
ВВЕДЕНИЕ

Сердечно-сосудистые заболевания в последние годы занимают первое место в структуре первичной инвалидизации и смертности населения. Среди них самой распространенной является артериальная гипертензия, главным отличительным признаком которой, наряду с другими проявлениями, — служит повышенное артериальное давление (АД). Артериальное давление — основной критерий артериальной гипертензии (АГ) — является лабильной величиной и зависит от многих факторов — возраста, расы, пола пациентов. На уровень АД влияет температура окружающей среды, степень физического напряжения, эмоциональное состояние, величина барометрического давления, состояние бодрствования и сна, положение тела, методы и условия его измерения. Более достоверные сведения о динамике значений АД можно получить при его суточном мониторинге.

Согласно современным рекомендациям ВОЗ и Международного общества борьбы с артериальной гипертензией, у лиц в возрасте от 20 до 60 лет за нормальное АД принимают таковое ниже 140/90 мм рт.ст. (18,7/12 кПа). Когда оно в условиях физического и психического покоя превышает эти показатели, говорят об АГ. Это определение представляется спорным, так как даже повышение диастолического АД до 85 мм рт.ст. может привести к развитию сердечно-сосудистой патологии. Однако, чаще термин «артериальная гипертензия» используется в случаях достаточно длительно повышенного АД от 140/90 мм рт.ст. и больше, поскольку уже при таких «пограничных» уровнях давления (140-160/90-95 мм рт.ст.) увеличивается риск сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений.

АГ характеризуется высокой распространенностью, как у мужчин, так и у женщин. Существует мнение о том, что распространенность АГ среди женщин и мужчин почти одинаковая. Согласно критериям ВОЗ, в

США она наблюдается у 15,3% женщин в возрасте 18-49 лет, принадлежащих к белому населению. Нет существенных отличий в патогенезе у мужчин и женщин. Приблизительно у каждого 4-5-го взрослого человека выявляется повышенное АД. По данным Комитета экспертов ВОЗ, четвертая часть населения промышленно-развитых стран страдает АГ. В Украине наличие АГ констатируется у 15-20% взрослого населения (по данным официальной статистики зарегистрировано свыше 5 млн. больных АГ и ежегодно впервые выявляется около 100000). Показано, что повышение АД у жителей крупных городов встречается в 2-3 раза чаще, чем у сельского населения.

Распространенность АГ увеличивается с возрастом больных. Повышение АД наблюдается у 4% лиц в возрасте 20-23 лет и достигает 50% и более в возрасте 50-70 лет. В США среди мужчин 35-44 лет АГ выявлена в 13,5%, а в возрасте 55-64 лет — в 31,2% случаев. Тревожным является увеличение количества пациентов молодого возраста с так называемой «мягкой» артериальной гипертонией (АД 140/90-180/105 мм рт.ст.) и частота сосудистых осложнений у больных этой категории, что заслуживает пристального внимания и дальнейшего изучения. В связи с чем, больные в наиболее трудоспособном возрасте (35-50 лет) с «мягкой» АГ являются наиболее важным контингентом для изучения болезни и разработки мероприятий для ее лечения и профилактики. Уменьшение продолжительности жизни населения обусловлено высокой смертностью от болезней системы кровообращения, которая за последнее время увеличилась на 30%. Среди причин смерти доминирующее положение занимают ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни, главным фактором риска которых выступает АГ. Даже небольшое АД представляет существенный риск для здоровья. 60% сердечно-сосудистых осложнений наблюдается у

больных с умеренным повышением диастолического АД (ДАД) — не выше 95 мм рт.ст. Частота инсультов в странах СНГ в 4 раза превышает аналогичный показатель для США и Западной Европы. При этом средний уровень АД у жителей СНГ лишь ненамного выше.

Основными причинами, сложившейся в Украине неблагоприятной ситуации в отношении АГ и ее осложнений, остаются недостаточная выявляемость заболевания (от 25 до 40% больных не знают о существовании у них этой патологии), низкая эффективность гипотензивной терапии (только у 30% леченных больных удается добиться адекватного уровня АД), отсутствие должной первичной профилактики АГ с учетом воздействия на основные факторы риска (курение, ожирение, употребление алкоголя и др.), недостаточное применение немедикаментозных методов лечения.

Несмотря на широкую изученность АГ, единого взгляда на ее патогенез не существует. Большинство авторов при определении АГ сходятся на «полигенном» характере заболевания, особенно с учетом возраста. Резкий рост частоты встречаемости АГ после 30-40 летнего рубежа в значительной степени связан с метаболическими и гормональными нарушениями, что позволяет предположить важную роль нарушений реактивности организма у этих больных в патогенезе гипертензии. Форма реактивности организма определяется «квадратом гомеостатической реакции» — взаимодействием нервной, гормональной и иммунной систем и местных факторов, сопряженный ответ которых определяет особенности и степень адаптации организма к действию факторов среды. Это позволяет рассматривать АГ как проявление дезадаптации на фоне измененной (гипо- или гипер-) реактивности организма, что является новым методическим подходом в изучении патогенеза заболевания.

Среди различных факторов, имеющих отношение к патогенезу АГ, наиболее изученными являются изменения нервной активности, ренин-ангиотензиновой системы (РАС) и почек. В последние годы интенсивно изучается возможное участие в патогенезе АГ изменений микроциркуляции, что связано с особенностями функционального состояния эндотелия и гладких мышечных

клеток сосудистой стенки при развитии заболевания. Все вышеперечисленные изменения могут быть как генетически обусловленными, так и вызванными неблагоприятным влиянием окружающей среды.

Важным представляется изучение вагосимпатического, электролитного и гормонального баланса, сурфактантных свойств крови, определяющих тип реактивности организма при АГ. В поддержании гомеостатической важную роль отводят кортизолу, инсулину, кальцитонину, паратгормону и их соотношению. Модуляторами стресс-реакции, как проявления неспецифической реактивности организма, выступают продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ), биологически активные вещества (БАВ) — гистамин, серотонин. Динамика уровня гормонов, первичных и вторичных продуктов ПОЛ, антиоксидантов (супероксиддисмутазы, каталазы), БАВ и значений поверхностного натяжения (ПН) крови может оказаться важным прогностическим и диагностическим критерием АГ, что требует клинического доказательств. Особенности течения и клинические проявления АГ могут зависеть от изменения соотношения между разнонаправленными управляющими системами на разных уровнях регуляции организма, например, симпатической и парасимпатической нервной системы, стресс-индуцирующих и стресс-лимитирующих гормонов, состояния процессов свободно-радикального окисления и антиоксидантной системы, соотношения БАВ (гистамин-серотонин) в тканях и др.

Предложенные к настоящему времени методы лечения АГ требуют уточнения по дифференцированному подходу с учетом особенностей течения заболевания, типа гемодинамики, показателей липидо- и коагулограммы, состояния микроциркуляции, иммунного статуса и др. Широкое использование физио- кинезо- фито-, рефлексо-, психотерапии при лечении АГ следует соотносить с реактивностью организма, поскольку эффективность лечебных факторов чаще всего реализуется через коррекцию неспецифической резистентности и реактивности организма. Отбор больных АГ для терапии должен определяться исходным состоянием, формой реактивности организма и направленностью действия лечебных факторов (первичным эффектом).