

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №4

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ КАРДИОЛОГИЯ
ПО НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 3.1.20 КАРДИОЛОГИЯ
ДЛЯ АСПИРАНТОВ**

**КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ.**

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ 4 ЧАСОВ

г. Владикавказ, 2022

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ И ТАКТИКА ИХ ВЕДЕНИЯ.

Гипертонический криз – остро возникшее выраженное повышение артериального давления (АД), сопровождающееся клиническими симптомами (сильная головная боль, головокружения, тошнота, нарушение зрения, мушки, блики, темные пятна перед глазами, преходящая слепота, рвота, выраженная слабость, дрожь, сердцебиение, общее возбуждение), требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней (ПОМ).

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 быстрое снижение АД.

Факторы, способствующие развитию гипертонических кризов:

- прекращение приёма гипотензивных средств;
- психоэмоциональный стресс;
- резкие метеорологические изменения;
- избыточное потребление соли и жидкости.

Состояния, при которых также возможно резкое повышение АД с развитием картины гипертонического криза:

- феохромоцитома (феохромобластома);
- острый гломерулонефрит;
- эклампсия беременных;
- обострение системных заболеваний соединительной ткани с вовлечением почек;
- воздействие симпатомиметических средств (например, кокаиновая интоксикация).

Классификация гипертонических кризов.

Гипертонические кризы подразделяют на две большие группы – **осложненные (жизнеугрожающие)** и **неосложнённые (нежизнеугрожающие) ГК**.

Неосложнённый гипертонический криз, несмотря на выраженную клиническую симптоматику, не сопровождается острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней.

Осложнённый гипертонический криз сопровождается жизнеугрожающими осложнениями, появлением или усугублением поражения органов-мишеней и требует снижения АД, начиная с первых минут, в течение нескольких минут или часов при помощи парентерально вводимых препаратов.

ГК считается осложненным в следующих случаях:

- гипертоническая энцефалопатия;
- мозговой инсульт (МИ);
- острый коронарный синдром (ОКС);
- острая левожелудочковая недостаточность;
- расслаивающая аневризма аорты;
- гипертонический криз при феохромоцитоме;
- преэклампсия или эклампсия беременных;
- тяжелая АГ, ассоциированная с субарахноидальным кровоизлиянием или травмой головного мозга;
- АГ у послеоперационных больных и при угрозе кровотечения;
- гипертонический криз на фоне приема амфетаминов, кокаина и др.

В плане дообследования больного с клинической картиной гипертонического криза, кроме обычного физикального обследования, могут быть необходимы:

- рентгенография грудной клетки;
- ЭКГ, ЭхоКГ;
- исследование глазного дна;
- общий и биохимический (содержание креатинина, мочевины и др.) анализы крови;
- анализ мочи;
- подключение больного к кардиомонитору с целью постоянного контроля за основными показателями (уровень АД, ЧСС, частота дыхательных движений (ЧДД), сатурация крови кислородом).

Алгоритм ведения больных с ГК представлен на схеме.

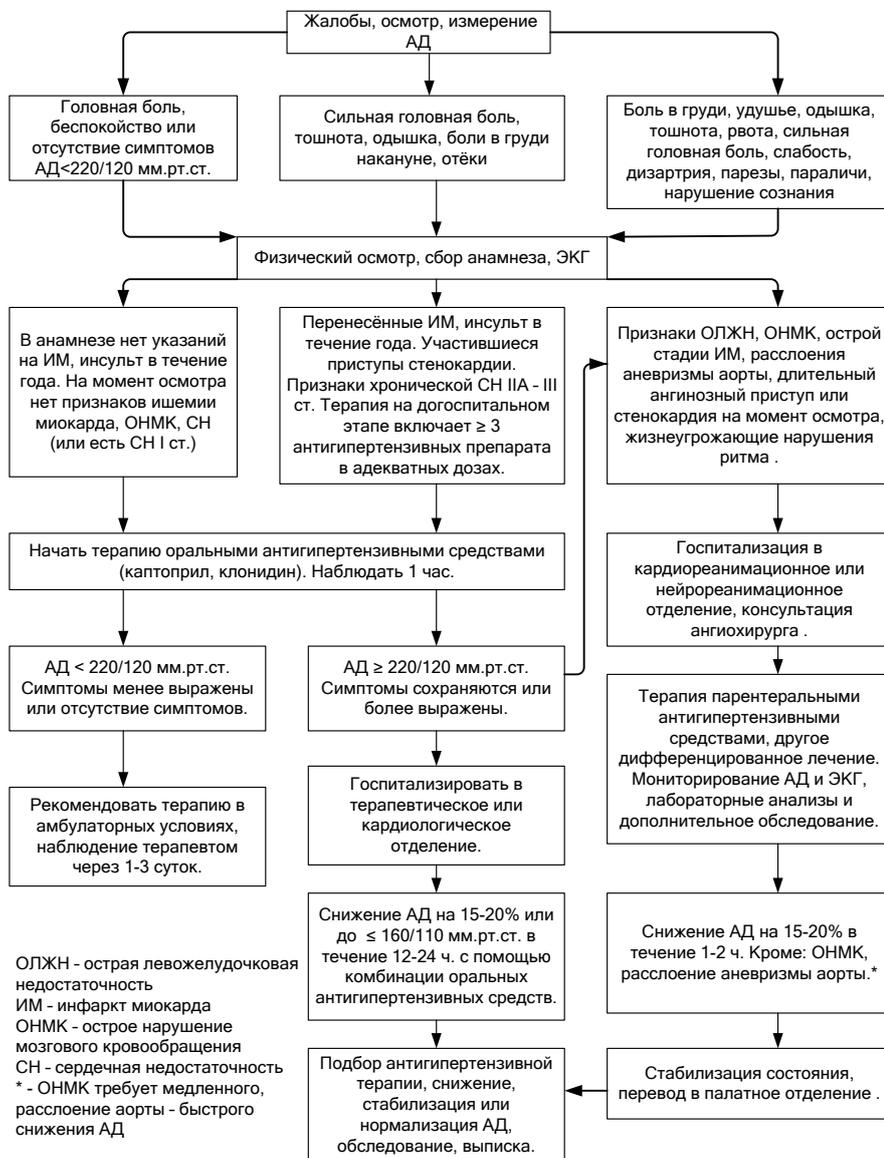


Схема. Алгоритм ведения пациента с ГК (Сердце, журнал для практикующих врачей том 2, №3, 2006).

Лечебная тактика при неосложненном ГК. При неосложненном ГК возможно как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных лекарственных средств (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, *скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа*, с последующим достижением целевого уровня АД в течение нескольких часов (не более 24 – 48 часов) от начала терапии.

Нифедипин (5-20-40 мг сублингвально);

Каптоприл (25-50 мг сублингвально);

Клонидин (0,075-0,15-0,3 мг сублингвально или в/в);

Пропранолол (10-40 мг; 5 мг в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в инфузия);

Празозин (3-5 мг внутрь).

Лечение больного с неосложненным ГК может осуществляться амбулаторно.

Лечение пациентов с осложненным ГК проводится в отделении неотложной кардиологии или палате интенсивной терапии кардиологического или терапевтического отделения. АД должно снижаться *постепенно* (особенно при МИ и цереброваскулярной болезни (ЦВБ)), во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца и почек, как правило, *не более чем на 25% за первые 1-2 часа*. Наиболее быстрое снижение АД необходимо при расслаивающей аневризме аорты (на 25% от исходного за 5-10 минут, оптимальное время достижения целевого уровня САД 100-110 мм рт.ст. составляет не более 20 минут), а также при выраженной острой левожелудочковой недостаточности (отек легких).

Вазодилататоры:

эналаприлат (1,25-5 мг в/в до 30 мг) / предпочтителен **при острой недостаточности левого желудочка (ЛЖ);**

нитроглицерин (5-100 мкг/мин в/в инфузия) / предпочтителен **при остром коронарном синдроме (ОКС) и острой недостаточности ЛЖ;**

нитропруссид натрия (0,25-1,0 мкг/кг/мин в/в инфузия) / является препаратом выбора **при гипертонической энцефалопатии**, однако следует иметь в виду, что он может повышать внутричерепное давление.

Бета-адреноблокаторы (пропранолол 3-5 мг в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в, эсмолол 250-500 мкг/кг/мин в/в инфузия) / предпочтительны **при расслаивающей аневризме аорты и ОКС.**

Антиадренергические средства (фентоламин 0,015 мг внутрь или 5-15 мг в/в / **при подозрении на феохромоцитому).**

Диуретики (фуросемид 40 мг внутрь или в/в капельно / **при острой недостаточности ЛЖ).**

Нейролептики (**дроперидол** 2,5-5 мг в/м);

Ганглиоблокаторы (**пентамин** 0,2-0,5 мл 5% р-ра + 20 мл изотонического раствора).