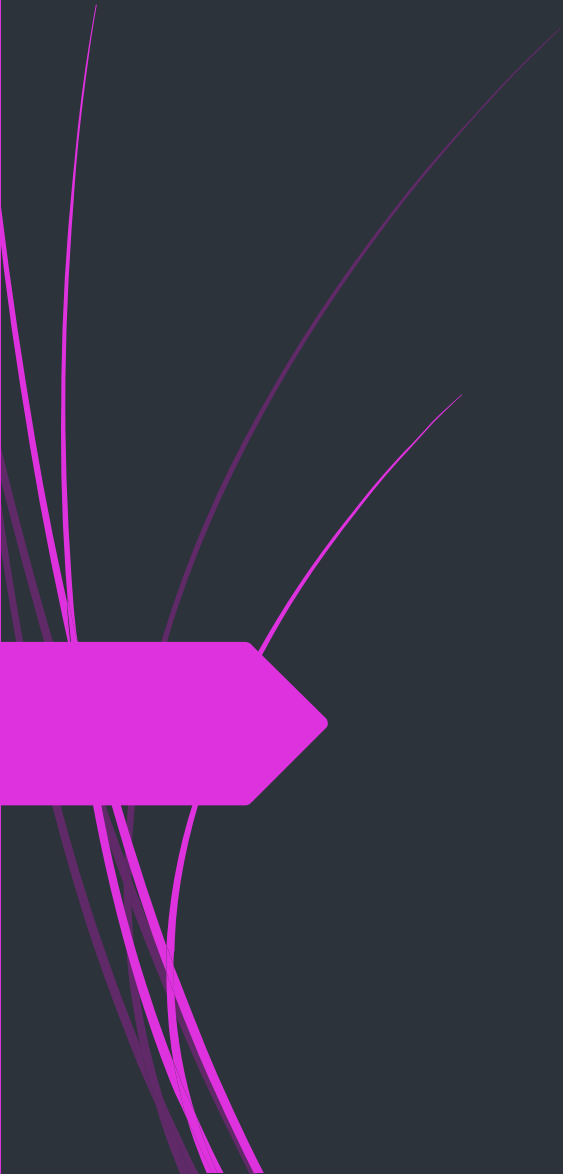




Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті

Тақырыбы: Гипертониялық криз

Орындаған: Өмірбекқызы Н.

Тексерген:



Гипертониялық криз деп АҚ дереу көтерілуімен, өмірлік маңызды ағзалардың қызметі бұзылуымен және нейровегетативті өзгерістермен көрінетін жағдайды атайды. Криз ауырлығы АҚ көтерілу жылдамдығы және күтпеген жерден пайда болуымен сипатталады



□ Гипертония ауруы (синондары: бірінші ретті эссенциалдық гипертензия, жоғары қысымды артериялық ауру) – басты клиникалық белгісі артериялық қысымның ұзақ мерзімді, әрі тұрақты түрде жоғарылауымен (гипертензиямен) бейнеленетін созылмалы ағымды сырқат. Бұл ауруды «жауапсыз (қалған) эмоциялардан өрістейтін кесел», яғни неврогендік негізде дамиды деген дербес сырқан ретінде Ресей емгері Г.Ф.Ланг ситаттаған-ды.

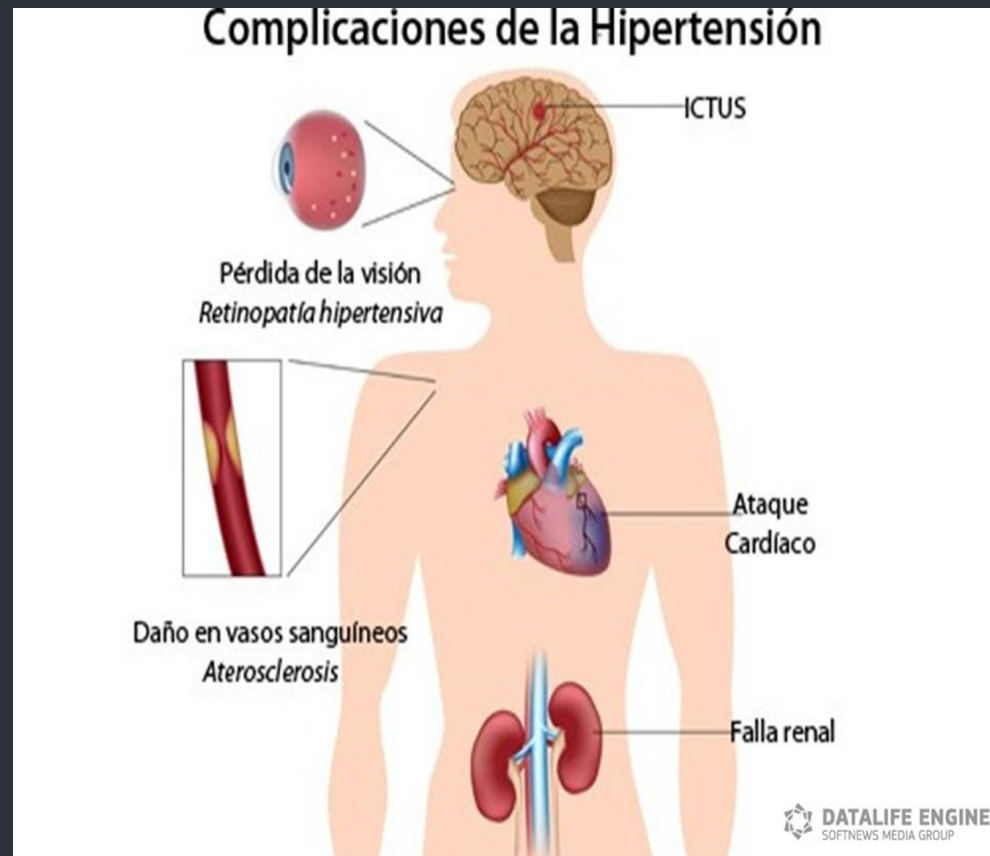


□ Гипертониялық криз этиологиясы:

- психикалық, эмоциялық стрестер, күйзелістер;
- сұйықтықты, тұзды тағамдарды мөлшерден асыра ішу;
- ауа райының, атмосфералық қысымның өзгерістері,
- инфекциялық ауруларға шалдығу (грипп эпидемиясы кезінде гипертониялық криздер жиіленеді);
- бүйрек қан ағымының рефлекторлық бұзылыстары;

□ Криз дамуының негізгі механизмдері:

- симпатоадренал жүйесінің аса белсенділенуі;
- организмде натрий иондары мен судың тез немесе біртіндеп жиналған іркілісі;
- артерия мен артериолалардың тегіс салалы бұлшықет жасушаларында калышйлік механизмнің активациясы;
- ренин-ангиотензин II-альдостерон жүйесінің белсенділенуі.





- Бірінші типті гипертониялық криз нейровегетативті көріністерімен сипатталады. Криз ұзақтығы бірнеше минуттан, бірнеше минутқа дейін созылуы мүмкін. Науқаста бет гиперемиясы, теріде қызыл дақтар, терлегіштік байқалады. Сырттай науқастар қозғыш, мазасыз, бас ауруына, дене қызуына, дененің барлық аумағындағы дерілдер, көз алдындағы тұманға шағымданады.
- Біріншілік типті кризде науқаста көбінесе систолиялық қан қысымы көтеріліп, гиперкинетикалық қан айналым түрі байқалады.

- Екіншілік гипертензиялық криз бірнеше сағаттан бастап, бірнеше күнге дейін созылуы мүмкін. Науқастар әлсіз, тежелген (вялый). Бас ауруына, бас айналуына, әлсіздікке шағымданады. Ауыр түрде гипертониялық энцефалопатия дамиды. Гипертониялық энцефалопатияда бастың қатты ауруы, көрудің бұзылуы соқырлыққа дейін жетуі мүмкін, лоқсу, құсу, естің бұзылуы комаға дейін жетуі мүмкін.
- Екінші типті криз кезінде қан айналымның гипокинетикалық түрі көрініс береді.





□ М.С. Кушаковский жоғарыдағы жіктелумен қатар, гипертониялық криздің басқа да жіктелуін ұсынды:

□ Нейро-вегетативті

□ Ісінулік (отечная, водно —солевая)

□ Энцефалопатиялық;

□ Нейро-вегетативті түрінде толықтай біріншілік гипертониялық кризге сәйкес келеді. Ісінулік түрі криздердің жеке түрі болып, ағзада натрий және сұйықтықтың жиналуымен көрінетін, екіншілік гипертониялық кризге сай келеді. Энцефалопатиялық формасы аты айтып тұрғандай, жедел гипертониялық энцефалопатиямен көрініп, екінші типке жатады.

- Сонымен қатар басқа шет елдің әдебиеттерінде гипертониялық криздерді асқынған (осложненные) және асқынбаған (неосложненные) жіктеуі қолданылады.



- 
- Асқынған гипертониялық криз кезінде маңызды ағзалардың жедел түрде зақымдалу көріністері (нысан ағзалар) байқалады. Оларға: жүрек, ми, бүйрек, тамырлар, көз түбі жатады.
 - Асқынған гипертониялық криздерде кезесетін асқыну көріністері:
 - Гипертониялық энцефалопатия;
 - Аорта ажырауы (расслоение);
 - Жедел коронарлы синдром;
 - Өкпе ісінуі;
 - Ми қан айналымының жедел бұзылысы
 - Феохромоинома;
 - Эклампсия;



- Асқынбаған гипертониялық криздер деп ағза үшін маңызды ағзалардың зақымдалуы жоқ немесе өте минималды болып келетін жағдайда айтады. Бұған кез келген ауыр жағдайдағы артериялық гипертония, қатерлі гипертония, басқа аурулар кезінде байқалатын айқын гипертония (күйіктер, жедел гломерулонефрит, склеродермия кезіндегі криз) жатқызамыз.

□ Гипертониялық криздің симптомдары:

- - диастоликалық артериалды қысымның 110-120 ммсынбағ-нан жоғары көтерілуі;
- - қатты бас ауыру, әдетте желке тұсында;
- - самайдағы тамыр бүлкілдеуі;
- - еңтігу (жүректің сол қарыншасына түсер жүк күшейгендіктен);
- - жүрек айнуы немесе құсу;
- - көру бұзылыстары (көз алдындағы “кіреукелену”, көру өрісінің ішінара жоғалуы мүмкін);
- - тері жамылғыларының қызаруы;
- - төс астында қыспалы аурудың пайда болуы ықтимал;
- - қозу, ызалану.



- Асқынбаған гипертензиялық криз диагностикасының критерилері.
- Гипертензиялы криздің нейровегетативтік түріне тән:
 - - кенеттен басталуы;
 - - пульстің жиілеуімен қоса систолалық қысымның жоғарлауы;
 - - қалтырау, қозу, тітіркенгіш, қорқу сезімі;
 - - тері жабындысының ылғалдылығы мен қызаруы;
 - - шөлдеу;
 - - бас ауыру;
 - - жүрек айну;
 - - көз алды қарауыту немесе бұлдырау;
 - - тахикардия;
 - - криздің соңында – ашық түсті зәрдің жиі және көп мөлшерде шығуы.



- Гипертензиялық криздің сулы-тұзды түрінде байқалады:
- - жітілігі шамалылау болып біліну;
- - пульстің сиректеуімен қоса диастолалық қысымның жоғарлауы;
- - енжарлық, ұйқышылдық;
- - бозғылттық;
- - ісінген;
- - бас ауыру;
- - жүрек айну, құсу;
- - парестезиялар;
- - аяқтардағы қысқа мерзімді әлсіздік, гемипарездер, афазия, диплопия.

- Гипертензиялық криздің құрысқақты түрінде байқалады:
- - систолалық және диастолалық қысымның күрт жоғарлауы;
- - психомоторлық еліру;
- - бастың қатты ауыруы, бас айналу;
- - жүрек айну, қайта-қайта құсу;
- - соқырлыққа шалдықтыратын - көру бұзылыстары, қосарланып көріну және басқалары.
- - естен тану;
- - клонустық-тонустық құрысулар.



Асқынған гипертензиялық криз диагностикасының критерилері:

- - салыстырмалы түрде кенеттен басталуы;
- - артериялық қысымның өзіндік жоғары деңгейі (диастолалық қан қысымы 120-130 мм.сн.б.) жоғарлайды;
- - ОНЖ функциясының бұзылу симптомдары - (диффузиялы түрдегі иетенсивті бас ауыру, баста шуыл сезіну, жүрек айну, құсу, көру нашарлауы, құрысулар, ұйқышылдық, естің айқын бұзылыстары болуы мүмкін) және жергілікті симптоматикалары - (бет, ерін, қол саусақ ұштарының парестезиялары аяқ-қолда әлсіздік сезіну, көздегі қосарлану, сөйлеу бұзылуы, гемипарез, энцефалопатия);
- - нейровегетативтік бұзылыстар – (шөлдеу, ауыздың құрғауы, ішкі ағзаларда діріл сезінуі, жүрек қағуы, қалтырау тәрізді тремор, гипергидроз)
- - субъективтік және объективтік әйгіленістермен әртүрлі дәрежеде айқындалатын кардиальдық дисфункциялар;
- - айқын офтальмологиялық белгілер (субъективті белгілер мен көз түбіндегі өзгерістер – күрт артериолалардың айқын тарылуы, венуланьң кеңеюі, көру нерві емізігінің ісінуі, қан құйылу, торқабықтың ажырауы).
- - алғаш пайда болған немесе бүйрек функциясының нашарлауы.

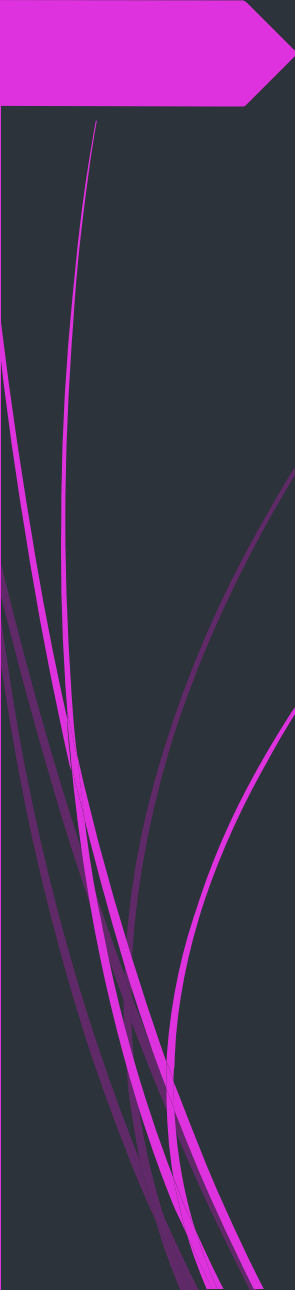
- Медициналық жәрдем көрсету тактикасы
- Мақсаты: Тіршілік үшін маңызды ағзаның функцияларын тұрақтандыру.
- Асқынбаған гипертензиялық криз:
 - 1. Науқастың қалпы – басын жоғарылау етіп жатқызу.
 - 2. Әр 15 минут сайын ЖЖЖ, АҚҚ бақылау.
 - 3. Соңынан біртіндеп АҚҚ 15-25% немесе 12-24 сағат ішінде $\leq 160/110$ мм с.б.б. төмендеуі.
 - 4. Ішкізу арқылы берілетін гипотензивті дәрілерді заттар қолданады (бір препараттан бастайды): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол).
 - 5. Мидың шеткі қантамырлар өрімінің кедергісін азайту және тұрақтандыру үшін-винкамин 30 мг.



- Жоғары систолалық артериялық қысым мен тахикардия қосарланған кезде:
- - Пропранолол (селективті емес β адреноблокатор) - ішкізуге 10-40 мг;
- - Клонидин (препарат орталыққа әсер етеді) – тіл астына 0,075-0,150 мг.

- Диастолалық артериялық қысым басым жоғарылағанда немесе систолалық артериялық қысым мен диастолалық артериялық қысым бірдей жоғарылаған кезде:
- - Каптоприл (АПФ ингибиторы) – тіл астына 25 мг;
- - Нифедипин (кальций каналының II типінің блокаторы, дигидропиридиндер) – тіл астына 10-20 мг.





□ Асқынған гипертензиялық криз:

- 1. Тыныс жолдарын санациялау.
- 2. Оксигенотерапия.
- 3. Венаға ену.
- 4. Дамыған асқынуды емдеу және гипотензивті препараттарға салыстырмалы таңдау жасау.
- 5. Антигипертензиялық терапияны парентеральдық препараттармен жүргізеді.
- 6. Тездетіп АҚҚ төмендету (соңынан 1 сағат ішінде 15-20%, содан соң 2-6 сағатта 160 және 100 мм с.б. б. (дәрілерді ішкізу арқылы беруге, ауыстыруға болады).

- Миокардтың жіті инфаркты немесе коронарлық синдроммен асқынған гипертензиялық криз
- Мақсаты: ауру ұстамасын тию, миокардтың қоректенуін жақсарту, АҚҚ төмендету.
- 1. Нитроглицерин 0,5мг тіл астына, аэрозолде немесе спрейде (0,4 мг, немесе 1 доза), қажет жағдайда әр 5-10 минут сайын қайталайды, немесе көктамырға 10 мл 0,1% ерітіндіні 100 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісімен бірге тамшылатып құяды (2-4 тамшы минутына) АҚҚ мен ЖЖЖ бақылай отырып;
- 2. Пропранолол (селективті емес β -адреноблокатор) – көктамырға баяу шүмектете құяды 1 мл 0,1% ерітінді (1мг), осы дозаны ЖЖЖ минутына 60 жеткенде АҚҚ мен ЭКГ бақылай отырып әр 3-5 минут сайын қайталауға болады; жалпы ең жоғарғы доза 10 мг;
- 3. АҚҚ жоғары деңгейден түспеген жағдайда: эналаприлат (АПФ ингибиторы) 5 минут ішінде 0,625-1,250 мг баяу көктамырға жібереді, шамамен 20 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісіне ерітеді;
- 4. Морфин (есіріткі анальгетик) 1 мл 1% ерітіндіні 20 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісіне араластырып және 4-10 мл бөліп (немесе 2-5мг) әр 5-15 минут сайын, ауырсыну сезімі мен ендігу басылғанша, немесе жанама әсерлері пайда бүлінгенге дейін (гипотензия, тыныстың тежелуі, құсу) көктамырға құяды;
- 5. Варфарин 2,5 мг, немесе ацетилсалицил қышқылы –160-325 мг шайнайды.

- 
- Жедел солқарыншалық жеткіліксіздікпен асқынған гипертензиялық криз
 - Мақсаты: өкпе ісінуін жою, АҚҚ төмендету.
 - - Эналаприлат (АПФ ингибиторы) 0,625-1,250 мг 5 минут ішінде көктамырға баяу құяды, шамамен 20 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісіне ерітеді;
 - - Фуросемид көктамырға 20-100 мг.

Қолқаның жіті қатпарлануы немесе қолқаның аневризмасының жыртылуымен асқынған гипертензиялық криз:

- Мақсаты: тез арада АҚҚ 100-120 немесе 80 мм с.б.дейін төмендету (немесе соңғысынан 25% 5-10 минутта, ал кейінгісін көрсетілген санға дейін), миокардтың жиырылғыштығын азайту.
- 1. Пропранолол (селективті емес β -адреноблокатор) – бастапқы дозада 1 мл 0,1% ерітіндіні (1мг)көктамырға баяу жібереді, осы дозаны 3-5тан соң ЖЖЖ минутына 60 жеткенше АҚҚ мен ЭКГ бақылай отырып қайталап енгізуге болады; жалпы ең жоғарғы дозасы 10 мг;
- 2. Нитроглицерин 10 мл 0,1% ертіндіні 100 мл 0,9% натрий хлориді ертіндісіне қосыпкөк тамырға тамшылатып (минутына 2-4 тамшы) және бастапқы жылдамдықпен 1 мл/мин (1-2 тамшы минутына) құяды. Құю жылдамдығын әр 5 мин сайын 2-3 тамшыдан, науқастың реакциясына байланысты, көбейтуге болады.
- 3. Егер β -адерноблокаторларға қарсы көрсетімдер болса онда верапамилді көк тамырға 2- 4 мин ішінде 2,5 – 5 мг (0,25% - 1-2 мл) 15-30 мин кейін 5-10 мг қайталап бірден құяға енгізуге болады.
- 4. Ауыру синдромын жою үшін- морфин (есірткі анальгетик) 1 мл 1% ертіндіні 20 мл 0,9% натрий хлориді ертіндісіне араластырып, көк тамырға бөліп 4-10 мл (немесе 2- 5 мг) әр 5-15 минут сайын ауыру синдромымен ендігу басылғанша, немесе жанама әсерлері пайда болғанға дейін (гипотензия, тыныс тежелуі, құсу) құяды.

- Гипертензиялық энцефалопатиямен асқынған гипертензиялық криз:
- АҚҚ тез және абайлап төмендету.
- 1. Эналаприлат (АПФ ингибиторы) 0,625-1,250 мг 5 минут ішінде шамамен 20 мл 0,9% натрий хлориді ертіндісіне ерітіп көк тамырға баяу ертіндісіне.
- 2. Құрысу синдромы кезінде – диазепам бастапқы дозасы 10-20 мг көк тамырға, келесісін қажеттілік кезінде - 20 мг бұлшықетке немесе көк тамырға тамшылатып құяды.
- 3. Ми қанайналымы жедел бұзылуы немесе субарахноидальдық қан құйылумен асқынған гипертензиялық криз.
- АҚҚ төмендету баяу жүргізіледі.
- 1. Эналаприлат (АПФ ингибиторі) 0,625-1,250 мг шамамен 20 мл 0,9% натрий хлориді ертіндісіне араластырап, 5 минут ішінде көк тамырға баяу құяды.
- 2. Преэклампсиямен немесе эклампсиямен асқынған гипертензиялық криз.
- 3. Магний сульфаты 400-1000 мг бірден көк тамырға құяды, осы кезде алғашқы 3 мл 3 минутта немесе 200 мл 0,9% натрий хлориді ертіндісіне араластырып тамшылатып құяды.
- 4. Нифедипин (II типті кальций каналының блокаторы, дигидропиридиндер) - 10-20 мг тіл астына.

- Жіті
гломерулонефритпен
асқынған
гипертензиялық криз:
- 1. Нифедипин 10-40 мг
ішкізуге.
- 2. Фуросемид 80-100 мг.



□ Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Нифедипин 10 мг, табл.
- 2. *Эналаприл 1,25 мг 1 мл, амп.
- 3. *Варфарин 2,5 мг, табл.
- 4. *Натрий хлориді 0,9% - 400,0 мл, фл.
- 5. *Морфин 1% - 1,0 мл, амп.
- 6. Каптоприл 12,5 мг, табл.
- 7. *Пропранол 0,1% - 10 мл, амп.
- 8. *Нитроглицерин 0,0005 г, табл.
- 9. *Нитроглицерин 0,1% 10 мл, амп.
- 10. *Фуросемид 40 мг, амп.
- 11. *Верапамил гидрохлориді 80 мг — 2,0 мл, амп.
- 12. *Диазепам 10 мг 2,0 мл, амп.
- 13. *Магний сульфаты 25% 5,0 мл, амп.
- 14. *Винкамин 30 мг, капс.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Эналаприл 10 мг, табл.
- 2. Ацетилсалицил қышқылы 500 мг, табл.
- 3. *Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп.
- 4. Бисопролол фуморат 5 мг, табл.



□ Госпитализацияға көрсеткіш:

□ Емге көнбейтін ГК.

□ Гипертониялық энцефалопатияның айқын көрінісі бар ГК.

□ Қарқынды емді және дәрігерлік қадағалауды үнемі қажет ететін ГК асқынулары (ми қанайналымының жіті бұзылыстары, жүректің жіті жетіспеушілігі, миокардтың жіті инфаркты, т.б.).

□ Қатерлі ағымды АГ.

Пайдаланған әдебиеттің тізбесі

Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)

Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер:

1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. —1248 с.: ил.
2. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования. Методические рекомендации. Алматы, 2006, 44 с.
3. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2004 года № 883 «Об утверждении Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».
4. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2005 года №542 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РК от 7 декабря 2004 года № 854 «Об утверждении Инструкции по формированию Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».
5. Stang A., Hense H-W, Jцckel K-H et al. Is It Always Unethical to Use a Placebo in a Clinical Trial? PLoS Med. 2005 March; 2(3): e72. 6. Donald A. Evidence-Based Medicine: Key Concepts. Medscape Psychiatry & Mental Health Journal 7(2), 2002. <http://www.medscape.com/viewarticle/430709> 7. Горюшкин И.И. Так ли доказательна "доказательная медицина" или почему стати-стическая обработка результатов не может заменить необходимости изучения патогенеза? Актуальные проблемы современной науки. 2003; 3:236-237.