

## АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТІҢ ЗАМАНАУИ ЕМДЕУ ҚАҒИДАЛАРЫ

*Бұл әдебиеттік шолуда ишемиялық инсульт пен артериалдық гипертензиясы бар науқастарды жүргізу мәселесі қарастырылды. Осы топ науқастарын жас және түрлі бұзылыстары бойынша есепке алудың заманауи тәсілдері көрсетілген. Жоғары қысымды төмендету, оптималды деңгейге келтіру, жедел инсультта антигипертензивті терапияны тағайындау қажеттілігі мен тағайындау уақыты, агрессивтілік дәрежесі мәселелері талқыланады.*

**Түйінді сөздер:** ишемиялық инсульт, артериалдық гипертензия, негізгі ем.

### Өзектілігі:

Халықаралық популяциялық өткізілген тәжірибенің нәтижесінде жыл сайын әлемде жедел ми қанайналымының бұзылысының нәтижесінде 4,7 млн адам қайтыс болатыны дәлелденді. Шығыс Еуропа елдерінде жалпы өлім себебінен инсульт 2-3 орын алады. Сонымен қатар бір жыл ішінде өткізілген ми зақымнан кейін әр 2-ші науқас өмірден өтеді іДДҰ берген мәліметтеріне қарағанда, ишемиялық инсультпен ауыратын науқастар жалпы арнайы инсульт бөліміне госпитализацияланатын науқастардың шамамен 70%-ын құрайды. ДДҰ-ның шешіміне сәйкес ишемиялық инсульт дегеніміз 24 сағат бойы сақталатын, нәтижесінде бас миының ишемиясына әкелетін жедел ошақты неврологиялық бұзылыс. Ми инфаркты үшін неврологиялық бұзылыстардың жылдам дамуы үшін (бірнеше минут, сағат немесе тәулік ішінде) тән. Ал неврологиялық бұзылыстар жалпы милық (есінің бұзылуы, жүрек айну, қарқынды бас ауруы) және жергілікті бұзылыстармен (қимыл, сезім, сөйлеу, көру, тепе-теңдік және т.б бұзылыстар) көрінеді. Инсульттің ишемиялық сипаты мен локализациясын анықтап қана қоймай, оның этиопатогенезін түсіндіру қажет. Бұл үшін милық зақым дамытатын қауіп факторын, АГ, жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары, қант диабеті, зиянды әдеттері мен науқастың жасы (50 жастан жоғары), сонымен қатар бұрын өткізілген ишемиялық инсульті және транзиторлы ишемиялық шабуыл болғанын анықтап бағалау қажет. Ми инфаркты дамуында артериалдық гипертензия бірден-бір қауіп факторы болып табылатынын айта кеткен дұрыс. ҚР Денсаулық сақтау министрлігі Республикалық ғылыми-тәжірибелік орталығының (РҒТО) мәліметтеріне қарай, ишемиялық инсульт бойынша госпитализацияланған науқастардың 75-80%-ында АГ кездесетіні дәлелденді. Ерте диагностика үшін және мидың ишемиялық зақымдалған ошағын анықтау мақсатында нейровизуализациялық зерттеу әдістері қолданылады. КТ және МРТ нәтижелерін талдау барысында науқастың жасына, орналасуына, ошақтың көлемі мен санына, геморагиялық сіңбелердің болуына және тағы басқа көрсеткіштерге көңіл бөлінеді. Магнитті-резонансты ангиография жүргізу кезінде стеноздың болуы, окклюзиясы, ультцерация немесе ірі экстра-, немесе интракраниальды артерияларға сәйкес спецификалық атеросклероздық емес зақымданулардың болуы есепке алынады. Церебралды гемодинамика туралы ақпаратты брахиоцефалды артерияларды ультрадыбысты зерттеуден және транскраниальды доплерографиялық әдіспен жүргізу арқылы алуға болады.

Ми инфарктының келесідей түрге бөлінеді: өте жедел кезеңі (инсульт басталғаннан алғашқы 24 сағат), жедел кезеңі (алғашқы 3 тәулік), ми қан айналымының қалыпқа келуі немесе инсульттің екіншілік профилактика кезеңі (3 аптадан кейін). Аурудың өте жедел кезеңіндегі ми ишемиясының ауырлығы ми қанайналымының редукция дәрежесімен, реперфузияға дейінгі кезеңнің ұзақтығымен, ишемияның көлемімен тікелей байланысты. Инсульттің инициальды симптомдары басталғаннан кейін 6-8 минут ішінде бас миының ишемиялық зақымдалуы орын алады. Нүктелік немесе ядролық инфаркт аумағы жергілікті церебралды қанайналымның 10 мл/100 г/мин дейін төмендеген аймақта түзіледі. Оның айналасында ишемиялық жартылай "көлеңке" аумағы орналасады, ол жердегі милық қанайналым 20-40 мл/100г/мин құрайды. Терапевтикалық терезе (3-6 сағ) кезінде бұл аймақта құрылымдық емес тек қана функционалдық өзгерістер орын алады және энергетикалық метаболизм сақталады. Содан кейін инфаркт ошағы түзіледі. Ишемиялық инсульт ошағының құрылуы 48 сағат және одан да көп уақыт алады, соған байланысты интенсивті терапияны алғашқы 3 сағатта бастау керек.

### Артериалдық гипертензия кезіндегі ишемиялық инсульттің жалпы (базисті) емі.

Базисті терапия ерте және кешенді болуы керек. Оны қарқынды терапия палатасында, науқас жағдайын динамикалық бақылаумен жүргізеді. Негізгі немес базисті терапия ағзаның өмірге маңызды функциясын ұстап тұруға бағытталады. Терапияны жеке зертханалық көрсеткіштермен, клиникалық және параклиникалық зерттеу әдістеріне қарап жүргізеді.

Инсульт алған науқастың базисті еміне келесі іс-шаралар кіреді:

- Тыныс алу және жүрек қан тамыр жүйесі бұзылысын бағалау және коррекциялау;
- Су-электролиттік тепе-теңдікті бақылау;
- Тырыспалық ұстамалар мен жоғарылаған бас-ми ішілік қысымды емдеу;
- Артериалды қан қысымын коррекциялау;
- Глюкоза мөлшерін қалыпқа келтіру (10 ммоль/л жоғары гипергликемия кезінде инсулинотерапия);
- дене температурасын қалыпқа келтіру (37,5 градустан жоғары температурада жасанды суыту, диклофенак, напроксен, ацетаминофен қолдану);
- нормоволемианы ұстап тұру (құрамында глюкозасы бар сұйықтықтарды шектеу);
- инфекциянды және тромбоземболиялық асқынулардың алдын алу шаралары мен ерте диагностикасы;
- толық құрамды тамақтануға ерте көшу (шынайы немесе жасанды);
- максималды ерте вертикализациясы (2-4 тәулік);
- мультидисциплинарлы бригада күшімен кешенді реабилитация.

### Ишемиялық инсульт кезіндегі реперфузия и нейропротекция.

Мидың жедел фокальді ишемиясының даму патогенезінде негізгі рөлді церебралды қанайналымның төмендеуі алады, циркуляторлы гипоксия жүйке тініне оттегі мен глюкозаның жеткіліксіздігінен дамиды. Ми затының қайтымсыз өзгерістерін болдырмау үшін ишемиялық инсульт алған науқастардан мидың жергілікті қанайналымын қалпына келтіру тромболитикалық терапия және нейропротекция негізгі әдісі болып табылады.

Ишемиялық ошаққа реперфузия мақсатында қолданылады.

**1. Тромбоцитарлық және эритроцитарлық антиагреганттар:** ацетилсалицил қышқылы (тромбо АСС, кардиоаспирин, кардиомагнил, терапин) тәулігіне 0,001 г/кг-нан ішке; дипиридамол тәулігіне 0,025-0,05 г-нан 3 рет ішке қабылдауға; тиклопидин (тиклид) тәулігіне 0,25 г-нан 2 рет ішке қабылдауға; клопидогрель (плавикс) 0,075 г-нан тәулігіне 1 рет ішке қабылдауға; пентоксифиллин (агапурин, трентал, флекситал) тәулігіне 0,1-0,2 г 1-2 рет көк тамырға тамшылатып немесе тәулігіне 0,2-0,4 г-нан 2-3 рет ішке қабылдауға;

### 2. Антикоагулянттар:

а) тікелей әсерлі: гепарин 5 мың Б тері астына тәулігіне 4 рет немесе көктамырға инфузомат арқылы 1 мың Б/сағ жылдамдықпен; төмен молекулалы гепариндер (кальций надропарині тәулігіне 86 ХБ/кг тері астына 1-2 рет; натрий эноксапарині тәулігіне 0,001 г/кг-нан тері астына 1-2 рет);

б) Тікелей емес әсерлі: фенилин тәулігіне 0,015-0,03 г-нан ішке; варфарин тәулігіне 0,005-0,006 г-нан ішке .

**3. Вазоактивті дәрілік заттар** : Винпоцетин (кавинтон) 0,01-0,02 г (2-4 мл 0,5% ерітінді) көктамырға тамшылатып немесе 0,005-0,01 г-нан 3 рет ішке; ницерголин (сермион) тәулігіне 0,002-0,004 г-нан бұлшық етке немесе көктамырға тамшылатып 2 рет немесе тәулігіне 0,01 г-нан 3 рет ішке; инстенон 2 мл көктамырға тамшылатып немесе бұлшық етке; аминофиллин (эуфиллин) 10 мл 2,4% ерітіндіге көктамырға немесе тамшылатып 250 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен 2 рет тәулігіне ; вазобрал тәулігіне 2 мл 2 рет ішке; циннаризин (стугерон) тәулігіне 0,05 г-нан 3 рет.

**4. Ангиопротекторлар:** пармидин (продектин) 0,25 г-нан 1 таблеткадан 3 рет күніне; аскорутин 2 таблеткадан 3 рет тәулігіне ; троксерутин 0,3 г-нан 1 капсуладан 2 рет күніне немесе 5 мл көктамырға этамзилат 2 мл 12,5% ерітіндімен 2мл бұлшық етке немесе көктамырға.

**5. Биореологикалық дәрілік заттар** : плазма, альбумин, реополиглюкин (реомакродекс) тәулігіне 400 мл 1-2рет көктамырға тамшылатып.

Ми инфарктімен ауыратын науқастарда нейропротекциялық көмек мына дәрілік заттар болып табылады:

**1. Кальций каналының блокаторлары:** нимодипин (немотан, нимотоп) 0,001-0,002 г/сағ көктамырға тамшылатып (5 мл 0,02% ерітіндіні немесе немесе 5% глюкоза ерітіндісімен немесе АҚҚ және ЖЖЖ үнемі бақылай отырып 0,3-0,6 г-нан әр 4 сағ сайын ішке.

**2. Антиоксиданттар:** эмоксипин тәулігіне 1-3 рет 20-30 мл 3% ерітіндімен көктамырға тамшылатып 5-15 күндей немесе 20 күндей 2-10 мл 3% ерітіндімен бұлшық етке; мексидол тәулігіне 2 рет 0,2-0,3 г көктамырға тамшылатып, немесе бұлшық етке тәулігіне 0,1 г-нан 3 рет ; милдронат 5-10 мл 10% ерітіндімен көктамырға немесе тамшылатып; альфа-токоферол ацетаты (Е витамині) тәулігіне 0,2 г 2 рет ішке немесе бұлшық етке; аскорбин қышқылы 5-10 мл 5-10% ерітіндімен көктамырға тамшылатып немесе 0,5-0,8г ішке.

**3. Нейротрофикалық әсерлі дәрілік заттар** : пирацетам (луцетам, ноотропил) тәулігіне 4-12 г-нан көктамырға тамшылатып немесе ішке 0,4-0,8 г-нан тәулігіне 3 рет; церебролизин тәулігіне 21,5% 10-60 мл ерітіндіні 200 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен 1-1,5 сағат көктамырға тамшылатып, 1 курста 10-25 қабылдаумен; келесісінде бұлшық етке 5-10 мл 20-30күн көлемінде; церебромедин 10 мл көктамырға тамшылатып; семакс тәулігіне 2-3 тамшы 0,1% ерітіндіні мұрынның әр жартысына 2-3 рет; глицин тәулігіне 0,2 г-нан 3-4 рет тіластына; карнитин хлориді (аплегин) 10 мл 10-20% ерітіндіні 250 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен көктамырға тамшылатып; аминалон күніне 0,5-1,25 г-нан 3 рет ішке; пикамилон күніне 0,02-0,05 г-нан 2-3 рет, күніне 0,05 г-нан 3 рет ішке.

**4. Тіннің энергетикалық метаболизмін жақсартатын дәрілік заттар** : цитохром С (цитомак) 4-8 мл 0,25% ерітіндіні бұлшық етке немесе 200 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен көктамырға тамшылатып; актовегин 250 мл 10-20% ерітіндіні көктамырға тамшылатып немесе 5 мл 4% ерітіндіні бұлшық етке; солкосерил 250 мл 10-20% ерітіндіні көктамырға тамшылатып немесе 5 мл 4,25% ерітіндіні бұлшық етке; диавитол 10-20 мл көктамырға тамшылатып; а-глицерилфосфорилхолин тәулігіне (глиагиллин) 1 г-нан көктамырға тамшылатып 3 рет; рибоксин 10-20 мл 2% ерітіндіні көктамырға баяу ағызып немесе тамшылатып; липой қышқылы (тиоктацид, берлитион, тиогама, эспалипон) 0,6 г-нан көктамырға тамшылатып немесе 0,2-0,6 г-нан ішке.

**Ишемиялық инсультпен ауыратын науқастардың базисті гипотензивті емі.**

Инсульт кезіндегі гипотензивті терапияның мақсаты-мидың жарақаттанған аймағындағы церебралды қанайналымның деңгейін оптималды ұстау. АҚ-ды төмендету әдісі бас ми қанайналымының бастапқы жағдайына (артериоклеротикалық үрдіс ауырлығына, гипертониялық ангиопатияға, бас ми қанайналымының ауторегуляциялық жағдайы және коллатералды қанайналымның мүмкіншілігіне), инсульттің басталу уақытына және патогенетикалық нұсқасына баланысты.

Интенсивті терапия бөліміндегі науқастарға АҚ-ға, жүректің жиырылу жиілігіне (ЖЖЖ), электрокардиограмма (ЭКГ) жазбаларына, орталық гемодинамика жағдайына, айналымдағы қан көлеміне, минуттық қан көлеміне, церебральды гемодинамикаға (қанайналымның сызықтық жылдамдығы) динамикалық бақылау жасайды.

Егер де неврологиялық бөлімде АҚ-ды өлшейтін автоматты мониторинг болмаса, қан қысымы мен ЖЖЖ-ны әрбір 3 сағатта өлшеу керек. Тәуліктік мониторинг АҚ-ның әдеттен тыс жоғарылауы мен төмендеуін көрсетеді және антигипертензивті емді коррекциялауға көмектеседі.

Инсульт кезінде бірінші тәулікте АҚ-ның жоғарылауы тек қана гипертониктерде ғана емес нормотониктерде де бақыланады. МҚЖБ-ның жеделдеу кезіндегі АҚ-ның себебі ми қанайналымының ауторегуляциялық бұзылысы, бас ішілік қысымның жоғарылауы, мидың белгілі бөлігінің бұзылысы, қан сарысуында норадреналин деңгейінің жоғарылауы, стресстік жағдай кезіндегі тасымалдау болуы мүмкін. Ишемиялық инсульттің өткір және жедел сатысында АҚ-ның әдеттен тыс төмендеуі байқалады. Артериалды гипертензияның бұл жағдайы бас миының әртүрлі қантамырлық арнасының, жүрек, бүйрек және т.б ағзаларының перфузияның адекватсыз жағдайына адаптивті жауабы.

Ишемиялық инсультты тасымалдау кезіндегі АҚ-ның баяулап жоғарылауы болжамы қолайлы белгі болып табылады. Жоғары АҚ-ның 1 тәулік көлемінде сақталуы болжамы қолайсыз фактор болады. АҚ-ның бірден жоғарылауы бас миының ісінуіне және бас ішілік қысымның жоғарылауына алып келеді.

Ишемиялық инсульттің өткір кезеңінде АҚ-ның төмендеу жеткіліксіздігі жедел миокард инфарктының дамуымен, өкпе ісінуімен, жедел солқарыншалық жеткіліксіздікпен, кеуде бөлімі аортасының диссекциясымен, декомпенсирленген жүректік жеткіліксіздікпен, бүйректің жедел зақымдалуымен шақырылған болуы да мүмкін.

Инсульт дамығаннан кейін АҚ-ы бірден жоғарылаған жағдайда (САҚ > 200-220 мм с.б.; ДАҚ > 110-120 мм с.б.) қан қысымын абайлап, ақырындап шамамен 10-15% төмендету керек. Бұл уақытта науқастарда жаңа неврологиялық зақымданулардың пайда болуы мүмкіншілігін қатаң бақылау қажет. Гипотензивті дәрілік заттарды қабылдау кезінде АҚ-ның тез төмендеуі мидың ишемиялық аймағының перфузиялық бұзылысына неврологиялық жеткіліксіздіктің жоғарылауына алып келеді. Сондықтан, милық қанайналымды тұрақты деңгейде сақтау үшін гипотензивті емді үш негізгі емдік есеппен қабылдау қажет:

1. Жүректің оптималды жұмыс деңгейін сақтау, қанайналымның минуттық көлемінің параметрлерін анықтау ( $\geq 3$  л).

2. Айналымдағы қан көлемін ұстау.

3. ҚСЖ қалыпты деңгейінде ұстау (ортаңғы милық артерияның дисталды бөлігін зерттегенде - 70-80%-ы қалыпты).

Жүрек-қантамырлық бұзылыстардың патогенетикалық мәнін коррекциялау мақсатында, қан қысымының қатты көтерілуімен шақырылған ми инфарктіне келесі гипотензивті дәрілік заттар көрсетілген:

- каптоприл (капотен, котопил, тензиомин) - ангиотензинайналдырушы ферменттің ингибиторы: 0,025-0,05 г ішке немесе тіл астына. Тіл астына қабылдағанда гипотензивті әсері 10 минуттан кейін басталады;

- эналаприл (берлиприл, инворил, ренитек, эднит, энам, энан-ЛМ, энап, энаприл, энвас) ангиотензин айналымын ферменттің ингибиторы: көктамырға эна-прилат 0,00125 г мөлшерде 5 минут көлемінде әрбір 6 сағат сайын;

- клонидин (гемитон, катапресан, клофелин) - орталық а2 адренорецепторының стимуляторы: 0,00015-0,0003 г тіл астына (әсері 20-40 минуттан кейін басталады.), 0,5-1,5 мл 0,01% ерітіндімен бұлшық етке немесе тері астына. 0,5-1 мл клонидинді 0,01% 10-20мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен көктамырға баяулатып (5-6 мин көлемінде) тағайындауға болады. АҚ-ның төмендеуі бірнеше минуттан кейін бастылып 4-6 сағатқа созылады.

- бензогексоний (гексоний Б) - ганглиоблоктаушы тәсіл: 0,0125-0,025 г (0,5-1 мл 2,5% ерітінді) бұлшық етке немесе тері астына, қажет болған жағдайда қайталып енгізуге болады. (күніне 3-4 инъекция);

- пентамин (азаметоний бромиді) - ганглиоблоктаушы тәсіл : 5% 0,2-0,5 мл ерітіндіні 20 мл изотоникалық ерітіндімен немесе 5%-дық глюкозамен араластырып көктамырға баяулатып енгізіміз. 5% 0,5-2,0 мл ерітіндісін бұлшық етке де енгізуге болады. Ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарда айқын артериялық гипотензия дамыса жедел миокард инфарктын және жүректің қызметінің жылдам декомпенсациясын жоққа шығару керек.

**АҚ-ны жоғарылату мақсатында қабылдайды:**

- дофамин (допамин, допмин) -шеткі нейромедиаторлық үрдіске әсер ететін адренергиялық тәсіл: 0,025-0,2 г (0,5% немесе 4% ерітінді) дәрілік затты сәйкес 125 немесе 400 мл 5% глюкоза ерітіндісімен немесе натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен араластырып көктамырға тамшылатып,инфузия секундына 105 мкг/кг жылдамдықпен енгізіледі (тәуліктік мөлшері 0,4-0,8 г).Дәрілік заттың әсері тез дамиды және инфузияны тоқтатқаннан соң 5-10 минуттан кейін жойылады;

- преднизолон гемисукцинаты (солу-декортин) - глюкокортикостероидты дәрілік зат: 0,05-0,15 г- натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен, 5% глюкозамен көктамырға тамшылатып;

- гутрон -АҚ-ның көлемдік жоғарылауын қамтитын вазотоникалық дәрілік зат,(2,5г таблетка немесе 7 тамшы)тәулігіне 2 рет ішке немесе тәулігіне 5мг –нан 2 рет көктамырға немесе бұлшық етке қабылдауға;

Ми инфарктының дифференциалдық емін тағайындауды таңдауда бастаушы патогенетикалық механизм бойынша жүргізіледі:инсульт ірі артериялардың зақымдану нәтижесінде дамыған,кардиоэмболиялық,лакунарлы және тағайындалмаған/аралас генезі.Инсульттің этиопатогенетикалық типін кешенді аспаптық-клиникалық зерттеумен зерттеліп,осыдан кейін дифференциалды терапия тағайындалады.

**Тұжырымдама:**

Ишемиялық инсульттің жедел кезеңінде АҚ-ды коррекциялайтын заманауи тәсіл церебралды қан айналымды қалпына келтіруге,ишемиялық зақымдану ошағын шектеуге,ми затының гипоксияға төзімділігін жоғарылатуға баытталған.АГ кезіндегі ишемиялық инсульттің базисті медикаментозды емінің жасалған алгоритмі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау тәжірибесінде қолдануға қолжетімді фармакологиялық дәрілерге негізделген.

**ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ**

- 1 Аминтаева А.Г., Лагода О.В., Джибладзе Д.Н., Ионова В.Г. Ангиология и сосудистая хирургия. -2013. - Т. 9. - N 1. - С. 21-26.
- 2 Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. - СПб.: 2009. – 210 с.
- 3 Ворлоу Ч.П., Денис Ч.П., Ван Гейн Ж. и др. Инсульт: Практ. рук-во для ведения больных. - М.: Политехника, 1998. – 355 с.
- 4 Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М.: Медицина, 2011. – 317 с.
- 5 Короткевич Е.А., Недзьведь Г.К., Пономарева Е.Н. и др.Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии // Сб. науч. трудов. - Минск: Белорусская наука, 2012. - С. 101-107.
- 6 Лихачев С.А., Астапенко А.В., Белявский Н.Н., Кузнецов В.И. Мед. новости. – 2014. - N 1. - С. 32-37.
- 7 Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Новая Волна, 2005. – 322 с.
- 8 Недзьведь Г.К., Пономарева Е.Н., Анацкая Л.Н. и др. Диагностика и дифференцированное патогенетическое лечение ишемического инсульта в бассейне каротидных артерий на стационарном этапе: Инструкция на метод. – Минск: 2005. – 378 с.
- 9 Суслина З.А., Гераскина Л.А., Фоякин А.В. Клин. фармакология и терапия. – Минск: 2012. - N 5. – 147 с.
- 10 Fisher M., Davalos A. Stroke. - 2004. - V. 35. – 415 p.
- 11 Kolominsky-Rabas P.L., Weber M., Gefeller O. et al. Stroke. - 2001. - V. 32. – 3589 p.

**Қ. ҚҰНАНБАЙ, А.Қ. ҚАЙРБЕКОВ, А.Б. СЕЙДАНОВА, А.Ө. МЫРЗАМУРАТОВА**

*КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова*

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

**Резюме:** В статье приведен литературный обзор, посвященный проблеме ведения больных с ишемическим инсультом и артериальной гипертензией. Представлены современные подходы к ведению данной группы пациентов с учетом возраста и фоновой патологии. Обсуждены вопросы о снижении повышенного АД, степени его редукции до оптимального уровня, необходимость назначения и сроки начала антигипертензивной терапии в острой фазе инсульта, а также степень ее агрессивности.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, артериальная гипертензия, базисная терапия

**K. KUNANBAI, A.K. KAIRBEKOV, A.B. SEIDANOVA, A.U. MYRZAMURATOVA**

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University*

**MODERN METHODS TREATMENT AT BY A HYPERPIESIS WITH AN ISCHEMIC STROKE**

**Resume:** In the article we present the literature review on the problem of managing patients with ischemic stroke and hypertension. We present contemporary approaches to the management of these patients according to age and background pathology. We discuss the reduction of high blood pressure, the degree of its reduction to an optimal level, the need for the appointment and dates of commencement of antihypertensive therapy in the acute phase of stroke and its degree of aggressiveness.

**Keywords:** ischemic stroke, arterial hypertension, base therapy