

Гипертонический криз: основные проблемы лечения и профилактики*

Проведение активной кардиоваскулярной профилактики в ежедневной клинической практике является важнейшим условием снижения смертности среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Артериальная гипертензия (АГ) — одна из наиболее острых медико-социальных проблем, как в России, так и в мире, и является ведущей причиной смерти населения (12,8%), что составляет 7,5 млн. человек в год [1].

Гипертонический криз (ГК) — это остро возникшее выраженное повышение артериального давления (АД), сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней [2].

По проблеме ГК у больных АГ опубликован ряд обобщающих работ российских и зарубежных авторов [3-15]. Согласно данным разных исследователей, ГК имеют место у 1-7% больных АГ.

ГК подразделяют на две большие группы — осложненные (жизнеугрожающие) и неосложненные (нежизнеугрожающие) ГК. В большинстве случаев ГК развивается при систолическом АД >180 мм рт.ст. и/или диастолическом АД >120 мм рт.ст., однако возможно развитие данного неотложного состояния и при менее выраженном повышении АД. У всех больных с ГК требуется немедленное начало гипотензивной терапии [2,16-18].

Целью лечения является не только купирование ГК и посткризовая стабилизация состояния больных АГ, но и последующая профилактика повторных кризов, уменьшение суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Таким образом, лечение больных, госпитализированных по поводу ГК, состоит из трех последовательных этапов: купирования криза, посткризовой стабилизации на госпитальном этапе, поддерживающей антигипертензивной терапии в постгоспитальном периоде.

Критерии эффективности лечения:

- исчезновение или выраженное уменьшение клинической симптоматики ГК и снижение уровня АД <180 и 110 мм рт.ст.;
- скорость снижения АД составляет 15-25% в течение 90-120 мин;
- последующее достижение целевого АД в течение нескольких часов, но не более 24-48 ч от начала терапии.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что наиболее быстрым и краткосрочным действием обладает нитропруссид натрия, а урапидил при быстром начале действия обладает наибольшей его продолжительностью. Нитропруссид натрия характеризуется наибольшей токсичностью, а урапидил — наименьшим числом побочных эффектов. [19].

Таблица 1

Сравнительная характеристика некоторых лекарственных средств, рекомендованных для купирования ГК у больных АГ [17, 18]

Препарат	Начало действия	Длительность	Побочные эффекты
Эналаприлат	15 мин	4-6 ч	Гипотензия, ангионевротический отек, почечная недостаточность
Нитропруссид натрия	Сразу	1-2 мин	Гипотензия, рвота, интоксикация
Урапидил	3-4 мин	8-12 ч	Седация
Лабеталол	5-10 мин	2-6 ч	Тошнота, рвота, бронхоспазм, атриовентрикулярная блокада
Эсмолол	1-2 мин	10-30 мин	Гипотензия, рвота, бронхоспазм, сердечная недостаточность

Таблица 2

Тактика купирования ГК у больных ГБ на фоне ИБС

Препарат	ГК, осложненный острой коронарной недостаточностью	ГК, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью	Неосложненный ГК	
			высокий риск осложнений	невысокий риск осложнений
Эналаприлат ^а (внутривенно 1,25 мг)	++	++	++	+
Клофелин ^а (внутривенно 0,1 мг)	+	+	+	+
Эбрантил ^а (внутривенно 10-100 мг, 0,5-2,0 мг/мин)	+	+	+	+
Нитроглицерин ^б (внутривенно 20-100 мкг/мин)	++	++		
Лазикс ^б (внутривенно 40-120 мг)		++		
Обзидан ^б (внутривенно 2,5-5 мг)	+	(при тахикардии)	+	(при тахикардии)
Дроперидол ^б (внутривенно 5-10 мг)	+	(при выраженном болевом синдроме)	+	(при психоэмоциональном возбуждении)

Примечание: ^а Препараты 1-го ряда (с них нужно начинать купирование ГК). ^б Препараты 2-го ряда (вводятся дополнительно к препаратам 1-го ряда при наличии клинических показаний). ++ Предпочтительно использовать; + возможно использовать. *При неосложненных ГК с невысоким риском осложнений в отдельных случаях (частично купированный ГК, технические сложности внутривенного введения) возможно применение нифедипина сублингвально в дозе 10-20 мг.

Из приведенных в таблице 2 [19,30] лекарственных средств для купирования ГК важно обратить внимание на урапидил (Эбрантил). Это препарат, обладающий как центральным (влияет на активность сосудодвигательного центра, что проявляется в предотвращении рефлекторного увеличения тонуса симпатической нервной системы), так и периферическим (блокирует периферические постсинаптические α_1 -адренорецепторы) механизмами антигипертензивного действия [20-23].

Клиническая эффективность урапидила (Эбрантила) у больных с ГК доказана в ряде исследований, что нашло отражение в информационном письме Европейского общества гипертонии [18]. Опыт использования урапидила в нашей стране значительно меньше, чем в странах Западной Европы.

По результатам российских исследований [24,25] у 50 больных с ГК внутривенное введение Эбрантила (средняя доза 50 мг в течение 90 мин инфузии) приводило к снижению систолического АД на 26% и

диастолического – на 23%, при этом частота сердечных сокращений достоверно не изменялась. Так же отмечена хорошая переносимость препарата.

Таким образом, с учетом большого позитивного опыта зарубежных исследователей [20-23, 26-28] и широкого использования урапидила в лечении больных с ГК, полученных положительных результатов отечественных исследователей [24,25,29], есть основания для более широкого практического применения данного препарата.

На этапах посткризовой стабилизации в госпитальном периоде и поддерживающей антигипертензивной терапии в постгоспитальном периоде лечение следует проводить в соответствии с общепринятыми рекомендациями по лечению больных АГ с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений [2,16,17]. Важно подчеркнуть, что эффективное лечение АГ у больных в посткризовом периоде является одновременно основным средством эффективной профилактики повторных ГК.

Литература

1. Global Health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization 2009.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Системные гипертензии 2010; 3:5-26
3. Голиков А.П., Рябинин В.А., Лукьянов М.М. Кризы при гипертонической болезни. Врач. 2002; 1:34-5.
4. Арабидзе Г.Т., Арабидзе Г.Г. Гипертонические кризы: классификация, диагностика осложнений, лечение. Междунардн. мед. журн. 1999; 5 (1): 40-4
5. Задонченко В.С., Белякова Т.И., Горбачева Е.В. Гипертонические кризы. Тер. арх. 1998; 8: 72-4.
6. Верткин А.Л. Гипертонические кризы. Cons.Med. 2000; 2:362-7.
7. Терещенко С.Н. Гипертонические кризы, современные принципы терапии. Системн. гипертенз. 2004; 6 (2).
8. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Гипертонические кризы: существуют ли реальные противоречия в классификации и лечении? Сердце. 2003; 2 (3): 116-27.
9. Varon J, Marik PE. The diagnosis and management of hypertensive crises. Chest 2000; 118: 214-27.
10. Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. Lancet 2000; 356:411-7.
11. Blumenfeld JD, Laragh JH. Management of hypertensive crises: the scientific basis for treatment decisions. AJH 2001; 14:1154-67.
12. Elliott WJ. Clinical features and management of selected hypertensive emergencies. J Clin Hypertens 2004; 6:587-92.
13. Aggarwal M, Khan IA. Hypertensive crisis: hypertensive emergencies and urgencies. Cardiol Clin 2006; 24:135-46.
14. Herbert CJ, Vidt DG. Hypertensive crises. Prim Care Office Pract 2008; 35:475-87.
15. Rodriguez MA, Kumar SK, De Caro M. Hypertensive crisis. Cardiol Rev 2010; 18 (2): 102-7.
16. Manchia G, De Backer G, Dominiczak A et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25 (6): 1105-87
17. Chambanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-72.
18. Rosei E.A., Salvetti M., Farshang C. European Society of Hypertension scientific newsletter: Treatment of hypertensive urgencies and emergencies. Journal of Hypertension 2006; 24(12): 2482-2485.
19. Лукьянов М.М., А.П. Голиков. Гипертонические кризы: основные положения диагностики, лечения и профилактики. Болезни сердца и сосудов, 2010. -N 3. -С.37-40
20. Spah F, Grosser KD, Thieme G. Acute haemodynamic effects of urapidil and nifedipine in hypertensive urgencies and emergencies. Drugs 1990; 40 (suppl. 4): 58-59.
21. Hirschil MM, Seidler D, Zeiner A et al. Intravenous urapidil versus sublingual nifedipine in the treatment of hypertensive urgencies. Am J Emerg Med 1993; 11 (6): 653-6.
22. Hirschl MM, Binder M, Bur A et al. Safety and efficacy of urapidil and sodium nitroprusside in the treatment of hypertensive emergencies. Intensive Care Med 1997; 23:885-8.
23. Woitschlager C, Bur A, Vicek M et al. Comparison of intravenous urapidil and oral captopril in patients with hypertensive urgencies. Journal of Human Hypertension. 2006; 20: 707-9.
24. Семенова Е.В. Клиническая эффективность Эбрантила (урапидила) при купировании гипертонических кризов. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1999.
25. Голиков А.П., Семенова Е.В., Лукьянов М.М. и др. Новые возможности дифференцированной терапии гипертонических кризов под мониторным контролем. Топ-Медицина. 1997; 5:4-8.
26. Hirschl MM, Seidler D, Mullner M et al Efficacy of different antihypertensive drugs in emergency department. J Hum Hypertens 1996; 10 (Suppl. 3): 143-6.
27. Alijotas-Reig J, Bove-Farre I, De Cabo Frances F et al. Effectiveness and safety of prehospital urapidil for hypertensive emergencies. Am J Emerg Med 2001; 19 (2): 130-3.
28. Schober JG, Pilosoff W, Buhlmeier K et al. Urapidil therapy for acute hypertensive crisis in infants and children. Eur J Pediatr 1984; 143 (2): 87-91.
29. Голиков П.П., Давыдов Б.В., Марченко В.В. и др. Влияние урапидила на окислительный стресс при гипертонических кризах. Клинич. мед. 2000; 78:42-5.
30. Голиков А.П., Лукьянов М.М., Руднев Д.В. и др. Тактика лечения и профилактики кризов у больных гипертонической болезнью на фоне ишемической болезнью сердца. Метод. Рекомендации. - М. 2005. - 24 с.

*реферат статьи Лукьянов М.М., А.П. Голиков. Гипертонические кризы: основные положения диагностики, лечения и профилактики. Болезни сердца и сосудов, 2010. N 3. С.37-40