

Дискуссии

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2021

Крюков Е.В.¹, Фурсов А.Н.², Потехин Н.П.², Чернов С.А.², Захарова Е.Г.²

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ — КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАКТОВКА ТЕРМИНА

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко» Минобороны России, 105094, Москва, Россия

Термин «гипертонический криз» (ГК) описывает состояние, развивающееся во времени, исходы которого зависят как от сроков начала и полноты оказания медицинской помощи, так и от исходного клинического статуса больного. Термин «неконтролируемая артериальная гипертензия» в рекомендациях ESC и РКО 2018–2020 гг. не может полностью заменить понятие «неосложненный ГК». Целесообразно придерживаться рекомендаций Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (РМОАГ) 2019 г., в которых сохраняется деление на осложненные и неосложненные ГК.

В клинической практике следует выделять три варианта значимого повышения АД у больных с артериальной гипертензией: изолированное повышение АД, неосложненный и осложненный ГК. Необходимо проводить стратификацию больных с неосложненным ГК по степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений для определения показаний к их госпитализации. купирование значительного для пациента повышения АД должно приводить к безопасному для него уровню давления, принимая во внимание риск гипотонии и гипоперфузии жизненноважных органов и систем.

Ключевые слова: неосложненный гипертонический криз; осложненный гипертонический криз; изолированное повышение АД.

Для цитирования: Крюков Е.В., Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернов С.А., Захарова Е.Г. Гипертонический криз — клиническая трактовка термина. *Клиническая медицина*. 2021;99(2):146–149. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-2-146-149>

Для корреспонденции: Фурсов Андрей Николаевич — д-р мед. наук, заведующий отделением артериальных гипертензий Кардиологического центра ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России; e-mail: fursovan@mail.ru

Kryukov E. V.¹, Fursov A. N.², Potekhin N. P.², Chernov S. A.², Zakharova E. G.²

HYPERTENSIVE CRISIS — CLINICAL INTERPRETATION OF THE TERM

¹Military Medical Academy named after Kirov S.M. of the Ministry of Defense of Russia, 194044, St. Petersburg, Russia

²Main Military Clinical Hospital named after Academician Burdenko N.N. of the Ministry of Defense of Russia, 105094, Moscow, Russia

The term «hypertensive crisis» is used to describe a condition that develops over time, and the outcomes depend on both, timing and completeness of medical care and the initial clinical status of the patient. The term «uncontrollable arterial hypertension» in ESC and RSC recommendations (2018–2020) cannot replace the concept of “uncomplicated HC” completely. It is advisable to adhere to the recommendations of the Russian Medical Society for Arterial Hypertension (RMSAH) developed in 2019, in which the division into complicated and uncomplicated HC still remains.

In clinical practice, three variants of a significant increase in blood pressure in patients with arterial hypertension should be distinguished: an isolated increase in blood pressure, uncomplicated and complicated HC. It is necessary to stratify patients with uncomplicated HC according to the degree of risk of cardiovascular complications development in order to determine the indications for their hospitalization. The rapid relief of a significant increase in blood pressure should lead to a safe level of patient's pressure, taking into account the risk of hypotension and hypoperfusion of vital organs and systems.

Key words: uncomplicated hypertensive crisis; complicated hypertensive crisis; isolated increase in blood pressure.

For citation: Kryukov E.V., Fursov A.N., Potekhin N.P., Chernov S.A., Zakharova E.G. Hypertensive crisis — clinical interpretation of the term. *Klinicheskaya meditsina*. 2021;99(1):146–149. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-2-146-149>

For correspondence: Andrey N. Fursov — MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Arterial Hypertension of the Cardiological Center of the Federal State Institution Main Military Clinical Hospital named after N.N. Burdenko; e-mail: fursovan@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 24.12.2020

Гипертоническая болезнь (ГБ) — одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Практически каждый пациент, страдающий ГБ,

в течение жизни переносит гипертонический криз (ГК). Вместе с тем, в связи с практически полным отсутствием рандомизированных клинических исследований, ГК

является самым «трудным» разделом кардиологии с позиций доказательной медицины. В медицинском сообществе отсутствует единство мнений в отношении того, какие клинические состояния, связанные с повышением артериального давления (АД), относить к понятию ГК. Практическому врачу приходится сталкиваться с ситуациями от бессимптомного повышения АД до острой гипертонической энцефалопатии, отека легких и острого коронарного синдрома (ОКС) на фоне артериальной гипертонии (АГ) [1].

По данным исследования ЭССЕ-РФ II (2019), распространенность АГ среди взрослого населения в 2019 г. составляла 44,2%, а у лиц старше 60 лет — 70%. При этом осведомлены о наличии у них повышенного АД 76,8% пациентов, лечатся около половины (53,1%), а достигают необходимых (целевых) значений АД лишь четверть (24,9%) всех лечившихся [2].

По данным ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, причиной недопущения целевых значений АД, с одной стороны, является неадекватная антигипертензивная терапия (АГТТ) или низкий комплаенс (в 50–55% случаев), с другой — психоэмоциональный стресс (в 25% случаев), нарушения режима питания (избыточное потребление жидкости, алкоголя, поваренной соли) и изменения объема физических нагрузок (гиподинамия, аккордные нагрузки) (в 15% случаев), прием ряда лекарственных препаратов (нестероидных противовоспалительных средств, глюкокортикостероидов) (в 10% случаев), метеорологические влияния (в 20% случаев) [1]. Как бы то ни было, данная часть больных составляет группу пациентов, у которых в последующем следует ожидать развитие ГК. Необходимо также учитывать, что выраженное повышение АД, особенно в утренние часы без значимой клинической симптоматики, может являться и «частной» проблемой вариабельности АД у этих больных, хотя в любом случае ГК — это маркер неадекватности терапии АГ.

До 2020 г. в России была принята классификация ГК в зависимости от ответа органов-мишеней на повышение АД: осложненный и неосложненный ГК [3]. Однако в 2018–2020 гг. экспертные группы вначале Европейского общества кардиологов (ESC), а затем и Российского кардиологического общества (РКО) пересмотрели классификацию ГК [4, 5]. Теперь ГК определяется как состояние, при котором значительное повышение АД (до 3-й степени) ассоциируется с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующим немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью парентеральной терапии в условиях стационара. То есть ГК, по мнению экспертов, — это осложнения кризового повышения АД в виде развития острого поражения органов-мишеней: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), ОКС и др. Термин «неосложненный ГК», определявший выраженное повышение АД, сопровождавшееся клиническими симптомами без признаков острого поражения органов-мишеней, признан устаревшим и не рекомендован к использованию [5, 6].

В то же время рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (РМОАГ) 2019 г. по-прежнему разделяют гипертонические кризы на осложненные и неосложненные [7], тогда как в российских рекомендациях РКО, утвержденных МЗ РФ в 2020 г., термин «неосложненный ГК» отсутствует [5].

Причиной исчезновения из рекомендаций неосложненного ГК явилась позиция экспертов ESC и РКО, основанная на результатах ретроспективного обсервационного Кливлендского исследования (Cleveland Clinic Healthcare system, USA) 2008–2015 гг. Результаты исследования показали отсутствие статистически значимого влияния на прогноз заболевания госпитализации больных с диагнозом неосложненного ГК по сравнению с амбулаторным режимом лечения [6, 8]. Из вышесказанного следует, что, по результатам Кливлендского исследования, в представленной редакции гипертонического криза ESC и РКО 2018–2020 гг. авторы основной акцент в трактовке ГК делают не столько на клинических аспектах течения болезни, сколько на обосновании экономической целесообразности госпитализации пациента. Данный подход, как нам кажется, является спорным и не может быть положен в основу клинической оценки вариантов ГК.

Возникает вопрос: как терминологически обозначить значительное повышение АД за короткий промежуток времени у пациентов при отсутствии у них признаков повреждения органов-мишеней, но при наличии определенной симптоматики, отличающей стабильное течение АГ? Ведь исчезновение термина «неосложненный ГК» не означает исчезновения таких состояний у больных с ГБ.

Что же предлагается вместо неосложненного ГК? Согласно рекомендациям ESC 2018 г., которые рассматривают выраженное повышение АД без поражения органов-мишеней как неконтролируемую АГ, данная клиническая ситуация требует лишь назначения/возобновления или модификации (подбора) пероральной АГТТ согласно алгоритму медикаментозного лечения АГ в амбулаторных условиях [4]. Российские эксперты Общества специалистов по неотложной кардиологии в 2020 г. предложили вместо термина «неосложненный ГК» для обозначения выраженного повышения АД у пациентов без признаков поражения органов-мишеней, сопровождающегося субъективной симптоматикой, снижением качества жизни и трудоспособности, использовать термин «внезапное выраженное индивидуально-значимое повышение АД». Таких пациентов рекомендуется лечить амбулаторно с назначением препаратов для перорального применения, но с быстрым началом и оптимальной продолжительностью действия. В последующем целесообразен пересмотр проводимой АГТТ [8]. Следует обратить внимание, что предложенная экспертами терминология по сути является перефразировкой понятия «неосложненного ГК», лишь удлиняя его написание. Кроме того, предложенные экспертами РКО схемы лечения и медикаментозное сопровождение этого состояния практически полностью совпадают с рекоменда-

ями по лечению неосложненного ГК, предложенными в 2010 г. [3].

По нашему мнению, ГК — явление, развивающееся во времени, исходы которого зависят от сроков начала и полноты оказания медицинской помощи. Поэтому деление ГК на осложненные и неосложненные носит скорее ретроспективный характер, что не должно определять алгоритм лечебных мероприятий при первичном осмотре больного и требует строго индивидуального подхода.

Анализ медицинской документации пациентов ГВКГ им. Н.Н. Бурденко за последние 30 лет показал, что частота кризового течения АГ снизилась с 30 до 12%, при этом количество неосложненных ГК увеличилось с 46 до 92% [1]. И если первая позиция свидетельствует об эффективности современной антигипертензивной терапии в плане контроля за течением ГБ, то вторая говорит об обоснованности лечебных подходов, принятых при кризовом повышении АД в плане профилактики перехода неосложненного ГК в осложненный. Кроме того, анализ причин увеличения за последние годы количества пациентов, госпитализированных с направительным диагнозом «неосложненный ГК», показал, что в основном (более чем в 50% случаев) при направлении в стационар имела место гипердиагностика ГК. Основная масса таких больных направлялась с амбулаторного приема, где у них констатировалось значимое по сравнению с обычным для них повышение АД без каких-либо клинических проявлений. Не соответствует истине и снижение за тот же период времени частоты осложненных ГК с 54 до 8%. Причиной этому, по всей видимости, являются особенности кодирования окончательного диагноза заболевания по МКБ 10, где указывается не синдром, приведший к экстренной госпитализации (ГК в данном случае), а его осложнения, приобретшие статус нозологии (мозговой инсульт, инфаркт миокарда и др.). Вполне понятно, что «входной» диагноз (диагноз направления) ГК отходит на второй план и статистически нередко не учитывается [1].

В определенной мере наши данные согласуются с данными В.В. Руксина (2009), в которых в структуре вызовов скорой медицинской помощи к больным с повышенным АД в 83,5% случаев имеет место ухудшение течения ГБ, неосложненный ГК констатирован в 9,8%, а осложненный — в 6,7% случаев [9].

По нашему мнению, следует считать, что течение АГ как нозологической формы может носить как стабильный, «управляемый» характер, так и плохо контролируемый ее вариант, с диапазоном размаха уровней АД от изолированного повышения АД до неосложненного и осложненного ГК. Естественно, грани между этими вариантами лабильны и эти состояния могут перетекать одно в другое в зависимости от обстоятельств. Предложенный нами термин «изолированное повышение АД» позволит избежать гипердиагностики неосложненного ГК и тем самым оптимизировать показания к направлению в стационар. Относительно внезапное повышение АД, сопровождавшееся клинической симптоматикой, но без развития признаков острого повреждения органов-мишеней следует по-прежнему считать неосложнен-

ным ГК, а не неконтролируемой АГ. С одной стороны, это даст внятное определение вышеуказанного состояния у больных с АГ, а с другой — подчеркнет национальные особенности понимания, что собой представляет ГК. Кроме этого, принимая во внимание, что группа неосложненного ГК крайне неоднородна, целесообразно провести ее стратификацию по степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) от низкого до очень высокого, критерии чего уже давно используются в клинической практике. Ведь ни у кого не вызывает сомнений необходимость дифференцированной маршрутизации и терапии больного с неосложненным ГК при низкой степени риска развития ССО и у коморбидного пациента с очень высоким риском развития сердечно-сосудистых катастроф. При этом у последнего возможно и стационарное наблюдение за стабилизацией уровней АД в течение 3–7 дней. Напротив, терапия неосложненного ГК у пациентов с низким и средним риском развития ССО возможна и в амбулаторных условиях.

Естественно, что если на фоне значимого повышения АД происходит появление и/или нарастание поражения органов-мишеней, в частности развитие ОКС, острой левожелудочковой недостаточности, ОНМК, расслоения аорты, то это свидетельствует о развитии осложненного ГК с новыми нозологическими формами заболеваний. Следует только иметь в виду, что ОКС, инфаркт головного мозга (ИГМ), отек легких могут быть не только осложнениями, но и причиной острого компенсаторного повышения АД [1]. Однако в подобных случаях рассмотрение причинно-следственных взаимоотношений, на наш взгляд, имеет скорее теоретическое значение, нежели определяет терапевтическую тактику.

Таким образом, по нашему мнению, есть три варианта значимого повышения АД у больных с АГ: изолированное (без значимой клинической симптоматики) повышение АД, неосложненный и осложненный ГК.

При значимом повышении АД чрезвычайно важно выбрать правильную тактику лечения больного. Необходимо при проведении лечебных мероприятий помнить, что быстрое и избыточное снижение АД несет такой же риск, как и его высокий первоначальный уровень. Кроме этого, наличие или отсутствие признаков высокой симпатoadренальной активности (тахикардия, преимущественно систолический характер повышения АД) вносит коррективы в характер АГТТ. При этом следует рассмотреть два дальнейших варианта течения значительного повышения АД. При первом варианте — стабилизации клинического состояния больного, в частности купирование проявлений гипертонической энцефалопатии и появление тенденции к снижению уровней АД — таким больным показано дальнейшее амбулаторное лечение. При отсутствии тенденции к стабилизации клинического состояния и уровней АД, особенно у пациентов группы высокого и очень высокого риска ССО, целесообразно рассмотреть вариант направления в стационар. При втором варианте, а именно при появлении, нарастании поражения органов-мишеней, в частности развитии ОКС, острой левожелудочковой недостаточности, ОНМК, рас-

слоения аорты (т.е. развитии осложненного ГК), больной направляется в кардиологическое или иное неотложное специализированное отделение. Терапия осложненного ГК предусматривает использование парентерального (внутривенного) пути поступления лекарственных препаратов с возможностью «управляемого» снижения АД.

Заключение

Термин «гипертонический криз» описывает состояние, развивающееся во времени, исходы которого зависят как от сроков начала и полноты оказания медицинской помощи, так и от исходного клинического статуса больного.

В этой связи «гипертонический криз» как диагноз «направления» еще не раскрывает полностью его сущности, он лишь диктует необходимость использовать определенную лечебную тактику, от адекватности которой в определенной мере будет зависеть, имеем мы дело с осложненным или неосложненным вариантом ГК. При развитии каких-либо осложнений повышенного АД они выходят на первый план, становясь основной нозологической формой (ОКС, ИГМ и др.) согласно МКБ-10.

Термин «неконтролируемая АГ» в рекомендациях ESC и РКО 2018–2020 гг. не может полностью заменить понятие «неосложненный ГК». Следует сохранить термин «неосложненный ГК», что даст внятное определение большинству случаев значимого повышения АД у больных с АГ. В связи с этим целесообразно придерживаться рекомендаций Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (РМОАГ) 2019 г., в которых сохраняется деление на неосложненные и осложненные ГК.

По нашему мнению, в клинической практике следует выделять три варианта значимого повышения АД у больных с АГ: изолированное повышение АД, неосложненный и осложненный ГК. Учитывая, что группа больных с неосложненным ГК крайне неоднородна, следует проводить ее стратификацию по степени риска развития ССО (от низкого до очень высокого) для определения показаний к их госпитализации.

Купирование значительного для пациента повышения АД должно приводить к безопасному для него уровню давления, принимая во внимание риск гипотонии и гипоперфузии жизненно важных органов и систем. Достижение нормотензии не должно являться целью купирования повышенного АД.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Крюков Е.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Чернецов В.А., Чернов С.А., Захарова Е.Г. Гипертонический криз: современный взгляд на проблему и оптимизация лечебно-диагностических подходов. *Клиническая медицина*. 2016;94(1):52–56. [Kryukov E.V., Potekhin N.P., Fursov A.N., Chernetsov V.A., Chernov S.A., Zakharova E.G. Hypertensive crisis: a modern view of the problem and optimization of treatment and diagnostic approaches. *Klinicheskaya meditsina*. 2016;94(1):52–56. (in Russian)]
2. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э. и др. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ-2. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2019;15(4):450–466. [Balanova Y.A., Shalnova S.A., Imaeva A.E. et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSERF-2 Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):450–66. (in Russian)]
3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (4-й пересмотр). *Системные гипертензии*. 2010;3:5–26. [Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Russian recommendations (4th revision). *Systemic hypertension*. 2010;3:5–26. (in Russian)]
4. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. Guidelines for the management of arterial hypertension. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH. *Eur. Heart. J.* 2018;39:3021–104.
5. Артериальная гипертензия у взрослых. *Рекомендации РКО одобренные научно-практическим советом МЗ РФ; 2020 г.* [Arterial hypertension in adults. *RSC recommendations approved by the scientific and practical council of the Ministry of Health of the Russian Federation*; Feb 2020. (in Russian)]
6. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов / Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии 2018 г. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(12):131–142. [Kobalava Zh.D., Konradi A.O., Nedogoda S.V. et al. Memorandum of experts of the Russian Society of Cardiology on the recommendations of the European Society of Cardiology / European Society of Hypertension for the treatment of hypertension 2018. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;23(12):131–142. (in Russian)]
7. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. *Системные гипертензии*. 2019;16(1):6–31. [Chazova I.E., Zhernakova Yu.V. on behalf of the experts. Clinical guidelines. Diagnostics and treatment of arterial hypertension. *Systemic hypertension*. 2019;16(1):6–31. (in Russian)]
8. Терещенко С.Н., Арутюнов Г.П., Галявич А.С. и др. Неотложная помощь при внезапном выраженном индивидуально-значимом повышении артериального давления без клинически явного поражения органов-мишеней. Место каптоприла. Заключение Совета экспертов. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(2):37–38. [Tereshchenko S.N., Arutyunov G.P., Galyavich A.S. et al. Emergency care in case of a sudden pronounced individually significant increase in blood pressure without clinically obvious damage to target organs. Place of captopril. Conclusion of the Council of Experts. *Russian journal of cardiology*. 2020;25(2):37–38. (in Russian)]
9. Руксин В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии. М.: МЕДпресс-информ; 2009. [Rukhsin V.V. Emergency care for arterial hypertension. Moscow: MEDpress–inform; 2009. (in Russian)]