

Государственный медицинский университет г. Семей

Гипертонический криз.

ВЫПОЛНИЛА: КАРПЕНКО М.И.

ГРУППА: 701 ВОП

Семей 2016 год.

Гипертонический криз -

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

Гипертонический криз



ОСЛОЖНЕННЫ

Й

сопровождается признаками ухудшения мозгового, коронарного, почечного кровообращения и требует снижения АД в течение первых минут и часов с помощью парентеральных препаратов.



НЕОСЛОЖНЕННЫ

Й

характеризуется отсутствием поражения органов-мишеней и относятся к состояниям, требующим относительно срочного снижения АД в течение нескольких часов;

Подъем АД обусловлен двумя механизмами:



Сосудистый

↑ ОПСС в результате увеличения вазомоторного (нейрогуморальные влияния) и базального (при задержке натрия) тонуса артериол.

Кардиальный

увеличение сердечного выброса, сократимости миокарда и фракции изгнания в ответ на повышение ЧСС, ОЦК.

Формы неосложненных гипертензивных кризов:



Осложнения гипертонических кризов

■ Цереброваскулярные:

- ОНМК;
- острая гипертоническая энцефалопатия с отёком мозга.

■ Кардиальные:

- острая сердечная недостаточность;
- инфаркт миокарда, острый коронарный синдром.

■ Острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.

■ Острая почечная недостаточность.

■ Острая ретинопатия с кровоизлиянием в сетчатку глаза.

Наиболее частые факторы, способствующие развитию гипертонических кризов:

- 1. прекращение приёма гипотензивных ЛС;*
- 2. психоэмоциональный стресс;*
- 3. избыточное потребление соли и жидкости;*
- 4. физическая нагрузка;*
- 5. злоупотребление алкоголем;*
- 6. метеорологические колебания.*

Для нейровегетативной формы гипертензивного криза характерно:

1. внезапное начало;
2. преимущественное повышение систолического давления с увеличением пульсового;
3. озноб; **возбуждение**; чувство страха, раздражительность;
4. **гиперемия и влажность** кожных покровов;
5. **жажда**;
6. головная боль;
7. тошнота;
8. расстройства зрения в виде «мушек» или пелены перед глазами;
9. **тахикардия**;

При водно-солевой форме гипертензивного криза отмечаются

1. менее острое начало;
2. преимущественное повышение диастолического давления с уменьшением пульсового;
3. сонливость, вялость;
4. бледность;
5. отечность;
6. головная боль;
7. тошнота, рвота;
8. паростозии;

При судорожной форме гипертензивного криза наблюдаются: :

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

Симптомы гипертонического криза (осложненный):

1. внезапное начало (от нескольких минут до нескольких часов);
2. индивидуально высокий уровень АД/ САД > 180 мм рт.ст. и/или диастолического АД > 120 мм рт.ст.;
3. появление признаков ухудшения регионарного кровообращения (табл.).

Осложнение	Клиника
Острая гипертоническая энцефалопатия	Головная боль, спутанность сознания, тошнота и рвота, судороги, кома.
ОНМК	Очаговые неврологические расстройства (парестезии кончиков пальцев рук, губ, щек, ощущение слабости в руках, ногах, двоение в глазах, преходящие нарушения речи, преходящие гемипарезы)
ОСН	Удушье, появление влажных хрипов над легкими
Инфаркт миокарда, ОКС	Характерный болевой синдром, ЭКГ-признаки
Острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты	Тяжёлый болевой приступ с развитием в типичных случаях клинической картины шока; в зависимости от локализации расслаивания возможны аортальная недостаточность, тампонада перикарда, ишемия кишечника, головного мозга, конечностей.

Отличительные признаки	Гиперкинетический тип	Гипокинетический тип
<i>Стадия АД, на которой чаще всего возникает криз</i>	Ранняя	Поздняя (на фоне исходно повышенного АД)
<i>Развитие криза</i>	Острое	Постепенное
<i>Продолжительность криза</i>	Кратковременный (не > 3-4 ч.)	Длительный (от нескольких часов до 4-5 дней)
<i>АД</i>	Преимущественно ↑ систолического АД, нарастание пульсового давления	Преобладает ↑ диастолического АД, пульсовое давление несколько уменьшается
<i>ЧСС</i>	Тахикардия	↓ ЧСС и ФВ
<i>Клиника</i>	Возбуждение, потоотделение , покраснение лица , дрожание конечностей, пульсирующие головные боли.	Вялость и сонливость; апатия; головокружение; бледность и сухость кожи , отеки, распирающая головная боль, ↓ остроты зрения
<i>Основной механизм криза</i>	Кардиальный, ↑ тонуса симпатической ВНС.	Сосудистый, ↑ тонуса парасимпатической ВНС.

Диагностический алгоритм:

1. Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания (возбуждение, оглушенность, без сознания), дыхания (наличие тахипноэ);
2. 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.
3. Исследование пульса (правильный, неправильный), измерение ЧСС (тахикардия, брадикардия).
4. Измерение АД на обеих руках каждые 15-30 мин.

Диагностический алгоритм:

5. Перкуссия: наличие увеличения границ относительной сердечной тупости влево.
6. Пальпация: оценка верхушечного толчка, его локализации.
7. Аускультация сердца: оценка тонов, наличие шумов, акцента и расщепления II тона над аортой.
8. Аускультация аорты (подозрение на расслоение аорты или разрыв аневризмы) и почечных артерий (подозрение на их стеноз).
9. Аускультация легких: наличие влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон.

Диагностический алгоритм:

10. Уточнение наличия ухудшения зрения, рвоты, судорог, стенокардии, одышки; оценка диуреза.
11. Исследование неврологического статуса: снижение уровня сознания, дефекты поля зрения, дисфагия, нарушение двигательных функций в конечностях, нарушение статики и походки, недержание мочи.
12. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях: оценка ритма, ЧСС, проводимости, наличие признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии и инфаркта миокарда.

Тактика лечения.

Высокое АД



Неосложненный гипертензивный криз:

- **положение больного** – лежа с приподнятым головным концом;
- **контроль ЧСС, АД** каждые 15 минут;
- **снижение АД постепенное** на 15-25% от исходного или $\leq 160/110$ мм рт.ст. в течение 12-24 часов;
- **применяют пероральные гипотензивные ЛС** (начинают с одного препарата): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол);
- снижение и стабилизация периферического сопротивления сосудистого русла головного мозга – **винкамин 30 мг.**

Неотложная помощь

Неосложненный ГК

Гиперкинетический

↑ САД + Тахикардия

-пропранолол - **внутри 10–40 мг** (УД-А), терапевтический эффект развивается через 30–45 мин, продолжительность 6 ч.

-клонидин -под язык 0,15 мг, затем по 0,075 мг каждые 30 мин до достижения эффекта.

При тяжелом течении в/в медленно 0,1 мг

-Натрия нитропруссид 30 мг + 300 мл 5% глюкозы в/в при крайне тяжелом течении

Гипокинетический

↑ ДАД / равномерное ↑САД и ДАД

-каптоприл –под язык 25 мг, каждые 30 мин до достижения эффекта

-нифедипин под язык 10 - 20 мг, терапевтический эффект развивается через 5–20 мин, продолжительность 4–6 ч.

-натрия нитропруссид

Осложненный гипертензивный криз:

- санация дыхательных путей;
- оксигенотерапия;
- венозный доступ;
- лечение развившихся осложнений

ГК, осложненный ОИМ или ОКС:

- нитроглицерин 0,5 мг сублингвально (0,4 мг, или 1 доза), при необходимости повторяют каждые 5-10 минут, или в/в 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 – в/в медленно 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;

ГК, осложненный ОИМ или ОКС:

В случае сохранения высоких цифр АД:

- эналаприлат 0,625- 1,25 мг + 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в медленно в течение 5 минут. [УД-В];
- морфин 1 мл 1% раствора + 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить в/в дробно по 4-10 мл (или 2-5мг) каждые 5–15 минут до устранения болевого синдрома и одышки, либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты) [УД-А];
- варфарин 2,5 мг, или ацетилсалициловая кислота – разжевать 160-325 мг с целью улучшения прогноза[УД-А]

Гипертензивный криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью:

- эналаприлат 0,625-1,25 мг в/в медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида [УД-В];
- фуросемид внутривенно 20-100 мг [УД-А].

ГК, осложненный острым расслоением аорты или разрывом аневризмы аорты:

- Пропранолол – в/в 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; [УД-А]
- Нитроглицерин в/в **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 [УД-В];

ГК, осложненный острым расслоением аорты или разрывом аневризмы аорты:

- если β -адреноблокаторы противопоказаны, то верапамил в/в 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 1 мл 1% раствора развести 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить в/в дробно по 4-10 мл (или 2-5 мг) каждые 5-15 минут до устранения болевого синдрома и одышки, либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты) [УД-А].

Гипертензивный криз, осложненный гипертензивной энцефалопатией:

- **эналаприлат 0,625-1,25 мг** в/в медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида [УД-В];
- при судорожном синдроме – **диазепам** в/в в начальной дозе **10-20 мг**, в последующем, при необходимости – **20 мг** в/в или в/в капельно].

Гипертензивный криз, осложненный ОНМК

- эналаприлат 0,625-1,25 мг в/в медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида [УД-В];

Гипертензивный криз, осложненный преэклампсией или эклампсией:

- магния сульфат в/в 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 [УД-С];
- нифедипин - сублингвально 10-20 мг [УД-А].

Гипертензивный криз, осложненный острым гломерулонефритом:

- нифедипин 10-40 мг внутрь [А];
- фуросемид 80-100 мг [А]

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации

Показания для плановой госпитализации:

- неосложненный гипертензивный криз, купирующийся на этапе СМП.

Показания для экстренной госпитализации:

- **неосложненный гипертензивный криз**, не купирующийся на этапе СМП, - госпитализация в терапевтическое или кардиологическое отделение;
- **осложненный гипертензивный криз** – экстренная госпитализация с учетом развившегося осложнения, транспортировка больного в положении лежа.

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

Литератур

1. Клинический протокол диагностики и лечения «гипертензивный криз» от «23» июня 2016 года.
2. «Скорая медицинская помощь» А.Г. Мирошниченко
3. «Руководство по скорой медицинской помощи» С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, А.Л. Верткин