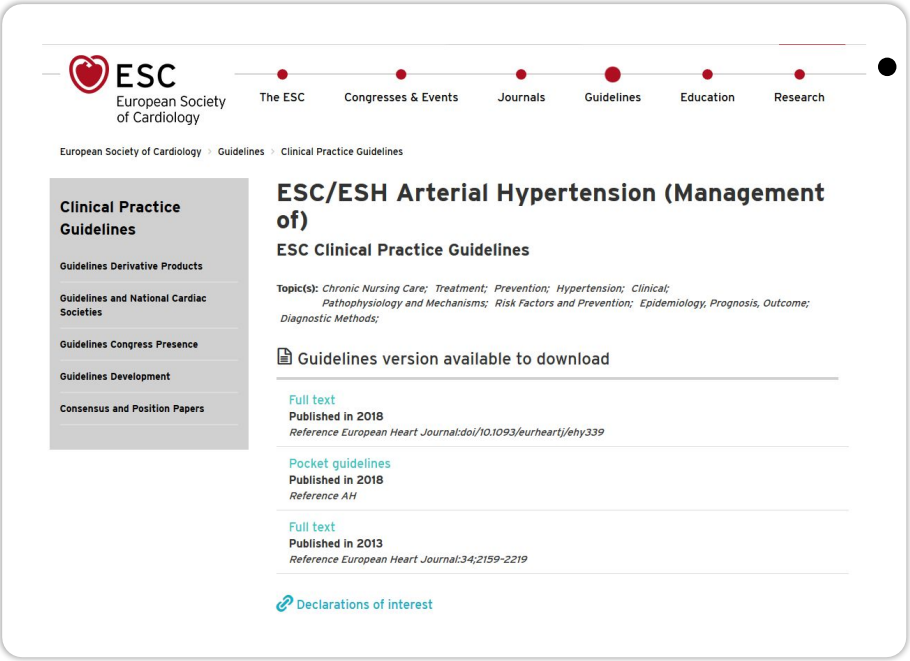
АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ. *ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ.*

Лекция для студентов 4 курса педиатрического факультета



Повышенный уровень АД был ведущим глобальным фактором преждевременной смерти в 2015 году, на него пришлось почти 10 миллионов смертей и более 200 миллионов случаев инвалидности

НЕСМОТРЯ НА ТО, ЧТО В ПОСЛЕДНИЕ 30 ЛЕТ УЛУЧШИЛИСЬ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АГ, ИНВАЛИДНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ГИПЕРТОНИЕЙ, УВЕЛИЧИЛАСЬ С 1990 ГОДА НА 40%.

Артериальная гипертензия – синдром стойкого повышения артериального давления

1. АД ≥ 140 и/или 90 мм рт.ст

(для всех лиц старше 16 лет)

2. Стойкое повышение

- измерение АД на повторных визитах (за исключением случаев высокого повышения АД и явных доказательств поражения органов при АГ)

СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ **АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

1. Количество посещений и интервал времени между визитами варьируется в зависимости от тяжести гипертонии и обратно пропорционально тяжести гипертонии
2. более значительное повышение АД требует меньшего количества посещений и более коротких временных интервалов между посещениями (несколько дней или недель)
3. у пациентов с повышением АД в диапазоне 1-ой степени период повторных измерений может продолжаться несколько месяцев, особенно когда у пациента низкий риск осложнений и нет признаков поражения органов мишеней.

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertensionhttps://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial%20Hypertension%20Management%20of

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- **офисное (в кабинете врача или клинике),**
- **суточное мониторирование АД**
- **домашнее (самостоятельное)**

ПОРОГОВЫЕ УРОВНИ АД ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ *(мм рт. ст.)*

Варианты способов контроля АД	САД	ДАД
офисное АД	140	90
Суточное (24-х часовое) мониторирование АД (среднее)	130	80
Измеренное дома – самоконтроль	135	85

ОФИСНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АД

- На каждом визите должно выполняться 3 измерения с интервалом 1-2 мин, дополнительное измерение должно быть выполнено, если разница между первыми двумя измерениями составляет более 10 мм рт.ст.
- За уровень АД пациента принимают среднее двух последних измерений

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertensionhttps://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial%20Hypertension%20Management%20of

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЕРМИНОЛОГИЯ

- ***Первичная (эссенциальная)***

  = Гипертоническая болезнь (Георгий Фёдорович Ланг, 1948 г.)

- ***Вторичная (симптоматичес***

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА И СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТИ ПРИ АГ

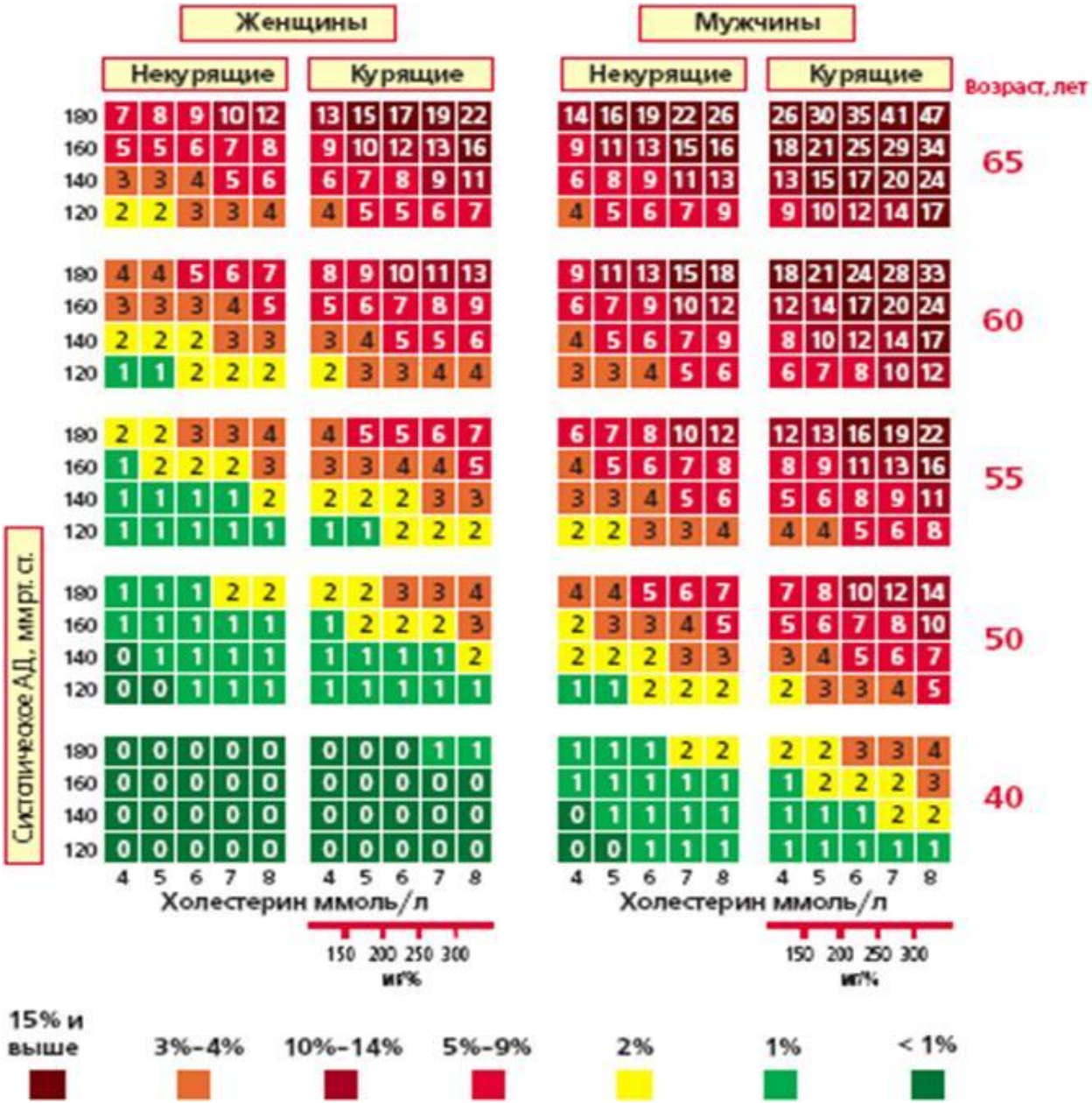
Стратифика́ция от лат. *stratum* и греч. γράφειν, буквально — «расслаивание»

ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РИСКА

ТАБЛИЦА РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (SCORE)

РИСК ОБЩИХ СЛУЧАЕВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СМЕРТЕЛЬНЫХ И НЕ СМЕРТЕЛЬНЫХ) В 3 РАЗА ВЫШЕ, ЧЕМ ЧАСТОТА СМЕРТЕЛЬНЫХ СС-СОБЫТИЙ У МУЖЧИН

И В 4 РАЗА ВЫШЕ У ЖЕНЩИН



2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertensionhttps://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial%20Hypertension%20Management%20of

СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ГБ

- Стадия
- Степень
- Риск

СТРУКТУРА ДИАГНОЗА СИМПТОМНОЙ АГ

- Степень
- Риск

КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ

Категория	САД, мм рт.ст.	ДАД, мм рт.ст.
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120–129	80–84
Высокое нормальное	130–139	85–89
АГ 1 степени	140–159	90–99
АГ 2 степени	160–179	100–109
АГ 3 степени	≥180	≥110
Изолированная систолическая АГ	≥140	<90

Если САД и ДАД находятся в разных категориях, присваивается более высокая категория.

Наиболее точно степень АГ может быть установлена в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты.

ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ АД – ЧТО ДЕЛАТЬ?

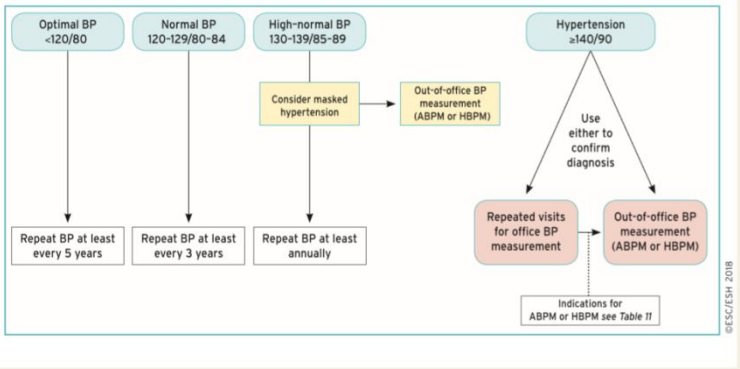


Figure 2 Screening and diagnosis of hypertension. ABPM = ambulatory blood pressure monitoring; BP = blood pressure; HBPM = home blood pressure monitoring.

Высокое нормальное АД

Учесть вероятность скрытой АГ

Измерение АД, по крайней мере, ежегодно

СТРУКТУРА ДИАГНОЗА АГ

- Степень – таблица уровней АД
- **Стадия**
- **Риск**

1. **Факторы риска**
2. **Поражение органов мишеней (ПОМ)**
3. **Сердечно-сосудистые или почечные заболевания и сахарный диабет**

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АГ

- **мужской пол**
- **возраст (≥55 лет у мужчин, ≥65 лет у женщин)**
- **курение**
- **дислипидемия**
  - ✔ *общий холестерин >4,9 ммоль/л*
  - ✔ *и/или холестерин липопротеинов низкой плотности >3,0 ммоль/л*
  - ✔ *и/или холестерин липопротеинов высокой плотности: <1,0 ммоль/л у мужчин, <1,2 ммоль/л у женщин*
  - ✔ *и/или триглицериды >1,7 ммоль/л*

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АГ

- **глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л**
- **нарушение толерантности к глюкозе**
- **ожирение (ИМТ ≥30 кг/м^2)**
- **абдоминальное ожирение (ОТ ≥ 102 см у мужчин,**
  ≥ 88 см у женщин) (для лиц европейской расы)
- **семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (<55 лет у мужчин, <65 лет у женщин)**

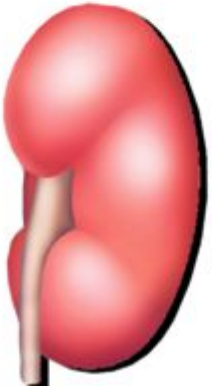
СТРУКТУРА ДИАГНОЗА АГ

- Степень
- **Стадия**
- **Риск**

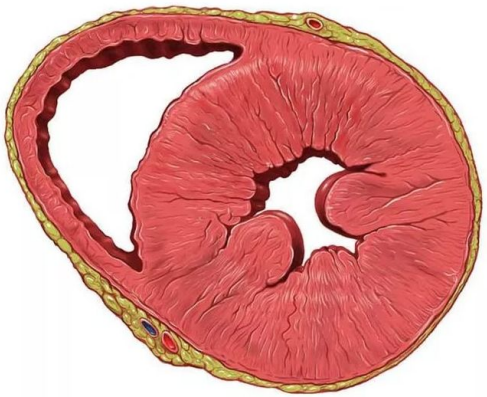
- **Факторы риска**
- **Поражение органов мишеней (ПОМ)**
- **Сердечно-сосудистые или почечные заболевания и сахарный диабет**

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ

- СОСУДЫ
- СЕРДЦЕ
- ПОЧКИ



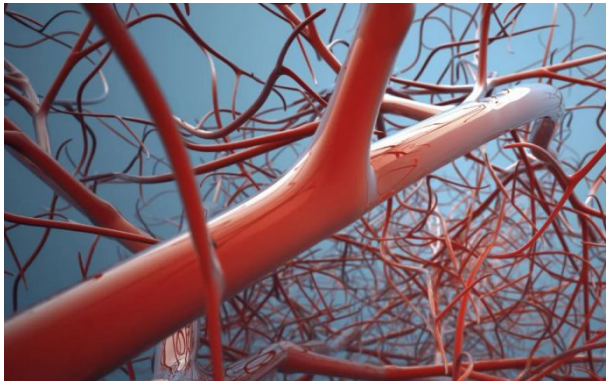
ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ



<u>СЕРДЦЕ - ГЛЖ</u>

- ЭКГ: признак Соколова-Лайона>35мм; Корнельское произведение > 2440 мм х мс
- ЭхоКГ: ИММЛЖ ≥115 г/м2 для мужчин и ≥95 г/м2 для женщин

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ



Сосуды

- Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) ≥60 мм рт.ст.
- УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ> 0,9 мм) или атеросклеротические б магистральных сосудов
- скорость пульсовой волны с бедренной артерии > 10 м/с
- лодыжечно/плечевой инде

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

Почки

- ХБП с СКФ 30–60 мл/мин/1,73 $м^2$
- микроальбуминурия (30–300 мг в сутки) или соотношение альбумина к креатинину (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль)

СТРУКТУРА ДИАГНОЗА АГ

- Степень
- **Стадия**
- **Риск**

- **Факторы риска**
- **Поражение органов мишеней (ПОМ)**
- **Сердечно-сосудистые или почечные заболевания и сахарный диабет**

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИЛИ ПОЧЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
- УЖЕ ИМЕЮЩИЕСЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИЛИ ПОЧЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

✔ Цереброваскулярная болезнь: *ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака*

✔ ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИЛИ ПОЧЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- КЛИНИЧЕСКИ МАНИФЕСТНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ
- ХБП СО СКФ <30 мл/мин/1,73м^2, ПРОТЕИНУРИЯ (>300 мг в сутки)
- ТЯЖЕЛАЯ РЕТИНОПАТИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ АГ

	ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ – МИШЕНЕЙ (ПОМ)	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИЛИ ПОЧЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
Стадия I	-	-
Стадия II	+	-
Стадия III	-/+	+

СТРАТИФИКАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

	АД, мм рт.ст.			
Другие ФР, ПОМ или заболевания	Высокое нормальное САД 130-139 или ДАД 85-89	1 степень АГ САД 140-159 или ДАД 90-99	2 степень АГ САД 160-179 или ДАД 100-109	3 степень АГ САД ≥180 или ДАД ≥110
Нет других ФР		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Средний риск	Средний – до высокого риска	Высокий риск
≥3 ФР	Низкий – до среднего риска	Средний – до высокого риска	Высокий риск	Высокий риск
Поражение органов-мишеней, ХБП 3 или СД	Средний – до высокого риска	Высокий риск	Высокий риск	Высокий – до очень высокого риска
Симптомные ССЗ, ХБП ≥4 ст или СД с ПОМ/ФР	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Гипертоническая болезнь I стадии. Степень артериальной гипертензии 2. Риск 2 (средний). Дислипидемия.
- Гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 3. Риск 4 (очень высокий). Дислипидемия. ГЛЖ.
- Гипертоническая болезнь III стадии. Степень артериальной гипертензии 2. Риск 4 (очень высокий). ИБС. Стенокардия напряжения II ФК.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- **Повышение артериального давления может не сопровождаться субъективными проявлениями**
- Пациенты могут жаловаться на проявления гипертонической энцефалопатии:

головную боль

головокружение

мелькание мушек перед глазами

шаткость походки

тошноту и рвоту (центрального генеза)

- При наличии у пациента региональной ишемии (например ИБС) и недостаточности кровообращения клиническая картина будет дополняться симптомами этих заболеваний.

Всем больным необходимо проведение обследования для

- определения степени и стабильности повышения уровня АД ;
- исключения вторичной артериальной гипертензии или идентификации её формы;
- оценки общего сердечно-сосудистого риска (выявление других факторов риска ССЗ, диагностика ПОМ и ССЗ, заболеваний почек,
  которые могут повлиять на прогноз и эффективность лечения)

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АГ

- сбор медицинского анамнеза, включая семейный
- физикальное и лабораторное обследование
- дополнительные диагностические тесты (при необходимости у конкретных пациентов)

ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ЦЕЛИ

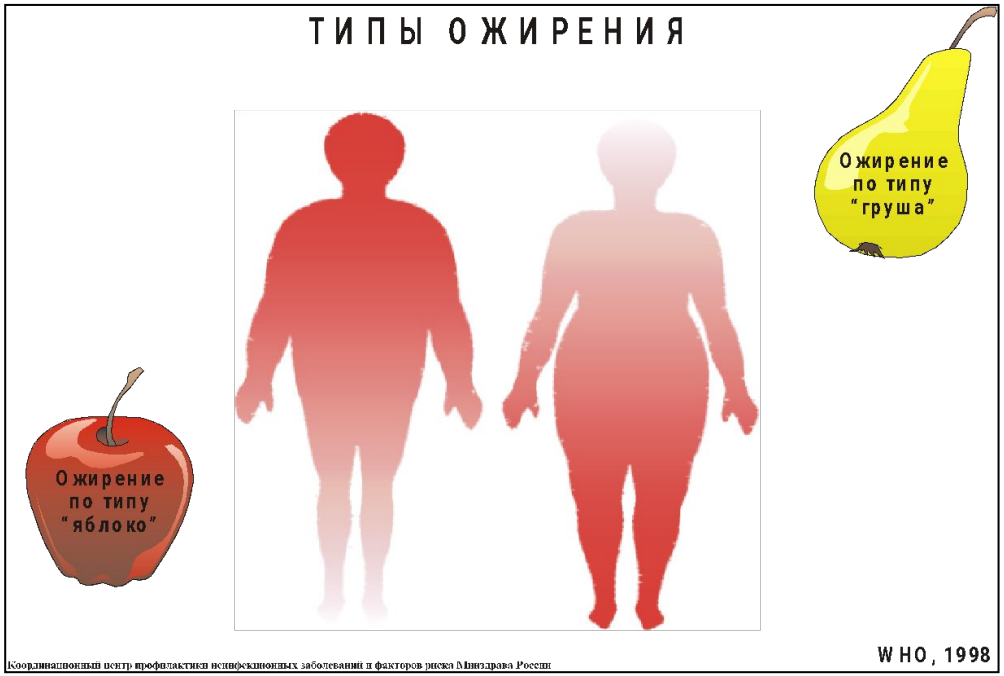
- поставить или подтвердить диагноз АГ
- измерить АД в настоящее время
- провести скрининг на вторичные причины АГ
- уточнить общий сердечно-сосудистый риск

ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- разница результатов измерения САД на двух руках >20 мм рт.ст. и/или ДАД >10 мм рт. ст. (если она подтвердится) – ищем заболевания сосудов (например, неспецифический аортоартериит – болезнь Такаясу)
- шумы при аускультации сонных артерий, сердца и почечных артерий требуют дополнительного обследования (в зависимости от локализации шума – УЗИ сонных артерий, ЭХОКГ, УЗИ почечных

ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- измерить окружность талии, массу тела и рост в положении стоя, рассчитать ИМТ



ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Поражение головного мозга: шумы на артериях шеи; двигательные и чувствительные расстройства.
- Поражение сердца: характеристика верхушечного толчка, аритмии, ритм галопа, отеки

Физикальное обследование на предмет вторичной АГ, поражения органов-мишеней и ожирения

Симптомы, позволяющие предполагать вторичную АГ
- Признаки синдрома Кушинга.
- Кожные проявления нейрофиброматоза (феохромоцитома).
- Увеличение почек при пальпации (поликистоз).
- Наличие шумов в проекции почечных артерий (реноваскулярная гипертония).
- Шумы в сердце и в грудной клетке (коарктация и другие заболевания аорты, поражение артерий верхних конечностей).
- Ослабление и замедление пульсации на бедренной артерии, снижения АД в бедренной артерии, в сравнении с АД, одновременно измеренным на плечевой артерии (коарктация и другие заболевания аорты, поражение артерий нижних конечностей).
- Разница АД на правой и левой руке (коарктация аорты, стеноз подключичной артерии).
Признаки поражения органов-мишеней
- Головной мозг: двигательные или чувствительные нарушения.
- Сетчатка: изменения на глазном дне.
- Сердце: частота сердечных сокращений, наличие III или IV тона, шумы, нарушения ритма, локализация верхушечного толчка, хрипы в легких, периферические отеки.
- Периферические артерии: отсутствие, ослабление или асимметрия пульса, холодные конечности, ишемические язвы на коже.
- Сонные артерии: систолический шум.
Признаки ожирения
- Масса тела и рост.
- Расчет ИМТ: масса тела /рост^2 (кг/м^2).
- Окружность талии, измеренная в положении стоя, на середине расстояния между нижним краем реберной дуги и верхним краем подвздошной кости.

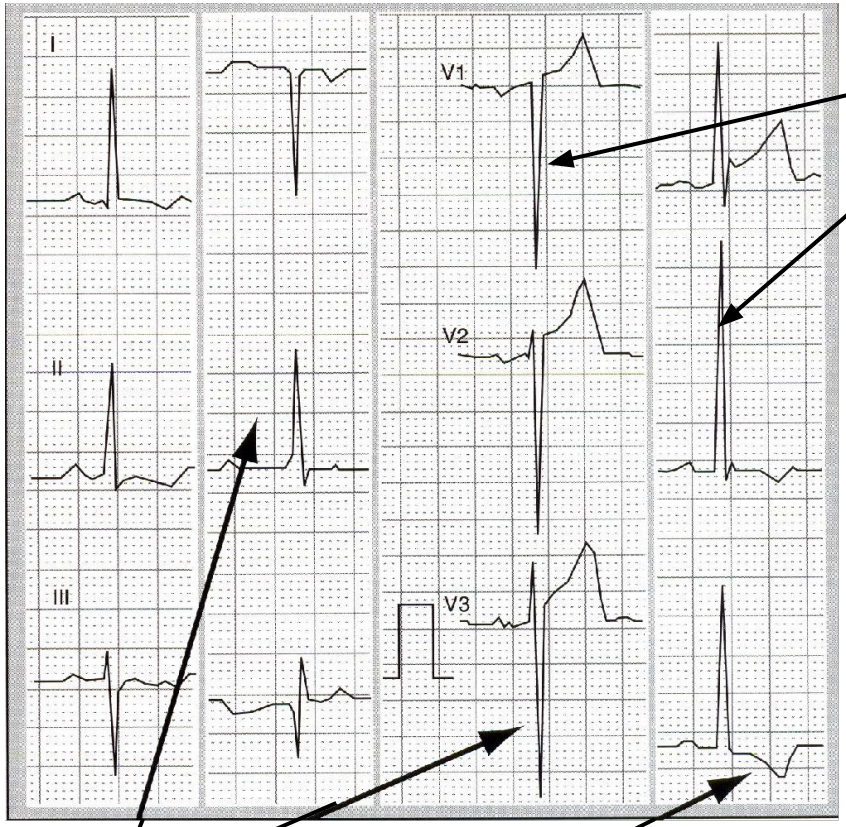
ДИАГНОСТИКА АГ: ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

- Гемоглобин и/или гематокрит
- Глюкозы плазмы натощак
- Общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности
- триглицериды сыворотки натощак

ДИАГНОСТИКА АГ : ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

- калий и натрий сыворотки
- мочевая кислота сыворотки
- креатинин сыворотки с расчетом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI.
- анализ мочи с микроскопией осадка, белок в моче по тест-полоске
- анализ на альбуминурию
- ЭКГ в 12 отведениях

Гипертрофия левого желудочка



(1) $S_{V1} + R_{V5\text{-}V6} \geq 35$ мм

(2) $R_{aVL} + S_{V3}$ (>20 мм Ж, >24 мм М)

Изменения ST

<u>ЭКГ-критерии гипертрофии ЛЖ</u>

(1) <u>Индекс Соколова-Лайона</u>

(2) Корнельский индекс (модифицированный)

Диагностика АГ: дополнительные лабораторные и инструментальные тесты

- ЭхоКГ с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и фракции выброса левого желудочка (ФВ);
- определение альбуминурии;
- исследование глазного дна,
- УЗИ почек и надпочечников,
- определение гормонов для исключения симптоматическх

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТОНИИ

- АГ, связанная с патологией почек
- АГ при поражении почечных артерий
- Феохромоцитома
- Первичный альдостеронизм
- Синдром и болезнь Иценко-Кушинга
- Коарктация аорты
- Лекарственная форма АГ

Выявление симптоматической артериальной гипертензии

- концентрация альдостерона (синдром Конна),
- кортикостероидов (синдром Иценко-Кушинга),
- катехоламины и их метаболиты в суточной моче (феохромоцитома);
- активность ренина (стеноз почечной артерии);
- брюшная аортография (стеноз почечной артерии);
- КТ или МРТ надпочечников (аденома, гиперплазия коры) и головного мозга (аденома гипофиза)

Цели терапии АГ

<u>Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития ССО и смерти от них</u>

Для достижения этой цели требуется

- снижение АД до целевого уровня,
- коррекция всех модифицируемых ФР
- предупреждение, замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение ПОМ,
- лечение СС и сопутствующих заболеваний – ИБС, СД и т.д.

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ

ФР, ПОМ и СЗ	Артериальное давление (мм рт.ст.)		
	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени ≥180/110
Нет ФР	изменение ОЖ на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
1-2 ФР	изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
≥3 ФР, ПОМ, МС или СД	изменение ОЖ + начать лекарственную терапию	изменение ОЖ + начать лекарственную терапию	изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
АКС	изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию	изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию	изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию

Мероприятия по изменению образа жизни

рекомендуются всем больным, в т.ч. получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии ФР. Они позволяют:

- снизить АД;
- уменьшить потребность в АГП и повысить их эффективность;
- благоприятно повлиять на имеющиеся ФР;
- осуществить первичную профилактику ГБ у больных с высоким нормальным АД и у имеющих ФР.

Мероприятия по изменению образа жизни: *немедикаментозные методы*

- **отказ от курения;**
- **нормализацию массы тела (ИМТ < 25 кг/м^2);**
- **снижение потребления алкогольных напитков < 30 г алкоголя в сутки для мужчин и 20 г/сутки для женщин;**
- **увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30-40 мин. не менее 4 раз в неделю (около 5 часов в неделю);**
- **снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут;**
- **изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.**

- **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИИ ОСНОВАНА НА ОЧЕНЬ ЗНАЧИМЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ, ПОДКРЕПЛЕННЫХ САМЫМ БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ВЫПОЛНЕННЫХ РКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ.**
- снижение САД на 10 мм рт. ст. или уменьшение ДАД на 5 мм рт.ст. связано со значительным снижением всех больших СС событий на 20%, общей смертности на 10-15%, инсульта на 35 %, коронарных событий на 20% и сердечной недостаточности на 40%
- **сокращения риска не зависит от исходного АД (при ГБ), уровня СС риска, сопутствующих заболеваний (например, диабет**

Основные группы антигипертензивных препаратов

1. Блокаторы ренин-ангиотензин альдостероновой системы (РААС)

- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (периндоприл, рамиприл)
- блокаторы рецепторов к ангиотензину II – сартаны (лосартан, валсартан, телмисартан)

2. Дигидропиридиновые антагонисты кальция (амлодипин)

3. Тиазидные диуретики (индапамид, гипотиазид)

4. Блокаторы бета-адренергических рецепторов (метопролол, бисопролол)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КЛАССЫ АГП

1. α- АБ
2. агонисты имидазолиновых рецепторов
3. прямые ингибиторы ренина

ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

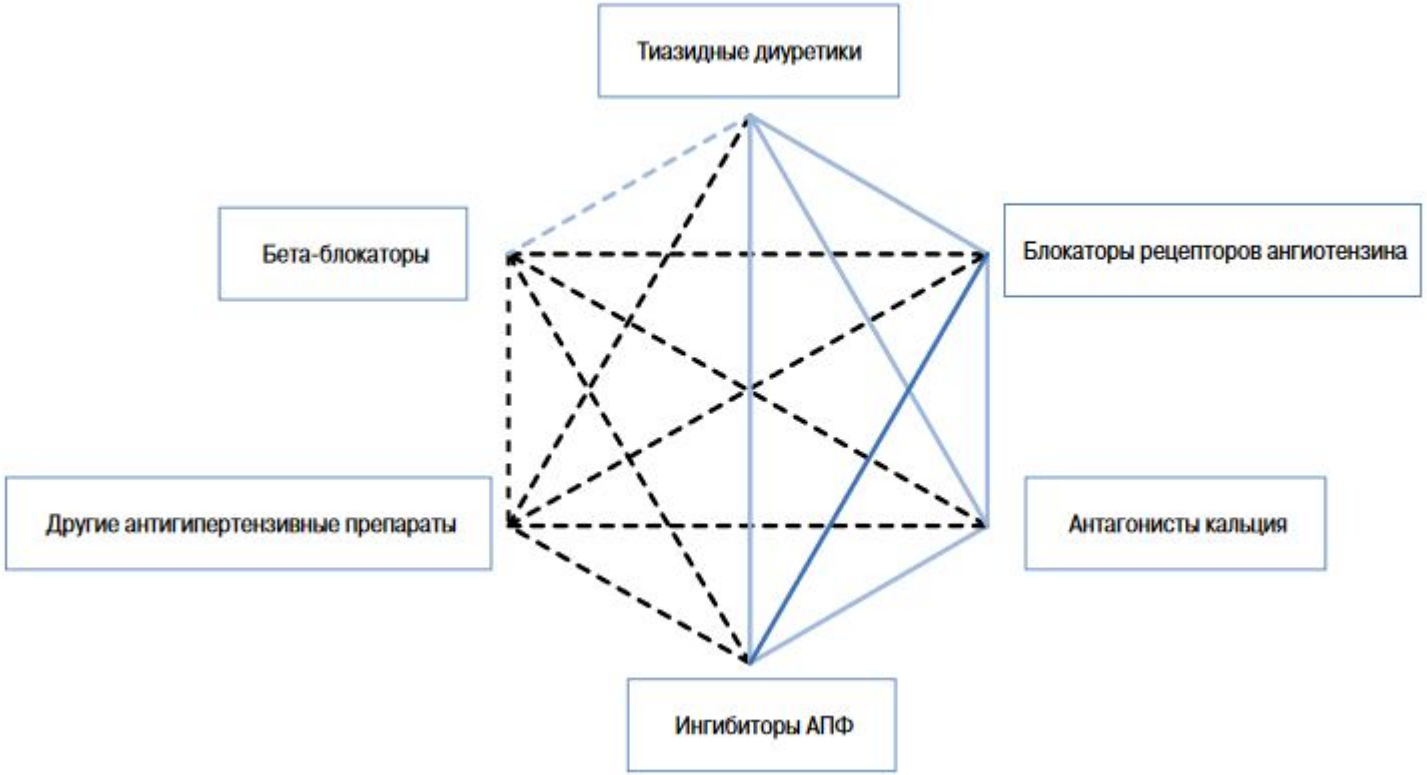
факторы, влияющие на выбор препарата

- наличие у больного ФР;
- ПОМ;
- ССЗ, поражения почек, МС, СД
- сопутствующие заболевания,
- предыдущие индивидуальные реакции больного;
- вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам;
- социально-экономические факторы

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕОК ПО АГ 2013, 2018 гг.

- ….**независимо от вида препарата, монотерапия может эффективно снизить АД лишь у ограниченного числа больных АГ, а большинству пациентов для достижения контроля АД требуется комбинация как минимум из двух препаратов**

КОМБИНАЦИИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ



ПОЧЕМУ НЕСКОЛЬКО АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СУБСТАНЦИЙ?

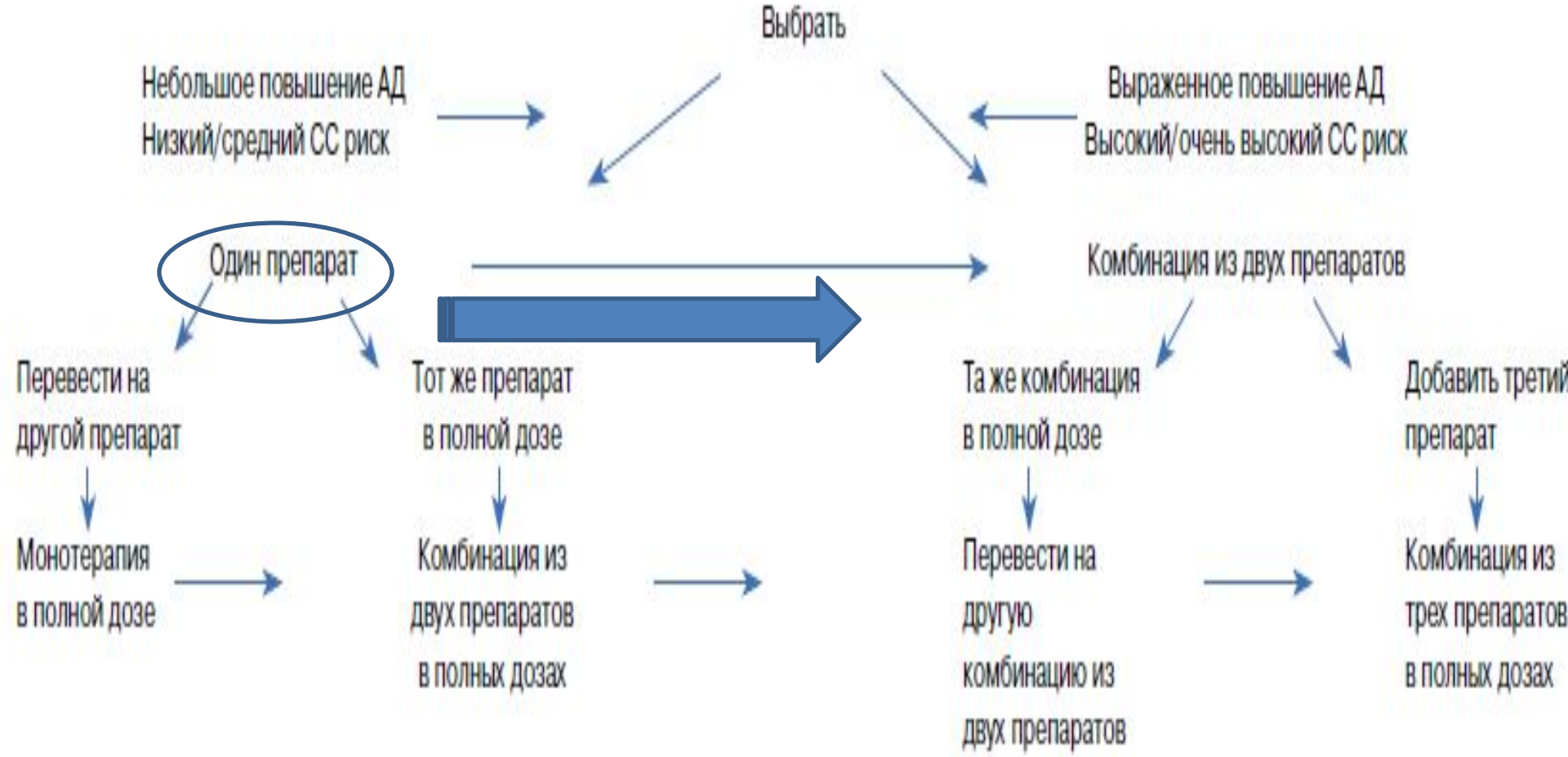
АГ у большинства пациентов связана с несколькими патофизиологическими механизмами

воздействие только на один механизм может не обеспечить контроля АД

компенсаторный ответ организма с активацией контррегуляторных путей при подавлении ведущего звена патогенеза может нивелировать гипотензивную эффективность правильно подобранного современного препарата

РУБРИКАТОР
клинических рекомендаций

Главная страница | Клинические рекомендации | Методические рекомендации | Алгоритмы дейст



• Российское медицинское общество по артериальной гипертонии

Целевые показатели артериального давления

Систолическое АД

- **всегда <140 мм.рт.ст.**
- **пожилой и старческий возраст**
  - исходно САД ≥160 мм.рт.ст. →140 – 150 мм рт. ст.
  -моложе 80 лет в удовлетворительном общем состоянии может быть целесообразно → <140 мм рт. ст.
  -старческий возраст с ослабленным состоянием здоровья – целевые значения САД выбирать по

Диастолическое АД

- **всегда** < 90 мм.рт.ст.,
- **кроме** СД<85 мм.рт.ст.
- **хотя** ДАД от 80 мм.рт.ст. безопасно и хорошо переносится

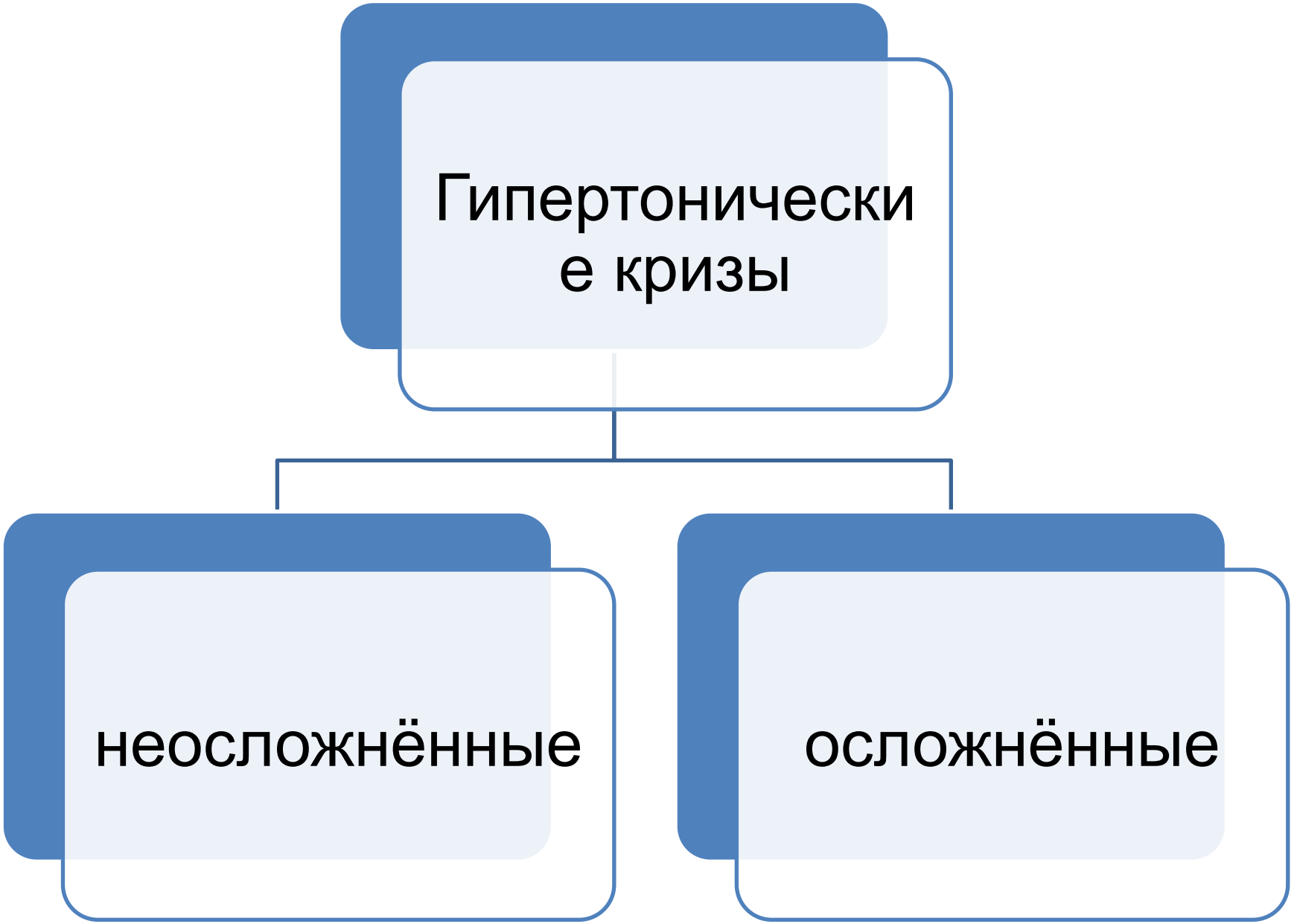
2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013 Jul;31(7):1281-357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней

В большинстве случаев ГК развивается при систолическом АД > 180 мм рт.ст. и/или диастолическом АД > 120 мм рт.ст., однако возможно его развитие и при менее выраженном повышении АД.


Гипертонически
е кризы
неосложнённые
осложнённые

НЕОСЛОЖНЁННЫЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

- не сопровождается клиническими проявлениями нарушений функции органов-мишеней (головной мозг, сердце, почки, сетчатка глаза)
- может быть купирован пероральным либо сублингвальным применением антигипертензивных препаратов амбулаторно.

НЕОСЛОЖНЁННЫЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

- Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24–48 часов) от начала терапии.
- Используют таблетированные препараты с относительно быстрым и коротким действием: каптоприл, нифедипин, пропранолол, клонидин.

ОСЛОЖНЁННЫЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

- **Осложнённым ГК считается при наличии:** гипертонической энцефалопатии; мозгового инсульта (МИ); ОКС; острой левожелудочковой недостаточности; расслаивающей аневризмы аорты; феохромоцитомы; преэклампсии или эклампсии беременных; тяжелой АГ, ассоциированной с субарахноидальным кровоизлиянием или травмой головного мозга; АГ у послеоперационных больных и при угрозе кровотечения; повышении АД на фоне приема амфетаминов, кокаина и т. д.
- **Осложненный гипертонический криз требует лечения в отделении неотложной кардиологии или палате интенсивной терапии**