

Глава 14

Особенности лечения сосудистой гипертонической болезни

В предыдущих главах было доказано, что единого артериального давления крови, как и гипертонической болезни в современном понимании этого термина, не существует. В действительности можно наблюдать два артериальных давления крови, которые управляются с помощью разных систем регуляции. Соответственно, существуют две гипертонических болезни: пульсовая (сердечная) и сосудистая (диастолическая).

Мы установили полную картину патогенеза гипертонической болезни, что позволяет разработать методы лечения, принципиально отличающиеся от общепринятых. Напомню, что современная кардиология вообще не разделяет гипертоническую болезнь на две формы и безуспешно пытается лечить нечто, не существующее в природе.

Исследование пульсовой (сердечной) гипертонической болезни будет продолжено в моей следующей книге.

С чего следует начинать лечение сосудистой гипертонической болезни? Во-первых, надо убедиться в ее наличии. В главе 6 было доказано, что измеряемое диастолическое (минимальное) артериальное

давление крови является маркером сосудистой гипертонической болезни. На него и следует ориентироваться.

Нормальное диастолическое АД у взрослого человека составляет 70–89 мм рт. ст. В настоящее время в США для взрослых (до 60 лет) приняты следующие нормативы:

- оптимальное давление — ниже 80;
- нормальное — ниже 85;
- пограничное — 85–89.

Артериальная гипертензия:

- легкая — 90–99;
- умеренная — 100–109;
- средней тяжести — 110–119;
- тяжелая — 120 и выше.

Нельзя делать выводы после однократного измерения АД. Только длительное наблюдение является основанием для надежного диагноза. Однако не следует забывать о том, что значительно повышенные показатели АД могут свидетельствовать о гипертоническом кризе (приступообразном ухудшении состояния больного). В этом случае требуется немедленная помощь специалиста и принятие неотложных мер.

Следует помнить, что АД может меняться в течение суток и даже часа в зависимости от эмоциональных и физических нагрузок. Подобные изменения совершенно нормальны.

Итак, устойчивое повышение измеряемого диастолического АД свидетельствует о сосудистой гипертонической болезни. При этом пульсовое АД может как оставаться в пределах нормы, так и быть повышенным и даже высоким. Отмечу, что в последние годы сосудистая гипертензия все больше и больше вызывает озабоченность кардиологов.

Напомню, что диастолическая гипертензия вызывается повышенным центральным тонусом симпатической нервной системы. Следовательно, необходимы меры, уменьшающие чрезмерное возбуждение симпатической нервной системы.

Применение мочегонных лекарств и особенно антиангиотензиновых препаратов, являющихся по сути наиболее опасными мочегонными средствами, при сосудистой гипертензии неэффективно. Мочегонные препараты не снижают чрезмерного рефлекторного возбуждения симпатической нервной системы и при этом нарушают функционирование почек.

Дело в том, что повышенный симпатический тонус, стенозируя почечные артерии и артериолы, усиливает функционирование ренин-ангиотензиновой системы и, следовательно, уменьшает кровоток через почки. Именно из этого кровотока образуется в почках моча. Мочегонные средства при сосудистой гипертензии буквально выжимают из уменьшенного кровотока почек повышенное количество мочи. В результате резко возрастает напряжение юкстагломерулярного комплекса (ЮГК) почек, вырабатывающего ренин, и даже обычные мочегонные средства могут привести к появлению

опухолей в ЮГК. Антиангиотензиновые препараты делают очень высокой вероятность образования опухолей в ЮГК.

Все другие виды обычных противогипертонических препаратов при сосудистой гипертонической болезни применять также бессмысленно и даже опасно. Подчеркну, что сосудистая гипертензия часто наблюдается в сочетании с пульсовой (сердечной) гипертензией. В этом случае лечение одной болезни не должно усугублять течение другой. К сожалению, именно такая ошибка повсеместно встречается в современной кардиологической практике. В этом нет ничего странного, если учесть, что принципы правильного лечения гипертонии впервые сформулированы в данной книге.

Как известно, симпатическая и парасимпатическая нервная системы составляют вместе единую автономную вегетативную нервную систему. Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы находятся в организме в состоянии подвижного равновесия. Это нужно учитывать при лечении сосудистой гипертензии, так как меры по ослаблению возбуждения общего симпатического тонуса могут быть неэффективны из-за влияния парасимпатической нервной системы, восстанавливающего равновесие. Поэтому, как правило, необходимо также седативное (тормозящее) воздействие на парасимпатическую систему.

Замечу, что акупунктура (иглоукалывание) позволяет, не влияя на развитие пульсовой гипертензии, эффективно лечить сосудистую гипертоническую

болезнь, так как есть возможность раздельного воздействия на симпатический и парасимпатический тонусы. Получить подобные результаты с помощью лекарственных средств нельзя.

О лечении гипертонической болезни за рубежом можно судить по статье известного кардиолога доктора медицины Самуэля Мэна (США):

«Жестокие пароксизмальные гипертензии» (Archives of International Medicine, April 12, 1999, vol. 159). Вывод автора неутешительный:

«Гипертензии остаются недиагностированными, и лечение их неэффективно».

Доктор Мэн описывает 21 случай заболевания тяжелой пароксизмальной гипертензией. Везде имело место сочетание пульсовой и сосудистой гипертензий, но грамотное раздельное лечение не проводилось. В 18 случаях диастолическое давление превышало 100 мм рт. ст., в 3 случаях оно было меньше 110 мм. рт. ст. Систолическое АД в 18 случаях превышало 200 мм рт. ст.

Для лечения применяли альфа-блокирующие препараты, расширяющие сосуды, что неизбежно приводило к повышению АД через 1–1,5 часа после приема препарата. Видимо, больных защищали от этого массивными дозами бета-блокаторов, то есть ослабляли связь сердца с его органами управления на время действия препарата.

Такая комбинация двух видов блокаторов создает видимость лечения, но не является таковым.

Отрадно, что статья доктора Мэна не содержит упорных попыток приукрасить положение дел. К сожалению, бесплодными оказались и усилия определить причины заболевания, и попытки лечить его лекарственными препаратами.

В заключение сообщу, что правильность теоретических рассуждений доказана в результате успешного лечения больных в течение последних нескольких лет путем использования безболезненной, не повреждающей кожу разновидности акупунктуры.

Появилась возможность оказывать реальную помощь больным с «парадоксальными» значениями артериального давления, когда сочетаются пульсовая гипертоническая болезнь с диастолической гипотонией или пульсовая гипотония с диастолической гипертонией.

Вот примеры: больной П. (22 года): АД = 132/65 — пульсовая гипертония — 67 мм рт. ст., диастолическая гипотония — 65 мм рт. ст.; больная Ж. (55 лет): АД = 119/103 — пульсовая гипотония — 16, диастолическая гипертония — 103.

При систолическом АД, равном 132 и 119, кардиологи отказываются от лечения больных, поскольку диагнозом является бронхиальная астма. Но никакой астмы у таких больных нет, а назначаемое им лечение просто чудовищно! Только обращение за помощью к автору данной книги помогло исправить ситуацию.