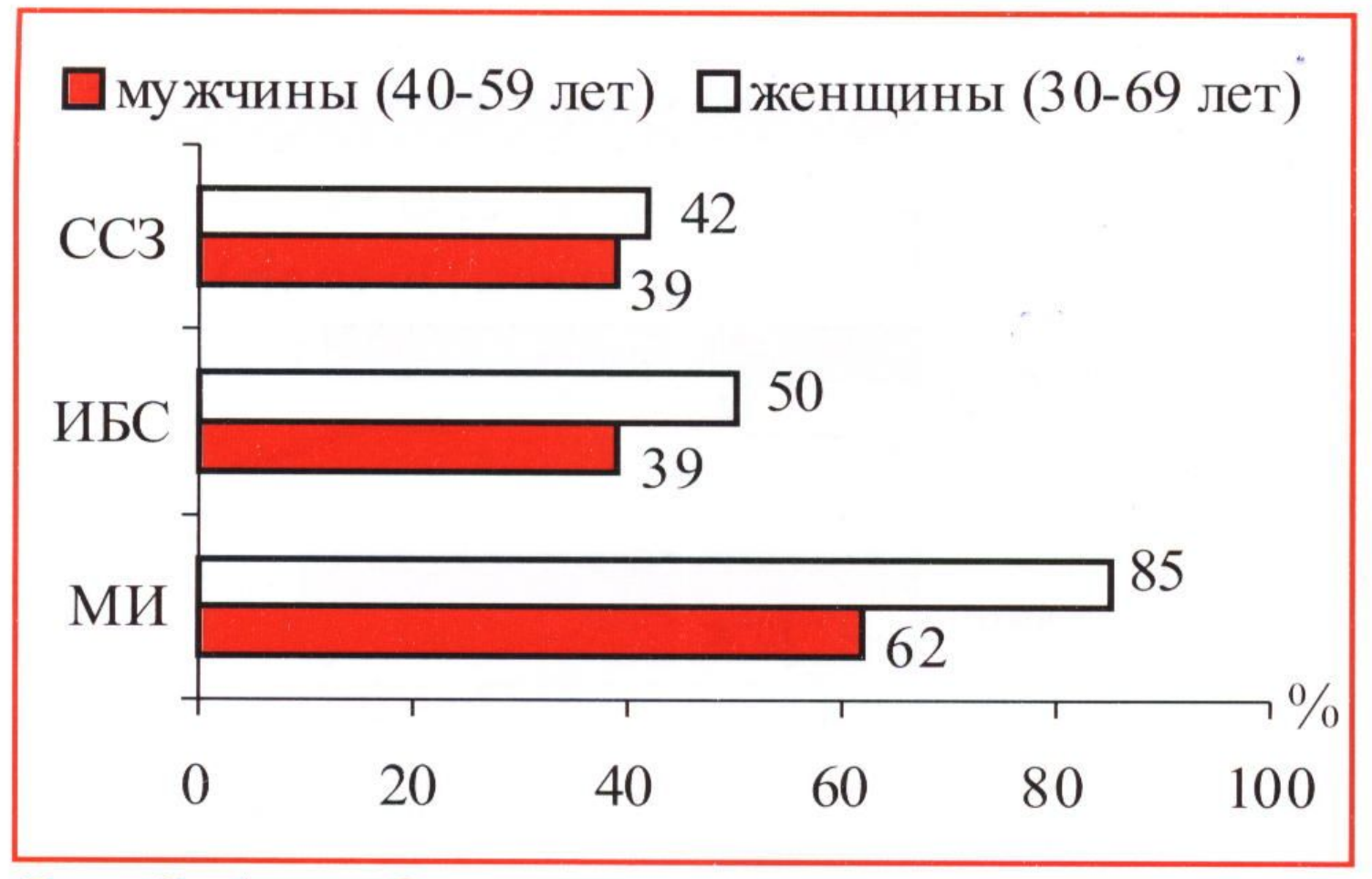
Дифференциальная диагностика гипертонического синдрома

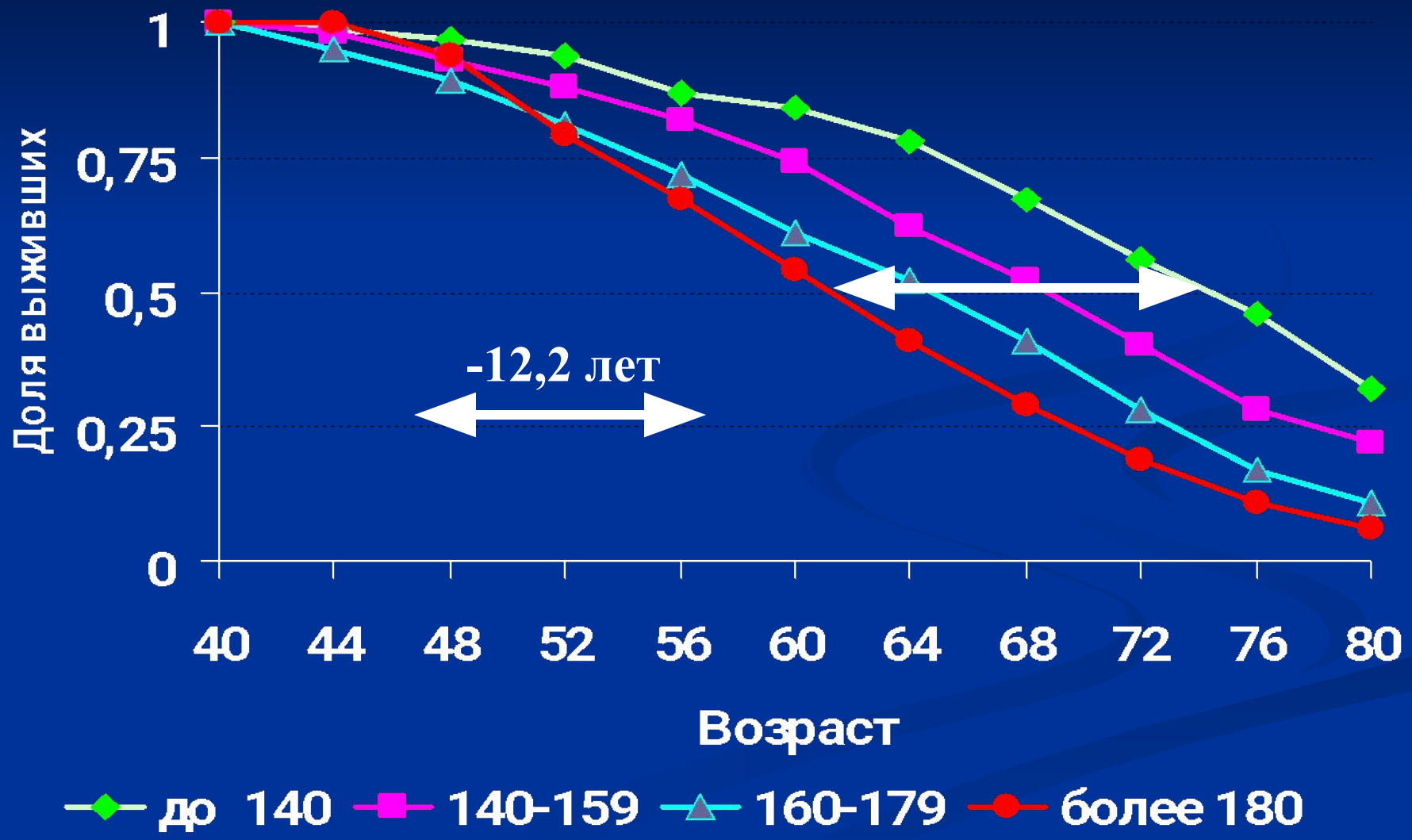
Кафедра поликлинической терапии

атрибутивный риск САД для смертности от ССЗ



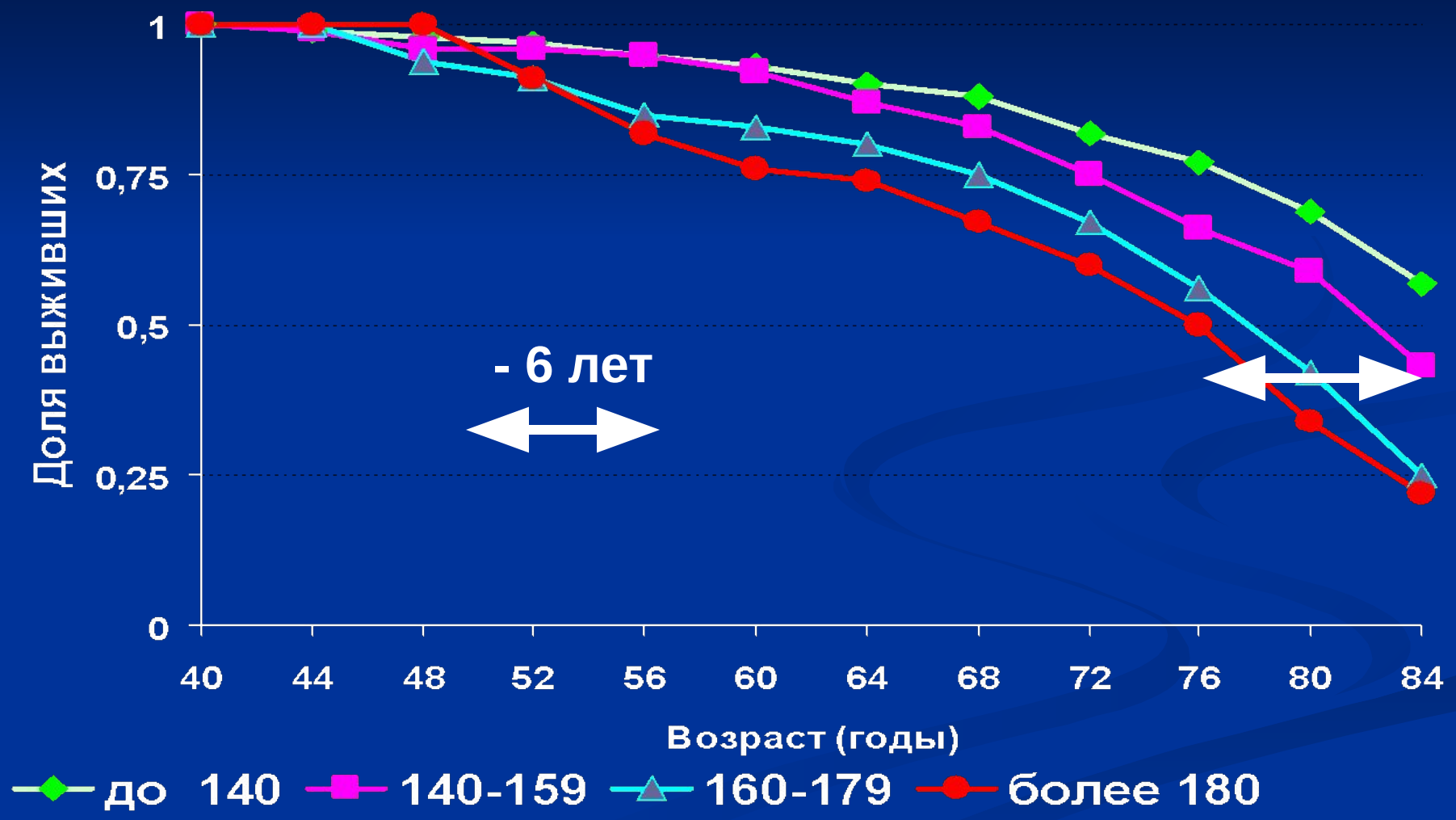
Оганов Р.Г., 2003

Выживаемость мужчин в зависимости от систолического давления



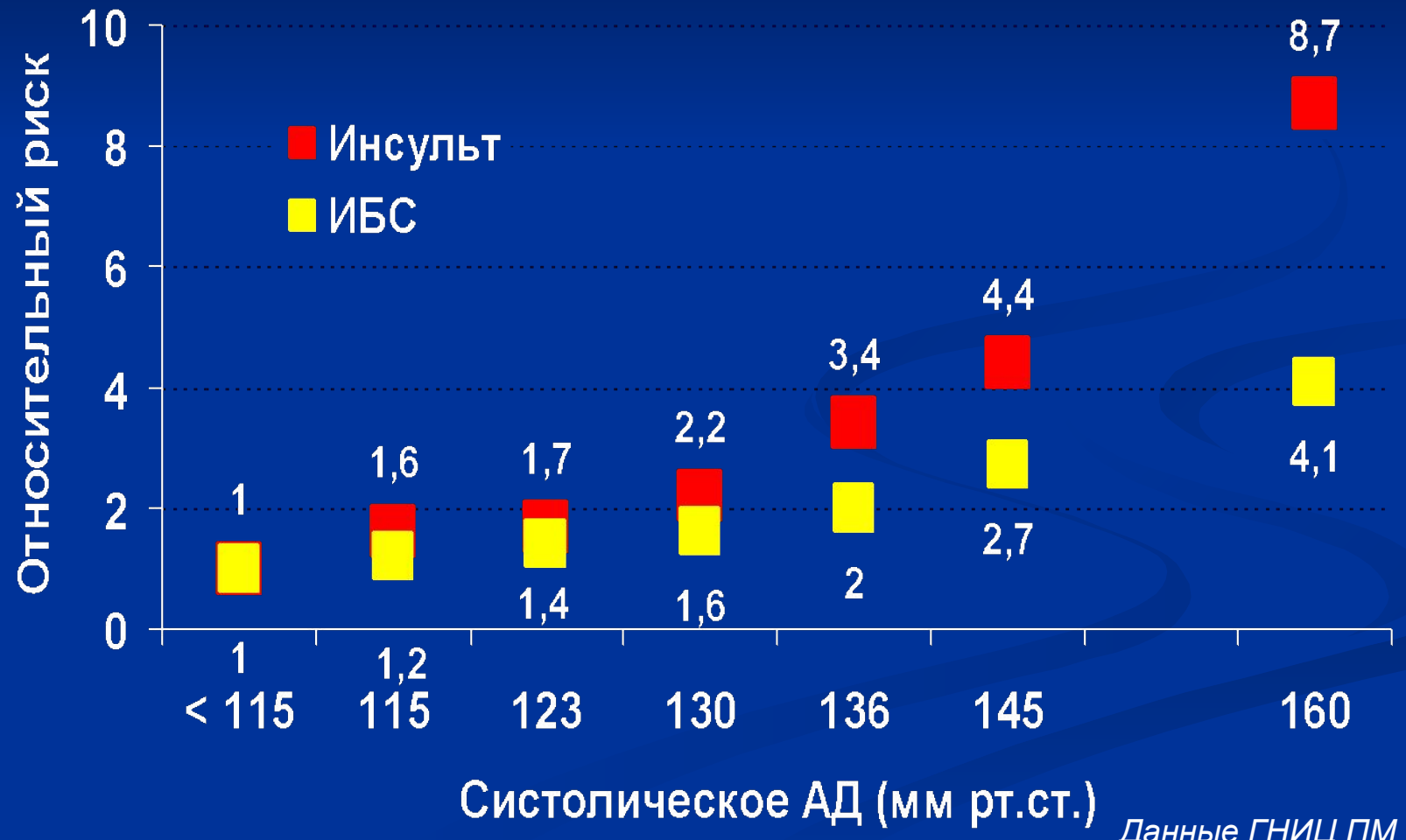
Р.Г.Оганов и соавт. 2001

Выживаемость женщин в зависимости от систолического давления



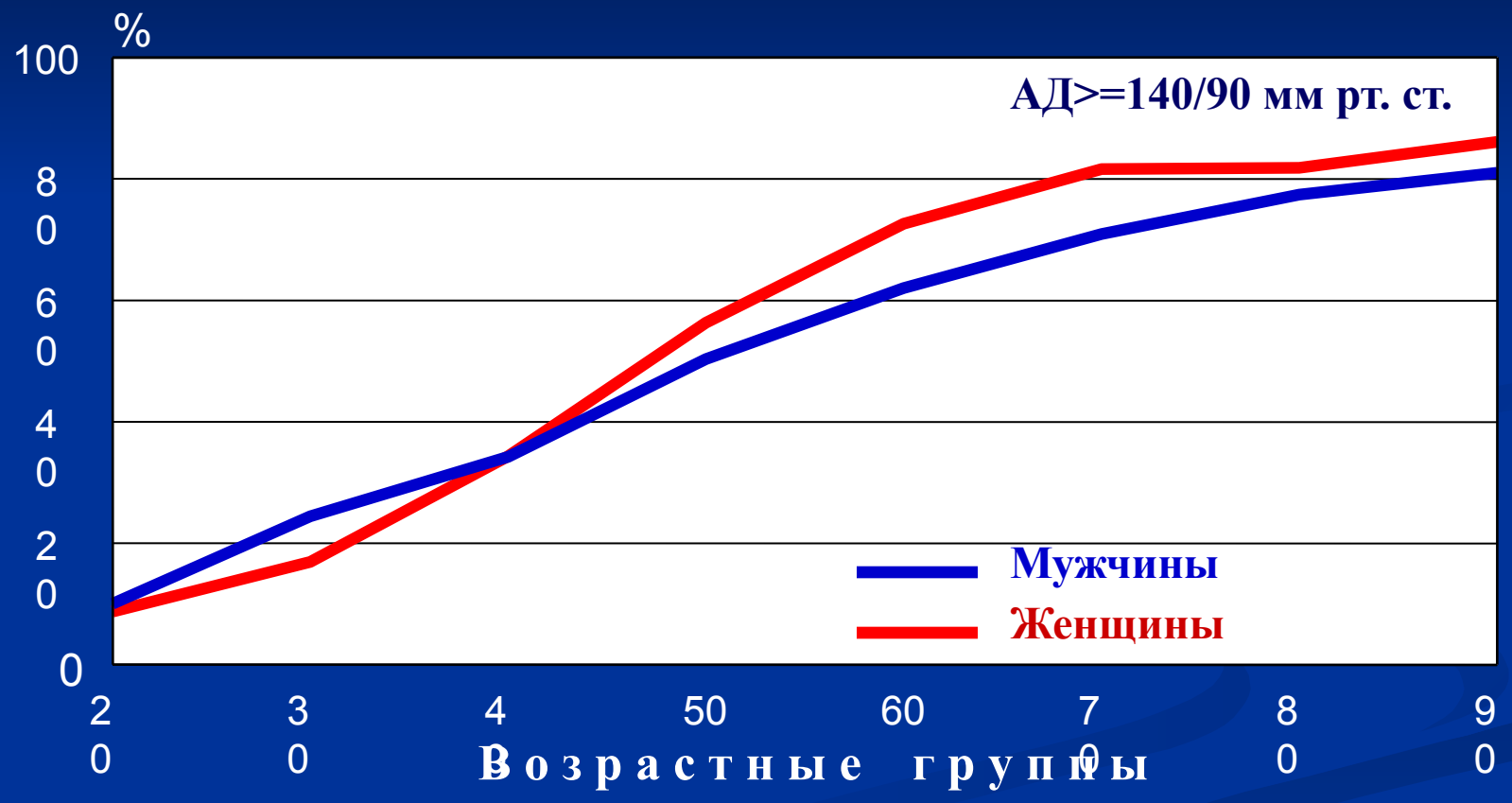
Р.Г.Оганов и соавт. 2001

относительный риск смертности от инсульта и ИБС в зависимости от уровня систолического давления (мужчины 40-59 лет)



Данные ГНИЦ ПМ 2006

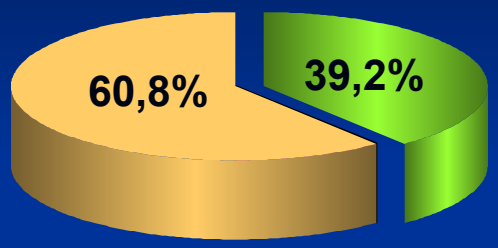
распространенность артериальной гипертонии в Российской Федерации

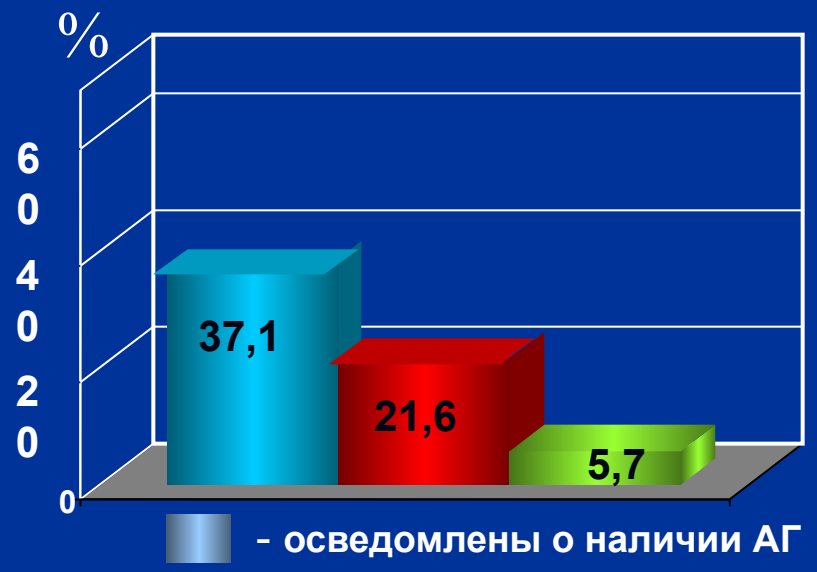


Российская национальная репрезентативная выборка

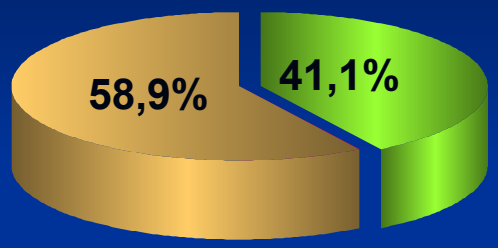
распространённость, информированность и контроль АГ в Российской популяции

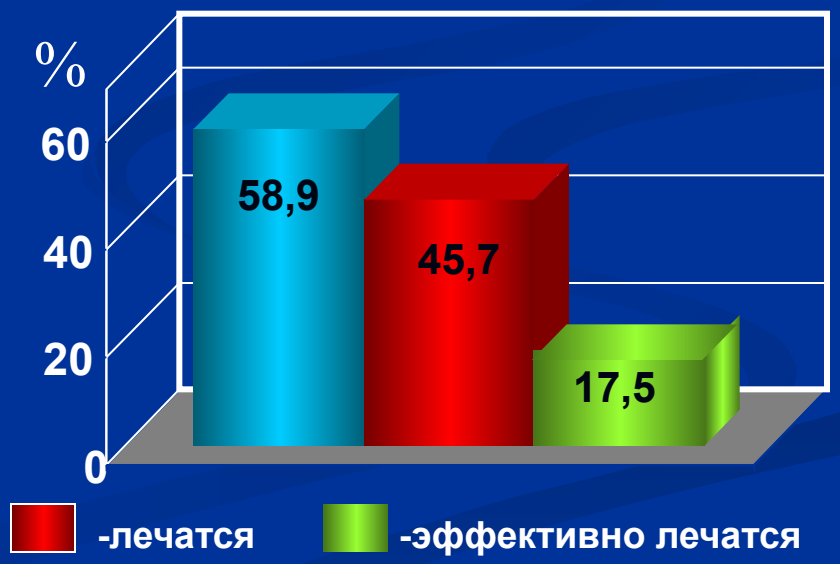
мужчины





женщины





ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Под термином «артериальная гипертензия» подразумевают синдром повышения АД при «гипертонической болезни» (ГБ) и «симптоматических АГ».

патогенетические детерминанты гипертонической болезни

- **Гемодинамические** (в венозном русле около 70% всей циркулирующей крови)
- **Гормональные** (противостояние прессорной и депрессорной макросистем)
- **Структурные** (ремоделирование сердца и сосудов, изменения клеточных мембран и т.п.)

каковы клинические проявления артериальной гипертензии?

гипертоническая болезнь не имеет специфических диагностических признаков!

может это ответ на загадку № 1

ДИАГНОСТИКА АГ

Определение устойчивости и степени повышения АД

Исключение симптоматической АГ или идентификация её формы

Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска (выявление др. ФР и клин. состояний, определение группы риска, диагностика поражений органов-мишеней)

Второй пересмотр Рекомендаций ВНОК по профилактике, диагностике и лечению АГ (2004)

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У БОЛЬНЫХ АГ

ФР, ПОМ или АКС	Высокое нормальное 130-139/85-89	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени Более 180/110
Нет	Незначительный риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень выс риск
Более 3 ФР или ПОМ	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень выс риск
АКС или СД	Очень выс риск	Очень выс риск	Очень выс риск	Очень выс риск

Уровень суммарного риска оценивается по новоевропейской модели SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) – Системная Оценка Коронарного Риска

Второй пересмотр Рекомендаций ВНОК по профилактике, диагностике и лечению АГ (2004)

СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА

ФР	ПОМ	АКС
Основные: Мужчины старше 55 л Женщины старше 65 л Курение ДЛП: ОХС более 6,5, или ХС-ЛПНП более 4, или ХС-ЛПВП менее 1 ммоль/л для муж и менее 1,2 для женщ Семейн ан ранних ССЗ (у женщ моложе 65, у муж моложе 55 л) АО (ОТ более 102 для муж и 88 см для женщ) ЦРБ (более 1 мг/дл) **Дополнительные:** НТГ НФА Повыш фибриногена	**ГЛЖ** ЭКГ: пр Соколова-Лайона более 38мм, Корнелльское произведение более 2440 мм*мс ЭХОКС: ИММЛЖ более 125 г/м2 для муж и 110 для женщ Р-графия гр клетки: кардио-торакальный индекс более 50% УЗ пр утолщения стен артерии (толщ слоя интима-медия сон арт более 0,9 мм) или атер бляшки магистр сос Небольшое повышение сыворот креат более 115-133 мкмоль/л для муж и 107-124 для женщ **МАУ** 30-300 мг/сут, отнош альб/креат в моче более 22 мг/г для муж и 31 для женщ	**ЦВБ** Ишемический МИ, геморрагический МИ, транзит ишем атаки **Заболевания сердца** ИМ, стенокардия, коронарная реваскуляризация, ХСН **Поражение почек** Диаб нефропатия, ХПН (креат для муж более 133, для женщ 124 мкмоль/л), протеинурия более 300 мг/сут **Заболевание периферических артерий** Расслаивающая аневризма аорты, симптомное поражение периферических артерий **Гипертоническая ретинопатия** Кровоизлияния или экссудаты, отёк соска зрительного нерва
СД		

обследование больного (минимум)

- Анамнез заболевания, семейный анамнез.
- Полное клиническое обследование больного как описывается в учебниках.
- Лабораторное обследование

  - общий анализ крови и мочи

  - биохимия крови; калий, креатинин, глюкоза, общий холестерин.
- ЭКГ.

алгоритм обследования пациента с АГ

- Оцените образ жизни и выявите другие факторы риска или сопутствующие заболевания, способные повлиять на прогноз или на выбор лечения.
- Исключите симптоматическую АГ.
- Оцените степень поражения органов мишеней и наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

органы мишени

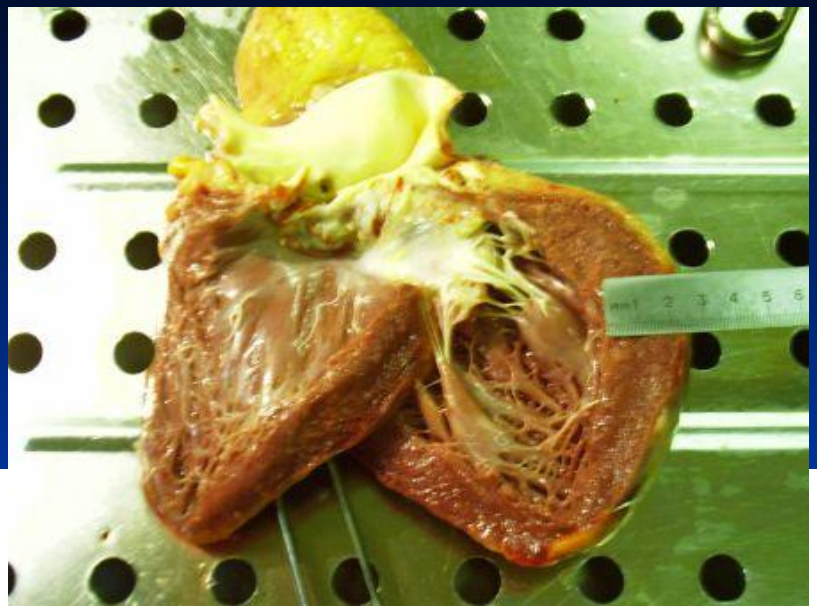
СЕРДЦЕ

- гипертрофия левого желудочка
- Стенокардия, Инфаркт миокарда
- Сердечная недостаточность

- Головной мозг
  - Инсульт
- Нефропатия
- Поражение периферических сосудов
- Ретинопатия

СОСУДЫ

ПОЧКИ



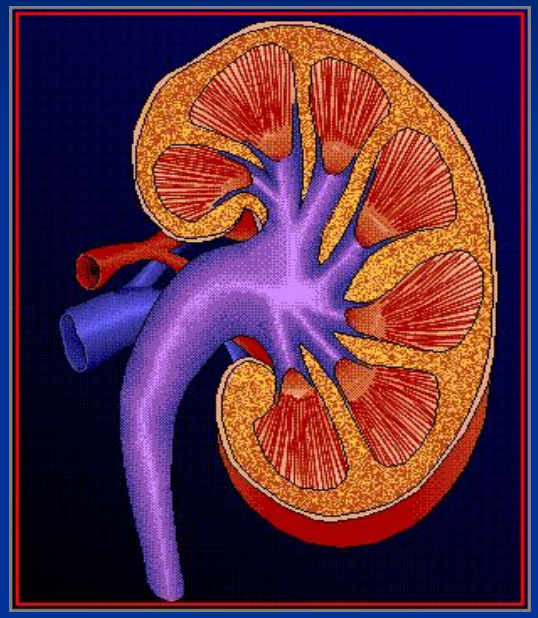
увеличение задней стенки ЛЖ на **1 мм** увеличивает в **7 раз** риск смертельных осложнений

M.S. Am J C

эндотелий

- Орган весом 1,5-1,8 кг
- Непрерывный слой эндотелиальных клеток длиной 7 км = футбольное поле = 6 теннисных кортов
- Тонкая полупроницаемая мембрана, отделяющая кровоток от глубинных структур сосуда
- Гигантский паракринный орган, вырабатывающий огромное количество биологически активных веществ, распределенный по всей территории человеческого организма

поражение почек



- гипертонический нефроангиосклероз (нефропатия)
- атеросклеротический стеноз почечных артерий (ИБП)
- холестериновая эмболия внутрипочечных сосудов с быстрым развитием почечной недостаточности

поражение мозга

поражение глаз

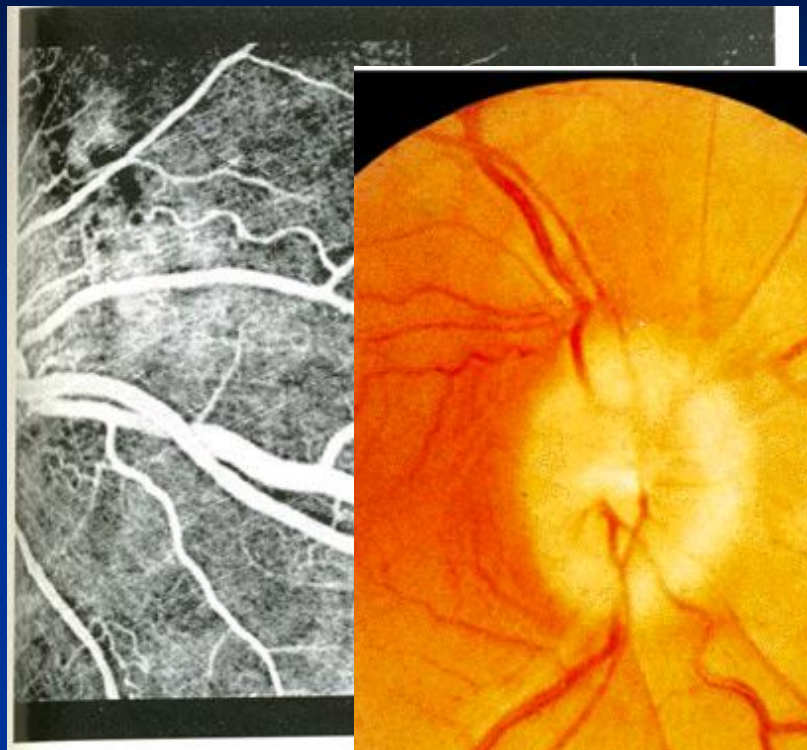


Рис. 4-36. Гипертоническая
нозная фаза. Стрелками указаны артериовенозные перекрёс-
ты — симптом Salus II.

Рис. 4-43. Гипертоническая ретинопатия с отложением твёр-
дого экссудата, симптом «серебряной проволоки».

симптоматические артериальные гипертензии

вторичная (симптоматическая) АГ

Определение: Артериальная гипертензия, имеющая установленную причину

Распространенность: 5-20% всех случаев АГ

Косвенные признаки: - отсутствие АГ в семейном анамнезе
- данные анамнеза, физикального и лабораторного исследования, указывающие на вторичную АГ
- диастолическое АД >110 мм.рт.ст.
- быстропрогрессирующая АГ
- усугубление АГ, первоначально поддающейся терапии
- резистентность к лечению на фоне комбинированной терапии

Диагностика: Исключение заболеваний (более 50), при которых возможно повышение АД (для верификации диагноза "надо знать болезнь в лицо")

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АГ

- Почечные 12-15%
- вазореналь Ные 15-20%
- Гемодинамические 2%
- Эндокринные 2-10%
  - Надпочечни ковые
  - Гипофизар ные
  - Тиреоид ные
  - Паратиреоид ные
- Нейрогенные 0,5%

лекарственные

1.**Кортикостероиды.** Лечение: диуретики со спиронолактоном или без него.

3. **Симпатомиметики.** Содержатся в анорексантах и некоторых препаратах, употребляемых наркоманами. Лечение: лабеталол.

4. **НПВС.** Механизм: подавление синтеза сосудорасширяющих простагландинов. Лечение: перейти на прием парацетамола или повысить дозу гипотензивных средств.

5. **Алкоголь.** До 10% всех случаев артериальной гипертонии у молодых мужчин вызвано алкоголем.

6. **Пероральные контрацептивы.** В 5% случаев у женщин, использующих пероральные контрацептивы в течение 5 лет, развивается артериальная гипертония.

7. **Кокаин.** Стимулирует высвобождение и тормозит обратный захват норадреналина нервными окончаниями. Лечение: гипотензивное — фентоламин;

коарктация аорты

1. **Распространенность:** < 0,1—1% всех случаев артериальной гипертонии.
2. **Этиология**. Врожденное сужение аорты ниже места отхождения левой подключичной артерии, дистальнее места прикрепления артериальной связки. Сужение может быть локальным или протяженным.
3. **Клиническая картина.** Возможны жалобы на похолодание стоп и перемежающуюся хромоту. При физикальном исследовании: АД на руках выше, чем на ногах, в большинстве случаев — отсутствие пульса на бедренной артерии. На рентгенограмме — узурация ребер (из-за повышенного коллатерального кровотока по межреберным артериям) и деформация дуги аорты, напоминающей по форме цифру 3.

реноваскулярная гипертония

1. **Распространенность:** 1% всех случаев артериальной гипертонии, 20% всех случаев резистентной гипертонии у больных, не принадлежащих к черной расе, 30% всех случаев быстропрогрессирующей или злокачественной гипертонии у больных, не принадлежащих к черной расе.

2. Этиология :

а. Атеросклероз: 2/3 всех случаев. Чаще — у мужчин среднего и пожилого возраста. Обычно поражается устье и проксимальная 1/3 почечной артерии.

***б. Фибромышечная дисплазия*:** 1/3 всех случаев. Чаще — у молодых женщин. Обычно поражаются дистальные 2/3 почечной артерии.

В 25% случаев поражение носит двусторонний характер.

3. Клиническая картина. Следует подозревать реноваскулярную гипертонию при начале в возрасте < 30 лет или быстром прогрессировании в возрасте > 50 лет; резистентности к лечению по трехлекарственной схеме; ухудшении почечной функции после назначения ингибиторов АПФ; возникновении резистентности при первоначальной хорошей реакции на лечение; злокачественной гипертонии; рецидивах отека легких; внезапном ухудшении почечной функции у больного с артериальной гипертонией; сосудистых шумах в эпигастрии, распространенном атеросклерозе.

САГ при акромегалии

САГ при гиперкортицизме