

УДК 616.12-008.331.1-08

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

А.М. Шулепова, Л.С. Хухарева, Г.Н. Булыгина, А.Х. Жапарова, Е.Ю. Ткаченко

**КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», «Железнодорожная больница», КГКП «Поликлиника смешанного типа №2», КГКП «Поликлиника смешанного типа №4», г. Павлодар****Резюме**

В данной статье освещается клинический опыт, врачей общей практики, применения гипотензивных препаратов разных групп исходя из трех типов артериальной гипертензии (гиперкинетической, эукинетической, гипокинетической).

**Summary****CLINICAL EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION**

This article highlights the clinical experience of general practitioners, the use of antihypertensive drugs of different groups on the basis of three types of arterial hypertension (hyperkinetic, eukineticheskoy, hypokinetic).

**Түжырым****ТАМЫР ГИПЕРТЕНЗИЯСЫНЫҢ ЕМДЕУІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРІБЕ**

Клиникалық тәжірибе, жан-жақты дәрігерлер, әртүрлі топтардың гипотензия препараттарының қолдануы (жоғарғы кинетикалық, эукинетической, гипокинетикалық) тамыр гипертензиясының үш түрлерінен сүйене осы бапта жарияланады.

Мы все знаем, как часто встречается в практике врачей всех специальностей повышение артериального давления, и поэтому каждый врач имеет большой опыт в лечении данной нозологии.

В данной статье мы не будем приводить статистические данные АГ и опасность этого заболевания в отношении грозных осложнений и не станем останавливаться на классификации препаратов в лечении АГ, это всем известно. Хотелось рассказать об опыте использования гипотензивных средств при различных клинических проявлениях повышения АД.

В клинической практике важно знать разделение гипертензий на три типа, которые играют в важную роль в выборе гипотензивного препарата: гиперкинетический, эукинетический и гипокинетический. Различие состоит в механизме повышения давления, т. е. в том, возрастает ли выброс крови из сердца или сопротивление периферических сосудов, либо то и другое происходит одновременно.

**Гиперкинетическая гипертензия.**

Для гиперкинетического типа характерно увеличение сердечного выброса (ударного, минутного объемов) при нормальном или пониженном общем периферическом сопротивлении. Характер гиперкинетической гипертензии чаще лабильный, систолический. Течение доброкачественное. Больше характерен данный тип для 1-2 стадии АГ, признаки сердечной недостаточности отсутствуют, ретинопатия и признаки ИБС отсутствуют. Клинически этот тип проявляется головной болью пульсирующего характера, появляется мелькание мушек перед глазами, могут присоединиться тошнота и рвота. Учащается сердцебиение, которое пугает больного. Больные ощущают общее возбуждение, чувство жара и дрожь в теле, повышение потоотделения, иногда может возникнуть обильное мочеиспускание.

В данной ситуации в лечении приоритет отдается мочегонным средствам и бета-блокаторам. Нужно также учитывать стадию заболевания: если это 1 стадия, то возможно применение монотерапии мочегонными или бета-блокаторами с обязательным добавлением седативных средств и изменением образа жизни (полноценный отдых; нормализация сна; ежедневные физ. нагрузки такие как ходьба, бег, любой вид фитнеса; разнообразное полноценное питание с исключением

повышенного потребления соли, переедания; постоянный контроль веса тела и при его повышении добиться нормализации). При 2 стадии АГ используются комбинации препаратов (мочегонные + бета-блокаторы). Хотелось также отметить ошибку в назначении бета-блокаторов перед сном, т.к ночью отмечается физиологическое снижение ЧСС и действие бета-блокаторов урежает ЧСС до 30-40 в 1 минуту, что проявляется приступами сердечной астмы, внезапной остановкой сердца. Если имеется необходимость назначать бета-блокаторы во второй половине дня, то лучше это сделать в 16-17 часов, этим избегая чрезмерного снижения ЧСС в ночное время. К сожалению, при 2-3 стадиях АГ не всегда удаётся коррекция АД мочегонными и бета-блокаторами и в этой ситуации при гиперкинетической гипертензии более оправданно назначение ИАПФ.

**Гипокинетическая гипертензия.**

Гипокинетический тип характеризуется чрезмерным повышением общего периферического сопротивления, снижением ударного и минутного выброса. Периоду стабилизации болезни соответствуют морфологические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Характерен стойкий характер гипертензии. Наблюдается злокачественное течение. Чаще наблюдается во 2-3 стадиях АГ. Ретинопатия выраженная. Признаки сердечной недостаточности наблюдаются как при нагрузке, так и в покое. Признаки ИБС присутствуют очень часто. Беспокоят боли в области сердца: так как повышение АД связано с усилением работы сердца (для преодоления возросшего сопротивления), одышка, часто дрожь всего тела. При этой форме гипертензии наиболее показаны пролонгированные антагонисты кальция (амлодипины). Но у них есть существенный недостаток, который ограничивает их использование – это периферические отеки. Избежать этого побочного эффекта можно используя суточную дозу не более 5 мг, но этой дозой мы не всегда можем сохранять АД в пределах нормы и тогда приходится прибегать к другим группам гипотензивных препаратов. В этом случае необходимо вновь исходить из клиники: если у больного наблюдается учащенное сердцебиение то желательно добавить бета – блокатор и лучше всего карвидилолы т.к. они также имеют свойство периферических вазодилататоров; если у больного присутствуют такие симптомы как головная

боль, тошнота то предпочтительнее ИАПФ и (или) мочегонные препараты.

#### **Эукинетическая гипертензия.**

При эукинетическом типе сердечный выброс существенно не способен изменяться, а общее периферическое сопротивление повышается умеренно. Характер эукинетической гипертензии чаще стойкий, систоло-диастолический, течение доброкачественное. Характерен для 1-3 стадий АГ. Признаки сердечной недостаточности могут возникать при нагрузке. Ретинопатия обычно выражена. Довольно часто наблюдаются признаки ИБС. Клиника может быть самой разнообразной. Рекомендуется использование ИАПФ, мочегонных препаратов.

Для всех гемодинамических форм АГ в лечении очень важны и немедикаментозные методы. К основным методам немедикаментозного лечения артериальной гипертензии относятся:

1. диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении;
2. ограничение употребления алкоголя;
3. регулярные физические упражнения;
4. прекращение курения;
5. снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

Рекомендуемое больным с артериальной гипертензией ограничение соли направлено на снижение АД за счет уменьшения ОЦП. Самостоятельным гипотензивным эффектом обладает лишь резкое снижение ее потребления - до 10-20 ммоль в сутки, что мало реально. Умеренное ограничение соли (до 70-80 ммоль в сутки) слабо влияет на уровень АД, но потенцирует действие всех антигипертензивных препаратов. В этих целях больным рекомендуют прекратить досаливать пищу и избегать продуктов с высоким содержанием соли. Нормализация массы тела оказывает умеренное независимое гипотензивное действие, возможно, вследствие уменьшения симпатической активности. Оно способствует также снижению уровня холестерина в крови, уменьшению риска развития ИБС и сахарного диабета.

Такой же эффект дают регулярные физические тренировки (Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group и др.).

Алкоголь в умеренном количестве не оказывает вреда, так как обладает релаксирующим свойством. В больших дозах он, однако, вызывает вазопрессорное действие и может приводить к повышению уровня триглицеридов и развитию аритмий.

Курение и артериальная гипертензия оказывают аддитивное влияние на вероятность летального исхода от сердечно-сосудистых заболеваний. Курение не только повышает заболеваемость ИБС, но и является независимым фактором риска внезапной смерти, особенно при наличии гипертрофии левого желудочка и сопутствующей ИБС. Больным с артериальной гипертензией следует настоятельно рекомендовать бросить курить.

Различные методы релаксации (психотерапия, аутотренинг, йога, увеличение продолжительности отдыха) улучшают самочувствие больных, но не влияют существенно на уровень АД. Их можно использовать в качестве самостоятельного метода лечения только при пограничной артериальной гипертензии, а при наличии показаний к медикаментозной терапии эти методы не могут ее заменить. Больным с артериальной гипертензией противопоказана работа, связанная с такими профессиональными факторами, способствующими повышению АД, как шум, вибрация и др.

В данной статье приведен лишь незначительный опыт в лечении артериальной гипертензии, который мы надеемся, окажется полезным для врачей всех специальностей.

#### **Литература:**

1. Шхвацабая И.К. Внутрисердечная геодинатика и клиничко-патогенетические варианты течения гипертонической болезни / Кардиология. - 1977. - №10. - С. 8-18.
2. Шхвацабая И.К., Константинов Е.Н., Гундаров И.А. / О новом подходе к пониманию гемодинамической нормы / Кардиология. - 1981. - № 3. - С. 10-14.

УДК 616.12-008.331-08

## **РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**А.С. Дюсюкенова, Р.Е. Кулубеков**

**КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей,  
РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей»**

*Режим дозирования и применение лекарственных средств при артериальной гипертензии разделяет их в соответствии с регуляторными зонами или механизмами, на которые они действуют.*

#### **Тұжырым**

**Рационалдық қан қысымының гипертензиясының рационалдық фармакотерапиясы**

*Мөлшер тәртібі және дәрілік заттарды қолдану қан қысымының гипертензиясының әсер ету механизмінің сәйкестігіне солардың әсер етуіне байланысты бөледі.*

#### **Summary**

### **THE RATIONAL PHARMACOTHERAPY FOR ARTERIAL HYPERTENSION**

*Regime of dosage and application remedies by arterial hypertension divided theirs accordingly with regulation zones and mechanisms, on which they acted.*