

Симптоми і синдроми артеріальної гіпертензії:

- Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія, або гіпертонічна хвороба) - це підвищений артеріальний тиск при відсутності очевидної причини його підвищення.
- Вторинна гіпертензія (або симптоматична) - це гіпертензія, причина якої може бути виявлена (Рекомендації Українського Товариства Кардіологів, 2001 р.).

Визначення.

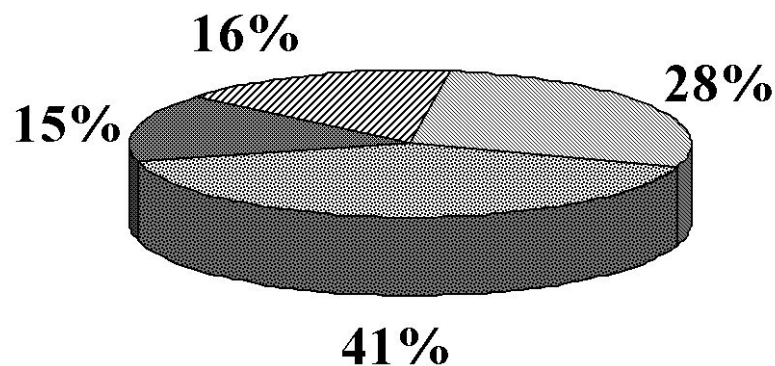
- Гіпертонічна хвороба (ГХ) - захворювання серцево-судинної системи, яке розвивається як наслідок первинної дисфункції вищих судиннорегулюючих центрів, нейрогуморальних та ниркових механізмів, характеризується підвищенням систолічного і (або) діастолічного АТ, а при виражених стадіях - органічними змінами серця, нирок та ЦНС.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

- ГХ – одне з найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи.
- ГХ хворіє 15 – 25 % всього населення + 15 % погранична гіпертензія.
- ГХ складає 80 – 95 % всіх артеріальних гіпертензій і лише 10 % складають симптоматичні АГ

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Поширеність основних серцево-судинних захворювань в Україні



▨ ЦВЗ - цереброваскулярні захворювання ▨ ІХС - ішемічна хвороба серця
▨ ГХ - гіпертонічна хвороба

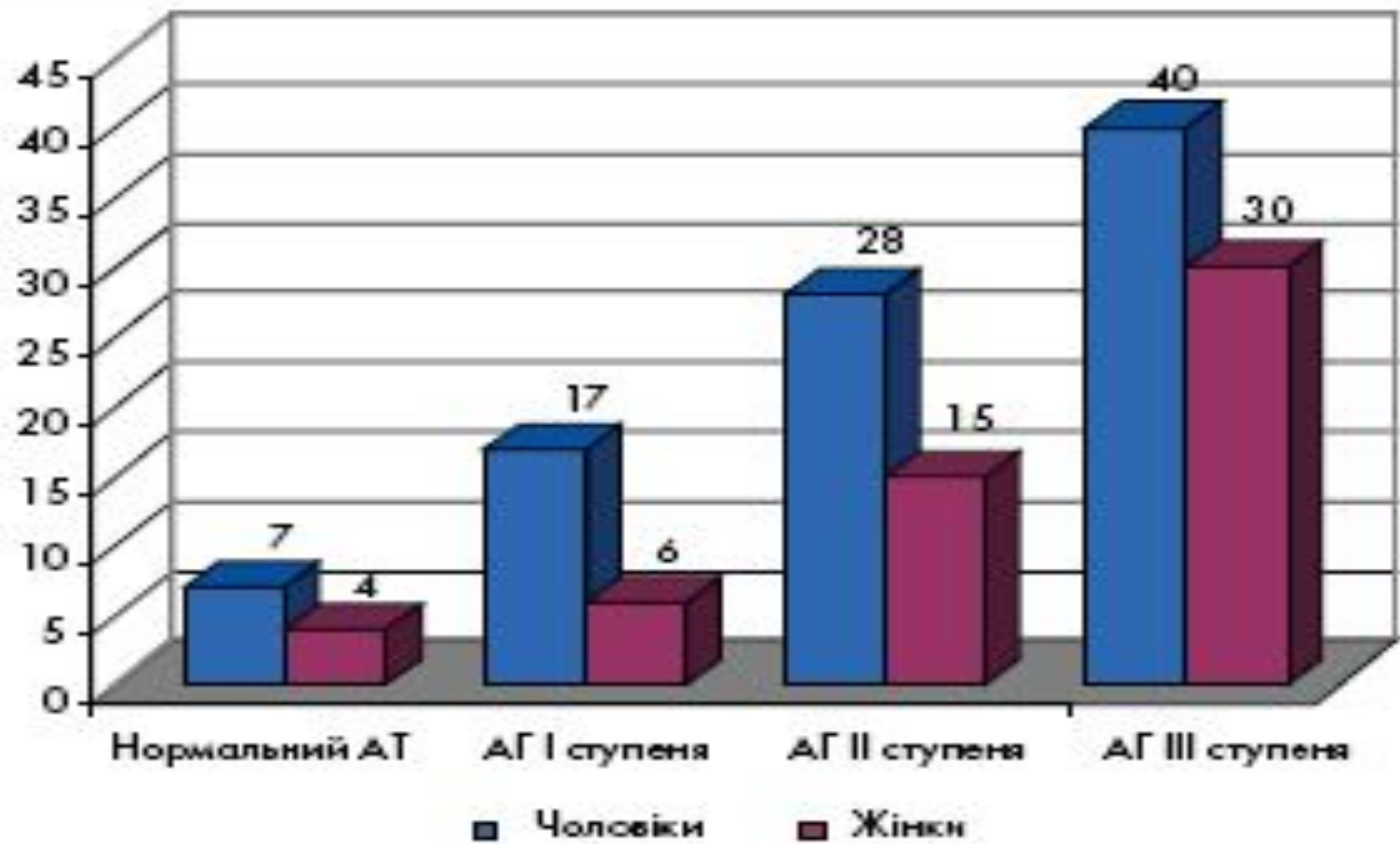


Рис. 2. Смертність від серцево-судинних захворювань залежно від рівня артеріального тиску (на 1000 ЧРС)

ФАКТОРИ РИЗИКУ

НЕМОДИФІКОВАНІ

- Спадковість
- Вік
- Стать

МОДИФІКОВАНІ

- Ожиріння та метаболічний синдром
- Вживання надлишку кухонної солі
- Психоемоційні перевантаження
- Вживання алкоголю
- Фізична активність

ПАТОГЕНЕЗ

- Пусковим фактором ГХ є гіперактивність нервових центрів регуляції АТ
- Гіперактивність цих центрів виражається в посиленні пресорного впливу через:
 - активацію САС;
 - - виділення вазопресину;
 - включення ренальних факторів: ренін-ангіотензин-альдостерон; простагландинів.

КЛАСИФІКАЦІЯ

● За рівнем АТ:

- норма: САТ < 130 і ДАТ < 90 мм рт.ст.
- погранична гіпертензія: САТ = 140-160 і ДАТ = 90-95 мм рт.ст.;
- артеріальна гіпертензія САТ > 160 і ДАТ > 95 мм рт.ст.

	Категорія	Систолічний тиск (мм рт. ст.)	Діастолічний тиск (мм рт. ст.)
	Оптимальний тиск	<120	<80
Пре гіперт ензія	Нормальний тиск	<130	<85
	Нормальний підвищений тиск	130-139	85-89
Гіпертензія	Гіпертензія I ст. (м'яка)	140-159	90-99
	Гіпертензія II ст. (помірна)	160-179	100-109
	Гіпертензія III ст. (виражена)	>180	>110
	Ізольована систолічна Гіпертензія	>140	<90

КЛАСИФІКАЦІЯ

- **В залежності від поразення окремих органів:**
 - I стадія (періодичне підвищення АТ без змін внутрішніх органів);
 - II стадія (стабільне підвищення АТ в поєднанні з гіпертрофією ЛШ, ангіоспазмом, транзиторною гіперкреатинемією);
 - III стадія (стабільне підвищення АТ, резистентна до терапії, наявність ускладнень зі сторони органів-мішеней)

КЛІНІКА

- Прояви ГХ залежать від:
- варіанту перебігу
- стадії розвитку;
- наявності різних типів ускладнень і кризів;
- патогенетичних варіантів (доброякісні та злоякісні).

Перша стадія

Скарги:

- можуть бути відсутні
- інколи турбують головні болі
- головокружіння
- шум у вухах
- Зниження працездатності
- кардіалгії

Стадія I	Об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней відсутні
Стадія II	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції. Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ехокардіографії, рентгенографії), або Генералізоване звуження артерій сітківки, або Мікроальбумінурія та/або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі (у чоловіків 115–133 мкмоль/л, у жінок 107–124 мкмоль/л) Ураження сонних артерій – потовщення інтимі-медії > 0,9 мм, або наявність атеросклеротичної бляшки
Стадія III	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней із симптомами з їх боку та порушенням функції
Серце	Інфаркт міокарда СН ІА–ІІ стадії
Мозок	Інсульт Транзиторна ішемічна атака Гостра гіпертензивна енцефалопатія Судинна деменція
Очне дно	Крововиливи та ексудати всітківці з набряком диску зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної фази АГ)
Нирки	Концентрація креатиніну в плазмі у чоловіків > 133 мкмоль/л, у жінок > 124 мкмоль/л
Судини	Розшарування аорти Оклюдивне ураження периферійних артерій

ДРУГА СТАДІЯ

СКАРГИ

- Головний біль
- Головокружіння
- Болі в ділянці серця
- Задишка при фізичному навантаженні
- Характерні гіпертонічні кризи

- **Об'єктивно:** почервоніння обличчя, пітливість, зниження толерантності до фізичного навантаження.
- **Пальпаторно :** P_s – напружений, частий. Верхівковий поштовх локалізований вліво від середньоключичної лінії в V міжребер'ї, посилений.
- **Перкуторно:** Розширення меж судинного пучка , зміщення лівої межі серця.
- **Аускультативно:** акцент II-тону над аортою, систолічний шум над верхівкою





Друга стадія

- Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції:
- Гіпертрофія лівого шлуночка/ за даними рентгенологічного обстеження, ЕКГ або ехокардіографії/.
- Генералізоване чи фокальне звуження судин сітківки.
- Мікроальбумінурія, білок у сечі та/ або незначне підвищення концентрації креатиніну в плазмі крові (до 177 мкм/л).

ТРЕТЯ СТАДІЯ

- Високе, стійке підвищення АТ
- Розвиток ускладнень:
 - Інфаркт міокарду
 - Серцева недостатність
 - Інсульт
 - Транзиторна ішемічна атака
 - Крововиливи в сітківку
 - Розшаровуюча аневризма аорти

ДІАГНОСТИКА ГХ

- **Обов'язковими дослідженнями у хворих з АГ є:**
 - загальний аналіз крові і сечі;
 - біохімічний аналіз крові;
 - аналіз сечі за А. Нечипоренко та С. Зимницьким;
 - ЕКГ, Ехо-КГ;
 - УЗД нирок;
 - Ро-графія органів грудної клітки;
 - дослідження очного дна.
- **Інші методи діагностики проводяться за показаннями**

ДІАГНОСТИКА ГХ

Загальноклінічні і біохімічні показники крові:

- в початковій стадії залишаються без змін;
- під час кризу – лейкоцитоз, дисгіперліпідемія, гіперкаліємія, збільшення креатиніну і сечовини (транзиторні)
- При ГХ III ст. зміни стабільні, наростає азотемія.

● **Дослідження сечі:**

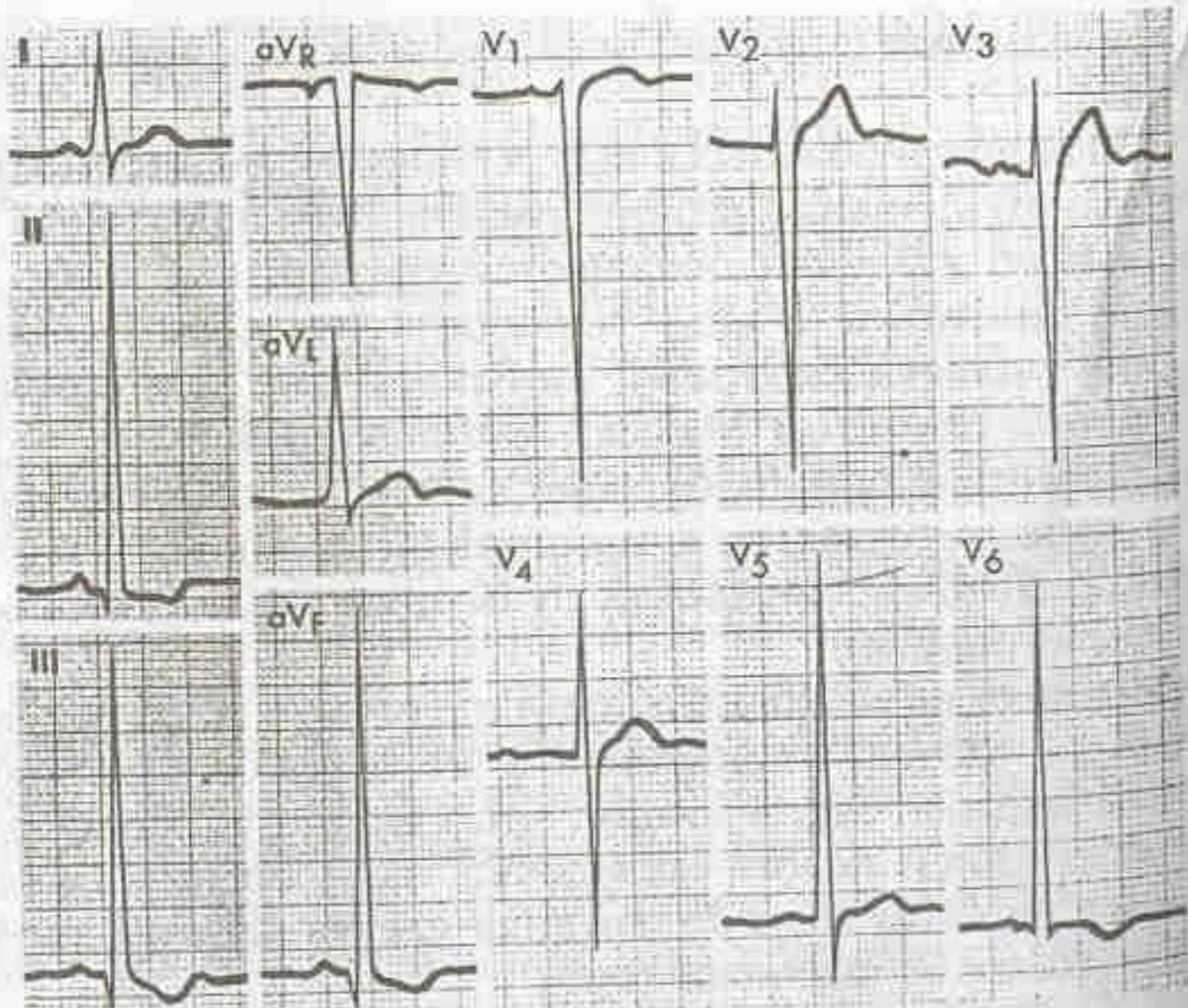
- загальний аналіз сечі (без змін);
 - ан. сечі за А.Нечипоренко
 - за С.Зимницьким
 - При ГХ II-III ст. – ізогіпостенурія, ніктурія
- **Обов'язково необхідно визначати кліренс за ендogenousним креатиніном**

ЕКГ ПРИ ГХ

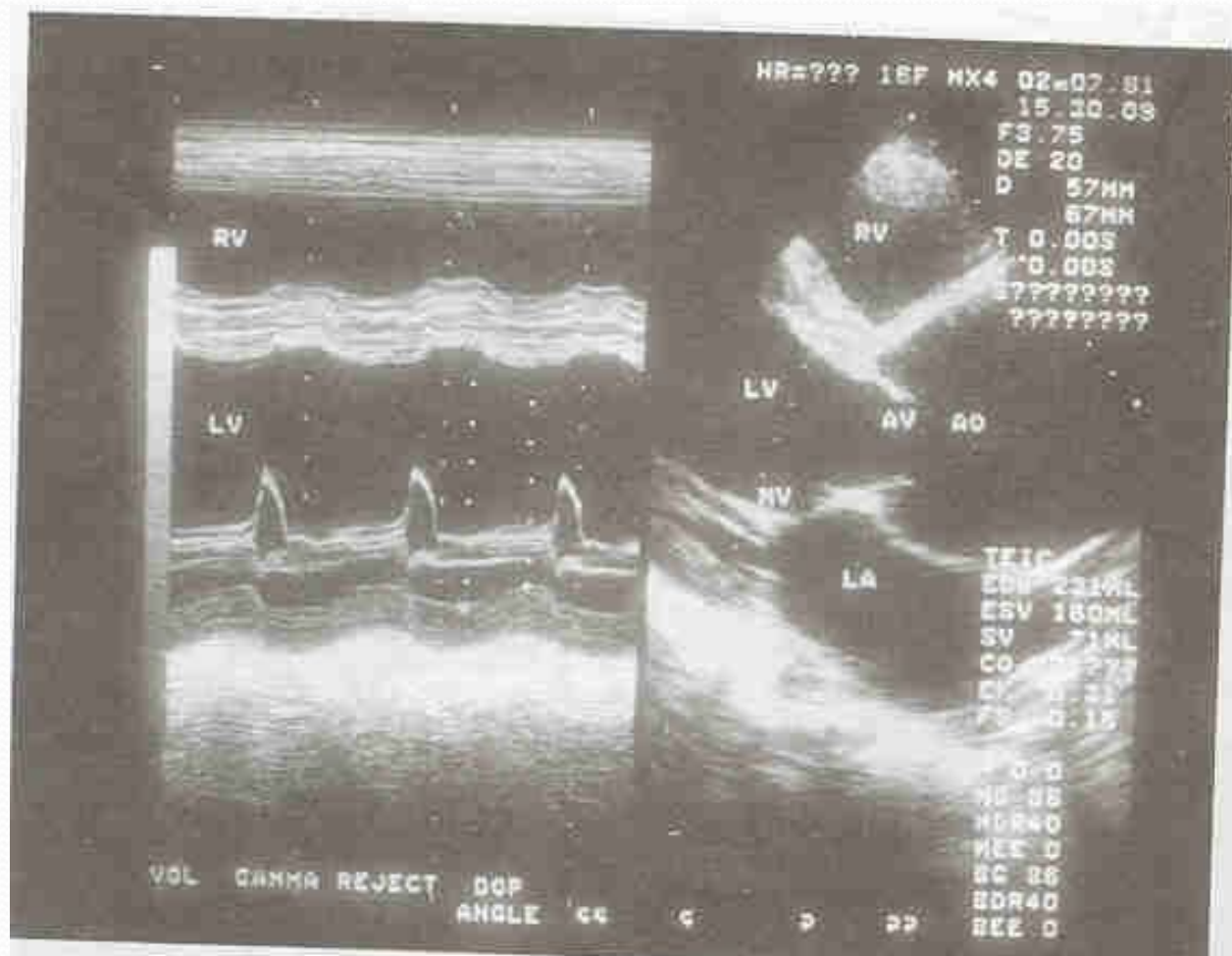
- I ст. – змін не має.
- II – III ст . – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, електрична вісь серця відхилена вліво,

$Rv_{5-6} > Rv_4$, коритоподібне зміщення ST,
двофазний T (+-)

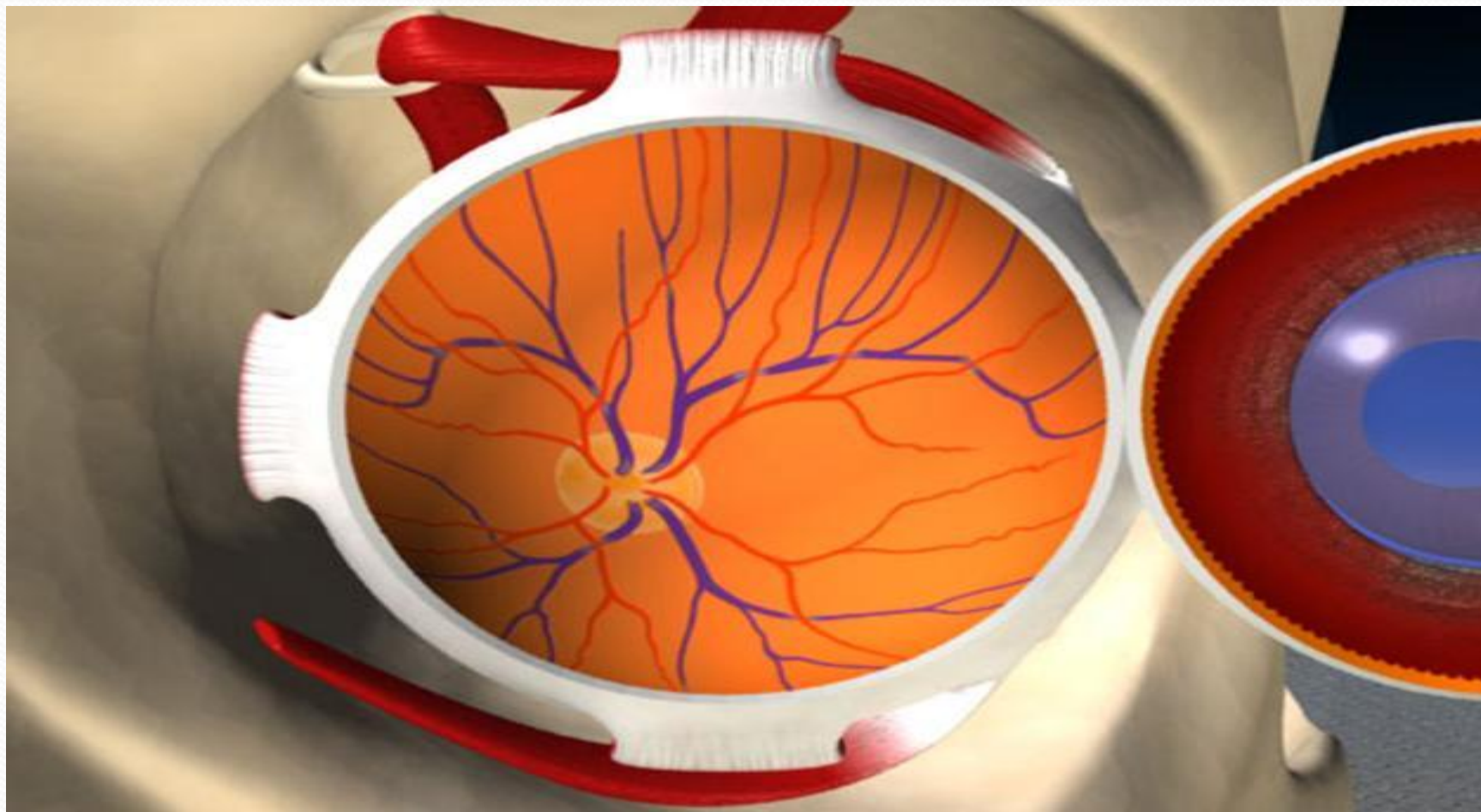
Збільшення амплітуди R в лівих відведеннях і S
- в правих.



ЕХО-КАРДІОСКОПІЯ



Дослідження очного дна



ГІПЕРТЕНЗИВНІ КРИЗИ (ГК)

- Виникають в 30 % випадків.
- Гіпертензивний криз – раптове підвищення АТ, що супроводжується поглибленням або виникненням нових ознак порушення мозкового або коронарного кровообігу з розвитком нейро-судинних і гуморальних змін і пов'язано із різким збудженням симпатико-адреналової системи.
- За В.Ф.Зелінським і А.Л.Мясниковим – “це квінтесенція, згусток гіпертонічної хвороби”.

УСКЛАДНЕННЯ ГХ

- Розвиваються при ГХ III ст.
- КАРДІАЛЬНІ:
 - гостра або хронічна серцева недостатність;
 - прискорений розвиток атеросклерозу вінцевих судин із симптомами стенокардії або інфаркту міокарда;
 - аритмії/блокади .
- АОРТАЛЬНІ:
 - атеросклероз;
 - розшаровуюча аневризма.

УСКЛАДНЕННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

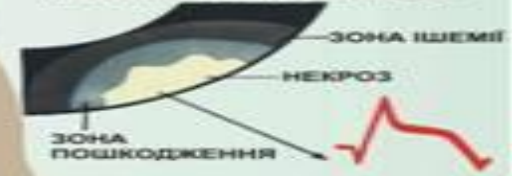
ІНСУЛЬТ



ЗАСТІЙ В ЛЕГЕНЯХ



ІНФАРКТ МІОКАРДА

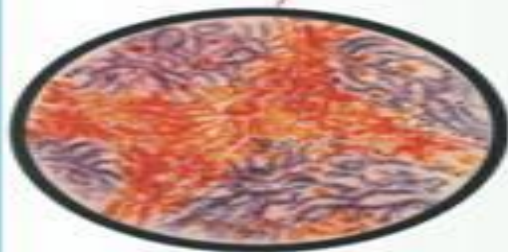


ЗОНА ІШЕМІЇ

НЕКРОЗ

ЗОНА ПОШКОДЖЕННЯ

СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ



ЗАСТІЙ У ПЕЧІНЦІ



НЕФРОСКЛЕРОЗ

НАБРЯКИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

● ЦЕРЕБРАЛЬНІ:

- прискорений розвиток атеросклерозу мозкових судин з розвитком недостатності мозкового кровообігу (енцефалопатії);
- динамічні і органічні порушення мозкового кровообігу

● ОЧНІ:

- крововиливи в сітківку з наступним її відшаруванням;
- зниження зору (набряк зорового нерва);
- амавроз.

ЛІКУВАННЯ

Немедикаментозні заходи:

- Дієта (обмеження кухонної солі до 4-6 г/добу, алкоголю, тваринних жирів).
- Зменшення маси тіла.
- Відмова від тютюнопаління.
- Динамічне фізичне навантаження.
- Фітотерапія, голкорексфлексотерапія, психотерапія, аутотренінг

Медикаментозні заходи:

- Діуретики:
- β -блокатори:
- Антагоністи кальцію:
- Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
- Блокатори рецепторів ангіотензину II
- Альфа1-адреноблокатори

ЗЛОЯКІСНИЙ ВАРІАНТ ГХ

- Розвивається в 3 % ГХ і в 25 % симптоматичних АГ.
- Стійке підвищення АТ до дуже високих цифр (не менше 220/130 – 260/160 мм рт. ст.).
- Швидке прогресування із раннім розвитком ускладнень.
- Стадійність протікання відсутня.

- На очному дні характерний набряк сітківки і дисків зорових нервів.
- Дуже швидко (на протязі 3 – 5 років від початку захворювання) розвивається хронічна ниркова недостатність.
- Не піддається медикаментозному лікуванню.

Симптоматична АГ:

- - вік молодше 20 р. або старше 60 р.;
- - гостро виникаюче і стійке підвищення АГ;
- - дуже високі показники АГ (> 220/120 мм рт. ст.);
- - злоякісне протікання АГ;
- - наявність симпато-адреналових кризів;
- - захворювання нирок в анамнезі;
- - розвиток АГ в період вагітності;
- - наявність змін в аналізі сечі.

Вторинна гіпертензія. Причини

- Ліки або екзогенні речовини:
- . Захворювання нирок
- Ендокринні захворювання
- Коарктація аорти та аортити
- Ускладнення вагітності
- Неврологічні захворювання
- Артеріальні гіпертензії, індуковані хірургічним втручанням

Диспансеризація.

- Періодичність оглядів при ГХ I ст. – 1 раз на рік; ГХ II ст. – двічі на рік. Контроль медикаментозного лікування в процесі підбору підтримуючої дози при ГХ I ст. – не рідше 1 разу в рік, при ГХ II-III ст. – кожні 2 тижні, а при стабілізації артеріального тиску – 1 раз в місяць перші 6 місяців, згодом – 1 раз в два місяці.

Лабораторні та інструментальні дослідження

- Ан.сечі загальний -2-4 рази
- Креатинін,холестерин, тригліцериди,-1 раз на рік.
- ЕКГ, ехокардіоскопія, рентгенографія – 1 раз на рік
- Інші дослідження - за показами

Лікувально-оздоровчі заходи

- Навчання навичкам здорового способу життя. Корекція факторів ризику, обмеження в їжі солі та насичених жирів. Психотерапія, фізіотерапія та ЛФК у відділенні відновного лікування.
- Трудові рекомендації.
- Медикаментозна профілактика та терапія (тіазидові діуретики, бетаблокатори, периферичні вазоділятатори та ін. гіпотензивні середники) за ступеневою схемою.
- Санаторно-курортне лікування. Оздоровлення в санаторії-профілакторії.

Критерії диспансеризації

- Покращення клінічних показників. Зниження тимчасової непрацездатності.
- В групі Д-III: зниження первинного виходу на інвалідність, зменшення кількості повторних мозкових інсультів, інфарктів міокарду, раптової коронарної смерті, збільшення числа осіб з контрольованим АТ (160/95 мм рт. ст. та нижче)

Профілактика.

- Первинна профілактика ГХ – пропаганда збереження здорового способу життя, боротьба з гіподинамією, психоемоційними стресами. Вторинна профілактика ГХ – тривала медикаментозна терапія в індивідуально підбраному режимі.

FORGIVE US OUR DEBTS AS WE FORGIVE OUR DEBTORS!