

ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ КРИЗАМИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А., Баклан Е.И.

*ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, кафедра скорой медицинской помощи,
г. Екатеринбург*

Гипертензивный криз (ГК) – одно из наиболее частых и опасных неотложных состояний в кардиологии [1]. По различным данным он развивается у 1-7% больных с артериальной гипертензией и имеет тенденцию к увеличению, несмотря на появление эффективных антигипертензивных средств [2]. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (СМП) в России, где артериальная гипертензия (АГ) приобретает характер эпидемии, число вызовов бригад СМП к этим больным за последние годы выросло более чем в 1,5 раза [3,4]. На сегодняшний день остается много нерешенных вопросов, связанных с ГК [5].

Цель исследования – проанализировать частоту встречаемости ГК на догоспитальном этапе СМП в динамике с 2007 по 2012 годы и оценить тактику ведения пациентов данной группы.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование по данным статистики и отчетов врачей на подстанциях СМП г. Екатеринбурга за период с 2007 по 2012 годы. Критерии включения в исследование: больные с ГК. Диагноз ГК устанавливался на основании следующих диагностических критериев: внезапное начало, индивидуально значимое повышение систолического и/или диастолического артериального давления (АД) у больных первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической) АГ, появление или усугубление клинической (церебральной, кардиальной, вегетативной) симптоматики (ВНОК, 2010 год).

Статистическая обработка результатов проводили с использованием пакетов программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0. Значимость частоты выявления признака в группах оценивалась с помощью критерия χ^2 . Дискретные

переменные представлены в виде процента от общего числа больных в группе. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

За исследуемый период зарегистрировано 41313 вызовов с установленным диагнозом «Гипертоническая болезнь», что составляет 8,2% от общего количества вызовов и 41,5% от всей сердечно-сосудистой патологии. Из них 94,6% больные с первичной (эссенциальной) гипертензией и 5,4% с симптоматической гипертензией.

ГК зарегистрирован в 67,5% случаев (27886 вызовов), остальные диагнозы звучат как «гипертоническая болезнь вне криза, либо ухудшение течения». ГК, осложненный отеком легких, встречался у 114 пациентов (0,4%).

Такие жизнеугрожающие осложнения ГК, как острые нарушения мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки, нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты выделяются в самостоятельные нозологические формы, поэтому в статистику ГК на ССМП они не включаются.

Возраст больных составил от 15 до 89 лет, средний возраст $52 \pm 0,3$ года. Чаще преобладали вызовы по поводу повышения АД от пациентов женского пола старшей возрастной группы (60 лет и более) – 57,3%. Такое грозное осложнение, как острый отек легких также наблюдался чаще в данной возрастной группе - 64,9% от всех случаев отека легких (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных с ГК по полу и возрасту

| Возраст | 15-40 лет | | | 41-60 лет | | | 61-80 лет | | | > 81 лет | | |
|--|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|---------|----------|
| | Всег о | М | Ж | Всег о | М | Ж | Всег о | М | Ж | Всег о | М | Ж |
| Больные с гипертоническ ой болезнью (n) | 3021 | 159 2 | 142 9 | 1062 7 | 308 9 | 753 8 | 1948 5 | 304 6 | 1643 9 | 8180 | 94 0 | 724 0 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|------|------|----|-----|
| ГК (n) | 1943 | 100 | 934 | 7129 | 198 | 514 | 1343 | 191 | 1152 | 5376 | 55 | 481 |
| | | 9 | | | 9 | 0 | 8 | 7 | 1 | | 9 | 7 |
| ГК, осложненный отёком легких (n) | - | - | - | 13 | 7 | 6 | 49 | 14 | 35 | 52 | 13 | 39 |

Из всех больных АГ, 96% - «гипертоники» с длительным анамнезом заболевания, наблюдались участковым терапевтом, но по каким-то причинам не получали адекватной поддерживающей терапии, что может быть связано с неправильным приемом антигипертензивных препаратов или недостаточностью назначенной дозы лекарств. И лишь 4% - впервые возникшие кризы.

Медицинская помощь на догоспитальном этапе осуществляется согласно стандарту СМП. Препаратами выбора для купирования неосложненных кризов являются таблетированные формы, применяемые перорально или сублингвально: коринфар (нефидипин) 10-20 мг и капотен (каптоприл) 25-50 мг, через 15-20 минут при неэффективности предыдущей терапии - энап 0, 625 –1.250 мг в/в медленно, при отсутствии эффекта - магния сульфат 2,5 гр - в/в медленно [6]. Возможно также включение в терапию диуретиков (фуросемид 20 мг в/в) и эбрантила 25-50 мг в/в. При наличии осложнений показано проведение дифференцированной интенсивной терапии с использованием внутривенного введения препаратов с управляемым антигипертензивным действием.

Критерии эффективности терапии (снижение цифр АД до оптимального уровня, отсутствие жалоб со стороны больного, отсутствие осложнений) за исследуемый период времени достигнуты в 78,5% случаев (21890 пациентов), такие пациенты оставлены дома с рекомендациями соблюдать постельный режим не менее часа, актив участкового терапевта для контроля динамики состояния и подбора адекватной антигипертензивной терапии.

Доставлены в различные стационары города с целью госпитализации или для оказания медицинской помощи 10% больных (2789 чел.). Транспортировка в стационар пациентов с ГК оптимальна в положении полусидя, чтобы, с одной стороны, избежать излишней централизации кровообращения, с другой, - ортостатических реакций после проведенной антигипертензивной терапии. Обязательной госпитализации подлежат: впервые возникшие, некупирующиеся и осложнённые кризы, а также лица из общественных мест.

В 28 случаях (0,1%) больные с осложненными ГК переданы специализированным бригадам СМП.

Следует отметить, что пациент вправе отказаться от вызова терапевта на дом или госпитализации в стационар, что и произошло в 11,4% случаях (3179 чел.). В данной ситуации врач обязан объяснить больному все возможные последствия его отказа, а так же то, что ответственность за дальнейшее развитие событий ложится на плечи самого больного.

При сравнительном анализе данных статистики с 2007 года отмечается увеличение роста вызовов по поводу АГ на 8,8%, в частности ГК на 29,2%. С 2007 года отмечался значимый прирост больных с ГК ежегодно, произошла стабилизация ситуации последние два года (табл.2).

Таблица 2.

Сравнительный анализ количества больных с ГК в динамике с 2007 по 2012

годы

| Всего | 2007 год | 2008 год | 2009 год | 2010 год | 2011 год | 2012 год |
|--------------------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------------|------------|----------|
| Гипертоническая болезнь (п) | 37658 | 34878 | 35467 | 36025 | 39375 | 41313 |
| Гипертензивный криз (п) | 19733 | 20798 | 23069 | 24035 | 26724 | 27886 |
| | p1-5 = 0.0000 | p6-9 = 0,0000 | p9-11 = 0.0000 | p12=0.0000 p13=0.0210 | p15=0.2630 | - |

Примечание: p1-5 – сравнение частоты ГК в 2007 году с 2008.2009.2010.2011.2012 годами;

p6-9 – сравнение частоты ГК в 2008 году с 2009,2010,2011,2012 годами;

p9-11- сравнение частоты ГК в 2009 году с 2010,2011,2012 годами;

p12-13 - сравнение частоты ГК в 2010 году с 2011,2012 годами;

p15 - сравнение частоты ГК в 2011 году с 2012 годом;

Выводы

1. Общее количество вызовов по поводу ГК, поступающих на станцию СМП, остается неизменно высоким (41,5% всей сердечно-сосудистой патологии).

2. Количество неосложненных кризов встречается чаще, чем осложненных (2,2%).

3. Критерии эффективности антигипертензивной терапии на догоспитальном этапе достигнуты в 78,5% случаев, что свидетельствует о качественной работе врачей СМП.

4. Наблюдается тревожная картина в виде значимого общего роста количества ГК среди населения (с 19733 человек в 2007 году до 27886 человек в 2012 году).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.Н. Гипертензивные кризы / А.Н. Андреев, В.И. Белокриницкий, В.П. Дитятев. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА, 2007. – 240 с.

2. Национальное руководство по скорой помощи/Под ред. А.Л. Вёрткина – М.: Эксмо, 2012. – 816с. (Глава 8. Синдромы и заболевания сердечно-сосудистой системы, требующие оказания неотложной помощи, с.111-199).

3. Руксин В.В. Неотложная помощь при повышении артериального давления: краткое руководство для врачей. / В.В. Руксин. – СПб., 2009. – 48с.

4. Руксин В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии: краткое руководство для врачей. / В.В. Руксин. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 48с.

5. Специализированная скорая медицинская помощь: интеграция науки, практики и образования / Сборник статей под научной ред. Л.А. Соколовой. Екатеринбург: Форт Диалог-Исеть, 2010. – 188с.

6. Территориальный стандарт организации оказания скорой медицинской помощи населению Свердловской области. Екатеринбург, 2008г.

УКЛАДКА ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОСНАЩЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

*Мельникова О.А.
ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России*

Работа врача скорой медицинской помощи во все времена считалась почётной и уважаемой. Врач должен не только во время прийти на помощь пациенту, но и осуществить медицинские технологии грамотно, на высоком технологическом уровне. Естественно, что оказание медицинской помощи на уровне мировых стандартов зависит от чёткой слаженности действий, высокой квалификации специалистов, современного оборудования и лекарственного обеспечения.

В настоящее время сумка-укладка врача скорой медицинской помощи укомплектовывается согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 июня 2010 г. № 445н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи», которая не в достаточной мере удовлетворяет потребность врача скорой медицинской помощи.

В связи с этим, необходимым было исследование, посвященное выявлению наиболее эффективных, отвечающих современным требованиям фармакотерапии при оказании скорой медицинской помощи лекарственных препаратов и обоснование необходимости внесения