ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГООБРАЗОВАНИЯ

«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙФЕДЕРАЦИИ

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

ДМН, доцент Штегман Олег Анатольевич

Реферат на тему:

«Гипертоническая болезнь. Помощь на госпитальном этапе»

Выполнил: ординатор 2 года

Томсон Евгений Сергеевич

Красноярск, 2023

1. Понятие гипертонического криза ……………………………………………………..3
2. Эпидемиология …………………………………………………………………………..3
3. Этиология …………………………………………………………………………………4
4. Патогенез …………………………………………………………………….……………5
5. Классификация гипертонических кризов …………………………………………….5
6. Осложнения гипертонических кризов ……………………………………………….10
7. Неотложная помощь при гипертоническом кризе ………………………………...11
8. Показания для госпитализации ………………………………………………………14
9. Список литературы ……………………………………………………………………..15

**Понятие гипертонического криза**

Гипертонический криз -- неотложное состояние, вызванное чрезмерным повышением артериального давления и проявляющееся клинической картиной поражения органа-мишени, предусматривает немедленное снижение уровня артериального давления для предотвращения поражения сторонних органов. Это резкое повышение артериального давления выше 180/120 мм рт.ст. или до индивидуально высоких величин.

Осложненный гипертонический криз- сопровождается признаками ухудшения мозгового, коронарного, почечного кровообращения и требует снижения артериального давления в течении первых минут и часов с помощью парентеральных препаратов.

Неосложненный гипертонический криз характеризуется отсутствием поражения органов- мишеней и относится к состояниям, требующим относительно срочного снижения артериального давления в течении нескольких часов. гипертонический патологический госпитализация сосуд

**Эпидемиология**

Данное патологическое состояние является одной из наиболее распространенных причин вызова скорой медицинской помощи. В странах западной Европы, в течение последних 20 лет наблюдается снижение частоты возникновения гипертонических кризов у больных с артериальной гипертензией, с 7% до 1%. Это обусловлено улучшением терапии артериальной гипертензии и ростом частоты своевременной диагностики заболевания.

В России ситуация продолжает сохраняться на неудовлетворительном уровне, знают о наличии заболевания только 58% больных женщин и 37,1% мужчин, при том что распространенность заболевания среди населения составляет у мужчин 39,2%, у женщин 41,1%. Из тех же, кто знает о наличии у себя данного заболевания, получает медикаментозное лечение только 45,7% женщин и 21,6% мужчин. Таким образом только около 20% больных артериальной гипертензией получают медикаментозное лечение разной степени адекватности. В связи с этим закономерно увеличивается абсолютное количество гипертонических кризов.

**Этиология**

Гипертонический криз вызывается на фоне:

1.Гипертонической болезни( в том числе как ее первое проявления)

2.Симптоматической артериальной гипертензии

Состояния, при которых также возможно резкое повышение артериального давления:

1.Реноваскулярная артериальная гипертензия

2.Диабетическая нефропатия

3.Феохромоцитома

4.Острый гламерулонефрит

5.Эклампсия беременных

6.Травма черепа

7.Тяжелые ожоги и др.

Способствующие факторы:

1.Прекращение приема гипотензивных препаратов

2.Психоэмоциональный стресс

3.избыточное потребление соли и жидкости

4.Физические нагрузки

5.Злоупотребление алкоголем

6.Метеорологические колебания.

**Патогенез**

В развитии гипертонического криза важную роль играет соотношение общего периферического сопротивления сосудов к величине сердечного выброса. В результате нарушений сосудистой регуляции происходит спазм артериол, вследствие чего происходит повышение частоты сердечных сокращений, развивается порочный круг и происходит резкий подъём артериального давления, причём из-за спазма многие органы оказываются в состоянии гипоксии, что может привести к развитию ишемических осложнений.

Доказано, что при гипертоническом кризе наблюдается гиперактивность ренин-ангиотензиновой системы, что приводит к возникновению порочного круга, включающего в себя повреждение сосудов, нарастание ишемии и, как следствие, увеличение продукции ренина. Было выявлено что снижение содержания в крови вазодилататоров приводит к росту общего периферического сопротивления сосудов. В результате развивается фибриноидный некроз артериол и растёт проницаемость сосудов. Крайне важным в определении прогноза и сопутствующих осложнений является наличие и выраженность патологии свёртывающей системы крови.

**Классификация**

В настоящее время не существует одной общепризнанной классификации гипертонических кризов. Их можно классифицировать по нескольким принципам:

I По варианту повышения АД:

1) систолический,

2) диастолический,

3) систоло-диастолический вариант.

II По типу нарушений гемодинамики (А.П. Голиков):

1) гиперкинетический тип - развивается преимущественно у больных гипертонической болезнью I, II стадии и по клиническому течению чаще всего соответствует гипертоническому кризу I вида по классификации Н.А. Ратнер

2) Гипокинетический тип - развивается в основном у больных гипертонической болезнью II, III стадии и по клиническим проявлениям соответствует чаще гипертоническому кризу II вида.

3) эукинетический типы гипертонических кризов.

III По патофизиологическому механизму развития:

Н.А. Ратнер (1958) выделяет два вида гипертонических кризов, которые можно определить как симпатико-адреналовый и церебральный.

Авторы исходили из данных, полученных у людей при введении им адреналина и норадреналина. В первом случае происходит повышение артериального давления и главным образом систолического, учащение ЧСС, увеличение содержания сахара в крови, побледнение кожи, дрожь; во втором случае - повышение артериального давления, в основном диастолического, замедление ЧСС, отсутствие изменений основного обмена и гипергликемии.

1) Кризы I вида развиваются остро, без предвестников, протекают легко и продолжаются недолго (от нескольких минут до 2-3 ч). Они характеризуются резкой головной болью, иногда головокружением и снижением остроты зрения, тошнотой, реже - рвотой. Больные возбуждены, часто плачут, жалуются на ощущение сердцебиения, пульсацию и дрожь во всем теле, колющую боль в области сердца, чувство безотчетного страха, тоски. У таких больных наблюдается блеск глаз, кожа покрывается потом, на лице, шее и груди появляются красные пятна, часто бывает поллакиурия, к концу криза нередко отмечаются частые позывы на мочеиспускание с полиурией или обильный жидкий стул. В моче после криза иногда появляются следы белка и единичные эритроциты.

Для таких кризов характерно значительное повышение артериального давления, преимущественно систолического, в среднем на 70 мм рт. ст., что сопровождается заметным увеличением пульсового и венозного давления, учащением частоты сердцебиений. Как отмечают авторы, все эти изменения не связаны с ухудшением деятельности сердца и не являются признаками сердечной недостаточности. Возможность увеличения венозного давления при данном виде кризов связывается с повышением артериального, а также венозного тонуса. При этом наступает повышение содержания свободного адреналина в крови при сравнительно невысоком общем содержании адреналгических веществ (содержание норадреналина не повышается, а иногда даже снижается), нередко наблюдается гипергликемия.

2) кризы II вида - для них характерно менее острое начало и более длительное и тяжелое течении - от нескольких часов до 4-5 дней и более. В период этих кризов часто возникают тяжесть в голове, резкая головная боль, сонливость, общая оглушенность, вплоть до спутанности сознания. Иногда наблюдаются симптомы, указывающие на нарушение деятельности ЦНС: парестезии, расстройства чувствительности, преходящие двигательные поражения, афазии, головокружения, тошнота и рвота. При этих кризах повышается систолическое и особенно диастолическое артериальное давление, в то время как пульсовое давление остается без изменений, иногда пульс становится более частым, нередко возникает брадикардия, содержание сахара в крови в пределах нормы; венозное давление в большинстве случаев не меняется, скорость кровотока остается прежней или замедленной.

В период криза больные часто жалуются на боль в области сердца и за грудиной, выраженную одышку или удушье, вплоть до приступов сердечной астмы и появления признаков левожелудочковой недостаточности. На ЭКГ у таких больных наблюдается снижение интервалов S-T в I, II отведениях, уширение комплекса QRS, часто в ряде отведений отмечаются сглаженность, двуфазность и даже отрицательный зубец Т.

В моче у 50% больных появляется или увеличивается количество белка, эритроцитов и гиалиновых цилиндров.

IV По выраженности периферического сопротивления сосудов:

1) ангиоспастические кризы

2) церебро-гипотонические кризы (на фоне артериальной гипертензии)

V По основным клиническим синдромам:

1) с преобладанием нервно-вегетативного синдрома

(«нервно-вегетативная форма») - при этом больные чаще возбуждены, беспокойны, испуганы, руки у них дрожат, они ощущают сухость во рту, лицо гиперемировано, кожа увлажнена (гипергидроз), несколько повышена температура тела, учащается мочеиспускание с выделением большого количества светлой мочи. Характерны также тахикардия, относительно больший подъём систолического давления с увеличением пульсового давления.;

2) с проявлениями водно-солевого синдрома («водно-солевая форма») - при этом варианте криза больные скорее скованы, подавлены, иногда сонливы, дезориентированы во времени и обстановке; лицо у них бледное и одутловатое, веки набухшие, кожа рук напряжена, пальцы утолщены («не снимается кольцо»). Если удаётся расспросить больного (обычно это женщины), то выясняется, что гипертензивному кризу предшествовали уменьшение диуреза, отёк лица и рук, мышечная слабость, чувство тяжести в области сердца, перебои сердечной деятельности (экстрасистолы). Кризы с задержкой воды отличаются равномерным повышением систолического и диастолического давления либо относительно большим приростом диастолического давления с уменьшением пульсового давления.

Описанные два варианта гипретензивных кризов могут сопровождаться нарушениями чувствительности: онемение кожи лица и рук, ощущение ползания мурашек, похолодание, жжение, стягивание, понижение болевой и тактильной чувствительности в области лица, языка, губ. Двигательные очаговые нарушения обычно ограничиваются легкой слабостью в дистальных отделах верхней конечности (по гемитипу); в более тяжёлых случаях (это чаще бывает при «водно-солевых» кризах - отмечаются преходящие гемипарезы с преобладанием слабости в руке, афазия, амавроз, двоение в глазах

3) с гипертензивной энцефалопатией («судорожная

форма») - при этом наблюдается потеря у больных сознания, тонические и клонические судороги, этот вариант встречается значительно реже, чем предыдущие варианты. Это печальная привилегия самых тяжелых разновидностей ГБ, в частности её злокачественной формы. В основе криза лежит отсутствие нормального ауторегуляторного сужения мозговых артериол в ответ на резкое повышение системного АД. Присоединяющийся отёк мозга длится от нескольких часов до 2-3 суток (острая гипертоническая энцефалопатия). По окончании приступа больные некоторое время остаются в бессознательном состоянии или же бывают дезориентированы; имеется амнезия, нередко выявляются остаточные нарушения зрения или преходящий амавроз. Однако не всегда острая гипертоническая энцефалопатия заканчивается благополучно. После наметившегося улучшения могут возобновиться судороги, АД вновь нарастает, припадок осложняется внутримозговым или субарахноидальным кровоизлиянием с парезами или другими необратимыми повреждениями мозга, с переходом больных в коматозное состояние с летальным исходом.

VI По локализации патологического очага, развившегося в период криза:

1) кардиальный,

2) церебральный,

3) офтальмологический,

4) ренальный,

5) сосудистый.

VII По степени необратимости симптомов, возникших во время криза):

1) неосложнённый тип- характерны головная боль, головокружение, тошнота, наличие невротической и вегетативной симптоматики( чувство страха, озноб, раздражительность, потливость, иногда чувство жара, жажда, в конце криза- учащенное, обильное мочеиспускание с выделением светлой мочи)

2) осложнённый тип гипертонических кризов- внезапное начало ( от нескольких минут до нескольких часов), индивидуально высокий уровень АД. Признаки поражения органов- мишеней. Признаки нарушения мозгового кровообращения: интенсивная головная боль, тошнота, рвота, нарушение зрения, речи, глотания, нарушение координации движений, парезы, параличи, нарушение сознания. Признаки нарушения коронарного кровотока: давящая боль в груди, одышка.

**Осложнения гипертонических кризов**

1. Цереброваскулярные:

- острое нарушение мозгового кровообращения ( инсульт, субарахноидальное кровоизлияние)- характерны очаговые неврологические расстройства.

- острая гипертоническая энцефалопатия с отеком мозга-характеризуется головной болью, спутанностью сознания, тошнотой, рвотой, судорогами, комой.

2. Кардиальные:

- острая сердечная недостаточность- характерно удушье, появление влажных хрипов над легкими.

- инфаркт миокарда, острый коронарный синдром- характерный болевой синдром. ЭКГ- признаки.

3. острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты- тяжелый болевой приступ с развитием в типичных случаях клинической картины шока; в зависимости от локализации расслаивания возможны аортальная недостаточность, тампонада перикарда, ишемия кишечника, головного мозга, конечностей.

4. Острая почечная недостаточность

5. Острая ретинопатия с кровоизлиянием в сетчатку глаза.

**Неотложная помощь при гипертоническом кризе**

1. Положения пациента- лежа с приподнятым головным концом.
2. Узнать, какие препараты принимает пациент, какие уже принял.
3. Контроль ЧСС, АД, каждые 15 минут.
4. Успокаивающая беседа, исключить все посторонние раздражители.

Гипертонический криз неосложненный или бессимптомное повышение САД до 180 и выше мм рт.ст. и/или ДАД до 120 и выше мм рт.ст. Необходимо постепенное снижение АД на 15-25% от исходного или до 160/110 и ниже мм рт.ст. в течении 12-24 часов. Применяются пероральные гипотензивные средства (начинают с одного препарата). Оценку эффективности и коррекцию неотложной терапии проводят спустя время, необходимое для начала наступления гипотензивного эффекта препарата (через 15-30 минут). Не следует стремиться резко снизить АД т.к. может развиться ишемия сердца, почек, головного мозга.

При сочетании повышенного систолического АД и тахикардии:

- Пропранолол (неселективный B-адреноблокатор)- внутрь 10-40 мг.

- Клонидин (препарат центрального действия -клофелин)- под язык 0,075-0,150 мг, терапевтический эффект развивается через 10-30 мин, продолжительность 6-12 часов.

При преимущественном повышении диастолического АД или равномерном повышении САД и диастолического АД:

- Каптоприл (ингибитор АПФ, действует исходной молекулой)- под язык 25 мг.

- Нифедипин (коринфар)- блокатор медленных кальциевых каналов. Под язык 10 мг. Терапевтический эффект развивается через 5-20 мин, продолжительность 4-6 часов. При приеме часто развивается гиперемия лица. Побочные эффекты- головокружение, гипотония (дозозависимая, больному следует лежать в течении часа после приема нифедипина), головная боль, тахикардия, слабость, тошнота.

- Фуросемид (петлевой диуретик)- 40мг внутрь. Применение возможно при застойной сердечной недостсаточности в дополнение к другим гипотензивным препаратам.

Гипертонический криз осложненный

Терапевтические мероприятия:

- санация дыхательных путей

- оксигенотерапия

-венозный доступ

- лечение развившихся осложнений и дифференцированный подход к выбору гипотензивных препаратов

- антигипертензивную терапию проводятт парентеральными препаратами

- снижение АД быстрое- на 15-20% от исходного в течении часа, затем за 2-6 часов до 160 и 100 мм рт.ст. ( возможен переход на пероральные препараты).

Гипертонический криз, осложненный острым инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом:

Неотложная помощь направлена на купирование болевого синдрома, улучшения питания миокарда, снижение АД.

- Нитроглицерин в таблетках 0,5 мг или спрее( 0,4-1 доза) под язык. При необходимости повторить трижды через 5 минут или в/в капельно 10 мл 0,1% раствора нитроглицерина разводят в 100мл 0,9% раствора натрия хлорида.

- Пропранолол( несеективный B-адреноблокатор)- в/в струйно медленно вводят 1 мл 0,1% раствора

- Морфин (наркотический анальгетик) 1 мл 1% раствора развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить в/в дробно до устранения болевого синдрома и одышки.

- Ацетилсалициловая кислота- разжевать 500мг , запить водой.

Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (сердечной астмой, отеком легкого):

Неотложная помощь направлена на купирование отека легких, снижение АД.

- Энаприлат 0,625-1,250 мг в/в медленно , развести в 20 мо 0,9% раствора натрия хлорида.

- Фуросемид в/в болюсно(20-100 мг)

- Нитроглицерин в/в капельно

- Морфин в/в для урежения ЧДД.

Гипертонический криз, осложненный гипертензивной энцефалопатией.

- Энаприлат 0,625-1,250 мг в/в медленно , развести в 20 мо 0,9% раствора натрия хлорида.

- Диазепам( при судорожном синдроме) 20 мг в/в или в/м

- Магния сульфат 5-200 мл 25% раствора в/в болюсно.

Гипертонический криз, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения:

Неотложная помощь направлена на поддержание жизненных функций организма. Снижение АД медленное.

- Энаприлат 0,625-1,250 мг в/в медленно , развести в 20 мо 0,9% раствора натрия хлорида.

Гипертонический криз, осложненный преэклампсией или эклампсией:

- Обеспечение охранительного( от внешних факторов0 режима

- Для купирования судорог и снижения АД- Магния сульфат 25% раствор 10мл в/в медленно или капельно в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

- Дибазол 1% раствор 3-4 мл

- Допегит 0,25внутрь или в/в 250-500 мг в 100 мл физиологического раствора.

- Экстренная госпитализация в роддом.

**Показания для госпитализации**

Неосложненный гипертонический криз, не купирующийся на этапе СМП- госпитализация в терапевтическое или кардиологическое отделение.

Осложненный гипертонический криз - экстренная госпитализация с учетом развившегося осложнения, транспортировка больного в положении лежа.

**Список литературы**

1. Заноздра Н.С., Крищук А.А. Гипертонические кризы. - К.: Здоров'я, 1987. - 168 с.

2. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. - Л.: Медицина, 1983. - 288 с.

3. Ратнер Н.А. Артериальные гипертонии. - М.: Медицина, 1974. - С. 79-128.

4. Гогин Е.Е., Сененко А.Н., Тюрин Е.И. Артериальные гипертензии. - Л.: Медицина, 1978. - 272 с.