**Злокачественная артериальная гипертензия**

Артериальная гипертензия – одно из наиболее частых хронических заболеваний, легко распознаваемое и поддающееся эффективному лечению. В то же время, артериальная гипертензия – величайшая в истории человечества неинфекционная пандемия, определяющая структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Цель антигипертензивного лечения: снижение артериального давления до целевого уровня для разных групп больных (гипотензивная терапия в узком смысле слова) и предотвращение [либо отсрочка] возникновения сердечно-сосудистых осложнений: инсульта, гипертрофии левого желудочка, ишемической болезни сердца (включая острый инфаркт миокарда), хронической сердечной недостаточности. Критериями диагноза злокачественной артериальной гипертензии (первичной, вторичной) являются: повышение артериального давления (> 220/130) в сочетании с ретинопатией 3 – 4 ст. по Кейту, а также фибриноидный артериолонекроз, выявляемый при микроскопии биоптатов почек. Проведение биопсии почки не считают обязательным, учитывая травматичность и неполное соответствие между морфологическими изменениями в почках, сетчатке, головном мозге. Из всех случаев злокачественной артериальной гипертензии 40% приходится на долю больных с феохромоцитомой, 30 % - реноваскулярной артериальной гиперетензией, 12 % - с первичным альдостеронизмом, 10 % - с паренхиматозными болезнями почек, 2 % - эссенциальной артериальной гипертензией; 6 % - опухолями почек, склеродермией и др. Особенно часто злокачественная артериальная гипертензия выявляется у пациентов с сочетанными формами артериальной гипертензии и при множественной эмболии мелких ветвей почечных артерий холестериновыми частицами. В патогенезе злокачественной артериальной гипертензии принимает участие активация множества гормональных систем. Это приводит к увеличению натрийуреза, гиповолемии, повреждению эндотелия, пролиферации интимы. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом вазоконстрикторов и еще большему повышению артериального давления. Синдром злокачественной артериальной гипертензии обычно проявляется прогрессированием хронической почечной недостаточности, хронической сердечной недостаточности, снижением зрения, гипертрофией левого желудочка, нарушениями ритма сердца, склонностью к фибрилляции желудочков, похуданием, неврологическими симптомами со стороны центральной нервной системы, нарушениями реологических свойств крови, вплоть до синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, гемолитической анемии. Однако, эти симптомы не являются главными в диагностике злокачественной артериальной гипертензии. Суточный мониторинг имеет преимущества диагностики перед одноразовым измерением артериального давления. Более точные тонометры, прикрепляемые на предплечье больного. Больные злокачественной артериальной гипертензией имеют нарушенные механизмы ауторегуляции в жизненно важных органах, главным образом, - в мозге и почках. Поэтому неадекватное снижение артериального давления у таких больных может привести к серьезным и даже опасным для жизни осложнениям, вызванным гипоперфузией органов. На первом этапе артериальное давление снижают не более чем на 25 % от исходного уровня. Затем, если позволяет состояние больного (отсутствуют признаки преходящего нарушения мозгового и коронарного кровообращения, почечной недостаточности), – снижают до целевого уровня. Для снижения артериального давления используют комбинации трех или четырех препаратов первого ряда, например: бета-адреноблокатор, диуретик, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; бета-адреноблокатор, диуретик, антагонист кальция. Необходимо помнить о возможности избыточного удаления натрия при интенсивном введении мочегонных. Это сопровождается дальнейшей активацией ренин-альдостероновой системы и повышением артериального давления. Предпочтение надо отдать препаратам длительного действия либо ретардным формам. Это позволит избежать повышения артериального давления и кардиоваскулярных осложнений в утренние часы Следует помнить, что действие некоторых медикаментов проявляется только через две недели, а бета-адреноблокаторов через 4-6 недель Поэтому изменения в протоколе лечения проводятся не ранее чем через месяц. Специфичность лечения злокачественной артериальной гипертензии обусловлена поражением органов – мишеней: проводится коррекция коронарной, церебро- васкулярной, почечной недостаточности. При отсутствии адекватного эффекта в терапию дополнительно включают: **моксонидин /физиотенз/**- селективный агонист имидазолиновых рецепторов по 0,2-0,4 мг в сутки; **простагландин Е2** – внутривенно капельно; **нитропруссид натрия** – 1 мкг/кг в минуту под контролем артериального давления (противопоказан при нарушении мозгового кровообращения); **экстракорпоральные методы очистки крови**: 2 – 3 процедуры гемосорбции или плазмофереза; при почечной недостаточности - гемодиализ или гемофильтрация; при наличии отеков, резистентных к диуретикам – изолированная ультрафильтрация плазмы крови. Если улучшение не наблюдается и имеется уремия, - показана трансплантация почек. При реноваскулярной АГ, односторонней сморщенной почке, феохромоцитоме, первичном альдостеронизме. коарктации аорты – проводится хирургическое лечение. **Диспансерное наблюдение** проводится в поликлинике 1 раз в 3 месяца: изучают глазное дно, уровень мочевины и креатинина крови; кровоснабжение миокарда по ЭКГ, сократимость по ЭхоКГ, неврологический статус. При ухудшении состояния – повторная госпитализация.

Раповец Валерий Александрович

Конспект врача

Выпуск 43