

А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ – Түрік университеті

Шымкент медициналық институты

Анестезиология және реанимация кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Гипертониялық криз кезіндегі дифференциалдық интенсивті терапия.

Орындаған: Джунусов С.У

ТҚ 601 топ

Тексерген: Жамбаева.Н.Д

Себептері

- Негізгі себебі артериальды гипертония.
- Антигипертензивті препараттарды қабылдауды бірден тоқтатқанда.
- Симпатомиметикалық дәрілерді қабылдағанда кокаин
- Симптоматикалық артериальды гипертензия
- Реноваскулярлы артериальды гипертензия
- Эклампсия
- Жедел гломерулонефрит
- Феохромоцитома
- ОЖЖ жарақаты
- Дәнекер тіннің диффузды аурулары, бүйректің зақымдалуымен;
- Ситуационды ГК(стресс индуцированные) физикалық және ойлау қабілетінің күштемесінде.
- Ятрогенді ГК дәрілік препараттарды дұрыс қабылдамағанда (шамадан тыс қабылдау)
- Эндокринді аурулар (синдром Кушинга, гипертиреоз)
- Ренин продуцирующие опухоли
- Қолқа коарктациясы
-

Гипертониялық криз

- **Гипертониялық криз** АҚ кенеттен жоғары көтерілуі, субъективті және объективті церебральді, жүрек-тамырлы және жалпы вегетативті бұзылыстармен көрініс беретін клиникалық синдром
- ГК тек артериялық гипертониямен емес, симптомдық гипертониямен сырқаттанатын науқастарда да дами береді. Гипертониялық криздер АҚ 160/95 мм с.б көтерілгенде де дамуы мүмкін, бірақ көбіне криз кезінде САҚ 190-270, ал ДАҚ 120-160 мм с.б дейін биіктейді. Негізінде криздің ауырлығы қысымының биіктеу деңгейіне емес, ми мен жүрек жағынан болатын бұзылыстардың ауырлығына тәуелді.
- *Криздің дамуына түрткі болатын себептер*
- Психикалық, эмоциялық стрестер, күйзелістер
- Сұйықтықты, тұзды тағамдарды мөлшерінен асыра ішу
- Физикалық күштеме
- Вертебробазиллярлық бассейнде қан ағымының жетіспеушілігіне әкелетін бас миының ишемиялық эпизодтары. Оның бір себебі – түнгі ұйқы кезінде бастың ыңғайсыз жағдайы, осыдан болатын ГК таңертенгі уақыттарда байқалады.
- Инфекциялық ауруларға шалдығу

Патогенез

Тамырлық- жалпы перифериялық қарсыласудың жоғарлауының нәтижесінде вазомоторлы (нейрогуморальды әсер) және базальды натрийдың ұсталуы артериолалар тонусының жоғарлауына әкеледі артериолалардың вазомоторлы және базальді тонусының нәтижесінде жалпы перифериялық қарсы тұрудың жоғарлауы;

Кардиальды – жүрек лақтырысының жоғарлауының нәтижесінде миокардтың жиырылғыштығы, жүректің жиырылу жиілігі, циркуляциялық қан көлемінің жоғарлауына әкеледі.

Көлемдік- тамыр ішілік сұйықтық көлемінің ұлғаюына әкеледі.

Криздің дамуының негізгі механизмдері

- Симпатоадреналды жүйесінің аса белсенділенуі
- Организмде натрий иондары мен судың тез немесе біртіндеп жиналған іркілісі
- Артерия мен артериолалардың тегіс салалы бұлшықет жасушаларында кальцийлік механизмнің активациясы
- Ренин – ангиотензин II-альдостерон жүйесінің белсенділенуі

Классификация

Патогенезіне байланысты

- Адrenalьды
- Ноадrenalьды

Нысана мүшелердің зақымдануына байланысты

- I. Асқынған
- II. Асқынбаған

III. А.Л.Мясников клиникалық дамуына байланысты

- Гипертониялық криз I тип
- Гипертониялық криз II тип

2. Кушаковский М.С.

- I нейровегетативті синдром
- II –су тұз алмасуы синдромында
- II – гипертензивті энцефалопатия, «судорожная форма»

3. Голикова А.П. и Эстрина В.А.

Гемодинамика типіне байланысты

- 1. с гиперкинетикалық
- 2. с эукинетикалық
- 3. с гипокинетикалық

4. Классификация ВОЗ

- 1. Критикалық гипертония
- 2. Тұрақты гипертония
- **Клиникалық көріністеріне байланысты**

1. Кардиальды
2. Церебральды

ГК

Наличие осложнений

- осложненный
- неосложненный

В зависимости от поражения органов-мишеней (АНА/АСС)

- hypertensive emergency
- hypertensive urgency

Тип гемодинамики

- Гиперкинетический
- Гипокинетический
- Эукинетический

Патогенез (Н.А.Ратнер)

- Адреналовый
- Норадреналовый

Развитие клиники (А.Л. Мясников)

- 1 тип
- 2 тип

Клинические проявления (А.П.Голиков)

- кардиальный
- церебральный

Клинические проявления (М.С.Кушаковский)

- Нейровегетативный
- Водно-солевой
- С гипертензивной энцефалопатией (судорожный)

Клинические проявления (Е.В.Эрина)

- С преобладанием дизэнцефально-вегетативного синдрома
- С выраженными церебральными ангиодистоническими и/или кардиальными расстройствами

- **1 тип** – асқынған, адренальды, гиперкинетикалық, нейровегетативті формасы.
- **2 тип** – асқынбаған, ноадренальды, гипокинетикалық, су тұз алмасуы формасы, судорожная гипертензивті энцефалопатия.

I типті ГК тән

- Дамуы тез
- Ұзақтығы бірнеше минуттан 3-4 сағатқа дейін.
- **Вегетативті симптом** : бас ауру, қозғыштық, жүрек қағу, дірілдеу, пульсация бүкіл денеде , , терлегіштік, аяқ қол ұштарының мұздауы , аузының құрғауы, криз сонында көп мөлшерде зәр шығару..
- САҚ жоғарлауы , пульстік АД жоғарлауы, учащенный пульс, жүрек тоны қатты қолқа үстінен 2 тон акценті.

• **Криз 1-** АҚ жедел төмендету жағдайында, (1 сағат көлемінде):

- Гипертоникалық энцефалопатия;
- Жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік;
- Жедел аортаның сыдырылуы;
- Эклампсия;
- посткоронарлы артериалды айналмалы анастомоз;
- Феохромоцитома
- Миға қан құйылу кезіндегі гипертензия;
- Жедел субарахноидальді қан құйылу;
- Жедел бас ми инфаркт (инсульт);
- Тұрақсыз стенокардия немесе ИМ жедел кезеңі.

II типті ГЖ тән

- Дамуы біртіндеп.
- Ұзақтығы 3-4 сағаттан 4-5 күнге дейін.
- **Церебральды симптом:** бас ауру, басының айналуы, басында “ауырлық” сезімін сезіну, ұйқышылдық, енжарлық, есінің шатасуы, құлағының шуылдауы, көру өткірлігінің төмендеуі, парестезия, парез, жүрек айну, құсу, жүрек аймағында қысып ауырсынуға.
- ДАҚ жоғарлайды, и САД, пульстік қысымның бірден төмендеуі, урежение пульса

Криз 2 – АҚ жедел 12-24 сағат ішінде төмендету жағдайында:

- Жоғары диастолалық гипертензия (>130 мм.сын. бағ) асқынусыз;
- Қатерлі артериалді гипертензия асқынусыз;
- Операция алды және кейінгі гипертензия;
- Гипотензивті заттарды кенеттен тоқтату синдромы.
- Жүйелі склеродермия кезіндегі бүйректік криз;
- I топқа кірмеген криздар;

Гипертониялық криздің салыстырмалы сипаттамасы

Криздің ерекшелігі	I типті	II типті
Басты патогенездік ықпал Механизмі	Адреналин Кардиальды	Норадреналин Тамырлық
Пайда болу уақыты	АГ-ның ертелеу сатылары	АГ-ның кештеу сатылары
Барысы	Жеңіл	Ауыр
Гемодинамикалық ерекшеліктері	Жүрек шығарымының басым ұлғаюы	Тамырлардың шеттік кедергісінің басым күшеюі
Басым жоғарылайтын артериялық қысым	Систолалық	Диастолалық
Басты клиникалық белгілері	Бас ауруы, үрейлі сезімбилеуі, жалпы қозу, дененің дірілі, жүрек қағуы, мойынның, кеуденің терісінде қызыл дақтардың п.б.	Бастың қатты ауыруы, жүрек айну, құсу, көз көруінің бұзылыстары, яғни ми сауыт ішілік қысымының биіктеу белгілері
Созылу ұзақтығы	Қысқа – бірнеше сағат, өте сирек – бір тәулікке дейін	Ұзақ – бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін
Дамуы	Тез	Біртіндеп, баяу
Асқынулардың болуы	Тән емес	Инсульт, ми қанайналымының бұзылыстары, МИ, стенокардия, жүректік астма, өкпенің ісінуі, көз көруінің бұзылысы

Негізгі клиникалық көріністері

Бас ауруы 22%

Кеуде қуысының ауырсынуы 27%

Ентігу 22%

Неврологиялық көрініс 21%

Психомоторлы қозу 10%

Мұрыннан қан кету 5%

Вегетативтік дисфункцияның белгілері.

Дененің дірілі, қорқыныш сезімі, шөл, тершендік, кейде ыстықтау сезімі және криздің соңында кіші дәретке жиі отырып, көп мөлшерде ашық түсті зәр шығару. Бұл белгілердің себебі – симпатoadренал жүйесінің шамадан тыс белсенділенуі.

Жіктелуі (JNC-6) ГК ағымы бойынша :

1. **Асқынған** (критикалық, emergency) ми, коронарлы, бүйректік қан айналымның нашарлау белгілері. Алғашқы минутта және сағат көлемінде парентеральді заттармен АҚ төмендету.
2. **Асқынбаған** (критикалық емес, urgency) нысына- мүшелердің зақымдалу белгілері жоқ. Тек алғашқы бірнеше сағат ішінде АҚ салыстырмалы жедел түсіру.

асқынбаған ГК формалары:

1. Нейровегетативті.
2. су-тұзды.
3. Қалтыраған.

Айқын офтальмологиялық көріністер (субъективті – көз түбінің өзгеруі.

Артериолалардың спазмы, венулуның кеңейуі, көру нерв емзігінің ісінуі, и қан құйылу, торлы қабықтың сыдырлуы);

Бүйрек қызметінің бұзылысы;

Асқынған ГЖ диагностикалау критерилері :

- Салыстырмалы кенеттен басталу;
- АҚ жекелеме жоғарлауы (диастолалық АҚ 120-130 мм.сын.бағ. жоғары);
- ОЖЖ қызымет бұзылыстарының белгілері энцефалопатия жалпы милық (интен. бастың ауруы, шуылдың болуы, жүрек айну, құсу, көрудің нашарлауы. Қалтырау, естен тану) және ошақтық (қол саусақ ұштарының, ерін, ұрт парастезиясы, қол-аяқ әлсіздігі, көзде екі еселену, сөйлеудің бұзылысы, гемипарездер);
- Нейровегетативті бұзылыстар (шөлдеу, ауыздың құрғауы, іште діріл сезімі, жүрек қағысы, тремор, гипергидроз);
- Субъективті жіне объективті әртүрлі дәрежедегі кардиальді дисфункция көріністері
- Айқын офтальмологиялық көріністер (субъективті – көз түбінің өзгеруі. Артериолалардың спазмы, венулуның кеңейуі, көру нерв емзігінің ісінуі,и қан құйылу, торлы қабықтың сыдырлуы);
- Бүйрек қызыметінің бұзылысы

Асқынған гипертониялық криз

Егер криз кезінде төменде көрсетілген жағдайлардың біреуі немесе бірнешеуі болса, онда криз асқынған болып табылады.

- Гипертониялық энцефалопатия
- Жедел бас ми қанайналым бұзылысы
- Бас ми ішілік қан құйылу
- Жедел жүрек жеткіліксіздігі
- Жедел бүйрек жеткіліксіздігі
- Жедел каронарлы синдром
- Сол қарыншаның жедел шамасыздығы
- Аорта аневризмасының жіті ажырауы
- Эклампсия
- Феохромоцитома
- Мидың ішіне немесе тор қабаты астына қан құйылуы
- Бас миының жедел инфаркті
- Миокард инфаркті немесе тұрақсыз стенокардия
- Криз кезінде қан құрамында катехоламиндер деңгейінің күрт жоғарылауы
- Операциядан кейінгі қан кету

- Осы жағдайларда бас миы немесе ішкі ағзалардан болуы мүмкін қайтымсыз бұзылыстарды алдын алу, керек болса адамның өмірін сақтап қалу мақсатымен АҚ өте тез, 1 сағаттың ішінде, төменделуі тиіс. Мұндай науқастар интенсивті терапия немесе реанимация бөлімшелеріне жедел түрде жеткізілуі керек, криздің бұл түрінде гипотензиялық дәрмектерді міндетті түрде вена ішіне салудан бастап, кейін ішуге беретін түріне ауыстырады.

Асқынбаған криз

Асқынуы жоқ гипертониялық кризге жатқызылатын жағдайлар:

- 140 мм с.б. Жоғары,асқынуы жоқ,диастолалық гипертензия;
- асқынуы жоқ артериялық гипертония;
- Операциядан кейінгі кезеңдегі асқынуы жоқ гипертензия.

Бұл кризде АҚ 12-24 сағаттың көлемінде баяу төмендетіледі.

Асқынған гипертензивті криз:

- 1.Тыныс жолдарының санациясы.
- 2.Оксигенотерапия.
- 3.Веноздық ену.
- 4.Дамыған асқынуды емдеу және гипотензивті препараттарды таңдауда ажыратпалы қарау.
- 5.Антигипертензивті терапияны парентеральді препараттармен жүргізеді.
- 6.АҚ жылдам төмендету (15-20% бастапқыдан бір сағат көлемінде, сосын 2-6 сағатан соң 160 и 100 мм рт.ст. дейін (пероральді дәрілік препараттарға ауысуға болады).

ГК асқынуы:

- **1. Жүрек жағынан:**
- Жедел миокард инфарктысы немесе стенакардияның тұрақсыздануы;
- Жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік;
- **2. Жедел аортаның сыдырылуы.**
- **3. Бас ми жағынан:**
- Жедел гипертензивті энцефалопатия;
- Инсульт;
- Ишемиялық транзиторлы шабуыл.
- **4. бүйрек жағынан:**
- ЖБЖ.
- **5. Көз жағынан:**
- Жедел ретинопатия қан құйылумен

ГК жедел сол жақ қарыншаның жеткіліксіздігімен асқынған

- бұл жағдайда кіші қан айналымда іркіліс пен қысымның жоғарлауы жүреді. Бұл өкпенің ісінуіне алып келеді. Науқас мәжбүр ортопноэлық қалыпты таңдайды. Айқын инспираторлы ентигу, терінің цианозы байқалады. Өкпені тындағанда ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар естіледі.
емдеу өкпе ісінуін басу және АҚ төмендетуге бағытталған:
- эналаприлат: 0,625-1,250 мг в/в баяу 5 мин ішінде, алдынала 20 мл 0,9% натрий хлорид ертіндісімен араластырылған;
- фуросемид көк тамырға (20-100 мг).
- көп ұсынылмайтын гипотензивные препарат: b-блокаторы (пропранолол), клонидин.

Медициналық көмек көрсету тактикасы

- **мақсаты: өмірге маңызды функцияларды стабилизациялау.**
- **Асқынбаған гипертензивті криз:**
 1. Науқас қалпы – басын жоғары көтеріп.
 2. ЖЖЖ, АҚ әрбір 15 минут сайын бағалау.
 3. АҚ біртіндеп алдыңғыдан 15-25% төмендету немесе $\leq 160/110$ мм рт.ст. 12-24 сағат көлемінде.
 4. Пероральді гипотензивті дәрілік заттарды қолдану (бір препараттан бастау): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол).
 5. Бас миының перифериялық тамыр қарсыласуды төмендету және стабилизациялау - винкамин 30 мг
- антигипертензивті терапияны парентералді заттармен жүргізеді;
- АҚ төмендету (15- 20% бастапқысынан алғашқы сағатта, кейін 2- 6 сағ 160 және 100 мм.сын.бағ. (пероралді заттарға көшуге болады).

- **Систолалық қан қысымы жоғарылауы мен тахикардия қосылғанда:**
- Пропранолол (селективті емес β -адреноблокатор) -ішке 10-40 мг;
- Клонидин (орталық әсерлі препараттар) – тіластына 0,075-0,150 мг.
- **диастолалық артериальді қысымның көтерілуі немесе систолалық артериальді қысым мен диастолалық артериальді қысым қатар көтерілгенде:**
- Каптоприл (ингибитор АПФ) – сублингвальді 25 мг;
- Нифедипин (кальций каналдарының блокаторы II типа, дигидропиридин) - сублингвально 10-20 мг.

- Вазодиллятаторы
- Нитропруссид натрий в/в 0,25- 10мкг кг мин
- Нитроглицерин вв 50-100 мкг мин
- Эналаприл 1,25- 5 мг
- Антиадренергиялық препараттар
- Лабеталол,пропраналолды в/в кап жылд 0,1 мг мин
- Фуросемид 40-80мг жедел сол қарынша жеткіліксіздігінде
- Магний сульфат в/в болюсно 5- 20мл 25% ерітіндіде
- Фентоламин егер феохромоцитомаға күдік болғанда
-

- При нейровегетативной форме криза, нетяжелое течение:
- **Нифедепин** по 10 мг сублингвально или в каплях каждые 30 мин
- **Клонидин** (клофелин) 0,15 мг внутрь, потом по 0,075 мг через 1 час
- Или **лабеталол** внутрь по 10 мг через 1 час.

Клонидин (клофелин) 0,1 мг в/в медленно + 10 мл физ раствора

- Или **лабеталол** по 50 мг в/в повторно через 5 мин или 200 мг в 200 мл физ раствора в/в капельно
- **Фуросемид** 40 мг в/в
- **Диазепам** 5-10 мг внутрь, в/м или в/в, либо 2,5-5 мг **дроперидола** в/в медленно
- **Анаприлин** 20-40 мг сублингвально или внутрь