

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

Кафедра терапии ИПО

Реферат:

Тема: «Гипертоническая болезнь».

Заведующий кафедрой: ДМН, профессор Гринштейн Юрий Исаевич

Выполнила: Ординатор 1 года обучения

Степаненко Лариса Геннадьевна

Красноярск 2023г

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

Кафедра терапии ИПО

Реферат:

Тема: «Гипертоническая болезнь».

Заведующий кафедрой: ДМН, профессор Гринштейн Юрий Исаевич

Выполнила: Ординатор 1 года обучения

Степаненко Лариса Геннадьевна

Красноярск 2023г

Содержание

1. Введение.....	.....
Определение.....	.....
Классификация уровней артериального давления.....	.....
2. Диагностика.....	.....
Лабораторная диагностика.....	.....
Инструментальная диагностика.....	.....
Стадии гипертонической болезни.....	.....
Поражение органов-мишеней.....	.....
Ассоциированные клинические состояния.....	.....
Стратификация риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных артериальной гипертензией.....	.....
Факторы риска, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска.....	.....
3. Лечение.....	.....
Немедикаментозное лечение.....	.....
Медикаментозное лечение.....	.....
Основные группы гипотензивных препаратов.....	.....
4. Стратегия вмешательства и целевые показатели в зависимости от уровня суммарного кардиоваскулярного риска и ХС ЛНП.....	.....
5. Заключение.....	.....
6. Список литературы.....	.....

Введение

Определение

Артериальная гипертония (АГ) – синдром повышения систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. Указанные пороговые значения артериального давления (АД) основаны на результатах рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), продемонстрировавших целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение данных уровней АД у пациентов с "гипертонической болезнью" и "симптоматическими артериальными гипертониями". Термин "гипертоническая болезнь" (ГБ), предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует термину "эссенциальная гипертензия" (гипертония), используемому за рубежом.

Гипертоническая болезнь (ГБ) – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ). ГБ преобладает среди всех форм АГ, её распространенность составляет свыше 90%.

Классификация уровней артериального давления

Категория	САД, мм рт.ст	ДАД, мм рт.ст.
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	< 120 - 129	< 80 - 84
Высокое нормальное АД	130 - 139	85 - 89
АГ 1 степени	140 - 159	90 - 99
АГ 2 степени	160 - 179	100 - 109
АГ 3 степени	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	< 90

Диагностика

1. Выяснение жалоб и сбор анамнеза (включает сбор сведений о наличии факторов риска (ФР), субклинических симптомов ПОМ, наличии в анамнезе ССЗ, ЦВБ, ХБП и вторичных форм АГ, а также предшествующем опыте лечения АГ).
2. Повторные измерения АД; исключение вторичной артериальной гипертензии.
3. Физикальное обследование + антропометрия, включая измерение окружности талии, а также оценка неврологического статуса и когнитивной функции, исследование глазного дна для выявления гипертонической ретинопатии.
4. Оценка общего сердечно-сосудистого риска – выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, диагностика поражения органов-мишеней (ПОМ), ССЗ, цереброваскулярной болезни (ЦВБ), хронической болезни почек (ХБП).
5. Лабораторно-инструментальные методы исследования: более простые на первом этапе и сложные – на втором этапе обследования (по показаниям).

Лабораторная диагностика:

- Общий анализ крови.
- Биохимический анализ крови: исследование глюкозы в венозной крови (натощак); исследование АЛТ и АСТ; исследование калия, натрия в сыворотке крови; мочевого кислоты; определение клиренса креатинина крови (мл/мин) и высчитывание скорости клубочковой фильтрации (СКФ).
- Липидограмма: исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ).
- Общий анализ мочи

- Определение МАУ
- Для выявления нарушений толерантности к глюкозе и диагностики СД рекомендуется проведение перорального теста толерантности к глюкозе и/или определение гликированного гемоглобина (HbA1c) – при уровне глюкозы в венозной крови $\geq 6,1$ ммоль/л.

Инструментальная диагностика

Оценка состояния ПОМ чрезвычайно важна, так как позволяет определить степень риска развития ССО и соответственно тактику лечения. Для выявления ПОМ целесообразно использовать дополнительные методы исследования сердца (ЭхоКГ с определением индекса массы миокарда левого желудочка), почек (определение МАУ и протеинурии), сосудов (определение толщины комплекса интимамедиа общих сонных артерий, наличие атеросклеротических бляшек в брахиоцефальных, почечных и подвздошно-бедренных сосудах, определение скорости пульсовой волны).

- ЭКГ (для выявления гипертрофии левого желудочка).
- ЭКГ-тест с нагрузкой (физическая, фармакологическая, чреспищеводная электростимуляция) рекомендуется выполнять пациентам с нарушением ритма и проводимости сердца (в анамнезе, по данным физикального осмотра, холтеровского мониторирования ЭКГ или в случае подозрения на провоцируемые физической нагрузкой аритмии).
- ЭхоКГ рекомендуется для уточнения наличия и выраженности ГЛЖ, дилатации левого предсердия (ЛП) и других поражений сердца с определением индекса массы миокарда левого желудочка.
- Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий рекомендуется для выявления утолщения стенки сосудов (ТИМ $\geq 0,9$ мм) или наличия атеросклеротической бляшки, особенно у мужчин старше 40 лет,

женщин старше 50 лет и у пациентов с высоким общим сердечно-сосудистым риском

- Определение скорости пульсовой волны рекомендуется для определения жесткости артериальной стенки
- Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) рекомендуется определять при подозрении на периферический атеросклероз
- УЗИ почек и дуплексного сканирования почечных артерий рекомендуется проводить для оценки их размеров, структуры и врожденных аномалий.
- Исследование глазного дна (геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва) рекомендуется проводить больным с рефрактерной АГ, а также пациентам с тяжелым течением АГ и высоким суммарным СС риском.
- Проведение рентгенографии органов грудной клетки рекомендуется проводить для выявления дилатации левого желудочка и признаков застоя в малом круге кровообращения.
- СМАД и СКАД рекомендуется для подтверждения диагноза АГ, установления типа АГ, выявления эпизодов гипотонии и максимально точного прогнозирования сердечно-сосудистого риска.
- Пациентам с АГ при наличии неврологических симптомов и/или когнитивных нарушений рекомендуется выполнение КТ или МРТ головного мозга для исключения инфарктов мозга, микрокровоизлияний и повреждений белого вещества и других патологических образований.

Стадии гипертонической болезни

Стадия I - отсутствие поражения органов – мишеней.

Стадия II – наличие одного или нескольких признаков поражения органов – мишеней:

ГЛЖ

СОСУДЫ

ПОЧКИ

Стадия III – наличие ассоциированных клинических состояний (клинические проявления ПОМ).

Поражение органов-мишеней

Гипертрофия левого желудочка

ЭКГ: признак Соколова-Лайона > 35 мм

ЭхоКГ: ИММЛЖ > 115 г/м² для мужчин и > 95 г/м² для женщин

Сосуды

УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ $> 0,9$ мм) или

атеросклеротические бляшки магистральных сосудов

скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии > 10 м/с

лодыжечно/плечевой индекс $< 0,9$

Почки

3 стадии с рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м² (MDRD формула) или низкий клиренс креатинина < 60 мл/мин (формула Кокрофта-Гаулта) или рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м² (формула СКD-EPI)

МАУ 30 - 300 мг/л или отношение альбумина к креатинину (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи)

Ассоциированные клинические состояния

Цереброваскулярная болезнь: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака.

Заболевания сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом чрескожного коронарного вмешательства или аортокоронарного шунтирования, ХСН.

Хронические болезни почек: 4 стадии с рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м²; протеинурия (>300 мг в сутки).

Заболевания периферических артерий: расслаивающая аневризма аорты, симптомное поражение периферических артерий.

Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва.

Стратификация риска у больных артериальной гипертонией

ФР, ПОМ или АКС	Категория АД, мм рт.ст.		
	АГ 1 степени 140-159/90-99	АГ 2 степени 160-179/100-109	АГ 3 степени ≥180/110
нет	Низкий	Средний	Высокий
1-2 ФР	Средний	Высокий	Высокий
3 и более ФР	Высокий	Высокий	Высокий
Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Высокий	Высокий	Очень высокий
ССЗ, ЦВБ, ХБП ≥ 4 ст. или СД с ПОМ или ФР	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

Факторы риска, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

- Пол - мужской
- Возраст ≥ 55 лет у мужчин и ≥ 65 лет у женщин
- Курение
- Дислипидемия - ХС $>5,0$ ммоль/л
 - ХС ЛПНП $>3,0$ ммоль/л
 - ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л у мужчин
и $< 1,2$ ммоль/л у женщин
 - ТГ $> 1,7$ ммоль/л
- Гликемия плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л
- Нарушение толерантности к глюкозе 7,8 - 11,0 ммоль/л
- Ожирение - индекс массы тела ≥ 30 кг/м²
- Абдоминальное ожирение (окружность талии > 94 см у мужчин и > 80 см у женщин)
- Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (< 55 лет у мужчин и < 65 лет у женщин)
- Пульсовое АД (у лиц пожилого и старческого возраста) ≥ 60 мм рт.ст.

Лечение

Немедикаментозное лечение

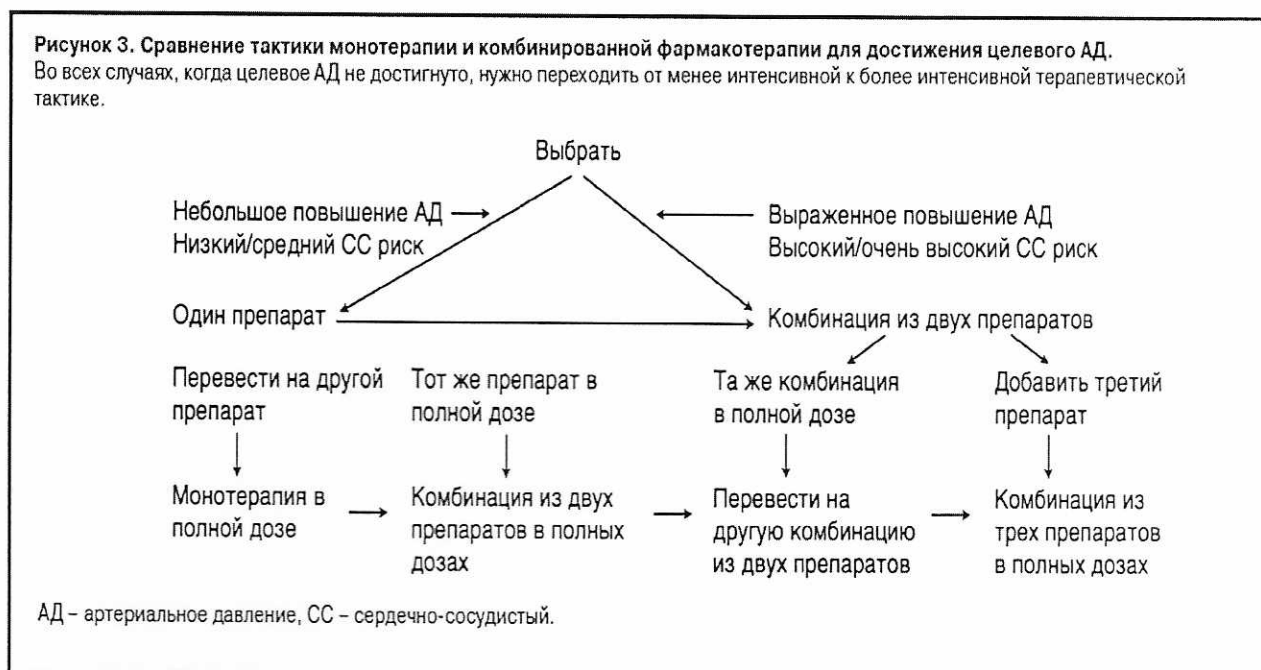
Изменение образа жизни

- Снижение потребления поваренной соли я до 5 г/сутки.
- Снижение потребления алкогольных напитков - суммарное потребление алкоголя в неделю не должно превышать 140 г у мужчин и 80 г у женщин.
- Изменение режима питания: увеличение потребления растительной пищи, увеличение в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшение потребления животных жиров. Больным АГ следует рекомендовать употребление рыбы не реже двух раз в неделю и 300-400 г в сутки овощей и фруктов.
- Нормализация массы тела - поддержание массы тела с ИМТ около 25 кг/м² и окружностью талии окружность талии < 94 см у мужчин и < 80 см у женщин Снижению массы тела могут способствовать препараты для лечения ожирения, такие как орлистат, и, в большей степени, – бариатрическая хирургия, которая снижает СС риск у больных с тяжелым (морбидным) ожирением.
- Увеличение физической активности умеренные аэробные нагрузки (ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание, фитнес) продолжительностью не менее 30 минут в течение 5-7 дней в неделю.
- Отказ от курения.

Медикаментозная терапия

Для пациентов с низким или средним риском ССО (Рис. 3) рекомендуется монотерапия на старте лечения. Переход на комбинированную терапию

целесообразен в случае отсутствия эффекта от одного АГП. У больных с очень высоким исходным АД или имеющих высокий сердечнососудистый риск рекомендуется начинать АГТ с комбинации из двух препаратов.



Основные группы гипотензивных препаратов

1. Тиазидные диуретики (гипотиазид, индапамид); другие диуретики - антагонисты альдостероновых рецепторов (спиронолактон, эплеренон)
2. Бета – адреноблокаторы (атенолол, метопролол, небивалол, лабеталол, бисопролол, кардевилол)
3. Антагонисты кальция (дигидропиридины: нифедипин, амлодипин; недигидропиридиновые: верапамил, дилтиазем)
4. Ингибиторы АПФ (эналаприл, периндоприл, рамиприл)
5. Блокаторы рецепторов ангиотензина-2 (эпросартан, лозартан)

Дополнительные классы:

6. Агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилменидин)
7. Альфа – адреноблокаторы (празозин, доксазозин)

8. Стратегия вмешательства и целевые показатели в зависимости от уровня суммарного кардиоваскулярного риска и ХС ЛНП

При низком < 1% по шкале SCORE и умеренном $\geq 1\% < 5\%$ риске	При высоком 5-9% риске по шкале SCORE или значительно повышенными отдельными ФР	При очень высоком кардиоваскулярном риске $\geq 10\%$ по шкале SCORE
АД < 140/80 мм рт.ст	АД < 140/80 мм рт.ст	АД < 140/80 мм рт.ст
ОХС < 5 ммоль/л ХС-ЛНП < 3 ммоль/л	ОХС < 4,5 ммоль/л Лучше < 4 ммоль/л ХС-ЛНП < 2,5 ммоль/л	ОХС < 4 ммоль/л ХС-ЛНП < 1,8 ммоль/л и/или снижение на 50% от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня
Глюкоза < 6 ммоль/л	Глюкоза < 6 ммоль/л HbA1c < 6,5%	Глюкоза < 6 ммоль/л HbA1c < 6,5%
Не курить; Соблюдать принципы здорового питания; Умеренная физическая активность: 30 мин в день; ИМТ < 25 кг/м ² и отсутствие центрального ожирения	Терапия (статины), улучшающая прогноз, у больных с установленным ССЗ атеросклеротического генеза и других категорий пациентов	Терапия (статины), улучшающая прогноз, у больных с установленным ССЗ атеросклеротического генеза и других категорий пациентов

8. Стратегия вмешательства и целевые показатели в зависимости от уровня суммарного кардиоваскулярного риска и ХС ЛНП

При низком < 1% по шкале SCORE и умеренном $\geq 1\% < 5\%$ риске	При высоком 5-9% риске по шкале SCORE или значительно повышенными отдельными ФР	При очень высоком кардиоваскулярном риске $\geq 10\%$ по шкале SCORE
АД < 140/80 мм рт.ст	АД < 140/80 мм рт.ст	АД < 140/80 мм рт.ст
ОХС < 5 ммоль/л ХС-ЛНП < 3 ммоль/л	ОХС < 4,5 ммоль/л Лучше < 4 ммоль/л ХС-ЛНП < 2,5 ммоль/л	ОХС < 4 ммоль/л ХС-ЛНП < 1,8 ммоль/л и/или снижение на 50% от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня
Глюкоза < 6 ммоль/л	Глюкоза < 6 ммоль/л HbA1c < 6,5%	Глюкоза < 6 ммоль/л HbA1c < 6,5%
Не курить; Соблюдать принципы здорового питания; Умеренная физическая активность: 30 мин в день; ИМТ < 25 кг/м ² и отсутствие центрального ожирения	Терапия (статины), улучшающая прогноз, у больных с установленным ССЗ атеросклеротического генеза и других категорий пациентов	Терапия (статины), улучшающая прогноз, у больных с установленным ССЗ атеросклеротического генеза и других категорий пациентов

Заключение

Если систолическое артериальное давление выше 135 мм рт.ст и/или диастолическое артериальное давление выше 85 мм рт.ст.

1. Необходимо обратиться к врачу
2. Приобрести домашний тонометр
3. Измерять артериальное давление в зависимости от самочувствия утром и вечером и регулярно регистрировать результат в дневник самоконтроля
4. Уметь оказать себе самопомощь при признаках гипертонического криза

Влияние изменения образа жизни на величину артериального давления

Изменение образа жизни	Снижение АД, мм рт.ст.
Уменьшение веса на 1 кг	2 мм рт.ст.
Ограничение соли до 5 г/сутки	5 мм рт.ст.
Увеличение потребления фруктов и овощей	7 мм рт.ст.
Повышение физической активности	5 мм рт.ст.
Ограничение алкоголя	4 мм рт.ст.
Отказ от курения	5 мм рт.ст.

Таким образом, можно коротко сказать, что профилактика артериальной гипертонии включает регулярные осмотры у кардиолога, правильный образ жизни и благоприятный эмоциональный фон вашего окружения.

При появлении признаков регулярного повышения артериального давления, следует безотлагательно обратиться в медицинское учреждение.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых»
2. Лекция по «Гипертоническая болезнь» - профессор, д.м.н. Антропова О.Н.
3. Лекция «Алгоритм профилактического консультирования»
подготовлен кафедрой факультетской терапии
4. Лычева В.Г., Карманова Т.Т. Поликлиническая терапевтическая практика: Учебное пособие – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2017. – 345 с.
5. Осипова И.В. Факультетская терапия : учебное пособие к практическим занятиям. Часть 1 / И.В. Осипова, О.Н. Антропова, И.Л. Маркина и др. – Барнаул : Изд-во ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»,– 316 с. 2021
6. <https://giperton.com/profilaktika-arterialnoj-gipertenzii.html>