



Современные подходы к диагностике и лечению гипертонических кризов

А. С. ГАЛЯВИЧ, зав. кафедрой факультетской терапии КГМУ, главный внештатный кардиолог МЗ РТ и УЗ МЗ РТ в Казани.

Гипертонический криз — внезапное повышение систолического и/или диастолического артериального давления, сопровождающееся признаками ухудшения мозгового или коронарного, или почечного кровообращения, а также выраженной вегетативной симптоматикой.

Гипертонический криз, как правило, развивается у нелеченных больных (может быть первым проявлением гипертонической болезни или симптоматической гипертонии), либо у больных, не получающих адекватного лечения, а также при резком прекращении приема гипотензивных средств.

Клинически гипертонический криз может выражаться энцефалопатией, субарахноидальным кровоизлиянием, мозговым инсультом, инфарктом миокарда, острой левожелудочковой недостаточностью в виде отека легких, расслоением аорты, острой почечной недостаточностью. При этом больных могут беспокоить сильная головная боль, выраженное головокружение, нарушения зрения, загрудинные боли, сердцебиение, одышка. При обследовании больного следует выявлять признаки поражения органов-мишеней: изменения глазного дна (сужение артериол, геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва), нарушения функции левого желудочка (тахикардия, ритм галопа, отек легких, расширение шейных вен), нарушения церебрального кровообращения (неврологические признаки). В клинических условиях, кроме измерения АД, рекомендуется провести рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, исследование глазного дна, анализы крови и мочи. При возможности рекомендуется внутриартериальное мониторирование АД.

С клинической точки зрения целесообразно выделить ситуации, когда необходимо снизить высокое АД в течение 1 часа (жизнеугрожающее состояние), а также ситуации, когда можно снизить повышенное АД в течение нескольких часов (неотложные состояния) (таблица 1) (1). При выраженном повышении АД (более 200/120 мм рт. ст.) и отсутствии ухудшения функции сердца, мозга, почек и нарушения зрения АД следует нормализовать в течение нескольких часов, применив при этом либо пероральные гипотензивные средства, либо парентеральные. Быстрое снижение АД требуется при гипертонической энцефалопатии, острой левожелудочковой недостаточности с отеком легких, расслаивающей аневризме аорты.

Таблица 1

Дифференцированный подход к гипертоническим кризам

Состояния, требующие снижения АД в течение 1 часа (жизнеугрожающие состояния):

- Расслоение аорты (расслаивающая аневризма аорты).
- Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких).
- Острый инфаркт миокарда.
- Нестабильная стенокардия.
- Тяжелое носовое кровотечение.
- Гипертоническая энцефалопатия.
- Внутричерепное кровоизлияние.
- Субарахноидальное кровоизлияние.
- Травма черепа.
- Эклампсия.
- Катехоламиновый криз при феохромоцитоме.
- Послеоперационные кровотечения из области сосудистых швов.
- Тяжелая ретинопатия.

Состояния, требующие снижения АД в течение нескольких часов (12-24 часа) (неотложные состояния):

- Систолическое АД более 240 мм рт. ст. или диастолическое АД более 120 мм рт. ст. без осложнений.
- Злокачественная гипертония без осложнений.
- Периоперационная гипертония.
- Выраженный синдром отмены гипотензивных средств.
- Тяжелые ожоги.
- Почечный криз при склеродермии.

Имеются некоторые особенности снижения АД при различных состояниях. Так, при нарушениях мозгового кровообращения среднее АД должно быть снижено не более, чем

на 20-25% от исходного уровня или диастолическое АД не должно быть ниже 105-110 мм рт. ст. Данный уровень АД рекомендуется сохранять в течение нескольких дней от момента повышения.

Следует помнить, что у пожилых людей даже небольшие дозы гипотензивных средств при пероральном приеме могут значительно снизить АД и привести к гипотензии. Это особенно следует учитывать при исходном атеросклерозе коронарных и церебральных артерий.

При состояниях, требующих снижения АД в течение 1 часа, рекомендуются различные лекарственные средства (табл. 2).

Таблица 2

Рекомендации по лечению состояний, требующих снижения АД в течение 1 часа

	Рекомендуется	Не рекомендуется
гипертоническая энцефалопатия	нитропруссид, лабетолол, диазоксид	бета-блокаторы?, клонидин, метилдофа, резерпин
субарахноидальное кровоизлияние	нимодипин, нитропруссид, лабетолол	бета-блокаторы?, клонидин, метилдофа, диазоксид, резерпин, гидралазин
ишемический инсульт	нитропруссид, лабетолол	бета-блокаторы?, клонидин, метилдофа, диазоксид, резерпин, гидралазин
инфаркт миокарда	нитроглицерин, нитропруссид, лабетолол	гидралазин, диазоксид
острая левожелудочковая недостаточность	нитропруссид, нитроглицерин	бета-блокаторы, лабетолол, гидралазин
расслоение аорты	бета-блокатор + нитропруссид, лабетолол	гидралазин, диазоксид
острая почечная недостаточность	нитропруссид, лабетолол, нифедипин	бета-блокаторы
эклампсия	сульфат магния, гидралазин, лабетолол, антагонисты кальция, дибазол	ингибиторы АПФ, диуретики, нитропруссид
гиперадренергические состояния (отмена клонидина, кокаина, феохромоцитомы, амфетамины)	фентоламин, лабетолол, нитропруссид, клонидин (при синдроме отмены клонидина)	бета-блокаторы без альфа-блокирующего эффекта
послеоперационный криз	лабетолол, нитроглицерин, нифедипин, нитропруссид	

Примечание: ? — вопрос дискуссионный.

Для купирования гипертонического криза используют как парентеральный, так и пероральный пути введения лекарств (табл. 3).

Таблица 3

Лекарственные средства для купирования гипертонического криза

Лекарство	Доза	Начало действия	Продолжительность действия
нитропруссид натрия	0,25-10 мкг/кг/мин. в вену	сразу	1-2 мин.
нитроглицерин	5-100 мкг/мин. в вену	2-5 мин.	3-5 мин.
эналаприлат	1,25-5 мг	15-30 мин.	6 часов
диазоксид	50-100 мг в вену болюсом или 15-30 мг/мин.	2-4 мин.	6-12 часов
гидралазин гидрохлорид	10-20 мг в вену	10-20 мин.	3-8 часов
нифедипин гидрохлорид	5-15 мг/час в вену	5-10 мин.	1-4 часа
лабетолол гидрохлорид	20-80 мг болюсом в вену каждые 10 мин., 0,5-2,0 мг/мин. инфузия в вену	5-10 мин.	3-6 часов
эсмолол гидрохлорид	250-500 мкг/кг/мин. за 1 мин., затем 50-100 мкг/кг/мин. за 4 мин.	1-2 мин.	10-20 мин.
фентоламин	5-15 мг в вену	1-2 мин.	3-10 мин.
бендазол (дибазол)	8,0-12,0 мл 0,5% раствора в вену или в/м	15 мин.	более 1 часа
клонидин (клофелин)	0,075-0,150 мг в вену медленно	10-20 мин.	4-8 часов
каптоприл (капотен)	6,25-50 мг перорально	15 мин.	
фуроземид (лазикс)	20-120 мг в вену		

ЛИТЕРАТУРА

1. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J of Hypertension 1999, 17: 151-183.
2. Диагностика и лечение артериальных гипертензий. Казань, 2002.



Казанский филиал
ЗАО "Аптека-Холдинг"

Телефоны в Казани: (8432) 18-52-38 18-52-46 18-52-54
В Наб. Челнах (8552) 35-93-06 35-93-05 E-mail: apholkaz@mi.ru http://www.ahold.ru