

3. Остроумова О.Д., Ищенко К.А. Лечение артериальной гипертонии в условиях поликлиники: клиническая и экономическая эффективность. *Consilium medicum*, 2007. Т.9. – С. 601-604.

Т У Ж Ы Р Ы М
БИСОПРОЛОЛ ДӘРІ-ДӘРМЕГІН ПАЙДАЛАНУДЫҢ
КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Ф.Ф. Кинзябулатова

Қалалық емханасы, Рудный қ.

Кардиоселективті β-адреналин қамаушылары жоғары жүрек-тамыр қатері бар емделушілердің АГ патогенетикалық терапиясы болып табылады. Бисопролол дәрі-дәрмегін қолдану бір тәулік ішінде АҚ-ды бақылауда және жүрек

соғуының ырғақсыздығын, стенокардияны, жүрек жетімсіздігін төмендетуде жақсы нәтиже көрсетті. Сонымен қатар емді қабылдау кезінде жақсы төзімділік байқатты.

S U M M A R Y
CLINICAL EXPERIENCE WITH THE BETA-BLOCKER
BISOPROLOL

F.F. Kinzyabulatova

City Polyclinic, Rudny c.

Cardioselectiveβ-blockers are of pathogenetic therapy of hypertension in patients at high cardiovascular risk. Use of the drug bisoprolol showed good control of blood pressure during the day and decrease symptoms of arrhythmias, angina, heart failure. There was also a well tolerated treatment.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ: ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

З. Я. МАМЕТНИЯЗОВА

Родильный дом №2, г. Алматы

Артериальная гипертония (АГ) – одна из наиболее острых медико-социальных проблем в мире. Несмотря на успехи в лечении АГ, число больных АГ неуклонно увеличивается. При этом АГ является ведущей причиной смерти населения.

Гипертонические кризы имеют место у 1-7% больных АГ.

Гипертонический криз – остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов мишеней.

Таким образом, к ГК следует относить те случаи, когда остро возникшее повышение АД предшествует и является причиной поражения органов-мишеней.

Отдельным частным вопросом являются случаи остро возникшего индивидуально высокого АД, меньшего чем

140/90 мм рт. ст., но сопровождающегося клинической симптоматикой. Это касается лиц без АГ, преимущественно подросткового и молодого возраста со стрессорно обусловленным остро возникшим индивидуальным высоким АД, не превышающим его высокого нормального уровня.

Применять в данных случаях термин «гипертонический криз» не совсем правильно, поскольку отсутствуют:

1. АГ как эпизод АД, равного или большего 140 и 90 мм рт.ст.

2. АГ как патология, характеризующаяся стойким повышением АД выше данного уровня при отсутствии антигипертензивной терапии.

В подавляющем большинстве случаев ГК у больных гипертонической болезнью являются повторными, и есть основание для использования терминов «впервые возникший гипертонический криз» и «кризовое течение гипертонической болезни» (при повторных ГК).

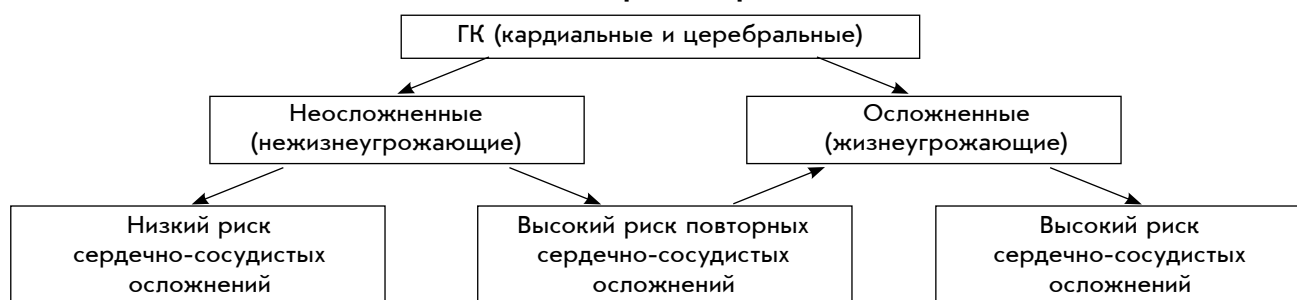
Таблица 1

Основные положения диагностики ГК у больных АГ

Критерий	Неосложненный ГК (нежизнеугрожающий)	Осложненный ГК (жизнеугрожающий)
Остро возникшее выраженное повышение АД	+	+
Остро возникшая клиническая симптоматика	+	+
Остро развившиеся – поражения органов-мишеней и/или – выраженное нарушение их функции	-	+

Таблица 2

Варианты ГК с учетом наличия/отсутствия жизнеугрожающих осложнений и высокого риска их развития



Лекарственные средства для лечения ГК у больных АГ

Препарат	Доза	Способ применения
Эналаприлат (1, 5, 23)	1,25-2,5 мг каждые 6 ч	Внутривенно болюсно
Нитропруссид натрия (1, 5, 23)	0,25-10 мкг/кг/мин	Внутривенная инфузия
Нитроглицерин (1, 23)	5-100 мкг/мин	Внутривенная инфузия
Урапидил (23)	25-100 мг	Внутривенно болюсно, затем внутривенная инфузия
Фуросемид (1, 23)	40-80 мг	Внутривенно болюсно
Фентоламин (1, 5, 23)	5-10 мг/мин	Внутривенно болюсно

Таблица 4

Сравнительная характеристика некоторых лекарственных средств, рекомендованных для купирования ГК у больных АГ (5, 23)

Препарат	Начало действия	Длительность	Побочные эффекты
Эналаприлат	15 мин	4-6 ч	Гипотензия, ангионевротический отек, почечная недостаточность
Нитропруссид натрия	Сразу	1-2 мин	Гипотензия, рвота, интоксикация
Урапидил	3-4 мин	8-12 ч	Седация
Лабеталол	5-10 мин	2-6 ч	Тошнота, рвота, бронхоспазм, атриовентрикулярная блокада

Среди больных с неосложненным ГК на фоне ИБС целесообразно выделить группу с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений криза в соответствии со следующими критериями:

- Наличие инфаркта миокарда либо ОНМК (транзиторной ишемической атаки в анамнезе), либо стенокардии напряжения IV фк.;
- Нестабильная стенокардия на фоне повторных кризов в течение последнего месяца;
- Наличие гемодинамически значимых изменений коронарных артерий без проведенных ранее операций коронарного шунтирования, стентирования коронарных артерий;
- Резко выраженная АГ во время ГК (АД более 200/120 мм рт.ст.)

Используют следующие лекарственные препараты: (см. табл. 3).

Исчезновение или выраженное уменьшение клинической симптоматики ГК и снижение уровня АД 180 и 110 мм рт.ст., скорость снижения АД составляет 15-25% в течение 90-120 мин. Последующее достижение целевого АД в течение нескольких часов, но не более 24-48 ч от начала терапии.

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что наиболее быстрым и краткосрочным действием обладает нитропруссид натрия, а урапидил при быстром начале действия обладает наибольшей его продолжительностью. Наибольшей токсичностью обладает нитропруссид натрия, а наименьшим числом побочных эффектов – урапидил. Этот препарат обладает как центральным (влияет на активность сосудодвигательного центра, что проявляется в предотвращении рефлекторного увеличения тонуса симпатической нервной системы), так и периферическим (блокирует периферические постсинаптические α 1-адренорецепторы) механизмами антигипертензивного действия. Внутривенное введение эбрантила (средняя доза 50 мг в течение 90 мин инфузии) приводит к снижению систолического АД на 26%, а диастолического – на 23%, при этом частота сердечных сокращений достаточно не изменяется. Отмечается хорошая переносимость препарата.

Выводы

Проблема лечения и профилактики ГК у больных АГ, несмотря на научные и практические достижения, еще далека от своего решения. Тем не менее основной путь решения проблемы ГК – их профилактика за счет индивидуального подбора дифференцированной антигипертензивной терапии под динамичным врачебным контролем и активном участии пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии.
2. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. 2008;
3. Шальнова С.А., Баланова Ю.А, Константинов В.В. Артериальная гипертензия: распространенность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения. Российский кардиологический журнал, 2006. – № 4. – С.45-50;
4. Руководство ЛСС/АНА EsC. 2002;
5. Рекомендации экспертов ВНОК по диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2008.

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

ГИПЕРТОНИКАЛЫҚ КРИЗДЕР: ЕМДЕУ, АЛДЫН АЛУ

З.Я. Маметниязова

№2 перзентхана, Алматы қ.

Ғылыми және тәжірибелік табыстарға қарамай, АГ ауыратын науқастарда ГК алдын алу және емдеу мәселесі әлі өз шешімін таппады. Дифференциалдалған гипертензияға қарсы терапияны дәрігерлік бақылаумен жеке іріктеу арқылы ГК емдеу және алдын алу ең маңызды тәсілі болып отыр.

S U M M A R Y

HYPERTENSIC CRISES: TREATMENT, PREVENTION

Z. Y. Mametniyazova

Maternity hospital No.2, Almaty c.

The problem of HC treatment and prevention for the people suffering from AH is still far from its solution notwithstanding the scientific and practical achievements. However, the main way of solving the problem of HC is prevention by individual selection of differentiated за счет anti-hypertension therapy under dynamic medical supervision and with active participation of patients.