

## ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Діагноз: Гіпертонічний криз**

**Код МКХ-10: I10 - I 15**

**Приклади формулювання діагнозів:**

- 1.Гіпертонічна хвороба (I, або II, або III) ст. Неускладнений гіпертензивний криз.**
- 2.Гіпертонічна хвороба IIст. Неускладнений гіпертензивний криз.  
Дисциркуляторна енцефалопатія II або IIIст.**
- 3.Гіпертонічна хвороба IIIст. Ускладнений гіпертензивний криз. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.**
- 4.Гіпертонічна хвороба IIIст. Ускладнений гіпертензивний криз.  
Інтерстиціальний або альвеолярний набряк легень. Гіпертензивне серце.  
СН IIа.**

**Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:**

*бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.*

**Медична допомога на догоспітальному етапі** повинна бути надана пацієнтам з ГК у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.

**Пацієнтам з ГК** необхідно забезпечити термінову госпіталізацію у відповідні ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу, в період найбільших терапевтичних можливостей.

**Швидка діагностика ознак ГК** на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

## ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### Положення протоколу (1)

**1.2.1. Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події** становить у містах-10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

**1.2.2. Діагностичне та клінічне обстеження** пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карти виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ, а у разі передачі біометричних ЕКГ - сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога.

### **Обґрунтування.**

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками ГК у спеціалізовані ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

**Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги**

### **Обов'язкові:**

#### **1. Збір анамнезу**

##### **1.1. Збір анамнезу захворювання:**

1.1.1. Встановити точний час від початку ГК та його тривалість.

1.1.2. Встановити, чи була спроба зняти ГК.

1.1.3. Встановити, за яких умов виник ГК - чи пов'язаний він з фізичним, психоемоційним навантаженням.

1.1.4. Чи виникав схожий напад ГК.

1.1.5. Чи підвищувався АТ та чи почастишало підвищення АТ останнім часом. Чи змінилась толерантність до навантаження, чи збільшилась потреба у гіпотензивних препаратах.

## **1.2. Збір анамнезу життя:**

1.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

1.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.2.3. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ, тощо.

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

## **2. Проведення огляду та фізичного обстеження:**

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE.

2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.

2.3. Візуальна оцінка:

2.3.1. Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен.

## **3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта:**

1. Пульс, його характеристика, АТ.

2. ЧД, його характеристика.

3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.

4. Вимірювання АТ на ногах.

5. Перкусія серця: звернути увагу на наявність збільшення границь серцевої тупості.

6. Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.

7. Аускультация серця та судин шиї, точок проекції ниркових артерій.

8. Аускультация легень: наявність вологих хрипів.

Слід мати на увазі, що у багатьох пацієнтів на ГК при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

#### **4. Проведення інструментального обстеження**

##### **Обов'язкові:**

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

##### **Бажані:**

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, **норма – 95 %**).

#### **Лікувальна тактика**

**1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги:**

##### **Обов'язкові:**

1. Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.

Хворим на ГК для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самостійно пересуватись.

2. Забезпечити подачу кисню.

3. Забезпечити монітування життєвих функцій та електрокардіограми.

4. Забезпечення венозного доступу. Усім пацієнтам з ГК у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

#### **2. Надання екстреної медичної допомоги**

##### **2.1. Неускладнений криз.**

- Ніфедипін (фармадипін) по 10 мг під язик всередину кожні 30 хв., або

- анаприлін 20-60 мг під язик, або
- клонідин 0,15 мг всередину, потім по 0,075 мг через 1 год. до ефекту, або
- нормопрес 1табл. всередину чи під язик.

при відсутності ефекту:

- Клонідин 0,1 мг (клофелін) внутрішньовенно повільно поступово підвищуючи швидкість введення від 0,1 мкг/(кг/хв.) до досягнення необхідного артеріального тиску;

-Ебрантіл 5-25 мг в/в на фіз.р-ні;

- При недостатньому ефекті - фуросемід 40 мг внутрішньовенно, -дібазол 1% р-н 5мл.

При стійкій гіпертензії можливе введення бензогексонію 2,5% р-н 0,5-1,0 мл в/в титровано на фізіологічному розчині, або 0,5-1,0 мл в/м чи підшкірно. Бензогексоній вводиться під постійним контролем АТ в положенні –лежачи.

- При емоційному напруженні зберігається додатково діазепам (сібазон) 5-10 мг всередину, внутрішньом'язово або внутрішньовенно.

При явищах дисциркуляторної енцефалопатії ефективно введення магнію сульфату 25% р-ну 5-10 мл повільно в/в струминно на фіз. р-ні.

При неврологічній симптоматиці ефективною є нейропротекція:  
-нейроксон (цераксон) 500-1000мг в/в на фіз.р-ні або 500-1000мг всередину;  
-пірацетам 20% - 2,4-4г (12-20мл) в/в струминно на фіз. р-ні.

## **2.2. Ускладнені кризи:**

### **Гіпертензивний криз, ускладнений набряком легень:**

- Нітрогліцерин таблетки (краще аерозоль – ізокет, нітромінт) 0,4-0,5 мг під язик і відразу 10 мг в 100 мл розчину натрію хлориду 0,9% внутрішньовенно крапельно, збільшуючи швидкість з 25 мкг/хв. до одержання ефекту;

- Фуросемід 40-80 мг внутрішньовенно повільно;

- При стійкій гіпертензії можливе введення бензогексонію 2,5% р-н 0,5-1,0 мл в/в титровано на фізіологічному розчині, або 0,5-1,0 мл в/м чи підшкірно. Бензогексоній вводиться під постійним контролем АТ в положенні –лежачи.

- Оксигенотерапія.

**Гіпертензивний криз, ускладнений геморагічним інсультом або субарахноїдальним крововиливом:**

Необхідна стабілізація АТ на рівні, що перевищує на 5-10% мм рт.ст. звичний для хворого рівень АТ. Для цього використовують повільне (протягом 7-10 хв. і більше) внутрішньовенно введення магнію сульфату в дозі 1000-2500 мг (як виняток, допустимо внутрішньом'язево введення препарату в теплому вигляді з подальшим прогріванням місця ін'єкції). При наявності протипоказання до застосування магнію сульфату показаний ніфедипін в дозі 5-20 мг під язик (розжувати), а при неможливості використовувати такий шлях введення (наприклад, при комі) бендазол внутрішньовенно (внутрішньом'язево) у дозі 30-50 мг.

**Гіпертензивний криз, ускладнений ангінозним болем:**

- Нітрогліцерин таблетки (краще аерозоль) 0,4-0,5 мг під язик і відразу 10 мг внутрішньовенно крапельно (п. 5);

- Обов'язково знеболювання - див. "Стенокардія";

- При недостатньому ефекті – пропранолол (анаприлін) 20-40 мг під язик.

**При ускладненому перебігу - моніторувати життєво важливі [функції](#) (кардіомонітор, пульсоксиметр).**

**Госпіталізувати після можливої стабілізації стану.**

**Госпіталізувати після можливої стабілізації стану.**

**Госпіталізація**

**Обґрунтування**

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ медичної допомоги

**Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги**

**Обов'язкові:**

1. Всі пацієнти з підозрою на ГК незалежно від статі, віку та інших

факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію та попередні кардіограми пацієнта.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторування стану пацієнта, контроль АТ, ЧСС, ЧД, ЕКГ, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Транспортування здійснюється на ношах після стабілізації стану пацієнта у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні, приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, кардіологічну реанімацію, відділення.

#### **Необхідні дії водія бригади екстреної медичної допомоги:**

1.Забезпечити доставку медичних працівників та оснащення виїзної бригади до місця події у найкоротший термін (до 10 хвилин у місті та 20 хвилин у населених пунктах поза межами міста) та оптимальним маршрутом.

2.Сприяти медичним працівникам в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим, перенесенні та підключенні медичної апаратури.

3.Брати безпосередню участь у перенесенні хворого на ношах, особисто відчиняти задні двері автомобіля, брати участь у встановленні нош з хворим у салон автомобіля, зачиняти задні двері.

4.Забезпечити транспортування хворого до лікарні.