Современные рекомнедации по ведению больных с артериальной гипертензией

Бондаренко Павел Александрович

Артериальная гипертензия (АГ) как наиболее распространенное сердечно-сосудистое заболевание привлекает внимание медиков и ученых всего мира, заставляя медицинскую общественность вновь и вновь разрабатывать и пересматривать тактики ведения пациентов с повышенным артериальным давлением (АД). В настоящее время в распоряжении практического врача имеются огромное количество отечественных и зарубежных рекомендаций, проводятся конференции, симпозиумы, съезды, образовательные программы для врачей и т.д.

Данные доказательной медицины убедительно свидетельствуют о том, что стабильное удержание АД ниже целевого уровня, то есть адекватное лечение АГ способствует существенному снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и увеличению продолжительности жизни больных.

Вместе с тем, эта достаточно четко сформулированная и вполне достижимая цель - эффективный контроль АД - часто остается нереализованной , а такие кардиоваскулярные осложнения, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт, считаются бичом нашего времени. И во многом в этом вина именно нелеченной или неэффективно леченной гипертензии.

Существует известный феномен - "три по пятьдесят" - только 50% лиц, имеющих повышенное артериальное давление, знают об этом, из них лишь 50% принимают антигипертензивные препараты, однако адекватная терапия проводится у 50% из них. Практические врачи хорошо знакомы с этими печальными закономерностями, вина за которые лежит и на службе здравоохранения, и на социально-экономической ситуации в обществе в целом.

В чем же секреты недостаточного успеха многолетних усилий международной врачебной практики в борьбе с АГ за жизнь и качество жизни пациентов? Проблема многогранная, не предполагающая однозначного ответа, но требующая глубокого анализа ее составляющих, в частности патогенетических аспектов обоснованности терапевтических подходов и их оптимизации.

В этой связи хотелось бы прокомментировать некоторые самые свежие современные рекомендации по ведению больных с АГ.

В качестве примера рассмотрим статьи "Артериальная гипертензия в 2014 г. классификации, диагностика, лечение"( симпозиум №153 - медицинская газета "Новости медицины и фармации"), "Артериальная гипертензия"( симпозиум №64- медицинская газета "Новости медицины и фармации"), "Приказ Министерства здравоохранения Украины № 384 от 24.05.2012 и Унифицированный клинический протокол первичной, экстренной и вторичной (специализированной) медицинской помощи "Артериальная гипертензия" , "Рекомендации Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов (ESH/ESC) по лечению АГ, 2013." Первое, что бросается в глаза при ознакомлении с данными документами - это то,что практически ни в одном из них не раскрыты такие важные разделы как "этиология и патогенез", разве ,что, в статье "Артериальная гипертензия" ( симпозиум №64) идет упоминание и несколько строк по патофизиологии АГ, а именно: Ведущая роль в развитии ЭАГ отводится *генетическим механизмам* и трем основным экзогенным факторам: *избыточному употреблению поваренной соли, перманентному психоэмоциональному стрессу и ожирению.* Точные механизмы, посредством которых эти факторы определяют возникновение и становление ЭАГ, остаются во многих случаях недостаточно изученными. Важнейшие факторы патогенеза ЭАГ, на которые можно влиять с помощью современных антигипертензивных препаратов, - это гиперактивность ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатической систем (и свя- занное с этим увеличение общего периферического сопротивления сосудов), задержка натрия и воды (при так называемой объемзависимой АГ), инсулинорезистентность и другие.

Есть еще целый раздел в вышеназванной статье с четким названием: Этиология АГ, где конкретно сказано следующее.

Эссенциальная А. (первичная, идиопатическая АГ, гипертоническая болезнь).

Симптоматические Б. (вторичные) АГ:

Ренальные: 1.

 а)*ренопаренхиматозные* (первичные и вторичные гломерулонефриты и пиелонефриты, поликистоз, диабетическая нефропатия и др.);)*реноваскулярные* (атеросклеротический стеноз почечных артерий, фибромышечная дисплазия, васкулиты с поражением почечных артерий);)*ренинпродуцирующие опухоли*.

Эндокринные: 2.

а)*надпочечниковые:*

связанные с нарушениями в корковом слое (синдром Кушинга, первичный - гиперальдостеронизм, врожденная гиперплазия надпочечников);

связанные с нарушениями в мозговом слое (феохромоцитома); -)*тиреоидные* (гипотиреоз, гипертиреоз);

с)*акромегалия;*)*гиперпаратиреоз;*)*карциноиды;*)*связанные с приемом экзогенных гормональных препаратов* (эстрогенов, глюкокортикоидов, минералокортикоидов, симпатомиметиков).

АГ при коарктации аорты. 3.

АГ, обусловленная беременностью. 4.

Неврологические 5. (при опухолях головного мозга, энцефалитах, синдроме ночных апноэ, синдроме Гийена - Барре).

Обусловленные увеличенным сердечным выбросом 6. (изолированная систолическая АГ) (при повышенной ригидности аорты у пожилых, при недостаточности полулунных клапанов аорты, артериовенозных фистулах, незаращении артериального протока, болезни Педжета, бери-бери).

Такое описание "этиологии АГ" - это, скорее всего, классификация АГ (с детальным перечислением заболеваний и состояний, приводящих к вторичным АГ) - и, хотя в отношении симптоматических АГ это можно считать совпадающим, но в происхождении эссенциальной АГ такой подход мало о чем говорит врачу.

Точное же знание этиологии является важнейшим фактором, определяющим успех лечения любого заболевания. Ибо бороться только со следствием, т.е. применяя патогенетические и симптоматические средства - без ликвидации причины - безперспективно.

Конечно, когда мы не можем повлиять на причину заболевания - из-за незнания ее или отсутствия метода воздействия на нее - вполне оправданным и необходимым является борьба со следствием. Но целесообразно ли основную исследовательскую мощь науки бросать на изучение тупиковых по сути методик (каковыми и являются патогенетические и симптоматические средства), а не сосредоточиться на изучение этиологических факторов, эффект воздействия на которые значительно перевешивают эффекты от воздействия на последствия, вызываемые ими?

Для примера, можно привести эффект применения антибактериальной терапии при инфекционных заболеваниях (этиотропный подход) - когда зачастую (при неугрожаемых состояниях) - даже их изолированное применение может привести к полному выздоровлению. И - в другом случае - при отсутствии этиотропного подхода: попробуйте вылечить пневмонию одними только жаропонижающими, отхаркивающими, дезинтоксикационными и т.д. средствами - но не применяя антибиотики. Каков будет эффект?

Вообще то в данном случае дико ставить даже сам вопрос - нужны ли антибиотики при пневмонии?!!!

Почему же в отношении АГ мы спокойно рекомендуем неэтиотропные средства и даже не заморачиваемся в связи с этим - а чего дергаться - ведь точная причина АГ не известна, а так называемые факторы риска - которые хорошо известны - мы и так стараемся, по мере возможности, убрать. И называем это НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ лечение или модификация образа жизни. артериальный давление гипертензия пациент

Самые последние современные рекомендации по изменению образа жизни включают:

Снижение массы тела для пациентов с ожирением (если индекс массы тела более 30 кг/м2). Показано, что у подобных пациентов стойкое уменьшение массы тела на 1 кг сопровождается снижением систолического АД на 1,5-3 мм рт.ст., диастолического АД - на 1-2 мм рт.ст.

Регулярные физические нагрузки на воздухе (для гемодинамически стабильного пациента - не менее 150 (а лучше - не менее 300) минут в неделю; у многих больных достаточно быстрой ходьбы на протяжении 30-45 минут ежедневно или не реже 5 раз в неделю). Изометрические нагрузки (например, подъем тяжестей) способствуют повышению АД, их желательно исключить.

Уменьшение употребления поваренной соли. Показано, что снижение потребляемой соли до 5,0 г/сут (столько ее содержится в 1/2 чайной ложки) ассоциируется со снижением систолического АД на 4-6 мм рт.ст., диастолического АД - на 2-3 мм рт.ст. Снижение АД вследствие уменьшения употребления соли более выражено у лиц пожилого возраста. В качестве достаточно действенной меры (способствующей уменьшению употребления соли примерно на 30 %) может быть использована рекомендация убрать со стола солонку.

Уменьшение употребления алкоголя.

Уменьшение употребления насыщенных жиров (жиров животного происхождения).

Увеличение употребления свежих фруктов и овощей (суммарно желательно около 300 г/сутки).

Прекращение курения.

Эти рекомендации даются всем больным с АГ - и если выполнение таковых приводит к нормализации АД (на начальных стадиях АГ, когда АД не превышает 160/100 мм.рт.ст. и нет высокого или очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений) - ограничиваются ими и динамическим наблюдением за больным. В остальных же случаях дополнительно обязательно назначается медикаментозная терапия, которую необходимо проводить постоянно, как правило в течение всей жизни человека. Понятие курсового лечения к антигипертензивной терапии неприменимо.

Итак, есть проблема: больной АГ. И как любой нормальный человек (с любой болезнью - а не только АГ ), основную цель, которую ставит пациент перед собой - выздороветь.

И что же предлагает ему официальная медицина - в большинстве случаев глотать "пилюльки" до конца оставшихся дней! Перспектива - "высший класс"! Ничего удивительного в связи с этим нет, что такой низкий комплаенс (приверженность к лечению) у большинства больных АГ, особенно если учесть, что многие из них, имея повышенные цифры АД, при этом чувствуют себя относительно удовлетворительно.

Как же вести себя больному-гипертонику, если официальная медицина не может его вылечить (кстати говоря, как и любого другого хронического больного - астматика, диабетика и т. д.) - смириться с этим и добросовестно выполнять назначения лечащего врача (при этом, даже все идеально выполняя - нет гарантии, что можно полностью избежать осложнений - хотя, конечно, вероятность таковых уменьшается) - или все же попытаться найти другой способ справиться с проблемой?

Когда перед человеком стоит казалось бы "неразрешимая" проблема, первый вопрос, который должен задать себе человек, звучит так: кому это выгодно?

Ведь лечение больного-гипертоника, если рассматривать его в рамках социума - очень емкое понятие. Здесь и огромное количество научных институтов и разнообразных клинических исследований, а также различные конференции, симпозиумы, конгрессы, съезды и т. д.; и фармацевтическая промышленность, выпускающая антигипертензивные и сопутствующие препараты; и медицина в целом (проблема АГ актуальна не только для терапевтов на любом уровне оказания помощи, но и для врачей других специальностей (невропатологов, окулистов, кардиологов, нефрологов и т. д.)

Итак, выгодно ли самому человеку быть хроническим больным и страдать всю жизнь? Вопрос вроде бы риторический, но здесь все не так просто. В практике любого врача, наверное, найдутся случаи, когда больной не хочет выздороветь, хотя такая возможность есть, К примеру, заключенный в тюрьме заболел туберкулезом и его перевели в больницу на лечение - во многих случаях человек не сильно заинтересован в скорейшем выздоровлении - ведь тогда его снова вернут в камеру, а в больнице (хоть, в данном случае это спецбольница) - все же получше, чем на "зоне". Есть и другие аналогичные примеры - когда человек получает пособие по группе инвалидности; пытается получить отдельную жилплощадь (это возможно при некоторых заболеваниях) и т. д.

В данных примерах человек не стремится выздороветь не потому, что ему хорошо быть больным (если он, конечно, не мазохист), а потому, что в некоторых случаях статус больного предполагает определенные льготы, которые и не хочет терять человек.

А как насчет других участников "лечебного" процесса? Выгодна ли ситуация с больными АГ фармацевтическим компаниям? Безусловно! Ведь основная цель любого производителя (не только фармкорпораций!) - получение прибыли. А пациент с АГ - практически "идеальный" клиент для фармбизнеса: человек по современным медицинским рекомендациям обязан постоянно принимать лекарства, а т.к. АГ - болезнь хроническая и неизлечимая, к тому же одна из самых распространенных (практически 1/3 взрослого населения Украины - да и в других странах примерно в таких же количествах страдают этим недугом) - то не трудно представить себе денежный оборот от реализации фармпродукции в данной области.

Кстати, в заинтересованности фармкомпаний тесно переплетается участие другого участника "лечебного" процесса - различных научно-исследовательских учреждений, больниц, организаций и др., принимающих участие в клинических исследованиях различных лекарств, медицинских методик и т.д.

Ведь все эти исследования - очень затратные мероприятия, и в основном, спонсируются заинтересованными фирмами не просто "ради приличия" или "высоких моральных качеств" их руководителей. Просто, показав хороший результат в исследованиях, препарат может быть включен в общенациональный стандарт лечения - и надолго обеспечить прибыль выпускающей его фирме.

Больной человек с АГ как был больным, так и остается им - независимо, лечится ли он по "золотому" стандарту или по "платиновому" или даже по "бриллиантовому", если, таковые, к примеру, появятся.

В отношении больных АГ в историческом аспекте: это четко известно. Что 10 - 20 - 50 лет назад, когда АГ лечили препаратами раувольфии, клофелином и др.,что в настоящее время, когда лечат ингибиторами АПФ, блокаторами рецепторов ангиотензина II и др., - болезнь остается с человеком до конца его дней. Ну, возможно, несколько лучший контроль АД с помощью современных препаратов - да и то, если комплаенс или финансовые возможности человека позволят. Но это чисто количественные различия. Качественно - по сути - ничего не изменилось. Симптоматический и патогенетический подход, что раньше, что теперь.

И наконец , самый главный участник "лечебного процесса" - современная медицина. В целом, как и любой другой общественный институт, медицина предполагает, что должны быть больные люди. Ведь если все станут здоровыми, то отпадет необходимость в самом существовании медицины! ( Так же, к примеру, если все станут святыми - отпадет необходимость в религии; если вдруг все станут законопослушными - и исчезнет преступность - отпадет надобность в правоохранительной системе и т.д.)

Поэтому и разрабатываются различные препараты и методики лечения, которые, хоть и не дают человеку умереть, но и выздороветь - т.е. избавиться от их зависимости - не дают то же.

Конечно, конкретный врач и хотел бы помочь конкретному больному с АГ выздороветь, но те рекомендации, которые дает ему современная медицина, не позволяют ему это сделать.

Как же выйти из этого тупика и что надо сделать человеку, чтобы как следует справиться с проблемой АГ?

Конечно, надо искать другие подходы! Ведь само собой разумеется, что если какую-либо проблему невозможно решить в рамках одной методики (например, официальной медицины), надо выходить на другие - альтернативные, нетрадиционные, духовные и т.д.

Но все ли исчерпано даже в рамках официальной медицины, позволяющее гораздо эффективнее бороться с АГ? Отнюдь нет!

Ведь никто не мешает врачу не ограничиваться только данными современной "доказательной" медицины, что так назойливо пытаются внедрить в сознание медиков ее адепты.

Настоящий врач не будет игнорировать ни свой опыт, ни опыт своих коллег и учителей в угоду пресловутых "протоколов", "клинических наставлений" или "стандартов".

Вообще то непонятно, как можно целый мир под названием "человек" втиснуть в узкие рамки под названием "стандарт". Это же не гайка, для которой необходим ключ 9\*12, а медицина - не слесарное дело.

Красной нитью через всю отечественную школу медицины проходит мысль, что надо лечить больного, а не болезнь. А стандарт - это и есть лечение болезни, а не больного!

Назовите хоть один стандарт, в котором учитывалась бы личность человека, его мировоззрение, характер?

А разве воздействие на эти составляющие психической сферы человека не влияет на результаты лечения?

Еще и как влияет!

Ведь АГ (гипертоническая болезнь) - типичное психосоматическое расстройство!

Что бы читателю стало ясно, каким образом наша психика влияет на физическое состояние человека, позвольте привести некоторые данные из книги В.Д.Тополянского и М.В.Струковской "Психосоматические расстройства"(Изд-во М. Медицина. 1986 г.)

"В качестве преморбидных особенностей личности, предрасполагающих к развитию лабильной артериальной гипертензии, фигурируют обычно выраженная аффективная неустойчивость (нередко на фоне длительной психотравмирующей ситуации), тревожность, мнитедьность, повышенная впечатлительность и возбудимость, ригидность в изживании неприятных впечатлений и ограниченная способность к переживанию положительных эмоций (склонность к пессимизму, фобиям и спастическим явлениям, замкнутость, настороженность и подозрительность по отношению к окружающим). Ипохондрическая настроенность в клинике сосудистой дистонии формируется, как правило, у эмоционально нестабильных людей с тенденцией к чрезмерной фиксации на вопросах своего здоровья. Нарушения психической сферы с повышенной раздражительностью и особой чувствительностью к определенным внешним впечатлениям, аффективно значимым для больного, быстрая утомляемость и снижение работоспособности, расстройства сна и склонность к вазоконстрикторным реакциям на самые различные раздражителя четко выявляются при этом еще в инициальной стадии заболевания.

Постоянная или периодическая аффективная напряженность с доминирующими ангиоспастическими явлениями (и, следовательно, повышение общего периферического сопротивления) играет решающую роль в развитии лабильной артериальной гипертензии. Временное повышение артериального (преимущественно систолического) давления под влиянием аффективных переживаний или внезапный и резкий его подъем по типу гипертонического криза непосредственно после воздействия психической травмы, например испуга, нередко встречаются не только в клинике невротических состояний и стойкой артериальной гипертензии любой этиологии, но даже у практически здоровых людей при обсуждении эмоционально значимых для них проблем. Нарастающая аффективная напряженность на фоне соматогенной и психогенной астении обусловливает нередко трансформацию стойкой, казалось бы, артериальной гипотензии в лабильную артериальную гипертензию, при которой внезапные и резкие перепады артериального давления переносятся больными особенно тяжело. Не случайно массовая артериальная гипотензия, остро развившаяся среди населения Ленинграда в начале 1942 г., сменяется осенью того же года столь же острой массовой гипертензией, а последняя "затухает" (в ряде случаев без какого- либо специального лечения) в 1944 г. после прорыва блокады [Вальдман В. А.. 1961}.

Ипохондрический синдром при лабильной артериальной гипертензии формируется, как правило, на фоне тревожно-тоскливого настроения (именно депрессивно-ипохондрический синдром оказывается ведущим при многолетнем течении болезни, начинающейся в молодом возрасте). Наиболее частым и клинически очевидным психопатологическим проявлением артериальной гипертензии считается при этом стойкий страх смерти от болезни и глубокий, неодолимый страх перед возможными ее последствиями (инфарктом миокарда, кровоизлиянием в мозг, параличом и развитием психических расстройств). Фобический синдром, возникающий в структуре астенического или астенодепрессивного состояния, поддерживается в дальнейшем физиологически обусловленными неприятными ощущениями в различных частях тела и ложится в основу патологического развития личности.

Более или менее постоянные, аффективно насыщенные и по существу не поддающиеся коррекции страхи с расстройствами восприятия и острой растерянностью, вазоконстрикторными реакциями и нередко значительным подъемом артериального давления на высоте эмоциональных переживаний ломают, подчиняют себе всю жизнь больных, заставляя их метаться по стационарам и поликлиникам в тщетных поисках врачебной помощи и спасения от якобы уже угрожающей им смерти или в надежде на хотя бы некоторую ее отсрочку. Доминирующие в сознании больного на фоне определенного аффекта представления и сверхценные, порой уже бредоподобные идеи достигают иногда степени бреда болезни на высоте тимопатического ипохондрического раптуса.

Соответствующих инструкций по вопросу о том, как вести беседу с больными при выявлении у них повышенного артериального давления (то ли внушать им, что артериальная гипертензия - <тихий убийца" и пренебрежение лечением означает неминуемую и скорую смерть или инвалидность, то ли не запугивать еще больше людей, и без того уже чувствующих себя обездоленными), как известно, не существует. Неблагоприятная роль ятрогенного вмешательства при этом нередко не учитывается, а лечение сводится по существу к пожизненному приему гипотензивных препаратов. Профилактические осмотры и эпидемиологические исследования населения с целью выявления артериальной гипертензии способствуют в итоге массовой ятрогенизации, ставя аффективно неустойчивых людей под прямую угрозу ипохондрического развития личности.

Клиническая картина так называемого астенического невроза с тревожно-депрессивными и сенестопатически-ипохондрическими расстройствами и транзиторным повышением систолического артериального давления ничем не отличается практически от симптоматики лабильной артериальной гипертензии с теми же психопатологическими феноменами. Единственным различием оказывается по существу отправная точка зрения клинициста. Всевозможные жалобы больных (кардиалгии, сердцебиения, перебои, головокружения, головная боль, ощущение нехватки воздуха, потливость, зябкость, парестезии, чрезвычайная утомляемость и т. п.) в сочетании с объективно выявляемой систолической артериальной гипергензией и увеличением минутного объема сердца на фоне явной эмоциональной лабильности и диффузной тревоги трактуются у одних и тех же лиц то как эссенциальный (или идиопатический) гиперкинетический (гипердинамический) синдром, то как невроз с умеренной гиперволемией, способствующей возрастанию сердечного выброса, или гиперкинетический тип пограничной гипертензии с огносительным повышением общего периферического сопротивления, то даже как патологический климакс у мужчин, если пациент посетит уролога или сексопатолога по поводу действительной или предполагаемой импотенции.

Таким образом, эссенциальная гипертензия, или гипертоническая болезнь, во многих отношениях должна быть приближена к неврозам с доминирующей вазоконстрикторной реакцией [Абрикосов А. И., 1950; Давиденков С. Н., 1963].

Теснейшая взаимосвязь между сомой и психикой на всех этапах развития гипертонической болезни делает ее одним из наиболее ярких представителей психосоматических страданий, свидетельствующих не о какой-то психосоматической специфичности данного организма, а прежде всего об известной недостаточности его психофизиологической регуляции. Не случайно в докладе Комитета экспертов ВОЗ (1962) эссенциальная гипертензия характеризуется "как заболевание, при котором повышение кровяного давления не связано с первичными органическими изменениями в организме". Эмоциональная неустойчивость и постоянная аффективная напряженность больных наряду с повышенной возбудимостью и даже не всегда правильным поведением при ипохондрических расстройствах в клинике артериальной гипертензии должны расцениваться, следовательно, не столько в плане тех или иных особенностей преморбидной личности (тем более, что рубеж, отделяющий "преморбид" от клинически очевидного заболевания, здесь крайне гипотетичен), сколько в аспекте нарушений психофизиологической регуляции на фоне вначале преимущественно психогенной, а в дальнейшем, по мере нарастания структурных изменений, все более соматогенной астении.

Важнейшую роль нейрогенных механизмов в развитии артериальной гипертензии подтверждают данные клинических наблюдений и физиологических экспериментов, свидетельствующие о постоянной регуляции артериального давления и кровообращения на всех уровнях интеграции центральной нервной системы и возможности прямого, по

П. К. Анохину (1975), влияния коры головного мозга при стрессовых ситуациях на эфферентные пути системы гемоциркуляции. Вполне закономерным представляется в связи с этим заметное снижение артериального давления (за счет подавления симпатического тонуса) во время наркотического, гипнотического или естественного сна, доказанное и в эксперименте, и в клинических условиях даже при почечной гипертензии [Ваrtоге11i С.. 1970]. Тот факт. что одно лишь погружение в гипнотическое состояние способствует нередко нормализации артериального лавления больного, даже при резистентносги его к обычным гипотензивным препаратам, позволяет говорить о гипнотерапии как патогенетически обоснованном методе лечения гипертонической болезни [Буль П. И., 1974]. Эффективность данного метода определяется при этом не столько глубиной и продолжительностью гипнотического сна, сколько общим числом сеансов гипнотерапии (степень уменьшения артериального давления во время физиологического сна зависит по существу от глубины последнего).

Решающее значение в патогенезе артериальной гипертензии получает в конечном счете ослабление коркового контроля или, наоборот, чрезмерная активация корковых функций, вызывающие при эмоциональном возбуждении несравненно более значительный, чем в норме, подъем системного артериального давления и уровня катехоламинов в циркулирующей крови [Сhamplain J. еt аI., 1976]. именно в этой плоскости кроются, по-видимому, ответы на вопросы, которые все более остро ставит перед нами жизнь [Рf1аnz М., 1974]:

почему люди с черной кожей в США страдают эссенциальной гипертензией втрое чаще, чем белые, и приводит ли повышенная плотность населения к развитию этого заболевания, как у животных; какова действительная связь между избыточной массой тела и становлением данного патологического процесса и почему многие лица с бесспорной, казалось бы, артериальной гипертензией живут долго и без каких- либо соматических осложнений: нужны ли специальные системы для регистрации артериального давления в течение дня и не является ли психотерапевтическая поддержка больных более эффективной, чем медикаментозная ? Чрезвычайная сложность взаимодействия генетических, эмоциональных, психологических и социально-психологических факторов в развитии заболевания, с одной стороны, и причинно-следственных взаимоотношений между эмоциями и стойким повышением артериального давления - с другой, не позволяют пока еще дать четкий ответ на первый из вопросов М. Рf1аnz: почему так много больных артериальной гипертензией лечатся неадекватно и что можно сделать, чтобы улучшить это положение?

Интерпретация патогенеза эссенциальной гипертензии в плане доминирующего значения эндогенно-гуморальных или неврогенных факторов правомерна, очевидно, лишь при симптоматических формах заболевания, связанных, например, с поражением почек или тяжелой черепно-мозговой травмой в анамнезе. Проблема гипертонической болезни как таковой с этих позиций (даже со ссылкой на несомненное участие психогенных влияний в ее возникновении) не может быть решена, как и всякая другая проблема, при анализе которой следствию отводят роль причины.

Основными патогенетическими факторами гипертонической болезни становятся, по Г. Ф. Лангу (1958), психическая травматизация и психическое перенапряжение длительными заторможенными эмоциями отрицательного характера, вызывающими при посредстве сосудистой системы "не только нарушения функции, но и органические изменения органов и тканей". Важнейшей причиной развития артериальной гипертензии оказываются при этом не столько какие-либо экстраординарные, экстремальные ситуации, сколько постоянная, повседневная аффективная напряженность, тревога и беспокойство. Это может быть отсутствие "чувства безопасности" и растерянность перед лицом какой-то не зависящей от нас реальности; скрытый гнев и подавление агрессивных импульсов, направленных против определенных лиц, ставших невыносимыми для данного индивида; страх перед потерей чьего-то расположения и борьба за получение признания и продвижения по службе; повышенное чувство ответственности и боязнь не справиться с порученным делом; хроническая нехватка времени и необходимость непрерывного контроля над внешними проявлениями своих чувств. Практически такие больные непрестанно "грузятся аффективным топливом, которое им нужно для поддержания их рефлекторной машины в действии" [Кгеtsсhmег Е., 1928]. Ведущую роль играет при этом не столько тот или иной тип эмоционального возбуждения, сколько аффективная значимость определенного раздражителя для данного индивида.

Несомненное влияние хронических психотравмирующих ситуаций на развитие артериальной гипертензии неоднократно подтверждено и в эксперименте. Достаточно вспомнить хотя бы о возникновении артериальной гипертензии при размещении животных в условиях перенаселения и постоянной борьбы за пищу и воду, при непрестанном ожидании повреждающих воздействий в неопределенной ситуации или у самцов обезьян, разлученных с подругами, отсаженными в соседнюю клетку к другому партнеру [Кокая Г. Я., 1971; Коnесnу R, Воuсhаl М., 1983]. Частые эмоциогенные подъемы артериального давления при повторных стрессовых ситуациях наряду с электрическим раздражением гипоталамической области способствуют формированию уже необратимого по существу патологического процесса, как бы моделируя патогенез эссенциальной гипертензии [Рf1аnz М., 1974; Ваum Т.. Shropshire А. Т., 1975].

Хорошо известные каждому практическому врачу случаи так называемой экзаменационной, военной, полетной или госпитальной гипертензии доказывают "обязательность" более или менее выраженного и продолжительного повышения артериального давления на фоне эмоционального стресса у человека. Тем не менее возможность значительного подъема артериального давления не только при участии в боевых операциях, но и при неприятностях на работе, неожиданном вызове к начальству или даже просто во время просмотра аффективно значимого для данной личности кинофильма на практике нередко недооценивается. И если выявление транзиторной гипертензии в связи с землетрясением у ряда жителей Ашхабада особой тревоги еще не вызывает, то "блокадная" гипертензия в осажденном Ленинграде или почти поголовный подъем артериального давления у населения затопленного берега при разливе реки [Буль П. И., 1968] позволяют говорить о совершенно исключительной роли эмоций в клинике сосудистой патологим, тем более что артериальное давление. быстро нормализовавшееся по окончании бедствия у большинства пострадавших, у части из них осталось стойко повышенным.

Именно эмоции как связующее звено между психическим и соматическим (результат воспитанных социально-детерминированных потребностей, обусловливающих личностную мотивацию и поведение в тех или иных жизненных условиях, с одной стороны, и комплекс определенных вегетативиых сдвигов - с другой) способствуют становлению артериальной гипертензии. Решающим патогенетическим фактором оказывается, таким образом, постоянная или периодически возобновляюгцаяся аффективная напряженность, которая не снимается ни путем "законной" и наиболее естественной разрядки в процессе вербального или физического сражения, ни за счет откровенно невротической симптоматики; невозможность "побить" противника или хотя бы "выложить ему все" держит систему кровообращения больных артериальной гипертензией в таком состоянии, словно они "в любой момент готовы к атаке" [Каnnег L., 1944].

Вегетативные реакции при эмоциональном возбуждении, способствовавшие выживанию вида во времена героев Гомера с могучими и открыто выражаемыми страстями, становятся не только бесполезны, но даже небезопасны для современного человека, "задавленного всевозможными табу и самоконтролем" [Саnnоn W. В., 1934]. Часто повторяющееся эмоциональное возбуждение с изменением сосудистого тонуса и состояния внутренних органов без адекватной им "разрешающей" двигательной реакции сопровождается уже переходом транзиторной артериальной гипертензии в стабильную."Влияние психогенного на сосуды и превращение его через функциональное сосудистое расстройство в органическую болезнь знакомо всем, мы бы сказали, из повседневной не психиатрической, а обще- медицинской практики", - подчеркивает Е. К. Краснушкин (1946); "причем образуется настоящий сiгсulus vitiosus между сильной эмоцией на почве тяжелых переживаний и связанной с ним сосудистой реакцией",- вторит ему G. Веrgmann (1936)."

Как же разорвать этот порочный круг? Банальные советы типа "избегайте нервно-психического перенапряжения" вряд ли будут работать - человек и так знает, что надо меньше "нервничать", но как этого достичь в реальной жизни?

Предлагается попытка обратиться к психологу/психотерапевту (это даже отражено в официальном медицинском документе - приказе №384 от 24.05.2012 г.(Унифицированный клинический протокол…), правда, сделано это довольно расплывчато и на уровне желательных, а не необходимых действий врача, как то: "…оказание пациентам с депрессивными/тревожными расстройствами консультативной помощи психолога/психотерапевта, назначение медикаментозной коррекции при наличии показаний" и "…привлечение пациентов к участию в программах немедикаментозной коррекции (при их наличии): школы здоровья, программы отказа от табакокурения, программы психологической и физической реабилитации и т.д."

Многие ли больные АГ обращаются к вышеуказанным специалистам и какова эффективность подобных посещений?

Наверное, не очень. Учитывая, что в штатном расписании обычных поликлиник не предусмотрены должности психолога/психотерапевта, а обращаться в психиатрическую больницу (где есть подобные специалисты - да и то, не везде) нашим людям как-то не принято в силу специфического менталитета: "я же еще с ума не сошел!". Это же не то, что на Западе: чуть что - сразу бегут к психоаналитику…

Так что, даже если отдельные больные АГ и попадут на прием к психологу/психотерапевту и даже, возможно, почувствуют хороший эффект от их сеансов (что не факт!), переломить плачевную ситуацию с АГ в масштабах страны это, конечно же, не сможет.

Что же остается делать бедному гипертонику, если "куда не кинь, везде клин"?

А делать есть что! И даже очень много чего.

Если сказать одним словом - меняться, т.е. изменять свою жизнь! Кстати говоря, к этому же призывает и официальная медицина, называя это модификацией образа жизни (о чем было сказано выше), правда, прибавляя к этому, что если эффект будет недостаточным, то обязательно надо начать принимать медикаменты.

А почему эффект от модификации образа жизни очень часто бывает недостаточным (даже в том случае, если человек строго выполнил то, что ему советуется)? Да очень просто! Ведь все эти советы - чисто "механические" (увеличить физическую активность; сбросить лишний вес; увеличить количество овощей и фруктов в питании и т.д.), а гипертоническая болезнь - ПСИХОсоматическое заболевание, а как раз насчет того, что надо делать со своей психикой, эти рекомендации не говорят ни слова.

Не зря есть известная поговорка, что "все болезни - от нервов" и надеяться получить хороший эффект только от "механических" мер (хотя это тоже обязательно надо!) не приходится.

Прежде всего, надо меняться в психологическом плане. Ибо в "голове" находятся причины большинства болезней. Негативные мысли, эмоции, поступки через ряд промежуточных звеньев, описываемых официальной медициной как патогенетические механизмы, запускают развитие болезней.

Почему причина эссенциальной гипертензии неизвестна?! Давным давно известна - "неотреагированные эмоции" (по Г.Ф.Лангу).

Вы скажете, не все больные с гипертонической болезнью имеют эмоциональные проблемы! Ошибаетесь. Абсолютно все! Другое дело, что далеко не всегда врач может их выявить - ведь если пациент спокойно ведет себя на приеме у врача за то короткое время, когда они контактируют, - это совсем не говорит о том, что у больного нет проблем!

А вы знаете, как ведет себя этот человек в семье, с соседями, с сотрудниками по работе, просто в трамвае, когда ему случайно кто-то наступил на ногу? И что вы вообще знаете о его внутреннем мире (т.е. мире эмоций, мыслей, устремлений, надежд, убеждений, верований…). Иногда даже близкие люди, живя вместе многие годы, многое чего друг о друге не знают.

Поэтому ничего удивительного, что разобраться в истинных причинах заболеваний (в частности, гипертонической болезни, как психосоматическом страдании), бывает очень непросто! Особенно в условиях дефицита времени и, откровенно говоря, знаний у практических врачей (ведь этому не учат ни в институте, ни на курсах повышения квалификации, а в самых современных рекомендациях об этом не говорится ни слова).

Откуда же врачу черпать знания, что бы встретить во "всеоружии" врага? Ну, тут, как говорится, Google в помощь!

Ведь живем мы не в дремучем лесу, а в информационную эпоху. И в наше время получить информацию, если она только есть в открытом доступе, не представляет большого труда.

Так вот, то, что очень ограниченно или почти не известно официальной медицине, достаточно хорошо известно нетрадиционной медицине. Книги по психологии, эзотерики, духовная литература раскрывают тонкие механизмы взаимодействия души и тела, показывают, что без здоровья души получить здоровье тела невозможно. Используя эти знания, врач может выйти на глубинные, истинные причины заболеваний и подсказать больному, что надо сделать, чтобы избавиться от этих болезней.

С духовной точки зрения, физическое здоровье зависит от здоровья души (или духа - в разных традициях идет несколько отличающаяся трактовка понятий). Но суть в одном - насколько душа наполнена любовью, настолько физически уходят болезни от человека. Причем любовь подразумевается именно в духовном смысле - "возлюби ближнего как самого себя", а не просто муж любит жену или мать ребенка - любовь в рамках семьи - когда человек любит того, кто его любит - это не заслуга("не то же ли самое делают мытари?...").

А от чего же зависит степень наполненности души любовью? Прежде всего от того, как человек смотрит на мир, т.е. его мировоззрения.

В аспекте здоровья, правильное мировоззрение, т.е. то, которое способствует физическому здоровью, можно вкратце свести к 3 пунктам:

. Всегда, везде, во всем видеть и любить Бога, чувствовать его волю - что бы ни случилось (как говорится в молитве "Отче наш" "…да будет воля Твоя…")

. Не искать виноватых (если вы считаете, что кто-то виноват в ваших проблемах - см. п.1.).

. Принимать мир и людей таковами, каковы они есть.

Следующий стержневой параметр духовного состояния человека - его характер, т.е. как человек реагирует на те или иные жизненные ситуации. Агрессивный, мстительный, обидчивый и т.д. характер не способствует здоровью в долгосрочной перспективе. В этом плане гораздо эффективнее добродушный, мягкий характер, когда человек не пытается наказать обидчика, а готов подставить "правую щеку, если его ударили по левой".

И, наконец, само поведение человека определяет его физическое здоровье. Здесь не имеется ввиду действия человека по ведению т.н. здорового образа жизни (т.е. занимается ли человек физкультурой, как питается и т.д.). А прежде всего подразумевается, как относится человек к другим людям (сможет ли он "накормить голодного" или дать "попить воды жаждущему").

Т.о., меняясь в духовном плане, т.е. изменяя свое *мировоззрение, характер, поведение,* человек наполняет свою душу любовью и искореняет глубинные причины заболеваний, что со временем приводит к физическому выздоровлению.

И насколько человек сможет измениться, настолько уйдут его физические проблемы. "Тому, кто не хочет изменить свою жизнь, помочь невозможно" - говорил Гиппократ.

Вы, конечно, можете сказать, что это все очень сложно, не каждый может изменить себя. Согласен! Но тогда никто не мешает человеку всю жизнь работать на аптеку, регулярно ходить на прием к врачу, госпитализироваться, т.е. в полной мере испытывать на себе все "прелести" современной медицины (особенно в нашей стране в последнее время). Как говорится, каждому свое.

Подытоживая, хочу сказать следующее. Проблема АГ чересчур серьезна, что бы ограничиваться рамками современных "механистических" рекомендаций. Без выхода на качественно иной (этиотропный) уровень надеятся получить хорошие результаты по меньшей мере наивно. Разъясняя человеку глубинные (духовно-психологические) причины заболевания, врач подводит человека к осознанию необходимости серьезных перемен в жизни, к тому факту, что без серьезной и постоянной внутренней работы над собой бороться с заболеванием только медикаментозными средствами бесперспективно.

Человеку необходимо рассказать и дать шанс побороться за свое здоровье естественным способом, то, чего и хочет от человека Бог.

Не думаю, что лень и невежество отвернут всех больных от этой попытки.

Конечно, большинство предпочтут "пилюльки" - ведь для их использования усилий не требуется - к тому же вся современная система здравоохранения их к этому и призывает.

Таковым людям надо лечиться - долго, тщательно, под постоянным наблюдением врача. Дай Бог им когда-либо выздороветь.

Но что то мне подсказывает, что у них это не получится. Потому что по протоколу не положено! Аминь.