

ЛИТЕРАТУРА

1. *Задорожная, М. П.* Спорные вопросы эхокардиографического определения массы миокарда левого желудочка и его гипертрофии (Аналитический обзор и собственные наблюдения) / М. П. Задорожная, В. В. Разумов // *Современные проблемы науки и образования.* — 2015. — № 6. — С. 216–225.
2. *Остроумова, О.Д.* Артериальная гипертония и гипертрофия миокарда левого желудочка. Лозартан: «верный друг лучше новых двух» / О. Д. Остроумова, Е. Г. Шорикова, Н. Ю. Галеева // *Рус. мед. журн.* — 2011. — Т. 19, № 4. — С. 200.
3. *Воробьев, А. М.* Амбулаторная эхокардиография у детей: рук-во для врачей / А. М. Воробьев. — СПб.: СпецЛИТ, 2010. — 176 с.

УДК 614.881:616.12-008.331.1

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ: ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ В РАЗНОЕ ВРЕМЯ СУТОК, ТАКТИКА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Бирилло Ю. С., Васьковец А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Ф. Бакалец*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертония (АГ) встречается у 25–27 % взрослого населения Республики Беларусь и является одной из важнейших причин временной и стойкой нетрудоспособности, летальных исходов [1]. Нарушения суточных ритмов параметров кровообращения, экскреции катехоламинов и их предшественников, наличие рассогласования и патологической синхронизации суточных ритмов у пациентов с АГ создают напряжение в функционировании сердечно-сосудистой системы, что особенно резко проявляется в определенное время суток и обуславливают развитие ГК и их осложнений [2]. Главным методом профилактики гипертонических кризов является правильное и адекватное лечение АГ, снижение других факторов риска. Своевременное купирование гипертонического криза снижает риск развития таких осложнений, как острый коронарный синдром, нарушения мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность.

Цель

Проанализировать частоту развития гипертонических кризов в разное время суток и оказание первой помощи при гипертонических кризах врачами скорой помощи.

Материал и методы исследования

Было произведена выкипировка карт вызовов скорой медицинской помощи (форма № 110/у-09) Гомельской и Столинской городских станций скорой медицинской помощи за февраль - май 2016 г. с диагнозом «Гипертонический криз». Проанализировано 257 карт вызовов в г. Гомеле и 376 карт вызовов в г. Столине. Изучалась частота развития кризов в разное время суток, возрастная структура пациентов, половой состав. Проводилась оценка оказания неотложной помощи. Были построены макеты статистических таблиц, построены диаграммы.

Результаты исследования и их обсуждение

При развитии гипертонических кризов цифры систолического артериального давления варьировали от 175 до 225 мм рт. ст. (в среднем $185,8 \pm 17,9$ мм рт. ст.), а диастолического артериального давления — от 95 до 130 мм рт. ст. (в среднем $99,8 \pm 8,7$ мм рт. ст.). В группе исследуемых преобладали женщины (66,2 %), средний возраст пациентов составил $69,8 \pm 7,7$ лет. Максимальное количество вызовов приходилось на возрастную группу 60–79 лет — 49 %, минимальное — от 20 до 39 лет — 3,1 %. Возрастная группа 40–59 лет составила 39,6 %, а 80 лет и старше — 14,8 %.

Максимальный пик развития гипертонических кризов приходился на вечернее время — с 18.00 до 24.00. Минимальное количество кризов развивалось в ночное время — 00.00–06.00. «Утренние» кризы (06.00–12.00) составили 19,1 %, «дневные» кризы — 16,3 %.

Характеристика жалоб пациентов отражена в таблице 1.

Таблица 1 — Жалобы пациентов при обращении на станцию скорой медицинской помощи

Жалобы пациентов	% пациентов
Высокое давление	75,8 %
Болит сердце	6,6 %
«Плохо»	9,3 %
Болит голова	3,9 %
Носовое кровотечение	1,6 %
Аритмия	1,6 %
Рвота	1,2 %

Известно, что гипертонический криз сопровождается жалобами кардиального, церебрального, а также вегетативного характера. Наиболее частым поводом к обращению на станцию скорой помощи была жалоба на «высокое давление», что говорит о высокой частоте необоснованных вызовов.

66,5 % кризов были купированы на догоспитальном этапе. 23,4 % пациентов было госпитализировано. 2,7 % пациентов отказались от госпитализации.

В г. Гомеле в 52,5 % случаев для купирования гипертонического криза применялись раствор сульфата магния 25 % 2,0–10,0 мл внутривенно и фуросемид 1,5 % 2,0–4,0 мл внутривенно. 25,7 % пациентов вводили клонидин 0,01 % 1 мл внутривенно или внутримышечно. 12,5 % пациентам применялся каптоприл 25–50 мг сублингвально. 5,4 % пациентов вводили дибазол 0,5 % 2,0–4,0 внутримышечно. В 2,7 % случаев использовалась комбинация эмоксипина, сульфата магния и фуросемида.

В г. Столине для купирования гипертонического криза в 55,4 % случаев использовали сублингвально 20 мг нифедипина. В 29,5 % случаев использовался раствор клонидина внутривенно. У 15,1 % пациентов использовали комбинацию каптоприла и нифедипина.

Наиболее часто встречающимися недостатками терапии были следующие. Внутримышечное введение дибазола не обладает выраженным гипотензивным эффектом. Нифедипин может использоваться для купирования только неосложненного криза при уверенном исключении острого коронарного синдрома. Согласно современным рекомендациям, фуросемид используется при развитии острой левожелудочковой недостаточности, поэтому такое его широкое применение не оправдано. Частое применение клонидина ограничивает плохая предсказуемость эффекта и высокая вероятность развития побочных эффектов. Ни в одном случае не применялся эналаприл внутривенно.

Выводы

1. Максимальный пик развития гипертонических кризов приходится на вечернее время — с 18.00 до 24.00, что следует учитывать при разработке профилактики кризов.

2. 66,5 % гипертонических кризов купируются на догоспитальном этапе. В большинстве случаев оказанная медицинская помощь соответствовала клиническим рекомендациям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Национальные рекомендации / А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2010.
2. Козловский, В. И. Частота развития инсультов и инфарктов миокарда во время гипертонических кризов у больных гипертонической болезнью различного возраста, проживающих в Витебске и Гомеле / В. И. Козловский, Н. Ф. Бакалец // Тезисы докл. Респ. науч.-практ. конф., посвященной 35-летию ЦНИЛ ВГМИ. — Витебск, 1998. — С. 47.

УДК 796.012.412.4

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Бирюк Т. А., Широков В. И.

Научный руководитель: ассистент кафедры В. В. Концевая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Очень важно поддерживать свой организм в хорошей форме на протяжении всей жизни. Многие люди для поддержания своего здоровья выбирают активный образ жизни. Занимаются различными видами спорта.