

Артериальная гипертензия (АГ) Гипертоническая болезнь (ГБ)



**Ибо две суть вещи: наука и мнение;
из них первая рождает знание,
второе - невежество.**

Гиппократ

Лекция
к.м.н. Якиманская Ю.О.



Артериальная гипертензия – повышение цифр АД более 140/(или)90 мм.рт.ст.

АД: ниже 120/80 – оптимальное; до 130/80 – нормальное; до 139/89 – высокое нормальное.

АГ: 1 ст. «мягкая» – 140-159/90-99 мм.рт.ст.
2 ст. «умеренная» – 160-179/100-109 мм.рт.ст.
3 ст. «тяжелая» – 180/110 мм.рт.ст. и выше.

Течение АГ лабильное и стабильное.



АГ:

1) Эссенциальная АГ или ГБ - 80%.

2) Вторичная или симптоматическая АГ-20%

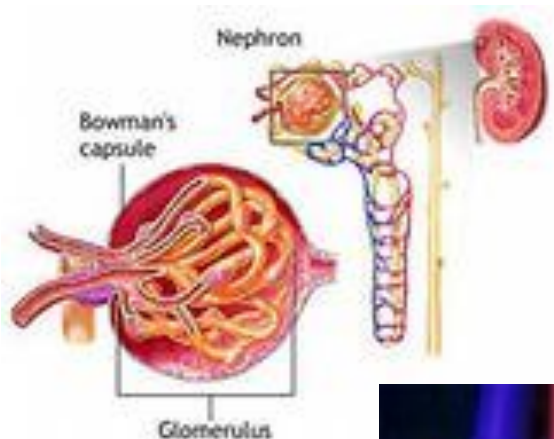
Диагноз ГБ ставится при исключении вторичных АГ.



Вторичные АГ:

І. Гипертонии почечного генеза- ишемия почки → выброс вазоконстрикторов → спазм периферических сосудов → ↑Ад:

1) Гломерулонефрит- ОАМ- небольшая гематурия, протеинурия, цилиндрурия.



Отек лица



Отек лица

- Основные признаки гломерулонефрита:
- гипертония
 - отеки
 - протеинурия
 - гематурия



Отек нижних конечностей

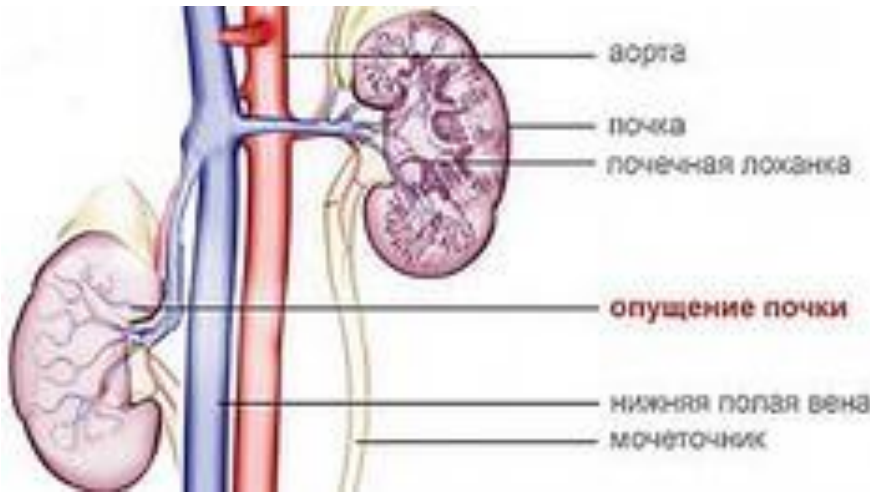
2) Пиелонефрит: признаки инфекции, дизурические расстройства, ОАМ - лейкоцитурия, протеинурия, посев мочи - выявляется большое количество колоний



3) Поликистоз почек - семейный характер патологии, увеличение размеров почек



4) Нефроптоз - вследствие подвижности почки → нарушение кр/снабжения органа.



5) Атеросклероз почечных артерий -
↓ кровоснабжения почек → выброс
вазоконстрикторных гормонов (ренин,
ангиотензин, альдостерон).

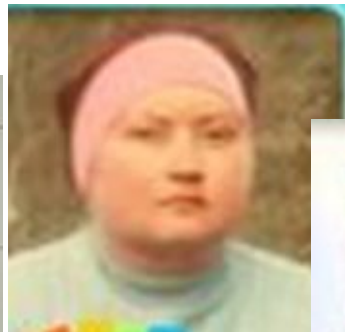
**6) Нарушения оттока мочи – мочекаменная
болезнь, перегибы мочеточников, опухоли
предстательной железы.**

7) Туберкулез, рак, амилоидоз почек

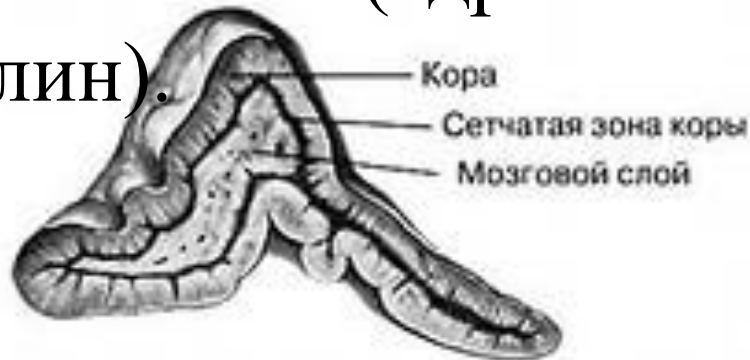


III) Эндокринные АГ.

1) Синдром Иценко-Кушинга - ↑ГКС
(лунообразное лицо, перераспределение
жировой клетчатки).



2) Феохромоцитома - опухоль мозгового
слоя надпочечников (адреналин и
норадреналин).



3) Тиреотоксикоз: кальциурия → камни в почках → ↑Ад



4) Контрацептивные АГ – группы риска: курящие женщины старше 40 лет, с ожирением или патологией почек; повышение Ад в предменструальный период, снижение после *mensis*.

III. Гемодинамические артериальные гипертонии - при поражении крупных магистральных сосудов.

1) Коарктация аорты - утолщение мышечного слоя в области перешейка аорты. Происходит перераспределение крови - резко переполняются кровью сосуды верхней половины туловища (мощная верхняя половина туловища и слабо развитая нижняя; головные боли, чувство жара, приливов к голове, носовые кровотечения, холодные стопы, ослабленный пульс на ногах).

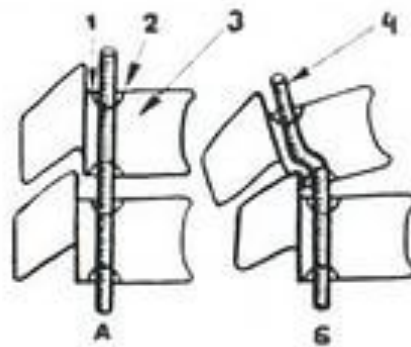




2) Болезнь отсутствия пульса (синдром Такаясу)-воспаление и фибриноидное набухание стенок

аорты и артерий верхней половины тела → ишемический синдром ЦНС → обмороки, головокружение, ↓ зрения, слабость в руках. На руках давление ↓, на ногах - ↑ («коарктация наоборот»). В анамнезе длительный субфебрилитет и аллергические реакции – это аутоиммунная патология.

IV. АГ при поражении головного мозга
(центрогенные гипертонии)- энцефалит,
опухоли, кровоизлияния, ишемия
(остеохондроз ШОП), травмы черепа → ↑ Ад
→ ↑ кр/снабжения ГМ.



V. Прочие: медикаментозные, при полиневрите и т.д.

1) При применении адренергических средств: эфедрин, адреналин.

2) При длительном лечении гормональными средствами (глюкокортикоидами).

3) При применении средств, обладающих поражающим действием на почки (НПВС, мочегонные).

4) «Белохалатная АГ» - повышение АД + до 75/35 к настоящему – «тревожная гипертония» – несколько раз во время беседы измерить – есть тенденция к снижению.

Гипертоническая болезнь (Эссенциальная АГ) –заболевание ССС, развивающееся вследствие первичной дисфункции (невроза) высших сосудорегулирующих центров и последующих нейрогормональных и почечных механизмов, характеризующееся АГ, функциональными, а при выраженных стадиях - органическими изменениями органов - мишеней.



Этиология. Хроническое нервное перенапряжение, вредные проф. факторы (шум, вибрация, необходимости быстрой реакции), курение, повышенный вес, употребление в большом количестве соли, злоупотребление алкогольными напитками, черепно-мозговые травмы, сахарный диабет, наследственность.



Патогенез. Фактор → нарушение взаимоотношений коры и подкорки ГМ → активация симпатической нервной системы (больные ГБ раздражительны, гиперрефлекторны) → ↑сосудистого сопротивления.

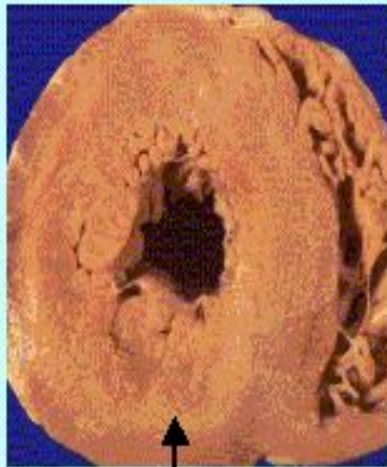


Стадии ГБ: I ст. ↑Ад, поражения органов мишеней нет.

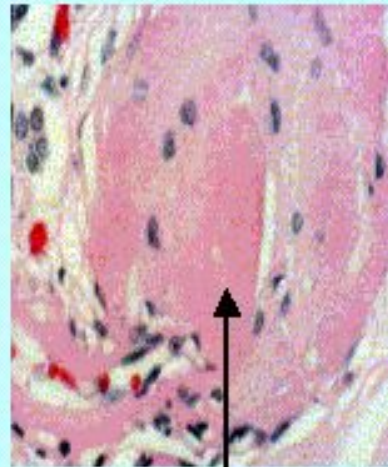
II ст. ↑Ад + отдельные поражения органов мишеней (гипертрофия левого желудочка, протеинурия, сужение сосудов сетчатки глаза и др.).

III ст. Значительные поражения органов мишеней: инфаркт миокарда, стойкие нарушение мозгового кровообращения (инсульты), почечная недостаточность (нефросклероз - «сморщивание почек»), аневризмы сосудов, кровоизлияния в сетчатку глаз.

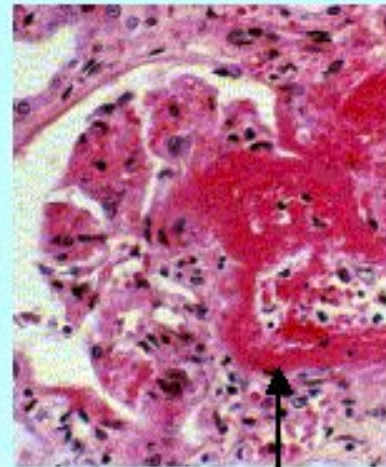
Изменения характерные для третьей стадии
гипертонической болезни и **гипертензивных кризов**



ГИПЕРТРОФИЯ
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА



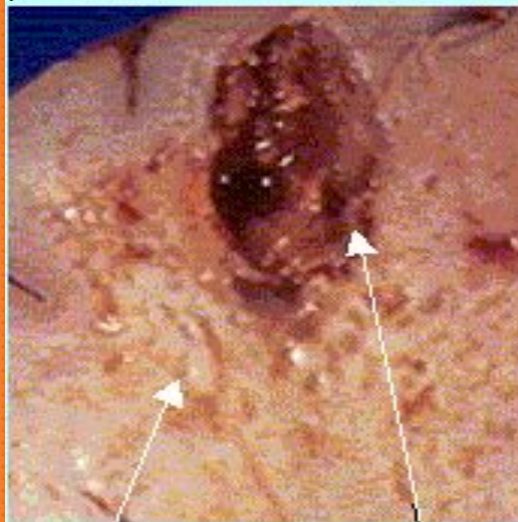
ГИАЛИНОЗ
КЛУБОЧКОВ



**ФИБРИНОИДНЫЙ
НЕКРОЗ** АРТЕРИОЛ



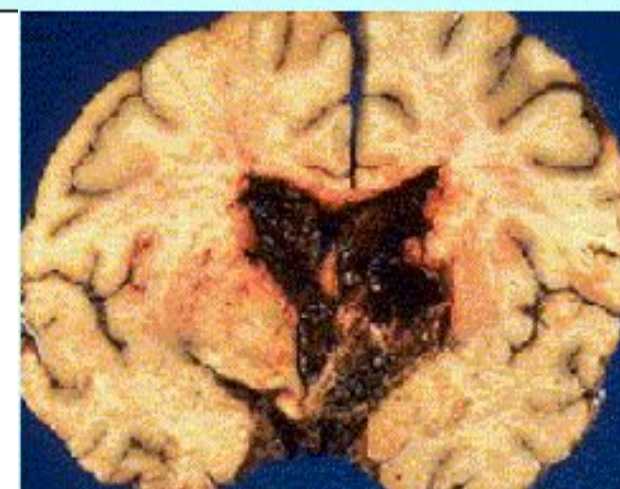
ГЕМОМРАГИИ



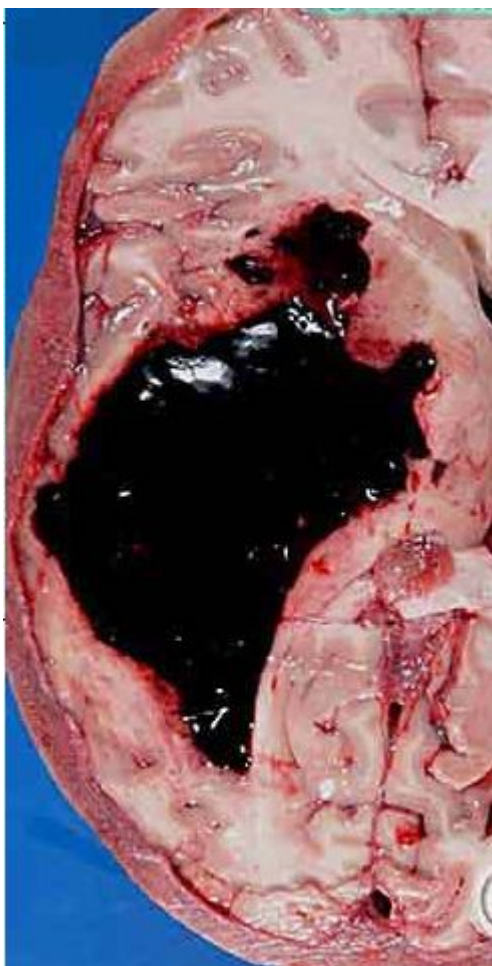
**ишемический
инфаркт мозга**



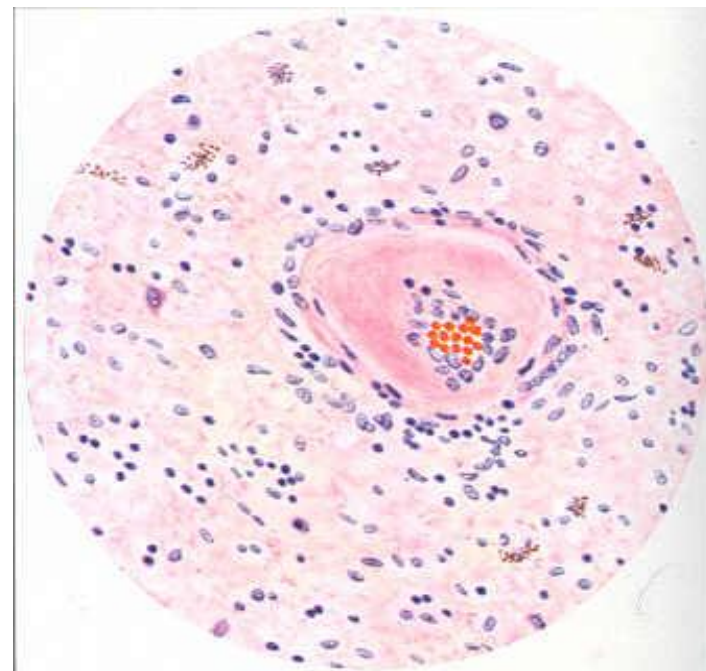
Кровоизлияние



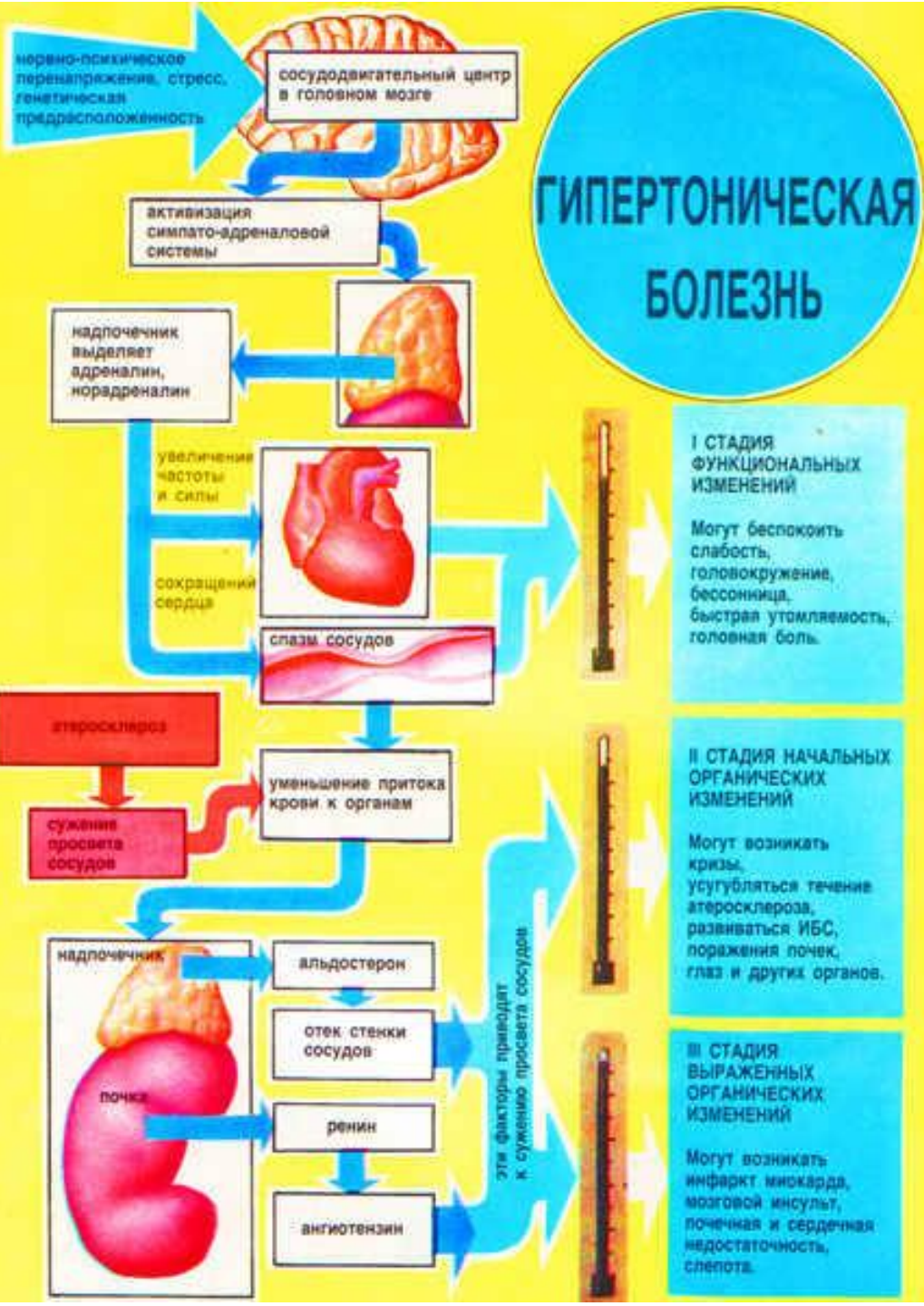
**гематома мозга с прорывом
крови в желудочки**



Геморрагический
инсульт



Гиалиноз артериолы



Факторы риска	Поражение органов-мишеней (ГБ II ст.) ПОМ	Ассоциированные клин. состояния (ГБ III ст.) АКС
<p>Мужчины > 55лет Женщины > 65лет Курение Холестерин > 6,5 ммоль/л Семейный анамнез ранних ССС Сахарный диабет \холестерина высокой плотности Микроальбуминурия, ожирение, гиподинамия</p>	<p>Гипертрофии левого желудочка (ЭКГ, ЭХОКГ или рентгенография) протеинурия креатининемия, ультразвуковые, Rгр. признаки атеросклеротической бляшки, сужение артерий сетчатки</p>	<p>Инсульт, Транзиторная ишемическая атака ИБС, СН; Нефропатия, Почечная недостаточность, аневризма аорты ретинопатия</p>

Факторы риска и анамнез	Степень I (мягкая АГ) Ад 140-159/ 90-99	Степень II (умеренная) Ад 160-179/ 100-109	Степень III (тяжелая АГ) Ад↑180/↑110
I. Нет ФР, ПОМ, АКС	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
II. 1-2 фактора риска(кроме СД)	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
III. 3 и более ФР и/или ПОМ, и/или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
IV.АКС	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Клиника.

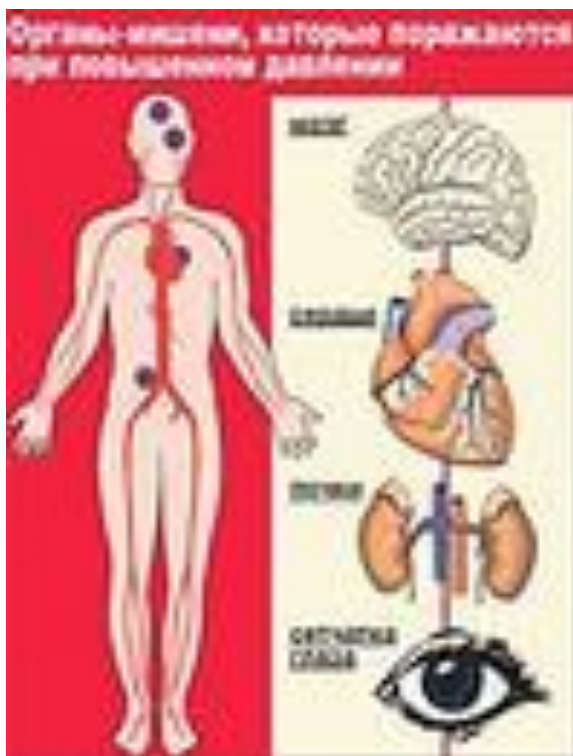
Жалобы на головные, за грудиные боли, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, ↓ работоспособности, ↑ утомляемость, нарушение сна, эмоциональная лабильность, раздражительность, слабость, тревожность, ипохондрия, фобии . При длительном течении жалоб может не быть.



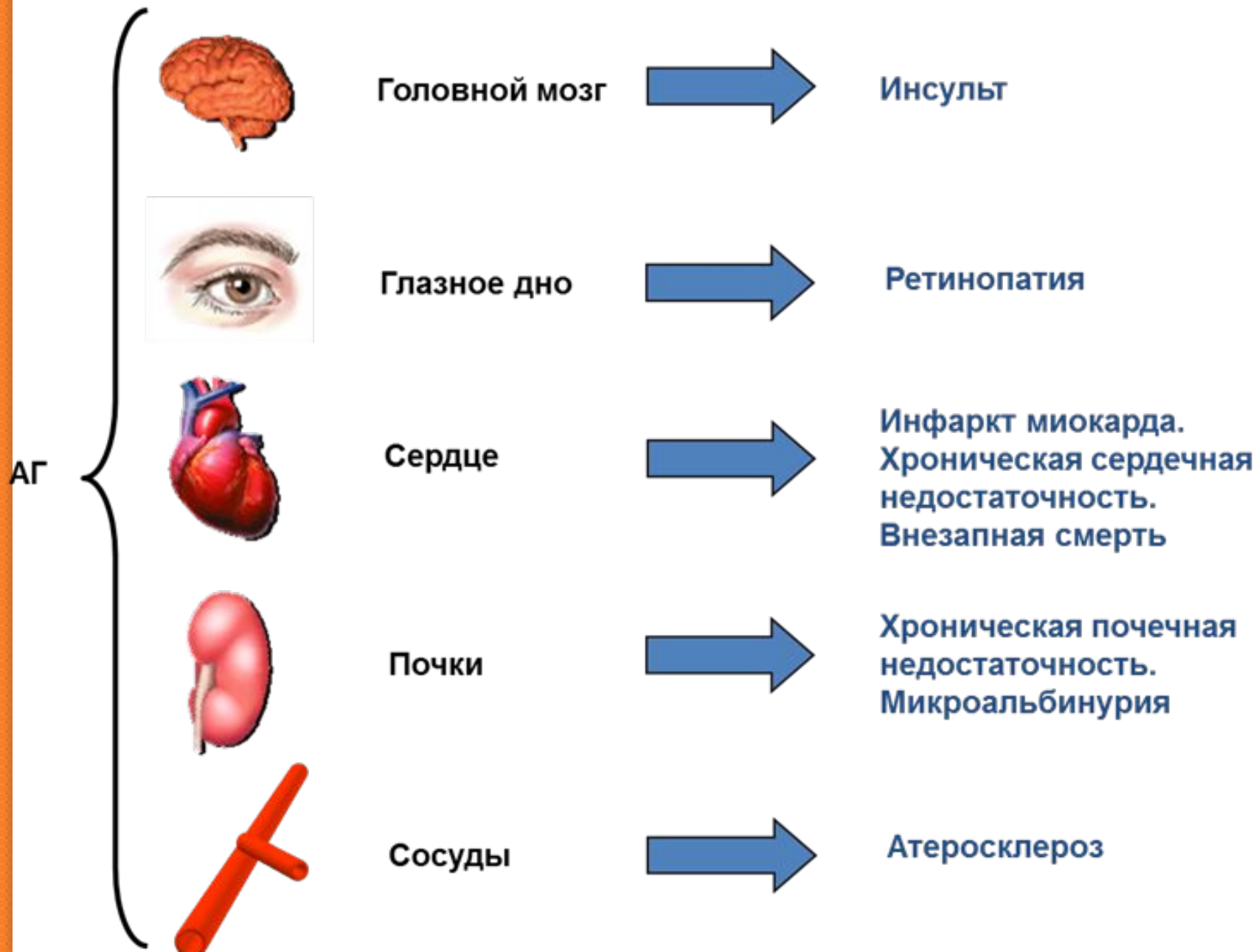


Осложнения

Гипертензивный криз опасен развитием таких тяжелых осложнений, как нарушение мозгового кровообращения, инсульт, инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность.



Чем опасна артериальная гипертензия ?



Осмотр- усиленный верхушечный толчок.

Перкуссия- ↑ сердечной тупости влево.

Пальпация- верхушечный толчок – приподнимающийся и усиленный, смещен влево, пульс твердый.

Аускультация. усиление II тона над аортой.

Диагностика

1. ЭКГ - смещение оси сердца влево.
2. ОАК, ОАМ.
3. Ргр – увеличение сердечной тени
4. УЗИ почек.
5. Биохимический анализ крови .
6. Эхокардиография.
7. Исследование глазного дна.
8. Анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко.



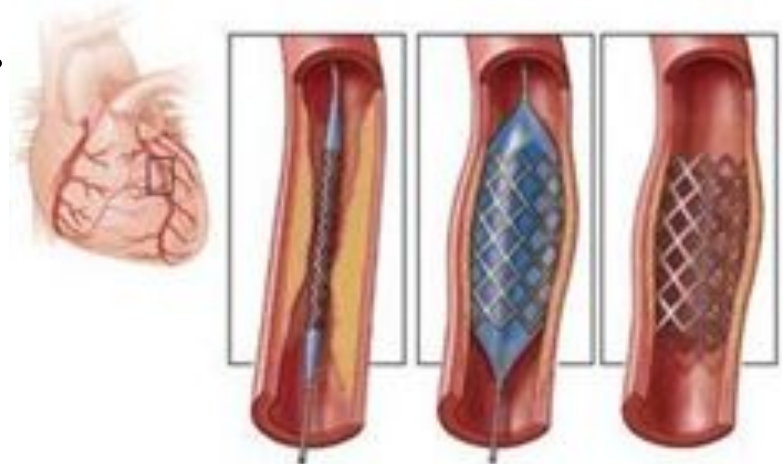
Лечение

1. Оптимизация и нормализация отношений нагрузка – отдых (нормализация ночного сна). Индивидуализация психоэмоциональной и физической нагрузок в соответствии со своими возможностями.
2. Нормализация обмена веществ: необходимо привести в соответствие со своими энергозатратами калорийность пищи, ограничение употребления поваренной соли, жидкости, жиров (диета №10).

3. Увеличение двигательного режима.

4. Медикаментозная терапия: β -адреноблокаторы, иАПФ, ингибиторы ангиотензиновых рецепторов, блокаторы кальциевых каналов, мочегонные, седативные препараты.

5. Хирургические методы - пластика почечных артерий.



6. Рентгенэндоваскулярная хирургия - эндоваскулярная баллонная дилатация и стентирование почечных артерий.

Профилактика

1. Ограничение потребления поваренной соли.
2. Отказ от вредных привычек.
3. Избегание стрессов и физических перегрузок.
4. Полноценный ночной сон.
5. Нормализация массы тела.



Классификация диуретиков

По силе действия

1. **Сильные** мочегонные средства — фуросемид (лазикс), торасемид (трифас), кислота этакриновая (урегит), клопамид (бринальдикс), осмодиуретики (маннит, мочеви́на) и др.
2. **Средние** мочегонные средства: гидрохлортиазид (гипотиазид), циклометиазид, хлорталидон (оксодолин, гигротон) и др.
3. **Слабые** мочегонные средства — спиронолактон (верошпирон), диакарб, триамтерен, амилорид, фитотерапия- листья толокнянки, ортосифона, толокнянки, леспедезы головчатой, мучницы, брусники, березовые почки, хвоща полевого, ягод земляники и др.

Классификация β - Адреноблокаторы

неселективные селективные

Пропранолол Окспреналол Метопролол Ацебутолол Надолол Соталол Тимолол
Пиндолол Бопиндолол Лабеталол Атенолол Бетаксолон Талинолол Буциндолол
Карведилол Деливалол Бисопролол Эсмолол Деливалол Целипролол Небиволол

Ингибиторы АПФ

каптоприл, алацеприл, фентиаприл

эналаприл ,беназеприл, квинаприл, периндоприл, цилазаприл

моэксиприл, рамиприл, спираприл, трандолаприл, фозиноприл

лизиноприл , церонаприл

Антагонистов кальция Нифедипин Бенидипин Исрадипин Амлодипин

Лацидипин Никардипин Фелодипин Никардипин Манидипин Нивалдипин

Нимодипин Лацидипин Лерканидипин Нисолдипин Нитрендипин

Бензотиазепины: Дилтиазем, Фенилалкиламины, Верапамил

Сестринский уход

1. Следует научить больного гипертонической болезнью придерживаться щадящего режима, дать рекомендации по соблюдению рациональной диеты (ограничить потребление соли, исключить острые и жареные блюда, крепкие бульоны, стремиться к нормализации повышенной массы тела).

Необходимо объяснить больному, что исключение вредных привычек является важным компонентом терапии заболевания, убедить в пользе закаливания и дозированных физических нагрузок (прогулок, утренней гимнастики, ЛФК).

2. Нужно также рассказать родственникам пациента о важности полноценного сна больного для нормализации АД. Они должны усвоить, что во время отдыха больному нельзя мешать (не

3. Предупредить пациента, что действие некоторых гипотензивных препаратов не наступает немедленно (например, при приеме ингибиторов АПФ), а накапливается в течение 7—10 дней, поэтому нельзя бросать прием лекарства, не получив сразу же желаемого эффекта. Больной должен усвоить, что терапия гипертонической болезни пожизненная. Самовольная отмена препаратов может привести к ухудшению состояния и возникновению серьезных осложнений.

4. Для контроля за АД необходимо 2 раза в день его измерять, контролировать количество выпитой жидкости и выделенной мочи. Методики этих измерений должны быть объяснены больному и родственникам во избежание получения

