

Карагандинский Государственный Медицинский Университет
симуляционный курс по неотложным состояниям

Тема: **ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ**

Выполнили : ст. 5-057 ОМ

Алибекова Д.М.

Курманкулова А.Ж.

Караганда – 2016 г.

Гипертензивный криз

---клинический синдром, характеризующийся внезапным повышением артериального давления, появлением симптомов нарушения функции жизненно важных органов или реальным риском их развития, а также нейровегетативными расстройствами

Классификации ГК

осложненный

неосложненный

Развитие клиники (А.Л. Мясников)

- 1 тип
- 2 тип

Клинические проявления (А.П. Голиков)

- Кардиальный
- острая сердечная недостаточность;
-инфаркт миокарда, острый коронарный синдром.
-Острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.
Острая почечная недостаточность.
Острая ретинопатия с кровоизлиянием в сетчатку глаза
- церебральный**
острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт, субарахноидальное, кровоизлияние)

Клинические проявления (М.С. Кушаковский)

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

Тип гемодинамики

- Гиперкинетический
- Гипокинетический
- Эукинетический

Патогенез (Н.А. Ратнер)

- Адреналовый
- Норадреналовый

Для нейровегетативной формы гипертензивного криза характерно:

- внезапное начало;
- преимущественное повышение систолического давления с увеличением пульсового;
- озноб; возбуждение; чувство страха, раздражительность;
- гиперемия и влажность кожных покровов;
- жажда;
- головная боль;
- тошнота;
- расстройства зрения в виде «мушек» или пелены перед глазами;
- тахикардия;
- в конце криза- учащенное, обильное мочеиспускание с выделением светлой мочи.

При водно-солевой форме гипертензивного криза отмечаются:

- менее острое начало;
- преимущественное повышение диастолического давления с уменьшением пульсового;
- сонливость, вялость.
- бледность;
- отечность;
- головная боль;
- тошнота, рвота;
- парестезии;
- кратковременные слабость в конечностях, гемипарезы, афазия, диплопия.

При судорожной форме гипертензивного криза наблюдаются:

- резкое повышение систолического и диастолического давления;
- психомоторное возбуждение;
- интенсивная головная боль; головокружение;
- тошнота, многократная рвота;
- тяжелые расстройства зрения
- преходящая слепота, двоение в глазах и др.
- потеря сознания;
- клонико-тонические судороги.

Диагностические критерии осложненного гипертензивного криза:

- относительно внезапное начало;
- индивидуально высокий уровень артериального давления (диастолическое артериальное давление превышает 120-130 мм.рт.ст.);
- наличие признаков нарушения функции центральной нервной системы, энцефалопатии с общемозговой (интенсивные головные боли диффузного характера, ощущение шума в голове, тошнота, рвота, ухудшение зрения.
- нейровегетативные расстройства (жажда, сухость во рту, ощущение внутренней дрожи, сердцебиение, ознобоподобный тремор, гипергидроз);
- кардиальная дисфункция различной степени выраженности с субъективными и объективными проявлениями;
- выраженные офтальмологические признаки (субъективные признаки и изменения глазного дна резко выраженное спазмирование артериол, расширение вену, отек соска зрительного нерва, кровоизлияния, отслойка сетчатки); впервые возникшие или усугубившиеся нарушения функции почек

Диагностический алгоритм:

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания (возбуждение, оглушенность, без сознания), дыхания (наличие тахипноэ);
- Визуальная оценка: а) положения больного (лежит, сидит, ортопноэ); б) цвета кожных покровов (бледные, гиперемия, цианоз) и влажности в) сосудов шеи (набухание вен, видимая пульсация); г) наличие периферических отеков.
- Исследование пульса (правильный, неправильный), измерение ЧСС (тахикардия, брадикардия).
- Измерение АД на обеих руках каждые 15-30 мин.
- Перкуссия: наличие увеличения границ относительной сердечной тупости влево.
- Пальпация: оценка верхушечного толчка, его локализации.
- Аускультация сердца: оценка тонов, наличие шумов, акцента и расщепления II тона над аортой.

-Аускультация аорты (подозрение на расслоение аорты или разрыв аневризмы) и почечных артерий (подозрение на их стеноз).

-Аускультация легких: наличие влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон.

-Уточнение наличия ухудшения зрения, рвоты, судорог, стенокардии, одышки; оценка диуреза.

Исследование неврологического статуса: снижение уровня сознания, дефекты поля зрения, дисфагия, нарушение двигательных функций в конечностях, нарушение статики и походки, недержание мочи.

-Регистрация ЭКГ в 12 отведениях: оценка ритма, ЧСС, проводимости, наличие признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии и инфаркта миокарда

Тактика Лечения

Высокое АД

Нет признаков поражения органов-мишеней или бессимптомное повышение САД ≥ 220 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 120 мм рт.

Неосложненный
(жизнелугрожающий)

Пероральные гипотензивные препараты

Постепенное снижение АД течение 2-6 часов с последующим подбором постоянной гипотензивной терапии

Есть признаки поражения Органов-мишеней

Осложненный
(жизнелугрожающий)

Парентеральные гипотензивные препараты

Быстрое снижение АД
В течение 30-120 мин на 15-25%.
В течение 2-6 ч уровень АД 160/100 мм.рт.ст. Далее пероральные препараты

Осложненный гипертензивный криз:

- санация дыхательных путей;
- оксигенотерапия;
- венозный доступ;
- лечение развившихся осложнений и дифференцированный подход к выбору гипотензивных препаратов;
- антигипертензивную терапию проводят парентеральными препаратами;
- снижение АД быстрое (на 15-20% от исходного в течение часа, затем за 2-6 часов до 160 и 100 мм рт.ст.(возможен переход на пероральные лекарственные средства).

Гипертензивный криз, осложненный острым инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом:

-нитроглицерин 0,5 мг сублингвально (0,4 мг, или 1 доза), при необходимости повторяют каждые 5-10 минут, или внутривенно 10 мл 0,1% раствора на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида капельно (2-4 капли в минуту) под контролем АД и ЧСС

-пропранолол (неселективный β -адреноблокатор)- внутривенно струйно медленно вводят 1 мл 0,1% раствора (1мг), возможно повторить ту же дозу через 3 -5 минут до достижения ЧСС 60 в минуту под контролем АД и ЭКГ; максимальная общая доза 10 мг;

В случае сохранения высоких цифр АД:

*эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида

*морфин (наркотический анальгетик) 1 мл 1% раствора развести 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить внутривенно дробно по 4-10 мл (или 2-5мг) каждые 5-15 минут до устранения болевого синдрома и одышки.

*варфарин 2,5 мг, или ацетилсалициловая кислота -разжевать 160-325 мг с целью улучшения прогноза

Гипертензивный криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью:

- *эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида
- *фуросемид внутривенно 20-100 мг

Гипертензивный криз, осложненный острым расслоением аорты или разрывом аневризмы аорты:

*пропранолол (неселективный β -адреноблокатор) внутривенно медленно вводят в начальной дозе 1 мл 0,1% раствора (1мг), возможно повторить ту же дозу через 3-5 минут до достижения ЧСС 60 в минуту под контролем АД и ЭКГ; максимальная общая доза 10 мг;

*нитроглицерин внутривенно 10 мл 0,1% раствора на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида капельно (2 -4 капли в минуту) и вводить с начальной скоростью 1 мл/мин (1-2 капли в минуту). Скорость введения можно увеличивать каждые 5 мин на 2-3 капли в зависимости от реакции больного

*если β -адреноблокаторы противопоказаны, то верапамил внутривенно болюсно за 2-4 мин 2,5 -5 мг (0,25% -1-2 мл) с возможным повторным введением 5-10 мг через 15-30 мин.

* Для купирования болевого синдрома -морфин (наркотический анальгетик) 1 мл 1% раствора развести 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить внутривенно дробно по 4-10 мл (или 2-5мг) каждые 5-15 минут до устранения болевого синдрома.

Гипертензивный криз, осложненный гипертензивной энцефалопатией:

*эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

*при судорожном синдроме -диазепам внутривенно в начальной дозе 10-20 мг, в последующем, при необходимости -20 мг внутримышечно или внутривенно капельно.

Гипертензивный криз, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения или субарахноидальным кровотечением:

*эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида

Гипертензивный криз, осложненный преэклампсией или эклампсией:

*магния сульфат внутривенно при помощи инфузионного насоса должна быть введена ударная доза лекарства в количестве 4 г за 5-10 минут, а в дальнейшем -по 1 г/час в течение 24 часов после последнего приступа. Рецидивирующие приступы следует лечить либо болюсом в 2г сульфата магния, либо путем увеличения темпа вливания до 1.5 или 2.0 г/час

*нифедипин (блокаторы кальциевых каналов II типа, дигидропиридины) -сублингвально 10-20 мг

Гипертензивный криз, осложненный острым гломерулонефритом:

*нифедипин 10-40 мг внутрь

*фуросемид 80-100 мг

Профилактические мероприятия

- исключение работы, связанной с нервными перегрузками;
- отказ от курения и приема алкогольных напитков;
- регулярный прием лекарственных препаратов, предписанных лечащим врачом;
- регулярный самостоятельный контроль артериального давления (суточное мониторирование АД).
- периодические консультации (раз в полгода) у врача-кардиолога

Госпитализация в стационар показана при:

- При любом осложненном ГК
- впервые выявленном неосложненном ГК
- у больных с неясным генезом АГ,
- некупирующимся ГК,
- повторных кризах,
- при настойчивой просьбе пациента

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ



Диагностические критерии на стационарном уровне:

-Жалобы и анамнез:

-Физикальное обследование

-Лабораторные исследования:

*ОАК (эритроцитоз, повышенный гематокрит);

*биохимические показатели (повышенный уровень липопротеидов высокой и низкой плотности, гиперхолестеринемия).

-Инструментальные исследования:

*ЭКГ в 12 отведениях наличие признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии миокарда.

Дата	Самочувс	А	Частота	Препар	Рекомендов
Время	твие	Д	пульса	ат	ано
	(жалобы)				

Рекомендации

Правило №1. Обратите внимание на характер питания.

Необходимо увеличить потребление:

- продуктов, богатых солями калия - урюк, фасоль, отруби, морская капуста, чернослив, изюм, томаты, свекла, виноград, абрикосы, персики, смородина, укроп, петрушка
- овощей, фруктов, ягод, клюквы, гороха, проросших зерен пшеницы и овса, орехов, семян подсолнечника
- нежирных сортов мяса и птицы
- молока и молочных продуктов с низким содержанием жира, творога
- рыбы и морепродуктов.

Необходимо ограничить потребление:

- поваренной соли до 5г (чайная ложка без верха) в сутки и продуктов, содержащих ее в большом количестве - колбасы, копчености, сыр
- жирных сортов мяса, сливочного масла, сахара, мучных и кондитерских изделий, сладких напитков, конфет
- жидкости до 1,5 л в сутки, исключить крепкий чай, кофе, газированные и алкогольные напитки.

Правило №2. Обратите внимание на свой вес.

Правило №3. Стремитесь повысить повседневную двигательную активность.

Правило №4. Научитесь противостоять стрессовым ситуациям.

Правило №5. Старайтесь полноценно отдыхать.

Правило №6. Необходимо избавиться от вредных привычек.

Правило №8. Необходимо пройти обучение в Школе для пациентов с артериальной гипертонией.

Правило №9. Строго следуйте всем советам врача.