

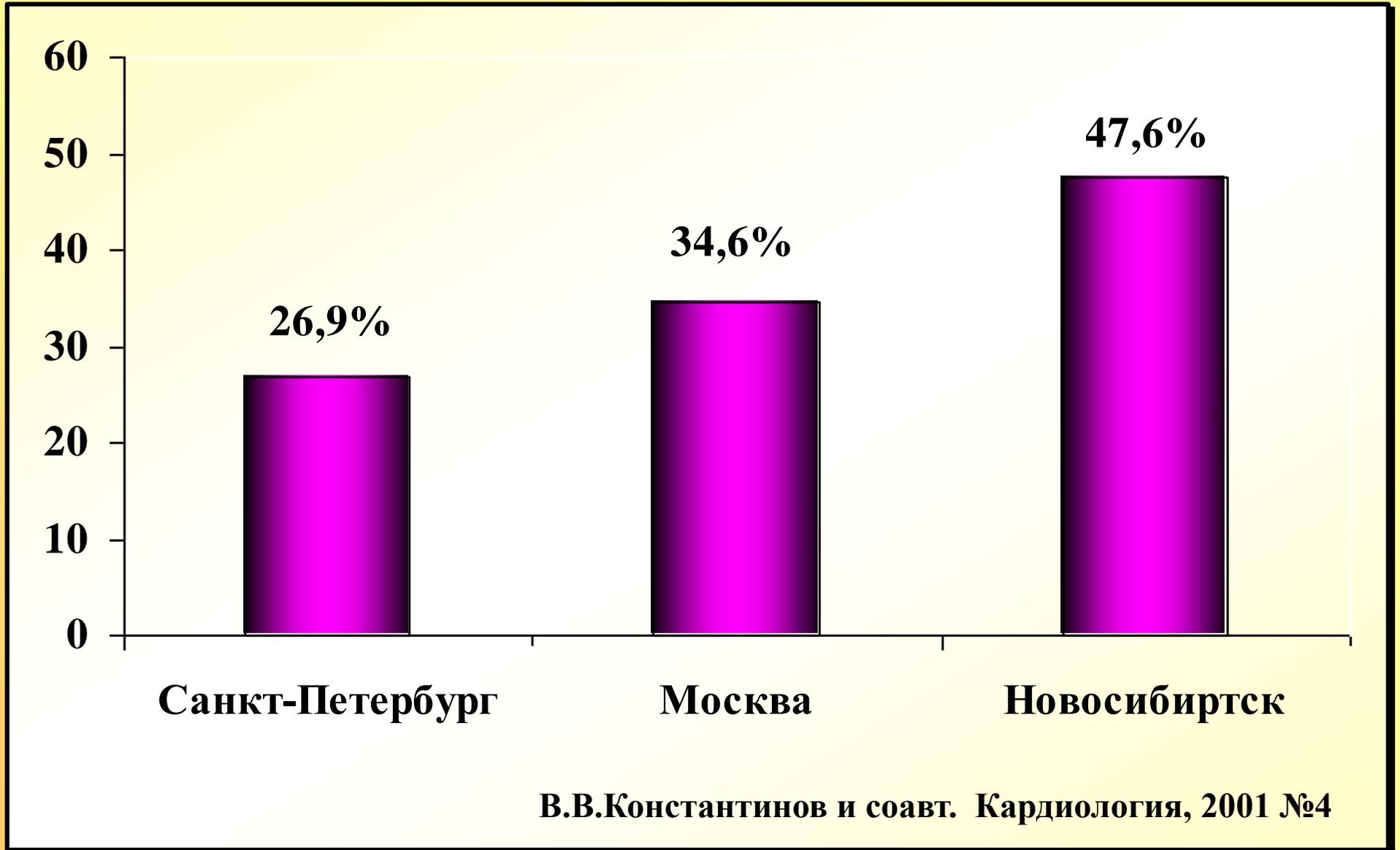


ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА РАБОТЫ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

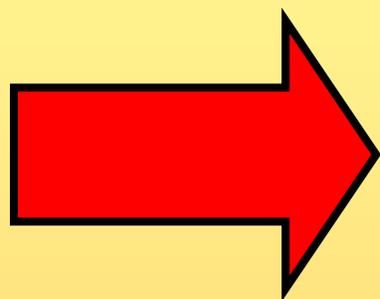
И.Д.Козлов

Распространенность

АГ у мужчин 20-54 лет в городах РФ



Мозговой инсульт



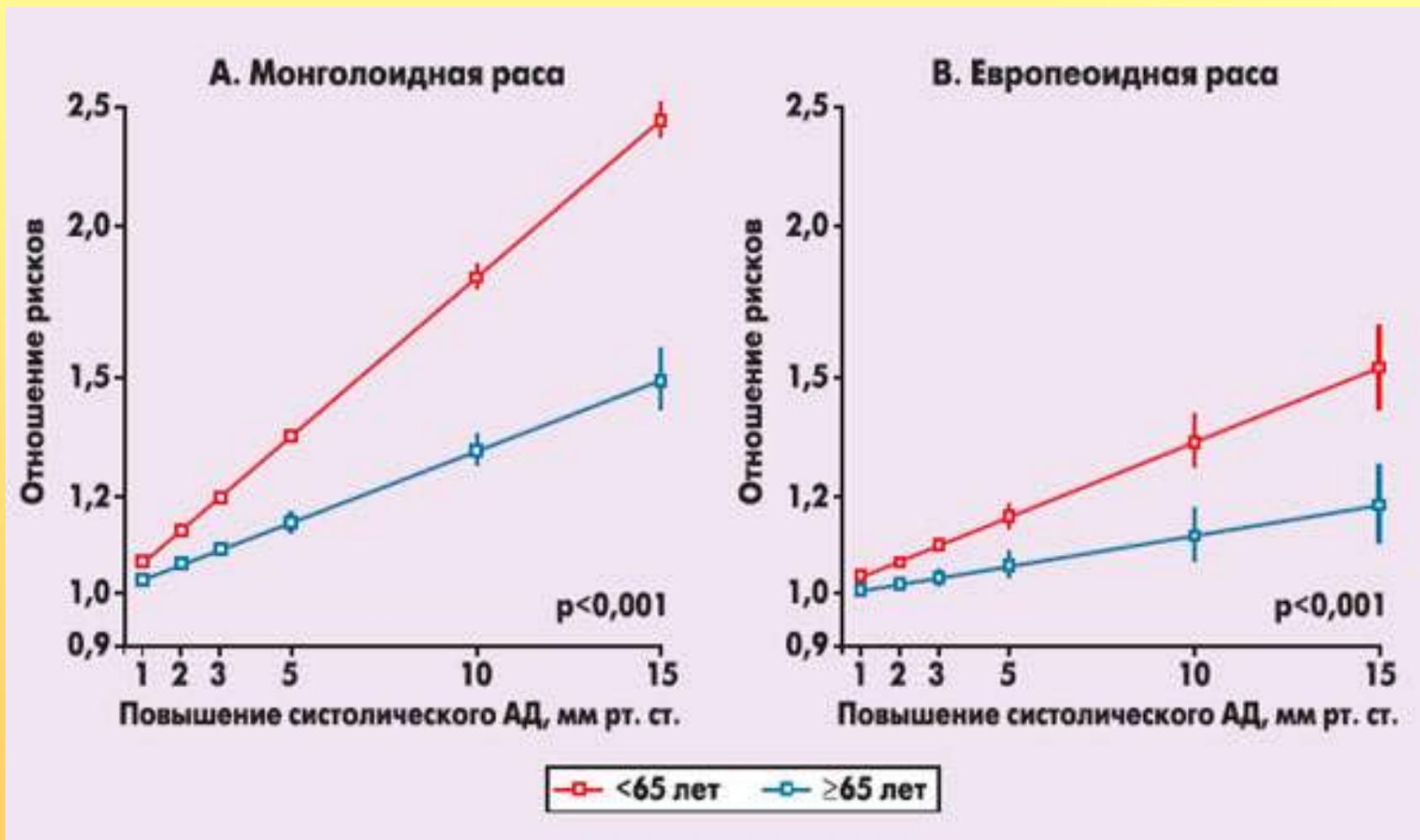
78,5%



Больных,
перенесших МИ
имели АГ
в анамнезе

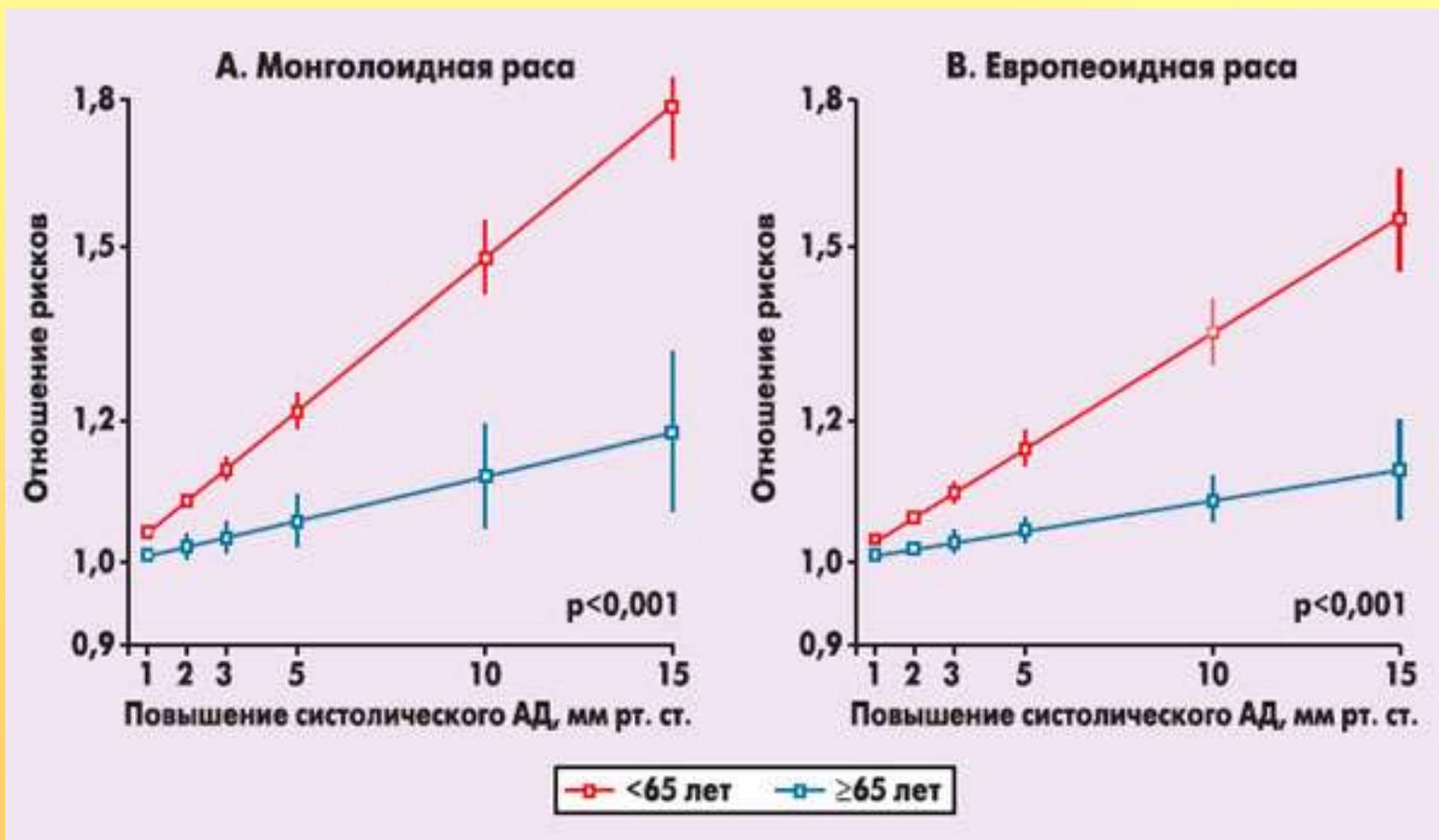
Данные регистра неврологии РАМН РФ
Е.В. Ощенко Политика и стратегия профилактики заболеваний и укрепления
здоровья, 2002 №1 с.3-6

Корреляция между повышенным систолическим АД и риском фатальной и нефатальной ИБС



Asia Pacific Cohort Studies Collaboration
(C.M. Lawes et al., 2006, M. Woodward et al., 2006)

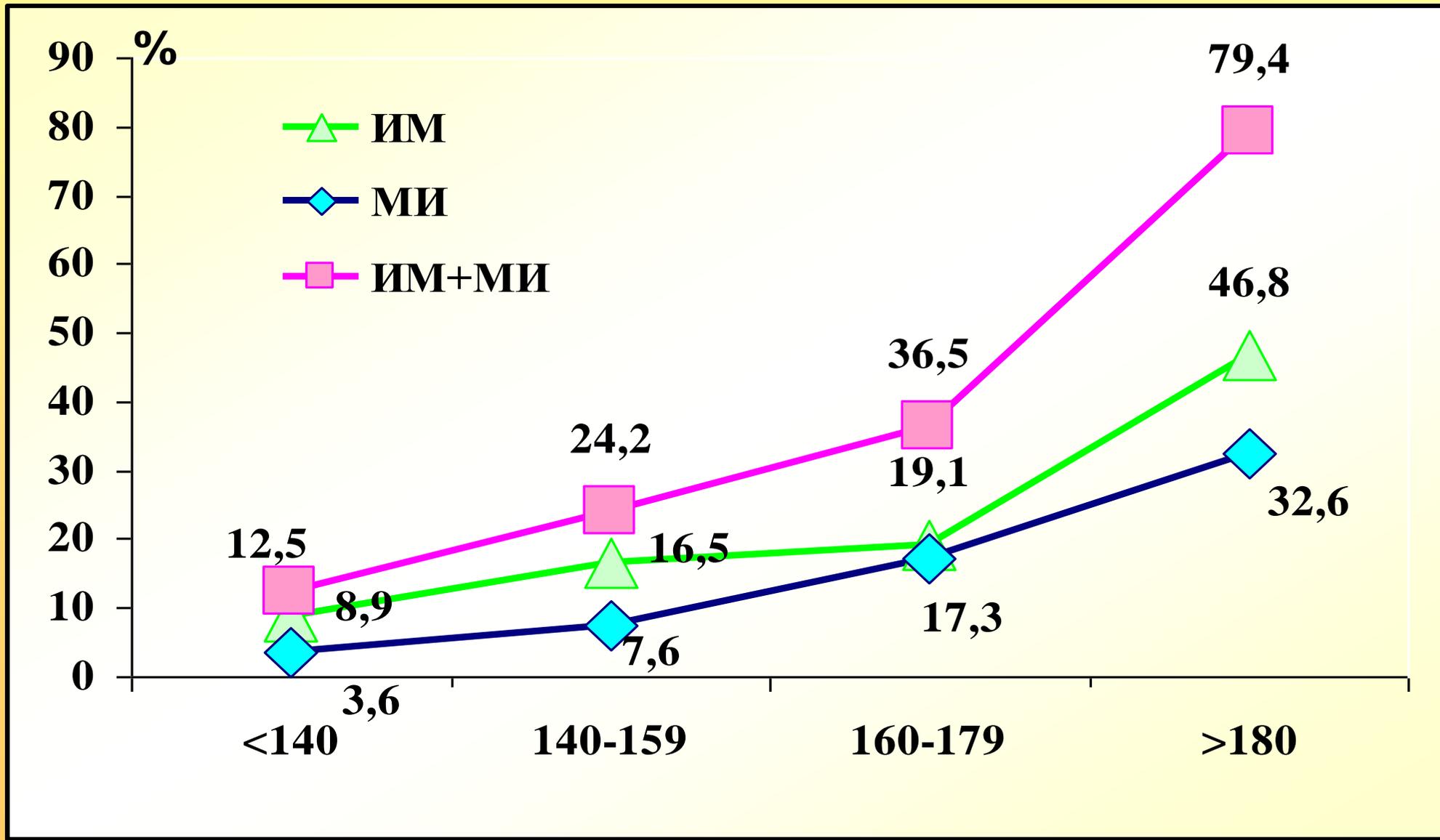
Корреляция между повышенным систолическим АД и риском фатального и нефатального инсульта



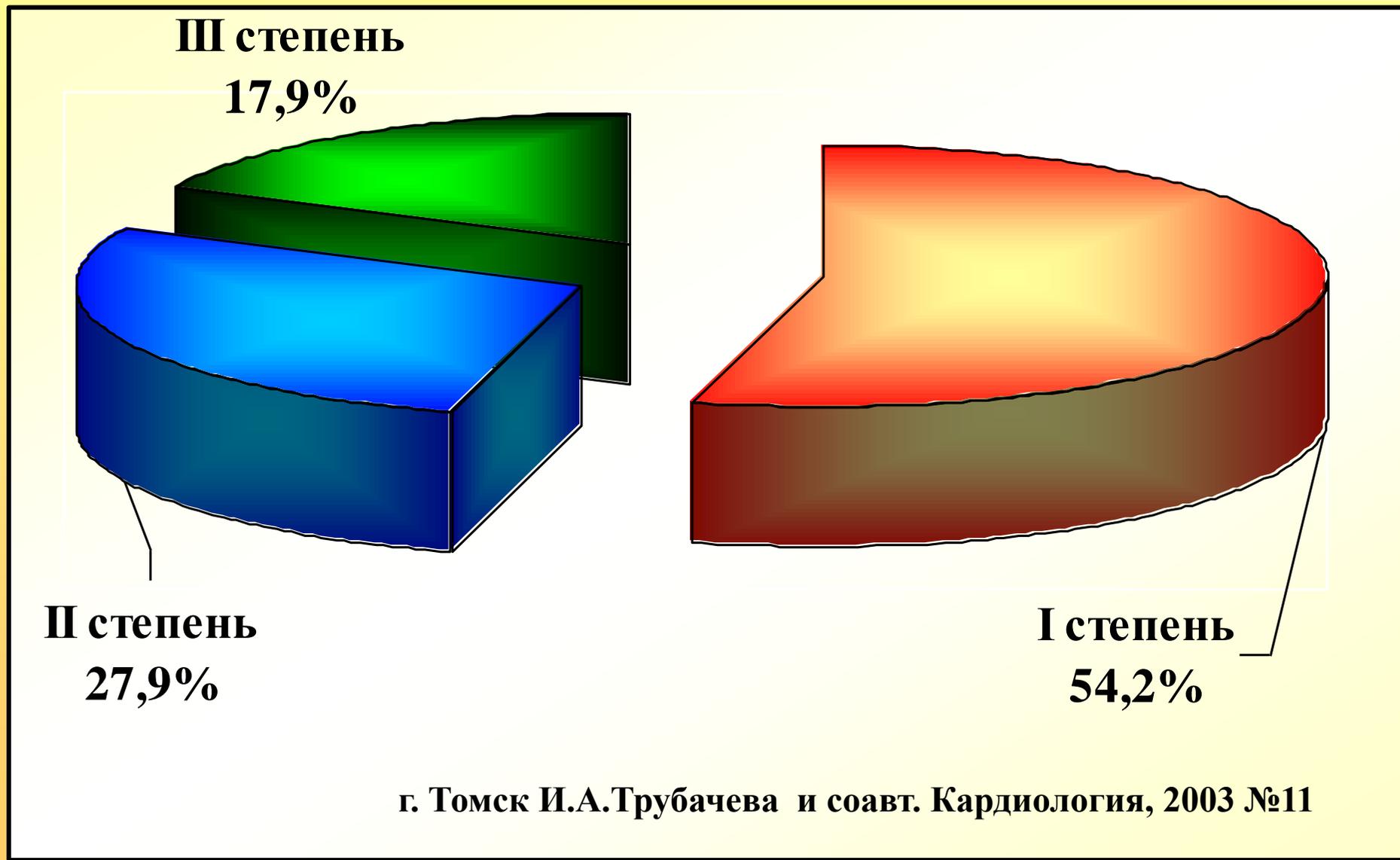
Asia Pacific Cohort Studies Collaboration
(C.M. Lawes et al., 2006, M. Woodward et al., 2006)

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ИМ) И МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА (МИ)

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ САД у мужчин 40-9 лет г. Минска

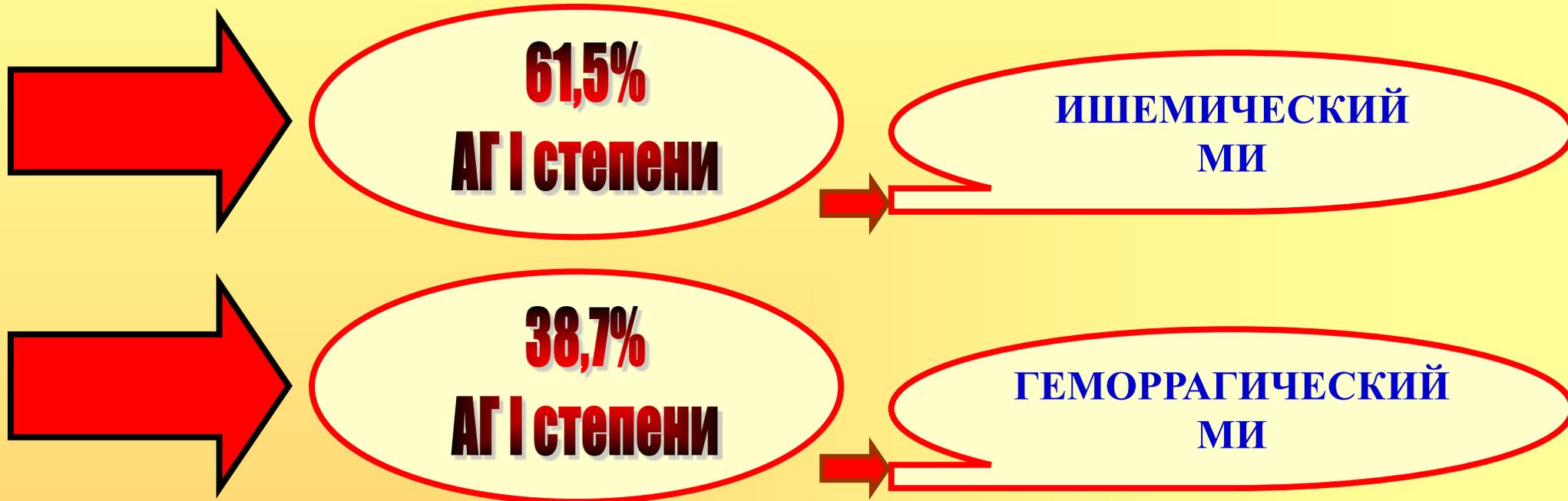


Структура АГ по степеням



г. Томск И.А.Трубачева и соавт. Кардиология, 2003 №11

Мягкая АГ и мозговой инсульт



Резюме

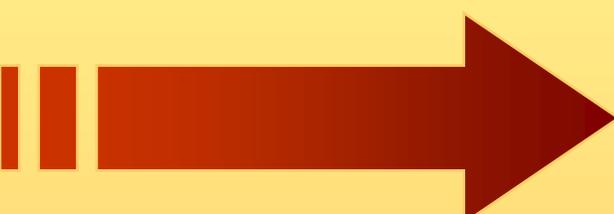
- Риск развития инфаркта миокарда и мозгового инсульта непрерывно возрастает по мере роста значений систолического артериального давления на всем протяжении распределения его значений, начиная со 120 мм рт. ст.
- В популяции в целом большее число инфарктов миокарда и мозговых инсультов развивается у лиц с АГ 1 и ввиду 2 степени ввиду многочисленности этого контингента



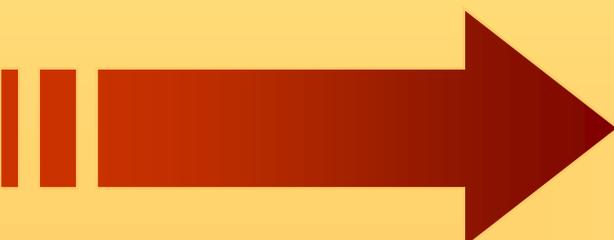
Показатели контроля ситуации в отношении АГ среди населения



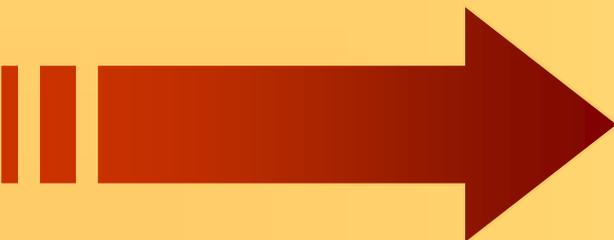
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ



ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ



ОХВАТ ЛЕЧЕНИЕМ



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Проблемы

- разница в восприятии информации медицинского характера врачами и пациентами
- разница в представлении пациента о своей болезни (внутренней картине болезни) и объективной ситуации
- осознание необходимости постоянного приема медикаментов и изменения поведения длительный и болезненный процесс
- дефицит времени у врача для преодоления этой пропасти

Методы решения

- педагогические,
- психологические
- психотерапевтические
- партнерская модель
взаимодействия

И что ЭТО даст?

- Повышение отклика на лечение
- Повышение ответственности пациента
- Повышение активности пациента
- Продуктивное сотрудничество
- Изменение привычек в нужном направлении
- Оптимизация процесса лечения
- Повышение эффективности контроля АД
- Снижение общего кардиоваскулярного риска

Целевой
уровень:

140/90 мм.рт. ст

Это позволит поддерживать такой уровень за счет изменений образа жизни и медикаментозного лечения.



«Школы» - это не только обучение пациента в целях реализации долговременного эффективного контроля над течением заболевания, но и экономия времени врача

- Стабильная группа - проходит весь курс обучения от начала до конца
- Текущая группа – свободное посещение повторяющихся циклов занятий с фиксированным расписанием тематики уроков
- Клубы встреч пациентов с АГ - необходимо привлечение психолога или психотерапевта.

Что делать

- Сообщить информацию.
- Создать мотивацию.
- Научить (связать информацию с опытом).
- Перевести в привычную форму поведения.

Как делать

- Вовлечь группу в дискуссию,
- Предложить решение ситуативных задач
- Обсудить с группой общие и индивидуальные проблемы, связанные с заболеванием
- Осваивать практические навыки

Партнерская модель взаимодействия

- пациенту делегируется часть полномочий и ответственности
- врач выступает в роли мудрого и более опытного партнера,

Терапевтическое сотрудничество - этапы

- осознание пациентом взаимосвязи между его поведением и его здоровьем;
- получение от пациента заверения, что он готов изменить свой образ жизни;
- позволение пациенту самому выбрать те факторы риска, на которые он хотел бы повлиять



Терапевтическое сотрудничество - этапы

- помочь разработать план изменения поведения;
- помочь пациенту преодолеть барьеры, стоящие у него на пути к изменению своего образа жизни;
- наблюдать за прогрессом путем последующих контактов.
- обсуждать успехи и проблемы каждого пациента в группе



Функциональный анализ поведения:

- анализ элементов нездорового поведения от которых необходимо избавиться;
- выявление системы подкреплений нездорового поведения;
- поиск альтернативы;



ФНЦ
"Кардиология"

Модификация (перестройка) поведения

- вмешательство, направленное на изменение нездоровых элементов поведения;
- переобучение более адекватным формам поведения;
- ограничение привычных рискогенных элементов поведения, освоение новых, желательных



ФНЦ
"Кардиология"

Модификация (перестройка) поведения

- Тренинг
- Генерализация постоянное применение новых форм поведения в реальных условиях;
- анализ ошибок
- доведение до уровня автоматизма и внутренней потребности



Общие сведения

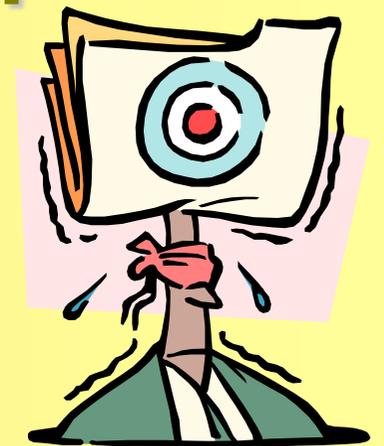
- Что такое артериальное давление?
- Что такое артериальная гипертония?
- Гипертонический криз
- Транзиторная ишемическая атака
- Как правильно измерять артериальное давление?
- Как вести Дневник пациента?

Классификация уровней артериального давления (Национальные Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению АГ, 2006)

Артериальное давление	Систолическое АД (мм рт. ст.)	Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Нормальное	< 130	< 85
Высокое нормальное	130-139	85-89
I степень гипертонии (мягкая)	140-159	90-99
II степень гипертонии (умеренная)	160-179	100-109
III степень гипертонии (тяжелая)	≥180	≥110

Необходимо напомнить пациентам!

**Гипертонический криз –
это внезапный, резкий подъем
артериального давления,
сопровождающийся ухудшением
самочувствия и опасный
осложнениями**



Факторы, провоцирующие гипертонический криз

- ✓ нервно-психические или физические перегрузки
- ✓ смена погоды, метеорологические перемены («магнитные бури»)
- ✓ курение, особенно интенсивное
- ✓ резкая отмена некоторых лекарств, понижающих артериальное давление
- ✓ употребление алкогольных напитков
- ✓ обильный прием пищи, особенно соленой и на ночь
- ✓ употребление пищи или напитков, содержащих вещества, способствующих повышению артериального давления (кофе, шоколад, сыр, икра и др.).

Необходимо напомнить пациентам!

**При появлении симптомов,
гипертонического криза:**

- 1. Измерить артериальное давление!**
- 2. Принять меры по снижению
повышенного артериального давления:**
 - ⊕ Каптоприл (капотен) 25-50 мг **или**
 - ⊕ Клонидин (клофелин) 0,075 – 0,15 мг **или**
 - ⊕ Нифедипин (коринфар) 10 мг
 - ⊕ При появлении загрудинных болей –
нитроглицерин под язык
- 3. Вызвать врача скорой помощи!**



Медикаментозная терапия – что знать пациенту

- Краткие сведения о препаратах.
- Необходимость приема каждого из препаратов.
- Побочные эффекты препаратов.
- Эффективные дозы и их необходимость.
- Режим приема препаратов.
- Ведение личной документации:
- Постоянство приема

Основные группы гипотензивных препаратов



Медикаментозная терапия – что делать пациенту

- принимать препараты в соответствии с предписанием врача;
- если пропущен прием препарата, не принимать 2 дозы сразу;
- сообщить врачу о побочных эффектах (если они есть);
- не прекращать прием медикаментов, не посоветовавшись с врачом



Медикаментозная терапия – что делать пациенту

- привязать прием препаратов к регулярным повседневным действиям;
- заранее пополнять свой запас медикаментов, не дожидаясь полного их окончания;
- отметить заранее на календаре время, когда нужно будет пополнить запас.

ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ

Снизить:

массу тела при избыточной массе тела

Ограничить:

*потребление алкоголя
(мужчины - не более 30 мл этанола в день,
т.е. 720 мл пива,
300 мл вина или 60 мл виски,
женщины - не более 15 мл этанола в день)*

Увеличить:

*физическую активность (ходьба 30 - 45 мин.
не менее 4 дней в неделю)*

Ограничить:

*потребление натрия
(не более 6 г хлорида натрия в день)*



ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ

И.Д. Козлов

Поддерживать:

*адекватное потребление калия
(за счет свежих фруктов и овощей)*

Поддерживать:

*потребление кальция и магния на
уровне, необходимом для общего здоровья*

Прекратить:

*курение и уменьшить потребление
насыщенного жира и холестерина*

Критерии:

Индекс массы тела (ИМТ)=

Вес в кг / (рост в метрах)²

Избыточный вес (ИМТ) - 25-30

Ожирение (ИМТ) > 30

*Центральный характер
распределения жировой ткани:*

окружность талии

у женщин > 85 см

у мужчин > 98 см

Мотивация:

*Снижение веса помогает снизить АД,
уровень холестерина, уровень глюкозы.*

*Снижение веса достигается за счет
соответствующей гипокалорийной
диеты и повышения физической
активности.*

ТИПЫ ОЖИРЕНИЯ



Диагностические значения индекса Т/Б (талия/бедра)

Индекс талия/бедра	Тип распределения жировой ткани
0,8 - 0,9	Промежуточный
менее 0,8	Гиноидный (бедренно-ягодичный, «груша»)
более 0,9 	Андройдный (абдоминальный, центральный, «яблоко»)

**ДИЕТА СНИЖАЕТ РИСК ССЗ ПОСРЕДСТВОМ
НЕСКОЛЬКИХ МЕХАНИЗМОВ, СРЕДИ КОТОРЫХ:**

- + снижение массы тела**
- + снижение АД**
- + нормализация уровня липидов крови**
- + поддержание нормального уровня глюкозы крови**
- + снижение склонности к тромбозу**

При артериальной гипертонии диета направлена на:

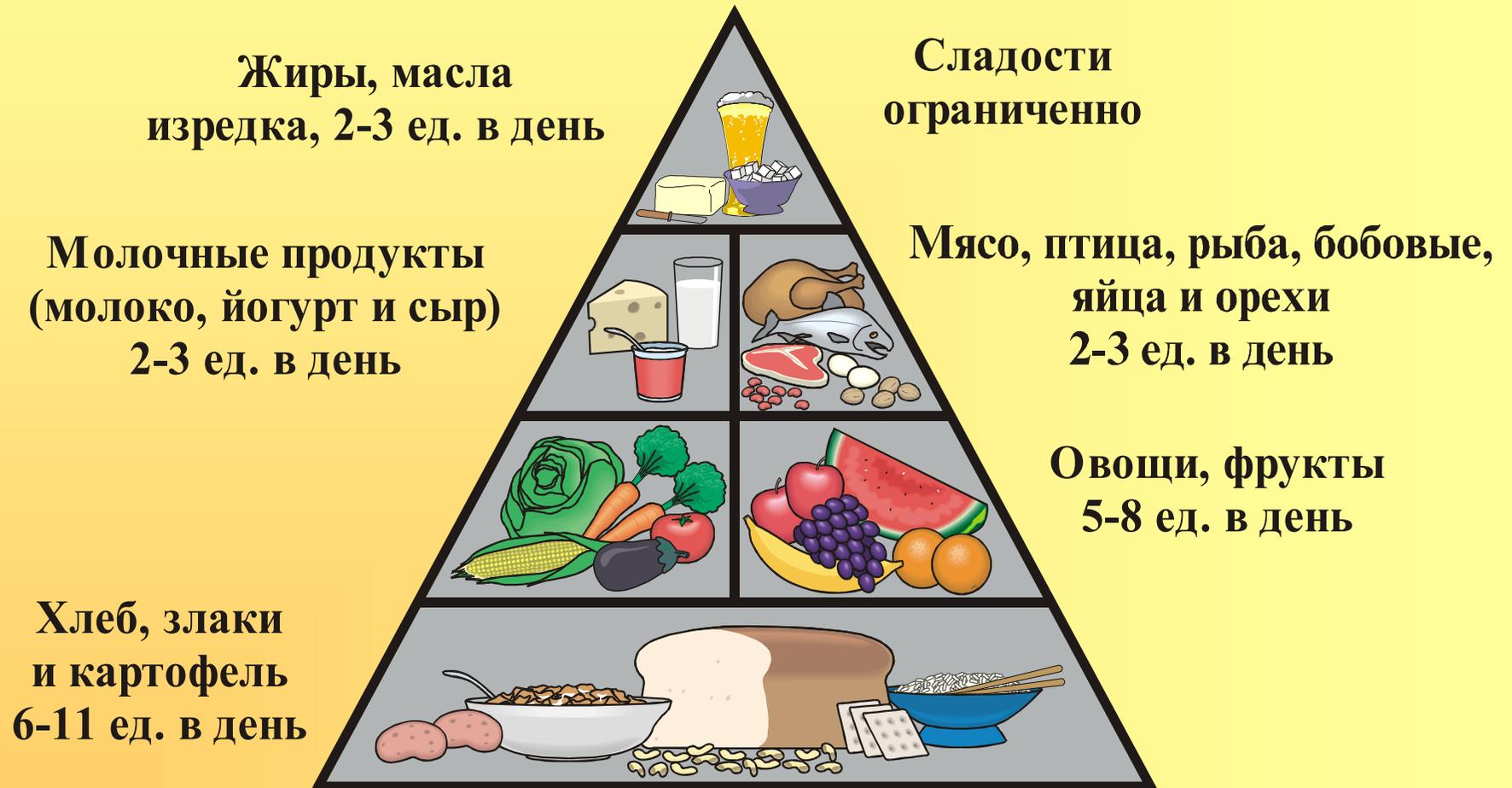
- **Нормализацию массы тела**
- **Снижение уровня липидов**
- **Коррекцию водно-солевого обмена и электролитных нарушений**
- **Улучшение функционального состояния почек**
- **Укрепление стенок сосудов**
- **Профилактику нарушений углеводного обмена**

Основные рекомендации по питанию:

- +** пища должна быть разнообразной, калорийность питания должна соответствовать поддержанию идеальной массы тела
- +** надо поощрять потребление следующих продуктов: фруктов и овощей, зерновых и хлеба, низкожировых молочных продуктов, рыбы и тощего мяса
- +** жирная рыба и ω -3 жирные кислоты имеют специфические защитные от ССЗ свойства
- +** общее потребление жира должно составлять не более 30% калорийности питания; потребление насыщенных жиров не должно превышать 1/3 потребляемого жира, потребление холестерина должно быть менее 300 мг в день
- +** при низкокалорийной диете насыщенный жир частично может быть заменен сложными углеводами, частично - мононенасыщенными и полиненасыщенными жирами растительных масел и морепродуктов

ОТ ПРИНЦИПОВ – К ПРОДУКТАМ

ПИРАМИДА ДНЕВНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ





ИЗМЕНЕНИЯ В ПИТАНИИ

1. Снижение калорийности рациона
2. Ограничение поваренной соли
3. Ограничение животных жиров и холестерина
4. Повышение содержания фосфолипидов
5. Увеличение омега-3 жирных кислот из рыб
6. Больше витаминов РР, С, Р, В6, Е
7. Обогащение солями калия, магния и кальция
8. Увеличение в диете пищевых волокон
9. Включение продуктов моря

Соль - цели:

- Диета с низким содержанием соли - 5-7гр. соли (1-1,5 чайной ложки).
- Навыки распознавания диеты с высоким/низким содержанием соли
- Целесообразность ведения дневника с ежедневными записями о принятой пище, с целью последующей коррекции диеты в сторону низкосолевой

Соль - знания:

- 10% соли из овощей, фруктов других натуральных продуктов;
- 15% соль, которую сознательно добавляют в пищу;
- 75% в составе продуктов, изготовленных промышленным способом!!!

Соль – действия:

- ✚ ограничить соль, используемую при приготовлении пищи
- ✚ избавиться от привычки досаливать пищу за столом, не пробуя ее.
- ✚ отказаться от солений, маринадов и продуктов консервирования и копчения

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Биологический механизм:

- ➔ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
- ➔ УЛУЧШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ
- ➔ УМЕНЬШЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ
- ➔ УЛУЧШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ
- ➔ УСИЛЕНИЕ ФИБРИНОЛИЗА
- ➔ УЛУЧШЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
- ➔ УСИЛЕНИЕ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Влияние регулярной аэробной физической активности на здоровье

- Снижение сердечного выброса в покое
- Улучшение липидного спектра крови
- Достижение сбалансированного потребления и расхода энергии
- Снижение скорости возрастной потери костной ткани
- Устойчивость к стрессам
- Улучшение гормонального фона
- Повышение иммунитета
- Снижение риска
 - Ожирения
 - Сахарного диабета
 - Ожирения
 - Гипертонии
 - Злокачественных новообразований
 - Остеопороза



Основные характеристики физических тренирующих упражнений

1. ДИНАМИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР
2. ДВИЖЕНИЕ БОЛЬШИХ МЫШЕЧНЫХ ГРУПП
3. ИНТЕНСИВНОСТЬ ЧСС $\geq 65\%$ ОТ МАКСИМАЛЬНОЙ ВОЗРАСТНОЙ $\approx 7,5$ К/КАЛ/МИН
4. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ 20 - 30 МИНУТ
5. КРАТКОВРЕМЕННЫЕ 1-2 МИН. «ПИКОВЫЕ» НАГРУЗКИ С ЧСС 80% - 95% ОТ МАКСИМАЛЬНОЙ ВОЗРАСТНОЙ
6. ЧАСТОТА 2-3 РАЗА В НЕДЕЛЮ
7. СУММАРНЫЕ ЭНЕРГОЗАТРАТЫ 500 - 2000 К/КАЛ В НЕДЕЛЮ



ФНЦ
"Кардиология"

Определение тренированности сердечно-сосудистой системы

Определяется по разнице между величиной пульса до и после нагрузки спустя 3 минуты после физической нагрузки = 20 приседаний

- ✓ **Хорошая** тренированность - разность не более 5 ударов в минуту
- ✓ **Удовлетворительная** – разница 5 до 10 ударов
- ✓ **Низкая** – разница более 10 ударов



ТЕСТ (по К. Куперу)

Пройти (ходьба, бег) как можно
дальше в течение 12 минут.
Оценить. Для мужчин (в км)



Степень под- готовленности	До 30 лет	30-39 лет	40-49лет	Старше 50 лет
Очень плохо	< 1,6	< 1,5	< 1,3	< 1,2
Плохо	1,6-1,9	1,5-1,84	1,3-1,6	1,2-1,5
Удовлетвори- тельно	2,0-2,4	1,85-2,24	1,7-2,1	1,6-1,9
Хорошо	2,5-2,7	2,25-2,64	2,2-2,4	2,0-2,4
Отлично	2,8 и >	2,65 и >	2,5 и >	2,5 и >

ТЕСТ (по К. Куперу)

Пройти (ходьба, бег) как можно дальше в течение 12 минут. Оценить. Для женщин (в км)



Степень подготовленности	До 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	Старше 50 лет
Очень плохо	< 1,5	< 1,3	< 1,2	<1,0
Плохо	1,5-1,84	1,3-1,6	1,2-1,4	1,0-1,3
Удовлетворительно	1,85-2,15	1,7-1,9	1,5-1,84	1,4-1,6
Хорошо	2,16-2,64	2,0-2,4	1,85-2,3	1,7-2,15
Отлично	2,65 и >	2,5 и >	2,4 и >	2,2 и >



Контроль интенсивности физической нагрузки



Максимальная частота сердечных сокращений (МЧСС) - «220-возраст»

- Умеренная интенсивность –
55-70% МЧСС
- Значительная интенсивность –
70-85% МЧСС

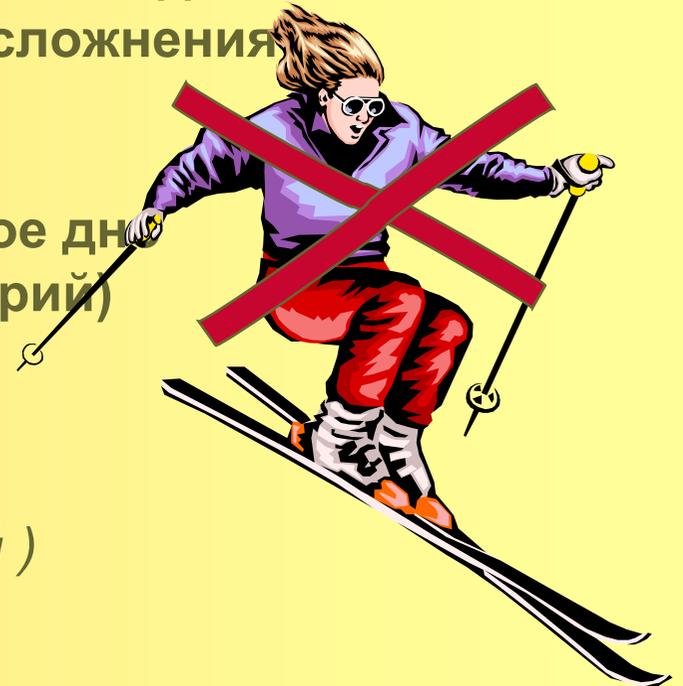
Контроль интенсивности физической нагрузки



Возраст	Интенсивность (пульс в 1 мин)	
	Низкая → умеренная	Умеренная → Значительная
30	105-133	133-162
40	99-126	126-153
50	94-119	119-145
60	88-112	112-136
70	83-105	105-128
80	77- 98	98-119

Противопоказания к аэробным физическим нагрузкам

- Нестабильная стенокардия
- ИБС с частыми приступами малых усилий, покоя
- Недостаточность кровообращения II и III степени
- Нарушения ритма сердца (проявляющиеся или усиливающиеся)
- Аневризма сердца и сосудов
- Артериальная гипертензия 180/110 мм рт.ст. и более (АГ III ст.)
- Нарушения мозгового кровообращения.
- Аортальный стеноз или субаортальный мышечный стеноз.
- Болезни легких с выраженной дыхательной недостаточностью
- Тромбофлебит и тромбоэмболические осложнения
- Легочная гипертензия
- Пороки сердца
- Состояние после кровоизлияния в глазное дно
- Миопия высокой степени (более 8 диоптрий)
- Злокачественные новообразования
- Психические заболевания
- Лихорадочные состояния
- Сахарный диабет (*некомпенсированный*)



Отказ от курения

**ВСЕ КУРЯЩИЕ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧИТЬ
НАСТОЯТЕЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ОТКАЗАТЬСЯ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА ВО ВСЕХ ЕГО ФОРМАХ.
МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ РАЗНЫЕ ПОДХОДЫ В ЭТОЙ РАБОТЕ:**

- ✚ систематически идентифицировать всех курильщиков при каждом удобном случае
- ✚ определить степень готовности пациента отказаться от курения
- ✚ настоятельно советовать всем курильщикам от этой вредной привычки
- ✚ в стратегии отказа от курения использовать советы, никотиновую заместительную терапию и/или фармакологическое вмешательство
- ✚ вызывать пациента на повторные визиты

Протокол консультации по прекращению курения



1. Спросить

Вы курите?

Нет

Усиьте сообщение, о том, что табак повышает риск сердечного заболевания

2. Дать совет

Да
Посоветовать прекратить курить понятным, решительным персонифицированным образом

Готовы ли Вы теперь сделать попытку бросить курить?

3. Оценить

Да

Нет

4. Помочь

Окажите помощь в подготовке плана по прекращению курения

- Установите дату
- Проинформируйте семью, друзей
- Попросите их о поддержке
- Уберите сигареты
- Удалите предметы/вещи, которые побуждают Вас закурить
- Договоритесь о последующем визите

Снабдите информацией об опасностях табака для здоровья и дайте пациенту листовку

5. Договориться

При последующем визите

- поздравьте с успехом и подкрепите его
- если пациент вновь стал курить рассмотрите более интенсивное наблюдение и поддержку со стороны семьи



- ▶ Уделять пациенту достаточно времени
- ▶ Говорить с пациентом на его языке
- ▶ Наладить дружеское сотрудничество
- ▶ Убедить пациента в связи между образом жизни и болезнью
- ▶ Учитывать личное мнение пациента о своей болезни
- ▶ Помочь составить план изменения поведенческих привычек с целью снижения риска