

Тема:

*«Синдром артериальной
гипертензии»*

Дисциплина: «Синдромная патология,
дифференциальная диагностика и фармакотерапия»

Специальность: «Лечебное дело»

Преподаватель: Волынкина О.А.

План

- 1. Синдром артериальной гипертензии: понятие, причины
 - 2. Классификация АГ: степени АГ, группы риска, стадии
 - 3. Этапы диагностического поиска при АГ
 - 4. Диагностика вторичных форм АГ
 - 5. Неотложные состояния: клиника, тактика фельдшера, фармакотерапия
-

Синдром артериальной гипертензии

включает ряд симптомов, возникающих при повышении АД в большом круге кровообращения.

ВОЗ: АГ – стойкое хроническое повышение систолического и диастолического давления (свыше 140 / 90 мм рт. ст.) при многократном измерении в различных условиях у лиц, не принимающих антигипертензивные препараты.

Основные заболевания и патологические состояния, проявляющиеся синдромом АГ:

1. Гипертоническая болезнь (90 – 95%)
2. Симптоматические АГ (5 – 10%):

Почечные гипертензии:

- острый и хронический гломерулонефриты,
 - хронический пиелонефрит;
 - поликистозы и др. аномалии почек;
 - амилоидоз;
 - диабетическая нефропатия;
-

Сосудистые гипертензии:

- реноваскулярная АГ;
 - атеросклероз почечных артерий;
 - артериит аорты и ее ветвей;
 - коарктация аорты;
 - узелковый периартериит;
-

Эндокринные гипертензии

- синдром Кона (первичный альдостеронизм – аденома надпочечников);
- феохромоцитома (опухоль мозгового слоя надпочечников);
- болезнь (синдром) Иценко – Кушинга;
- акромегалия;
- тиреотоксикоз;

Лекарственные гипертензии:

- контрацептивные препараты;
 - кортикостероиды и др.
-

Уровни АД в норме:

- оптимальное менее 120 / 80 мм рт. ст;
- нормальное менее 130 / 85 мм рт. ст;
- повышенное нормальное - 130-139 / 85-89 мм рт. ст;

Степени АГ:

- 1ст.** – АД = 140 – 159 / 90 - 99 мм рт. ст.
 - 2ст.** – АД = 160 – 179 / 100 – 109 мм рт. ст.
 - 3ст.** – АД более 180 / 110 мм рт. ст.
-

Критерии стратификации (распределения) риска

Факторы риска (ФР):

- мужчины более 55 лет
 - женщины более 65 лет
 - курение
 - холестерин более 6,5 ммоль\л
 - семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (ж.- менее 65 лет, м. – менее 55 лет)
-

Поражение органов- мишеней (ПОМ)

- Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭХОКГ или рентгенография)
 - Протеинурия и\или креатининемия (более 1,2 -2,0 мг/дл)
 - Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротической бляшки
 - Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки
-

Ассоциированные клинические состояния (АКС)



- цереброваскулярные заболевания (инсульты, транзиторная ишемическая атака)
 - заболевания сердца (ИМ, стенокардия, коронарная реваскуляризация, застойная СН)
 - заболевания почек (диабетическая нефропатия, почечная недостаточность)
 - сосудистые заболевания (расслаивающая аневризма аорты, поражение периферических артерий)
 - гипертоническая ретинопатия (геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва)
 - сахарный диабет
-

Диагностические критерии стратификации риска




низкий риск (риск 1):

- 1 ст. АГ, *нет* ФР, ПОМ, АКС




средний риск (риск 2):

-  2 ст. АГ, *нет* ФР, ПОМ, АКС
-  1- 2 ст. АГ, *есть* 1-2 ФР, *нет* ПОМ, АКС

высокий риск (риск3):

-  3 ст. АГ, *нет* ФР, ПОМ, АКС
-  1- 2 ст. АГ, *есть* ПОМ, *нет* АКС
-  1- 2 ст. АГ, *есть* 3 и более ФР, *нет* АКС

очень высокий риск (риск 4):

-  1- 3 ст. АГ, *есть* АКС
 -  3ст. АГ, *есть* ФР и/или ПОМ
 -  ~~сахарный диабет~~
-

Этапы диагностического поиска

1. Сбор анамнеза.

Обязательные вопросы:

- Регистрировались ли ранее подъемы АД и сколько лет АГ?
- Каковы привычные и максимальные цифры АД?
- Чем обычно проявляется повышение АД, какова клиника в настоящее время?
- Получает ли пациент регулярную антигипертензивную терапию?
- Когда появилась симптоматика и сколько длится гипертонический криз (ГК)?
- Были ли попытки самостоятельно купировать ГК? Чем раньше удавалось снизить АД?

2. Осмотр и физикальное обследование:

- состояние;
 - сознание, дыхание (наличие тахипноэ);
 - положение (лежит, сидит, ортопноэ);
 - цвет кожных покровов (бледные, гиперемия, цианоз), влажность кожи (повышена, сухая, холодный пот на лбу);
 - сосуды шеи (наличие набухания вен, видимой пульсации);
 - наличие периферических отеков;
 - исследование свойств пульса (ритмичный, аритмичный, тахикардия, брадикардия);
-

- измерение АД на обеих руках (в норме разница <15 мм рт. ст.);
 - перкуссия (увеличения границ относительной сердечной тупости влево);
 - пальпация верхушечного толчка;
 - аускультация сердца;
 - аускультация аорты (подозрение на расслоение аорты или разрыв аневризмы) и почечных артерий (подозрение на их стеноз);
 - аускультация легких;
 - уточнение наличия ухудшения зрения, рвоты, судорог, стенокардии, одышки;
 - оценка диуреза;
 - исследование неврологического статуса: сознание, дефекты поля зрения, дисфагия, нарушения двигательных функций в конечностях, нарушение походки, недержание мочи.
-

Дополнительные методы исследования

Обязательные:

- общий анализ крови;
 - глюкоза в плазме крови натощак;
 - общий холестерин, ХС ЛВП, ТГ, креатинин, мочевиная кислота, калий;
 - ЭКГ;
 - исследование глазного дна;
 - ЭхоКГ.
-

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Гипертонический криз - резкое повышение АД выше 180/120 мм рт.ст. или до индивидуально высоких величин, проявляющееся *ухудшением самочувствия пациента*

Виды гипертонических кризов

1. Осложнённый ГК сопровождается признаками ухудшения мозгового, коронарного, почечного кровообращения и требует снижения АД с помощью парентеральных препаратов (АД должно быть снижено на **25%** в первые **2 часа** и до **160/100 мм рт. ст.** в течение последующих **2 – 6 часов**). Следует помнить, что быстрое и значительное снижение АД может оказаться более опасным, чем его повышение.

2. *Неосложнённый ГК* характеризуется отсутствием поражения органов-мишеней и относится к состояниям, требующим относительно срочного **снижения АД в течение нескольких часов;**

Наиболее частые факторы, способствующие развитию ГК

- прекращение приёма антигипертензивных ЛС;
 - психоэмоциональный стресс;
 - избыточное потребление соли и жидкости;
 - физическая нагрузка;
 - злоупотребление алкоголем;
 - метеорологические колебания.
-

КЛИНИКА ГК

Осложнённый ГК:

- внезапное начало (от нескольких минут до нескольких часов);
 - индивидуально высокий уровень АД: САД ~180 мм рт. ст. и/или ДАД ~120 мм рт. ст.;
 - появление признаков ухудшения регионарного кровообращения: интенсивной головной боли, тошноты, рвоты, нарушения зрения, одышки, боли в груди, слабости, отёков, дизартрии, парезов, параличей, нарушения сознания и др.
-

Неосложнённый КГ:

- головная боль, головокружение, тошнота
 - наличие невротической и вегетативной симптоматики (чувство страха, раздражительность, озноб, потливость, гиперемия, иногда чувство жара, жажда, в конце криза учащённое, обильное мочеиспускание с выделением светлой мочи)
-

Осложнения гипертонического криза

- ❑ **Острая гипертоническая энцефалопатия** (головная боль, спутанность сознания, тошнота и рвота, судороги, кома)
 - ❑ **Острое нарушение мозгового кровообращения** (очаговые неврологические расстройства)
 - ❑ **Острая сердечная недостаточность** (удушье, появление влажных хрипов над легкими)
 - ❑ **Инфаркт миокарда, ОКС** (болевой синдром, ЭКГ-признаки)
 - ❑ **Острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты** (тяжёлый болевой приступ с развитием шока)
 - ❑ **ОПН**
 - ❑ **Острая ретинопатия с кровоизлиянием в сетчатку глаза**
-

Лечение ГК

- Положение больного лёжа с приподнятым ГОЛОВНЫМ КОНЦОМ.
 - Контроль ЧСС, АД каждые 15 мин.
 - Успокаивающая беседа.
-

ГК неосложнённый (применяют пероральные ЛС)

1. При сочетании повышенного систолического АД и тахикардии

- Пропранолол - внутрь 10-40 мг. Препарат выбора при гипертоническом кризе у молодых с выраженной вегетативной симптоматикой, на фоне злоупотребления алкоголем, при тиреотоксическом кризе.
- Клонидин - под язык 0,075-0,150 мг. В настоящее время клонидин вытесняется из широкой практики из-за резкого и кратковременного снижения АД с последующей фазой повышения АД. Препарат выбора при синдроме отмены клонидина.

2. При повышении ДАД или равномерным повышением САД и ДАД

- Каптоприл - под язык 25 мг. При первом приёме возможно резкое снижение АД. Препарат выбора у пациентов с СН, постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом.
 - Нифедипин - под язык 10 мг. Препарат выбора у пациентов с вазоренальной АГ, ХОБЛ, облитерирующими заболеваниями артерий.
 - Применение **фуросемида** возможно при застойной СН в дополнение к другим антигипертензивным препаратам.
-

ГК осложнённый

- санация дыхательных путей;
 - обеспечение кислородом;
 - венозный доступ;
 - лечение развившихся осложнений и дифференцированный подход к выбору антигипертензивных препаратов;
 - терапию проводят парентеральными препаратами (возможен переход на пероральные ЛС);
-

КТ, осложненный острым ИМ или ОКС

- нитроглицерин**
 - морфин**
 - Ацетилсалициловая кислота**
 - пропранолол 0,1% -1 мл - в/в медленно. При сохранении высоких цифр АД: эналаприлат 0,625-1,250 мг в/в медленно в течение 5 мин**
 - Следует помнить, что высокие цифры АД служат противопоказанием к применению антикоагулянтов**
 - Нерекомендуемые препараты: нифедипин, фуросемид**
-

Гипертонический криз, осложнённый ОЛЖН

- Лечение направлено на купирование отёка лёгких и снижение АД.
 - Эналаприлат
 - Фуросемид в/в (20-100 мг)
 - **Нерекомендуемые препараты:**
пропранолол, клонидин.
-

ГК, осложнённый гипертензивной энцефалопатией

- Эналаприлат
- При судорожном синдроме - диазепам в/в в начальной дозе **10-20 мг**
- Нерекомендуемый препарат - нифедипин.**

ГК, осложнённый острым нарушением мозгового кровообращения

- Эналаприлат
 - Назначение ацетилсалициловой кислоты и клонидина **противопоказано.**
-

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- ❑ **Неосложнённый ГК, не купирующийся на этапе СМП (госпитализация в терапевтическое или кардиологическое отделение)**
 - ❑ **Осложнённый ГК- экстренная госпитализация с учётом развившегося осложнения, транспортировка в положении лежа.**
-