

обструктивная болезнь легких или атриовентрикулярная блокада. Потенциальными альтернативами у пациентов с противопоказаниями или у тех, кто не может переносить бета-адреноблокаторы, являются недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (производные фенилалкиламина и бензотиазепина) — верапамил** или дилтиазем. Оба препарата следует применять с осторожностью в условиях тяжелой АН, поскольку они могут вызвать рефлекторную тахикардию.

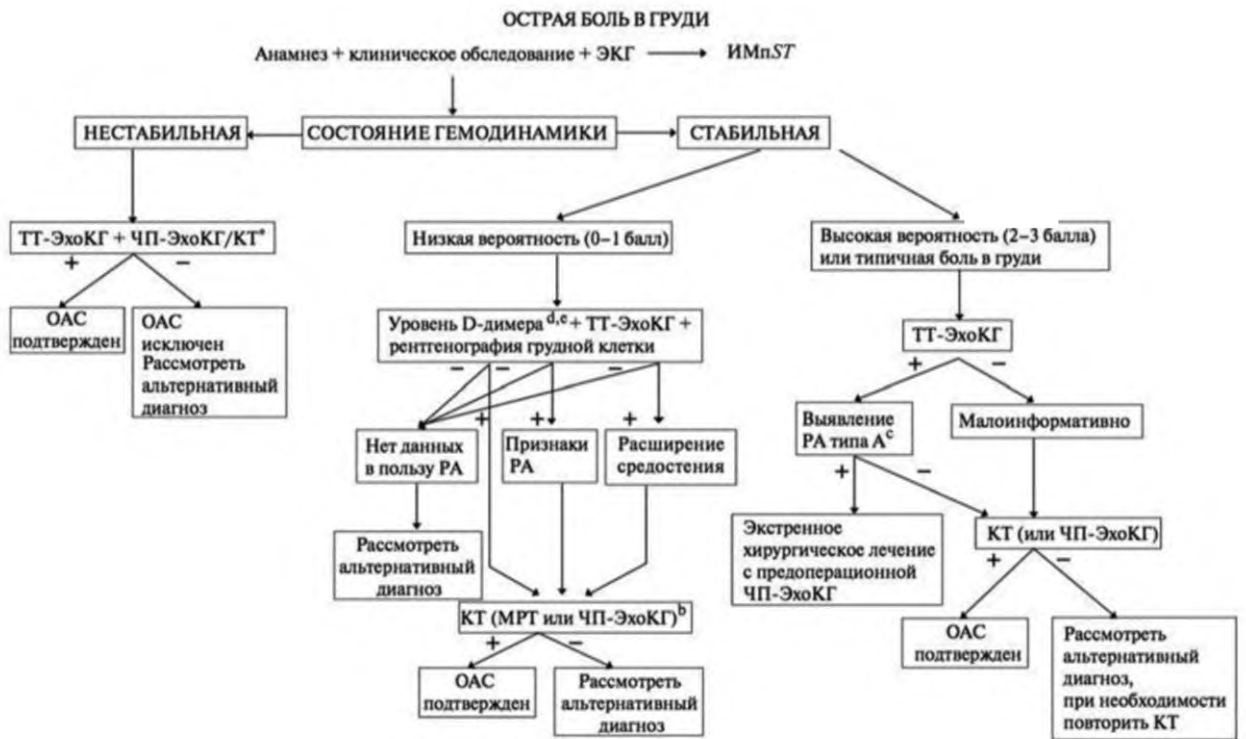
Дополнительные препараты могут потребоваться, если артериальная гипертензия невосприимчива к одному препарату. Периферические вазодилататоры следует применять с осторожностью, предварительно установив хронотропный контроль с помощью бета-адреноблокаторов, чтобы избежать рефлекторной тахикардии. Внутривенное введение нитропруссид натрия дигидрата также эффективно применялось в условиях острого РА, однако токсичность его основных метаболитов (цианида и тиоционата) при длительном введении является серьезным побочным эффектом.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина также являются разумными вариантами, но их труднее титровать.

Внутривенное введение опиоидов следует начинать как можно раньше после постановки диагноза и быстро подбирать дозы для облегчения боли.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритмы ведения пациентов с ОРА типа А



Алгоритмы ведения пациентов с РА типа В