

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

И.С. Носкова, Л.Ю. Варавина, Л.В. Прядко

Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва

E-mail: irinasergeevna-1991@mail.ru

Представлены основные методы оказания неотложной медицинской помощи при гипертоническом кризе на доврачебном этапе.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, гипертонический криз, оказание помощи.



Один из наиболее значимых факторов, влияющих на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, – артериальная гипертензия (АГ), существенно ухудшающая прогноз. Отсутствие адекватного контроля артериального давления (АД) нередко приводит к развитию осложнений АГ, самым частым и серьезным из которых, обуславливающим развитие фатальных осложнений, является гипертонический криз (ГК).

Согласно рекомендациям Российского медицинского общества артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов, принято следующее определение ГК: «Остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней» (Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2010). В большинстве случаев ГК развивается при систолическом АД более 180 мм рт. ст. и (или) диастолическом АД более 120 мм рт. ст., однако возможно развитие ГК и при менее выраженном повышении АД.

Выделяют осложненный и неосложненный ГК. Осложненным ГК считают при:

- гипертонической энцефалопатии;
- мозговом инсульте;
- отеке легких;
- остром коронарном синдроме;
- острой левожелудочковой недостаточности;
- расслаивающей аневризме аорты;
- субарахноидальном кровоизлиянии;
- феохромоцитоме.

Неосложненный ГК, несмотря на выраженную клиническую симптоматику, не сопровождается клиническими проявлениями нарушений функции органов-мишеней (головной мозг, сердце, почки, сетчатка глаза).

Причины развития ГК подразделяют на экзогенные и эндогенные. К экзогенным относят: физическую нагрузку; психоэмоциональный стресс; метеорологическое влияние; избыточное потребление поваренной соли; злоупотребление алкоголем; прием гормональных контрацептивов; внезапную отмену гипотензивных препаратов; реанимационные мероприятия во время и после операции. Несоблюдение режима приема гипотензивных препаратов – одна из главных причин ГК. К эндогенным причинам относят: гормональные расстройства в климактерическом периоде; обострение ишемической болезни сердца; ишемию головного мозга; нарушение уродинамики при аденоме предстательной железы; резкое нарушение почечной гемодинамики; синдром апноэ во сне.

Выделяют сосудистый и кардиальный механизмы патогенеза ГК.

Сосудистые механизмы – повышение общего периферического сопротивления в результате увеличения вазомоторного (нейрогуморальные влияния) и базального (при задержке натрия) тонуса артериол.

Кардиальный механизм: увеличение сердечного выброса, сократимости миокарда и фракции изгнания в ответ на повышение частоты сердечных сокращений и объема циркулирующей крови.

Клиническая картина ГК характеризуется:

- относительно внезапным началом (от нескольких минут до нескольких часов);
- индивидуально высоким уровнем АД;

- наличием жалоб церебрального, кардиального и невротического характера (интенсивная головная боль; головокружение; тошнота; рвота; нарушение зрения; преходящая слепота; «мушки» перед глазами);
- развитием очаговой мозговой симптоматики (онемение рук, лица; снижение болевой чувствительности в области лица, губ, языка; ощущение ползания мурашек; преходящие гемипарезы – судороги);
- жалобами кардиального характера (боли в области сердца; сердцебиение; ощущение перебоев в работе сердца; появление одышки);
- жалобами невротического характера и признаками вегетативной дисфункции (озноб; чувство страха; раздражительность; потливость; чувство жара; жажда);
- учащенным, обильным мочеиспусканием с выделением светлой мочи (в конце криза).

Критерии диагностики ГК:

- внезапное начало;
- индивидуально высокий подъем АД;
- наличие церебральных, кардиальных и вегетативных симптомов.

Из симптомов наиболее характерны головная боль, головокружение и тошнота. При ГК обязательна регистрация ЭКГ, что позволяет не только диагностировать поражение сердца при гипертонической болезни, но и определить возможность проявления коронарной недостаточности. Лабораторная диагностика на догоспитальном этапе не проводится.

Дифференцировать ГК следует с паническими атаками (вегетативные кризы), головной болью напряжения, делирием, гипертиреозом, синдромом Кушинга, острым коронарным синдромом, инсультом.

Для установления диагноза ГК надо получить ответы на следующие вопросы:

- регистрировались ли ранее подъемы АД?
- выявленные показатели АД привычны или максимальны?
- чем обычно субъективно проявляется подъем АД и каковы проявления сейчас?
- получает ли пациент регулярно гипотензивную терапию?
- когда появилась симптоматика и сколько длится?
- были ли попытки купировать приступ самостоятельно?

Госпитализация показана: при впервые выявленном неосложненном ГК с неясным генезом АГ; некупирующемся или повторном кризе. Госпитализация возможна также по просьбе пациента.

Первая помощь на догоспитальном этапе:

- уложить больного с приподнятым головным концом, при потере сознания – обеспечить стабильное положение на боку и вызвать скорую медицинскую помощь;
- уточнить, получал ли больной плановую гипотензивную терапию и, если нет, то назначить;
- измерить АД и пульс;
- найти прежнюю ЭКГ и сравнить ее с возникшими (возможно) изменениями на пленке;
- не оставлять больного без присмотра.

Рекомендации по лечению неосложненного ГК

При неосложненном ГК применяются пероральные лекарственные препараты. Лечение необходимо начинать немедленно; скорость снижения АД не должна превышать 25% от исходного за первые 2 ч с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24–48 ч) от начала терапии.

При отсутствии бурной клинической симптоматики и осложнений средством выбора может служить каптоприл – 12,5–25 мг, сублингвально; терапевтический эффект развивается через 10–30 мин, его продолжительность – до 8 ч. Противопоказания: перед назначением препарата необходимо уточнить, имеется ли патология почек (возможно развитие почечной недостаточности при двустороннем стенозе почечных артерий, стенозе артерии единственной почки), а также оценить наличие у пациента гиповолемии (увеличивается риск чрезмерного снижения АД на фоне диареи, рвоты и при приеме диуретиков в высоких дозах). Побочные эффекты: гипотония (через 1 ч после приема); сухой кашель; кожная сыпь; протеинурия. Используется и нифедипин – по 10 мг перорально или сублингвально, при необходимости – повторно до 40 мг. Побочные эффекты: короткодействующие препараты способны вызвать резкое снижение АД и рефлекторную тахикардию, что может вести к ишемии миокарда и головного мозга. Поэтому их не следует использовать без β-адреноблокаторов. При внезапном повышении АД и выраженной тахикардии применяют карведилол – 12,5–25 мг перорально. Побочные эффекты – головная боль, головокружение, сухость во рту. Противопоказания – бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелый периферический атеросклероз. У больных с признаками задержки жидкости возможно применение диуретиков: фуросемид – 40 мг перорально, при необходимости – повторно до 80 мг.

Надо помнить, что нормализация АД достигается постепенно в течение 24–48 ч от начала терапии.

Что касается осложненного ГК, то при нем показаны экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии и немедленное контролируемое снижение АД с применением парентеральных антигипертензивных препаратов.

Оказывая помощь на доврачебном этапе, важно в первую очередь иметь в виду, что при ГК требуется немедленное контролируемое снижение АД в течение 24–48 ч от начала терапии для предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней. Препараты выбора – каптоприл – 12,5–25 мг, нифедипин – 10 мг совместно с β-блокатором, фуросемид – 40 мг при признаках задержки жидкости.

Рекомендуемая литература

1. Баев В.М., Щекотов В.В., Шмелева С.А. и др. Скорая и неотложная медицинская помощь при гипертонических кризах. Метод. рекомендации. – Пермь: ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера, 2010. – С. 38.
2. Голованова Е.Д. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и скорость старения у мужчин // Врач. 2015; 6: 68–71.

3. Терещенко С.Н., Плавунова Н.Ф. Гипертонические кризы. 2-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 208 с.

4. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. – М., 2010; 3: 26.

5. Clark C.E., Taylor R.S., Shore A.C. et al. Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and metaanalysis // Lancet. – 2012; 379: 905–14.

EMERGENCY CARE FOR HYPERTENSIVE CRISES

I.S. Noskova, L.Yu. Varavina, L.V. Pryadko

Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper analyzes scientific medical literature over 2010-2015. It presents main methods for emergency medical care for a hypertensive crisis at the premedical stage.

Key words: cardiovascular diseases, hypertensive crisis, care rendering.