



РАЦІОНАЛЬНА ФІТОТЕРАПІЯ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Тема 16



Артеріальна гіпертензія — розповсюджена хвороба невстановленої етіології, основними проявами якої є підвищений артеріальний тиск (АТ), часто у поєднанні з регіональними розладами судинного тонуусу за відсутності причинного зв'язку хвороби з первинним органічним ушкодженням будь-яких органів або систем. Характеризується стадійністю в розвитку симптомів.

Відповідно до рекомендацій об'єднаного комітету експертів ВООЗ і Міжнародного товариства з вивчення артеріальної гіпертензії (1999 р.), показники нормального АТ підрозділяють на такі категорії: оптимальний АТ (систоличний АТ <120 мм рт. ст, діастолічний АТ <80 мм рт. ст), нормальний (систоличний АТ <130 мм рт. ст., діастолічний АТ <85 мм рт. ст), високий нормальний АТ (систоличний АТ — 130–139 мм рт. ст., діастолічний АТ — 85–89 мм рт. ст.). (табл.)

Під артеріальною гіпертензією (АГ) слід розуміти підвищення систолічного АТ >140 мм рт. ст. або діастолічного >90 мм рт. ст. Більш ніж у 90% випадків АГ буває ідіопатичною (первинною, есенціальною). У 5–10% випадків має встановлену причину (симптоматична АГ).

Причини виникнення АГ до кінця не з'ясовані. Серед факторів, що спричиняють її розвиток, виділяють: емоційний стрес, спадково-конституційні особливості, професійні шкідливості, особливості харчування (надмірне вживання кухонної солі, насичених жирів, дефіцит магнію), вікова перебудова

діенцефально-гіпоталамічних структур мозку (у період клімаксу), травми черепа, інтоксикації, гіподинамія.

Пусковим механізмом патогенезу АГ є гіперактивність нервових центрів регуляції АТ. Підвищена активність цих центрів виражається в посиленні пресорних впливів, які здійснюються через збільшення активності симпато-адреналової системи, підвищення вироблення ренальних пресорних речовин шляхом включення ренін-ангіотензинового механізму, збільшення вироблення простагландину $F_{2\alpha}$ і циклічних нуклеотидів, посилення виділення вазопресину.

Механізмами розвитку АГ є також підвищення периферичного опору через спазм периферичних судин, збільшення хвилинного об'єму серця внаслідок інтенсифікації його роботи чи зростання внутрішньосудинного об'єму рідини (зумовленого затримкою натрію в організмі).

Результати досліджень, проведених відповідно вимог доказової медицини, свідчать про те, що підвищення артеріального тиску на кожні 20/10 мм рт. ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

Доведено, що тютюнопаління, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем мають негативний вплив на розвиток серцево-судинних захворювань та є факторами ризику, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя та призначення фармакотерапії.

2. Статистика.

Артеріальна гіпертензія розповсюджена у розвинутих країнах, причому більше серед жителів великих міст (порівняно із сільським населенням). З віком частота виникнення АГ збільшується і в осіб старше 40 років досягає 20–25% при відносно рівномірному розподілі серед чоловіків і жінок.

За офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 01.01.2011, в Україні зареєстровано 12122512 хворих на артеріальну гіпертензію, що складає 32,2% дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ – більш ніж удвічі порівняно з 1998 р. та на 170% порівняно з 2000 р.

Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу (ХСК) у дорослих (18 років і більше) становить 46,8% (найвищі показники в Львівській і Хмельницькій областях — 53,7 і 52,0% відповідно, найнижчі — у Київській і Чернігівській областях — 40,4 і 42,1% відповідно), тобто, майже половина пацієнтів з ХСК має підвищений АТ. З практичної точки зору найбільше значення мають комбінація АГ з ішемічною хворобою серця (ІХС) та цереброваскулярними хворобами ЦВХ).

В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції становить 29,6% і не відрізняється серед чоловіків і жінок. У сільській популяції поширеність АГ вища – 36,3%, у тому числі серед чоловіків – 37,9%, серед жінок – 35,1%.

При аналізі структури АГ за рівнем артеріального тиску в половини осіб із підвищеним рівнем АГ виявлено АГ 1-го ступеня, АГ 2-го ступеня визначають у кожного третього пацієнта, АГ 3-го ступеня – у кожного п'ятого.

Аналіз структури АГ за рівнем систолічного та діастолічного АГ (САТ та ДАТ) свідчить, що, як в сільській, так і в міській популяціях найбільш поширеною формою є змішана АГ, яку реєструють у 2/3 осіб з підвищеним АГ, найменш поширеною – ізольована діастолічна АГ (12% серед міського і 8% серед сільського населення). В сільській популяції поширеність ізольованої систолічної АГ в 3,6 рази вища, ніж ізольованої діастолічної АГ і на 34% перевищує поширеність ізольованої систолічної АГ у міській популяції.

У 2010 році поширеність комбінації АГ та ІХС, серед дорослого населення становила 63,3% випадків, захворюваність — 58,8%. Порівняно з 1999 р. наведені показники зросли, відповідно, на 25,1 (з 50,3 до 63,3%) і 29,8% (з 45,3 до 58,8 %), що можна вважати наслідком підвищення рівня діагностики АГ. У хворих з ЦВХ (дорослого населення) показник поширеності АГ становив 64%, захворюваності — 56,5%. Порівняно з 1999 р. ці показники також зросли – на 25,2 і 35,5% відповідно. Виходячи з наведеної інформації, АГ потрібно розглядати як провідний фактор ризику розвитку кардіальної і цереброваскулярної патології, який суттєво впливає на тривалість життя населення України.

Особливої уваги заслуговує той факт, що 60% пацієнтів з АГ – це особи працездатного віку, стан здоров'я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви країни. У багатоцентрових контрольованих дослідженнях доведено пріоритетне значення АГ у розвитку таких серцево-судинних ускладнень, як інсульт та інфаркт міокарда, які зумовлюють зростання інвалідності та передчасної смертності населення.

3. Класифікація

Артеріальна гіпертензія, за визначенням Комітету експертів ВООЗ, – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск.

Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія або гіпертонічна хвороба) – це підвищений артеріальний тиск при відсутності очевидної причини його підвищення.

Вторинна гіпертензія (симптоматична) – це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології (2007 р.), виділяють декілька рівнів АГ. (табл.).

Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем артеріального тиску

Категорії артеріального тиску	Систолічний артеріальний тиск, мм рт.ст.		Діастолічний артеріальний тиск, мм рт.ст.
<i>Оптимальний</i>	< 120	i	< 80
<i>Нормальний</i>	120 – 129	i/або	80 – 84
<i>Високий нормальний</i>	130 – 139	i/або	85 – 89
АГ 1 ступеня	140 – 159	i/або	90 – 99
АГ 2 ступеня	160 – 179	i/або	100 – 109
АГ 3 ступеня	≥ 180	i/або	≥ 110
Ізольована систолічна АГ	≥ 140	i	< 90

Згідно з цією класифікацією, артеріальною гіпертензією є підвищення САТ до 140 мм рт. ст. і вище або ДАТ до 90 мм рт. ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (не менш ніж 2-3 рази у різні дні протягом 4 тижнів).

Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем артеріального тиску вказує на ступінь його підвищення (не на стадію захворювання). Для встановлення стадії артеріальної гіпертензії застосовується класифікація за ураженням органів-мішеней.

Виділяють такі стадії АГ: I — відсутні об'єктивні прояви органічних змін життєво важливих органів; II — є об'єктивні прояви органічних змін життєво важливих органів (гіпертрофія міокарда лівого шлуночка, генералізоване чи осередкове звуження артерій сітківки, протеїнурія або гіперкреатинемія, первинно не пов'язані із захворюваннями нирок); III — з'являються ускладнення АГ (інфаркт міокарда, хронічна серцева недостатність, ішемічний та геморагічний інсульт, ниркова недостатність).

Клінічна картина залежить від того, яка з ланок у патогенезі підвищення АГ переважає.

При гіперадренергічному варіанті відзначається лабільність АТ, підвищення ударного і хвилинного об'ємів крові. Клінічні прояви: серцебиття, неприємні відчуття в ділянці серця, відчуття пульсації в голові, почервоніння обличчя, пітливість, остуда, відчуття тривоги. Рівень реніну в плазмі крові, як правило, нормальний.

При ангіотензинзалежному варіанті спостерігається стабільно високий діастолічний АТ, виражена схильність до артеріолоспазмів; супроводжується грубими змінами судин очного дна, частіше розвиваються інфаркти міокарда і

мозкові інсульти. Нерідко визначається високий рівень реніну в плазмі крові.

При натрій(об'єм)залежному варіанті відзначається зв'язок із вживанням великої кількості рідини і кухонної солі, збільшений об'єм позаклітинної рідини. Клінічні прояви: набряки повік, одутлість обличчя, оніміння пальців, парестезії. Інфаркт міокарда та інсульт виникають рідко. Часто визначається низький рівень реніну в плазмі крові.

При гіпертензивному кризі виявляється раптове та виражене підвищення АТ, що супроводжується вираженими клінічними симптомами і потребує його негайного зниження.

4. Супутні захворювання

Ефективне лікування супутніх клінічних станів (цукрового діабету, гіперхолестеринемії тощо) є надзвичайно важливим завданням для досягнення мети у лікуванні артеріальної гіпертензії.

Найбільш часто у хворих на артеріальну гіпертензію наявні наступні важкі супутні захворювання:

- Цукровий діабет (Глюкоза плазми натще $\geq 7,0$ ммоль/л; Глюкоза плазми крові через 2 години після навантаження $\geq 11,0$ ммоль /л);
- Цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака);
- Хвороби серця (ІМ, стенокардія, перенесена операція реваскуляризації, СН ПА-III);
- Хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність – креатинін сироватки у крові у чоловіків >133 мкмоль/л, у жінок >124 мкмоль/л, протеїнурія ≥ 300 мг/добу);
- Оклюзивні ураження периферичних артерій;
- Важка ретинопатія (геморагії, ексудати, набряк диску зорового нерва).

Медикаментозне лікування супутніх захворювань (ІХС, ЦД та ін.) проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів.

5. Загальні підходи до лікування і контролю АТ

Мета лікування пацієнта з АГ – досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок: досягнення та підтримання цільового рівня АТ менше 140/90 мм рт.ст. (у пацієнтів із Цукровим Діабетом, хронічною хворобою нирок цільовий АТ становить 130/80 мм рт.ст.); модифікації факторів ризику (припинення тютюнопаління, дотримання

здорової дієти, обмеження вживання солі та алкоголю, підвищення фізичної активності тощо); ефективного лікування супутніх клінічних станів ((цукрового діабету, гіперхолестеринемії тощо).

Завданням у лікуванні хворих на АГ є запобігання прогресуванню захворювання і розвитку ускладнень. Фармакотерапія має забезпечити зниження систолічного АТ до 140–130 мм рт. ст., а діастолічного — до 90–85 мм рт. ст. Подальше зниження АТ є недоцільним.

Існують докази, що своєчасне призначення немедикаментозної й медикаментозної терапії в пацієнтів із АГ знижує прогресування захворювання, розвиток ускладнень і смертність.

У пацієнтів із пограничною АГ фармакотерапії мають передувати немедикаментозні методи лікування: обмеження споживання кухонної солі, алкоголю; зменшення надмірної маси тіла; підвищення фізичної активності; достатнє споживання калію, кальцію і магнію; відмова від тютюнопаління; зниження в їжі кількості насичених жирів і холестерину.

При проведенні фармакотерапії АГ важливою умовою є забезпечення ефективного контролю АТ протягом доби. Оптимальний рівень АТ необхідно підтримувати в ранкові години, коли ризик виникнення інсульту та інфаркту міокарда є найвищим. У зв'язку з цим перевагу надають препаратам пролонгованої дії, ефект яких розвивається і закінчується поступово.

Тактика призначення пацієнту медикаментозної терапії залежить від рівня загального серцево-судинного ризику та рівня систолічного й діастолічного АТ.

Медикаментозне лікування обов'язково призначається всім пацієнтам зі стабільно підвищеним АТ починаючи з рівня 160/100 мм.рт.ст.

Медикаментозне лікування обов'язково призначається пацієнтам при рівні АТ менше 160/100 мм.рт.ст (АГ I ступеня), але з високим і дуже високим ризиком.

Пацієнтам з АГ I ступеня (АТ менше 160/100 мм рт.ст.) з низьким та помірним ризиком лікування починають з призначення заходів немедикаментозної корекції. При їх неефективності – відсутності досягнення цільового рівня АТ упродовж декількох тижнів – заходи немедикаментозної корекції доповнюють призначенням лікарських засобів. Важливо враховувати, що кожен з заходів немедикаментозної корекції приводить до зменшення АТ на 3-4 мм рт.ст.

Лікування АГ починають з мінімальних доз певного лікарського засобу. Для тривалого лікування переважно застосовують препарати з 24-годинним ефектом при однократному прийомі на добу, оптимальні комбінації препаратів для досягнення максимальної гіпотензивної дії та мінімалізації їх побічних ефектів. Підвищують дозу або додають другий препарат при недостатній ефективності лікування.

Вибір антигіпертензивних препаратів і тактика фармакотерапії визначаються такими факторами: стадією АГ, ураженням органів-мішеней, супутніми захворюваннями.

Для лікування АГ використовують антигіпертензивні препарати з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (препарати I ряду: діуретики, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, антагоністи кальцію/ блокатори кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори, блокатори рецепторів ангіотензину II) як у монотерапії, так і в комбінаціях. При неможливості нормалізації АГ за допомогою комбінації препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (альфа-адреноблокатори, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії).

Переконливо продемонстрована необхідність застосування двох і більше препаратів для досягнення адекватного контролю АГ. Ефективними комбінаціями є: діуретик з блокатором β -адренорецепторів, діуретик з інгібітором АПФ або антагоністом рецепторів ангіотензину II, блокатор кальцієвих каналів з блокатором β -адренорецепторів, блокатор кальцієвих каналів з інгібітором АПФ, блокатор β -адренорецепторів із блокатором α -адренорецепторів.

При невідкладних станах лікування можна почати з перорального застосування препаратів зі швидким початком дії (петльові діуретики, блокатори β -адренорецепторів, інгібітори АПФ, блокатори кальцієвих каналів). Після стабілізації стану призначають препарат тривалої дії.

Усім пацієнтам групи високого/дуже високого ризику обов'язково додатково призначати (при відсутності протипоказань) медикаментозну корекцію дисліпідемії – статини у стандартних дозах.

Пацієнтам із встановленим діагнозом серцево-судинного захворювання за відсутності протипоказань після досягнення ефективного контролю АГ (рівень АТ менше 140/90 мм рт.ст.) додатково призначається ацетилсаліцилова кислота в дозі 75-100 мг.

6. Комплексна терапія фітопрепаратами

Оскільки гіпертонічна хвороба – поліетіологічне захворювання, яке проявляється гіпертензією і обумовлене нервово-функціональними порушеннями регуляції артеріального тиску, важливими ланками патогенезу якого є хронічна гіпоксія, збудження симпатичної відділу вегетативної нервової системи, гіперсекреція катехоламінів та реніну, основними напрямками фітотерапії даної нозології, у складі комплексної терапії, є 1) зняття нервово-психологічного перенапруження, стабілізація роботи судинного центру; 2) зниження артеріального тиску; 3) ліквідація кисневої недостатності тканин; 4) профілактика атеросклерозу.

Основні напрямки фітотерапії артеріальної гіпертензії:

1. Зняття нервово-психічного перенапруження, втоми, стабілізація роботи судинного центру.

Для реалізації цього напрямку необхідно застосовувати лікарську рослинну сировину з седативно-снодійними властивостями в сукупності з тонізуючими лікарськими рослинами, які призначають вкрай обережно у порогових індивідуально підібраних дозах.

Рослини з седативно-заспокійливими дією: валеріана, пустирник (собача кропива), хміль, липа, меліса, синюха, гадючник, піон, м'ята та ін.

Лікарські рослини з тонізуючими властивостями: лимонник, аралія, елеутерокок, женьшень, заманиха, левзея.

Ефективним є застосування ванни для ніг з лавандою, материнкою, мелісою, сухоцвітом.

2. Зниження артеріального тиску.

2.1. Використання лікарської рослинної сировини (ЛРС), яка проявляє властивості β -адреноблокаторів, що забезпечує зниження частоти і сили серцевих скорочень. Ці засоби найбільш ефективні при гіперкінетичному типі гіпертензії: квітки арніки; пагони багна, омели; листя барбарису; трава грициків, сухоцвіту, чистецю буквицеквітного та ін.

2.2. Використання ЛРС, яка володіє резерпіноподібними властивостями, що сприяє помірному розширенню судин. Дані засоби найбільш ефективні при гіпокінетичному типі гіпертензії: трава барвінку малого, астрагала шерстистоквіткового, вербени; листки магнолії; плоди горобини чорноплідної; корені шоломниці байкальської та ін.

2.3. Використання ЛРС, яка проявляє сечогінні властивості. Такі засоби найбільш ефективні при гіперволемічному типі гіпертензії: трава звіробою, остудника, споришу; листки берези; пагони чорниці; приймочки кукурудзи; корені вовчуга та ін.

3. Ліквідація кисневої недостатності.

З цією метою застосовують ЛРС, які виявляються антигіпоксанти властивості: листки берези; трава меліси, хвоща польового, чистецю буквицеквітного, сухоцвіту; квіти календули; корені гадючника в'язолистого та ін.

4. Профілактика атеросклерозу.

Доцільно використовувати з цією метою: листя горіха волоського, кропиви; плоди горобини чорноплідної, калини; траву звіробою, хвоща.

Склад зборів для лікування АГ розробляють з врахуванням гемодинамічних порушень, включаючи лікарські рослини, що забезпечують усі основні напрями фітотерапії. Для пацієнта підбирають 2-4 прописи, які змінюють почергово кожні 2 місяці, забезпечуючи безперервну терапію. Постійне проведення фітотерапії супроводжується стабілізацією патологічного процесу, зниженням артеріального

тиску і тривалий час попереджує розвиток органічних змін серцево-судинної системи.

7. Раціональний вибір - Гіпертофітол и Гіпертофітол Плюс.

«Фіточай «Гіпертофітол», до складу якого входять астрагалу шерстистоквіткового трава, звіробою трава, м'яти перцевої листя, меліси трава, календули квітки, хмелю супліддя, чебрецю трава, рекомендується в якості дієтичної добавки до раціону харчування з метою поліпшення функціонального стану серцево-судинної та нервової системи, нормалізації підвищеного артеріального тиску.

«Фіточай «Гіпертофітол плюс», що містить глоду листя і квіти, конюшини лугової траву, липи квіти, лопуха корінь, берези листя, астрагала шерстистоквіткового траву, м'яти перцевої листя, рекомендується в якості дієтичної добавки до раціону харчування з метою поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи, нормалізації підвищеного артеріального тиску; зменшує рівень нервового напруження; сприяє зниженню рівня холестерину та запобігає розвитку атеросклерозу.

Для приготування фіточаїв «Гіпертофітол» або «Гіпертофітол плюс» 2 фільтр-пакети заливають 200 мл окропу, настоюють 15–20 хвилин. Дорослі вживають у теплому вигляді по 200 мл 2 рази на день за 20–30 хвилин до прийому їжі протягом 1–2 місяців. За потреби через місяць курс можна повторити.