

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний кардиологического профиля. По данным различных авторов она встречается в 15-25% взрослого населения. Большая распространенность заболевания, «тяжелые» сосудистые осложнения, способные привести к фатальному исходу или высокой степени инвалидности, делают проблему профилактики и лечения АГ крайне актуальной во всех развитых странах мира.

Артериальная гипертензия - заболевание сердечно-сосудистой системы, развивающееся вследствие первичной дисфункции высших сосудорегулирующих центров и последующих нейрогормональных и почечных механизмов, характеризующееся функциональными а при выраженных стадиях органическими изменениями почек, сердца, центральной нервной системы.

Классификация артериальной гипертензии, принятая в республике Беларусь на 4-ом съезде кардиологов 12.10.00. (на основе рекомендаций экспертов ВОЗ, МОАГ 1998 г.)

Термин «Гипертоническая болезнь» заменен на термин «Артериальная гипертензия».

Если повышенное АД является симптомом другого заболевания, обозначать их как «вторичные (симптоматические) гипертензии» после основного заболевания.

В формулировке диагноза термины «мягкая», «умеренная» и «тяжелая» АГ не использовать, заменив их на термины «АГ 1, 2 или 3 степени».

Классификация АГ по уровню АД

Артериальную гипертензию следует диагностировать, если САД и/или ДАД превышает уровень 140/90 мм рт. ст. (среднее значение, полученное в результате не менее двух последовательных визитов к врачу при условии, что больной не принимает лекарственные средства, понижающие или повышающие АД).

Если больной принимает а/гипертензивные препараты и их невозможно отменить, степень АГ следует зависить на одну степень.

Если САД и ДАД соответствует разным степеням тяжести гипертензии, уровень АД у данного человека следует относить к более высокой категории.

Категории АД	САД, мм.рт.ст.	ДАД, мм.рт.ст.
Нормальное	129 и меньше	84 и меньше
Повышенное нормальное АД	130-139	85-89
Артериальная гипертензия :		
1 степень	140-159	90-99

2 степень	160-179	100-109
3 степень	180 и больше	ПО и больше
Изолированная САГ	140 и больше	89 и меньше

2. Стратификация риска и прогноз

В диагнозе после указания степени АГ необходимо указывать риск развития сердечнососудистых осложнений. Предлагается выделять 4 степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

	Артериальное давление (мм. рт. ст.)		
Другие факторы риска и заболевания в анамнезе	1 степень (140-159/90-99)	2 степень (160-179/100-109)	3 степень (больше 179/109)
Другие факторы риска отсутствуют	Риск 1 (низкий риск)	Риск 2 (средний риск)	Риск 3 (высокий риск)
1-2 фактора риска	Риск 2	Риск 3	Риск 4
3 и более факторов риска или повреждение органов мишеней или диабет	Риск 3	Риск 3	Риск 4
Сопутствующие патологические состояния	Риск 4	Риск 4	Риск 4

Риск 1 означает, что вероятность развития ОИМ или ОНМК в течение 10-ти лет =15%, риск 2 = 15-20%, риск 3 = 20-30%, риск 4 = больше 30%.

Примеры формулировки диагноза

- Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 2. Гиперхолестеринемия.

- Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 3. Гипертоническое сердце, Желудочковая экстрасистолия. Н 1.

- Артериальная гипертензия 3 степени. Риск 4. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК 2. - Постинфарктный (1999 г.) кардиосклероз Хроническая аневризма левого желудочка.

Н 2А.

- Артериальная гипертензия 1 степени. Риск 1. Гипертонический криз 1-го порядка (от 10.01.00) легкой степени.

- Артериальная гипертензия 3 степени, Риск 4. Гипертоническая почка. Нефроангиосклероз. ХПН 2 ст.

Предрасполагающие факторы: наследственность, нарушение функции эндокринной и нервной системы, заболевания гипоталамуса, избыточная масса, алкоголь, курение, гиподинамия, пожилой возраст, шум и вибрация, перенесенные болезни почек.

Этиологические факторы: отрицательные острые и хронические психоэмоциональные стрессы, постоянное умственное перенапряжение, черепно-мозговая травма, гипоксия мозга любого генеза, возрастная нейроэндокринная перестройка, злоупотребление солью.

Патогенетические факторы: нарушение функции гипоталамуса и продолговатого мозга, возрастание активности интерорецепторов миокарда, уменьшение секреции предсердного натрийуретического гормона, повышение активности симпато-адреналовой системы, изменение активности системы ренин -- ангиотензин II -- альдостерон, снижение депрессорной функции почек, уменьшение продукции фосфолипидного пептида -- ингибитора ренина, развитие изменений в артериолах и прекапиллярах, изменение структуры и функции клеточных мембран, в том числе гладкомышечных клеток артериол (снижение активности натриевого и кальциевого насосов, повышение концентрации ионизированного кальция в цитоплазме), уменьшение продукции эндотелием артерий простациклина и эндотелиального расслабляющего фактора и увеличение -- эндотелина. Под воздействием указанных патогенетических факторов происходит рост периферического сопротивления и стабилизация артериальной гипертензии.

Клинические симптомы

1. Субъективные проявления: боли и перебои в области сердца, головные боли, головокружения, снижение остроты зрения, мелькание пятен, кругов, мушек перед глазами, одышка при ходьбе.

2. При развитии выраженного кардиосклероза и недостаточности кровообращения -- акроцианоз, пастозность голеней и стоп, при выраженной левожелудочковой недостаточности -- приступы удушья, кровохарканье.
3. Артериальное давление выше 160/95 мм рт. ст.
4. Пульс в ранних стадиях заболевания существенно не изменен, в более поздних стадиях повышенного наполнения и напряжения, иногда аритмичный.
5. Левая граница сердца увеличена, при аускультации -- в начальных стадиях усиление I тона над верхушкой сердца, в дальнейшем -- его ослабление, акцент II тона над аортой. При нарастании сердечной недостаточности -- ритм галопа.
6. Клинические проявления поражения мозга, почек в выраженных стадиях заболевания.

Клинические варианты

1. Гиперкинетический вариант развивается преимущественно на ранних стадиях и характеризуется сердцебиением и болями в области сердца; ощущением пульсации в голове, головными болями; потливостью, покраснением, ознобоподобным тремором; высоким, но лабильным АД; увеличением МО при сравнительно небольшом или даже нормальном ПС.
2. Объем (натрий) зависимый гипоренинный вариант с признаками задержки воды проявляется преимущественно отечностью лица, рук (трудно снять кольцо с пальца -- симптом кольца); постоянными тупыми достаточно интенсивными головными болями в затылочной области; онемением пальцев рук и ног; связью указанных симптомов и повышения АД с приемом вечером соли, воды; чаще снижением содержания ренина, альдостерона в крови; отчетливым терапевтическим эффектом от приема салуретиков.
3. Гиперренинный (ангиотензин зависимый) вазоконстрикторный вариант характеризуется высоким уровнем АД, стабильным его характером, высоким содержанием в крови ренина, альдостерона, ангиотензина II.
4. Злокачественный вариант (быстро прогрессирующий) артериальной гипертензии проявляется чрезвычайно высоким АД, резистентным к обычной гипотензивной терапии, быстрым прогрессированием тяжелых нарушений со стороны почек (развитие ХПН), головного мозга (тяжелая гипертоническая энцефалопатия, инсульт), сосудов глазного дна, нередко быстро наступает летальный исход (через 1--2 года после появления первых симптомов при отсутствии активного целенаправленного лечения).
5. Доброкачественный вариант характеризуется медленным прогрессированием, волнообразным чередованием периодов ухудшения и улучшения, поражением сердца, сосудов головного мозга, сетчатки глаза и почек на стадии стабилизации АД; эффективностью лечения, четкой стадийностью течения; развитием осложнений на поздних стадиях заболевания.

Лабораторные данные

1. ОАК: при длительном течении гипертонической болезни возможно увеличение содержания эритроцитов, гемоглобина и показателя гематокрита («гипертоническая полицитемия»).

2. БАК: присоединение атеросклероза приводит к гиперлипотеинемии II и IV типов по Фредриксену, при развитии ХПН -- повышение уровня креатинина, мочевины. ОА мочи: при развитии нефроангиосклероза и ХПН -- протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, гипо-, изостенурия в пробе по Зимницкому.

Инструментальные исследования

ЖГ. М.С. Кушаковский (1982) выделяет 5 типов ЭКГ-кривых:

I тип (при изотонической гиперфункции левого желудочка) характеризуется высокоамплитудными симметричными зубцами Т в левых грудных отведениях.

II тип (при изометрической гиперфункции левого желудочка) -- увеличивается амплитуда зубца Q в левых грудных отведениях, зубец Т в отведениях aVL уплощенный, двухфазный ($\pm$) или неглубокий, неравносторонний зубец, синдром $T_{vl} > T_{v6}$, зубец Р иногда деформируется и уширяется.

III тип (при концентрической гипертрофии левого желудочка) -- возрастание амплитуды комплекса QRS и отклонение электрической оси сердца влево, уплощение или двухфазность ($\pm$) зубцов Т в отведениях I, aVL, V5-V6 в сочетании с небольшим смещением ST книзу.

IV тип: (при эксцентрической гипертрофии левого желудочка) -- комплекс QRS высокоамплитудный, продолжительность его более 0,10 с, удлинено время внутреннего отклонения в отведении V5-V6 более 0,05 с, переходная зона смещается к правым грудным отведениям, в некоторых случаях исчезает начальный зубец r в отведениях VI-V2 с образованием глубоких комплексов QS. В отведениях I, aVL, V5-V6 сегменты ST смещены книзу от изолинии с дугообразной выпуклостью, обращенной вверх, в отведениях III, aVF, aVR, VI-V3--смещение ST кверху от изолинии с вогнутостью, обращенной вниз. Зубцы Т в отведениях I, aVL, V5-V6 отрицательные, неравносторонние, часто двухфазные.

V тип (при кардиосклерозе и других осложнениях ИБС) -- уменьшение амплитуды комплекса QRS, следы перенесенных инфарктов, внутрижелудочковых блокад.

Рентгенологическое исследование сердца. В период начальной концентрической гипертрофии выявляется лишь закругление верхушки левого желудочка. При более выраженном, но все еще умеренном увеличении размеров левого желудочка верхушка сердца опускается слегка книзу, в дальнейшем -- отодвигается влево. При гипертрофии и дилатации «путей притока» левый желудочек увеличивается кзади, суживая ретрокардиальное пространство. В поздних стадиях увеличиваются все отделы сердца. Эхокардиография выявляет увеличение левого желудочка.

Офтальмоскопия. Выделяют 4 стадии ангиоретинопатии (М.С. Кушаковский, 1982):

I -- минимальное сегментарное или диффузное сужение артерий и артериол;

II -- более отчетливое сужение просвета артерий и артериол, уплощение их стенок, сдавление вен уплотненными артериолами, извилистость, расширение вен;

III -- выраженные склероз и сужение артериол, их неравномерность, крупные и мелкие кровоизлияния в виде ярко-красных очагов, полос, кругов, экссудаты типа «взбитой ваты»;

IV -- признаки предыдущей стадии, а также двусторонний отек сосков зрительных нервов со смазанностью оптического диска, отек сетчатки, иногда ее отслойка; яркие очажки вокруг соска и области желтого пятна (фигура звезды), прогрессирующее понижение зрения или внезапная потеря зрения на один или оба глаза.

Исследование гемодинамики: в начальных стадиях возможен гиперкинетический тип кровообращения (увеличение МО, нормальное ПС), в дальнейшем -- гипокинетический (снижение МО, увеличение ПС).

Программа обследования

1. Измерение АД в спокойном состоянии в положении сидя, трехкратное, с интервалом в 2-3 мин, на обеих руках.
2. ОА крови, мочи
3. Анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко, проба Реберга.
4. БАК: мочевины, креатинин, холестерин, триглицериды, пре-В- и В-липопротеины (метод Бурштейна), протромбин.
5. ЭКГ
6. ФКГ
7. Рентгеноскопия сердца
8. Эхокардиография, эхосканирование почек
9. Офтальмоскопия

3. Симптоматические артериальные гипертензии. Диагностика

Симптоматическая артериальная гипертензия - артериальная гипертензия, причинно связанная с заболеваниями или повреждениями некоторых органов, участвующих в регуляции артериального давления.

Основные виды симптоматических артериальных гипертензий:

I. Почечные:

1.1 Паренхиматозные и интерстициальные заболевания почек (гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, диабетический гломерулосклероз, амилоидоз, гидронефроз, пострадиационный нефросклероз).

1.2 Реноваскулярная патология (атеросклероз почечной артерии, фибромускулярная дисплазия, аортоартериит, васкулиты, эндартериит, тромбоз, эмболия, аневризмы почечных артерий, артериовенозные фломулы, стенозы и тромбозы вен, гематомы, травмы сосудов почек, неоплазмы, сдавливающие почечные артерии).

1.3 Врожденные аномалии почек и почечыводящих путей (полимотоз, галето- и подковообразная почка, дистопия почек, патологически подвижная почка, удвоение, миоплазия, аномалии мочевого пузыря, уретры и мочеточников).

1.4 Вторичные поражения почек при туберкулезе, бактериальных метастазах и диффузных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, узелковый периартериит).

II. Эндокринные гипертензии:

2.1 Феохромоцитома

2.2 Первичный гиперальдостеронизм (синдром Кона)

2.3 Идиопатическая гиперплазия коры надпочечников (псевдопервичный гиперальдостеронизм).

2.4 Болезнь (синдром) Иценко-Кушинга,

2.5 Токсический зоб

2.6 Акромегалия

2.7 Климактерическая гипертензия

III. Гемодинамические (при поражении сердца и крупных сосудов) гипертензии:

3.1 Атеросклероз аорты

3.2 Стенозирующее поражение сонных и вертебробазилярных артерий

3.3 Коарктация аорты

3.4 Недостаточность аортальных клапанов

3.5 Полная АВ-блокада

3.6 Гипертензии на почве гиперкинетического циркуляторного синдрома (юношеская, спортивная, при анемии)

3.7 Ишемические и застойные гипертензии (при недостаточности кровообращения, хронических обструктивных заболеваниях легких, митральном пороке сердца)

3.8 Реологические гипертензии (при эритромии)

IV. Нейрогенные гипертензии (при заболевании и поражениях нервной системы):

4.1 Сосудистые заболевания и опухоли мозга

4.2 Воспалительные заболевания ЦКС (энцефалит, менингит, полиомиелит, диэнцефальный синдром)

4.3 Травмы мозга (посткоммоционный и постконтузионный синдромы)

4.4 Полиневриты

V. Особые формы вторичных гипертензий:

5.1 Солевая и пищевая гипертензия, при чрезмерном употреблении соли, при употреблении веществ богатых тирамином - некоторые сорта сыра, красное вино.

5.2 Медикаментозные гипертензий (при приеме глюкокортикоидов, неспецифических. противовоспалительных средств, контрацептивных препаратов и др.).

Почечные симптоматические артериальные гипертензии

Лекарственные гипертензии:

Глюкокортикостероиды - при длительном применении вызывают появление коммулятивного синдрома: высокое АД, ожирение, стресс, лунообразное лицо. Назначают гипотензивные препараты: бета-адреноблокаторы с периферическими вазодилататорами. НПВС - воздействует на синтез ПГ, низкая активность депрессорных механизмов регуляции АД, высокое АД. Лечение: гипотензивные препараты.

Контрацептивы: воздействуют на гормональную строгенпрогестероновую систему организма, приводят к повышению АД. Прекращение приема препаратов приводит к нормализации АД в течение 2-3 месяцев. Эффективность лечения симптоматических артериальных гипертензий зависит в первую очередь от успешного лечения основного заболевания, а также подбора соответствующей гипотензивной медикаментозной терапии.

4. Лечение артериальной гипертензии

Лечение артериальной гипертензии (АГ) является сложной и далеко не решенной проблемой практической кардиологии, представляет собой комплекс традиционных и нетрадиционных подходов при лечении данной патологии.

Включает:

1. устранение отрицательных психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций;
2. лечебное питание с ограничением применения поваренной соли;
3. нормализация массы тела;
4. ограничение алкоголя и прекращение курения;
5. увеличение динамических физических нагрузок;
6. психорелаксация, рациональная психотерапия;

7. иглорефлексотерапия;
8. физиотерапевтическое лечение;
9. фитотерапия.

При выставлении диагноза артериальная гипертензия требуется определить тактику дальнейшего лечения. Она включает в себя следующие направления:

1. Коррекция образа жизни и диета
 2. Оптимальная медикаментозная терапия с ежедневным контролем уровнем АД.
- Принципы коррекции образа жизни представлены на рисунке 1.

Размещено на <http://www.Allbest.ru/>

Рисунок 1 - Принципы коррекции образа жизни и диеты

Медикаментозная гипотензивная терапия

Общепринятой классификации гипотензивных препаратов не существует. Основные препараты, используемые при лечении артериальной гипертензии представлены в таблице 1.

Основные препараты используемые при лечении АГ

Гипотензивные лекарственные средства можно классифицировать следующим образом (Е.Е. Гогин, 1994):

1. в-Адреноблокаторы
2. Диуретики (салуретики)
3. Антагонисты кальция
4. Ингибиторы АПФ
5. Антагонисты рецепторов ангиотензина II
6. Прямые вазодилататоры
7. α-Адреноблокаторы
8. Симпатолитики
9. Активаторы калиевых каналов
10. Вазоактивные простагландины и стимуляторы синтеза простациклина

Выводы:

На основании вышесказанного артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний кардиологического профиля, большая распространенность заболевания, «тяжелые» сосудистые осложнения, способные

привести к фатальному исходу или высокой степени инвалидности, делают проблему профилактики и лечения АГ крайне актуальной во всех развитых странах мира.

Литература:

1. ESC 2013. Европейские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии.
2. «Практическая кардиология» под редакцией В.В. Горбачева, т.2, Минск,1997.
3. В.В. Горбачев, А.Г. Мрочек и др. «Диагностика кардиологических заболеваний», Минск, 1990 г.
4. А.Н. Огороков «Лечение внутренних болезней», т. 3, 1997 .
5. Е.И. Гаров «Руководство по кардиологии», т.4, Москва, 1982.
6. А.В. Сумароков, В.С. Моисеев «Клиническая кардиология», М., 1995.
7. Диагностический справочник терапевта - А.А. Чиркин, А.Н. Огороков, И.И. Генгарик. Минск, 1993 г.
8. Практическая кардиология, - под редакцией В.В.Горбачева (том 2).. Минск,1997 г.
9. В.В. Горбачев, рук-во "Практическая кардиология" Минск, Вышэйшая школа, 1997г.
10. А.Н. Огороков, рук-во "Лечение внутренних болезней" Минск, Вышэйшая школа, 1997г.
11. Ф.И. Комаров, рук-во, "Диагностика и лечение внутренних болезней" Москва, Мед, 1996г.
12. А.Н. Амосова «Клиническая кардиология» Москва 2000.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Кафедра внутренних болезней №1

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения
специальности «Кардиология»:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	5
2. Наличие орфографических ошибок	1
3. Соответствие текста реферата его теме	5
4. Владение терминологией	5
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	5
6. Логичность доказательной базы	5
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	5
8. Круг использования известных научных источников	5
9. Умение сделать общий вывод	5

Итоговая оценка:положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

РЕФЕРАТ

Тема: Аспекты диагностики и лечения артериальной гипертензии.

ВЫПОЛНИЛ: ординатор 2 года обучения

По специальности «кардиология»

Майнагашев Вячеслав

Вархотович

ПРОВЕРИЛ: к.м.н, доцент кафедры
внутренних болезней №1 врач-кардиолог Верещагина Т. Д