

Секция 9: *Медицинские науки*

**ЖАНГЕЛОВА ШОЛПАН БОЛАТОВНА**

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,  
Казахский Национальный медицинский университет  
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**ТУЯКБАЕВА АЛИНА ГЕННАДЬЕВНА**

*Заведующая кардиологическим отделением №5,  
Городской кардиологический центр, Алматы, Республика Казахстан;*

**ЖАНГЕЛОВА МАЙРА БЕЛЬГИБАЕВНА**

*Д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №3,  
Казахский Национальный медицинский университет  
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**БАУЫРЖАН АРАЙЛЫМ БАУЫРЖАНҚЫЗЫ**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**ТОКБУЛАТОВА АЙГЕРИМ ТАЛГАТОВНА**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**ЕРКІНҚЫЗЫ АЛИНА**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**ЭФФЕКТИВНОЕ КУПИРОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА**

Главная и обязательная черта гипертонического криза (ГК) – это внезапный подъем АД до индивидуально высоких цифр. Яркость клинической симптоматики тесно связана с темпом повышения АД. Таким образом, в настоящее время для ГК характерна триада: индивидуально высокий уровень АД; резкий подъем АД и клиническая симптоматика криза[1,с.9-15; 2,с.1281-1357]. В настоящее время в клиниках Республики

Казахстан диагностика и лечения ГК проводится на основе рекомендаций по артериальной гипертензии (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension) Европейского Общества Гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC), Российского общества кардиологов по алгоритмам купирования гипертензивных кризов (2015), а также клинических протоколов МЗ РК.

По классификации, признанной во всем мире ГК делятся на две группы: неосложненные и осложненные. Неосложненный ГК (некритический, неотложный, urgency) – протекает с минимальными субъективными и объективными симптомами на фоне имеющегося существенного повышения АД. Он не сопровождается острым развитием поражения органов-мишеней. Требуется снижения АД в течение нескольких часов. Экстренной госпитализации не требуется.

Осложненный ГК (критический, экстренный, жизнеугрожающий, emergency) сопровождается развитием острого клинически значимого и потенциально фатального повреждения органов-мишеней, что требует экстренной госпитализации (обычно в блок интенсивной терапии) и немедленного снижения АД с применением парентеральных антигипертензивных препаратов.

Универсальными препаратами первого выбора для купирования ГК, как осложненных так и неосложненных, являются каптоприл (как представитель ингибитора АПФ короткого действия в дозе 25-50 мг), диуретики (как представитель гидрохлортиазид в дозе 12,5-25 мг). К клиническим эффектам каптоприла за счет снижения активности ренин-ангиотезин-алдостероновой системы относят: сосудорасширяющее действие, снижение общего периферического сопротивления сосудов, постнагрузки, преднагрузки, повышает толерантность к нагрузкам, уменьшает гипертрофию левого желудочка, понижает тонус выносящих

артериол клубочков почек, тем самым улучшая внутривенную гемодинамику, и препятствует развитию диабетической нефропатии. Эффект гиперкалиемии, возникающий на фоне приема ингибиторов АПФ, устраняется одновременным назначением гидрохлортиазида.

ГК обычно сопровождается гиперсимпатикотония, страх, тревога. Целесообразно их тоже купировать, но при этом не вызывать седации, для того чтобы не замаскировать первые симптомы начинающегося острого нарушения мозгового кровообращения. Таким препаратом является дневной транквилизатор тофизолам (грандаксин), в дозе 50-100 мг. Грандаксин оказывает селективное анксиолитическое действие и обладает выраженной вегетокорректирующей активностью. Последние два свойства выделяют препарат из других транквилизаторов, так как он не только снимает раздражительность, тревогу, напряжение, но и нормализует деятельность симпатической нервной системы. Кроме того, Грандаксин улучшает настроение, повышает трудоспособность. Курсовый прием препарата не вызывает седативного эффекта и развития психической и физической зависимости.

**Целью исследования** явилось изучение эффективности комплексного использования каптоприла Н и грандаксина в купировании ГК.

**Материал и методы.** За медицинской помощью в приемный покой городского кардиологического центра обратилось 148 больных, в возрасте от 21 до 83 лет, у которых зарегистрирован ГК. Из них: 80 - женского пола, 68 – мужского пола. Больные были разделены на 2 группы: первой группе был назначен изолированно каптоприл Н: 56 больных с неосложненным гипертоническим кризом и 18 больных с осложненным гипертоническим кризом. Второй группе пациентов для купирования гипертонического криза был предложен одномоментный пероральный прием половинки или одной таблетки каптоприла Н (50/25)– фиксированная комбинация

ингибитора АПФ каптоприла в дозе 50 мг +гидрохлортиазида в дозе 25 мг и дополнительно грандаксин 50-100 мг.

**Результаты и их обсуждение.** У 20,6% больных ГК был спровоцирован отрицательными эмоциями, психическими травмами у 12,0%, физическим перенапряжением у 29%, умственным перенапряжением 21% и в 17,4% - больные не смогли указать возможную причину гипертонического криза. У 34% больных гипертонический криз развился при наличии острого респираторного заболевания. У больных с неосложненным ГК наблюдался, как правило, систоло-диастолический вариант криза (94,1% случаев), а у больных с осложненным вариантом ГК в 96,5 % зарегистрировано значительное повышение ДАД (больше или равно 110 мм рт. ст.). У подавляющего большинства больных с неосложненным гипертоническим кризом наблюдалась нейровегетативная форма криза или водно-солевая форма.

А при осложненном гипертоническом кризе:

- **кардиопатический синдром** в виде аритмического синдрома (предсердные или желудочковые экстрасистолы) у 11 больных, ишемического синдрома (острый коронарный синдром) у 24 пациентов.
- **энцефалопатический синдром**, который наблюдался в виде нарастающей интенсивной головной боли (пронзительной, разламывающей, распирающей) чаще и больше в лобной и затылочной областях, головокружение, «мелькание мушек», перед глазами, «шум в ушах», преходящее ухудшение зрения - у 14 больных, преходящая очаговая симптоматика - у 17 пациентов.

Темп снижения АД в алгоритме купирования неосложненного ГК - Постепенное снижение АД в течение 2—6 часов с последующим подбором постоянной гипотензивной терапии.

Темп снижения АД в алгоритме купирования осложненного ГК - быстрое снижение АД в течение 30—120 мин на 15—25%. В течение 2-6 ч

- целевой уровень АД 160/100 мм рт. ст. Далее - пероральные препараты для плановой терапии АГ.

Для купирования гипертонического криза мы использовали половинку таблетки каптоприла Н (50/25), а при систолическом АД свыше 180 мм рт ст - целую таблетку. Препарат начинает действовать через 15-60 минут. Максимум действия препаратов наступал в течение 1 часа и соответствовал основным требованиям, предъявляемым к ургентной терапии ГК. При купировании гипертонического криза не следует добиваться слишком значительного снижения АД за небольшой период, т.к. это быстро уменьшает величину перфузионного АД и провоцирует возникновение ишемии головного мозга, сердца и почек, а также нарушает локальные механизмы ауторегуляции кровообращения) [3, с.45-78].

В 32% случаях потребовался повторный прием каптоприла Н. Повторные кризы в течение последующих 24 часов наблюдались в 4% случаях (пациенты не принимали плановые гипотензивные препараты). Препарат хорошо переносился больными.

Учитывая наш опыт применения Каптоприла Н, мы предлагаем использовать его для купирования любого ГК, особенно у пациентов старших возрастных групп, имеющих признаки сердечной недостаточности или перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе.

Препарат противопоказан при стенозе почечной артерии, хронической почечной или печеночной недостаточности, беременности, лактации, повышенной чувствительности к препарату и другим ингибиторам АПФ, состоянии после трансплантации почки, стеноз устья аорты и аналогичных изменений, затрудняющих отток крови. В группе пациентов принявших дополнительно к каптоприлу Н грандаксин 50-100 мг, в течение суток на 62% меньше наблюдалось повторных эпизодов ГК, и на 38% меньше повторных приемов каптоприла Н. Седации и других побочных эффектов не наблюдалось.

**Выводы:** В купировании гипертонических кризов универсальным препаратом для купирования ГК является прием каптоприла Н в дозе 25 мг/12,5 мг или при повышении систолического артериального давления свыше 180 мм рт ст - 50мг/25мг каждые 45-60 минут до нормализации АД с приемом гипотензивных препаратов для планового лечения артериальной гипертензии. Дополнительный прием Грандаксина в купировании ГК позволяет быстро, эффективно и без осложнений снизить уровень АД, ЧСС, тревоги, что существенным образом отражается на улучшении субъективного и объективного статуса пациентов.

### **Литература:**

1. Алгоритмы ведения пациента с гипертоническим кризом//Общероссийская общественная организация «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии „Антигипертензивная Лига”». Санкт-Петербург, 2015. Издание первое. - 17с.
2. Рекомендации ESH/ESC 2013 Г. по лечению артериальной гипертонии (перевод на русский язык с англ. Российского медицинского общества по артериальной гипертонии. 2013 г / Journal of Hypertension 2013; 31(7):1281-1357.
3. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей / Под ред. Верткина А.- Астана: – 2004г., с. 392.