

О.Б.ПОЛОСЬЯНЦ, к.м.н., А.Л.ВЕРТКИН, д.м.н., проф., М.И.ЛУКАШОВ, к.м.н., В.Л.БАРАТАШВИЛИ, д.м.н., А.А.БАРМИНА

Терапевтические возможности лечения гипертонического криза

И ТИПИЧНАЯ ПРАКТИКА СКВОЗЬ ПРИЗМУ

ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В 60—70-е годы в советской журналистике при описании зарубежных стран был в ходу термин «страна контрастов», подразумевавший собой сочетание трущоб и высоких технологий. Эту аналогию позволительно провести и при анализе сложившейся ситуации в отношении сравнения подходов к лечению гипертонического криза (ГК).

По лечению артериальной гипертонии (АГ) разработан и доступен для врачей целый ряд серьезных руководств и рекомендаций. Крупномасштабные клинические исследования и последующий мета-анализ позволили выявить основные факторы риска и определить целевые показатели эффективности гипотензивной терапии. Так, только лишь снижение диастолического артериального давления (ДАД) на 5—6 мм рт.ст. уменьшает риск развития инсульта на 42% [29]. В то же время, несмотря на важность такого проявления АГ, как гипертонический криз, являющийся определяющим для смертности от осложнений АГ [51], до сегодняшнего дня не имеется обоснованных и согласованных рекомендаций по его лечению.

Анализ отечественных руководств и рекомендаций, в т.ч. выпущенных в 2004—2005 гг., показал следующее: отсутствует отчетливое определение ГК или оно противоречит таковому ВОЗ, приводятся классификации, в большинстве своем ориентированные на патофизиологические процессы, не имеющие существенного значения для определения тактики, среди рекомендованного спектра препаратов много с недоказанной эффективностью, морально устаревших или не имеющих регистрации в РФ, нет определения цели лечения и прогноза (табл. 1). Так, среди обозначенных в обзоре ле-

карственных препаратов для лечения ГК пикардипин, фенолдопам, фентоламин и лабеталол не имеют регистрации в РФ, нитропруссид натрия отсутствует в стране, эсмолол, являясь бета-адреноблокатором ультракороткого действия, не может быть использован в широкой практике, нитраты вообще не являются гипотензивными препаратами. Поэтому из всех рекомендованных для лечения ГК препаратов целесообразно использоваться может лишь только ингибитор АПФ для перентерального применения Энап Р. Анализ закупок станциями СМП трех самых часто используемых для купирования ГК препаратов — бендазола, папаверина гидрохлорида и сульфата

магния (растворов для инъекций) (рис. 1) показывает, что их объем как в стоимостном выражении, так и в абсолютном количестве упаковок возрастает за небольшой промежуток времени, достигая по некоторым позициям миллиона долларов. Даже если учесть, что данные препараты используются для лечения и других состояний (эклампсия, почечная и желчно-каменная колика, профилактика нарушений ритма и др.), их доля в структуре вызовов небольшая, и большей частью они используются именно для лечения неотложных гипертонических состояний.

В то же время до сих пор широко продолжают употребляться в типичной клинической практике резерпинсодержащие препараты, не рекомендованные в последних руководствах для базисной терапии АГ. Так, в 2003 г. через розничную аптечную сеть было реализовано препарата Адельфан эзидрекс на 6 702 392,54 долл. (оптовая цена), в 2004 г. — 6 417 832,45 долл., и в первой половине 2005 г. — 3 280 259,31 долл., что составляет почти треть по затратам на все гипотензивные препараты. Закупки Адельфана стационарами составили в 2003 г. 86 940,18 долл., в 2004 г. — 104 733,73 долл., в первой половине 2005 г. — 75 151,41 долл., их доля в объеме закупок всех гипотензивных препаратов составляет около 10%.

Хорошо известно, что первой медицинской инстанцией, куда обращаются пациенты при ГК, является скорая медицинская помощь (СМП). Всего в России ежесуточное число вызовов СМП составляет 150 000, доля ГК по разным

к с т а т и

Гипертонический криз является прогностически самым неблагоприятным проявлением артериальной гипертонии: 25—40% пациентов, перенесших осложненный ГК, умирают в течение последующих 3 лет от почечной недостаточности (уровень доказательности — А) или инсульта (В), этот риск увеличивается: с возрастом (А), при эссенциальной АГ (А), при повышенном креатинине сыворотки (А), при мочеvine сыворотки выше 10 ммоль/л (В), с большей продолжительностью АГ (В), при наличии 2 и 4 степеней гипертонической ретинопатии (С), у 3,2% больных развивается почечная недостаточность, требующая гемодиализа (В).

ТАБЛИЦА 1 Рекомендуемые для лечения ГК препараты по состоянию на 4.04.05*

МНН	Торговое наименование	Состояние регистрации	Цена
Эсмолол	Бревиблок	П-8-242 №010444	От 40 у.е. за уп. №5
Эналаприлат	Энап Р	П №015813/01	От 270 руб. за уп. №5
Фенолдопам		Сведения отсутствуют (т.е. не был зарегистрирован с 1991 г.)	
Фентоламин	Регитин	П-8-242 №002070 с 1991 г. аннулирована в 1997 г.	
Нитропруссид натрия	Ниприд, нанипрус	Вновь зарегистрирован (П №012724/01-2001; 91/327/6)	В аптеках и на складах Москвы отсутствует
Нитраты		Зарегистрировано более 40 препаратов	От 270 руб. за уп. №10
Никардипин	Был представлен только в пероральной форме	Аннулирована	
Лабеталол	Альбетол	П-8-242 №01091 с 1984 г.; аннулирована в 1994 г.	
Гидралазин	Представлен только в пероральной форме		

регионам при этом колеблется от 7 до 25%, составляя от 15 000 до 30 000 вызовов. Именно бригаде СМП приходится купировать ГК, что трудно сделать без соответствующих эффективных лекарственных средств. Ситуация осложняется еще и тем, что в Приказе Минздрава РФ №100 от 26.03.99 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации», в приложении 13 «Примерный перечень оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи», в разделе «Гипотензивные препараты» п. 2.14. указан лишь один препарат — клонидин (Клофелин, Гемитон) 0,01% — 1 мл 2 ампл. (!).

Учитывая столь широкую распространенность ГК, Национальным научно-практическим обществом скорой медицинской помощи (ННПОСМП) разработаны клинические рекомендации (КР) по лечению ГК. Механизм разработки КР состоял в следующем. В качестве основы были выбраны наиболее цитируемые отечественные и зарубежные руководства, а спектр гипотензивных лекарственных средств определялся доказанной их эффективностью, наилучшим соотношением эффективность-стоимость и безопасность, доступность (наличие регистрации в РФ). В дальнейшем предложенные схемы терапии апробировались в реальных условиях.

Под ГК понимается внезапное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного его снижения (это соответствует определению ВОЗ, предложенному в 1999 г.). В рекомендациях представлены критерии диагноза ГК, определение объема медицинской помощи и прогноза, показания к госпитализации, алгоритмы лечебно-диагностических мероприятий при ГК. Учитывая важность осложнений ГК как для прогноза, так и для выбора методов лечения, представляется оправданным подразделение ГК на неосложненный или жизнеугрожающий и осложненный жизнеугрожающий — с признаками поражения органов-мишеней (сердца, головного мозга, почек, аорты и сетчатки глаза).

Неосложненный ГК характеризуется повышением АД и появлением симптомов неспецифического характера — головной боли, головокружения, тошноты и рвоты, возбуждения или беспокойства. Снижение АД необходимо проводить плавно в течение нескольких часов или суток. Больного при необходимости следует госпитализировать в кардиологическое (в крайнем случае — терапевтическое) отделение до снижения АД и стабилизации состояния.

Осложненный ГК, составляющий около 3% от всех неотложных состояний

при АГ, характеризуется, как правило, высокими цифрами АД, особенно ДАД — выше 120 мм рт.ст. в сочетании с церебральными (острая гипертензивная энцефалопатия, инсульт, транзиторная ишемическая атака), кардиальными (острый инфаркт миокарда или дестабилизация стенокардии, острая левожелудочковая недостаточность), сосудистыми (острое расслоение аорты), почечными (острая почечная недостаточность) или глазными (острая ретинопатия) симптомами.

При неосложненном ГК АД должно быть снижено в течение 12–24 часов с использованием пероральных гипотензивных препаратов короткого действия с последующим назначением базисной гипотензивной терапии. Не следует стремиться быстро снизить АД до нормальных цифр. Оптимальным является снижение среднего АД на 15–20% от исходного в течение первых часов. Пероральными препаратами выбора являются короткодействующие антагонист кальция нифедипин, ингибитор АПФ каптоприл, бета-адреноблокаторы пропранолол и метопролол.

Больные должны быть под наблюдением врача как минимум 6 часов после начала лечения, в т.ч. для выявления побочных реакций использованных гипотензивных препаратов и осложнений ГК.

ТАБЛИЦА 2 Динамика частоты вызовов по поводу ГК
в различных городах за 1 и 2 года (в %)

Город	Через 1 год	Через 2 года
Астана (Казахстан)	+3,1	+5,1
Белгород	+18	+27,9
Брянск	+24,5	+49,4
Железноводск	+22,8	+66,9
Курск	+2,5	+10,3
Москва	+9,9	+23,4
Нальчик	+9,4	+21,5
Пятигорск	-8,7	+4,2
Сатка	+10,3	-5,4
Смоленск	+5,8	+20,8
Уварово	+20,9	+73,1

«+» перед цифрой означает прирост, «-» — снижение числа вызовов через 1 и 2 года.

При осложненном ГК тактика лечения складывается из быстрого снижения АД с использованием парентеральных гипотензивных препаратов. Выбор конкретного препарата и уровень целевого АД определяет имеющееся осложнение. Помимо гипотензивной терапии могут потребоваться дополнительные меры.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ЛС

Для определения валидности клинических рекомендаций (КР) было проведено несколько исследований (рис. 2):

1. Применение перорального нифедипина при неосложненном ГК;
2. Дифференцированная терапия неосложненного ГК при помощи пероральных гипотензивных препаратов;
3. Применение Энапа Р при осложненном ГК.

Перед проведением клинических исследований оценивалась эпидемиология ГК в различных регионах России, при этом учитывались следующие параметры: частота ГК в различных городах РФ, их доля в общей структуре вызовов и кардиологической патологии, частота госпитализаций и повторных вызовов (табл. 2), характеристика традиционно используемой терапии для купирования ГК и ее эффективность и безопасность, изучение характеристики пациентов, обращающихся в связи с ГК, оценка информированности врачей СМП о диагности-

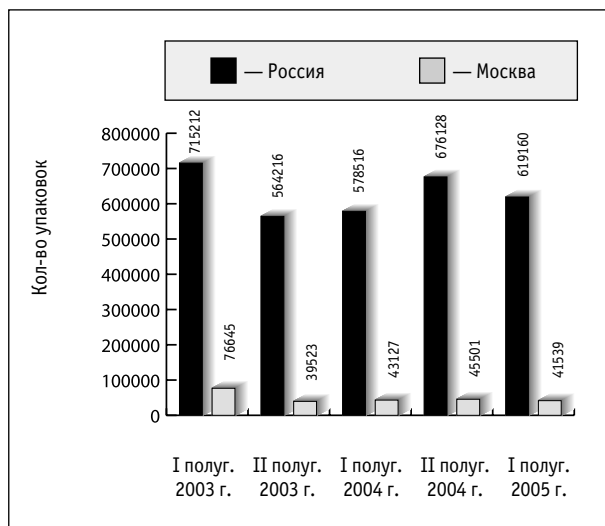
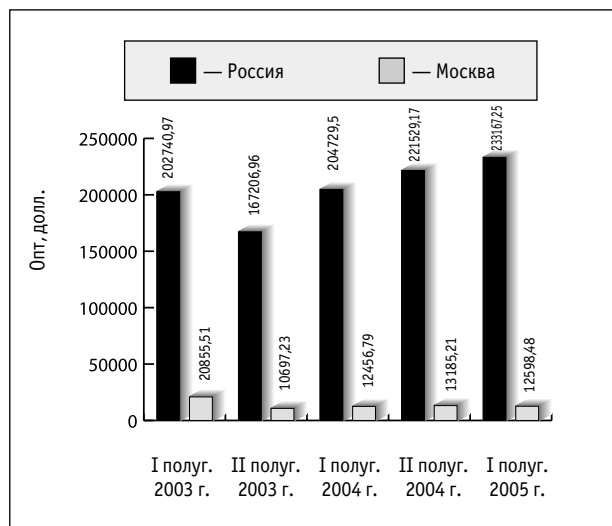
ческой и лечебной тактике ГК на основе анкетирования.

Для оценки изучаемых эпидемиологических параметров были исследованы данные на 4026 пациентов из 39 городов РФ. Среди них было 1144 мужчин и 2782 женщины, со средним возрастом $61,03 \pm 1,1$ лет. ГК в анамнезе отмечали 71,3% пациентов, 6,4% перенесли инфаркт миокарда, 5,5% — инсульт. Длительность АГ в среднем составила $10,3 \pm 0,6$ лет.

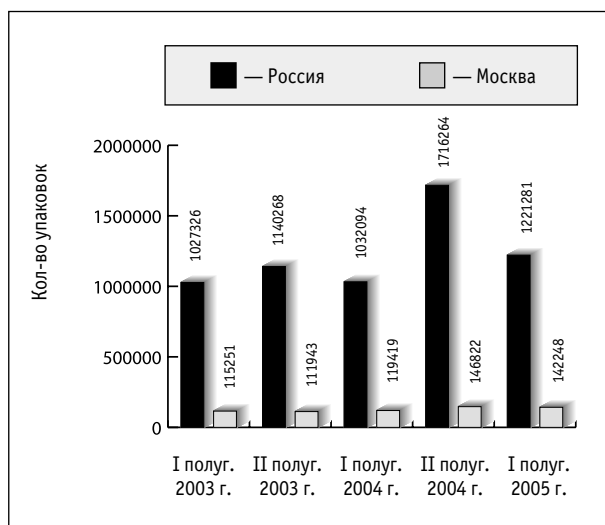
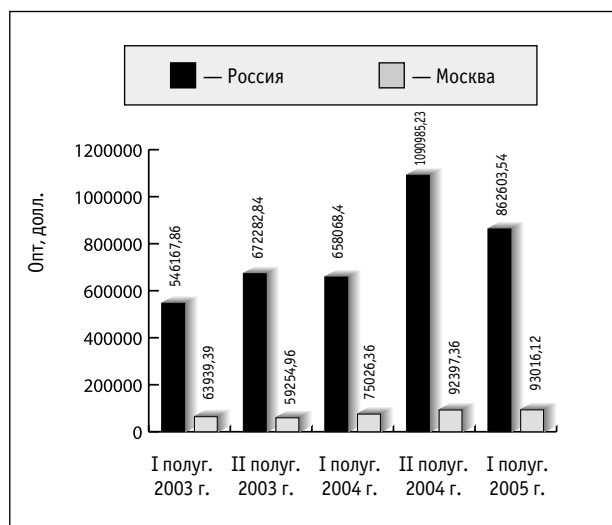
Среди обследованных лиц 55,4% не получали постоянной гипотензивной терапии. Их количество колебалось от 68,3% в Твери до 34,1% в Смоленске. Структура принимаемых препаратов выглядела следующим образом: ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл, периндоприл) — 32,2%, Адельфан и другие резерпинсодержащие препараты — 22,0%, клонидин — 12,6%, диуретики — 7,6%, бета-блокаторы (пропранолол, атенолол, метопролол) — 5,0%, антагонисты кальция (нифедипин, амлодипин, верапамил) — 4,8%, диуретики (гипотиазид, индапамид) — 4%, сочетания лекарств — 15,8%. Кроме того, 10% под видом гипотензивных принимали препараты, ими не являющиеся (Андипал, Но-шпа). Недостаточная доза гипотензивных препаратов была у 32,3% больных, около 20% допускали нерегулярный прием препаратов, нерациональные комбинации отмечались в 17% случаев. Большинство пациентов, не использующих гипотензивные препараты, имели цифры привыч-

РИСУНОК 1 Закупки ССМП России

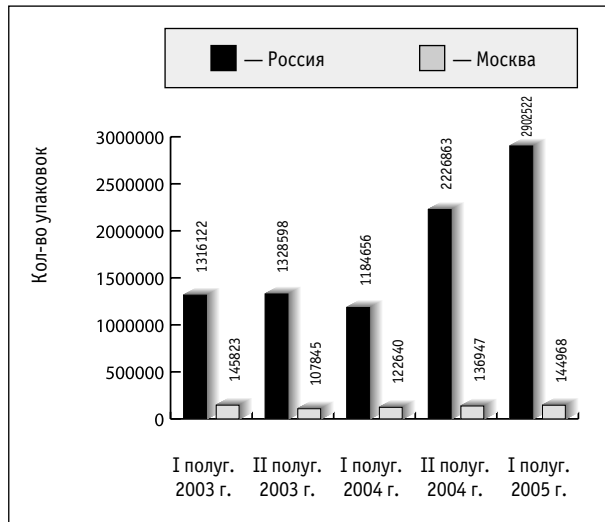
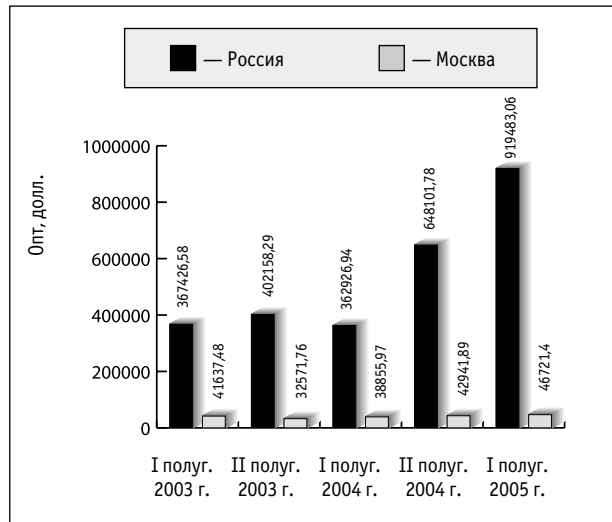
БЕНДАЗОЛ РАСТВОР ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ



МАГНИЯ СУЛЬФАТ РАСТВОР ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ

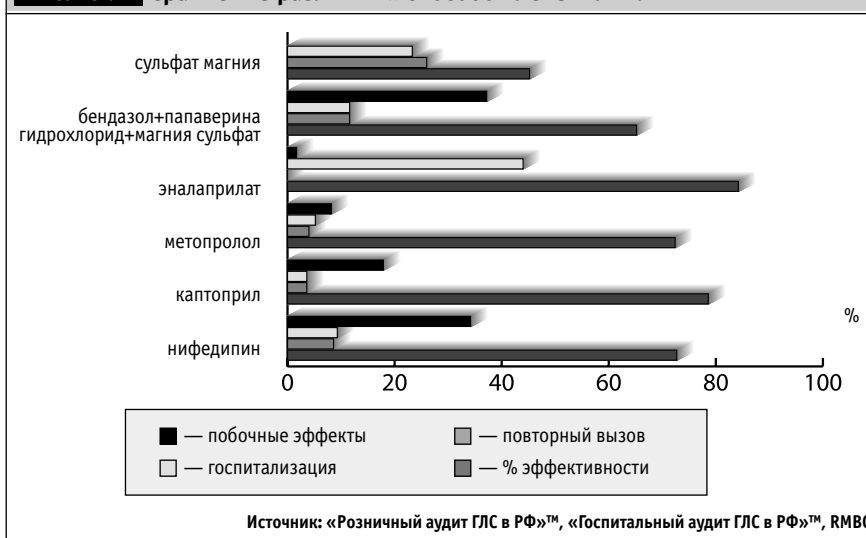


ПАПАВЕРИНА ГИДРОХЛОРИД РАСТВОР ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ



Источник: «Розничный аудит ГЛС в РФ»™, «Госпитальный аудит ГЛС в РФ»™, RMBC

РИСУНОК 2 Сравнение различных способов лечения ГК



ного АД выше рекомендованных ВОЗ и МОАГ как целевые (58,7% против 40,1% среди лечащихся). Показатели САД при ГК были сходными как у пациентов, получающих лечение АГ, так и не получавших его ($196,2 \pm 1,2$ и $197,7 \pm 0,6$ мм рт.ст. соответственно). Однако ДАД при ГК было достоверно выше у лиц, не принимающих гипотензивных препаратов ($103,3 \pm 0,7$ против $111,1 \pm 0,5$ мм рт.ст.).

Было проведено анкетирование 74 пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом ГК. Почти половина (36 из 74) из них, несмотря на информированность о наличии АГ, сознательно не принимали никаких гипотензивных препаратов. Среди основных причин они указывали следующие: дороговизна лечения — 20, потенциальная «вредность» лечения (искусственные химические соединения, слишком много принимаемых по другим причинам препаратов) — 11, невозможность принимать рекомендуемые лечащим врачом препараты (в т.ч. из-за появившихся побочных эффектов, неудобства приема, низкой их эффективности) — 8, не могли объяснить причины — 4. За последние полгода 22 пациента были госпитализированы по поводу ГК второй раз, а 5 — третий раз. Кроме того, 8 пациентов обращались за медицинской помощью на СМП, но не были госпитализированы — 3 и более раз. Напротив, в амбулаторную службу обращалось только 12 больных, и то только для выписки

льготных рецептов. У подавляющего большинства (57 из 74 человек) дома отсутствовал тонометр для измерения АД, из тех же, у кого он был, 3 не умели им пользоваться, остальные измеряли АД эпизодически.

Таким образом, большинство пациентов с ГК не получают постоянной рекомендуемой гипотензивной терапии, а среди используемых препаратов значительную долю составляют устаревшие, используются низкие дозы, нет контроля лечения лечащим врачом. Кроме того, пациенты с ГК характеризуются высоким привычным уровнем АД, не проводят самоконтроль АД, а амбулаторному лечению предпочитают обращение на СМП.

Для оценки информированности врачей СМП проводилось анонимное анкетирование. Было опрошено 242 человека, среди которых большинство представляли Центральный федеральный округ (133), в значительном меньшем количестве остальные округа (Северо-западный — 21, Южный — 21, Приволжский — 18, Уральский — 15, Сибирский — 11, Дальневосточный — 4) и 19 не проживают в РФ. Среди них примерно поровну было мужчин и женщин (118 и 124), средний возраст — 44,5 года. Для постановки диагноза гипертонический криз 81% врачей считали достаточным только уровень АД, 69% — тяжесть состояния больного, 81% — клинические симптомы. Около 50% врачей используют классификацию ГК на осложненный и

ТАБЛИЦА 3 Сравнение стоимости лечения осложненного ГК (Энап-Р vs традиционная терапия)

Показатель	Эналаприлат	Магния сульфат	Магния сульфат+бендазол+папаверина гидрохлорид
Стоимость единицы лекарства	1 амп. 48 руб.	1 амп. 10 мл 1,62 руб.	1 амп. (2 мл) папаверина г/х 0,83 руб.; 1 амп (1 мл) бендазола 0,50 руб.
Количество единиц лекарства	1,25 мл	1 амп.	1 амп. магния сульфата+2 амп. папаверина г/х+5 амп. бендазола
Средние затраты на одного пациента (С)	60 руб.	1,62 руб.	5,78 руб.
Эффективность (Еф)	84,2%	45,2%	65,1%
СЕА (затраты на единицу эффективности) (С/Еф)	60/84.2=0,007 руб.	1,62/45,2= 0,04 руб.	5,78/65,1=0,09 руб.

неосложненный. При этом 83% знают, что ГК может осложняться острой левожелудочковой недостаточностью, 74% — ОКС, 88% — инсультом, 72% — гипертензивной энцефалопатией, 50% — расслаивающей аневризмой аорты, 42% — острой ретинопатией, 19% — острой почечной недостаточностью. Деление ГК на гипер-, гипо- и эукинетический считают правильным 31%, на 1-го и 2-го типа — 27%, кардиальный, церебральный, кардио-церебральный и вегетативный — 25%, адреналовый и норадреналовый — 11%, а 9% вообще не считают необходимым определение типа ГК.

При неосложненном ГК 57% врачей предпочитают пероральный путь введения лекарственных средств, в то время как при осложненном 87% используют парентеральное введение лекарственных средств. Кроме рекомендованных препаратов для купирования гипертонического криза (нифедипин — 52%, каптоприл — 26%, метопролол — 14% — при неосложненном и обзидан в/в — 31%, эналаприл в/в — 17% — при осложненном ГК), были указаны и не рекомендованные препараты (клофелин — 75%, сульфат магния — 60%, дибазол — 48%, папаверин — 21%), а также медикаменты, не относящиеся к гипотензивным препаратам (лазикс — 72%, дроперидол — 51%, реланиум — 45%, нитраты — 39%, эуфиллин — 39%, но-шпа — 17%, димедрол — 13%, аминазин — 11%, анальгин — 10% и панангин — 7%).

Таким образом, анкетирование врачей по вопросам диагностики и лечения ГК показало недостаточный уровень информированности о классификации, ведении больных, полипрагмазии при выборе лечебной тактики, использование не рекомендованных препаратов.

Клинические исследования для оценки эффективности различных способов ГК были проведены в 34 городах РФ и Казахстана (Астана, Белгород, Братск, Великий Новгород, Георгиевск, Ессентуки, Железноводск, Иваново, Ивanteevka, Йошкар-Ола, Кисловодск, Кокшетау, Константинов, Копейск, Котлас, Курск, Лермонтов, Нальчик, Нефтеюганск, Новокуйбышевск, Норильск, Одинцово, Пермь, Печера, Пятигорск, Самара, Смоленск, Тамбов, Тверь, Тольятти, Торжок, Уварово, Усть-Илимск, Южно-Сахалинск).

В начале проведения исследования разрабатывался протокол, определяющий цель, задачи исследования, его дизайн, критерии эффективности, клиническая карта. Затем устанавливался контакт со станцией СМП-исследовательским центром, которая обеспечивалась препаратом, протоколом и клиническими картами, производилось обучение врачей-исследователей как современным принципам лечения ГК на основе КР, разработанных ННПОСМП, так и правилам проведения исследований.

Клинические карты с данными исследований, заполненные врачами СМП в

регионах, оценивались в координационном центре исследования на валидность, затем полученные данные были занесены в электронную базу и соответствующим образом обработаны. Всего было получено 2183 клинические карты, из которых 114 были отвергнуты как не соответствующие требованиям протоколов, остальные 2069 вошли в анализ.

В первом многоцентровом открытом клиническом исследовании, проведенном ННПОСПМ на догоспитальном этапе, названном «КРИЭК», изучалось применение нифедипина (Кордафлекс, «Фармацевтический завод ЭГИС», АО, Венгрия, Коринфар, Кордафен) при неосложненном гипертоническом кризе у 1258 пациентов (389 мужчин и 867 женщин, со средним возрастом $60,0 \pm 0,4$ лет) по сравнению с традиционной терапией у 225 человек (71 мужчина, 184 женщины, со средним возрастом $59,9 \pm 1,2$ лет). Через 60 мин. наблюдения после приема нифедипина наблюдалось достоверное снижение АД, более выраженное, чем в контрольной группе, и сопровождающееся быстрым купированием основных клинических симптомов криза. Эффективность лечения нифедипином при этом составила 79,6% и 51,1% при использовании традиционной терапии. Также нифедипин приводил к меньшей частоте госпитализаций и повторных вызовов (соответственно в 2,5 и 3 раза). Из побочных эффектов достаточно часто наблюдались

покраснение лица — 34,2%, сердцебиение — 12,9%. Кроме того, у 6% отмечалась гипотензия, факторами риска которой служили пожилой возраст, перенесенный ранее инфаркт миокарда или инсульт.

Тем не менее, это первое многоцентровое проведенное на СМП клиническое исследование, при неотложных состояниях вообще и при ГК в частности, показало следующее:

- ◆ Принципиальную возможность использования пероральной терапии при неосложненном ГК, существенно облегчающей неотложную медицинскую помощь и удешевляющую ее.

- ◆ Подготовленность врача СМП к восприятию новых методов лечения и участию в проведении клинического исследования.

- ◆ Необходимость поиска более безопасных препаратов терапии ГК, среди которых в последующем были отобраны метопролол и каптоприл, при сходных с нифедипином параметрах фармакодинамики обладающие лучшим профилем безопасности.

Им и было посвящено следующее клиническое исследование при неосложненном ГК, названное ИТЭК. Дифференцированное использование каптоприла и метопролола (Тензиомин и Эгилор «Фармацевтический завод Эгис», АО, Венгрия) на основании специально разработанного алгоритма проводилось на СМП 12 городов России. В исследование было включено 516 пациентов (100 мужчин, 416 женщин, со средним возрастом $59,5 \pm 1,3$ лет). Применение обоих препаратов способствовало эффективному снижению АД при положительном влиянии на симптомы криза, причем если каптоприл практически не изменял ЧСС, то метопролол урежал ее в среднем на 16% от исходной. Эффективность лечения при применении каптоприла составила 80,1%, метопролола — 72,4%. С целью изучения эффективности и безопасности применения эналаприла (Энап Р, KRKA, Словения) при осложненном гипертоническом кризе на догоспитальном этапе было организовано исследование «ЭЛОК». Критериями включения в исследование было повы-

шение САД выше 220 мм рт.ст. и/или ДАД выше 120 мм рт.ст. при соответствующей церебральной и кардиальной симптоматике у лиц старше 18 лет. Методика лечения заключалась в следующем: после осмотра пациента с измерением АД и ЧСС, снятием ЭКГ и получением согласия, Энап Р вводится внутривенно струйно медленно в течение 5 мин. в дозе 1,25 мг (в случае, если пациент ранее получал ингибиторы АПФ) или 0,625 мг — если не получал. Дополнительно допускалось использование сублингвально нитратов, парентерально фуросемида и морфина. Затем каждые 15 мин. после введения препарата измерялись АД, ЧСС, контролировалось клиническое состояние и учитывались побочные эффекты. Критерием эффективности лечения считались снижение среднего АД по Хикем в пределах 15–30% от исходного при достижении ДАД ниже 110 мм рт.ст.

Было включено 285 пациентов (92 мужчин, 193 женщины) со средним возрастом $65,2 \pm 0,64$ года, обратившихся на станции СМП 10 городов РФ. Среди осложнений ГК у них были острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) — 39, транзиторная ишемическая атака (ТИА) — 15, гипертензивная энцефалопатия (ГЭ) — 65, острый коронарный синдром (ОКС) — 108, острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) — 39. В результате лечения отмечено снижение САД на 25,4%, ДАД — 21,9%, среднего АД на 23,8%, существенной динамики ЧСС отмечено не было. Среди побочных эффектов в незначительном количестве были зафиксированы ощущение жара в момент введения препарата, кратковременное усиление головокружения. Гипотензия отмечалась только у 4 пациентов — и была связана с однократным введением нитратов. Эффективность лечения составила 84,2%. Нами проведено сравнение стоимости лечения эналаприлатом и традиционной терапией на единицу эффективности, представленное в *таблице 3*. Из нее видно, что при очевидно больших затратах на лечение одного пациента, соотношение стоимость/эффектив-

ность значительно меньше при использовании эналаприлата. Необходимо отметить, что мы не учитывали дополнительные затраты, возникающие при использовании традиционной терапии на коррекцию побочных эффектов, госпитализаций, в т.ч. и prolonged, побочных вызовов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ситуация с ГК в России характеризуется следующим:

- ◆ Высокая частота вызовов ГК, как в абсолютном выражении, так и в проценте от вызовов по поводу сердечно-сосудистой патологии, постоянно увеличивающаяся во всех регионах России.

- ◆ «Уязвимый» в плане ГК контингент представляют лица с недостаточным лечением артериальной гипертензии, предпочитающие амбулаторному лечению вызов СМП.

- ◆ Отсутствуют созданные с учетом современных представлений рекомендации и стандарты по оказанию помощи при ГК, что обуславливает широкое применение устаревших препаратов с низкой эффективностью.

- ◆ Имеется положительный опыт использования современных схем лечения, предложенный и апробированный в условиях СМП.

Поэтому для устранения противоречий между имеющимися в настоящее время ситуациями лечения артериальной гипертензии и гипертонического криза необходимо:

- ◆ разработать и внедрить всероссийские рекомендации и стандарты, основанные на рекомендациях ННПОСМП;
- ◆ более широко проводить образовательные программы для пациентов с артериальной гипертензией;
- ◆ предусмотреть возможность в стандартах лечения ГК назначения врачом СМП базовой гипотензивной терапии.



*Список использованной литературы
Вы можете запросить в редакции.*