|  |
| --- |
| **Гипертонический криз. Причины, симптомы, лечение.** |

|  |
| --- |
|  |

**Гипертонический криз** - внезапное выраженное повышение артериального давления (до 220/ 120 мм рт. ст. и выше), сопровождающееся не только преходящими нейровегетативными расстройствами, но серьезными, порой органическими изменениями в организме и, прежде всего, в ЦНС, сердце и крупных сосудах.

Криз развивается приблизительно у 1 % больных артериальной гипертензией. Продолжительность гипертонического криза бывает от нескольких часов до нескольких суток.

Наиболее частым заболеванием, при котором развиваются гипертонические кризы, является гипертоническая болезнь особенно со злокачественным течением. Приблизительно у 1/3 больных течение гипертонической болезни осложняется гипертоническими кризами. Наиболее часты они у женщин в климактерическом периоде.

**Причиной развития гипертонического криза** являются такие факторы, как психоэмоциональное напряжение (беспокойство), резкое изменение метеорологических условий, употребление алкоголя и больших количеств соли, отмена гипотензивных лекарственных средств (особенно ß-адреноблокаторов, клофелина).

Гипертонический криз нередко сопровождается чувством страха, беспокойством, тремором, ознобом, гиперемией, а иногда и отеком лица, ухудшением зрения, связанным с кровоизлиянием в структуры глаза или отеком зрительного нерва, повторными приступами рвоты, неврологическими нарушениями с диссоциацией рефлексов на верхних и нижних конечностях и другими расстройствами. Энцефалопатия может проявляться как раздражительностью и угнетенностью, так и эйфорией.

В тяжелых случаях гипертонический криз может сопровождаться комой, отеком легких, тромбозом и эмболией различных артерий, острой почечной недостаточностью с уменьшением выделения мочи и азотемией.

При гипертоническом кризе часто обостряется течение ИБС с развитием тахикардии, экстрасистолического и болевого синдрома.

Указанные выше изменения наблюдаются при гипертонических кризах при которых заметно повышается как систолическое, так и диастолическое давление.

Более благоприятно протекают гипокинетические и эукинетические кризы при которых нейровегетативный синдром выражен менее ярко. Гипокинетические кризы преобладают у больных пожилого возраста, у которых достаточно ярко выражена церебральная симптоматика. Кризы могут продолжаться несколько дней и обычно сопровождаются подъемом преимущественно диастолического давления. Симптомы гипокинетического криза нарастают медленно (головная боль, тошнота, позывы на рвоту, головокружение). Во время криза иногда возникает очаговая неврологическая симптоматика.

Эукинетические кризы развиваются более быстро, протекают обычно благоприятно с повышением общего периферического сопротивления и без существенного изменения ударного объема. В клинической картине заболевания могут преобладать то церебральные, то сердечные симптомы и синдромы (брадикардия, экстрасистолия, признаки левожелудочковой, а иногда коронарной недостаточности).

Гипертонические кризы, хотя и значительно реже, чем при гипертонической болезни, развиваются при различных заболеваниях, в симптомокомплекс которых входит, а иногда и не входит, артериальная гипертензия. К таким заболеваниям относятся артериосклеротическое поражение аорты и ее ветвей (особенно, почечных артерий), заболевания почек (острый и хронический гломерулонефрит, пиелонефрит и др.), узелковый полиартериит, системная красная волчанка, сахарный диабет, нефропатия беременных, нефроптоз (особенно при подъеме тяжести).

Из перечисленных выше заболевании самой частой причиной симптоматической гипертонии является поражение почек и их сосудов, но кризовое течение артериальной гипертензии при этом встречается значительно реже, чем при гипертонической болезни. Следует иметь в виду, что криз при заболеваниях почек часто бывает связан не столько с повышением артериального давления, сколько с отеком мозга, что следует учитывать при назначении лечебных мероприятий.

Достаточно часто гипертонический криз развивается при феохромоцитоме (гормонально-активная опухоль мозгового вещества надпочечников, которая иногда локализуется вне надпочечников - в легких, мочевом пузыре и других органах). Гипертензия, являющаяся кардинальным признаком, в зависимости от секреторной активности опухоли может быть в виде криза или постоянной. При кризовом выбросе катехоламинов опухолью возникают пульсирующая головная боль, потливость, боль в груди или животе, ощущение страха смерти. Возможны парестезии, судорожные сокращения мышц голеней, тошнота и рвота. Во время приступа или криза у больного наблюдаются профузное потоотделение и бледность кожи. Зрачки расширены, конечности холодные, артериальное давление повышено (до 240/140 мм рт. ст.). Иногда имеет место гипертермия. После приступа наступает резкая слабость.

У пациентов с постоянной гипертензией обычно наступает постуральная гипотензия, связанная с вызываемой катехоламинами гиповолемией.

Гипертонический криз отмечается при болезни Кушинга, синдроме Конна (опухоль или гиперплазия коры надпочечников - первичный гиперальдостеронизм), органическом поражении и дисфункции головного мозга, в частности при опухолях головного мозга и зрительного бугра (синдром Пенфилда, проявляется судорогами, слезотечением, нистагмом, тахикардией, гипотермией), семейной вегетативной дисфункции (синдром Рейли-Дея, проявляется нарушением слезоотделения, расстройством координации движений, психической лабильностью и др.), пароксимальной диэнцефальной гипертонии (синдром Пейджа, страдают преимущественно женщины, характерны тахикардия, гипергидроз, эритемные пятна на лице и грудной клетке, учащение мочеиспускания и др.), острой алкогользависимой артериальной гипертензии (порой с инсультом), которая может быть не связана с эссенциальной и (даже) симптоматической гипертензией.

При многих из указанных выше заболеваний гипертонический криз может возникать не только на фоне повышенного, но и нормального артериального давления.

***Различают неосложненный и осложненный гипертонический криз***. Осложненный гипертонический криз, угрожающий жизни, диагностируют при следующих состояниях: инсульт (геморрагический или ишемический), субарахноидальное кровоизлияние, энцефалопатия, отек мозга, расслаивающая аневризма, левожелудочковая недостаточность, отек легких, острый инфаркт миокарда, эклампсия, гематурия, ретинопатия.

**Лечение**

1. Постельный режим, благоприятная психологическая обстановка. Если кризовое течение продолжается длительное время, рекомендуется ограниченный прием пищи (диета № 10, 10а).
2. Снижение артериального давления должно быть постепенным, ибо чрезмерно быстрое снижение может спровоцировать ишемию почек, головного мозга с развитием инсульта или инфаркта миокарда. Снижение среднего артериального давления в течение первого часа примерно на 20-25 % от исходного или диастолического до 110 мм рт. ст. и затем в течение 2-6 ч до 160/100 мм рт. ст.

**Наиболее часто используются следующие препараты.**

1. Клонидин (гипотензивный препарат центрального действия) внутрь (начальная доза - 0,2 мг, затем по 0,1 мг каждый час до снижения артериального давления или до общей дозы 0,6 мг) или в/в капельно 1 мл 0,01% раствора в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.
2. Нифедипин (блокатор кальциевых каналов, расслабляет гладкую мускулатуру и расширяет коронарные и периферические сосуды) 5-10 (реже 20) мг в таблетках или капсулах разжевать, а затем под язык или проглотить; осторожно назначают при гипертонической энцефалопатии, отеке диска зрительного нерва, сердечной недостаточности с отеком легких.
3. Нитропруссид натрия (вазодилататор, донатор оксида азота) в/в капельно в дозе 0,25-10 мкг/мин, затем дозу увеличивают на 0,5 мкг/мин каждые 5 мин, показан при одновременном развитии гипертонической энцефалопатии, почечной недостаточности, при расслаивающей аневризме аорты. Введение прекращают, если нет выраженного эффекта в течение 10 мин после достижения максимальной дозы.
4. Диазоксид (гиперстат, прямой вазодилататор) 50-150 мг в/в болюсом в течение 10-30 с (можно повторить через 5-10 мин) или медленная инфузия 15-30 мг/мин в течение 20-30 мин (не более 600 мг). Побочные эффекты: артериальная гипертония, тахикардия, стенокардия, тошнота, рвота, отеки.
5. Каптоприл (ингибитор АПФ) 25-50 мг сублингвально. Побочные эффекты: ухудшение почечного кровообращения при стенозе почечных артерий.
6. Лабеталол (ß-адреноблокатор) 20-80 мг в/в болюсом каждые 10-15 мин или в/в капельно 50-300 мг со скоростью 0,5-2 мг/мин. Побочные эффекты: бронхоспазм, блокада сердца, усиление признаков сердечной недостаточности, тахикардия. Рекомендуется при признаках энцефалопатии, почечной недостаточности.
7. Фентоламин (а-адреноблокатор) 5-15 мг однократно в/в при гипертоническом кризе, связанным с феохромоцитомой.
8. Эналаприл (энап, ингибитор АПФ) в/в струйное введение в течение 5 мин каждые 6 ч в дозе 0,625-1,25 мг, разведенных в 50 мл 5% раствора глюкозы или физиологическом растворе; при гипертоническом кризе у больных с обострением ИБС, хронической застойной сердечной недостаточностью, энцефалопатией.
9. При сочетании гипертонического криза с острым коронарным синдромом (стенокардия, инфаркт), но без явлений левожелудочковой недостаточности назначают нитроглицерин или изосорбида динитрат, при отсутствии эффекта - в/в морфин; при упорном болевом синдроме, особенно в сочетании с тахикардией - ß-адреноблокаторы (пропранолол 10-20 мг под язык или в/в каждые 3-5 мин по 1 мг/мин до обшей дозы 10 мг), а у больных с бронхообструктивным синдромом - верапамил (20-40 мг внутрь и 5-10 мг в/в).
10. При гипертоническом кризе с развитием острой левожелудочковой недостаточности (отек легких, сердечная астма) показаны мочегонные (фуросемид в/в в средней дозе 60 мг (40-180 мг), дексаметазон).
11. При симптоматическом гипертоническом кризе гипотензивные средства назначают с учетом особенностей основного заболевания.
12. При лечении гипертонического криза названные выше препараты могут быть использованы как в комбинации друг с другом, так и с другими антигипертензивными средствами, особенно диуретиками и ß-адреноблокаторами.