## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

КАК ПОВЫСИТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ?

Продолжительность 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 10 минут
	1. Описание цели занятия
	2. Опрос пациентов о наиболее интересующих их вопросах
2. Информационная часть – 25 минут
	1. Правовые основы РФ информирования больных. (Зачем нужно информировать пациентов?)
	2. Цель лечения и контроля артериальной гипертонии

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

1. Информационная часть – 25 минут
	1. Вопросы и ответы
* Что определяет эффективность лечения артериальной гипертонии?
* До какого уровня и как быстро нужно снижать повышенное АД?
* Что такое немедикаментозное лечение?
* Когда начинать и как долго проводить медикаментозное лечение?
* В чем принципы медикаментозной терапии и как выбрать гипотензивный препарат?
* Какими побочными эффектами обладают лекарства?
* Какие существуют современные лекарства, снижающие артериальное давление?
* Что такое приверженность к лечению и почему она важна?
* Что влияет на приверженность к лечению?
* Еще раз о гипертоническом кризе. Что такое гипертонический криз?
* Доврачебная помощь.
1. Активная часть – 15 минут
	1. Общая дискуссия, обмен мнениями, высказывание пожеланий.
2. Подведение итогов – 5 минут

Приложение к занятию 7

##### 1. Вводная часть – 10 минут

##### 1.1 Описание цепи занятия

ЦЕЛЬ занятия 7: повышение знаний пациентов по основам медикаментозного лечения, формирование активного осознанного отношения пациентов к приему медикаментов для повышения приверженности к лечению

ИНСТРУКЦИЯ. Желательно, чтобы это занятие провел врач-кардиолог. Изложенный в информационной части материал можно использовать как справочный материал, который должен быть полностью или частично представлен пациентам. Очень важно сформировать у пациентов правильное активное отношение к своему здоровью, поэтому излишняя детализация при изложении материала к занятию упущена преднамеренно. Занятие не заменяет индивидуальной беседы с пациентом и выбора индивидуальной схемы и доз препаратов. Название препаратов описаны по принятым международным непатентованным наименованиям, а не по торговым названиям аналогов, выпускаемых различными фирмами. Во вводной части занятия кратко опишите структуру и цель данного занятия. Проведите быстрый опрос об интересе пациентов к предлагаемой программе занятия и уточните, какие из перечисленных Вами вопросов вызывают наибольший интерес. Постарайтесь построить занятие таким образом, чтобы максимально ответить на вопросы, интересующие пациентов, конечно, не отходя от основной цели занятия. При изложении материала следите за временем. Старайтесь излагать кратко, ясно, избегайте пространных обсуждений. Говорите уверенно, но не назидательно. Следите за аудиторией, если заметите снижение интереса, смените тон, позу, восстановите внимание каким-либо другим способом (демонстрацией материала, перерывом и пр.).

По окончании обучения пациенты будут знать:

* основные группы гипотензивных препаратов, которые могут применяться при его заболевании
* показания для приема отдельных групп медикаментозных препаратов
* основные побочные действия лекарств, понижающих артериальное давление
* причины, провоцирующие возникновение нежелательных явлений при приеме медикаментов
* правила приема препаратов.

По окончании обучения пациенты будут уметь:

* правильно принимать назначенные гипотензивные препараты
* принять своевременные меры по устранению нежелательных побочных действий
* использовать все возможные и зависящие от самого пациента факторы для повышения приверженности к лечению и соблюдению рекомендаций врача.

##### 1.2. Опрос пациентов о наиболее интересующих их вопросах

##### 2. Информационная часть – 25 минут

##### 2.1. Правовые основы РФ информирования больных. Зачем нужно информировать пациентов?

ИНСТРУКЦИЯ. Данный материал представлен для информации врачам и может не доводиться до сведения пациентов. Однако знание некоторых основ проблемы может оказаться полезным и для пациентов. Вопрос о представлении материала пациентам решается самостоятельно врачом, проводящим занятия в Школе Здоровья.

В настоящее время бурное развитие медицины и особенно фармакологии привело к появлению огромного количества лекарственных средств, которые эффективно лечат и замедляют прогрессирование заболевания и развитие осложнений.

Однако, несмотря на достижения, больной, которому проводится то или иное лечение, не в состоянии полностью оценить его пользу или максимально снизить риск от приема лекарств, пока не получит конкретную базовую информацию.

Правильное применение препаратов во многом зависит от знания больным того, как, когда и как долго принимать лекарство и какая цель преследуется при лечении. Незнание этих положений может привести к тому, что больной может нерегулярно принимать лекарства или прервать лечение, что в свою очередь приведет к снижению эффективности лечения, а, следовательно, и сохранению риска развития сосудистых катастроф, т.е. сводит на нет усилия медиков, но при этом как врач, так и больной затрачивает усилия и средства (на покупку лекарств и пр.).

В современном обществе усиливается понимание того, что люди сами должны более активно заботиться о своем здоровье и получении медицинской помощи.

Недостаток информации или ложная мотивация, вызванная неверной информацией, приводит к неправильному лечению. Последнее делает человека все более беспомощным перед болезнью, уменьшает его силы и удорожает лечение.

Таким образом, в современном мире, требующем организации более эффективного здравоохранения на базе ограниченных ресурсов, становится острой необходимостью систематическое информирование больных.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

(Приняты ВС РФ 22 июля 1993 г., № 5487-1, ред. Федерального закона от 02.03.98 № 30-ФЗ).

Статья 30. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

* информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
* получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья.

Статья 31. Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Статья 32. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информирование о том, что необходимо добровольное согласие гражданина.

##### 2. 2. Цель лечения и контроля артериальной гипертонии

В 1999 г. были опубликованы рекомендации экспертов ВОЗ и международного общества гипертонии (ВОЗ-МОАГ) по лечению артериальной гипертензии (АГ), на основании которых были разработаны рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов, принятые на конгрессе кардиологов России в 2001 году.

ИНСТРУКЦИЯ. Полный текст рекомендации можно найти на сайте www.cardiosite.ru. В приложении к данному занятию приведены выдержки из этих рекомендаций, относящиеся к лечению заболевания и особенностям выбора лечения в отдельных группах больных. Подробности по лечению пациентов с АГ можно также найти на сайте в интернет: img/lectures-artgip-03-pic0l.gifimg/lectures-artgip-03-pic0l.gif

Цель терапии АГ. Основной целью лечения больного ГБ является достижение максимальной степени снижения общего риска сердечно-сосудистых осложнений. Это предполагает воздействие на все выявленные обратимые факторы риска, такие, как курение, высокий уровень холестерина, и главное – соответствующее лечение сопутствующих заболеваний (например, сахарного диабета), равно как и коррекция повышенного АД.

Целевым уровнем АД в процессе лечения, является уровень АД менее 140 и 90 мм рт. ст.

Целевой уровень АД – это величина АД, которая должна быть достигнута в процессе лечения у больных среднего возраста.

У больных сахарным диабетом необходимо снижать АД ниже 130/85 мм рт. ст., при ХПН с протеинурией более 1 г/сут – менее 125/75 мм рт ст. Достижение целевого АД должно быть постепенным и хорошо переносимым пациентом. При появлении каких-либо реакций со стороны мозга или сердца дальнейшего снижения АД добиваться не следует. Чем выше абсолютный риск, тем большее значение имеет достижение целевого уровня АД. В отношении сопутствующих других факторов риска также рекомендуется добиваться их эффективного контроля.

ИНСТРУКЦИЯ. В этой части занятия желательно обсудить с пациентами уровни артериального давления, которые у них бывают чаще. Ощущают ли они повышение артериального давления? Бывают ли кризы? Говорил ли врач, что имеются изменения со стороны «органов-мишеней»? Как давно существует гипертония? Проведение этого опроса может оказаться не простым делом, так как многие больные могут либо не выразить желание «рассказать о себе» и «спросить о себе», либо наоборот, выразят желание «поделиться», что не позволят рамкам занятия. Чтобы заранее предусмотреть неуправляемую дискуссию, предложите ответы на наиболее часто задаваемые вопросы. Ответы изложены ниже.

При проведении занятия рекомендуется его сформировать в виде «вопросов-ответов», чтобы максимально привлечь внимание пациентов и разъяснить для них неясные вопросы. Отвечая на вопросы, не забудьте сделать перерыв через 40-45 минут. Организуйте работу школы так, чтобы оставить для обученных пациентов консультативные часы, когда они могут обратиться по неясным вопросам или для уточнения вопросов, затрагивавшихся в ходе занятий в Школе Здоровья.

##### ПЕРЕРЫВ 5 МИНУТ

##### 3. Информационная часть – 25 минут

##### 3. 1. Вопросы и ответы

Что определяет эффективность лечения артериальной гипертонии?

Основными принципами лечения артериальной гипертонии являются следующее:

* строгое соблюдение рекомендаций врача
* проведение самоконтроля АД в домашних условиях
* умение устранять неблагоприятные факторы, провоцирующие повышение АД и осложняющие лечение
* непрерывность лечения
* комплексный подход, состоящий из комбинации немедикаментозных мер и медикаментозного лечения
* умение оказывать доврачебную помощь при кризе
* соблюдение предостережений при приеме гипотензивных лекарств, в частности не употреблять
* алкогольные напитки.

До какого уровня и как быстро нужно снижать повышенное АД? Оптимальные уровни снижения АД. Под «оптимальным» понимается снижение АД до таких уровней, при которых уменьшается риск развития осложнений и не ухудшается кровоснабжение мозга, сердца, почек при хорошей переносимости лечения больным. Оптимальным является достижение целевых уровней АД.

Темп снижения АД до рекомендуемых нормальных цифр определяет врач, принимая во внимание особенности течения и длительность заболевания, наличие поражения органов-мишеней, сопутствующих заболеваний.

Что такое немедикаментозное лечение?

Немедикаментозные методы лечения следует рекомендовать всем больным АГ, независимо от степени АГ и применения медикаментозных средств.

Прекращение курения – один из наиболее важных факторов с точки зрения профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, в первую очередь ИБС и инсультов.

Снижение избыточной массы тела. Уменьшение избыточной массы тела сопровождается снижением АД, а также благоприятно влияет на некоторые факторы риска (сахарный диабет, гиперлипидемия, гипертрофия миокарда).

Уменьшение употребления поваренной соли. Результаты исследований показали, что уменьшение потребления поваренной соли с 10 до 5 г/сут приводит к снижению систолического АД на 4-6 мм рт. ст. Наиболее выраженный эффект при этом наблюдается у пациентов с избыточной массой тела и пожилых людей.

Уменьшение потребления алкоголя. Безопасная доза алкоголя в пересчете на чистый этанол составляет не более 30 г для мужчин (соответствует 60 мл водки, 250 мл сухого вина, 600 мл пива) и 15 г для женщин.

Комплексная коррекция диеты. Следует увеличить количество овощей и фруктов, продуктов, богатых калием, магнием и кальцием, рыбы и морепродуктов, ограничение животных жиров.

Увеличение физической активности. Рекомендуется быстрая ходьба, плавание в течение 30-45 минут 3-4 раза в неделю в пределах зоны безопасного пульса. Изометрические нагрузки (атлетизм) могут способствовать подъему АД.

Доказано, что на фоне применения немедикаментозных методов (снижение веса, ограничение потребления поваренной соли и др.) удается добиться некоторого гипотензивного эффекта и снизить дозы антигипертензивных препаратов, т. е. проводить лечение меньшими дозами лекарств, а следовательно, уменьшить вероятность развития побочных эффектов. Сочетанное медикаментозное и немедикаментозное лечение приводит к менее выраженным побочным лекарственным эффектам.

Когда начинать и как долго проводить медикаментозное лечение?

*(См. приложение, раздел «Общие принципы ведения больных АГ»).*

Лечение должно осуществляться непрерывно, а не курсами. Пациенту надо постоянно принимать лекарственные препараты и находиться под наблюдением врача. Это позволит снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

В чем принципы медикаментозной терапии и как выбрать гипотензивный препарат?

*(См. приложение, раздел «Принципы лекарственной терапии»)*

ИНСТРУКЦИЯ. Используйте таблицу из рекомендаций ВНОК, приведенную в приложении. В таблице приведены основные абсолютные показания и противопоказания к приему различных групп гипотензивных препаратов. Описывая медицинские проблемы выбора препаратов, предупредите пациентов об опасности самолечения. Лекарственное средство должен выбрать врач, а задача пациента стать его союзников и исполнителем рекомендаций.

ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЯ:

Часто высокое АД недооценивается в силу отсутствия болезненных ощущений. Пациенты перестают приходить к врачу и принимать выписанное лекарство. Быстро забывают полезные советы врача.

Медикаментозное лечение улучшает прогноз больного ГБ лишь в тех случаях, когда лекарственный препарат, принимающийся регулярно, обеспечивает равномерное снижение АД на протяжении суток.

Наибольшая частота острых сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти) наблюдается в утренние часы – «Утренний подъем АД». В эти часы происходит резкий подъем АД, который рассматривается как пусковой механизм развития этих осложнений. В эти часы повышаются свертываемость крови и тонус артерий, в том числе и коронарных. В свете этого одним из принципов проведения антигипертензивной терапии должно быть воздействие на утренний подъем АД с целью профилактики осложнений в ранние утренние часы. Успешным предупреждением утреннего подъема АД является хорошо подобранная антигипертензивная терапия, снижающая среднесуточное АД, но если сохраняется утреннее повышение АД, необходимо подбирать антигипертензивную терапию с учетом фармакодинамики препарата таким образом, чтобы уменьшить выраженность утренних подъемов АД, опасных развитием осложнений, и в первую очередь инсультов.

Какими побочными эффектами обладают лекарства?

Каждый из антигипертензивных препаратов может обладать побочным эффектом, что принимается во внимание врачом при выборе препарата.

Тиазидовые диуретики могут снижать уровень калия в крови, оказывать некоторое отрицательное влияние на углеводный и жировой обмены, но использование малых доз практически лишено этих побочных эффектов.

Бета-адреноблокаторы урежают частоту сердечных сокращений, могут обострить хронический бронхит и перемежающуюся хромоту.

При применении антагонистов кальция могут появиться головная боль, отеки голеней, покраснение кожных покровов.

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента могут вызвать кашель.

Блокаторы альфа-рецепторов могут резко снижать давление, особенно в вертикальном положении, вследствие чего возможны слабость и головокружение.

Вероятность появления и выраженность побочного эффекта зависит от дозы: чем выше доза, тем вероятнее риск развития побочных эффектов. Именно поэтому врач стремится к назначению малых доз препаратов.

Частота развития побочного эффекта и его выраженность могут различаться у препаратов, относящихся к одной группе.

При появлении на фоне приема лекарств каких-либо новых симптомов или неприятных ощущений необходима консультация лечащего врача, который определит, является ли данный симптом побочным эффектом этого препарата.

Какие существуют современные лекарства, снижающие артериальное давление?

ИНСТРУКЦИЯ. Приведенная ниже информация не является обязательной для полного представления больным. Много будет непонятно или вызовет вопросы. Основная цель занятия может быть не достигнута. Поэтому рекомендуется эту информацию использовать в качестве справочного материала в случаях вопросов пациентов. Желательно изложить только общую часть, показать, что препараты обладают разными механизмами действий, могут комбинироваться, имеются абсолютные и относительные показания, что требует обязательного врачебного назначения и контроля. Трудности, которые необходимо стараться преодолеть: реализовать необходимый баланс между информированием и запугиванием, обучением самоконтролю и предостережением от самолечения.

Современные лекарственные препараты эффективно снижают АД у больных АГ, защищают органы-мишени (почки, сердце, мозг, сосуды) у больных артериальной гипертензией при длительном приеме, снижают повышенное АД в течение суток при однократном приеме.

Существует несколько современных основных классов гипотензивных препаратов:

* диуретики: гидрохлортиазид, фуросемид, хлорталидон, индапамид, клопамид, триамтерен, амилорид
* бета-адреноблокаторы – пропранолол, атенолол, метопролол, ??? бисопролол, бетаксолол, надолол, талинолол, небиволол
* антагонисты кальция – нифедипин, дилтиазем, верапамил, фелодипин, амлодипин, исрадипин, никардипин, лацидипин, нитрендипин
* ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента – каптоприл, эналаприл, фозиноприл, периндоприл, квинаприл, лизиноприл, рамиприл, моэксиприл, трандолаприл, цилазаприл
* блокаторы альфа-1-адренергических рецепторов – празозин/доксазозин,
* блокаторы рецепторов ангиотензина II – валсартан, ирбесартан, лозартан, эпросартан, кандесартан, телмисартан
* препараты центрального действия, воздействующие на запасы нейромедиатора и симпатическую активность в ЦНС, в том числе селективные агонисты имидазолиновых рецепторов – моксонидин, рилменидин.

Следует отметить, что препараты центрального действия представляют собой разные химические соединения: резерпин, клонидин, метилдопа. В связи с отсутствием доказательств их влияния на прогноз жизни больных и наличием целого ряда побочных эффектов эти препараты не могут быть рекомендованы в качестве основных для длительного лечения АГ. Однако при отсутствии других гипотензивных препаратов они могут применяться.

Важным в лечении больных с АГ является выбор оптимального препарата для конкретного больного (см. таблицу в приложении).

Комбинированная гипотензивная терапия

Монотерапия различных классов антигипертензивных препаратов эффективна лишь у части больных, в основном с мягкой и умеренной АГ.

Для избежания побочных эффектов при назначении больших доз препаратов и достижения уровня АДд < 90 мм рт. ст. целесообразно использовать комбинированную гипотензивную терапию.

В предлагаемых рациональных комбинациях препаратов преследуется цель нивелировать появившиеся побочные эффекты первоначально выбранного препарата, а также воздействовать на разные патогенетические механизмы АГ.

Наиболее рациональные комбинации антигипертензивных препаратов приведены в приложении.

Что такое приверженность к лечению и почему она важна? Что влияет на приверженность к лечению?

Лечение – процесс обоюдный, его успешность зависит и от врача, и от самого больного, а также от особенностей назначенного медицинского препарата, его переносимости и побочных действий. Поэтому знание сущности заболевания, его основных причин, факторов, влияющих на его развитие и течение, – необходимый компонент всего комплекса лечения. Это первый шаг к поставленной цели.

Необходимо отказаться от ложного представления о том, что лечиться нужно только тогда, когда «болит голова».

Факторы, влияющие на приверженность к лечению:

* пол
* возраст
* уровень образования
* личностные особенности пациента
* результативность лечения
* сложность режима терапии
* побочные действия препарата
* характер заболевания
* информированность о заболевании
* стоимость препарата
* фактор врача (профессиональные знания, добросовестность, умение консультирования, эмпатия).

Важными компонентами комплекса лечения являются правильное лечение артериальной гипертонии и устранение сопутствующих факторов риска: курения, избыточного потребления поваренной соли, а также нормализация веса, физическая активность, преодоление стрессовых ситуаций.

Риск развития осложнений снижается у больных с хорошо контролируемой АГ, что означает соблюдение рекомендаций врача, постоянный прием препаратов, достижение целевого АД (менее 140/90 мм рт. ст.), хорошее самочувствие пациента.

Еще раз о гипертоническом кризе. Что такое гипертонический криз? Доврачебная помощь

Гипертонический криз – резкий, внезапный или относительно постепенный, но значительный подъем артериального давления от нормальных или умеренно повышенных значений, сопровождающийся резким ухудшением самочувствия и часто приводящий к осложнениям.

Гипертонический криз – это всегда опасное для здоровья, а иногда и жизни, состояние с высокой вероятностью развития осложнений.

Кризовое течение артериальной гипертонии – наиболее неблагоприятный вариант заболевания. При его появлении пациент должен обязательно обратиться к врачу для оказания неотложной помощи, выяснения причины подъема АД и подбора профилактического лечения.

Гипертонические кризы могут быть как проявлением гипертонической болезни, так и симптоматической артериальной гипертонии (заболевание почек, надпочечников, сужения сосудов почек и др.).

Отсутствие регулярного лечения артериальной гипертонии или плохо подобранное лечение также может привести к гипертоническому кризу.

Провоцирующими факторами развития повышения артериального давления, а иногда и криза, могут быть:

* нервно-психические или физические перегрузки
* смена погоды, магнитные бури (для метеочувствительных пациентов)
* интенсивное курение
* резкая отмена некоторых лекарств, понижающих давление
* употребление алкогольных напитков
* обильный прием пищи, особенно соленой
* иногда провоцирующим факторов может быть употребление пищи или напитков, содержащих вещества, способствующие повышению артериального давления (кофеин – большое количество кофе, тирамин – шоколад, сыр, икра и др.).

Гипертонический криз всегда требует безотлагательного вмешательства.

При развитии симптомов гипертонического криза необходимо измерить артериальное давление, записать его в дневник или на лист бумаги, вызвать врача «скорой помощи» при значительном повышении АД или при малейших подозрениях на развитие осложнений и до его приезда предпринять меры, способствующие снижению артериального давления:

* могут быть использованы препараты быстрого, короткого действия (таблетка под язык): каптоприл 25-50 мг, клонидин 0,075-0,15 мг, нифедипин 10 мг
* в случае появления загрудинных болей (проявление стенокардии) следует принять нитроглицерин под язык
* не применять неэффективные средства – таблетки папазола, дибазола, которые часто используют больные из «подручных средств», чем затягивают и усугубляют свое состояние
* не рекомендуется резко снижать АД в течение короткого промежутка времени, особенно в пожилом возрасте. У пожилых пациентов при снижении артериального давления, на фоне относительно низких цифр АД такие симптомы, как слабость, сонливость, могут указывать на нарушение питания (ишемию) головного мозга. Дальнейшие действия определит врач «скорой помощи».

После купирования гипертонического криза на дому необходимо решать вопрос о госпитализации. Опыт показывает, что даже неосложненный гипертонический криз не проходит бесследно. В течение нескольких дней требуется щадящий режим, наблюдение врача, контроль АД, ЭКГ и гипотензивная терапия.

##### 4. Активная часть – 15 минут

##### 4.1. Общая дискуссия, обмен мнениями, высказывание пожеланий

##### 5. Подведение итогов – 5 минут

Обсуждение качества и полноты материала занятия.

**План сестринского ухода за пациентом с АГ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Проблема | Цели | Планирование | Обоснование |
| 1. Малая осведомленность пациента о своем заболевании (плохая осведомленность пациента о наличии повышенного артериального давления, незнание факторов риска повышения АД, осложнений, к которым приводит АГ) | Пациент будет осведомлен о своем заболевании. | · Выявить осведомленность пациента с помощью вопросника (см. Приложение №1). · Мотивировать пациента на обязательное посещение Школы пациента АГ. · Рассказать пациенту о том, что такое АГ и какое АД считается нормальным.   | Информированность пациента о проблеме АГ |
| · Обучить пациента и членов его семьи определению частоты пульса и измерению АД. | Для контроля АД и пульса |  |  |
| · Убедить пациента вести дневник, в котором фиксируется АД, измеренное утром и вечером.   | Для динамического наблюдения |  |  |
| · Объяснить пациенту, что основным факторами риска развития АГ являются: o Возраст старше 55 лет для мужчин и старше 65 лет для женщин. o Курение. o Общий холестерин сыворотки крови более 6,5 ммоль/л. o Наследственность. o Излишнее употребление соли. o Сахарный диабет. o Неблагоприятная психологическая обстановка o Физические нагрузки. o Избыточная масса тела. · Объяснить пациенту, что АГ является главным фактором риска развития таких осложнений как инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность и др. · Обучить пациента распознавать первые признаки гипертонического криза, и оказать первую доврачебную помощь при гипертоническом кризе. | Повышение информированности пациента о факторах риска, провоцирующих повышение АД и возможных осложнениях |  |  |
| 2.Повышение АД: - головные боли; - головокружение; - мелькание «мушек» перед глазами; - снижение остроты зрения; - боли и перебои в области сердца; - одышка при ходьбе; - раздражи-тельность, тревога; - нарушение сна. | Пациент не будет испытывать данных проблем при нормализации АД | · Уложить пациента с приподнятым головным концом, повернув голову на бок.   | Профилактика сосудистых осложнений головного мозга, улучшение кровоснабжения внутренних органов |
| · Обеспечить полный физический покой.   | Уменьшение нагрузки на ССС, нормализация гемодинамики |  |  |
| · Обеспечить полный психоэмоциональный покой.   | Для снижения возбудимости головного мозга, уменьшения вегетативных реакций |  |  |
| · Обеспечить доступ свежего (но не холодного) воздуха (открыть форточку, фрамугу 3 р/д по 20 мин., не допуская сквозняков).   | Обогащение воздуха кислородом, улучшение оксигенации организма, уменьшение гипоксии органов и тканей |  |  |
| Провести отвлекающие процедуры: · Поставить горчичники на область голеней. Горчичники смочить водой (теплой t 38° - 40°с) и поставить на 10 мин. После их удаления протереть кожу влажным полотенцем, удалить остатки горчицы. · Холодный компресс на лоб.   | Рефлекторное воздействие на периферические сосуды, приводящее к уменьшению артериального давления в крупных артериях |  |  |
| · Контроль состояния пациента (сознание, кожные покровы, пульс, АД) каждые 15-30 мин до нормализации АД. · Выполнить назначения врача. · Вызвать врача при отсутствии эффекта.     | Оценка динамики состояния пациента |  |  |
| 3. Боли в области сердца на фоне повышенного артериального давления | Пациент не будет испытывать боли в области сердца при нормализации АД | · Измерить артериальное давление | Для выявления связи имеющейся проблемы с уровнем АД |
| · Вызвать врача | Преемственность в оказании неотложной помощи и наблюдении за пациентом |  |  |
| · Уточнить характеристики болевого приступа (продолжительность, условия возникновения, характер, иррадиация боли) | Оценка выраженности болевого приступа. Преемственность в наблюдении за пациентом и оказании неотложной помощи |  |  |
| · Уточнить анамнез заболевания (наличие подобных приступов ранее, чем они купировались, переносимость валидола, корвалола, валокордина, нитроглицерина) | Преемственность в оказании неотложной помощи и наблюдении за пациентом |  |  |
| · Обеспечить полный физический покой пациенту, уложить его | Снижение потребности миокарда в кислороде |  |  |
| · Обеспечить психоэмоциональный покой | Устранение стрессорного воздействия ситуации |  |  |
| · Провести отвлекающие процедуры (горчичники на область сердца, погружение левой руки по локоть в горячую воду) | Рефлекторное воздействие на коронарные артерии, приводящее к уменьшению их спазма (расширению) |  |  |
| · Осуществлять наблюдение за внешним видом пациента, подсчитать частоту пульса. | Мониторинг витальных функций пациента, предупреждение и раннее выявление осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы |  |  |
| · Обеспечить приток свежего (но не холодного) воздуха | Обогащение воздуха кислородом, улучшение оксигенации организма, уменьшение гипоксии миокарда |  |  |
| · Расстегнуть стесняющую одежду | Улучшение вентиляции легких, уменьшение гипоксии миокарда |  |  |
| · При неэффективности проведенных мероприятий и отсутствии противопоказаний дать 1 таблетку нитроглицерина (5 мг) / 1 капсулу нитроглицерина (1% масляный раствор) / 2-4 капли 1% спиртового раствора нитроглицерина на кусочке сахара / аэрозоль сублингвально · \*При необходимостинитроглицерин может быть дан 3-х кратно с интервалом в 3-5 минут под контролем А/Д · \*\*Максимум действия нитроглицерина через 2-5 мин после приема · \*\*\*Противопоказания для приема нитроглицерина: выраженная гипотония, индивидуальная непереносимость, повышенное внутричерепное давление |     Вазодилятация коронарных артерий, улучшение кровоснабжения миокарда, купирование болевого приступа |  |  |
| · В случае снижения систолического артериального давления менее 100 мм рт. ст на фоне приема нитроглицерина применение его прекратить. | Профилактика развития медикаментозного коллапса |  |  |
| · При непереносимости нитроглицерина провести пробу Вальсальвы или массаж каротидного синуса (см. приложение) | Улучшение коронарного кровообращения рефлекторным воздействием |  |  |
| · При применении нитроглицерина обратить внимание на возможность побочных действий (головная боль, гиперемия лица, спутанность сознания, рефлекторная тахикардия, ортостатическая гипотензия) | Профилактика, раннее выявление побочных действий нитроглицерина |  |  |
| · Быть готовым к парентеральному введению препаратов | Своевременность оказания неотложной помощи |  |  |
| · Обеспечить экстренную запись ЭКГ (вызов специалиста) | Определение характера возможной коронарной патологии |  |  |
| · Подготовить пациента к записи ЭКГ | Обеспечение преемственности в работе с вспомогательными службами Своевременная, ранняя диагностика имеющейся коронарной патологии |  |  |
| 4. Периодический подъем артериального давления | Не допустить повышения артериального давления у пациента | • Мотивировать пациента спокойно относиться к стрессовым ситуациям. • Обучить пациента методам расслабления для снятия напряжения и тревоги. • Провести беседу с пациентом: - О значении соблюдения режима труда и отдыха; - О значении систематического приема лекарственных препаратов в строго определенной дозе; - О значении регулярного измерения АД (утром и вечером) и записи результатов в дневник; - Об устранении вредных привычек: алкоголь, курение; - Об ограничении употребления поваренной соли (до 3-5г/сут.), употребление пищи с низким содержанием жиров и большим количеством клетчатки; - О снижении массы тела до идеальной; - О регулярном выполнении физических упражнений: прогулка, плавание, бег трусцой. - О регулярном посещении врача | Информирование пациента о лечении и профилактике АГ |

Осложнения

Качество жизни и прогноз у больных артериальной гипертензией зависит от выраженности поражения органов — мишеней, т.е. органов, подтвержденных функциональным и морфологическим изменениям вследствие высокого АД. Такими органами являются сердце, почки, головной мозг, сетчатка глаза, периферические артерии.

Рис.1. Схема поражения органов мишеней при артериальной гипертензии

*Острый инфаркт миокарда* — это ишемический некроз участка сердечной мышцы, возникающей вследствие внезапного не соответствия между потребностью миокарда в кислороде и доставкой его по коронарным сосудам.

*Острая сердечная недостаточность*:

*Сердечная астма* - приступообразно нарастающая острая левожелудочковая недостаточность.

*Отек легкого* - острая левожелудочковая недостаточность.

*Хроническая почечная недостаточность* - это симптомокомплекс, вызванный гибелью массы действующих нефронов, сопровождающийся нарушением секторной и экскреторной функции почек, т.е. приводящей к нарушению гомеостаза.

*Ретинопатия* – изменение сосудов сетчатки глаза при АГ, приводящие к нарушениям зрения.

*Инсульт* – острое нарушение мозгового кровообращения с внезапным развитием очаговых и общемозговых нарушений с расстройством сознания и стойким дефицитом функции мозга, продолжительностью более 24 часов или приводящее к смерти. *Геморрагический* – в результате кровоизлияния; *ишемический* – в результате кратковременного спазма или тромбоза мозговых артерий.

§ *Признаки острого инфаркта миокарда*: Внезапно возникшие интенсивные давящие боли за грудиной после физической нагрузки или стресса, иррадиирущие в левую руку, под левую лопатку, в левое надплечье, левую половину нижней челюсти, не купирующиеся приемом нитроглицерина; резкую слабость, чувство нехватки воздуха, страх смерти (признаки острого инфаркта миокарда).

§ *Признаки острой сердечной недостаточности*: Внезапно возникающая одышка инспираторного характера, стремительно нарастающая, хриплое, учащенное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы, слышимые на расстоянии, густая пенистая розовая мокрота, выделяющаяся изо рта/носа, вынужденное положение пациента – полусидячее с опущенными вниз ногами (признаки острой левожелудочковой недостаточности).

§ *Признаки инсульта:* Головокружение, шум в ушах, тошнота, нарушение чувствительности одной половины тела, ассиметрия лица, отклонение от средней линии языка (признаки нарушения мозгового кровообращения).

§ *Признаки ретинопатии:* Внезапное нарушение остроты зрения, выпадение полей зрения, полная слепота (признаки отслойки сетчатки).