

Гипертоническая болезнь

Лекция

Артериальная гипертензия

- **Артериальная гипертензия** –повышение офисного САД \geq 140 мм рт. ст., и ДАД выше 90 мм.рт.ст.
- **Экстренная гипертензия [8]** (гипертонический криз) - тяжелая гипертензия (чаще 3 степени) с признаками острого повреждения органов-мишеней требующая чаще всего немедленного, но осторожного снижения АД обычно внутривенной терапией:
- Гипертензивная энцефалопатия
- Острая сердечная недостаточность
- Острый коронарный синдром
- Острое нарушение мозгового кровотока
- Острая диссекция аорты
- Гипертензивная ретинопатия (геморрагии и/или отек диска зрительного нерва)
- Острая почечная недостаточность
- Преэклампсия и эклампсия

Диагностические критерии:

- повышение АД, при котором САД ≥ 140 мм рт. ст., и (или) ДАД ≥ 90 мм.рт.ст.;
- исключение возможных причин вторичной АГ;
- наличие факторов риска АГ,
- поражение органов, обусловленных АГ;
- наличие ССЗ, цереброваскулярных и почечных заболеваний.

Анамнез

- При сборе анамнеза важно:
- Длительность АГ, предшествующие обследования, госпитализации и т.д.
- Все имеющиеся записи об уровнях АД в настоящем и прошлом.
- Все сведения о приеме антигипертензивных препаратов.
- Сведения о приеме любых других лекарственных препаратов.
- Семейный анамнез, касающийся АГ, ССЗ, инсультов или заболеваний почек.
- Специфические признаки, свидетельствующие о возможном вторичном генезе АГ - семейный анамнез ХБП (поликистоз почек), наличие в анамнезе болезней почек, инфекций мочевых путей, гематурии, злоупотребления обезболивающими (паренхиматозные заболевания почек), прием лекарств, таких как пероральные контрацептивы, солодка, карбеноксолон, сосудосуживающие капли в нос, кокаин, амфетамины, глюко- и минералокортикоиды, нестероидные противовоспалительные средства, эритропоэтин, циклоспорин, повторные эпизоды внезапной потливости, головной боли, тревоги, сердцебиения (феохромочитома), периодическая мышечная слабость и судороги (гиперальдостеронизм); симптомы, позволяющие предполагать заболевания щитовидной железы), особенности течения беременностей, менопаузы, приема оральных контрацептивов.

Физикальное обследование:

- Оценка пульса в покое всем пациентам с АГ для оценки сердечного ритма и выявления аритмий.
- Определение веса и роста с помощью калиброванных приборов, с определением ИМТ.
- Определение окружности талии.
- Осмотр кожных покровов: признаки нейрофиброматоза (феохромоцитомы).
- Пальпация и аускультация сердца и сонных артерий.
- Аускультация сердца и почечных артерий для выявления шумов, являющихся признаком коарктации аорты или реноваскулярной гипертензии.
- Сравнение пульсации на радиальных и бедренных артериях для выявления задержки пульсовой волны при коарктации аорты.
- Пальпация щитовидной железы (признаки заболеваний щитовидной железы).
- Пальпация почек для исключения их увеличения при поликистозе.

Диагностика

- ЭКГ в 12 отведениях – для выявления ГЛЖ и других возможных аномалий, а также для документирования сердечного ритма и выявления нарушений ритма и проводимости;
- СМАД;
- Эхокардиография – при выявлении изменений на ЭКГ или при наличии симптомов и признаков дисфункции ЛЖ
- Ультразвуковое исследование сонных артерий - для выявления атеросклероза и бляшек в сонных артериях (при наличии шума в проекции сонных артерий, транзиторной ишемической атаки или цереброваскулярной болезни (ЦВБ) в анамнезе, а также в качестве обследования пациента с признаками поражения сосудов)
- Фундоскопия – для выявления гипертонической ретинопатии у больных АГ 2-й или 3-й степеней и всем пациентам с СД

Немедикаментозное лечение

- Ограничение употребления соли до <5 г/сут (УД – IA);
- Ограничение употребления алкоголя:
- Увеличить употребление овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов и ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло), уменьшить употребление мяса; употребление молочных продуктов низкой жирности (УД – IA);
- Рекомендуется контролировать массу тела для предупреждения развития ожирения (ИМТ >30 кг/м² или окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин), стремление к идеальному ИМТ (около 20-25 кг/м²) и окружности талии <94 см у мужчин и <80 см у женщин с целью снижения АД и уменьшения ССР
- Рекомендуются регулярные аэробные физические упражнения (не менее 30 мин динамических упражнений умеренной интенсивности 5-7 дней/нед)
- Рекомендуются прекращение курения, психологическая поддержка и выполнение программ по прекращению курения

Медикаментозное лечение

- У большинства больных лечение следует начинать с назначения фиксированных комбинаций двух препаратов для улучшения скорости, эффективности и предсказуемости снижения АД.
- Предпочтительными двойными комбинациями являются сочетание блокаторов РАС с БКК или диуретиком. Комбинация β -АБ с диуретиком или любым другим препаратом из основных классов антигипертензивных средств представляет собой альтернативу при наличии специальных показаний к назначению β -АБ, например, стенокардия, перенесенный ИМ, СН или необходимость контроля частоты сердечного ритма.
- Монотерапия может использоваться у пациентов низкого риска с АГ 1-й степени, у которых САД <150 мм рт.ст., а также у пациентов очень высокого риска с высоким нормальным АД, или у ослабленных пожилых больных.
- Если АД не контролируется на фоне приема фиксированной комбинации двух препаратов, следует использовать комбинацию трех препаратов (блокатора РАС, БКК и диуретика) в одной таблетке.
- Добавить спиронолактон для лечения резистентной гипертензии при отсутствии противопоказаний.
- Использовать другие классы антигипертензивных средств в редких клинических ситуациях, когда не удастся достичь контроля АД с помощью вышеперечисленных методов терапии.

Гипертонический криз

- **Гипертензивный криз** – клинический синдром, характеризующийся внезапным повышением артериального давления, появлением симптомов нарушения функции жизненно важных органов или реальным риском их развития, а также нейровегетативными расстройствами.

Гипертонический криз 1 типа (неосложненный)

- **Неосложненные** (некритический, urgency) гипертензивные кризы характеризуются отсутствием поражения органов-мишеней и относятся к состояниям, требующим относительно срочного снижения АД в течение нескольких часов.

Формы неосложненных гипертензивных кризов:

- нейровегетативная;
- водно-солевая;
- судорожная.

Диагностические критерии неосложненного гипертензивного криза:

- • внезапное начало;
- преимущественное повышение систолического давления с увеличением пульсового;
- озноб; возбуждение; чувство страха, раздражительность;
- гиперемия и влажность кожных покровов;
- жажда;
- головная боль;
- тошнота;
- расстройства зрения в виде «мушек» или пелены перед глазами;
- тахикардия;

Неотложная медицинская помощь

- **Неосложнённый 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 лекарственные средства (начинают с одного препарата): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол);
 - снижение и стабилизация периферического сопротивления сосудистого русла головного мозга – винкамин 30 мг.

Гипертонический криз 2 типа (осложненный)

- **Осложненные** (критический, emergency) сопровождаются признаками ухудшения мозгового, коронарного, почечного кровообращения и требует снижения артериального давления в течение первых минут и часов с помощью парентеральных препаратов.

Осложнения гипертензивных кризов:

Цереброваскулярные:

- острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт, субарахноидальное кровоизлияние);
- острая гипертоническая энцефалопатия с отеком 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

Диагностические критерии осложненного гипертензивного криза:

- относительно внезапное начало;
- индивидуально высокий уровень артериального давления (диастолическое артериальное давление превышает 120-130 мм.рт.ст.);
- наличие признаков нарушения функции центральной нервной системы, энцефалопатии с общемозговой (интенсивные головные боли диффузного характера, ощущение шума в голове, тошнота, рвота, ухудшение зрения. Возможны судороги, сонливость, выраженные нарушения сознания) и очаговой симптоматикой (парестезии кончиков пальцев рук, губ, щек, ощущение слабости в руках, ногах, двоение в глазах, преходящие нарушения речи, преходящие гемипарезы);
- нейровегетативные расстройства (жажда, сухость во рту, ощущение внутренней дрожи, сердцебиение, ознобоподобный тремор, гипергидроз);
- кардиальная дисфункция различной степени выраженности с субъективными и объективными проявлениями;
- выраженные офтальмологические признаки (субъективные признаки и изменения глазного дна – резко выраженное спазмирование артериол, расширение вену, отек соска зрительного нерва, кровоизлияния, отслойка сетчатки);
- впервые возникшие или усугубившиеся нарушения функции почек

Неотложная медицинская помощь

- **Осложненный гипертензивный криз:**

- санация дыхательных путей;
- оксигенотерапия;
- венозный доступ;
- лечение развившихся осложнений и дифференцированный подход к выбору гипотензивных препаратов;
- антигипертензивную терапию проводят парентеральными препаратами;
- снижение АД быстрое (на 15-20% от исходного в течение часа, затем за 2-6 часов до 160 и 100 мм рт.ст. (возможен переход на пероральные лекарственные средства)).

Неотложная медицинская помощь

- **Гипертензивный криз, осложненный острым инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом:**
 - нитроглицерин 0,5 мг сублингвально (0,4 мг, или 1 доза), при необходимости повторяют каждые 5-10 минут, или внутривенно 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 (неселективный β -адреноблокатор) – внутривенно струйно медленно вводят 1 мл 0,1% раствора (1 мг), 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

Неотложная медицинская помощь

- **Гипертензивный криз, осложненный острым расслоением аорты или разрывом аневризмы аорты:**
 - пропранолол (неселективный β -адреноблокатор) – внутривенно 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;
 - нитроглицерин внутривенно 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;
 - если β -адреноблокаторы противопоказаны, то верапамил внутривенно 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 (наркотический анальгетик) 1 мл 1% раствора развести 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить внутривенно 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).

Неотложная медицинская помощь

- **Гипертензивный криз, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения или субарахноидальным кровотечением:**

- эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида. [B].

Гипертензивный криз, осложненный преэклампсией или эклампсией:

- магния сульфат внутривенно 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 [C];
- нифедипин (блокаторы кальциевых каналов II типа, дигидропиридины) - сублингвально 10-20 мг [

Список литературы

- 1. Аверьянов, А. Гипертония. Диагностика, профилактика и методы лечения / А. Аверьянов, Е. Романова, О. Чапова. - М.: Центрполиграф, **2019**. - 191 с.
- 2. Алан, Л. Рубин Гипертония для "чайников" / Алан Л. Рубин. - М.: Вильямс, **2013**. - 496 с.
- 3. Александр, Васютин Болезнь страха, или Как справиться с гипертонической болезнью / Васютин Александр. - М.: Феникс, **2018**. - **768** с.
- 4. Альбина, Оршанская Как победить гипертонию. Лучшие методы лечения / Оршанская Альбина. - М.: Феникс, 2016. - **626** с.
- 5. Ананьева, О. В. Гипертония. Лучшие методы лечения / О.В. Ананьева. - М.: Мастерская "Коллекция", АРИА - АиФ, **2017**. - 128 с.
- 6. Аныкина, Нина Роман с собственным сердцем / Нина Аныкина. - М.: Вагриус, **2017**. - 288 с.
- 7. Биверз, Д. Дж. Артериальное давление. Все, что нужно знать / Д.Дж. Биверз. - М.: АСТ, Астрель, **2018**. - **239** с.
- 8. Бобрович, П. В. Лечимся дома. Гипертония / П.В. Бобрович. - М.: Попурри, **2016**. - 192 с.
- 9. Болотовский, Г. В. Гипертоническая болезнь / Г.В. Болотовский, О.А. Мутафьян. - М.: Омега, **2013**. - 176 с.
- 10. Боровков, Николай Гипертония. Профилактика и методы лечения / Николай Боровков , Владимир Носов. - М.: Центрполиграф, **2016**. - 128 с.
- 11. Бубновский, С.М. Здоровые сосуды, или зачем человеку мышцы? Головные боли, или зачем человеку плечи?: моногр. / С.М. Бубновский. - М.: Эксмо, 2016. - **564** с.