

# Артериальная гипертензия

# Определение

**АГ** - хроническое стабильное **повышенное АД**

при котором **САД  $\geq 140$  мм. рт. ст.**

**ДАД  $\geq 90$  мм. рт. ст.**

# Актуальность

**2025 г. - 29 % мужчин**

**- 29,5 % женщин**

**40 – 80 лет**

**Смертность от ИБС и инсульта↑ в 2 раза  
при:**

**↑ САД на 20 мм. рт. ст.**

**↑ ДАД на 10 мм. рт. ст.**

# Заболееваемость

На **2010** год – **1 539 470**

На диспансерном  
учете состоит – **862 899**

# Классификация уровней АГ

	мм. рт. ст.	
	САД	ДАД
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	120-129	80-84
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
АГ 1-й ст. тяжести (мягкая)	140-159	90-99
АГ 2-й ст. тяжести (умеренная) <b>100-109</b>	<b>160-179</b>	
АГ 3-й ст. тяжести (тяжелая)	<b>&gt;= 180</b>	<b>&gt;= 110</b>
Изолированная систолическая гипертензия	<b>&gt;= 140</b>	<b>&lt; 90</b>

**Таблица 2. Классификация уровня АД в соответствии с 7-м докладом Американского национального объединенного комитета (2003)**

Классификация уровня АД	Систолическое АД (мм рт.ст.)	Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Нормальное	< 120	и < 80
Прегипертензия	120–139	или 80–89
Гипертензия 1-й степени	140–159	или 90–99
Гипертензия 2-й степени	≥ 160	или ≥ 100

# Стадии гипертонической болезни

**ГБ I стадии** - наличие АГ, при отсутствии поражения органов мишеней (ПОМ).

**ГБ II стадии** – наличие АГ и присутствие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней.

**ГБ III стадии** - устанавливается при наличии ассоциированных клинических состояний.

# По течению

- **Доброкачественные**  
(медленно прогрессируют)
- **Злокачественные**



# Симптоматические АГ

**САГ** – артериальная гипертония, причинно связанная с заболеваниями или повреждениями органов, участвующих в регуляции АД.

# Почечные

- 1 - Паренхиматозные и интерстициальные** заболевания почек (гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, амилоидоз ).
- 2 - Реноваскулярная патология** (атеросклероз почечной артерии, аневризмы почечной артерии, васкулиты, тромбоз, эмболия).
- 3 - Врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей** (поликистоз, дистопия почек ).
- 4 - Вторичные поражения почек**

# Эндокринные гипертонии

1 - Феохромоцитома.

2 - Первичный гиперальдостеронизм (синдром Кона).

3 - Идиопатическая гиперплазия коры надпочечников (псевдопервичный гиперальдостеронизм).

4 - Болезнь (синдром) Иценко-

# Гемодинамические

1. Атеросклероз аорты.
2. Стенозирующее поражение сонных и вертебробазилярных артерий.
3. Коарктация аорты.
4. Недостаточность аортальных клапанов.
5. Полная атриовентрикулярная блокада.

# Нейрогенные гипертонии

- 1. Сосудистые заболевания и опухоли мозга.**
- 2. Воспалительные заболевания ЦНС (энцефалит, менингит, полиомиелит, диэнцефальный синдром).**
- 3. Травмы мозга (посткоммоционный и постконтузионный синдром).**
- 4. Полиневриты.**

# Особые формы вторичных гипертоний

## **Солевая и пищевая гипертония**

(при чрезмерном употреблении соли, при употреблении веществ, богатых тирамином – некоторые сорта сыра и красное вино).

**Лекарственная гипертония** (при приеме ГКС, НПВС, гормональных противозачаточных средств, симпатомиметиков, кокаина,

# Факторы риска

- Уровень систолического и диастолического АД
- Возраст старше 55 лет у мужчин и 65 лет у женщин
- Курение
- Дислипидемия (концентрация общего холестерина более 6,5 ммоль/л, или ЛПНП более 4,0 ммоль/л, или ЛПВП менее 1,0 ммоль/л у мужчин и менее 1,2 ммоль/л у женщин)\*
- Ранние сердечно-сосудистые заболевания у близких родственников (моложе 55 лет у мужчин и 65 лет у женщин)
- Абдоминальное ожирение (окружность талии 102 см и более у мужчин, 88 см и более у женщин)
- Концентрация С-реактивного белка в крови 1 мг/дл и более

# Поражение органов-мишеней

- Гипертрофия левого
- Ультразвуковые признаки утолщения артериальной стенки или наличие атеросклеротической бляшки
- Небольшое повышение концентрации креатинина в крови
- Микроальбуминурия



# Ассоциированные клинические состояния

- **Сахарный диабет**
- **Цереброваскулярная болезнь:** ишемический инсульт, геморрагический инсульт, преходящее нарушение мозгового кровообращения
- **Заболевание сердца:** инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация, хроническая сердечная недостаточность
- **Заболевания почек:** диабетическая нефропатия, почечная недостаточность  
Заболевание периферических артерий
- **Выраженная ретинопатия:**

Группы риска	Степень АГ	Наличие ФР
Риск <b>1</b> (низкий)	АГ <b>I</b> степени	Наличие факторов риска, поражения органов-мишеней и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний
Риск <b>2</b> (средний)	АГ <b>I - II</b> степени	Есть один фактор риска или более, но нет поражения органов-мишеней и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний
	АГ <b>III - IIII</b> степени	Нет факторов риска, поражения органов-мишеней и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний
Риск <b>3</b> (Высокий)	АГ <b>I - IIII</b> степени	Есть поражение органов-мишеней и факторы риска, но нет сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний
Риск <b>4</b> (очень высокий)	АГ <b>I - IIII</b> степени	Есть сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания или сахарный диабет

# Диагностика

- 1 – Измерение уровня АД
- 2 - СМАД
- 3 - ДАД
- 4 – АД при физ. И стрес. Нагрузках
- 5 – Анамнез
- 6 – Физикальное обследование
- 7 – Стандартные лабораторные и
- 8 – Стандартные инструментальные методы исследования

# Стандартные лабораторные показатели

- ОАК
- ОАМ
- БАК Глюкоза
  - Холестерин и его фракции
  - К
  - Мочевая кислота
  - Креатинин
- Клиренс креатинина
- Скорость клубочковой фильтрации
- Проба на толерантность к глюкозе

# **Стандартные инструментальные методы исследования**

- СМАД**
- ДАД**
- ЭКГ**
- ЭхоКГ**
- УЗИ сосудов и сердца**
- Исслед. Глазного дна**

# Примеры формулировки диагноза.

- АГ II степени. Риск 2. Гиперхолестеринемия.
- АГ II степени. Риск 3. Гипертоническое сердце. Желудочковая экстрасистолия. НI.
- АГ III степени. Риск 4. ИБС: стенокардия напряжения. ФКII. Постинфарктный (1999 г.) кардиосклероз. Аневризма левого желудочка. НIIA.
- АГ I степени. Риск 1. Гипертонический криз I порядка (от 10.01.00) легкой степени.
- АГ III степени. Риск 4. Гипертоническая почка. Нефроангиосклероз. ХПН II ст.

Термины "ухудшение", "обострение" в формулировке диагноза не используются.

# Показания к направлению в стационар больных АГ

1. Острые нарушения коронарного или мозгового кровообращения.
2. Гипертонический криз средней и тяжелой степени тяжести.
3. Рефрактерная к гипотензивной терапии АГ.
4. Обследование для уточнения степени поражения органов-мишеней, если это невозможно сделать в амбулаторных условиях.
5. Проведение брюшной аортографии для исключения вазоренальной АГ.
6. Появление или усугубление нарушений ритма, проводимости сердца сердечной и / или почечной недостаточности.

При направлении больного в стационар участковый терапевт или кардиолог должны указать: 1. цель госпитализации;

2. результаты амбулаторного обследования: общие анализы крови и мочи, ЭКГ, консультация окулиста, биохимический анализ крови (глюкоза, холестерин, мочевины или креатинин), РЭГ;

3. характер антигипертензивного лечения, его эффективности;

Цель лечения больного АГ - максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию всех выявленных факторов риска.

В целом, при **неосложненной** АГ уровень АД следует снижать до **140/90** мм рт.ст., при сочетании АГ с **сахарным диабетом** - до **130/85** мм рт.ст.,

а при АГ в сочетании с **ХПН** до **120/75** мм рт.ст.



# Рекомендации по выбору антигипертензивных препаратов

Группа препаратов	Показания		Противопоказания	
	Обязательные	Возможные	обязательные	возможные
Диуретики	Сердечная недостаточность + Пожилой возраст + Систолическая гипертензия	Сахарный диабет	Подагра	Дислипидемии  Мужчины, ведущие активную половую жизнь

Группа препаратов	Показания		Противопоказания	
	Обязательные	Возможные	обязательные	возможные
<b>β-Блокаторы</b>	Стенокардия + После инфаркта миокарда + Тахикардии	Сердечная недостаточность + Беременность + Сахарный диабет	Бронхиальная астма и хроническое обструктивное заболевание легких + Блокада сердца*	Дислипидемия + Спортсмены и физически активные больные + Поражение периферических артерий
<b>Ингибиторы АПФ</b>	Сердечная недостаточность + Дисфункция левого желудочка + После инфаркта миокарда + Диабетическая		Беременность + Гиперкалиемия	Двухсторонний стеноз почечных артерий

Группа препаратов	Показания		Противопоказания	
	Обязательные	Возможные	обязательные	возможные
Антагонисты кальция	Стенокардия + Пожилой возраст + Систолическая гипертензия (****)	Поражение периферических артерий	Блокада сердца**	Застойная сердечная недостаточность***
$\alpha_1$ -блокаторы	Гипертрофия предстательной железы	Нарушение толерантности к глюкозе + Дислипидемия		Ортостатическая гипотония
Блокаторы $AT_1$ -	Кашель, вызываемый	Сердечная недостаточность	Беременность + Двухсторонний	

**Таблица 1. Комбинированная гипотензивная терапия**

Комбинация	Группы препаратов
Рациональная	Диуретик + $\beta$ -адреноблокатор Диуретик + ингибитор АПФ Диуретик + блокатор АТII рецепторов Ингибитор АПФ + антагонист кальция $\beta$ -адреноблокатор + антагонист кальция $\beta$ -адреноблокатор + $\alpha$ -блокатор
Менее рациональная, но возможная	Антагонист кальция + диуретик $\beta$ -адреноблокатор + ингибитор АПФ
Нерациональная	$\beta$ -адреноблокатор + антагонист кальция недигидропиридинового ряда Антагонист кальция + $\alpha$ -блокатор

Высокое нормальное АД  
АГ 1 степени  
Низкий/средний риск

АГ 2-3 степеней  
Высокий/очень высокий риск

Низкодозовая монотерапия

Комбинация из 2-ух препаратов  
в низкой дозе

Если целевое АД не достигнуто

Этот же препарат  
в полной дозе

Переход к другому  
препарату в низкой  
дозе

Эта же  
комбинация в  
полной дозе

Комбинация из 3  
препаратов в низкой  
дозе

Если целевое АД не достигнуто

Комбинация из 2-3  
препаратов в  
полной дозе

Полнодозовая  
монотерапия

Комбинация из 2-3  
препаратов в  
полной дозе

# Предпочтительные комбинации антигипертензивных препаратов (ВНОК, 2009)

Тиазидные (тиазидоподобные) диуретики

бета-адреноблокаторы

Блокаторы рецепторов ангиотензина II

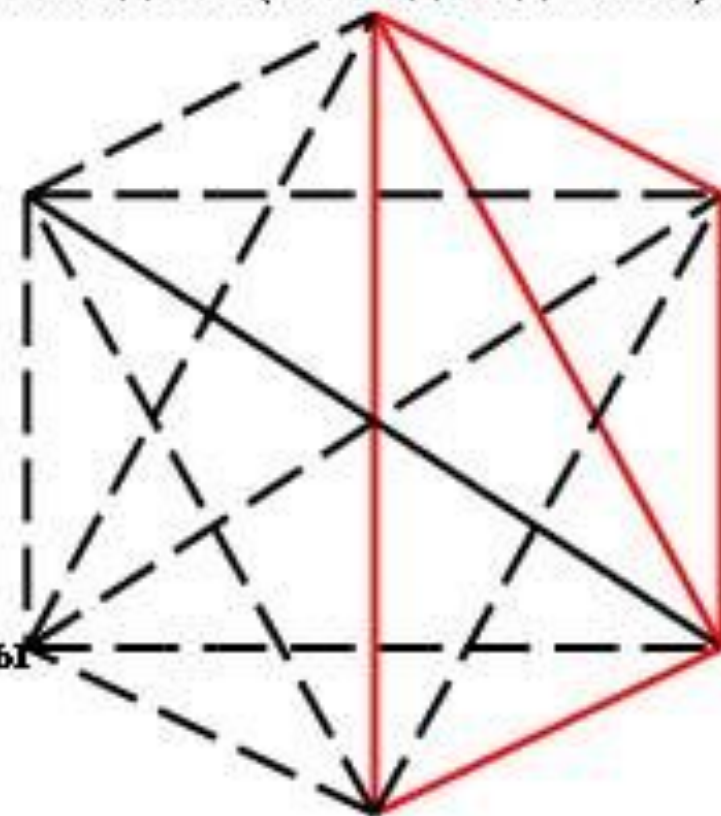
альфа-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

Ингибиторы АПФ

— — — — — Предпочтительные комбинации

- - - - - Реже используемые комбинации



# Критерии эффективности антигипертензивного лечения

## Краткосрочные (1 - 6 мес. от начала лечения)

снижение систолического и / или диастолического АД на 10% и более

или достижение целевого уровня АД,  
отсутствие гипертонических кризов,  
сохранение или улучшение качества жизни,  
влияние на модифицируемые факторы риска

## Среднесрочные (> 6 мес. от начала лечения)

достижение целевых значений АД,  
отсутствие поражения органов-мишеней или обратная динамика имевшихся осложнений, устранение модифицируемых факторов риска.

## Долгосрочные

стабильное поддержание АД на целевом уровне,  
отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней,

# Препараты

- диуретики а) петлевые б) тиазидные и тиазидоподобные в) калийсберегающие г) ингибиторы карбоангидразы
- антагонисты адренергических рецепторов а) альфа-блокаторы б) бета-блокаторы с) альфа- и бета-блокаторы
- агонисты адренергических рецепторов а) альфа2-агонисты
- блокаторы кальциевых каналов
- ингибиторы АПФ
- антагонисты рецепторов ангиотензина-2
- антагонисты альдостерона
- вазодилататоры
- адренергетики центрального действия или стимуляторы альфа-рецепторов в мозге



# Диуретики

**Гидрохлоротиазид** - тиазидный диуретик, средней силы. внутрь, 25-50 мг/сут,

**Индапамид** - гипотензивным (диуретик, вазодилататор) действием. близок к тиазидным диуретикам (нарушение реабсорбции  $\text{Na}^+$  в кортикальном сегменте петли Генле).

2.5 мг и 5 мг

**Хлорталидон** - диуретическое тиазидоподобное лекарственное средство. При легкой степени артериальной гипертензии - 25 мг в 1 раз день или 50 мг 3 раза в неделю; при необходимости возможно повышение дозы до 50 мг/сут.

триамтерен

**Furosemidum;** в таб. по 0,04; 1 % раствор в амп. по 2 мл

**Торасемид** - тормозящие в канальцах почек реабсорбцию воды и солей и увеличивающие их выведение с мочой; повышающие скорость образования мочи и таким образом уменьшающие содержание жидкости в тканях и серозных полостях.

**спиронолактон** - антагонист альдостерона- (верошпирон; Spironolactonum, Verospironum, «Гедеон Рихтер», Венгрия; в таб. по 0,025) — слабый калийсберегающий диуретик.

**Диакарб** назначают по 0,25 — 1 таблетке на 1 прием в сутки ежедневно в течение 3 — 4 дней с последующим перерывом на 2-3 суток, затем такие курсы и повторяют на протяжении 2-3 недель.

**МАННИТОЛ (МАННИТ; Mannitolum)** — шестиатомный спирт, являющийся наиболее сильным из существующих осмотических диуретиков. (отеки мозга, плевр. полостей)

**Амилорид** - Как мочегонное средство при гипертонической болезни (стойком повышении артериального давления) и сердечной недостаточности. Применяют преимущественно в сочетании с другими диуретиками (гипотиазидом и др.). Амилорид усиливает их диуретическое действие и уменьшает опасность гипокалиемии (понижения уровня калия в крови).

Назначают внутрь по 2,5-5,0-20,0 мг в день (не более 40 мг в день).

# Блокаторы кальциевых каналов

- [нифедипин](#)
- [амлодипин](#), [s-амлодипин](#)
- [фелодипин](#)
- нимодипин
- лерканидипин
- лацидипин
- риодипин

Недигидропиридиновые

- [дилтиазем](#)
- [верапамил](#)

# Антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА, сартаны)

- лозартан
- вальсартан
- телмисартан
- ирбесартан
- эпросартан
- кандесартан
- олмесартан

# АГОНИСТЫ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И АГОНИСТЫ АЛЬФА-2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ МОЗГА

- клонидин (клофелин)
- метилдопа
- МОКСОНИДИН
- рилменидин
- гуанфацин

# ингибиторы АПФ

- Препараты, содержащие сульфгидрильные группы: [каптоприл](#), [зофеноприл](#).
- Дикарбоксилат-содержащие препараты: [эналаприл](#), [рамиприл](#), [хинаприл](#), [периндоприл](#), [лизиноприл](#), [беназеприл](#).
- Фосфонат-содержащие препараты: [фозиноприл](#).
- Природные ингибиторы АПФ.

# Комбинированные препараты

- Ингибитор АПФ + диуретик (Ко-ренитек, Энап Н, Фозикард Н, Берлиприл плюс, Рами-Гексал композитум, Липразид, Эналозид, Ко-Диротон)
- Ингибитор АПФ + Антагонист кальция (Экватор, Гиприл А, Би-престариум, Рами-Азомекс)
- 
- БРА + диуретик (Гизаар, Лозарел Плюс, Ко-Диован, Лозап+, Валз (Вазар) Н, Диокор, Микардис плюс)
- БРА + Антагонист кальция (Амзаар, Эксфорж, Ло-Азомекс)
- 
- Антагонист кальция (дигидропиридиновый) +  $\beta$ -АБ (Бета-Азомекс)
- Антагонист кальция (недигидропиридиновый)+ Ингибитор АПФ (Тарка)
- Антагонист кальция (дигидропиридиновый) + диуретик (Азомекс Н)
- 
- $\beta$ -АБ + диуретик (Лодоз)

# Гипертонический криз –

это повышение АД, сопровождающееся появлением или усугублением уже имеющейся церебральной или кардиальной симптоматики.

**Для диагностики криза можно руководствоваться критериями, предложенными в**

**Московском НИИ им. Н.В.Склифосовского:**

- **относительно внезапное начало;**
- **индивидуально высокий подъем АД;**
- **появление или усиление жалоб кардиального, церебрального или вегетативного характера.**

**В Республике Беларусь** в клинической практике сохраняется классификация кризов, предложенная **А.Л.Мясниковым (1954) и Н.А.Ратнер (1971)**, согласно которой **кризы** разделяют **на I и II порядок**.

**Криз I порядка (адреналовый)** - протекает преимущественно с **нейровегетативным синдромом**. (Нерв. Возб, гиперем. Лица, Сухость кожи, Высокие цифры за 200). (Дроперидол 2-6 мл в/м, нитропрусид Na, Каптоприл под язык 2р. Ч.з 25мин + седативные и транквилизаторы.)

**Криз II порядка(норадреналиновый)** характеризуется отечным, кардиальным или **энцефалопатическим синдромом**. (Водно солевой, развивается в теч. Неск. Дней. Одоутлов. Лица, отеки ног за счет воды, АД не слишком высокие до 160-180 мм. Рт ст  
Фуросемид В/в, Каптоприл под язык, Эналаприл.



**По степени тяжести выделяют легкий, средней тяжести и тяжелый гипертонический криз.**

**Легкая степень** - характеризуется непродолжительным гипертензивным синдромом (в среднем **1 - 3 часа**) и умеренно выраженной **церебральной** симптоматикой.

**Средней степени** - продолжается на фоне лечения от **4 часов до 2 - 3 суток** и сопровождается головокружением, головной болью, фотопсиями и быстро преходящей очаговой симптоматикой.

**Тяжелая степень** - характеризуется гипертензивной реакцией на фоне лечения продолжительностью **более 4 суток** и наличием **осложнений** (сердечная астма, острое нарушение коронарного или мозгового

**Лечение гипертонических кризов можно начинать с сублингвального использования**

- **клонедина (0,075 или 0,15 мг)**
- **каптоприла (25 мг)**
- **нифедипина (10 мг).**

**Дибазол** 1% р-р 4 - 8 мл в/венно в 10 мл  
Физиологического р-ра

**Обзидан** 0,1% р-р 3 - 5 мл в 20 мл  
физиологического р-ра медленно. Резкое  
снижение АД, брадикардия, а-в блокада,  
бронхоспазм  
р-ра медленно.

**Лазикс** 40 - 80 мг в/венно струйно.

гипокалиемия, судороги, боли в мышцах.

**Клонидин** 0,1 - 0,2 мг в/венно медленно за 3 - 5  
мин Седативный эффект, ортостатическая  
гипотония.

# Временная

## нетрудоспособность

Легкий криз 1-го порядка при АГ I степени требует неотложной терапии.

- Если АД снижается и самочувствие больного улучшается, ВН не определяется.
- При сохранении субъективных проявлений криза и медленном снижении АД определяется ВН до 3-х дней.
- При легком кризе 1-го порядка на фоне АГ II степени сроки ВН не превышают 3 - 5 дней.
- Больные АГ I степени с кризом 1-го порядка средней тяжести могут быть освобождены от работы на 3 - 5 дней.

При АГ II степени оптимальные сроки ВН при

# Гипотонический криз

## Симптомы

слабость, вялость, быструю утомляемость, Слышат СС головокружение, головную боль, звон в ушах.

Руки у него часто холодные, влажные, лицо бледное.

Во время гипотонического криза — резкого, быстрого понижения артериального давления — возможен **обморок или внезапная слабость и головокружение**; они бывают столь значительными, что больной вынужден сесть или лечь.

Если у человека, находящегося рядом с вами, побледнело лицо, закружилась голова, потемнело в глазах, нарушилась координация движений (с гипотониками, к сожалению, такое иногда случается, особенно в душном помещении, на солнцепеке, в переполненном вагоне метро), надо немедленно принять следующие меры.

- Человека нужно по возможности **быстро уложить**, т. к. в горизонтальном положении облегчается кровоснабжение головного мозга. Именно нарушение кровообращения в мозговых сосудах приводит к головокружению, потемнению в глазах.
- Голова должна располагаться как можно ниже, не стоит ничего подкладывать, чтобы не затруднять мозговое кровообращение.
- Если у вас нет возможности уложить человека, следует посадить его так, чтобы голова находилась между коленями и была опущена.
- Можно ввести 2 мл 20 %-ного раствора **кофеина-бензоата натрия** или 1 мл 5 %-ного раствора **эфедрина** подкожно либо дать выпить чашку крепкого кофе или чая. Эти напитки содержат кофеин, который повышает тонус вен и несколько поднимает артериальное давление.
- Специалисты по акупунктуре советуют при головокружении, потемнении в глазах воздействовать на так называемые **точки «скорой помощи»**:
- Точка 1 — расположена у основания ногтевого ложа мизинца со стороны безымянного пальца.
- Точка 2 — расположена у основания ногтевого ложа указательного пальца со стороны среднего пальца.
- Точка 3 — расположена в ямке над верхней губой (надавливание на нее может привести в чувство даже потерявшего сознание человека).
- Надавливание производится кончиком большого пальца в течение 10-15 секунд. Приносит облегчение при гипотоническом кризе и массаж мочек ушей (надавливать и массировать нужно интенсивно, до боли).
- **В критической ситуации** помощь оказывают пары эфирных масел. Достаточно поднести к носу флакон со смесью **эфирных масел розмарина и камфары** или с **эфирным маслом мяты**. Несколько вдохов обычно хватает для восстановления нормального самочувствия. Можно нанести несколько капель на платок и периодически подносить его: к носу.
- Здесь были перечислены **экстренные меры**, предназначенные для облегчения критического состояния. Однако если пониженное давление — ваш постоянный спутник, стоит всерьез задуматься о своем образе жизни, полноценности питания, прочих жизненно важных факторах, речь о которых пойдет в других главах.

Человека нужно по возможности **быстро уложить**, т. к. в горизонтальном положении облегчается кровоснабжение головного мозга. Именно нарушение кровообращения в мозговых сосудах приводит к головокружению, потемнению в глазах.

**Голова** должна располагаться **как можно ниже**, не стоит ничего подкладывать, чтобы не затруднять мозговое кровообращение.

Можно ввести **2 мл 20 %-ного раствора кофеина-бензоата натрия или 1 мл 5 %-ного раствора эфедрина**

Специалисты по акупунктуре советуют при головокружении, потемнении в глазах воздействовать на так называемые **точки «скорой помощи»**:

- Точка 1 — расположена у основания ногтевого ложа мизинца со стороны безымянного пальца.
- Точка 2 — расположена у основания ногтевого ложа указательного пальца со стороны среднего пальца.
- Точка 3 — расположена в ямке над верхней губой (надавливание на нее может привести в чувство даже потерявшего сознание человека).
- Надавливание производится кончиком большого пальца в течение 10-15 секунд. Приносит облегчение при гипотоническом кризе и массаж мочек ушей (надавливать и массировать нужно интенсивно, до боли).

**В критической ситуации помощь оказывают пары эфирных масел.**

Достаточно поднести к носу флакон со смесью **эфирных масел розмарина и камфары** или с **эфирным маслом мяты**. Нескольких вдохов обычно хватает для восстановления нормального самочувствия.

**Средней тяжести Криз 2-го порядка при АГ II степени приводит к ВН длительностью 7 - 9 дней**

**АГ III степени - 9 - 12 дней.**

**Тяжелый криз 2-го порядка на фоне АГ II степени сроки ВН не превышают 9 - 12 дней**

**АГ III степени - 12 - 15 дней.**

Если у больных во время криза 2-го порядка развиваются осложнения со стороны сердца (стенокардия, сердечная недостаточность, аритмия и др.) и головного мозга (транзиторная очаговая неврологическая симптоматика), сроки ВН удлиняются до устранения возникших нарушений и стабилизации состояния (в среднем на 2 - 3 дня)

**критерием выписки** больных на работу является: стойкая компенсация патологического процесса.

**АГ I и II степени** без повреждения органов-мишеней **не рекомендуется** работа, связанная со значительным **физическим и нервно-психическим** напряжением, а также пребыванием в неблагоприятных метеорологических и производственных условиях (в жарком, влажном, холодном, сыром помещении с производственным шумом, вибрацией, ночными сменами, дежурствами и др.).

**Этим больным показано трудоустройство через ВКК.**

Приведенные характеристики труда абсолютно противопоказаны больным АГ с вовлечением органов-мишеней и наличием сопутствующих клинических состояний.

Основанием для **направления** больного с АГ на **МРЭК** является:

1. Длительная ВН (4 месяца подряд или 5 месяцев с перерывами за последние 12 месяцев) с целью выявления признаков инвалидности или решения вопроса о продлении лечения. Если МРЭК не находит признаков инвалидности и рекомендует продление лечения,

ВН по решению ВКК продляется свыше указанных сроков.

2. Наличие признаков инвалидности.

**Критерии инвалидности**

**Инвалидность** определяется лицам с ограничением разных сторон жизнедеятельности, вызванных **нарушением функции органов и систем.**



Гипертонические кризы			
Количество ГК в течение года			
Редкие	Средней частоты	Частые	
легкие	до 6	7 - 11	12 и более
средней тяжести			
	3 - 4	4 - 5	6 и более
тяжелые			
	1 - 7	2 - 3	более 3

**Частые** гипертонические **кризы** являются **противопоказанием** к продолжению **трудовой** деятельности:

у лиц физического труда определяется II группа инвалидности на 1 год, а у лиц интеллектуального труда, по их желанию, может устанавливаться и III группа инвалидности с сокращением объема работы на 40 - 50%.

При **кризах средней частоты и тяжелых** либо средней тяжести **на фоне АГ II - III** степени противопоказан тяжелый и средней тяжести физический труд, работа со значительным нервно-психическим напряжением, водительский труд, работа с вибрацией, перепадами атмосферного давления и другими вредностями.

При необходимости **перехода** лиц физического труда **на менее квалифицированную** работу или значительного ограничения объема работы лиц интеллектуального труда устанавливается III группа инвалидности. В процессе динамического наблюдения при урежении или прекращении кризов экспертное решение изменяется.

**Легкие нарушения функций органов-мишеней, как правило не приводят к инвалидности.**

(Таким больным противопоказан только труд, предъявляющий повышенные требования к состоянию здоровья (летчик, машинист, высотник и др.). В этих случаях показано трудоустройство по линии ВКК, а при **потере квалифицированной профессии** и невозможности равноценного трудоустройства **устанавливается III группа инвалидности** на период переквалификации и рационального трудоустройства.

**При умеренном нарушении функций органов-мишеней на фоне АГ II и III степени**, при повторных гипертонических кризах и сопутствующих клинических состояниях умеренной выраженности наступает ограничение трудоспособности вследствие сужения доступного круга работ. Противопоказан труд с умеренным и значительным физическим напряжением, нервно-психическими нагрузками, в условиях производственных вредностей, водительский труд.

**При невозможности равноценного трудоустройства больные признаются инвалидами III группы.**

**Значительно выраженные поражения органов-мишеней, частые гипертонические кризы и тяжелые сопутствующие клинические состояния** и заболевания, вызывающие усиление степени ограничений жизнедеятельности, вызванных АГ, приводят к противопоказанности всех видов труда в обычных производственных условиях, а иногда и к ограничению способности к передвижению и самообслуживанию. Такие больные **признаются инвалидами II группы.**

**Резко выраженные нарушения** сердечной деятельности (Н III степени, стенокардия ФК III - IV и др.), мозга (тяжелый гемипарез, афазия, выраженное интеллектуальное снижение), почек (ХПН IV), глаза (2-сторонняя слепота и приравненные к ней состояния) вызывают необходимость постоянного постороннего ухода и помощи в удовлетворении самых насущных