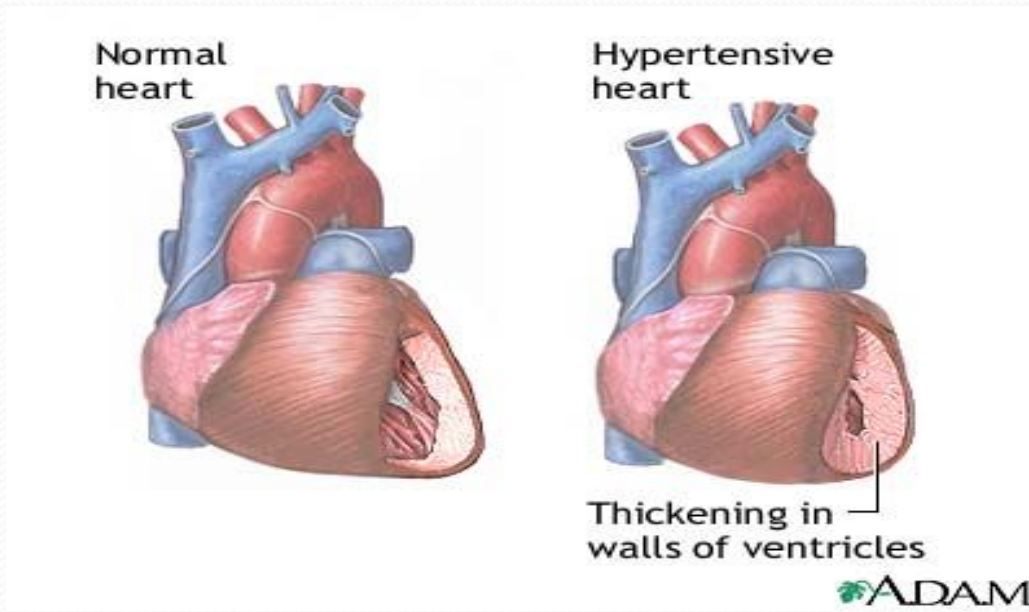


СӨЖ

Тақырыбы: Артериялық гипертензия



Орындаған: Елшібек Ғ.Т.

Факультет: ЖМ-хирургия

Курс: 5

Топ: 324

Қабылдаған: Садыкова К.

Зерттеу сұрағы:

Артериальды гипертензия дегеніміз не сұрағын шешу.

Зерттеу мақсаты:

Әріптестеріме артериальды гипертензияның қауіптілігін және емдеу тактикасын ұғындыру.

Жоспар:

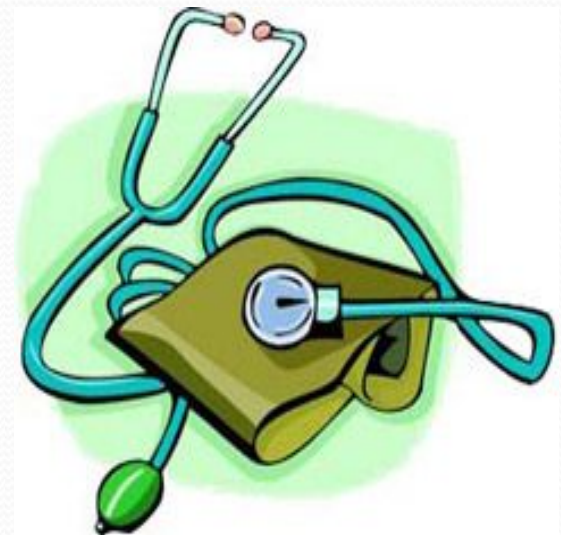
I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

- Артериалды гипертензия туралы түсінік
- АГ қауіп-қатерлі факторлар және қауіп дәрежелері
- Жіктелуі
- Симптоматикалық артериалдық гипертензия
- Жіктелуі
- Диагностикасы
- Емі
- Профилактикасы
- АГ скринингі алгоритмі

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер



Артериялық гипертензия

Артериялық гипертония немесе артериялық гипертензия– артериялдық қысымның жоғарылауын білдіретін симптом. Артериялдық гипертензия гипертониялық аурудың және басқа да симптоматикалық артериялық гипертонияның негізгі белгісі болып табылады. Гипертониялық ауру (эссенциалды гипертензия) жүрек-қантамыр ауруларының ең жиі тараған түріне жатады. Гипертониялық ауру барлық артериялдық гипертониямен ауыратындардың 65-75%, симптоматикалық артериалдық гипертониямен ауыратындар - 25-35% құрайды.

Артериялық гипертензия - бұл артериялық қысымның тұрақты жоғарылау синдромы, бұл кезде систолиялық АҚ 140 мм. сын. бағ. және одан жағары, ал диастолиялық АҚ 90 мм.сын. бағ. және одан жоғары болады.

Ескерту: Бұл кезде САҚ көтерілуі, белгілі себептерге байланысты емес, яғни симптомдық артериялық гипертензияларға (бүйректік, эндокриндік, гемодинамикалық және т.б.)



Артериялық гипертензия инсульттардың, миокард инфаркты дамуының, тамырлар, бүйрек, көз зақымдалуының қауіп факторы болып табылады



Артериялық гипертензия барысында мидың негізіне (көпіріне) гематомалық түрде қан құйылудың көрінісі

Этиологиясы

Қазіргі кезде артериялық гипертонияның даму себептері толық анықталмаған, оның дамуына әкелетін ықпалдар ғана белгілі:

- *Тұқым қуалауға бейімділік.* Болжаулар бойынша біріншілік артериялық гипертония белгілі бір гендердің кемістіктерінен дамуы мүмкін.
- *Нервілік-психшалық жарақаттар* (эмоциялық стрестер).
- *Кәсіптік зияндылықтар* (кұлаққа, көзге, зейін қоюға көп күш түсуі, мәселен диспетчерлер, шулы цехтарда жұмыс жасайтындар).
- *Тамақтанудың ерекшеліктері* (тұзды тағамға әуесқойлық, эткен шайі (тұз қосылған), кальцийдің, магнийдің жетіспеушілігі).
- *Диэнцефальдік-гипоталамустық құрылымдардың* егде жастағы эндокриндік өзгерістер салдарынан қайта құрылуы (климакс шағы).
- *Зиянды әдеттер:* темекі тарту, ішкілікке салыну (арақ ішкеннен кейін сау адамның өзінде де АҚ 20-30 мм с.б. биіктейді).
- *Бас миының жарақаттары.*
- *Семіздік.*

Патологиялық анатомиясы

Артериялық гипертензия ауруындағы патологоанатом көріп білетін өзгерістер осы аурудың даму кезеңдеріне байланысты әртүрлі болады. Қазіргі кезде БДҰ эксперттерінің ұйғарымы бойынша гипертония сырқатының үш кезеңін ажыратады;

- 1) жүрек тамыр жүйесінде әлі белгілі бір өзгеріс туғызбайтын гипертония;
- 2) тек жүрек гипертрофиясын туғызатын гипертония;
- 3) көп ағзаларда (жүрек, ми, бүйрек) өзгерістер туғызатын гипертония.

Орташа артерияларда екі түрлі өзгерістер көрінеді: біріншісі осы артериялардың ішкі және ортаңғы қабаттарының қалыңдауы, екінші - осы жердегі созылмалы мембраналардың қатпарланып көбеюі (гиперэластоз). Осы өзгерістер нәтижесінде артерия біраз қалыңдап, олардың саңылауы тарылады.

Патогенезі

Систолалық және диастолалық артериялық қысымдардың деңгейлері прессорлық және депрессорлық жүйелер қызметінің арақатынасына байланысты.

- *Прессорлық жүйенің құрамына жататындар:*
- симпатоадренал жүйесі (САЖ);
- ренин-ангиотензин жүйесі (РАЖ);
- альдостерон жүйесі;
- гипоталамус пен гипофиздің антидиурездік жүйесі (вазопрессин);
- F2a-простагландин жүйесі.

Патогенезі

- *Депрессорлық жүйеге жататындар:*
- аорта-каротидтік аймақ (каротидтік синустың, аорта доғасының барорецепторлары);
- депрессорлық простагландиндердің жүйесі (ПГЕ2, простаглицлин);
- депрессорлық полипептидтер жүйесі (жүрекшелік натрийурездік гормон, гастроинтестинальдік гормон — секретин, ішектік вазоактивті полипептид);
- бүйректің депрессорлық липидтері;
- эндотелий тәуелді босаңсыту факторы.

Артериялық гипертонияда прессорлық жүйелердің функциясы артады, ол әсіресе САЖ-нен байқалады.

● *САЖ қызметінің артуынан АҚ биітеуіне алып келетін себептер:*

● шеттік вазоконстрикция және соған байланысты жүрекке қан оралуының көбеюі, жүректің соғу көлемінің ұлғаюы;

● жүрек соғу санының жиіленуі және соғу көлемінің көбеюімен бірге жүрек шығарымының ұлғаюы;

● шеттік артериолалардың рецепторларының белсенуінен тамырлардың жалпы шеттік кедергісінің жоғарылауы.

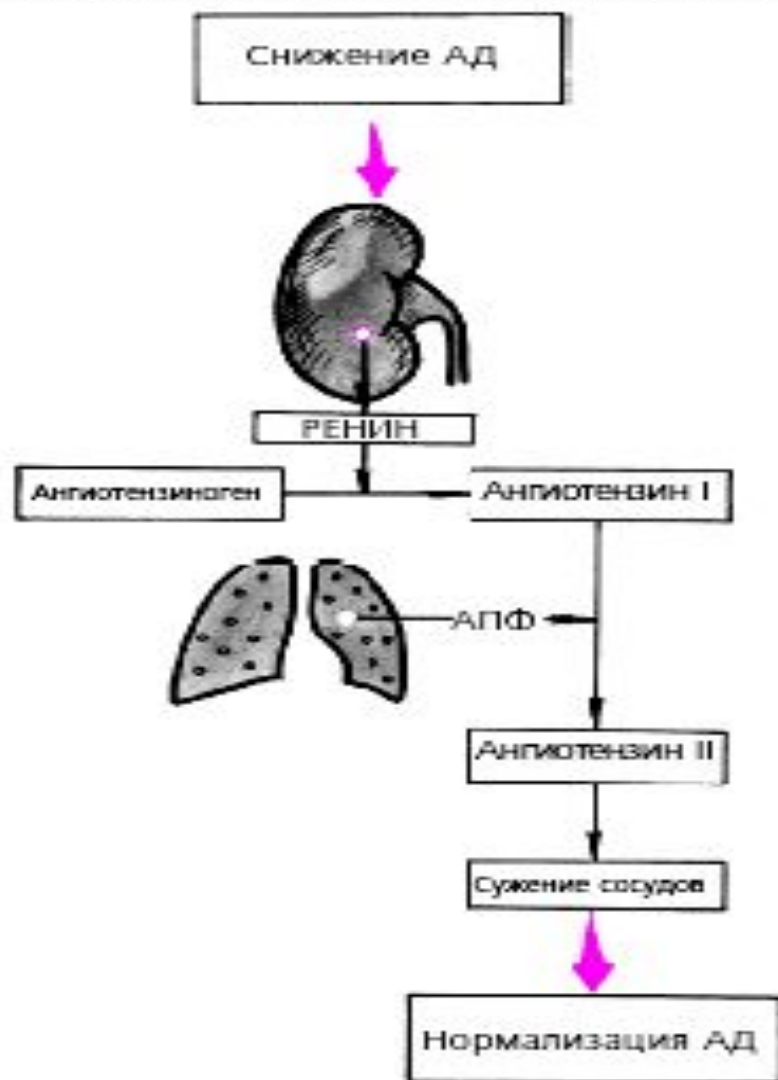
● ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесінің (РААЖ) белсенеді, бұл кезде ДАҚ биіктей түседі.

Артериялық гипертонияның қалыптасуында басым дамитын тізбектің түріне қарай, оның келесі патогенездік түрлерін айырған:

Гиперадренергиялық. Оның негізінде САЖ-нің басым белсенуі жатады. Қан құрамында норадреналин көбейеді, қанайналымның гиперкинездік түрі қалыптасады. Оның сипаттамалары — САҚ басым көтерілуі, АҚ тұрақсыздығы, тахикардияның болуы.

Ангиотензин тәуелді. Оның даму негізі — РААЖ-нің басым белсенуі, әсіресе ангиотензин II-нің көбеюі.

Көрінісінде АҚ-ның тұрақты биіктеуі, өсіресе ДАҚ ның, артериоспазмға бейімділік, көбіне қан құрамында ренин деңгейінің жоғарылауы анықталады.



Артериялық гипертонияның қалыптасуында басым дамитын тізбектің түріне қарай, оның келесі патогенездік түрлерін айырған:

Натрий (көлемге) тәуелді гипергидратациялық.

Бұл түрінде альдостеронның мөлшері басым жоғарылайды. Гиперальдостеронизмге байланысты организмде натрий мен су жиналып, ісінуге бейімділік болады.

Кальцийге тәуелді түрі (М.С.Кушаковский, 1994 ж). Артериялар мен артериолалардың тегіс салалы бұлшықет жасушаларында кальций йондарының шамадан тыс жиналады. Кальцийдің жиналуынан тамырлар түйіледі.

АГ синдромының белгілері:

Бастапқы кезеңдерінде науқастар еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне, жалпы әлсіздікке, жұмысқа ден қоя алмауына, ұйқысыздыққа, өтпелі бас ауруына, бас айналуға, құлақтың шуылдауына, бастағы ауырлық сезіміне, кейінірек физикалық жүктеме кезіндегі ендігуге, бас ауруы мен бас айнарудың тұрақты сипат алуына шағымданады.

Артериялық гипертонияның көрінісі оның барысына (кризді, қатерлі, рефрактерлі), сатысына және "нысаналық" ағзалардың зақымдану деңгейіне тәуелді.

Клиникалық көрінісінде анықталатын синдромдар:

Артериялық гипертония синдромы - бас ауру, көз көруінің нашарлауы, көз алдында дақтардың пайда болуы, аорта тұсында 2-тонның акценті, пульсі толық және кернеуі күшті.

Цереброваскулярлық синдром - бастың ауыруы, айналуы, құлақ шуылдауы, есте сақтау қабілеттің төмендеуі, ми қан айналымының өтпелі бұзылыстары және т.б.

Жүректік синдром - стенокардия ұстамалары, кардиалгиялар, ырғақ бұзылыстары, сол қарыншаның гипертрофиясы, шамасыздығы;

Жалпы невроздық синдром - ұйқысыздық, астения, иппохондрия, депрессияға бейімділік.

Гипертониялық ангиоретинопатия синдромы - көз көруінің нашарлауы, кейде толық көрмей де қалуы.

Бүйректің зақымдалу синдромы - атеросклероздық нефросклероз, зәрдің салыстырмалы тығыздығының төмендеуі, микрогематурия, протеинурия, азотемия. СБЖ.

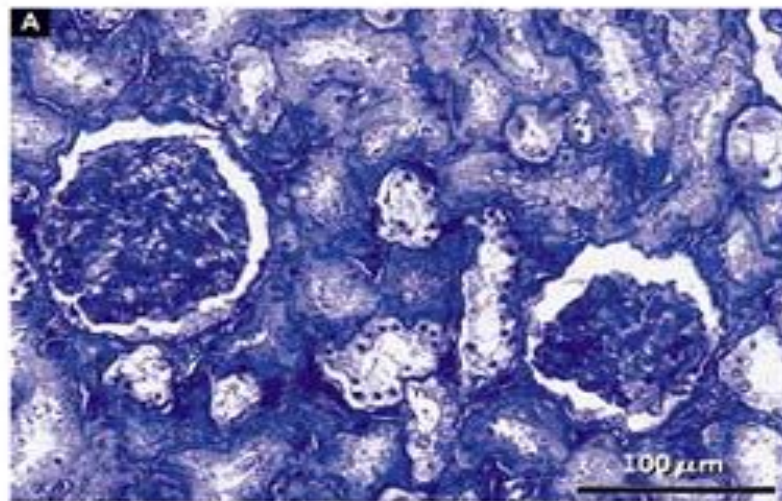
Сол жақ қарыншаның жеткіліксіздігі синдромы – ентігу, акроцианоз, жүрек астмасының клиникасы, қан қақыру.

АГ-мен бірлескен клиникалық аурулар:

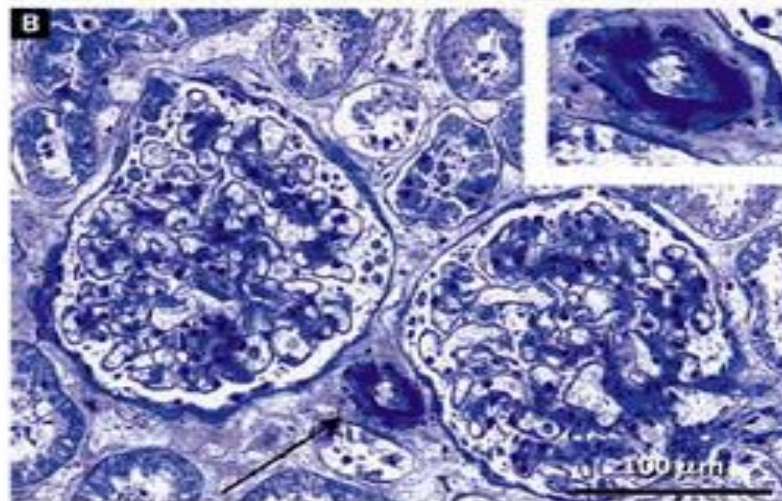
- *Цереброваскулярлық аурулар:* Ишемиялық инсульт, геморрагиялық инсульт, өтпелі ишемиялық шабуыл.
- *Жүрек аурулары:* Миокард инфаркты, стенокардия, коронарлық реваскуляризация, іркілістік жүрек шамасыздығы.
- *Бүйрек аурулары:* Диабеттік нефропатия, бүйрек шамасыздығы (2 мг/дл артық креатининемия)
- *Тамыр аурулары:* Аортаның ажырамалы аневризмасы, шеттік артериялардың
- екіншілік зақымданулары.
- *Гипертониялық ретинопатия:* Геморрагиялар немесе экссудация, көру нерві емізігінің ісінуі.
- *Қантты диабет*

Бүйректің зақымдалуы

**А – қалыпты қысым
кезінде**



**В - артериалиялық
гипертензия кезінде.
шумақтар өлшердері
үлкейген**



АҒЫМЫНЫҢ 4 нұсқасын ажыратады:

- 1 - қатерлі (тез өршитін);
- 2 – баяу өршитін;
- 3 - өршімейтін;
- 4 – қайтымды дамуымен;

Қатерлі түрінде АҚ бастапқы кезден-ақ тез өршиді, АҚ өте жоғары сандарына жетеді (220/130-140 мм с.б.б. жоғары), көз түбінің торқабықтың және көру нервінің ісінуі ретінде зақымдалады, геморрагиялар болады; бүйрек тамырларындағы органикалық өзгерістер (фибриндік некроз) орны алуы да жиі кездесіп отырады. Сонымен қатар гипертониялық энцефалопатиялар, ми қанайналымының бұзылысы, жіті солқарыншалық және бүйректік жеткіліксіздік дамиды.

Гипертониялық криз

Гипертониялық ауруға кезеңді түрде АҚ көтерілуі – гипертониялық криздер тән.

Криздердің дамуына психикалық жарақаттар, жүйкелік қозу, атмосфералық қысымның ауытқуы әсер етеді.

Гипертониялық криз әртүрлі ұзақтықтағы (бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін) АҚ кенеттен көтерілуімен байқалады, ол бастың бірден ауыруымен, бас айналумен, ыстық сезімінің болуымен, тершеңдікпен, жүрек қағуымен, жүрек тұсының шаншып ауруымен, кейде көрудің бұзылуымен, жүрек айнумен, құсумен сипатталады. Ауыр жағдайда криз кезінде естен тану да болуы мүмкін. Криз кезінде науқастар қозулы, қорыққан, немесе әлсіз, ұйқышыл, тежелген күйде болады. АҚ кенет жоғарылайды. Пульсі жиіленген, бірақ өзгермеуі немесе баяулауы да мүмкін, оның кернеулігі жоғарылайды. Кеш сатыларында, яғни ауруда органикалық бұзылыстар пайда болғанда, криз уақытында ми қанайналымының бұзылуы, миокард инфаркті, жіті солқарыншалық жеткіліксіздік дамиды.

ҚҚ кластары	Систолалық ҚҚ	Диастолалық ҚҚ
Қалыпты қан қысымы		
Оптимальды	< 120	< 80
Қалыпты	120 - 129	80 - 84
Жоғары қалыпты	130 - 139	85 - 89
Артериалды гипертензия		
Гипертонияның I дәрежесі (жеңіл)	140 - 159	90 - 99
Гипертонияның II дәрежесі (орташа)	160 - 179	100 - 109
Гипертонияның III дәрежесі (ауыр)	> 180	> 110

ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР

АГ стратификациясының критерилері

Жүрекқантамыр Ауруларының қауіп-қатер факторлары

Нысана ағзаларының зақымдалуы

1. Қатерді стратификациялау үшін пайдаланылатын:

- САҚ мен ДАҚ шамасы (1-3 дәреже);
- жасы;
- ерлер > 55 лет;
- әйелдер > 65 лет;
- Темекі тарту;
- Қандағы жалпы холестерин деңгейі > 6,5 ммоль/л;
- қантты диабет;
- Жүрек қантамыр аурулары ерте дамуының отбасылық жағдайлары.

2. Болжамға теріс әсер ететін басқа факторлар *:

- ЛПВП холестеринінің төмендеген деңгейі;
- ЛПНП холестеринінің артқан деңгейі;
- қантты диабет кезіндегі микроальбуминурия (30-300 мг/тәулігіне);
- Глюкозаға толеранттықтың бұзылуы;
- семіздік;
- Отырушылық өмір салты;
- қандағы фибриноген деңгейінің артуы;
- Жоғары қатермен әлеуметтік-экономикалық топтар;
- Жоғары қатердегі географиялық аудандар.

- Сол жақ қарынша гипертрофиясы (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография);
- протеинурия және /немесе плазма креатининінің Аздап артуы (106 – 177 мкмоль/л);
- ұйқы, мықын және сан күре тамырлары, қолқаның атеросклеротикалық зақымдануының ультрадыбыстық немесе рентгенологиялық белгілері;
- Көздің тор қабығы күре тамырларының жайылмалы немесе ошақтық тарылуы.

АГ қауіп дәрежесі:

Төменгі қатер тобы (1 қатер). Бұл топқа АГ 1 дәрежесі мен басқа қатер факторлары, ағза нысана зақымдалуы және жүрек-қантамыр ауруларының қосарлануы жоқ 55 жастанжас ерлер мен әйелдер кіреді. Жүрек қантамыр асқынуларының (инсульт, инфаркт) даму қаупі алдағы 10 жылда 15% төменді құрайды.

Орташа қатер тобы (2 қатер). Бұл топқа 1 немесе 2 дәрежедегі АГ емделушілер кіреді. Бұл топқа кірудің негізгі белгілері болып ағза нысана зақымдалуы және жүрек-қантамыр ауруларымен қосарлануы жоқ, 1-2 басқа факторлардың болуы табылады. Жүрек қантамыр асқынуларының (инсульт, инфаркт) даму қаупі алдағы 10 жылда 15-20% құрайды.

Жоғары қатер тобы (3 қатер). Бұл топқа 3 немесе одан көп басқа қауіп-қатер факторлары бар немесе ағза нысандардың зақымдануы бар, 1 немесе 2 дәрежелі АГ емделушілер жатады. Осы топқа 3 дәрежелі АГ науқастар кіреді, ағза нысаналардың зақымдануынсыз, қосарлы ауруларсыз және қантты диабетсіз. Жүрек қантамыр асқынуларының даму қаупі алдағы 10 жылда 20 дан 30% ке дейін.

Өте жоғары қауіптегі топ (4 қатер). Бұл топқа АГ кез келген дәрежесі мен емделушілер жатады, қосарланған аурулары бар, сонымен қатар 3 дәрежелі АГ емделушілер, қосарланған аурулар болмаған жағдайда да басқа қауіп қатер факторларымен және/немесе ағза нысана және/немесе қантты диабетпен науқастар кіреді. Жүрек қантамыр асқынуларының даму қаупі алдағы 10 жылда 30% жоғары.

Артериялық гипертензияның қауіп факторлары

Қауіптің категориялары	Диагностдық критерилер					Ескерту
	АГ дәрежелері	Қауіп факторлары	Нысана мүшелер зақымдануы	Бірлескен клиникалық жағдайлар	Жақын 10 жылдың ішінде жүрек, тамыр асқынуларының даму қаупі	
<i>Қауіп төмен (1)</i>	I дәреже	-	-	-	15% аз	
<i>Қауіп орта (2)</i>	II-III дәреже	-	-	-	15-20%	Қауіп факторлары бар, ал нысана мүшелер зақымдануы мен бірлескен аурулары жоқ
	I-III дәреже	□	-	-		
<i>Қауіп жоғары (3)</i>	I-III дәреже	+/-	□	-	20-30%	Нысана мүшелер зақымдануының анықталуы
<i>Қауіп өте жоғары (4)</i>	I-III дәреже	+/-	+/-	□	30% көп	Бірлескен аурулардың анықталуы

АГ науқастарды болжауды бағалау үшін қатерді стратификациялау

Басқа қатер факторлары* (АГ басқа), нысана ағзаларын зақымдау, бірлескен аурулар	Артериалдық қысым, мм.с.б..		
	1 дәреже САҚ 140-159 ДАҚ 90-99	2 дәреже САҚ 160-179 ДАҚ 100-109	3 дәреже САҚ >180 ДАҚ >110
I. Қатер , нысана ағзаларын зақымдау, бірлескен аурулар	Төмен қатер	Орташа қатер	Жоғары қатер
II. 1-2 қатер факторлары	Орташа қатер	Орташа қатер	Өте жоғары қатер
III. 3 және одан көп қатер факторлары және/немесе нысана ағзаларын зақымдау	Жоғары қатер	Жоғары қатер	Өте жоғары қатер
IV. Бірлескен (қосарланған) Клиникалық жағдайлар және/немесе қантты диабет	Өте жоғары қатер	Өте жоғары қатер	Өте жоғары қатер

Жіктелуі (М.Я.Студеникин)

Гипертониялық тип
бойынша қантамырлық
вегетодистония

Симптоматикалық
(екіншілік) гипертония

Гипертониялық ауру

Артериялық гипертензия

Эссенциальді
(біріншілік)

Симптоматикалық
(екіншілік)

10%

90%

Артериялық гипертензияның ДДУ (1999) жіктемесі

АҚ деңгейлері	САҚ мм с.б.	ДАҚ мм с.б.
<i>Оптимальді</i>	<120	<80
<i>Қалыпты</i>	<130	<85
<i>Жоғары қалыпты</i>	130-139	85-89
<i>1-ші дәрежелі гипертония</i>	140-159	90-99
<i>2-ші дәрежелі гипертония</i>	160-179	100-109
<i>3-ші дәрежелі гипертония</i>	>180	>110

Стратификация — науқастарды қауіп дәрежесіне қарай жіктеу.

Қауіптер үш топқа жіктелген:

- 1) қауіп факторлары;
- 2) нысана ағзалардың зақымдануы;
- 3) артериялық гипертониямен бірлескен жағдайлар немесе аурулар .

Артериялық гипертензияның екі түрі бар:

1. Біріншілік артериялық гипертония (эссенциальдік гипертония).

Біріншілік артериялық гипертония (АГ) немесе эссенциальдік гипертония — артериялық қысымның реттеуіне қатысты ағзалардың зақымдануына байланыссыз дамидын артериялық гипертония.

2. Екіншілікті артериялық гипертония

Симптомдық (екіншілік) артериялық гипертензиялар (САГ) — қан қысымын реттеуге қатысты ағзалардың немесе жүйелердің зақымдануынан дамидын артериялық гипертензиялар.

Симптоматикалық артериалдық гипертензияларды 5 топқа жіктейді. Симптоматикалық артериалдық гипертензиялардың жіктелуі (екіншілік гипертензиялар):

I) Бүйректік гипертониялар:

1. *Туа пайда болған ақаулар* - гипоплазия, гидронефроз, поликистоз, патологиялық қозғалмалы бүйрек; артерияның атрезиясы мен гипоплазиясы, аневризмалар, артериовеноздыфистулалар.

2. *Жүре пайда болған ақаулар* – диффузды гломерулонефрит, созылмалы пиелонефрит, амилоидоз, диабеттік гломерулосклероз, жүйелі васкулиттер (түйінді периартериит, қызылжегі, склеродермия), бүйректеринфаркті, туберкулезі, ісігі.

3. *Жүре пайда болған магистралды бүйрек артерияларының ақаулары* - атеросклероз, тромбоз, кальциноз, эмболиялар, аневризмалар, фибромускулярлы дисплазия, аортоартериит, эндоартериит, тыртықтар, гематомалар, неоплазмалар, жаншылып жатқан магистралдыбүйрек артериялары, бүйрек көктамырларының стеноздары және тромбоздары.

II) Жүрек және ірі артериялардың зақымдалуы мен жүретін гипертониялар – қолқа коарктациясы, атеросклерозы, ұйқы және мықын артерияларының стенозирдаушы зақымдалулары, қолқа қақпақтарының жеткіліксіздігі, толық атриовентрикулярлы бөгеме.

III) Эндокринді гипертониялар - феохромоцитома, біріншілік альдостерома, кортикостерома, тиреотоксикоз, Иценко-Кушинг ауруы.

IV) Орталық гипертониялар - энцефалит, полиомиелит, ісіктер, жарақаттар.

V) Қосарланған зақымдалулардағы гипертония – бүйрек артерияларының, бүйрек паренхимасының және оның магистралды артерияларының, бүйрек үсті безі мен бүйректің, бүйректің әр түрлі паренхиматозды ауруларында.

Артериялық гипертонияның негізгі асқынулары

1. Кардиальдік:

- а) төж артериялар атеросклерозының және ЖИА-ның тез өрістеп дамуы;
- ә) жүректің жедел шамасыздығы (криздер кезінде);
- б) жүректің созылмалы шамасыздығы.

2. Церебральдік:

- а) көз көруінің төмендеуі, кейіндеу - соқырлыққа әкелуі;
- ә) ми тамырлары атеросклерозының тез өрістеп дамуы;
- б) бас миы қанайналымының динамикалық және органикалық бұзылыстары.

3. **Бүйректік:** гипертониялық нефроангиосклероз, бүйректің созылмалы шамасыздығы.

4. **Аорталық:** аорта аневризмасы, ажырамалы аневризма, аневризманың жарылуы.

5. **Гипертониялық криздер.**

АГ синдромының диагностикасы:



1. Отырған, жатқан қалпында АҚ 2-3-рет өлшеу;
2. Бойының ұзындығын, денесалмағын, бел мен мықын айнала шеңберін өлшеу, бел/мықын өлшемдерінің қатынасын есептеу;
3. Гипертониялық ретинопатияның дәрежесін анықтау үшін көз түбін тексеру;
4. Жүрек-кантамыр жүйесін тексеру: жүрек көлемін, тондардың өзгеруін, шулардың болуын; жүрек жеткіліксіздігі белгілерін; ұйқы, бүйрек және шеткері артерияларының патологияларын, қолқа коарктациясын;
5. Құрсақ қуысын тексеру (тамырлық шулар, бүйректердің ұлғаюы, қолқаның патологиялық пульсациясы);
6. Шеткері артериялардың пульсациясын және аяқтардағы ісіктерді анықтау;
7. Цереброваскулярлы патологияны анықтау үшін жүйке жүйесін тексеру.

Міндетті зерттеулер, емнің алдында нысана ағзалардың зақымдалуы мен қауіп факторларын анықтау қажет: - несеп анализі; - жалпы қан анализі лейкоформуласы мен; - қан анализі (калий, натрий, креатинин, глюкоза, жалпы холестерин және жоғары тығыздықтағы липопротеидтер); - 12 тіркемедегі ЭКГ.



Қосымша диагностикалық шаралар тізімі

Инструменталдық зерттеулер: эхокардиография, ұйқы және сан артериясын УДЗ, бүйректі УДЗ, бүйректік қантамырлардың доплер - УДЗ, бүйрек үсті безін УДЗ, радиоизотоптық ренография, сандық әдіс пен қандағы С – реактивті ақуыз, тест – жолақтарымен микроальбуминурия (қантты диабет кезінде міндетті), сандық протеинурия, Нечипоренко және Зимницкий бойынша зәр анализі, Реберг сыналасы.

Лабораторлық зерттеулер: гемоглобин, эритроциттер, аш қарынға қан глюкозасы, жалпы холестерин, холестерин ЛПВП, аш қарынға триглицеридтер, зәр қышқылы, креатинин, калий, натрий, зәрдің жалпы анализі.

Диагнозды құрастыру реттілігі:

- нозологияның аты;
- АҚ-ның биіктеу дәрежесі;
- қауіптілік тобы (қауіп факторларын, нысана ағзалардың зақымдануын, бірлескен ауруларын тізіп көрсетумен);
- асқынулары.
- Диагноздың үлгісі: Артериялық гипертония, III дәрежелі, қауіптілігі IV .
- Асқынуы. Гипертониялық криз II типі. 28.12.03.

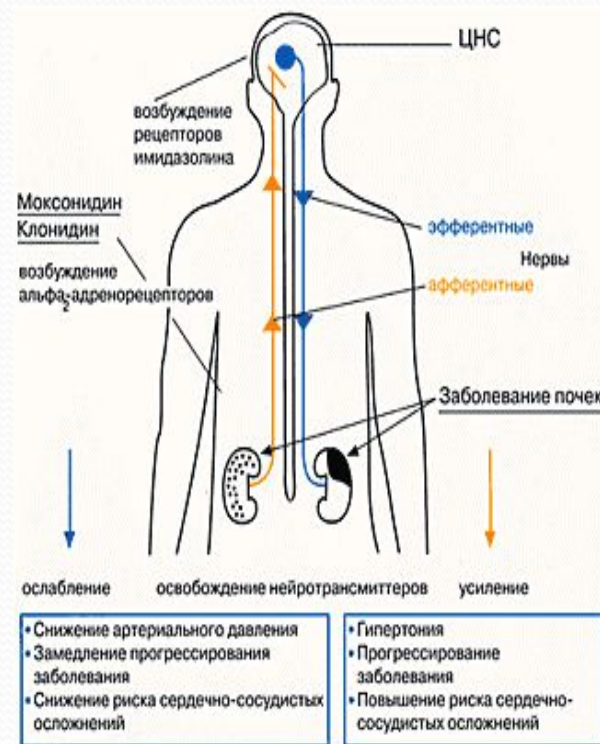
Емдеу тактикасы

Дәрі-дәрмексіз ем - емделушінің өмір салтын өзгерту:

- 1. Дәрі дәрмексіз ем АГ барлық науқастарға ұсынылуы қажет, дәрілік терапияға зәрулерді қоса.
- 2. Дәрі дәрмексіз терапия дәрі дәрмектік терапияға қажеттілікті төмендетеді және гипотензивтік препараттар тиімділігін арттырады.
- 3. Өмір салтын өзгерту бойынша шараларды АГ барлық емделушілерге, сонымен қатар АҚ «қалып шеңберінде артқан» науқастарға ұсыну қажет (130-139/85-89 мм.с.б.).
- 4. Темекі тартатын емделушілерге оны тастауды ұсыныңыз.
- 5. Алкоголь пайдаланатын емделушілерге, оны ерлер үшін 20-30 г этанол/тәулігіне көп емес, әйелдер үшін 10-20 г этанол/тәулігіне көп емес шектеу ұсынылады.
- 6. Дене салмағы жоғары емделушілерге (ДСЖ 25,0 кг/м²) салмақты төмендетуді ұсыну қажет.
- 7. Тұрақты жаттығулар көмегімен физикалық белсенділікті арттыру қажет.
- 8. Ас тұзын пайдалануды тәулігіне 5-6 г аз мөлшерге дейін немесе натрийді тәулігіне 2,4 г деңгейге дейін азайту қажет.
- 9. Жеміс пен жидектерді пайдалануды арттыру қажет, ал құрамында қаныққан май қышқылдары бар өнімдерді шектеген жөн.
- 10. АҚ төмендету үшін зат ретінде таблеткадағы кальций, магний немесе калий препараттарын пайдалануды нұсқамаңыз.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі

1. Гидрохлортиазид табл, 12,5-25 мг.
2. Индапамид табл, 2,5 мг.
3. Метопролол табл, 50-200мг\тәулігіне.
4. Эналаприл табл, 2,5 мг, 10 мг; ампуладағы ерітінді 1,25 мг/1 мл.
5. Лизиноприлтабл, 5-40 мг.
6. Периндоприл 2-8 мг.
7. Эпросартабл, 300-600 мг\тәулігіне.
8. Амлодипинтабл, 5 мг, 10 мг.
9. Верапамилтабл, 240-480 мг.
10. Доксазозинтабл, 1-16 мг.
11. Моксонидинтабл, 0,2-0,4 мг\тәулігіне.



Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі

1. Ацетилсалицил қышқылы табл, 75 мг\тәулігіне.
2. Аторвастатин табл, 10-80 мг.
3. Симвастатин табл, 5-80 мг.
4. Ловастатин табл, 10-40 мг.



Госпитализациялау

Жоспарлы госпитализациялау алдындағы тексерулердің қажетті көлемі:

1. АҚ өлшеу.
2. Электрокардиограмма.
3. Қанның жалпы анализ.
4. Зәрдің жалпы анализі.
5. Кардиолог консультациясы.
6. Кеуде клеткасының флюорографиясы.
7. Глист жұмыртқаларына нәжіс.

Госпитализациялау үшін көрсетімдер:

- асқынған гипертониялық криз;
- белсенді емдеу фонында криз себептері мен дәрі дәрмектік емді таңдау үшін, асқынбаған гипертониялық криздің жиілеуі;
- артериалдық гипертония фонында ми қанайналымының бұзылуы (инсульт, транзиторлық ишемиялық шабуыл);
- комбинациялы көп компонентті терапия фонында АҚ төмендеуінің болмауы;
- АҚ жүкті әйелдерде 150/100 с.б. жоғары;
- Жұмысқа қабілетті науқасты бағалау қажеттілігі мен симптоматикалық гипертонияны алып тастау.

Профилактикасы

Біріншілік профилактика: салауатты өмір салтын жүргізу, АГ туындауына алып келетін ауруларды дер кезінде анықтау және емдеу.

Профилактикалық шаралар: салауатты өмір салтын сақтау.

Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері: үнемі кардиолог бақылауы.

Қорытынды

Артериялық гипертензия профилактикасы популяциялық және жанұялық деңгейде жүргізіледі. Балалар мен жасөспірімдердің салауатты өмір салтын қалыптастыру, қауіп қатер факторын анықтап, жою, жанұяда жанға жайлы психологиялық атмосфераны қалыптастыру. Еңбек және демалыстың дұрыс режимін сақтау, адекватты физикалық жүктеме.

Баланы әрбір қарау барысында артериялық қан қысымын өлшеп тұрған жөн.

Артериалдық гипотензияның Қазақстанда мектеп жасындағы балалар арасында таралу жиілігі 3.3%. Статистика бойынша артериалды гипотензия жиілігі кейінгі жылдарда жиілей түсті. Ересек адамдар арасындағы гипотензиялар мен олардың асқынулары бала кезінен басталатын артериалды гипотензияның салдары екені анық болды.

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Артериальная гипертония. Седьмой доклад Объединенной комиссии по выявлению и лечению артериальной гипертонии при поддержке национального института патологии сердца, легких и крови. 2003.
2. Европейское общество по артериальной гипертензии Европейское общество кардиологов 2003. рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. J.hypertension 2003;21:1011-53
3. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н. Денисов, Ю.Л. Шевченко. М. 2004.
4. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 7.
5. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики и диф. Диагностики, профилактики. Клиники и лечения.
6. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 6. Москва, 2005.