UOT: 616.12-008.331

Hipertoniya xəstəliyi, formaları, diaqnostikası və müalicəsi

T.D. Şirinova, M.G.Paşayeva
C.M. Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Müəllifin elektron poçt ünvanı: shirinova_f@yahoo.com

***Açar sözlər*:** arterial hipertenziya, risk faktorları, metabolik sindrom
Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, метаболический синдром
***Keywords*:** arterial hypertension, risk factors, metabolic syndrome

Arterial hipertenziya (AH) – arterial təzyiqin 140/90 mm civə sütununa qədər və daha artıq sabit yüksəlməsi halıdır.Hipertoniya xəstəliyi (HX) termini isə məhz birincili hipertenziyanı nəzərdə tutur, yəni arterial təzyiqin yüksəlməsi hər hansı bir xəstəlik səbəbindən deyil, periferik damar tonusunun artması nəticəsində yaranır. Bu da simpatik sinir sisteminin artıq oyanıqlığı və vazopressor (damar daraldıcı) və vazodepressor (damar genişləndirici) sistemlərin birgə fəaliyyətinin pozulması ilə əlaqədardır.

HX-nin patogenezində əsas əlaqələndirici hal kimi simpatoadrenal sistemin (SAS), renin-angiotenzin-aldosteron sisteminin (RAAS), kallikrein-kinin sisteminin, prostaglandinlərin, böyrək funksiyalarının və su-duz balansının pozulması sayılır.

Arterial təzyiqin yüksəlməsi damarların daralması, ürək-damar sisteminin tənzimlənməsinin pozulması, hormonal dəyişikliklər və digər faktorlarla əlaqədar baş verə bilər. Alimlər birincili (essensial) hipertenziyanı – əksər hallarda müşahidə olunan və ikincili (simptomatik) hipertenziyanı – başqa xəstəliklərin ağırlaşması nəticəsində yaranan formaları ayırd edirlər. Xəstəliyin formalaşmasının patogenezində neyro-humoral, mərkəzi və böyrək mənşəli tənzimləmə mexanizmlərinin pozulmaları mühüm rol oynayır. Arterial hipertenziya insult və infarkt kimi potensial ölümcül xəstəliklərin inkişafı üçün risk faktoru sayılır. Bu səbəbdən, hipertoniya nədən yaranır, diaqnoz necə qoyulur və müalicədə hansı dərmanlar istifadə olunur – bunları bilmək vacibdir. [12].

Alimlər hipertenziyanın yaranmasına səbəb olan bir çox risk faktorunu müəyyən etmişlər:

1. Həddindən artıq emosional gərginlik;
2. Qeyri-normal iş rejimi;
3. Yuxusuzluq;
4. Piylənmə;
5. Hipodinamiya (az hərəkətli həyat tərzi);
6. Şəkərli diabet;
7. Alkoqol və tütün məhsullarından sui-istifadə;
8. İrsi meyillik: patologiyanın inkişafına cavabdeh olan 20 gen müəyyən edilmişdir.

Hipertoniya simptomları. Klinik simptomlar AT səviyyəsindən və "hədəf orqanlar"ın (göz dibi torlu qişası, beyin, böyrəklər, ürək) zədələnməsindən asılıdır. Yüksək AT qulaqlarda küy, ürəkbulanma, ürək döyüntülərinin hiss edilməsi, başda pulsasiya hissi ilə müşayiət olunur. Xəstəliyin proqressivləşməsi ürək çatışmazlığı əlamətlərinin meydana çıxmasına səbəb olur: fiziki gərginlik zamanı təngnəfəslik, hava çatışmazlığı hissi, ayaqların şişməsi, üzün şişkinliyi. AT sıçrayışları zamanı görmə itiliyinin azalması və "milçək"lərin göz önündə görünməsi müşahidə oluna bilər.

Hipertoniya xəstəliyinin dərəcələri və mərhələləri. Dərəcələr AT-nin yüksəlmə səviyyəsinə əsasən təyin olunur:

1. Optimal AT: SAT < 120 mm c.s., DAT < 80 mm c.s.
2. Normal AT: SAT 120–139 mm c.s., DAT 85–89 mm c.s
3. AH I dərəcə: SAT 140–159 mm c.s., DAT 90–99 mm c.s.
4. AH II dərəcə: SAT 160–179 mm c.s., DAT 100-109 mm c.s.

5. AH III dərəcə: SAT ≥ 180 mm c.s., DAT ≥ 110 mm c.s.

İzolyasiya olunmuş sistolik hipertenziya: SAT > 140 mm c.s., DAT < 90 mm c.s.

Hipertenziya mərhələsi həm də hədəf orqanların zədələnmə dərəcəsini nəzərə alır.

I mərhələ (aşağı risk) – yüngül hipertenziya, hədəf orqanların zədələnməsi müşahidə olunmur.

II mərhələ (yüksək risk) – orta ağır və ya ağır gedişat, burada hədəf orqanların prosesə cəlb olunması müşahidə olunur: ürək hipertrofiyası, torlu qişa arteriyalarının spazmı, böyrək qan dövranının pozulması.

III mərhələ (çox yüksək risk) – son dərəcə ağır gedişat, tez-tez hipertenziv krizlərlə müşayiət olunur, hədəf orqanların (insult, infarkt və torlu qişaya qanaxma formasında) zədələnməsi ilə təhlükəlidir.

Arterial təzyiqin "yalançı" yüksəlməsinin bir neçə səbəbi mövcuddur (yalançı AH diaqnostikası):

1. Piylənmə
2. "Ağ xalat" hipertenziyası
3. Çiyin arteriyasının sklerozu

Piylənmə zamanı arterial təzyiqin "yalançı" yüksəlməsi qeyd olunur. Bu zaman manjetin eni 18 sm-ə qədər artırılmalıdır (standart en 12 sm-dir).

"Ağ xalat" hipertenziyası – bu, prosedurun özünə, kabinetdəki mühitə reaksiya olaraq yaranır və hədəf orqanların zədələnməsi olmur.

Yaşlılarda yalançı hipertenziyanın səbəbi çiyin arteriyasının sklerozu ola bilər – belə arteriyanı sıxmaq demək olar ki, mümkün olmur, arteriyanın pulsasiyası uzun müddət saxlanılır. Diaqnoz qoyularkən mərhələ, dərəcə və risk səviyyəsi qeyd olunmalıdır.

*Diaqnostika***.** Birincili və ya essensial hipertenziya hallarının 90%-ni təşkil edir. Hipertoniya xəstəliyinin yaranma səbəbi məlum deyil, bu halda qan təzyiqinin yüksəlməsinin əsasında su-elektrolit balansının pozulması dayanır. Hipertoniya müalicəsi bu disbalansın aradan qaldırılmasına yönəldilir.

Simptomatik və ya ikincili hipertenziya halların 10%-ni təşkil edir. Bu zaman hipertoniya əsas xəstəliyin simptomlarından biri olur.

Səbəblər aşağıdakılardır:

1. Böyrək xəstəlikləri (pielonefrit, hidronefroz, qlomerulonefrit və s.);
2. Tirotoksikoz;
3. Böyrəküstü vəz xəstəlikləri (feoxromositoma, aldosteronizm);
4. Stenoz (böyrək arteriyasının daralması).

Gənc yaşda hipertoniya daha çox kişilərdə müşahidə olunur, yaşlılarda isə eyni nisbətdə rast gəlinir. Qadınlarda hipertoniya tez-tez ilk dəfə hamiləlik zamanı və ya menopauzadan sonra ortaya çıxır, bu da bədənin hormonal yenidən qurulması ilə bağlıdır. Hipertoniya diaqnozu simptomatik AH istisna edildikdən sonra qoyulur.

AH əlamətləri – müayinələr üçün göstərişdir:

1. Laborator müayinələr;
2. EKQ;
3. Exokardioqrafiya;
4. Böyrəklərin USM-i;
5. Göz dibinin müayinəsi;
6. Damarların doppleroqrafiyası;
7. Böyrəküstü vəz, hipofiz və s. orqanların instrumental müayinəsi;
8. Sutkalıq monitorinq;
9. Müxtəlif ixtisaslı mütəxəssislərlə məsləhətləşmələr;
10. Qalxanabənzər vəzin USM-i.

Xəstəxanaya yerləşdirmə üçün göstərişlər.

1. AH-nin səbəbini aydınlaşdırmaq tələb olunur.
2. Diaqnostika olunmuş refrakter AH.
3. Müalicə effekt vermir.
4. İkincili AH istisna edilməlidir.

GB (hipertoniya xəstəliyi) olan pasiyentlər aşağıdakı hallarda təcili hospitalizasiyaya məruz qalmalıdır:

1. Hipertenziv kriz aradan qaldırılmadıqda;

2. AH ağırlaşmalarının, məsələn, infarkt və ya insult riskinin mövcudluğu.

Müalicə olmadıqda və ya onun effektliyi kifayət etmədikdə, həmçinin dərmanların qeyri-müntəzəm qəbulunda ürəkdə aşağıdakı zədələnmələr yaranır:

1. Stenokardiya – oksigen çatışmazlığı səbəbindən ürəkdə yaranan kəskin ağrılar;
2. İnfarkt – ürək əzələsinin nekrozu ilə təzahür edən İİX-nin son dərəcədə ağır forması;
3. Sol mədəciyin kəskin çatışmazlığı.

Arterial təzyiqin dərmansız müalicə üsulları

1. Çəkinin azaldılması və normallaşdırılması;
2. Duz qəbulunun məhdudlaşdırılması;
3. Fiziki məşqlər;
4. Rahatlama üsulları (avtogen məşq, streslə davranış təlimi);
5. Siqaretin tərgidilməsi;
6. Alkoqol istifadəsinin məhdudlaşdırılması və ya tamamilə dayandırılması.

Xəstəliklə mübarizədə ən effektiv üsul ya onun profilaktikası, ya da dərmansız müalicə üsullarıdır. Bu müalicələr heç bir əlavə (yan) təsirə malik deyil.

Hipotenziv preparatlar

1. APF inhibitorları;
2. Mərkəzi α-adrenoblokatorlar;
3. Sidikqovucular;
4. Alfa α-agonistlər;
5. β-blokatorlar;
6. Angiotenzin reseptorlarının antaqonistləri;
7. Vazodilatatorlar (birbaşa vazodilatatorlar - apressin (hidralazin), minoksidil - refrakter və ya bədxassəli AH zamanı böyrək çatışmazlığında istifadə olunur).

Medikamentoz müalicə. Bütün hipotenziya verən preparatlar təxminən eyni dərəcədə hipotonik aktivliyə malikdir. Nəzarətli tədqiqatlarda göstərilmişdir ki, 3 qrup preparat GB-li xəstələrdə ağırlaşmaların və ölüm hallarının riskini azaldır: tiazid diuretikləri, β-blokatorlar və APF inhibitorları. Preparatın seçimi anamnez, əks göstərişlər, əlavə təsirlər, yanaşı xəstəliklərin təsiri, hemodinamik və risk faktorlarına əsasən aparılır. Sonra isə hər bir preparatın və onların kombinasiyalarının effektivliyi və dözümlülüyü qiymətləndirilir.

Sinus taxikardiyası və normal P-R intervalı olan xəstələrdə bu mümkündür.

Effektiv ola biləcək kombinasiyalar istənilən hipotonik preparatların, o cümlədən β-blokatorlar, dihidropiridin olmayan kalsium antaqonistləri (verapamil, diltiazem) kombinasiya formasında istifadə edilməsidir, lakin ifadəli bradikardiya və A-V blokada riski olduğu üçün diqqətli olunmalıdır. Angiotenzin II reseptorlarının antaqonistlərindən istifadə tövsiyə olunur, α-blokatorlar isə birinci seçim preparatı kimi tövsiyə edilmir, çünki onlar AH ağırlaşmalarını daha az dərəcədə azaldır.

Ən effektiv kombinasiyalara aşağıdakılar aiddir:

1. APF inhibitorları + diuretiklər;
2. APF inhibitorları + kalsium antaqonistləri.

Ən effektiv üçlü kombinasiyalardan biri:

1. APF inhibitorları + diuretik + β-blokator.
2. APF inhibitoru + diuretik + kalsium antaqonisti.

Hər hansı bir preparatın effektivliyi haqqında nəticə çıxarmaq üçün ən azı iki həftə (tercihen ən azı 1 ay) tələb olunur.

Refrakter AH zamanı tez-tez eyni vaxtda 4 və daha çox preparat təyin etmək lazım gəlir. AH zamanı preparatların qəbulu daimi olmalı, əksər hallarda isə ömürlük olmalıdır. Müşahidələr var ki, hipotenziv preparatların qəbulunun dayandırılması zamanı, eyni dərəcədə AH olan müalicə olunmamış xəstələrlə müqayisədə ölüm halları təxminən 2 dəfə çoxdur. Müalicədə fasilələr vermək olmaz, hətta arterial təzyiq normallaşsa belə.

Refrakter AH zamanı üç hipotenziv preparatın birləşməsi kifayət qədər effektiv deyilsə, preparatların dozasını artırmaqla yanaşı, dördüncü, hətta beşinci preparat əlavə etmək olar. Məsələn: APF inhibitoru + furosemid + verospiron + β-blokator + α-blokator. Həqiqi refrakterliyin ən çox səbəblərindən biri “həcm

yüklənməsi"dir (bu, "yalançı tolerantlıq" adlanır). Bu hallarda diuretik dozasını artırmaq və ya əlavə olaraq tiazid tərkibli diuretik — furosemid təyin etmək lazımdır. Bəzi hallarda müvəqqəti olaraq minoksidil, apressin, natrium nitroprussid infuziyası, qan təmizləyici təcili metodlardan istifadə edilir.

AH zamanı sol mədəciyin hipetrofiyasının mövcudluğu bütün AH ağırlaşmaları və qəfil ölüm üçün risk faktorudur. Bu xəstələrdə ürək çatışmazlığı inkişaf riski 8 dəfə artır. Ölüm səviyyəsi 5 il ərzində təxminən 40%-dir. Sübut olunmuşdur ki, APF inhibitorları, kalsium antaqonistləri və diuretiklər sol mədəciyin hipetrofiyasını təxminən eyni dərəcədə azaldır. Onlardan ən effektivi APF inhibitorlarıdır. Birbaşa vazodilatatorlar (apressin, minoksidil) hipetrofiyanın artmasına səbəb olur. Framinghem tədqiqatının nəticələrinin analizi göstərmişdir ki, sol mədəciyin hipetrofiyasının azaldılması xəstələrin proqnozunu yaxşılaşdıra bilər. "Hipertonik ürək" və ya "hipertenziv kardiomiopatiya" termini sol mədəciyin hipetrofiyasının miokard işemiyası əlamətləri ilə birlikdə mövcudluğunu bildirir.

İnsulinə qarşı rezistentlik - toxumaların insulinə qarşı həssaslığının azalmasıdır. Bu xəstələrdə ürək-damar ağırlaşmaları riski kəskin şəkildə artır.

Ağırlaşmalar riski yüksək olan xəstələrdə aritmiya, xüsusilə də atrial fibrilasiya da əhəmiyyətlidir.

Lipid mübadiləsi pozulmuş xəstələrdə tərkibində BSA olmayan diuretiklər və β-blokatorlar triqliserid səviyyəsini artırır və HDL xolesterini azaldır.

Bu xəstələrdə seçim preparatları APF inhibitorları, kalsium antaqonistləri və α-blokatorlardır. Şəkərli diabeti, o cümlədən diabetik nefropatiyası olan AH xəstələrinin müalicəsində APF inhibitorları və xüsusilə də nondihidropiridin qrupundan olan kalsium antaqonistləri (verapamil, diltiazem) istifadə olunur.

Metabolik sindrom. Bu, abdominal piylənmə, AH, dislipidemiya, qlükozaya tolerantlığın pozulması və hiperinsulinemiya kombinasiyasıdır. Bu xəstələrdə ürək-damar ağırlaşmaları riski xeyli artır. Metabolik sindromun müalicəsinin əsas məqsədi bədən çəkisinin azaldılmasıdır (abdominal-visseral yağın miqdarının azaldılması). Müalicə: APF inhibitorları, kalsium antaqonistləri, α-blokatorlar. Xroniki böyrək çatışmazlığı (XBÇ) olan xəstələrdə AH həcmdən asılıdır. Müalicənin əsası duzun qəbulunun məhdudlaşdırılması və diuretiklərin tətbiqidir. Hipotenziv preparatlardan APF inhibitorları, kalsium antaqonistləri, α-blokatorların rasional istifadəsi məqsədəuyğundur. Ağır XBÇ hallarında (kreatinin 1000 mkmol/l) hemodializ və ya böyrək transplantasiyası tətbiq edilir.

Yaşlı pasiyentlərdə AH müalicəsində daha az preparat dozasından istifadə olunur. Yaşlılar üçün ən təsirli preparatlar diuretiklər, kalsium antaqonistləri və APF inhibitorlarıdır. Aortun sklerozu ilə əlaqəli sistolik AH zamanı müalicə taktikası adi AH ilə eyni şəkildə aparılır.

Bədxassəli AH. Arterial təzyiqin kəskin yüksəlməsi və həyati vacib orqanların zədələnməsi ilə müşayiət olunan hallar bədxassəli arterial hipertenziya (BAH) adlanır. BAH üçün əsas diaqnostik meyarlar göz dibi damarlarının kəskin dəyişiklikləridir – neyroretinopatiya (görmə sinirləri disklərinin ödemi, retina içi qanaxmalar və eksudatlar), digər əlamətlər fonunda.

Angioretinopatiya. ZAH-nin klinik təzahürləri baş beynin və daxili orqanların zədələnmə dərəcəsindən asılıdır. Müalicə olunmayan ZAH tez bir zamanda ölümlə nəticələnir, arterial hipertenziya ensefalopatiyası, beyin qan dövranının pozulması, ürək və ya böyrək çatışmazlığı səbəbindən. Müalicə vaxtında başlansa belə, ZAH zamanı ölüm göstəricisi 5 il ərzində 40% civarında qalır. ZAH ən çox simptomatik AH-li xəstələrdə inkişaf edir. Demək olar ki, ZAH olan xəstələrin yarısında iki tip AH (simptomatik) eyni vaxtda müşahidə olunur. ZAH-nin müalicəsində məqsəd AT-ni 160/100 mm c.st.-na və ya ilkin göstəricidən 25-30% azaldmaqdır. Əgər xəstədə ağırlaşmalar yoxdursa (ensefalopatiya, kəskin ürək çatışmazlığı və ya digər ağırlaşmalar), AT-nin azaldılması 1 saat ərzində deyil, 24 saat ərzində tədricən aparılır.

Müalicə: 2-3 dərman təyin olunur. Bunlar APF inhibitorları, kalsium antaqonistləri, β-blokatorlar və diuretiklərdir. Zərurət olduqda α-blokatorlar və veroshpiron, bəzən klonidin reaksiyadan asılı olaraq istifadə edilir. Damar daxilinə güclü hipotenziv preparatların yeridilməsi yalnız həyati təhlükəli vəziyyətlərdə, mürəkkəb hipertonik krizlərdə tətbiq edilir. Hipovolemiya səbəbindən diuretiklər ehtiyatla istifadə olunur.

Hipertonik krizlər. Bu, həyati vacib orqanların funksiyasının pozulması və ya neyrovegetativ təzahürlərlə müşayiət olunan AT-nin qəfil artmasıdır: hipertonik ensefalopatiya, kəskin ürək çatışmazlığı, miokard iskemiyası, aortanın disseksiyası, beyinə qanaxma, böyrək çatışmazlığı. Rusiyada geniş yayılmış təsnifat Masyanikov A.L.-ə məxsusdur.

I tip – orqan-hədəflərin zədələnməsi əlamətləri yüngül və ya yoxdur.

II tip – ağırlaşmış hipertonik kriz (orqan-hədəflərin zədələnməsi ilə). AT 1 saat ərzində təxminən 180/110–160/100 mm c.st. qədər azaldılmalıdır ki, geri dönməz zədələnmə və ya ölüm riski azalsın.

Hipertonik krizlərin müalicəsi. Natrium nitroprussidinin damar daxilinə infuziyası bütün ağır hipertonik krizlər üçün seçim preparatı hesab olunur. Həmçinin, sublingval kaptopril, prozerin, verapamil və lobetalol istifadə edilə bilər. Güclü vegetativ simptomatika zamanı droperidol və ya relanium tətbiq olunur. Hamilələrdə hipertonik ensefalopatiya zamanı damar daxilinə lobetalol, verapamil, droperidol, klofelin və ya nifedipin və maqnezium sulfat tətbiq olunur.

Feoxromositoma zamanı kriz prazosinin sublingval qəbulu, lobetalolun daxilə və ya damar daxilinə, həmçinin fentolamin və ya propranolol (propanfen) tətbiqi ilə aradan qaldırılır.

Nadir rast gəlinən, lakin çox ağırlaşmış hipertonik kriz forması aortanın disseksiyasıdır. Disseksiyanın əlamətləri – qəfil, çox güclü və uzunmüddətli döş qəfəsində ağrı, boyuna, kürəklər arasına və ya bel nahiyəsinə irradiasiya olunur və qorxu, ölüm hissi ilə müşayiət olunur. Müalicə: klinik əlamətlər meydana çıxan kimi sistolik AT 100 mm civə sütununa qədər maksimum azaldılır. Seçim preparatı - arfenad. Alternativ olaraq nitroprussid natriyin β-blokatorlarla birgə istifadəsi mümkündür. Həmçinin, damar daxilinə esmolol, lobetalol, verapamil infuziyası aparıla bilər. Proksimal tipdə cərrahi müdaxilə həyata keçirilir.

*Simptomatik arterial hipertoniyalar***.**

1. Böyrək xəstəlikləri – təxminən 4% xəstələrdə rast gəlinir (parenximatoz xəstəliklər – 2-5%, vazorenal AH – 1-2%);
2. Endokrin xəstəliklər;
3. Ürək və iri damarların zədələnməsi;
4. Dərman mənşəli AH;
5. Hamiləliklə əlaqədar nefropatiyalar.

Parenximatoz böyrək xəstəliklərinə xroniki pielonefrit və xroniki qlomerulonefrit aiddir.

Etiologiyasına görə AH-nin göstəriciləri sidik analizində, biokimyəvi göstəricilərdə və anamnezdə böyrək xəstəliklərini göstərir. Əsas xəstəliyin müalicəsi tələb olunur ki, bu da antibakterial terapiya ilə aparılır.

Xroniki qlomerulonefrit nadir hallarda rast gəlinir və adətən birləşdirici toxumanın sistem xəstəlikləri zamanı meydana çıxır. Müalicə: duz qəbulunun məhdudlaşdırılması və diuretiklərin təyin edilməsi. Əlavə olaraq hipotenziv preparatlar təyin olunur. Kurantil qlomerulonefrit müalicəsində vacib komponent hesab olunur.

Arterial təzyiqin yüksəlməsinin səbəblərindən biri hamilə qadınlarda rast gəlinən nefropatiyadır — təxminən 10% qadınlarda, adətən 20-30 yaş arasında, hamiləliyin ikinci yarısında müşahidə olunur və doğuşdan sonra və ya hamiləliyin dayandırılmasından sonra keçir. Nefropatiya preeklampsiya və eklampsiyaya keçə bilər. Müalicə: zülalsız AH olduqda dərmansız keçmək tövsiyə olunur. Daha ifadəli AH zamanı aşağıdakı hipotenziv preparatlar təyin olunur: dopegit, apresin və β-blokatorlar. Qıcolmalar olduqda maqnezium sulfat və relanium əlavə olunur. Diuretiklər xüsusi zərurət olmadan hipovolemiya səbəbindən təyin edilmir.

Vazorenal AH. Ən çox rast gəlinən simptomatik arterial hipertoniyalardan biridir. Əsas səbəblər: ateroskleroz (xüsusilə 40 yaşdan yuxarı kişilərdə 60–90%), fibromuskulyar displaziya (35 yaşdan cavan qadınlarda 10–30% hallarda), uşaqlarda isə qadınlara nisbətən daha az rast gəlinir. Xəstəliyin etiologiyası və patogenezi məlum deyil. Müalicə simptomatikdir. Ağır formalarda cərrahi müalicə - böyrək arteriyasının rekonstruksiyası və angio plastikası tətbiq olunur. Hipotenziv preparatlarla (verapamil və AÇF inhibitorları) yanaşı statinlər təyin olunmalıdır, çünki bu xəstələrdə AH-nin əsas səbəbi aterosklerozdur [16].

Birincili aldosteronizm. Xəstələrin təxminən 70% -ində xəstəliyin səbəbi böyrəküstü vəzinin qabıq qatında yerləşən şiş - aldosteroma (Konn sindromu), 30%-də isə bu vəziyyət kortikal qatın hiperplaziyası və idiopatik aldosteronizmlə əlaqədardır. Aldosteron natrium və suyun orqanizmdə saxlanmasına, damar daxilində maye həcminin artmasına səbəb olur. Əsas əlamət - aldosteronun plazmadakı konsentrasiyasının artmasıdır. Müalicə: şişin çıxarılması, böyrəküstü vəzinin hiperplaziyası zamanı veroshpiron və kalsium antagonistləri təyin olunur. İrsi forma zamanı - qlükokortikoidlər, yəni glükokortikoidə bağlı aldosteronizm adlanır.

Feoxromositoma. Bu böyrəküstü vəzinin beyin qatında yerləşən, əsasən noradrenalin ifraz edən şişdir. Feoxromositoma üçün "paroksizmal triada" simptomları xarakterikdir: arterial təzyiqin kəskin yüksəlməsi ilə baş verən hipertenziv krizlər, güclü baş ağrısı, tərləmə və ürəkdöyünmə. Digər əlamətlərə dəri solğunluğu, çəki itkisi, təşviş və panik tutmalar, ortostatik hipotoniyaya meyillilik və bəzən malign arterial hipertenziya daxildir.

Müalicə: cərrahi müdaxilə. Təzyiq normallaşması 75–90% xəstədə müşahidə olunur. Şişin təkrarlanması təxminən 10% hallarda baş verir. Krizlərin aradan qaldırılması üçün sublingval olaraq prazosin, venadaxili fentalamin, tropafen və ya lobetalol tətbiq olunur.

Aortanın koarktasiyası. Qolların arteriyasında sistolik təzyiqin artması və ayaqlarda azalması ilə xarakterizə olunur. Müalicə: cərrahi müdaxilə; əməliyyat adətən 7–10 yaş arasında aparılır. Əməliyyatdan sonra arterial təzyiqin normallaşması 60–75% hallarda müşahidə olunur.

Dərman mənşəli hipertenziya. Ən çox hallarda kortikosteroidlərin, qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatların (QSİƏP), simpatomimetiklərin (burun damcıları daxil olmaqla), trisiklik antidepresantların, flkoloidlərin və s. qəbulu ilə bağlıdır. Qadınlarda bu daha çox peroral kontraseptivlərin istifadəsi ilə əlaqələndirilir.

İzolyasiya olunmuş sistolik hipertenziya. Əsas səbəblər bunlardır:

1. Aortanın aterosklerozu (“sklerotik AH”);
2. Aortal çatışmazlığı;
3. Aşkar bradikardiya;
4. Tireotoksikoz;

Yaşlı insanlarda aorta elastikliyini itirir və sistola zamanı genişlənmir, bu isə Sistolik Arterial Təzyiqin (SAT) yüksəlməsinə səbəb olur. Aortal çatışmazlıq və bradikardiyada sistolik AH, vuruş həcminin artması nəticəsində; tireotoksikoz və anemiyada isə hipertonik tip qan dövranı nəticəsində inkişaf edir.

Sağalmaya nəzarəti. Arterial təzyiqin stabilləşməsi xəstənin Hipertoniya Xəstəliyindən sağaldığını göstərir. Ailə həkimi və lazım olduqda kardioloqla məsləhətləşmə tələb olunur.

Hipertoniyanın profilaktikası. Birincili profilaktika risk faktorlarının aradan qaldırılması və təzyiqə nəzarəti əhatə edir. Hipertoniya Xəstəliyi zamanı tövsiyələrə həyat tərzinin korreksiyası, arterial təzyiqə müntəzəm nəzarət və dərmanların qəbulu daxildir. Əlavə olaraq, ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün müntəzəm olaraq müalicə aparmaq və həkim müayinələrindən keçmək vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Гуревич М.А. Диагностика и дифференцированное лечение гипертонических кризов // Consilium medicum, 2015, 3(5), с.6-9.

2. Савенков М.П. Пути повышения эффективности лечения больных артериальной гипертонией // Consilium medicum, 2016, 7(5), с.3-6.

3. Савенков М.П., Иванов С.Н., Сафронова Т.Е. Фармакологическая коррекция метеопатических реакций у больных с артериальной гипертонией // Трудный пациент, 2020, 5(3):17-20.

4. Савенков М.П., Кириченко А.В., Иванов С.Н. и др. Сезонная коррекция антигипертензивной терапии // Consilium medicum, 2016, 10(5), с. 40-44.

5. Карю К. Confion for vinter mornig sulge in blood pressure: a possible link with cardiovascular risk in the elderiy // Hipertension, 2017, 47(2), p.139-140.

6. Maucia Q., De Backer Q., Dominkzar A., et al. Quidlinzer for the management of arterial hipertenzion: The tack Foree for the Management of 10. Arterial hipertenzion of the Europen Society of hipertenzion (ESH) and of the Europen Societi of Cardiology (ESC) // Eur. Heart I. 2020, 28 (12), p. 1404-1432.

7. Modesti P.A., Morabito M., Beetolozzi I. et al. Weather-related changes in 24 kour blood pressure profile: effects of aqe and implications for hipertenzions management // Hypertension, 2015, 47 (2), p.155-162.

8. Лечение артериальной гипертензии у лиц старших возрастных групп. Тез.докл. I конгресса ассоциации кардиологов стран СНГ. М.: Медиа сфера, 2016 с. 194.

9. Гемореологические нарушения у больных с артериальной гипертензией. Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов: Материалы Юбилейной конференции, посвященной 100-летию Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова. Под ред. В.М. Седова и Ю.Б. Лукьянова. СПб., 2008, с. 304.

10. Изменение гемореологии при артериальной гипертензии. Сборник «Реологические исследования» (Шабанов В.А. к.м.н., Левин Г.Я. д.м.н.) Выпуск I М., 2015. с. 84-93.

11. Baskurt O.K., Meiselman Y.J. Blood rheology and hemodynamics // Sem. Thron. Hemostas, 2003, 29, p.435-450.
12. Швыдкая Е.П., Тентелева И.В., Назаров О.А. Состояние микроциркуляции у молодых больных с артериальной гипертензией / Микроциркуляция в клинической практике / Всерос. научн. конф., г. Москва, 27-28 октября 2014, с. 119-126.
13. Kuo S.W., Pei-Dee, Hung Y.J. et al. Effekt of indapamide SR-in the treatment of hypertensive patients with type 2 diabetes // Am Hypertens ,2013, 16 (8), p. 623-8.
14. Боровков Н.Н., Сальцева М.Т., Аминева Н.В. и др. Влияние антигипертензивных препаратов на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз у больных артериальной гипертензией по жилого и старческого возраста // Клин.геронтол, 2014, Т10, №9, с.11
15. Аминева Н.В., Сальцева М.Т., Боровков Н.Н. и др. Нарушение гемокоагуляции и реологии крови у больных с артериальной гипертонией // Нижегородский медицинский жур., 2018, №3, с.21-25.
16. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М. Неотложная кардиология. М., 2019
17. Болезни сердца по Браунвальду руководство по сердечно-сосудистой медицине. М., 2010

Резюме
Артериальная гипертензия, её формы, диагностика и лечение
Т.Д. Ширинова, М.Г. Пашаева

Артериальной гипертонией (АГ) называют стойкое повышение артериального давления до 140/90 мм. р.ст и более. Учёные выделяют первичную (эссенциальною) гипертоническую болезнь и вторичную, которая возникает как осложнение других заболеваний. Термин «гипертоническая болезнь» (АГ) относится к первичной гипертонии, то есть повышению артериального давления, которое возникает не вследствие какого-либо заболевания, а в результате повышения тонуса периферических сосудов. Учёные различают первичную (эссенциальную) гипертонию - наблюдаемую в большинстве случаев, и вторичную (симптоматическую) гипертонию - формы, возникающие в результате осложнений других заболеваний. В патогенезе заболевания важную роль играют нарушения нейрогуморальных, центральных и почечных регуляторных механизмов. Артериальная гипертензия считается фактором риска развития потенциально фатальных заболеваний, таких как инсульт и инфаркт миокарда. Поэтому важно знать причины гипертензии, способы её диагностики и лекарственные препараты, используемые для лечения.

Summary
Arterial hypertension, its forms, diagnosis, and treatment
T.D. Shirinova, M.G. Pashayeva

Arterial hypertension (AH) is a persistent increase in blood pressure to 140/90 mmHg or higher. Scientists distinguish between primary (essential) hypertension and secondary hypertension, which occurs as a complication of other diseases. The term "hypertension" (AH) refers to primary hypertension, that is, elevated blood pressure that occurs not as a result of any disease, but as a result of increased peripheral vascular tone. Scientists distinguish between primary (essential) hypertension - observed in most cases - and secondary (symptomatic) hypertension—forms that arise as a result of complications of other diseases. Impairments in neurohumoral, central, and renal regulatory mechanisms play a significant role in the pathogenesis of the disease. Arterial hypertension is considered a risk factor for the development of potentially fatal diseases such as stroke and myocardial infarction. Therefore, it is important to understand the causes of hypertension, methods for its diagnosis, and medications used for its treatment.

Daxil olub: 08.01.2025