

Следует обратить внимание, что лечение пациентов, страдающих злокачественным течением АГ, не следует начинать с одно- или двухкомпонентной схемы лечения, для эффективной терапии необходимо подбирать **адекватные дозы** препаратов с помощью не менее трех гипотензивных средств. Особенно стоит отметить, что при наиболее оптимальном выборе АГП, эффективно снижающих величину АД, уменьшение его уровня на старте лечения не должно происходить более чем на 25% от исходных величин. Следующий этап в

гипотензивной терапии

необходимо проводить, опираясь на индивидуальную переносимость пациента, но снижение АД должно происходить не более чем на 10-15%, в течение 2-4 недель.

То есть, уменьшение АД следует добиваться постепенно, так как больные ЗАГ имеют измененные механизмы ауторегуляции, прежде всего сосудистого тонуса, в жизненно важных органах, главным образом, - в мозге и почках. Поэтому, форсированное, неадекватное снижение АД у таких пациентов может привести к серьезным, опасным для жизни поражениям органов-мишеней и, как следствие, к смерти больных. При отсутствии положительного результата в лечении основными группами препаратов, включая агонисты к имидазолиновым рецепторам, необходимо воспользоваться лекарственными средствами резерва.

К ним относятся:

А-адреноблокаторы (например, доксазозин, празозин, теразозин);
препараты простагландинов Е_г (динопростол), для усиления положительного действия от АГТ;
нитропруссид натрия (противопоказан при нарушении мозгового кровообращения).

Не стоит также забывать, что в случае отсутствия достижения желаемого результата, возможно присоединение к лекарственной терапии аферезных методов лечения (ультрафильтрация, плазмоферез, гемосорбция, гемодиализ). Необходимо обратить особое внимание на новые возможности лечения рефрактерной АГ, в том числе и злокачественных ее форм

, первые результаты успешного применения которых представлены несколько месяцев назад. К новым методам лечения резистентной АГ относятся: чрескатетерная денервация почек (ЧДП) и стимуляция

каротидных барорецепторов

(СКБ). Эффективное снижение АД в обоих случаях осуществляется за счет инактивации СНС и, как следствие, снижения уровня норадреналина в крови.

Метод ЧДП заключается в установлении чрескожного катетера в правую и левую почечные артерии, который соединяется с радиочастотным генератором. При выполнении процедуры 5 раз по 2 минуты удается достичь денервации почек и ингибирования СНС с последующим снижением АД. СКБ осуществляется при установлении билатерального периваскулярного импульсного генератора, что способствует подавлению симпатической активности. Необходимо отметить значительный успех применения данного метода - эффективное снижение АД при **отсутствии** серьезных побочных реакций.

Появление новых стратегий в лечении резистентных АГ, включая ее злокачественные формы, открывают новые возможности и перспективы адекватного контроля уровня АД. Для широкого применения указанных методик и возможности внедрения в практическое звено здравоохранения, необходимо дальнейшее тщательное изучение их эффективности и безопасности. В заключение важно подчеркнуть, что при ведении пациентов со злокачественной гипертонией, следует с особым упорством подходить к выявлению ее причин и достижению целевых уровней АД в максимально короткие сроки, для наибольшего снижения сердечнососудистого риска, а значит и для продления жизни таких больных.

Прочитать еще:

- 1) [Фибринозное воспаление](#)
- 2) [Некроз](#)
- 3) [Нарушения обмена билирубина](#)