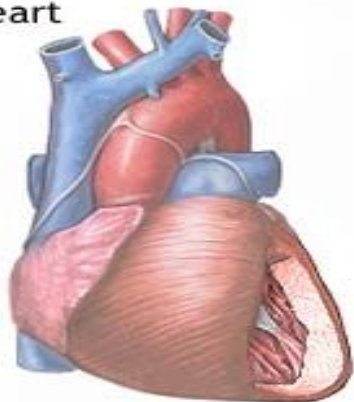


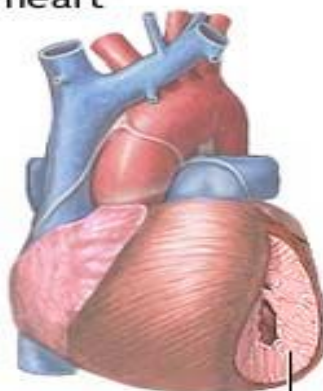
СӨЖ

Тақырыбы: Артериялық гипертензия

Normal heart



Hypertensive heart



Thickening in walls of ventricles

ADAM.

Алматы 2016

Орындаған: Мауленова А.С.

Факультет: ЖМ-терапия

Курс: 7

Топ: 701-2

Қабылдаған:

Жоспар:



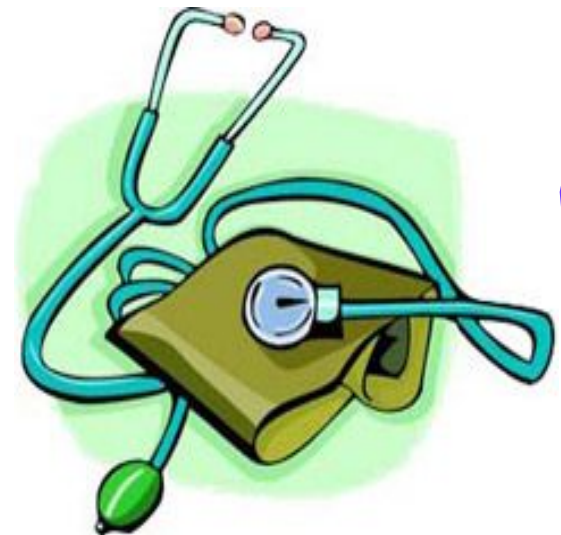
I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

- Артериалды гипертензия туралы түсінік
- АГ қауіп-қатерлі факторлар және қауіп дәрежелері
- Жіктелуі
- Симптоматикалық артериалдық гипертензия
- Жіктелуі
- Диагностикасы
- Емі
- Профилактикасы
- АГ скринингі алгоритмі

III. Қорытынды

IV. Қолданылған әдебиеттер



Артериялық гипертензия

Артериялық гипертония немесе артериялық гипертензия- артериялдық қысымның жоғарылауын білдіретін симптом. Артериялдық гипертензия гипертониялық аурудың және басқа да симптоматикалық артериялық гипертонияның негізгі белгісі болып табылады. Гипертониялық ауру (эссенциалды гипертензия) жүрек-қантамыр ауруларының ең жиі тараған түріне жатады. Гипертониялық ауру барлық артериялдық гипертониямен ауыратындардың 65-75%, симптоматикалық артериалдық гипертониямен ауыратындар - 25-35% құрайды.



АГ синдромының белгілері:

- Бастапқы кезеңдерінде науқастар еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне, жалпы әлсіздікке, жұмысқа ден қоя алмауына, ұйқысыздыққа, өтпелі бас ауруына, бас айналуға, құлақтың шуылдауына, бастағы ауырлық сезіміне, кейінірек физикалық жүктеме кезіндегі ендігуге, бас ауруы мен бас айнарудың тұрақты сипат табуына шағымданады.



Ағымының 4 нұсқасын ажыратады:



- 1 - қатерлі (тез өршитін);
- 2 - баяу өршитін;
- 3 - өршімейтін;
- 4 - қайтымды дамуымен;
- Қатерлі түрінде АҚ бастапқы кезден-ақ тез өршиді, АҚ өте жоғары сандарына жетеді (220/130-140 мм с.б.б. жоғары), көз түбінің торқабықтың және көру нервінің ісінуі ретінде зақымдалады, геморрагиялар болады; бүйрек тамырларындағы органикалық өзгерістер (фибриндік некроз) орны алуы да жиі кездесіп отырады. Сонымен қатар гипертониялық энцефалопатиялар, ми кәсіпшілігінің бұзылысы, жіті солқарыншалық және бүйректік жеткіліксіздік дамиды.



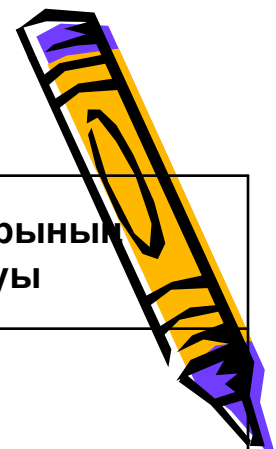
Гипертониялық криз

- Гипертониялық ауруға кезеңді түрде АҚ көтерілуі - гипертониялық криздер тән.
- Криздердің дамуына психикалық жарақаттар, жүйкелік қозу, атмосфералық қысымның ауытқуы әсер етеді.
- Гипертониялық криз әртүрлі ұзақтықтағы (бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін) АҚ кенеттен көтерілуімен байқалады, ол бастың бірден ауыруымен, бас айналумен, ыстық сезімінің болуымен, тершендікпен, жүрек қағуымен, жүрек тұсының шаншып ауруымен, кейде көрудің бұзылуымен, жүрек айнумен, құсумен сипатталады. Ауыр жағдайда криз кезінде естен тану да болуы мүмкін. Криз кезінде науқастар қозулы, қорыққан, немесе әлсіз, ұйқышыл, тежелген күйде болады. АҚ кенет жоғарылайды. Пульсі жиіленген, бірақ өзгермеуі немесе баяулауы да мүмкін, оның кернеулігі жоғарылайды. Кеш сатыларында, яғни ауруда органикалық бұзылыстар пайда болғанда, криз уақытында ми қанайналымының бұзылуы, миокард инфаркті, жіті солқарыншалық жеткіліксіздік дамиды.

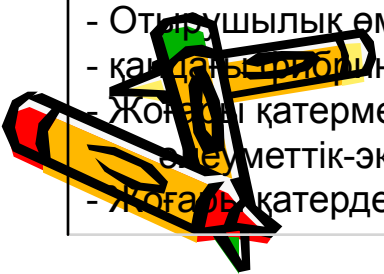


ҚҚ кластары	Систолалық ҚҚ	Диастолалық ҚҚ
Қалыпты қан қысымы		
Оптимальды	< 120	< 80
Қалыпты	120 - 129	80 - 84
Жоғары қалыпты	130 - 139	85 - 89
Артериалды гипертензия		
Гипертонияның I дәрежесі (жеңіл)	140 - 159	90 - 99
Гипертонияның II дәрежесі (орташа)	160 - 179	100 - 109
Гипертонияның III дәрежесі (ауыр)	> 180	> 110

ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР АГ стратификациясының критерилері



Жүрекқантамыр Ауруларының қауіп-қатер факторлары	Нысана ағзаларының Зақымдалуы
<p>1. Қатерді стратификациялау үшін пайдаланылатын:</p> <ul style="list-style-type: none">- САҚ мен ДАҚ шамасы (1-3 дәреже);- жасы;- ерлер > 55 лет;- әйелдер > 65 лет;- Темекі тарту;- Қандағы жалпы холестерин деңгейі > 6,5 ммоль/л;- қантты диабет;- Жүрек қантамыр аурулары ерте дамуының отбасылық жағдайлары. <p>2. Болжамға теріс әсер ететін басқа факторлар *:</p> <ul style="list-style-type: none">- ЛПВП холестеринінің төмендеген деңгейі;- ЛПНП холестеринінің артқан деңгейі;- қантты диабет кезіндегі микроальбуминурия (30-300 мг/тәулігіне);- Глюкозаға толеранттықтың бұзылуы;- семіздік;- Оттықшылық өмір салты;- қан қысымы реноген деңгейінің артуы;- Жоғары қатермен өмір сүретін әлеуметтік-экономикалық топтар;- Жоғары қатердегі географиялық аудандар.	<ul style="list-style-type: none">- Сол жақ қарынша гипертрофиясы (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография);- протеинурия және /немесе плазма креатининінің Аздап артуы (106 – 177 мкмоль/л);- ұйқы, мықын және сан күре тамырлары, қолқаның атеросклеротикалық зақымдануының ультрадыбыстық немесе рентгенологиялық белгілері;- Көздің тор қабығы күре тамырларының жайылмалы немесе ошақтық тарылуы.



АГ қауіп дәрежесі:

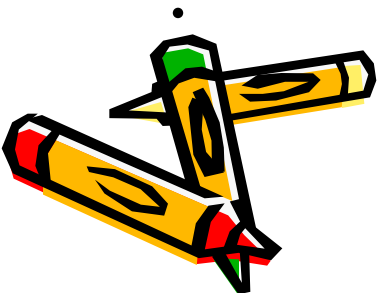


- Төменгі қатер тобы (1 қатер). Бұл топқа АГ 1 дәрежесі мен басқа қатер факторлары, ағза нысана зақымдалуы және жүрек-қантамыр ауруларының қосарлануы жоқ 55 жастан жас ерлер мен әйелдер кіреді. Жүрек қантамыр асқынуларының (инсульт, инфаркт) даму қаупі алдағы 10 жылда 15% төменді құрайды.
- Орташа қатер тобы (2 қатер). Бұл топқа 1 немесе 2 дәрежедегі АГ емделушілер кіреді. Бұл топқа кірудің негізгі белгілері болып ағза нысана зақымдалуы және жүрек-қантамыр ауруларымен қосарлануы жоқ, 1-2 басқа факторлардың болуы табылады. Жүрек қантамыр асқынуларының (инсульт, инфаркт) даму қаупі алдағы 10 жылда 15-20% құрайды.

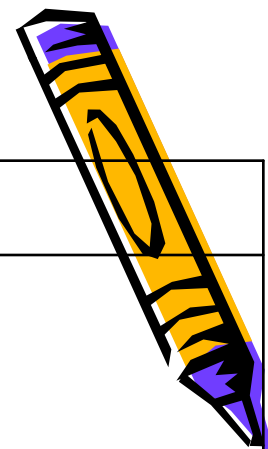




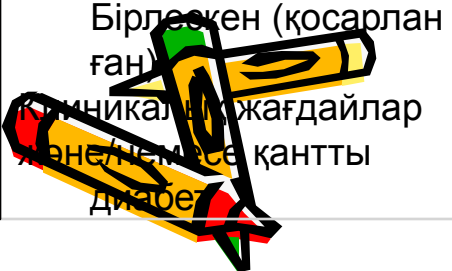
- Жоғары қатер тобы (3 қатер). Бұл топқа 3 немесе одан көп басқа қауіп-қатер факторлары бар немесе ағза нысандардың зақымдануы бар, 1 немесе 2 дәрежелі АГ емделушілер жатады. Осы топқа 3 дәрежелі АГ науқастар кіреді, ағза нысаналардың зақымдануынсыз, қосарлы ауруларсыз және қантты диабетсіз. Жүрек қантамыр асқынуларының даму қаупі алдағы 10 жылда 20 дан 30% ке дейін.
- Өте жоғары қауіптегі топ (4 қатер). Бұл топқа АГ кез келген дәрежесі мен емделушілер жатады, қосарланған аурулары бар, сонымен қатар 3 дәрежелі АГ емделушілер, қосарланған аурулар болмаған жағдайда да басқа қауіп қатер факторларымен және/немесе ағза нысана және/немесе қантты диабетпен науқастар кіреді. Жүрек қантамыр асқынуларының даму қаупі алдағы 10 жылда 30% жоғары.



АГ науқастарды болжауды бағалау үшін қатерді стратификациялау



Басқа қатер факторлары* (АГ басқа), нысана ағзаларын зақымдау, бірлескен аурулар	Артериалдық қысым, мм.с.б..		
	1 дәреже САҚ 140-159 ДАҚ 90-99	2 дәреже САҚ 160-179 ДАҚ 100-109	3 дәреже САҚ >180 ДАҚ >110
I. Қатер, нысана ағзаларын зақымдау, бірлескен аурулар	Төмен қатер	Орташа қатер	Жоғары қатер
II. 1-2 қатер факторлары	Орташа қатер	Орташа қатер	Өте жоғары қатер
III. 3 және одан көп қатер факторлары және/немесе нысана ағзаларын зақымдау	Жоғары қатер	Жоғары қатер	Өте жоғары қатер
IV. Бірлескен (қосарланған) клиникалық жағдайлар және/немесе қантты диабет	Өте жоғары қатер	Өте жоғары қатер	Өте жоғары қатер



Жіктелуі (М.Я.Студеникин)

Гипертониялық тип
бойынша қантамырлық
вегетодистония

Симптоматикалық
(екіншілік) гипертония

Гипертониялық ауру

Артериялық гипертензия

Эссенциальді
(біріншілік)

Симптоматикалық
(екіншілік)

10%

90%



Симптоматикалық артериалдық гипертензияларды
5 топқа жіктейді. Симптоматикалық артериалдық
гипертензиялардың жіктелуі (екіншілік
гипертензиялар):



I). Бүйректік гипертониялар:

- 1. Туа пайда болған ақаулар - гипоплазия, гидронефроз, поликистоз, патологиялық қозғалмалы бүйрек; артерияның атрезиясы мен гипоплазиясы, аневризмалар, артериовеноздыфистулалар.
- 2. Жүре пайда болған ақаулар - диффузды гломерулонефрит, созылмалы пиелонефрит, амилоидоз, диабеттік гломерулосклероз, жүйелі васкулиттер (түйінді периартериит, қызылжегі, склеродермия), бүйректеринфаркті, туберкулезі, ісігі.
- 3. Жүре пайда болған магистралды бүйрек артерияларының ақаулары - атеросклероз, тромбоз, кальциноз, эмболиялар, аневризмалар, фибромускулярлы дисплазия, аортоартериит, эндоартериит, тыртықтар, гематомалар, неоплазмалар, жаншылып жатқан магистралдыбүйрек артериялары, бүйрек көктамырларының стеноздары және тромбоздары.



- **II). Жүрек және ірі артериялардың зақымдалуы мен жүретін гипертониялар** - қолқа коарктациясы, атеросклерозы, ұиқы және мықын артерияларының стенозирдаушы зақымдалулары, қолқа қақпақтарының жеткіліксіздігі, толық атриовентрикулярлы бөгеме.
- **III). Эндокринді гипертониялар** - феохромоцитома, біріншілік альдостерома, кортикостерома, тиреотоксикоз, Иценко-Кушинг ауруы.
- **IV). Орталық гипертониялар** - энцефалит, полиомиелит, ісіктер, жарақаттар.
- **V). Қосарланған зақымдалулардағы гипертония** - бүйрек артерияларының, бүйрек паренхимасының және оның магистралды артерияларының, бүйрек үсті безі мен бүйректің, бүйректің әр түрлі паренхиматозды ауруларында.



АІ синдромының диагностикасы:



- 1. Отырған, жатқан қалпында АҚ 2-3-рет өлшеу;
- 2. Бойының ұзындығын, денесалмағын, бел мен мықын айнала шеңберін өлшеу, бел/мықын өлшемдерінің қатынасын есептеу;
- 3. Гипертониялық ретинопатияның дәрежесін анықтау үшін көз түбін тексеру;
- 4. Жүрек-қантамыр жүйесін тексеру: жүрек көлемін, тондардың өзгеруін, шулардың болуын; жүрек жеткіліксіздігі белгілерін; ұйқы, бүйрек және шеткері артерияларының патологияларын, қолқа коарктациясын;
- 5. Құрсақ қуысын тексеру (тамырлық шулар, бүйректердің ұлғаюы, қолқаның патологиялық пульсациясы);
- 6. Шеткері артериялардың пульсациясын және аяқтардағы ісіктерді анықтау;
- 7. Цереброваскулярлы патологияны анықтау үшін жүйке жүйесін тексеру.
- Міндетті зерттеулер, емнің алдында нысана ағзалардың зақымдалуы мен қауіп факторларын анықтау қажет: - несеп анализі; - жалпы қан анализі лейкоформуласы мен; - қан анализі (калий, натрий, креатинин, глюкоза, жалпы холестерин және жоғары тығыздықтағы липопротеидтер); - 12 тіркемедегі ЭКГ.



Қосымша диагностикалық шаралар тізімі

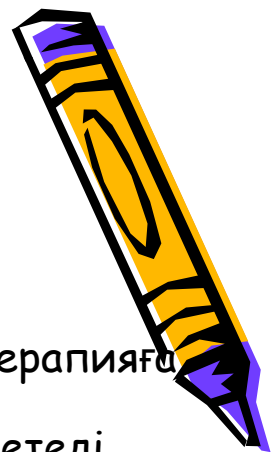


- **Инструменталдық зерттеулер:** эхокардиография, ұйқы және сан артериясын УДЗ, бүйректі УДЗ, бүйректік қантамырлардың доплер - УДЗ, бүйрек үсті безін УДЗ, радиоизотоптық ренография, сандық әдіс пен қандағы С - реактивті ақуыз, тест - жолақтарымен микроальбуминурия (қантты диабет кезінде міндетті), сандық протеинурия, Нечипоренко және Зимницкий бойынша зәр анализі, Реберг сыналасы.
- **Лабораторлық зерттеулер:** гемоглобин, эритроциттер, аш қарынға қан глюкозасы, жалпы холестерин, холестерин ЛПВП, аш қарынға триглицеридтер, зәр қышқылы, креатинин, калий, натрий, зәрдің жалпы анализі.

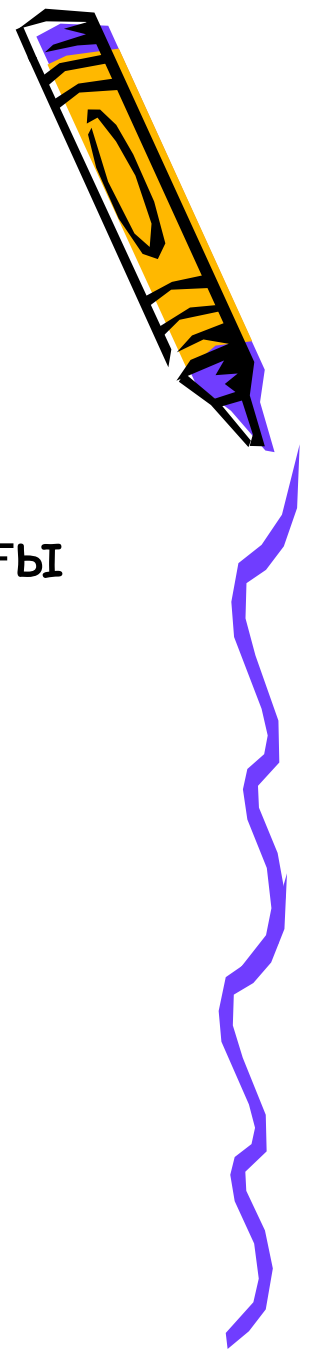


Емдеу тактикасы

- **Дәрі-дәрмексіз ем** - емделушінің өмір салтын өзгерту:
- 1. Дәрі дәрмексіз ем АГ барлық науқастарға ұсынылуы қажет, дәрілік терапияға зәрулерді қоса.
- 2. Дәрі дәрмексіз терапия дәрі дәрмектік терапияға қажеттілікті төмендетеді және гипотензивтік препараттар тиімділігін арттырады.
- 3. Өмір салтын өзгерту бойынша шараларды АГ барлық емделушілерге, сонымен қатар АҚ «қалып шеңберінде артқан» науқасатрға ұсыну қажет (130-139/85-89 мм.с.б.).
- 4. Темекі тартатын емделушілерге оны тастауды ұсыныңыз.
- 5. Алкоголь пайдаланатын емделушілерге, оны ерлер үшін 20-30 г этанол/тәулігіне көп емес, әйелдер үшін 10-20 г этанол/тәулігіне көп емес шектеу ұсынылады.
- 6. Дене салмағы жоғары емделушілерге (ДСЖ 25,0 кг/м²) салмақты төмендетуді ұсыну қажет.
- 7. Тұрақты жаттығулар көмегімен физикалық белсенділікті арттыру қажет.
- 8. Ас тұзын пайдалануды тәулігіне 5-6 г аз мөлшерге дейін немесе натрийді тәулігіне 2,4 г деңгейге дейін азайту қажет.
- 9. Жеміс пен жидектерді пайдалануды арттыру қажет, ал құрамында қаныққан май қышқылдары бар өнімдерді шектеген жөн.
- 10. АҚ төмендету үшін зат ретінде таблеткадағы кальций, магний немесе калий препараттарын пайдалануды нұсқамаңыз.



Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі

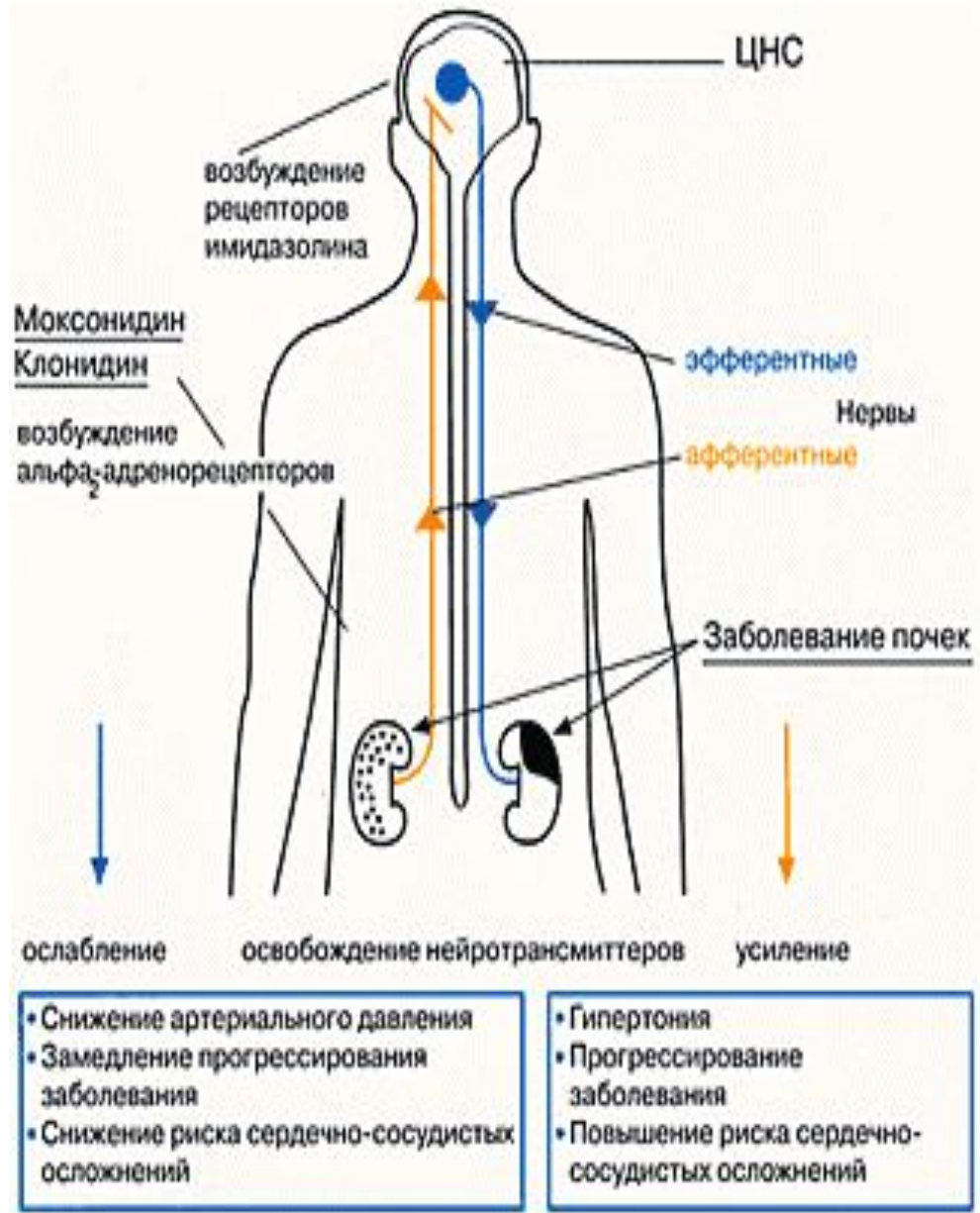


- 1. Гидрохлортиазид табл, 12,5-25 мг.
- 2. Индапамид табл, 2,5 мг.
- 3. Метопролол табл, 50-200мг\тәулігіне.
- 4. Эналаприл табл, 2,5 мг, 10 мг; ампуладағы ерітінді 1,25 мг/1 мл.
- 5. Лизиноприлтабл, 5-40 мг.
- 6. Периндоприл 2-8 мг.
- 7. Эпросартантабл, 300-600 мг\тәулігіне.
- 8. Амлодипинтабл, 5 мг, 10 мг.
- 9. Верапамилтабл, 240-480 мг.
- 10. Доксазозинтабл, 1-16 мг.
- 11. Моксонидинтабл, 02-0,4 мг\тәулігіне.





ADAM.



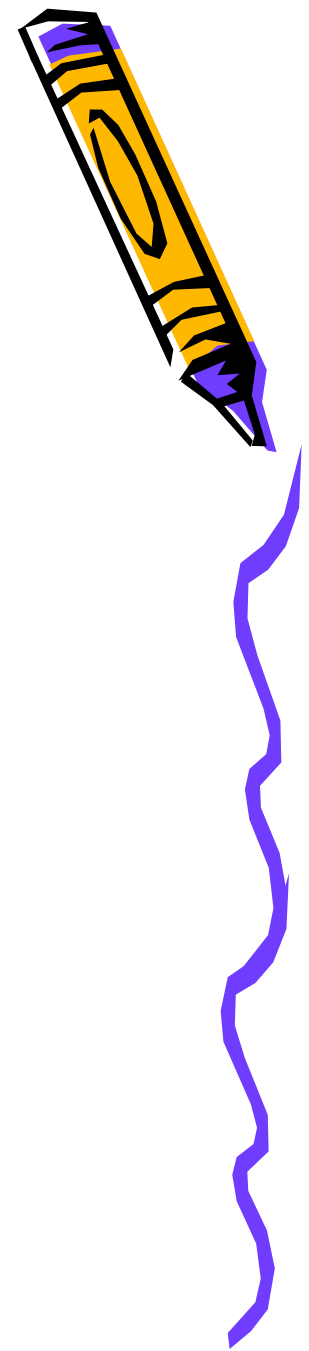
Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі



- 1. Ацетилсалицил қышқылы табл, 75 мг\тәулігіне.
- 2. Аторвастатин табл, 10-80 мг.
- 3. Симвастатин табл, 5-80 мг.
- 4. Ловастатин табл, 10-40 мг.



Госпитализациялау



- Жоспарлы госпитализациялау алдындағы тексерулердің қажетті көлемі:
 - 1. АҚ өлшеу.
 - 2. Электрокардиограмма.
 - 3. Қанның жалпы анализ.
 - 4. Зәрдің жалпы анализі.
 - 5. Кардиолог консультациясы.
 - 6. Кеуде клеткасының флюорографиясы.
 - 7. Глист жұмыртқаларына нәжіс.



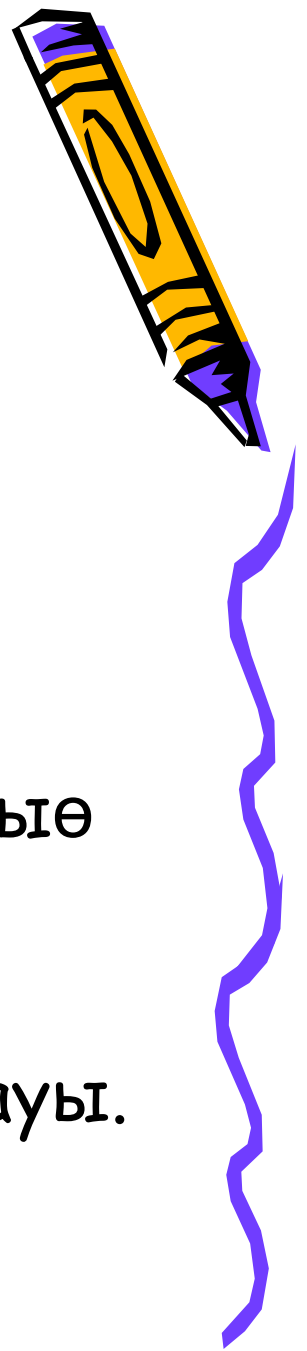
Госпитализациялау үшін көрсетімдер:



- - асқынған гипертониялық криз;
- - белсенді емдеу фонында криз себептері мен дәрі дәрмектік емді таңдау үшін, асқынбаған гипертониялық криздің жиілеуі;
- - артериалдық гипертония фонында ми қанайналымының бұзылуы (инсульт, транзиторлық ишемиялық шабуыл);
- - комбинациялы көп компонентті терапия фонында АҚ төмендеуінің болмауы;
- - АҚ жүкті әйелдерде 150/100 с.б. жоғары;
- - Жұмысқа қабілетті науқасты бағалау қажеттілігі мен симптоматикалық гипертонияны алып тастау.



Профилактикасы



- **Біріншілік профилактика:** салауатты өмір салтын жүргізу, АГ туындауына алып келетін ауруларды дер кезінде анықтау және емдеу.
- **Профилактикалық шаралар:** салауатты өмір салтын сақтау.
- **Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері:** үнемі кардиолог бақылауы.



Қорытынды

- Артериялық гипертензия профилактикасы популяциялық және жанұялық деңгейде жүргізіледі. Балалар мен жасөспірімдердің салауатты өмір салтын қалыптастыру, қауіп қатер факторын анықтап, жою, жанұяда жанға жайлы психологиялық атмосфераны қалыптастыру. Еңбек және демалыстың дұрыс режимін сақтау, адекватты физикалық жүктеме.
- Баланы әрбір қарау барысында артериялық қан қысымын өлшеп тұрған жөн.
- Артериалдық гипотензияның Қазақстанда мектеп жасындағы балалар арасында таралу жиілігі 3.3%. Статистика бойынша артериалды гипотензия жиілігі кейінгі жылдарда жиілей түсті. Ересек адамдар арасындағы гипотензиялар мен олардың асқынулары бала кезінен басталатын артериалды гипотензияның салдары екені анық болды.



Пайдаланылган әдебиеттер:

- 1. Артериальная гипертония. Седьмой доклад Объединенной комиссии по выявлению и лечению артериальной гипертонии при поддержке национального института патологии сердца, легких и крови. 2003.
- 2. Европейское общество по артериальной гипертензии Европейское общество кардиологов 2003. рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. J.hypertension 2003;21:1011-53
- 3. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н. Денисов, Ю.Л. Шевченко. М. 2004.
- 4. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 7.
- 5. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики и диф. Диагностики, профилактики. Клиники и лечения.
- 6. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 6. Москва, 2005.

