# Лечение гипертонического криза.

Гипертоническим кризом называют резкое повышение артериального давления. Считается, что к кризам более других предрасположены лица с эмоциональной нестабильностью, с невротическими реакциями, а также больные с тревожными расстройствами, больные страдающие депрессией в субклинической форме.

Условно выделяют два типа гипертонических кризов, так называемые, “красный” и “белый”, что отражает их клинические особенности. Такое разделение связано с особенностями патогенеза и, соответственно, с принципами терапии. Первый тип криза связан с выбросом адреналина и ростом ситолического артериального давления. Второй тип характеризуется подъемом, преимущественно, диастолического артериального давления.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Тип гипертонического криза** |
| **Параметры** | **I тип** | **II тип** |
| ведущий патогенетический фактор | адреналин | норадреналин |
| время появления | ранние стадии гипертонической болезни | поздние стадии гипертонической болезни |
| течение | относительно легкое | более тяжелое |
| развитие | быстрое | постепенное |
| гемодинамические особенности | преимущественный рост сердечного выброса  | преимущественное повышение переферического сопротивления сосудов |
| артериальное давление | рост систолического давления | преимущественное увеличение диастолического давления |
| основные клинические проявления | головная боль, общее возбуждение, дрожь, сердцебиение, приливы | сильная головная боль, тошнота, рвота, нарушения зрения, неврологические расстройства, бессимптомное течение |
| продолжительность | часы, минуты, до суток | от нескольких часов до нескольких суток |
| осложнения | нехарактерны | инсульт, динамические нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, стенокардия, сердечная астма и отек легких, слепота |

Следует обратить внимание на продолжительность криза и на выраженность симптоматики. При втором типе наиболее прогностически неблагоприятным вариантом является длительное бессимптомное течение криза, когда криз диагостируется только после развития осложнений.

**Лечение.** Экстренное снижение артериального давления необходимо. если появляются или нарастают признаки поражения органов-мишеней. К этим признакам относятся:

1. выраженные изменения глазного дна — кровоизлияния, экссудаты. отек дисков зрительных нервов
2. поражение сердца — отек легких, ишемия или инфаркт миокарда
3. неврологические нарушения — головная боль. нарушения психического состояния, судороги, кома
4. поражение почек — гематурия, повышение уровня креатинина в плазме крови

В подобных случаях необходимо добиться выраженного снижения артериального давления в течение 1 часа, чтобы уменьшить вероятность развития необратимых нарушений и смерти больного.

При гипертонических кризах, требующих неотложного лечения, признаки поражения органов-мишеней минимальны или отсутствуют. артериальное давление можно снижать несколько медленнее. Первоначальная цель лечения — добиться диастолического давления. равного 100-110 mm Hg. При этом не следует добиваться слишком резкого или слишком значительного снижения артериального давления, чтобы избежать ишемиии головного мозга и миокарда.

Препараты для парентерального введения.

1. Нитропруссид натрия — артериальный и венозный вазодилататор прямого действия — средство выбора практически при всех формах гипетонических кризов. Снижение артериального давления происходит быстро, дозы в процессе инфузии легко подобрать, действие прекращается в течение 5 минут после окончания введения препарата. Препарат вводят внутривенно 50 мг в 250 мл 5% раствора глюкозы, начиная с 0.5 мкг/кг/мин, максимальная скорость — 10 мкг/кг/мин. Гипотензивный эффект более выражен у больных, получающих гипотензивную терапию. Если инфузия продолжается более 24 часов, если есть почечная недостаточность, то высока вероятность развития интоксикации, вызванной накоплением метаболита нитропруссида натрия — тиоцианата. Токсическое действие может проявляться шумом в ушах, нечеткостью зрительных образов и бредом. Нарушение функции печени также способствует накоплению цианидов, что вызывает метаболический ацидоз, одышку, тошноту, рвоту, головные боли, атаксию, бомороки. Концентрация тиоцианата не должна превышать 10 мг%. При отравлении тиоцианатом применяют нитраты внутривенно и тиосульфат, а в тяжелых случаях прибегают к гемодиализу.
2. Нитроглицерин. Продолжительная внутривенная инфузия нитроглицерина показана тогда, когда применение нитропрусссида натрия имеет относительные потивопоказания, например, при тяжелых формах ишемической болезни сердца, выраженной почечной или печеночной недостаточности. Начальная скорость введения составляет 5-10 мкг/кг в минуту. В дальнейшем дозу постепенно повышают под контролем артериального давления до 200 5-10 мкг/кг в минуту и более, в зависимости от клинического эффекта. Нитроглицерин является предпочтительным средствомпри умеренной артериальной гипертензии у больных с острой коронарной недостаточностью или после операции аорто-коронарного шунтирования, так как он улучшает газообмен в легких и коллатеральный коронарный кровоток. Нитроглицерин сильно снижает преднагрузку, поэтому следует избегать его применения у пациентов с инфарктом правого желудочка, так как состояние таких пациентов зависит от преднагрузки, определяющей возможность адекватного сердечного выброса.
3. Лабеталол. Струйное внутривенное введение 20 мг препарата и повторные внутривенные вливания по 20-80 мг каждые 10 минут (максимальная общая доза 300 мг) позволяют быстро нормализовать давление. Максимальное действие наступает через 5 минут после введения. Возможна постоянная суточная инфузия с максимальной дозой 2400 мг со скоростью 1-2мг/мин. При внутривенном введении β-адреноблокирующий эффект значительно выше, чем α-адреноблокирующий (1:7). Возможна ортостатическая гипотензия, поэтому больного необходимо уложить. Период полувыведения составляет около 8 часов, в связи с чем инфузию необходимо прекратить до начала перорального приема лабеталола. Начальная доза per os coставляет 200 мг. Её дают после того, как у пациента в положении лежа начинает повышаться артериальное давление. Затем через каждые 6-12 часов по 200-400 мг внутрь в зависимости от артериального давления. Осложнения и побочные действия как у других β-блокаторов.
4. Диазоксид вводят вместе с диуретиком (40 или 80 мг фуросемида внутривенно), поскольку диазоксид может вызвать задержку жидкости в организме. Можно произвести однократное введение 300 мг, что снижает давление до нормы в течение 5-10 минут и этот эффект сохраняется в течение 12 часов и более, но безопаснее вводить внутривенно быстро по 50-100 мг диазоксида каждые 10 минут до достижения оптимальног артериального давления. Побочные эффекты — тошнота, рвота, гипергликемия, тахикардия и изредка гипотензия (шок очень редко).
5. Эсмолол — β1-адреноблокатор.Начальная доза 500 мг на кг внутривенно в течение 1 минуты, затем 50-300 мкг на кг в минуту. Также эсмолол применяют при расслаивающей аневризме аорты.

Гипотензивные средства для приема внутрь.

1. Нифедипин под язык. Действие начинается в течение первых 30 минут после приема. Продолжительность действия около 4-5 часов. Нифедипин опасен для лиц страдающих гипертрофией левого желудочка, ишемической болезнью сердца, что связано с возникающей ишемией миокарда.
2. Лабеталол per os.

Препараты простагландинов PGA2, PGA1. Эти препараты снижают артериальное давление за счет снижения общего переферического сопротивления сосудов из-за прямого расширения артериол, рефлекторно увеличивается сердечный выброс. PGA1 обладает также спосбностью увеличивать выведение калия, натрия и воды и увеличивает почечный кровоток.