

АКАДЕМИЯ  
ДОКТОРА РОДИОНОВА  
КНИГА 1

**Антон Родионов**  
кардиолог, кандидат медицинских наук

Доктор Родионов (слева), доктор Мясников



## КАК ПРОЖИТЬ БЕЗ ИНФАРКТА И ИНСУЛЬТА

«Вы держите в руках книгу, про которую могу сказать одно: жалею, что ее написал не я. Доктор Антон Родионов — это бескомпромиссность и неграмотности в медицине, ясность в выражении мыслей. Прочитайте — и вы со мной согласитесь».

*Доктор Александр Мясников*

- Когда повышенное давление неопасно
- Инфаркт, инсульт: причины, симптомы, что делать
- Какой риск лично у тебя в 35, 45, 55, 65 лет
- Как избежать сердечно-сосудистых катастроф

# Как прожить без инфаркта и инсульта

Антон Владимирович Родионов

Антон Владимирович Родионов

### **Как прожить без инфаркта и инсульта**

В этой книге кандидат медицинских наук доктор Родионов доступно объясняет каковы причины и симптомы инфаркта и инсульта, как их можно избежать и как в случае необходимости определить хорошего врача.

Эта книга, первая в серии «Академия доктора Родионова», дает возможность подняться на первую ступень медицинской грамотности. Она доступна всем людям безо всякого специального медобразования.

# Антон Владимирович Родионов

## Как прожить без инфаркта и инсульта

---

### Вместо вступления

#### Зачем кардиологи лечат своих пациентов

Как вы думаете, зачем кардиологи лечат своих пациентов? Странный вопрос, не правда ли? Чтобы не болело сердце, чтобы не кружилась голова, чтобы не было перебоев в сердце, чтобы давление не прыгало.

А вот и нет. Точнее, не совсем. Конечно, облегчение симптомов болезни – очень благородное дело, которого от нас ждут пациенты, но на самом деле мы занимаемся совсем другим. В медицине XXI века уже недостаточно просто облегчить самочувствие больного, улучшить «качество жизни» (есть такой странный термин, который надежно прижился в нашем словаре). Каждый раз, когда я назначаю какое-то лечение, то обязан ответить себе и своему пациенту на простой вопрос: а как мое лечение повлияет на продолжительность жизни человека? Смогу ли я предотвратить инфаркт, инсульт, развитие сердечной и почечной недостаточности?

Мне как кардиологу это особенно важно объяснить вам, дорогой мой читатель, потому что в сердечно-сосудистой медицине многие состояния совершенно не влияют на самочувствие. Высокий холестерин «не болит», повышение давления зачастую не сопровождается симптомами, многие аритмии совершенно не нарушают привычное течение жизни. Да-да, не удивляйтесь!



Итак,

...кардиолог лечит пациента не столько для того, чтобы улучшить самочувствие, сколько затем, чтобы увеличить продолжительность жизни.

Совсем недавно Минздрав поведал нам, что за последние годы жители России стали жить дольше. Причем не в смысле «приказали долго жить», а в самом хорошем значении этого слова. Средняя продолжительность жизни женщин приблизилась к 76 годам. Это огромный прорыв. Это не так много для Европы, но очень много для России. За последние двадцать лет мы у смерти «отыграли» почти 10 лет. Когда стали разбираться, за счет чего достигнуты такие успехи, то оказалось, что мы научились хорошо лечить гипертонию. С курением гораздо хуже, с холестерином – ужасно, с алкоголем – катастрофически. А вот гипертонию мы худо-бедно лечим!

Как сказал кто-то из древних, самое лучшее лекарство не будет работать, если больной не станет его принимать. Лечение сердечно-сосудистых болезней – не игра в одни ворота. Каким бы прекрасным специалистом я ни был, я буду бессилен перед болезнью, если пациент не станет мне помогать, не станет моим помощником и «коллегой». Много лет назад ведущие специалисты в мире поняли, что пациентов с гипертонией, диабетом, бронхиальной астмой нужно не только лечить, но и обучать. Только в том случае, когда мы вместе с пациентом станем одной командой, можно надеяться, что болезнь отступит. Ведь 76 лет – это ж не предел!

Десять лет назад мы с друзьями выпустили маленькую книжку под названием «Школа гипертоника». Она быстро стала бестселлером и разошлась практически мгновенно. По рассказам читателей, ее одалживали, «ксерили» и хранили под подушкой. А у нас уже не было ни сил, ни времени на ее переиздание. С тех пор прошло много лет, некоторые представления в медицине существенно изменились, появились новые способы лечения. Да и читатель наш вырос из «школьного возраста». Поэтому добро пожаловать в нашу «Академию доктора Родионова». И первый курс «Академии» мы традиционно посвящаем проблеме артериальной гипертензии.

## Глава 1

### Дом, в котором живет болезнь

Всем знакомо изречение про то, что каждый человек в течение жизни должен посадить дерево, построить дом, вырастить ребенка. Знакомо, правда?

А вы знаете о том, что вместо настоящего дома, в котором будет тепло и уютно, мы зачастую строим совсем другой дом – дом, в котором поселится сердечно-сосудистая болезнь и будет отравлять нам десятки лет жизни?

Наша с вами задача, дорогой читатель, – не дать этому дому построиться, разрушить его на самых первых этапах строительства.

С чего начинается строительство любого дома? Правильно, с фундамента. И таким фундаментом у нас выступают факторы риска. Блоки фундамента – это гипертензия, повышенный уровень холестерина, курение, ожирение, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни, плохая наследственность. Построили фундамент? Сверху ложится большая плита. Это пол нашего дома, который называется атеросклероз – сужение сосудов за счет образования в них холестериновых бляшек. Самое здание дома – это сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, перемежающаяся хромота), то есть клинически выраженный атеросклероз. Бляшка растет, просвет сосуда сужается, и крови к органам поступает все меньше. Когда сужается коронарная артерия и сердце не получает достаточного количества крови, развивается стенокардия. Если поражаются сосуды в ногах, что особенно часто происходит у курильщиков, тогда появляется перемежающаяся хромота.

Но самое страшное происходит тогда, когда атеросклеротическая бляшка разрывается. В этой зоне мгновенно возникает тромбоз, и приток крови внезапно прекращается. И это уже будет крыша нашего дома – инфаркт миокарда, инсульт и другие сосудистые катастрофы.



### Картинка с домиком

Давайте подробнее обсудим, из чего состоит фундамент дома и как можно оценить «темпы строительства».

Итак, факторы риска делят на немодифицируемые, то есть неизменяемые, и модифицируемые, на которые мы можем успешно влиять. Неизменяемых факторов риска три.

Во-первых, это возраст. Чем старше человек, тем больше у него вероятность заболеть сердечно-сосудистыми болезнями. Считается, что у женщин риск увеличивается после 65 лет, у мужчин – после 55.

Во-вторых, пол. Мужчины болеют сердечно-сосудистыми болезнями гораздо чаще женщин.

И третий, самый главный, неизменяемый фактор – это наследственность. Если родители страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями либо рано умерли от инфаркта или инсульта, то риск существенно повышается. На долю этих факторов приходится примерно 50 % «успеха» строительства дома. То есть нельзя сказать, что все болезни из-за того, что мы много едим, курим, мало двигаемся и т. д. Все же наполовину в наших сердечно-сосудистых болезнях виновата генетика.

Но есть и вторая половина фундамента – это изменяемые факторы риска. Кстати, мы не только можем повлиять на них, но даже приблизительно посчитать вероятность осложнений болезни. Да да, не удивляйтесь, это не гадание, это вполне научный прогноз.

Посмотрите на эту таблицу, она называется «шкала SCORE».

		Женщины					Мужчины														
		Некурящие		Курящие			Возраст	Некурящие		Курящие											
Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)																					
	180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47
	160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34
	140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24
	120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
	180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33
	160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24
	140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17
	120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
	180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22
160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16	
140	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11	
120	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	4	4	4	5	6	8	
180	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14	
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10	
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	
180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	3	
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	3	
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
		Общий холестерин (ммоль/л)																			

### Что нужно знать?

Пол, возраст. Курильщик вы или не курильщик? Причем если вы бросили курить меньше чем 5 лет назад, то вы, конечно, молодец, но с точки зрения расчета риска пока еще считаетесь курильщиком. Если больше 5 лет назад, тогда ваш риск приближается к некурящим. Если ваш возраст, например, 53 года, то округляйте в большую сторону, берите раздел «55 лет». Теперь мы должны узнать уровень давления и уровень общего холестерина. Если вы ни разу не измеряли холестерин, то надо обязательно пойти в лабораторию и сделать анализ крови на холестерин.

Теперь сопоставим имеющиеся у нас данные. Числа в клеточке соответствуют проценту вероятности смертельного исхода от инфаркта, инсульта или другой сосудистой катастрофы в ближайшие 10 лет.

Например, у 65-летнего мужчины, который ведет здоровый образ жизни, не курит, с нормальным давлением и низким холестерином риск смерти от сердечно-сосудистого заболевания составляет всего 4 %. И такой же риск будет у 40-летнего мужчины, курильщика, с высоким холестерином. Молодой 40-летний мужчина с высоким давлением и вредными привычками тут же себя «составляет» на 25 лет, так как риск у него такой же, как у пожилого мужчины.

Однако, как можно заметить, эта шкала не учитывает семейную историю сердечно-сосудистых болезней. Если у вас в роду были родственники, перенесшие в раннем возрасте инфаркт или инсульт, риск можно умножать еще на полтора. Если вы ведете малоподвижный образ жизни, страдаете ожирением, если у вас частые стрессы или нет работы либо у вас есть какое-то хроническое воспалительное заболевание, например ревматоидный артрит, то, к сожалению, каждый из этих факторов еще больше увеличивает суммарный сердечно-сосудистый риск.

Чем больше факторов риска, тем сильнее возрастает суммарный риск, причем не в арифметической, а в геометрической прогрессии. Например, четыре фактора риска: курение, ожирение, гипертония и диабет – повышают риск не в четыре раза, а в 42. То есть один фактор риска умножается на другой. И самое главное, что большинством факторов мы можем успешно управлять. Но мы, как водится, ничего не делаем в силу своей слабости и лени.

### *Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний*

#### **1. Неизменяемые:**

- a. Мужской пол
- b. Возраст – старше 65 лет для женщин и старше 55 лет для мужчин
- c. Отягощенная наследственность (раннее начало сердечно-сосудистых заболеваний у родственников)

#### **2. Изменяемые:**

- a. Артериальная гипертензия
- b. Курение
- c. Повышение уровня холестерина (общий холестерин  $>4,9$  ммоль/л)
- d. Сахарный диабет или преддиабет АК
- e. Ожирение (индекс массы тела  $>30$  кг/м<sup>2</sup>)<sup>1</sup>
- f. Увеличение объема талии (мужчины  $>102$  см, женщины  $> 88$  см)

Задание: Проанализируйте имеющиеся факторы риска, сосчитайте суммарный риск по шкале SCORE. Подумайте, что вы можете сделать для себя, чтобы снизить риск.

## Глава 2

### Артериальная гипертензия или артериальная гипертония? И вообще, что это такое?

На самом деле это слова-синонимы. Традиционно в России говорят «гипертония». Все это из-за того, что дореволюционная медицинская школа восходила к немецким традициям, все врачи прекрасно знали немецкий язык и читали немецкие книги – вспомните персонажей Вересаева и Булгакова. Так вот гипертония – это русское звучание немецкого слова «hypertonie». Ну а сейчас вся мировая медицинская литература пишется на английском языке, и любой уважающий себя врач должен знать английский. А по-английски заболевание называется «гипертензия».

Артериальная гипертония или артериальная гипертензия в переводе на русский означает «повышенное давление».

---

<sup>1</sup>Индекс массы тела = вес (кг) / рост (м)<sup>2</sup>.



Возникает вопрос: а какое давление считать повышенным, да и что такое вообще давление и почему оно обозначается двумя цифрами?

Артериальное давление (АД) – это сила, с которой кровь давит на стенки сосудов в разные фазы сердечного цикла.

**Различают:**

**систолическое артериальное давление** («верхнее»), показывающее давление на стенки сосудов в момент выброса очередной порции крови сердцем (в систолу);

**диастолическое артериальное давление** («нижнее»), обозначающее давление в момент паузы в сердечной деятельности, когда сердце отдыхает и вновь наполняется кровью (в диастолу).

Большая просьба от автора. Пожалуйста, не называйте нижнее (диастолическое) давление «сердечным». Никакого физиологического смысла в этом нет. Если нижнее сердечное, то тогда какое верхнее? Головное? Почечное? Чепуха какая-то доисторическая...

Разницу между **систолическим** и **диастолическим АД** называют **пульсовым давлением**. Чем меньше **пульсовое давление**, тем больше сердце недополучает крови для своей нормальной работы (в норме пульсовое давление не менее 20–25 мм рт. ст.). Если пульсовое давление очень высокое (>60 мм рт. ст.), что нередко бывает у пожилых людей, то это свидетельствует о повышенной жесткости артерий и само по себе является дополнительным фактором риска.

Какое давление считать нормальным? Конечно, 120/80 мм рт. ст. Каждый пациент, услышав от врача или медсестры про заветные 120-на-80, воскликнет: «Как у космонавта!» Что это значит?

На самом деле есть некий допустимый диапазон нормального давления. У здоровых людей нижней границы нормы не существует вовсе, а вот верхним пределом нормального давления считают 139/89 мм рт. ст. Впрочем, если ваше давление чаще находится в пределах 130–139/85–89, то это уже так называемое «высокое нормальное» давление. Проверяйте АД чаще, вполне возможно, что вы в группе риска.

Откуда взяты эти цифры? На протяжении последних 30 лет в мире было проведено огромное количество клинических исследований, проанализированы данные миллионов людей и доказано, что если давление повышается от 140/90 мм рт. ст. и выше, то риск осложнений существенно возрастает. Поэтому нормальное давление называют еще **целевым**, то есть цель лечения гипертонии – снизить АД до 140/90 мм рт. ст. Для диабетиков эти значения чуть ниже – 140/85 мм рт. ст. А вот тем, кто перешагнул 80-летний рубеж, разрешается лечиться не так активно, в старшей возрастной группе давление может быть 150/90 мм рт. ст.

Я только что сказал, что у здоровых людей нет нижней границы нормального давления. Есть люди, которые преспокойно живут с давлением 90/60 мм рт. ст. и нормально себя чувствуют, но когда речь идет о лечении гипертоника, то ниже 110/70 мм рт. ст. снижать давление не стоит.

- Идеальное (оптимальное) АД <120/80
- Нормальное АД 120–129/80–85
- Высокое нормальное АД 130–139/85–89

ЦЕЛЕВОЕ АД (на фоне лечения)

- Для большинства людей <140/90
- Для больных сахарным диабетом <140/85
- Для лиц старше 80 лет <150/90

Когда-то давным-давно существовало понятие «рабочее давление». Так называли величину АД, при котором человек чувствовал себя хорошо. Считали, что ниже этого уровня снижать давление не стоит. Это очень серьезное заблуждение. Почему? Об этом чуть позже.

## Глава 3

### Как можно заподозрить артериальную гипертензию?

В России в большинстве поликлиник и больниц пока еще принят термин «гипертоническая болезнь». Но, строго говоря, это неправильно. Гипертония – это не болезнь. Сердечно-сосудистым заболеванием, как мы уже договорились, называют клинически выраженные признаки атеросклероза (стенокардия, перемежающаяся хромота, ишемия головного мозга и т. д.). А гипертония – это все-таки фактор риска. Главным образом потому, что она не болит. Открою «страшную тайну» – вопреки распространенному мнению, гипертония не имеет симптомов. Повышение давления, как правило, не сопровождается никакими клиническими проявлениями.



Повышение артериального давления чаще всего не имеет клинических проявлений.

Ну как же, скажете вы, а головная боль? А это один из самых распространенных мифов, связанных с повышением давления.

Давайте разберемся, что же происходит на самом деле.

Сидит человек на диване, новости по ТВ смотрит, вдруг начинает у него голова болеть. Давящая такая головная боль, как обручем сдавливает. Раз на голову давит, думает наш человек, значит, это у меня повышенное давление. Начинает измерять давление. «Ого, 160 на 100. Значит, у меня голова болит от давления», – думает он. И принимает препараты, снижающие давление. Через какое-то время голова перестает болеть. Измерив еще раз давление и убедившись, что оно снизилось, наш герой приходит к окончательному выводу, что голова болела от давления.

А на самом деле он давний гипертоник. У него бывает и 160, и 180, и даже 200 мм рт. ст., и он этого совершенно не чувствует. Но в обычном состоянии он давление не измеряет, а берется за тонометр только тогда, когда ему плохо.

На самом деле все происходит наоборот. Как известно, любая боль приводит к повышению давления. Все равно что болит – рука, нога, живот, голова... Боль – это универсальный провокатор повышения давления.

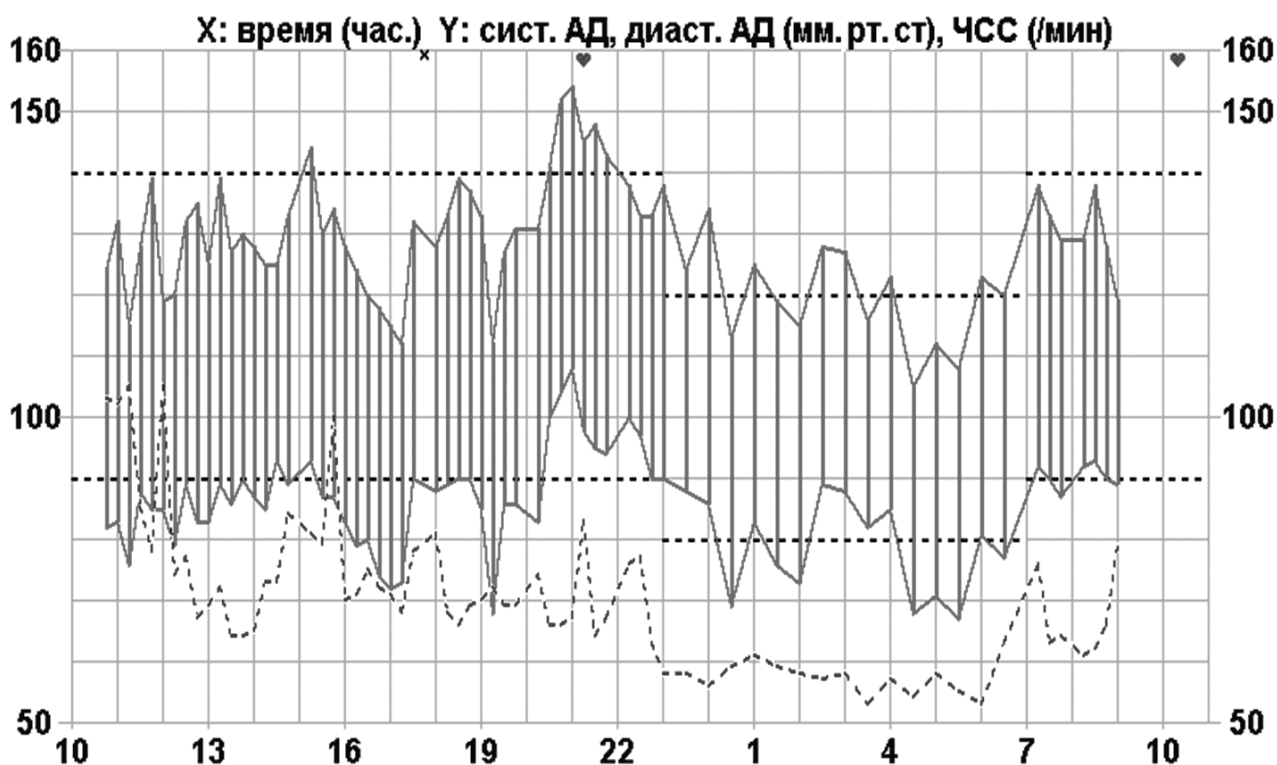
Есть такое понятие, как «головная боль напряжения». Это напряжение мышц, окружающих черепную коробку, говоря языком индейцев, «мышцы скальпа». На фоне усталости, стресса, переутомления они напрягаются, возникает знакомое всем сдавливающее ощущение, а мы думаем, что это повышение артериального давления, и хватаемся за тонометр. Кстати, такая же причина чаще всего и у болей в спине. В 99 % поясница болит не потому, что, как мы считаем, «нерв зажало», а это та же мышечная боль.

Добрый день. Мне 47 лет. Появилось головокружение. Померила АД – 140/80 мм рт. ст., я приняла эналаприл 2,5 мг, стало лучше. Последние 2–3 месяца этим спасаюсь. Кардиолог назначил утром престариум 2,5 мг. Утром при АД 120/70 приняла престариум, и АД подскочило выше 140. Лицо покраснело, шум в ушах, частый пульс... Все прошло само через 20–30 мин. Это была аллергическая реакция или проблемы с сосудами? Почему происходит такая реакция?



При отсутствии гипертонии принимать препараты от давления бессмысленно и даже вредно. Головокружение не имеет никакого отношения к физиологической динамике АД.

Миф о взаимосвязи между головной болью и повышением давления очень легко развенчать таким исследованием, как суточное мониторирование давления, многим гипертоникам оно знакомо. На руку накладывается манжета, которая посредством кабеля соединяется с аппаратом – измерителем АД. Аппарат программируется на компьютере и каждые 15 минут днем и каждые полчаса ночью измеряет давление. Прошли сутки, давайте посмотрим, что получается.



Каждая вертикальная палочка — это одно изменение. Верхний конец палочки — систолическое давление, нижний конец — диастолическое.

Мы видим, что давление в течение суток меняется в пределах 40–50 мм рт. ст. Потому что повышение давления — это нормальная реакция на любой внешний показатель. На физическую или психологическую нагрузку, на волнение, раздражение, стресс и так далее. Так задумала природа, что повышение давления — это изначально физиологический показатель, который регулирует поток крови в том направлении, в котором он необходим. Например, древнему человеку нужно было догнать мамонта, для чего необходимо было увеличить поток крови к мышцам. Таким образом у человека увеличилась активность. Также у спортсменов, когда им нужно выиграть соревнования, давление поднимается до 200, но они прекрасно себя чувствуют. Проблема не в том, что давление повышается, а в том, что оно не понижается, что оно стабильно высокое.

#### **Артериальное давление может повышаться у здоровых людей:**

- во время и после физических нагрузок;
- в послеобеденное время (на 15 мм рт. ст.);
- у женщин во время беременности (на 15–20 мм рт. ст.);
- при переполнении мочевого пузыря;
- при ощущении боли или холода;
- при волнении во время общения с врачом («гипертония белого халата»).

Поэтому те симптомы, которые обычно принимают за симптомы повышенного давления, обычно являются признаками совершенно других проблем.

Впрочем, справедливости ради «гипертоник со стажем» действительно может жаловаться на головную боль, головокружение, шум в ушах, но это уже будут симптомы поражения головного мозга, то есть гипертоническая энцефалопатия, а не признаки повышения давления как такового. Об этом поговорим немного позже.

Здравствуйте. Мне 57 лет. В конце 2012 года я перенесла ишемический инсульт. Прошло 1,5 года, а меня до сих пор мучают сильные головные боли и сильное головокружение. Меня постоянно кидает из стороны в сторону. Мое давление, при котором я себя хорошо чувствую, – 110/70, а при 120/80 у меня начинает болеть голова. В больнице говорят, что 140 – это нормальное давление, а для меня очень большое давление. У меня такие боли, что хочется разбежаться и биться головой о стенку. Врачи считают, что у меня сейчас нет гипертонии. Правы ли они?



Ваши врачи правы. Сейчас у вас нет гипертонии, а головная боль никак не связана с совершенно естественными колебаниями артериального давления. Надо обращаться к неврологу, выяснять причину головной боли и лечить ее.

## Глава 4

### Измеряем артериальное давление

Внимательный читатель уже догадался, что раз гипертония не имеет симптомов, то единственным способом ее выявления будет измерение артериального давления. Итак, как же правильно измерить давление?

Измерение артериального давления – основной и очень важный метод диагностики артериальной гипертонии. Кроме того, каждый, кто болеет артериальной гипертонией, должен уметь правильно измерять АД. Навыки самостоятельного измерения давления помогут вам вместе с вашим врачом контролировать течение болезни, вовремя корректировать проводимое лечение, своевременно принимать лекарственные средства при внезапном повышении АД.

### Какие аппараты используют для измерения артериального давления?

*Существует 3 основных типа аппаратов:*

- ртутные манометры;
- тонометры (анейроидные сфигмоманометры);
- электронные измерители (автоматические и полуавтоматические).

**Ртутные манометры** обеспечивают наибольшую точность измерения АД. Однако при их повреждении выделяются ядовитые пары ртути, поэтому для домашнего использования эти приборы категорически не рекомендуются. Фактически сегодня такие аппараты остаются только в крупных клиниках, занимающихся клиническими исследованиями.

**Тонометры** получили широкое распространение. Они безопасны, достаточно портативны, относительно недороги. Однако при длительном использовании точность измерения может снижаться, поэтому эти приборы следует периодически проверять. Самостоятельное использование тонометра требует определенного навыка использования и хорошего слуха.

**Электронные измерители АД** специально предназначены для самостоятельного использования в домашних условиях. Современные аппараты удобны, портативны, и их точность достаточно приемлема для самоконтроля давления. Помимо артериального давления они фиксируют также частоту пульса; современные модели способны распознавать аритмию. Однако у пожилых людей с более «жесткими» артериями точность измерения может снижаться.

#### *Несколько советов по выбору тонометра:*

- Аппарат для измерения АД – достаточно сложный прибор. При покупке обращайте внимание на маркировку, инструкцию на русском языке, паспорт прибора и гарантийный талон.
- Не приобретайте аппарат с рук, у знакомых или если прибор имеет видимые дефекты (трещины, сколы и т. п.). В этих случаях невозможно гарантировать точность измерения. Не покупайте дешевые модели. Зависимость «цена – качество» сохраняется и в отношении медицинской техники.
- Пользование тонометром требует определенного умения. Кроме того, с помощью тонометра трудно измерить АД без посторонней помощи. Если вы планируете пользоваться тонометром самостоятельно, выбирайте аппарат, имеющий металлическую скобу на манжете, это облегчит ее наложение.
- При покупке тонометра помните, что вам еще необходим фонендоскоп. Он не всегда входит в комплект.
- Электронные измерители удобны, их использование не требует особых навыков. Покупайте только аппараты с манжетой, которая накладывается на плечо. Портативные приборчики «на запястье», к сожалению, имеют очень посредственную точность.

#### **Как правильно измерять артериальное давление?**

При измерении АД необходимо строго придерживаться определенных правил. Эти универсальные правила следует соблюдать независимо от типа аппарата.

- За 30 мин до измерения не следует курить и пить кофе, крепкий чай.
- Перед измерением АД нужно спокойно посидеть в течение 5 мин.
- Измеряйте АД всегда в положении сидя. Руку для измерения АД необходимо расслабить и освободить от одежды. На этой руке не должно быть шрамов от разрезов плечевой артерии, отека или фистул для проведения гемодиализа.
- Расположите руку так, чтобы локтевой сгиб был на уровне сердца. Лучше всего положить руку на стол, чуть выше уровня поясницы.
- Наложите манжету на плечо так, чтобы ее нижний край был на 2,5 см (на 2 пальца) выше локтевого сгиба. Закрепите манжету так, чтобы она плотно облегла плечо, но не вызывала ощущения сдавления или боли.
- Измерив АД, повторите измерение через 2 мин. Если два показания прибора различаются более чем на 5 мм рт. ст., нужно измерить АД еще раз. Рассчитайте среднее значение.

Правила хорошего тона требуют, чтобы врач на первом приеме измерил АД на обеих руках. Если доктору не хватило на это времени, сделайте это самостоятельно. При разнице АД, равной или большей 10 мм рт. ст., в последующем АД следует измерять на руке с большим давлением. Если разница достигает 30 мм рт. ст. и более, обязательно обратитесь на это внимание врача. Это может быть признаком поражения подключичной или плечевой артерии.

И еще одна маленькая хитрость. Посмотрите внимательно на манжету аппарата. Она состоит из внутренней черной резиновой камеры, в которую нагнетается воздух, и из наружной текстильной оболочки с липучкой. Правила измерения АД требуют, чтобы внутренняя камера охватывала руку не меньше, чем на 70 %. Следовательно, тучным людям следует дополнительно приобрести в магазине манжету больших размеров.

## Методика измерения артериального давления

Методика измерения АД зависит от типа используемого аппарата.

### *1. Измерение артериального давления с помощью электронного измерителя.*

Использовать эти приборы несложно. Вы накладываете манжету на руку, а затем включаете кнопку на панели прибора. Аппарат самостоятельно накачивает воздух в манжету до необходимого уровня, а затем будет постепенно выпускать его, осуществляя измерение. В полуавтоматическом аппарате накачивать воздух в манжету придется самому пациенту с помощью резиновой груши, но последующее выпускание воздуха и измерение АД также будет производиться автоматически. По завершении исследования на экране высветятся цифры, показывающие АД и частоту пульса.

#### **Обратите внимание на следующие важные моменты:**

- Всегда соблюдайте правила измерения АД.
- Внимательно ознакомьтесь с инструкцией, прилагаемой к электронному измерителю.
- Используйте манжету подходящего размера.
- Измерьте АД своим прибором на приеме у врача и сравните показания вашего прибора с показаниями врачебного тонометра. Иногда электронные измерители оказываются недостаточно точными. Сверка результатов поможет выявить ошибку и рассчитать поправку. Сверку необходимо периодически повторять.
- Записывайте результаты измерения в дневник.

### *2. Измерение артериального давления с помощью тонометра.*

Чтобы измерить АД с помощью тонометра, необходимо иметь фонендоскоп.

Фонендоскоп – инструмент для выслушивания звуков, сопровождающих работу легких, сердца и сосудов. Он обычно состоит из «головки», прикладываемой к телу, трубок, проводящих звуковые колебания, и наконечников, вставляемых в уши.

Суть измерения АД заключается в выслушивании с помощью фонендоскопа звуков колебания плечевой артерии, когда изменяется давление в манжете. По шкале прибора отмечаются моменты возникновения и прекращения этих звуковых колебаний (тонов).

Для правильного определения АД этим способом желательна помощь другого человека, так как измерить этим методом АД себе непросто.

**Придерживайтесь следующей последовательности действий:**

- Наложите манжету на плечо. Накачивайте воздух в манжету до значения, примерно на 30 мм рт. ст. превышающего ваши привычные показатели давления.
- Поставьте «головку» фонендоскопа в локтевой сгиб, несколько внутри от центра локтевой ямки.
- Медленно выпускайте воздух из манжеты со скоростью 2–3 мм рт. ст. в 1 с, при этом постоянно смотрите на шкалу прибора.
- В момент первого появления звуков (тонов) колебания артерии считывается величина верхнего (систолического) АД. Как правило, этот момент совпадает с появлением пульса на лучевой артерии.

Если вы услышали тоны сразу же после того, как начали выпускать воздух из манжеты, то остановитесь и поднимите давление в манжете еще на 20–30 мм рт. ст.

- В момент исчезновения звуков (тонов) колебания артерии считывается величина нижнего (диастолического) АД.

**Обратите внимание на следующие важные моменты:**

- Всегда соблюдайте правила измерения АД.
- Попросите своего врача проверить правильность вашей техники измерения АД.
- Записывайте результаты измерения в дневник.
- Иногда с течением времени точность прибора снижается. Один раз в год сдавайте аппарат в сервисный центр на проверку.

Здравствуйтесь! Мне 63 года. Недавно случайно измерил давление, оно было 155/90 мм рт. ст., пульс 65–70. Стал измерять давление каждый день, оказалось, 145/90–165/90. Для интереса уже 2 дня измеряю давление на разных руках. Оказалось – на левой 160/90, на правой 130/90, разница в 30 мм. На другой день примерно такие же результаты. Вопрос: нормально ли это?





Скорее всего, это погрешность измерения. Впрочем, строго говоря, есть повод для ультразвукового исследования сосудов, по которым кровь поступает к рукам. В редких случаях сужение, например, подключичной артерии может приводить к асимметрии давления. Попросите врача перепроверить ваши данные и, при необходимости, направить на дообследование.

### Когда и как часто следует измерять АД?

Самоконтроль артериального давления – важнейший метод оценки эффективности лечения. Измеряйте АД два раза в день: утром и вечером, в одно и то же время. Напомню, что мы ориентируемся на значения давления, измеренные в спокойной обстановке. Не надо мерить АД сразу после стресса, физической активности, возвращения с работы и т. д. Обязательно запишите результаты изменения АД и частоты пульса в дневник и покажите врачу на очередном приеме. Кстати, для домашнего измерения АД пороговыми значениями считаются 135/85 мм рт. ст. Если при самоконтроле показатели оказываются выше этого значения, это повод обратиться к врачу и изменить лечение.

#### **Кроме того, давление надо измерять:**

- При появлении головной боли, затруднения дыхания, тяжести и боли за грудиной или в области сердца, шума в ушах, «пелены в глазах» или при появлении симптомов, которые у вас обычно сопутствуют значительному повышению АД.
- При появлении слабости, головокружения, «подкашивания» ног, потемнения в глазах, неустойчивости походки, так как эти симптомы могут указывать на снижение АД (гипотонию).

Не стоит впадать в крайности, становиться «рабом тонометра», измеряя АД постоянно, по самому незначительному поводу. Это может привести к нервному перенапряжению, что само по себе отрицательно скажется на течении заболевания. К нам иногда приходят такие тревожные пациенты, на прием они приносят огромные «амбарные» тетради, которые содержат несколько десятков, а иногда почти сотню измерений в течение дня, сделанных «по каждому чиху». Откровенно говоря, лечить этих больных нередко приходится с привлечением психотерапевтов.

Когда на фоне приема лекарств нам удастся добиться устойчивого снижения давления на протяжении нескольких месяцев, можно измерять давление реже – 1–2 раза в неделю. Однако нельзя совсем не контролировать АД, даже если прием препаратов долго обеспечивал его хороший уровень.

Со временем чувствительность организма к лекарственным препаратам может снижаться, что вновь приводит к повышению АД. Регулярное самостоятельное измерение АД поможет вовремя распознать момент «ускользания» гипертонии из-под лечебного контроля терапии. В этом случае ваш врач своевременно скорректирует проводимое лечение.

Задание: научитесь правильно измерять артериальное давление и вести дневник самоконтроля. Попросите врача проконтролировать технику измерения, особенно если вы используете ручной тонометр.

## Глава 5

### Откуда берется гипертония?

А ведь действительно, откуда она берется? Большинство пациентов, впервые приходящих на консультацию, хотят найти причину повышения давления, чтобы потом успешно с ней бороться.

К сожалению, если говорить о причинах болезни, то мы можем достоверно найти их только при инфекционных заболеваниях и травмах. В остальных случаях (гипертония, астма, диабет и т. д.) мы понимаем механизмы развития заболевания, но выделить одну причину и «удалить» ее мы пока не в силах.

Так, в большинстве случаев причина гипертонии – это наследственность, умноженная на знакомые всем факторы риска (курение, малоподвижный образ жизни, избыток соли в рационе, стрессы и т. д.). Такое повышение давления называют первичной (эссенциальной) гипертонией, или, в России, гипертонической болезнью.

Однако в 10–15 % случаев все же удастся найти причину повышения давления, а иногда и избавиться от нее полностью. Это так называемые «вторичные», или симптоматические, гипертонии. Когда мы работаем с пациентами, то обязательно вспоминаем о возможности этих заболеваний, тогда назначаем специальные дополнительные обследования, чтобы как можно быстрее поставить диагноз и назначить специфическое лечение. Давайте поговорим подробнее об этих болезнях.

### Синдром обструктивного апноэ сна

Как это ни странно, самой частой причиной вторичной гипертонии становится храп. Правда, не простой храп, а храп с остановкой дыхания. Все знают таких людей, они храпят-храпят, а потом у них останавливается дыхание. Тишина длится несколько секунд, и снова человек захрапел. Так вот, это не просто дурная привычка, а симптом очень серьезного заболевания, которые называют синдромом обструктивного апноэ сна. Что такое апноэ? Это по-гречески «остановка дыхания». Спадаются стенки верхних дыхательных путей, останавливается дыхание, мозг не получает кислород, и человек просыпается. Просыпается для того, чтобы «включить» дыхательный центр, снова начать дышать. Чаще всего он просыпается не до конца и утром не вспомнит про свои микропробуждения, но такой рваный сон с нарушением кровоснабжения мозга становится причиной повышения давления и нарушений сердечного ритма, вплоть до жизнеугрожающих аритмий. Утром эти люди просыпаются невыспавшимися, днем их клонит в сон, нередко они засыпают в общественных местах и даже за рулем. Пожалуйста, запомните, если вы или ваш близкий человек храпит – это повод, чтобы привлечь внимание врача к этой проблеме. Этим пациентов обязательно нужно обследовать, им выполняют специальное исследование – во время сна регистрируют основные жизненные показатели: частоту дыхания, пульса, ритм сердца, мышечные движения стенки гортани, которые отвечают за храп, насыщение крови кислородом. И если этих эпизодов остановки дыхания много, то врач может порекомендовать использование специального прибора, который называется СИПАП. В переводе с английского это «постоянное положительное давление воздуха в дыхательных путях». Это специальный приборчик, который

ставится на прикроватную тумбочку, надевается маска на лицо, и пациент с этой маской спит всю ночь. Воздух «пробивает» дыхательные пути, в результате чего исчезают храп и остановки дыхания, а давление нередко нормализуется либо же значительно уменьшается тяжесть гипертонии. Но с этой маской нужно будет спать всю оставшуюся жизнь.

## Лекарства, повышающие давление

Нередко врачи или сами пациенты становятся авторами либо соавторами гипертонии. Среди тех препаратов, которые могут повышать давление, важно отметить несколько групп.

Прежде всего это так называемые нестероидные противовоспалительные препараты. Обезболивающие препараты принимает сегодня каждый второй. Ибупрофен, диклофенак, мелоксикам и так далее. Они все обезболивают, уменьшают воспаление, но нарушают равновесие между системами, повышающими и снижающими артериальное давление. Проще говоря, в качестве побочного эффекта они блокируют одну из «противогипертонических» систем организма и тем самым могут увеличивать тяжесть гипертонии. Здесь мораль такая – по возможности нужно ограничивать прием этих препаратов. Но если вы их принимаете, то обязательно надо информировать об этом врача. Потому что пациенты, придя на прием к терапевту или кардиологу, не считают важным сообщить, что они годами принимают обезболивающие препараты. Врач обычно на приеме задает вопросы: «Чем вы еще болеете? Какие лекарства принимаете?» А пациент не говорит про обезболивающие, потому что считает, что болит коленка давно, таблетки пьет давно, несерьезно этой проблемой загружать кардиолога. Времени мало, я пришел на прием по другому поводу и зачем буду отвлекать врача своей коленкой? Поэтому я всегда учу студентов и ординаторов: задавайте активно вопрос: «А принимаете ли вы обезболивающие препараты?»

Вторая группа препаратов, которые очень часто используют пациенты и в приеме которых они никогда не признаются, это капли в нос. Очень много людей с аллергическим риносинуситом, искривленной перегородкой носа, с полипами в носу, которые, вместо того чтобы лечиться у ЛОР-врача, использовать нормальные препараты, лечиться хирургически, годами используют сосудосуживающие препараты – нафтизин, галазолин и так далее. По инструкции эти препараты больше 5 дней принимать нельзя. Они вызывают привыкание, перестают действовать на уровне носа, но начинают действовать на сосудистую систему, являясь стимуляторами рецепторов к адреналину. В итоге вместо лечения насморка развивается повышение давления, частоты пульса, аритмии и т. д. Хотя, казалось бы, какая ерунда – капли в нос! Если вы используете длительно эти препараты, идите каяться к своему врачу. И обязательно надо решать эту проблему с ЛОР-врачами. Если есть аллергический риносинусит, то препараты выбора – назальные кортикостероиды. Это местные гормоны, но это гораздо меньшее зло, чем сосудосуживающие капли в нос.

Третья группа препаратов – это оральные контрацептивы. Многие современные препараты безопасны, но тем не менее нужно говорить врачу, что именно вы принимаете, так как некоторые из них задерживают жидкость.

## Биологически активные добавки

Наши люди принимают огромное количество БАДов, совершенно не задумываясь, что туда входит. Нормальный и современный врач никогда не порекомендует БАДы. Это не лекарства, это в лучшем случае пустышки, в худшем – неизученные и, возможно, небезопасные соединения,

способные нанести серьезный вред организму. Врач не имеет право их назначать. Любого врача в Америке лишат лицензии, если он назначит БАДы. Действительно, полбеда было бы, если бы БАДы были просто бесполезны и безвредны, в конце концов, каждый сам решает, на что ему тратить деньги. Но, к сожалению, сплошь и рядом в состав БАДов попадают вещества, которые обладают свойством повышать давление. Например, многие помнят обман планетарного масштаба под названием Гербалайф. У них был комплекс, который назывался Энерджи. Это БАД, который содержал эфедрю – стимулятор, запрещенный препарат, который вызывает привыкание и повышает давление. Есть БАДы, которые позиционируются как легочные препараты и содержат лакрицу. Они также закономерно повышают давление.

БАДы для похудения – это отдельная, совершенно чудовищная отрасль «БАДопроизводства». Ожирение – это баланс между тем, что мы съедаем, и тем, что мы расходует, есть «школьный» закон сохранения энергии, который, как бы нам ни хотелось, обмануть невозможно. Есть то, что мы потребляем, есть то, что мы сжигаем. Каким образом БАДы могут изменить это соотношение? Они, по-видимому, могут попытаться либо снизить аппетит, либо увеличить сжигание жиров. А за счет чего это можно сделать? Самый простой, самый криминальный способ – добавление искусственных гормонов щитовидной железы. Есть такое заболевание – диффузный токсический зоб, которое сопровождается повышенной выработкой гормона щитовидной железы – тироксина. Заболевание очень тяжелое, иногда смертельное, которое одним из симптомов имеет снижение веса. Добавь в состав БАДа препарат тироксина – и вес снизится, но долго такой человек не проживет. Иногда в БАДы добавляют препараты сибутрамина. Это известная молекула, которая используется для похудения, но в Европе и Америке было доказано, что препарат увеличивает вероятность инсультов. А в БАДы его до сих пор добавляют. БАДы для лечения суставов могут содержать в себе те же противовоспалительные препараты, которые повышают давление. Поэтому мы обязательно интересуемся у пациентов, принимают ли они какие-то БАДы, стараемся объяснить, что мы даже проверить не можем, что туда входит. И всегда должны рассматривать любые БАДы как возможную причину повышения давления.

Кстати, любителям лечения травами и прочими природными средствами напомним, что в русском языке «травя» – слово однокоренное к слову «отравя». До сегодняшнего дня в медицине сохранилось несколько препаратов, которые по старинке делают из растительного сырья (дигоксин, колхицин, винкристин). Но эти препараты, как правило, достаточно токсичны и очень капризны и сложны для применения. И я категорически против идеи, что натуральные препараты гораздо более безопасны, чем химические.

## Энергетики

Даже производители не скрывают, что энергетики – это психостимуляторы, содержащие кофеин, таурин, а следовательно, способные повышать давление. Причем иногда повышение давления – это самое малое зло.

Пришел как-то на прием водитель-дальнобойщик. Во время прохождения водительской медкомиссии у него на кардиограмме выявили нарушения ритма, и его направили на 24-часовое (холтеровское) мониторирование ЭКГ. Когда результаты мониторирования проанализировали, то обнаружили эпизоды желудочковой тахикардии – очень серьезного и жизнеугрожающего нарушения ритма. Обычно оно встречается у людей с очень тяжелым поражением сердца. Мы провели ему почти весь спектр исследований, которыми располагает современная кардиология: сделали магнитно-резонансную томографию, радиоизотопное исследование,

электрофизиологическое обследование, только что не сделали биопсию миокарда. В результате никаких явных отклонений и признаков болезней не нашли. И когда стали еще раз анализировать историю заболевания, то решили, что к таким нарушениям ритма могло привести употребление энергетиков. Он пил их по несколько банок ежедневно!

## Почечная гипертензия

Почки – один из важнейших органов – регуляторов артериального давления. Соответственно некоторые хронические заболевания, сопровождающиеся поражением почек, такие, как сахарный диабет, подагра, гломерулонефрит, могут приводить к повышению давления. Еще одна причина «почечной гипертензии» – сужение (стеноз) почечных артерий. Для того чтобы почки нормально работали, к ним должно притекать достаточное количество крови. Иногда на фоне тяжелого атеросклероза в почечных артериях с одной или двух сторон появляется атеросклеротическая бляшка, которая сужает просвет почечной артерии. Почки говорят, что им не хватает кислорода, и считают, что давление в кровеносной системе упало, а значит, его надо повысить. Они вырабатывают гормон, который называется ренин. Он, в свою очередь, через «посредника», который называется ангиотензин II, «толкает в бок» надпочечник. Надпочечник вырабатывает гормон альдостерон, который и приводит к повышению артериального давления. Но, несмотря на повышенное давление, просвет почечной артерии как был узким, так и остался. Почки опять говорят, что им не хватает кровотока. И вот этот порочный круг замыкается. Это одна из самых тяжелых форм гипертензии. Почечная гипертензия, как правило, носит злокачественный характер, давление, особенно диастолическое, снижается очень плохо. Стеноз почечных артерий чаще всего бывает у пожилых курильщиков, поскольку именно курение является самым мощным стимулятором развития атеросклероза.

Если ваша гипертензия становится более тяжелой, перестает поддаваться терапии, тогда обязательно нужно идти к врачу и выяснять, не развился ли стеноз почечных артерий. Для выявления этой болезни делают сначала ультразвуковое исследование, а лучше компьютерную томографию почечных артерий. Иногда для лечения такой гипертензии в просвет сосуда ставят стент – специальную металлическую «пружинку», которая восстанавливает просвет сосуда.

Мне 44 года, меня беспокоит повышение АД до 160/105 мм рт. ст. Два месяца назад проходила обследование. На УЗИ сосудов почек обнаружено «повышение линейной скорости кровотока в проксимальных отделах правой почечной артерии, больше в области ворот правой почки (признаки гемодинамически незначимого стеноза 50–70 %)). Может ли это быть причиной гипертензии и что делать дальше?



Стеноз почечных артерий на 50–70 % может быть вполне гемодинамически значимым. Следующий шаг при получении такого заключения – мультиспиральная компьютерная томография почечных артерий. Если сужение почечной артерии подтвердится, вам может быть предложена небольшая операция – расширение почечной артерии с установкой стента (специальной металлической конструкции).

## Эндокринные (гормональные) гипертонии

Иногда повышение давления бывает связано с избытком каких-то гормонов. Одно из самых частых эндокринных заболеваний – это заболевание щитовидной железы – тиреотоксикоз. Чтобы его распознать, проводят исследование тиреотропного гормона (ТТГ) в крови. Отклонение уровня ТТГ однозначно свидетельствует о патологии щитовидной железы. Кстати, во многих странах для раннего выявления этих болезней анализ на ТТГ рекомендуется делать 1 раз в 5 лет даже здоровым людям. А вот УЗИ щитовидной железы просто так делать бессмысленно. Ультразвуковое исследование совершенно не отражает функцию органа.

Главный эндокринный орган, который участвует в регуляции давления, это надпочечники. В них вырабатывается три гормона, точнее, три группы гормонов, каждая из которых может повышать давление.

Первый гормон – это альдостерон, второй – кортизол, третья группа – адреналин и норадреналин. Из клеток, вырабатывающих эти гормоны, могут развиваться доброкачественные опухоли, в этом случае выработка гормонов увеличивается в десятки раз.

Если возникает избыток кортизола, это называется синдром Кушинга (гиперкортицизм). У таких пациентов резко увеличивается масса тела, на коже живота появляются багровые полосы – стрии, часто развивается сахарный диабет. Как правило, эту болезнь распознают довольно быстро, так как изменения внешности – это один из обязательных симптомов. Для диагностики этого заболевания используют анализ суточной мочи на кортизол.

Вторая болезнь, связанная с избыточной работой надпочечников, – это гиперальдостеронизм (избыток альдостерона). Он может быть вызван опухолью (альдостеромой) или гиперплазией (разрастанием ткани) надпочечника. Болезнь распознается очень непросто, поскольку помимо повышения давления у нее практически нет симптомов. В тяжелых случаях, особенно на фоне лечения мочегонными препаратами, может развиваться мышечная слабость. Иногда заподозрить гиперальдостеронизм можно по низкому уровню калия в биохимическом анализе крови, которые обязательно делают гипертоникам.

Наконец, феохромоцитома – опухоль мозгового слоя надпочечников, связанная с избыточным высвобождением адреналина или норадреналина. Чаще всего эта болезнь проявляется тяжелыми гипертоническими кризами с сильной головной болью, сердцебиением, потливостью; давление в этот момент резко повышается до 200–250 мм рт. ст. Потом давление резко падает. Нередко такой приступ заканчивается обильным мочеиспусканием. Надо сказать, что клиническая картина очень похожа на приступ паники (паническая атака). Именно поэтому такие пациенты иногда долго и безуспешно лечатся у психотерапевтов и даже психиатров. Диагностика феохромоцитомы довольно проста: нужно исследовать уровень метанефринов в моче; нормальный результат позволяет почти на 99 % исключить диагноз.

А вот компьютерную томографию надпочечников нужно делать только в том случае, когда из лаборатории пришел ответ об избытке того или иного гормона. Начинать диагностику с КТ надпочечников не нужно. Во-первых, ряд гормональных заболеваний имеют неопухолевую форму, на КТ мы их просто не увидим. С другой стороны, около 5 % здоровых людей имеют небольшие, гормонально неактивные образования в надпочечниках. И обнаруживать их совершенно ни к чему. Они не растут, не являются причиной гипертонии и совершенно не влияют



на продолжительность жизни. Нередко случайное обнаружение таких образований становится лишь причиной невротического расстройства.

Пациенты с эндокринными гипертониями, как правило, надолго остаются в памяти врача, поскольку болезнь протекает уж очень причудливо и, как правило, совершенно не укладывается в наши классические представления о гипертонии. Как правило, всех очень удивляет прекрасная переносимость высокого давления у этих больных. Например, мой первый пациент, 43-летний мужчина с альдостероновой опухолью надпочечника и давлением 260/160 мм рт. ст., чувствовал себя настолько хорошо, что подписал контракт для работы лесорубом на Аляске. Вторая пациентка, молодая 30-летняя женщина, ходила с давлением 240/140 как минимум два года. Хорошее самочувствие и практически полное отсутствие симптомов позволили ей даже «полечиться» у филиппинских хилеров, которые убедили ее в том, что опухоль исчезла. Через полгода все же в нашей клинике ей успешно провели операцию и полностью избавили от гипертонии.

Здравствуйте! Моей дочери 16 лет. Рост 171 см, вес 53 кг. С детства повышается давление. Четыре месяца назад стали беспокоить головная боль, тошнота, иногда рвота, давление поднимается до 170/110 мм рт. ст. Лежала в больнице, назначили энап 5 мг в сутки – выписали больницы, а улучшения нет. Сделали МРТ головного мозга, обнаружили микроаденому в гипофизе (4 мм), гормоны все в норме, сказали, что показаний для операции нет. Принимает от давления энап с конкором – без эффекта, давление все равно повышается до 160/100 мм рт. ст.

Подскажите, пожалуйста, из-за чего держится такое давление и почему не помогают препараты?



С этой ситуацией надо разбираться очно. Почти наверняка в 16 лет гипертония не самостоятельная болезнь, а симптом какого-то заболевания или побочная реакция на прием каких-то препаратов (веществ). Обратитесь в хороший федеральный центр для дообследования.

## Глава 6

### Какие обследования нужны гипертонику?

Мы с вами уже договорились, что чаще всего мы не сможем определенно ответить на вопрос: «Откуда у меня взялась гипертония», поэтому основные исследования будут направлены не на выяснение причины гипертонии, а на оценку поражения так называемых «органов-мишеней». Проще говоря, нам очень важно оценить, какие разрушения гипертония уже произвела в организме до нашего эффектного появления. Кроме того, мы должны найти и другие факторы риска – те самые блоки, на которых стоит дом, в котором живет болезнь. Все эти исследования в конечном итоге становятся ключом к выбору препаратов для лечения.

Главное исследование, которое нужно гипертонику, – это биохимический анализ крови. Эта та самая вешалка, с которой начинается наш театр. Первое, на что мы смотрим в биохимическом анализе крови, – липидный спектр. Многие знают, что любому здоровому человеку нужно время от времени определять уровень общего холестерина, но для гипертоника этого недостаточно. Пациенту с высоким давлением нужно отдельно определить «хороший» и «плохой» холестерин.

«Плохой холестерин» на шершавом языке лабораторной диагностики называется ЛНП – липопротеиды низкой плотности. Именно этот показатель во всем мире принят как самый главный показатель жирового обмена. Вы уже сделали этот анализ? Тогда проверяйте свои показатели (для этого вам понадобится бланк с последним анализом и шкала SCORE, которую мы обсуждали в начале книги).

### **Целевые значения липопротеидов низкой плотности (холестерина-ЛНП)**

- Низкий и умеренный риск осложнений (балл по SCORE  $\leq 5$ )  $< 3,0$  ммоль/л
- Высокий риск осложнений (балл по SCORE  $> 5$ , но  $\leq 10$ )  $< 2,5$  ммоль/л
- Очень высокий риск осложнений (балл по SCORE  $> 10$ , ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет)  $< 1,8$  ммоль/л

Оценив показатели липидного спектра, мы решаем, насколько серьезно надо менять питание, а также стоит ли назначать специальные холестерин-снижающие препараты – статины.

Мы недавно обсуждали, что почки – это один из основных органов – регуляторов давления, а заболевания почек могут быть причиной тяжелой гипертонии. Но с другой стороны, почки и сами являются органом-мишенью при повышенном давлении, т. е. любая длительно существующая гипертония может повреждать почки. Для определения функции почек используют определение уровня креатинина. Это белок, который выделяется из организма исключительно почками, соответственно, если почки работают плохо, то концентрация креатинина повышается – развивается почечная недостаточность. Из показателя креатинина по специальной формуле рассчитывают скорость клубочковой фильтрации. Если вы увидели на бланке лаборатории буквы СКФ, это и есть расчетная функция почек. В норме она должна быть не меньше 80 %. С возрастом и при поражении почек происходит ее снижение.

Следующий очень важный показатель биохимического анализа крови – это глюкоза (в народе – сахар крови). Нормальным значением глюкозы для венозной крови считают уровень  $< 5,6$  ммоль/л. Если глюкоза находится в интервале 5,6–6,9, то это так называемый преддиабет. В этой ситуации врач, как правило, назначает анализ крови на гликозилированный гемоглобин и тест на переносимость глюкозы. Уровень глюкозы натощак 7,0 ммоль/л и более означает наличие сахарного диабета. Мы обсуждали, что гипертония не имеет симптомов. Точно так же и сахарный диабет 2-го типа, который нередко бывает у людей старшего возраста, особенно страдающих ожирением, долгое время протекает бессимптомно.

Дальше мы обязательно смотрим уровень электролитов, главным образом калия. Высокий калий может быть у пациентов с почечной недостаточностью; низкий калий может быть следствием неправильного использования мочегонных диуретиков, а также гиперальдостеронизма – редкого заболевания, вызванного избытком гормона надпочечников – альдостерона.

Анализ крови на мочевую кислоту позволяет исключить подагру в качестве причины гипертонии. Подагра – это заболевание с наследственной предрасположенностью, которое провоцируется употреблением большого количества мясных и рыбных продуктов. Все хорошо знают, что подагра



вызывает воспаление суставов, но, в конце концов, от болей в суставах никто не умирает. Проблема в том, что избыток солей мочевой кислоты откладывается в почках и развивается так называемая «подагрическая почка». Она тоже может быть сама по себе причиной тяжелой артериальной гипертензии.

Все эти изменения покажет нам биохимический анализ крови.

Очень простой, но важный анализ, дающий очень ценную информацию о состоянии почек, – это **общий анализ мочи**. При серьезном повреждении почек в моче появляются белок, эритроциты, лейкоциты.

Есть еще одно, весьма нужное, исследование мочи, которое должно быть обязательным для всех пациентов с гипертензией и диабетом, но в России, к сожалению, мало где делается. Это определение **микроальбуминурии**.

Альбумин – это самый маленький белок. Когда почки повреждаются, в мембране клубочков появляются дырочки. И через эти дырочки начинает проникать белок, который в норме в моче быть не должен. И первым, разумеется, выходит самый маленький белок – альбумин. И вот небольшое количество этого белка мы можем определить специальным анализом.

Но на самом деле определение микроальбуминурии – это не только диагностика раннего повреждения почек, это признак поражения всех сосудов. Дело в том, что когда «дырочки» появляются в выстилке почечных клубочков, то такие же повреждения возникают во всех сосудах организма. Это состояние называют эндотелиальной дисфункцией. Эндотелий – это внутренний слой всех сосудов, а состояние эндотелия определяет их тонус, склонность к тромбозам, образованию холестериновых бляшек и т. д.

**Общий анализ крови** нужен гипертонику для того, чтобы исключить редкие заболевания, сопровождающиеся повышением уровня гемоглобина. Это тоже может быть причиной гипертензии.

Людям старше 35 лет мы рекомендуем сдавать анализ на тиреотропный гормон (ТТГ), который отражает функцию щитовидной железы. Даже если к нам приходит гипертоник без явных признаков заболевания щитовидной железы, мы все равно просим его сделать этот анализ. Дело в том, что нарушения функции щитовидной железы, чаще всего это ее снижение (гипотиреоз), на первых порах может протекать бессимптомно. Тест очень простой и дешевый, но он очень информативный.

**Электрокардиограмма** – это запись электрических сигналов, которые возникают при сокращениях сердца.

Это исследование позволяет оценить частоту сокращений и ритм сердца, предположить увеличение размеров различных отделов сердца, увидеть следы перенесенного инфаркта миокарда.

Чаще всего на кардиограмме гипертоника мы можем увидеть так называемую «гипертрофию левого желудочка». Давайте разберемся, что это такое. Представьте себе красивые, рельефные мышцы спортсмена, по сути своей это и есть гипертрофия – увеличение размера мышечной массы на фоне длительной высокой физической нагрузки. То же самое происходит и с сердцем, работающим под высоким давлением. Основная камера сердца, левый желудочек, начинает

утолщаться, это и называют гипертрофией левого желудочка. В гипертрофированном сердце чаще возникают нарушения ритма, но самое неприятное то, что, когда сердце под большой нагрузкой больше не может увеличиваться в размерах, возникает сердечная недостаточность.

Если мы увидели на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, то следующим этапом выполняют **эхокардиографию** (Эхо-КГ). Это более сложный и дорогостоящий метод, но он позволяет с точностью до миллиметра измерить толщину стенок. Кроме того, это исследование позволяет получить информацию о размерах, строении и движении всех отделов сердца (его камер, стенок, клапанов), а также о характере и скорости движения крови в сердце и крупных сосудах. Эхокардиография дает возможность выявить нарушения процессов сокращения и расслабления сердца, поражения клапанов и пороки сердца, оценить насосную функцию.

Очень полезное исследование, которое весьма рекомендуется делать всем людям с повышенным давлением, – это **ультразвуковое исследование сонных артерий**. Дело в том, что один из органов-мишеней, закономерно страдающий от повышенного давления, – это головной мозг. Он кровоснабжается четырьмя основными артериями – двумя сонными и двумя позвоночными артериями. Позвоночные артерии увидеть сложно, сонные артерии увидеть гораздо проще. Они прощупываются поверхностно, можно поставить ультразвуковой датчик и оценить состояние артерии. И если мы видим утолщение стенки сонной артерии, это говорит о том, что уже меняется состояние сосудов, начинает формироваться атеросклеротическая бляшка, а значит, у этого пациента увеличивается риск инсульта.

Для чего нужно выявить поражение органов-мишеней? Чтобы увидеть самые уязвимые места. Ведь, как известно, где тонко, там и рвется. Если мы своевременно увидим проблему, то сможем спланировать лечение таким образом, чтобы насколько возможно замедлить, а иногда и пустить вспять течение болезни.

Нередко гипертоникам делают **ультразвуковое исследование почек**. Нельзя сказать, что это уж очень ценный метод исследования, ведь функцию почек мы уже оценили при помощи лабораторных анализов. Но и некоторые анатомические изменения иногда могут быть причиной повышения давления. Например, есть такое редкое наследственное заболевание – поликистоз почек, которым болеют в основном мужчины. По непонятным причинам почки начинают «надуваться» кистами, как воздушными пузырями. Кисты вытесняют нормальную ткань почки, и развивается тяжелая почечная недостаточность и тяжелая гипертензия.

И еще вспомним об одном методе исследования. Мы уже обсудили с вами, как измерять давление ручным, автоматическим аппаратами. Иногда врачу этой информации не хватает, и тогда для того, чтобы увидеть, как давление ведет себя в течение суток, мы проводим **суточное мониторирование АД**.

Мониторирование АД позволяет подтвердить диагноз артериальной гипертензии и установить ее характер, выяснить особенности повышения АД и его изменения в течение суток, выявить реакцию АД на различные раздражители (эмоциональные и физические нагрузки), оценить эффективность проводимого лечения.

На вас наденут прибор, напоминающий портативный аудиоплеер (если кто-то еще помнит, что это такое), и манжету на одно плечо. Этот прибор вы будете носить, не снимая, в течение целых суток. Каждые 15–30 мин прибор будет автоматически измерять АД. При необходимости вы сможете дополнительно измерить АД самостоятельно, нажав кнопку на корпусе прибора. Вас

попросят на протяжении исследования вести краткий дневник, в котором вы будете отмечать характер физической и эмоциональной активности в тот или иной период.

Метод суточного мониторинга очень полезен, особенно в дебюте гипертонии. Вот, например, приходят ко мне молодые люди 20–30 лет, которые случайно намерили у себя повышенное давление. Они взволнованы: «У меня гипертония?» И для того, чтобы подтвердить или опровергнуть заболевание, мы проводим суточное мониторирование. Это очень быстро и наглядно.

Вот такой нехитрый, но обязательный набор обследований для гипертоника.

Впрочем, если гипертония имеет тяжелое течение, если врач заподозрит вторичную гипертензию, то в этих случаях мы проводим компьютерную томографию почечных артерий, надпочечников, делаем специальные гормональные тесты, ангиографию и радиоизотопные исследования.

– Не надо ли мне лечь на обследование? – с этим вопросом обращается каждый второй пациент.

– Не надо. Гипертония – это амбулаторное заболевание. Все основные обследования достаточно незамысловаты и без труда проводятся в условиях любой поликлиники или диагностического центра. Ну а лечение (об этом мы поговорим чуть позже) – это постоянный, пожизненный прием таблеток. Иногда пациенты обижаются: «Пить таблетки я и дома могу!» Гипертонию и нужно лечить дома – измерять давление и принимать таблетки. Ни капельницами, ни уколами в XXI веке повышенное давление не лечат.

Раньше считалось, что гипертоническая болезнь встречается после 40–50 лет, т. е. это болезнь второй половины жизни. И если к нам приходил молодой гипертоник, то мы всегда его очень подробно обследовали и тщательно искали причину. Может быть, это почечная гипертония, может быть, это заболевание надпочечников? И очень удивлялись, когда не находили. Сейчас, в XXI веке, мы видим, что гипертония, та самая гипертония наших бабушек, очень молодеет. И уже нередко с высоким давлением приходят очень молодые люди. Почему в 25 лет они болеют гипертонической болезнью? В первую очередь это связано с ростом традиционных факторов риска – курение, ожирение, стрессы.

Можно ли лечить гипертонию без таблеток? Об этом поговорим в следующей главе.



Меня часто спрашивают, какие исследования нужно сделать, прежде чем прийти на первичный прием по поводу гипертонии.

Записывайте:

- Клинический анализ крови.
- Биохимический анализ крови, в т. ч. липидный спектр: (общий холестерин, холестерин – ЛНП, холестерин – ЛВП, триглицериды), креатинин, глюкоза, мочевая кислота, калий.
- Гликозилированный гемоглобин (если у вас сахарный диабет).

- Общий анализ мочи и определение микроальбуминурии.
- Электрокардиограмма.

## Глава 7

### Нелекарственные методы лечения гипертензии

Нередко к нам приходят молодые люди, которые случайно обнаружили у себя повышенное давление. Заболела голова, и они решили измерить давление либо просто решили проверить бабушкин тонометр. И вот у них давление выше, чем 140 на 90. Они прибегают в панике: «Доктор, у меня гипертензия!» И, прежде чем бросаться их обследовать, чтобы выяснить, откуда в таком молодом возрасте гипертензия, нужно понять – а есть ли она вообще? Для того чтобы это понять, надо обзавестись домашним аппаратом и, согласно правилам, в одно и то же время, не сразу после работы, не после курения, измерять давление и вести дневник. Либо обратиться к врачу для проведения суточного мониторирования АД. И если среднее значение уже повышено, тогда мы начинаем лечение. Решение о начале терапии принимается в зависимости от того, какие у нас есть факторы риска. У молодых людей – от 20 до 40 лет – в лечении гипертензии колоссальную роль играет попытка немедикаментозного лечения, то есть модификация образа жизни.



Немедикаментозная программа снижения АД рекомендуется всем пациентам независимо от тяжести гипертензии и необходимости применения лекарственных препаратов.

При нетяжелой (до 160/100 мм рт. ст.) и неосложненной гипертензии (пока не развились инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения или почечная недостаточность) у больных без сопутствующих заболеваний и факторов риска лечение следует начинать с нелекарственных методов. Продолжительность немедикаментозного лечения до перехода на лекарственные средства иногда может достигать до 6–12 мес. в зависимости от эффективности нелекарственных методов и влияния сопутствующих заболеваний. Однако даже после назначения лекарств немедикаментозное лечение нужно продолжать. Это обычно позволяет повысить эффективность терапии, обойтись меньшими дозами лекарственных препаратов, и тем самым снижается вероятность нежелательных эффектов лекарств.

*При гипертензии доказана эффективность следующих мер:*

- Похудение при избыточной массе тела.
- Ограничение употребления алкоголя.
- Повышение физической активности (борьба с малоподвижностью).
- Уменьшение потребления натрия с пищей (главным образом поваренной соли).
- Поддержание нормального поступления в организм калия, кальция и магния.
- Прекращение курения.

- Уменьшение потребления продуктов, содержащих насыщенные жиры и холестерин, и увеличение количества в рационе свежих овощей и фруктов.

## Снижение веса

Один из самых сложных факторов, на который очень тяжело воздействовать, – это избыточный вес. Большинство пациентов видят в своем ожирении две причины: наследственность («У нас в семье все такие!») и некие гормональные нарушения («Это у меня что-то эндокринное»). На самом деле генетический фактор действительно играет важную роль. Однако любую наследственную предрасположенность можно реализовать, а можно не реализовать, то есть, говоря простыми словами, для того, чтобы растолстеть, генетика всегда должна подкрепляться хорошей тарелочкой с пирожным.

Ожирение развивается не только потому, что какие-то гены так распорядились, а потому, что в семье принято много есть, много вкусно готовить, не вставать из-за стола, пока ты все не съешь. Семейные национальные традиции, к сожалению, часто вносят большой вклад в проблему.

Помню, мне звонит коллега – представительница кавказских республик: «Антон, можно тебе отправить пациентку? Ей 47 лет, у нее гипертония. Только она полноватая, но ты ей не говори, что ей нужно похудеть! Ни в коем случае! Потому что у них считается, что, если жена худая – это позор для мужа, что он не может ее прокормить».

Вот что такое семейная предрасположенность. В таких случаях я всегда вспоминаю слова Плисецкой, которая на вопрос, как ей удастся сохранить себя в такой форме, ответила: «Сижу не жрамши!»

И в Ленинградскую блокаду толстых не было. Не очень хороший образ, конечно... Но из ничего энергия не берется!

Для того чтобы узнать, есть ли у вас избыточная масса тела, нужно рассчитать показатель «индекс массы тела» (ИМТ).

**ИМТ = масса тела (кг) / рост (м<sup>2</sup>)**

Например, если ваша масса тела 75 кг, а рост 176 см, то

**ИМТ = 75 / (1,76×1,76) = 24,2**

## ИМТ и Риск для здоровья

- **Менее 18,5** – Пониженная масса тела. При таких значениях ИМТ следует поправиться, так как дефицит массы тела, так же как и ее избыток, неблагоприятно влияет на здоровье, особенно у женщин, планирующих беременность.
- **18,5–24,9** – Нормальная («идеальная») масса тела. Беспокоиться не о чем.
- **25–29,9** – Избыточная масса тела. Хотя и небольшой, но риск развития осложнений есть. Необходимо задуматься о диете и физической активности.

- **30–39,9** – Ожирение. Риск для здоровья повышен. Следует обратиться к врачу для обследования и составления индивидуальных программ похудения (диета, физические нагрузки).
- **Более 40** – Выраженное ожирение. Риск для здоровья очень высокий. Следует незамедлительно обратиться к врачу для разработки индивидуальной программы снижения массы тела (диета, физические нагрузки, лекарственная терапия, хирургическое лечение).

Помимо собственно увеличения массы тела для здоровья важно распределение жировой ткани. Если жир накапливается между внутренними органами, то фигура человека становится похожа на яблоко (верхний тип ожирения). Этот тип наиболее свойствен мужчинам и очень неблагоприятен для здоровья, указывая на высокий риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Другой тип накопления жировой ткани – отложение жира в области ягодиц и бедер, при этом фигура становится похожа на грушу (нижний тип ожирения). Этот тип наиболее свойствен женщинам, при нем повышается риск заболеваний позвоночника, суставов и вен нижних конечностей.

Поэтому еще одним показателем ожирения считается увеличение объема талии: у женщин объем талии не должен превышать 88 см, у мужчин – 102 см.

Уменьшение избыточной массы тела уже само по себе сопровождается снижением АД: избавление от 5 кг лишней массы приводит к снижению систолического АД на 5–7 мм рт. ст., а диастолического – на 2,5–4 мм рт. ст.

Кроме того, снижение массы тела уменьшает риск сахарного диабета, ишемической болезни сердца и некоторых онкологических заболеваний.

Нам не очень нравится слово «диета». Когда мы обсуждаем с пациентами способы лечения, то мы говорим не о диете. Ведь диета в русском языке употребляется с глаголом «сидеть». Раз можно на диету сесть, то, значит, с нее можно встать. Поэтому мы говорим пациентам не о диете, а об изменении пищевого поведения.

Никуда не деться от простого правила: чем больше калорий поступает, тем больше вероятность, что эти калории отложатся не там, где нужно. Когда приходят пациентки и я начинаю их расспрашивать: «Как же вы дошли до жизни такой?», они мне отвечают: «Я же ничего совершенно не ем! Вы бы посмотрели, как «жрут» тетки у нас на работе!» Вот так эталон пищевого поведения!

Второе золотое правило – это ограничение животных жиров. Меньше мяса, больше рыбы! Овощи и фрукты в неограниченном количестве!

Кстати, постное питание, или вегетарианское питание, не всегда обозначает, что оно низкокалорийное. Многие люди воспринимают пост как особый вид диеты и возможность похудеть. Ничего подобного. Картошка и бобы – продукты очень калорийные. Поэтому смотрите на калорийность того или иного продукта!

Страшное с точки зрения набора веса – это перекусы. Мы не обращаем внимание и не воспринимаем как еду шоколадки, конфетки, булочки, орешки, семечки, проглатываемые между делом... Сидим перед телевизором и не глядя отправляем в рот «печеньки». Эти вроде мелочи, почему-то они не откладываются у нас в голове, но они очень хорошо откладываются в подкожно-

жировой клетчатке. Именно поэтому для тех пациентов, которые хотят похудеть: снижение веса – это на 90 % работа самого пациента. Врач здесь ограничен в средствах.

Те немногие препараты, которые уменьшают аппетит, к сожалению, оказались небезопасны с точки зрения инсульта. Поэтому надо просто научиться закрывать рот.

Хирургические методы лечения ожирения, например установка баллона внутрь желудка, тоже не панацея. Это всего лишь дисциплинирующие методы лечения. Просто «благодаря» инородному телу в желудке человек не может съесть больше. Хирургия ожирения – это хирургия отчаяния. Не стоит к ней прибегать без крайней необходимости.

Похудеть можно, только имея искреннее желание и много работая над собой. Без желания пациента врач его похудеть не сможет. Таких пациентов, которые готовы работать в этом направлении, мы просим вести пищевой дневник. Каждая крошка еды, каждый орешек, каждый перекус должны быть скрупулезно записаны в тетрадку. И потом, когда мы анализируем с пациентом пищевой дневник, находим те ненужные продукты, на которые пациент не обращает внимание. И я наглядно показываю ему, откуда появляются жировые складки. Потому что чудес не бывает. Из воздуха и от солнца мы не поправляемся.

Та же ситуация с курением. Если человек не хочет сам бросить, я ничего не смогу сделать. Есть таблетки, облегчающие состояние курильщика, но они не решают все проблемы.

Прежде чем бросить курить или начать бороться с ожирением, человек должен понять, зачем ему это нужно. Что он приобретает и что он теряет. Худеющий человек, отказывая себе в какой-то еде, во вкусных штучках, в посиделках, психологически что-то теряет. Это ухудшает его качество жизни. Но только на время! Потом, когда желаемый результат достигнут, жизнь начинает играть новыми красками!

И, конечно, если мы говорим о способах похудения, то нельзя ограничиться только изменением режима питания. Также важна постоянная физическая активность. Калории, которые мы получаем с едой, должны обязательно сжигаться. С одной стороны, важно, сколько вы едите, с другой стороны, важно, сколько вы двигаетесь. Чем больше ешь, тем больше должен двигаться. При любом сердечно-сосудистом заболевании, вплоть до самой тяжелой сердечной недостаточности, движение должно быть обязательно. Для кого-то переворот в постели – это уже движение. А для человека относительно здорового движение должно быть очень активным.

Доказано, что у больных гипертонией регулярные физические упражнения снижают АД на 5–10 мм рт. ст. Однако не всякая физическая нагрузка одинаково полезна. Положительный эффект дают динамические, или изотонические, нагрузки (наиболее естественным видом нагрузки является ходьба), тренирующие выносливость, а статические, или изометрические, нагрузки (поднятие тяжестей и т. д.) больным гипертонией не рекомендуются. При занятиях физическими упражнениями, особенно вначале, необходим тщательный контроль. Нельзя допускать переутомления, ощущения дискомфорта и сильной одышки. Полезно чередование ходьбы с ездой на велосипеде и плаванием. Заниматься физическими упражнениями желательно не менее 40 мин 5 раз в неделю.

## Ограничение поваренной соли

Если говорить об общих принципах питания больных с гипертонией, то одно из первых, на что мы обращаем внимание, – это уменьшение количества соли. Соль – это хлорид натрия, а натрий тянет на себя воду, вызывая задержку жидкости и увеличение ее объема в сосудистом русле. Мы всегда спрашиваем у пациента: досаливаете ли вы пищу? Не секрет, что есть люди, которые, садясь за стол, первое, что делают, совершенно не глядя, солят все подряд. Это классическое гипертоническое поведение. И при прочих равных условиях этот человек скорее станет гипертоником!

### *Как реально уменьшить употребление натрия с пищей?*

Одни люди более чувствительны к поваренной соли, другие менее чувствительны, но в любом случае ее употребление прямо влияет на уровень АД. В небольших количествах поваренная соль необходима для нормального функционирования организма человека, но увеличение потребления соли может оказаться вредным, особенно при артериальной гипертонии. Обычно человек потребляет в сутки около 10 г поваренной соли.

Приготовление пищи с пониженным содержанием соли будет полезно для всех членов семьи. В некоторых случаях при невысоком АД только одно лишь уменьшение потребления поваренной соли уже может привести к нормализации АД. У лиц с более высоким АД эти меры могут способствовать повышению эффективности лечения и уменьшению дозы лекарственных препаратов.

Как реально уменьшить употребление поваренной соли?

Во-первых, не следует добавлять соль в процессе приготовления пищи или держать солонку на столе – соблазн очень велик. Сначала, разумеется, пища будет казаться не очень вкусной, но вскоре вы привыкнете и перестанете замечать недосол.

Во-вторых, используйте больше необработанных пищевых продуктов: свежие овощи, фрукты, рыбу, птицу и мясо, так как они содержат очень небольшое количество соли.

**Высокое содержание натрия** – ветчина, бекон, язык, колбасы, копченая рыба, томатный соус, томатный сок, большинство круп, бисквитов и сыров, оливки, консервированные овощи, пицца, чипсы.

**Умеренное содержание натрия** – хлебобулочные изделия, маргарин, некоторые виды сыров (рикотта), некоторые минеральные воды.

**Низкое содержание натрия** – рис, овес, кофе, чай, фрукты, овощи, картофель, свежие мясо, птица, рыба, отруби, алкогольные напитки.

Узнать о содержании натрия можно, внимательно изучив упаковку: если продукт содержит более 0,2 г натрия на 100 г, то содержание натрия высокое, если менее 0,1 г на 100 г, то содержание натрия низкое.

**При определении содержания натрия на один прием пищи удобно использовать следующие рекомендации:**



Не содержит натрия – <5 мг натрия

Очень низкое содержание натрия – <35 мг натрия

Низкое содержание натрия – <140 мг натрия

Нельзя забывать, что ряд продуктов содержит натрия в виде иных солей (например, бензоат или глутамат натрия), а не только в виде хлорида натрия. Глутамат натрия широко используется в пищевой промышленности для придания вкусовых качеств. В целом глутамат натрия существенно не увеличивает общего потребления натрия. Наоборот, сочетая глутамат натрия с обычной поваренной солью, можно добиться уменьшения потребления натрия почти на 40 % в результате усиления вкуса. Надо отметить, что натрий содержится в ряде лекарственных препаратов, например в некоторых антацидах и антибактериальных препаратах в виде солей. Однако малая продолжительность применения этих препаратов и низкое содержание в них натрия делают их влияние на АД у больных гипертонией маловероятным.

## Снижение холестерина

Помните, мы обсуждали, что одним из факторов, ускоряющих развитие атеросклероза, а значит, умножающих сердечно-сосудистый риск, является повышение холестерина? Если у вас гипертония, обязательно проверяйте холестерин. Если он у вас высокий, то помимо препаратов от давления вам нужно будет принимать препараты, которые называются статины. Но пока поговорим об изменении питания.

Жиры представляют собой незаменимый компонент нормального пищевого рациона человека. Однако потребление жиров в большинстве развитых стран мира превышает разумные пределы, что вызывает ряд негативных последствий, в том числе связанных с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений. Жиры должны составлять не более 30 % общей энергетической ценности пищи, при этом насыщенные жиры – не более 10 %.

Больным гипертонией необходимо уменьшить общее потребление жиров, в первую очередь животных, насыщенных жиров, и увеличить потребление растительных, ненасыщенных жиров. Особенно полезны продукты, богатые омега-3 и омега-6 жирными кислотами. Омега-3 жирные кислоты в большом количестве содержатся в рыбе и рыбьем жире, омега-6 жирные кислоты – в растительных маслах, например в соевом.

Старайтесь покупать продукты с пониженным содержанием жира: молоко и ряженку 1,5 %, кефир 1 и 1,8 %, сметану 10–15 %, обезжиренные творог и йогурты, постные сорта мяса и рыбы. Избегайте жирных продуктов: копченостей, сала, майонеза, маргарина, жирных сортов мяса и рыбы, дорогих жирных сыров (более 40 % жирности), сливочного масла, консервов. Жарьте с минимальным количеством масла или вообще без масла, на сковороде с антипригарным покрытием или на решетке. При приготовлении пищи снимайте кожу с птицы и удаляйте видимый жир с мяса. Старайтесь не заправлять салаты жирной сметаной, майонезом; используйте растительное масло или салатные соусы.

## Еще немного о питании

*Есть ли необходимость в использовании пищевых добавок, содержащих калий, кальций и магний?*

Обычно такой необходимости нет, просто надо сбалансировать свое питание таким образом, чтобы в ежедневный пищевой рацион входило достаточно продуктов, содержащих калий, магний и кальций с малым содержанием натрия. К таким продуктам относятся свежие овощи (спаржа, кукуруза, фасоль, кабачки, картофель, брокколи), свежие фрукты (бананы, апельсины, персики, абрикосы), свежее мясо и рыба, соевая мука и соевый белок и т. д.

*Следует ли больным гипертонией ограничить употребление кофе и напитков, содержащих кофеин?*

Употребление кофе и напитков, содержащих кофеин, рассматривают индивидуально в каждом конкретном случае. В массовых исследованиях до настоящего времени не получены данные о том, что употребление кофе сопровождается увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений у больных гипертонией. Нет также данных о том, что кофе способствует стойкому повышению АД. В то же время у некоторых людей имеется повышенная чувствительность к кофеину, и употребление кофе у них будет сопровождаться кратковременным повышением АД в сочетании с тахикардией и эпизодами нарушений сердечного ритма. Таким людям кофе лучше заменить специальными кофейными напитками, содержащими цикорий, ячмень или рожь.

*Можно ли гипертонику употреблять алкоголь?*

Всегда очень страшно обсуждать эту тему. Я сейчас скажу, что алкоголь в небольших дозах безопасен, а большинство людей тут же воскликнет: «Ура, можно пить!» Строго говоря, взаимосвязь между употреблением алкоголя и сердечно-сосудистыми заболеваниями имеет форму английской буквы «J». Другими словами, при употреблении небольших доз алкоголя риск сердечно-сосудистых заболеваний снижается, а дальше он уже драматически повышается. И эта безопасная доза алкоголя примерно соответствует 50 миллилитрам крепкого алкоголя либо бокалу красного вина. Это дневная порция, и превышать ее нельзя. Но самое важное: если ты не употреблял алкоголь всю неделю, это совершенно не значит, что теперь всю «пропущенную» дозу надо выпить сразу в пятницу или в субботу вечером. Нет, товарищи, «польза» не суммируется. И еще очень важно качество напитков, ведь все эти исследования проводились в странах с хорошей культурой употребления вина, там, где есть гарантированно хороший алкоголь, хорошие закуски. И, конечно, мы никогда не рекомендуем тем, кто никогда не употреблял, начинать пить.

Мы никогда не рассматриваем небольшие дозы алкоголя как метод профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

К сожалению, безопасный порог переступить очень легко. Проблема «недопития» алкоголя в нашей стране не стоит. Поэтому традиционно алкоголь мы все же рассматриваем как фактор, увеличивающий риск сердечно-сосудистых заболеваний. Не запрещаем его совсем, как курение, но просим максимально ограничить его потребление.

Самый неудачный алкогольный напиток для гипертоника – это пиво. Пиво – всегда большой объем потребляемой жидкости, обилие соленой закуски, отеки под утро, риск поражения сердца... Одним словом, пиво – это не для гипертоника.

## Курение

А кстати, почему курение является фактором риска сосудистых болезней? Дело в том, что курение вызывает воспаление сосудов. Вот представьте, что все-все-все сосуды воспалены. Причем это

воспаление не болит, его можно увидеть только специальными анализами. Так вот на эти воспаленные сосуды очень хорошо «ложится» холестерин и образуется бляшка. Поэтому прекращение курения является одним из обязательных условий успешного лечения гипертонии.

Следует ли прекращать курение при длительном стаже курильщика? Обязательно. Доказано, что в любом возрасте, при любом стаже курения отказ от курения пойдет только на пользу. Как бросить курить? Об этом мы обязательно поговорим в следующей книге.

### *Какова роль дыхательных упражнений, йоги, психорелаксации в лечении гипертонии?*

Несомненно, одним из факторов, провоцирующих повышение давления, является хронический стресс – это было известно уже около 100 лет назад. Следовательно, любые методики и упражнения, которые направлены на профилактику стресса, потенциально хороши. Однако считать такие методики единственным методом лечения, а также отказываться от традиционной терапии в тех случаях, когда она нужна, совершенно неразумно.

Мне 55 лет. В течение 2 лет по рекомендации кардиолога и участкового терапевта принимал препарат «лизиноприл» для профилактики повышения давления, давление стабилизировалось на уровне 125–130/80–85 мм рт. ст. Недавно прочитал статью под названием «Руководство сердечника», в которой автор утверждает о нежелательности приема таких препаратов, так как они приведут к инфаркту или инсульту, а предупреждать эти заболевания надо только методикой дыхания. С одной стороны, понятно, что это реклама дыхательных тренажеров! Тем не менее мне хотелось бы услышать ваше мнение о целесообразности применения препаратов типа «лизиноприл».



Мне хорошо известны эти и другие подобные «работы». Это опасное мракобесие и шарлатанство. Проблема даже не в том, что от дыхательных тренажеров мало проку в лечении гипертонии, беда в том, что автор призывает отказываться от лечения, а вот это уже преступление перед пациентами. Ингибиторы АПФ (в т. ч. лизиноприл) спасают миллионы жизней на планете, вашу в том числе.

В Интернете вы можете найти наше открытое письмо «Осторожно, самоздрав».

Задание: еще раз проанализируйте имеющиеся факторы риска, подумайте, как вы можете сами повлиять на них. Рассчитайте индекс массы тела. Если у вас избыточный вес или ожирение, начните вести пищевой дневник.

## Глава 8

### Лекарственное лечение

#### *Нужно ли лечить гипертонию, если я хорошо переношу высокое АД?*

Наиболее распространенное заблуждение – отказ от приема лекарств при хорошей переносимости высокого АД. Следует помнить, что риск осложнений гипертонии (инсульт,

инфаркт миокарда, почечная недостаточность, снижение зрения) одинаково высок как у больных, ощущающих высокое АД (головные боли, головокружения, боли в области сердца), так и у тех, у кого повышение АД не сопровождается появлением каких-либо жалоб. Мировая статистика свидетельствует, что более 50 % людей, имеющих повышенное АД, даже не подозревают об этом. Нередко высокое, а иногда и очень высокое АД становится случайной «находкой» во время планового посещения врача по поводу другого заболевания, при диспансеризации, подготовке к операции и т. п.

Нам приходится часто видеть пациентов, которые при АД 200/110 мм рт. ст. чувствуют себя вполне удовлетворительно, а при повышении до 250/130 мм рт. ст. у них начинает немного болеть голова. Таких больных очень трудно убедить начать лечение, так как они свято верят в то, что для них 200/110 мм рт. ст. – «рабочее давление». Тем не менее и таким больным необходимо снижение АД до нормальных значений, при которых отсутствует риск поражения сердца, головного мозга и почек.



Забудьте о «рабочем давлении»! Хорошая переносимость высокого АД не является основанием для отказа от лечения!

*Нужно ли постоянно принимать препараты, снижающие артериальное давление?*

Гипертония – хроническое заболевание, требующее регулярного лечения. Подобно тому, как больные сахарным диабетом нуждаются в постоянных инъекциях инсулина или приеме сахароснижающих препаратов, больные бронхиальной астмой не выходят из дома без ингаляторов, гипертоники должны постоянно принимать препараты, нормализующие АД. Исключение составляет очень небольшая группа молодых пациентов с начальной гипертонией (как правило, с уровнем АД не выше 150/100 мм рт. ст.), у которых АД нормализуется только на фоне нормализации образа жизни и тщательного немедикаментозного лечения.

Для большинства пациентов нормализация АД под влиянием лечения не становится основанием для его прекращения. Следует четко представлять себе, что АД становится нормальным именно благодаря приему лекарственных препаратов. Задачей лечения является не снижение АД до нормального уровня, а предотвращение его дальнейшего повышения. В современной медицинской литературе термин «гипотензивные препараты» (препараты, снижающие АД) все чаще вытесняется понятием «антигипертензивные препараты» (препараты, не допускающие повышения АД).

*Меня пугает мысль о том, что всю оставшуюся жизнь мне придется принимать лекарства!*

Миллионы людей во всем мире ежедневно принимают лекарственные препараты, снижающие АД, сохраняя при этом трудоспособность и ведя активный образ жизни.

Включите прием таблеток в свой распорядок дня, пусть он станет такой же неотъемлемой процедурой, как утренний туалет, завтрак, макияж и т. п. Большинство современных препаратов

рассчитано на однократный прием в течение суток, что значительно облегчает выполнение врачебных рекомендаций.

Принимайте лекарства в одно и то же время. Это поможет вам не забывать пить лекарства, а также будет способствовать поддержанию равномерной концентрации препарата в организме.

### *Можно ли делать перерывы в приеме лекарств?*

Иногда на фоне регулярного лечения при нормальном образе жизни, особенно на отдыхе, в отпуске, АД самопроизвольно снижается. В этот период дозу лекарств можно уменьшить. Однако мы предостерегаем от попыток самостоятельной коррекции лечения. Лучше в данной ситуации посоветоваться с врачом.

Лишь для «опытных» пациентов, умеющих хорошо контролировать свое АД, возможно самостоятельное изменение терапии. В большинстве случаев в дальнейшем придется вернуться к прежней дозе препаратов.

### *Можно ли прекратить лечение при достижении нормального АД?*

Нередко больные, которые получали регулярную терапию с хорошим эффектом в течение нескольких месяцев или лет, в дальнейшем по каким-либо причинам лечиться перестают. Поводами для самовольного прекращения лечения становились мнимое «излечение от гипертонии» (т. е. длительная стойкая нормализация АД под влиянием лечения), дороговизна препаратов, а иногда рекомендации знакомых или даже врачей (!).

На прием иногда приходят пациенты, которые «подлечивают гипертонию» только в больнице, а дома не принимают лекарства до очередного криза. Гипертонический криз, как правило, не заставляет себя долго ждать и снова приводит их на больничную койку. Эти пациенты искренне полагают, что гипертонию можно «подлечить» курсом капельниц и таблеток и утверждают, что врач им не сказал, что подобранное в больнице лечение нужно продолжать в полном объеме и после выписки.

У большинства больных после прекращения приема лекарств АД возвращается к исходному уровню постепенно. Однако резкое прекращение приема некоторых препаратов, например бета-блокаторов (бисопролол, метопролол и др.), вызывает так называемый синдром отмены. При этом АД повышается в течение 24–48 ч, что может оставаться бессимптомным или сопровождаться значительным ухудшением состояния. В некоторых случаях АД повышается до уровня, значительно превосходящего прежний. Лечение синдрома отмены иногда представляет большие сложности для врачей, так как не всегда возврат к прежней схеме лечения сразу приводит к стабилизации АД.

Еще раз повторюсь. Достигнув на фоне лечения целевого давления, мы ни в коем случае не бросаем принимать препараты. Гипертония – не ОРЗ, не воспаление легких, а наши препараты – это не антибиотики. «Я принимаю лекарство месяц, у меня все хорошо, зачем же я буду принимать его дальше?» – рассуждает пациент. Или: «Разве можно принимать лекарство, если у меня уже и так 120/80?» Здесь нужно очень четко понимать, что сегодняшние твои 120/80 – это результат того, что ты принимал вчера лекарства. И если ты сегодня не примешь лекарства, то завтра у тебя будет 140/90, а послезавтра будет 160/100, а еще через пару дней – гипертонический криз.

### *До какого уровня следует снижать артериальное давление?*

Двадцать лет назад «рабочим» считали то давление, при котором человек себя хорошо чувствует. Сейчас представления об этом поменялись, мы знаем, что гипертония симптомов не имеет. И даже бессимптомная гипертония повышает риск инсульта. Поэтому снижать давление надо не до хорошего самочувствия, а до того уровня, при котором это будет безопасно в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. И это уже называется не рабочее давление, а **целевое артериальное давление**.



Целевое АД для взрослых людей – <140/90 мм рт. ст.

для больных сахарным диабетом – <140/85 мм рт. ст.

для людей старше 80 лет – <150/90 мм рт. ст.

Достижение целевого АД не только предотвращает поражение «органов-мишеней», закономерно возникающее при гипертонии, но и предупреждает развитие гипертонического криза с опасными осложнениями.

У пациентов с исходно высоким АД, особенно у пожилых людей, снижение АД должно быть постепенным. Не следует добиваться немедленного снижения АД до нормального уровня, так как это может приводить к ухудшению кровоснабжения жизненно важных органов. Переход к нормальным значениям АД в этих случаях занимает до нескольких недель.

### *Может ли АД снизиться слишком сильно на фоне лечения?*

Как правило, лечение гипертонии начинают с небольших доз препарата, при необходимости постепенно увеличивая ее и доводя до необходимой. Однако при индивидуальной повышенной чувствительности к препарату или при исходно невысоких значениях АД в ряде случаев может развиваться чрезмерное снижение давления (гипотония). При этом АД составляет 100/70–90/60 мм рт. ст., что иногда сопровождается неприятными ощущениями (слабость, головокружение, боли в области сердца). В этих случаях необходимо немедленно посоветоваться с врачом для уменьшения дозы препарата или его замены.



Чрезмерное снижение АД (гипотония) у пожилых людей опасно из-за возможности ухудшения кровоснабжения жизненно важных органов (головной мозг, сердце, почки).

*Я не почувствовал значительного улучшения состояния после того, как начал принимать лекарства!*

Многие пациенты полагают, что начало лечения быстро приведет к улучшению самочувствия. Действительно, зачастую головные боли, боли в области сердца, связанные с повышением АД, прекращаются через несколько дней после начала приема лекарств. Однако в ряде случаев, особенно если повышение АД не сопровождается явными симптомами, состояние улучшается постепенно, в течение нескольких месяцев регулярного лечения, по мере нормализации нарушенных функций организма.

*После начала лечения я стал себя чувствовать хуже, чем раньше!*

При нормализации АД под влиянием лечения пациент нередко отмечает ухудшение самочувствия – появляются головные боли, слабость, головокружение, которых ранее не было. Иногда это даже служит причиной отказа от продолжения лечения. Такие явления возникают чаще у пожилых людей, длительно страдающих гипертонией и ранее не лечившихся, и связано с тем, что головной мозг, сосуды «привыкли» к высокому АД. Тем не менее АД необходимо снижать. Через некоторое время после нормализации АД эти явления исчезнут, организм перестроится и адаптируется к низкому давлению.

Если неприятные ощущения сохраняются долго, посоветуйтесь с врачом. Вероятно, он изменит дозу или подберет другой препарат.

*Правда ли, что АД нужно снижать только до того уровня, при котором чувствуешь себя хорошо?*

Здесь необходимо вернуться к понятию «рабочее давление», которое широко распространено среди пациентов, а зачастую и среди врачей. К «рабочему давлению» относят те относительно (!) невысокие значения АД, которые пациент переносит хорошо. Для многих пациентов эти значения считаются рубежом, к которому надо стремиться и ниже которого АД снижать не нужно. Это мнение абсолютно неверно, так как у пациентов с «рабочим давлением» 180/100 мм рт. ст. риск осложнений столь же велик, как и у тех, у кого такие значения АД сопровождаются неприятными симптомами.

Долго считали, что у пожилых людей с возрастом увеличивается нормальное значение систолического АД (до 160–170 мм рт. ст.). Действительно, нередко к 60–70 годам систолическое АД повышается в связи с прогрессированием атеросклероза. Некоторые авторы называют эту форму гипертонии «атеросклеротической артериальной гипертензией», «изолированной систолической гипертензией». В настоящее время бесспорно доказано, что такая гипертония также нуждается в лечении. Нормализация АД у этих больных достоверно уменьшает частоту осложнений, а также смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.



Риск осложнений гипертонии одинаково высок как у людей, которые «чувствуют» высокое АД, так и у тех, кто переносит его хорошо!

*Врач назначил мне три препарата от давления. Неужели нельзя было обойтись одним?*



Как правило, при АД ниже 160/90 мм рт. ст. лечение начинают с назначения одного препарата. При неэффективности или недостаточной эффективности одного препарата добавляют второй, а затем, возможно, и третий препарат.

Гипертония болезнь сложная, она имеет несколько механизмов развития. Представьте себе реку, которая впадает в море не одним рукавом, а дельтой. И вот в районе дельты нам нужно построить плотину, водохранилище. Мы засыпаем один рукав, а вода продолжает течь по остальным. Мы засыпаем другой рукав, она течет по третьему руслу. И вот только когда мы блокируем все рукава, по которым течет вода, тогда у нас получается плотина и начинает создаваться водохранилище.

То же самое и с гипертонией. Она имеет несколько путей развития. И зачастую для полноценного эффекта терапии нам необходимо заблокировать несколько путей развития болезни.

Результаты крупных исследований показали, что при применении любого препарата в качестве монотерапии можно ожидать снижения АД на 4–8 % от исходного. Таким образом, пациентам с АД выше 160/95 мм рт. ст. чаще всего необходима комбинированная терапия. Даже при хорошем эффекте одного препарата в начале лечения со временем (в течение нескольких месяцев, нескольких лет) возможно «ускользание» АД из-под его действия. Это связано с компенсаторной активацией других механизмов, влияющих на повышение АД. В последнее время для большинства больных наилучшим считается лечение двумя препаратами. Монотерапия эффективна в основном у пациентов с исходно невысоким АД.

Комбинированная терапия позволяет избежать побочных эффектов, возникающих в результате приема высоких доз одного препарата; препараты в небольших дозах дополняют действие друг друга, что приводит к хорошим результатам.

При тяжелой гипертонии нередко приходится назначать три, а в некоторых случаях и четыре препарата.



В большинстве случаев для лечения артериальной гипертонии необходима комбинация двух препаратов!

Необходимость длительного приема нескольких препаратов зачастую пугает пациентов. Из комбинации препаратов они выбирают один, наиболее, по их мнению, «полезный и эффективный». Таким образом, разрушая подобранную схему лечения, пациент сводит ее эффективность к нулю. Обычно врач разъясняет больному важность и значимость каждого препарата в комбинации.

### *Как избежать привыкания к лекарствам?*

Иногда пациенты отказываются принимать лекарства в рекомендуемой дозе или самовольно снижают дозу препарата, поскольку боятся, что «в будущем этот препарат перестанет действовать». Такое опасение совершенно напрасно. Современные препараты для лечения гипертонической болезни не вызывают привыкания, их можно принимать на протяжении многих лет без развития побочных эффектов.



В редких случаях, когда эффективность препарата становится недостаточной, врач всегда может увеличить дозу, заменить его на другой препарат или назначить комбинированное лечение.

*Я не хочу постоянно принимать лекарства, так как у меня плохие желудок и печень!*

Еще один распространенный миф о лекарственном лечении заключается в том, что препараты при длительном приеме неблагоприятно влияют на другие органы. Чаще называют желудок, печень и почки. Это утверждение абсолютно неверно. Современные препараты при приеме в терапевтических дозах не оказывают токсического влияния на внутренние органы. Напротив, некоторые группы препаратов (ингибиторы АПФ) оказывают защитное влияние на почки.

*В инструкции написано, что у лекарства, которое мне выписали, очень много противопоказаний и побочных эффектов!*

О-о! Главный наш враг – это вкладыш-инструкция в коробке с препаратом. Добросовестная фирма-производитель прилагает к лекарству подробную инструкцию, где скрупулезно излагает все возможные побочные действия и противопоказания. Мнительный пациент начинает искать все симптомы у себя, а иногда и находит что-нибудь подобное тому, о чем написано в аннотации. Человек пугается зловещих словосочетаний вроде «атриовентрикулярная блокада II–III степени» или «синдром слабости синусового узла», ему кажется, что препарат действует слишком сильно, раз он может вызвать столь грозные осложнения. После этого прием лекарства немедленно прекращают.

Необходимо знать, что в аннотации фирма-производитель обязана указать все когда-либо отмеченные побочные эффекты, даже если их частота составляет один на несколько тысяч. Обязательно посоветуйтесь с врачом, если вас беспокоят какие-либо сомнения по поводу информации о препарате. Назначая лекарство, врач обязательно учитывает противопоказания и побочные эффекты, так что в большинстве случаев опасения необоснованны.

Кстати, в Америке, например, к лекарству в аптеке инструкция не прикладывается. Доктор выписывает рецепт, пациент с этим рецептом приходит в аптеку, и ему отсыплют таблетки в белую баночку, на которую наклеивают этикетку, на которой написано, что это за препарат и сколько раз его принимать. Считается, что эту инструкцию должен знать врач, который, назначая тот или иной препарат, взвешивает все «за» и «против» и понимает, что потенциальная польза превышает возможность побочных эффектов.

Реально препараты для снижения давления достаточно безопасны и серьезные побочные эффекты встречаются очень редко.

Самое главное: надо быть уверенным, что врач, который назначает лечение, прекрасно понимает и возможные противопоказания, и возможные побочные эффекты. Если что-то смущает, когда вы читаете инструкцию, не надо самостоятельно отказываться от лечения и жить с высоким давлением. Придите к своему врачу и обсудите с ним все.

Чуть позже мы обсудим типичные побочные эффекты для каждой группы препаратов.



Современные препараты для лечения гипертонии не вызывают привыкания и не оказывают неблагоприятного влияния на другие органы!

### *Каким должен быть современный препарат, снижающий артериальное давление?*

Ушли в прошлое препараты, которые нужно было принимать 2–4 раза в день. Современный препарат должен поддерживать концентрацию лекарственного вещества на протяжении суток при однократном приеме. Таким образом, уходит в прошлое принцип «по одной три раза в день», на его место приходит новый: «один день – одна таблетка». Пациенту значительно легче следовать рекомендациям врача.

Для пациентов, нуждающихся в комбинированном лечении, выпускают лекарственные формы, содержащие одновременно два, а иногда даже и три препарата, например, ко-ренитек (эналаприл+гидрохлортиазид), нолипрел (индапамид+периндоприл), дальнева (периндоприл+амлодипин), ко-эксфорж (валсартан+амлодипин+гидрохлортиазид) и др.

Снижая АД, препарат не должен неблагоприятно влиять на течение сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма), а также нарушать обмен жиров и углеводов, давать побочные эффекты, снижать качество жизни. Нормализация АД не должна сопровождаться ухудшением памяти, снижением работоспособности, настроения, половой функции.

В последнее время появились препараты, в большой степени отвечающие этим требованиям. Кроме того, они увеличивают продолжительность жизни в результате уменьшения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Это доказано в крупных исследованиях – наблюдениях за тысячами пациентов.

### *Каким лекарством лучше всего лечить гипертонию?*

Существует несколько десятков препаратов для лечения гипертонии. Эти препараты относятся к разным классам, имеют разный механизм действия, различные побочные эффекты и противопоказания.

Я никогда не смогу ответить заочно на вопрос: а каким препаратом лучше лечить гипертонию? Каждый раз, когда приходит пациент, мы анализируем множество факторов – возраст и сопутствующие заболевания, факторы риска, поражения органов-мишеней. Измеряем вес, смотрим кардиограмму, анализы крови. Это далеко не полный перечень того, что мы должны учитывать, чтобы порекомендовать пациенту конкретный препарат, который может ему помочь. Этим самым я пытаюсь оградить наших читателей от попытки самолечения. Особенно от попытки использовать то, что назначили мужу, соседке. То, что назначено соседке, оно может быть хорошо для соседки, но опасно для вас.



Те препараты, которые хороши для одних пациентов, у других могут давать тяжелые побочные эффекты и осложнения сопутствующих заболеваний; поэтому заниматься самолечением гипертонии нельзя.

### *Какие препараты сильнее всего снижают артериальное давление?*

Последние исследования доказали, что все препараты приблизительно одинаково снижают повышенное АД. Однако препарат, эффективный для одного пациента, на другого может не оказать никакого воздействия, а иногда даже и привести к ухудшению состояния. Препарат может подобрать только врач, знающий полную картину вашего здоровья.

### *Можно ли сочетать прием препаратов от давления с приемом алкоголя?*

Еще один популярный миф о лечении гипертонии. Многие пациенты считают, что если пить лекарства, то нельзя употреблять алкоголь. Полбеды, если во время лечения они отказываются от алкоголя. А гораздо хуже, если в день необходимости принять алкоголь – праздник, день рождения – они отказываются принимать таблетки. Это совершенно неправильно. Большинство наших кардиологических препаратов совершенно нормально совместимы с разумными дозами алкоголя. То есть в день рождения, Новый год, 8 Марта пропускать лечение не нужно. И в праздники таблетки надо принимать так, как назначено. Если вы утром выпьете свои таблетки, как обычно, вечером выпьете алкоголь, то ничего страшного нет.

Это такой же старый миф, как тот, что если делаешь уколы от бешенства, нельзя принимать алкоголь. Это миф был специально создан советскими инфекционистами для советского пролетариата, для того чтобы люди во время курса прививок не уходили в запой.

### *Что произойдет, если не лечить гипертонию?*

Высокое АД значительно затрудняет работу сердца по поддержанию нормального кровообращения. Работа «через силу» приводит к тому, что стенки сердца утолщаются (в медицинской литературе это называется «гипертрофия левого желудочка»). В этот период человек может не испытывать неприятных ощущений. У некоторых пациентов возникают боли в области сердца, нарушения ритма. Рано или поздно сердце перестает справляться с высоким давлением, стенки сердца истончаются, у человека возникают одышка, отеки, перебои в работе сердца. Развивается сердечная недостаточность (недостаточность кровообращения). Лечение сердечной недостаточности гораздо сложнее и дороже, чем своевременное лечение гипертонии.

Повышенное артериальное давление ускоряет отложение жира на стенках сосудов (атеросклероз), что приводит к поражениям сосудов сердца (коронарных артерий), головного мозга, почек, глаз. Это в свою очередь чревато развитием инфаркта миокарда, инсульта, почечной недостаточности, слепоты.

## Глава 9

### Поговорим о лекарствах

Современная медицина располагает большим арсеналом лекарственных препаратов, снижающих артериальное давление, и с каждым годом их число неуклонно растет. Как выбрать то лекарство, которое необходимо именно вам? Решение этой непростой задачи лежит на плечах врача. Только врач, учитывая особенности вашего организма, сопутствующие заболевания и многие другие факторы, в том числе и стоимость лечения, способен правильно выбрать препарат, эффективный и безопасный именно для вас. Мы постараемся объяснить, как действует тот или иной препарат, чем руководствуется врач при его назначении, обсудим особенности применения различных препаратов, снижающих АД, а также возможные неблагоприятные побочные действия.

В настоящее время Европейское общество кардиологов, в которое входит и Российское кардиологическое общество, рекомендует 5 классов препаратов для лечения гипертонии: диуретики (мочегонные), бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину II (блокаторы AT1-рецепторов).

### Диуретики (мочегонные)

#### *Как действуют диуретики?*

Диуретики увеличивают выделение жидкости и натрия из организма. В результате уменьшается объем циркулирующей крови и внеклеточной жидкости, что приводит к снижению артериального давления.

#### *Какие диуретики существуют?*

Врачи выделяют 3 типа диуретиков: петлевые, тиазидные и калийсберегающие.

**Петлевые диуретики** отличаются большой силой и малой продолжительностью действия. Их обычно применяют при сочетании гипертонии с сердечной или почечной недостаточностью, при очень тяжелой (резистентной) гипертонии, а также в экстренных ситуациях (отек легких, гипертонический криз, отек головного мозга). К петлевым диуретикам относятся фуросемид (**лазикс**), торасемид (**диувер**, **бриомар**).

**Тиазидные диуретики** применяют для длительного лечения гипертонической болезни. Они уступают петлевым диуретикам по силе действия, но дают более длительный мочегонный эффект. Тиазидными диуретиками являются гидрохлортиазид (**гипотиазид**), индапамид (**арифон**, **арифон-ретард**).

**Калийсберегающие диуретики**, в отличие от мочегонных двух других типов, не усиливают выведение калия (как следует из их названия), а, наоборот, вызывают его задержку в организме. К ним относят спиронолактон (**верошпирон**) и эплеренон (**инспра**). Эти препараты чаще используют при сердечной недостаточности, а также в качестве дополнительной терапии при тяжелых формах гипертонии.

#### *В каких случаях врач назначает диуретики?*

Диуретики назначают в первую очередь пожилым больным при так называемой изолированной систолической артериальной гипертонии (систолическое АД повышено, а диастолическое АД

нормальное) и при сердечной недостаточности. Однако этим применение диуретиков не ограничивается.

Очень часто диуретики назначают вторым препаратом в комбинированной терапии, так как они усиливают действие других лекарств.

### *Когда нельзя назначать диуретики?*

Петлевые (**фуросемид**) и тиазидные (**гипотиазид**) диуретики противопоказаны при гипокалиемии, поэтому перед их назначением желательно исследовать уровень калия в крови. Единственным противопоказанием к назначению этих препаратов является подагра – повышение уровня мочевой кислоты, сопровождающееся рецидивирующими приступами артрита. Раньше считали, что мочегонные не рекомендуется принимать при сахарном диабете и повышении уровня холестерина в крови, однако при хорошем лечении диабета в низких дозах эти препараты не противопоказаны. Считается, что среди тиазидных диуретиков определенными преимуществами обладает индапамид (**арифон-ретард**), не оказывающий существенного влияния на обмен жиров, углеводов и мочевой кислоты.

Калийсберегающие диуретики не применяют при повышенном содержании калия в крови (гиперкалиемия), почечной недостаточности. С осторожностью следует применять их с ингибиторами АПФ и препаратами калия (панангин). Если врач считает нужным назначить такую комбинацию препаратов, требуется регулярный контроль уровня калия в крови.

#### **Обязательно сообщите врачу:**

- Страдаете ли вы циррозом печени, подагрой, сахарным диабетом.
- Обнаруживали ли у вас когда – либо повышенный уровень мочевой кислоты, сахара крови, изменения почек и печени.
- Принимали ли вы диуретики раньше, как вы на них реагировали.

### *Чем хороши тиазидные диуретики?*

Тиазидные диуретики – весьма эффективные средства для лечения гипертонической болезни как в виде монотерапии, так и в комбинациях с другими лекарственными средствами. Они хорошо снижают артериальное давление, причем при приеме в небольших дозах, и обычно хорошо переносятся (побочные эффекты возникают редко). Известно, что тиазидные диуретики уменьшают риск сердечно-сосудистых катастроф (инсульт, инфаркт миокарда). Немаловажна и относительно низкая стоимость лечения диуретиками.

### *Зачем нужны калийсберегающие диуретики?*

Калийсберегающие диуретики в XXI веке чаще называют блокаторами альдостерона (антиальдостероновые препараты). Их назначают главным образом не столько для того, чтобы увеличить выведение жидкости из организма, а чтобы устранить нежелательные эффекты альдостерона (гормона надпочечников), который вызывает не только повышение АД, но и отвечает за перестройку сердечной мышцы, развитие аритмий и т. д.

Калийсберегающие диуретики, как правило, используют при лечении артериальной гипертензии в сочетании с сердечной недостаточностью, а также при резистентной (не поддающейся стандартной терапии) гипертензии. Наибольшую популярность в России имеет **верошпирон** с

мягким действием, отсутствием выраженного мочегонного эффекта и высокой клинической активностью.

### *Как следует принимать диуретики?*



Диуретики принимают внутрь один раз утром или два раза в первой половине дня до еды.

Не стоит принимать мочегонные во второй половине дня, поскольку в этом случае максимум мочегонного эффекта придется на ночь и помешает спать.

Диуретики усиливают выделение мочи, т. е. воды и электролитов (натрия и калия). Выведение из организма жидкости и натрия способствует снижению артериального давления. Однако выведение калия может привести к истощению его запасов в организме и развитию ряда побочных эффектов. В связи с этим во время лечения петлевыми и тиазидными диуретиками желательно включить в рацион продукты, богатые калием (картофель, курага, бананы, хурма). Иногда врач назначает вместе с тиазидными диуретиками калийсберегающие диуретики. А вот дополнительный прием препаратов калия (панангин, аспаркам) во время лечения диуретиками не нужен.

### *Какие неблагоприятные (побочные) действия возможны при приеме диуретиков?*

Основные побочные действия диуретиков связаны с нарушением обмена калия. При приеме петлевых и тиазидных диуретиков может развиваться снижение уровня калия в крови (гипокалиемия), при использовании калийсберегающих – повышение уровня калия в крови (гиперкалиемия).

#### **Петлевые и тиазидные диуретики.**

Гипокалиемия – судороги в ногах, мышечная слабость, ощущение перебоев в работе сердца.

#### **Калийсберегающие диуретики.**

Гиперкалиемия – неприятные ощущения «ползания мурашек», покалывания в ногах, мышечная слабость, снижение артериального давления, урежение пульса.

Включить в рацион продукты, богатые калием (картофель, курага, бананы, хурма). Обратиться к врачу и определить содержание калия в сыворотке крови!

## **Бета-адреноблокаторы (бета-блокаторы)**

### *Как действуют бета-адреноблокаторы?*

Бета-блокаторы уменьшают тонус симпатической нервной системы за счет влияния на рецепторы к адреналину. Эти лекарства действуют непосредственно на сердце, в результате чего несколько снижается сократительная функция сердечной мышцы, уменьшается выброс крови и снижается артериальное давление.

### *Какие существуют разновидности бета-адреноблокаторов?*

Некоторые бета-адреноблокаторы действуют только на сердце и сосуды (так называемые избирательные бета-адреноблокаторы). К ним относятся бисопролол (**конкор**), метопролол (**беталок-ЗОК**), небиволол (**небилет**). Неселективные (неизбирательные) бета-адреноблокаторы действуют также на бронхи, что ограничивает их применение при хроническом бронхите, бронхиальной астме. Многие пациенты помнят старый препарат пропранолол (**анаприлин, обзидан**), однако сейчас он уже не применяется.

### *Чем хороши бета-адреноблокаторы?*

Бета-адреноблокаторы хорошо снижают АД, уменьшают риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, снижают смертность больных, перенесших инфаркт миокарда, оказывают противоритмическое действие. К достоинствам бета-адреноблокаторов следует также отнести их относительно невысокую стоимость.

### *В каких случаях врач назначает бета-адреноблокаторы?*

Бета-адреноблокаторы особенно эффективны у пациентов со стенокардией, у перенесших инфаркт миокарда, а также при некоторых видах нарушений ритма. Большое значение имеет и частота пульса. Бета-адреноблокаторы назначают пациентам с учащенным пульсом (тахикардия). Напротив, при редком пульсе (менее 60 в минуту) бета-адреноблокаторы, как правило, не применяют.

### *Когда нельзя назначать бета-адреноблокаторы?*

Бета-адреноблокаторы обычно не назначают при редком пульсе (брадикардия), некоторых заболеваниях легких (хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма). Их применение ограничено при сахарном диабете, атеросклерозе артерий нижних конечностей («перемежающаяся хромота»), беременности. Однако все перечисленные состояния не являются абсолютными противопоказаниями к назначению бета-адреноблокаторов. Если ожидаемая польза превосходит предполагаемые нежелательные эффекты, врач может назначить небольшие дозы бета-адреноблокаторов.

#### **Обязательно сообщите врачу:**

- Страдаете ли вы хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, сахарным диабетом.
- Бывают ли у вас приступы затрудненного дыхания, кашля.
- Обнаруживали ли у вас когда-либо повышенный уровень сахара крови.
- Отмечали ли вы эпизоды урежения пульса (до 50 в минуту и менее), сопровождающиеся головокружением, слабостью.
- Принимали ли вы бета – адреноблокаторы раньше, как вы на них реагировали.

### *Как следует принимать бета-адреноблокаторы?*

При лечении бета-адреноблокаторами важно, чтобы действие препарата продолжалось в течение суток. Кратность приема препаратов зависит от продолжительности их действия. Сейчас принято назначать только препараты длительного действия, поэтому, если вы увидите, что ваш препарат в списке значится как «короткий» или даже «средней продолжительности», обсудите с врачом возможную замену.

### **Препараты короткого действия**

Пропранолол (**анаприлин, обзидан**) – принимать 3–4 раза в день.

### **Препараты средней продолжительности действия**

Атенолол (**тенормин**) – принимать 2 раза в день.

Метопролола тартрат (**беталок, эгилок**) – принимать 2 раза в день.

### **Препараты длительного действия**

Метопролола сукцинат (**беталок-ЗОК**) – принимать 1 раз в день.

Бисопролол (**конкор**) – принимать 1 раз в день.

Карведилол (**дилатренд**) – принимать 1 раз в день.

Небиволол (**небилет**) – принимать 1 раз в день.

Бетаксолол (**локрен**) – принимать 1 раз в день.

Бета-адреноблокаторы принимают вне зависимости от приема пищи.

#### **Обратите внимание!**

Препараты длительного действия следует принимать один раз в сутки в одно и то же время.

Очень важным моментом в лечении бета-адреноблокаторами является «синдром отмены». При длительном лечении этими препаратами резкое прекращение их приема может вызвать гипертонический криз, а в ряде случаев – инфаркт миокарда, инсульт и т. д. Даже если возникли побочные эффекты, не следует резко прекращать прием бета-блокаторов! Обратитесь к врачу!

Какие неблагоприятные (побочные) действия возможны при приеме бета-адреноблокаторов?

Побочные действия при лечении бета-адреноблокаторами возникают редко. Наиболее частым неблагоприятным эффектом является замедление пульса (брадикардия). Значительно реже отмечаются затруднение дыхания (особенно у больных хроническим бронхитом, астмой), усиление сердечной недостаточности (при приеме больших доз), перемежающаяся хромота. При



длительном лечении возможны **замедление реакции, снижение концентрации внимания, депрессия.**

**Брадикардия:** урежение пульса до 55 в минуту и менее, сопровождающееся головокружением, слабостью, потерей сознания.

**Усиление сердечной недостаточности:** появление или усиление одышки, отеков ног.

Обратитесь к врачу и сделайте ЭКГ!

**Усиление бронхобструкции:** появление приступов затрудненного дыхания, одышки, кашля, свистящих хрипов.

**Перемежающаяся хромота:** появление при ходьбе болей в ногах (чаще в икрах), которые заставляют останавливаться. Через короткое время боли прекращаются, что позволяет возобновить движение.

Необходимо обратиться к врачу!

Добрый день, доктор. Меня зовут Татьяна, мне 51 год. Рост 164 см, вес 96 кг. У меня почти постоянно высокое давление 150/100 – 180/130 мм рт. ст. Была у эндокринолога, сдала гормоны. Сказали, что все в норме, только надо похудеть. От давления много перепробовала таблеток, остановилась на атенололе: давление 120/80, но пульс от 44 до 55. Скажите, пожалуйста, нормально ли это?



Ненормально. Урежение пульса до 44 уд./мин – это плохо. На фоне лечения бета-блокаторами пульс не должен снижаться менее 50–55 уд/мин. Да и атенолол при ожирении – не самый хороший препарат, он может увеличить риск диабета. Обсудите с врачом коррекцию терапии, если вам так хорошо подходит бета-блокатор, то это должен быть, например, небиволол, который в меньшей степени вызывает брадикардию (редкий пульс).

## Антагонисты кальция

### *Как действуют антагонисты кальция?*

Антагонисты кальция блокируют поступление кальция в мышечные клетки, расположенные в сердце и артериях, в результате чего мышечные волокна расслабляются, сосуды расширяются, приводя к снижению артериального давления.

### *Какие существуют разновидности антагонистов кальция?*

Все антагонисты кальция можно разделить на 3 группы.

К **первой группе** относятся нифедипин (**адалат, коринфар, кордафлекс**), амлодипин (**норваск, амловас, нормодипин**), фелодипин (**плендил, фелодип**), лацидипин (**лаципил**), лерканидипин

(**леркамен, занидип**). Эти препараты действуют в основном на сосуды и несколько ускоряют пульс (увеличивают частоту сердечных сокращений).

Ко **второй группе** относится верапамил (**изоптин, верогалид**), который действует преимущественно на сердце и в меньшей мере на сосуды, дает противоаритмический эффект и урежает пульс.

Представителем **третьей группы** является дилтиазем (**кардил, алтиазем**), который в равной мере действует на сосуды и сердце и несколько урежает пульс.

При подборе препарата врач учитывает эти особенности. Например, если у вас обычно редкий пульс (склонность к брадикардии), то из антагонистов кальция вам подойдут нифедипин, амлодипин, фелодипин. При склонности к тахикардии обычно назначают верапамил или дилтиазем.

Первые антагонисты кальция появились в 60-х годах – нифедипин, верапамил, дилтиазем (их называют препаратами первого поколения). Эти лекарства имеют ряд недостатков (кратковременность действия с необходимостью приема 3–4 раза в сутки, относительно частое развитие побочных реакций). Этих недостатков практически лишены более современные (но и более дорогие) антагонисты кальция второго-третьего поколения, такие, как амлодипин (**норваск, амловас**), фелодипин (**плендил**), лацидипин (**лаципил**), лерканидипин (**леркнин**).

Антагонисты кальция первого поколения получили «новую жизнь» благодаря созданию на их основе лекарственных форм длительного действия с высокой эффективностью и сравнительно небольшой стоимостью. К таким препаратам относятся нифедипин-ретард (**нифекард XL**) и верапамил-ретард (**изоптин-SR 240**), дилтиазем-ретард (**кардил-ретард**).

#### **Обратите внимание!**

Слово «**ретард**», а также обозначения **SR, XL** после названия препарата означают, что это **препарат длительного действия** (его можно принимать 1–2 раза в сутки).

#### *Правда ли, что нифедипин (коринфар) неблагоприятно влияет на сердце?*

Действительно, в последнее десятилетие в научной литературе появился ряд публикаций о негативном влиянии нифедипина на продолжительность жизни. Эти данные обусловлены в первую очередь коротким действием нифедипина (4–6 ч) и связанными с этим резкими колебаниями АД.

Современные лекарственные формы, в частности нифедипин-ретард (**нифекард XL**), действуют до 24 ч и лишены отрицательных свойств. Их можно рекомендовать для длительного лечения гипертонии.

Коротко действующий нифедипин (**коринфар**) не рекомендуется ни для постоянного лечения, ни для купирования гипертонического криза (об этом чуть позже).

#### *Чем хороши антагонисты кальция?*

Антагонисты кальция эффективно снижают артериальное давление, редко дают побочные эффекты, приостанавливают прогрессирование атеросклероза, не оказывают неблагоприятного действия на углеводный и жировой обмен, вызывают обратное развитие изменений в сердечно-

сосудистой системе, обусловленных гипертонической болезнью. Пожалуй, единственным недостатком антагонистов кальция является их относительно высокая стоимость.

### *В каких случаях врач назначает антагонисты кальция?*

Антагонисты кальция имеют преимущество у пожилых пациентов, при сочетании гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Поскольку антагонисты кальция расширяют сосуды, их с успехом применяют при атеросклерозе сосудов нижних конечностей.

### *Когда нельзя назначать антагонисты кальция?*

Верапамил и дилтиазем не рекомендуется назначать при выраженном урежении пульса (менее 55 в минуту), некоторых нарушениях сердечной проводимости. Нифедипин не следует принимать при склонности к тахикардии (частота пульса более 90 в минуту). Антагонисты кальция второго-третьего поколений на частоту пульса практически не влияют. Единственным противопоказанием к назначению антагонистов кальция является сердечная недостаточность.

### **Обязательно сообщите врачу:**

Принимали ли вы антагонисты кальция раньше, как вы на них реагировали.

### *Как следует принимать антагонисты кальция?*

Антагонисты кальция принимают во время еды либо между приемами пищи, запивая небольшим количеством воды.

### **Препараты первого поколения длительного действия**

Нифедипин-ретард (**кордафлекс-ретард, нифекард XL**) – принимать 1–2 раза в день

Верапамил-ретард (**изоптин-SR 240**) – принимать 1 раз в день

Дилтиазем-ретард (**кардил-ретард**) – принимать 1 раз в день

### **Препараты второго-третьего поколений**

Амлодипин (**норваск, амловас, нормодипин**) – принимать 1 раз в день

Фелодипин (**плендил, фелодип**) – принимать 1 раз в день

Лерканидипин (**леркамен, занидип**) – принимать 1 раз в день

Лацидипин (**лаципил**) – принимать 1 раз в день

### *Какие неблагоприятные (побочные) действия возможны при приеме антагонистов кальция?*

Из побочных действий антагонистов кальция наиболее часто встречаются **отеки лодыжек и нижней части голеней**. Эти симптомы более выражены, если были травмы нижних конечностей или имеется заболевание вен. Следует отметить, что выраженность отеков можно уменьшить,

если комбинировать антагонисты кальция с ингибиторами АПФ или блокаторами ангиотензиновых рецепторов. Кроме того, «новые» препараты – лерканидипин и лацидипин – вызывают отеки значительно реже, чем амлодипин и нифедипин.

Другое побочное действие антагонистов кальция (оно касается преимущественно нифедипина и других препаратов первой группы) – **учащенное сердцебиение, внезапное появление чувства жара, покраснение кожи лица и шеи, головная боль.**

При приеме верапамила изредка отмечаются **запоры**. О появлении перечисленных побочных реакций следует сообщить врачу.

Здравствуйте! У меня отекают ноги. Можно ли узнать причину отечности и как это сделать? У меня небольшая гипертония. Сейчас я принимаю 10 мг амлодипина 1 р/день. Чтобы снять отечность, дополнительно принимал гипотиазид 25 мг 1 р/день, потом индапамид 1,5 мг 1 р/день, потом оба лекарства вместе – не помогает! Пора переходить на фуросемид? Говорят, он очень «вредный». Сдавал кровь на биохимию, анализы хорошие. Вес нормальный. Физические нагрузки переношу хорошо. Может ли отечность быть от этих лекарств? Какие анализы мне выпрашивать у моего терапевта или кардиолога? Заранее вас благодарю!



Никаких дополнительных исследований Вам не нужно. Причина отеков – прием 10 мг амлодипина. Диуретики в этой ситуации действительно не помогают. Обсудите с врачом следующие шаги: 1. Уменьшение дозы амлодипина до 5 мг и добавление любого ингибитора АПФ или блокатора ангиотензиновых рецепторов в стандартной терапевтической дозе. 2. Замена амлодипина на лерканидипин в эквивалентной дозе 20 мг.

## Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ингибиторы АПФ)

### *Как действуют ингибиторы АПФ?*

Препараты данной группы нарушают (ингибируют) образование вещества ангиотензин II, оказывающего мощное сосудосуживающее действие. Таким образом, они препятствуют сужению сосудов и в результате этого снижают артериальное давление. Кроме того, ингибиторы АПФ благоприятно влияют на сердце, почки, обмен жиров и углеводов.

### *Какие существуют разновидности ингибиторов АПФ?*

В 70-х годах был получен первый препарат этой группы – каптоприл (**капотен**). К его недостаткам следует отнести прежде всего короткое действие, поэтому препарат приходится принимать 2–3 раза в сутки. На сегодняшний день каптоприл не применяется для постоянного лечения и его используют только для купирования гипертонического криза.

Большинство используемых в нашей стране препаратов имеют среднюю продолжительность действия и принимаются до 2 раз в день. Это эналаприл (**ренитек**), лизиноприл (**диротон**), рамиприл (**тритаце**), фозиноприл (**моноприл**). Новые ингибиторы АПФ – периндоприл (**престариум**), хинаприл (**аккупро**) – можно принимать даже 1 раз в сутки.

### *Чем хороши ингибиторы АПФ?*

Ингибиторы АПФ хорошо снижают артериальное давление, достаточно редко вызывают побочные реакции. Кроме того, они благоприятно влияют на состояние сердца – уменьшают гипертрофию (увеличение массы) сердечной мышцы, снижают склонность к нарушениям ритма сердца. Ингибиторы АПФ благоприятно влияют на жировой и углеводный обмен, поэтому их нередко назначают при сочетании гипертонической болезни с нарушениями обмена веществ (ожирение, сахарный диабет). Эти препараты оказывают защитное действие на почки.

### *В каких случаях врач назначает ингибиторы АПФ?*

Ингибиторы АПФ имеют преимущества при сердечной недостаточности, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. При сочетании гипертонической болезни с почечной недостаточностью, при диабетическом поражении почек ингибиторы АПФ являются препаратами выбора.

### *Когда нельзя назначать ингибиторы АПФ?*

Ингибиторы АПФ нельзя принимать беременным. Их не следует принимать и при повышенном содержании калия в крови (гиперкалиемии), сужении (стенозе) почечных артерий.

#### **Обязательно сообщите врачу:**

- Принимали ли вы ингибиторы АПФ раньше, как вы на них реагировали, беспокоил ли вас сухой кашель на фоне приема ингибиторов АПФ.
- Выявляли ли у вас изменения почек, печени.
- Вы беременны или хотите в ближайшее время иметь ребенка, какие средства контрацепции вы используете.

### *Как следует принимать ингибиторы АПФ?*

Большинство ингибиторов АПФ принимают 1–2 раза в день вне зависимости от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Исключение составляет старый препарат каптоприл, который для постоянного лечения применять нецелесообразно.

#### **Препараты короткого действия**

Каптоприл (**капотен, тензиомин**) – принимать 3 раза в день

#### **Препараты средней продолжительности действия**

Эналаприл (**ренитек, энап, эднит**) – принимать 2 раза в день

Фозиноприл (**моноприл**) – принимать 2 раза в день

Рамиприл (**тритаце**) – принимать 2 раза в день

#### **Препараты длительного действия**

Периндоприл (**престариум**) – принимать 1 раз в день

Лизиноприл (**диротон**) – принимать 1 раз в день

Хинаприл (**аккупро**) – принимать 1 раз в день

Одновременный прием препаратов калия (панангин, аспаркам), калийсберегающих диуретиков может привести к увеличению содержания калия в крови (гиперкалиемии). Если врач считает нужным назначить такую комбинацию препаратов, требуется регулярный контроль уровня калия в крови.

### *Какие побочные реакции возможны при приеме ингибиторов АПФ?*

Побочные реакции разнообразны и встречаются с разной частотой. Наиболее часто (в 6–12 % случаев) возникает **сухой надсадный кашель** или ощущение першения, «щекотки» в гортани и глотке. Иногда после приема первой таблетки возникает **аллергическая реакция** различной выраженности – от кожных высыпаний до отека лица, губ, охриплости и нарушения глотания. Если вы внезапно почувствовали, что вам трудно дышать и глотать, заметили, что отекло лицо, глаза, губы, отложите прием препарата и срочно обратитесь к врачу!

При приеме первой дозы препарата (особенно каптоприла и эналаприла) возможно резкое снижение артериального давления («гипотония первой дозы»).

- Отек Квинке. **Внезапное** затруднение дыхания, глотания, появление отеков лица, глаз, губ, шеи.

**Отложите прием препарата и немедленно обратитесь к врачу!**

- Кашель. Сухой (без мокроты) надсадный кашель, ощущение «щекотки» в гортани и глотке. Наиболее частое побочное действие (1–12 %)

**Необходимо обратиться к врачу!**

Добрый день! Я гипертоник. В последнее время меня стал беспокоить сухой кашель явно не воспалительного характера. При обследовании у пульмонолога никаких отклонений не найдено. Из медикаментов я принимаю бисопролол, периндоприл, розувастатин и эутирокс. Как избавиться от кашля?



С вероятностью 99 % ваш сухой кашель – это побочный эффект периндоприла. Обсудите с врачом замену его на препарат из группы блокаторов ангиотензиновых рецепторов, например телмисартан (валсартан или др.) в эквивалентной дозе.

## **Блокаторы ангиотензиновых рецепторов (блокаторы АТ1-рецепторов)**

### *Как действуют блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов?*

По механизму действия блокаторы ангиотензиновых рецепторов очень похожи на ингибиторы АПФ. Они препятствуют образованию вещества, вызывающего сужение сосудов, и сосуды расширяются. В результате снижается артериальное давление.

### Какие существуют блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов?

Блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов – самая молодая группа препаратов, хотя используется уже около 20 лет. В настоящее время в арсенале врачей имеется 7 представителей этой группы. Наиболее широкое применение получил первый представитель этой группы – **лозартан (козаар, лозап, лориста)**. Все препараты, кроме лозартана, можно принимать 1 раз в сутки, лозартан, как правило, принимают 2 раза в сутки. К единственному недостатку блокаторов АТ<sub>1</sub>-рецепторов можно отнести их высокую стоимость.

Лозартан (**козаар**) – принимать 1–2 раза в день

Вальсартан (**диован, валз, вальсакор**) – принимать 1 раз в день

Ирбесартан (**апровель**) – принимать 1 раз в день

Кандесартан (**атаканд**) – принимать 1 раз в день

Телмисартан (**микардис**) – принимать 1 раз в день

Эпросартан (**теветен**) – принимать 1 раз в день

Олмесартан (**кардосал**) – принимать 1 раз в день

### Чем хороши блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов?

Блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов обладают преимуществами ингибиторов АПФ и значительно реже дают побочные эффекты.

Блокаторы ангиотензиновых рецепторов – сравнительно новая группа препаратов, однако за последние 10 лет получены хорошие доказательства того, что они могут снижать риск сердечно-сосудистых осложнений, в том числе у больных с сахарным диабетом и сердечной недостаточностью.

### В каких случаях врач назначает блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов?

Блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов применяют в тех же случаях, что и ингибиторы АПФ. Блокаторы ангиотензиновых рецепторов чаще используют тогда, когда ингибиторы АПФ дают достаточный эффект, но вызывают выраженные побочные явления (в частности, кашель).

### Когда нельзя назначать блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов?

Блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов нельзя принимать беременным. Не следует их принимать и при повышенном содержании калия в крови (гиперкалиемии), сужении (стенозе) почечных артерий.

#### Обязательно сообщите врачу:

- Принимали ли вы блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов, ингибиторы АПФ раньше, как вы на них реагировали, беспокоил ли вас при этом сухой кашель.
- Выявляли ли у вас изменения почек, печени.
- Вы беременны или хотите в ближайшее время иметь ребенка, какие средства контрацепции вы используете.

### Как следует принимать блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов?

Препараты этой группы принимают один раз в сутки в одно и то же время. Следует иметь в виду, что эффект (т. е. устойчивое снижение артериального давления) наступает не сразу, а лишь через 2–4 недели постоянного лечения.

*Какие побочные реакции возможны при применении блокаторов АТ<sub>1</sub>-рецепторов?*

Препараты этой группы обычно хорошо переносятся. У большинства пациентов не отмечено побочных реакций при приеме блокаторов АТ<sub>1</sub>-рецепторов. В некоторых случаях могут наблюдаться головокружение, крапивница, зуд.

## Другие препараты

### *Альфа-адреноблокаторы*

В этой группе препаратов для снижения давления применяют только доксазозин (**кардура**). Другие средства используются в урологической практике для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В начале XXI века было показано, что при длительном применении альфа-блокаторы вызывают задержку жидкости и ускоряют развитие сердечной недостаточности, поэтому их не рекомендуют применять для начальной терапии. На сегодняшний день доксазозин назначают только при лечении пациентов с феохромоцитомой (редкая опухоль надпочечника, сопровождающаяся выбросом адреналина) и в качестве 4–5 препаратов для лечения тяжелой гипертонии.

### **Алискирен (Расилез)**

Единственный препарат из группы прямых блокаторов ренина. Не получил широкого распространения, так как по данным клинических исследований оказался несовместимым с ингибиторами АПФ и блокаторами ангиотензиновых рецепторов.

### **Моксонидин (физиотенз), рилменидин (альбарел)**

Моксонидин и рилменидин относят к новому классу препаратов со сложным механизмом действия на уровне рецепторов головного мозга. Считается, что эти препараты благоприятно влияют на углеводный и жировой обмен, при длительном применении приостанавливают развитие гипертрофии миокарда. Однако данных о влиянии этой группы на прогноз нет, в связи с чем они остаются препаратами резерва. Побочные эффекты: сухость во рту, сонливость, слабость, снижение памяти, запоры.

### **Метилдофа (допегит)**

Этот препарат не рекомендуется для широкого применения из-за короткого действия (4–6 ч), а также множества побочных эффектов (сонливость, слабость, головокружение, сухость во рту, тошнота, запоры и др.).



Единственным показанием к применению метилдофы является гипертония у беременных. Многолетнее наблюдение показало полную безопасность этого препарата во время беременности.

### **Адельфан, трирезид, кристепин (комбинированные препараты на основе резерпина)**

В 60–70-е годы среди врачей и пациентов были весьма популярны препараты, основным действующим началом которых служил резерпин (алкалоид раувольфии). В настоящее время их практически не используют из-за низкой эффективности, необходимости многократного приема (3–4 раза в день) и высокой частоты побочных эффектов.

### *Комбинированные препараты*

Раньше мы уже говорили о том, что для лечения гипертонии чаще всего используют не один, а два или три препарата. Такой режим лечения не очень удобен, поскольку каждый день приходится принимать несколько таблеток и помнить, в какое время следует принимать те или иные лекарства.

Для удобства выпускают лекарственные формы, содержащие в одной таблетке комбинацию двух препаратов. Их единственным недостатком является невозможность изменения дозы препаратов, входящих в комбинацию.

Такие препараты, как **ко-ренитек, гизаар** и др., содержат диуретик (мочегонное средство), поэтому их следует принимать утром.

### **Ингибитор АПФ + диуретик**

Эналаприл + гидрохлортиазид — **Ко-ренитек, энап-Н**

Периндоприл + индапамид — **Нолипрел**

Хинаприл + гидрохлортиазид — **Аккузид**

Лизиноприл + гидрохлортиазид — **Ко-диротон**

### **Антагонист АТ1-рецепторов + диуретик**

Лозартан + гидрохлортиазид — **Гизаар**

### **Антагонист АТ1-рецепторов + диуретик**

Валсартан + гидрохлортиазид — **Ко-диован**

Телмисартан + гидрохлортиазид — **Микардис-плюс**

### **Бета-адреноблокатор + диуретик**

Бисопролол + гидрохлортиазид — **Лодоз**

#### **Ингибитор АПФ + антагонист кальция**

Периндоприл + амлодипин — **Престанс, дальнева**

Лизиноприл + амлодипин — **Экватор**

#### **Антагонист АТ1-рецепторов + антагонист кальция**

Валсартан + амлодипин — **Эксфорж**

Телмисартан + амлодипин — **Твинста**

#### **Антагонист АТ1-рецепторов + антагонист кальция + диуретик**

Валсартан + амлодипин + гидрохлортиазид — **Ко-эксфорж**

Задание: разберите свою домашнюю аптечку, попытайтесь понять, к какой группе лекарств относятся ваши препараты. Отложите в сторону «старые препараты».

### **Еще немножко о лечении**

*Почему цена одного и того же препарата в аптеках может отличаться в десять раз?*

Правильнее сказать, не одного и того же препарата, а одного и того же действующего вещества.

Посмотрите на упаковку любого лекарства. На нем всегда указано два названия. Например, на упаковке крупно написано «НОРВАСК», а снизу мелко «амлодипин». Вот «Норваск» – это торговое название, данное фирмой-производителем, а «амлодипин» – международное непатентованное название. При этом в аптеке можно найти и другие амлодипины: нормодипин, тенокс, амловас и т. д., которые будут несколько дешевле.

Дело в том, что на рынке существуют оригинальные препараты и так называемые дженерики. Оригинальный препарат был изначально разработан фармацевтической компанией, он был тщательно изучен, прошел клинические исследования, он высокоочищенный, надежный, но более дорогой. И есть дженерики, которые делаются по образу оригинальных препаратов. По закону новый разработанный препарат, производимый фармфирмами, 10 лет защищен от того, чтобы его скопировали. А после 10 лет производитель должен предоставить формулу, чтобы все, кто захотел, смогли его повторить. Вот эти лекарства-повторы и есть дженерики. Эти препараты существенно дешевле. Поэтому одну и ту же молекулу можно иногда купить и за 400 рублей, и за 20. Конечно, эти препараты не могут быть одинаковыми. И «Мерседес» машина, и «Жигули» машина. Обе имеют кузов, мотор и четыре колеса. Но вопрос, как они будут ездить и как долго будут служить. То же самое и в отношении лекарств. Дженерики могут содержать какие-то посторонние примеси, там могут быть другие наполнители. Конечно, бывают хорошие дженерики

и добросовестные производители. Но надо понимать, что, к сожалению, в России нет должного контроля, который есть в Америке.

Что касается цены на лечение, давайте вспомним, сколько наши пациенты тратят денег на БАДы, на витамины для сердца и прочие пустышки. Если отменить то, что реально не нужно, что не влияет на прогноз, глядишь, стоимость реального лечения окажется совсем не высокой.

### *Нужно ли дополнительно употреблять препараты для «укрепления сердца»?*

Многие считают, что сердце – это клубника на грядке, что его надо удобрять, подкармливать, поливать. Пациент приходит и говорит: а что бы мне попить для укрепления сердца? Грамотный врач всегда ответит – ничего не надо. Не существует в природе препаратов, которые могли бы реально улучшить «питание» сердца. Тем не менее есть лекарства, которые позиционируются как витамины для сердца. Всем известный панангин, витаминные комплексы с приставкой «кардио» – это все пустышки. Никакой пользы от них нет.

### *Нужно ли гипертонику пить аспирин для разжижения крови?*

Многие люди принимают его ежедневно после 45 лет, так как считается, что он разжижает кровь. Эта позиция была пересмотрена Европейским обществом кардиологов. Если у тебя нет ишемической болезни сердца, периферического атеросклероза, то просто так аспирин в профилактических целях принимать не нужно. Польза этого лечения не очень отчетлива, а вот риск желудочно-кишечных осложнений возрастает.

Поэтому теперь аспирин остается обязательным препаратом только для людей с ишемической болезнью сердца, после инфаркта, инсульта и при некоторых других сосудистых заболеваниях.

### *В чем особенности лечения гипертоников, страдающих диабетом?*

Гипертония и ожирение очень часто сочетаются с сахарным диабетом 2-го типа. Это, кстати, тоже очень коварное заболевание, которое до определенного времени протекает бессимптомно. Именно поэтому обязательно время от времени нужно проверять уровень глюкозы в крови. Если глюкоза натощак выше 5,6 ммоль/л – это уже тревожный сигнал, это уже преддиабет. А если уровень глюкозы >7 ммоль/л, значит, есть сахарный диабет. Раньше считалось, что в начальных стадиях диабета можно просто «посидеть на диете», сегодня такой подход считается недопустимым. После установки диагноза надо сразу же начинать лечение сахароснижающими препаратами; лечение, как правило, начинают с метформина.

Что касается особенностей лечения гипертонии у больных с диабетом, то здесь препаратами выбора считаются ингибиторы АПФ (эналаприл, рамиприл и др.) и блокаторы ангиотензиновых рецепторов (лозартан, валсартан и др.).

### *В чем заключаются особенности лечения гипертонии при беременности?*

Во время беременности у некоторых женщин действительно начинает повышаться артериальное давление. Это связано с гормональной перестройкой и задержкой жидкости. Нередко после родов гипертония проходит. У некоторых женщин она остается, особенно если беременность сопровождается выраженным набором веса, который после родов не удается сбросить.

Станным образом в России акушеры-гинекологи безумно трепетно относятся к повышению давления при беременности и готовы госпитализировать даже пациенток с высоким нормальным АД (130/85 мм рт. ст.), считая, что это уже увеличивает риск осложнений. На самом деле в большинстве случаев, если давление не превышает 150–160/90–100 мм рт. ст., это не повод для паники.

Снижение давления при беременности имеет свои особенности, главная среди них – это категорический запрет на применение препаратов, относящихся к классам ингибиторов АПФ (эналаприл, периндоприл и т. д.) и блокаторов ангиотензиновых рецепторов (лозартан, валсартан и т. д.). Остальные препараты можно применять, но только по решению врача.

Здравствуйте, мне 26 лет. У меня повышение давления при беременности в 36 недель. Обычное мое давление 120/80. При посещении врача в женской консультации поднимается до 125/85 (130/90) мм рт. ст. Врач настаивает на госпитализации, предупреждая о гестозе. Я писала письменный отказ, так как дома давление в норме (измеряю 4–5 раз на дню). Считаете ли вы критичным такое повышение АД, что можно попить в домашних условиях (без госпитализации)? Знаю, что в больницах при повышении АД выписывают допегит.



Вы молодец, правильно отказываетесь. Риск осложнений гипертонии при беременности начинается с уровня АД  $\geq 160/110$  мм рт. ст. Давление 130/90 не считается опасным и не увеличивает риск неблагоприятных исходов беременности. В России врачи очень часто перестраховываются и пугаются даже слегка повышенного давления. В одном вы правы: препарат выбора при гипертонии беременных – допегит (метилдопа), но это совершенно не ваш случай.

## Глава 10

### Гипертонический криз

Однажды меня пригласили на съемку одного медицинского ток-шоу. По сценарию программы мы должны найти женщину, которая страдает гипертонией, измерить у нее в студии давление, сделать какие-то выводы и дать рекомендации. В перерыве мы нашли такую женщину и договорились, что в определенный момент она поднимет руку и выйдет на сцену. Когда подошло время, я ее пригласил, измерил давление, которое у нее на тот момент было 210/120 мм рт. ст. Все тут же переполошились, стали спрашивать, что делать, я ответил, что вот прямо сейчас ничего делать не надо. Съемка закончится, мы спокойно обсудим, чем она лечится, и скорректируем терапию. А она в тот момент абсолютно нормально себя чувствовала. Эта ситуация – иллюстрация к тому, что люди, которые не получают лечение или получают неадекватное лечение, достаточно часто ходят с высоким давлением и никак его не чувствуют. Если они случайно его измеряют и получают очень высокие цифры, то это не называется гипертоническим кризом. Это просто тяжелая нелеченная гипертония.

Совершенно неразумно в этом случае, как это часто бывает, давать препараты короткого действия и резко снижать давление. Если ты ходишь много лет или месяцев с высоким давлением и вдруг тебе резко его снизили, то вероятность осложнений, в том числе и инсульта, гораздо больше, чем

если бы ты вообще ничего не делал. Просто высокие цифры АД у пациента – это не гипертонический криз.

А откуда вообще берутся гипертонические кризы? Прежде чем ответить, еще две зарисовки из жизни.

Минувшим летом я подружился с доктором, которая работает на большом круизном теплоходе «Михаил Булгаков». Она целое лето ходит с туристами по Волге. Доктор рассказывала, что для нее счастье, когда идет рейс пожилых иностранцев, например немцев. Потому что у всех иностранных пенсионеров подобранное лечение, которое они принимают изо дня в день. У них нет никаких кризов. Но когда едут наши туристы среднего и пожилого возраста, то они каждый день бегают мерить давление. Они постоянно требуют себе препараты короткого действия, впадают в панику, устраивают скандалы. И доктор в этом рейсе все время сбивается с ног, потому что ежедневно надо кого-то срочно лечить...

Были мы в Швейцарии на конгрессе, посвященном новому методу лечения гипертонии. Там коллеги, которые проводили это исследование, сказали, что для исследования не годится человек, который был госпитализирован более одного раза по поводу гипертонического криза. Мы удивились – в России нет таких гипертоников, которые раз-два в год не лежали бы в больнице. Почему так? На что они нам ответили: если человек часто попадает в больницу с гипертоническим кризом, это значит, что он не соблюдает ваше лечение. Значит, нам такой пациент в клиническом исследовании не нужен, потому что рекомендации он соблюдать не будет и здесь.

Это две иллюстрации к тому, что самая частая причина гипертонических кризов – это либо несоблюдение лечения, предписанного врачом, либо вообще отсутствие какой-то схемы лечения. Человек, у которого есть разумный лечащий врач, у которого есть хорошая подобранная терапия, практически не знает, что такое кризы. В России, по моим наблюдениям, кризы бывают у 80 % пациентов. Все по той же причине. Мы всем гипертоникам можем хорошо и эффективно помогать, но если врач разумный и если пациент следует его рекомендациям. Кто-то из «великих» сказал: «Самый сильный препарат не будет работать, если пациент его не принимает».

Впрочем, бывает, конечно, и так: пациент принимает все препараты, но на фоне каких-то факторов – стресса, бессонной ночи, приема энергетиков, избытка соленой пищи – резко поднимается давление. Если давление повышается >180/120 мм рт. ст., это считается кризом. Обычно криз сопровождается неприятными ощущениями: головной болью, нарушением зрения, одышкой, тошнотой.

А вот сейчас я расскажу вам то, что идет вразрез с общепринятой в России практикой, которой пользуются все без исключения врачи и пациенты. Итак, старый подход в лечении гипертонических кризов заключался в том, что пациентов лечили препаратами короткого действия (три «К»): клофелин, капотен и коринфар. Это препараты, которые быстро снижают давление, особенно если положить их под язык. У нас, как правило, так и поступают и снижают давление в течение 30–40 минут. Давление снижается быстро, а продолжительность действия препаратов где-то 3–6 часов. Через 6 часов препарат заканчивает действовать и выводится из организма.

Пациент перемерил давление через полчаса, оно снизилось. Он счастлив, он забыл про свой криз, работает дальше. Что происходит на самом деле и почему сейчас от этой тактики отказались в мире?

Действительно, давление сбрасывается резко, для сосудов это очень плохо – как резкий подъем давления, так и резкое падение – плохо. Итак, в 10 часов вечера он измеряет давление и видит, что оно у него высокое. Он принимает таблетку. Давление быстро падает. В 3–4 часа ночи действие препарата прекращается. Что происходит? Под утро повышается давление. Это классический фактор угрозы инсульта. С инсультом и так связаны подъемы давления в утренние часы. Европейская медицина уже 10 лет знает о том, что короткие препараты, особенно коринфар, при гипертонических кризах использовать нельзя, поскольку они повышают риск инсульта.

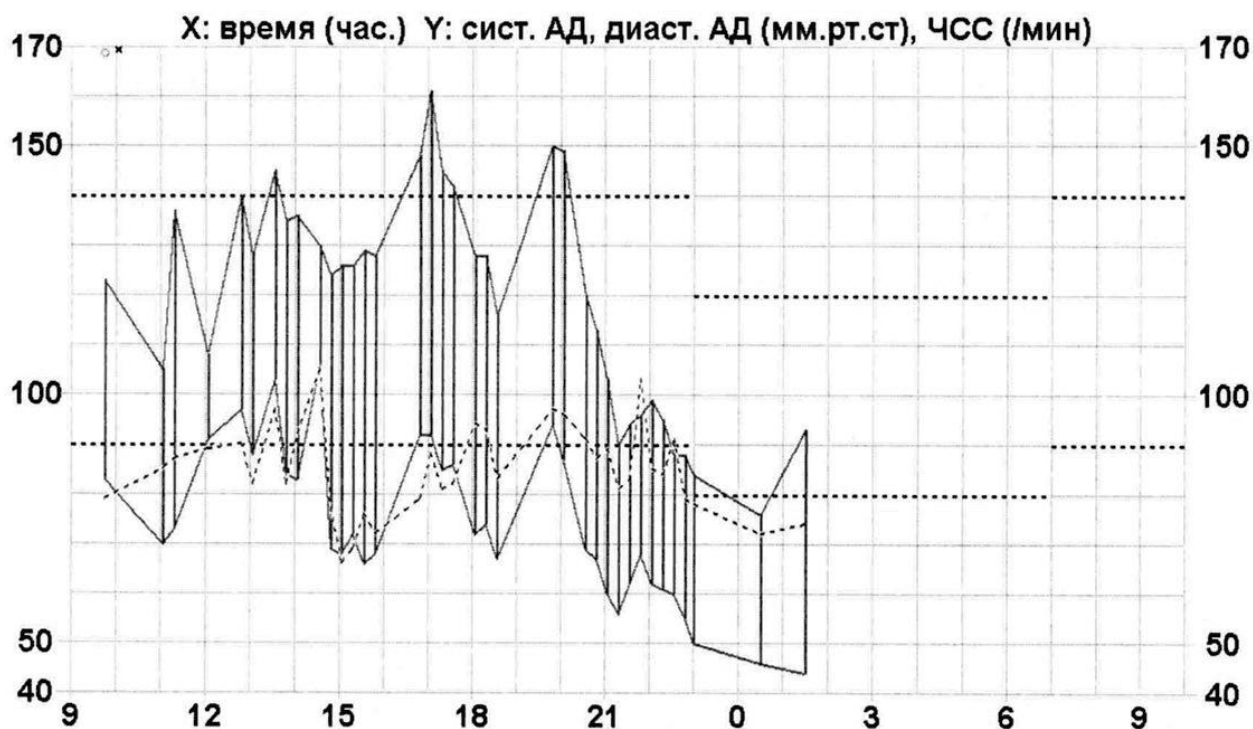
Что на самом деле нужно делать? Как правильно действовать? В первую очередь вспомнить, какие препараты назначал врач, открыть свою аптечку и принять дополнительно или увеличить дозу того препарата, который был назначен на длительное лечение. Пусть эти препараты начинают работать медленнее, пусть они начинают работать не через 20 минут, а через час. У вас есть это время для того, чтобы медленно и плавно снизить давление. Давление снизится плавно, риска инсульта не будет, а дальше вы придете на прием к своему врачу и обсудите с ним ситуацию.



Гипертонический криз, как правило, не нужно лечить препаратами быстрого действия. Резкое снижение давления увеличивает риск осложнений.

Еще надо вспомнить про один препарат из прошлого века, который сегодня уже приличными людьми не используется, – это магнезия. В Москве на «Скорой помощи», к счастью, магнезию вводить запретили. И это очень хорошо. Препарат действует непродолжительно, затем возникает «синдром рикошета» – давление поднимается еще сильнее. Сейчас «Скорая помощь» дает только таблетки. Многие пациенты жалуются, они же привыкли, что «Скорая» делает уколы, и считают, что, если не сделал укол, значит, не полечил. Но уколы при гипертонии, как правило, не нужны!

Лет 10 назад коллега попросила проконсультировать свою маму по поводу повышенного давления (кстати, сама мама – терапевт поликлиники!). На момент нашей встречи давление у нее было 120/90 мм рт. ст. – не бог весть что, согласитесь. Для того чтобы понять, если ли у нее действительно проблемы с давлением, я повесил ей монитор для суточного измерения АД. Дальше смотрите сами: в 14 часов давление поднимается до 145/100 мм рт. ст., она в испуге пьет коринфар. Давление снижается на 2 часа, но затем поднимается до 160/90 мм рт. ст. Пациентка вызывает «Скорую», ей вводят магнезию, давление снижается до 115/70, затем снова повышается до 150/95 мм рт. ст. Она снова вызывает «Скорую», ей снова вводят магнезию и еще один сильнодействующий препарат. Результат вы можете видеть – падение давления до 80/45 мм рт. ст. и двухнедельное лечение в неврологическом отделении по поводу нарушения мозгового кровообращения.



Единственным исключением, когда уколы при гипертонии показаны, являются редкие, к счастью, формы осложненных гипертонических кризов. Это ситуация, когда на фоне повышенного давления, чаще выше, чем 180/120 мм рт. ст., развивается нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, тяжелое нарушение зрения, отек легких и т. д. Вот эта ситуация однозначно требует вызова «Скорой помощи», неотложной госпитализации и лечения.

## Глава 11

### Инсульт

Эпиграфом к этой главе может случить фраза из романа «Остров сокровищ»: «И оставшиеся в живых будут завидовать мертвым».

Старый пират Джон Сильвер, произнося эту фразу, имел в виду, конечно, инсульт. Нет более драматической и более серьезной сосудистой катастрофы, чем нарушение мозгового кровообращения.

После перенесенного инсульта вернуться к прежней физической активности крайне проблематично. По статистике, это удастся не более 30 % пациентов. Еще 30 % погибнет. А вот совсем плохой исход – это когда человек остается с грубыми расстройствами движения, речи, нарушением функции тазовых органов и остается на много лет парализованным на «радость» своим родным и близким. Вот тут и подходят слова Джона Сильвера «...оставшиеся в живых будут завидовать мертвым». Мы все знаем такие семьи, и непонятно, кому хуже – тому, кто лежит парализованный, или тому, кто ухаживает. Всем тем, кто не хочет лечиться, бравирует тем, что легко переносит высокое давление, хочется сказать: подумайте, каково будет вашим детям потом? Своим нежеланием лечиться вы можете испортить им жизнь на многие годы.

Помните, что инсульт легче предотвратить, чем лечить. Лечить гипертонию достаточно просто, лечить нарушение липидного обмена – тоже просто, лечить сахарный диабет тоже гораздо проще, чем лечить инсульт.

Тем не менее давайте повторим основные признаки инсульта – это остро возникшее нарушение движения, чаще половины тела, нарушение мимики, нарушение речи, нарушение зрения. Есть простой тест, который позволяет достоверно заподозрить инсульт:

- Попросите больного поднять обе руки вверх. При инсульте это не получится – одна рука не сможет подняться.
- Попросите больного улыбнуться. При попытке улыбнуться мы увидим асимметрию лица, угол рта «провиснет».
- Попросите повторить простую фразу. У многих больных с инсультом нарушается речевая функция.

Если вы заподозрили у кого-то инсульт, немедленно вызывайте «Скорую». У нас есть всего лишь 3,5 часа на то, чтобы растворить тромб.

Дело в том, что ишемический инсульт (самый частый) возникает из-за разрыва атеросклеротической бляшки и формирования в этом месте тромба.

Образовавшийся тромб перекрывает кровоток в артерии головного мозга и вызывает смерть участка головного мозга. Восстановить мозг уже невозможно.

Те литры препаратов, которые в России принято не капать – лить больному, перенесшему инсульт, совершенно бесполезны. Нигде в мире такие препараты, как актовегин, церебролизин, пирацетам, не используются. Это выброшенные деньги и потерянное время, которые можно было бы с пользой потратить на реабилитацию, лечебную физкультуру и занятия с логопедом.

А дальше основные усилия врача должны быть сосредоточены на профилактике повторного инсульта. На лечении гипертонии, на снижении уровня холестерина, на назначении препаратов, которые влияют на тромбообразование.

Неужели удел гипертоника – все время принимать таблетки? Ведь наука не стоит на месте...

Действительно, артериальная гипертензия – это последний раздел кардиологии, в котором лечение по большей части заключается в постоянном приеме лекарств. Однако наука действительно не стоит на месте. В последние годы предложено два новых метода хирургического лечения, которые могут оказаться полезными для людей с тяжелой гипертонией, у которых лекарства недостаточно эффективны.

Первая методика называется «почечная денервация». Ее смысл заключается в разрушении почечных нервов при помощи специального нагревающегося катетера. Дело в том, что именно почечные нервы «предают информацию» о необходимости повышения давления от головного мозга к почкам – важнейшему регулятору АД. Пока эта методика проходит клинические исследования, результаты пока не столь блестящие, как нам хотелось бы, однако наука не стоит на месте...

Вторая методика носит название «стимуляция каротидного синуса». Идея состоит в том, чтобы при помощи специального генератора, который вшивается под кожу, стимулировать область сонной артерии, т. к. именно в этой зоне находится скопление барорецепторов, которое



регулирует артериальное давление. Пока судьба этого метода тоже не очень понятна, и в России он не зарегистрирован.

## Глава 12

### Инфаркт миокарда

– При чем тут инфаркт? – спросите вы. – Ведь мы же ведем речь о гипертонии...

Очень даже при чем. Давайте вспоминать. Повышенное давление повреждает стенки сосудов, вызывая нарушение функции эндотелия – внутренней выстилки сосудов. К поврежденному эндотелию легко «цепляется» холестерин, образуется холестериновая бляшка, которая суживает сосуды. Этот процесс носит название «атеросклероз». Бляшка растет, кровоток нарушается, возникает стенокардия. Самая серьезная неприятность возникает, когда внезапно, например на фоне гипертонического криза, бляшка в коронарной артерии разрывается и к этому месту устремляются тромбоциты. Образуется тромб, и кровоток полностью прекращается. Гибель сердечной мышцы называется инфарктом миокарда.

Чаще всего инфаркт миокарда проявляется сильнейшей загрудинной болью, распространяющейся на оба плеча и левую руку, в шею и нижнюю челюсть. В домашних условиях самостоятельно снять эту боль практически не получится – традиционно эффективный при стенокардии нитроглицерин не поможет.

В XXI веке больным с инфарктом миокарда научились очень хорошо помогать, но надо лишь, чтобы пациент сам сделал первый шаг навстречу – обратился за медицинской помощью.

Вот порядок действий в том случае, если вы заподозрили инфаркт миокарда (сердечный приступ):

1. Без промедления вызываем «Скорую». Оптимальное время от начала болей до восстановления кровотока в закрытой тромбом артерии – не более 90 минут.
2. Даем пациенту разжевать большую таблетку аспирина (500 мг). Если у вас дома есть только кардиологический (низкодозовый) аспирин (кардиомагнил 75 мг или тромбо-АСС 100 мг), то надо разжевать сразу 4 таблетки. Для чего это нужно? Для того чтобы попытаться «растолкать» тромбоциты, которые устремились в зону тромбоза. Аспирин ведь обладает свойством, препятствующим агрегации (слипанию) тромбоцитов.
3. Собираем все имеющиеся дома медицинские документы и кардиограммы. Они помогут врачам быстро оценить ситуацию.
4. Встречаем «Скорую».

#### *Чего не нужно делать?*

1. Думать: «Потерплю немного, и все как-нибудь пройдет», горстями глотать обезболивающие.
2. Самому садиться за руль и ехать в ближайшую поликлинику/больницу.

От того, насколько быстро пациент попадет в клинику, зависит прогноз. В первые 90 минут тромбированный сосуд можно «открыть» при помощи баллонной ангиопластики и стентирования. В просвет сосуда устанавливают проводник с баллоном. Баллон раздувают – это

приводит к раздавливанию бляшки и расширению сосуда. Затем в это место ставят стент – особую металлическую конструкцию, которая будет сохранять просвет сосуда.

Если нет возможности выполнить такую «мини-операцию», то пациенту внутривенно вводят специальный препарат-тромболитик. «Лизис» в переводе с латыни – «растворение».

Следовательно, тромболитик – это вещество, растворяющее тромбы. Успеха от тромболиза можно ожидать в первые 12 часов от начала болевого приступа.

*После выписки из клиники пациент после инфаркта миокарда должен выполнять следующие правила:*

- Не курить. «Звоночек» уже прозвенел. Сердце – не такой большой орган, чтобы с легкостью расставаться с его клетками.
- Снижать холестерин. Питание по принципу «от мяса к рыбе», а также высокие дозы статинов. У пациента после инфаркта холестерин должен быть «ниже низкого» (уровень «плохого» холестерина – ЛНП <1,8 ммоль/л).
- Принимать два препарата, препятствующих слипанию тромбоцитов (аспирин и клопидогрел), в течение 12 месяцев, а затем аспирин пожизненно. Тромбоциты не должны на пушечный выстрел подходить к пораженному участку.
- Принимать бета-блокаторы и ингибиторы АПФ. В данном случае это уже не только «препараты от давления», но и лекарства, которые защищают сердце от структурных и «электрических» изменений, вызванных инфарктом миокарда.
- Снижать давление. Если бета-блокаторов и ингибиторов АПФ недостаточно, то врач обязательно порекомендует дополнительные препараты для поддержания АД на уровне <140/90 мм рт. ст.

*А теперь хорошие новости*

Если доктор хорошо лечит пациента, перенесшего инфаркт миокарда, а пациент, в свою очередь, аккуратно соблюдает рекомендации, то пациенту можно:

- Вернуться к работе и активному образу жизни.
- Заниматься физкультурой.
- Летать самолетами и путешествовать.
- Вести активную половую жизнь.

Одним словом, для большинства больных инфаркт миокарда – не «приговор», но тревожный сигнал, заставляющий задуматься о том, что сердце и сосуды требуют бережного отношения.

## **Заключение, или Как найти хорошего врача**

Сохранить физическое здоровье, бодрость духа, чувство юмора, возможность не зависеть от посторонней помощи до глубокой старости – что может быть лучше? Здоровье нашего сердца, сосудов в значительной степени находится в наших руках. От того, насколько мы будем следить за

давлением, за холестерином, за питанием и массой тела, зависит не только продолжительность жизни, но ее качество.

Артериальная гипертензия – один из самых важных и легко модифицируемых факторов риска. Нужно лишь попасть в руки хорошего врача, доверять ему и выполнять его рекомендации.

– Просто?! – воскликнете вы. – Да как же его найти, хорошего врача?

#### **Записывайте приметы:**

- Хороший врач читает англоязычную литературу. Вся мировая медицинская литература пишется на английском языке.
- Хороший врач руководствуется принципами «доказательной медицины». Эффективность любого вмешательства должна быть доказана в качественных клинических исследованиях.
- Хороший врач никогда не предложит «полежать, покапаться, подлечиться», не назначит БАДы, не скажет, что «статины сажают печень».
- И, наконец, хороший врач всегда найдет время и возможность **ответить** на все ваши вопросы, какими бы наивными они ни выглядели. К сожалению, одна из основных проблем в медицине восходит именно к невозможности найти общий язык между врачом и пациентом.

Автор надеется, что эта книга позволит ответить на те вопросы, которые вас интересуют, но вы стесняетесь или не успеваете задать их врачу на приеме. Если я о чем-то забыл рассказать, вы можете задать мне вопрос на портале «Здоровье. Mail.ru» или напрямую по электронной почте [avrodion@mail.ru](mailto:avrodion@mail.ru), и я постараюсь рассказать об этом в следующих книгах нашего «Института здоровья».

#### **Об авторе**

Информация, представленная в книге, основывается не только на личном опыте и мнении автора, но главным образом на рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов.



Антон Владимирович Родионов – кандидат медицинских наук, врач-кардиолог, доцент кафедры факультетской терапии № 1 Первого московского государственного медицинского университета

им. И. М. Сеченова. Член Российского кардиологического общества и Европейского общества кардиологов (ESC). Автор более 50 публикаций в российской и зарубежной научной литературе, постоянный участник научно-популярных телевизионных программ.