

РАЗДЕЛ 3. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.

А.Н. Андреев.

Уральская государственная медицинская академия, Свердловский областной психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

Гипертонические кризы (ГК), возникающие при гипертонической болезни, в большинстве случаев характеризуются регионарными нарушениями кровообращения в сфере мозговых и коронарных сосудов. В настоящее время принято выделять пять клинико-патогенетических вариантов ГК. Из них наиболее часто во врачебной практике встречаются гипертензивный кардиальный криз, церебральный ангиогипотонический криз и церебральный ишемический криз.

Гипертензивный кардиальный криз характеризуется острой левожелудочковой недостаточностью при резком повышении АД, достигающим 220/120 мм.рт.ст. и выше. При развернутой фазе криза возможно развитие альвеолярного отека легких.

Церебральный ангиогипотонический криз соответствует гипертонической энцефалопатии, в патогенетической основе которой лежит недостаточная тоническая реакция артерий мозга в ответ на повышение АД при одновременном падении тонуса вен с последующим отеком мозга и нарастанием внутричерепного давления. Клиническим эквивалентом данных нарушений является сильнейшая головная боль, тошнота, повторные приступы рвоты, общая заторможенность.

Церебральный ишемический криз обусловлен избыточной тонической реакцией мозговых артерий в ответ на чрезвычайный прирост АД. Клинически это проявляется кратковременными очаговыми неврологическими нарушениями в зависимости от зоны церебральной ишемии.

Особенностью течения ГК у лиц пожилого и старческого возраста является торпидность нарастания клинической симптоматики, склонность к затяжному, порой рецидивирующему течению.

При купировании ГК у пациентов старших возрастных групп введение только гипотензивных средств оказывается, как правило, недостаточным. Это обусловлено частым развитием в этой ситуации регионарной тканевой гипоксии.

При проведении неотложной терапии гипертензивного кардиального криза необходимо предусмотреть в/в назначение дроперидола 0,25 %-2 мл, лазикса 60-80 мг, а также в/м пентамина 5 %- 0,5-1 мл. Учитывая, что у данной категории больных на высоте ГК часто наблюдается преобладание

гипокINETического варианта гемодинамики, целесообразно проводимую терапию сочетать с в/в введением коргликона 0,06 % - 1 мл. Использование бета-адреноблокаторов (обзидан) нежелательно. Одновременно с парентеральной терапией перечисленными препаратами рекомендуется назначать сублингвально коринфар 20 мг однократно или нитроглицерин по 1 таблетке каждые 10 мин. (5 - 6 раз).

Купирование церебрального ангиогипотонического криза включает применение в/в дибазола 1 %-8мл, седуксена 10 мг, эуфиллина 2,4 %-10 мл или кофеина 10 %-2 мл. Кроме того, возможно в/м назначение клофелина 0,01%-0,5 мл, магния сульфата 25 %-10 мл, анальгина 50 %- 2мл или даларгина 2 мл. При частой рвоте - торекан (тизилперазин) 2 мл (13 мг).

При развитии церебрального ишемического криза используют в/в клофелин 0,01 %-0,1-0,15 мл в 15 мл 5 % раствора глюкозы, эуфиллина 2,4 %-10 мл либо но-шпа 2 %- 4-мл, седуксен 10 мг. При недостаточном снижении АД через 20 минут - пентамин капельно. Нежелательно применение мощных диуретиков.

В последние годы у больных обсуждаемой возрастной группы отказались от применения аминазина и его производных в связи с возможным развитием необратимого коллаптоидного состояния и угнетением дыхательного центра.

Учитывая наличие у данных пациентов возрастной патологии и возможности развития шлейфовых посткризовых сосудистых осложнений целесообразно в дальнейшем по выведению больных из угнетенного состояния назначить курсы препаратов цереброангиорегулирующего и цереброангиопротекторного действия (кавинтон, трентал, пирацетам, девинкан).

Таким образом, представленная тактика неотложной медикаментозной терапии при основных вариантах ГК, позволит врачам своевременно предотвратить у больных возможное тяжелое сосудистое осложнение.