

Дифференцированный подход к снятию гипертонических кризов у детей с первичной артериальной гипертензией

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

У детей и подростков с артериальной гипертензией (АГ) на фоне эмоционального или физического перенапряжения могут развиваться гипертонические кризы (ГК), что требует оказания неотложной помощи. Гипертонический криз – это внезапное ухудшение общего состояния, обусловленное резким повышением артериального давления (АД). Несвоевременная и неадекватная терапия может привести к поражению внутренних органов.

Целью нашего исследования было изучение характера и частоты ГК у детей с первичной АГ и подбор адекватной терапии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в течение 6-ти лет находились 150 детей в возрасте от 10 до 17 лет с первичной АГ. Комплексное обследование и наблюдение проводилось на базе Республиканского ревматологического детского центра, расположенного в 4-й городской детской клинической больнице г. Минска. Из обследованных детей 69 (46%) имели стабильную АГ и 81 (54%) – лабильную.

Результаты исследования. Среди пациентов с лабильной АГ (1-я стадия) у 30 (37%) наблюдались гипертонические кризы. При этом у 78 детей наблюдался I тип ГК – гиперкинетический (с увеличением сердечного выброса крови), сопровождающийся синусовой или пароксизмальной тахикардией. При этом повышалось систолическое давление, увеличивалось пульсовое давление.

Среди детей со стабильной АГ гипертонические кризы встречались в 43,5% случаев (30 детей). При этом в 79,7% случаев наблюдался II тип

ГК – гипокинетический, при котором повышалось как систолическое, так и диастолическое давление (был выражен спазм периферических сосудов). При этом частота сердечных сокращений не изменялась или даже появлялась синусовая брадикардия.

Крайне важно было определить тип гипертонического криза, так как тактика ведения пациентов отличалась при разных типах кризов.

Вначале при всех типах кризов мы назначали седативные препараты быстрого действия: корвалол или валокордин по 20 капель внутрь. По возможности успокаивали пациента.

При I типе криза мы использовали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и бета-адреноблокаторы. Вначале назначали каптоприл (иАПФ быстрого действия) сублингвально в дозе 25 мг (реже – 50 мг, если АД очень высокое), при этом через 0,5 часа АД снижалось на 20 мм рт. ст. Если этого было недостаточно, добавляли неселективный бета-адреноблокатор внутрь. Препаратами выбора были пропранолол (синонимы: индерал, обзидан, анаприлин) в дозе 20 мг, или конкор (синоним: бисопролол) в дозе 5 мг. Обычно этих мероприятий было достаточно для снятия гипертонического криза I типа.

При II типе криза необходимо было быстро расширить сосуды большого круга кровообращения (особенно мелкие). Для этого мы применяли нифедипин или амлодипин в дозе 5 мг сублингвально, при этом через 0,5 часа АД снижалось более, чем на 20 мм рт.ст. Желательно, чтобы при этом пациент находился в постели. Если через некоторое время АД вновь повышалось, мы назначали иАПФ внутрь: эналаприл или берлиприл в дозе 2,5 мг – 5,0 мг 2 раза в день в течение нескольких дней под контролем АД. Иногда при затянувшемся кризе к лечению мы добавляли диуретик (гипотиазид или даже фуросемид) однократно.

Следует отметить, что у детей и подростков гипертонический криз снимался довольно быстро, при этом мы не использовали парентеральное введение препаратов.

Выводы. Гипертонические кризы встречаются у детей с первичной АГ, как при стабильной, так и при лабильной стадии. Важно проводить дифференциальную диагностику ГК и соответствующую форме криза терапию.