

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика Академиясы

Тақырыбы: *Амбулатория жағдайында артериялық гипертензия кезіндегі рационалды дифференциалды диагностика алгоритмі, науқастарды жүргізу және динамикалық бақылау. АҚ тәуліктік мониторинг. Қанның жалпы және биохимиялық анализдер мәліметтерін талдау: гиперферментемия, гиперлипидемия, гипергликемия, инсулинге резистенттілік, электролитті баланс бұзылысы, гиперлипопротенинемия типтерін анықтау, көмірсуға толеранттылық бұзылысы.*

Орындаған: Айдаров М. Н
Қабылдаған: доцент Бектибаева Н. Ш
Топ: 609 ЖТД

ШЫМКЕНТ 2016

Жоспары

- I. Кіріспе*
- II. Артериялық гипертензия*
- II. Негізгі бөлім*
 - ✓ Себептері*
 - ✓ Эпидемиологиясы*
 - ✓ Жіктелуі*
 - ✓ Диагностикалық алгоритм схемасы*
 - ✓ Ажырату диагностикасы*
 - ✓ Емі*
 - ✓ Диспансерлік бақылау*
 - ✓ МӘСК*
 - ✓ Профилактикалық шаралар*
- III. Қолданылған әдебиеттер*

Артериялық гипертензия

- *Артериялық гипертензия дегеніміз антигипертензивті препараттарды қабылдамайтын науқастарда систолалық АҚҚ-ның 140мм.с.б және диастолалық АҚҚ-ның 90 мм.с.б-нан созылмалы тұрақты жоғары болуы.*

Эпидемиологиясы

- АГ өлім жітім көрсеткіші бойынша алғашқы орында тұрады. ҚР ДСМ мәліметі бойынша АГ жүрек қан тамыр ауруларының ішінде 45% құрайды, яғни жүрек қан тамыр ауруларының әр екінші адамы АГ мен ауырады. Жоғары жастағы науқастар арасында АГ мен аурушандық 5,5% құрайды. Соңғы 5 жылда АГ мен аурушандық 55% ға төмендеді, ол өз шегіне 2010 жылы жетті, яғни 100 000 тұрғынға 1315 адам, 2011 жылы 100 000 тұрғынға 1035 адамға кеміді. Бұл мәліметтер тек қаралған науқастар тізімі бойынша ғана жасалған. Соңғы уақыттарда АГ мен аурушандық жас адамдарда көптеп кездеседі, оның себебі тек тұқым қуалаушылық қана емес сонымен қатар стресстік жағдайлар, дұрыс тамақтанбау, гиподинамиямен байланысты. Саламатты Қазақстан бағдарламасы бойынша 420 артериалды гипертензия және ЖИА мектептері жұмыс жасайды.

Заболеваемость и смертность АГ в Республике Казахстан за 2006-2011 годы



В Республике Казахстан за последние 5 лет отмечается снижение смертности от АГ на 55%.

Жіктелуі мм.с.б

АКК категориясы	САҚК		ДАҚК
Оптимальды	<120	және	<80
Қалыпты	120-129	және немесе	80-84
Жоғары қалыпты	130-139	және	85-89
АГ I дәрежесі	140-159	немесе	90-99
АГ II дәрежесі	160-179	және	100-109
АГ III дәрежесі	≥180	немесе	≥110
Жекеленген систоалық АГ	≥140	және	<90

Біріншілік, эссенциалді артериалық гипертензия

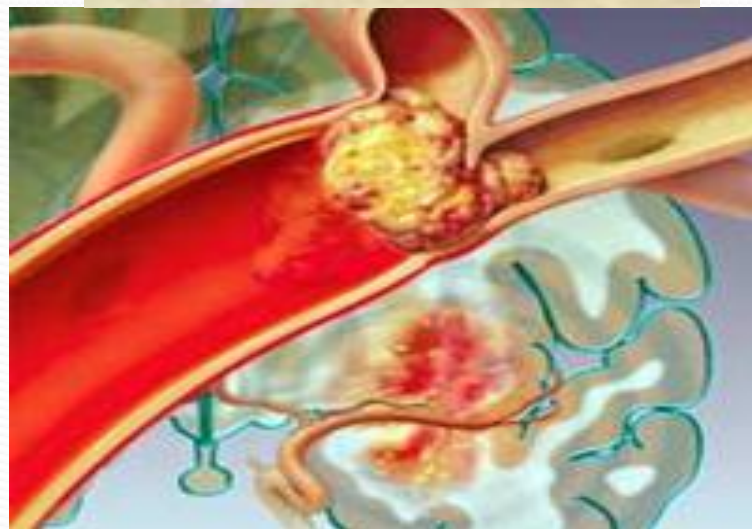
Салдарлық, симптомдық артериялық гипертензия

Барлық артериялық гипертензиялардың 90-95%ы біріншілік гипертензия болады. Қалған 5-10%ы ғана салдарлық симптомдық гипертензияларға, әсіресе бүйрек ауруларымен байланысты қан қысымының көтерілуіне жатады

Артериялық гипертензия дамуына әкелетін қауіп

● Экзогендік қауіп факторлары:

- Жиі қайталанатын жан күйзелістері
- Организмнің гиподинамиясы
- Ас тұзын артық пайдалану
- Созылмалы гипоксия
- Қоршаған ортаның ауыр металдармен ластануы
- Қарқынды шудың әсері
- Зиянды әдеттер: темекі шегу, маскүнемдік



● *Эндогендік қауіп факторлары:*

- *Тұқым қуалаушылыққа бейімділік*
- *артериялық тамырлардың атеросклерозы*
- *Ішкі сөлініс безі қызметінің өзгерістері;*
- *Семіру*
- *Ұлғайған жас мөлшері т.б.*



Жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп факторлары

Негізгі

ер адамдар >55 жас

әйел >65 жас

Темекі шегу

жалпы холестерин >6,5 ммоль/л

ҚД

Жанұяда жүрек қан тамыр жүйесі

ауруларының болуы

Қосымша

ХС-ТЖЛП төмендеуі

ХС-ТТЛП жоғарылауы

ҚД кезінде микроальбуминурия

Глюкозаға толеранттылықтың

бұзылысы

Семіздік

Гиподинамия

Фибриногендер жоғарылауы

Нысана ағзалардың зақымдалуы

Сол жақ қарынша гипертрофиясы

(ЭКГ, эхоКГ, рентгенография)

Протеинурия және креатинин

мөлшерінің жоғарылауы(1,22 мг/дл)

Микроальбуминурия 30-300 г/тәу

Шумақтық фильтрация

жылдамдығының төмендеуі(< 60

мл/мин / 1,73 м3)

Ультрадыбыстық және

рентгенологиялық зерттеуде

атеросклероздық табақшалардың

болуы

Көз түбі қан тамырларының

жайылған не ошақты тарылуы

Ассоциирленген клиникалық аурулар

Жүректің өзгерістері:

✓ Сол қарыншаның гипертрофиясы

✓ Іркілулік жүрек қызметінің

жеткіліксіздігі

✓ Миокард ишемиясы мен инфаркты

✓ Өкпе ісінуі

Ми бұзылыстары:

□ Ми ишемиясы

□ Ми ісінуі

□ Миға қан құйылу

□ Ми тамырларының тромбозы

□ Энцефалопатия дамуы мүмкін

Қан тамырларының

бұзылыстары:

○ Сыдырылатын аневризма дамуына

○ Қолқа жыртылуына

мүмкіндіктер болады

Бүйректің өзгерістері

□ Нефросклероз

□ Бүйрек қызметінің созылмалы

жеткіліксіздігі дамуына әкелуі

ықтимал

Қауіп тобы стратификациясы Артериальды қан қысымы (мм с.б.)

Басқа қауіп факторлары + анамнез мәліметтері

1 дәреже САҚ 140-159 ДАҚ 90-99	2 дәреже САҚ 160-179 ДАҚ 100-109	3 дәреже САҚ ³ 180 ДАҚ ³ 110
-----------------------------------	-------------------------------------	---

Басқа қауіп факторлары жоқ

Төменгі қауіп

Орташа қауіп

Жоғары қауіп

1-2 ҚФ

Орташа қауіп

Орташа қауіп

Өте жоғары қауіп

3 және одан да көп ҚФ, нысана ағза зақымдалуы, ҚД

Жоғары қауіп

Жоғары қауіп

Өте жоғары қауіп

Ассоцирленген аурулардың болуы

Өте жоғары қауіп

Өте жоғары қауіп

Өте жоғары қауіп

10 жылдықта инсульт және миокард инфаркты даму қауіптері:

- Төменгі қауіп – 15% кем
- Орташа қауіп – 15-20%
- Жоғары қауіп – 20-30%
- Өте жоғары қауіп – 30% және жоғары

Артериальды гипертензияны анықтау

1. 20 жастан кіші немесе 50 жастан жоғары жаста басталуы
2. АҚҚ ның 180/110 мм с.б жоғары болуы
3. Нысана ағзалардың зақымдалуы (ретинопатия, кардиомегалия, сол жақ қарынша гипертрофиясы, креатинин мөлшерінің 1,5 мг/дл дан жоғары болуы)
4. Кейбір екіншілік гипертензияның белгілері (гипокалиемия, іш аймағындағы шу, периодты түрде пайда болатын жүрек қағу, тремор, терлегіштік, бүйрек аурулары)
5. Ем эффектінің болмауы

Себебі анықталды

Ия

Екіншілік артериальды
гипертензия

Жоқ

Біріншілік артериалды
гипертензия

Диагностикалық алгоритм

схемасы

- **АҚҚ мөлшері кезектен тыс өзгермелілігімен ерекшеленеді. АГ диагнозы дәрігерге 2–3 рет қаралған кезде АҚҚ жоғары болған жағдайда қойылуы керек.**
- **Егер дәрігерге алғаш қаралғанда АҚҚ әлсіз жоғарылаған жағдайда қайталап тексеруді ұзақ уақыттан кейін АҚҚ ны өлшеумен бағалайды.**
- **Егер АҚҚ АГ ның екінші дәрежесіне сай ұлғайса, немесе нысана ағзалар зақымдалуы байқалса қайта тексеру бірнеше апта ішінде қайталануы керек.**
- **Егер дәрігерге алғаш қаралғанда АҚҚ мөлшері АГ ның үшінші дәрежесіне сай келсе және жүрек қан тамыр жүйесінің асқыну қаупі жоғары болса АГ диагнозы сол уақытта қойылуы керек.**
- **АҚҚны тек қана дәрігер арқылы емес үй жағдайында да бақылау жасап отыру керек, сонымен қатар АҚҚны тәуліктік мониторингілеу жүргізіледі.**

АҚҚ ны тәуліктік мониторингілеу

- АҚҚ ның күндізгі және түндегі активтілігі туралы ақпарат береді;
- Емнің эффектіні бағалауға көмек береді;
- АҚҚ ның тәуліктік ритмін анықтайды;
- Нысана ағзалардың өзгерістерімен тікелей байланысты және емдеу динамикасын бақылайды;
- Амбулаторлы тәуліктік мониторингілеу нәтижелері бір реттік өлшеуге қарағанда үлкен рөл ойнайды.
- Амбулаторлы тәуліктік мониторингілеу күндізгі уақытта 15 мин интервалмен және түнгі уақытта 30 мин интервалмен өлшенеді. АҚҚ күндізгі мөлшері 135/85 мм с. б, түнгі уақытта 120/70 мм с.б.

Негізгі зерттеу әдістері

ЖҚА

ЖЗА

Биохимиялық қан анализі (калий, натрий, мочевина, креатинин, глюкоза)

Липидті профиль (ЖХС, ХС ТЖЛП, ХС ТТЛП, ТГ)

ЭКГ

ЭхоКГ

Бүйрек УДЗ

Көз түбін тексеру

•Зертханалық зерттеу

•Аспаптық зерттеу

Креатинин клиренсі (ЦФЖ)

Белоктың зәрмен тәуліктік экскрециясы (ҚД кезінде міндетті)

Микроальбуминурия (МАУ)

Қан сарысуындағы кальций, СРБ, зәр қышқылы

Қан сарысуындағы гликозилирленген гемоглобин, ТТГ, Т3, Т4, альдостерон, кортикостероид

глюкозаға толеранттылық тесті

Брахиоцефальды және бүйрек артериясының УДЗ

Құрсақтық аортография;

БҮБ мен бас миының КТ және МРТ мәліметтері

•Қосымша зерттеу әдістері

ЭКГ

- Сол жақ қарыншаның гипертрофиясының негізгі ЭКГ өзгерістері: сол жақ кеуде әкетулерінде R тісшесі амплитудасының жоғарылауы (V5, V6) және оң әкетуде S тісшенің (V1, V2)
- Электрлік ось солға ығысқан
- V5, V6, I, aVL әкетулерінде R–ST сегментінің изоэлектрлік сызықтан төмен ығысуы және екі фазалы T тісше қалыптасуы.
- Сол жақ кеуде әкетулерінде QRS комплексінің ішкі ауытқуының ұзаруы 0,05 с көп.
- Соколова–Лайона индексі : $R_{V5, 6} + S_{V1, 2} \geq 35$ мм (40жастан жоғары) және ≥ 45 мм (40жастан кіші). Соколова–Лайона индексінің спецификалық қабілеті 100%ға жетеді.

ЭХО-КГ

- Бұл әдіс сол жақ қарыншаның гипертрофиясын анықтауда сезімтал болып келеді және жүрек қабырғасының қалыңдығы мен жүрек қуысының өлшемдерін анықтап қай қауіп тобына жататынын және қандай ем қолдану қажеттегін көрсете алады.
- Сол жақ қарынша миокардының масса индексі 125 г/м^2 ер адамдар үшін және 110 г/м^2 әйел кісілер үшін.

Көз түбін тексеру

- Ретинопатияның айқындалу дәрежесін анықтау үшін қолданылады. АГ кезінде көздің торлы қабығында келесі патологиялық өзгерістерді анықтауға болады: артериола тарылуы, венаның кеңеюі, венозды тоқырау. Кеш сатысында торлы қабық мөлдірлігін жоғалтады, ісінеді, ақ сары дақ пайда болады, торлы қабыққа қан құйылу байқалады. Кей жағдайларда торлы қабықтың сылынып кетуі, көз нервінің дискі ісінуі туу мүмкін.
- *Торлы қабықтың зақымдалуының төрт дәрежесі бар:*
- I дәреже— артериоланың минимальды тарылуы және оның қуысынң біркелкі болмауы.
- II дәреже— артериоланың айқын тарылуы, венуланьң кеңеюі.
- III дәреже— артериоланың айқын тарылуы, венуланьң кеңеюімен бірге торлы қабықтың ісінуі мен бұлыңғырлануы мен қан құйылу байқалады.
- IV дәреже — көз нервінің дискі ісінуі .

Ажырату диагностикасы

Нозология	Себептері	Клиникасы	Зертханалық өзгерістер	Аспаптық зерттеу
Ренопаренхиматозды, реноваскулярлы	Жедел және созылмалы бүйрек аурулары, бүйрек артериясы стенозы, поликистоз, гидронефроз	30дан кіші не 50жастан жоғары басталуы. Емге әсерінің болмауы, тез прогрессирлейтін гипертензия, эпигастральды аймақта шуыл естілуі	Креатининаклиренсі төмендеуі, протеинурия, гематурия, пиурия, бактериурияжәне лейкоцитурия	Радиоизотопты ренография, аортография дуплексті УДсканерлеу, МРА
Біріншілік гиперальдестеронизм	Гипофиз ісіктері	гипокалиемия (<3,0 мэкв/л), гипернатриемия (144-148 мэкв/л), парестезия, полиурия.	Альдостеронды басу тесті	Іш қуысынң компьютерлі томография және ЯМР томографиясы
Феохромоцитома	БҮБ ісік ауруы	Қатты бас ауру, терлегіштік, жүрек қағуы. Ортостатикалық гипотензия.	Катехоламинодердің жоғарылауы	КТ және ЯМРТ ның патологиялық нәтижелері
Кушинг синдромы	Эндокринді бұзылыс	Кеуде қуысы семіздік, ай тәрізді бет, ақ түсті стриялар, глюкозаға толеранттылық бұзылысы, гипокалиемия, гирсутизм, менопаузаға дейінгі олигоменорея немесе аменорея.	Қан сарысуында кортизол мөлшерінің жоғарылауы. Зәрде бос кортизол мөлшерінің артуы.	БҮБ, кеуде қуысының біріншілік ісігін табу үшін КТ қолдану, гипофиздің ЯМРТ және АКТГ мөлшерін анықтау.

Медикаментозды емес емі

Күн тәртібін жөнге салу, тәулігіне 9-10 сағат ұйқы, түскі демалыс, таза ауа, таңертеңгі гимнастика, тағамды тәртіпке келтіру, семіздік пен артық салмақты азайту, өсімдік майларын қолдану



Тағайындаулар	Қол жетімді көрсеткіш
Артық салмақты төмендету, ДСИ 18,5-24,9 кг/м ²	САҚҚ 5-20 мм с.б төмендеуіне әр10 кг дене салмағына
Ас тұзын қолдануды шектеу 5 г/тәу	САҚҚ 2-8 мм с.б төмендеуі
Физикалық жүктемені ұлғайту күн сайын 30-40 мин, аптасына 4 реттен кем емес	САҚҚ на 4-9 мм с. б төмендеуі
Алкоголды қолдануды шектеу 30 г/тәу дейін ер адамдарда, 15 г/тәу әйел адамдарда.	САҚҚ 2-4 мм с.б төмендеуі
Май аз диета, кальций, калий, магнийге тағамдарын көптеп қолдану.	САҚҚ 8-14 мм с.б төмендеуі



Бета-блокаторлар
ААФ
ингибиторлары
Кальций
антагонистері
Альфа-
адреноблокаторлар
Ангиотензин
рецепторларының
антагонистері
Диуретиктер
Имидазол
рецепторларының
антагонистері

медикаментті ем мақсаты

**жүрек қан тамырлық асқынулар
дамуын максимальды төмендету**



1. АҚҚ мақсатты деңгейге төмендету
2. Органопротекция
3. Ассоцирленген ауруларын емдеу

АГ-мен науқастарды медицинаментті емдеудің негізгі принциптері

- Антигипертензивті терапия тұрақты болуы керек;
- Бастапқыда емді монотерапиядан бастайды;
- Тиімділігі әлсіз болса дозаны жоғарылату немесе екінші препаратты қосу ұсынылады;
- Мүмкіндігінше 24 сағаттық эффект көрсететін ұзақ әсерлі препараттарды қолдану.
- Антигипертензивті препараттардың тиімділігі АҚК төмендеуімен бағаланады.

Госпитализацияға көрсеткіш

- Жоспарлы госпитализацияға көрсеткіш:
 - Арнайы зерттеу әдістерін жүргізу керек болған жағдайда;
 - Жиі гипертензивті криз байқалатын науқастарда медикаментті емді таңдау қиын болғанда;
 - Рефрактерлі АГ.
- Жедел госпитализацияға көрсеткіш:
 - Госпитальға дейінгі этапта емге көнбейтін ГК;
 - Интенсивті терапияны және тұрақты дәрігер қарауын қажет ететін АГ асқынуы (инсульт, субарахноидальды қан құйылу, жедел көз көруінің нашарлауы, өкпе ісінуі).

Терапияны таңдау стратегиясы (монотерапия/ комбинирленген терапия)

- Монотерапия арқылы тек аздаған науқастарда ғана керекті деңгейге жетуге болады. АҚҚ-ның мақсатты дозасын қамтамасыз ету үшін бірнеше антигипертензивті препараттарды қолданған жөн. Бастапқы терапия монотерапия түрінде немесе аз дозалы екі препарат арқылы жүргізілуі мүмкін, керек болған жағдайда препарат дозасын арттырады. Монотерапияны АҚҚ-ның әлсіз көтерілуі мен асқынулары аз болған жағдайда қолдану ұсынылады. Төмен дозалы комбинирленген препараттарды АГ-ның 2 және 3 дәрежесінде және асқыну қаупі жоғары болған жағдайда тағайындау керек.

Комбинирленген терапия бойынша ұсыныстар

- Асқынулар келесі препараттарды үйлестірген жағдайда төмендейді:
- диуретик + ААФ ингибиторы немесе ангиотензин 2 рецепторының антагонисті немесе ААФ ингибиторы + кальций антагонисті немесе ангиотензин 2 рецепторының антагонисті + кальций антагонисті.

Комбинированная терапия



Қант диабетімен ауыратын науқастарда антигипертензивті терапия ерекшеліктері

- Егер науқаста ҚД 2тип болғанда медикаментозды емес емді интенсивті қолдану қажет(салмақты төмендету мен ас тұзын қолдануды шектеу).
- АҚҚ-ның мақсатты деңгейі – 130/80 мм с.б. Антигипертензивті терапия АГ-ның 1дәрежесінен бастап тағайындалады.
- Диуретиктер мен бета-блокаторды емдеудің бірінші этабында қолданбау керек, себебі олар инсулинорезистенттілікті тереңдетеді және қантты төмендететін дәрілік заттардың дозасын арттыруды қажет етеді.
- Бұл жағдайда бірінші қатардағы препарат ААФингибиторы немесе ангиотензин 2рецепторының блокаторы болып табылады және олар комбинирленген болуы қажет(имидозол рецепторының антагонисті,тиазидті диуретиктер, бета-блокаторлар).
- Емдеу тактикасын таңдаған кезде қауіп факторларының жойылуын қамтамасыз ету мақсатында статиндерді тағайындау керек.

Бүйрек функциясы бұзылған науқастарда антигипертензивті терапия ерекшеліктері

- Бүйрек функциясының бұзылуы жүрек қан тамыр жүйесі асқынуларымен қабаттасады.
- АҚҚ мақсатты деңгей 130/80 мм с.б-нан төмен.
- АҚҚ-ның мақсатты деңгейіне жету үшін жиі комбинирленген терапия қолданылады.
- Айқын протеинурия кезінде ангиотензин 2рецепторының блокаторы, ААФ ингибиторларын қолдану қажет.
- Антигипертензивті терапиямен қоса статиндер мен антиагрегантты дәрілік заттарды қолдану қажет.

Ми қан тамырларының ақаулары бар науқастармен антигипертензивті терапия ерекшеліктері

- АҚҚ-ның мақсатты деңгейі – 140/90 мм с.б.
- Бұл науқастарда антигипертензивті препараттардың барлық тобын қолдануға болады. Ең тиімділері ААФ ингибиторы мен ангиотензин 2рецепторының блокаторлары.

ЖИА, СЖЖ, жүрекше фибрилляциясымен науқастарды жүргізу ерекшеліктері

- МИ өткізген науқастарда бета-блокатор, ангиотензин 2рецепторының блокаторы, ААФ ингибиторларын қолдану МИ қайталануының алдын алады.
- Анамнезінде СЖЖ бар науқастарға АГ –ны емдеуде тиазидті диуретиктер, ангиотензин 2рецепторының блокаторы, ААФ ингибиторларын қосу қажет. Са-каналының блокаторларын қолданбау керек.
- Жүрекше фибрилляциясы бар науқастарды антикоагулянттармен емдеген уақытта қатаң бақылау жүргізу керек.
- Ангиотензин 2рецепторының блокаторларын пароксизмальды фибрилляция кезінде тағайындаған ұтымды.
- Тұрақты жүрекшелік фибрилляция кезінде қарыншалық ритм жиілігін азайтатын бета-блокаторлар мен кальций каналының блокаторлары қолданылады.

АГ емдеуде қолданылатын дәрілік топтар

Препараттар

Көрсеткіш

Қарсы көрсеткіш

Диуретиктер

- Жүрек жеткіліксіздігі
- Қарт науқастар
- Систоликалық АГ

- Подагра

Бета-блокаторлар

- Стенокардия
- Анамнезінде МИ
- Тахиаритмия
- Жүрек жеткіліксіздігі

- СОӨА
- Жүректің өткізгіш жүйесінің блокадасы

ААФ ингибиторлары

- Жүрек жеткіліксіздігі
- Сол жақ қарынша дисфункциясы
- Анамнезінде МИ
- Диабеттік нефропатия

- Жүктілік
- Лактация
- Екі жақты бүйрек артериясының стенозы

Кальций антагонистері

- Стенокардия
- Қарт науқастар
- Систоликалық АГ
- Шеткі артериалардың зақымдалуы
- СОӨА

- Жүректің өткізгіш жүйесінің блокадасы

Ангиотензин
рецепторларының
антагонистері

- Жүрек жеткіліксіздігі
- Сол жақ қарынша дисфункциясы
- Анамнезінде МИ
- ААФ ингибиторларын қолданғанда жөтел байқалуы

- Жүктілік
- Лактация
- Екі жақты бүйрек артериясының стенозы

Диспансерлік бақылау

Нозологиясы	Зертханалық зерттеулер	Орта буынды мед қызметкерлер қарауы	Бақылау жиілігі	ЖТД дәрігерінің қарауы	Бақылау жиілігі
1	2	3	4	5	6
<p>I 15 екіншілік гипертензия I15.0 реноваскулярлы гипертензия I15.1 екіншілік гипертензия бүйрек зақымдалуына байланысты I15.2 екіншілік гипертензия эндокринді жүйеге байланысты I15.8 басқа екіншілік гипертензия. I15.9 себебі анықталмаған екіншілік гипертензия</p>	<p>ЖҚА, ЖЗА, қант, жалпы холестерин - жылына 4 рет, АҚҚны тәуліктік мониторингтеу. ЭКГ-жылына 1 рет, Эхо КГ, бүйрек УДЗ көрстекіш бойынша</p>	<p>Зертханалық және диагностикалық шараларды өтуін қадағалау Аурудың асқыну белгілері байқалған жағдайда ЖТД дәрігеріне бағыттау</p>	<p>Жылына 4 рет (жоспарлы)</p>	<p>Науқастың жағдайын қадағалау, жағдайы нашарлағанда госпитализация сұрақтарын шешу</p>	<p>Жылына 2 рет (жоспарлы) Көрстекіштер бойынша қарау жиілігі артуы мүмкін</p>

Мамандар консультациясы	Бақылау жиілігі	Негізгі емдеу сауықтыру шаралары	Фертильді жастағы науқастарда жанұя құру жоспары	Диспансеризация эффективтілігі, басқа Д есепке ауыстыру көрстекіші	Бақылау ұзақтығы және Д есептен шығару көрстекіштері
7	8	9	10	11	12
Дәрігер - кардиолог. Көрсеткіштер бойынша эндокринолог, нефролог.	ЖТД дәрігерінің жолдамасы бойынша	Салауатты өмір салты бойынша ұсыныстар. Қауіп топтарының коррекциясы. Психопрофилактика Терапия (бета блокаторлармен, К, Са каналының блокаторлары, ААФ ингибиторлары), көрсеткіш бойынша.	Жүктілік қарсы көрсеткіш емес, бірақ жоғары АҚҚ кезінде жүктілікті жоспарлауды кейінге қалдыру	Клиникалық көріністерінің жақсаруы, өршу жиілігі мен рецидивтер қайталануының төмендеуі.	Өмір бойылық бақылау

Уақытша еңбекке жарамсыздық

- АГ кезінде уақытша еңбекке жарамсыздық критерийлері:
 - гипертониялық криз;
 - АҚҚ көтерілуімен байланысты созылмалы коронарлы, церебральді және жүрек жеткіліксіздігінің тереңдеуі;
 - гипотензивті емге көнбейтін АҚҚ тұрақты көтерілуі
- Уақытша еңбекке жарамсыздық ұзақтығы криздің ауырлығына және аурудың сатысына байланысты болады: 3–5 күн (АГ I дәрежесі, I типті криз) , 20–30 күн (АГ II дәрежесі, II типті криз). АГ III дәрежесі кризбен асқынған және АГ II–III дәрежесі асқынған уақытта уақытша еңбекке жарамсыздық екі айға дейін ұзартылып, МӘСК ге жолдануы керек.

МӘСК сұрақтары

- МӘСКға жолдауға көрсеткіштер:
 - клиникалық және еңбек жағдайының қауіпті факторлары :
 - гипертониялық аурудың тез өршуі,
 - жедел асқынуларының дамуы (инсульт),
 - клиникалық және еңбек жағдайының сомнительный клинический и трудовой прогноз:
 - тұрақты немес ауыр емге резистентті АГ,
 - жедел асқынулардың қауіпті ағымы;
 - рационалды еңбек қызметін ұйымдастырумен байланысты науқасты төмен квалификациялы жұмысқа ауыстыру сұрақтары туған жағдайда;
 - мүгедектікті қайта қарау мәселелері.

Рационалды еңбек қабілеттілігі

сұрақтары

- АГ кезінде физикалық және психоэмоциональды жүктемемен жұмыс өндірістік шулар, вибрация, жылу сәулесі, жоғары температура, түнгі ауысыммен жұмыс, токсикалық заттармен байланысты және экстремальды жағдайдағы жұмыстар абсолютті қарсы көрсеткіш болып табылады. Сонымен қатар науқастарға жүргізуші және диспетчерлік мамандықтары да қарсы көрсеткіш болып табылады. АГ II дәрежесінде: жүрек қан тамырлары зақымдалғанда – орташа физикалық жүктемемен жұмыс, ми қан тамырлары зақымдалғанда – нервті психикалық жүктемемен жұмыс, бүйрек қан тамырлары зақымдалғанда суықтаумен байланысты жұмыстар қарсы көрсетілген.

Мүгедектік топтары

- *III топ мүгедектік критерийлері :*
 - жиі гипертониялық кризбен асқынатын аурудың II сатысы;
 - аурудың II сатысы(тұрақты форма): еңбек жағдайының өзгеруі
- *II топ мүгедектік критерийлері :*
 - жиі гипертониялық кризбен асқынатын АГ ның II дәрежесі, психикасының өзгерісі, есте сақтаудың күрт нашарлауы, көз көруінің нашарлауы, қан айналым жеткіліксіздігінің II дәрежесі;
 - тез өршитін гипертониялық ауру.
- *I топ мүгедектік критерийлері:*
 - қан айналымның айқын бұзылыстарымен жүретін аурудың III дәрежесі (қан айналым жеткіліксіздігінің III дәрежесі, созылмалы ми қан айналым жеткіліксіздігі III дәрежесі);
 - басқа адамның көмегін қажет етуі.

Профилактикалық шаралар

БРОСЬТЕ КУРИТЬ

0 сигарет
в день



БУДЬТЕ АКТИВНЫ
30 минут физической активности или

3 км
в день



СТРЕМИТЕСЬ К РЕКОМЕНДУЕМЫМ ГРАНИЦАМ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
не превышайте эти цифры:

102 – мужчины



88 – женщины

ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО
овощей/фруктов в день:

5 порций



КОНТРОЛИРУЙТЕ СВОЕ ДАВЛЕНИЕ
не превышайте эти цифры:

140/90



- Бардық қауіп тобындағы науқастарға жүргізіледіПринципы – контроль устранимых факторов риска, проводится всем пациентам из группы риска.
- Жүрек қан тамыр жүйесі аурулары, гиперлипидемия, ҚД ның эффективті емі.
- Зиянды әдеттерден арылу.
- Май шектелген, жеміс жидекті диета
- Тұз қолдануды шектеу 100 мэкв/л ға дейін (2,4 г натрий немесе 6 г натрий хлориді).
- Артық салмақты төмендету ДСИ 18,5-24,9 кг/м²
- Аэробты жүктеме – күніне 30 мин.
- Психологиялық күйзелісті болдырмау.
- АГны динамикалық бақылау (2-3айда бір рет).
- Науқасты АҚҚ өлшеуге үйрету.

Бұйрығы.

Қанайналым жүйесі ауруларының (артериялық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы) және қант диабетінің скринингтік тексерулер жүргізу кезеңділігінің алгоритмі:

1) 18, 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 жастағы ерлер мен әйелдер нысаналы топ болып табылады, 40-тан 64 жасқа дейінгілер – артериялық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы және қант диабеті бойынша диспансерлік есепте тұрмайтындар – 2 жылда 1 рет;

2) скринингтік тексерулерді жүргізу сатысы екі кезеңнен тұрады:

бірінші кезеңді БМСК ұйымдарының/ БМСК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) орта медицина қызметкері жүргізеді, барлық нысаналы топтар үшін міндетті болып табылады және мыналарды қамтиды:

025-08/е нысанын толтыру;

антропометриялық өлшеулер жүргізу (салмағы, бойы, белдің көлемі), Кетле индексын есептеу;

скрининг-тест бойынша сұрату жүргізу;

АҚ еселік өлшеу, бұл ретте пациентке АҚ өлшерден бұрын 1 сағат бойы зерттер алдында кофе және қызыл шай ішуге болмайтындығы, 30 минут темекі шекпеуі керектігі, симпатомиметиктер, оның ішінде мұрынға және көзге тамызатын тамшыларды қабылдамау керектігі хабарланады;

жалпы холестерин мен қан глюкозасының экспресс-диагностикасын (мұндай жабдықтар болмаған жағдайда пациенттің биоматериалы (қан) БМСК осы ұйымының зертханасына жіберіледі);

екінші кезең айғақтары болған жағдайда таңдалып жүргізіледі (электрокардиографиялық зерттеулер жүргізу (бұдан әрі – ЭКГ), бейінді маманның тексеруі);

3) БМСК/БМСК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігері:

аурулардың қауіп факторы болмаған жағдайда осы Ережеге қосымшаға сәйкес кейіннен скринингтік тексеру жүргізуді ұсынады;

екі және одан да көп қауіп факторы анықталған жағдайда (темекі шегу, алкогольді шектен тыс тұтыну, индекс Кетле индексі 25-тен жоғары болғанда, ерлер белінің көлемі 94 см астам, әйелдердікі – 80 астам см), систологиялық деңгейде АҚ 140 мм с.б. немесе диастолиялық АҚ 90 мм с.б. деңгейінде және одан артық болғанда, скрининг-тестке (025-08/е нысанның 17-20-тармақтары) оң жауаптар болған жағдайда пациентті ЭКГ және қажет болған жағдайда бейінді мамандардың (кардиолог, эндокринолог) консультацияларына жібереді;

4) ауылдық, аудандық, қалалық емханалардың немесе консультациялық-диагностикалық орталықтың/емхананың консультациялық-диагностикалық көмек бөлімшесінің кардиологы, эндокринологы:

толық тексеру жүргізеді, қажет болған жағдайда мамандандырылған (кардиологиялық, эндокринологиялық) орталыққа/диспансерге жібереді;

тексеру нәтижелерін және пациентті одан әрі бақылау жөніндегі ұсынымды профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігеріне, ол болмаған жағдайда, қызмет көрсететін пациентті учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жібереді.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. Москва, Медпресс-информ, 2004.
2. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Некоронарогенные болезни сердца. Практическое руководство. Киев, Морион, 2001.
3. Коваленко В.Н., Рябенко Д.В. Современные представления о миокардите // Мистецтво лікування. – 2005. – № 9.
4. Кривопустов С.П. Серцева недостатність у новонароджених дітей (лекція) // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 1996, № 2.