, или модифицируемые, факторы риска, которые можно изменить); а кроме того, факторы риска, на которые нельзя повлиять - немодифицируемые (неизменяемые) факторы риска. К ним относятся: возраст, пол, наследственная предрасположенность.

Человек, кровные родственники которого страдали повышенным артериальным давлением, имеет большие шансы возникновения артериальной гипертензии. Для того чтобы не упустить момент становления артериальной гипертонии, люди с отягощённой наследственностью должны измерять уровень артериального давления не реже 1 раза в месяц, даже при отсутствии каких-либо симптомов. Наследственная отягощенность по гипертонической болезни является одним из самых мощных факторов риска развития этого заболевания. Риск возрастает еще больше, если повышенное артериальное давление имелось у двух и более родственников. Повышенное артериальное давление наиболее часто развивается у лиц старше 35 лет, причём, чем старше человек, тем выше цифры его артериального давления. В настоящее время гипертоническая болезнь значительно помолодела и все чаще выявляется повышенное артериальное давление у молодых людей и людей зрелого возраста.

К поведенческим (изменяемым) факторам риска относятся:

* повышенное артериальное давление (более 140/90);
* курение (1 сигарета и более);
* нездоровое питание (недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли, животных жиров и повышенная калорийность пищи),
* низкий уровень физической активности (менее 30 мин. в день);
* пагубное потребление алкоголя (более 30 мл для женщин и 60 мл для мужчин чистого этанола одномоментно);
* избыточная масса тела/ожирение (ИМТ более 30);
* повышенный уровень холестерина крови (более 5 ммоль/л);
* повышенный уровень глюкозы (не выше 5,5 ммоль/л);
* психосоциальные факторы (стресс, тревога, депрессия).

Указанные факторы риска вызывают развитие сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертонии, хронической ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта. Кроме того, эти же факторы риска влияют на развитие хронических заболеваний легких и бронхиальной астмы; сахарного диабета; онкологических заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта, суставов и позвоночника. Артериальная гипертония, в свою очередь, является наиболее значимым фактором риска развития ишемической болезни сердца, мозга, сердечной и почечной недостаточности.

У одного и того же человека может быть несколько факторов риска, и вероятность заболеть у этого человека многократно возрастает. Одновременное наличие повышенного АД и других факторов сердечно- сосудистого риска может взаимоусиливать друг друга, и в совокупности дает более высокий общий сердечно-сосудистый риск, чем сумма его компонентов по отдельности. У больных из группы высокого риска достичь контроля АД труднее, и они чаще нуждаются в назначении антигипертензивной медикаментозной терапии в сочетании с другими препаратами.

Существует простая методика оценки степени сердечно-сосудистого риска у каждого конкретного человека, которая учитывает набор факторов риска (таблица SCORE), которая используется на первом этапе проведения диспансеризации взрослого населения. Модель оценки коронарного риска (SCORE) была разработана по результатам крупных европейских исследований. Она позволяет рассчитать риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет на основании возраста, пола, факта курения, уровня общего холестерина и САД.

Поскольку общий абсолютный сердечно-сосудистый риск сильно зависит от возраста, у молодых пациентов он, как правило, низкий даже при сочетании высокого АД с другими факторами риска. Поэтому у молодых людей рекомендуется определять относительный риск (согласно рекомендаций Европейских обществ по профилактике ИБС в клинической практике). Таблица оценки относительного сердечно-сосудистого риска у молодых приведена в Рекомендациях по диспансеризации взрослого населения под ред. Бойцова С.А.

Выявление и оценка факторов риска, степени сердечно-сосудистого риска, риска умереть в ближайшие 10 лет чрезвычайно важны, поскольку дают возможность выделить группы людей, которые нуждаются в первоочередных мерах по изменению образа жизни с целью предупреждения преждевременной смертности и профилактики заболеваемости.

Работая с такими людьми, можно реально повлиять на поведенческие факторы риска и уменьшить риск развития ряда хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего, таких, как сердечно-сосудистых и онкологических. Достоверно доказано, что инфаркт миокарда, мозговой инсульт, сахарный диабет, бронхолегочные и онкологические заболевания у многих людей можно предотвратить за счет коррекции факторов риска!