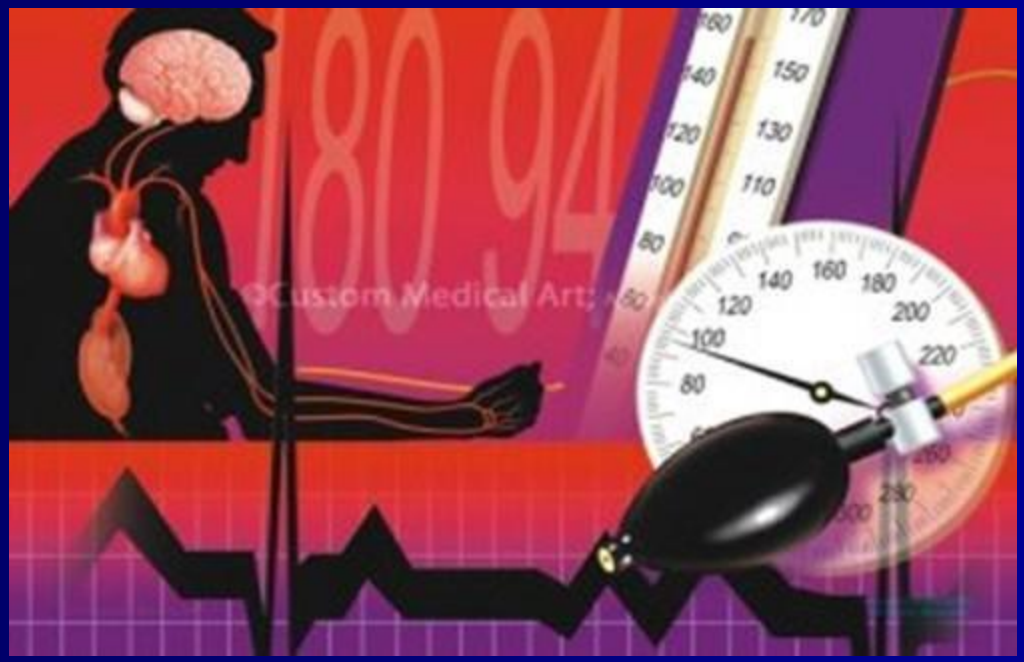
Гипертонические кризы в амбулаторной практике



Мехтиева Ольга Александровна
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, кафедра госпитальной терапии
2017 год

Гипертонический криз (ГК)

Остро возникшее выраженное повышение АД (чаще выше 180/120 мм рт.ст. или более 50% по сравнению с рабочим АД), вызывающее появление или усугубление клинических симптомов поражения органов-мишеней



Классификация уровня АГ

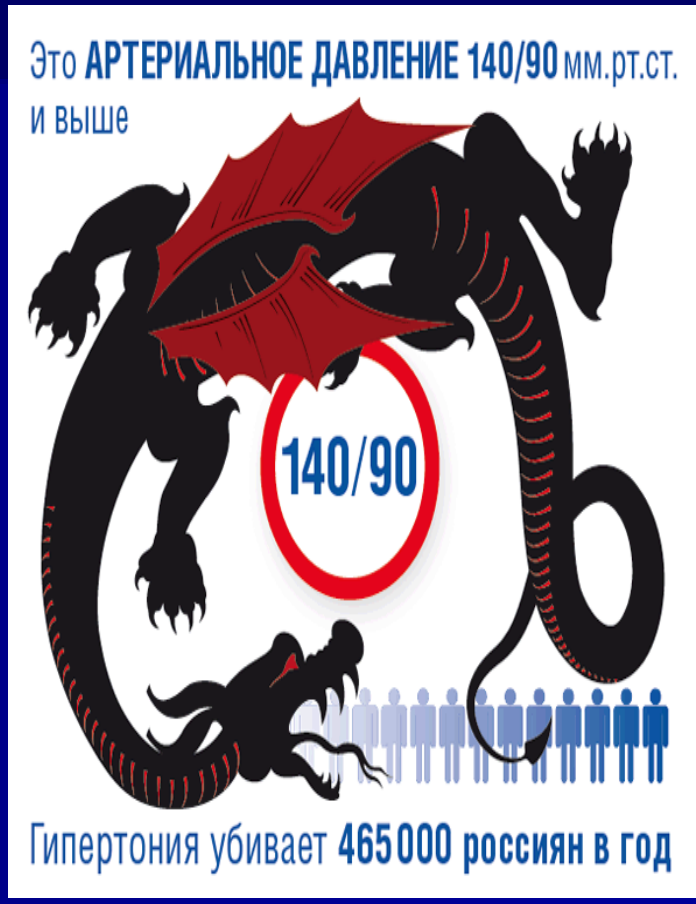
Категория	Систолическое	Диастолическое
Оптимальное	‹ 120	‹ 80
Нормальное	120 - 129	80 – 84
Высокое нормальное	130 - 139	85 – 89
1 степень АГ	140-159	90-99
2 степень АГ	160-179	100-109
3 степень АГ	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	< 90

Эпидемиология

- В России – более 30-40% человек страдает АГ
- АГ является причиной ОИМ, ОНМК в 54% случаев
- ГК не входят в МКБ-10

(нет четкой статистики)

- У 1-7% больных ГБ трудоспособного возраста – ежегодные ГК
- 20% всех обращений в СМП



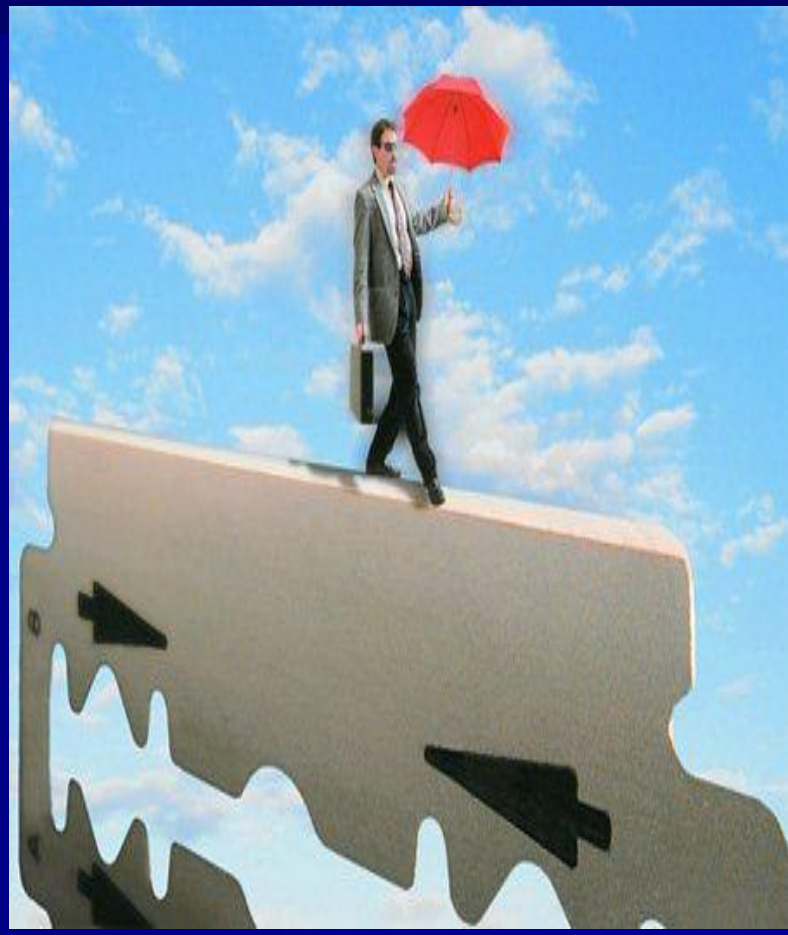
Факторы риска АГ

Немодифицируемые:

1. Пол и возраст (мужчины>55лет, женщины> 65лет)
2. Наследственность

Модифицируемые:

4. Дислипидемия
5. Ожирение
6. Сахарный диабет или НТГ
7. Стрессы
8. Гиподинамия
9. Повышенное потребление соли
10. Курение, злоупотребление алкоголем
11. ЧМТ в анамнезе
12. Заболевания почек



Стратификация риска АГ (ESH/ESC 2013)

	Величина АД (мм Hg)			
	↑ нормальное САД 130- 139 ДАД 85 - 89	АГ I стадии САД 140- 159 ДАД 90 - 99	АГ II стадии САД 160- 189 ДАД 100 - 109	АГ III стадии САД ≥ 180 ДАД ≥ 110
Нет других ФР		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 ФР	Низкий риск	Средний риск	Средне - высокий риск	Высокий риск
≥ 3ФР	Низко - Средний риск	Средне - высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
СД, ХБП > 3 ст, ПОМ	Средне - высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий - Очень высокий риск
ССЗ, ХБП > 4 ст, СД+ПОМ/ФР	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Провоцирующие факторы ГК

- Низкая приверженность к терапии
- Отмена гипотензивных препаратов (бета-блокаторы, клофелин)
- Лекарственные (НПВС, симпатомиметики, ГКК, солодка, контрацептивы)
- Интоксикация (алкоголь, наркотики)
- Стресс или физические перегрузки
- Метеорологические факторы
- Гормональные нарушения
- Алиментарный фактор (селедка, кофе, сыры)

Патогенез ГК

2 механизма:

- *Сосудистый* – повышение ОПС вследствие задержки натрия, активации САС, РААС
- *Кардиальный* – повышение сердечного выброса, вследствие нарастания ОЦК, ЧСС

Органы мишени:

1. Сердце (ОКС, ОСН, отек легких)
2. Почки (почечная недостаточность)
3. Сосуды (расслаивающая аневризма аорты)
4. Глаза (отек ДЗН, кровоизлияния сетчатки)
5. Головной мозг (ОНМК, отек головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние)

Классификация ГК

Неосложненный (без угрозы для жизни) - 70%

I типа (адреналовый, гиперкинетический, нейро-вегетативный)

II типа (н/а, гипокинетический, отечный)

Осложненный - 30%

ГК с ОКС, отеком легких, отеком головного мозга

ГК и геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние

ГК и расслаивающая аневризма, внутреннее кровотечение

Тяжелый ГК (судорожная форма, эклампсия, феохромацитома)

Клиническая картина ГК

Резкое повышение АД (в течение нескольких минут – часов) с развитием церебральных , кардиальных, вегетативных симптомов.

- ГК I типа – быстрое развитие (до 3-4 часов), высокое САД и ПД, тахикардия, обилие вегетативных знаков
- ГК II типа – постепенное развитие (до 4-5 дней), высокое ДАД, брадикардия, выражены церебральные, кардиальные симптомы, вялость, заторможенность

Дифференциальный диагноз при ГК



Дифференциальный диагноз при ГК

- Декомпенсация ГБ
- Компенсаторная АГ
- Вторичные, «злокачественные» АГ
- Острая гипертензивная энцефалопатия (при эклампсии)

Виды вторичных АГ

1. Почечные (паренхиматозные и вазоренальные)
2. Эндокринные (надпочечниковые, гипофизарные, тиреоидные и др.)
3. Гемодинамические (заболевания сердца и аорты, эритремия)
4. Центрогенные (заболевания ЦНС, ВНС)
5. Экзогенные (токсические, лекарственные)

Особенности вторичных АГ

- Впервые обнаружена у лиц моложе 20-30 лет или старше 65 лет
- «Острый» дебют АГ с частыми кризами или быстрая стабилизация АД на высоких цифрах
- Внезапное «озлокачествление» течения ГБ
- Рефрактерность к адекватной терапии
- Быстрое развитие осложнений (ОИМ, ОНМК, почечная недостаточность, ретинопатия)

Объективные особенности вторичной АГ

-«Кушингоидные» или акромегалоидные черты

-Выраженная брадикардия

-Изолированная систолическая или диастолическая АГ

-Стойкая АГ 3 степени

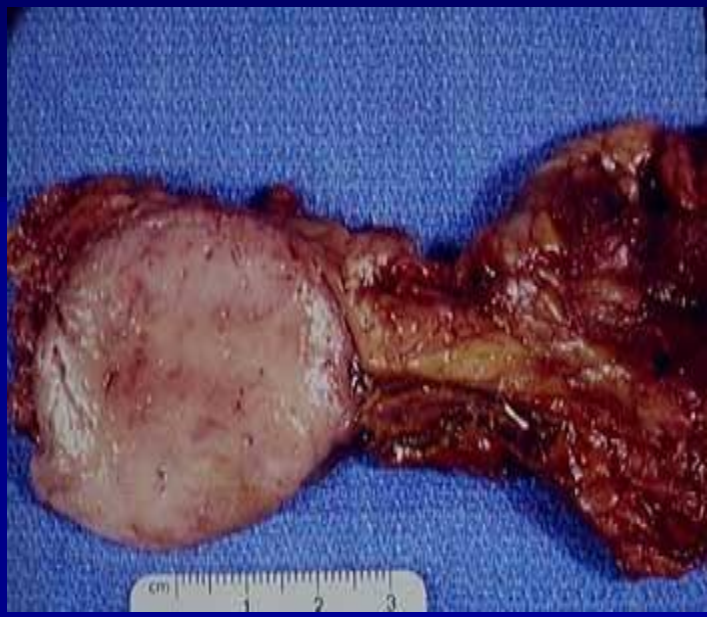
-Пальпируются почки

-Выявление шумов в сердце и на крупных сосудах, почечных артериях

-Отсутствие пульса на одной руке, ассиметрия АД

-Снижение АД на ногах

Феохромоцитома



Опухоль мозгового слоя надпочечников или вненадпочечниковой хромафинной ткани (парааортальные ганглии, мочевой пузырь, яичники),
продуцирующая адреналин, н/а, дофамин
Возраст 30-50 лет, М:Ж
У10%-злокачественная,
у 10%-семейная,
у 10%-вненадпочечниковая,
у 10%-множественная («правило десяток»)

У 50% -симпато-адреналовые пароксизмы 1-2 раза в неделю, длительностью менее 1 часа: тахикардия, перебои в сердце, потливость, страх, боли в животе, тошнота, рвота, резкое побледнение кожи лица, расширение зрачков, парестезии, значительное увеличение САД и ДАД, профузный пот, лихорадка, полиурия в конце криза

Выраженная ортостатическая гипотензия и высокая АГ в положении лежа

Нейрофиброматоз кожи – у 5% больных

Лечение ГК



Принципы терапии ГК

1. Эффективное и безопасное снижение АД (чаще всего до привычных «рабочих» цифр АД)

2. Профилактика и устранение осложнений

3 задачи врача

- Оценить тяжесть клинической ситуации
- Определить причины и механизмы повышения АД (тип ГК)
- Выбрать лекарственный препарат с учетом уровня АД и скорости его снижения

Правила снижения АД при ГК

1. При неосложненном ГК – снижение АД на 25-30% в течение 2-6 часов
2. При осложненном ГК – контролируемое снижение АД не более чем на 25% в первые 30-120 минут, в последующие 2-6 часов не ниже 160/100 мм рт.ст.
3. Чем тяжелее атеросклероз мозговых, коронарных, почечных артерий, тем медленнее снижать АД (не более чем на 25%)
4. При компенсаторном повышении АД – лечение направлять на улучшение церебрального, коронарного или почечного кровотока
5. После снижения АД – постельный режим не менее 2-3- часов

Препараты, применяемые при ГК

- **Вазодилятаторы**

-**н**итроглицерин (перлинганит)

-натрия нитропруссид

-антагонисты кальция (коринфар)

-ингибиторы АПФ (каптоприл)

- **Антиадренергические**

-центральные симпатолитики (клофелин, физиотенз)

-периферические (урапидил, фентоламин)

-смешанные (карведилол)

- **Диуретики** (фуросемид)

Правила выбора гипотензивной терапии при ГК

1. Учитывать возраст, основную, сопутствующую патологию, предшествующую терапию, противопоказания
2. Учитывать степень активации САС (тип ГК)
3. При осложненном ГК – препараты в/в с управляемым гипотензивным действием (нитроглицерин, урапидил)
4. При неосложненном ГК – «3 К»: каптоприл, коринфар, (клофелин) – было раньше!

Клинические ситуации

ГК без активации САС:

- Каптоприл 25 мг ± Гипотиазид 25 мг (при задержке жидкости)
- Кордафлекс 10 мг (осторожно!)± Анаприлин 10-20 мг (разжевать, можно повторно через 30 мин)

ГК с активацией САС:

- Физиотенз 0,2-0,4 мг под язык (вместо клофелина!)
- Карведилол 12,5-25 мг

Важно знать о коринфаре:

ПРОТИВОПОКАЗАН при АД более 200/100, тахикардии, ОКС, ОНМК, тяжелом стенозе мозговых и коронарных сосудов

ПЛОХОЕ СОЧЕТАНИЕ: коринфар+каптоприл

Клинические ситуации

ГК при изолированной систолической АГ у пожилых:

- Физиотенз 0,2 мг под язык или
- Каптоприл 12,5 мг

ГК у беременных: ПРОТИВОПОКАЗАНЫ иАПФ!

Коринфар, клофелин, карведилол

Осложненный ГК:

Клофелин 0,1 мг в/в в 10,0 NaCl

Урапидил (эбрантил)

Нанипрус. Нитроглицерин. Лазикс

Клинические ситуации

ГК судорожная форма:

- Диазепам 20 мг, раствор магния сульфата в/в

ГК при феохромоцитоме: приподнятый на 45 градусов головной конец

- Фентоламин 5 мг в/в струйно или
- Празозин 1 мг под язык

ГК и отек легких, ОКС: кислородотерапия

- Нитроглицерин 10 мг в/в капельно
- Лазикс

Эффективные комбинации
при значительном повышении АД

- Физиотенз + Фуросемид
- Физиотенз + Кордафлекс
- Каптоприл + Фуросемид
- При высоком ДАД – капотен или физиотенз + фуросемид



Ошибки в лечении ГК



- Парентеральное введение препаратов при не осложненном ГК
- Стремление быстро снизить АД до нормы
- Внутримышечное введение MgSO4
- Применение малоэффективных препаратов (папаверин, но-шпа)
- Применение дибазола при отсутствии нарушений мозгового кровообращения

Показания для госпитализации при ГК

1. ГК, который не удалось купировать
2. Осложненный ГК
3. Злокачественная АГ



Профилактика ГК

- Повторные ГК в течение месяца – у 39%
  в течение года – у 62%
- 25-40% больных с осложненным ГК умирают в течение последующих 3 лет от ПН или инсульта

1. Немедикаментозная профилактика
2. Постоянная эффективная гипотензивная терапия (комбинированная, пролонгированная)

Выводы:

1. ГК часто встречаются в амбулаторной практике , при этом в 70% случаев неосложненные
2. При ГК снижение АД должно проводиться постепенно (в течение 1-3 часов) не более чем на 25%
3. Наиболее часто применяются: каптоприл, кордафлекс, физиотенз. Их можно рекомендовать пациенту в качестве самопомощи.
4. После купирования ГК – стабилизация и профилактика повторных ГК