

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ И СПЕЦИАЛИСТАМИ СИМПТОМОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

**Ю.А. Тюков, А.Е. Манойлов, В.В. Теринова, Т.Н. Воронцов,  
Л.М. Кузнецова, А.А. Котов**  
*Челябинская государственная медицинская академия*

Исследование проведено с целью сопоставления оценки симптомов пациентами и диагностики причин повышения артериального давления у лиц вызывающих скорую помощь на дом, и осведомленность медицинских специалистов о клинических проявлениях гипертонии. В качестве материала исследования взята ретроспективная информация оперативного отдела автоматизированной системы управления станции скорой помощи города Челябинска за 2002–2011 гг. – 4000 карт вызовов, результаты анонимного анкетирования 276 участковых терапевтов и 138 медицинских работников скорой медицинской помощи. В результате проведенного исследования установлено несоответствие числа поводов вызова скорой помощи фактической клинике течения заболевания.

*Ключевые слова:* артериальная гипертония, осведомленность, диагностика, скорая медицинская помощь, участковый врач.

Анализ эффективности работы системы оказания экстренной и неотложной помощи лицам с повышением артериального давления (АД) привлекает внимание медиков во всем мире, в том числе в Российской Федерации (РФ) [2, 9, 14]. В больших городах РФ в структуре всех обслуженных вызовов СМП заключительный диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) занимает лидирующие позиции – 10,0 % и более, из которых гипертонические кризы (ГК) составляют 1/4–1/5 часть [1, 8]. По данным автоматизированной системы управления (АСУ) станции СМП г. Челябинска собственно обращений от населения за СМП по поводу проблемы «Повышение АД» значительно меньше – 5–6 % от общего числа поступающих вызовов. Эти цифры в 3–4 раза превышают аналогичный показатель европейских стран [11, 13]. В отличие от России, в ряде государств лица с повышением АД чаще обращаются в доступные для лечения отделения скорой помощи (Emergency Department). Жалобы на высокие показатели АД регистрируются у 10–20 % клиентов отделений неотложной помощи (ОНП) [1]. Аналогично данным РФ, примерно у 1/2–2/3 обратившихся в ОНП выявляется повышение АД без непосредственной угрозы для жизни [12]. Повод «Повышение АД» условно относится к категории «несрочных». При одновременном поступлении вызовов с поводом «плохо с сердцем», «травма», «авария» бригады СМП в первую очередь будут направляться на эти поводы. После оказания неотложной медицинской помощи из общего числа обслуженных пациентов с ГБ и ГК бригады СМП доставляют на госпитализацию в среднем за год 1–3 % больных (данные АСУ станции СМП г. Челябинска). Необходимость использования службы СМП для меди-

цинского обслуживания лиц с неосложненным повышением АД, точность диагностики ГБ на догоспитальном этапе изучены недостаточно в отечественной медицине. В национальных руководствах по скорой медицинской помощи (СМП) вызов к больному с подъемом артериального давления (АД) рассматривается ограниченно в рамках диагностики и лечения гипертонических кризов (ГК) [7, 10]. Не анализируется большая разница между числом обращений населения на СМП по поводу проблемы «Повышение АД» и количеством обслуженных вызовов с заключительным диагнозом «ГБ». Повышения АД в условиях СМП принимаются исследователями за неосложненные ГК или классифицируются как ургентные, предкризовые состояния [3, 6]. Участковые терапевты (УТ) РФ и официальное здравоохранение, скорее всего, воспринимают обслуживание СМП пациентов с гипертонией как неизбежное явление в здравоохранении.

**Цель исследования:** проанализировать факторы, влияющие на гипердиагностику гипертонической болезни во внебольничных условиях.

**Задачи исследования:**

1) сравнить в динамике число обращений населения по поводу проблемы «Повышение АД» и количество обслуженных вызовов с заключительным диагнозом «ГБ» в 2002–2011 гг.;

2) изучить эпидемиологию всех поводов для вызова СМП, послуживших основанием для диагностики ГБ у больного;

3) выявить связь информированности медицинских работников о клинической картине ГБ с диагностической и лечебной тактикой.

**Материалы и методы исследования.** В работе использована информация оперативного отдела

АСУ МУЗ ССМП за 2002–2011 гг., карты вызовов (форма 110/У) четырех районных подстанций СМП г. Челябинска. Изучено 4000 карт обслуженных вызовов пациентов старше 18 лет обоих полов с основным заключительным диагнозом «ГБ». Карты отбирались в 2012 году случайным выборкой на четырех из восьми произвольно выбранных подстанций СМП г. Челябинска. Медицинские работники не были осведомлены о проводимом анализе карт вызовов. В исследование включены карты не госпитализированных больных. Диагноз «ГБ» основывался на критериях национальных клинических рекомендаций [5].

Для оценки уровня знаний клинической картины ГБ у сотрудников СМП и УТ был проведен социологический опрос в форме анонимного анкетирования с помощью стандартизованных анкет. Было роздано 150 анкет для сотрудников четырех подстанций СМП г. Челябинска, из которых получено 140, но в связи с неполным заполнением к исследованию принято 138 анкет. Средний возраст сотрудников СМП, участвующих в анкетировании, составил 35,1 года. Стаж работы по специальности в среднем 12,3 года. Мужчины составили 37,7 %, женщины – 62,3 %.

Анкетирование проводилось также среди врачей восьми муниципальных поликлиник г. Челябинска. Было роздано 340 анкет, из которых вернулось 300. К исследованию принято 276 анкет, что составило 81,0 % от исходного количества всех участковых терапевтов, работавших в поликлиниках г. Челябинска в момент исследования. Средний возраст участковых врачей, участвовавших в анкетировании, составил 44,1 года. Средний стаж работы по специальности – 17,4 года. Мужчины составили 12,0 %, женщины – 88,0 %.

Для сравнения групп был использован точный двусторонний критерий Фишера. Полученные значения «Р» не округлялись и записывались до третьего знака после запятой. Статистически значимыми различия считались при  $P < 0,05$ . Для сравнения долей проводилась проверка статистической

гипотезы о равенстве относительных частот внутри одной группы. Для описания относительной частоты бинарного признака расчет доверительного интервала (95,0 % ДИ) проводился по методу Клоппера – Пирсона. Вычисления проводились при помощи статистической программы Statistika 6.0 Copyright© StatSoft, Inc. 1984–2001.

**Результаты и их обсуждение.** Показатели обслуживания МУЗ станцией СМП г. Челябинска населения, обеспокоенного повышением кровяного давления, за 2002–2011 годы представлены в табл. 1. Среди всех медицинских проблем количество обращений населения г. Челябинска в оперативный отдел по поводу проблемы «Повышение АД» в среднем за год составило 19,5 тысяч вызовов, что составило 5,9 % всех вызовов в службу СП. Значимых изменений количества принятых вызовов из-за подъемов АД за истекшее десятилетие не отмечено. Количество обслуженных вызовов, когда сотрудник СМП в конечном итоге выставлял больному диагноз «ГБ» или «ГК», было почти в 2 раза больше, чем сигналов о помощи населению по поводу высоких показателей АД.

Согласно полученным данным, ежегодно бригады СМП выезжали к больным с ГБ и ГК в среднем за год 37,7 тысячи раз, что составило в среднем 11,9 % всех вызовов в службу СП. При этом ГК были диагностированы в среднем в 20,9 % случаев, остальные 79,1 % обслуженных вызовов классифицировались специалистами СМП по завершении вызова как «ГБ» (табл. 1).

Начиная с 2009 года, в г. Челябинске отмечается ежегодное в сравнении с предыдущими 2002–2008 годами снижение числа обслуженных вызовов по поводу гипертонических кризов при одновременном росте доли вызовов с диагнозом «гипертоническая болезнь». Уменьшение количества ГК может свидетельствовать о совершенствовании дифференциальной диагностики данных состояний вследствие проведенных в предшествующие годы образовательных мероприятий среди работников первично-амбулаторного звена. Несовпадение

Таблица 1

Обращаемость по поводу проблемы «Повышение артериального давления»  
и нозологические формы обслуженных вызовов (в % к итогу)

Год	Доля вызовов по поводу проблемы «Повышение АД»	Доля вызовов с диагнозом ГБ и ГК среди обслуженных вызовов		Доля вызовов с диагнозом ГБ и ГК среди всех вызовов по поводу ГБ и ГК
		Гипертонический криз	Гипертоническая болезнь	
2002	5,5	2,8	8,2	12,0
2003	6,8	3,0	8,8	11,8
2004	6,9	3,1	8,8	11,9
2005	6,2	3,0	8,7	11,7
2006	5,4	2,6	8,8	11,4
2007	5,4	2,5	9,1	11,6
2008	5,2	2,2	9,4	11,6
2009	5,7	1,9	10,5	12,4
2010	6,3	1,8	10,8	12,6
2011	5,8	1,8	11,0	12,8
В среднем	5,9	2,5	9,4	11,9

## Проблемы здравоохранения

числа поводов «Повышение АД» (в среднем 5,9 %) с количеством выставленных бригадами СМП диагнозов ГБ (в среднем 11,9 %) очевидно. На следующем этапе выборочно выяснены типичные медицинские проблемы населения, послужившие основанием для вызова СМП и последующей диагностики у пациентов ГБ. Данные представлены в табл. 2.

Количество стандартизированных поводов для вызовов к пациентам, согласно данным оперативного отдела АСУ станции СМП, было 12. Повод «Повышение АД» в 38,2 % действительно совпал с диагнозом специалистов СМП, то есть «ГБ». Звонки по поводу «Боль в сердце (грудной клетке)» были в 23,8 % расценены в конечном итоге у больных как «ГБ». Аналогично жалобы типа «Головная боль, головокружение» у 9,3 % были интерпретированы в качестве симптомов ГБ.

Также повод «Аритмия (сердцебиение)» в 8,8 % послужил основанием для диагностики гипертонии. Проблемы «Плохо (в том числе дрожь, озноб)» и «Астма, одышка, удушье» соответственно в 5,8 и 5,5 % были классифицированы в разряд клинических проявлений ГБ. Целый ряд других патологических состояний: рвота (4,0 %), обморок (2,3 %), внезапная парализация (0,5 %), судороги (0,5 %), боль в животе (0,5 %) специалистами СМП были отнесены к симптомам, признакам эссенциальной гипертонии. Разнообразие симптомов и признаков, сводимых медицинскими работниками к одной нозологии, может свидетельствовать о незнании особенностей клиники гипертонии, а также причинах реактивного повышения АД при распро-

страненных патологических состояниях, в том числе сопутствующих ГБ.

Транзиторное повышение АД наблюдается при стрессе, боли, мигрени, витилиго, головной боли напряжения, панических атаках. Выявить разнообразные факторы риска проходящего, простого, псевдокризисового повышения АД сложно [12, 14].

Как известно мягкая (I степень), умеренная гипертония (II степень) диагностируется у 90,0 % пациентов страдающих ГБ. Мягкая и умеренная гипертония является классическим хроническим асимптомным заболеванием. Больные ощущают головную боль при быстром повышении диастолического АД на 25,0 % и более от привычного значения АД [4]. Для выяснения информированности о клинической картине ГБ сотрудникам СМП и УТ было предложено ответить на вопрос «Обязательно ли связаны перечисленные субъективные жалобы с повышением АД у большинства лиц с ГБ?». Результаты представлены в табл. 3.

Несмотря на то, что преобладающая часть сотрудников СМП (87,7 %) и участковых терапевтов (74,2 %) убеждены, что повышение АД в обязательном порядке сопровождается головной болью у пациентов с эссенциальной гипертонией, необходимо отметить, что их мнения достоверно расходятся ( $p < 0,012$ ), т. е. среди участковых терапевтов убеждена в этом меньшая доля. Другие предложенные жалобы являются неизбежными симптомами гипертонической болезни, по мнению меньшей части опрошенных врачей. Так, головокружение считают неизбежным симптомом только 40,6 % врачей СМП и 49,6 % участковых терапевтов

Таблица 2

Структура стандартизированных поводов для вызовов к пациентам с артериальной гипертонией по материалам АСУ (в % к итогу)

№ п/п	Стандартизированный повод для вызова СМП	Удельный вес
1	Повышение артериального давления	38,2
2	Боль в сердце (грудной клетке, боль в сердце, заболевание сердца)	23,8
3	Головная боль, головокружение, в том числе головная боль	9,3
4	Аритмия (сердцебиение, аритмия, боль в сердце)	8,8
5	Плохо (в том числе дрожь, озноб)	5,8
6	Астма (одышка, удушье, заболевание сердца)	5,5
7	Рвота	4,0
8	Артериальная гипотония (обморок)	2,3
9	Внезапная парализация	0,5
10	Без сознания (судороги)	0,5
11	Боль в животе	0,5
12	Повод не известен	0,8
Итого		100

Таблица 3

Информированность специалистов о связи субъективных жалоб больных с повышением артериального давления

Субъективные симптомы	Врачи СМП (в %)	Участковые терапевты (в %)	Значимость различий по критерию Фишера
Головные боли	87,7	74,2	$P = 0,012$
Головокружение	40,6	49,6	$P = 0,095$
Неврогические жалобы (боль в груди, одышка, сердцебиение, дрожь, озноб)	30,4	21,0	$P = 0,039$

( $P = 0,095$ ), невротические симптомы – соответственно 30,4 и 21,0 % респондентов обеих групп. Причем и в том и другом случае их мнения статистически значимо отличаются ( $p < 0,095$  и  $p < 0,039$ ).

Таким образом, дифференциальная диагностика конкретного клинического патологического состояния у пациентов с подъемом кровяного давления представляет непростую задачу. Врачи СМП и участковые терапевты интерпретируют клинические симптомы у пациентов с любыми отклонениями АД главным образом в пользу эссенциальной гипертензии, то есть ГБ. Вместо выяснения этиологии превышающих норму показателей АД медицинские работники предпочитают оперировать расплывчатыми категориями типа «обострение, ухудшение течения ГБ», «энцефалопатия гипертонического типа», «кризовое течение», что способствует сохраняющейся годами гипердиагностике ГБ у клиентов СМП, повторным вызовам СМП и УТ. Сиюминутное, без последующего выяснения причин снижение АД никогда не уменьшит нагрузку на службу СМП и, самое главное, не будет влиять на осложнения ГБ. При удовлетворительном медикаментозном контроле ГБ простое (реактивное) повышение АД носит доброкачественный характер и, как правило, нормализуется после неспецифической терапии (анальгетики, бензодиазепины, вестибулитики) [12, 14]. Распространенная практика обязательной срочной специфической медикаментозной коррекции любых отклонений АД может привести к негативным последствиям из-за быстрого падения кровяного давления и развития острой ишемии жизненно важных органов. Для подтверждения полученных данных запланирован аудит обслуженных вызовов экспертами и проведение проблемно ориентированных образовательных мероприятий (в первую очередь для участковых терапевтов), которые могут уменьшить несравнимо частое и высокозатратное использование специалистов СМП в РФ для лечения ГБ.

#### Выводы

1. Медицинские работники соотносят симптомы различных сопутствующих ГБ состояний с повышением кровяного давления пациентов, что приводит к гипердиагностике артериальной гипертензии и избыточной терапии.

2. Неверно принимаемым диагностическим решениям во время оказания неотложной помощи способствует неудовлетворительная информированность медицинских работников о клинической картине гипертонической болезни.

3. Неадекватная оценка состояния пациента специалистами скорой медицинской помощи статистически достоверно увеличивает количество необоснованных вызовов.

#### Литература

1. Андреев, А.Н. Новые технологии оказания экстренной медицинской помощи при гипертензив-

ных кризах на догоспитальном этапе / А.Н. Андреев, В.И. Белокриницкий, В.П. Дитятев // Новые технологии в службе СМП, Челябинск, 2004. – С. 105–114.

2. Манойлов, А.Е. Причины утраты контроля артериальной гипертензии у лиц, обращающихся за скорой медицинской помощью / А.Е. Манойлов // Скорая мед. помощь. – 2011. – Т. 12, № 1. – С. 18–24.

3. Манойлов, А.Е. Утраченные критерии / А.Е. Манойлов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 4. – С. 62–64.

4. Международная классификация головных болей. – 2-е изд. (полная русскоязычная версия). – Международное общество головной боли, 2003. – [www.i-h-s.org](http://www.i-h-s.org).

5. Национальные клинические рекомендации: сб. / под ред. Р.Г. Оганова. – 3-е изд. – М.: Силуэция-Полиграф, 2010. – 592 с.

6. Парфенов, В.А. Диагноз и лечение головной боли у пациентов с артериальной гипертензией / В.А. Парфенов // Рус. мед. журнал. – 2003. – Т. 11, № 2. – С. 80–83.

7. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 816 с.

8. Руксин, В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии. Краткое руководство для врачей / В.В. Руксин. – М.: Медпресс-информ, 2009. – 47 с.

9. Сравнение эффективности и безопасности клонидина и моксонидина для оказания неотложной помощи при повышении артериального давления / В.В. Руксин, О.В. Гришин, А.В. Кузнецов и др. // Скорая мед. помощь. – 2009. – Т. 10, № 4. – С. 13–20.

10. Lack of relation between hypertension-associated symptoms and blood pressure in hypertensive ED / D.J. Karras, J.W. Ufberg, R.A. Harrigan et al. // Am. J. Emerg. Med. – 2005. – Vol. 23, № 2. – P. 106–110.

11. Marik, P.E. Hypertensive crises: challenges and management / P.E. Marik, J. Varon // Chest. – 2007. – Vol. 131, № 6. – P. 1949–1962.

12. Occurrence rate and clinical predictors of hypertensive pseudocrisis in emergency room care / S. Sobrinho, L.C. Correia, C. Cruz et al. // Arq. Bras. Cardiol. – 2007. – Vol. 88, № 5. – P. 579–584.

13. Olia, P.M. Eight months of emergency services by ambulance (with doctor on board) of the Emergency Department of Prado, Italy / P.M. Olia, T.V. Molia, A. Quercy // Minerva An estesiol. – 2002. – Vol. 68, № 11. – P. 849–554.

14. Prevalence of true hypertensive crises and appropriateness of the medical management in patients with high blood pressure seen in a general emergency room / F.C. Monteiro Júnior, F.A. Anunciação, N. Salgado Filho et al. // Arq. Bras. Cardiol. – 2008. – Vol. 90, № 4. – P. 247–251.

**Тюков Ю.А.**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, Челябинская государственная медицинская академия (г. Челябинск).

**Манойлов А.Е.**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры безопасности жизнедеятельности, медицины катастроф скорой и неотложной медицинской помощи, Челябинская государственная медицинская академия (Челябинск).

**Теринова В.В.**, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Челябинская государственная медицинская академия (Челябинск).

**Воронцов Т.Н.**, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Челябинская государственная медицинская академия (Челябинск).

**Кузнецова Л.М.**, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Челябинская государственная медицинская академия (Челябинск).

**Котов А.А.**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Челябинская государственная медицинская академия (Челябинск).

---

## COMPARATIVE EVALUATION OF PATIENTS AND SYMPTOMS OF HYPERTENSION IN THE PROVISION OF PRIMARY HEALTH CARE

***Yu.A. Tukov, A.E. Manoylov, V.V. Terinova, T.N. Vorontsov, L.M. Kuznetsova, A.A. Kotov***  
***Chelyabinsk State Medical Academy***

Research was conducted to compare arterial hypertension symptoms assessments by patients and diagnostics of arterial pressure increase reasons at persons causing ambulance at home, also medical-experts knowledge of hypertension clinical manifestations were estimated. Retrospective information from an automated control system of the Chelyabinsk ambulance station for 2002–2011 was used: 4000 cards of phone-calls; anonymous questioning results of 276 local therapists and 138 medical workers of an emergency medical service. As a result discrepancy of number of ambulance calls occasions to the actual disease cases was established.

*Keywords: arterial hypertension, awareness, diagnosis, emergency medical assistance, the local physician.*

**Tukov Yu.A.**, Doctor of Medical Sciences (Grand MD), Professor, Head of the Department of Public Health and Health Care, Chelyabinsk State Medical Academy.

**Manoylov A.E.**, Candidate of Medical Sciences (PhD), Associate Professor of the Department of Life Safety, Disaster Medicine of Emergency Care, Chelyabinsk State Medical Academy.

**Terinova V.V.**, Applicant for scientific degree at the Department of Public Health and Health Care, Chelyabinsk State Medical Academy.

**Vorontsov T.N.**, Assistant, post-graduate of the Department of Public Health and Health Care, Chelyabinsk State Medical Academy.

**Kuznetsova L.M.**, Assistant, post-graduate of the Department of Life Safety, Disaster Medicine of Emergency Care, Chelyabinsk State Medical Academy.

**Kotov A.A.**, Candidate of Medical Sciences (PhD), Associate Professor of the Department of Public Health and Health Care, Chelyabinsk State Medical Academy.

*Поступила в редакцию 28 декабря 2012 г.*