

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ

Под редакцией
С.Н.Терещенко, Н.Ф.Плавунова

2-е издание, дополненное и переработанное

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2013

УДК 616.12-008.331.1

ББК 54.10

Г50

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Гипертонические кризы / под ред. С.Н.Терещенко, Н.Ф.Плавунова. – Г50 2-е изд., доп. и перераб. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 208 с. : ил. ISBN 978-5-98322-968-6

Перед вами второе, дополненное издание книги, посвященной актуальной проблеме современной кардиологии – диагностике и лечению гипертонических кризов с позиции последних российских и международных рекомендаций.

Одним из самых сложных вопросов в изучении гипертонических кризов является тактика лечения. С учетом неоднородности клинических проявлений и наличия различных патогенетических вариантов гипертонические кризы требуют дифференцированного подхода к лечению таких пациентов. Именно с этой позиции изложен материал.

Книга предназначена для широкого круга врачей, клинических ординаторов, интернов, студентов.

УДК 616.12-008.331.1

ББК 54.10

ISBN 978-5-98322-968-6

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2013

АВТОРЫ

Абдрахманов Васил Рауфович – доктор медицинских наук, профессор кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, заслуженный врач РФ.

Акимов Арсений Евгеньевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

Бараташвили Владимир Леванович – доктор медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова г. Москвы.

Гапонова Надежда Ильинична – доктор медицинских наук, профессор кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Главный внештатный терапевт Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова г. Москвы.

Данковцева Елена Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии и общей терапии ФГУ «Учебно-медицинский центр Управления делами Президента РФ».

Джаиани Нино Амирановна – доктор медицинских наук, профессор кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

Жиров Игорь Витальевич – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова РКНПК. Секретарь секции «Неотложная кардиология» ВНОК.

Затейщиков Дмитрий Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и общей терапии ФГУ «Учебно-медицинский центр Управления делами Президента РФ». Председатель секции «Генетика и фармакогенетика сердечно-сосудистых

заболеваний» ВНОК. Председатель комитета по терапевтическому использованию Российской антидопинговой организации РУСАДА.

Косицына Ирина Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

Плавунов Николай Филиппович – доктор медицинских наук, профессор. Первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы.

Стаховская Людмила Витальевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Директор Научно-исследовательского института цереброваскулярной патологии и инсульта.

Терещенко Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова РКНПК. Заведующий кафедрой скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Председатель секции «Неотложная кардиология» ВНОК.

Явелов Игорь Семенович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической кардиологии ФГУ НИИ физико-химической медицины ФМБА России. Заместитель председателя секции «Неотложная кардиология» ВНОК.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	7
Предисловие	9
Глава 1. Понятие о гипертонических кризах	11
Глава 2. Эпидемиология и классификация гипертонических кризов	14
Эпидемиология	14
Классификация	21
Глава 3. Этиология и патогенез гипертонических кризов	30
Этиология	30
Патогенез	32
Глава 4. Неосложненные гипертонические кризы	40
Клиника и диагностика неосложненных гипертонических кризов	40
Лекарственные средства в лечении больных с неосложненным гипертоническим кризом	48
Тактика снижения уровня артериального давления при неосложненных гипертонических кризах. Показания для госпитализации	63
Глава 5. Гипертонический криз и острый коронарный синдром ...	68
Патофизиологические изменения при артериальной гипертензии в условиях острого коронарного синдрома ...	69
Общие принципы лечения повышенного артериального давления при остром коронарном синдроме	74
Лекарственные препараты, применяемые для снижения артериального давления при остром коронарном синдроме ...	76
Тактика снижения уровня артериального давления при остром коронарном синдроме	84
Глава 6. Гипертонический криз и острая сердечная недостаточность	87
Особенности острой сердечной недостаточности при гипертоническом кризе	87
Общие подходы к ведению больных с острой сердечной недостаточностью при гипертоническом кризе	91

Особенности лечения острой сердечной недостаточности при гипертоническом кризе у отдельных категорий больных	96
Глава 7. Гипертонический криз и мозговой инсульт	98
Церебральные проявления осложненных гипертонических кризов	98
Антигипертензивная терапия	103
Нейропротекторная терапия	107
Глава 8. Гипертонические кризы при эндокринных заболеваниях	110
Феохромоцитомы	110
Гиперальдостеронизм	120
Глава 9. Гипертонические кризы у потребителей психоактивных веществ	125
Неосложненный гипертонический криз у потребителей психостимуляторов	129
Осложненный гипертонический криз у потребителей психостимуляторов	130
Гипертонические кризы у потребителей этанола	134
Глава 10. Неотложные состояния при беременности, связанные с повышением артериального давления	136
Клинические формы гипертензивных состояний у беременных	137
Обследование беременных с гипертензивным синдромом	141
Неотложная терапия повышения артериального давления во время беременности	141
Тактика ведения беременных с гипертоническим кризом	147
Глава 11. Гипертонический криз при расслоении аорты	149
Этиология	149
Патогенез	149
Классификация	150
Клиническая картина	150
Диагностика	152
Лечение	152
Глава 12. Лекарственные средства в терапии осложненных гипертонических кризов	155
Глава 13. Организационные вопросы оказания скорой медицинской помощи больным с гипертоническими кризами	177
Литература	188

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АВ	– атриовентрикулярный
АГ	– артериальная гипертензия
АГП	– антигипертензивный препарат
АД	– артериальное давление
АДФ	– аденозина дифосфат
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АМФ	– аденозина монофосфат
АПФ	– ангиотензинпревращающий фермент
ВНОК	– Всероссийское научное общество кардиологов
ГБ	– гипертоническая болезнь
ГК	– гипертонический криз
ДАД	– диастолическое артериальное давление
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	– искусственная вентиляция легких
ИМ	– инфаркт миокарда
КТ	– компьютерная томография
МАО	– моноаминоксидаза
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НПВС	– нестероидные противовоспалительные средства
(О)ГЭ	– (острая) гипертоническая энцефалопатия
ОКС	– острый коронарный синдром
ОНМК	– острое нарушение мозгового кровообращения
ОПСС	– общее периферическое сопротивление сосудов
ОСН	– острая сердечная недостаточность
ОЦК	– объем циркулирующей крови
ПАВ	– психоактивное вещество
ПЭ	– преэклампсия
РА	– расслоение аорты
РААС	– ренин-ангиотензин-альдостероновая система
САД	– систолическое артериальное давление
СМП	– скорая медицинская помощь
СРП	– содержание ренина в плазме
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ТИА	– транзиторная ишемическая атака

УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФВ	– фракция выброса
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ЦНС	– центральная нервная система
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЭКГ	– электрокардиография
ЭКП	– электрокардиопередача
ЭхоКГ	– эхокардиография

ПРЕДИСЛОВИЕ

По данным ВОЗ, артериальной гипертензией (АГ) страдает около 1 млрд человек по всему миру, почти в 7,1 млн смертей ежегодно может быть «виновна» АГ (World Health Report, 2002). Несмотря на значительные успехи в лечении АГ, должным образом контролировать ее удается не всегда. Данные National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES) показывают, что лишь у 34% американцев с гипертензией уровень АД сохраняется ниже 140/90 мм рт.ст. (Chobanian A.V. et al., 2003). В России целевых значений АД достигают всего 5,7% больных с АГ (Shalnova S.A. et al., 1998). У пациентов с неконтролируемой АГ заболевание постепенно прогрессирует, у такой категории больных чаще выявляются поражения органов-мишеней. Одним из проявлений плохого контроля АД и недостаточной приверженности к проводимой терапии (compliance, adherence) является кризовое течение АГ. При отсутствии быстрого и адекватного лечения гипертонические кризы (ГК) приводят к увеличению заболеваемости и смертности. Среди неотложных ситуаций ГК встречаются в 27,5% всех госпитализаций в блок интенсивной терапии (Kitiyakara C., Guzman N., 1998) и составляют 3% всех обращений в отделения неотложной терапии. Хотя при эффективном лечении АГ ГК, требующие неотложной терапии или постепенного снижения уровня АД (в течение нескольких часов), встречаются примерно у 1% больных, проблема терапии ГК представляется достаточно актуальной.

Несмотря на большое количество доступных гипотензивных препаратов, в литературе отсутствуют данные о контролируемых испытаниях по оценке безопасности/эффективности короткодействующих гипотензивных препаратов для купирования ГК, в ряде рекомендаций отсутствуют четкие схемы снижения уровня АД при ГК (Guidelines Committee, 2003; Chobanian A.V. et al., 2003); в литературе доступны разрозненные данные о потенциальной небезопасности некоторых широко применяемых препаратов. Без тщательно спланированных исследований решение о выборе препарата при ГК часто основано на интуиции, личном опыте и квалификации врача (Cherney D., Straus A., 2002). Учитывая неоднородность клинических проявлений и наличие

различных патогенетических вариантов, следует дифференцированно подходить к тактике лечения пациентов с ГК.

Ни у кого не вызывает сомнения, что основной причиной развития ГК является АГ. Адекватное лечение АГ приводит к уменьшению числа ГК. Это требует агрессивного внедрения современных программ лечения АГ.

С.Н.Терещенко, Н.Ф.Плавунов

ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ О ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

Н.И.Гапонова, С.Н.Терещенко

Впервые ГК описал в 1903 г. австрийский врач Дж.Паль (J.Pahl). Он считал, что в основе патологического состояния лежит внезапно возникающее повышение АД, связанное со спастическим сокращением сосудов. J.Pahl выделял общие и местные (сосудистые) кризы. Общие кризы, по его мнению, сопровождаются повышением системного АД, а сосудистые – только локальным нарушением циркуляции в отдельных органах из-за спазма снабжающих сосудов, что приводит к появлению стенокардии, мигрени, синдрому Меньера, синдрому Рейно и т.д. (Мясников А.Л., 1954).

Синдром осложненного течения АГ впервые был описан Ф.Фольгардом (F.Volhard) и Т.Фаром (T.Fahr) в 1914 г. и характеризовался прогрессирующей АГ в сочетании с признаками повреждения сосудов сердца, почек, головного мозга, а в конечном итоге – летальным исходом по причине инфаркта миокарда (ИМ), почечной недостаточности или инсульта (Volhard F., Fahr T., 1914).

Значительный вклад в изучение ГК внесли отечественные ученые А.Л.Мясников, Н.А.Ратнер, С.Г.Моисеев, А.П.Голиков, М.С.Кушаковский и др.

По определению А.Л.Мясникова, «криз представляет собой квинт-эссенцию гипертонической болезни, ее сгусток». Между тем ГК – это сигнал, указывающий на декомпенсацию, прогрессирование болезни (Мясников А.Л., 1954).

В современной литературе встречаются различные определения понятия «гипертонический криз», основанные как на абсолютных величинах АД, так и на скорости его подъема, а также на величине риска и темпа вовлечения органов-мишеней. В большинстве случаев в качестве диагностического критерия криза упоминается уровень диастолического АД >120 мм рт.ст., иногда в это понятие включают и повышение систолического АД >220 мм рт.ст. Это не совсем верно,

так как не существует количественных характеристик ГК по уровню АД (Nolan C.R., Linas S.L., 1997).

Как показывает практика, между уровнем повышения АД и клиническими проявлениями ГК отсутствует четкая зависимость. У части пациентов (дети, беременные, лица с ранее нормальными показателями АД) признаки ГК могут возникать даже при умеренном повышении АД, тогда как у других больных очень высокие значения АД иногда не сопровождаются характерными клиническими симптомами криза (Терещенко С.Н., 2005).

Таким образом, тяжесть ГК в большей степени определяет скорость подъема АД, чем собственно значение АД, так как при быстром подъеме АД не успевают включиться механизмы ауторегуляции.

В настоящее время обычно используют определение, предложенное в Шестом, а затем и в Седьмом докладе Объединенного национального комитета США по предупреждению, распознаванию, оценке и лечению высокого АД: *«Гипертонический криз – это состояние, вызванное выраженным повышением артериального давления, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов и требующее быстрого контролируемого снижения артериального давления для предупреждения повреждения органов-мишеней»* (Chobanian A.V. et al., 2003).

В нашей стране, согласно рекомендациям РМОАГ/ВНОК по диагностике и лечению АГ, принято следующее определение понятия ГК: *«Остро возникшее выраженное повышение артериального давления, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней»* (Диагностика и лечение артериальной гипертензии, 2010).

Важно отметить, что в этом определении отсутствуют какие-либо количественные параметры АД при ГК, но отмечено симптомное повышение АД, что определяет тип криза и тактику ведения пациентов, а также подчеркнуто контролируемое снижение уровня АД.

Наиболее часто ГК возникает у пациентов с эссенциальной или симптоматической АГ, но он может наблюдаться и у здоровых людей под влиянием ряда факторов (сильный болевой раздражитель, психоэмоциональный стресс, избыточное потребление соли и жидкости и др.).

Поздняя диагностика АГ, отсутствие адекватного контроля уровня АД, а часто и недостаточная терапевтическая приверженность пациентов увеличивают риск развития ГК с сопутствующей острой дис-

функцией органов. Резкий и некупируемый подъем уровня АД может привести к развитию таких осложнений, как гипертоническая энцефалопатия (ГЭ), острая левожелудочковая недостаточность с отеком легких, инсульт, субарахноидальное кровоотечение, острый ИМ или нестабильная стенокардия, почечная недостаточность и смертельный исход (Zampaglione B. et al., 1996).

Таким образом, ГК является неотложным состоянием и требует экстренного вмешательства с целью предупреждения осложнений и необратимых изменений в органах (Bennett N., Shea S., 1988; Gifford R., 1991; Blumenfeld J.D., Laragh J.H., 2001).

ГЛАВА 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

А.Е.Акимов, С.Н.Терещенко

Эпидемиология

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах мира. Одним из наиболее значимых факторов, влияющих на развитие и прогрессирование ССЗ, является АГ, которая существенно ухудшает прогноз жизни пациентов.

АГ – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем как в России, так и в мире. Несмотря на очевидные успехи в лечении, общее число больных АГ в мире, превысив 1 млрд человек (Global Health risks, 2009; Chobanian A.V. et al., 2003), неуклонно увеличивается и к 2015 г. может составить 1,5 млрд случаев (Jones D., Hall J., 2008). При этом АГ является ведущей причиной смерти населения (12,8%), что составляет 7,5 млн человек в год (Global Health risks, 2009).

В последние годы завершился ряд крупномасштабных многоцентровых исследований, убедительно показавших необходимость жесткого контроля АД в целях снижения риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ (Calhoun D.A., 2000).

По данным проспективных наблюдений, АГ увеличивает риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) в 3 раза, от инсульта – в 6 раз (Жуковский Г.С. и др., 1997; Kannel W.B., 1996). Вклад АГ в смертность лиц среднего возраста от ССЗ составляет 40%, а в смертность от инсульта – 70–80% (Шальнова С.А., 1999).

По материалам эпидемиологических обследований, проведенных в 2003–2004 и 2005–2009 гг. в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ» распространенность АГ среди населения за последние годы продолжала увеличиваться. Так, если при первом обследовании распространен-

ность АГ составляла 39,5%, то за период 2005–2007 гг. полученные результаты достигли уже 40,4%.

Отмечается низкая осведомленность пациентов – только 37,1% мужчин и 58,9% женщин знают о наличии у них этой патологии. К сожалению, необходимо отметить неудовлетворительное качество и недостаточную эффективность проводимого лечения. Только 21,6% мужчин и 46,7% женщин получают медикаментозную терапию, которая эффективна в 6 и 17% соответственно (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2002).

По данным многих исследований, с возрастом распространенность АГ увеличивается и достигает 50–65% у лиц старше 65 лет. Причем в пожилом возрасте больше распространена изолированная систолическая АГ, которая у лиц младше 50 лет встречается менее чем в 5% случаев. До 50-летнего возраста АГ чаще встречается у мужчин, а после 50 лет – у женщин. С возрастом увеличивается также число больных, принимающих антигипертензивные препараты (АГП). В России АГП принимают 44% больных в возрасте от 40 до 60 лет и 60% больных старше 60 лет (Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в Российской Федерации, 2008). Также известно, что стабильно повышенное АД считается важнейшим фактором риска ССЗ, которые лидируют среди причин смертности населения (57% по состоянию на 2007 г.) (Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти, 2008) и в конечном счете являются одной из причин низкого уровня продолжительности жизни.

Продолжающееся увеличение распространенности АГ и отсутствие адекватного лечения приводят к росту числа ГК, являющихся опасными осложнениями АГ.

В настоящее время в развитых странах отмечают уменьшение частоты развития ГК, что связывают с улучшением лечения АГ в течение последних 20 лет. Так, по данным зарубежных авторов, количество ГК у людей, страдающих АГ, снизилось с 7 до 1%, однако предполагается, что по мере увеличения продолжительности жизни населения во всем мире распространенность АГ и, следовательно, ГК возрастет.

Среди осложнений ГК наиболее распространенными являются поражения со стороны ЦНС (инфаркт мозга – 25,5%, ГЭ – 16,3%) и внутримозговое или субарахноидальное кровоотечение (4,5%), а также острая сердечная недостаточность (36,8%), острый ИМ или нестабильная стенокардия (12%), расслоение аорты (2%) и эклампсия (4,5%) (Zampaglione B. et al., 1996).

Исходом осложненного ГК чаще бывает поражение одного органа-мишени – 83%, гораздо реже двух или трех – 14 и 3% соответственно.

Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин инвалидности. В России проживает свыше 1 млн человек, перенесших инсульт, при этом треть их составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый пятый больной. Тяжелые последствия инсульта в виде двигательных, речевых и иных нарушений значительно инвалидизируют и снижают качество жизни этих больных. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода заболевания гемипарезы наблюдаются у 81,2% выживших больных, афазия – у 35,9%, дизартрия – у 13,4%. Полностью зависимы от окружающих в повседневной жизни 25,5% больных, частично зависимы – 57,5%. В большинстве случаев эти осложнения развиваются на фоне АГ, атеросклероза аорты, мозговых, коронарных сосудов.

Необходимо подчеркнуть, что развитие ГК всегда сопряжено с заметным ухудшением прогноза больных АГ. Так, результаты отечественного ретроспективного многоцентрового исследования ОСАДА (Колос И.П. и др., 2009) четко продемонстрировали, что частые неосложненные ГК у пациентов с АГ обуславливают достоверное увеличение частоты и риска «больших» сердечно-сосудистых осложнений. Исследование ОСАДА включало амбулаторных и стационарных больных АГ, разделенных на две группы, в зависимости от частоты возникновения неосложненных ГК. Первая группа ($n=305$) с частыми (еженедельно и чаще) неосложненными ГК, вторая ($n=558$) – с редкими (ежемесячно и реже) неосложненными ГК. Больные первой группы отличались более длительным течением АГ ($13,0 \pm 9,0$ года против $9,0 \pm 7,8$ года; $p < 0,05$), и у них существенно реже удавалось достичь целевого АД (42 и 56% соответственно; $p < 0,05$). У пациентов первой группы по сравнению с пациентами второй группы был достоверно выше риск развития нефатального инсульта/ТИА (18% против 10%; отношение шансов (ОШ) – 1,94; 95% доверительный интервал (ДИ) – 1,28–2,93; $p < 0,05$), ХСН (44% против 30%; ОШ 1,64; 95% ДИ 1,22–2,21; $p < 0,05$), гипертрофии миокарда левого желудочка (72% против 56%; ОШ 2,11; 95% ДИ 1,52–2,93; $p < 0,05$) и ишемии миокарда (56% против 38%; ОШ 2,05; 95% ДИ 1,53–2,74; $p < 0,05$). Частота возникновения неосложненного ГК достоверно не влияла на риск развития нефатального ИМ (19% против 15%; ОШ 1,34; 95% ДИ 0,92–1,94; $p > 0,05$). Результаты исследования ОСАДА указывают на отрицательное влияние частых неосложненных ГК на про-

гноз больных АГ (повышается риск развития нефатального ОНМК/ТИА, ХСН, ишемии и гипертрофии миокарда левого желудочка) и позволяют рассматривать их профилактику как самостоятельную цель антигипертензивной терапии.

По данным Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, в подавляющем большинстве случаев ГК у больных артериальной гипертонией являются повторными (91,9%), из них повторяются в течение года 62,7%, в течение месяца – 39,6%, в течение 48 ч (рецидивирующие кризы) – 11,7% (Голиков А.П. и др., 2005).

О том, насколько серьезна проблема ГК, также свидетельствует тот факт, что из числа больных, у которых развивались осложненные кризы, 25–40% умирали в течение 3 лет от почечной недостаточности или инсульта. Кроме того, риск осложнений увеличивается с возрастом, при эссенциальной АГ, при повышенном значении креатинина сыворотки крови, при уровне мочевины сыворотки крови выше 10 ммоль/л, большей длительности АГ, при наличии II и IV степеней гипертензивной ретинопатии и др. (Webster J. et al., 1993).

Фактором риска осложнений при ГК является возраст пациентов. Средний возраст больных с осложненным ГК выше, чем с неосложненным. У пожилых людей ГК сопровождается высоким риском развития таких осложнений, как острая коронарная и сердечная недостаточность, инсульт. Гипертонические церебральные кризы отмечены в анамнезе у 44,8% больных АГ с инсультом.

ГК могут быть следствием не только эссенциальной гипертонии, но и симптоматических АГ. В США и странах Западной Европы во всех публикациях, посвященных ГК, подробно рассматриваются возможные причины возникновения ГК как при эссенциальной АГ, так и при различных вариантах вторичных АГ. Доказано, что ГК чаще возникает при феохромоцитоме, ренопаренхиматозной и вазоренальной АГ, изолированной систолической АГ, чем при эссенциальной АГ; в то же время, с учетом преобладания эссенциальной АГ в структуре причин гипертонии, исследователи подчеркивают, что в 80–90% наблюдений ГК возникает при эссенциальной АГ.

Частота возникновения ГК выше у пациентов после выполнения полостного оперативного вмешательства (в том числе аортокоронарного шунтирования), у них она может достигать от 4 до 35%.

ГК встречаются в любом возрасте. У новорожденных они связаны с гипоплазией почечных артерий, у детей с острым гломерулонефритом, у молодых женщин с преэклампсией, у пожилых пациентов

с системным атеросклерозом. У таких пациентов чаще наблюдаются осложненные ГК (*hypertensive emergencies*).

Доказано, что частота сердечно-сосудистых катастроф, в том числе и ГК, зависит от типа погоды. Преобладающее количество ГК наблюдается в весенне-осенний период (соответственно 42,3 и 34%) и гораздо меньше зимой и летом – 19,3 и 4% соответственно. По мнению И.Б.Солтановой (1991), в условиях жаркого климата наблюдается активизация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и торможение функций депрессорной калликреин-кининовой системы, что вызывает более устойчивое течение АГ.

ГК является одним из наиболее частых поводов к вызову скорой медицинской помощи (СМП) в России и странах СНГ, причем их частота не имеет тенденции к снижению, несмотря на возрастающее количество эффективных АГП.

А.П.Голиков и соавт. (1999) отмечают, что в течение последних 15 лет до 20% вызовов СМП приходится на данную патологию и тенденции к снижению этого показателя не наблюдается.

Кафедрой скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета совместно со службой скорой медицинской помощи г. Москвы был проведен клинико-статистический анализ АГ, осложненной ГК, за 2005–2009 гг. За указанный период отмечена динамика роста количества ГК, которая составила 14,1% (Гапонова Н.И. и др., 2011).

Увеличение количества ГК за период с 2005 по 2009 г. подтверждается как в абсолютных цифрах, так и в значениях на 100 тыс. населения г. Москвы. Рост количества вызовов в г. Москве объясняется прежде всего демографическими и социальными факторами, такими как увеличение продолжительности жизни населения, а также увеличением количества лиц, временно находящихся на территории города,

Таблица 2.1

Динамика вызовов СМП за 2005–2009 гг.

Год	Всего вызовов	Сердечно-сосудистые заболевания	Гипертонические кризы	
			Число вызовов	На 100 тыс. населения
2005	2 369 675	615 506	43 828	432
2007	2 665 021	607 998	57 004	547
2009	2 992 194	683 510	61 940	592
Динамика 2005–2009	+12,6%	+12,7%	+14,1%	+13,7%

которые также обращаются за СМП. Динамика вызовов за указанный период представлена в таблице 2.1.

Среди пациентов, к которым выезжали бригады СМП за последние пять лет (2005–2009 г.), было 30% мужчин и 70% женщин. Возраст больных учитывался в диапазонах 18–35 лет, 36–59 лет, 60–74 года, старше 75 лет. Отмечается увеличение числа ГК среди лиц молодого возраста (18–35 лет) с преобладанием у мужчин: 71% – в 2005 г., 72% – в 2007 г., 70% – в 2009 г. (рис. 2.1).

Особое внимание при анализе полученных данных было обращено на осложнения АГ, в частности, на динамику цереброваскулярных заболеваний – инсультов, ТИА, ГЭ. В то время как наибольшие показатели у мужчин приходятся на возраст от 36 до 74 лет, у женщин максимальное количество цереброваскулярных заболеваний наблюдается в возрасте старше 75 лет. Суммарные показатели цереброваскулярных заболеваний у женщин за последние пять лет превышают аналогичные показатели у мужчин, что, вероятно, обусловлено тенденцией увеличения продолжительности жизни у женщин (см. табл. 2.2).

Также в рамках настоящего исследования было проанализировано 7957 анкет больных гипертонической болезнью (ГБ). Полученные данные показали, что частота обращений больных ГБ в службу скорой

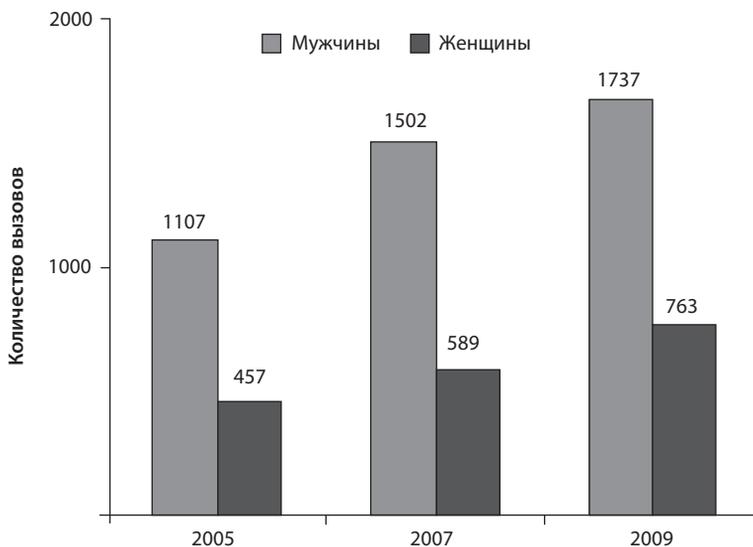


Рис. 2.1. Динамика вызовов СМП по поводу ГК у лиц молодого возраста (18–35 лет).

Таблица 2.2

**Структура неотложных состояний, ассоциированных с АГ,
в г. Москве за 2005–2009 гг. (указано общее количество вызовов)**

Нозологическая форма	18–35 лет		36–59 лет		60–74 лет		Старше 75 лет	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Инсульт	1858	1029	32 754	20 974	43 232	46 283	27 114	75 830
ТИА	645	701	5202	4926	5569	7164	2909	8231
ГЭ	463	287	1180	1754	842	2517	716	3806

медицинской помощи зависит от длительности течения заболевания. Чаще других за СМП обращались больные с длительным течением ГБ. Так, если с длительностью болезни до 1 года медицинская помощь оказывалась 6% больных (477 пациентов), от 1 года до 5 лет – 21% (1671), от 6–10 лет – 25% (1990), то свыше 10 лет уже 48% (3819) пациентов.

При анализе амбулаторно-поликлинического лечения больных АГ установлено, что большинство пациентов получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) – 61%, следующими по частоте применения были антагонисты кальция – 22%, β-адреноблокаторы – 20%, мочегонные средства – 14%, прочие – 11%. Состав лекарственной терапии и регулярность/нерегулярность их приема представлены на рисунке 2.2.

Среди обследованных больных в лечении преобладала монотерапия – 30% больных регулярно принимали один АГП, а 18% получали нерегулярную монотерапию. Регулярную комбинированную терапию – 2 и более АГП – получали 25% больных.

При детальном анализе полученных анкет было установлено, что только 21% больных ГБ столицы не принимали регулярно АГП, тогда как аналогичные показатели в целом по Российской Федерации превышают 40%.

Таким образом, для успешного решения проблем, обусловленных непрерывным ростом распространенности АГ и, как следствие ГК, необходимо проводить систематический анализ эпидемиологической ситуации по указанной проблеме, учитывая при этом динамику заболеваемости АГ, сопоставляя полученные данные с эффективностью проводимых лечебных мероприятий. Среди причин высокой частоты ССЗ и их осложнений, в том числе АГ и ГК в Российской Федерации, по мнению отечественных аналитиков, необходимо выделить такие факторы, как неадекватное качество оказания медицинской помощи,

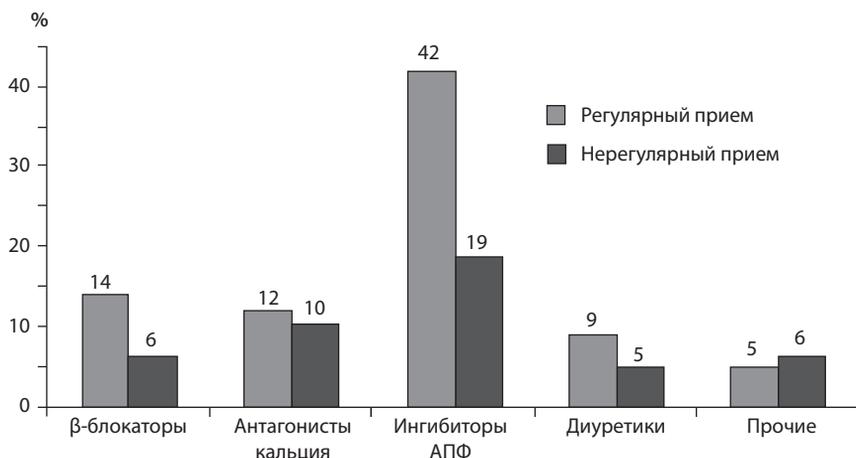


Рис. 2.2. Лекарственный состав амбулаторной терапии АГ ($n=7957$).

недостаточная информированность населения о последствиях неконтролируемой гипертонии, недостаточная осведомленность врачей в области профилактики ССЗ. Следует также отметить политические (слабая законодательная и нормативная основа профилактических мероприятий), и финансовые (дороговизна медикаментозной терапии, отсутствие экономической заинтересованности врачей проводить профилактику заболеваний) проблемы.

Классификация

Сегодня в нашей стране отсутствует общепринятая классификация. В современных монографиях, руководствах можно встретить различные классификации многих известных отечественных ученых – А.Л.Мясникова, Н.А.Ратнер, С.Г.Моисеева, А.П.Голикова, М.С.Кушаковского и др., в основу которых вкладывались или клинические особенности течения ГК, или варианты нарушения гемодинамики.

Классификация гипертонических кризов

А.Л.Мясникова, Н.А.Ратнер (1964)

Согласно этой классификации выделяют 2 типа кризов (Мясников А.Л., 1967; Ратнер Н.А., 1974):

- 1) ГК I типа (адреналовые кризы);
- 2) ГК II типа (норадреналовые кризы).

ГЛАВА 3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

В.Р.Абдрахманов, Н.И.Гапонова

Этиология

Гипертонический (гипертензивный) криз, обусловленный внезапным повышением АД, может развиваться как осложнение имеющейся АГ (первичной или вторичной), так и в отсутствие предшествующей АГ.

Таблица 3.1

Основные причины, способствующие возникновению ГК

Эссенциальная (первичная) АГ
Симптоматическая (вторичная) АГ:
• ренопаренхиматозные причины (острый и хронический гломерулонефрит, острый и хронический пиелонефрит, поликистоз, поражение почек при склеродермии, системной красной волчанке, васкулитах; травма почек)
• реноваскулярные причины (одно- или двустороннее поражение почечных артерий, врожденные аномалии и др.)
• обструкция мочевого тракта (почечнокаменная болезнь, аденома предстательной железы)
• нейрогенные причины (органическое поражение ЦНС, черепно-мозговая травма, опухоли, острые или хронические повреждения спинного мозга)
• гемодинамические причины (коарктация аорты, болезнь или синдром Такаюсу, а также атеросклероз аорты, врожденные или приобретенные пороки сердца)
• преэклампсия/эклампсия
• эндокринологические причины (заболевания щитовидной железы, болезнь и синдром Иценко–Кушинга, первичный гиперальдостеронизм, феохромоцитома)
• гематологические причины (микроангиопатическая гемолитическая анемия, гипертоническая полицитемия (синдром Гайсбека))