

Лечение гипертензивных кризов в Украине: чем больше выбор препаратов — тем шире возможности

Гипертензивный криз — грозное осложнение артериальной гипертензии (АГ), являющееся причиной тяжелых нарушений функций многих органов, нередко приводящих к смертельному исходу. Подходы к ведению пациентов с гипертензивными кризами отдельных категорий за последние годы несколько изменились, и сегодня от врача требуется не только умение распознать это опасное состояние, но и выбрать правильную тактику снижения артериального давления (АД), которая во многом определяет конкретную клиническую ситуацию. О современной тактике ведения пациентов с гипертензивными кризами и возможности медикаментозной терапии этих состояний наш корреспондент беседовала с руководителем отдела симптоматических артериальных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Юрием Николаевичем Сиренко.

— Каково определение гипертензивного криза на современном этапе?

— Гипертензивный криз — это острый, значительный подъем АД, сопровождающийся клинической симптоматикой поражения органов-мишеней, вторичной по отношению к АГ. Данное определение означает, что ориентация только на определенные цифры АД у пациента с подозрением на гипертензивный криз является ошибочным подходом. Согласно современным представлениям у некоторых пациентов даже повышение систолического АД (САД) до 140/90 мм рт. ст. можно расценивать как гипертензивный криз в том случае, если констатируется резкий подъем АД по отношению к исходному и развивается характерная клиническая симптоматика.

— Какие типы гипертензивных кризов различают сегодня?

— Существует несколько классификаций гипертензивных кризов, в связи с тем что они связаны с развитием очень большого количества синдромов и состояний. Наиболее распространенной является классификация, согласно которой выделяют осложненные и неосложненные кризы. Для осложненных характерно острое или прогрессирующее поражение органов-мишеней, представляющее прямую угрозу жизни пациента. Поражения органов-мишеней проявляются в виде гипертензивной энцефалопатии, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), острого коронарного синдрома, острой левожелудочковой или острой почечной недостаточности, острого аритмического синдрома, эклампсии и преэклампсии, отека легких и других состояний.

К неосложненным кризам относится резкое повышение АД без острого поражения органов-мишеней. Клиническими проявлениями такого состояния может быть кровоизлияние в глазное дно, нейроретинопатия, послеоперационная гипертензия, неконтролируемая гипертензия в предоперационном периоде и т.д.

— Какова тактика лечения пациентов с гипертензивным кризом?

— Каждый тип гипертензивного криза требует своевременной диагностики и особого подхода к лечению. При осложненных гипертензивных кризах необходима немедленная госпитализация в специализированное отделение и использование внутривенной инфузионной терапии в соответствии с клиническим состоянием. Традиционным подходом к лечению гипертензивных кризов всегда являлось немедленное снижение АД (на 25-30%) в течение первого часа лечения. Сегодня признан целесообразным дифференцированный подход к снижению АД в зависимости от типа гипертензивного криза и от влияния снижения АД на состояние пациента.

Например, тактика ведения пациента с гипертензивным кризом, осложненным расслаивающейся аневризмой аорты, предполагает обеспечение управляемой гипотонии и быстрое снижение до минимального САД, переносимого пациентом. Быстрое и значимое снижение АД является также оптимальной тактикой в случаях, когда состояние пациента осложняется отеком легких.

В то же время у пациентов с ишемическим инсультом не рекомендуется снижать АД ниже значений 180/100 мм рт. ст. в первые сутки лечения и применять антигипертензивные препараты, кроме тех случаев, когда есть возможность применения тромболитической терапии. Следует отметить, что в отношении целевых цифр АД у пациентов с гипертензивным кризом, осложненным ишемическим инсультом, выводы некоторых авторов на сегодня расходятся, однако их следует воспринимать исключительно как мнение

экспертов, не имеющее доказательной базы в виде результатов крупных клинических исследований, осуществление которых является трудно выполнимым.

При неосложненных кризах, как правило, госпитализация необязательна, кроме отдельных случаев, когда такую необходимость определяет врач. АД в этих ситуациях следует снижать постепенно на протяжении суток, при этом рекомендован пероральный прием препаратов.

— Какие препараты рекомендованы сегодня для лечения пациентов с гипертензивным кризом?

— При всех типах осложненных гипертензивных кризов рекомендовано немедленное применение вазодилатора ультракороткого действия нитропруссид натрия внутривенно инфузионно в дозе 0,25-10 мкг/кг/мин. В комбинации с нитропруссидом натрия применяется бета-блокатор лабеталол (кроме случаев развития острой левожелудочковой недостаточности), который вводится в дозе 20-100 мг внутривенно болюсно, при необходимости введение повторяют через 10 мин. При развитии левожелудочковой недостаточности в качестве антигипертензивного средства используется парентеральная форма ингибитора ангиотензинпревращающего фермента эналаприла — эналаприлат. В дополнение к проводимой терапии при левожелудочковой недостаточности и синдроме задержки жидкости в организме применяется диуретик фуросемид в дозе 20-80 мг/сут (внутривенно болюсно).

Классическим препаратом, применяющимся при наличии признаков ишемии миокарда и сердечной недостаточности, является нитроглицерин (внутривенно инфузионно). В ситуациях, когда гипертензивный криз осложняется острым коронарным синдромом, расслаивающейся аневризмой аорты, а также в случаях пре- и постоперационного криза применяется бета-блокатор эсмолол. Альфа-адреноблокатор фентоламин вводится при синдроме гиперкатахоламинемии, играющей основную роль в патогенезе развития катехоламинового гипертензивного криза (при феохромоцитоме). Состояние пре- и эклампсии является показанием к применению вазодилатора гидралазина. При гипертензивном кризе с цереброваскулярными и почечными симптомами, а также при эклампсии используются внутривенно инфузионно антагонисты кальция нифедипин в дозе 0,01-0,02 мг/мин или никардипин в дозе 5-15 мг/ч.

Согласно современным руководствам по ведению пациентов с гипертензивными кризами, не рекомендуется применять при этих состояниях клонидин, который при быстром введении вызывает ортостатические реакции с последующей фазой повышения АД («клонидиновые кризы»), а также препарат триметанфан (арфонад), побочным эффектом которого является не только выраженная гипотензия, но и угнетение дыхания.

— Появились ли за последние годы новые возможности в лечении гипертензивных кризов?

— Дополнения в перечень препаратов, рекомендованных европейскими руководствами для лечения гипертензивных кризов, на протяжении последних двух лет не вносились; арсенал же таких средств, зарегистрированных на территории Украины, пополнился препаратом, который достаточно давно используется во многих странах как при экстренной терапии гипертензивных кризов, так и для планового лечения АГ при рефрактерной или злокачественной форме заболевания. Речь идет о препарате урапидил (Эбрантил, NYCOMED). В информационном письме Европейского общества по изучению артериальной гипертензии (Update on Hypertension Management 2006; 7: No. 28) урапидил был внесен в перечень лекарственных средств, рекомендуемых для

парентерального применения при гипертензивных кризах, наряду с другими препаратами, традиционно использовавшимися при этих состояниях. На сегодня урапидил (Эбрантил) введен в стандарты оказания неотложной помощи при гипертензивных кризах в ряде европейских стран, а также широко применяется для лечения гипертензивных состояний во время беременности. Учитывая что арсенал инъекционных препаратов для лечения гипертензивных кризов в Украине не очень велик, включение в него Эбрантила расширяет возможности выбора для врачей в различных клинических ситуациях.

Урапидил является блокатором альфа-адренорецепторов и обладает способностью к активации центральных серотониновых (5-HT_{1A}) рецепторов. Таким образом, этот препарат оказывает как центральное, так и периферическое действие, что обуславливает его преимущества перед другими антигипертензивными средствами. В частности, урапидил не вызывает рефлекторной тахикардии в процессе снижения АД, что очень важно, учитывая что гипертензивный криз и злокачественная АГ относятся к тяжелым состояниям, при которых рефлекторная тахикардия может осложнить ситуацию.

Для лечения осложненных кризов используется инъекционная форма урапидила, схема применения которого достаточно проста: препарат вводится внутривенно болюсно, при этом первая доза составляет 25-50 мг. В случае отсутствия реакции в течение 5 мин после первого введения препарата, инъекцию можно повторить, а затем перейти на поддерживающую инфузионную терапию. Урапидил обладает большой продолжительностью действия — 8-12 ч, этого времени вполне достаточно, чтобы купировать гипертензивный криз.

— При каких осложнениях гипертензивного криза урапидил показал наибольшую эффективность?

— В европейских исследованиях была показана эффективность Эбрантила при различных угрожающих жизни состояниях, которые развиваются при гипертензивных кризах (остром коронарном синдроме, отеке легких, ОНМК). Эти исследования были посвящены изучению эффектов урапидила и сравнительной оценке его эффективности и безопасности с другими препаратами, традиционно используемыми в данных ситуациях.

Например, в сравнительном исследовании с использованием нитроглицерина и урапидила при гипертензивном кризе, сопровождавшемся отеком легких, наблюдались сопоставимые снижение АД и переносимость обоих препаратов (Nitura study; W. Schreiber C. Woiseschlager et al., 1998). В то же время при отеке легких урапидил может иметь преимущества перед нитропрепаратами, которые способствуют снижению степени оксигенации артериальной крови, что в данной ситуации является неблагоприятным эффектом. Отсутствие нежелательного эффекта у урапидила в ходе проводившихся исследований обуславливало более высокую степень оксигенации крови у пациентов на первом этапе лечения по сравнению с нитропрепаратами.

Урапидил особенно хорошо зарекомендовал себя в исследованиях, а также в клинической практике при лечении гипертензивных кризов, осложненных геморрагическими инсультами (INTERACT trial; Craig S Anderson, Yining Huang, Ji Guang Wang et al., Lancet Neurol, 2008). Таким образом, эффективность Эбрантила доказана для большинства осложненных гипертензивных кризов.

Учитывая что урапидил может применяться как болюсно, так и капельно, его использование предоставляет возможность врачу корректировать темпы и степень снижения АД в тех случаях, когда это необходимо.



Ю.Н. Сиренко

— Целесообразно ли использование урапидила в лечении неосложненных гипертензивных кризов?

— Да, эффективность урапидила была изучена в ходе клинических исследований в лечении неосложненных кризов, результаты которых свидетельствуют о целесообразности его использования в данных клинических ситуациях. Простая схема применения, хорошая переносимость Эбрантила являются дополнительными аргументами в пользу этого препарата. В сравнительном клиническом исследовании, где при неосложненном гипертензивном кризе использовались урапидил в инъекционной форме и нифедипин (сублингвально), было показано, что урапидил, вводимый внутривенно, имеет определенные преимущества перед нифедипином. Так, применение урапидила более управляемое и сопровождается меньшим количеством побочных явлений по сравнению с нифедипином (M.M. Hirschl, MD, D. Seidler, MD et al., American Journal of Emergency Medicine D Volume 1993).

— Какое место занимает урапидил в плановом лечении АГ?

— Урапидил (Эбрантил) в форме капсул применяется в лечении рефрактерной АГ в ситуациях, когда использование трех антигипертензивных препаратов (один из которых диуретик) не обеспечивает снижения АД ниже значений 140/90 мм рт. ст. Напомню, что при подозрении на рефрактерную АГ очень важно убедиться в адекватности проводившейся антигипертензивной терапии. В такой ситуации необходимо проанализировать как выбор препаратов, так и назначавшиеся дозы. Дополнительный четвертый препарат должен применяться в случае, когда исчерпаны все имеющиеся возможности (в том числе и замена генерических препаратов на оригинальные в случае возникновения сомнений относительно качества первых). В такой ситуации назначение урапидила, обладающего хорошим антигипертензивным эффектом, будет являться тем дополнительным шагом, который обеспечит успех терапии.

Кроме того, Эбрантил займет свою нишу в лечении злокачественной АГ, характеризующейся значительным (>180/120 мм рт. ст.) подъемом АД, развитием тяжелых изменений сосудистой стенки (фибриноидный некроз), приводящих к кровоизлияниям и/или отеку сосуда зрительного нерва, ишемии тканей и нарушению функции различных органов. Высокий уровень смертности больных злокачественной АГ обуславливает важность своевременного и эффективного лечения этого заболевания. Таким пациентам рекомендовано использование трех и более антигипертензивных препаратов, и введение в схему их лечения урапидила представляется целесообразным.

В заключение хочу обратить внимание клиницистов на тот факт, что распространенность гипертензивных кризов напрямую зависит от качества лечения населения от АГ. Адекватная антигипертензивная терапия, обеспечение приверженности больных АГ к лечению — главные условия предотвращения развития этих тяжелых состояний и инвалидизации пациентов.

Подготовила Наталья Очеретяная

3