
Глава 4.

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Гипертонический криз — это внезапное, относительно кратковременное, резкое повышение артериального давления, причем диастолическое давление превышает 120 мм рт.ст. Гипертонический криз проявляется признаками острого или прогрессирующего нарушения функции внутренних органов, требующих срочного или неотложного снижения артериального давления.

Гипертонический криз является наиболее тяжелым и распространенным осложнением гипертонической болезни (артериальной гипертензии), возникающим под влиянием неблагоприятных факторов. Он возникает на разных стадиях гипертонической болезни. Сопровождается появлением или усугублением клинической симптоматики, чаще церебрального или кардиального характера.

Выделяют следующие типы гипертонических кризов:

Гипертонический криз I типа. Более характерен для ранней стадии гипертонической болезни и связан с выбросом адреналина. Повышение АД сопровождается головной болью, дрожью, сердцебиением, общим возбуждением, которое продолжается от нескольких минут до нескольких часов. При снижении АД нередко наблюдается полиурия.

Гипертонический криз II типа. Этот тип гипертонического криза связан с выбросом норадреналина. Возникает преимущественно на поздних стадиях развития артериальной гипертензии. Проявляется сильной головной болью, головокружением, нарушением зрения («мелькание мушек», блики, темные пятна перед глазами, переходящая слепота), тошнотой, рвотой, выраженной слабостью, что в целом представляет собой

синдром гипертонической энцефалопатии. Такие кризы продолжаются от нескольких часов до нескольких суток.

Осложненный гипертонический криз.

В клиническом течении гипертонического криза принято выделять угрожающие и неотложные состояния.

Угрожающими состояниями принято считать состояния, при которых артериальное давление необходимо снизить **в течение часа** для уменьшения риска прогрессирующего повреждения «органов-мишеней».

К ним относятся: гипертоническая энцефалопатия; внутримозговое кровоизлияние; острая левожелудочковая недостаточность (отек легких); острый инфаркт миокарда; нестабильная стенокардия; расслаивающаяся аневризма аорты; беременность, осложненная эклампсией; черепно-мозговая травма; обширные ожоги; быстро прогрессирующая почечная недостаточность; тяжелое кровотечение.

Неотложными состояниями принято считать состояния, при которых лечение тяжелой артериальной гипертонии является абсолютно необходимым независимо от наличия дисфункции «органов-мишеней». АД необходимо снижать постепенно в течение нескольких часов.

К ним относятся: отек диска зрительного нерва при отсутствии других осложнений; синдром внезапной, резкой отмены антигипертензивного лекарства; феохромоцитомы; подъем диастолического АД выше 130 мм рт.ст. при отсутствии данных о том, что это хроническое состояние.

Выбор гипотензивных средств должен определять индивидуально.

Следует помнить, что средства, принятые per os, особенно сублингвально могут

действовать также быстро и эффективно, как и при парентеральном введении.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ. Основной целью является снижение диастолического давления до 100-110 мм рт.ст.

- пунктировать и катетеризировать периферическую вену;
- нифедипин по 10 мг под язык каждые 30 минут, либо клофелин 0,15 мг внутрь, затем по 0,075 мг через 1 час до достижения эффекта, либо сочетание этих препаратов. Возможно нитроглицерин сублингвально в дозе 0,005 мг;
- параллельно с первыми действиями возможно проводить внутривенное капельное введение нитроглицерина в дозе 5-10 мкг/кг в 1 минуту;
- при отсутствии эффекта: клофелин 0,1 мг внутривенно медленно, либо пентамин до 50 мг внутривенно капельно или струйно дробно, либо натрия нитропруссид 30 мг в 300 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно капельно, постепенно повышая скорость введения от 0,1 мкг/кг/мин до достижения необходимого артериального давления.

Клофелин не рекомендуется применять при тяжелом атеросклерозе церебральных сосудов, депрессии, сердечной недостаточности.

Ганглиоблокаторы (пентамин, арфонад и др.) противопоказаны при лечении гипертонических кризов у пациентов старческого возраста, так как это можно вызвать нарушение мозгового кровообращения. Препараты могут вызвать постуральную реакцию, а в более тяжелых случаях — ортостатический коллапс. В случаях чрезмерного снижения артериального давления нужно срочно ввести кардиотонические средства (25 % раствор кордиамина 1-2 мл внутримышечно), а при коллапсе — 1 % раствор мезатона 0,1-0,2 мл разведенного в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия.

- при недостаточном эффекте внутривенно ввести фуросемид 40 мг;
- верапамил (изоптин). Особенно эффективен при гипертонических кризах, протекающих на фоне ИБС со стенокардической болью, нарушениями сердечной деятельности. Препарат вводят по 2-5 мл 0,25 %

раствора в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия медленно в течение 2-5 минут.

Гипотензивный эффект наступает быстро — на 1-ой минуте. Препарат не назначают при брадикардии, синдроме слабости синусового узла, с осторожностью нужно его применять в острой стадии инфаркта миокарда. Необходимо избегать применения верапамила с β -адреноблокаторами.

- при сохраняющемся эмоциональном напряжении дополнительно внутривенно вводят diazepam 5-10 мг (медленно в разведении), внутримышечно или дают принять внутрь;
- при сохраняющейся тахикардии анаприлин (пропранолол) 20-40 мг под язык или внутрь или обзидан 5 мл в 10-15 мл изотонического раствора хлорида натрия. При необходимости после 5 минутной паузы можно повторить введение 1 мл препарата до наступления эффекта.

β -адреноблокаторы не применять при лечении гипертонических кризов у больных с бронхиальной астмой, сердечной недостаточностью, выраженной брадикардией, с нарушениями предсердно-желудочковой проводимости или полной АВ-блокадой.

- при судорожной форме криза — diazepam 10-20 мг внутривенно медленно до устранения судорог, дополнительно можно назначить магния сульфат 2,5 г внутривенно очень медленно в разведении на изотоническом растворе хлорида натрия;
- при кризах, связанных с внезапной отменой гипотензивных средств, используют быстродействующие лекарственные формы соответствующего гипотензивного препарата (клофелин 0,1 мг внутривенно медленно, либо анаприлин (пропранолол) 20-40 мг под язык, либо нифедипин по 10 мг под язык).

В качестве дополнительных средств для улучшения органной гемодинамики, ослабления «гемодинамического удара» может использоваться дибазол 1 % раствор в количестве 3-5 мл внутримышечно.

При острой гипертонической энцефалопатии необходимо снизить диастолическое давление до уровня 100 мм рт.ст. и ниже. Для этого использовать:

- клофелин 1 мл 0,01% раствора предварительно растворив его в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно или таблетки 0,15 мг сублингвально (при необходимости введение препарата можно повторить).
 - для уменьшения выраженности отека мозга дексаметазон 12-16 мг или преднизолон 120-150 мг предварительно разведенный в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия внутривенно; лазикс (фуросемид) 20-40 мг разведенный в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно.
 - при выраженной неврологической симптоматике, задержке жидкости может быть эффективно внутривенно введение 10 мл 2,4% раствора эуфиллина разведенного предварительно в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия.
 - для купирования судорожных припадков и психомоторного возбуждения — диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) 5-10 мг разведенного в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно медленно или внутримышечно.
 - в случае повторной рвоты — церукал, реглан (метоклопрамид) 2,0 мл внутривенно на 0,9% растворе натрия хлорида внутривенно или внутримышечно.
- Госпитализировать после возможной стабилизации состояния. При стойком улучшении состояния больного рекомендуется наблюдение участковым терапевтом.