

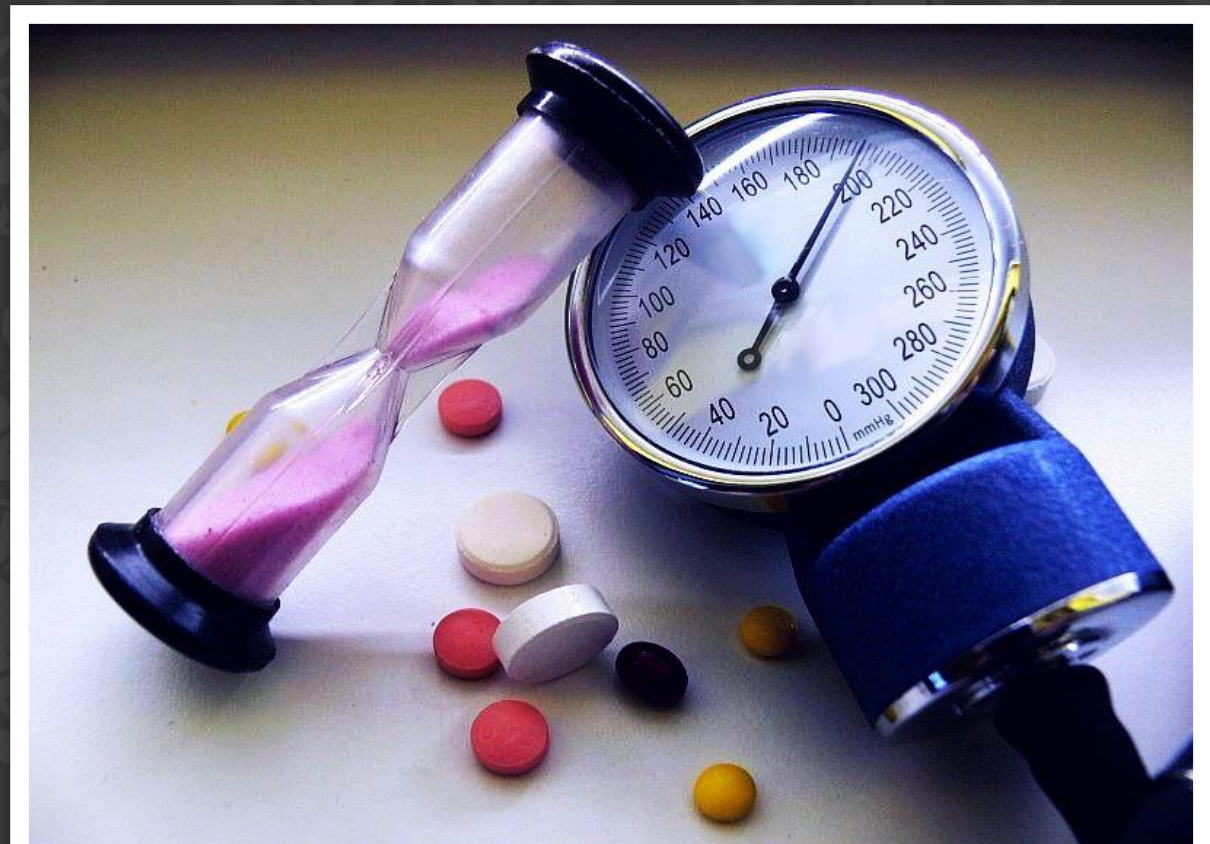
СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АЛ

Подготовила студентка 4 курса, 6
группы, лечебного фак-та
Костянко Наталья Андреевна

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

САГ - это артериальные гипертензии, причинно связанные с определенными заболеваниями или повреждениями органов (или систем), участвующих в регуляции артериального давления.

Частота симптоматических артериальных гипертензий составляет 5—15 % от всех больных АГ.



КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Почечные (нефрогенные).

2. Эндокринные.

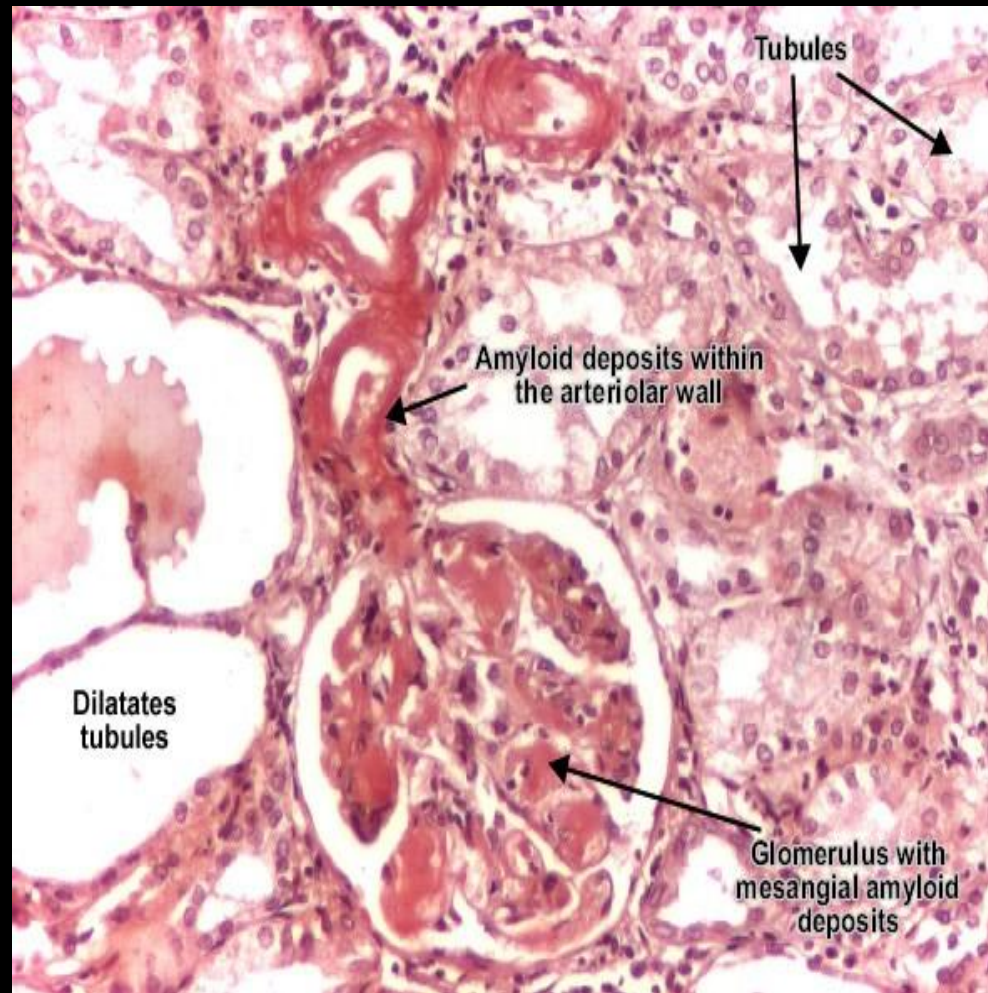
3. Гипертензий, обусловленные поражением сердца и крупных артериальных сосудов (гемодинамические).

4. Центрогенные (обусловленные органическим поражением нервной системы).

ЭТИОЛОГИЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК, ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ И МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ:

1) приобретенные: диффузный гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, интерстициальный нефрит, системные васкулиты, амилоидоз, диабетический гломерулосклероз, атеросклероз, тромбоз и эмболия почечных артерий, пиелонефрит на фоне мочекаменной болезни, обструктивные уropатии, опухоли, туберкулёз почек и т. п.;



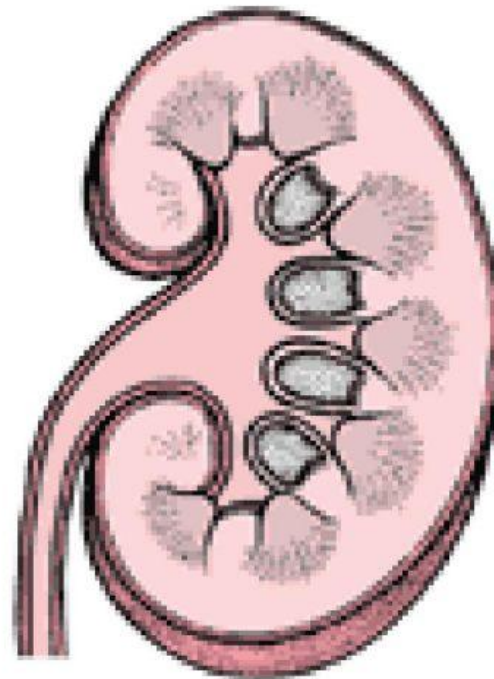
ЭТИОЛОГИЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК, ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ И МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ:

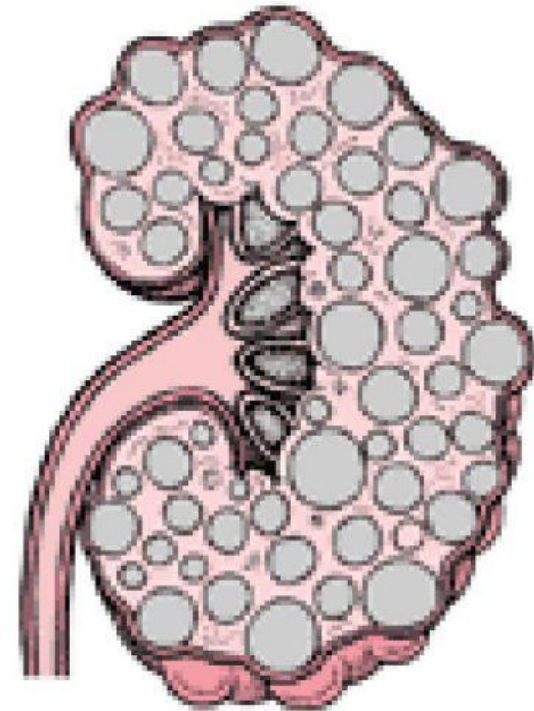
2) врожденные:

гипоплазия, дистопия,
аномалии развития
почечных артерии,
гидронефроз, поликистоз
почек, патологически
подвижная почка и другие
аномалии развития и
положения почек;

3) реноваскулярные
(вазоренальные) АГ.



Normal Kidney

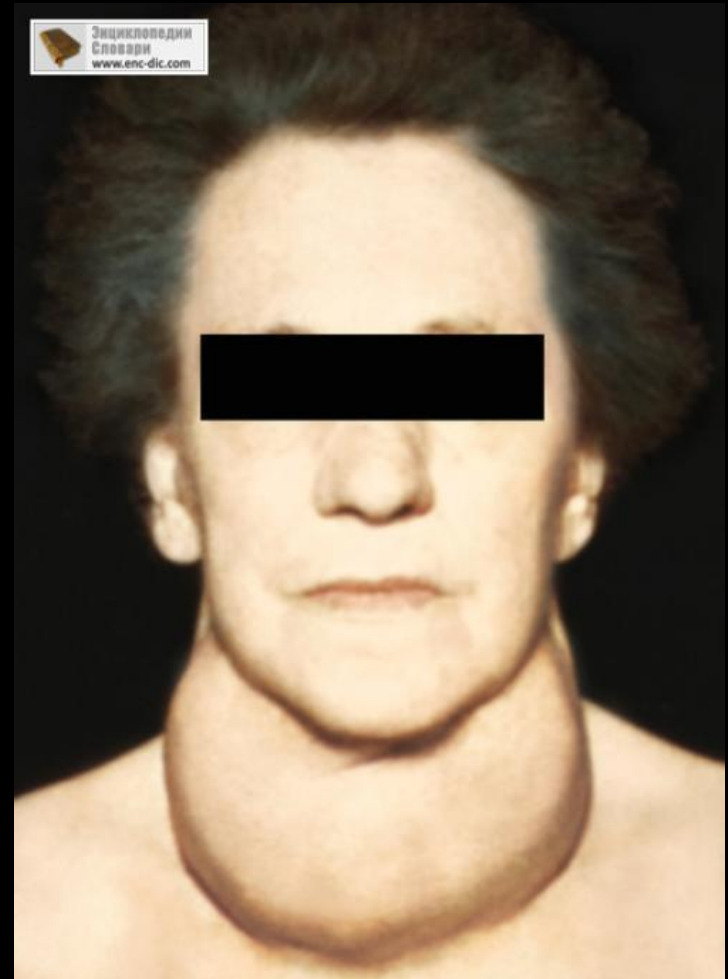


Polycystic Kidney

ЭТИОЛОГИЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

1) феохромоцитома и феохромобластома; альдостерома (первичный альдостеронизм, или синдром Конна); кортикостерома; болезнь и синдром Иценко—Кушинга; акромегалия; диффузный токсический зоб.



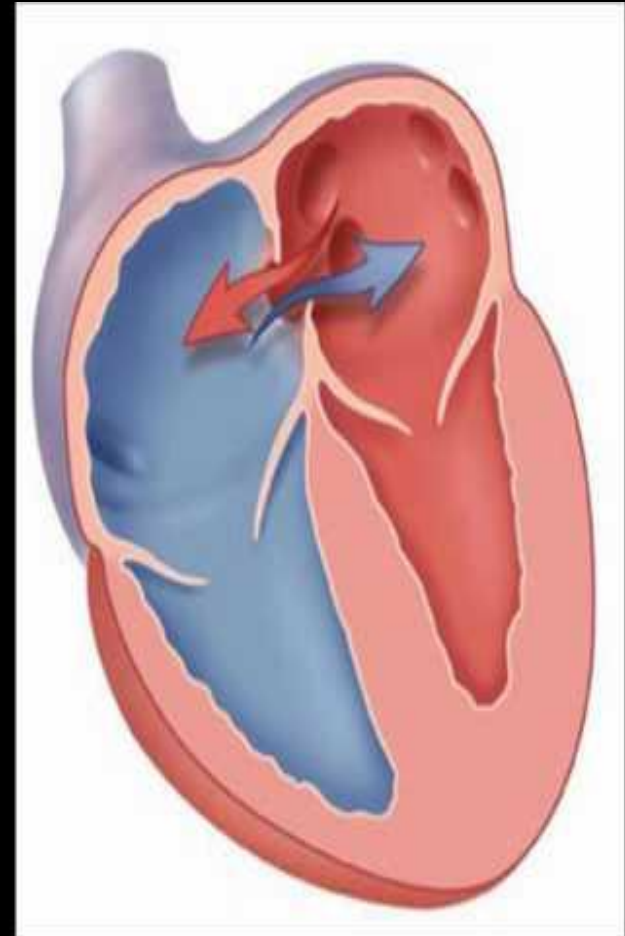
ЭТИОЛОГИЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА, АОРТЫ И КРУПНЫХ СОСУДОВ:

1) пороки сердца приобретенные (недостаточность клапана аорты и др.) и врожденные (открытый артериальный проток и др.);

2) заболевания сердца, сопровождающиеся застойной СН и полной АВ-блокадой;

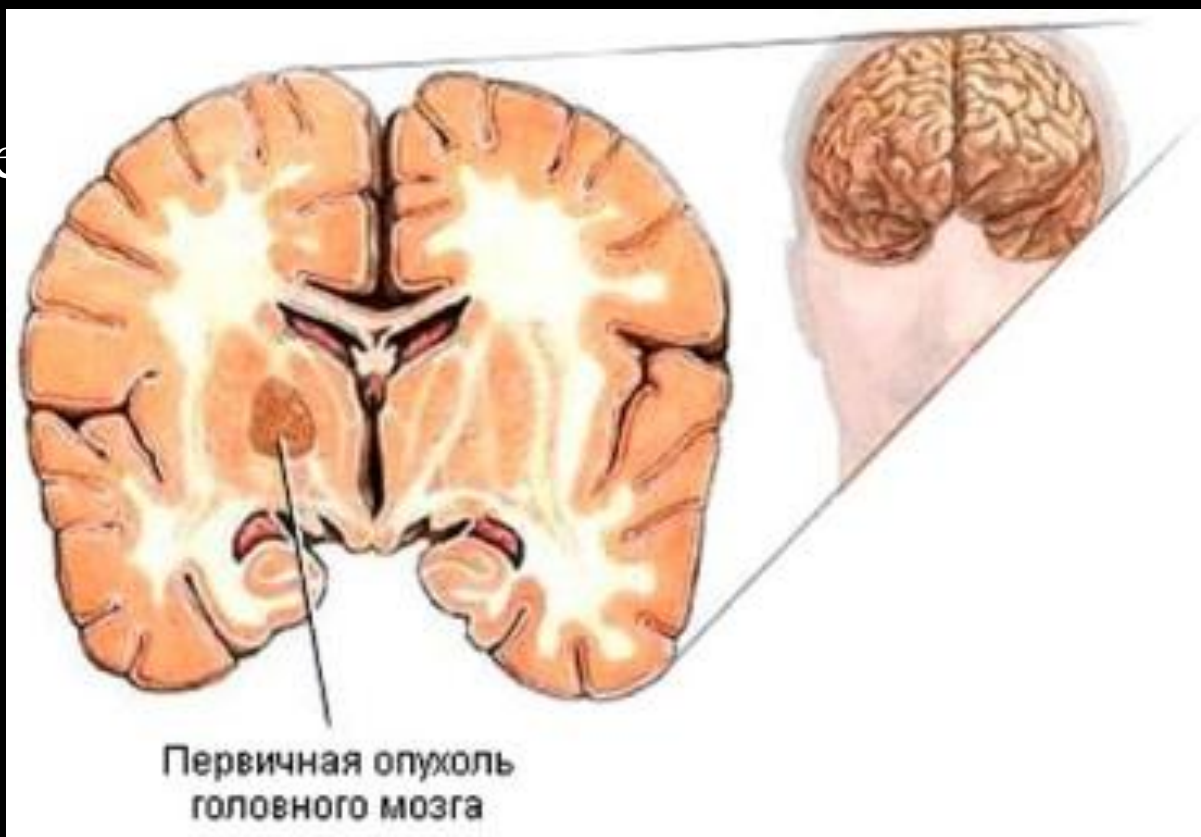
3) поражения аорты врожденные (коарктация) и приобретенные (артерииты аорты и ее ветвей, атеросклероз); стенозирующие поражения сонных и позвоночных артерий и др.



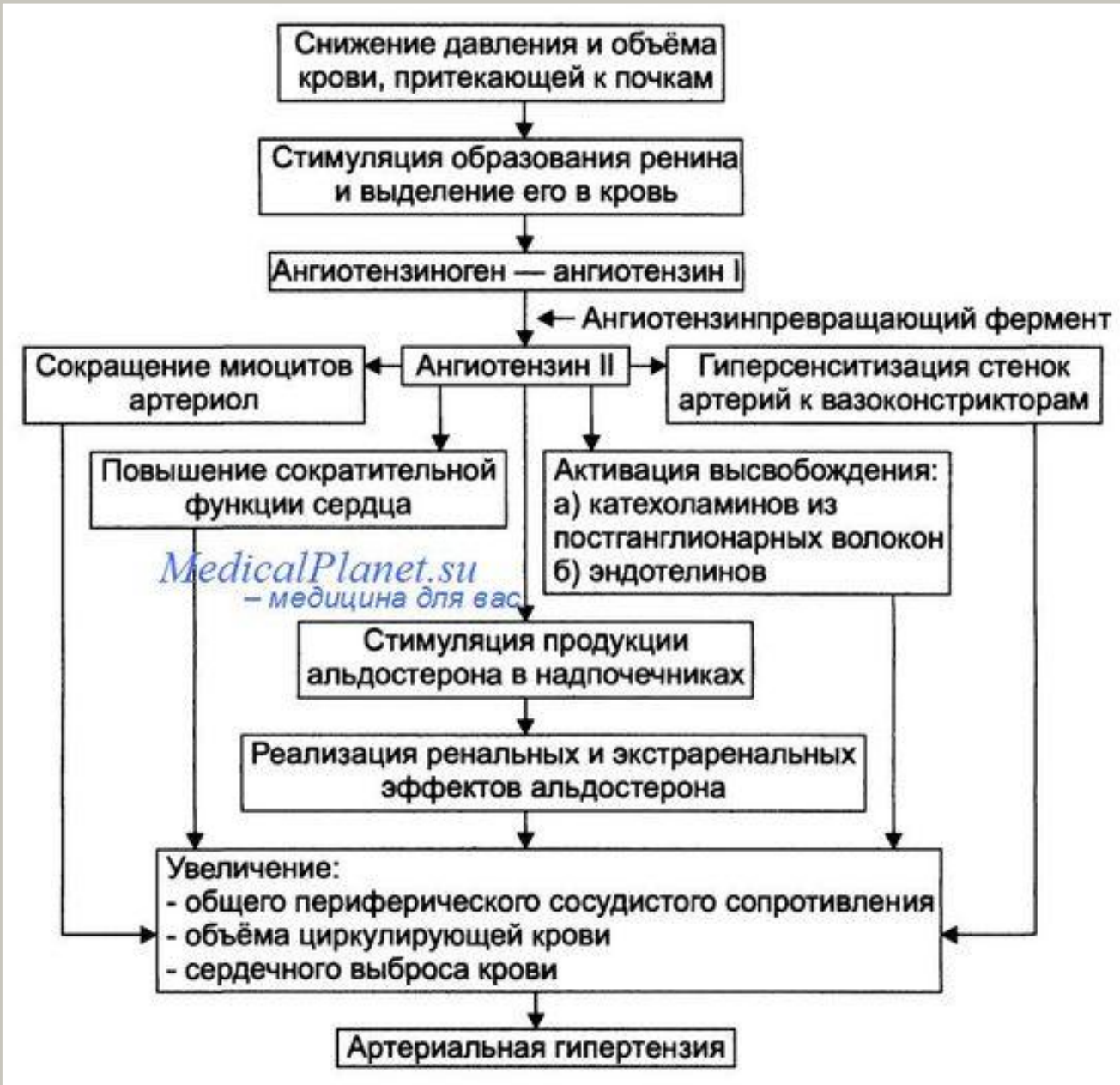
Этиология

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦНС

опухоль мозга;
энцефалит; травмы;
очаговые ишемические
поражения и др.



Патогенез почечной АГ



Патогенез эндокринной АГ

Гиперпродукция гормонов с гипертензивным действием:

- катехоламинов
- вазопрессина
- АКТГ
- минералокортикоидов
- эндотелина
- тиреоидных

Повышенная чувствительность сердца и стенок артерий к гормонам с гипертензивным действием

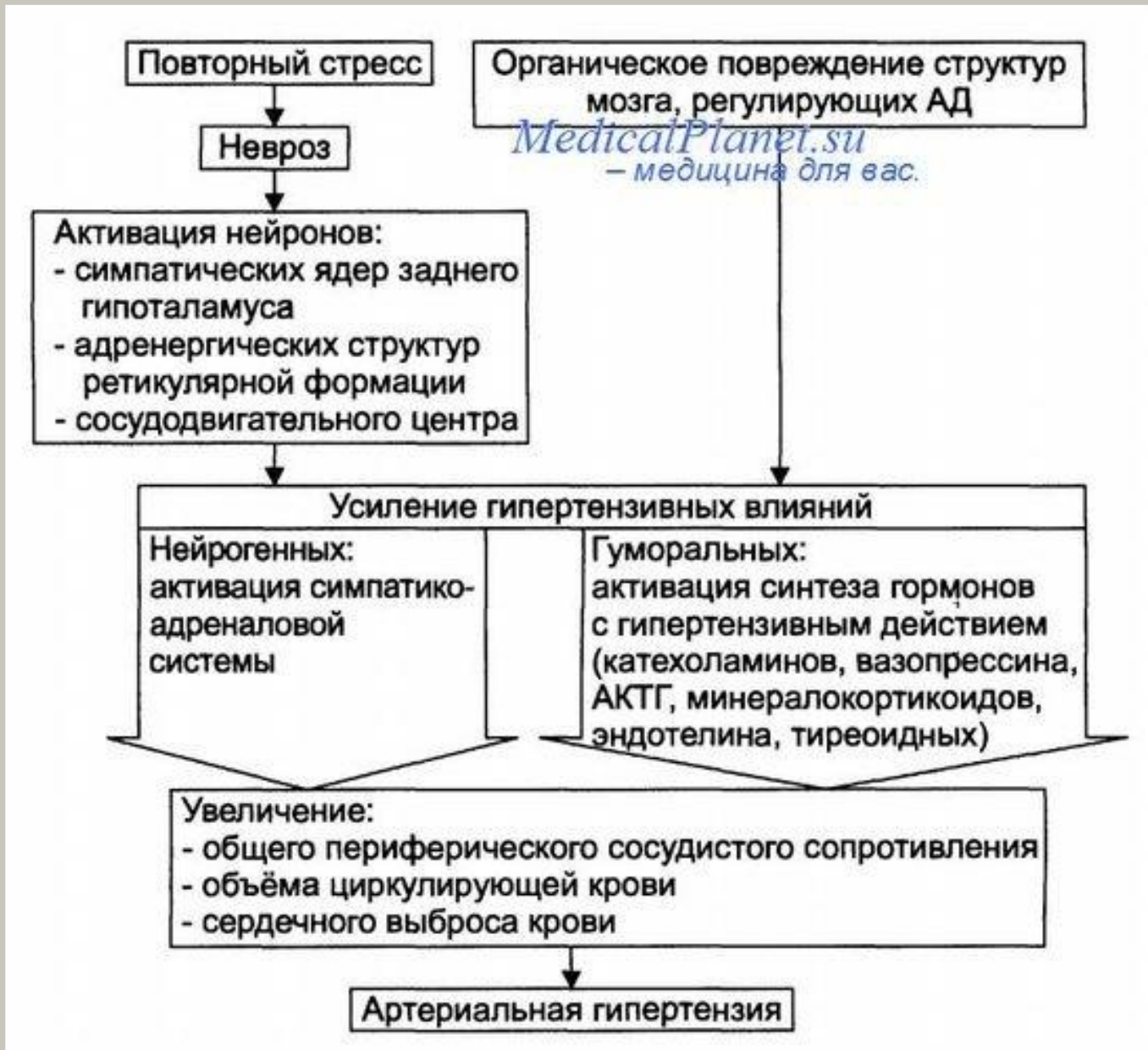
MedicalPlanet.su
– медицина для вас.

Увеличение:

- общего периферического сосудистого сопротивления
- объёма циркулирующей крови
- сердечного выброса крови

Артериальная гипертензия

Патогенез центрогенной АГ



Патогенез гемодинамической АД

При гемодинамических СГ, обусловленных поражением сердца и крупных артериальных сосудов, механизмы повышения АД не представляются едиными, и определяются характером поражения. Они связаны:

- 1) с нарушением функции депрессорных зон (синокаротидной зоны), понижением эластичности дуги аорты (при атеросклерозе дуги);
- 2) с переполнением кровью сосудов, расположенных выше места сужения аорты (при ее коарктации), с дальнейшим включением почечно-ишемического ренопрессорного механизма;
- 3) с сужением сосудов в ответ на уменьшение сердечного выброса, увеличением объема циркулирующей крови, вторичным гиперальдостеронизмом и повышением вязкости крови (при застойной сердечной недостаточности);
- 4) с увеличением и ускорением систолического выброса крови в аорту (недостаточность клапана аорты) при возрастании притока крови к сердцу (артериовенозные свищи) или увеличении продолжительности диастолы (полная атриовентрикулярная блокада).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Таблица 51. Признаки, которые позволяют заподозрить симптоматический генез артериальной гипертензии при клиническом обследовании

<i>Анамнез</i>	<i>Данные осмотра</i>
Повышение АД в возрасте до 30 или старше 50 лет Повышение АД во время беременности Жажда, полидипсия, полиурия Похудение Дизурия Почечная колика, отхождение конкрементов Травма живота Резкая мышечная слабость Прием нестероидных противовоспалительных препаратов, пероральных эстрогенсодержащих контрацептивов и некоторых других лекарственных средств	Центрипетальное ожирение, вирилизация и другие признаки болезни (синдрома) Иценко—Кушинга Признаки акромегалии Непропорциональное развитие плечевого пояса по сравнению с тазовым Гиперплазия щитовидной железы Периферические отеки Ослабление или отсутствие пульса на обеих бедренных артериях Сосудистый шум в околопупочной области Ортостатическая гипотензия Пальпация увеличенных почек Повышение температуры тела

Проверьте себя! Хотя бы 1 симптом совпадает?

- ! Головная боль
- ! Учащение сердцебиения
- ! Черные точки перед глазами (мушки)
- ! Хроническая усталость
- ! Апатия, раздражительность, сонливость
- ! Отеки лица
- ! Нечеткое зрение
- ! Онемение и озноб пальцев
- ! Потливость
- ! Скачки давления

ЭТО ГИПЕРТОНИЯ!

Важно знать!
67% гипертоников в России
не догадываются
о том, что они больны.



КЛИНИКА ЦЕНТРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

жалобы

на пароксизмальное повышение АД, сопровождающееся тяжелыми головными болями, головокружениями и различными вегетативными проявлениями, иногда эпилептиформным синдромом. В анамнезе – указания на перенесенные травмы, сотрясение мозга, возможно, арахноидит или энцефалит.

Физикальное исследование

сведения, позволяющие высказать предположение об органических поражениях ЦНС. В начальной стадии болезни таких данных может не быть. При длительном течении болезни можно выявить особенности поведения, нарушения двигательной и чувствительной сферы, патологию со стороны отдельных черепных нервов.

КЛИНИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**При объективном
исследовании определяют:**

- 1) уровень повышения АД, его характер;
- 2) заболевания и состояния, которыми определяется повышение АД;
- 3) симптомы, обусловленные АГ.

**Физикальное
исследование**

признаки недостаточности аортального клапана, незаращения артериального протока, проявления застойной сердечной недостаточности.



КЛИНИКА ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Клинические синдромы:

- 1) АГ и патологией мочевого осадка;
- 2) АГ и лихорадкой;
- 3) АГ и шумом над почечными артериями;
- 4) АГ и пальпируемой опухолью брюшной полости;
- 5) АГ (моносимптомно)

Физикальное исследование

может быть обнаружен систолический шум над брюшной аортой у места отхождения почечных артерий, тогда можно предположить реноваскулярный характер АГ. Обнаружение при пальпации живота опухолевого образования у больных АГ позволяет предположить поликистоз почек, гидронефроз или гипернефрому.

Клиника почечной гипертензии

КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Сочетанием АГ с патологией мочевого осадка проявляется:

- а) хронический и острый гломерулонефрит;
- б) хронический пиелонефрит.

Сочетанием АГ с шумом над почечными артериями характеризуется стеноз почечных артерий различного происхождения.

Моносимптомная АГ характерна для:

- а) фибромускулярной гиперплазии почечных артерий (реже стенозирующего атеросклероза почечных артерий и некоторых форм артериита);
- б) аномалий развития почечных сосудов и мочевыводящих путей.

Сочетание АГ и лихорадки наиболее часто встречается при:

- а) хроническом пиелонефрите;
- б) поликистозе почек, осложненном пиелонефритом;
- в) опухолях почки;
- г) узелковом периартериите.

Сочетание АГ с пальпируемой опухолью в брюшной полости наблюдается при:

- а) опухоли почек;
- б) поликистозе;
- в) гидронефрозе.

КЛИНИКА ЭНДОКРИННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Клинические синдромы:

- 1) АГ и симпатико-адреналовые кризы;
- 2) АГ с мышечной слабостью и мочевым синдромом;
- 3) АГ и ожирение;
- 4) АГ и пальпируемая опухоль в брюшной полости (редко).

Физикальное исследование позволяет выявить:

- а) изменения ССС, развивающиеся под влиянием повышения АД;
- б) преимущественное отложение жира на туловище при относительно худых конечностях, розовые стрии, угри, гипертрихоз, свойственные болезни и синдрому Иценко—Кушинга;
- в) слабость мышц, вялые параличи, судороги, характерные для синдрома Конна; положительные симптомы Хвостека и Труссо; периферические отеки (изредка наблюдаются при альдостероме);
- г) округлое образование в животе (надпочечник).

Основные симптомы болезни Иценко-Кушинга



ДИАГНОСТИКА

Выявление САГ базируется на четком и точном диагнозе заболеваний, сопровождающихся повышением АД, и на исключении других форм СГ.

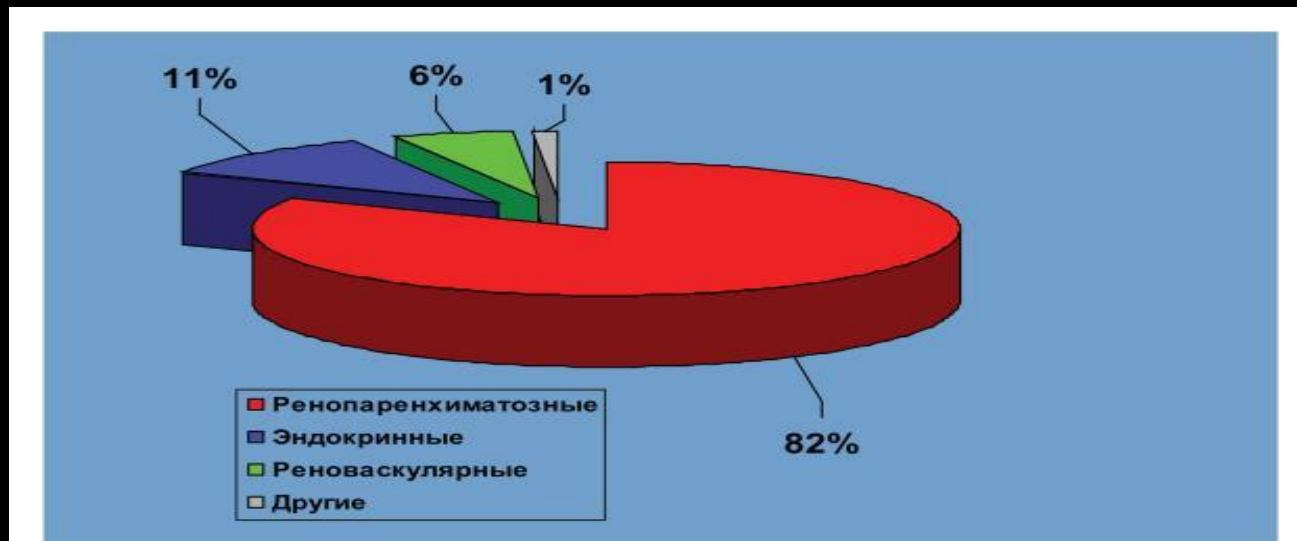


Рис. 2.1. Частота различных типов вторичных АГ среди первичных больных, госпитализированных в специализированное отделение для больных с АГ

ДИАГНОСТИКА

САГ может быть ведущим признаком основной болезни, и тогда она фигурирует в диагнозе: например, реноваскулярная гипертензия. Если АГ является одним из многих проявлений заболевания и не выступает главным симптомом, то в диагнозе может не упоминаться, например при синдроме Иценко—Кушинга.



Лечение

I. ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Например оперативное вмешательство при коарктации аорты; рентгено- и радиотерапии, лечения лазером при аденоме гипофиза; Лекарственная терапия основного заболевания при узелковом периартериите, эритремии.

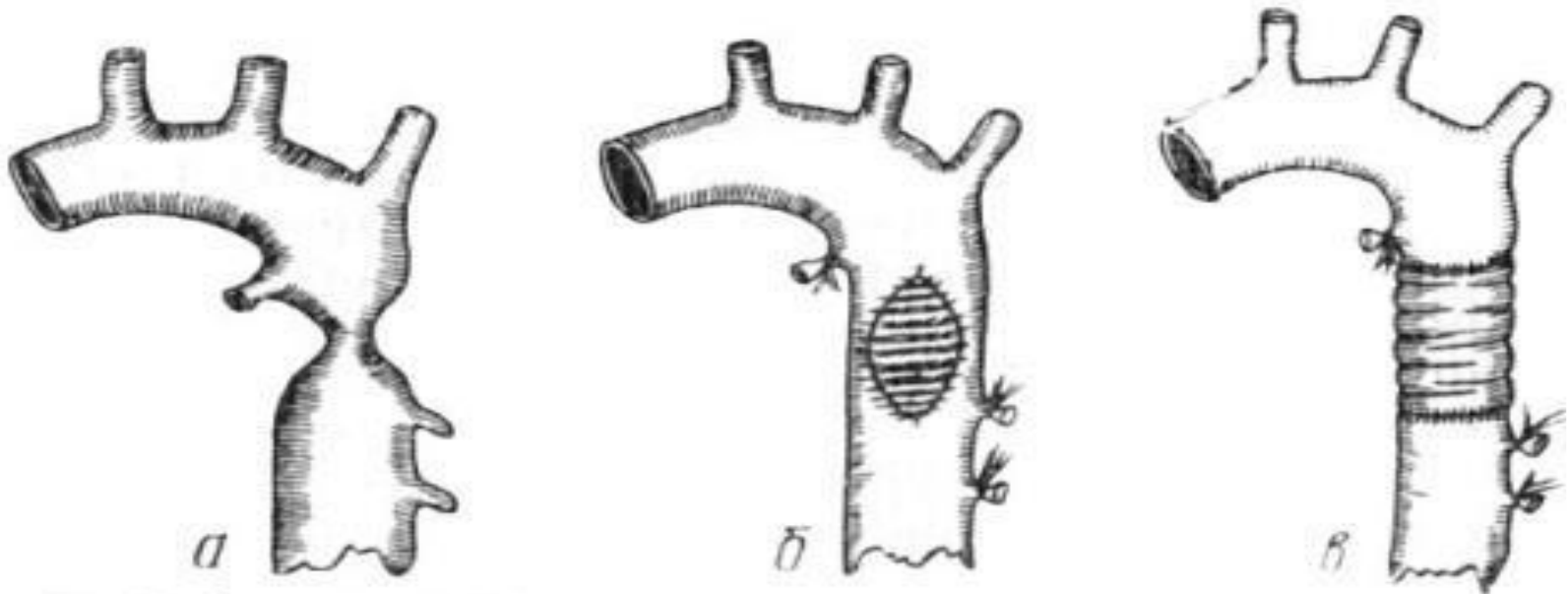


Рис. 17. Схемы операций при коарктации аорты:

а - до операции; б - расширение суженного участка аорты вшиванием заплаты (истмопластика); в - замещение суженного участка аорты сосудистым протезом

лечение

II. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Сочетается с назначением различных групп гипотензивных препаратов.

Больным стойкой АГ при поражении почек широко назначают мочегонные средства (дихлотиазид (гинотиазид), фуросемид, триамтерен, или триампур композитум) в сочетании с ингибиторами АПФ. При отсутствии эффекта дополнительно назначают В-адреноблокаторы и периферические вазодилататоры.



ПРОГНОЗ

Зависит от течения и исхода заболевания, проявлением которого является СГ.



ПРОФИЛАКТИКА

Состоит в профилактике развития основного заболевания и его своевременном лечении.

Чтобы предотвратить артериальную гипертонию:

Соблюдайте правила рационального питания



Контролируйте артериальное давление



Откажитесь от курения

Не употребляйте алкоголь



Занимайтесь физической культурой



Проверяйте уровень холестерина и сахара в крови



Избегайте стресса

