

Профилактика неотложных состояний у пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторном приеме врача-стоматолога



М. И. Сойхер



М. А. Амхадова

М. И. Сойхер, к.м.н., главный врач¹, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии³

М. А. Амхадова, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии²

А. А. Мамедов, д.м.н., проф., зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии³

И. В. Лыспак, клинический ординатор отделения хирургической стоматологии¹

¹ГАОУЗ МО «Московская областная стоматологическая поликлиника», г. Москва

²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», г. Москва

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Prevention of medical emergencies at patients with arterial hypertension in dental office

M. I. Soykher, M. A. Amkhadova, I. V. Lyspak

Moscow Regional Dental Clinic, Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute n. a. M. F. Vladimirovsky, First Moscow State Medical University n. a. I. M. Sechenov (Sechenov University); Moscow, Russia

Резюме

Врач-стоматолог нередко выступает как первый врач, который может заподозрить гипертоническую болезнь у пациента. Неслучайно из всех соматических осложнений в амбулаторной стоматологической практике повышение артериального давления, требующее вмешательства реаниматолога, занимает первое место по распространенности, составляя 22,2%. Разработанные нами и применяемые на практике рекомендации сократили более чем в шесть раз случаи возникновения необходимости urgentной помощи пациентам на приеме у врача-стоматолога по поводу колебаний артериального давления. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать применяемую нами тактику ведения пациентов повсеместно с целью снижения случаев возникновения неотложных состояний в кресле врача-стоматолога по поводу клинически значимых колебаний артериального давления у пациента.

Ключевые слова: артериальное давление, артериальная гипертензия, гипертонический криз, неотложное состояние.

Summary

Dentist often acts as the first doctor who can suspect hypertension in the patient. It is no accident that of all the somatic complications in outpatient dental practice, an increase in blood pressure requiring the intervention of a resuscitator takes the first place in prevalence, amounting to 22.2%. The recommendations developed by us and applied in practice reduced by more than 6 times the cases of the need for urgent care to patients at the reception of a dentist about fluctuations in blood pressure. The results of the study allow us to recommend the tactics of patient management throughout the country in order to reduce the occurrence of emergency conditions in the dentist's chair about clinically significant fluctuations in blood pressure in the patient.

Key words: arterial pressure, hypertension, hypertensive crisis, emergency state.

Актуальность

Повышенное артериальное давление (далее АД) занимает преобладающую долю в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с другими факторами риска. Международное общество по артериальной гипертензии (далее АГ) в 2008 году опубликовало прогноз, где было показано, что к 2025 году АГ станет ведущей причиной смерти и нетрудоспособности во всем мире, а не только в развитых странах [1]. Проведенные исследования по эпидемиологии и контролю АГ в России продемонстрировали ее высокую распространенность в России (40,8%, т.е. более 42 млн

человек). Принимают антигипертензивные препараты (далее АГП) 69,5% больных АГ, при этом контролируют АД на целевом уровне 23,2% пациентов [2].

Гипертонические кризы (далее ГК) как осложнение АГ в последние годы приобретают все большее распространение. Эта патология имеет существенное медицинское и социальное значение, так как нелеченая АГ и рецидивирующие ГК становятся причиной инвалидизации и смерти [3].

Несомненно, изучение проблемы ведения пациентов с гипертонической болезнью на стоматологическом приеме имеет большое практическое значение. Кроме того, стоматолог

нередко выступает в роли первого врача, который может заподозрить гипертоническую болезнь у пациента и направить его на консультацию к специалисту [4]. Неслучайно из всех соматических осложнений в амбулаторной стоматологической практике повышение АД, требующее вмешательства реаниматолога, занимает первое место по распространенности, составляя 22,2% (Митина Е. А., 2002). Одна из основных причин ГК — стресс (Крылов А. А., 2001; Соколов Е. И., 2005). Выраженный страх стоматологического вмешательства занимает высокое место в иерархии человеческих страхов и выявляется у 33–67% на-

селения Земли. Наивысшая степень страха — стоматофобия — может сформироваться в детстве и сохраняться на протяжении жизни [5]. Перед оперативным вмешательством у пациента, как правило, развивается эмоциональное возбуждение, чувство тревоги. У индивидуумов с тревожным типом личности частота сердечных сокращений (далее ЧСС) может увеличиваться в 2,5–3,0 раза, АД — на 10–25 мм рт.ст., достоверно повышается уровень кортикостероидов в крови [6].

Амбулаторное оперативное вмешательство в челюстно-лицевой области у пациентов с АГ может вызывать ответную реакцию организма, проявляющуюся изменением АД. В первую фазу оно повышается в ответ на оперативное вмешательство. Через 5–6 часов после операции, что соответствует второй фазе, также отмечается подъем АД [7]. Правильная оценка психологического статуса пациента ориентирует врача в необходимости медикаментозной коррекции выявленных особенностей и частично в выборе необходимого вида обезболивания [8].

Цель

На основании мониторинга АД у пациентов до проведения стоматологического вмешательства на базе Московской областной стоматологической поликлиники разработать клинические рекомендации, позволяющие снизить риски возникновения неотложных состояний, связанных с колебаниями АД у пациентов.



Рисунок 1.

Материалы и методы

Перед проведением стоматологических манипуляций на приеме у врача-стоматолога каждому пациенту измерялись АД, ЧСС независимо от его принадлежности к возрастной, половой, рисковой группам. АД регистрировалось стандартным методом с учетом рекомендаций ВОЗ: ширина манжеты составляла 2/3 длины плечевой кости пациента, манжета накладывалась так, чтобы ее край располагался на 2–3 см выше локтевого сгиба, измерения АД проводились три раза с интервалами, и за истинное принималось среднее значение (рис. 3). Перед и во время регистрации АД пациента просили воздержаться от разговоров, принять максимально комфортное положение, расслабиться, пациента располагали так, чтобы рука, на которую надевали манжету, располагалась на уровне сердца пациента (рис. 4). Измерение АД и ЧСС прово-



Рисунок 2.

дилось с помощью автоматического тонометра Omron SPOTARM I-Q142 (рис. 1), работающего на основе осциллометрического метода. Вышеуказанный прибор был выбран в связи с рядом преимуществ: двойной контроль АД в процессе измерения, наличие индикатора аритмии, повышенного АД, отсутствие возрастных ограничений, автоматический расчет средних значений, автоматическая фиксация манжеты на руке, наличие индикаторов движения и правильного положения корпуса тела, клинически апробированный алгоритм измерения АД по протоколам BHS, AAMI, International Protocol, Guetesiegel. С помощью портативного принтера OMRON NHX PRINT E 1 (рис. 2) каждому пациенту в амбулаторную карту вносили полученные данные АД, затем данные АД пациента вносили в журнал АД соответствующего отделения, в электронную базу данных и анализировали.



Рисунок 3.



Рисунок 4.

Врачи-стоматологи перед оказанием стоматологической помощи пациенту проводили измерение АД. Оценивали состояние пациента по следующим критериям:

1. является ли пациент поддающимся физиологически и психологически или относительно устойчивым к стрессовым воздействиям в процессе предполагаемого лечения;
2. представляет ли пациент больший риск (заболеваемости или смертности), нежели в норме в процессе лечения;
3. в случае, если риск повышен, какие модификации лечения будут необходимы, чтобы свести риск до минимума;
4. не является ли риск слишком большим для безопасного назначения амбулаторного лечения в общемедицинской или стоматологической клинике.

Для оценки рисков и дальнейшей тактики приема пациента врачам-стоматологам была предложена система физиологической оценки стоматологической школы Университета Южной Калифорнии, основанная на классификации физиологического статуса Американского общества анестезиологов (далее ASA) [9]. Данная система позволяет врачу-стоматологу оценить состояние пациента в соответствии с классификацией ASA, предлагает четкий, апробированный алгоритм ведения пациента в соответствии с группой по ASA.

Классификация физиологического состояния ASA, модифицированная стоматологической школой Университета Южной Калифорнии

1. *Нормальный здоровый пациент.* Модификации лечения — никакой (снятие стресса по показаниям). АД до 140/90. Пациенты этой группы получали стоматологическое лечение, включая использование местных анестетиков с содержанием вазоконстрикторов.
2. *Пациенты с легкими или умеренными степенями системных заболеваний.* Модификация лече-



Рисунок 5. Форма оказания стоматологической помощи.



Рисунок 6. Распределение по группам.

ния — нормализация АД, снятие стресса, оценка иных факторов риска. АД 141/91 — 160/95. Пациентам проводилась суггестивная подготовка и премедикация, содержащая седативные и спазмолитические препараты. В зависимости от вида стоматологической манипуляции и уровня тревоги пациента принималось решение о лечении под седацией. Возможным было проведение анестезии и стоматологического лечения в случае нормализации показателей АД. В случае отсутствия реакции у пациента на седацию и суггестивную подготовку лечение проводилось после консультации с врачом-кардиологом или анестезиологом.

3. *Пациенты с тяжелыми системными заболеваниями, ограничивающими активность, но не ведущими к потере трудоспособности.* Модификации лечения — нормализация АД, лечение не проводили до момента достижения контроля над показателями АД у пациента. АД 161/95 — 180/110. Пациентам осуществлялся тщательный контроль за состоянием гемодинамики, измерение АД проводилось через каждые 5–7 минут. Запланированное лечение не проводилось до момента установления контроля над показателями АД, в случае необходимости оказания экстренной стоматологической помощи врач-стоматолог консультировался с врачом-анестезиологом до начала оказания помощи пациенту. После консультации определялись объем вмешательства, выбор наиболее подходящих лекарственных препаратов для местного обезболивания. При необходимости назначались премедикация, седация.
4. *Пациенты с тяжелыми системными заболеваниями, ограничивающими активность, угрожающими жизни пациента.* Модификация лечения — рекомендовано лечение в условиях стационара. АД 200/115 и выше. АД давление измерялось каждые пять минут. До нормализации АД данным пациентам не проводилось никакого стоматологического лечения. После снижения АД проводился минимальным объемом вмешательств по жизненным показаниям. При необходимости неотложного стоматологического лечения пациенты направлялись в стационар.

Результаты

За шесть месяцев нами было промониторировано 835 пациентов. Из них 147 пациентам была проведена суггестивная подготовка, седация перед оказанием плановой стоматологической помощи, у 64 пациентов плановая стоматологическая помощь была отложена до стабилизации показателей АД, неотложная помощь оказывалась под контролем врача —

анестезиолога-реаниматолога, 32 человека были направлены на оказание неотложной и плановой стоматологической помощи в условиях стационара (рис. 5, 6). С момента начала проведения исследования и введения нового алгоритма оказания стоматологической помощи с учетом модифицированной классификации ASA количество случаев неотложных состояний в кресле врача-стоматолога снизилось более чем в шесть раз, количество госпитализаций по скорой медицинской помощи (далее СМП) снизилось в два раза. Среди мужчин самые высокие показатели АД были зафиксированы у 51-летнего мужчины, они составили 239/143, 85, среди женщин у 73-летней женщины — 232/114, 74. Необходимо отметить случаи аномально высокого АД у лиц молодого возраста: у 20-летней девушки — 194/96, 62; и у 26-летнего молодого человека — 196/117, 60).

Учитывая выше указанные данные, мы рекомендуем проводить измерение АД перед стоматологическими вмешательствами всем пациентам, независимо от их пола и возраста. Показатели АД коррелировали с возрастом и полом пациентов: процент АД среди пациентов стоматологических отделений возрастал с увеличением возраста пациентов, резкое увеличение АД у женщин пришлось на среднюю возрастную группу, а у мужчин на старческий возраст (рис. 7).

Группа 1 — нормальный здоровый пациент; группа 2 — пациенты с легкими или умеренными степенями системных заболеваний; группа 3 — пациенты с тяжелыми системными заболеваниями, ограничивающими активность, но не ведущими к потере трудоспособности; группа 4 — пациенты с тяжелыми системными заболеваниями, ограничивающими активность, угрожающими жизни пациента

На основании обновленной классификации возрастов по ВОЗ: молодые (25–44 года); средний возраст (45–60 лет); пожилые (61–75 лет); старческий возраст (76–90 лет), долгожители (более 90 лет)

Измерение АД пациентам перед

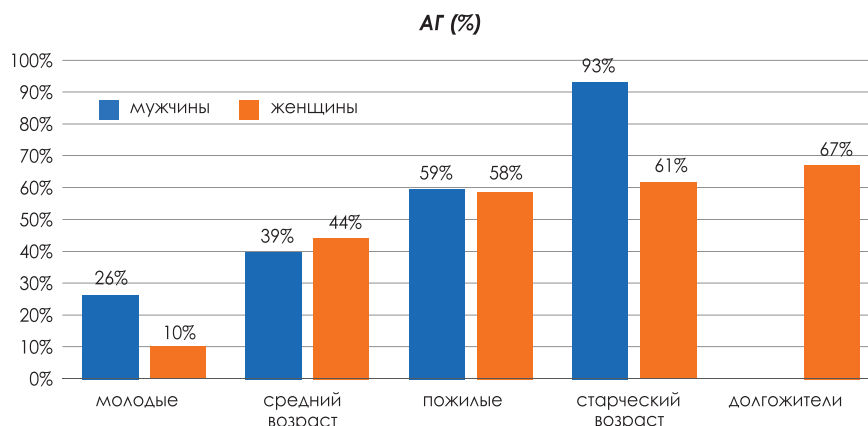


Рисунок 7. Корреляция АД с возрастом и полом пациентов.

амбулаторным стоматологическим приемом позволило значительно минимизировать количество неотложных состояний, связанных с колебаниями АД у пациента, что было подтверждено статистически достоверными данными.

Заключение

Разработаны клинические рекомендации для врачей-стоматологов с использованием системы физиологической оценки стоматологической школы Университета Южной Калифорнии, основанной на классификации физиологического статуса ASA.

С помощью проведенной статистической обработки данных нами были определены группы риска пациентов с АД на амбулаторном стоматологическом приеме (мужчины старше 75 лет, женщины старше 45 лет). Однако мы рекомендуем проводить измерение АД всем без исключения пациентам, поскольку были зафиксированы случаи клинически значимого, критичного повышения АД у лиц молодого и среднего возрастов обоих полов.

Предложенные для введения в практику врачам-стоматологам клинические рекомендации позволили значительно сократить случаи оказания неотложной медицинской помощи, связанные с колебаниями АД у пациентов в кресле стоматолога.

Список литературы

1. Lawes C. M., Van der Hoom S., Rodgers S. *International Society of Hypertension: Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet* 2008; 371:1513.

2. Чазова И. Е., Чучалин А. Г., Зыков К. А., Ратова Л. Г. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Российского респираторного общества). Системные гипертензии 2013;10:5–34.
3. European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2003;21:1011–53.
4. Рабинович С. А., Стош В. И., Сохов С. Т., Зиновьев И. А., Заводиленко Л. А., Зорян Е. В., Анисимова Е. Н. Профилактика общесоматических осложнений. Методические рекомендации. Москва 2012. С. 43–58.
5. Власова Д. С. Стоматолофобия как социальная проблема: факторы формирования и возможности профилактики: автореф. дис. На соискание канд. мед. наук. Волгоград. мед. университет, Волгоград, 2012.
6. Принципы оценки риска кардиальных осложнений у больных перед операциями на периферических сосудах и брюшном отделе аорты / Б. А. Константинов // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2008. № 1 (11). — С. 94–95.
7. Столяренко Н. Д. Местная и общая анестезия в геронтостоматологии / П. Ю. Столяренко, В. В. Кравченко. — Самара: СамГМУ, Самар. Науч. Центр РАН, НИИ Международный центр по проблемам пожилых, 2000. — 196 с.
8. Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. Руководство для врачей // М.: МИА. 2002. — 448 с.
9. Stanley F. *Malamed Sedation: A Guide to Patient Management* / Elsevier Health Sciences — University of Southern California School of Dentistry, 2009. — 624 p.

