

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.2:616.12-008.331.1-036.86-08

С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С. А. Чандирли, О.Т. Богова, В.Н. Потапов

## АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ДПО "Российская медицинская академия последипломного образования" Минздрава России, 123995, г. Москва

*Показатели заболеваемости, инвалидности и смертности в результате сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) неуклонно растут из года в год во всем мире. В структуре заболеваемости ССЗ ведущее место занимает гипертоническая болезнь (ГБ). В России ГБ регистрируется у 30% взрослого населения, а ежегодная смертность от ГБ и ее осложнений составляет более 1,5 млн человек. Клинические исследования показывают, что между уровнем артериального давления и сердечно-сосудистыми осложнениями (острый инфаркт миокарда, мозговой инсульт, нарушения ритма, почечная недостаточность) существует тесная связь. Осложнения ГБ являются основными причинами заболеваемости с временной утратой трудоспособности, занимают одно из ведущих мест среди причин инвалидности и ранней смертности (сверхсмертности). Эффективная реабилитация при ГБ требует индивидуализации терапии, выяснения стадии болезни и степени нарушения функции органов, а также прогнозирования риска возможных сердечно-сосудистых осложнений. Наиболее эффективным методом контроля артериальной гипертензии является индивидуально подобранная регулярная медикаментозная терапия в сочетании с немедикаментозными методами лечения.*

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь; факторы риска сердечно-сосудистых осложнений; заболеваемость; инвалидность; смертность; реабилитация.

ASPECTS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

S.N. Puzin, M.A. Shurgaya, S.A. Chandirli, O.T. Bogova, V.N. Potapov

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 123995, Moscow, Russian Federation

*Morbidity, disability and mortality from cardiovascular disease (CVD) have been steadily growing from year to year around the world. Essential hypertension (EH) is the leading cause in the structure of cardiovascular disease. In Russia EH is recorded in 30% of the adult population, and the annual death rate from EH and its complications is more than 1,5 million people. Clinical studies show that there is a close connection between blood pressure and cardiovascular events (acute myocardial infarction, cerebral stroke, cardiac arrhythmias, renal failure). Complications of hypertension are major causes of morbidity with temporary disability, are one of the leading causes of disability and premature death (high mortality). Effective rehabilitation for hypertension requires individualization of therapy, determination of the disease the stage and the degree of organ dysfunction and prediction of potential cardiovascular complications risk. The most effective method of hypertension control is an individualized regular medical therapy in combination with non-drug treatments.*

**Key words:** hypertension; risk factors for cardiovascular complications; morbidity; disability; mortality; rehabilitation.

В развитых странах каждый второй умирает от болезни сердца и сосудов [1]. В России эта патология оказывает наибольшее влияние на среднюю продолжительность жизни, сокращая данный показатель у мужчин на 8,6 года и у женщин на 10 лет. 20 лет назад сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в структуре причин общей заболеваемости занимали примерно 6–8-е место. В 2011 г. [2] страдающие от ССЗ составили 14% от общего числа зарегистрированных больных, тогда как еще недавно их доля составляла около 10% (10,5% в 2000 г., 9,2% в 1990 и 1995 гг.). За период 2000–2010 гг. наиболее значительный рост (на 53%) зарегистрированной первичной заболеваемости отмечался по этому классу заболеваний. Сейчас они составляют около 20% случаев обращения за медицинской помощью. Это дает основание говорить об эпидемии ССЗ в наше время. Ведущими нозологическими формами являются гипертоническая болезнь (ГБ), ишеми-

ческая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные болезни [1, 3].

Показатель заболеваемости у женщин выше, чем у мужчин, кроме инфаркта миокарда, который чаще встречается у лиц мужского пола. С возрастом заболеваемость растет, за исключением ревматизма. Число больных увеличивается в более значительной степени среди лиц в возрасте 40–50 лет при отмечающейся тенденции к омоложению этих заболеваний.

ССЗ являются основными причинами заболеваемости с временной утратой трудоспособности. ССЗ существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из ее основных причин (1-е ранговое место). Так, среди людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, 39,5% получили инвалидность именно в связи с ССЗ. Среди освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы около 4% больных получают I группу инвалидности, около 60% – II группу [4].

**Эпидемиология ГБ.** В США ежегодно из-за ГБ (эссенциальной артериальной гипертензии – АГ) теряется 52 млн рабочих дней. Экономический ущерб от этого заболевания составляет 20 млн долларов [1].

Для корреспонденции:

Шургая Марина Арсеньевна – канд. мед. наук, доц. каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы; 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, e-mail: daremar@mail.ru.

Таблица 1

## Критерии стратификации риска, представленные в рекомендациях ВОЗ (2007), ВНОК (2008)

Факторы риска (ФР)	Поражение органов-мишеней (ПОМ)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Величина пульсового АД (у пожилых)</li> <li>• Возраст (мужчины &gt; 55 лет; женщины &gt; 65 лет)</li> <li>• Курение</li> <li>• ДЛП: ОХС 5 ммоль/л (190 мг/дл) или ХС ЛПНП &gt; 3 ммоль/л (115 мг/дл) или ХС ЛПВП &lt; 1 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и &lt; 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) для женщин или ТГ &gt; 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)</li> <li>• Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл)</li> <li>• НТГ</li> <li>• Семейный анамнез ранних ССЗ (у мужчин &lt; 55 лет, у женщин &lt; 65 лет)</li> <li>• АО (ОТ &gt; 102 см для мужчин и &gt; 88 см для женщин) при отсутствии метаболического синдрома (МС)*</li> </ul>	<p><b>ГЛЖ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭКГ: признак Соколова–Лайона &gt; 38 мм</li> <li>• Корнельское произведение &gt; 2440 мм · мс</li> <li>• ЭхоКГ: ИММЛЖ &gt; 125 г/м<sup>2</sup> для мужчин и &gt; 110 г/м<sup>2</sup> для женщин</li> </ul> <p><b>Сосуды</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• УЗ-признаки утолщения стенки артерии (ТИМ &gt; 0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов</li> <li>• Скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии &gt; 12 м/с</li> <li>• Лодыжечно/плечевой индекс &lt; 0,9</li> </ul> <p><b>Почки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Небольшое повышение содержания сывороточного креатинина: 115–133 мкмоль/л (1,3–1,5 мг/дл) для мужчин или ≥ 1107–124 мкмоль/л (1,2–1,4 мг/дл) для женщин</li> <li>• Низкая СКФ &lt; 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (MDRD-формула) или низкий клиренс креатинина &lt; 60 мл/мин (формула Кокрофта–Гаулта)</li> <li>• МАУ 30–300 мг/сут</li> <li>• Отношение альбумин/креатинин в моче ≥ 22 мг/г (2,5 мг/ммоль) для мужчин и ≥ 31 мг/г (3,5 мг/ммоль) для женщин</li> </ul>
Сахарный диабет (СД)	Ассоциированные клинические состояния (АКС)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Глюкоза плазмы натощак &gt; 7 ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях</li> <li>• Глюкоза плазмы после еды или через 2 ч после приема 75 г глюкозы &gt; 11 ммоль/л (198 мг/дл)</li> </ul> <p><b>Метаболический синдром</b></p> <p>Основной критерий – АО (ОТ &gt; 94 см для мужчин и &gt; 80 см для женщин)</p> <p>Дополнительные критерии: АД ≥ 140/90 мм рт.ст. ХС ЛПНП &gt; 3 ммоль/л, ХС ЛПВП &lt; 1 ммоль/л для мужчин или &lt; 1,2 ммоль/л для женщин, ТГ &gt; 1,7 ммоль/л, гипергликемия натощак ≥ 6,1 ммоль/л, НТГ – глюкоза плазмы через 2 ч после приема 75 г глюкозы ≥ 7,8 и ≤ 11,1 ммоль/л</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сочетание основного и двух из дополнительных критериев указывает на наличие МС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЦВБ</li> <li>• Ишемический МИ</li> <li>• Геморрагический МИ</li> <li>• ТИА</li> </ul> <p><b>Заболевания сердца</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ИМ</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Коронарная реваскуляризация</li> <li>• ХСН</li> </ul> <p><b>Заболевания почек</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диабетическая нефропатия</li> <li>• Почечная недостаточность: сывороточный креатинин &gt; 133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин и &gt; 124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) для женщин</li> </ul> <p><b>Заболевания периферических артерий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расслаивающая аневризма аорты</li> <li>• Симптомное поражение периферических артерий</li> </ul> <p><b>Гипертоническая ретинопатия</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровоизлияния или экссудаты</li> <li>• Отек соска зрительного нерва</li> </ul>

Примечание. \* – при диагностике МС используются критерии, указанные в данной таблице в подразделе "Метаболический синдром". ДЛП – дислиппротеинемия, ОХС – общий холестерин, ХС ЛПНП – липопротеины низкой плотности, ХС ЛПВП – липопротеины высокой плотности, ТГ – триглицериды, НТГ – нарушенная толерантность к глюкозе, АО – абдоминальное ожирение, ОТ – окружность талии, ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка, ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка, ТИМ – толщина интима-медиа, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, МАУ – микроальбуминурия, МИ – мозговой инсульт, ТИА – транзиторная ишемическая атака, ИМ – инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

В России около 40% взрослого населения имеют повышенное артериальное давление (АД). По данным популяционных исследований, проведенных в РФ, АГ среди детей и подростков наблюдается в зависимости от возраста и избранных критериев у 2,4–18%. Были получены также доказательства реального влияния эссенциальной АГ, возникающей в подростковом и молодом возрасте, на будущий прогноз ССЗ и смертности [5]. В связи с этим тщательное обследование подростков для выявления у них АГ и своевременного лечения приобретает огромное значение для первичной профилактики ССЗ.

Повышенный уровень АД является независимым фактором риска развития ССЗ – ИБС, инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности, мозгового инсульта и их неблагоприятных исходов [6,7]. От осложнений ГБ – "молчаливого убийцы" и ИБС – ежегодно умирают почти 1,2 млн. человек, причем 150 тыс. моложе 60 лет. Это составляет 55% от общей смертности, причем этот показатель в РФ в 2–4 раза выше, чем в западноевропейских странах, США, Канаде, Австралии.

Показана линейная зависимость между АД и частотой развития осложнений, причем снижение АД в результате лечения сопровождается пропорциональным снижением показателей ССЗ и смертности независимо от исходного уровня АД. Однако адекватный контроль АД достигается только у 30–50% больных в странах с высоким уровнем развития здравоохранения, в России – у 24% пациентов [5, 6].

**Прогноз и стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при ГБ.** Установлено, что у больных ГБ прогноз зависит не только от уровня АД. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), наличие сопутствующих ФР, вовлечение в процесс органов-мишеней, а также наличие ассоциированных клинических состояний имеет не меньшее значение, чем степень повышения АД [6, 7]. Таким образом, при оценке прогностического риска и для проведения эффективной антигипертензивной терапии необходимо установить факторы, определяющие прогноз заболевания у каждого конкретного больного (табл. 1).

Стратификация риска ССО у больных АГ, представленная в рекомендациях ВОЗ/МОГ (2007), ВНОК (2008)

ФР, ПОМ или ССЗ	АД, мм рт.ст.			
	высокое нормальное (130–139/85–89)	АГ 1 степени (140–159/90–99)	АГ 2 степени (160–179/100–109)	АГ 3 степени (≥ 180/110)
Нет ФР	Незначимый риск	Низкий дополнительный риск	Средний дополнительный риск	Высокий дополнительный риск
1–2 ФР	Низкий дополнительный риск	Средний дополнительный риск	Средний дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
≥3 ФР, ПОМ, МС или СД	Высокий дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
АКС или СД	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск

Примечание. \*Таблица составлена на основе данных, полученных в ходе 10-летнего наблюдения за прогнозом жизни лиц в возрасте 40 лет (г. Фремингем, США), у которых суммарный риск был оценен в отношении развития несмертельных ИМ и МИ и смертности от ССЗ.

Из таблицы вытекает, что судьба больного ГБ зависит от большого количества факторов, которые следует иметь в виду при проведении лечения.

Учитывая, что для практического использования удобны простые схемы, эксперты ВОЗ/МОГ рекомендуют проводить антигипертензивную терапию на основе определения индивидуального суммарного риска, который устанавливается по четырем уровням: низкий, средний, высокий и очень высокий (табл. 2). При этом полнота клинико-инструментального обследования больного ГБ имеет решающее значение для точности определения общего сердечно-сосудистого риска. Установлено, что отсутствие ЭхоКГ сердца и УЗИ артерий с целью выявления гипертрофии левого желудочка и атеросклеротического поражения сонных артерий обуславливает ошибочное (до 50%) отнесение больных ГБ к категории низкого или умеренного риска вместо высокого или очень высокого.

**Реабилитация больных при ГБ.** Основная цель ведения больного при ГБ – максимальное снижение риска развития ССО и смерти от них.

Для достижения этой цели требуются:

- снижение АД до целевого уровня;
- коррекция всех модифицируемых ФР;
- предупреждение и/или уменьшение ПОМ;
- соответствующее лечение сопутствующих заболеваний.

*Общие принципы снижения АД*

• У больных с высоким и очень высоким АД снижение АД менее 140/90 мм рт.ст. в течение 4 нед, далее – до 130/80 мм рт. ст. и менее (при хорошей переносимости).

• При плохой переносимости уменьшения АД рекомендуется его снижение ступенчато:

- на каждой ступени – снижение АД на 10–15% от исходного уровня (за 2–4 нед);
- последующий перерыв для адаптации;
- при ухудшении состояния – возврат на предыдущую ступень еще на некоторое время.

*Целевым уровнем АД являются:*

Общая популяция больных АГ	АД менее 140/90 мм рт. ст.
АГ + СД, протеинурия < 1 г/сут	АД менее 130/85 мм рт. ст.
АГ + СД, протеинурия > 1 г/сут	АД менее 120/75 мм рт. ст.
АГ + хроническая почечная недостаточность	АД менее 120/75 мм рт. ст.

### *Мероприятия по изменению образа жизни*

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем больным, в том числе и получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии тех или иных факторов риска. Они позволяют:

- снизить АД;
- уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и максимально повысить их эффективность;
- благоприятно повлиять на другие имеющиеся факторы риска;
- осуществить первичную профилактику ГБ и снизить риск сопутствующих сердечно-сосудистых расстройств на уровне популяций.

*Немедикаментозные методы лечения включают:*

- отказ от курения;
- снижение и/или нормализацию массы тела (достижения индекса массы тела < 25 кг/м<sup>2</sup>);
- снижение потребления алкогольных напитков менее 30 г алкоголя в сутки у мужчин и менее 20 г в сутки у женщин;
- увеличение физических нагрузок (регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки по 30–40 мин не менее 4 раз в неделю);
- снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут; комплексное изменение режима питания (увеличение употребления растительной пищи, уменьшение употребления насыщенных жиров, увеличение в рационе калия, кальция, содержащихся в овощах, фруктах, зерновых, и магния, содержащегося в молочных продуктах).

*Принципы лекарственной терапии*

Для терапии АГ используют 5 основных классов антигипертензивных препаратов:

- 1) диуретики;
- 2) β-адреноблокаторы (β-АБ);
- 3) антагонисты кальция (АК);
- 4) ингибиторы АПФ (иАПФ);
- 5) блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА).

В качестве дополнительных классов антигипертензивных препаратов для комбинированной терапии могут использоваться α-адреноблокаторы и агонисты имидазолиновых рецепторов [6, 7].

Дозировки основных антигипертензивных препаратов приведены в табл. 3.

Ни один из препаратов первых пяти классов антигипертензивных средств не имеет значимого преимуще-

Таблица 3

## Дозы антигипертензивных препаратов

Препарат	Средняя доза, мг/сут*	Кратность приема
<i>Тиазидные (и тиазидоподобные) диуретики</i>		
Гидрохлортиазид	12,5–25	1
Индапамид	2,5	1
Индапамид-ретард	1,5	1
β-Адреноблокаторы		
Атенолол	25–100	1–2
Бетаксолол	5–20	1
Бисопролол	2,5–10	1
Карведилол	25–50	2
Метопролол	50–100	2–3
Метопролол-ретард	50–100	1
Небиволол	2,5–5	1
Пропранолол	40–160	2–3
Целипролол	200–400	1
<i>Ингибиторы АПФ</i>		
Беназеприл	5–20	1–2
Каптоприл	25–100	2–3
Квинаприл	10–20	1–2
Лизиноприл	10–20	1
Мозексиприл	7,5–30	1–2
Периндоприл	4–8	1–2
Спираприл	6–12	1
Фозиноприл	10–20	1–2
Цилазаприл	2,5–5	1
Эналаприл	5–20	1–2
<i>Антагонисты Ca<sup>2+</sup></i>		
Амлодипин	5–10	1
Верапамил	80–240	2–4
Верапамил-ретард	240	1–2
Дилтиазем	180–360	3–4
Дилтиазем-ретард	180–360	1–2
Лацидипин	2–6	1
Нифедипин	30–60	3–4
Нифедипин-ретард	30–60	1
Фелодипин	5–10	1
лerkанидипин	10–20	1
<i>Блокаторы рецепторов ангиотензина</i>		
Валсартан	80–160	1
Ирбесартан	150–300	1
Кандесартан	8–16	1
Лосартан	50–100	1–2
Телмисартан	20–80	1
<i>α<sub>1</sub>-адреноблокаторы</i>		
Доксазозин	1–10	1
Празозин	1–10	2–3
Теразозин	1–10	1–2
<i>Агонисты имидазолиновых рецепторов</i>		
Моксонидин	0,2–0	1–2
Рилменидин	1–2	1–2
<i>Агонисты центральных α<sub>2</sub>-адренергических рецепторов</i>		
Гуанфацин	0,5–2	1–2
Клонидин	0,15–0,45	2–3
<i>Симпатолитики центрального действия</i>		
Метилдопа	500–1000	2

щества друг перед другом в отношении снижения АД. Тем не менее в некоторых клинических ситуациях определенные группы препаратов более эффективны, чем другие. Показания и противопоказания для назначения антигипертензивных препаратов приведены в табл. 4.

В настоящее время появилась новая стратегия в лечении ГБ. Используется классобразующий препарат группы прямых ингибиторов ренина – алискирен (расилез, 150–300 мг 1 раз в сутки). Этот препарат обладает высоким антигипертензивным потенциалом, так как блокирует активный центр ренина, после чего происходит блокада всей цепочки преобразования ангиотензинов [8].

Эффективные комбинации препаратов – использование антигипертензивных препаратов с различной точкой приложения (воздействия на различные патогенетические звенья ГБ). Среди комбинаций двух антигипертензивных препаратов эффективными и безопасными являются:

- иАПФ + диуретики;
- БРА + диуретик;
- иАПФ + АК; БРА + АК;
- Дигидропиридиновый АК + β-АБ;
- АК + диуретик;
- β-АБ + диуретик;
- β-АБ + α-АБ.

При использовании комбинации β-АБ + диуретик необходимо сочетание небивалола, карведилола или бисопролола с гидрохлортиазидом в дозе не более 6,25 мг/сут или индапамидом. Следует избегать назначения этой комбинации больным с МС и СД!

К нерациональным комбинациям антигипертензивных препаратов относятся: β-АБ + недигидропиридиновые АК; иАПФ + калийсберегающий диуретик; β-АБ + препарат центрального действия.

К рекомендуемым комбинациям трех антигипертензивных препаратов относятся:

- иАПФ + дигидропиридиновый АК + β-АБ;
- БРА + дигидропиридиновый АК + β-АБ;
- иАПФ + АК + диуретик; БРА + АК + диуретик;
- иАПФ + диуретик + β-АБ;
- БРА + диуретик + β-АБ;
- дигидропиридиновый АК + диуретик + β-АБ.

Существуют фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов:

– иАПФ + диуретик (энап Н, ко-ренитек, нолипрел);

– антагонист медленных кальциевых каналов + β-адреноблокатор (логимакс);

– антагонист к рецепторам ангиотензина II + тиазидный диуретик (гизаар, ко-диован);

– антагонист медленных кальциевых каналов + антагонист к рецепторам ангиотензина II (экспфорж);

– ингибитор АПФ + блокатор Ca<sup>2+</sup> (тарка) и т. д.

Несмотря на назначение многокомпонентной медикаментозной терапии, примерно у 15–20% не удается достичь снижения АД до целевого уровня, т.е. АГ носит характер резистентной.

Стойкое повышение диастолического и систолического давления на 5–10 мм рт. ст. увеличивает число сосудистых мозговых катастроф на 30–40% и на 25–30% – коронарных. Наибольшее количество вызовов

Таблица 4

**Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больных АГ в зависимости от клинических ситуаций (ВОЗ/МОГ, 2007, ВНОК, 2008)**

Поражение органов-мишеней	
ГЛЖ	БРА, иАПФ, АК
Бессимптомный атеросклероз	АК, иАПФ
МАУ	иАПФ, БРА
Поражение почек	иАПФ, БРА
Ассоциированные клинические состояния	
Предшествующий МИ	Любые антигипертензивные препараты
Предшествующий ИМ	β-АБ, иАПФ, БРА
ИБС	β-АБ, АК, иАПФ
ХСН	Диуретики, β-АБ, иАПФ, БРА антагонисты альдостерона
Мерцательная аритмия пароксизмальная	иАПФ, БРА
Мерцательная аритмия постоянная	β-АБ, недигидропиридиновые АК
Почечная недостаточность/протеинурия	иАПФ, БРА, петлевые диуретики
Заболевания периферических артерий	АК
Особые клинические ситуации	
Изолированная систолическая АГ (пожилые)	Диуретики, АК
МС	БРА, иАПФ, АК
СД	БРА, иАПФ
Беременность	АК, метилдопа, β-АБ

скорой помощи приходится на осложненные формы ГБ и ведущее место среди них занимают гипертонические кризы (ГК).

**Купирование ГК.** Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 ч. В последующие 24–48 ч от начала терапии осуществляется достижение целевого АД. Лечение больного с неосложненным ГК может осуществляться амбулаторно. Лечение больных с некупирующимся ГК и больных с осложненным ГК проводится в стационарных условиях. Препараты для перорального приема:

- капотен – 6,5–50 мг под язык;
- коринфар – 10–20 мг под язык;
- клофелин – 0,075–0,15 мг под язык (показание к назначению – «синдром отмены препарата»);
- пропранолол – 10–40 мг под язык.

Препараты для парентерального введения:

- Энап внутривенно (в/в) 1,25 мг/мл в 50 мл 5% раствора глюкозы или на физиологическом растворе в течение не менее 5 мин.
- Клофелин 0,01% – 1 мл внутримышечно (в/м) или в 10–20 мл физиологического раствора в/в.
- Обзидан 0,1% – 5 мл в 10 мл физиологического раствора в/в.
- Нитроглицерин 5–10 мкг/мин в/в капельно.

- Нитропруссид в/в капельно 50–100 мкг в 250–500 мл 5% раствора глюкозы.

- Лазикс – 40–80 мг в/м, в/в.

- Дроперидол – 2 мл в 20 мл физиологического раствора.

- Пентамин в/м 0,3–1,0 мл 5% раствора, в/в 50 мг в 500 мл 5% раствора глюкозы.

- Фентоламин 5–10 мг каждые 5 мин в/в медленно до расчетного уровня АД (до 15 мг).

Предложен принципиально новый метод лечения резистентной АГ, разработанный около 5 лет назад – эндоваскулярная денервация почечных артерий. Суть метода заключается в устранении влияния симпатической нервной системы, «связывающей» головной мозг и почки [9]. По накопленным к настоящему времени данным, почечная денервация приводит к существенному (до 30/20 мм рт. ст. снижению как систолического, так и диастолического АД). Максимальный гипотензивный эффект наступает через 3–6 мес после вмешательства. Почечная денервация не позволяет полностью отказаться от приема антигипертензивных препаратов, однако на фоне продолжающейся антигипертензивной терапии АД становится контролируемым и достигает нормальных значений. Помимо снижения АД, почечная денервация приводит к снижению уровня глюкозы в плазме крови у больных СД. К достоинствам метода почечной денервации относится безопасность и кратковременность вмешательства (продолжительность около 60 мин), а также кратковременный послеоперационный период (пациент выписывается через 1–2 дня).

**Экспертиза трудоспособности больных при ГБ.**

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при ГБ:

- I стадия, криз I типа – 3–5 сут;
- IIa стадия, криз I типа – 7–10 сут;
- IIa стадия, криз II типа – 18–24 сут;
- IIb стадия, криз I типа – 10–20 сут;
- IIb стадия, криз II типа – 20–30 сут;
- III стадия, криз II типа – 25–30 сут;
- III стадия (обострение) – направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

На МСЭ направляются больные ГБ с частыми кризами, органическими изменениями органов-мишеней с их функциональной недостаточностью.

**Профилактика ГБ.** В системе профилактики ГБ важное место принадлежит мероприятиям, направленным на предупреждение обострений, фатальных и нефатальных осложнений ГБ, что должно быть основной целью лечения ГБ в поликлинической сети.

Диспансеризация больных ГБ предусматривает мониторинг по диспансерной группе наблюдения – “ДЗ”. Динамическое наблюдение терапевтом: пожизненно, 2–4 раза в год в зависимости от степени тяжести.

Осмотры другими специалистами: кардиологом, офтальмологом, неврологом проводятся не реже 1 раза в год, эндокринолог, уролог осматривает больного по показаниям.

Обязательный объем исследований:

- 1) 2–4 раза в год: общеклинические анализы крови и мочи, проба Зимницкого;
- 2) не реже 1 раза в год: биохимический анализ крови (липиды, электролиты, креатинин, мочевины,

глюкоза), ЭКГ, ЭхоКГ, консультация офтальмолога и невропатолога.

Основные мероприятия:

- обучение навыкам здорового образа жизни;
- коррекция факторов риска;
- диета;
- психотерапия;
- физиотерапия и ЛФК в отделении восстановительного лечения;
- трудовые рекомендации;
- медикаментозная профилактика и терапия в соответствии с алгоритмом лечения больных ГБ;
- санаторно-курортное лечение в санатории кардиологического профиля в период стабильного течения заболевания (вне обострения).

В рамках санитарно-просветительской работы должны широко использоваться образовательные программы в школах по артериальной гипертензии. Это позволит выработать у населения приверженность к здоровому образу жизни и соблюдению рекомендаций по профилактике и лечению ГБ.

### Заключение

Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации (распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.) определила социально значимую стратегию в области здравоохранения [10]. Непосредственными результатами реализации государственной программы к 2020 г. определены: увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 года и снижение смертности от ССЗ (на 100 тыс. населения) до 622,4.

Наиболее перспективным в XXI веке подходом к проблеме профилактики ГБ и ее осложнений является первичная профилактика – устранение или смягчение модифицируемых факторов риска (устранение гиподинамии, здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, динамическое наблюдение за пациентами с наследственной предрасположенностью к АГ). Установлено, что первичная профилактика может удлинить жизнь на 10–20 лет, уменьшить вероятность инфарктов миокарда и инсультов в 8 раз. Она снижает вероятность и других болезней цивилизации и обеспечивает высокое качество жизни.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ; 2010.
2. Заболеваемость всего населения России в 2011 г. (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава; 2012; ч. 1, 3, 5.

3. Доклад ВОЗ «Инвалидность в мире» 2011 года.
4. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* et al. (eds) on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Economic consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. WHO; 2007: 89.
5. *Оганов Р.Г., Тимофеева Т.Н., Колтунов И.Е.* и др. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010 гг. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10(1): 8–12.
6. European Society of Cardiology. CVD Prevention in clinical practice (European guidelines on). 2007.
7. *Оганов Р.Г.*, ред. Национальные клинические рекомендации: Сборник. 2-е изд. М.: Издательство «Силиция-Полиграф»; 2009.
8. *Sanoski C.A., Pharm D.* Aliskiren: an oral rennin inhibitor for the treatment of hypertension. *Pharmacotherapy.* 2009; 29: 193–212.
9. *DiBona G.F., Esler M.* Translational medicine: the antihypertensive effect of renal denervation. *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* 2010; 298: R245–53.
10. Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 N 1472 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)». М.; 2012.

### REFERENCES

1. Health report in Europe, 2009 Health and health systems. Copenhagen: WHO Europe. 2010.
2. Morbidity of the Russian population in 2011 (Statistical materials). The Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Analysis, Forecasting, health care and medical science, FSI «Central Research Institute for Public Health,» Health Ministry. Moscow. 2012; parts 1, 3, 5 (in Russian).
3. WHO World Report On Disability. June 9, 2011.
4. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* et al. (eds) on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Economic consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. WHO; 2007: 89.
5. *Oganov R.G., Timofeeva T.N., Koltunov I.E.* et al. Epidemiology of arterial hypertension in Russia. The results of federal monitoring of 2003–2010. *Cardiovascular therapy and prevention.* 2011; 10 (1): 8–12 (in Russian).
6. European Society of Cardiology. CVD Prevention in clinical practice (European Guidelines on). 2007.
7. *Oganov R.G.*, ed. National treatment guidelines. Collection. 2nd edition. Moscow: Publishing house “Silicea-Polygraph”; 2009 (in Russian).
8. *Sanoski C.A., Pharm D.* Aliskiren: an oral rennin inhibitor for the treatment of hypertension. *Pharmacotherapy.* 2009; 29: 193–212.
9. *DiBona G.F., Esler M.* Translational medicine: the antihypertensive effect of renal denervation. *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* 2010; 298: R245–53.
10. Russian Federation Government Resolution 28.12.2012 N 1472 “On Amendments to the Federal Target Program” Prevention and Control of Social Diseases (2007–2012). Moscow; 2012 (in Russian).

Поступила 17.10.13