

Артериальная гипертензия «urgency» против «emergency»: вопросы терминологии, дифференциальной диагностики и лечения

Д.м.н. М.Д. Смирнова

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена современным представлениям об экстренных и неотложных состояниях, связанных с артериальной гипертензией (АГ). При определении тактики лечения больного с гипертоническим кризом в первую очередь необходимо оценить состояние органов-мишеней. При подозрении на острое поражение органов-мишеней (осложненный гипертонический криз) больному показана экстренная госпитализация в блок интенсивного наблюдения. При неосложненном гипертоническом кризе помощь осуществляется амбулаторно. Используются пероральные гипотензивные препараты с быстрым и непродолжительным действием: каптоприл, моксонидин, нифедипин, клонидин, пропранолол и др. Агрессивное снижение артериального давления (АД) у пациентов с тяжелой бессимптомной АГ может привести к осложнениям, и его следует избегать. Скорость снижения АД не должна превышать 25% в первые 2 ч с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов, но не более 24 ч от начала терапии. Далее необходим подбор или коррекция базовой гипотензивной терапии. Препаратом выбора может быть каптоприл, имеющий широкие показания к применению, относительно малое количество ограничений и хороший профиль безопасности. Этот же препарат может быть использован до врачебной помощи при гипертонических кризах, поскольку характеризуется оптимальной скоростью снижения АД. При бессимптомной тяжелой АГ прием гипотензивных препаратов короткого действия нецелесообразен. Показана коррекция базовой терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, экстренные и неотложные состояния, поражение органов-мишеней, гипотензивные препараты.

Для цитирования: Смирнова М.Д. Артериальная гипертензия «urgency» против «emergency»: вопросы терминологии, дифференциальной диагностики и лечения. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;1(II):77–82.

ABSTRACT

Arterial hypertension “urgency” vs “emergency”: terminology, differential diagnosis and treatment issues

M.D. Smirnova

National Medical Research Center of Cardiology, Moscow

The article is devoted to modern concepts of emergency and urgent conditions associated with hypertension. The primary task in determining the therapeutic approach to a patient with a hypertensive crisis is to evaluate the target organs condition. If an acute lesion of the target organs is suspected, the patient is recommended emergency hospitalization in an intensive care unit (complicated hypertensive crisis). Medical care is provided on an outpatient basis in an uncomplicated crisis. The following oral antihypertensive drugs with short-term action are administered: captopril, moxonidine, nifedipine, clonidine, propranolol and etc. Aggressive BP reduction in patients with severe asymptomatic hypertension can lead to complications and should be avoided. The BP reduction rate should not exceed 25% for the first 2 hours, with the follow-up achievement of the target blood pressure within a few hours, but not more than 24 hours from the therapy start. Next, it is necessary to conduct the selection or correction of basic antihypertensive therapy. The drug of choice can be captopril, which has broad indications for administration, a relatively small number of restrictions and a good safety profile. The same drug can be used for premedical first aid in hypertensive crises as it is characterized by an optimal rate and BP reduction level. Prescription of short-acting antihypertensive drugs is not appropriate for asymptomatic severe hypertension. Basic therapy correction is recommended.

Keywords: arterial hypertension, emergency and urgent conditions, target organ lesion, antihypertensive drugs.

For citation: Smirnova M.D. Arterial hypertension “urgency” vs “emergency”: terminology, differential diagnosis and treatment issues. RMJ. Medical Review. 2019;1(II):77–82.

Тяжелая артериальная гипертензия (АГ) у взрослых, определяемая как систолическое артериальное давление (САД) ≥ 180 мм рт. ст. и/или диастолическое АД (ДАД) ≥ 120 мм рт. ст., может быть связана с множеством острых, угрожающих жизни осложнений, любое из которых требует немедленного реагирования [1–3]. К ним относятся гипертоническая энцефалопатия, кровоизлияния в сетчатку, острый коронарный синдром, отек зрительного нерва, острое и подострое повреждение почек и др.

Эти состояния носят в англоязычной литературе название *hypertension emergency*, что соответствует русскоязычному термину «осложненные гипертонические кризы». Однако гораздо чаще в практике кардиолога и терапевта встречаются относительно бессимптомные или даже полностью бессимптомные пациенты с АД в «тяжелом» диапазоне ($\geq 180/\geq 120$ мм рт. ст.), часто с легкой головной болью или возбуждением, но без признаков или симптомов острого повреждения органов-мишеней (ПОМ). Эту фор-

му тяжелой бессимптомной АГ иногда называют *urgency hypertension* (неотложной гипертензией). В отечественной литературе этому термину больше всего соответствует термин «неосложненный гипертонический криз», хотя, строго говоря, эти состояния часто кризисами не являются. Неотложные состояния, как и экстренные, чаще встречаются у пациентов, которые не придерживаются медикаментозного антигипертензивного режима лечения либо диеты с низким содержанием натрия [4, 5]. То есть речь чаще идет не столько о тяжелой, сколько о «плохо леченой» АГ.

В этой статье основное внимание уделено именно тактике лечения тяжелой бессимптомной АГ (*urgency hypertension*), вызывающей наибольшее количество вопросов и споров. Тем не менее сначала следует напомнить основные понятия, касающиеся неотложных состояний, связанных с АГ.

Неотложные состояния при АГ

Осложненные гипертонические кризы («*hypertension emergency*» в англоязычной литературе) сопровождаются жизнеугрожающими осложнениями, появлением или усугублением ПОМ и требуют экстренного снижения АД в течение нескольких минут или часов при помощи парентерально вводимых препаратов [2].

Гипертонический криз считается осложненным:

- при гипертонической энцефалопатии;
- остром коронарном синдроме;
- острой левожелудочковой недостаточности;
- расслаивающей аневризме аорты;
- феохромцитоме;
- преэклампсии и эклампсии беременных;
- тяжелой АГ, ассоциированной с субарахноидальным кровоизлиянием или травмой головного мозга;
- АГ у послеоперационных больных и при угрозе кровотечения;
- на фоне приема амфетаминов, кокаина и др.

Острый инсульт, особенно геморрагический, ассоциированный с выраженным повышением АД, ранее относили к неотложным состояниям, обусловленным АГ, однако в настоящее время мнение экспертов изменилось. В новых «2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендациях по лечению больных с артериальной гипертензией» рекомендуется более внимательный подход к снижению АД в условиях острой фазы инсульта [3]. По данным рандомизированных клинических исследований (РКИ), немедленное (в течение 6 ч) снижение АД до значений <140/90 мм рт. ст. не приводило к уменьшению частоты инвалидности или смерти в течение 3 мес., хотя и было безопасным и способствовало уменьшению размеров гематомы и лучшему восстановлению функционального статуса [6]. В другом исследовании интенсивное снижение САД до 110–139 мм рт. ст. (по сравнению с 140–170 мм рт. ст.) не оказывало благоприятного влияния на прогноз и ассоциировалось с большим числом нежелательных явлений со стороны почек [7]. В связи с этим в последних Европейских рекомендациях [3] не рекомендовано быстрое снижение АД у пациентов с острым кровоизлиянием в мозг, за исключением очень выраженной АГ (САД ≥ 220 мм рт. ст.), в отношении которых нет достаточных данных. Влияние снижения АД в остром периоде ишемического инсульта на прогноз изучено в еще меньшей степени. Согласно рекомендациям, если пациенту проводится тромболитическая терапия, АД рекомендуется

снижать и поддерживать на уровне <180/105 мм рт. ст. как минимум в течение 24 ч после тромболиза. Но нужно ли быстро снижать АД пациентам с острым ишемическим инсультом, которым не проводится тромболитическая терапия, неизвестно. По данным метаанализа, снижение АД сразу после развития острого ишемического инсульта не влияет на риск смерти и инвалидизации [8], что говорит о нецелесообразности такой терапии. У больных с чрезмерно повышенным САД или ДАД (≥ 220 или ≥ 120 мм рт. ст. соответственно) решение о назначении лекарственной терапии должно приниматься на основании оценки клинической ситуации. При этом целесообразным может считаться снижение АД на 15% при тщательном наблюдении в течение 24 ч после развития инсульта [8, 9].

К сожалению, РКИ с целью оценки различных терапевтических стратегий при других экстренных состояниях, обусловленных АГ, не проводились [3]. Тем не менее разработаны некоторые основополагающие принципы экстренной гипотензивной терапии. Приоритетным является использование внутривенных препаратов с коротким периодом полувыведения, что позволяет тщательно следить за уровнем АД при постоянном контроле гемодинамики [3]. Быстрое, неконтролируемое снижение АД может привести к развитию осложнений [10]. Поэтому АД следует снижать постепенно, как правило, не более чем на 25% в первые 1–2 ч во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца и почек. Более быстрое снижение АД необходимо только при расслаивающей аневризме аорты (на 25% от исходного за 5–10 мин, оптимальное время достижения целевого уровня САД 100–110 мм рт. ст. — не более 20 мин), а также при выраженной острой левожелудочковой недостаточности (отеке легких) [2].

Для экстренного снижения АД используются следующие препараты [2].

- ♦ Вазодилататоры:
 - эналаприлат (препарат выбора при острой левожелудочковой недостаточности);
 - нитроглицерин (при остром коронарном синдроме и острой недостаточности левого желудочка);
 - нитропруссид натрия (препарат выбора при гипертонической энцефалопатии).
- ♦ β -адреноблокаторы (препараты выбора при расслаивающей аневризме аорты и ОКС):
 - метопролол;
 - эсмолол.
- ♦ Антиадренергические средства (фентоламин при подозрении на феохромцитому).
- ♦ Диуретики (фуросемид при острой левожелудочковой недостаточности).
- ♦ Нейролептики (дроперидол).
- ♦ Ганглиоблокаторы (пентамин).

Неосложненные гипертонические кризы (*urgency hypertension*). Таким образом, в случае с *emergency hypertension* все предельно четко и ясно. В случае же бессимптомного или малосимптомного повышения АД основополагающим в настоящее время является вопрос: надо ли вообще что-то делать? По крайней мере, последние Европейские рекомендации [3] обходят эту проблему стороной. Единственная фраза посвящена этому вопросу: «Следует отметить, что у многих пациентов, находящихся в отделениях неотложной терапии с болевым синдромом или другими состояниями, может отмечаться острое повышение АД, которое самостоятельно вернется

к нормальным значениям при уменьшении боли и не будет требовать специальных мер для его снижения». В то же время неосложненные гипертонические кризы, малосимптомные или даже бессимптомные («измерил АД, увидел цифры и пришел в ужас»), — одна из самых частых причин вызовов бригад скорой медицинской помощи [11] и одна из главных проблем на амбулаторном приеме. Так лечить или не лечить? Снижать ли АД, а если снижать, то кому, каким препаратом и с какой скоростью?

Начнем с данных РКИ. Все они были проведены в США в последние годы. Ретроспективное амбулаторное исследование (n=58 535) [12] оценило краткосрочные результаты пациентов с тяжелой бессимптомной АГ. Среднее САД составляло 183 мм рт. ст. (10% пациентов имели показатели ≥ 200 мм рт. ст.), а среднее ДАД — 96 мм рт. ст. (6% пациентов имели показатели ≥ 120 мм рт. ст.). Из амбулаторной клиники 426 пациентов (0,7%) были направлены в стационар (из 387 обратившихся в отделения неотложной терапии 39 были госпитализированы). Остальные пациенты были отправлены домой. Оценивалась частота серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в течение 7 дней, 8–30 дней и 6 мес. у госпитализированных и негоспитализированных больных. Общая частота ССО в обеих группах была низкой (менее 1%), без существенных различий как через 7 дней, так и в течение всего периода наблюдения. Из пациентов, отправленных домой, в течение последующих 7 дней и 8–30 дней были госпитализированы менее 1%. Это подтверждает, что амбулаторное лечение оправданно и экономически эффективно. Ограничением этого исследования стало, во-первых, то, что 20% пациентов были потеряны для последующего наблюдения и их результаты не были включены в анализ, и, во-вторых, что больные, оставленные в стационаре, возможно, были все же более тяжелыми.

В проспективном обсервационном исследовании (n=146) [13] изучался риск кратковременных побочных эффектов тяжелой бессимптомной АГ (среднее САД 217/112 мм рт. ст.) после выписки из отделения неотложной терапии. Более 35% пациентов по-прежнему имели САД $\geq 190/100$ мм рт. ст. при выписке, независимо от того, лечились ли они стационарно или нет. После 10-дневного наблюдения среднее АД значительно улучшилось (160/90 мм рт. ст.) без серьезных неблагоприятных исходов. Авторы пришли к выводу, что попытки резко снизить АД могут не понадобиться. Выписка пациентов на гипотензивной терапии является разумным и безопасным вариантом.

Таким образом, повышение АД даже до высоких цифр по современным представлениям требует быстрого снижения только при наличии каких-либо симптомов. Положение это подтверждается целым рядом исследований. Часто для снижения АД достаточно лишь 30-минутного пребывания в спокойном месте. Более чем у 30% пациентов АД снижается до приемлемого уровня после отдыха без медикаментозного вмешательства [14]. Напротив, агрессивное снижение артериального давления может вызвать осложнение, и его следует избегать у пациентов с тяжелой бессимптомной гипертонией. Рекомендуются постепенное снижение в период от нескольких дней до нескольких недель [15].

Несмотря на недоказанность немедленного увеличения риска серьезных ССО, врачи первичного звена медицинской помощи не только в РФ, но и в США часто не решаются отправлять домой пациентов с серьезным повышением АД [5]. В результате остается обычной практикой снижение АД



1

Показан большинству гипертоников при внезапном повышении артериального давления¹

2

Быстро снижает артериальное давление в течение 30 минут¹

3

Включен в Стандарты лечения как препарат первой помощи при высоком артериальном давлении²

Информация для медицинских и фармацевтических работников



АО «АКРИХИН», 142 450, Московская область, Ногинский район, г. Старая Купавна, ул. Кирова, 29, телефон / факс (495) 702-95-03 www.akrikhin.ru

¹Гипертонические кризы / Под ред. С.Н. Терещенко, Н.В. Плавунцова. — М.: Медпресс-информ, 2013. — С. 21-23.

²Приказ №1513и от 24 декабря 2012 года «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением» зарегистрирован в Министерстве юстиции 27.02.2013, №27355.

с использованием пероральных гипотензивных средств короткого действия. Пациенты с такими симптомами, как головная боль, шум и тяжесть в голове, одышка, носовое кровотечение или беспокойство, с большей вероятностью получат пользу от этих препаратов, по крайней мере, с точки зрения улучшения качества жизни [12, 16]. При бессимптомной АГ теоретически достаточно разъяснений и психотерапевтической беседы, но с практической точки зрения использование мягкого гипотензивного препарата быстрого действия может быть оправданным. Когда АД снизится, следует назначить или скорректировать уже постоянно применяющуюся гипотензивную терапию. На рисунке 1 представлена схема тактики ведения тяжелой АГ, рекомендованная американскими кардиологами [5].

Прежде всего следует оценить наличие ПОМ и исключить острые состояния, о чем говорилось выше. На этом этапе большая роль отводится сбору анамнеза. В таблице 1 представлены вопросы, которые рекомендуют задавать больному американские руководства для врачей амбулаторного звена [17, 18].

Следует помнить, что часто гипертонические кризы связаны с применением трициклических антидепрессантов (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин и др.), кокаина, амфетаминов, симпатомиметиков, циклоспорина, эритропозитинов, употреблением продуктов, содержащих тирамин, приемом ингибиторов моноаминоксидазы, глюкокортикоидов, нестероидных противовоспалительных препаратов, а также с резкой отменой ряда гипотензивных препаратов.

После тщательного сбора анамнеза и физикального обследования решается вопрос о необходимости более детального обследования и/или неотложной госпитализации. Если поводов для экстренной госпитализации нет, неосложненные гипертонические кризы (*urgency hypertension*) купируются амбулаторно. Скорость снижения АД не должна превышать 25% в первые 2 ч с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов, но не более 24 ч от начала терапии [2]. Далее необходим подбор или коррекция постоянной гипотензивной терапии. Согласно отечественным рекомендациям [2] при впервые выявленном неосложненном гипертоническом кризе у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся гипертоническом кризе, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. Показаниями к госпитализации больных АГ служат неясность диагноза и необходимость специальных (часто

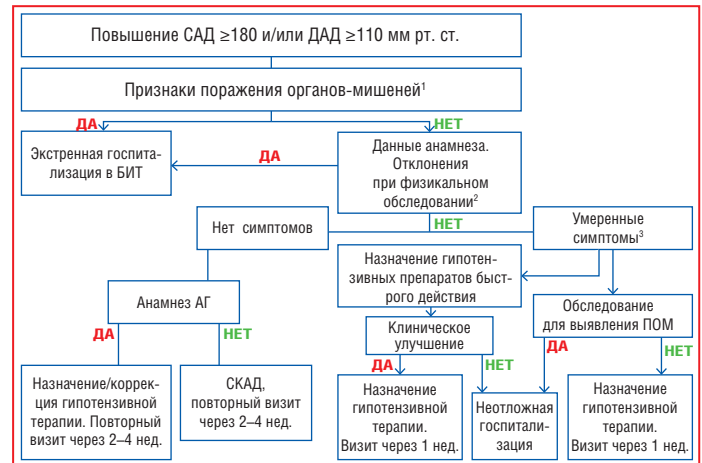


Рис. 1. Тактика ведения тяжелой АГ¹ (адаптировано из R. Gauer, 2017).

¹включая неврологический дефицит, нарушения ментального статуса, боль в груди, удушье и олигурию; ²вновь возникшие сенсорные и моторные нарушения, геморрагии, изменения на глазном дне; ³головная боль, тяжесть в голове, одышка, чувство нехватки воздуха, тревога, тошнота, рвота, дрожь, сердцебиение, носовое кровотечение и т. п.; СКАД – самоконтроль АД

инвазивных) методов исследований для уточнения формы АГ, трудности в подборе медикаментозной терапии.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АГ

Для неотложной помощи используются препараты с относительно быстрым и коротким действием: каптоприл, моксонидин, нифедипин, клонидин, пропранолол и др. (табл. 2) [2].

При выборе препарата следует уточнить, принимал ли пациент какие-либо лекарства ранее, когда и с каким эффектом. Это поможет не только более рационально выбрать препарат, но и избежать нежелательных лекарственных взаимодействий. Необходимо учесть и противопоказания к применению препаратов (см. табл. 2).

Препаратом первого выбора для лечения неосложненного гипертонического криза является *каптоприл* (Капотен, компания АО «Акрихин»). Это единственный представитель класса ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, рекомендованный не только для плановой терапии АГ, но и для неотложной помощи, поскольку, являясь активным

Таблица 1. Жизненно важные вопросы, которые нужно задавать больному при сборе анамнеза (адаптировано из: D. Indarawis, 2017) [19]

Вопрос	Дифференциальный диагноз
У Вас было высокое АД в прошлом, принимаете ли Вы гипотензивные препараты? Насколько регулярно?	Тревога, болевой синдром, АГ белого халата, плохая приверженность гипотензивной терапии
У Вас есть сейчас или были в последнее время боль в груди или обмороки?	ОИМ, ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты
У Вас есть одышка?	ОИМ, декомпенсация ХСН, отек легких, ТЭЛА
Были ли у Вас в последнее время потеря зрения или боль в глазах?	Острая закрытоугольная глаукома, ОНМК, геморрагии сетчатки
У Вас были сильная головная боль, слабость или онемение в конечностях, трудности с речью или проблемы при ходьбе?	ОНМК
Употребляете ли Вы наркотики или стимулирующие вещества?	Кокаин, метамфетамины или другие симпатомиметики
У Вас АГ резистентна к терапии?	Синдром Кушинга, почечная недостаточность, гиперальдостеронизм, феохромоцитомы, стеноз почечных артерий, дисфункция щитовидной железы
Вы беременны?	Презклампсия/эклампсия

Примечание. ОИМ – острый инфаркт миокарда, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии, ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

Таблица 2. Пероральные препараты для купирования гипертонического криза [3]

Препарат	Дозы, мг	Начало действия, мин	Период полувыведения, ч	Противопоказания
Каптоприл	12,5–25	15–60	1,9	Двусторонний стеноз почечных артерий / стеноз артерии единственной почки, ХПН, беременность, лактация, первичный гиперальдостеронизм, идиопатический или наследственный ангионевротический отек (отек Квинке), тяжелые нарушения функции печени, состояние после трансплантации почки, рефрактерная гиперкалиемия, тяжелый аортальный стеноз. С осторожностью: при тяжелых аутоиммунных заболеваниях, угнетении костномозгового кроветворения, гемодиализе
Моксонидин	0,2–0,4	30–60	2,5, 5 (метаболитов)	СССУ, нарушение синоатриальной и AV-проводимости II–III степени, выраженная брадикардия (ЧСС менее 50 уд./мин), тяжелые нарушения ритма сердца, острая и ХСН III и IV функционального класса по NYHA, ангионевротический отек в анамнезе, нестабильная стенокардия, возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены), лактация, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с синдромом перемежающейся хромоты, болезнь Рейно, болезнь Паркинсона, депрессивные состояния, эпилепсия, глаукома, кормление грудью. С осторожностью: тяжелая ХПН и выраженная печеночная недостаточность (из-за недостатка опыта применения), гемодиализ, беременность
Гидрохлортиазид	12,5–25	120	6–12	Анурия, тяжелая ХПН (клиренс креатинина менее 30 мл/мин) или печеночная недостаточность, трудноконтролируемый сахарный диабет, болезнь Аддисона, подагра, детский возраст (до 3 лет). С осторожностью: гипокалиемия, гипонатриемия и гиперкальциемия, ишемическая болезнь сердца, одновременный прием сердечных гликозидов, нарушения функции печени и почек, беременность, пожилой возраст
Фуросемид	25–50 (40–80)	60–120	0,5–1,5 ч	Анурия, почечная недостаточность, прекоматозные и коматозные состояния, связанные с печеночной недостаточностью, гиповолемия или дегидратация, тяжелая гипонатриемия, беременность, период грудного кормления, возраст до 3 лет. С осторожностью: сахарный диабет, подагра, гепаторенальный синдром, гипопропротеинемия
Нифедипин	10–20	15–30	1/6–1/2	ОНМК, инфаркт миокарда (первые 4 нед.), нестабильная стенокардия, ХСН в стадии декомпенсации, кардиогенный шок, выраженный аортальный стеноз, I триместр беременности, лактация, возраст до 18 лет. С осторожностью: стеноз митрального клапана, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия, выраженная брадикардия или тахикардия, СССУ, злокачественная АГ, гиповолемия, тяжелые ОНМК, инфаркт миокарда с левожелудочковой недостаточностью, непроходимость ЖКТ, почечная и печеночная недостаточность, гемодиализ (из-за риска возникновения артериальной гипотензии), беременность (II и III триместры)
Клонидин	0,075–0,15	30–60	6–12	Кардиогенный шок, артериальная гипотензия, выраженный атеросклероз сосудов головного мозга, облитерирующие заболевания периферических артерий, AV-блокада II–III степени, выраженная синусовая брадикардия, СССУ, депрессия, порфирия, одновременное применение трициклических антидепрессантов и этанола, беременность, лактация. С осторожностью: недавно перенесенный инфаркт миокарда, печеночная и/или почечная недостаточность. Нежелательно: вазомоторные симптомы на фоне дисменореи или менопаузы, абстинентный синдром у наркоманов и лабильное течение АГ
Пропранолол	10–40		2–3	AV-блокада II–III степени, синоатриальная блокада, брадикардия (менее 55 уд./мин), СССУ, артериальная гипотензия, острая и тяжелая ХСН, стенокардия Принцметала, кардиогенный шок, облитерирующие заболевания сосудов, бронхиальная астма. С осторожностью: хронический бронхит, эмфизема, сахарный диабет, гипогликемия, ацидоз, нарушение функции печени и почек, псориаз, спастический колит, миастения, беременность, кормление грудью, пожилой возраст

Примечание. ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, СССУ – синдром слабости синусного узла, ХПН – хроническая почечная недостаточность, ХСН – хроническая сердечная недостаточность. Все препараты противопоказаны при повышенной чувствительности к активному веществу или любому из компонентов препарата.

веществом, а не пролекарством, он действует быстро. После приема каптоприл быстро абсорбируется — около 75% от принятой дозы. Биодоступность снижается на 30–55% при приеме пищи, но без существенного влияния на фармакокинетические и фармакодинамические показатели. Максимальная концентрация в плазме крови отмечается через час, однако гипотензивное действие проявляется уже через 15–30 мин после приема препарата внутрь. Максимальный эффект развивается через 1–2 ч. Таким образом, снижение АД происходит достаточно плавно, это, бесспорно, положительный момент, однако надо обязательно предупредить пациента, что не следует ждать немедлен-

ной реакции и нет смысла измерять АД ранее чем через 30 мин. Незнание этого аспекта часто приводит к необоснованному повторному приему препарата с неизбежным развитием гипотонии или к повышенной тревожности, способствующей дальнейшему повышению АД.

С другой стороны, каптоприл — препарат короткого действия, что в данном случае скорее плюс, чем минус. Препарат метаболизируется в печени с образованием двух фармакологически неактивных метаболитов. Период полувыведения каптоприла составляет около 2–3 ч, и его действие продолжается до 6–8 ч. Через сутки после приема препарата его концентрация в крови составляет не более

7–8%. Таким образом, при приеме каптоприла нет риска нежелательных взаимодействий с плановой гипотензивной терапией и развития избыточной гипотонии. Необходимо помнить, что каптоприл в основном (около 95%) выводится почками, поэтому требуются коррекция дозы и соблюдение кратности введения препарата у больных с ХБП. Период полувыведения при почечной недостаточности колеблется от 3,5 до 32 ч [18].

Каптоприл следует предпочесть, если у пациента имеется ХСН или он перенес инфаркт миокарда. При сублингвальном приеме эффект наступает значительно быстрее, иногда уже через 5–10 мин. Однако при сублингвальном приеме, хотя и редко, возможно развитие коллапса, особенно у пациентов с высокорениновой формой АГ, а также находящихся на бессолевой диете [19.] Для предотвращения этого нежелательного эффекта рекомендуют посидеть или, если есть возможность, полежать в течение получаса при первом приеме препарата.

Второй по популярности препарат в данной ситуации — *моксонидин*. Это препарат с центральным механизмом действия, который селективно стимулирует имидазолин-чувствительные рецепторы, принимающие участие в тонической и рефлекторной регуляции симпатической нервной системы. Он тоже характеризуется мягким и достаточно быстрым действием, но имеет больше противопоказаний, чем каптоприл. Например, его применение противопоказано при ХСН, что, пожалуй, является самым значимым ограничением. Кроме этого, моксонидин — препарат длительного действия, что при купировании криза нежелательно из-за риска развития гипотонии при возобновлении приема плановой терапии.

Нифедипин упоминается в рекомендациях, однако применение его обычной лекарственной формы (без замедленного высвобождения), особенно сублингвальное, для купирования гипертонических кризов не рекомендуется большинством клиницистов. Имеется достаточно убедительных данных о возможности развития тяжелых осложнений при использовании нифедипина, которые связаны с быстрым и значительным снижением АД и гиперактивацией симпатоадреналовой системы, приводящими к ухудшению коронарного и церебрального кровотока [12, 20]. Таким образом, он не должен назначаться для лечения гипертонических кризов, а при приеме внутрь (5–10 мг) следует соблюдать большую осторожность (при доказанной неэффективности других препаратов). Нифедипин абсолютно противопоказан больным с острым коронарным синдромом, инсультом, стенокардией напряжения III–IV функционального класса.

Для терапии гипертонического криза, сопровождающегося выраженными вегетативными проявлениями, пациентам, у которых криз развился в рамках панической атаки, спровоцированной физической активностью или эмоциональным перенапряжением, может быть назначен короткодействующий *бета-блокатор*: пропранолол или метопролола тартрат. В таких случаях еще более эффективным и патогенетически обоснованным будет использование препаратов с седативным действием.

Использование *диуретиков*, особенно петлевых, для купирования гипертонических кризов ограничено их многочисленными побочными эффектами. Однако они могут быть препаратами выбора у больных с признаками задержки жидкости, при повышении АД, спровоцированном избыточным потреблением соли, и при кризе на фоне ХСН. При приеме

фуросемида *per os* (по 40 мг, а при необходимости повторно до 80 мг) эффект развивается в течение 60 мин и продолжается 3–6 ч). С осторожностью следует назначать фуросемид пациентам с доброкачественной гиперплазией, или аденомой, предстательной железой из-за риска развития острой задержки мочи. Гидрохлортиазид действует значительно мягче, но менее эффективен и может быть использован при относительно невысоком АД.

Прием таких средств, как папаверин, папазол, андипал, в современных рекомендациях по лечению АГ не рассматривается.

Таким образом, арсенал средств, показанных к использованию на госпитальном этапе, достаточно велик. Большинство из них могут применяться пациентами самостоятельно как доврачебная помощь. Задача лечащего врача — четко и доступно проинструктировать больного о том, какой препарат и как принимать [21, 22]. Надо помнить, что быстрое снижение АД требуется только при наличии клинической симптоматики (независимо от уровня АД), и не следует ждать немедленного эффекта. Не имеет смысла повторно измерять АД раньше чем через 30–40 мин. Также следует объяснить пациентам, что АД не следует снижать «до нормы». Препаратом выбора для доврачебной помощи может считаться каптоприл, имеющий широкие показания к применению и относительно малое количество ограничений, оказывающий мягкое и достаточно быстрое действие. При его неэффективности могут быть рекомендованы моксонидин или гидрохлортиазид.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При определении тактики лечения больного с гипертоническим кризом первоочередная задача — оценка состояния органов-мишеней. При подозрении на острое поражение органов-мишеней (ОИМ, ОНМК, отек легких и т. п.) больному показана экстренная госпитализация в блок интенсивного наблюдения. При неосложненном кризе помощь осуществляется амбулаторно. Используются пероральные гипотензивные препараты с быстрым и непродолжительным действием. При бессимптомной тяжелой АГ прием гипотензивных препаратов короткого действия нецелесообразен, показана коррекция базовой терапии.

Литература

1. Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L. et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics — 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(3):e28–e292.
2. Чазова И.Е., Чучалин А.Г., Зыков К.А. и др. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Российского респираторного общества). *Системные гипертензии*. 2013;01:5–34. [Chazova I.E., Chuchalin A.G., Zykov K.A. et al. Recommendations for the management of arterial hypertension Russian Medical Society of Arterial Hypertension and Society of Cardiology of the Russian Federation Systemic hypertension. 2013;01:5–34 (in Russ.).]
3. 2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (ЕОАГ, ESH). *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(12):143–228. [2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH) *Russian Journal of Cardiology*. 2018;23(12):143–228 (in Russ.).]
4. Sundström J., Arima H., Jackson R. et al. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;162(3):184–191.
5. Gauer R. Severe Asymptomatic Hypertension: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. 2017;95(8):492–500.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>