Механизмы формирования циркадного ритма весьма разнообразны. К ним относят как эндогенные факторы, примером которых могут служить колебания уровня биологически активных веществ организма, а именно ангиотензина II, активности ренина плазмы, уровень норадреналина, ответственных за повышение АД в утренние часы, так и экзогенные - употребление большого количества кофе, крепкого чая, курение, употребление в пищу продуктов с повышенным содержанием хлорида натрия и многие другие составляющие.

Принято считать, что в норме АД, имеет тенденцию к снижению в ночные часы от 10 до 20-2,2% от дневных его показателей. Данную форму суточного профиля АД называют dippers и относят к вариантам нормы. Таким образом, на основании различных вариантов колебания АД в дневные и ночные часы, разработана классификация суточных кривых АД. Различные варианты суточных кривых АД нередко могут указать на патологические состояния, сопровождающиеся подъемом АД. Так, например, недостаточное снижение или отсутствие ночного снижения АД, свидетельствуют в пользу вероятного развития з локачественного течения
АГ, вторичных форм АГ (феохромацитомы, синдрома Кушинга, первичного альдостеронизма, реноваскулярной гипертонии, хронической почечной недостаточности), изолированной систолической недостаточности у пожилых, застойной сердечной недостаточности, гипертонии, вследствие приема глюкокортикоидов. Ночная гипертония свойственна пациентам с микроальбуминурией, предрасположенностью к цереброваскулярным осложнениям бессимптомным нарушением дыхания во сне, ассоциируется с повышением массы миокарда левого желудочка.

Феномен гипертонии «белого халата» и изолированная амбулаторная гипертензия

В некоторых случаях, при обследовании и лечении определенной группы пациентов, не поддающихся терапии АГП, т.е. без достижения целевых значений АД, создается неправильное представление врача о резистентности АГ. Такая ситуация может быть объяснена существованием у больного феномена гипертонии «белого халата». Суть

данного феномена заключается в значительном повышении активности симпатической нервной системы и гиперреактивности сосудов , проявляющиеся повышением АД на приеме у врача. Причем, важно подчеркнуть, что указанное состояние может встречаться как у нормо-, так и у гипертоников.

При изучении проблемы резистентных АГ, особое внимание необходимо уделить такому прогностически неблагоприятному варианту АГ, как изолированная амбулаторная гипертензия. В отличие от феномена «белого халата», повышение уровня АД у пациентов, на начальном этапе, наблюдается в амбулаторных условиях (дома, на работе и т.д.), а при отсутствии должных мер по стабилизации патологического процесса, возможен переход в АГ с быстрым поражением органов-мишеней и стабилизацией величин АД в крайне высоких пределах. Такое прогрессирование указанного состояния может быть принято за резистентность к АГТ . Основой феномена изолированной амбулаторной гипертензии является чрезмерная нейрогенная стимуляция, которая может быть легко устранена при исключении провоцирующего фактора социального окружения пациента.

В заключение хотелось бы отметить, что установление диагноза АГ является непростой задачей, требующей от клинициста полной и правильно выполненной диагностики, а также своевременного распознавания состояний, сопровождающихся повышением АД. Как отсутствие адекватного лечения, так и неоправданная АГТ, влекут за собой развитие множества осложнений - от гипертонического криза и гипотонических состояний до прогностически неблагоприятных поражений органов-мишеней. Поэтому, диагноз АГ должен быть установлен при наличии данных многократного повышения уровня АД, зарегистрированных на приеме у врача, с достаточно большим промежутком между исследованиями, а при показаниях - опираясь на результаты дополнительных сведений о величине АД (самоконтроль, СМАД).

Прочитать еще:

1) Воспаления толстого кишечника

2) Течение цирроза печени

3) Абдоминальная ишемия и ее классификация