



Гипертонические кризы: современное состояние проблемы

Докладчик: к.мед.н. Тов Инесса Валерьевна



**Гипертонический
(гипертензивный) криз (ГК) –
внезапное повышение АД,
сопровождающееся
клиническими симптомами
и требующее немедленного его
снижения (ВОЗ, 1999)**



Главная черта гипертонического криза — это внезапный подъем АД до индивидуально высоких цифр.

Яркость клинической симптоматики тесно связана с темпом повышения АД.

Диагноз гипертонического криза = уровень АД + резкий подъем АД + клиническая симптоматика криза.

Ежегодно гипертонический криз развивается у 1—5% пациентов с артериальной гипертензией.

Триггерные факторы ГК:

1. Провоцирующие факторы (прекращение приема гипотензивных лекарственных средств, психоэмоциональный стресс, хирургические операции, избыточное потребление соли и жидкости, прием гормональных контрацептивов, физическая нагрузка, злоупотребление алкоголем, метеорологические колебания, употребление симпатомиметиков, прием наркотиков)
2. Рефлекторные (боль, тревога, «перерастянутый» мочевой или желчный пузырь», острое нарушение уродинамики при аденоме предстательной железы и мочекаменной болезни, синдром апноэ во сне, психогенная гипервентиляция)
3. Гемодинамические (тахикардия, гиперволемиа, гипертермия)
4. Ишемические (ишемия миокарда, ухудшение почечного кровотока, преэклампсия и эклампсия)

Диагностика ГК:

- * Оценка общего состояния
- * Оценка сознания (возбуждение, оглушенность, без сознания)
- * Оценка дыхания (наличие тахипноэ)
- * Положение больного (лежит, сидит, ортопноэ)
- * Цвет кожных покровов (бледные, гиперемия, цианоз) и влажность (повышена, сухость, холодный пот на лбу)
- * Сосуды шеи (наличие набухания вен, видимой пульсации)
- * Наличие периферических отеков
- * Исследование пульса (правильный, неправильный)
- * Измерение ЧСС (тахикардия, брадикардия)
- * Измерение АД на обеих руках (в норме разница < 15 мм рт. ст.)
- * Перкуссия сердца (наличие увеличения границ относительной сердечной тупости влево)
- * Пальпация
- * Аускультация сердца (оценка тонов, наличие шумов, акцента и расщепления II тона над аортой)
- * Аускультация легких (наличие влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон)
- * Исследование неврологического статуса (уровня сознания, дефекты поля зрения, дисфагия, нарушения двигательных функций в конечностях, нарушение проприоцепции, нарушение статики и походки, недержание мочи)
- * Регистрация ЭКГ в 12 отведениях (оценка ритма, ЧСС, проводимости, наличие признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии и инфаркта миокарда)



Виды ГК:

1. Неосложненный
2. Осложненный



Неосложненный ГК

возникает при минимальной субъективной и объективной симптоматике на фоне имеющегося существенного повышения АД

Требует снижения АД в течение нескольких часов. Экстренной госпитализации не требуется.

Клиника неосложненного ГК:

- головная боль
- головокружение
- тошнота
- вегетативные проявления криза:
мышечная дрожь, усиленное
потоотделение, красные пятна на коже,
сердцебиение, к концу криза полиурия,
обильный жидкий стул

Лечение неосложненного ГК:

- использование пероральных препаратов для постепенного снижения АД в течение 2–6 часов с последующим подбором постоянной АГТ.
- госпитализация в стационар осуществляется в следующих ситуациях:
 - при отсутствии снижения АД на 15–25% от исходного уровня в течение 2–6 часов;
 - при подозрении на вторичный характер АГ;
 - молодые пациенты.

Пероральные препараты для купирования ГК:

Препарат	Доза	Противопоказания
Каптоприл	12,5-25 мг	Стеноз почечной артерии, беременность, ХПН
Фуросемид	25-50 мг	Тяжелая почечная недостаточность, гипокалиемия, гипонатриемия
Клонидин	0,075-0,15 мг	СССУ, АВ-блокада 2-3 ст, брадикардия, депрессии
Нифедипин	10-20 мг	Тахикардия, ишемия миокарда, церебральный атеросклероз, отек легких, стеноз устья аорты
Метопролол	25-100 мг	АВ-блокада 2-3 ст, бронхоспазм, брадикардия, СССУ, отек легких
Пропранолол	10-20 мг	АВ-блокада 2-3 ст, бронхоспазм, брадикардия, СССУ, отек легких
Моксонидин	0,4 мг	Сонливость, головокружение, СССУ, брадикардия

Осложненный ГК (ОГК)

диагностируется, если неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) ассоциируется с субъективными и объективными признаками поражения сердца, центральной нервной системы, почек, сетчатки и других органов-мишеней:

- гипертоническая энцефалопатия
- острый коронарный синдром (инфаркт миокарда)
- острая левожелудочковая недостаточность (отек легких)
- расслоения аорты
- при преэклампсии
- при кровотечении
- на фоне приема амфетаминов, кокаина и др.

Клиника осложненного ГК:

- гипертоническая энцефалопатия (головная боль, спутанность сознания, тошнота и рвота, судороги, кома)
- острое нарушение мозгового кровообращения (очаговые неврологические расстройства)
- острая сердечная недостаточность (удушье, появление влажных хрипов над легкими)
- острый коронарный синдром (характерный болевой синдром, динамика ЭКГ)
- расслаивающая аневризма аорты (жесточайшая боль в груди с развитием в типичных случаях клинической картины шока; при поражении брюшного отдела аорты возможны нарушения кровообращения в бассейне брыжеечных сосудов с развитием кишечной непроходимости; аортальная недостаточность; тампонада перикарда; ишемия головного и спинного мозга, конечностей)

Лечение осложненного ГК:

- парентеральные препараты для быстрого снижения АД в течение 30–120 минут на 15–25% от исходного уровня
- достижение АД 160/100 мм рт. ст. и ниже при наличии показаний в течение 2–6 часов и обязательной госпитализации пациента в стационар

Парентеральные препараты для купирования ГК:

Препарат	Доза	Побочные эффекты
Нитропруссид натрия	0,25-10 мкг/кг/мин	Гипотензия, рвота
Тринитроглицерин	5-100 мкг/мин	Головная боль, рвота
Эналаприлат	1,25-5 мкг болюсно	Гипотензия, почечная недостаточность, ангионевротический отек
Фуросемид	40-60 мг	Гипотензия
Метопролол	5 мг суммарно не более 15 мг	Брадикардия, АВ блокада, гипотензия, бронхоспазм
Урапидил	25-50 мг болюсно	Седация

Отличие неосложн. и осложн. ГК

Симптоматика	Умеренная	Выраженная
Острое пораж. органов	Да	Нет
Госпитализация	Да	Нет
БИТ	Да	Нет
Терапия	Per os	В/в
Темп снижения АД	Минуты-часы	Часы-дни

Лечение ГК у пациентов с гипертензивной энцефалопатией:

Да:

- Урапидил
- Метопролол
- Эналаприлат

Нет:

- Клонидин
- Нитропруссид
- Резерпин,
- Метилдопа

Снижение среднего АД на 25 % в течение 8 часов

Лечение ГК у пациентов с ишемическим инсультом:

Да:

- Урапидил
- Эналаприлат
- Нитропруссид

Нет:

- Нифедипин

Антигипертензивная терапия не проводится при АД < 220/120 мм рт. ст.

Исключение составляют пациенты, которым проводится фибринолитическая терапия: САД у таких пациентов должно быть < 185 мм рт. ст.

Целевой уровень АД при ишемическом инсульте (Рекомендации АНА):

- у пациентов с предшествующей АГ: около 180/100 мм рт. ст.
- без АГ: 150/100 мм рт. ст.
- у пациентов с АГ, но без антигипертензивной терапии и уровнем АД < 160/120 мм рт. ст. антигипертензивные препараты не назначаются в первые 4 дня
- у пациентов с АГ, находящихся на антигипертензивной терапии пока она продолжается: 180–220/120 мм рт. ст. рекомендуется в/в введение антигипертензивных препаратов до уровня АД 180/100 мм рт. ст.

Рекомендации Европейского общества по борьбе с инсультом (2008)*:

- не рекомендуется рутинное снижение артериального давления в острейшем периоде инсульта (Класс IV, GCP)
- рекомендуется осторожное снижение артериального давления у пациентов с высоким давлением при повторных измерениях (>220/120 мм рт. ст.), с выраженной сердечной недостаточностью, расслоением аорты или гипертонической энцефалопатией (Класс IV, GCP)
- следует избегать резкого снижения артериального давления (Класс II, уровень C).


Лечение ГК у пациентов с ишемическим инсультом:

Да:

- Урапидил
- Метопролол

Нет:

- Нитропруссид



В течение первых 24 часов после возникновения симптомов при повышенном внутричерепном давлении поддерживается среднее АД < 180/130 мм рт. ст.

У пациентов без повышения внутричерепного давления поддерживается среднее АД < 160/110 мм рт. ст.


Лечение ГК у пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием:

Да:

- Урапидил
- Метопролол
- Эналаприлат

Нет:

- Нитропруссид



Рекомендовано систолическое АД < 160 мм рт. ст., пока аневризма не оперирована или сохраняется спазм мозговых сосудов;

Интенсивное снижение АД в остром периоде (целевое САД < 140 мм рт. ст. в течение < 1 ч) безопасно и может быть предпочтительней целевого значения САД < 180 мм рт. ст.;

Специфических препаратов, предпочтительных в данном случае, нет.

Лечение ГК у пациентов с ОКС:

Да:

- Нитроглицерин
- Урапидил
- Метопролол в/в

Антигипертензивная терапия проводится при АД > 160/100 мм рт. ст.

Рекомендовано снижение АД на 20–30 % от исходного.

Относительное противопоказание для проведения фибринолитической терапии АД > 185/100 мм рт. ст.

Лечение ГК у пациентов с ОСН (отек легких):

Да:

- Нитроглицерин или нитропруссид
- Фуросемид
- Эналаприлат
- Урапидил

Нет:

- Бета-блокаторы

Комбинация с фуросемидом показана при САД выше 140 мм рт. ст.

Лечение ГК у пациентов с расслоением аорты:

Да:

- Нитроглицерин
- Нитропруссид (только с ББ)
- Метопролол
- Урапидил

Нет:

- **Бета-блокаторы** при выраженной клапанной регургитации или подозрении на тампонаду сердца
- **Фуросемид** (кроме отека легких)
- **Эналаприлат**

При систолическом АД <120 мм рт. ст. и ЧСС 55–60 уд. в минуту и при отсутствии данных относительно гипоперфузии органов предпочтительно комбинированное лечение с применением наркотических анальгетиков (морфин), бета-блокаторов (метопролол) и вазодилататоров (нитроглицерин, нитропруссид).

При непереносимости бета-блокаторов блокатор кальциевых каналов верапамил вводят внутривенно медленно в дозе 5–10 мг.

Лечение ГК у пациенток с преэклампсией и эклампсией:

Да:

- Сульфат магния в/в

Если женщине назначен сульфат магния, то его следует продолжать вводить минимум в течение 24 часов после родов или в течение 24 часов после последнего приступа

Лечение ГК при синдроме отмены антигипертензивных препаратов:

Да:

- Урапидил
- Нитропруссид

Нет:

- бета-блокаторы после внезапной отмены клонидина

Лечение ГК у пациентов с почечной недостаточностью:

- Урапидил
- Фуросемид
- Нитропруссид

Нет:

- Бета - блокаторы

Лечение ГК у пациентов с алкогольной абстиненцией:

Да:

- Бета-блокаторы

- Каптоприл

При неэффективности-

- Эналаприлат

- Клонидин

Симптоматическая терапия при гипертоническом кризе:

- Тошнота, рвота (метоклопрамид, дроперидол)
- Судорожный синдром, эклампсия беременных, желудочковые нарушения ритма (сульфат магния, диазепам)
- Цефалгия (метамизол натрия, метамизол натрия+димедрол в/в)
- Вегетативная симптоматика (диазепам, бета-блокаторы)
- Выраженная неврологическая симптоматика с угрозой развития острого нарушения мозгового кровообращения (сульфат магния)

P.S.

- Дибазол не обладает выраженным антигипертензивным действием. Его применение оправдано только при подозрении на нарушение мозгового кровообращения
- Применение препаратов, обладающих недостаточным антигипертензивным действием (но-шпа, папаверин и т.п.) не оправдано



Спасибо за внимание!