

Анализ ведения пациентов с осложнениями артериальной гипертензии в условиях скорой помощи

А.Р. АЛПЫСОВА¹, Ю.В. СУББОТА¹, А.К. АДАМБЕКОВА², Н.Т. ТЕЛЕМБЕТОВ¹, М. МАРАТКЫЗЫ¹

¹РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» Минздрава и соцразвития Республики Казахстан, Караганда, Республика Казахстан; ²КГП «Поликлиника Сарани», Сарань, Республика Казахстан

Резюме

Цель исследования — анализ ведения больных с осложнениями артериальной гипертензии (АГ) для совершенствования лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Использована учетно-отчетная документация статистического отдела Областной станции скорой медицинской помощи (ОССМП) г. Караганда — 125 905 карт вызовов за период 2012—2014 гг. Применены методы клинического и математического анализа.

Результаты. Отмечено ежегодное увеличение количества вызовов по всем случаям осложнений АГ соответственно с увеличением процента госпитализации к 2014 г. Выявлены причины не 100% госпитализации при угрожающих жизни осложнениях АГ. Одной из причин несвоевременной диагностики и развития осложнений АГ на догоспитальном этапе является неполный объем диагностических данных. При оказании неотложной помощи не всегда выдержана дифференцированная терапия осложнений АГ, отмечено необоснованное и несоответствующее данным доказательной медицины применение лекарственных средств.

Заключение. Ведение больных с осложнениями АГ не в полном объеме соответствует Протоколам диагностики и лечения МЗ РК.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, острый инфаркт миокарда, отек легких, неосложненный гипертонический криз, скорая медицинская помощь.

Analysis of the management of hypertension complications in patients during emergency care

A.R. ALPYSOVA¹, Yu.V. SUBBOTA¹, A.K. ADAMBEKOVA², N.T. TELEMBETOV¹, M. MARATKYZY¹

¹Karaganda State Medical University, Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Karaganda, Republic of Kazakhstan; ²Saran Polyclinic, Saran, Republic of Kazakhstan

Aim. To analyze the management of patients with associated complications from hypertension to improve prehospital therapeutic and diagnostic care.

Materials and methods. The accounts and records (125,905 calling cards over 2012—2014) of the Statistics Division, Karaganda Regional First Aid Station, were used. The methods of clinical and mathematical analysis were applied.

Results. There was an annual increase in the number of calls for all cases of hypertension complications in relation to the higher rate of hospitalization by 2014. The causes of non-100% hospitalization for life-threatening hypertension complications were revealed. Incomplete diagnostic data were one of the reasons for delayed diagnosis and development of prehospital complications from hypertension. When emergency care was rendered, differentiation therapy for hypertension complications was not always withstood; the use of drugs was noted to be unwarranted and contrary to the data of evidence-based medicine.

Conclusion. The management of patients with associated complications from hypertension does not fully comply with the Diagnosis and Treatment Protocols of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: hypertension, acute myocardial infarction, pulmonary edema, uncomplicated hypertensive crisis, emergency medical care.

АГ — артериальная гипертензия
БСК — болезни системы кровообращения
ГК — гипертонический криз
МКБ — международная классификация болезней
НГК — неосложненный гипертонический криз
ОИМ — острый инфаркт миокарда

ОЛ — отек легких
ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения
ОССМП — Областная станция скорой медицинской помощи
СМП — скорая медицинская помощь
ССО — сердечно-сосудистые осложнения

Анализ показателей, характеризующих состояние здоровья населения Казахстана, показывает, что болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место в общей структуре заболеваемости и первое место среди основных причин смертности населения [1]. Именно поэтому государство уделяет особое внимание диагностике, лечению и профилактике заболеваний данной группы.

Артериальная гипертензия (АГ) — одна из наиболее острых медико-социальных проблем как в мире, так и в Казахстане. Она является основной причиной ранней инвалидности и преждевременной смерти [2, 3]. В Казахстане АГ имеет стойкую тенденцию к росту. Так, по данным Агентства РК по статистике в 2012 г. АГ зарегистрирована впервые в жизни в 1173,3 случая на 100 тыс. населения [4].

В рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011—2015 гг. с 2011 г. проводятся скрининговые обследования населения для выявления БСК: АГ и ишемической болезни сердца, сахарного диабета и др. [5].

Наличие АГ и ассоциированного с ней риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) обуславливает необходимость многолетнего ответственного (не формального) ведения пациента, чтобы как можно раньше выявить возможные поражения органов-мишеней и ССО, откорректировать лечение и дать соответствующие рекомендации больному [6].

Высокая распространенность АГ — около 40% взрослого населения предопределяет высокую частоту возникновения ССО, в том числе с летальным исходом [6]. Опасность осложнений заключается в остром повреждении органов-мишеней. К наиболее существенным нарушениям регионарного кровообращения относятся острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), транзиторная ишемическая атака, острая гипертоническая энцефалопатия, острая коронарная и острая сердечная недостаточность [6]. Практически повсеместное увеличение частоты вызовов СМП и количества госпитализаций убедительно свидетельствуют о необходимости совершенствования догоспитального этапа оказания помощи больным с данной патологией [2, 3].

Для успешного решения проблем, обусловленных непрерывным ростом распространенности АГ и ее осложнений, появилась необходимость проведения подробного анализа данной ситуации.

Материалы и методы

Для обоснования способов достижения поставленной цели исследование осуществляли посредством ретроспективного анализа учетно-отчетной документации статистического отдела Областной станции скорой медицинской помощи (ОССМП) Караганды за 2014 г. В качестве источника информации использовали карты вызовов (ф. 110/у); отчеты полугодовые и годовые; сопроводительные листы (ф. 110 1/у). Проанализировано 125 905 карт вызовов за период 2012—2014 гг., в частности 22 158 за 2012 г.; 18 680 за 2013 г. и 85 067 за 2014 г. Проведена выкопировка сведений из карт вызовов больных с осложнениями АГ, на специально разработанную карту-анкету «Диагностика и оказание неотложной помощи».

В работе применены методы клинического и математического анализа.

Учитывая проведенный ретроспективный анализ карт вызовов пациентов с ССО, мы выделили следующие нозологии: острый инфаркт миокарда (ОИМ), отек легких (ОЛ), ОНМК, несложненный гипертонический криз (НГК) как наиболее часто встречающиеся в практике врача СМП осложнения АГ.

Карты вызовов выбирали в соответствии с данными Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Для обработки данных приняты во внимание такие нозологиче-

ские единицы, как эссенциальная (первичная) гипертония (I 10), ОИМ (I 21), повторный инфаркт миокарда (I 22), острая ишемическая болезнь сердца неуточненная (острый коронарный синдром) (I 24.9), левожелудочковая недостаточность (I 50.1), субарахноидальное кровоизлияние (I 60), внутримозговое кровоизлияние (I 61), инфаркт мозга (I 63), инсульт неуточненный (I 64).

В связи с тем что в МКБ-10 не предусмотрен первичный диагноз «гипертонический криз», а также учитывая экстренность вызовов к больным с АГ на этапе скорой помощи, выборку карт в этих случаях проводили по коду I 10 (эссенциальная гипертония).

В табл. 1 представлено количество осложнений АГ за 2012—2014 гг. Согласно этим данным отмечается тенденция к увеличению количества вызовов по поводу всех указанных осложнений к 2014 г.

Проанализирован возраст-половой состав пациентов с осложнениями АГ за 2014 г., в соответствии с возрастными категориями 18—35 лет, 36—59 лет, 60—74 года и старше 75 лет (**табл. 2**) [7]. Число мужчин, у которых отмечались осложнения АГ, составило 50 380 (59,2%), что на 8,4% превышает число женщин (34 687; 40,8% соответственно), обратившихся за СМП.

В ходе исследования проведен анализ количества осложненных АГ в зависимости от возрастных категорий. Выявлено, что лидирующие позиции среди всех осложнений занимает ОИМ, а именно в возрасте 60—74 года, исключение составляет отек легких в градации старше 75 лет (**см. рисунок**).

Результаты и обсуждение

Для оценки ведения больных на догоспитальном этапе проведен анализ количества доставленных в лечебно-профилактические учреждения и госпитализированных больных (**табл. 3**).

Отмечается увеличение числа госпитализаций к 2014 г., что констатирует прямую зависимость данного показателя от увеличения количества обслуженных вызовов. Документируется возрастание числа госпитализации больных с ОНМК, что связано с изменениями подхода работников СМП и приемных отделений стационаров к вопросу о госпитализации больных с данной патологией соответственно протоколам догоспитального ведения больных с инсультами [7].

Согласно тактике ведения больных с осложненными (угрожающими жизни) состояниями АГ таких пациентов (кроме больных с НГК) следует госпитализировать в 100% случаев. Выявлены причины отсутствия госпитализации, представленные в **табл. 4**.

Оценивая диагностическую тактику по картам вызовов, мы проследили, что диагностика по указанным нозологиям в условиях скорой помощи осуществляется на основании сбора жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов инструментальных исследований — электрокардиографии, тонометрии, глюкометрии. Отмечено, что ряд карт вызовов недостаточно информативен, т.е. имеются замечания по неполному объему данных, необходимых для верификации предварительного диагноза. Это служит одной из причин несвоевременной диагностики и развития осложнений АГ на догоспитальном этапе.

При анализе данных по оказанию неотложной помощи больным с осложнениями АГ, выявлено преобладание комбинированной терапии (2 препарата разных групп и

Сведения об авторах:

Суббота Юлия Владимировна — ассистент каф. скорой и неотложной медицинской помощи №1

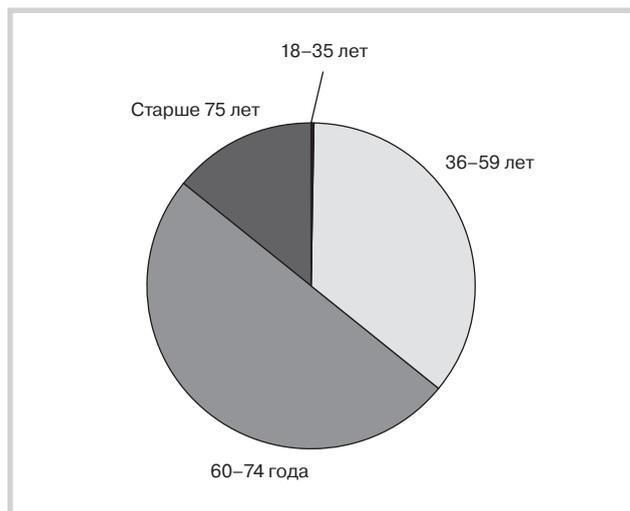
Адамбекова Айнаш Комаковна — врач скорой помощи

Телембетов Нурбек Темирбекович — ассистент каф. скорой и неотложной медицинской помощи №1

Мараткызы Мерексе — магистрант каф. скорой и неотложной медицинской помощи №1

Контактная информация:

Алпысова Айгуль Рахманберлиновна — зав. каф. скорой и неотложной медицинской помощи №1; e-mail: ayahome@mail.ru



Характеристика числа больных ОИМ в зависимости от возрастных категорий.

более). Медикаментозная терапия больных с осложнениями АГ представлена в **табл. 5**. Наиболее корректный подход к выбору лекарственных средств, отмечен у пациентов с ИМ.

Проведена оценка эффективности оказания неотложной помощи при данной патологии с использованием шкал Глобального клинического воздействия (GGI-I) после оказания неотложной помощи по оценке субъектив-

ного мнения врача и пациента [8]. Оценки субъективного мнения врача скорой помощи после лечения распределились следующим образом: очень хорошее улучшение — 13,1%, хорошее улучшение — 33,5%, минимальные улучшения — 29,5%, нет изменений — 23,9%, минимальное ухудшение — 0. Оценка по шкале общего впечатления пациента после оказания неотложной помощи: сильно улучшилось с момента исследования — 5,8%, улучшилось с момента начала терапии — 37,2%, улучшилось незначительно с момента начала лечения — 50,1%, мало изменилось с момента начала терапии — 6,9%.

Обращает внимание отсутствие медикаментозной помощи при ОНМК в 35% случаев, что, возможно, обосновано относительно стабильными гемодинамическими показателями у данных больных и соответствует протоколу ведения больных с инсультами в условиях СМП.

В качестве гипотензивной терапии при ГК наиболее часто (51%) использовалось гипотензивное средство миотропного действия 25% раствор магния сульфата. Отмечено применение других гипотензивных средств: из ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (эналаприлат, каптоприл); диуретиков (фуросемид), блокаторов кальциевых каналов (нифедипин), периферических вазодилататоров (изосорбида динитрат). При оказании неотложной помощи пациентам с осложненными ГК не всегда выдерживалась дифференцированная терапия.

Отмечено необоснованное и несоответствующее данным доказательной медицины использование таких средств, как пираретам, папаверин, дибазол. Предположительно данное обстоятельство в некоторой степени

Таблица 1. Число осложнений АГ, за 2012—2014 гг.

Нозология	2012 г.	2013 г.	2014 г.
ОИМ	391	560	877
Отек легких	21	25	31
ОНМК	1744	1618	1986
НГК	20 002	16 477	82 173

Таблица 2. Распределение пациентов с осложнениями АГ по возрасту по ОССМП Караганды за 2014 г.

Нозология	Возраст, годы							
	18–35		36–59		60–74		старше 75	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ОИМ	2	0,2	347	39,6	428	48,8	100	11,4
Отек легких	—	—	1	3,2	12	38,7	18	58,1
ОНМК	52	2,6	475	23,9	750	37,7	708	35,6
НГК	544	0,7	5949	7,2	5948	7,2	4948	6,0

Таблица 3. Число госпитализированных больных с осложнениями АГ по ОССМП Караганды за 2014 г.

Число госпитализированных, %	Год		
	2012	2013	2014
ОИМ	96,7	96,1	98
ОЛ	96,4	97,1	98
НГК	7,9	5,3	8,5
ОНМК	38,4	32,6	41,7

Таблица 4. Причины отсутствия госпитализации пациентов с осложнениями АГ

Причина	ОИМ	ОЛ	ОНМК
Отказ самих больных или родственников	72,8%	34,6%	53,1%
Смерть в присутствии работников скорой помощи до госпитализации	7,4%	25,1%	—
Расхождение диагноза СМП с диагнозом в стационаре	19,8%	40,3%	46,9%

Таблица 5. Медикаментозная терапия у больных с осложнениями АГ за 2014 г. по ОССМП Караганды

Осложнения АГ	Монотерапия	Комбинированная терапия	Медикаментозная терапия не проводилась
ОИМ	8%	70%	22%
Отек легких	6%	88%	6%
ОНМК	37%	28%	35%
ГК II типа	55%	46%	8%

можно связать с неполным арсеналом лекарственных средств, имеющихся в укладке врача скорой помощи. Не исключается и недостаточный уровень квалификации медицинского работника.

Заключение

Отмечается ежегодное увеличение количества вызовов по всем случаям осложнений АГ. Увеличился процент госпитализаций к 2014 г., связанных с увеличением числа обслуженных вызовов. Выявлены причины не 100% госпитализации при угрожающих жизни осложнениях АГ.

Неполный объем диагностических данных, необходимый для верификации предварительного диагноза, является одной из причин несвоевременной диагностики и развития осложнений АГ на догоспитальном этапе.

При оказании неотложной помощи констатированы некоторые несоответствия Протоколам ведения больных по диагностике и лечению МЗ РК, не всегда выдержана дифференцированная терапия осложнений АГ, отмечено необоснованное и несоответствующее данным доказательной медицины применение лекарственных средств.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад «Мировая статистика здравоохранения» ВОЗ. 2010:62-71. Ссылка активна на 01.01.2015. Доступно по: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>
2. Концепция Всемирного Дня Артериальной Гипертензии (10 мая 2014 года). Ссылка активна на 01.01.2015. Доступно по: <http://www.zog.kz/ru/inform/conseptm/552--10-2014-.html>
3. Руксин В.В. *Неотложная помощь при повышении артериального давления*. М.: МЕДпресс-информ; 2009.
4. Лукьянов М.М., Голиков А.П. Гипертонические кризы: основные положения диагностики, лечения и профилактики. *Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов*. 2010;3:15-16.
5. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011—2015 годы. Ссылка активна на 01.07.2015. Доступно по: <http://strategy2050.kz/ru/page/gosprog1/>
6. Шогенов А.Г., Эльгаров А.А. Артериальная гипертензия у сотрудников органов внутренних дел — производственно-обусловленное заболевание. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2009;8(52):358-358.
7. Протокол диагностики и лечения заболеваний МЗ РК. Утвержден протоколом Экспертного Совета МЗ РК, 2013 г. Ссылка активна на 01.07.2015. Доступно по: www.zdrav.kz/attachments/protocols/terapiya.pdf
8. Шкала глобального клинического улучшения. Spearing MK et al., 1997. Ссылка активна на 01.07.2015. Доступно по: <http://minutkoclinic.com/tests/shkala-obshchego-klinicheskogo-vpechatleniya-tyazhest-zabolevaniya-uluchshenie>

Поступила 30.04.2015