

Симптоматические гипертензии

Выполнил: Ибраев Нурсултан

Группа: 629 ВОП

A decorative graphic consisting of several sets of concentric circles in a lighter shade of blue, located in the bottom right corner of the slide.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНЫХ АГ

1. **Лекарственные средства или экзогенные вещества:**
 - гормональные противозачаточные средства;
 - кортикостероиды;
 - лакрица (карбеноксолон);
 - симпатомиметики;
 - кокаин;
 - пищевые продукты, содержащие тирамин, и ингибиторы моноаминооксидазы (МАО);
 - нестероидные противовоспалит. препараты;
 - циклоспорин;
 - эритропоэтин.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНЫХ АГ

2. Заболевания почек:

2.1 Заболевания почечной паренхимы:

- острый гломерулонефрит;
- хронический нефрит;
- хронический пиелонефрит;
- обструктивная нефропатия;
- поликистоз почек;
- заболевания соединительной ткани;
- диабетическая нефропатия;
- гидронефроз;
- врожденная гипоплазия почек;
- травмы почек.

2.2 Реноваскулярная гипертензия.

2.3 Ренинсекретирующие опухоли.

2.4 Ренопривная гипертензия.

2.5 Первичная задержка натрия (синдром Лиддла, синдром Гордона).

КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНЫХ АГ

3. Эндокринные заболевания.

- Акромегалия.
- Гипотиреоз.
- Гиперкальциемия.
- Гипертиреоз.
- Болезни надпочечников:
 - *поражение коркового слоя:* синдром Кушинга, первичный альдостеронизм, врожденная гиперплазия надпочечников.
 - *поражение мозгового вещества:* феохромоцитома, хромофинные опухоли, расположенные вне надпочечников, злокачественная опухоль надпочечника

КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНЫХ АГ

4. **Коарктация аорты и аортит (гемодинамическая симптоматическая гипертензия)**
5. **Беременность**
6. **Неврологические заболевания.**
 - *Повышение внутричерепного давления: опухоль мозга, энцефалит, респираторный ацидоз.*
 - *Апноэ во время сна.*
 - *Квадриплегия.*
 - *Острая порфирия.*
 - *Наследственные нарушения автономной регуляции.*
 - *Отравление солями свинца.*
 - *Синдром Гийена – Барре.*

Признаки, по которым можно заподозрить САГ:

1. **Наличие быстро прогрессирующей или злокачественной АГ**

Злокачественная АГ характеризуется постоянно высоким АД $> 220/130$, тяжелым поражением глазного дна, быстро прогрессирующей почечной недостаточностью, частыми приступами ОЛЖН, наличием гипертонической энцефалопатии)

2. **Резистентность к лечению по трехлекарственной схеме (рефрактерная АГ).**

□ (Назначение трех гипотензивных препаратов, один из которых диуретик, в максимальных терапевтических дозах в течение 3-6 месяцев не приводит к достижению целевого уровня АД).

3. **Остро возникшее и стойко повышенное АД.**
4. **Отсутствие АГ в семейном анамнезе.**

Признаки, по которым можно заподозрить САГ:

5. **Дебют АГ в возрасте моложе 20 лет и старше 50 лет.**
6. **Изменение суточного профиля АД** (недостаточное снижение АД в ночное время или подъем АД в ночное время).
7. **Манифестация синдрома «ночное апноэ».**
8. **Анамнестические, физикальные и лабораторные данные, указывающие на симптоматическую артериальную гипертензию** (острый гломерулонефрит в анамнезе; наличие кризов, подозрительных на феохромоцитому; изменения в анализах мочи и т. д.).

Болезнь и синдром Иценко-Кушинга

Клиника идентична для болезни и синдрома Иценко-Кушинга и характеризуется:

- ожирение, лунообразное лицо
- стрии на животе, бедрах, гирсутизм
- боли в костях за счет остеопороза
- вторичный сахарный диабет
- нарушение функции половой системы

Диагностика:

- суточная экскреция свободного кортизола > 100 мкг с мочой
- визуализация опухоли при КТ головного мозга или надпочечников

Лечение:

- хирургическое (трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза, адреналэктомия)
- гамма-облучение гипофиза
- адъювантная терапия: парлодел и перитол (снижают секрецию кортикотропных гормонов); аминоглутетимид и кетоконазол (блокируют стероидогенез в надпочечниках)

Феохромоцитома

Клиника:

- артериальная гипертензия
- катехоламиновые гипертензивные кризы (развиваются внезапно, провоцируются холодом, физической нагрузкой, пальпацией живота, родовой деятельностью; назначением клофелина, опиатов, гистамина, глюкагона, трициклических антидепрессантов т.к. выбрасываются катехоламины из самой опухоли или из депо в нервных окончаниях). Кризы проявляются сердцебиением, дрожью во всем теле, болями за грудиной, болями в животе из-за спазма соответствующих сосудов; головной болью, гипергликемией, обильным мочеиспусканием после окончания криза.
- ортостатическая гипотензия из-за уменьшения ОЦК (чрезмерное потоотделение), притупления симпатических нервных эффектов из-за чрезмерной стимуляции адренорецепторов

Диагностика: визуализация опухоли на компьютерной томографии, УЗИ.

- Лабораторно при феохромоцитоме определяется повышенная суточная экскреция с мочой катехоламинов (в норме с мочой выделяется 100 – 150 мкг катехоламинов, при феохромоцитоме – более 250 мкг) и продуктов их метаболизма.

Лечение: хирургическое – удаление опухоли; консервативное лечение: при кризе (фентоламин или нитропруссид натрия в/в, празозин перорально), при стойкой АГ - α -адреноблокаторы празозин, доксазозин в сочетании с небольшими дозами β -блокаторов, например пропранолол по 10 мг 4 раза в день. Причем вначале назначаются α -адреноблокаторы и только затем β -блокаторы, если наоборот, то будет парадоксальное увеличение АД.

Первичный гиперальдостеронизм

Клиника:

- синдром артериальной гипертензии
- нейромышечный синдром (резкая мышечная слабость вплоть до параличей из-за гипокалиемии)
- почечный синдром (полиурия, никтурия)

Диагностика:

- в БАК повышен натрий и снижен калий
- в моче изогипостенурия, щелочная реакция мочи
- на ЭКГ электролитные нарушения: аритмии, депрессия ST-сегмента, инверсия зубца Т, патологический зубец U
- визуализация опухоли при КТ и УЗИ

Лечение:

- Хирургическое – резекция надпочечника
- Консервативное – назначение антагониста альдостерона – спиронолактона 25 – 100 мг 3 раз в день длительно (у мужчин вызывает гинекомастию, снижение либидо и импотенцию), ограничение соли, богатая калием диета и препараты калия; при отсутствии эффекта – добавляют нифедипин или исрадипин. Можно также применять ингибиторы АПФ.

Гемодинамические артериальные гипертензии

Клиника:

- преобладающее развитие верхней половины тела над нижней
- АД на руках выше, чем на ногах (в норме наоборот)
- похолодание стоп и перемежающаяся хромота
- систолическое дрожание над выемкой грудины; систолический шум, слышимый лучше по задней поверхности грудной клетки слева
- отсутствие пульса на бедренной артерии

Диагностика:

- на рентгенограмме ОГК – узурация ребер из-за повышенного коллатерального кровотока по межреберным артериям, деформация дуги аорты в виде цифры «3»
- визуализация стеноза при эхоКГ и ангиографии

Лечение:

- хирургическая коррекция или ангиопластика
- медикаментозное – ингибиторы АПФ, антагонисты кальция

Формы АГ во время беременности:

- ▣ **Предшествующая (или эссенциальная АГ).** Эта форма характеризуется повышением АД до беременности или до 20-й недели беременности. Обычно АД остается повышенным более 42 дней после родов.
- ▣ **Преэклампсия** – АГ с присоединившейся к ней протеинурией более 3 г/сутки после 20-й недели беременности. Чаще развивается у ранее нерожавших женщин, женщин с длительностью АГ > 4 лет.
- ▣ **Гестационная АГ.** Развивается после 20-й недели беременности и исчезает в течение 42 дней после родов.