**Артериальная гипертония (гипертоническая болезнь)**

**Артериальная гипертония**(гипертоническая болезнь) - это, самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы.Гипертония обозначают стабильно повышенное артериальное давление. Повышение артериального давления происходит тогда, когда имеется сужение артерий и/или их более мелких ответвлений – артериол. У некоторых людей артериолы часто суживаются, вначале из-за спазма, а позже их просвет остается постоянно суженным вследствие утолщения стенки, и тогда, чтобы поток крови преодолел эти сужения, усиливается работа сердца и больше крови выбрасывается в сосудистое русло. У таких людей, как правило, и развивается гипертония.
В нашей стране примерно 40% взрослого населения имеют повышенный уровень артериального давления. При этом знают о наличии у них заболевания около 37% мужчин и 58% женщин, а лечатся - лишь 22 и 46% из них. Должным образом контролируют свое артериальное давление лишь 5,7% мужчин и 17,5% женщин.
Артериальная гипертония это хроническое заболевание, сопровождающееся стойким повышением артериального давления выше допустимых пределов (систолическое давление выше 139 мм рт.ст. или (и) диастолическое давление выше 89 мм рт.ст.).
Приблизительно у одного из десяти гипертоников повышенное артериальное давление вызвано поражением какого-либо органа. В этих случаях говорят о вторичной или симптоматической гипертонии. Около 90% больных страдает первичной или эссенциальной гипертонией. Точка отсчета повышенного артериального давления – как минимум, троекратно зарегистрированный врачом уровень 139/89 мм рт. ст. и более у лиц, не принимающих препараты для снижения давления.
**Артериальное давление**
Различают два показателя артериального давления:

* систолическое артериальное давление (САД)- отражает давление в артериях, которое создается при сокращении сердца и выбросе крови в артериальную часть сосудистой системы;
* диастолическое артериальное давление (ДАД)-отражает давление в артериях в момент расслабления сердца, во время которого происходит его наполнение перед следующим сокращением.

**Симптомы артериальной гипертонии**
     Клиника, т.е. проявления гипертонической болезни не имеет специфической симптоматики. Пациенты многие годы могут не знать о своей болезни, не предъявлять жалоб, иметь высокую жизненную активность, хотя иногда могут случаться приступы «дурноты», выраженной слабости и головокружения. Но и тогда все полагают, что это от переутомления. Хотя именно в этот момент необходимо задуматься об артериальном давлении и его измерить.         Жалобы при гипертонии возникают в том случае, если поражаются так называемые органы-мишени, это органы, наиболее чувствительные к подъемам артериального давления. Возникновение у пациента головокружения, головных болей, шума в голове, снижение памяти и работоспособности указывают на начальные изменения мозгового кровообращения. Это потом присоединяются двоение в глазах, мелькание мушек, слабость, онемение конечностей, затруднение речи, но на начальном этапе изменения кровообращения носят приходящий характер. Далеко зашедшая стадия артериальной гипертонии может осложниться инфаркт ом мозга или кровоизлиянием в мозг. Наиболее ранним и постоянным признаком постоянно повышенного артериального давления является увеличение, или гипертрофия левого желудочка сердца, с ростом его массы за счет утолщения клеток сердца, кардиомиоцитов.
Сначала увеличивается толщина стенки левого желудочка, а в дальнейшем наступает и расширение этой камеры сердца. Нужно обратить пристальное внимание на то, что гипертрофия левого желудочка является неблагоприятным прогностическим признаком. В ряде эпидемиологических исследований было показано, что появление гипертрофии левого желудочка значительно увеличивает риск развития внезапной смерти, ИБС, сердечной недостаточности, желудочковых нарушений ритма. Прогрессирующая дисфункция левого желудочка приводит к появлению таких симптомов, как: одышка при нагрузке, пароксизмальная ночная одышка (сердечная астма), отек легких (нередко при кризах), хроническая (застойная) сердечная недостаточность. На этом фоне более часто развиваются инфаркт миокарда, фибрилляция желудочков.
При грубых морфологических изменениях в аорте (атеросклероз), она расширяется, может произойти ее расслоение, разрыв. Поражение почек выражаются наличием белка в моче, микрогематурией, цилиндрурией. Однако почечная недостаточность при гипертонической болезни, если нет злокачественного течения, развивается редко. Поражение глаз может проявляться ухудшением зрения, снижением световой чувствительности, развитием слепоты. Таким образом, совершенно очевидно, что к гипертонической болезни следует относиться более внимательно.
**Факторы риска артериальной гипертонии**
К неизменяемым факторам риска относятся:

* Наследственность - люди, у которых среди родственников есть больные гипертонической болезнью, наиболее предрасположены к развитию у них этой патологии .
* Мужской пол – установлено, что заболеваемость мужчин артериальной гипертонией достоверно выше, чем заболеваемость женщин. А дело в том, что женские половые гормоны, эстрогены препятствуют развитию гипертонической болезни. Но такая защита, к сожалению, недолговечна. Наступает климактерический период, спасительное действие эстрогенов заканчивается и женщины выравниваются по заболеваемости с мужчинами и часто их обгоняют.

**К изменяемым факторам риска относятся:**

* Повышенная масса тела – у людей с избыточной массой тела риск развития артериальной гипертонии выше;
* Малоподвижный образ жизни – по другому гиподинамия, сидячий образ жизни и низкая физическая активность приводят к ожирению, что в свою очередь способствует развитию гипертонии;
* У потребление алкоголя – чрезмерное употребление алкоголя способствует артериальной гипертонии.
* Употребление большого количества соли в пищу – высокосолевая диета способствует повышению давления . Здесь встает вопрос о том, какое количество соли можно употреблять в сутки? Ответ краток: 4,5 граммов или чайная ложка без верха.
* Несбалансированное питание с избытком атерогенных липидов, излишней калорийностью, приводящей к ожирению и способствующей прогрессированию диабета II типа. Атерогенные, т.е., дословно, «создающие атеросклероз» липиды содержатся в большом количестве во всех животных жирах, мясе, особенно свинине и баранине;
* Курение – еще один изменяемый и грозный фактор развития артериальной гипертонии и ее осложнений. Дело в том что вещества табака, в том числе и никотин, создают постоянный спазм артерий, который закрепляясь, приводит к жесткости артерий, что влечет за собой повышение давления в сосудах;
* Стрессы – ведут к активации симпатической нервной системы, выполняющей функцию мгновенного активатора всех систем организма, в том числе и сердечно сосудистой. Кроме того выбрасываются в кровь прессорные, т.е., вызывающие спазм артерий, гормоны. Все это как и при курении приводит к жесткости артерий и развивается артериальная гипертония;
* Грубые нарушения сна по типу синдрома ночного апноэ , или храпа. Храп это по-настоящему бич почти всех мужчин и многих женщин. Почему опасен храп? Дело в том, что он вызывает повышение давления в грудной клетке и брюшной полости. Все это отражается на сосудах, приводя к их спазму. Развивается артериальная гипертония.

**Причины артериальной гипертонии**
       Причина заболевания остается неизвестной у 90-95 % больных – это эссенциальная (то есть первичная) артериальная гипертония. В 5-10% случаев повышение артериального давления имеет установленную причину – это симптоматическая (или вторичная) гипертония.
**Причины симптоматической (вторичной) артериальной гипертонии:**

* первичное поражение почек (гломерулонефрит) - наиболее частая причина вторичной артериальной гипертонии;
* одно- или двустороннее сужение (стеноз) почечных артерий;
* коарктация (врожденное сужение) аорты;
* феохромоцитома (опухоль надпочечников, вырабатывающая адреналин и норадреналин);
* гиперальдостеронизм (опухоль надпочечников, которая вырабатывает альдостерон);
* тиреотоксикоз (повышение функции щитовидной железы);
* потребление этанола (винного спирта) более 60 мл в сутки;
* лекарственные средства: гормональные препараты (в том числепероральные контрацептивы), антидепрессанты и другие;

**Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертонии**
Основные:

* мужчины старше 55 лет;
* женщины старше 65 лет;
* уровень общего холестерина крови > 6,5 ммоль/л, повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (> 4,0 ммоль/л) и низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности;
* семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у женщин < 65 лет, у мужчин < 55 лет );
* абдоминальное ожирение (объем талии ≥102 см для мужчин или ≥ 88 см для женщин);
* уровень С – реактивного белка в крови ≥1 мг/дл;
* сахарный диабет (глюкоза крови натощак > 7 ммоль/л).

Дополнительные:

* нарушение толерантности к глюкозе;
* низкая физическая активность;
* повышение уровня фибриногена.

***Примечение****. Точность определения общего сердечно-сосудистого риска напрямую зависит от того, насколько полным было клинико-инструментальное обследование больного.*

**Осложнения при артериальной гипертонии**
К числу наиболее значимых осложнений артериальной гипертонии относятся:

* гипертонические кризы;
* нарушения мозгового кровообращения (геморрагические или ишемические инсульты);
* инфаркт миокарда;
* нефросклероз (первично сморщенная почка);
* сердечная недостаточность;
* расслаивающая аневризма аорты.

**Исследования при артериальной гипертонии**
У всех больных с артериальной гипертонией необходимо провести следующие исследования:

* общий анализ крови и мочи;
* уровень креатинина в крови (для исключения поражения почек);
* уровень калия в крови вне приема диуретиков (резкое снижение уровня калия подозрительна на наличие опухоли надпочечников или стеноз почечной артерии);
* электрокардиограмма (признаки гипертрофии левого желудочка — свидетельство длительного течения артериальной гипертонии);
* определение уровня глюкозы в крови (натощак);
* содержание в сыворотке крови общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности, триглицеридов, мочевой кислоты;
* эхокардиография (определение степени гипертрофии миокарда левого желудочка и состояния сократительной способности сердца)
* исследование глазного дна.

**Дополнительно рекомендуемые исследования:**

* рентгенография грудной клетки;
* УЗИ почек и надпочечников;
* УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий;
* С-реактивный белок в сыворотке крови;
* анализ мочи на наличие бактерий (бактериурия), количественная оценка белка в моче (протеинурии);
* определение микроальбумина в моче (обязательно при наличии сахарного диабета).

**Углубленное исследование:**

* Оценка функционального состояния мозгового кровотока, миокарда, почек;
* Исследование в крови концентрации альдостерона, кортикостероидов, активности ренина;
* определение катехоламинов и их метаболитов в суточной моче;
* брюшная аортография;
* компьютерная томография или магнитно-резонансная томография надпочечников и головного мозга.

**Лечение артериальной гипертонии**

Основной целью лечения больных артериальной гипертонией является максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Это достигается путем длительной пожизненной терапией, направленной на:

* снижение артериального давления до нормального уровня (ниже 140/90 мм рт.ст.). При сочетании артериальной гипертонии с сахарным диабетом или поражением почек рекомендуется снижение артериального давления < 130/80 мм рт.ст. (но не ниже 110/70 мм рт.ст.);
* “защиту” органов-мишеней (головной мозг, сердце, почки), предупреждающую их дальнейшее повреждение;
* активное воздействие на неблагоприятные факторы риска (ожирение, гиперлипидемия, нарушения углеводного обмена, избыточное потребление соли, гиподинамия), способствующие прогрессированию артериальной гипертонии и развитию ее осложнений.

**Немедикаментозное лечение артериальной гипертонии**

* отказ от курения;
* нормализацию массы тела(индекс массы тела < 25 кг/м2);
* снижение потребления алкогольных напитков < 30 г алкоголя в сутки у мужчин и 20 г/сут у женщин;
* увеличение физической нагрузки — регулярные физические нагрузки по 30-40 мин. не менее 4 раз в неделю;
* снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут;
* изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, уменьшением потребления растительных жиров, увеличением в рационе калия, кальция, содержащихся в овощах, фруктах, зерновых, и магния, содержащегося в молочных продуктах.