Solovey A. E., Vlasenko O.S., Osadchaya O.G., Bystrova T.A. **Features of community-acquired pneumonia according to foster branch 1477 Naval Hospital. FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok.**

Keywords: community-acquired pneumonia, the military, 14 77 VMKG Pacific Fleet

Автор-корреспондент:

Соловей Андрей Евгеньевич, подполковник медслужбы, начальник медицинской части ФБУ «1477 ВМКГ флота». 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. Тел.: 8(423)246-78-14; e-mail: vmkg26826@mail.ru.

© Т.П. Харина, 2012
УДК 614.21:005.7(043.3)

Харина Т.П.

РАБОТА ТЕРАПЕВТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОСПИТАЛЯ В СВЕТЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОБЛЕМЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

В статье рассмотрена проблема диагностики и трансформации взглядов на проблему гипертонических кризов (ГК). На основании собственного опыта врача-терапевта приемного отделения госпиталя автор рассматривает эту проблему сквозь призму диагностики в условиях приемного отделения, опираясь на современные диагностические тенденции ГК.

Ключевые слова: гипертонические кризы, терапевт приемного отделения.

Несмотря на значительные достижения медицины в области кардиологии, проблема гипертонических кризов (ГК) остается актуальной и является одной из основных причин сердечно-сосудистых осложнений и снижения работоспособности населения. Для практического врача важно понимать, что не любое повышение артериального давления (АД) является ГК. ГК – это внезапное повышение систолического и диастолического АД у больных, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) или симптоматической (вторичной) артериальной гипертензией (АГ), которое сопровождается нарушением вегетативной нервной системы с последующими гуморальными реакциями [1]. В зарубежной литературе ГК определяется при диастолическом АД не ниже 120 мм рт. ст. с выраженными явлениями энцефалопатии.

В практике любого врача, а особенно терапевта, ежедневно встречаются пациенты, у которых, несмотря на наличие той или иной соматической патологии, присутствуют различные неврологические симптомы, которые требуют подчас скорейшей консультации невролога с целью исключения острой неврологической патологии. Некоторые из подобных неотложных неврологических проблем больных терапевтического профиля рассмотрены ниже. Одним из основных состояний, требующих немедленной консультации невролога в приемном отделении стационара, является ГК. В большинстве своем первой инстанцией, куда обращаются пациенты с ГК, является скорая медицинская помощь. ГК является одной из самых частых при-

чин вызова бригад скорой медицинской помощи. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи ежедневно в РФ осуществляется более 20 000 вызовов по поводу ГК [1,3].

Анализ обращаемости пациентов с ГК за неотложной помощью в различных регионах показывает, что общая тенденция к возрастанию распространенности этой патологии наблюдается как в крупных мегаполисах, так и в небольших районных центрах. При этом увеличивается и количество неблагоприятных исходов, тяжелых осложнений. Только в Москве количество вызовов по поводу сосудистых кризов возросло за три последних года на 34%, а число госпитализированных пациентов увеличилось почти в 1,5 раза. Причиной высокой частоты вызовов бригад скорой помощи в большинстве случаев является неадекватная терапия АГ. Так, 50–70% пациентов, обращавшихся по поводу ГК на «скорую», постоянно не принимают антигипертензивных препаратов [2,4].

Наиболее опасен осложненный ГК, составляющий около 3% от всех неотложных состояний при АГ. Он характеризуется высокими цифрами артериального давления в сочетании с церебральной, кардиальной и вегетативной клиникой [2].

В структуре осложнений ГК гипертензивная энцефалопатия составляет 14%, инфаркт миокарда (ОИМ) – 16%, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (в т. ч. транзиторная ишемическая атака) – 67%, острая сердечная недостаточность (ОСН) по типу отека легких – 3% (табл.).

Структура осложнений гипертонического криза

ОСЛОЖНЕНИЯ	Относительная частота, %
Острое нарушение мозгового кровообращения	67
Гипертензивная энцефалопатия	14
Острый инфаркт миокарда	16
Острая сердечная недостаточность	3

Имея большой терапевтический опыт работы на различных участках нашего практического здравоохранения, невозможно не обратить внимания на проблему ГК, являющихся одним из основных осложнений гипертонической болезни, приводящих к сосудистым катастрофическим последствиям – ОИМ, ОНМК и др. Как оказалось само понятие «гипертонический криз» и в особенно классификация ГК, подходы к их лечению до настоящего времени остаются дискуссионным вопросом, не решенной до конца проблемой, над которой продолжают работать кардиологи. За рубежом ГК не признаются, т.к. у них АГ управляема из-за хорошо поставленного лечения, кризов вообще не должно быть. Но у нас в России данная проблема, к сожалению, существует. ГК – это значительный подъем АД, сопровождающийся определенным синдромом. При этом отсутствует связь между степенью подъема АД и выраженностью сопутствующих симптомов. Нередко наблюдаются случаи тяжелой клинической картины криза на фоне относительно невысокого подъема АД. И в то же время не всякое повышение АД нужно расценивать, как криз.

В истории развития понятия «ГК» можно выделить несколько этапов. Н.А. Ратнер (1958) выделял ГК I и II вида (порядка): I вид – адреналовый криз, II вид – норадреналовый криз. Недостаток – не было возможности определять содержание адреналина и норадреналина у пациентов. Но до сих пор данная классификация подразумевается в современных подходах к понятию ГК.

В классификации А.П. Голикова (1976) выделяют 3 типа кризов: гиперкинетический (адреналовый или I типа); гипокинетический (норадреналовый или II типа) и эукинетический (стоит между I и II).

В основе данной классификации лежат показатели: МО, УО, ОПС, содержание адреналина, норадреналина, среднее АД, пульса. Все это очень мало применимо в практической работе. Но сама по себе классификация была удобной, по ней пытались работать в 70-е годы. Пытались упростить ее, выделяя только 2 вида криза: гипертензивный с нарушением гемодинамики по гиперкинетическому типу (или I тип по Ратнеру); эукинетический с нарушением гемодинамики по гипокинетическому типу, но резко повышенным периферическим сопротивлением, преимущественным повышением ДАД, включает элементы водно-солевого криза, он всегда ослож-

ненный (или II типа по Ратнеру).

Со временем, сам А.П. Голиков стал критически относиться к своей классификации, считая, что все врачи должны иметь реограф для правильной постановки диагноза, но практически нашему здравоохранению это осуществить не удалось.

М.С. Кушаковский (1982) выделял 3 вида кризов: нейровегетативный, водно-солевой (отечный), гипертензивная энцефалопатия (судорожная форма). Однако данная классификация не нашла практического применения.

В.П. Жмуркин (1982) выделял 5 видов кризов:

- гипертензивный кардиальный криз
- церебральный ангиогипотонический криз
- церебральный ишемический криз
- церебральный сложный криз
- генерализованный ангиодистонический криз.

Все это, как оказалось, трудно применимо в практической работе. Также пытались работать упрощенно с данной классификацией, используя 2 вида кризов: гипертензивный-кардиальный и церебральный. Но и это деление не прижилось в практике. Со временем пытались подходить проще к решению данного вопроса, с целью приближения к условиям практической работы врача.

В конце 90-х годов Г.Г. Арабидзе (1999) выделяет 2 типа кризов: криз I типа – адреналовый, криз II типа – норадреналовый (в основе лежат критерии и из Ратнеровской, и из Голиковской классификаций). По данной классификации работали около 10 лет.

В 2001 г. вышел первый доклад экспертов научного общества по изучению АГ Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям – национальные клинические рекомендации по «Профилактике, диагностике и лечению первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации». В основу данных рекомендаций были положены рекомендации экспертов ВОЗ (за рубежом нет понятия ГК), но учтены особенности и традиции лечения АГ в РФ.

В разделе 5.14 – «Гипертонические кризы» – было дано понятие гипертонического криза. Как таковой классификации кризов не приводится. Даны признаки, проявление осложненного и неосложненного ГК, коротко тактика ведения данных больных.

За период 2001–2010 гг. национальные рекомендации по АГ были пересмотрены 4 раза: в 2004 г.

(вторая версия), в 2008 г. (третья) и в 2010 г. (четвертая).

В настоящее время мы работаем согласно Российским рекомендациям по «Диагностика и лечение артериальной гипертонии» четвертого пересмотра (2010 г). Целевой уровень АД ниже 140/90 мм рт ст., а при СД ниже 130/80 мм рт ст.

В разделе 9.0 «Неотложные состояния» ГК подразделяется на 2 большие группы: осложненный (жизнеугрожающий) и неосложненный (нежизнеугрожающий).

Других классификаций не приводится, значит, считается вполне достаточным наличие данного деления. В большинстве случаев ГК развивается при САД выше 180 мм рт ст. и/или ДАД выше 120 мм рт ст, однако возможно развитие данного неотложного состояния и при менее выраженном повышении АД. У всех больных с ГК требуется быстрое снижение АД.

Осложненный ГК сопровождается жизнеугрожающими осложнениями – гипертонической энцефалопатией, ОНМК, ОКС (и в т.ч. ИМ), острая ЛЖ-недостаточность, расслаивающая аневризма аорты и др. Такой криз требует снижения АД, начиная с первых минут, в течение нескольких минут или часов. Используется парентеральное ведение препаратов. Лечение проводят в ОРИТ. АД следует снижать постепенно во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца, почек. Как правило, АД снижают не более, чем на 25% от исходного уровня за первые 1–2 часа. И лишь в случае расслаивающей аневризмы аорты, а также в случае выраженной острой ЛЖ-недостаточности АД необходимо снижать быстро: на 25% от исходного уровня за 5–10 минут. Используются следующие парентеральные препараты для лечения осложненного ГК:

- вазодилататоры: эналаприлат, нитроглицерин, нитропруссид натрия.
- б-блокаторы: метопролол, эсмолол.
- антиадренергические средства: фентоламин (при подозрении на феохромоцитому).
- диуретики – фуросемид.
- ганглиоблокаторы – пентамин.

Неосложненный ГК нет признаков нарушения функции органов мишеней. В зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики АГП можно давать как перорально, так и сублингвально, при отсутствии эффекта вводить внутривенно. Лечение необходимо начинать немедленно. Скорость снижения АД не должна превышать 25% от исходного уровня за первые 2 часа с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24–48 час) от начала терапии. Используются препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально или сублингвально: нифедипин, каптоприл, клонидин,

пропранолол, празозин. Лечение можно осуществлять амбулаторно. При отсутствии эффекта показана госпитализация.

Работа в приемном отделении клинического госпиталя дает возможность наблюдать большой поток больных с АГ, осложненных течением ГК. Более трети случаев причиной ГК является отсутствие приверженности больных к проведению постоянной гипотензивной терапии. Почему так происходит? Считаю, что причиной отсутствия приверженности больных к проведению постоянной гипотензивной терапии, являются следующие 3 момента:

1. Недоработка лечащего врача с больным при назначении АГП.
2. Безответственное отношение самого больного к своему здоровью.
3. Социально-экономические причины.

Два первых пункта во многом зависят от отношения лечащего врача к больному при назначении АГП. Врач недостаточно разговаривает с больным, не объясняет конкретно цель лечения, для чего это нужно? На каком уровне желательно держать АД, какие могут быть осложнения АГ?

Врач не всегда учитывает социальный уровень, образовательный статус пациента. Не прислушивается к мнению пациента, например, при необходимости упрощения формы приема препарата, назначению при возможности однократных приемов АГП. Нужно стремиться найти контакт с пациентом. Здесь играют роль психологические моменты, желательно знать имя, отчество пациента, не отводить взгляд во время разговора, не отвлекаться на посторонние проблемы, стараться не использовать давящих вопросов, не скупиться на добрые слова, рукопожатие. Использовать язык пользы для пациента, например, если вы сможете держать АД на нормальном уровне, то вы сможете сохранить работу. Нужно получить обратную связь, назначить дату следующего визита, обговорить тактику поведения больного с родственниками, чтобы он проинформировал близких людей о своей АГ и о проводимом им лечении. Все это, безусловно, даст отдачу в виде повышения приверженности самого пациента к проведению АГ-терапии и более гладкому течению АГ. Хочется также надеяться на улучшение социально-экономического положения нашего населения, дальнейшее позитивное развитие здравоохранения России. Возможно, наступит и у нас момент, когда из национальных рекомендаций по АГ исчезнет понятие ГК.

Другой немаловажной неотложной проблемой терапевта приемного отделения является сочетание инфаркта головного мозга и инфаркта миокарда. Последний является хорошо известной и важной причиной церебральной эмболии, которая является его первым симптомом. Именно эта тесная причинно-

следственная связь двух сосудистых катастроф и вызывает у терапевта затруднения в отношении выбора превалирующей симптоматики в клинике болезни, а следовательно, и дальнейшей тактики профильной госпитализации и лечения больного. При инфаркте миокарда общемозговая симптоматика, включающая головокружение, неустойчивость при ходьбе, потемнение в глазах, слабость в конечностях, нередко превалирует в клинической картине. В ряде случаев возникают психические расстройства в виде возбуждения с двигательным беспокойством, нарушения сознания с дезориентацией в месте и времени. У части пациентов отмечаются очаговые симптомы в виде парезов, расстройств речи, гемианопсии, эпилептических припадков общего или фокального типа. Как правило, неврологические симптомы носят преходящий характер, однако у 10% больных очаговые симптомы бывают стойкими. С другой стороны, когда на первый план выступают мозговые явления, инфаркт миокарда протекает без присущих ему субъективных симптомов (боли, одышки, страха смерти) и без падения АД, что значительно затрудняет диагностику инфаркта миокарда. Для правильной постановки диагноза в этих случаях имеют значение данные анамнеза и электрокардиографи-

ческое обследование. Авторами проанализировано 85 случаев сочетания инфаркта головного мозга и инфаркта миокарда у пациентов, умерших в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи в 2005–2007 годах [2]. За это время в данный стационар поступило 113 399 больных с различной патологией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горбачев В.В., Мрочек А.Г., Сытый В.П. и соавт. Диагностика кардиологических заболеваний – Минск: Высшая школа. 1990. 286 с.
2. Неотложная терапия: Справочник для врачей. Под ред А.П.Голикова. – М.: Медицина, 1986. 268 с.
3. Справочник терапевта. Под ред. Ф.И. Комарова – М.: Медицина, 1980. 438 с.
4. Современные вопросы терапии: Матер. лекций по ОУ ГБОУ ВПО ВГМУ Минздравсоцразвития России, кафедра терапии. Под ред. В.А. Невзоровой. – Владивосток, 2012. 124 с.
5. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Рекомендации (четвертый пересмотр). Российское медицинское общество по артериальной гипертензии. ВНОК. Под ред. И.Е. Чазова. – М.: 2010. 124 с.

Harina T.P Work therapist foster branch hospital in the light of the problems of transformation hypertensive crisis. FGI "1477 Naval Fleet Hospital", Vladivostok.

The paper considers the problem of diagnosing and transforming attitudes to the problem of hypertensive crises (CC). Based on personal experience therapist receptionist hospital, the author examines this issue through the prism of diagnosis in the receiving department, based on modern diagnostic-cal tendency of HA.

Keywords: hypertensive crises, the therapist receptionist.

Сведения об авторе:

Харина Татьяна Петровна, врач-терапевт приемного отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота»; Владивосток, ул. Ивановская, 4; тел.: 8-924-230-21-19.

новости медицины

ГИДРОГЕЛЬ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИОКАРДА

Ученые из Калифорнийского университета Сан- Диего создали специальный гидро-гель, который должен помочь восстановить миокард при его повреждении при инфаркте.

Данный гель создан из соединительной ткани, которая проходит сложный процесс обработки. Сначала ее просушивают специальным образом, после измельчают в порошок и только после этого преобразуют в жидкость. Под действием температуры человеческого тела, гель превращается в пористую субстанцию, которая помогает обеспечить реструктуризацию миокарда.

Это вещество подводится к поврежденному участку

сердца при помощи катетера, потом вкалывается в сердечную мышцу, где и начинает «работать».

На данный момент исследования успешно прошли на животных. Считается, что это будет прорыв в лечении инфаркта миокарда. На сегодняшний день существует метод реструктуризации тканей миокарда при помощи стволовых клеток, но этот метод очень дорог. В то время, как производство биологического геля обещает быть доступным.

Элизабет Корст, в своем интервью заявляет, что данная методика революционна и не имеет аналогов во всем мире.

Источник: <http://cardiolog.com.ua>