

ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

**Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К.,
Бектасова Н.Ш., Алдабекова Ж.М., Туякбаева А.Г.
Казахский национальный медицинский
университет им.С.Д. Асфендиярова,
Городской кардиологический центр, г.Алматы**

Во всем мире, с том числе и в Республике Казахстан, самый частый повод вызова скорой помощи - это гипертонический криз. Ежегодно гипертонический криз развивается у 1—5% пациентов с артериальной гипертензией[1]. Согласно определению ВОЗ (1999): гипертонический (гипертензивный) криз – внезапное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного его снижения. С 2003 года JNC VII предлагает трактовать гипертонический криз как состояние, вызванное выраженным повышением АД, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов и требующее быстрого контролируемого снижения АД для предупреждения повреждения органов-мишеней. Главная и обязательная черта гипертонического криза – это внезапный подъем АД до индивидуально высоких цифр. Яркость клинической симптоматики тесно связана с темпом повышения АД. Таким образом, в настоящее время для гипертонического криза характерна триада: диагноз гипертонического криза = уровень АД + резкий подъем АД + клиническая симптоматика криза[1]. В настоящее время диагностика и лечения гипертонического криза проводится на основе рекомендаций по артериальной гипертензии (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension) Европейского Общества Гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC), Российского общества кардиологов по алгоритмам купирования гипертонических кризов (2015), а также клинических протоколов МЗ РК[2].

Прогноз для пациентов, перенесших осложненный гипертонический криз 25—40% пациентов умирают в течение 3 лет от почечной недостаточности или инсульта у 3,2% разовьется почечная недостаточность, требующая гемодиализа. В связи с эти актуален вопрос грамотного купирования гипертонического криза во избежании осложнений как самого криза, так и слишком форсированного лечения.

По классификации, признанной во всем мире гипертонические кризы (ГК) делятся на две группы: неосложненные и осложненные. Неосложненный ГК (некритический, неотложный, urgency) – протекает с минимальными субъективными и объективными симптомами на фоне имеющегося существенного повышения АД. Он не сопровождается острым развитием поражения органов-мишеней. Требуется снижения АД в течение нескольких часов. Экстренной госпитализации не требуется.

Осложненный ГК (критический, экстренный, жизнеугрожающий, emergency) сопровождается развитием острого клинически значимого и

потенциально фатального повреждения органов-мишеней, что требует экстренной госпитализации (обычно в блок интенсивной терапии) и немедленного снижения АД с применением парентеральных антигипертензивных препаратов.

Универсальными препаратами первого выбора для купирования ГК, как осложненных так и неосложненных, являются каптоприл (как представитель ингибитора АПФ короткого действия в дозе 25-50 мг) и диуретики (как представитель гидрохлортиазид в дозе 12,5-25 мг).

К клиническим эффектам каптоприла за счет снижения активности ренин-ангиотезин-алдестероновой системы относят: сосудорасширяющее действие, снижение общего периферического сопротивления сосудов, постнагрузки, преднагрузки, повышает толерантность к нагрузкам, уменьшает гипертрофию левого желудочка, понижает тонус выносящих артериол клубочков почек, тем самым улучшая внутриклубочковую гемодинамику, и препятствует развитию диабетической нефропатии. Эффект гиперкалиемии, возникающий на фоне приема ингибиторов АПФ, устраняется одновременным назначением гидрохлортиазид.

Целью исследования явилось изучение эффективности Каптоприла Н в купировании гипертонических кризов.

Материал и методы. Исследования проведены на базе городского кардиологического центра. За медицинской помощью обратилось 74 больных, в возрасте от 21 до 83 лет, у которых зарегистрирован гипертонический криз. Из них: 40 - женского пола, 34 – мужского пола. В программу обследования входило: общий и биохимический анализ крови (общий белок, АСТ, АЛТ, билирубины, мочевины, креатинин), холестерин, глюкоза натощак, коагулограмма, флюорография, ЭКГ, Эхо КГ, УЗИ почек, показатели - систолическое и диастолическое артериальное давление (САД, ДАД) на руках и ногах. Больные были разделены на 2 группы: в первую вошли 56 больных с неосложненным гипертоническим кризом, во вторую группу – 18 больных с осложненным гипертоническим кризом. Пациентам для купирования гипертонического криза был предложен пероральный прием половинки или одной таблетки каптоприла Н Вива Фарм (50/25)– фиксированная комбинация ингибитора АПФ каптоприла в дозе 50 мг и гидрохлортиазид в дозе 25 мг.

Результаты и их обсуждение. У 20,4% больных ГК был спровоцирован отрицательными эмоциями, психическими травмами у 12,0%, физическим перенапряжением у -29%, умственным перенапряжением -21% и в 17,6% - больные не смогли указать возможную причину гипертонического криза. У 34% больных гипертонический криз развился при наличии острого респираторного заболевания. У больных с неосложненным ГК наблюдался, как правило, систоло-диастолический вариант криза (94,1% случаев), а у больных с осложненным вариантом ГК в 96,5 % зарегистрировано значительное повышение ДАД (больше или равно 110 мм рт. ст.). У подавляющего большинства больных с неосложненным гипертоническим кризом наблюдалась нейровегетативная форма криза или водно-солевая форма.

А при осложненном гипертоническом кризе:

- **кардиопатический синдром** в виде аритмического синдрома (предсердные или желудочковые экстрасистолы) у 5 больных, ишемического синдрома (преходящий острый коронарный синдром) у 11 пациентов.
- **энцефалопатический синдром**, который наблюдался в виде нарастающей интенсивной головной боли (пронзительной, разламывающей, распирающей) чаще и больше в лобной и затылочной областях, головокружение, «мелькание мушек», перед глазами, «шум в ушах», проходящее ухудшение зрения - у 3 больных, проходящая очаговая симптоматика - у 7 пациентов.

Темп снижения АД в алгоритме купирования неосложненного ГК - Постепенное снижение АД в течение 2—6 часов с последующим подбором постоянной гипотензивной терапии.

Темп снижения АД в алгоритме купирования осложненного ГК - быстрое снижение АД в течение 30—120 мин на 15—25%. В течение 2—6 ч - целевой уровень АД 160/100 мм рт. ст. Далее - пероральные препараты для плановой терапии АГ.

Для купирования любого гипертонического криза мы использовали половинку таблетки Каптоприла Н Вива Фарм (50/25), а при систолическом АД свыше 180 мм рт ст - целую таблетку. Препарат начинает действовать через 15-60 минут. Максимум действия препаратов наступал в течение 1 часа и соответствовал основным требованиям, предъявляемым к ургентной терапии ГК. При купировании гипертонического криза не следует добиваться слишком значительного снижения АД за небольшой период, т.к. это быстро уменьшает величину перфузионного АД и провоцирует возникновение ишемии головного мозга, сердца и почек, а также нарушает локальные механизмы ауторегуляции кровообращения) [3].

В 32% случаях потребовался повторный прием Каптоприла Н. Повторные кризы в течение последующих 24 часов наблюдались в 4% случаях (пациенты не принимали плановые гипотензивные препараты). Препарат хорошо переносился больными.

Учитывая наш опыт применения Каптоприла Н, мы предлагаем использовать его для купирования любого ГК, особенно у пациентов старших возрастных групп, имеющих признаки сердечной недостаточности или перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе.

Препарат противопоказан при стенозе почечной артерии, хронической почечной или печеночной недостаточности, беременности, лактации, повышенной чувствительности к препарату и другим ингибиторам АПФ, состоянии после трансплантации почки, стеноз устья аорты и аналогичных изменений, затрудняющих отток крови

Выводы: В купировании гипертонических кризов универсальным препаратом для купирования ГК является прием каптоприла Н в дозе 25 мг/12,5 мг или при повышении систолического артериального давления свыше 180 мм рт ст - 50мг/25мг каждые 45-60 минут до нормализации АД с приемом гипотензивных препаратов для планового лечения артериальной гипертензии.

Список литературы:

1. Алгоритмы ведения пациента с гипертоническим кризом//Общероссийская общественная организация «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии „Антигипертензивная Лига”». Санкт-Петербург, 2015. Издание первое.17с.
2. Рекомендации ESH/ESC 2013 Г. по лечению артериальной гипертензии (перевод на русский язык с англ. Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. 2013 г //Journal of Hypertension 2013; 31(7):1281-1357
3. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей/ Под ред. Верткина А.- Астана: – 2004г., с. 392.

***Жангелова Шолпан Болатовна** – канд. мед. наук, доцент, профессор
Казахского национального медицинского университета им.С.Д. Асфендиярова,
г.Алматы*

***Альмухамбетова Рауза Кадыровна-** канд. мед. наук, доцент, профессор
Казахского национального медицинского университета им.С.Д. Асфендиярова,
г.Алматы*

***Бектасова Н.Ш.** - заместитель директора Городского кардиологического центра*

***Алдабекова Ж.М.-** канд. мед. наук, зав. кардиологическим отделением №6
Городского кардиологического центра*

***Туякбаева А.Г.** – зав. кардиологическим отделением №5
Городского кардиологического центра*