СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Межрегиональной заочной научно-практической конференции «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИИ», посвященной Всемирному дню сердца, среди студентов специальностей 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01 Сестринское дело

29 сентября
2019 год
г. Балаково

ГАПОУ СО "БАЛАКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"

Материалы Межрегиональной заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы фармакотерапии в кардиологии», посвященной Всемирному дню сердца, среди студентов специальностей 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01 Сестринское дело. Сборник материалов. Балаково. ГАПОУ СО «Балаковский медицинский колледж», 2019 год.

Члены организационного комитета

Гуськова Тамара Ивановна	преподаватель ГАПОУ СО «БМК»
Каширова Вера Юрьевна	методист ГАПОУ СО «БМК»
Клюева Инна Анатольевна	преподаватель ГАПОУ СО «БМК»
Шашлов Илья Сергеевич	преподаватель ГАПОУ СО «БМК»

Члены экспертной комиссии Межрегиональной заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы фармакотерапии в кардиологии», посвященной Всемирному дню сердца

Балашова Светлана Семеновна	преподаватель высшей квалификационной категории ГАПОУ СО «БМК»
Гуськова Тамара Ивановна	преподаватель высшей квалификационной категории ГАПОУ СО «БМК»
Клюева Инна Анатольевна	преподаватель высшей квалификационной категории ГАПОУ СО «БМК»
Корябкина Наталья Александровна	преподаватель высшей квалификационной категории ГАПОУ СО «БМК»
Томленова Елена Николаевна	преподаватель высшей квалификационной категории ГАПОУ СО «БМК»
Шарова Нина Андреевна	преподаватель высшей квалификационной категории ГАПОУ СО «БМК»

Орфография и пунктуация авторов сохранены

Уважаемые коллеги!

Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями является одним из приоритетных направлений стратегии системы здравоохранения РФ. Сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти в мире: они ежегодно уносят 17,5 миллиона человеческих жизней, и, если не принять меры, это число к 2030 году будет составлять 23 миллиона человек. Показатель смертности населения России от болезней системы кровообращения за 2018 год составил 573,6 (на аналогичный период 2017 года – 584,7) на 100 тыс. человек, и на эту причину смерти приходится 47% от всех случаев смерти. Особое значение имеет преждевременная смертность от болезней системы кровообращения среди населения трудоспособного возраста. Всего болезнями сердца и сосудов в России страдают более 25 миллионов человек. Наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями являются артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца, на долю которых приходится более 60% всех болезней системы кровообращения.

Всемирный день сердца (World Heart Day), отмечаемый 29 сентября, впервые был организован в 1999 году по инициативе Всемирной федерации сердца. Эту акцию поддержали Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ЮНЕСКО и другие значимые организации. Ежегодно Всемирный день сердца проходит в 170 странах мира. Цель Всемирного дня сердца — повысить осознание в обществе опасности, которая вызвана эпидемией сердечно-сосудистых заболеваний в мире, а также инициировать всеобъемлющие профилактические меры в отношении ишемической болезни и мозгового инсульта во всех группах населения.

По мнению Всемирной федерации сердца, 80% случаев преждевременной смерти от инфарктов и инсультов можно предотвратить, если держать под контролем основные факторы риска развития этих заболеваний.

Всемирная федерация сердца работает под лозунгом: «Сердце для жизни». Под таким же лозунгом проводятся мероприятия и в 2019 году для максимального привлечения внимания людей к своему здоровью, формирования понимания того, что на возникновение и течение болезни можно и нужно активно влиять.

Участие в конференции – это Ваш вклад в дело борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

С наилучшими пожеланиями,
директор ГАПОУ СО «Балаковский медицинский колледж»
Екатерина Владимировна Пуляева

Оглавление

Анализ заболеваемости и лечения пациентов с инфарктом миокарда 6

Анализ лекарственных препаратов, назначаемых при стенокардии 22

Выявление проблемы в фармакотерапии у пациентов с артериальной гипертензией и пути решения 28

Гипертоническая болезнь и ее осложнения 39

Значение метаболической терапии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний 46

Значение нитратов в лечении ишемической болезни сердца 53

Ключевые аспекты фармакотерапии острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе 61

Лечение хронической стабильной стенокардии 64

Место петлевых диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого возраста 70

Место статинов в фармакотерапии стенокардии 74

Оптимизация фармакотерапии артериальной гипертензии на основе совершенствования консультативной сестринской помощи 79

Особенности применения препаратов, действующих на ренин-ангиотензиновую систему, в фармакотерапии артериальной гипертензии 85

Особенности фармакотерапии хронической сердечной недостаточности 92

Оценка приверженности больных гипертонической болезнью к медикаментозному лечению 97

Принципы комбинированной фармакотерапии гипертонической болезни 106

Проблемы сна у кардиологических больных 114

Профилактика артериальной гипертензии в деятельности медицинской сестры 121

Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с ишемической болезнью сердца 125

Роль медицинской сестры в фармакотерапии хронической сердечной недостаточности 131

Современная монотерапия и комбинированная терапия артериальной гипертензии 139

Современные аспекты лечения гипертонической болезни 145

Современные подходы к лечению стабильной стенокардии.....150

Фармакотерапия гипертонической болезни в разных возрастных группах.....155

Фармакотерапия хронической ИБС 160

Анализ заболеваемости и лечения пациентов с инфарктом миокарда

Сухоносова А.О.

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель: Козулина М. Д., преподаватель ОГБПОУ «Ангарский медицинский колледж»

Несмотря на успехи современной медицины, инвалидизация и смертность от сердечно-сосудистой патологии возрастают, в основном, за счет больных хронической сердечной недостаточностью, одной из главных причин которой остается инфаркт миокарда. Исследования последних лет показали, что увеличение смертности происходит, главным образом, среди мужчин молодого и среднего возраста. Это ставит проблему профилактики и лечения инфаркта миокарда, а также выявления ранних стадий сердечной недостаточности в разряд приоритетных для здравоохранения и военно-медицинской службы.

Сложившаяся за последнее десятилетие тяжелейшая демографическая ситуация возводит эту проблему на уровень государственной безопасности.

Актуальность исследования: Общая летальность при инфаркте миокарда остается высокой (30-35%). Значительное снижение госпитальной ее составляющей после открытия блоков интенсивной терапии, внедрения тромболизиса и кардиохирургических вмешательств полностью не решает возникших проблем. На догоспитальном этапе умирает почти половина (до 47,8%) молодых пациентов. У них чаще, чем у пожилых больных, выявляются осложненные формы инфаркта миокарда, приводящие к развитию хронической сердечной недостаточности, которая обусловливает потерю трудоспособности, увеличение социальных проблем, а также является главной причиной летальности в постинфарктном периоде.

Таким образом, изучение проблем профилактики, лечения инфаркта миокарда и выявления ранних признаков представляется крайне актуальным.

Целью моего исследования является: Провести анализ заболеваемости пациентов с инфарктом миокарда на примере кардиологического отделения ОГАУЗ «Ангарская городская больница скорой медицинской помощи», и актуальности применения лекарственных препаратов при данной патологии

Инфаркт миокарда – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

Как показывают статистические исследования, инфаркт миокарда чаще развивается у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. У женщин это заболевание встречается примерно в

полтора-два раза реже. Инфаркт миокарда возникает у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), при атеросклерозе, артериальной гипертонии. К факторам риска развития инфаркта миокарда относится курение (т.к. оно вызывает сужение коронарных сосудов сердца и снижает снабжение сердечной мышцы кровью), ожирение, недостаток двигательной активности. В то же время инфаркт миокарда может стать первым проявлением ИБС. К сожалению, инфаркт миокарда является сейчас одной из основных причин инвалидности во взрослом возрасте, а смертность среди всех заболевших составляет 10-12%.

Инфарктом миокарда называют омертвение участка сердечной мышцы, которое возникает вследствие нарушения тока крови по системе венечных артерий. Инфаркт миокарда считается острой формой ишемической болезни сердца (в группу ишемической болезни сердца входит и стенокардия), для которой характерно нарушения кровоснабжения сердца кровью, а значит кислородом и питательными веществами.

Участок погибшей ткани сердечной мышцы называют зоной инфаркта. Чаще инфаркт миокарда развивается в левой половине сердца (инфаркт левого желудочка) или в перегородке разделяющей левую половину сердца от правой (инфаркт перегородки сердца, септальный инфаркт) – эти участки сердечной мышцы испытывают наибольшее напряжение, возможно и поражение правой стороны сердца (правожелудочковый инфаркт), которое, однако, встречается гораздо реже.

В зоне инфаркта сердечная ткань отмирает полностью (некроз сердечной мышцы), а затем замешается рубцом из соединительной ткани.

Причины инфаркта миокарда

Основная причина возникновения инфаркта миокарда это нарушение тока крови по венечным (коронарным артериям). Такое нарушение чаще всего возникает на фоне атеросклероза венечных артерий. Атеросклероз венечных артерий характеризуется образованием атеросклеротических бляшек – участков разрушения стенок артерий, которые служат основой для развития тромбоза или критического сужения (спазма) коронарных сосудов.

Факторы риска инфаркта миокарда

К факторам риска возникновения инфаркта миокарда относятся состояния или болезни, значительно повышающие риск развития этой болезни. Основные факторы риска развития инфаркта миокарда это:

- Атеросклероз – это основной фактор риска развития инфаркта миокарда. Атеросклероз коронарных артерий может быть причиной тромбоза или спазма коронарных артерий;

- Возраст – риск возникновения инфаркта повышается после 40 – 50 лет. Риск развития атеросклероза коронарных артерий, так же повышается с возрастом;
- Артериальная гипертония – приводит к утолщению стенок сердца, что в свою очередь повышает потребность сердца в кислороде и снижает выносливость сердечной мышцы по отношению к недостатку кислорода. Кроме того, артериальная гипертония значительно ускоряет развитие атеросклероза.
- Курение – является независимым фактором риска развития инфаркта миокарда. Курение вызывает сужение коронарных сосудов сердца и снижает снабжение сердечной мышцы кровью;
- Ожирение и другие нарушения обмена жиров – провоцируют ускоренное развитие атеросклероза, гипертонии, диабета;
- Недостаток движения – оказывает негативное влияние на состояние обмена веществ организма, является одной из причин ожирения и сахарного диабета.

Как стало очевидно, основным фактором развития инфаркта миокарда является атеросклероз венечных артерий сердца. В то же время развитие атеросклероза может быть ускорено множеством других факторов, находящихся в тесной взаимосвязи друг с другом.

Классификация инфаркта миокарда

- **В соответствии с размерами** очагового поражения сердечной мышцы выделяют инфаркт миокарда:

- крупноочаговый;
- мелкоочаговый.

На долю мелкоочаговых инфарктов миокарда приходится около 20% клинических случаев, однако нередко мелкие очаги некроза в сердечной мышце могут трансформироваться в крупноочаговый инфаркт миокарда (у 30% пациентов). В отличие от крупноочаговых, при мелкоочаговых инфарктах не возникают аневризма и разрыв сердца, течение последних реже осложняется сердечной недостаточностью, фибрилляцией желудочков, тромбоэмболией.

- **В зависимости от глубины некротического поражения** сердечной мышцы выделяют инфаркт миокарда:

- трансмуральный - с некрозом всей толщи мышечной стенки сердца (чаще крупноочаговый);
- интрамуральный – с некрозом в толще миокарда;
- субэндокардиальный – с некрозом миокарда в зоне прилегания к эндокарду;

– субэпикардиальный - с некрозом миокарда в зоне прилегания к эпикарду.

- **По изменениям, фиксируемым на ЭКГ**, различают:

– «Q-инфаркт» - с формированием патологического зубца Q, иногда желудочкового комплекса QS (чаще крупноочаговый трансмуральный инфаркт миокарда);

– «не Q-инфаркт» – не сопровождается появлением зубца Q, проявляется отрицательными Т-зубцами (чаще мелкоочаговый инфаркт миокарда).

- **По топографии** и в зависимости от поражения определенных ветвей коронарных артерий инфаркт миокарда делится на:

– правожелудочковый;

– левожелудочковый: передней, боковой и задней стенок, межжелудочковой перегородки.

- **По кратности возникновения** различают инфаркт миокарда:

– Первичный;

– рецидивирующий (развивается в срок 8 недель после первичного);

– повторный (развивается спустя 8 недель после предыдущего).

- **По развитию осложнений** инфаркт миокарда подразделяется на:

– осложненный;

– неосложненный.

- **По наличию и локализации болевого синдрома**

выделяют формы инфаркта миокарда:

– типичную – с локализацией боли за грудиной или в прекардиальной области;

– атипичные - с атипичными болевыми проявлениями:

– периферические: леволопаточная, леворучная, гортанно-глоточная, нижнечелюстная, верхнепозвоночная, гастралгическая (абдоминальная)

– безболевые: коллаптоидная, астматическая, отечная, аритмическая, церебральная

– малосимптомную (стертую)

– комбинированную

- **В соответствии с периодом и динамикой** развития инфаркта миокарда выделяют:

– стадию ишемии (острейший период);

– стадию некроза (острый период);

– стадию организации (подострый период);

– стадию рубцевания (постинфарктный период).

Клиническая картина инфаркта миокарда

Основной клинический признак — интенсивная боль за грудиной (ангинозная боль). Однако болевые ощущения могут носить вариабельный характер. Пациент может жаловаться на чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке. Нередко заболевание имеет безболевой характер, что характерно для больных сахарным диабетом. Болевой синдром сохраняется более 15 минут (могут длиться 1 час) и купируется через несколько часов, либо после применения наркотических анальгетиков, нитраты неэффективны. Бывает профузный пот. В 20-30 % случаев при крупноочаговых поражениях развиваются признаки сердечной недостаточности. Пациенты отмечают одышку, непродуктивный кашель. Нередко встречаются аритмии. Как правило это различные формы экстрасистолий или фибрилляция предсердий. Нередко единственным симптомом инфаркта миокарда является внезапная остановка сердца. Предрасполагающим фактором является физическая нагрузка, психоэмоциональное напряжение, состояние утомления, гипертонический криз. В некоторых случаях симптомы инфаркта миокарда могут носить атипичный характер. Такая клиническая картина затрудняет диагностику инфаркта миокарда. Различают следующие атипичные формы инфаркта миокарда:

- Абдоминальная форма — симптомы инфаркта представлены болями в верхней части живота, икотой, вздутием живота, тошнотой, рвотой. В данном случае симптомы инфаркта могут напоминать симптомы острого панкреатита.
- Астматическая форма — симптомы инфаркта представлены нарастающей одышкой. Симптомы инфаркта напоминают симптомы приступа бронхиальной астмы.
- Атипичный болевой синдром при инфаркте может быть представлен болями локализованными не в груди, а в руке, плече, нижней челюсти, подвздошной ямке.
- Безболевая ишемия миокарда наблюдается редко. Такое развитие инфаркта наиболее характерно для больных сахарным диабетом, у которых нарушение чувствительности является одним из проявлений болезни (диабета).
- Церебральная форма — симптомы инфаркта представлены головокружениями, нарушениями сознания, неврологическими симптомами.
- В ряде случаев у пациентов с остеохондрозом грудного отдела позвоночника, к основному болевому синдрому при инфаркте миокарда присоединяется характерная для межрёберной невралгии опоясывающая боль в грудной клетке, усиливающаяся при прогибании спины назад, вперед, в обе стороны.

Методы диагностики инфаркта миокарда

- ЭКГ;

- Эхокардиография;
- Биохимические показатели, общий анализ крови;
- Рентгенография грудной клетки.

Лечение инфаркта миокарда

На догоспитальном этапе важно провести неотложные и реанимационные мероприятия, купировать боль, ликвидировать тяжелые нарушения ритма, острой недостаточности кровообращения, правильно транспортировать пациента в стационар. при инфаркте миокарда в первую очередь ликвидируют болевой приступ, проводят борьбу с острой сердечно-сосудистой недостаточностью. Болевой приступ купируют препаратами группы опиатов: промедол с изотоническим раствором натрия хлорида в/в.

При инфаркте миокарда используется медикаментозное и хирургическое лечение, при этом особенного внимания заслуживает соблюдение прописанного больному режима.

Режим

В первые трое суток заболевания больным с инфарктом миокарда рекомендован строгий постельный режим. Впоследствии (с учетом состояния больного) режим может быть расширен до палатного, тогда как после стабилизации состояния (подтверждается положительной динамикой ЭКГ) больной переводится на общий режим.

Медикаментозное лечение

– *Наркотические анальгетики*

Применяются с целью быстрого обезболивания, что позволяет избежать болевого шока, который может закончиться смертью больного. Такие препараты как морфин и промедол могут использоваться в виде растворов, как для внутривенного, так и внутримышечного введения.

– *Ингаляции кислорода*.

Данная процедура позволяет уменьшить кислородное голодание, а также ишемию сердца. Во время кислородных ингаляций посредством маски или через носовой катетер происходит подача увлажненного кислорода.

– *Тромболизис*.

В ходе данной процедуры осуществляется внутривенное введение лекарства (стрептокиназы, урокиназы или альтеплазы), которое растворяет тромб в сосуде, спровоцировавший развитие ИМ. Тромболизис проводится с целью восстановления нормального кровообращения в сердце и в миокарде. Эта процедура проводится в первые шесть часов с момента начала ИМ.

– *Антикоагулянтная терапия*.

Рекомендована в качестве профилактики повышенного свертывания крови, а также образования новых тромбов. Гепарин, эноксапарин вводятся под кожу в область около пупка один – два раза в сутки на протяжении пяти – семи дней.

– *Антиагрегантная терапия.*

Заключается в приеме препаратов ацетилсалициловой кислоты, укрепляющей стенки сосуда, способствующей разжижению крови и препятствующей ее повышенной степени свертываемости.

– *Нитраты.*

Это лекарственные препараты нитроглицерина в виде таблеток, аэрозолей, пластырей и растворов для внутривенного введения, которые блокируют приступы стенокардии при ИМ, расширяют сосуды, снижают потребность самого миокарда в кислороде, значительно уменьшают «размер» инфаркта, а также увеличивают восприимчивость сердца к возлагаемой на него физической нагрузке.

– *Бета-адреноблокаторы.*

Уменьшают частоту сердечных сокращений, что позволяет перевести сердце в так называемый «экономный» режим работы. Так, атенолол, пропранолол, соталол, метапролол, бисопролол лекарственные препараты этой группы снижают АД, к тому же они обладают противоаритмическим эффектом (вследствие уменьшения частоты сокращений сердца снижается вероятность образования и развития сердечной недостаточности).

– *Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)*

С их помощью осуществляется блокировка фермента, который превращает одно вещество в иное (например, ангиотензин 1 в вещество ангиотензин 2, причем последний является сильным сосудосуживающим веществом). В случае прерывания данной цепочки превращений сосуды просто не будут сужаться, а, напротив, будут расширяться, вследствие чего давление будет понижаться. Данная группа препаратов, к которой относятся эналаприл, каптоприл, периндоприл, зофеноприл

– *Диуретики*

Такие мочегонные препараты как, хлорталидон, амилорид и триамтерен уменьшают концентрацию соли в крови. Кроме того, обладают стойким гипотензивным (или снижающим давление) действием.

– *Противоаритмическая терапия*

Прием амиодарона (или кордарона) показан больным с аритмией с целью предотвращения инфаркта миокарда. Также этот препарат назначается для профилактики больным с инфарктом, которые раньше не страдали аритмией.

– *Статины*

В эту группу препаратов входят ловастатин и правастатин, симвастатин и аторвастатин. Перечисленные препараты снижают уровень холестерина, блокируют появление его в печени.

– *Метаболические препараты*

Улучшают обмен веществ, питают сердечную мышцу и защищают ее от негативного ишемического воздействия. К данной группе препаратов относятся аденозинтрифосфорная кислота и кокарбоксилаза, панангин и аспаркам, тиотриазолин и рибоксин, милдронат и мексикор.

Хирургическое лечение инфаркта миокарда

– Ангиопластика коронарных сосудов.

Данный метод заключается в том, что осуществляется прокол бедренной артерии, после чего в коронарные артерии вводится контрастное вещество, которое окрашивает сосуды, а также специальный катетер, конец которого оснащен специальным баллончиком. В случае, когда на рентгене выявляется сужение сосуда, катетер вместе с баллончиком подводится к месту сужения, при этом баллончик раздувается, тогда как атеросклеротическая бляшка, закрывающая просвет сосуда, вминается непосредственно в стенки сосуда. Результат: расширение просвета сосуда и восстановление его проходимости.

– Стентирование сердечных сосудов.

Данная операция проводится с целью внедрения стента, посредством которого происходит восстановление коронарного кровотока. Стент представляет собой металлическую трубку, которая состоит из множества ячеек. Трубка раздувается при помощи специального баллона: так, при введении в пораженный сердечный сосуд стент будто вжимается в стенки, тем самым увеличивая просвет сосуда.

– Аортокоронарное шунтирование сердца (АКШ). (Приложение 3)

Данная хирургическая операция направлена на восстановление кровотока именно в сердечной мышце. При АКШ осуществляется обход места суженного сосуда при помощи шунта.

Профилактика

Выделяют мероприятия первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда. Первичная направлена в первую очередь на предупреждение развития болезни, тогда как вторичная призвана исключить возможность рецидива. Основные факторы первичной и вторичной реабилитации:

Физические нагрузки

Физическая активность способствует снижению массы тела, и улучшению обмена липидов, снижению уровня сахара в крови. Комплекс физических упражнений и степень

интенсивности возможных нагрузок необходимо согласовывать с врачом. Регулярное выполнение физических упражнений снижает риск повторного ИМ примерно на 30%.

Контроль массы тела.

Лишний вес способствует повышению АД и развитию сахарного диабета, значительно повышая риск появления инфаркта миокарда. Важно контролировать свой вес, и правильно питаться, что существенно снизит риск заболеть ИМ.

Диета

Рацион тех, кто хочет избежать не только инфаркта миокарда, но и многих иных заболеваний, должен включать большое количество зеленых овощей и корнеплодов, фруктов и рыбы, а также хлеба грубого помола. А вот красное мясо лучше заменить мясом птицы. К тому же следует максимально ограничить количество употребляемой соли и продуктов, содержащих холестерин.

Отказ от вредных привычек.

Такие вредные привычки как курение и употребление алкоголя существенно усугубляют картину ИБС. Никотин обладает сосудосуживающим действием, что крайне опасно: так, риск повторного ИМ у курильщиков увеличивается в два раза. Злоупотребление алкогольными напитками также недопустимо, поскольку алкоголь ухудшает течение ИБС и сопутствующих болезней. Людям, перенесшим инфаркт, либо имеющим какие-либо другие заболевания сердца, лучше вообще отказаться от алкоголя или свести его употребления к минимуму

Контроль АД

Повышенное артериальное давление значительно повышает нагрузку на сердце, что, в свою очередь, ухудшает прогнозы после перенесенного ИМ. Гипертония способствует прогрессированию атеросклероза. Оптимальный уровень систолического АД должен быть ниже 140 мм рт. ст., тогда как диастолического - не превышать отметку в 90 мм рт. ст. Наиболее высокие цифры крайне опасны, поэтому требуют корректировки схемы приема препаратов, которые понижают давление.

Уровень сахара крови

Декомпенсированный сахарный диабет негативно влияет на течении ИБС, что связано с отрицательным воздействием на сосуды гипергликемии. За этим показателем надо постоянно следить, чтобы при повышенном сахаре своевременно осуществить коррекцию схемы лечения (необходима обязательная консультация с эндокринологом).

Употребление ацетилсалициловой кислоты

Наиболее эффективным средством лекарственной профилактики инфаркта миокарда является прием ацетилсалициловой кислоты. Профилактика показана не только пациентам с

сердечно- сосудистыми заболеваниями, но и тем, кто относится к группе высокого риска. Ацетилсалициловая кислота в качестве профилактической меры показана для предупреждения и первичного, повторного инфаркта.

Мною был проведен анализ заболеваемости инфарктом миокарда по отчётам ОГАУЗ «АГ БСМП», результатам исследований 2017- 2019 года.

Таблица 1 – Структура пациентов с сердечно сосудистой патологией по виду заболевания

	2017г		2018г		2019г	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Всего пациентов с заболеваниями сердечно - сосудистой системы, в том числе:	4220	100	4066	100	3374	100
- с ИБС	2328	55,2	2171	53,4	1849	55,8
- с прочими заболеваниями сердечно -сосудистой системы	1892	44,8	1895	46,6	1525	45,2

Вывод: среди пациентов с заболеваниями сердечно - сосудистой системы, пациенты с ИБС составляют 55,8%. По диаграмме видно, что пациентов с ИБС стало меньше.

Таблица 2- Структура пациентов с ИБС по виду заболевания

Показатель	2017г		2018г		2019г		2017-2019г	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. чило	%	Абс. число	%
Число пациентов с ИБС, в том числе:	2328	100	2171	100	1849	100	6348	100
-с острым инфарктом;	500	21,5	454	21	490	26,5	1444	22,7
-с прочими заболеваниями	1828	78,5	1717	79	1359	73,5	4904	77,3

Вывод: среди пациентов с ИБС пациенты с острым инфарктом миокарда составляют 22,7%. И таких пациентов стало больше.

Таблица 3- Структура пациентов с инфарктом миокарда по полу

Показатель	2017г		2018г		2019г		2017-2019г	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Число пациентов с ИМ, в том числе	500	100	454	100	490	100	1444	100
Мужчин	260	52,6	210	47,6	270	55,1	740	51,2
Женщин	240	47,4	244	52,4	220	44,9	704	48,8

Вывод: среди пациентов с инфарктом миокарда преобладают мужчины 51,2%, женщины составили 48,8% .

Таблица 4 – Структура пациентов с инфарктом миокарда по исходу заболевания

Показатель	2017г		2018г		2019г		2017-2019г	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Число пациентов с ИМ , в том числе:	500	100	454	100	480	100	1434	100
- умерло;	63	13	66	14,5	60	12,5	191	13,3
- выписано	435	87	388	85,5	420	87,5	1243	86,7

Вывод: пациентов с инфарктом миокарда за период 2017-2019г выписано 86,7% , пациенты с летальным исходом составили 13,3%. Больше благоприятный исход после заболевания.

Таблица 5 – Результаты анкетирования пациентов по факторам риска инфаркта миокарда (приложение 1)

	Абс. число	%	Мужчины		Женщины	
			Абс. число	%	Абс. число	%
Всего проанкетировано пациентов с инфарктом миокарда - 15, из них мужчин - 10 , женщин - 5						

• Наследственность	9	60	6	60	3	60
• Боли в грудной клетке	15	100	10	100	5	100
• Чрезмерное употребление алкоголя	10	66,7	8	80	2	40
• Курение	11	73,3	9	90	2	40
• Стрессы	12	80	8	80	4	80
• Кардионагрузки	9	60	6	60	3	60
• Избыточный вес	7	46,7	3	30	4	80
• Сахарный диабет	8	53,3	4	40	4	80
• Артериальная гипертония	10	66,7	6	60	4	80

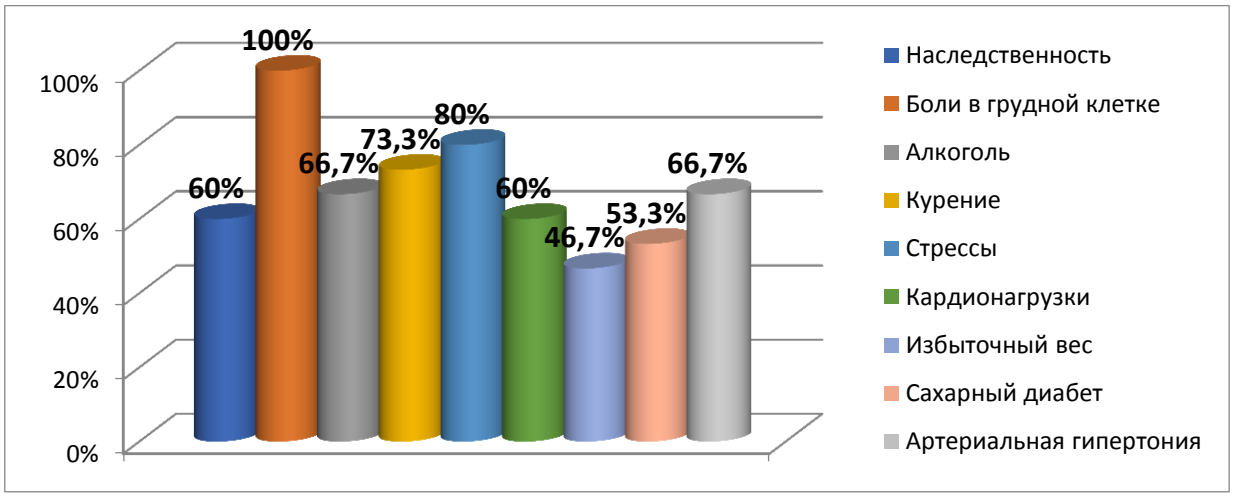


Рисунок 1 – Результаты анкетирования пациентов по факторам риска

Вывод: по результатам анкетирования на первом месте среди факторов риска является боль в грудной клетке 100%, наследственность 60%. На первом месте среди факторов риска у мужчин является боль в грудной клетке 100%, алкоголь 80%, стрессы 80%, курение 90%, у женщин - боль в грудной клетке 100%, стрессы 80%, избыточный вес 80%, сахарный диабет 80%, артериальная гипертония 80%.

Заключение

При анализе заболеваемости инфарктом миокарда установлено:

- среди пациентов с заболеваниями сердечно - сосудистой системы, пациенты с ИБС составляют 55,8 %

- среди пациентов с ИБС пациенты с острым инфарктом миокарда составляют 22,7%

- среди пациентов с инфарктом миокарда преобладают мужчины 51,2%, женщины составили 48,8%

- пациентов с инфарктом миокарда за период 2017-2019г выписано 86,7% , пациенты с летальным исходом составили 13,3%

- среди пациентов умерших от инфаркта миокарда женщины составили 53,4%, мужчины 46,6%

- по результатам анкетирования на первом месте среди факторов риска является боль в грудной клетке 100%, наследственность 60%.

- по результатам анкетирования на первом месте среди факторов риска у мужчин является боль в грудной клетке 100%, алкоголь 80%, стрессы 80%, курение 90%.

- по результатам анкетирования на первом месте среди факторов риска у женщин является боль в грудной клетке 100%, стрессы 80%, избыточный вес 80%, сахарный диабет 80%, артериальная гипертония 80%.

В лечении инфаркта миокарда важен квалифицированный уход и оказание необходимой помощи медицинской сестрой. Ранние изменения при ИМ, вовремя замеченные медицинской сестрой, играют немаловажную роль в тактике лечения пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основная:

1. Грицюк. А.И. «Инфаркт миокарда»/ А. И. Грицюк, Н. А. Гватуа, И. К. Следзевская, М. 2017 г
2. Руда М.Я. с соавт. Российские рекомендации Общества специалистов по неотложной кардиологии «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы».М. 2016 г
3. Фадеев П.А. «Инфаркт миокарда»/ Справочное пособие, М. 2017 г
4. «Инфаркт миокарда. Предупреждение и реанимация». Коллектив авторов (перевод с анг.) М. «Медицина», 2016 г

Дополнительная:

1. Верткин А. Л., Тополянский А. В., Городецкий В. В. и др. //«Ведение больных на догоспитальном этапе» -М.: Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней МГМСУ, //Доктор. Ру, 9, 2015 г

Интернет ресурсы:

1. Медицинский портал https://lookmedbook.ru
2. Медицинский справочник болезней http://www.likar.info/bolezni/Infarkt-miokarda/

Приложение 1

Анкетирование пациентов по факторам риска инфаркта миокарда:

- Наследственность

  Будете проводить профилактику ИБС?

  - да,

  - нет,

  - затрудняюсь ответить

- Боли в грудной клетке

  Начнете следить за регулярностью приема лекарств?

  - да,

  - нет,

  - затрудняюсь ответить

- Чрезмерное употребление алкоголя

  Бросите употреблять алкоголь?

  - да,

  - нет,

  - затрудняюсь ответить

- Курение

  Бросите курить?

  - да,

  - нет,

  - затрудняюсь ответить

- Стрессы:

  Будете контролировать стрессовые ситуации?

  - да,

  - нет,

  - затрудняюсь ответить

- Кардионагрузки

Будете контролировать физ. активность?

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить

- Избыточный вес

Будете контролировать питание?

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить

- Сахарный диабет

Будете регулярно проверять сахар в крови?

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить.

- Артериальная гипертония

Будете регулярно измерять АД?

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить.

Анализ лекарственных препаратов, назначаемых при стенокардии

Ставцева Валерия Геннадьевна

Сестринское дело

Научные руководители: Балакина А.В., Кулешова О.С., Кондрашкова Е.А., преподаватели БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»

Актуальность темы:

На сегодняшний день заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из первостепенных причин смертности и инвалидности в мире. По данным статистики каждый год от заболеваний сердца умирает 17,5 миллионов человек. В РФ сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают более 23 миллионов граждан.

Возраст заболеваний сердца с каждым годом молодеет, ежедневно 13 мужчин и 3 женщины трудоспособного возраста умирают от сердечных заболеваний, особенно ишемической болезни сердца.

В настоящее время наиболее распространенным и наносящим большой ущерб здоровью населения заболеванием является одно из первых проявлений ишемической болезни сердца, стенокардия - «грудная жаба» [1, 4]

Цели исследования:

- Определить факторы риска возникновения ИБС путем опроса посетителей аптеки
- Выделить наиболее часто назначаемые препараты при лечении ИБС и при купировании приступов стенокардии

Стенокардия - один из клинических синдромов ИБС, характеризующийся чувством стеснения или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрий, вследствие сужения и закупорки основных артерий сердца атеросклеротическими бляшками, что приводит к затруднению тока крови, а значит снижается уровень кислорода и питательных веществ в мышце сердца, возникает гипоксия. Боль провоцируется физической нагрузкой (ФН), выходом на холод, обильным приемом пищи, эмоциональным стрессом, проходит в покое, устраняется приемом нитроглицерина в течение нескольких секунд или минут. [2, 10]

Был проведен опрос посетителей аптеки ЗАО «Эркафарм» №88 г. Орла на выявление факторов риска возникновения ИБС (Прил. 1).

Изучив и проанализировав данные опроса, можно уверенно сказать, что 3-ое из 6-и участников опроса имеют четкую предрасположенность к заболеванию (Диаграмма 1).

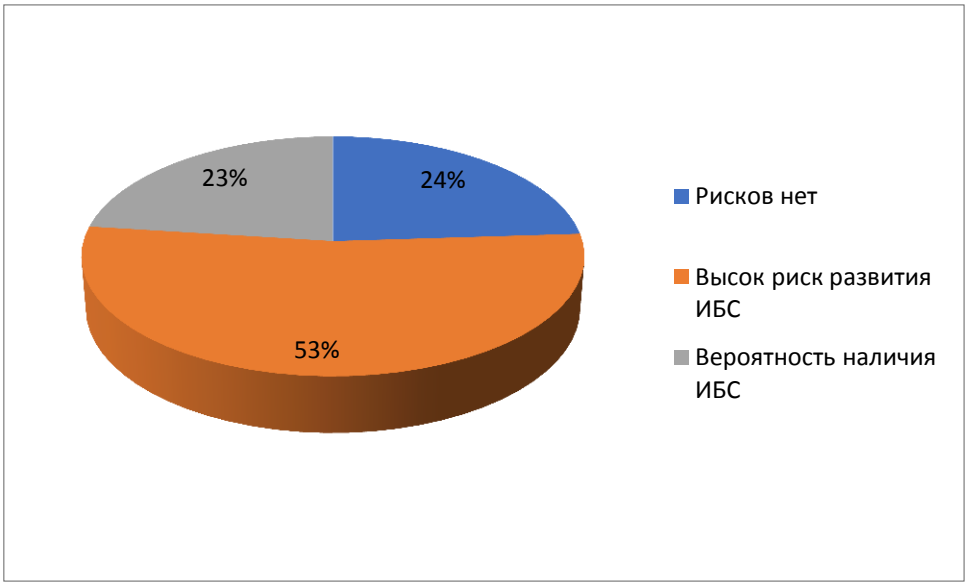


Диаграмма 1. Результаты опроса посетителей аптеки

Было проведено маркетинговое исследование с целью анализа продаж препаратов, применяемых для лечения стенокардии. Количество проданных препаратов по данным отчетности аптеки представлены в таблице 1

Таблица 1

Фармакологическая группа	Представители	Способ применения	Количество отпущенных препаратов за период с 15.09.2019 по15.10.2019
Антиангинальные	Нитроглицерин спрей Нитроглицерин таб.	Сублингвально Сублингвально	78 64
Антитромбоцитарные	Кардиомагнил таб. Тромбопол таб. Ацекардол таб.	Перорально Перорально Перорально	59 46 42
Гиполипидемические	Аторвастатин таб. Симвастатин таб.	Перорально Перорально	58 43
В-адреноблокаторы	Атенолол таб.	Перорально	22

	Бисопролол таб. Кон-Кор таб.	Перорально Перорально	57 53
Ингибиторы АПФ	Эналаприл таб. Берлиприл таб. Фозиноприл таб.	Перорально Перорально Перорально	64 24 19
Блокаторы кальциевых каналов	Верапамил таб. Нифедипин таб. Дилтиазем таб.	Перорально Перорально Перорально	15 26 34

Сравнительные результаты анализа представлены на диаграмме 2.

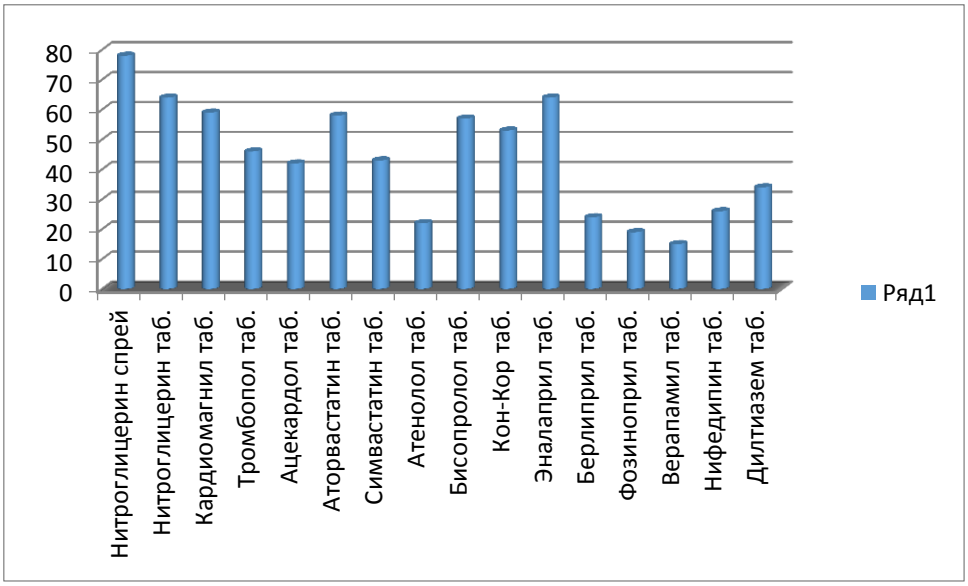


Диаграмма 2. Количество отпущенных препаратов за период с 15.09.2019 по15.10.2019

Выводы:

- В итоге проведенного анализа в аптеке ЗАО «Эркафарм» № 88 г. Орла при лечении приступа стенокардии первое место занимает препарат « Нитроглицерин»
- Результаты сегментации и выявленные факторы предпочтений потребителей дают возможность определить тенденции формирования потребительского спроса и создания более эффективного ассортимента данной группы препаратов в аптеке
- Среди антитромбоцитарных препаратов предпочтительнее оказался «Кардиомагнил»
- Из гиполипидемических ЛС чаще выбирают «Аторвастатин»
- «Бисопролол» и «Кон-Кор» занимают лидирующие позиции из В-адреноблокаторов

- Самым часто выписываемым препаратом при лечении ИБС из группы ингибиторов АПФ оказался «Эналаприл»

Медикаментозное лечение является главным основоположником поддержания и лечения стенокардии. Немаловажно подобрать действенный препарат для оказания скорой помощи при приступах стенокардии. Индивидуальный подход к пациенту и учет потребительских предпочтений способствует эффективному лекарственному обеспечению населения.

Литература

1. Волков В.С. Основы терапии сердечно-сосудистых заболеваний: учебное пособие / В.С. Волков, Г.А. Базанов; ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава; науч. ред. Г.С. Джулай. — Тверь: РИЦ ТГМА, 2010. — 171 с.: ил. — Библиогр. в кн.
2. Глезер М.Г., Киселева И.В., Шокина Т.В., Новикова М.В. Стабильная стенокардия. Учебное пособие. М., 2010. 120 с
3. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов ВНОК. М., 2004. – 42 с.
4. Руководство по кардиологии. Том 1: учеб. пособие / под ред. Г. И. Сторожакова, А. А. Горбаченкова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 532 с.
5. Российские рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии (Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов)//Сердце.-Т.5.-№ 2.-С.86.-99
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации от 20.04.2007 г. № 288 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со стабильной стенокардией» — [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: http://medtsu.tula.ru/MedStand/20.pdf.
7. https://pharmvestnik.ru/ — [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: https://pharmvestnik.ru/content/news/Vebinar-nitraty-dlya-lecheniya-bolnogo-stenokardiei.html
8. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/stenocardia
9. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: https://azbyka.ru/zdorovie/o-stenokardii
10. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/diagnosis_treatment/ishemicheskaya_bolezn_serdtsa_terapiya_infarkta_i_stenokardii

Приложение №1

АНКЕТА ДИАГНОСТИКИ ИБС

Внимательно прочитайте каждый вопрос, подумайте и ответьте. Подсчитайте количество набранных баллов и следуйте полученным рекомендациям, для того чтобы избежать тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний и их последствий.

1. Ваш пол?

- мужчина – 1 балл
- женщина – 0 баллов

2. Ваш возраст?

- моложе 45 лет – 0 баллов
- старше 45 лет – 1 балл

3. Какую часть рабочего времени ежедневно проводите сидя?

- более 75% – 1 балл
- менее 75% – 0 баллов

4. Какое расстояние проходите за 1 день пешком?

- менее 5 км – 1 балл
- более 5 км – 0 баллов

5. Имеется ли у Вас избыточный вес? (превышает разницу между вашим ростом в сантиметрах и числом 100)

- да – 2 балла
- нет – 0 баллов

6. Вы курите?

- да – 3 балла
- нет – 0 баллов

7. Объем употребления алкоголя? (в перерасчете на 40-градусный алкоголь)

в неделю для женщин:

менее 250 мл – 0 баллов

более 250 мл – 1 балл

в неделю для мужчин:

менее 500 мл – 0 баллов

более 500мл – 1 балл

8. Какую часть пищевого рациона занимает пища, богатая жирами (масло, сало, жирное мясо)?

- более 30% – 2 балла
- от 10% до 30% – 1 балл
- менее 10% – 0 баллов

9. Повышалось ли у Вас артериальное давление? (более 140/90)

- да – 4 балла
- нет – 0 баллов

10. Обращались ли Вы когда-либо за медицинской помощью по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы или сахарного диабета?

- да – 4 балла
- нет – 0 баллов

11. Отмечали ли Вы дискомфорт или боли, покалывание, давление, сжимание за грудиной или в области сердца?

- да – 5 баллов

- нет – 0 баллов

12. Беспокоитесь ли Вы о своем завтрашнем дне и/или о будущем Ваших детей и внуков?

- да. Но сам я относительно защищен, а дети уже твердо стоят на ногах – 0 баллов

- да. И это главная причина моего душевного беспокойства и неудовлетворенности – 2 балла

Подсчитайте результат.

Менее 8 баллов. На настоящее время анкета не выявила у Вас серьезных причин для беспокойства в отношении ишемической болезни сердца. Следите за состоянием своего здоровья, ежегодно повторяйте это самотестирование и старайтесь вести здоровый образ жизни.

От 8 до 15 баллов. Внимание! Вы находитесь в зоне риска развития ишемической болезни сердца. Вам настоятельно рекомендуется, не откладывая, пройти полное обследование у кардиолога или терапевта!

Более 15 баллов. У Вас большая вероятность наличия ИБС! Вам необходимо срочно пройти полное обследование у кардиолога или терапевта и соблюдать все рекомендации врача!

Выявление проблемы в фармакотерапии у пациентов с артериальной гипертензией и пути решения

Айтуаров А., Муратов Б.
Специальность
«Лечебное дело»
Научный руководитель: Агапова О.М., преподаватель ГАПОУ «Орский медицинский колледж» филиал г.Гай

Хороший врач—всегда исследователь,

Если не в лаборатории, то у постели больного.

В.А.Манассеин

Сердечно-сосудистая патология занимает первое место по причине патологической смертности и третье место по причине инвалидизации в Российской Федерации. **Актуальной медицинской проблемой** является артериальная гипертензия (АГ). Это связано и с высокой распространенностью заболевания: страдает около 40% взрослого населения. Артериальная гипертензия является триггером для целого ряда функциональных и структурных трансформаций в органах и системах организма, результатом чему может стать фатальная органная недостаточность и смерть.

Весьма интенсивно ведется поиск новых гипотензивных лекарственных средств с целью воздействия на малоизвестные и до сего времени патогенетические механизмы болезни, совершенствуется органопротективная фармакотерапия, защищающая органы-мишени от высокого давления. Однако даже при длительном лечении «эффективность» терапии снижается. Можно ли выявить проблемы в фармакотерапии у пациентов в терапевтическом отделении нашего города.

Цель исследования: выявить проблемы гипотензивной фармакотерапии через опрос пациентов терапевтического отделения Гайской ЦРБ и выработать пути решения.

Задачи для достижения цели:

- Подготовиться теоретически: закрепить знания о развитии артериальной гипертензии,о поражении органов-мишеней, вызываемых расстройствах, повторить фармакологические группы препаратов, наиболее часто назначаемые пациентам;
- Составить опросник с вопросами для пациентов с артериальной гипертензией, провести опрос пациентов и побеседовать по поводу правил применения препаратов;
- Анализ полученных ответов, выявление проблемы в фармакотерапии артериальной гипертензии;
- Выработать пути решения проблемы.

Предмет исследования: фармакотерапия артериальной гипертензии (АГ) в терапевтическом отделении г.Гая.

Материалы и объекты исследования: информационная база данных интернета о лекарственных препаратах, патогенезе АГ, конспект преподавателя фармакологии Агаповой О.М. «Гипотензивные средства», стационарные пациенты с гипертензией терапевтического отделения.

Методы исследования: опрос, сбор, интерпретация и анализ полученных данных(ответов) при опросе пациентов, поисково-исследовательская деятельность в информационной базе данных интернета.

Подготовка к исследованию включала повторение и закрепление знаний о препаратах по конспекту фармакологии, по теме: «Гипотензивные средства», из патологии по теме «Артериальная гипертензия». Результаты поисково-исследовательской работы в интернете дали информацию о широкой распространенности АГ среди населения статистические данные, привнесли знания о том, что АГ является триггером для запуска развития осложнений: инсульта, инфаркта, тромбозов и ускоряет прогрессирование атеросклероза сосудов. Особое внимание на этапе первой задачи было уделено особенностям применения пероральных лекарственных форм, мерам предосторожности при назначении, «преимуществам» и «недостаткам» гипертензивных препаратов разных фармакологических групп. Таким образом, изучая специфику применения препаратов, возник вопрос: знают об особенностях применения гайские пациенты с АГ ?

Будущий фельдшер должен знать, что при назначении гипотензивной фармакотерапии используется индивидуальный подход к пациентам, имеющих сопутствующие осложнения, отягощенную патологию. Подбирается доза с учетом недостаточности функции почек, печени, сердечно- сосудистой системы и расстройств, вызванными эндокринными железами внутренней секреции. Назначаются препараты с выраженными органопротективными свойствами для защиты «органов-мишеней» пациентам, у которых в первую очередь страдают при повышении артериального давления. В целях повышения эффективности фармакотерапии и смягчения возможных побочных эффектов назначается несколько препаратов со сниженными дозировками. Но существуют разные приемы в фармакотерапии для повышения эффективности гипотензивной терапии, которые должен знать будущий фельдшер и доводить рекомендациями, советами до пациентов. Их немало: это соблюдение правил при приеме препаратов, которые должны применяться в одно и то же время, следование правилу приема «до еды натощак, во время или после еды», каким количеством воды запивать и чем «нельзя запивать» таблетки, какие таблетки нельзя разжевывать, какие препараты желательно принимать на ночь и т.д.

К примеру, прием таблеток каптоприла во время еды снижает его биодоступность в среднем до 40% по сравнению с приемом натощак до 70% , таким образом ожидаемый эффект будет снижен. Каптоприл часто применяют как экстренное средство для снижения высокого давления, в этой ситуации фармакологи рекомендуют для быстроты наступления эффекта применять каптоприл внутрь натощак, не разжевывая и хорошо запивая полстаканом воды, не меньше; однако если пациент принял недавно пищу, то можно каптоприл подержать под языком до рассасывания. Согласно требованиям ФГОС 3 поколения, студент должен овладеть профессиональными компетенциями: «ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства», «ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения». Означает, что фельдшер должен активно использовать знания по фармакологии, знать и понимать фармакокинетические и фармакодинамические характеристики лекарственного препарата и добиваться эффективного лечения.

Подготовка к исследовательской работе и опрос пациентов с АГ

Для выполнения 2 задачи исследователями составлен опросник с вопросами, изготовлена памятка «Как правильно пить таблетки», подготовлены пустые упаковки препаратов с наименованиями для пациентов, которые при необходимости будут показывать пациентам в ходе беседы с целью «узнавания». Исследователи поставили психологическую задачу: в общении с пациентами для получения нужной и достоверной информации, вести опрос деликатно, тактично, не перебивая пациентов в беседе на ответах.

Фото 1. Опрос пациента в терап./отд. Гайской ЦРБ

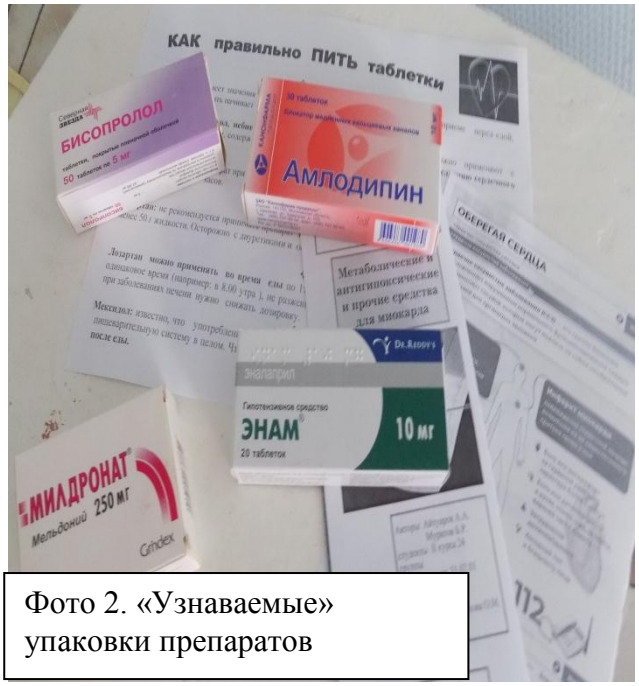


Фото 2. «Узнаваемые» упаковки препаратов

23сентября 2019года в 19.00. состоялись индивидуальные встречи с пациентами в палатах терапевтического отделения Гайской ЦРБ .Это помогло: «встречи с глазу на глаз» с пациентами привели к открытости пациентов, они охотно отвечали на вопросы

исследователей. Было опрошено 12 пациентов в возрасте от 47лет до 76лет. Установлено, что страдают гипертензией в среднем 7лет. 10 человек имеют сопутствующие заболевания, страдают сахарным диабетом 1 типа-2человека, сахарным диабетом 2 типа-3 человек, гипотиреозом -2 человек, стенокардией, ИБС-1 человек, бронхиальной астмой-1 человек, имеют среднюю и выраженную гиперхолестеринемию - 5человек. Артериальная гипертензия (АГ)1 степени- у 1 пациента, АГ 2 степени-- 8 пациентов, АГ 3 степени у 3 пациентов.

На вопрос «сколько сейчас вы принимаете лекарственных препаратов всего и от гипертензии» выяснено: 7 человек принимают 3 препарата от гипертензии регулярно, 4 препарата 2 человека, остальные по 1 и 2 препарата. В основном пероральные, одной пациентке капают инфузионно. Кроме этих препаратов, пациенты применяют тироксин, инсулин, метформин, нитросорбид, симвастатин, сиднофарм,милдронат,мексидол и др. На вопрос «занимаются ли они самолечением, или полностью доверяют врачам» большинство ответило, «что выполняют все назначения врача, с их слов «что врач говорит, то они и делают».Однако четверо пациентов признались, что иногда при амбулаторном лечении дома они отклоняются от назначенных препаратов и не сообщают лечащему врачу. Пациенты считают, что позволяют себе «отдохнуть» от побочных действий лекарств, потому что они «вредят печени, желудку». Сообщили, что самостоятельно ищут лекарства «поэффективнее» по совету знакомых, советов в интернете.

Вывод 1: пациенты не всегда сообщают о самолечении врачу, занимаются самодеятельностью, означает -- что не надеются полностью на фармакотерапию по субъективным причинам.

На вопрос «есть у вас «любимое лекарство по эффективности от давления»--ответило 5 человек. По опросам выяснили, что 1 место заняли ингибиторы АПФ: периндоприл, каптоприл и эналаприл; на 2 месте бета-адреноблокатор бисопролол, 3 место—блокатор кальциевых каналов—амлодипин. Они «лучше переносились» пациентами и выдержали длительный срок лечения. Такие пациенты с трудом воспринимали новый назначаемый препарат врачом. На вопрос «Какие особенности при приеме препаратов, в какое время применять, чем запивать»: 6 пациентов ответило, что «не знают различий в приеме препаратов, выпивают утром и вечером, или на ночь». Почти все пациенты когда-то «забывали выпить таблетку вовремя», но выпивали позже, пациенты чаще принимают натощак все препараты. Принимают воды «столько сколько потребуется проглотить таблетку или капсулу». На вопрос «меряют ли артериальное давление перед приемом таблеток и как часто чувствуют они побочные эффекты: чрезмерное снижение

артериального давления»: 7 пациентов сказали что «измеряют 1 раз в сутки» и если «плохо себя чувствуют», остальные пациенты редко меряют и перестали следить.

На вопрос «испытывали вы побочный эффект «снижение артериального давления чрезмерно» согласились все, такое встречалось и резкое падение артериального давления связано с головокружением, ломотой в голове. Часто вызвано было ошибкой во времени: пациентка приняла 2 препарата в краткий интервал между приемами (амлодипин и периндоприл), потому что забыла выпить. На последний вопрос « хотели бы узнать больше об особенностях применения гипотензивных средств, влияющих на повышению эффективности с точки зрения фармакологов, научных исследований, их преимуществах?» Все пациенты примерно ответили так: «что неплохо бы послушать, аннотации на препарат ничего не увидишь, не разобрать». Далее исследователями проведена свободная беседа. Исследователи рассказали, как пить правильно самые распространенные и часто назначаемые лекарственные средства при гипертензии. Показали памятку «Как пить правильно таблетки?», которая состояла из правил по применению препаратов, составленные учеными-фармакологами на основе полученных результатов после обширных экспериментов на пациентах.

После проведения беседы результат ошеломляющий: слушатели сожалели о

Фото 3 и 4. Беседа исследователей с пациентами, раздача памяток «Как пить правильно таблетки?»

практически ничего не знали о правилах приема препаратов, хотели бы знать и прочитать.. Пациенты жаловались на мелкий шрифт аннотации к препаратам «невозможно прочитать из-за маленького шрифта и с очками».

Таким образом выявлена проблема, что пациенты мало знают об особенностях применения гипотензивных препаратов, относятся к препаратам однообразно и не знают различий в применении. Если бы они знали о преимуществах остальных препаратов, о

правилах, эффективных комбинациях, ведущие к повышению эффективности—то доверие к фармакотерапии держалось бы на высоком уровне, и не было бы «любимого» постоянного препарата, который вызывал привыкание и ложные субъективные ощущения.

Вывод 2: психогенный фактор или внушаемость имеет место при недостаточности информации для пациентов с АГ о преимуществах гипотензивного препарата и правилах, особенностях приема. Необходимо доводить информацию до пациентов просветительской беседой, распространением гигиено-просветительских памяток, брошюрок о правилах в фармакотерапии гипотензивными средствами.

Фото 5.Медицинская сестра терап./отд. и пациент

Исследователи оставили памятки пациентам в палате и оставили на посту в терапии.

Решение проблемы, которая выявлена при опросе пациентов, решили продолжить за стенами больницы. 29 сентября, в День Сердца исследователи Айтуаров А. и Муратов Б. с волонтерами-студентами «Орского медицинского колледжа» филиала г.Гай организовали Акцию «День сердца» для населения города Гая. Студенты распространяли памятки «Как правильно пить таблетки?» на улице, в парке, в поликлинике г.Гая в основном среди жителей пожилого возраста. Приветливо поздоровавшись, волонтеры сообщали гайчанам, что они студенты

Фото 6 и 7. Акция «День Сердца» 29.09.19г. волонтеры-студенты у поликлиники и на улице

медицинского колледжа и сегодня День Сердца.

Со словами: «Не страдаете ли Вы повышенным давлением?» и на положительный ответ дарили памятку с пожеланием: «Берегите сердце от высокого давления! Будьте внимательны в приеме препаратов! Уточните у врача о правильном приеме лекарства, спрашивайте, не стесняйтесь!» Иногда гайчане задавали вопросы по поводу применения лекарственных препаратов.

Волонтеры и исследователи получили от Акции положительные эмоции: гайчане были

Фото 8 и 9. Акция «День Сердца». Волонтеры и исследователи на улице города и в поликлинике с памятками «Как правильно пить таблетки?».

добры и отзывчивы. Значит молодым студентам нужно больше принимать участия в таких Акциях, больше общаться с пожилыми людьми, проявлять к ним больше человеческого участия и готовить себя к будущей профессии: учить фармакологию, медицинские дисциплины, развивать клиническое мышление и давать грамотные медицинские рекомендации пациентам в фармакотерапии. И еще один «плюс» от общения с пациентами пожилого и преклонного возраста: неравнодушное, внимательное участие молодых медработников к болезням, самочувствии пациентов вызывает доверие у пациентов к назначаемой фармакотерапии.

Заключение

Задачи все выполнены, цель исследования достигнута: в целом выявлена проблема недостаточной информированности пациентов по правилам применения лекарственных гипотензивных препаратов. Отметим, что у некоторых пациентов выявлено недоверие к фармакотерапии, склонность к самолечению и самодеятельности в виде поиска «эффективных средства от давления». У других пациентов выявлен психогенный фактор внушаемости доверия к «любимому» препарату, длительно использовавшийся пациентом ранее. Считаем, что больных необходимо информировать: что гипотензивная

фармакотерапия имеет широкие возможности помочь пациентам, к примеру за счет комбинации разных препаратов для повышения эффективности лечения такого стойкого заболевания, как гипертензия; информировать о правилах грамотного применения препаратов. Не забывать напоминать о том, что нельзя применять длительно одни и те же препараты-- это вызовет привыкание или стойкие поражения мишеней-органов, вызванные побочными действием лекарств. Поэтому следует вовремя менять препараты на другие и продолжать постоянный прием гипотензивных средств, чтобы снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Таким образом, решить эту проблему можно, нужно беседовать с пациентами, проводить просветительскую работу как профилактику. Исследование показало: надо всегда стремиться к открытости в лечении и индивидуальному подходу к пациенту. Полагаем, что своевременная информированность, проявляемая тактичность и участие к здоровью и самочувствию пациента с артериальной гипертензией вызовет позитивное отношение назначаемому лечению и доверие к лечащему врачу.

Благодарим за внимание!

Приложение

Копия памятки

Всемирный День Сердца—29сентября (Памятка приготовлена для гайчан к Всемирному Дню сердца студентами медколледжа)

КАК правильно ПИТЬ таблетки

Уважаемые пациенты, страдающие гипертонией, нужно помнить, что препараты **нужно применять регулярно, постоянно и менять своевременно при привыкании** к препаратам, и **по причине длительного побочного воздействия** на внутренние органы и системы.

- ✓ При артериальной гипертензии назначают несколько препаратов разных фармакологических групп, их можно и нужно **комбинировать между собою** для повышения эффективности лечения, но **принимать в разное время дня!**
- ✓ Не рекомендуется **накладка приема гипотензивных препаратов в одно и то же время.**
- ✓ **Нельзя принимать алкогольсодержащие напитки** при лечении любыми гипотензивными препаратами— они несовместимы и вызовут резкое ухудшение здоровья!

Существует так называемый *циркадный ритм артериального давления* в организме, т. е. колебания артериального давления (АД) в течение суток. Например, пациентам, у которых высокое давление чаще регистрируется утром, то препарат, снижающий АД, назначается на ночь для того, чтобы предотвратить пиковый подъем давления именно в утренние часы.

Поэтому пациенты должны знать: в какие часы у них случаются подъемы артериального давления: Утренние или ночные? И скорректировать с врачом время приема лекарственного средства.

Лекарства суточного действия могут назначаться в любое время дня-- они все равно «сработают», но циркадность повышения давления нужно все равно учитывать, чтобы приходился максимальный эффект именно на эти часы.

❖

Бисопролол: не имеет значения как принимать Бисопролол — **до еды или после.** Но на приеме перед едой-- бисопролол действовать начинает быстрее, чем после еды!

❖

Бисопролол, Метопролол, Небиволол принимают в одно и то тоже время, осторожно применяют с Панангином и Аспаркамом, содержащие соли калия и магния-- также приводит к замедлению сердечного ритма.

❖

. **Милдронат:** данный препарат принимается либо **за тридцать минут до еды, либо через час после.** Не должен приниматься после 17 часов.

❖

Валзартан: не рекомендуется принимать препарат **во время или сразу после еды.** Их глотают и запивают не менее 50 гр. жидкости. Осторожно с диуретиками и особенно калийсберегающими препаратами (верошпирон).

❖

Лозартан можно применять во время еды по 1таблетке, независимо от приема пищи, утром в одинаковое время, не разжевывая и запивая необходимым количеством жидкости, а при заболеваниях печени нужно снижать дозировку.

❖

Мексидол: известно, что употребление многих медикаментов натощак негативно воздействует на желудок и пищеварительную систему в целом. Чтобы избежать этой проблемы **таблетки Мексидола нужно принимать после еды.**

❖

Амлодипин: нет никакой разницы до еды или после еды, так как процесс переваривания пищи не отражается на всасываемости компонентов препарата. Средство сохраняет фармакологический эффект долго, поэтому нужно знать, Амлодипин можно принимать утром или вечером.

❖

Периндоприл рекомендуется пить раз в сутки желательно в одни и те же часы. Совет: в первые дни терапии препарат рекомендуется пить на ночь, так как он может вызывать сонливость и головокружение. После того, как организм адаптируется к действию лекарства, таблетки можно будет принимать с утра.

❖

Каптоприл, Периндоприл принимать только натощак, хорошо запивая водой.

Смешивание с пищей уменьшает их всасывание и эффективность.

Использованная литература:

- ✓ https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-fizicheskogo-sostoyaniya-bolnyh-s-serdechno-sosudistoy-patologiey;
- ✓ https://www.rlsnet.ru/events_index.htm;
- ✓ https://www.dzhmao.ru/info/articles/arterialnaya-gipertoniya-otvety-na-vashi-voprosy/
- ✓ https://gipertonia.pro/lechenie/medikamentoznoe/kak-prinimat-amlodipin.html
- ✓ https://medprosvita.com.ua/vliyanie-razlichnykh-variantov-kombini/
- ✓ https://foreverhealth.ru/vajnye-rekomendacii-po-priemy-preparata-amlodipin-kak-i-kogda-prinimat-dozirovki-i-mery-predostorojnosti/
- ✓ https://yandex.ru/turbo?text=https%3A%2F%2Fmedside.ru%2Fperindopril&d=1
- ✓ http://msvitu.com/archive/2006/may/article-9-ru.php?lang=ru
- ✓ Конспект преподавателя Агаповой О.М. «Гипотензивные средства».

Гипертоническая болезнь и ее осложнения

Акобян А.А.

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Научный руководитель: Арестанова К.В., преподаватель ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж» Макушинский многопрофильный филиал

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам, в 2015 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца и 6,7 миллиона человек в результате инсульта.

Одним из ключевых факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы, является гипертония. Распространенность гипертонической болезни среди женщин и мужчин приблизительно одинаковая 10-20%, чаще заболевание развивается в возрасте после 40 лет, хотя гипертония нередко встречается даже у подростков.[6]

Цель исследования: проанализировать осложнения гипертонической болезни.

Задачи исследования:

1.Рассмотреть понятия и механизм ГБ

3. Проанализировать частоту и причины осложнений ГБ.

Объект исследования: пациенты, с установленным диагнозом гипертоническая болезнь.

Предмет исследования: аналитическая оценка патологий, относящихся к осложнениям гипертонической болезни.

Гипотеза в качестве гипотезы исследования выступило предположение о том, что у большинства пациентов с гипертонической болезнью осложнения возникают на эмоциональной сфере и в результате нарушения медикаментозного лечения.

Методы исследования: описание, анализ, сравнения, обобщение, анкетирование и синтез.

Выборка. Исследование проводилось на базе ГБУ Макушинской ЦРБ. В исследовании приняло участие 15 респондентов, женщины и мужчины в возрасте от 20 до 80 и старше.

1.Гипертоническая болезнь – болезнь неясной этиологии

Гипертоническая болезнь (греч. hyper- + tonos напряжение син.: эссенциальная артериальная гипертензия, первичная артериальная гипертензия) — распространенная болезнь неясной этиологии, основными проявлениями которой, являются повышенное артериальное давление в частом сочетании с регионарными, главным образом церебральными, расстройствами

сосудистого тонуса; стадийность в развитии симптомов; выраженная зависимость течения от функционального состояния нервных механизмов регуляции артериального давления при отсутствии видимой причинной связи болезни с первичным органическим повреждением каких-либо органов или систем.[1,4]

Единственным проявлением гипертонической болезни на протяжении многих лет является повышение АД, что затрудняет раннее распознавание болезни. Жалобы, с которыми больные обращаются к врачу в ранних стадиях болезни, носят неспецифический характер; отмечаются утомляемость, раздражительность, бессонница, общая слабость, сердцебиение. По мере прогрессирования гипертонической болезни в жалобах больных находят отражение острые гемодинамические расстройства в связи с появлением гипертонических кризов, а в периоде органных поражений преобладающими могут стать жалобы, связанные с формированием осложнений гипертонической болезни - дисциркуляторной энцефалопатии, ангиоретинопатии с расстройствами зрения, почечной недостаточности и т. д.[7,8] [18, с. 66-67].

Длительное течение гипертонической болезни, постоянные повышенные показатели артериального давления приводят к утолщению стенок кровеносных сосудов, потере их эластичности. Так развиваются осложнения и тяжелые последствия этой болезни/

2.Организация и методика исследования осложнений гипертонической болезни.

В настоящее время в Российской Федерации около 40% населения страдают артериальной гипертонией. При этом знают о наличии у них заболевания около 37% мужчин и 58% женщин, а лечатся – лишь 22% и 46% из них. Должным образом контролируют свое давление лишь 5,7% мужчин и 17,5% женщин.

Рост заболеваемости болезнями системы кровообращения можно объяснить, с одной стороны ростом доли пожилого населения, а с другой стороны – недостаточной эффективностью мероприятий по коррекции факторов риска развития этих заболеваний [9,10,20].

2.1 Анализ осложнений гипертонической болезни у пациентов г.Макушино

На первом этапе работы в целях решения сформулированных в работе задач были изучены статистические данные пациентов поступивших в терапевтическое отделение Макушинской ЦРБ с осложнениями гипертонической болезни за 2018г. За исследуемый период в терапевтическое отделение Макушинской ЦРБ с различными видами осложнений всего поступило 220 человек по официальной статистике, и 37 человек с ГК (данные взяты в терапевтическом отделении у врача терапевта Брюхова А.В.). Из них 210 человек с разными видами стенокардии; 10 человек с острым инфарктом миокарда (рис.1).

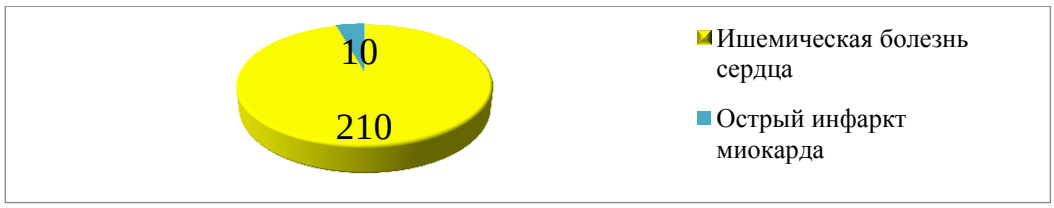


Рис.1 Осложнения гипертонической болезни

В приведенной ниже таблице рассмотрим, что же послужило фактором данных осложнений. Данные таблицы сформированы на основании беседы с пациентами, их родственниками, а также взяты из стационарных и амбулаторных карт пациентов (в таблице 1).

Таблица 1

Факторы осложнений гипертонической болезни

	Нерегулярный прием гипотензивных препаратов	Стресс	Физические нагрузки	Имеющие ГБ но не обращавшееся за помощью в медицинское учреждение
ИБС (стенокардия)	20	25	30	10
Острый инфаркт миокарда	-	2	-	8

Основными причинами ухудшения состояния здоровья у пациентов с ИБС является физические нагрузки, на втором месте по провоцирующим факторам осложнений является психоэмоциональное перенапряжение. Таким образом, мы видим, что немало важную роль в осложнениях сыграл нерегулярный прием гипотензивных препаратов или вообще отсутствие лечения, а также психо-эмоциональное напряжение, несоблюдение рекомендаций врача по нормализации физических нагрузок. Началом 2 этапа моей работы можно считать составление анкеты, позволяющей интерпретировать факторы осложнений ГБ. Всего респондентов участвующих в исследовании - 45 человек, из них 20 амбулаторных больных и 25 стационарных. По возрасту наши респонденты распределились следующим образом (рис.3).

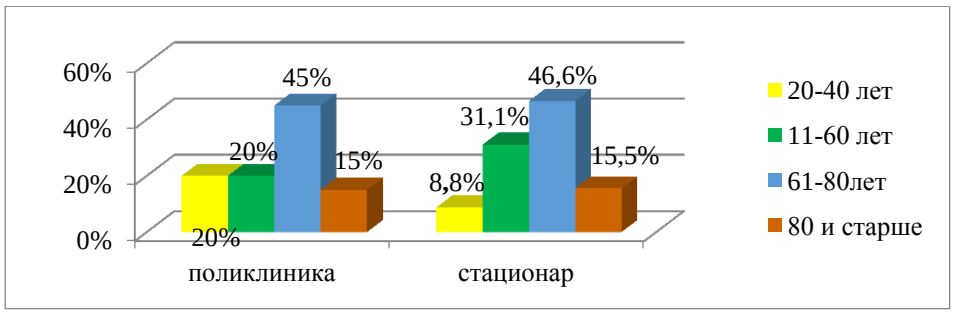


Рис.3 Возрастные показатели

Основная масса пациентов это лица старше 40 лет, то есть мы видим, что к этому возрасту возрастает суммарный риск заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе и гипертонической болезни и её осложнений. Среди осложнений гипертонической болезни лидируют гипертонический криз (90% стационарных больных поступили на госпитализацию в этом состоянии, 80% амбулаторных больных имеют гипертонический криз в анамнезе), гипертрофия левого желудочка, ДЭП, атеросклероз аорты (рис. 4).

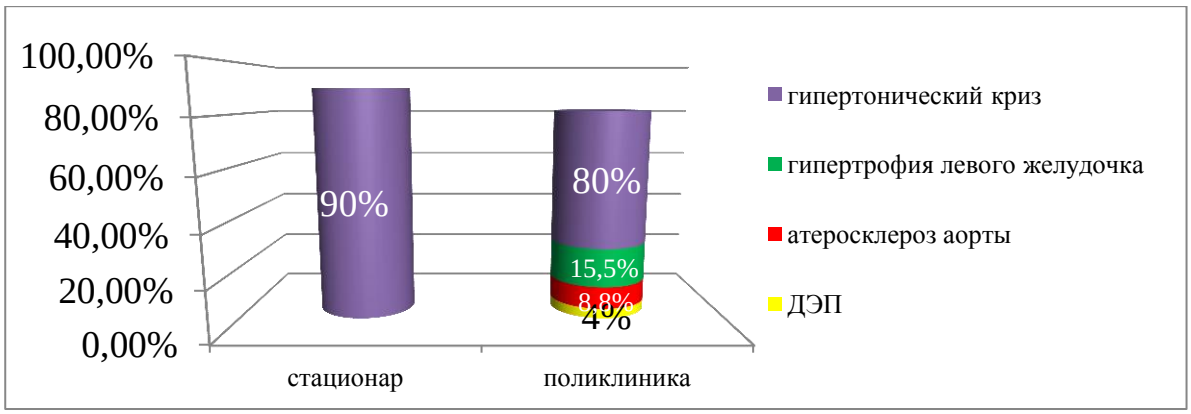


Рис.4 Осложнения гипертонической болезни

Анализируя анкетные данные и стационарные карты пациентов, мы видим, что лидирующие позиции среди осложнений принадлежат ГК. Многие из пациентов отмечают, что не всегда соблюдали рекомендации доктора и связывают своё нынешнее состояние именно с игнорированием многих пунктов, которые им назначал врач после выписки из стационара или после посещения ими поликлиники. Наглядным примером может служить ограничение потребления соли и соблюдения диеты, трое из пациентов стационара попали с отечной формой ГК. Как выяснилось из анкетирования, только чуть более 60% опрошенных соблюдают диету (рис.5).

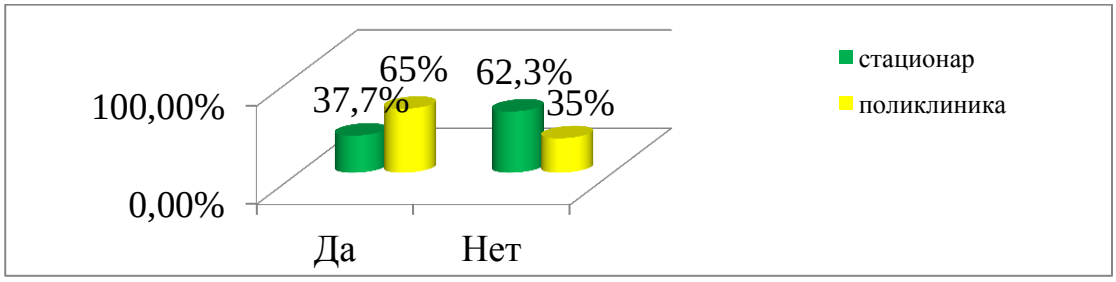


Рис.5 Соблюдение диеты

Эффективность лечения гипертонической болезни для фельдшера – это снижение уровня артериального давления, а для пациентов – улучшение самочувствия, но мы часто наблюдаем, что пациенты самостоятельно прерывают лечение при видимом улучшении самочувствия. Подавляющее большинство из общего числа опрошенных ответственно, по их мнению, относятся к процессу лечения (85% опрошенных уверены в необходимости врачебных рекомендаций). Однако, примерно 50% больных считают, что можно прекратить гипотензивную терапию по достижении эффекта снижения артериального давления. (рис.6)

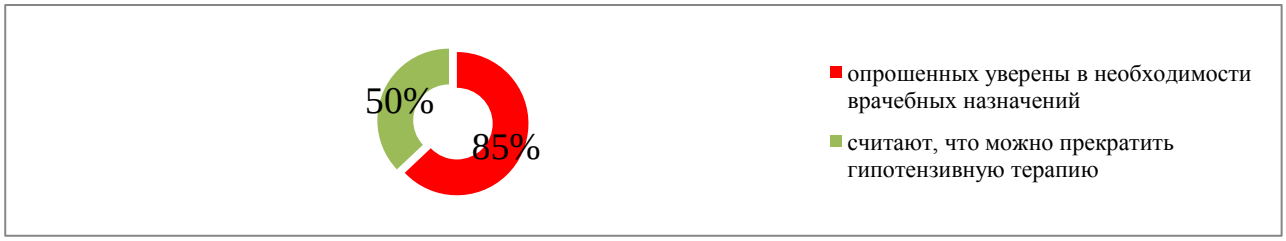


Рис.6 Соблюдение врачебных рекомендаций

Причинами невыполнения назначений они назвали отсутствие убежденности в их соблюдении, страх перед зависимостью от препарата, и развитием нежелательных побочных эффектов в будущем (рис.7).

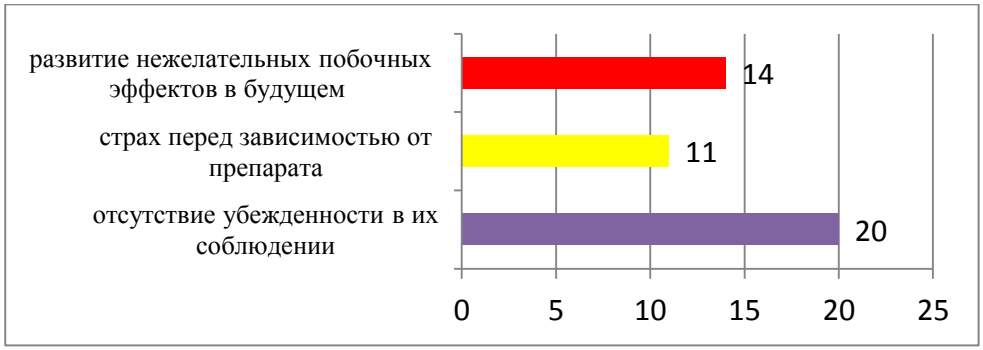


Рис.7 Причины невыполнения назначений

На основе этого можно говорить о низком уровне комплаенса у респондентов. По данным различных исследований гипотензивная терапия характеризуется средним и низким уровнем комплаенса, а вследствие этого достаточно низкой эффективностью снижения артериального давления. Более 70% от общего количества респондентов считают, что они знают о факторах риска и способах профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и гипертонической болезни. Однако опрос показал, что они не знают нормальных цифр артериального давления, плохо владеют навыками самоконтроля, зачастую не соблюдают график посещений врача.

Вывод: Анализ осложнений подтверждает предположение гипотезы, которое было выдвинуто в начале работы, о том, что у пациентов с ГБ осложнения возникают в большинстве случаев при халатном отношении к своему здоровью и не соблюдению

тактики лечения. Данное исследование мне позволило определиться с тактикой лечения пациента, которая в первую очередь должна быть направлена на убеждение пациента в необходимости соблюдения курса приема препаратов [8]. Безотлагательность проведения борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями в том числе и с гипертонической болезнью, её осложнениями признана и на общегосударственном уровне. Средний медицинский персонал должен быть активно вовлечен в профилактическую работу на всех этапах. Необходимость его участия и направления этой работы подтверждены данными моего исследования [13]. Отсутствие адекватного контроля за АД в популяции больных с АГ является одной из наиболее острых социальных и медицинских проблем российской кардиологии. По данным последнего российского эпидемиологического исследования ЭПОХА АГ, эффективное снижение АД до целевого уровня в среднем в популяции осуществляется всего лишь у 5,6% мужчин и 8,3 % женщин, страдающих гипертонией. Эта цифра выглядит удручающе низкой, особенно при сравнении с аналогичным показателем в других странах. Поставленную цель и задачи удалось реализовать за счет глубокого анализа систематизации статистических данных и положительном отношении пациентов к участию в проведении исследования.

Библиографический список

1.Андреева, Г. Ф. Сезонная динамика амбулаторных и клинических показателей артериального давления у больных со стабильной артериальной гипертензией // Профилактическая медицина. - 2012. - № 4.

2. Арабидзе Г.Г., Арабидзе Гр.Г. «Терапевтический архив», 2012.

3.Биверс Д. Г., Лип Г., О'Брайен Э. Артериальная гипертония; Изд. «Бином» - Москва, 2014.

4.Бажанов Н.Н.,Исаева Л.А. Справочник фельдшера;Изд.Эскмо-2015.

5. Бурдули Н. М. , Гатагонова Т. М., . Бурнацева И. Б, Кцоева С. А., Гаджинова Л. Б.Гипертоническая болезнь. – М :Феникс, 2012.- С.34

6. Болотовский Г.В., Мутафьян О.А. Гипертоническая болезнь. - М: Омега, 2015. – с. 81

7.Внутренние болезни. Латогуз И.К. - Харьков, 2013.

8.Веденеева И.А., Головина О.В. // Артериальная гипертония: классификация и лечение // Ч., 2013.

9.Горкачев, В.В.Здоровое сердце.- Москва: Изд. «Истоки», 2012.

10. Голиков А.П. Терапия гипертонических кризов при гипертонической (эссенциальной) болезни//ТОПмедицина. – 2015.-№ 1.- С. –18-21

11.Зобков, В. В. Новые возможности при оценке реабилитации сердечно-сосудистой системы после физической нагрузки / В. В. Зобков // Теория и практика физической культуры. - 2013. - № 15.

12 . Лекарственные средства. Машковский М.Д. - М., Медицина, 2016.

13. Маношкина Е.М. «Кардиология», 2014, №9, ст. 68-71.

14.Оганов,Р.Г.Профилактика сердечно-сосудистых заболеваниймОсква,2012.

15.Орлов С.И. Высокое давление. Причины и эффективное лечение. Изд.-«АСТ,Сова»-2013.

16.Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. Изд.-<<Медпресс>2014.

17. Чуркин А.А., Окороков А.Н., Гончарик М.М. «Диагностический справочник», Москва, 2012, ст. 55-57.

18.http://life5plus.ru.

19.http://tinlib.ru

20. http://simptoMer.ru

21. http:// sosudinfo.ru

22. http:// fundamed.ru

23. http:// serdec.ru

Значение метаболической терапии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний

Никитина А.Р., Черемухина А.Н.

специальность Сестринское дело

Научный руководитель: Богдан И.Н., к.м.н., преподаватель ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж», Ветлужский филиал

Вопрос о целесообразности и эффективности применения средств метаболической терапии в настоящее время является одним из наиболее дискутабельных как в научной медицинской среде, так и в практическом здравоохранении. С одной стороны, сама концепция метаболической терапии, подразумевающая непосредственное воздействие на обменные процессы на тканевом и клеточном уровнях, по–прежнему является очень интересной и перспективной, а с другой – ряд лекарственных средств, отнесенных к гетерогенной группе метаболических препаратов, к сожалению, не продемонстрировали ожидаемых результатов ни в условиях клинических испытаний, ни в реальной клинической практике.

Несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи в профилактике и лечении ишемической болезни сердца (ИБС), оптимизация терапии этого заболевания и его осложнений остается одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии.

Распространенность ИБС высока и достигает 10% среди взрослого населения во всем мире, а в пожилом и старческом возрасте возрастает до 20% и более. Медико-социальная значимость проблемы этой патологии связана с жизнеопасными осложнениями ИБС - инфарктом миокарда, внезапной коронарной смертью, сердечной недостаточностью и аритмиями. Частота их развития значительно превышает ожидаемую от внедрения современных схем медикаментозного и кардиохирургического лечения.

На протяжении последних десятилетий сформировалось понимание метаболической регуляции функций сердечно-сосудистой системы на клеточном уровне. Параллельно развивались медикаментозные подходы, связанные с фармакологическим вмешательством в метаболизм миокарда. Сегодня интерес клиницистов–кардиологов к концепции метаболической защиты миокарда (кардиоцитопротекции) объясняется тем, что традиционный гемодинамический подход к лечению пациентов со стабильной стенокардией зачастую не удовлетворяет ни врача, ни самих больных: более 60% пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) оценивают качество своей жизни как неудовлетворительное или плохое; у половины больных как минимум дважды в неделю возникают приступы стенокардии покоя. В настоящее время речь идет не о замене

гемодинамического подхода метаболическим, а о взаимодополняющем сочетании двух концепций, в основе которых лежат разные механизмы действия препаратов [2].

Метаболические препараты представляют группу средств, различных по действию, однако имеющих единую цель - улучшение и поддержание энергетического баланса клеток миокарда, а также способность целенаправленно влиять на обменные процессы в клетке при ее гипоксии. Они представлены группами антигипоксантов (актовегин, цитохром), антиоксидантов (убихинон, мексидол) и цитопротекторами (триметазидин). Однако особенности клинического действия препаратов каждого из классов метаболических средств, особенно при лечении пациентов пожилого возраста на полиморбидном фоне четко не обозначены [1].

Миокард постоянно нуждается в доставке кислорода, обеспечивающего процесс окислительного фосфорилирования. Прекращение доставки к миокарду кислорода (ишемия) независимо от ее этиологии неизбежно обусловливает возникновение приступа стенокардии, которую обычно определяют как боль в области грудной клетки. Ишемию можно трактовать как дисбаланс между доставкой оксигенированной крови к миокарду и его потребностью в кислороде. Если доставка кислорода не соответствует потребностям клеток, их сократительная способность снижается и возникают клинические симптомы стенокардии [1].

В ходе исследований установлено, что препараты метаболического ряда целесообразно включать в схемы комплексной терапии пациентов пожилого и старческого возраста на госпитальном этапе лечения ишемической болезни сердца, осложненной сердечной недостаточностью и нарушениями ритма сердца. Назначение их пациентам пожилого возраста улучшает не только статус их основного заболевания, но и течение сопутствующей патологии, в частности, цереброваскулярной болезни с когнитивными нарушениями.

Выбор метаболической терапии может быть сделан на основе анализа исходных клинических показателей - характера нарушений ритма, качества жизни, ряда лабораторных параметров, тех или иных сопутствующих заболеваний. Так, антигипоксанты более показано назначать пациентам, у которых имелась дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 степени, 3 стадия артериальной гипертензии, нормальный уровень калия и гемоглобина в крови. Назначение антиоксидантов рациональнее рекомендовать пациентам с нарушениями ритма, страдающими дисциркуляторной энцефалопатией, когнитивными расстройствами атеросклеротического генеза, наличием тревожных и неврозоподобных состояний.

Повторное включение препаратов обеих метаболических групп в схемы терапии пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих аритмиями и хронической сердечной недостаточностью, может быть рекомендовано с кратностью два раза в год.

В кардиологической практике широко применяются препараты с метаболическим действием, среди которых признаны такие, как: ингибиторы карнитин–пальмитоилтрансферазы I и/или II (этомоксир, пергексилин), блокаторы позднего натриевого тока (ранолазин) и ингибиторы длинноцепочечной 3–кетоацилКоА–тиолазы (триметазидин), неотон (фосфокреатин), тиотриазолин, L–карнитин, милдронат, Кардионат, мексикор, кверцетин, кардонат, с присущей им наибольшей тропностью к миокарду. Большинство средств прошли сравнительные исследования и подтвердили свою клиническую эффективность [4].

Современные препараты метаболической терапии.

Милдронат.

Активное вещество: мельдоний (meldonium)

Лекарственные формы: Капсулы по250/500 мг.

Клинико-фармакологическая группа: Метаболический препарат.

Фармако-терапевтическая группа: Метаболическое средство.

Фармакологическое действие:

Мельдоний является синтетическим аналогом гамма-бутиробетаина, вещества, которое находится в каждой клетке организма человека.Ингибирует гамма-бутиробетаингидрооксиназу, снижает синтез карнитина и транспорт длинноцепочечных жирных кислот через оболочки клеток, препятствует накоплению в клетках активированных форм неокисленных жирных кислот - производных ацилкарнитина и ацилкофермента А.

В условиях ишемии мельдоний восстанавливает равновесие между процессами доставки кислорода и его потребления в клетках, предупреждает нарушение транспорта АТФ; одновременно с этим активирует гликолиз, который протекает без дополнительного потребления кислорода. В результате снижения концентрации карнитина усиленно синтезируется гамма-бутиробетаин, обладающийвазодилатирующими свойствами.

Механизм действия определяет многообразие фармакологических эффектов препарата: повышение работоспособности, уменьшение симптомов психического и физического перенапряжения, активация тканевого и гуморального иммунитета, кардиопротекторное действие.

При остром ишемическом повреждении миокарда мельдоний замедляет образование некротической зоны, укорачивает реабилитационный период. При сердечной недостаточности препарат повышает сократимость миокарда, увеличивает толерантность к физической нагрузке, снижает частоту приступов стенокардии [3].

При острых и хронических ишемических нарушениях мозгового кровообращения улучшает циркуляцию крови в очаге ишемии, способствует перераспределению крови в пользу ишемизированного участка.

Эффективен при сосудистой и дистрофической патологии глазного дна.

Оказывает также тонизирующее действие на ЦНС, устраняет функциональные нарушения соматической и вегетативной нервной системы у больных хроническим алкоголизмом при синдроме абстиненции.

Фармакокинетика:

Всасывание

После приема внутрь мельдоний быстро всасывается из ЖКТ. Биодоступность составляет 78%. Время достижения Cmax в плазме крови - 1-2 ч после приема внутрь.

Метаболизм и выведение

Метаболизируется, главным образом, в печени с образованием двух основных метаболитов, которые выводятся почками. T1/2 при приеме внутрь зависит от дозы и составляет 3-6 ч.

Показания к применению препарата Милдронат:

- в составе комплексной терапии ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда), хронической сердечной недостаточности, дисгормональнойкардиомиопатии;
- в составе комплексной терапии подострых и хронических нарушений мозгового кровообращения (после инсульта, цереброваскулярная недостаточность);
- сниженная работоспособность;
- умственное и физическое перенапряжение (в т.ч. у спортсменов);
- синдром абстиненции при хроническом алкоголизме (в комбинации со специфической терапией.

Противопоказания к применению:

- повышенная чувствительность к действующему веществу и другим компонентам препарата;
- повышение внутричерепного давления (в т.ч. при нарушении венозного оттока, внутричерепных опухолях);
- возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены);
- беременность;
- период лактации (грудного вскармливания).

С осторожностью следует применять препарат при заболеваниях печени и/или почек.

Ранекса.

Активное вещество: ранолазин (ranolazine)

Лекарственные формы: Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг/1000 мг.

Клинико-фармакологическая группа: Антиангинальный препарат.

Фармако-терапевтическая группа: Антиангинальное средство.

Фармакологическое действие:

Ранолазин является ингибитором позднего тока ионов натрия в клетки миокарда. Снижение внутриклеточного накопления натрия ведет к уменьшению избытка внутриклеточных ионов кальция. Это уменьшает внутриклеточный ионный дисбаланс при ишемии. Снижение избытка внутриклеточного кальция способствует расслаблению миокарда и, таким образом, снижает диастолическое напряжение стенки желудочков. При применении ранолазина достоверно снижаются частота развития приступов стенокардии в неделю и потребление нитроглицерина короткого действия в сравнении с плацебо, независимо от пола пациентов. Во время лечения развитие толерантности к ранолазину не происходит. После резкого прекращения приема препарата частота развития приступов стенокардии не увеличивается.

Ранолазин имеет значимое преимущество по сравнению с плацебо в увеличении времени до возникновения приступа стенокардии и до появления депрессии сегмента ST на 1 мм при приеме в дозе 500-1000 мг 2 раза/сут. Препарат значительно улучшает переносимость физических нагрузок. Для ранолазина зафиксирована зависимость "доза-эффект": при приеме в более высокой дозе антиангинальный эффект был выше, чем при приеме в более низкой дозе.

При добавлении ранолазина (по 1500 мг или 2000 мг в сут, разделенные на 2 приема, в сравнении с плацебо на протяжении 12 недель) к лечению атенололом 50 мг/сут, либо амлодипином 5 мг/сут, либо дилтиаземом 180 мг/сут, доказана эффективность препарата Ранекса®, превосходящая плацебо в отношении длительности выполняемых физических нагрузок для обеих исследуемых доз препарата (на 24 сек больше по сравнению с плацебо).

Показания к применению препарата:

- стабильная стенокардия

Противопоказания к применению:

- почечная недостаточность тяжелой степени;
- печеночная недостаточность или тяжелой степени;
- одновременное применение с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 (итраконазол, кетоконазол, позаконазол, ингибиторы ВИЧ-протеазы, кларитромицин, телитромицин, нефазодон);

- одновременное применение с антиаритмическими средствами класса I A (например, хинидин) или класса III (например, дофетилид), кроме амиодарона; соталолом;
- детский и подростковый возраст до 18 лет (эффективность и безопасность препарата не установлены);
- беременность;
- период грудного вскармливания;
- дефицит лактазы, наследственная непереносимость лактозы, синдром глюкозо-галактозноймальабсорбции (только для 1000 мг);
- повышенная чувствительность к компонентам препарат.

Кудесан.

Активное вещество: убидекаренон (ubidecarenone).

Лекарственная форма: Капли для приема внутрь - 3% раствор.

Фармакологическое действие:

Убидекаренон (убихинон, коэнзим Q10) - антиоксидантное средство. Оказывает кардиотоническое, кардиопротекторное, адаптогенное и иммуностимулирующее действие. Способствует восстановлению физической работоспособности, увеличивает возможности адаптации организма к повышенным нагрузкам, стрессорным воздействиям и гипоксии.

Показания к применению препарата Кудесан:

Метаболическая терапия ИБС, инфаркта миокарда (период восстановительной терапии), хронической сердечной недостаточности, необходимость повышения физической работоспособности и адаптации к повышенным нагрузкам у спортсменов.

Противопоказания к применению:

Повышенная чувствительность к убидекаренону.

Таким образом, четкое представление о патофизиологических механизмах повреждения миокардиальных клеток в условиях ишемии и гипоксии, в основе которых лежат метаболические нарушения, обусловливают необходимость включения антиоксидантов и антигипоксантов в комплексную терапию различных форм ИБС.

Для получения доказательств положительного влияния метаболических средств на конечные точки, частоту сердечно-сосудистых событий, смертность и прогноз заболевания у больных ИБС необходимо их дальнейшее изучение в рамках крупномасштабных исследований.

Литература:

1. Косарев В.В., Бабанов С.А. Особенности клинической фармакологии современных кардиоцитопротекторов // РМЖ.– 2011.– Т. 19, № 26.– С.1619–1623.

2. Никонов В.В., Павленко А.Ю. Метаболическая терапия гипоксических состояний. // Медицина неотложных состояний. – 2009.– № 3–4.– С. 22–23.

3. Ослопов В.Н., Ослопова Ю.В., Уразманова А.А. Ренессанс цитопротекторной метаболической терапии ИБС с применением препарата Кардионат® (мельдоний) // Практическая медицина. – 2011.– № 4. http://mfvt.ru/renessans–citoprotektornoj–metabolicheskoj–terapii–ibs–s– primeneniem–preparata–kardionat%C2%AE–meldonij/

4. Садовникова И.И. Кардиопротекторы. Недооцененные возможности // РМЖ.– 2009.– Т.17, № 18.– С. 1132–1135.

5.https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Metabolicheskaya_terapiya_ili_kardiocitoprotekciya__kak_neobhodimyy_komponent_kombinirovannoy_terapii_serdechnososudistyh_zabolevaniy/#ixzz63GZNub2F

Значение нитратов в лечении ишемической болезни сердца

Паценко Р.Д. Королева И.К.

специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель: Крапивина О.И., преподаватель ОМК – структурное подразделение ОрИПС – филиала СамГУПС

Актуальность проблемы

Актуальность проблемы ишемической болезни сердца (ИБС) обусловлена тем, что данное заболевание весьма широко распространено и является основной причиной смертности, а также хронической сердечной недостаточности (ХСН). ИБС является многофакторным заболеванием.

Прочные позиции в лечении больных с различными клиническими формами ИБС, по-прежнему занимают нитраты, несмотря на использование в арсенале лечения других эффективных препаратов: бета-блокаторов, антагонистов кальция и др. Быстродействующие нитраты до сих пор являются незаменимыми средствами купирования приступов стенокардии[4].

В последние годы расширился арсенал нитратов за счет новых соединений лекарственных форм, уточнены показания к их применению, разработаны объективные методы оценки эффективности лечения, найдены способы преодоления толерантности. Однако это не снимает актуальности их изучения в клинике и использования для предупреждения приступов стенокардии.

Цель исследования: показать практическую значимость нитратов в лечении ИБС.

Задачи исследования:

1.определить понятие и этиологию ИБС;

2.изучить классификацию, механизм действия нитратов, показания и противопоказания к назначению нитратов;

3. выявить проблемы, возникающие при лечении нитратами, и варианты их решения.

Материал и методы исследования

Ишемическая болезнь сердца – это патологическое состояние, обусловленное недостатком питания сердечной мышцы из-за сужения просвета коронарных сосудов или их спазма. Она объединяет под собой несколько диагнозов, таких как стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ), кардиосклероз, внезапная коронарная смерть и другие. На сегодняшний день она является

самой распространенной болезнью в своей категории в мире и занимает первое место среди причин смертности и инвалидности во всех развитых странах.

Основными этиологическими факторами ИБС являются:

1) атеросклероз коронарных артерий. У 95% пациентов с ИБС в коронарных артериях, преимущественно в проксимальных отделах, находят атеросклеротические поражения;

2) спазм коронарных артерий.

В настоящее время роль коронароспазма в развитии ИБС доказана с помощью селективной коронарографии. У большинства пациентов с ИБС спазм коронарных артерий происходит на фоне атеросклероза. Атеросклероз ведет к изменению реактивности коронарных артерий, в результате чего они становятся гиперчувствительными к воздействию факторов внешней среды. Спазм коронарных артерий усугубляет их сужение за счет атеросклеротического поражения, величина коронарной обструкции достигает 75%, что приводит к возникновению клинических проявлений ИБС.

Нитраты — одна из самых «старых» групп препаратов, использующихся в кардиологии: нитроглицерин для купирования приступов стенокардии начали применять еще в 1879 году. Длительное время нитраты применяли только в виде лекарственных форм, обладающих небольшой продолжительностью действия. С середины XX века стали доступны и препараты пролонгированного действия. Об эффективности последних и целесообразности их использования долгое время шли оживленные споры, однако некоторые проблемы, связанные с назначением нитратов пролонгированного действия, не решены до сих пор.

Нитраты различаются по своей химической структуре. В настоящее время используют три препарата: нитроглицерин (или глицерина тринитрат), изосорбида динитрат и изосорбид-5-мононитрат. Эти лекарственные средства принято называть органическими нитратами. Механизм их действия един: в результате сложных биохимических реакций все эти препараты превращаются в оксид азота (NO), вещество, представляющее собой так называемый эндотелиальный релаксирующий фактор. Различия между тремя названными выше нитратами заключаются лишь в длительности их эффекта: нитроглицерин обладает самой короткой продолжительностью действия (15—20 мин), изосорбида динитрат, назначаемый в обычных таблетках, действует 3—5 ч, изосорбид-5-мононитрат, назначаемый в обычных таблетках, — 5—7 ч. Лекарственные формы этих же препаратов пролонгированного действия соответственно обладают более длительным эффектом.

Нитраты легко проникают через любую слизистую оболочку, а также через кожу, поэтому их выпускают в многочисленных лекарственных формах: таблетки под язык,

таблетки или пластинки для аппликации на десну, аэрозоли, таблетки и капсулы для приема внутрь, различные формы для аппликации на кожу, растворы для внутривенного введения.

Удобно классифицировать нитраты по продолжительности действия. Условно их подразделяют на препараты короткой продолжительности действия (до 1 ч), к которым относят в первую очередь таблетки нитроглицерина для приема под язык и аэрозоли нитроглицерина и изосорбида динитрата, препараты умеренно пролонгированного действия (от 1 до 6 ч), к которым относят обычные таблетки изосорбида динитрата, изосорбид-5-мононитрата, нитроглицерина, препараты значительно пролонгированного действия (более 6 ч), такие как специальные таблетки и капсулы изосорбида динитрата и изосорбид-5-мононитрата (оликард 40 ретард), а также трансдермальные лекарственные формы нитроглицерина и изосорбида динитрата.

Нитраты являются антиангинальными (или, точнее, антиишемическими препаратами), т. е. обладают способностью препятствовать появлению ишемии миокарда или уменьшать ее выраженность. За счет этого нитраты могут купировать (при использовании быстродействующих лекарственных форм) или предупреждать появление приступов стенокардии. Поэтому альтернативы нитратам, назначаемым для немедленного купирования приступов стенокардии, не существует. В таких случаях рекомендуется использовать сублингвальные лекарственные формы нитроглицерина или изосорбида динитрата или более современные лекарственные формы в виде спрея. Кроме того, сублингвальные лекарственные формы нитратов и спреи можно применять для профилактики приступов стенокардии, если они используются за несколько минут до запланированной, не очень продолжительной нагрузки.

Что же касается использования нитратов для длительного предупреждения приступов стенокардии, то в современных международных рекомендациях им отводится второстепенная роль после β-адреноблокаторов (ББ)[4]. Нитраты рекомендуется использовать в комбинации с ББ или урежающими ЧСС антагонистами кальция (АК) в том случае, если монотерапия одним из этих препаратов не приносит желаемого эффекта. В настоящее время предпочтение отдается лекарственным формам нитратов пролонгированного действия [4].

Антиангинальное действие нитраты оказывают также при вазоспастической и нестабильной стенокардии, в связи с чем эти препараты могут назначаться в качестве дополнительной терапии при этих состояниях.

Нитраты до сих пор применяют при лечении острого инфаркта миокарда (в основном в виде внутривенных лекарственных форм), однако никаких доказательств того, что они способны повлиять на частоту его осложнений или уменьшить его размеры, не существует.

Именно поэтому авторы современных рекомендаций по лечению острого инфаркта миокарда советуют отказаться от рутинного использования нитратов [3].

В связи с этим нитраты назначают в первую очередь пациентам с ишемической болезнью сердца, страдающих стабильной стенокардией напряжения. Однако следует отметить, что клиническая эффективность нитратов при стенокардии напряжения в значительной степени зависит от того, какой препарат, в какой дозе и лекарственной форме используется, а также от схемы его назначения.

Нитраты, наряду с ББ и АК, входят в состав основных антиангинальных препаратов. По выраженности антиангинального эффекта они не уступают АК и ББ, а по некоторым данным даже превосходят их. Так, в ходе исследования КИАП (Кооперативное изучение антиангинальных препаратов), проводившегося у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения II–IIIФК, ставилась задача выбрать наиболее эффективный антиангинальный препарат для каждого из участвовавших в исследовании пациентов. Чтобы оценить результат, использовали пробы с дозированной физической нагрузкой. Было показано, что для 27% больных самыми эффективными антиангинальными препаратами являются нитраты, для 19% — АК, для 11% пациентов — ББ. В остальных случаях эффективность разных групп препаратов была примерно одинаковой.

Нитраты удобно комбинировать с ББ, а также с АК — верапамилом и дилтиаземом. Вместе с тем комбинация нитратов с дигидропиридиновыми АК не только не обеспечивает никаких преимуществ, но даже увеличивает риск побочных и нежелательных эффектов.

Противопоказаний к назначению нитратов немного. Согласно официальным рекомендациям Американской ассоциации кардиологов, относительными противопоказаниями к назначению нитратов служат гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия, выраженный аортальный стеноз.

Нитраты с осторожностью применяют при сниженном артериальном давлении (АД), однако четких рекомендаций относительно нижней границы показателя АД, при котором назначение нитратов противопоказано, не существует. Не рекомендуется прием нитратов при повышенном внутричерепном давлении. Глаукома, вопреки бытовавшему ранее мнению, противопоказанием к назначению нитратов не является.

Влияние нитратов на прогноз у больных ИБС точно не установлено. Выживаемость больных может быть оценена только в широкомасштабных исследованиях. Длительные исследования нитратов при вторичной профилактике ИБС у больных со стенокардией для предупреждения приступов и безболевых эпизодов ишемии миокарда не проводились. Возможно, это связано с трудностями длительного, непрерывного приема препаратов из-за развития толерантности и синдрома отмены. У больных стенокардией после перенесенного

ИМ нитраты чаще всего используют в сочетании с ингибиторами АПФ, предупреждающими развитие толерантности. Согласно последним рекомендациям ВНОК [4], больным ИБС со стенокардией назначают комплексное лечение, включающее: ББ, антитромботическую терапию, ингибиторы АПФ, пролонгированные нитраты, гиполипидемические средства (статины). При таком лечении, направленном на снижение риска смерти больных ИБС с атеросклерозом, «вычленить» роль нитратов довольно трудно.

Наличие выраженного антиангинального действия позволяет с успехом использовать органические нитраты для профилактики и купирования приступов стенокардии у больных стабильной стенокардией напряжения. При приеме нитратов значительно увеличивается переносимость больными физической нагрузки, уменьшается количество приступов стенокардии, улучшается качество жизни. К сожалению, применяемые для лечения стенокардии нитраты не способны полностью излечивать заболевание, однако они изменяют физиологическую ситуацию в миокарде и существенно облегчают работу больного сердца[6,8].

Нитраты до сих пор продолжают использоваться для лечения различных форм ИБС. Нитраты можно рассматривать и как препараты выбора в тех случаях, когда терапия ББ противопоказана или на фоне их приема регистрируются побочные эффекты [4]. Чаще нитраты применяются не изолированно, а в комбинированной антиангинальной терапии. Используются различные комбинации препаратов: нитраты (Моночинкве®) + ББ (например, Небилет), нитраты + АК (дилтиазем, верапамил) [6].

Побочные эффекты нитратов немногочисленны. В первую очередь к ним следует отнести головную боль, которая при первом приеме нитратов возникает более чем у половины больных. При продолжении приема нитратов интенсивность головной боли обычно уменьшается. Однако у некоторых больных, даже при регулярном приеме нитратов, головная боль сохраняется, а все попытки «приучить» таких пациентов к действию нитратов кончаются неудачей. Этим больным, по-видимому, вообще не стоит назначать нитраты пролонгированного действия, ограничившись приемом лекарственных форм короткого действия. Удобнее всего с этой целью использовать аэрозоли нитратов.

При регулярном применении нитратов их эффект может существенно ослабевать, в таких случаях говорят о развитии толерантности к нитратам. Выраженность привыкания к нитратам у разных больных различна, однако в среднем вероятность развития толерантности прямо пропорциональна длительности нахождения препарата в организме.

Привыкание к нитратам — обратимое явление. После выведения нитратов из организма чувствительность к ним вскоре восстанавливается. На этой закономерности основан принцип прерывистого назначения нитратов - создание в течение суток периода,

свободного от действия нитратов. Считается, что для того, чтобы привыкание к нитратам не развивалось, продолжительность этого периода в течение суток должна составлять 6—8 ч.

Недостаток прерывистого назначения нитратов — невозможность поддерживать терапевтическую эффективность в течение 24 ч. Кроме того, в период, свободный от действия нитратов, возможно развитие так называемого синдрома рикошета, развивающегося в ответ на быстрое исчезновение препарата из организма и являющегося частным случаем синдрома отмены. При использовании длительно действующих лекарственных форм нитратов, назначаемых внутрь, синдром рикошета обычно не развивается, так как концентрация препарата в организме в этом случае уменьшается плавно.

Для того чтобы максимально реализовать благоприятное действие нитратов и снизить риск развития побочных эффектов, эти препараты назначают дифференцированно, учитывая тяжесть ИБС и особенности ее течения у конкретного больного[3]. «Шаблонное» назначение нитратов (по 1 таблетке 3 раза в день), нередко практикующееся и по сей день, не позволяет полностью реализовать их терапевтические свойства и чревато развитием осложнений.

Для того чтобы выявить необходимость назначения нитратов и разработать конкретную схему их приема, следует определить, имеется ли у больного стенокардия, и выявить ее ФК. Для этого используют опрос по стандартной схеме, проведение пробы с физической нагрузкой.

Если у больного даже при наличии доказанной ИБС отсутствует стенокардия и нет признаков ишемии миокарда при дозированной физической нагрузке, то в регулярном применении нитратов нет необходимости. Таким больным целесообразно рекомендовать иметь при себе нитраты короткой продолжительности действия (нитраты в аэрозольной форме) — на случай возникновения ангинозных болей.

При наличии стенокардии во всех случаях, когда это возможно, нитраты назначают прерывисто, чтобы максимально уменьшить риск развития привыкания. При нетяжелой стенокардии (I-IIФК), когда приступы возникают предсказуемо, только при физической нагрузке, нитраты назначают ситуативно в виде лекарственных форм короткого или умеренно пролонгированного действия (аэрозоли нитроглицерина – нитроминт или лекарственные формы нитроглицерина для аппликации на десну). Преимущество аэрозолей нитратов заключается еще и в удобстве их применения, а также в хорошей сохранности препарата, которую обеспечивают эти лекарственные формы [1].

При стенокардии IIIФК нитраты применяют таким образом, чтобы обеспечить постоянный эффект в течение дня: изосорбида динитрата и изосорбид-5-мононитрата 3—4 раза в день, либо (что удобнее) таблетки изосорбида динитрата и изосорбид-5-мононитрата (оликард 40 ретард) значительно пролонгированного действия 1 раз в день утром[1].

При стенокардии IVФК нитраты приходится назначать таким образом, чтобы обеспечить постоянное воздействие препарата в течение всего дня. Для этого назначают лекарственные формы изосорбида динитрата либо изосорбид-5-мононитрата (оликард 40 ретард) значительно пролонгированного действия 2 или даже 3 раза в день. Следует помнить, что при таком способе назначения нитратов риск развития привыкания к ним особенно высок[1].

Действие нитратов проявляется улучшением переносимости физической нагрузки, сопровождающимся уменьшением признаков ишемии миокарда. Поэтому лучший способ объективизировать действие нитратов (как и других антиангинальных препаратов) — проведение проб с дозированной физической нагрузкой (на тредмиле или велоэргометре) на фоне действия препаратов и сравнение полученных результатов с теми показателями, которые имели место до назначения нитратов. Однако практика показывает, что такие пробы проводятся достаточно редко.

Существует и косвенный признак, позволяющий оценить действие нитратов: показано, что эффективные дозы этих препаратов вызывают снижение систолического АД на 15—20 мм рт. ст. Поэтому медицинская сестра может легко оценить эффективность их действия, измерив систолическое АД до назначения нитрата и затем в тот период, когда воздействие препарата должно быть максимальным (то есть через 5—10 мин после приема лекарственных форм короткого действия либо через 1—2 ч после приема лекарственных форм пролонгированного действия) [1].

Вывод

В статье рассмотрены понятие и этиология ИБС, дана классификация и механизм действия нитратов, показания и противопоказания к назначению нитратов, также проблемы, возникающие при лечении нитратами, и варианты их решения в кометенциях медицинской сестры.

Таким образом, роль нитратов в лечении больных ИБС по-прежнему высока, однако лишь дифференцированный подход к их назначению, базирующийся на умении правильно поставить диагноз и знании клинической фармакологии, поможет добиться желаемого результата.

Список использованных источников:

1. Метелица В. И. Индивидуальный выбор и длительное применение антиангинальных препаратов для вторичной профилактики ишемической болезни сердца: проблемы, новые подходы / В.И. Метелица, Е. В. Кокурина, С. Ю. Марцевич // Кардиология. - 2016.- т.3, №6. - С.111-134.
2. Рекомендации по ведению пациентов с хронической стабильной стенокардией: доклад американской коллегии Кардиологов/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / Дж. Эймер. - 2017. - 33с.
3. Марцевич С. Ю. Дебюты ишемической болезни сердца: стратегия диагностики и лечения/ С. Ю. Марцевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015.- №1.-С.76-83.
4. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: Российские рекомендации (второй пересмотр) / Комитет экспертов ВНОК.- М.: [б. и.]. - 2018. – 40с.
5. Gori T. Долгосрочная терапия органическими нитратами: плюсы и минусы заместительной терапии оксида азота / T. Gori, J. D. Parker // Лечебное дело. - 2014. – т.44(3). – С.632-634.
6. Лупанов В.П. Различные формы мононитратов в лечении больных стенокардией напряжения / В.П. Лупанов, С.С. Казачкина, В.Г. Наумов //Тер. Архив. - 2017. – т.75, №1. – С.40-45.
7. Мазур Н.А. Роль нитратов в лечении кардиологических больных в соответствии с принципами доказательной медицины и рекомендации по их практическому применению / Н.А. Мазур // Кардиология. – 2015. – т.8, №4. – С.92-96.
8. Жиляев Е.В. Нитраты в лечении стабильной стенокардии: новые горизонты / Е.В. Жиляев // CONSILIUM MEDICUM. – 2016. - №12. – С.14-18.

Ключевые аспекты фармакотерапии острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе

Казаков К.В.

специальность 31.02.01 Лечебное дело

Научные руководители: Ефремова Л.И., Мартынова Н.В., преподаватели

ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной» Филиал «Безенчукский»

Острый коронарный синдром - это клинико-электрокардиографический синдром, позволяющий заподозрить у пациента нестабильную стенокардию или инфаркт миокарда, в сочетании с изменениями на электрокардиограмме. Синдром является серьезной медико-социальной и экономической проблемой, ее решение зависит от своевременной и доступной медицинской помощи, реализации программ первичной и вторичной профилактики осложнений, внедрения в практику современных схем лечения, подготовки высококвалифицированных кадров и конечно информирования населения.

Данная проблема регулярно обсуждается на государственном уровне при Экспертном Совете по здравоохранению Комитета Совета Федерации по усовершенствованию кардиологической помощи населению. [2. с. 64-69]. С 2008 года Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в регионах реализуется комплекс мероприятий, направленных на усовершенствование оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. [3. с. 35].

Почти 50% неблагоприятных исходов при различных формах острого коронарного синдрома происходят в первые часы заболевания. Таким образом, установление диагноза, осуществление лечебных мероприятий, способствующих стабилизации состояния пациента в ранние сроки является краеугольным камнем успешности терапии острого коронарного синдрома.

Лечение пациентов представляет собой единый процесс, начинающийся на догоспитальном этапе и продолжающийся в стационаре. Для этого бригады скорой медицинской помощи и стационары, куда поступают пациенты с острым коронарным синдромом, должны работать по единому алгоритму, основанному на единых принципах диагностики и лечения. [4. с. 364].

Стандартизированные подходы в лечении острого коронарного синдрома, включая догоспитальный и госпитальный тромболизис, чрескожные коронарные вмешательства, необходимую медикаментозную (антикоагулянтную и антиагрегантную) терапию, уже

сегодня могут существенно повлиять на снижение смертности от сердечно - сосудистых заболеваний и обеспечить достижение необходимых индикаторов качества оказания медицинской помощи, как на федеральном, так и на региональном уровнях. [2. с. 64-69].

Актуальность проблемы. Скорая медицинская помощь является первой медицинской инстанцией, куда обращаются больные с острым коронарным синдромом. Ежегодно в России скорая медицинская помощь выполняет около 50 млн. выездов, в том числе ежедневно более 25 тыс. по поводу острого коронарного синдрома. Бригада скорой медицинской помощи, вне зависимости от профиля, должна в полном объёме провести весь комплекс лечебных мероприятий, а у пациентов с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST при невозможности быстрой госпитализации в специализированный сосудистый центр провести реперфузионную терапию с помощью тромболитиков. Применение тромболитической терапии на догоспитальном этапе снижает госпитальную летальность и увеличивает продолжительность жизни пациентов.

Цели. Провести анализ применения тромболитической терапии на догоспитальном этапе у пациентов с острым коронарным синдромом.

Задачи:

1. Изучить медицинскую литературу по проблеме острый коронарный синдром: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
2. Изучить характеристики основных групп фармакологических средств, используемых в лечении острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе.
3. Изучить данные статистической отчетности, карт вызова пациентов с острым коронарным синдром на примере ГБУЗ «Самарская СМП» за 2016-2018 годы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Самарская СМП». В процессе исследования проведён анализ карт вызова и статистических данных оказания неотложной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом за период 2016-2018 годы.

В результате анализа выявлено, что острый коронарный синдром занимает значительное место в структуре «кардиологических» вызовов. По ГБУЗ «Самарская СМП» в 2016 году было зарегистрировано 4649 вызовов к пациентам с острым коронарным синдромом, из них с подъёмом сегмента ST – 1309 случаев, без подъёма сегмента ST – 3340 случаев, в 2017 году – 4018 вызовов, из них с подъёмом сегмента ST – 1223 случая, без подъёма сегмента ST – 2795 случаев, в 2018 году – 3996 вызовов, из них с подъёмом сегмента ST – 1277 случаев, а без подъёма сегмента ST – 2719 случаев. Исследование

показало, что в 56% случаях острый коронарный синдром возникает у мужчин, в 44% - у женщин. Средний возраст пациентов составляет 61 год.

Время прибытия бригады скорой медицинской помощи к месту вызова в 2016 году до 20 минут зафиксировано в 1264 случаях (27,19%), более 20 минут – в 3385 (72,81%), от 20 до 40 минут в 1318 случаях. В 2017 году – до 20 минут – 1147 случаев (28,55%), более 20 минут – 2871 (71,45%), от 20 до 40 минут – 1116 случаев. В 2018 году до 20 минут – 2493 случая (62,39%), более 20 минут – 1503 (37,61%), от 20 до 40 минут – 857 случаев. Отмечается положительная динамика времени ожидания бригады скорой медицинской помощи. Это связано с развитием транспортной сети и состояния «трафика». Для оценки значимости раннего начала реперфузионной терапии при остром коронарном синдроме введено понятие «золотого часа». Проведение тромболизиса в первые 2-4 часа способно полностью восстановить кровоток в зоне ишемии. По данным статистической отчётности на догоспитальном этапе в 2016 году 69 пациентам была проведена тромболитическая терапия метализой, в 2017 году - 71 пациенту, а в 2018 году – 123 пациента получили тромболизис этим препаратом. Догоспитальный тромболизис с использованием метализы фельдшером скорой медицинской помощи предпочтительнее вследствии простоты применения и более высокого уровня безопасности.

Полученные результаты. Исследования убедительно доказали, что при правильной организации лекарственная реперфузионная терапия на догоспитальном этапе может спасти жизни и улучшить клинический исход заболевания.

Выводы. Наметившаяся положительная динамика увеличения общего количества проведённой тромболитической терапии в условиях скорой медицинской помощи обеспечивает снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и придаёт уверенность в успешном внедрении этой методики на догоспитальном этапе в настоящее время для пациентов, проживающих на обширных территориях, при отдалённости специализированных центров, оказывающих высокотехнологичную помощь.

Библиографический список:

1. Главврач/ ежемесячный научно- практический журнал. – М: ПРОСВЕЩЕНИЕ. – 2013. - №9. – С. 64-69.
2. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы/ МЗРФ// Российские рекомендации. – Москва 2013. – С. 17.
3. Гончарик Т.А., Алексейчик С.Е., Гриб В.М. Диагностика и лечение острого коронарного синдрома./ Учебно – методическое пособие, Мн.: БГМУ, 2013 – 44с.

Лечение хронической стабильной стенокардии

Никишкина М.О.

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Научный руководитель: Парфенов А.П., преподаватель ГАПОУ СО «Вольский медицинский колледж им.З.И. Маресевой»

Современная кардиология по праву считается одной из наиболее динамично развивающихся медицинских специальностей. Стремительное развитие доказательной медицины наряду с многочисленными разработками новых медикаментозных средств и способов инвазивных вмешательств приводит к тому, что рекомендации по диагностике и лечению сердечно–сосудистых заболеваний регулярно пополняются новыми данными. При этом новые способы выявления и коррекции сердечно–сосудистых заболеваний подвергаются жесткому «отбору» посредством строгих клинических испытаний с большим количеством участников и тщательным статистическим анализом. И лишь убедительно доказавшие свою эффективность диагностические и лечебные вмешательства рекомендуются к повсеместному применению.

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что стенокардия, как форма ишемической болезни сердца (ИБС), издавна считается одной из основных кардиологических проблем. Безусловно, это связано в первую очередь и с большой распространенностью этого заболевания, и с высоким риском развития инфаркта миокарда (ИМ) и других неблагоприятных последствий. В нашей стране, как и во многих других странах, ИБС и ее последствия – основная причина смертности.

Целью данного исследования является подробное изучение вопросов терапии стенокардии и фармакотерапии в частности. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: изучение учебно-методической литературы, касающейся как самого заболевания, так и его терапии; показать значимость теоретической подготовки медицинского персонала при лечении больных со стенокардией и составление плана максимально эффективной терапии стенокардии.

При подготовке данной статьи использовались материалы клинических рекомендаций МЗ РФ, статьи из медицинских журналов и различные электронные ресурсы.

Лечение хронической стабильной стенокардии преследует две цели. Первая – это профилактика развития ИМ и смерти и, соответственно, увеличение продолжительности жизни. Вторая – уменьшение частоты и снижение интенсивности приступов стенокардии (в идеале их полное устранение), что обеспечивает улучшение качества жизни.[1]

Современная антиангинальная лекарственная терапия для контроля симптомов включает: применение органических нитратов, бета-адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов, так же дополнительно пациентам назначаются статины, ацетилсалициловая кислота и кардиопротекторы. Эти препараты могут назначаться как в виде монотерапии, так и при комбинированной базисной терапии, направленной на снижение ишемии миокарда путем уменьшения потребности миокарда в кислороде, а также в меньшей степени – на увеличение коронарного кровотока.[2]

Нитраты. Многие врачи начинают лечение стенокардии с назначения нитратов. Эти препараты, уже давно использующиеся в клинической практике, улучшают толерантность к нагрузке, увеличивают время до появления стенокардии и уменьшают депрессию сегмента ST на ЭКГ при нагрузке. В основе антиишемического действия нитратов лежит значительное изменение гемодинамических показателей: снижение пред– и постнагрузки левого желудочка, снижение сосудистого сопротивления, в том числе коронарных артерий, снижение АД и некоторые другие. Слабой стороной нитратов является развитие к ним толерантности и побочные эффекты, затрудняющие их использование. Поэтому целесообразно применять нитраты в периоды ухудшения состояния или при увеличении нагрузок.

С целью предупреждения приступа стенокардии необходимо длительное поддержание в крови достаточной концентрации лекарственного средства. Для этого применяют лекарственные формы НГ пролонгированного действия в микрокапсулах: изосорбида динитрат (20–120 мг 2–3 р/сут) или изосорбида мононитрат пролонгированного действия внутрь (40–240 мг 1 р/сут).[4]

Альтернативным лекарственным средством профилактики стенокардии является молсидомин (внутрь 2 мг 2 р/сут) или молсидомин пролонгированного действия (внутрь 4 мг 2 р/сут либо 8 мг 1 р/сут). Молсидомин близок к нитратам по механизму антиангинального действия, но не превосходит их по эффективности. Обычно молсидомин назначают пациентам с противопоказаниями к применению нитратов (с глаукомой), при плохой переносимости нитратов или толерантности к ним.[4]

Нитраты нельзя отменять быстро, поскольку это может вызвать синдром отмены – учащение и утяжеление приступов стенокардии, вплоть до развития инфаркта миокарда (ИМ). Для предотвращения синдрома отмены дозу нитратов снижают постепенно в течение 5–7 сут.[4]

Во всех современных кардиологических руководствах прием антитромбоцитарных средств является обязательным компонентом лечения ИБС и стенокардии, в частности. Основными антитромбоцитарными препаратами в арсенале современного врача являются

аспирин, тиклопидин, клопидогрель и др. При назначении аспирина пациентам со стабильной стенокардией в среднем на 33% снижается риск неблагоприятных сердечно–сосудистых исходов – ИМ, внезапной смерти.[3]

b–блокаторы. Этот класс препаратов является один из самых ценных в лечении всех форм ИБС. b-блокаторы уменьшают ЧСС и АД во время нагрузки, задерживают или предотвращают развитие болей и ишемических изменений ЭКГ. При подборе дозы ориентируются на частоту приступов, обычно стараются замедлить ЧСС до 55–60 уд/мин. В отсутствие противопоказаний (а их достаточно много) надо стремиться к обязательному назначению b-блокаторов без внутренней симпатомиметической активности всем больным после перенесенного ИМ, так как установлено их благоприятное влияние на прогноз. Из группы b-блокаторов чаще применяют такие препараты как Атенолол (50–100 мг каждые 24ч), Метопролол тартрат(быстрого высвобождения)(50–100 мг каждые 8 ч или каждые 12ч); Метопролол сукцинат(пролонгированного действия)(50–200 мг каждые 24ч); Бетаксолол (10–20 мг каждые 24ч);Бисопролол (5–10 мг каждые 24 ч).[4]

Статины. Показаниями к приему статинов является само наличие ИБС независимо от уровня липидемии (за исключением случаев, когда уровень холестерина ЛПНП <2,5 ммоль/л).[7]

Лечебное действие статинов связано со стабилизацией атеросклеротических бляшек, уменьшением их наклонности к разрыву, улучшением эндотелиальной функции, уменьшением наклонности коронарных артерий к спастическим реакциям, подавлением реакции воспаления. Статины положительно влияют на ряд показателей, определяющих наклонность к образованию тромбов - вязкость крови, агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, концентрацию фибриногена. В настоящее время в России используют следующие препараты группы статинов: ловастатин, симвастатин, правастатин, аторвастатин, флувастатин, розувастатин. Лечение назначают постоянно, начиная с небольшой дозы (10 мг), с постепенным повышением до эффективных доз, интервал для повышения составляет 1 месяц. Эффективная доза правастатина и симвастатина равна 40 мг, аторвастатина - 10 мг, розувастатина - 5–10 мг.

В последние годы показания к использованию иАПФ существенно расширены. В частности, выявлены противоишемические свойства препаратов этой группы, накапливается опыт их применения для лечения стабильной стенокардии, при сопутствующей гипертрофии миокарда левого желудочка. Ингибиторы АПФ потенциально могут предупредить или даже вызвать частичное обратное развитие этих патологических изменений. В последнее время показана потенциальная способность ингибиторов АПФ замедлять прогрессирование периферического атеросклероза, уступающая, однако, эффективности статинов. Ингибиторы

АПФ могут улучшать функциональное состояние эндотелия, что может сказаться на течении заболевания в т.ч. при сопутствующей артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Наиболее эффективными препаратами из группы иАПФ являются рамиприл в дозе 10 мг\сут и периндоприл в дозе 8 мг\сут, так же не исключено применение других препаратов этой группы.[5]

БКК, наряду с выраженными антиангинальными свойствами, могут оказывать дополнительное антиатерогенное действие (стабилизация плазматической мембраны, препятствующая проникновению свободного холестерина в стенку сосуда), что позволяет назначать их больным стабильной стенокардией с поражением артерий различной локализации.

Производные дигидропиридинов (амлодипин, фелодипин) действуют преимущественно на тонус артериол и вызывают их расширение. Они снижают постнагрузку, улучшают кровоток и доставку кислорода в ишемизированной зоне сердца. Одновременно могут повышать ЧСС и снижать системное АД. Суточная доза нифедипина не должна превышать 60 мг. Нежелательно его применять более 1–1,5 мес. и целесообразно назначать только в комбинации с бета-блокатором.[4]

Кардиопротекторы. Триметазидин - это единственный миокардиальный цитопротектор, имеющий достаточную доказательную базу для использования в качестве антиангинального средства. Триметазидин назначается для лечения стенокардии в комбинации с любым классом антиангинальных средств. Экспериментальные и клинические исследования показали, что триметазидин относится к антиангинальным препаратам нового класса, реализующим свое действие на клеточном уровне, воздействуя непосредственно на ишемизированные кардиомиоциты. Согласно рекомендациям ВНОК, триметазидин можно назначать в любой комбинации с антиангинальными средствами в дозе 35 мг 2 раза в сутки.[6]

Под оптимальной медикаментозной терапией понимают лечение, включающее антиагреганты, статины, блокаторы РААС плюс антиангинальные препараты. Эта схема должна применяться у всех больных с диагнозом «стабильная ИБС», протекающая с приступами стенокардии. Правильно подобранные лекарственные средства действуют на различные механизмы развития ИБС, дополняют друг друга и, как правило, хорошо переносятся при длительном приеме.[6]

Исходя из вышеизложенного материала краткого разбора групп препаратов, применяемых при лечении хронической стабильной стенокардии можно определить такой план фармакотерапии стабильной стенокардии в зависимости от ФК:

1. ФК 1 статины, аспирин, клопидогрель. 1-2 ФК рекомендуется назначить в качестве препарата 1-й линии БАБ или ритмурежающий АК.

2. ФК 2 статины, аспирин, клопидогрель + ББ (метапролол, бисопролол, невибивилол, карведилол)- снижают ЧСС, обладают инотопным и вазодилятирующим эффектом.

Возможен прием нитратов короткого действия для купирования приступов.

3. ФК 3 статины, аспирин, клопидогрель, ББ + нитраты среднего и пролонгированного действия. При стабильной стенокардии 3-4 ФК рекомендуется сразу назначить комбинацию БАБ с дигидропиридиновым АК.

4. ФК 4 статины, аспирин, клопидогрель, ББ, нитраты среднего и пролонгированного действия, кардиопротекторы + иАПФ титровать малыми дозами.

Следует подчеркнуть, что прерывистое или курсовое лечение у пациентов с ИБС не проводится. Лечение этого заболевания является поддерживающим и при хорошей переносимости проводится неопределенно долго.

Список использованных источников

1. Карпов Ю.А. Лечение стенокардии: поиск оптимального решения. «РМЖ» №19 от 04.10.2003 стр. 1080
2. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Медикаментозное лечение стенокардии: надежды и разочарования. «РМЖ» №19 от 03.10.2002 стр. 855
3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Стабильная ишемическая болезнь сердца». ID: КР155 Год утверждения: 2016
4. Лупанов В.П. Современное медикаментозное лечение хронической стабильной стенокардии (обзор) «Медицинский совет» №12, 2017
5. Рекомендации по лечению стабильной ишемической болезни сердца. ESC 2013
6. Рылова Н.В., Оганезова Л.Г. Роль триметазидина в лечении стабильной стенокардии. «РМЖ» №5 от 28.02.2012 стр. 227
7. Фролова Е.В. Стабильная стенокардия: принципы диагностики и лечения. ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия 2008

Место петлевых диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого возраста

Сычанова Д.В.

специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель: Ярош Л.А., преподаватель ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной» Филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

В экономически развитых странах приблизительно у 2% взрослого населения выявляется хроническая сердечная недостаточность (ХСН), распространенность которой возрастает до 10% среди лиц 70 лет и старше. Несмотря на достигнутые успехи в лечении, хроническая сердечная недостаточность остается заболеванием с крайне неблагоприятным прогнозом. Показатели смертности по-прежнему очень высокие и достигают 50% при пятилетнем наблюдении, а декомпенсация является одной из самых частых причин госпитализации среди пожилого населения. При этом около половины пациентов возвращаются в стационар в течение последующих шести месяцев после выписки.

Основными клиническими проявлениями декомпенсации хронической сердечной недостаточности являются одышка, снижение толерантности к нагрузкам, периферические отеки, ортопноэ, набухание шейных вен. Несмотря на отсутствие доказательной базы в отношении влияния на прогноз, для пациентов с высоким риском декомпенсации хронической сердечной недостаточности решающим компонентом лечения выступают именно диуретики. **Актуальность проблемы** данного исследования заключается в необходимости определить место диуретиков в комплексной медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности у пожилых пациентов.

В связи с вышеизложенным, была поставлена **цель работы** – изучить место петлевых диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности у пациентов в пожилом возрасте.

Задачи исследования:

- изучить место петлевых диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого возраста;
- провести курацию пациента, находящегося на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница» с диагнозом ХСН и оценить эффективность проводимой терапии.

Материалы и методы исследования:

- анализ научно-медицинской и методической литературы по исследуемой теме;

- курация пациента.

Диуретики рекомендованы для улучшения симптомов сердечной недостаточности и повышения физической активности у больных с признаками задержки жидкости независимо от факта назначения иных групп лекарственных препаратов и назначение диуретиков следует рассматривать как средство снижения риска госпитализаций из-за сердечной недостаточности у гериатрических больных с симптомами задержки жидкости. При этом только диуретики способны адекватно контролировать водный статус у гериатрических пациентов, устранять отечный синдром, улучшать клиническую симптоматику и при правильном применении позволяют уменьшить число госпитализаций. Большинство диуретиков не замедляют прогрессирования хронической сердечной недостаточности и не улучшают прогноз заболевания. Их влияние на качество жизни при неправильном назначении может быть даже негативным. Согласно современным клиническим рекомендациям, применение торасемида более приемлемо по сравнению с другими диуретиками данного класса, например фуросемидом. Торасемид был разработан и внедрен в клиническую практику в начале 90-х годов XX в. Препарат усиливает экскрецию натрия, хлора и воды, не оказывая значимого влияния на скорость клубочковой фильтрации, почечный кровоток или кислотно-щелочной баланс. Известно, что фуросемид дополнительно влияет на проксимальные извитые канальцы нефрона, где происходит реабсорбция большей части фосфатов и бикарбонатов. Торасемид, напротив, не оказывает влияния на проксимальные канальцы, вызывает меньшую потерю фосфатов, бикарбонатов и калия с мочой. Торасемид характеризуется высокой биодоступностью и более пролонгированным эффектом, что обусловливает целый ряд благоприятных с точки зрения фармакодинамики свойств препарата. В отличие от фуросемида, диуретика короткого действия, для торасемида не характерен феномен рикошета, что связано не только с большей продолжительностью действия, но и присущими ему антиальдостероновой активностью и снижением секреции альдостерона в надпочечниках. Главное отличие торасемида от других петлевых диуретиков заключается в его дополнительных свойствах, связанных с одновременной блокадой ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. При лечении диуретиками всегда надо помнить, что их применение может приводить к гипокалиемии, способствующей развитию нарушений ритма и внезапной смерти. Торасемид после приема внутрь быстро всасывается с максимальной концентрацией через 1-2 часа. Биодоступность препарата выше, чем у фуросемида (80% против 53%), причем она остается высокой при наличии сопутствующих заболеваний, а также у лиц пожилого и старческого возраста. По сравнению с фуросемидом натрийуретическое и диуретическое действие торасемида наступает позднее и продолжается значительно дольше. Длительность диуретического

действия фуросемида при внутривенном введении составляет в среднем 2-2,5 часа, длительность действия торасемида - около 6 часов; при приеме внутрь действие фуросемида продолжается около 4–6 часов, действие торасемида – более 12 часов. Торасемид удаляется из кровообращения, подвергаясь метаболизму в печени (около 80% общего количества), и выводится с мочой (около 20% от общего количества у пациентов с нормальной функцией почек). Торасемид – первый петлевой диуретик, который оказывает влияние на прогрессирование СН и течение патологических процессов в миокарде. Следует отметить, что сравнение влияния фуросемида и торасемида на качество жизни и частоту госпитализаций у больных ХСН проведено в нескольких проспективных рандомизированных исследованиях. Повышение толерантности к нагрузкам наблюдалось у 62% пациентов, находившихся на терапии торасемидом, и у 55% пациентов, принимавших фуросемид. Была отмечена тенденция к большей эффективности в отношении клинических симптомов хронической сердечной недостаточности в группе пациентов, принимающих торасемид, а именно, уменьшение выраженности периферических отеков, одышки, влажных хрипов в легких, никтурии. У больных, получавших торасемид, частота госпитализаций по причине декомпенсации сердечной недостаточности оказалась ниже, чем у пациентов группы фуросемида, а длительность пребывания больных в стационаре достоверно меньше. Применение торасемида привело к двукратному снижению общих затрат на лечение больных с сердечной недостаточности, за счет сокращения длительности пребывания в стационаре. Торасемид в отличие от большинства других петлевых диуретиков не усугубляет нежелательную у пациентов гиперактивацию симпатической нервной системы. При лечении торасемидом плазменная концентрация норадреналина оставалась стабильной, а при применении фуросемида наблюдалось достоверное увеличение. Одним из наиболее значимых свойств торасемида является торможение развития миокардиального фиброза.

Полученные результаты: Проведена курация пациентки К.,78 лет с врачебным диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения IIIФК. Перенесенный инфаркт миокарда в 2006г., 2009г. СН IIБ. 3 ФК. Атеросклероз аорты. Симптоматическая артериальная гипертензия.

Пациентка поступила по направлению поликлиники с симптомами декомпенсации по хронической сердечной недостаточности, наличием отеков на голенях, симптомами застоя в легких (наличие влажных хрипов в нижних отделах обоих легких), скоплением жидкости в брюшной полости до 2 литров. После осмотра были назначены иАПФ, нитраты, предуктал в дозе 80мг в сутки, фуросемид в вену в дозе 4 мл на физ. растворе в течение трех дней, затем пациентку перевели на торасемид в дозе 10 мг ежедневно. Осуществлялся контроль за водным балансом, суточным диурезом, весом пациентки на протяжении всего пребывания в стационаре. На восьмой день пребывания в отделении у пациентки отеки на ногах стали

заметно меньше, одышка не беспокоит, показатели гемодинамики стабильные, потеряла в весе около 4 кг за счет схождения отеков. Терапию диуретиками перенесла хорошо. Выписана на 12 день с заметным улучшением. Пациентке даны рекомендации по продолжению лечения диуретиком длительного действия-торасемидом (тригрим) в дозе 10 мг ежедневно под контролем диуреза.

Вывод: Таким образом, несмотря на невысокую доказательную базу, петлевые диуретики являются одной из наиболее используемых групп лекарственных средств в лечении гериатрических пациентов с хронической сердечной недостаточностью и отечным синдромом. Торасемид вследствие своей фармакодинамики и фармакокинетики обладает преимуществом перед фуросемидом, его применение позволяет улучшить качество жизни, переносимость терапии и, в конечном счете, повысить приверженность лечению и привести к благоприятному клиническому исходу лечения.

Источники информации

1. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Сердечная недостаточность. 2013. Том 14, №7 (81). - С.421–426.
2. Осмоловская Ю.Ф., Терещенко С.Н. Диуретики: руководство по кардиологии. - М., 2014. С. 914–932.
3. Преображенский Д.В., Некрасова Н.И., Хосева Е.Н. и др. Торасемид – эффективный петлевой диуретик для длительной терапии артериальной гипертонии // Кардиология. 2011, № 4. - С. 67–73.
4. Терещенко С.Н., Жиров И.В. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: руководство для практикующих врачей. 2-е издание / под ред: Е.И. Чазова, Ю.А. Карпова. - М.: Литера, 2014. - С. 516–532.
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической и острой сердечной недостаточности. - М., 2013. - С. 15–30.

Место статинов в фармакотерапии стенокардии

Цапурова Т.

специальность 31.02.01 Лечебное дело

Научный руководитель: Ярош Л.А., преподаватель ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной» Филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России постоянно и упорно растет. В России смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в 2017 году снизилась на 10%, по сравнению с 2008 годом, составляя 48% общей смертности населения и сохраняя за собой лидирующее место среди причин смертности. Амбициозная задача по увеличению продолжительности жизни россиян до 80 лет выполнима только при условии продолжения успешной работы по снижению заболеваемости и смертности от кардиоваскулярной патологии.

Актуальность темы определяется существованием проблемы среди населения, влиянием медицинских работников на модифицируемые факторы риска заболевания, способствующие смягчению течения заболевания, предотвращению возникновения серьезного осложнения, такого как инфаркт миокарда. И только в последние годы медицинская практика медленно и робко воспринимает концепцию стратегических целей лечения стенокардии, как одной из частых форм коронарной недостаточности.

Цель данной работы: оценить место статинов в комплексном лечении пациентов с ИБС, как одного из важнейших медикаментозных мероприятий вторичной профилактики.

Статины - самый изученный и, пожалуй, самый безопасный класс препаратов для снижения содержания ХС, о чем, помимо 40-летней истории клинических исследований, свидетельствует недавно опубликованный Консенсус Европейского Общества Атеросклероза. Статины действительно уменьшают сердечно - сосудистую смертность и обеспечивают благоприятное течение болезни с меньшим числом осложнений и обострений, снижают потребности в хирургических вмешательствах на сосудах сердца и повторных госпитализациях, именно это и является актуальностью данного исследования.

Задачи исследования:

- изучение научной и методической литературы по использованию данного класса лекарственных препаратов, особенностям их приема, вопросы приверженности к лечению;

- определение специфики лечения больных стенокардией напряжения для разработки индивидуальной программы вторичной профилактики.

Методы исследования:

- изучение и анализ научно-медицинской литературы по применению современных гиполипедемических препаратов в комплексной терапии пациентов со стенокардией;
- изучение и анализ информации, полученной при исследованиях действия лекарственного средства розувастатин.

Ишемическая болезнь сердца - это заболевание, в результате которого происходит несоответствие между потребностью сердечной мышцы в кислороде и его доставкой к ней. Может быть, как остро протекающим процессом, так и хроническим. Стенокардию напряжения фиксируют у 0,2-0,6% населения РФ, у мужчин 0,8% случаев (55-64 лет). Стенокардия возникает у 30-40 тысяч человек на 1 млн. населения в год. Как проявление ишемической болезни стенокардия встречается почти у 50% пациентов, являясь самой частой формой ИБС.

Стенокардия (грудная жаба) – сосудистое заболевание, которое является одним из проявлений ИБС, появляется в виде приступа боли за грудиной, давящего или сжимающего характера, боль отдает в левую руку, левое плечо либо в обе руки. Как правило, приступ возникает внезапно после физической нагрузки, стресса, либо после обильного приема пищи. Продолжительность приступа – от 5 до 15 мин. Боль исчезает после прекращения нагрузки или приема нитроглицерина. Нередко такие пациенты, пытаясь описать область дискомфорта, прикладывают сжатый кулак или открытую ладонь к грудной клетке. Часто боль иррадиирует («отдаёт») в левое плечо и внутреннюю поверхность левой руки, шею; реже - в челюсть, зубы с левой стороны, правое плечо или руку, межлопаточную область спины, а также в эпигастральную область, что может сопровождаться диспепсическими расстройствами (изжога, тошнота, колики). Исключительно редко боль может быть локализована только в эпигастральной области или даже в области головы, что очень затрудняет диагностику.

Этиология стенокардии связана со стенозом сосудов сердца. Одной из самых распространённых патологий, которая становится причиной стенокардии, является атеросклероз. Повышенный холестерин вызывает возникновение атеросклеротических бляшек, которые постепенно откладываются на стенках сосудов. С развитием атеросклеротических отложений просвет сосудов становится всё уже. В качестве диагностики используют ЭКГ в покое, холтеровское мониторирование, нагрузочные тесты, эхокардиографию, сцинтиграфию миокарда, реже применяют коронароангиографию.

В лечение ИБС входит следующий комплекс мероприятий: диетическое питание, снижение избыточной массы тела, отказ от курения, лечебная физкультура, медикаментозная терапия.

Медикаментозная терапия стенокардии включает в себя использование сразу несколько групп препаратов, которые улучшают качество жизни и прогноз больных: антитромбоцитарные средств, **гиполипидемические препараты**, β – адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антиангинальные препараты.

Ингибиторы АПФ назначают пациентам при ХСН- каптоприл, рамиприл, эналаприл. У пациентов без СН и АГ показаны к назначению рамиприл и периндоприл. При плохой переносимости ИАПФ их заменяют на БРА (кендесартан и валсартан).

Антиангинальные препараты (нитраты) - ЛС, применяемые для купирования и предупреждения приступов стенокардии и лечения других проявлений коронарной недостаточности при ИБС, включая безболевую форму. В клинической практике применяют три основных нитропрепарата: нитроглицерин (тринитрат), изосорбида динитрат, изосорбида мононитрат.

Нитроглицерин, а также изосорбида динитрат применяют как для неотложного устранения симптомов (таблетки для подъязычного приема, аэрозоль, внутривенное введение), так и для длительного лечения (таблетки, пластыри и мази). Изосорбида мононитрат существует только в виде таблеток для приема внутрь и не подходит для быстрого устранения симптомов.

В – адреноблокаторы - как конкурентные антагонисты катехоламинов, снижают симпатические влияния на сердечно - сосудистую систему, в результате чего уменьшается ЧСС, сократимость миокард, АД и следовательно, потребность миокарда в кислороде. β– адреноблокаторы сначала назначают в минимальной терапевтической дозе, постепенно повышая ее до получения клинического эффекта. Важно помнить о возможности усугубления течения ИБС при внезапном прекращении лечения β– адреноблокаторами следует проводить постепенно. Предпочтение следует отдавать препаратам избирательного действия- метопролол, бисопролол (конкор), небиволол, карведилол.

Не менее важным направлением в лечении стенокардии является применение статинов. Статины - это сильнодействующие медикаменты, применяются для нормализации уровня холестерина. На сегодняшний день статины – одна из наиболее изученных групп препаратов с доказанной способностью снижать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Они по праву занимают одно из ключевых мест в международных клинических рекомендациях по лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Статины показаны всем больным во время госпитализации независимо от исходного уровня ХС.

Считают, что при ОКС статины ослабляют воспалительные процессы в атеросклеротической бляшке, улучшают функцию эндотелия, снижают процессы адгезии и агрегации тромбоцитов. Из 10 представителей класса статинов в текущем десятилетии активно используются только 4: симвастатин, аторвастатин, питавастатин и розувастатин. У пациента привыкания не происходит, поэтому лекарства этой группы можно принимать на протяжении всей медикаментозной терапии. Препараты восстанавливают артериальный показатель и быстро нормализуют общее самочувствие. Принимая статины при стенокардии, возникает необходимость в осуществлении дополнительного контроля со стороны уровня холестерина. Для этого необходимо сдавать анализ крови 2-4 раза в год. В аптеках можно купить такие препараты, как «Лескол», «Зокор» и «Крестор». Принимать ЛС рекомендуется перед сном. Терапия статинами при стенокардии пожизненная. Контроль безопасности проводят по уровню АЛТ - повышение ее уровня более чем в 3 раза требует коррекции дозы. Появление симптомов миопатии и повышение уровня фермента креатинфосфокиназы требует отмены препарата.

В новых американских Рекомендациях впервые было обращено внимание на приоритет максимального снижения ХС липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) перед их целевым уровнем не более 1,8 ммоль/л, что делает важным назначение умеренных и высоких доз статинов (например, оригинального аторвастатина 40–80 мг/сут или оригинального розувастатина (Крестора) 20–40 мг/сут). Именно умеренные (а не начальные дозы) статинов обеспечивают 40–50% снижение уровня ХС-ЛНП у больных высокого или очень высокого СС-риска.

Выводы. Розувастатин (Крестор) - статин 4-го поколения с максимальной липидснижающей активностью в отношении «плохого холестерина» ХС-ЛНП (– 65%), хорошей переносимостью и безопасностью, включая высокие дозы (40 мг/сут). В Европейских рекомендациях по диагностике и лечению дислипидемий 2016 г. прописаны базовые принципы применения статинов в первичной профилактике атеросклероза, а также применение Крестора у больных с дислипидемиями, коронарным атеросклерозом, метаболическим синдромом, сахарным диабетом, ХПН.

В мировой научной литературе (международные рекомендации) содержатся объективные сведения о том, что терапия статинами снижает риски первого или повторного ишемических инсультов.

Статины являются фундаментальным классом препаратов для профилактики и лечения атеросклероза и его осложнений. В 2018 г. был опубликован новый Консенсус Европейского Общества Атеросклероза, в котором эксперты обобщили данные по безопасности статинотерапии в отношении печени, почек, обмена глюкозы, когнитивной

функции, риска геморрагического инсульта и риска развития катаракты. Оптимизация терапии статинами больных высокого и очень высокого риска для снижения сердечно-сосудистой смертности и увеличения продолжительности жизни в нашей стране - одна из самых важных задач в отечественной медицине.

Источники информации

1. Вёрткин А.Л., Кульниченко Т.В., Скотников А.С. Роль розувастатина в терапии пациентов с высоким кардиоваскулярным риском. РМЖ. 2011; 31:1996.
2. Ежов М.В., Сергиенко И.В., Аронов Д.М. и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VI пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2017; 3:3–22.
3. Житникова Л.М. «Новые» статины — новые возможности для врача и пациента. РМЖ. 2011; 29:1832.
4. Оганов Р.Г., Кухарчук В.В., Арутюнов Г.П и др. Сохраняющиеся нарушения показателей липидного спектра у пациентов с дислипидемией, получающих статины, в реальной клинической практике в Российской Федерации (российская часть исследования DYSIS). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012;11(4):1–10.

Оптимизация фармакотерапии артериальной гипертензии на основе совершенствования консультативной сестринской помощи

Шахбазова Е.А.

специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научные руководители: Аверина Н.Н., Ерохина Е.А., преподаватели

ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной» Филиала «Безенчукский»

Артериальная гипертензия (АГ) — самое распространенное неинфекционное заболевание в мире, являющееся основной причиной для критических поражений сердечно-сосудистой системы, почек и головного мозга.

В июне 2018 года в ходе 28-го Европейского конгресса по АГ и сердечно-сосудистой профилактике европейские эксперты представили обзор новых клинических рекомендаций ESH/ESC по диагностике и ведению пациентов с АГ. Ключевые изменения содержатся в главах, касающихся терапии АГ, контроля за приверженностью к терапии [1.с.351].

Длительная терапия больных АГ имеет три основные цели: снизить АД ниже 140/90 мм рт. ст.; предупредить возникновение поражений органов-мишеней; снизить повышенный риск развития сердечно-сосудистых осложнений и по возможности увеличить продолжительность жизни больного. Для этого необходимо длительное назначение эффективных антигипертензивных препаратов (АГП) [2].

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. № 708н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной АГ (гипертонической болезни)" при учреждениях здравоохранения организовывается работа школ для больных с АГ. В данном приказе содержится перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории РФ, с указанием средних суточных и курсовых доз [3].

Для лечения АГ рекомендуется использовать пять основных классов АГП: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы и диуретики. Все эти препаратов подходят для стартовой и поддерживающей терапии, как в виде монотерапии, так и в составе определенных комбинаций [4].

Сестринский уход при АГ на этапе фармакотерапии заключается в разъяснении особенностей приема АГП и возможных побочных реакциях на них [5].

Актуальность проблемы: АГ вносит основной вклад (около 42 %) в структуру заболеваемости сердечно - сосудистыми заболеваниями. Для решения проблемы раннего

выявления АГ, внедряется комплекс мер медицинской профилактики этих заболеваний на основе диспансерного метода [6].

Цель исследования: изучить особенности консультирования медицинской сестрой пациентов с АГ по применению АГП.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по теоретическим аспектам АГ.
2. Рассмотреть статистические формы ГБУЗ СО «Безенчукская центральная районная больница» (ГБУЗ СО БЦРБ).
3. Разработать план беседы медицинской сестры с пациентом по применению АГП.
4. Внести предложения по совершенствованию роли медицинской сестры в медикаментозном лечении пациентов с АГ.

Материалы исследования: данные статистических форм ГБУЗ СО БЦРБ за 2018 год.

1. Форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».
2. Форма №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих помощь в стационарных условиях».
3. Форма №30 «Сведения о медицинской организации».

Методы: аналитический, статистический.

Полученные результаты.

Статистические расчеты заболеваемости АГ проводились на численность обслуживаемого прикрепленного населения м.р. Безенчукский – 36477 человек. Население трудоспособного возраста составило 19132, а старше трудоспособного возраста – 10541 человек.

Выполнив анализ формы №12 установлено, что под диспансерным наблюдением находятся с болезнями системы кровообращения 9451 (49%) и 7263 (69%) человек от всего прикрепленного населения, что больше среднестатистических данных. Под диспансерным наблюдением находятся 4655 (24%) взрослых 18 лет и более, 3369 (32%) населения старше трудоспособного возраста с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением». Эссенциальная гипертензия встречается у 1% в обеих группах; гипертензивная болезнь сердца диагностируется у 4446 (23%) взрослых 18 лет и более, 3269 (32%) раз у населения старше трудоспособного возраста. Это подтверждает отрицательную динамику распространения АГ среди молодого населения.

Таблица 1 – Заболеваемость населения прикрепленного к ГБУЗ СО БЦРБ болезнями системы кровообращения (форма №12)

Наименование классов и отдельных болезней	Возраст	Зарегистрировано заболеваний всего	Из них		% взятых на «Д» учет от прикрепленного населения	Состоит на «Д» наблюдении на конец отчетного года
			Взято под диспансерное наблюдение	С впервые в жизни установленным диагнозом		
Болезни системы кровообращения	Взрослые 18 лет и более	13843	9875	430	49 %	9451
	Старше трудоспособного возраста	10893	7438	280	69 %	7263
из них: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	Взрослые 18 лет и более	5872	4317	70	24%	4655
	Старше трудоспособного возраста	4256	3388	26	32 %	3369
из них: эссенциальная гипертензия	Взрослые 18 лет и более	239	239	33	1 %	215
	Старше трудоспособного возраста	100	100	8	1 %	99
гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	Взрослые 18 лет и более	5633	4474	37	23 %	4446
	Старше трудоспособного возраста	4156	3288	18	31 %	3269

Изучив данные формы №14 установлено, что количество больных пролеченных в стационаре с болезнями системы кровообращения составило 988 человек в группе А и 828 человек в группе Б, экстренными были 1090 (60%) госпитализаций, из них доставлено скорой медицинской помощью 178 (16%) больных.

Количество больных пролеченных в стационаре с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением составило 178 человек в группе А и 134 человек в группе Б, экстренными были 261 (84%) случай госпитализации, из них доставлено скорой медицинской помощью 35 (13%) больных.

Таблица 2 –Количество больных пролеченных в терапевтическом стационаре ГБУЗ СО БЦРБ болезнями системы кровообращения (форма №14)

Выписано пациентов	Группы пациентов	

	Группа А Взрослые (18 лет и более)	Группа В Взрослые старше трудоспособного возраста
Всего: с болезнями системы кровообращения	988	828
Из них: доставлено по экстренным показаниям	610	480
Из них: доставлено скорой медицинской помощью	96	82
из всего: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	178	134
Из них: доставлено по экстренным показаниям	151	110
Из них: доставлено скорой медицинской помощью	18	17
Выписано: эссенциальная гипертензия	10	9
Выписано: гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	168	125
Из них: доставлено по экстренным показаниям	151	110
Из них: доставлено скорой медицинской помощью	18	17

Количество больных пролеченных в стационаре с эссенциальной гипертензией 19, с гипертензивной болезнью сердца 293 человек, что составляет соответственно 6% и 94% от количества случаев (312) госпитализации с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением.

По данным формы №30 выяснено, что число лиц обученных основам здорового образа жизни составило 1820 человек, 96 (5%) из них прошли занятия в школе для больных с АГ.

Неотъемлемой частью мероприятий при лечении больных АГ должно быть повышение их образовательного уровня. При выборе режима назначения препарата необходимо учитывать образ жизни пациента. Все рекомендации, даваемые пациенту, должны быть ясными, четкими и соответствовать его интеллектуальному уровню [7].

План беседы медицинской сестры с больным по применению АГП.

1. Донести информацию об АГ, о действиях, побочных эффектах, последствиях нерегулярного приема или несоблюдения режима дозирования АГП.
2. Обучить адекватному отношению к своему заболеванию.
3. Объяснить, что только ежедневный прием АГП при ежедневном измерении АД гарантирует пациенту реальную профилактику инфаркта миокарда и инсульта.
4. Объяснить, что решение о замене одного АГП на другой принимает только врач [8].
5. Рекомендовать ведение дневников с указанием доз принимаемых препаратов и уровня АД.
6. Информировать о факторах риска и заболеваниях, сопутствующих АГ, риске развития осложнений и объяснить необходимость полного выполнения предписанных врачом рекомендаций (медикаментозное и немедикаментозное лечение АГ) [7].

7. Обучить навыкам помощи и самопомощи на догоспитальном этапе при ухудшении состояния. В течение первых 30–60 минут АД следует снизить на 15–25% с последующей его нормализацией в течение суток и назначением базисной гипотензивной терапии.

- При повышении АД без признаков гиперсимпатикотонии: каптоприл (капотен) 25 мг сублингвально; при недостаточном эффекте дать повторно через 30 минут в той же дозе.
- При повышении артериального давления и гиперсимпатикотонии: моксонидин (физиотенз) 0,4мг сублингвально; при недостаточном эффекте — повторно через 30 минут в той же дозе.
- При изолированной систолической артериальной гипертензии: моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2мг однократно под язык [9].

Выводы.

1.АГ остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем и занимает в структуре заболеваемости первое место в мире и в РФ. По данным ГБУЗ СО БЦРБ мы видим, что эта проблема актуальна и для нашего района.

2. Лечение АГ включает немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.

3. Снижение факторов риска, осложнений АГ и смертности напрямую зависит от регулярности и правильности приема больными АГП.

4. Медицинским сестрам необходимо постоянно проводить санитарно – просветительскую работу с пациентами и их окружением в виде индивидуальных консультаций, предоставлении тематических информационных буклетов; участвовать в проведении занятий школ для больных с АГ, регулярно повышать свой профессиональный уровень.

Библиографический список.

1. Ионов М.В., Звартау Н.Э., Конради А.О. Совместные клинические рекомендации ESH/ESC 2018 по диагностике и ведению пациентов с артериальной гипертензией: первый взгляд. Артериальная гипертензия. 2018; 24(3):351-358.

2.https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/FARMAKOTERAPIYa_GIPERTONIChESKOY_BOLEZNI/#ixzz63a9tWcf3Followus: rusmedjournalonFacebook

3.https://www.rosminzdrav.ru/documents/8390-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-9-noyabrya-2012-g-708n-ob-utverzhdenii-standarta-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-pri-pervichnoy-arterialnoy-gipertenzii-gipertonicheskoy-bolezni

4.http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/fedhypert.pdf

5. https://gipertensianet.ru/sestrinskij-uxod-pri-arterialnoj-gipertenzii.html

6. https://htn.almazovcentre.ru/jour/article/view/546

7.https://infourok.ru/kursovaya-rabota-po-issledovaniyu-roli-medicinskoy-sestri-v-uhode-za-pacientami-s-arterialnoy-gipertenziey-3411400.html

8. https://studwood.ru/1597794/meditsina/rol_medsestry_profilaktike_gipertonicheskoy_bolezni

9. http://cardioplaneta.ru/emergency/55-klinicheskie-rekomendacii-protokol-po-okazaniyu-skoroy-medicinskoy-pomoschi-pri-povyshenii-arterialnogo-davleniya.html

Особенности применения препаратов, действующих на ренин-ангиотензиновую систему, в фармакотерапии артериальной гипертензии

Тузова Е.А.

специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель: Васькина Е.А., преподаватель ФГБ ПОУ «Пензенский базовый медицинский колледж» МЗ РФ

Артериальная гипертензия широко распространена практически во всех странах мира и является актуальной проблемой современного общества, обусловлено это не только распространенностью, но и многочисленными осложнениями. По данным доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), повышенное артериальное давление (АД) занимает первое место среди причин смертности во всем мире – более 7 млн. человек в год. Около 40% взрослого населения в России имеет повышенный уровень АД, а за последние шесть лет общее количество пациентов увеличилось минимум на 4%, что указывает на стремительное распространение заболевания. Решение проблемы зависит от уровня компетентного подхода, профессиональной подготовки врачей и медицинских сестер. Возникает необходимость в изучении данной проблемы и внедрении мер по оздоровлению, что должно привести к уменьшению факторов риска и повышению соблюдение профилактических мероприятий для предупреждения развития заболевания [2].

Цель: провести анализ ассортимента лекарственных препаратов, действующих на ренин- ангиотензиновую систему, для лечения артериальной гипертензии и научной литературы по проблеме исследования.

Задачи:

- изучить нормативные документы и научную литературу по проблеме исследования;
- изучить ассортимент, фармакологическую эффективность и безопасность лекарственных препаратов, действующих на ренин- ангиотензиновую систему, их фармакокинетические и фармакодинамические особенности.

Методы исследования:

- общенаучные (сравнение, описание, анализ литературы);
- обработка данных статистического анализа.

Артериальная гипертензия (артериальная гипертония) – это систематическое стабильное повышение АД. В норме давление должно быть 120/80 мм. рт. ст. [1]. *Различают два вида гипертонии:*

1. *Первичная или эссенциальная гипертензия* - является самостоятельным заболеванием, без каких либо нарушений функций внутренних органов, так называемая гипертоническая болезнь.

2. *Вторичная или симптоматическая гипертония* - возникает повторно в результате патологических процессов, развивающихся вследствие заболевания почек, эндокринной системы, патологии сердца и сосудов [3].

Артериальной гипертония протекает в три стадии:

I стадия (легкая) – характеризуется повышением АД до 160/90 мм рт. ст., при этом не отмечается, каких либо органических изменений сердца и сосудов.

II стадия (средняя) – характеризуется повышением систолического АД до 180 - 200 мм рт. ст.,а диастолического – до 105 -115 мм рт. ст., при этом уже отмечаются изменения сосудов глазного дна, гипертрофия левого желудочка, изменений со стороны других органов нет.

III стадия (тяжелая) - характеризуется повышением систолического АД до 200 - 230 мм рт. ст. и более, а диастолического – до 115 -130 мм рт. ст., при этом происходят патологические изменения в сердце, почках, сосудах головного мозга, высок риск развития инфаркта миокарда и инсульта [5].

Начальная артериальная гипертония сопровождается маловыраженными симптомами или же протекает вообще без всяких субъективных проявления, мало кто смотрит на нее как на заболевание, угрожающее жизни, что крайне не правильно. Излечить артериальную гипертонию невозможно, но ее можно предупредить и поддерживать за счет применения гипотензивных препаратов и их комбинаций, которые способствуют снижению АД и поддержанию его на безопасном уровне [4]. В комплексной терапии артериальной гипертензии важен не только прием лекарственных препаратов, но и возможность вести здоровый образ жизни. На фармацевтическом рынке представлено большое количество препаратов и биологически активных добавок для лечения и профилактики артериальной гипертонии, необоснованное применение которых может нанести ощутимый вред вместо ожидаемой пользы. Современная и комплексная тактика лечения пациентов с артериальной гипертонией направлена на поддержание здорового образа жизни, правильного питания и выбор клинически эффективных лекарственных препаратов с учетом эффективности и безопасности для пациентов.

Здоровый образ жизни при гипертонии, как и при любом хроническом заболевании, является одним из основных факторов эффективного лечения. Перемены в образе жизни считают критически важным шагом в процессе лечения и профилактики заболевания. Назначение гипотензивных средств, при лечении гипертонической болезни I стадии не

всегда обязательно. Хороший эффект может быть получен при проведении общих мероприятий: легкое ограничение потребления соли, уменьшение избыточной массы тела, регулярная физическая нагрузка, назначение седативных препаратов. Зная основные причины и факторы риска развития устойчивой гипертонии, можно предупредить прогрессирование болезни на раннем этапе. Успешное предотвращение заболевания возможно при условии, что комплекс профилактических мер станет нормой жизни, а не временным явлением.

Принцип лечения стабильной гипертонии II и III стадий заключается в использовании основных пяти групп препаратов: ингибиторы ангиотензин- превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА II), бета- адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов (БКК) и диуретиков [3; 8]. Ни один из препаратов первых пяти основных классов антигипертензивных средств не имеет значимого преимущества друг перед другом в отношении снижения АД, при этом в некоторых клинических ситуациях определенные группы препаратов более эффективны, чем другие [9].Выбор препаратов, их комбинаций и дозировки должен производиться врачом, при этом необходимо учитывать наличие у пациента сопутствующих болезней и факторов риска.

Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний [7]. В настоящее время возможно использование *двух стратегий стартовой терапии* артериальной гипертонии:

1. *Монотерапия* - при небольшом повышении АД.

2. *Комбинированная терапия* - при выраженном повышении АД.

В настоящее время препаратами выбора для любого вида терапии являются препараты, действующие на ренин-ангиотензиновую систему, которые выгодно отличаются от других гипотензивных препаратов следующими *свойствами*:

1. Отсутствие синдрома отмены.

2. Отсутствие угнетения центральной нервной системы.

3. Эффективное уменьшение гипертрофии левого желудочка, что устраняет фактор риска развития ишемии миокарда.

4. Отсутствие влияния на обмен углеводов, благодаря чему их целесообразно назначать при сочетании артериальной гипертензии с сахарным диабетом; более того, они важны в лечении диабетической нефропатии и профилактике хронической почечной недостаточности, так как что они снижают внутриклубочковое давление и тормозят развитие гломерулосклероза.

5. Отсутствие нарушения обмена холестерина.

6. Отсутствие или минимальная выраженность угнетения половой функции [2].

Препараты, действующие на ренин-ангиотензиновую систему классифицируются на ИАПФ и БРА-II, в свою очередь у ИАПФ делятся по поколениям, длительности эффектов, химическому строению и способности проникать в ткани, наибольшее практическое значение имеет классификация по поколениям:

1.Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ):

I поколение:

- Каптоприл (Капотен, Ангиоприл);

- II поколение:

- Эналаприл (Энап, Берлиприл, Энам, Ренитек, Эднит);
- Лизиноприл (Даприл, Диротон, Листрил);
- Рамиприл (Тритаце, Амприлан, Хартил);
- Периндоприл (Престариум, Перинева);
- Моэксиприл (Моэкс);
- Хинаприл (Аккупро);

III поколение:

- Фозиноприл (Моноприл, Фозикард).

2.Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА II):

- Лозартан (Козаар, Вазотенз, Лозап, Лориста);
- Валсартан (Диован);
- Телмисартан (Микардис) [1; 6].

Оригинальность препаратов данного класса состоит в том, что они впервые предоставили врачам возможность активно вмешиваться в ферментативные процессы, протекающие в ренин-ангиотензин-альдостероновой системе (РААС). Препараты группы ИАПФ блокируют действие ангиотензин-превращающего фермента, необходимого для превращения ангиотензина I в ангиотензин II, который способствует спазму сосудов, за счет чего увеличивается общее периферическое сопротивление, а так же продукция альдостерона надпочечниками, который вызывает задержку натрия и жидкости, в результате чего возрастает АД. Применение ИАПФ требует своих особенностей питания. Активность этих препаратов напрямую зависит от содержания натрия в организме. Чем меньше больной употребляет поваренной соли, тем меньшую дозу этих препаратов ему нужно для контроля АД и тем более эффективно действуют препараты, поэтому требуется соблюдение низкосолевой диеты — не более 5 г поваренной соли в сутки. ИАПФ способствуют накоплению калия в организме и нежелательному повышению в крови его уровня. Поэтому не рекомендуется дополнять диету калием, особенно его препаратами, так же противопоказан совместный прием с мочегонными препаратами [10].

Препараты абсолютно противопоказаны для лечения АГ у беременных. Это в полной мере относится при указаниях на ангионевротический отек и подобные аллергические проявления в прошлом. В настоящее время нет клинического опыта использования ингибиторов АПФ у детей. Для предупреждения гипотонии первой дозы у больных с высокой активностью РАС (длительная диуретическая терапия, гипонатриемия, стеноз почечной артерии) предварительно отменить на 1-2 дня диуретики, восполнить потери жидкости и использовать малые дозы. У больных с фиксированным сердечным выбросом (выраженный митральный или аортальный стеноз) при применении ингибиторов АПФ может наступить неконтролируемое падение АД, так как снижение периферического сопротивления не может быть компенсировано из-за невозможности увеличения выброса сердца. Следует обращать внимание на гиперкалиемию, особенно в случаях почечной недостаточности, которая может увеличиться при назначении ингибиторов АПФ или может впервые появиться после их назначения. В последней ситуации причиной может быть нераспознанный ранее двухсторонний стеноз почечных артерий [3].

Фермент ангиотензин способствует повышению тонуса сосудов, в результате чего повышается АД. Воспринимают действие этого фермента специальные образования — рецепторы, их блокада с помощью препаратов ведет в конечном итоге к снижению АД, таким образом блокаторы рецепторов ангиотензина II оказывают свое действие. Терапевтический эффект такой же как у ИАПФ, но при этом выраженность некоторых побочных эффектов ниже [9].

В настоящее время накоплены данные о выборе ИАПФ в качестве препаратов выбора, особенно в монотерапии АГ, и о результатах многочисленных контролируемых исследований, подтверждающих эффективность, безопасность и возможность благоприятных защитных эффектов долгосрочной терапии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в отношении органов-мишеней. Наибольшее практическое применение имеют препараты группы ИАПФ II поколения, а при развитии побочных эффектов препаратов переходят на терапию БРА II [10].

Внедрение в клиническую практику ингибиторов АПФ, начиная с 70-х годов прошлого столетия, позволило достигнуть серьезных успехов в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, диабетической нефропатией. Накоплен значительный опыт применения этой группы лекарственных средств. В настоящее время продолжается расширение показаний к назначению ингибиторов АПФ и изучаются пути оптимизации их лечебного воздействия [8]. Перспективным является дальнейшее изучение фармакологического действия ИАПФ и БРА II во взаимосвязи с определением показателей перекисного

окисления липидов, состоянием антиоксидантной системы и уровнем эйкозаноидов в организме. Они сочетают в себе преимущества в плане эффективности, низкой частоты побочных эффектов, обеспечения высокого качества жизни с доказанным васкуло-, кардио- и ренопротективным действием, а также, что особенно важно, снижения частоты сердечно-сосудистых осложнений и увеличения продолжительности жизни больных при длительном применении.

Литература

1. Виноградов В.М. Фармакология с рецептурой: учебник для медицинских и фармацевтических училищ и колледжей / В.М. Виноградов, Е.Б. Каткова, Е.А. Мухин; под ред. В.М. Виноградова. 4-е изд., испр. СПб.: СпецЛит, 2014. 864 с.
2. Круглов В. Диагноз: артериальная гипертония / В. Круглов. Ростов н/Д: Феникс, 2014. 221 с.
3. Кузнецова Н.В. Клиническая фармакология: учебник / Н.В. Кузнецова. 2-е изд., перераб. И доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 272 с.
4. Манойлов А. Декомпенсация артериальной гипертензии: пути решения проблемы // Врач. 2015. №2. С. 85-88.
5. Репина О.В. Справочник по лекарственным препаратам / О.В. Репина, И.Е. Челибанова. М.: ООО «Дом Славянской книги», 2017. 768 с.
6. Справочник Видаль / С.М. Инджикян [и др.]. Россия: ЮБМ Медика Рус, 2014. 1600 с.
7. Харченко Е.П. Артериальная гипертония: расширяющийся патологический континуум и терапевтические ограничения // Терапевтический архив. 2015. №1. С. 100-104.
8. Инновационный медицинский центр [Сайт]. Режим доступа: https://www.diagnos.ru (дата обращения 10.03. 2018).
9. Лечение сердца [Сайт]. Режим доступа: https://heal-cardio.ru (дата обращения 14.04. 2018).
10. Медицинский портал [Сайт]. Режим доступа: http://pillsman.org (дата обращения 20.05. 2018).

Особенности фармакотерапии хронической сердечной недостаточности

Гасанова И.Н.

Специальность: Сестринское дело

Научный руководитель: Галкина Т.В., преподаватель ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке. Первопричиной является ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда [1].

Актуальность проблемы. ХСН представляет актуальную проблему современной кардиологии, в связи с влиянием на качество и продолжительность жизни пациента. ХСН страдает 1,5–2 % всего населения Земли, и заболеваемость ею составляет 5–10 случаев на 1000 человек ежегодно.

ХСН, несмотря на оптимальное использование современных терапевтических средств, остается синдромом, ассоциированным с высокой заболеваемостью и неблагоприятным прогнозом. Прогноз больных с данной патологией сопоставим с прогнозом у лиц, страдающих злокачественной онкологической патологией [2].

Цель исследования: изучение особенностей и возможностей фармакотерапии хронической сердечной недостаточности.

Задачи исследования:

1.Изучить группы лекарственных препаратов применяемых для лечения хронической сердечной недостаточности.

2.Проанализировать особенности назначения групп препаратов.

3.Определить влияние лекарственных средств на пациентов с ХСН.

Материалы и методы исследования. Основными лекарственными препаратами, эффект которых при ХСН доказан (степень доказательности А),являются иАПФ, β-адреноблокаторы, антогонисты альдостерона, диуретики, сердечные гликозиды [3]. Степень доказательности В имеют препараты, относящиеся к дополнительным средствам (антагонисты рецепторов к ангиотензину) [5].

К вспомогательным средствам, не предназначенным для лечения ХСН, но применяемым в определенных клинических ситуациях в качестве дополнительных (уровень доказательности С) относят: периферические вазодилататоры, антагонисты кальция, антиаритмические

препараты, антитромбоцитарные средства, непрямые антикоагулянты, глюкокортикостероиды, статины и цитопротекторы [5,8].

Результаты исследования. ИАПФ относятся к первой линии лекарств, применяемых для лечения ХСН [4].

Именно у данной группы препаратов впервые было доказано положительное влияние на продолжительность жизни больных с ХСН: смертность пациентов после года терапии иАПФ составляла 7,4 %, при применении плацебо достигала 9–22 % [5,6].Их необходимо назначать всем больным при любой этиологии и стадии заболевания. Для профилактики и лечения ХСН могут быть рекомендованы 4 иАПФ: эналаприл, каптоприл, фозиноприл, периндоприл, но это не исключает возможности применения других представителей этого класса. Максимальная степень доказанности эффективности в лечении ХСН всех стадий у «классических» иАПФ – каптоприла и эналаприла, которым следует отдавать предпочтение в терапии ХСН (класс рекомендаций I, степень доказанности А) [3].

Блокаторы β–адренорецепторов, как и иАПФ, необходимо назначать всем больным ХСН независимо от этиологии и степени выраженности заболевания, за исключением тех, которым β-АБ противопоказаны (степень доказанности А, класс рекомендаций I) [3].

За последние четверть века в клинических исследованиях (MDC, MERIT-HF, COPERNICUS) было показано, что β-адреноблокаторы, назначенные в тщательно подобранных дозах, способны уменьшать степень выраженности симптомов, повышать толерантность к физической нагрузке, улучшать функцию желудочков сердца и снижать смертность [5,8]. В ряде исследований, были получены чёткие доказательства того, что β-адреноблокаторы, без внутренней симпатомиметической активности (ВСА), снижают смертность при ХСН [5,8,9,10]. Для лечения больных ХСН показаны три β-АБ, доказавших свою эффективность в исследованиях: бисопролол, метопрололасукцинат замедленного высвобождения и карведилол. В рекомендациях ВНОК/ОССН подчеркивается, что применение атенолола и метапрололатартрата для лечения больных с ХСН противопоказано (степень доказанности А). Преимущество какого-то одного из трех предлагаемых β-АБ в настоящее время не доказано [3].

Основополагающими принципами применения β-АБ при ХСН являются: назначение препаратов стабильным больным, начало терапии с малых доз и медленное осторожное титрование в идеале до целевых или же терапевтических доз препаратов. При этом обязательным условием является присутствие в терапии иАПФ (в случае противопоказаний к его применению – антагониста рецепторов к ангиотензину II), на фоне которого и должно осуществляться титрование суточной дозы β-АБ [7].

Что касается, антагонистов альдостерона (спиронолактон), современные рекомендации поддерживают их применение на фоне иАПФ, β-АБ и диуретиков при систолической СН. В рекомендациях ВНОК/ОССН выделяют 2 фазы лечения больных ХСН спиронолактоном. При декомпенсации ХСН он рекомендуется как калийсберегающий диуретик на фоне приема тиазидных или «петлевых» диуретиков до достижения компенсации, затем рекомендуется длительное назначение спиронолактона дополнительно к иАПФ и β–АБ [3].Назначение данной группы препаратов к общей терапии ХСН способствует уменьшению числа госпитализаций и улучшению выживаемости таких пациентов [8].

Сердечные гликозиды (дигоксин) могут быть использованы в терапии ХСН у пациентов, страдающих постоянной формой фибрилляции предсердий[5]. Отмечено, что у пациентов с синусовым ритмом и ХСН применение дигоксина с иАПФ улучшает показатели функции ЛЖ, клиническое состояние пациентов и уменьшает число госпитализаций[5,10,11]. Согласно современным рекомендациям, диуретики следует назначать всем больным с ХСН и признаками задержки жидкости на фоне приема иАПФ и β–АБ. Заслуживает внимания проблема выбора диуретика у больных ХСН. В последних версиях рекомендаций отдается предпочтение торасемиду, который в отличие от других диуретиков блокирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, замедляет прогрессирование ХСН и улучшает прогноз [3].

Основным показанием к назначению антагонистов рецепторов к ангиотензину (АРА)при ХСН является непереносимость иАПФ. Доказан эффект двух препаратов этого класса — лозартана и валсартана, однако исследования этих средств при ХСН продолжаются. Применение АРА способствует уменьшению выраженности клинических проявлений ХСН, числа госпитализаций, снижению риска смертности [5,8].

Эффективность и влияние на прогноз ХСН у вспомогательных средств не доказаны, однако в ряде клинических ситуацийони могут быть назначены: при сопутствующей стенокардии напряжения (периферические вазодилататоры), рефрактерной стенокардии (антагонисты кальция), мерцательной аритмии (непрямые антикоагулянты), желудочковых нарушениях ритма (антиаритмические препараты),гиперлипидемии (статины), ХСН ишемической этиоло гии (цитопротекторы)[5,8,10,11].

Вывод.

1. Были изучены группы лекарственных препаратов применяемых для лечения хронической сердечной недостаточности.

2. Проанализированы особенности назначения групп препаратов.

3.Определено влияние лекарственных средств на пациентов с ХСН.

Таким образом, ХСН является актуальной проблемой современности, приводящая, при отсутствии своевременной адекватной терапии, к ухудшению самочувствия, качества жизни больного и прогноза. Спектр используемых фармакологических препаратов достаточно обширен, имеет доказательную базу, хорошую переносимость и эффективность. Правильно подобранная группа препаратов или их комбинация, дозировка, схема терапии способствует уменьшению числа госпитализаций и снижению риска смертности пациентов.

Список литературы.

1. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Беграмбекова Ю.Л., Беленков Ю.Н. и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность. Журнал Сердечная недостаточность. Том 18, №1, 2017 г, стр. 4.
2. Джаиани Н.А. Проблемы фармакотерапии больных хронической сердечной недостаточностью и сочетанной патологией: фокус на β–адреноблокаторы. РМЖ №4 от 25.02.2011, стр. 276.
3. Е.В. Резник, Г.Е. Гендлин, Г.И. Сторожаков. Актуальные проблемы фармакотерапии хронической сердечной недостаточности. АтмосферА. Новости кардиологии, 3*2011, стр. 11.
4. Шапошник И.И. Диагностика, лечение и профилактика хронической сердечной недостаточности: что нового? РМЖ «Медицинское обозрение» №18 от 19.08.2014, стр. 1314.
5. Упницкий А. А. Современные подходы к фармакотерапии хронической сердечной недостаточности// Медицина и здравоохранение: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Казань, март 2018 г.). — Казань: Молодой ученый, 2018. — С. 46-49.
6. Евдокимов В.В. Эффективность применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при хронической сердечной недостаточности / В. В. Евдокимов, А. Г. Евдокимова // Consiliummedicum. — 2013. — N 10. — С. 63–69.
7. Лопатин Ю.М. Бисопролол и снижение риска внезапной смерти: еще один аргумент в пользу начала терапии больных с хронической сердечной недостаточностью b–адреноблокаторами. РМЖ №4 от 19.02.2007, стр. 305.
8. Упницкий А. А. Фармакотерапия хронической сердечной недостаточности с позиции медицины, основанной на доказательствах // Хроническая сердечная недостаточность. 2006.№ 1. С.19–25.
9. Маколкин В. И. Применение бета-адреноблокаторов при хронической сердечной недостаточности: фокус на бисопролол / В. И. Маколкин, Ф. Н. Зябрев // Лечащий врач. — 2012. — N 2. — С. 12–14.
10. Акимов А. Г. Лечение хронической сердечной недостаточности: современные российские и международные рекомендации: руководство / А. Г. Акимов, А. Г. Обрезан. — СПб.: ИнформМед, 2010. — 360 с.
11. Артемьева Е. Г., Маленкова В. Ю., Бусалаева Е. И. Принципы лечения сердечной недостаточности в общей врачебной практике. LAP LAMBERN AcademicPublishing, 2012, стр.172

Оценка приверженности больных гипертонической болезнью к медикаментозному лечению

Алексеева А.Д.

Специальность «Лечебное дело»

Научный руководитель: Кокошникова О.В., преподаватель ГБПОУ ПО «Псковский медицинский колледж»

Одним из ключевых факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия, которую называют «безмолвной убийцей человечества», пандемией XXI века. Установлено, что 39-40 % взрослого населения по всему миру страдает артериальной гипертензией[1]. Артериальная гипертензия является основной причиной сосудистых катастроф, приводящих к смертельным исходам, высокому риску развития инсульта, острого инфаркта миокарда, сердечной и почечной недостаточности. В России каждый третий человек в возрасте 40-60 лет страдает гипертонической болезнью[6]. За последние годы заболеваемость гипертонической болезнью в РФ возросла до 44%[1]. При этом эффективность лечения изучаемого заболевания в России остается низкой[7].

В настоящее время на фармацевтическом рынке РФ представлено огромное количество лекарственных препаратов, предназначенных для лечения артериальной гипертензии. Гипотензивные препараты относятся к разным фармакологическим группам, имеют разные механизмы действия, разные особенности применения при сопутствующих заболеваниях[5].

<u>Классификация антигипертензивных препаратов:</u>

1. Ингибиторы АПФ

2.Антагонисты рецепторов ангиотензина-2

3.Антагонисты адренергических рецепторов

-- Альфа-блокаторы

-- Бета-блокаторы

-- Альфа- и бета-блокаторы

4. Блокаторы кальциевых каналов

5. Вазодилататоры

6. Диуретики

7. Адренергетики центрального действия

-- Альфа-2-агонисты

-- Агонисты имидазолиновых рецепторов

Для лечения больных гипертонической болезнью широко применяются комбинированные препараты. Рациональные комбинации: ИАПФ+диуретик, БРА+диуретик, АКК+диуретик, БРА+АКК, ИАПФ+АКК, β-АБ + диуретик[5].
Существуют фиксированные комбинации в виде готовых лекарственных форм, обладающих значительным удобством в применении и увеличивающие приверженность больных к лечению: Наиболее используемыми являются комбинации иАПФ и диуретика (Нолипрел А, Ко-ренитек, Энап Н, Фозикард Н, Берлиприл плюс, Ко-Диротон) и
ингибитор АПФ + Антагонист кальция (Экватор, Престанс)[1].

Казалось бы, в настоящее время имеются неограниченные возможности лечения больных гипертонической болезнью. Обильный рынок гипотензивных лекарственных препаратов открывает большие возможности подбора рациональной медикаментозной терапии больных гипертонической болезнью. Но, несмотря на это, сохраняется низкая эффективность лечения гипертонической болезни, которая колеблется на уровне 30-35 %.

Основной причиной низкой эффективности лечения принято считать низкую приверженность больных к лечению[3]. Проблема приверженности больного к лечению в последние годы особенно актуальна и признана одной из самых серьезных и распространенных в медицинской практике. Известно, что только 50 % пациентов, имеющих хронические заболевания, привержены к лечебным рекомендациям[7]. Под понятием «приверженности к лечению эксперты Всемирной Организации Здравоохранения рекомендуют понимать «степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни рекомендациям врача»[5]. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией медицинским рекомендациям во всем мире является существенным препятствием в лечении данной патологии.

Соблюдение пациентом рекомендаций по лечению АГ зависит от многих обстоятельств: пола и возраста, психологических особенностей личности, уровня образования и социально-экономического фактора, течения заболевания, хорошей переносимости препарата, количества и кратности приема в течение суток[7]. Как правило, наиболее частым вариантом недостаточной приверженности к лечению является прием недостаточных доз лекарств и пропуски в течение 2–3 дней[4]. Связь между успехом в лечении АГ и приверженностью больного к терапии не вызывает сомнения. Вероятность успешной нормализации АД напрямую зависит от регулярности приема антигипертензивных препаратов. Однако, несмотря на постепенное осознание важности соблюдения приверженности и врачами, и пациентами, проблема приверженности к терапии остается не до конца разрешенной.

Согласно ВОЗ, выделяют пять основных групп факторов, определяющих приверженность к лечению больных [7]:

1. связанные с пациентом (возраст, пол, уровень образования, психо-эмоциональный статус больного, уровень образования, уровень дохода, занятость).

2. связанные с заболеванием (знание симптомов заболевания и его осложнений, стаж заболевания, тяжесть течения, степень выраженности симптомов, сопутствующая патология),

3. связанные с проводимой терапией (удобство приема препаратов, их количество, наличие побочных эффектов, доступность препаратов и достигнутый эффект терапии),

4.связанные с организацией системы здравоохранения (стоимость и доступность приобретения лекарственного препарата),

5.связанные с врачом (авторитет врача, полнота рекомендаций, преемственность назначений).

Проблема приверженности больных гипертонической болезнью к медикаментозному лечению изучалась на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Псковской области «Псковская городская поликлиника». В исследовании участвовали 75 больных гипертонической болезнью в возрасте от 28 до 86 лет.

Цели исследования:

Оценить приверженность больных гипертонической болезнью к медикаментозному лечению.

Выявить наиболее значимые факторы низкой приверженности больных гипертонической болезнью к медикаментозному лечению.

Объект исследования – больные гипертонической болезнью.

Предмет исследования – приверженность больных гипертонической болезнью к медикаментозному лечению гипотензивными лекарственными препаратами.

Задачи исследования:

1) Изучить и проанализировать медицинскую литературу по теме исследования.

2) Провести анкетирование больных гипертонической болезнью с целью распределения на группы по изучаемым признакам.

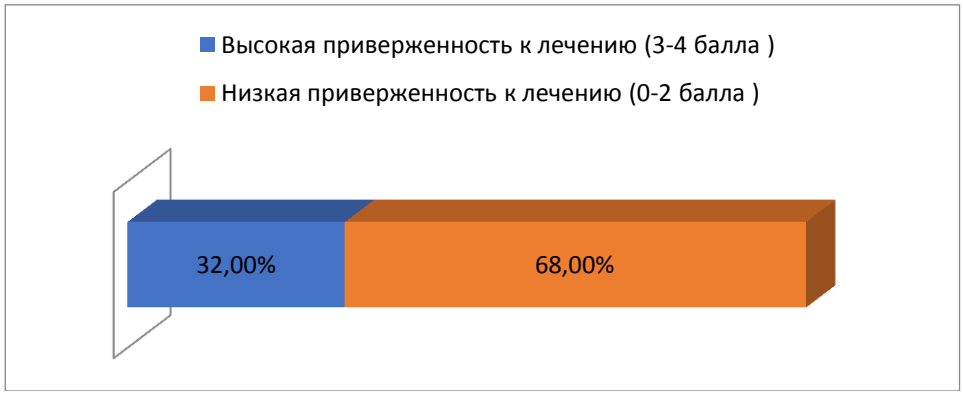
3) Провести тестирование больных гипертонической болезнью по опроснику Мориски-Грина с целью определения степени приверженности к медикаментозному лечению.

4) Выявить наиболее значимые причины низкой приверженности больных гипертонической болезнью к медикаментозному лечению.

Результаты исследования:

Таблица № 1. Соотношение групп больных гипертонической болезнью с высокой и низкой приверженностью к медикаментозному лечению

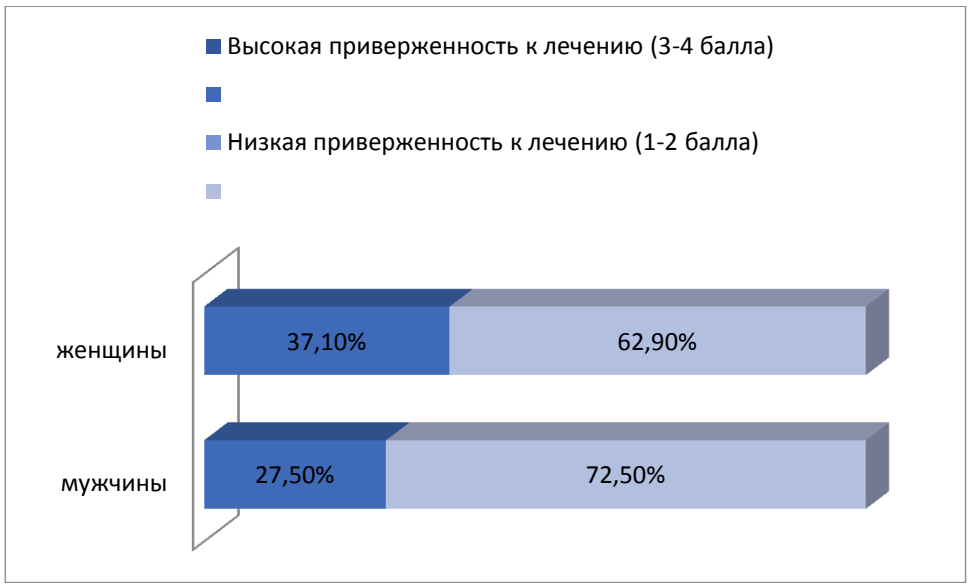
	Абсолютные значения	Относительные значения
Высокая приверженность к лечению	24	32,0 %
Низкая приверженность к лечению	51	68,0 %
Всего	75	100 %



Вывод: Низкая приверженность к медикаментозному лечению выявлена у 68 % обследованных больных гипертонической болезнью.

Таблица № 2. Соотношение групп больных гипертонической болезнью с высокой и низкой приверженностью к медикаментозному лечению в зависимости от гендерного признака

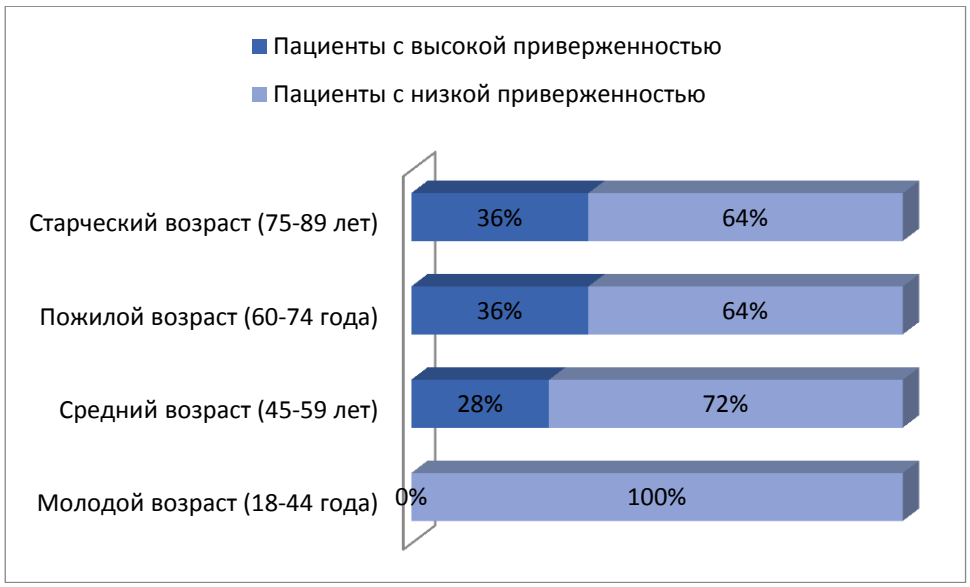
	мужчины		женщины	
	Абсолютное значение	Относительное значение	Абсолютное значение	Относительное значение
Высокая приверженность к лечению	11	27,5 %	13	37,1 %
Низкая приверженность к лечению	29	72,5 %	23	62,9 %
всего	40	100 %	35	100 %



Вывод: Приверженность к медикаментозному лечению гипертонической болезни у мужчин ниже, чем у женщин.

Таблица №3. Соотношение групп больных гипертонической болезнью с высокой и низкой приверженностью к медикаментозному лечению в разных возрастных группах

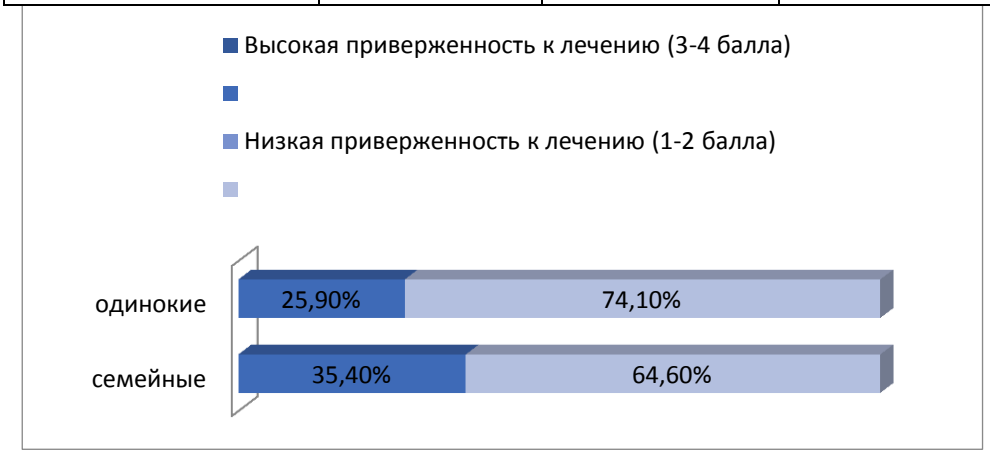
	Пациенты с высокой приверженностью к лечению		Пациенты с низкой приверженностью к лечению		Всего пациентов	
	Абсолют. значение	Относит. значение	Абсолют. значение	Относит. значение	Абсолют. значение	Относит. значение
Молодой возраст (18-44 года)	0	0%	3	100 %	3	100 %
Средний возраст (45-59 лет)	6	28 %	16	72 %	22	100 %
Пожилой возраст (60-74 года)	10	36 %	18	64 %	28	100 %
Старческий возраст (75-89 лет)	8	36 %	14	64 %	22	100 %



Вывод: Наиболее низкая приверженность к медикаментозному лечению гипертонической болезни у больных молодого возраста.

Таблица № 4. Соотношение групп больных гипертонической болезнью с высокой и низкой приверженностью к медикаментозному лечению в зависимости от семейного положения

	семейные		одинокие	
	Абсолютное значение	Относительное значение	Абсолютное значение	Относительное значение
Высокая приверженность к лечению	17	35,4 %	7	25,9 %
Низкая приверженность к лечению	31	64,6 %	20	74,1 %
всего	48	100,0 %	27	100,0 %

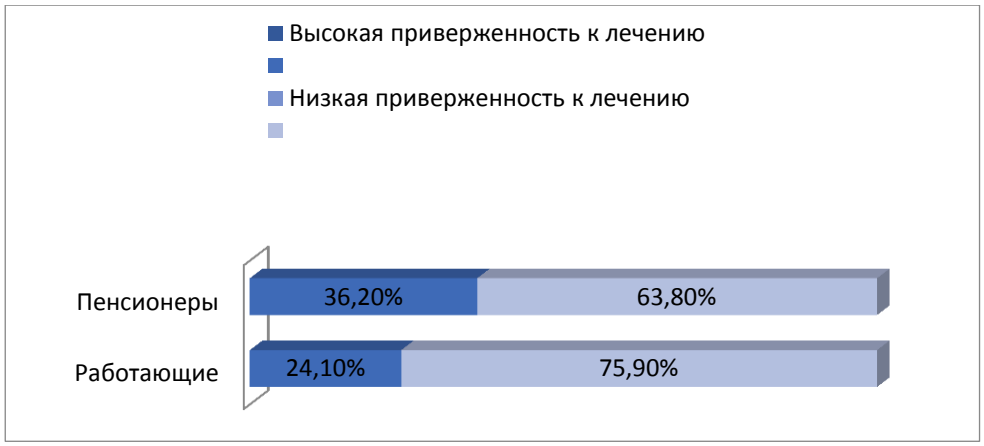


Вывод: Приверженность к медикаментозному лечению гипертонической болезни у одиноких пациентов ниже, чем у семейных.

Таблица № 5. Соотношение групп с низкой и высокой приверженностью к лечению в зависимости от занятости

	Работающие	Пенсионеры

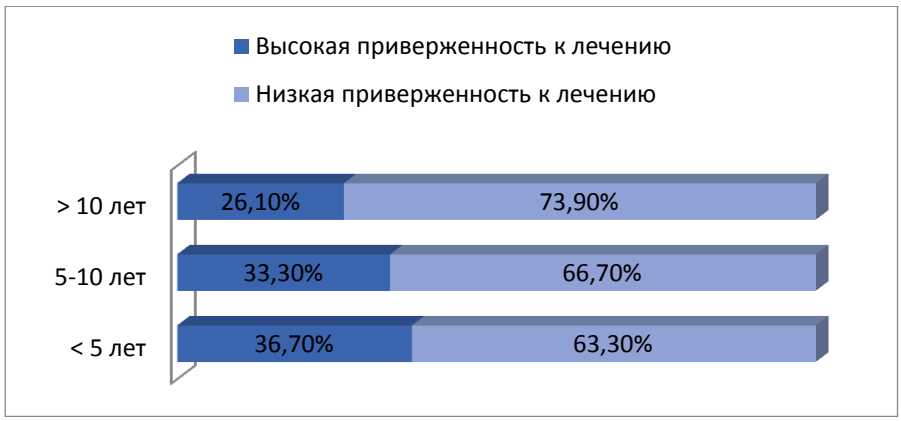
	Абсолютное значение	Относительное значение	Абсолютное значение	Относительное значение
Высокая приверженность к лечению	6	24,1 %	18	36,2 %
Низкая приверженность к лечению	19	75,9 %	32	63,8 %
всего	25	100,0 %	50	100,0 %



Вывод: Приверженность к лечению гипертонической болезни у работающих людей ниже, чем у пенсионеров.

Таблица № 6. Соотношение групп больных гипертонической болезнью с высокой и низкой приверженностью к медикаментозному лечению в зависимости от длительности заболевания

	< 5 лет		5 - 10 лет		> 10 лет	
	Абсолютное значение	Относительное значение	Абсолютное значение	Относительное значение	Абсолютное значение	Относительное значение
Высокая приверженность к лечению	8	36,7 %	10	33,3 %	6	26,1 %
Низкая приверженность к лечению	14	63,3 %	20	66,7 %	17	73,9 %
всего	22	100,0 %	30	100,0 %	23	100,0 %



Вывод: С увеличением стажа заболевания приверженность к лечению прогрессивно снижается.

Таблица № 7. Распространенность причин низкой приверженности к лечению гипертонической болезни (n=51)

	Абсолютное значение	Распространенность
Не контролируют АД	20	39,2 %
Не знают о возможных осложнениях	9	17,1 %
Забывают принять назначенные препараты	12	23,5 %
Плохая переносимость препаратов	6	11,7 %
Необходимость приема нескольких препаратов	16	31,3 %
Дороговизна лечения	8	15,7 %
Отсутствует преемственность лечения	11	21,6 %
Нет взаимопонимания с врачом	4	7,8 %
Неадекватная оценка своего здоровья	12	23,5 %

Вывод: По результатам проведенного анкетирования больных гипертонической болезнью наиболее распространенной причиной низкой приверженности к медикаментозному лечению является отсутствие контроля уровня АД.

Заключение

По результатам проведенного исследования выявлена низкая приверженность к лечению больных гипертонической болезнью обеих гендерных групп. Наиболее низкая приверженность к медикаментозному лечению выявлена у мужчин (72,5 %), пациентов молодого возраста (100 %), одиноких пациентов (74,1 %), работающих людей (75,9 %), при стаже заболевания более 10 лет (73,9 %).

Наиболее распространенными причинами низкой приверженности к медикаментозному лечению являются отсутствие контроля АД (39,2 % респондентов), необходимость приема нескольких препаратов (31,3 % респондентов), забывчивость (23,5 % респондентов), неадекватная оценка своего здоровья (23,5 % респондентов), отсутствие преемственности лечения (21,6 % респондентов).

Гипертоническая болезнь является одной из приоритетных проблем в здоровье населения. На настоящее время наиболее реальными путями решения проблемы повышения эффективности лечения гипертонической болезни является повышение приверженности к лечению и самоконтроль уровня артериальной гипертензии.

Литература:

1. Глобальное резюме по гипертонии. Всемирная организация здравоохранения,2014 год.

2.Жолондз М. Я. Новый взгляд на гипертонию: причины и лечение. — М.: Питер, 2011

3. Фадеев П. А. Гипертония. Болезнь повышенного артериального давления. — М.: «ЭКСМО», 2014.

4. Пациент с артериальной гипертензией в общей врачебной практике: учеб.-метод. пособие / сост. Б. Л. Мовшович, А. Л. Слободянюк, В. П. Мишурова ; Минздравсоцразвития РФ, Институт последипломного образования СамГМУ, Каф. семейной медицины. - Windows 9x/ME/NT/2000/XP. - Самара, 2007.

5.Рекомендаций ВНОК «Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Журнал «Главный врач» №12, 2014 год.

6. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации Москва 2013

7. Мальчинская О.В. «Факторы, определяющие приверженность к лечению артериальной гипертензии». Журнал «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия № 3 , 2016 год. »

Принципы комбинированной фармакотерапии гипертонической болезни

Лунева Я. А.

34.02.01 Сестринское дело

Долматова А. Р.

33.02.01 Фармация

Научный руководитель: Устинова Т. Н., преподаватель профессиональных модулей специальности 33.02.01 Фармация ФГБ ПОУ «Пензенский базовый медицинский колледж» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Гипертоническая болезнь – это хроническое заболевание, основным проявлением которого является стойкое повышение артериального давления. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, нормальным является артериальное давление, не превышающее 140/90 мм. рт. ст. [1]. Установлено, что страдающие гипертонической болезнью составляют 20-30% взрослого населения по данным различных эпидемиологических исследований.

Множество пациентов с гипертонией часто вынуждены принимать несколько видов препаратов, чтобы снизить артериальное давление. Исследования показывают, что изолированно друг от друга эти таблетки эффективны примерно на 30%. Поэтому большинству пациентов необходимо комбинированное медикаментозное лечение.

Комбинированная терапия позволяет добиться улучшения эффективности и безопасности лечения, уменьшения его стоимости, частоты приема препаратов, количества посещений врача, времени, необходимого для подбора эффективного режима. Все это значительно повышает приверженность пациента к лечению и таким образом улучшает клинические исходы.

В связи с вышеперечисленными факторами основной целью научно – исследовательской работы является: анализ комбинированной фармакотерапии, применяемой для лечения гипертонической болезни.

Задачи исследования:

1. Изучить этиологию и патогенез гипертонической болезни.
2. Изучить особенности комбинированной фармакотерапии гипертонической болезни.

Методы исследования: теоретический (теоретический анализ и сравнение литературных источников); эмпирический (анкетирование врачей-кардиологов).

В основе развития гипертонической болезни лежит увеличение объема минутного сердечного выброса и сопротивления периферического сосудистого русла. При воздействии

стрессового фактора происходит нарушение регуляции тонуса периферических сосудов, возникает спазм артериол и увеличивается секреция нейрогормонов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Альдостерон, который участвует в минеральном обмене, вызывает задержку воды и натрия в сосудистом русле, следовательно, повышается артериальное давление. В дальнейшем артериальная гипертензия приводит к таким заболеваниям как склероз миокарда, гипертоническая энцефалопатия [2].

Гипертоническую болезнь классифицируют по уровню артериального давления:

— повышенное нормальное (систолическое 130-139, диастолическое 85-89 мм. рт. ст.);

— гипертоническая болезнь I степени (систолическое 140-159, диастолическое 90-99 мм рт. ст.);

— гипертоническая болезнь II степени (систолическое 160-179, диастолическое 100-109 мм рт. ст.);

— гипертоническая болезнь III степени (свыше 180/110 мм рт. ст.) [10].

Обследование пациентов с подозрением на гипертоническую болезнь направлено на подтверждение стабильного повышения артериального давления, исключение вторичной артериальной гипертензии, выявление наличия и степени поражения органов-мишеней, оценку стадии гипертонической болезни и степени риска развития осложнений [3]. Особое внимание уделяют жалобам пациента, уровню повышения артериального давления, наличию гипертонических кризов и сопутствующих заболеваний.

Современные способы диагностики могут на ранних стадиях выявить гипертоническую болезнь, что позволит максимально предотвратить риск развития осложнений и поддерживать нормальное самочувствие больного:

— физикальное обследование;

— электрокардиограмма;

— ультразвуковое исследование сердца;

— артериография;

— допплерография;

— биохимический анализ крови;

— исследование состояния почек и эндокринной железы [4].

Лечение гипертонической болезни

В современной медицине в зависимости от уровня развития заболевания выделяют следующие виды лечения:

1. Немедикаментозное лечение

Такой вид лечения наиболее эффективен только на ранних стадиях развития гипертонической болезни и включает в себя:

— увеличение физических нагрузок;

— нормализация сна, режима труда и отдыха;

— снижение употребления поваренной соли;

— сбалансированное питание;

— отказ от курения;

— нормализация массы тела [11].

Эффективность данного метода лечения гипертонической болезни на ранней стадии была доказана на основе многолетних наблюдений за группами больных гипертонической болезнью. Как показали исследования, у большинства из них, при строгом соблюдении всех рекомендаций относительно питания, бессолевой диеты и двигательной активности, за год исчезла необходимость в применении лекарственных препаратов, а давление пришло в норму. Поэтому в настоящее время врачами признано целесообразным, в первую очередь, начинать лечение гипертонической болезни с рекомендаций больному относительно изменений образа жизни и системы питания [8].

1. *Монотерапия лекарственными средствами.*

Такой вид лечения необходим, когда гипертоническая болезнь перешла в более прогрессивную форму. Назначение лекарственных средств полностью входит в компетенцию врача-кардиолога и здесь не допускается никакой «самодеятельности» со стороны больного.

Для лечения гипертонической болезни используют следующие группы лекарственных препаратов:

1. Диуретики (Гидрохлортиазид, Индапамид, Фуросемид);
2. Бета-адреноблокаторы (Бисопролол, Метопролол, Атенолол);
3. Ингибиторы ангиотензинпревращающегося фермента (ИАПФ) (Эналаприл, Каптоприл, Лизиноприл);
4. Блокаторы кальциевых каналов (Нифедипин, Верапамил);
5. Блокаторы рецепторов ангиотензина II (Лозартан);
6. Альфа-адреноблокаторы (Доксазозин);
7. Гипотензивные препараты центрального действия (Клофелин).

2. *Комбинированная терапия*

Результаты множества перспективных клинических испытаний антигипертензивной терапии показывают, что при монотерапии удается достигнуть целевого артериального давления в среднем только у 30–40% больных гипертонической болезнью. Это вполне

естественно, поскольку один класс препаратов не в состоянии контролировать все патогенетические механизмы повышения артериального давления: активность симпатической нервной системы и ренин–ангиотензин–альдостероновой системы, объемзависимые механизмы.

К преимуществам комбинированной терапии относят:

— влияние препаратов различных классов на разные физиологические системы, вовлеченные в регуляцию артериального давления, потенцирование антигипертензивных эффектов за счет синергизма действия;

— нейтрализацию контррегуляторных механизмов, направленных на повышение артериального давления;

— уменьшение количества визитов к врачу;

— возможность более быстрой нормализации артериального давления без увеличения количества побочных эффектов;

— частую потребность в быстром и хорошо переносимом снижении артериального давления и/или достижении низких целевых значений артериального давления в группах высокого риска;

— возможность расширения показания для назначения;

— ослабление побочных эффектов, поскольку применяют компоненты в более низких дозах [7].

В большинстве случаев назначение антигипертензивных средств с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиваться целевого артериального давления, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия дает также возможность подавлять контррегуляторные механизмы повышения артериального давления. Использование комбинации гипотензивных препаратов становится неоспоримым, особенно при лечении гипертонической болезни высокого риска, у больных с поражением почек, у страдающих сахарным диабетом, для которых целевые значения артериального давления ниже. Начало лечения с комбинации препаратов наиболее предпочтительно у больных с более низкими целевыми значениями артериального давления, при гипертонической болезни высокого и очень высокого риска, а также при выраженном повышении артериального давления (160/100 мм рт.ст. и выше) [12].

В настоящее время выпускают лекарства, содержащие 2-3 сочетания препаратов для лечения гипертонии из разных фармакологических групп под одной оболочкой. В таких лекарственных препаратах действующие вещества содержатся в одной таблетке в низких дозах. Поскольку чаще всего комбинированные средства принимаются один раз в сутки, то

пациенту удобнее выполнять лечебный режим. Более того, эти лекарства обходятся в итоге дешевле, чем отдельные препараты.

Среди комбинаций двух препаратов эффективными и безопасными считаются:

— диуретик + β–адреноблокатор (Лодоз, Ко-Дальнева);

— диуретик + ингибитор АПФ (Консилар - Д24, Ко - Дальнева, Энзикс, Эналаприл НЛ 20, Хартил - Д);

— диуретик + антагонист рецепторов к ангиотензину II (Телзап Плюс, Телпрес Плюс, Эдарби Кло, Кардосал Плюс);

— антагонист кальция дигидропиридинового ряда + β – адреноблокатор (Конкор);

— антагонист кальция + инигибитор АПФ (Престанс, Эгипрес, Трипликсам);

— антагонист кальция + диуретик (Трипликсам, Ко - Эксфорж, Вальсакор);

— α–адреноблокатор + β–адреноблокатор;

— препарат центрального действия + диуретик [5].

Мы провели исследование и выявили наиболее часто встречающиеся комбинации антигипертензивных препаратов (рис.1).

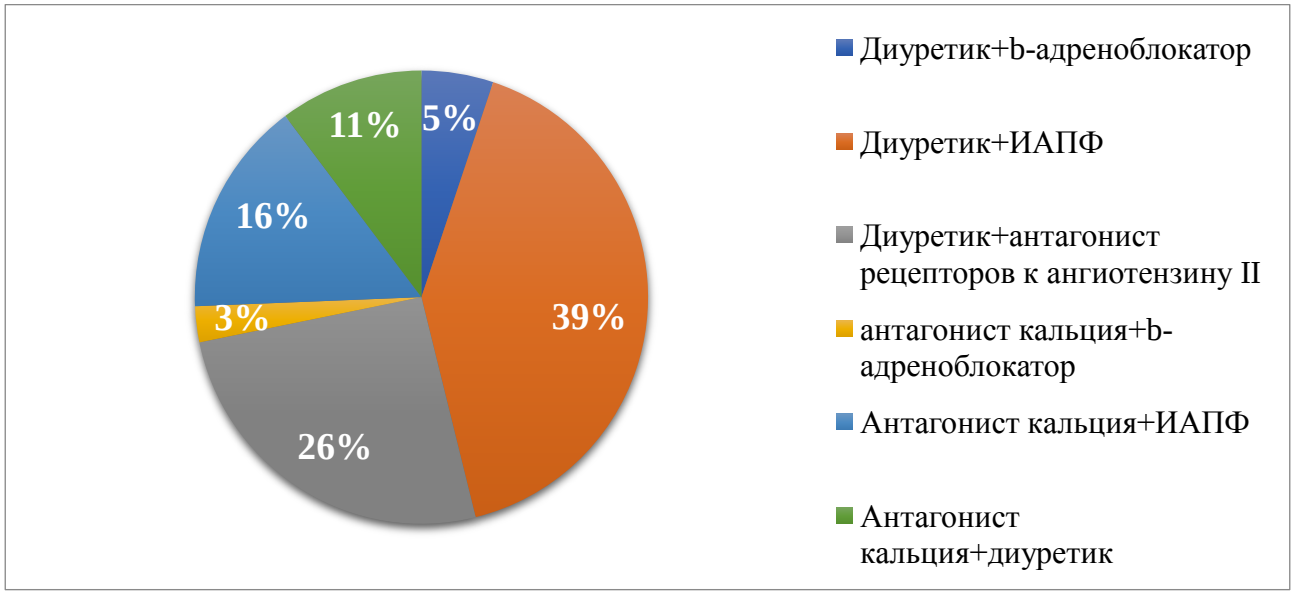


Рисунок 1 – Комбинации антигипертензивных препаратов

Комбинация ингибитора АПФ и диуретика является одной из наиболее обоснованных и удобных. Ингибиторы АПФ и диуретик действуют синергично и эффект от такой комбинации выше, чем у каждого из этих препаратов в отдельности. Диуретики, уменьшая объем циркулирующей крови, приводят к компенсаторной активации ренин–ангиотензин–

альдостероновой системы, что ограничивает их эффективность. Добавление ингибиторов АПФ позволяет преодолеть активацию ренин–ангиотензин–альдостероновой системы и тем самым усиливает эффект диуретика. С другой стороны, известно, что ингибиторы АПФ менее эффективны при низкорениновой форме артериальной гипертензии. Добавление диуретика в данной ситуации увеличивает активность ренин–ангиотензин–альдостероновой системы и обеспечивает повышение эффективности ингибиторов АПФ. Совместное использование ингибитора АПФ и диуретика позволяет взаимно нивелировать побочные эффекты обоих препаратов. Диуретики приводят к повышению экскреции калия, тогда как ингибиторы АПФ способствуют задержке калия. Соответственно комбинация обеспечивает предотвращение как гипокалиемии, индуцированной мочегонным препаратом, так и гиперкалиемии, вызванной ингибиторами АПФ [13].

При комбинация Диуретики + β-адреноблокаторы эффективность применения отмечена у 75% пациентов. Высокая эффективность объясняется способностью перекрестно перекрывать побочные эффекты комбинированных препаратов. β-адреноблокаторы снижают повышение активности ренина плазмы крови, вызываемое диуретиками. Диуретики контролируют подъем ионов натрия, провоцируемый β-адреноблокаторами. Кроме того, низкая стоимость препарата повышает приверженность к нему пациентов. Отрицательными свойствами считаются негативное воздействие при метаболическом синдроме на показатели липидного и углеводного обменов, прогрессирование эректильной дисфункции [6].

Комбинация Диуретики + блокаторы рецепторов ангиотензина II высокоэффективна, так как позволяет блокировать развитие механизмов гипертензии на уровне химаз, что формирует более специфический эффект действия.

При комбинации антагонист кальция + ингибиторы АПФ отмечен выраженный гипотензивный и органопротекторный эффект, включая регресс атеросклеротических изменений сосудистой стенки.

Комбинация β-адреноблокаторы + антагонисты кальция дигидропиридинового ряда подходит в терапии больных гипертонической болезнью в сочетании с ишемической болезнью сердца и стенокардией напряжения. При сочетании с антагонистами кальция недигидропиридинового ряда (Дилтиазем, Верапамил) возможно усиление сходных побочных эффектов (брадикардии, нарушения атрио–вентрикулярной проводимости и так далее).

Таким образом, можно сделать вывод, что комбинированные лекарства от гипертонии при высоком артериальном давлении позволяют значительно улучшить самочувствие пациента и привести уровень артериального давления в норму. При этом такая терапия

безопасна и хорошо переносится человеком. Этот эффект достигается применением фиксированных и нефиксированных сочетаний и комбинаций лекарственных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горохова С. Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях / С. Г. Горохова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 306 с.

2. Дупляков Д. В. Сердечно-сосудистые заболевания в амбулаторной практике / Д. В. Дупляков, Е. А. Медведева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 112 с.

3. Калев О. Ф. Ранняя диагностика и профилактика артериальной гипертензии / О. Ф. Калев, В. С. Строева, Н. Г. Калева. М.: Практика, 2011. 216 с.

4. Кобалава Ж. Д. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению / Ж. Д. Кобалова, Ю. В. Котовская, В. С. Моисеев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 864 с.

5. Кузнецова Н. В., Клиническая фармакология / Н. В. Кузнецова. 2-е изд., перераб. и доп . М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 272 с.

6. Нестерова Д. В. Гипертония. Новые методы лечения / Д. В. Нестерова. М.: РИПОЛ-Классик, 2017. 256 с.

7. Окороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов / А. Н. Окороков. М.: Медицинская литература, 2014. 45 с.

8. Сидоров Е. П. Образ жизни, снижающий артериальное давление при гипертонической болезни (пилотное исследование) / Е. П. Сидоров // Терапевт. 2014. № 1. С. 62-67.

10. Ужегов Г. Н. Болезни сердца и сосудов / Г. Н. Ужегов, Ю. В. Демиденко. М.: Эксмо, 2015. 224 с

11. Хеллер Марла. Диета DASH. Правильное питание и своевременная профилактика гипертонии и сердечных заболеваний / М. Хеллер, пер. на рус. под ред. К. В. Банникова. М.: Эксмо, 2016. 224 с.

12. Чазов Е. И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний / Е. И. Чазов, Ю. А. Карпов. М.: Литтерра, 2016. 784 с.

13. Шляхто Е. В. Кардиология / Е. В. Шляхто. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 816 с.

Проблемы сна у кардиологических больных

Турбина К.А.

Лечебное дело

Научный руководитель: Гундлах Е.Н., преподаватель АНО «ПОО медицинский колледж «Монада» г. Евпатория

В последние десятилетия отмечается повышенное внимание к изучению ритмической организации процессов в организме в условиях как нормы, так и патологии. Интерес к проблемам биоритмологии вполне закономерен, поскольку периодические процессы обнаруживаются на всех уровнях организации живых систем – от молекулярного до органного и системного.

Академик РАН Н.А. Агаджанян, изучая биологические ритмы человека, заключает, что здоровье человека представляет собой оптимальное соотношение взаимосвязанных эндогенных ритмов физиологических процессов и их соответствие внешним циклическим изменениям.

Здоровые люди воспринимают сон как обычное явление и поэтому редко задумываются над его значением и природой. Но когда сон нарушается, это причиняет огромный ущерб здоровью.

Сон (somnus) – функциональное состояние мозга и всего организма человека и животных, имеющее отличные от бодрствования специфические качественные особенности деятельности центральной нервной системы и соматической сферы, характеризующееся торможением активного взаимодействия организма с окружающей средой и неполным прекращением сознаваемой психической деятельности. Еще в XVI столетии известный врач Парацельс придерживался того мнения, что естественный сон должен продолжаться 8 ч и тогда снимается усталость и дается бодрость человеку. Он советовал спать не мало, но и не много, а следовать солнечному циклу, т.е. ложиться спать с заходом солнца и вставать с рассветом.

По данным некоторых авторов, расстройства сна являются одним из самых распространенных психопатологических состояний. Около 30% россиян страдают от бессонницы. [Гендиректор Центра нейротехнологий сна и бодрствования Илья Блохин, 2019].

В современной медицине выделяют следующие формы инсомнии (нарушения сна): транзиторная (преходящая), когда нарушения сна длятся от нескольких ночей до нескольких недель; периодическая, когда сон нарушается в определенные жизненные или сезонные циклы; хроническая, когда нарушения сна длятся более месяца.

Распространенность расстройств сна у больных общесоматической сети достаточно высока. Около 14% больных, обратившихся за помощью в соматический стационар, страдают выраженными нарушениями сна, требующими медикаментозной коррекции [Козырев В.Н., 2001].

Любые расстройства сна негативно отражаются на здоровье человека, т.к. сон – это важнейший регулятор циркадных (околосуточных) биологических ритмов организма, значение которых заключается в регуляции функции органов и систем, его взаимоотношений с внешней средой. Сердечно–сосудистая патология сама по себе создает условия для нарушения циркадных ритмов человека. К имеющимся циркадным изменениям присоединяется и нарушение сна, обусловленное психическими расстройствами, которые сопровождают и утяжеляют течение сердечно–сосудистых заболеваний.

В ходе специальных исследований было выявлено, что возникновение и течение некоторых кардиологических заболеваний (гипертония, стенокардия, инфаркт миокарда) непосредственно связаны с нарушением сна. 20% инфарктов миокарда и 15% случаев внезапной смерти приходится на время ночного сна, при этом инфаркты миокарда, развившиеся в ночные часы, имеют более тяжелое течение и неблагоприятный прогноз. Приступы стенокардии также часто возникают в вечерние и ночные часы и вызывают инсомнию. Эмоциональное напряжение больных стенокардией усиливается из–за страха возникновения очередного приступа и смерти во сне. Кроме того, 5–9% трудоспособного населения страдают обструктивным сонным апноэ (полное прекращение дыхания во сне продолжительностью до 10 с и более). По данным литературы, у больных, страдающих ИБС, ночное апноэ может спровоцировать нарушение ритма в виде желудочковой тахикардии, в отдельных случаях возможно развитие атрио–вентрикулярной блокады II–III степени. Возникающая при этом гипоксемия может спровоцировать ишемию миокарда и как следствие возникновение инфаркта и внезапной смерти от ИБС. Сон может быть нарушен и вследствие некоторых психических заболеваний, в частности при аффективных расстройствах, которые наиболее распространены среди сердечно–сосудистых больных. Е.И. Чазов подчеркивает увеличение смертности от сердечно–сосудистых заболеваний и связывает это, в частности, с высокой распространенностью у таких больных депрессивных расстройств. Установлено, что у больных с депрессией в 3–6 раз выше смертность в течение года после инфаркта миокарда по сравнению с больными, не страдающими депрессией. Вместе с тем известно, что депрессия у кардиологических больных чаще всего остается нераспознанной и в связи с этим не лечится. Характер и степень выраженности расстройств настроения тесно связана с соматической патологией, дальнейшим прогнозом для работы и жизни. Больные фиксированы на кардиологическом заболевании, испытывают постоянное чувство тревоги,

иногда страха за свою жизнь. Часто формируется ограничительное поведение. Особого внимания заслуживает нарушение сна у больных с артериальной гипертензией в связи с высокой распространенностью данной патологии. Одной из причин низкой эффективности гипотензивной терапии является нарушение сна, которое, по данным литературы, наблюдается примерно у 42% больных АГ. Нарушение сна приводит к увеличению среднесуточного артериального давления за счет повышения ночного давления. У таких больных удлиняется период бодрствования с более высокими цифрами АД и ростом АД на следующий день, уменьшается степень ночного снижения АД. Все это приводит к появлению патологического типа суточной кривой АД. У больных АГ, принимающих b–адреноблокаторы, нередко отмечаются побочные эффекты в виде общей слабости, повышенной утомляемости, депрессии. Некоторые сердечно–сосудистые средства, особенно гипотензивные, оказывают отрицательное влияние на ритм сна и бодрствования. Так, нарушения сна чаще наблюдаются при приеме липофильных (пропранолол), чем гидрофильных (атенолол) b–адреноблокаторов. Тем не менее эти данные не носят однозначного характера. На основании анализа литературных данных и клинического опыта врачей–психиатров, работающих в кардиологических стационарах, можно сделать вывод о необходимости дифференцированного подхода к лечению инсомнии при различных заболеваниях ССС. Такой подход подразумевает определение терапевтической тактики на основании признаков, в частности психопатологических синдромов, клинических проявлений соматического заболевания. Необходимо также учитывать степень тяжести соматического состояния пациента, особенности клинической картины, наличие сопутствующей патологии. С целью коррекции нарушений сна у пациентов кардиологического профиля традиционно применяются препараты бензодиазепинового ряда, хотя они не во всем удовлетворяют требованиям эффективности и безопасности. Нередко на фоне приема данных препаратов отмечается чрезмерный седативный эффект, который тяжело воспринимается кардиологическими больными, страдающими астенией. Некоторые бензодиазепины могут вызывать сосудистую гипотонию у лиц пожилого возраста и у пациентов с нарушениями сосудистого тонуса. У больных с ишемической болезнью сердца возможно развитие рефлекторной тахикардии. В то же время современные небензодиазепиновые снотворные препараты лишены побочных эффектов, присущих бензодиазепинам.

Для купирования расстройств сна часто используются препараты, обладающие седативным и/или транквилизирующем эффектом, продающиеся без рецепта (такие как фенобарбитал-содержащие препараты, бромкамфора, препараты растительного происхождения, содержащие валериану, мелиссу, мяту, пустырник, фабомотизол). В этой связи особого внимания заслуживает препарат Донормил (доксиламин сукцинат) класса этаноламинов из группы

блокаторов гистаминовых Н1–рецепторов. Препарат оказывает седативное и атропиноподобное действие. Применяется в дозе 15 мг по ½1/2–1 таблетке за 30 мин. до сна. Сокращает время засыпания, улучшает глубину и качество сна, не влияет на фазы сна.

Препараты брома (Доброкам) обладают способностью концентрировать и усиливать процессы торможения в коре головного мозга за счет прямого воздействия на нейроны. По данным И.П. Павлова и его учеников, они могут восстанавливать равновесие между процессами возбуждения и торможения, особенно при повышенной возбудимости ЦНС. В прошлом препараты брома применялись достаточно широко, в том числе в качестве противосудорожных средств. Сегодня сохраняют свою актуальность признанные во всем мире бальнеологические процедуры — йодобромные ванны с доказанной эффективностью в плане успокаивающего, седативного, антистрессового эффекта, положительно влияющие на сердечно-сосудистую систему, периферическое сосудистое сопротивление, улучшающие качество сна. Бромкамфора (Доброкам) продолжает использоваться в терапии расстройств тревожного спектра в том числе при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Другая составляющая препарата — камфора является аналептическим средством, тонизирующим дыхательный и стимулирующим сосудодвигательный центр. Оказывает непосредственное действие на сердечную мышцу, усиливая обменные процессы и повышая ее чувствительность к влиянию симпатических нервов. Под влиянием камфоры суживаются периферические кровеносные сосуды. Выделяясь из организма через дыхательные пути, камфора способствует отделению мокроты. Имеются указания, что камфора ингибирует агрегацию тромбоцитов, в связи с чем может быть рекомендована к применению для улучшения микроциркуляции. Применяют растворы камфоры для комплексной терапии при острой и хронической сердечной недостаточности, коллапсе, угнетении дыхания при пневмонии и других инфекционных заболеваниях, при отравлении снотворными и наркотическими средствами. Одним из существенных недостатков бензодиазепинов и агонистов бензодиазепиновых рецепторов является их способность угнетать дыхание, поэтому лицам с нарушениями дыхательной системы (такими как апноэ во сне и др.) они противопоказаны. Аналептические свойства камфоры можно рассматривать как преимущества при терапии инсомнии у пациентов с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией. Еще одним преимуществом является возможность использования препарата у детей с 7-летнего возраста. Важной особенностью является развитие седативного и снотворного эффектов сразу с начала приема. Бромкамфору (Доброкам) можно рассматривать как препарат выбора для краткосрочной терапии инсомнии, в том числе при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии. Противопоказания к применению Донормила незначительны: глаукома, период беременности и лактации. Не

рекомендуется применять лицам моложе 15 лет. Возможные побочные эффекты связаны с холиноблокирующим действием препарата: сухость во рту, нарушение аккомодации, запор, задержка мочеиспускания. На фоне приема Донормила может отмечаться дневная сонливость. Эти нежелательные явления не являются терапевтически значимыми для кардиологических больных, легко устраняются при уменьшении дозы препарата. При коррекции расстройств сна у больных сердечно–сосудистыми заболеваниями необходимо учитывать наличие других психопатологических симптомов, приводящих к инсомнии или усугубляющих ее течение. При симптомах депрессии необходимо назначение антидепрессивной терапии.

В Европейском руководстве по диагностике и терапии инсомнии (2017 г.) в качестве первой линии рекомендуется КПТ (в связи с ее безопасностью и доказанной высокой эффективностью; медикаментозное лечение предполагается лишь в тех случаях, когда применение указанного метода невозможно. Ограничения в использовании тех или иных гипнотиков основываются на отсутствии исследований высокой степени доказательности, подтверждающих их эффективность.

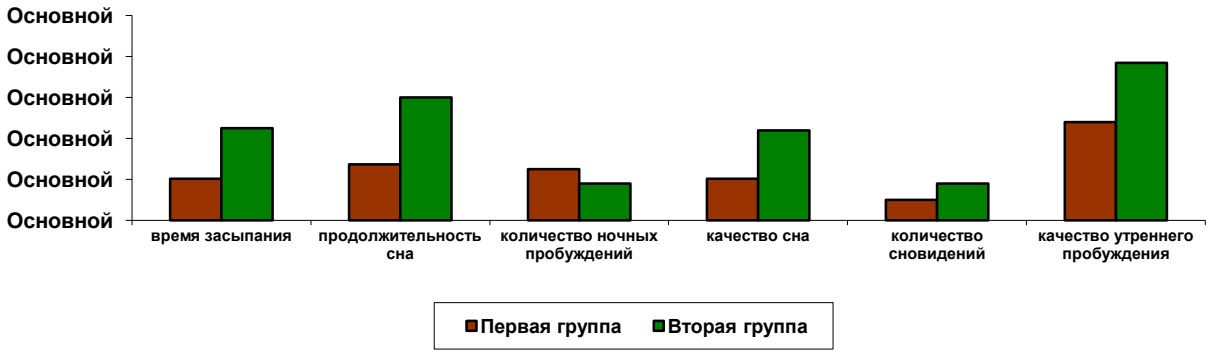
Эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) инсомнии имеет высокую степень доказательности. Одним из вариантов КБТ является поведенческая терапия, направленная на соблюдение гигиены сна, заключающаяся в правильной организации режима сна — бодрствования: ложиться спать и вставать в одно и то же время; исключить дневной сон, особенно во второй половине дня; отказаться от употребления перед сном возбуждающих веществ (чай, кофе, никотин); стараться избегать стрессовых ситуаций, снизить умственную нагрузку, особенно в вечернее время; использовать умеренную физическую нагрузку с целью вызвать утомление в вечернее время, но не позднее, чем за 3 ч до сна; прогулки на свежем воздухе; прохладный душ (небольшое охлаждение тела является одним из элементов физиологии засыпания), в ряде случаев теплый душ, вызывающий легкую мышечную релаксацию, также может приводить к улучшению засыпания; создание комфортных условий для сна: удобный матрац, подушка, температура в спальне не выше 21 °С. Другой разновидностью КБТ является ограничение сна, когда время пребывания в постели сводится в фактическому времени сна с постепенным увеличением данного отрезка. Контроль стимуляции направлен на разрыв сформировавшихся триггеров, поддерживающих бессонницу (страх приближающегося времени отхода ко сну, страх укладывания в постель, ассоциирующиеся с мучительными размышлениями о невозможности заснуть): разрешается ложиться в постель только при возникновении желания спать, если сон не приходит, необходимо встать и переключиться на другие занятия, исключить дневной сон, вставать в одно и то же время.

Среди других немедикаментозных методов с успехом используются различные релаксационные методики, физиотерапия (транскраниальная магнитная стимуляция, электросон, хромотерапия) и бальнеотерапия (йодобромные ванны).

Мною, во время прохождения производственной практики, на базе Евпаторийской городской больницы в кардиологическом отделении под руководством заведующей отделения были выбраны две группы пациентов с заболеваниями ССС, страдающие нарушением сна.

Одна группа пациентов принимала для коррекции нарушений сна препарат Донормил (доксиламин сукцинат) класса этаноламинов из группы блокаторов гистаминовых Н1–рецепторов.

Вторая группа - когнитивно-бихевиоральную терапию (КБТ).



Выводы:

Все параметры сна: время засыпания, продолжительность сна, количество ночных пробуждений, качество сна, количество сновидений, качество утреннего пробуждения эффективнее у пациентов второй группы.

Заключение

Диагностика инсомнии требует глубокого, разностороннего, комплексного обследования пациента с учетом детальных характеристик сна, соматических и психологических особенностей. В терапии данного состояния по возможности приоритет должен отдаваться нелекарственным способам, направленным на устранение неблагоприятных факторов, мешающих формированию нормального сна, релаксацию. Медикаментозное лечение желательно проводить короткими курсами и лишь тогда, когда бессонница существенно отражается на жизнедеятельности. В связи с отсутствием идеального уникального гипнотика, универсально и эффективно действующего на всех страдающих бессонницей пациентов и полностью лишенного побочных эффектов, в выборе снотворного препарата целесообразнее опираться на индивидуальные особенности пациента (возраст, пол, наличие сопутствующей соматической и/или психической патологии, беременности, индивидуальной восприимчивости и т. п.).

Библиографический список:

1. Агаджанян Н.А., Петров В.И., Радыш И.В., Краюшкин С.И. Хронофизиология, хронофармакология и хрономедицина. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005

2. Козырев В.Н. Интегрированная медицина — модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами”, 2001

3. Шурлыгина А.В. Основы хронобиологии и хрономедицины в таблицах и схемах. Новосибирск, 2001

4. Актовая речь профессора Фролова В.А. Заседание учебного совета, РУДН, Москва, 2011

5. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Медицина, 2000

6. Иванов С.В. Совместимость психотропных и соматотропных средств. 2002

7. Козырев В.Н., Смулевич А.Б., Индикт С.Г. Опыт организации психиатрической помощи в условиях территориальной поликлиники. В кн: Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях. 1979, с.191–195

5. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е. Современные аспекты фармакотерапии ишемической болезни сердца. Лечащий врач 2003, №6, с.14–19.

6. Смулевич А.Б. Депрессивные расстройства в кардиологии // Consilium medicum 2003; экстра выпуск, с. 3–6.

7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокардиология. 2005

8. Чазов Е.И. – Психосоциальные факторы как риск возникновения сердечно–сосудистых заболеваний. Легкое сердце, 2004, №3, с.2–4.

4. Студенческая библиотека онлайн. Фармакотерапия нарушения сна. https://studbooks.net

Профилактика артериальной гипертензии в деятельности медицинской сестры

Романишина И.О.

Сестринсеое дело

Научный руководитель: Раздобарова О.А., преподаватель ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж»

Актуальность темы: по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) с 2017 года по 2019 год АГ является причиной 49,2% всех случаев смерти [10, с. 2] от инсульта и болезней сердца, 28,5% - приходится на артериальную гипертензию от общего числа сердечно-сосудистой смертности [3, с. 199] Россия стоит на 49-м месте в мире по выявляемости АГ[9, с. 1]. АГ наряду с курением и дислипидемией относится к основному фактору риска [8, с. 221] ишемической болезни сердца и мозгового инсульта. В Краснодарском крае общая заболеваемость взрослого населения АГ в 2017 году выросла на 1,5% и составила 187,8 случаев на 1000 населения и занимает второе место после болезней органов дыхания [3, с. 62]. В Кущёвском районе по данным всеобщей диспансеризации населения в 2016 году почти у 42% населения медицинские работники выявили повышенное АД, где среди ведущих причин «скачков» были: недостаточная физическая активность, нерациональное питание, курение и избыточная масса тела [6, с. 52]. Несмотря на Федеральную целевую программу «Профилактика и лечение АГ в РФ» рост заболеваемости АГ [4, с. 111] представляет прямую угрозу здоровью населения района и края [1 с. 2], вследствие временной или стойкой утраты трудоспособности населения, преждевременной смерти из-за АГ [2, с. 3] и ее осложнений [7, с. 128], приводит к значительному экономическому ущербу [11, с. 1]. Всё выше перечисленное ещё раз подчёркивает актуальность рассматриваемого нами вопроса.

Цель исследования: изучить профилактику артериальной гипертензии в деятельности медицинской сестры; провести сравнительный анализ заболеваемости артериальной гипертензией в РФ, Краснодарском крае и Кущёвском районе за период с 2017 по 2019 год; определить ведущие факторы риска АГ населения Кущёвского района; установить частоту встречаемости жалоб на скачки артериального давления среди населения; проанализировать деятельность медицинской сестры кабинета доврачебного приёма в рамках первичной профилактики артериальной гипертензии; проанализировать роль медицинской сестры в формировании положительной мотивации населения к профилактике артериальной гипертензии; провести санитарно-просветительскую работу по профилактике артериальной гипертензии среди населения Кущёвского района. Объект исследования: деятельность

медицинской сестры. Предмет исследования: профилактика артериальной гипертензии в деятельности медицинской сестры. Объём исследования: 100 респондентов. Новизна исследования: заключается в расширении и дополнении данных о факторах риска развития артериальной гипертензии среди населения Кущёвского района. Гипотеза: проверяется утверждение о том, что профилактические мероприятия по снижению заболеваемости артериальной гипертензией возможны только при активном и совместном участии населения и медицинского персонала. Практическая значимость: готовность результатов исследования к использованию в санитарно-просветительской работе среди населения Кущёвского района. Методы исследования: анализ статистических данных; анализ научной медицинской литературы; социологический опрос; измерение артериального давления.

Мы провели опрос в двух группах: первая - пятьдесят работников УПФР Кущёвского района, вторая – пятьдесят военослужащих учебной авиационной базы КВВАУЛ. Для проведения исследования была разработана анкета. Участие в опросе было добровольным.

Осовная часть респондентов в первой группе - женщины – 84% 36-40 лет, а во второй - мужчины – 96% до 35 лет. 72% - первой группы не знают, кто больше предрасположен к АГ, а 88% второй – знают, от медработника. Большинство служащих УПФР не знают своё «рабочее» АД (80%), имеют высокий риск АГ (22 %), лишний вес (56%), ведут не активный образ жизни (76%), предпочитают пищу животного происхождения (60%), не знают последствия гиперхолестеринемии (76%), но вкурсе о последствиях гиподинамии (58%), «досаливают в тарелке» (34%) и не знают о последствиях (64%), наиболее подвержены психическому перенапряжению на рабочем месте. Полученные результаты выявили целевую аудиторию – сотрудники УПФРи подтвердили актуальность темы исследования:

1. Лидирует первичная АГ с 2017 по 2019 год в РФ, Краснодарском крае, Кущёвском районе с динамикой роста на 1,5% в РФ, на 1,9% – в Краснодарском крае, на 1,4% – в Кущёвском районе.

2. Ведущие факторы риска АГ населения Кущёвского района: избыточная масса тела, гиподинамия, погрешности в питании, вредные привычки.

3. Частота встречаемости жалоб на скачки артериального давления среди населения ниже, чем практическая возможность их иметь.

4. Важное условие эффективной профилактики АГ для пациента – выполнение рекомендаций медицинской сестры.

5. Медицинская сестра прикладывает все усилия к формированию положительной мотивации населения к профилактике артериальной гипертензии, а следовательно играет в этом большую роль.

Нами была проведена санитарно-просветительская работа по профилактике артериальной гипертензии среди сотрудников УПФР в Кущёвском районе, показан видеофильм «Артериальная гипертензия: факторы риска», разработан буклет «Артериальная гипертензия: факторы риска и самопомощь при гипертоническом кризе» и составлены рекомендации по соблюдению здорового образа жизни.

Мы подтвердили гипотезу: о том, что профилактические мероприятия по снижению заболеваемости артериальной гипертензией возможны только при активном и совместном участии населения и медицинского персонала.

В результате санитарно-просветительской работы среди сотрудников УПФР: факторы риска развития АГ у них снизились на 28%, к терапевту обратилось на 2% больше, контролировать своё АД стало на 10% больше.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ МЗ РФ от 16.09.2003 г. № 440 «О разработке мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией среди населения 19-64 лет»;

2. Приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным артериальной гипертонией»;

3. Бритов, А.Н. Тактика введения больных артериальной гипертонией, роль участкового/А.Н. Бритов.- М.: Медицина.-2015.-203 с.

4. Двойников, С.И. Проведение профилактических мероприятий / С.И Двойников, Ю.А Тарасова. - Спб.: ГОЭТАР-Медиа, 2016.-448 с.

5. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела. Учебник для медицинских училищ и колледжей. / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - СПб.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-368 с.

6. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология»: учеб. пособие /- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-272 с.

7. Тарасевич, Т.В. Сестринское дело в терапии/Т.В. Тарасевич.-Мн.: РИПО, 2013.-587 с.

8. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни/Н.И. Федюкович.- Ростов н/Д.: Феникс 2016.-573 с.

9. Медицинский портал «VZdorovomTele.ru».-Электрон.[М.]. - Режим доступа:http://vzdorovomtele.ru/lechenie-gipertonicheskoj bolezni/gipertonicheskaja-bolezn-v-rossii-statistika.html, свободный. Загл. Экрана. Яз. Рус.- (Дата обращения: 20.10.2019).

10. Медицинский портал «Medical Insider».-Электрон.[М.] .- Режим доступа: https://medicalinsider.ru/rubrics/rasprostranennost-arterialnojj-gipertenzii-i-porazhenii-serdca/, свободный. Загл. Экрана. Яз. Рус.- (Дата обращения: 19.09.2019).

11. Информационный портал «Meditsina».-Электрон.[М.]. - Режим доступа: http://studbooks.net/2399622/meditsina/statisticheskie_dannye_gipertonicheskoy_bolezn, свободный. Загл. Экрана. Яз. Рус.- (Дата обращения: 16.10.2019).

Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с ишемической болезнью сердца

Петрова Т.Д.
специальность «Медицинская сестра»
Научный руководитель: Бугеро С.С., преподаватель специальных медицинских дисциплин отделения ФГБПО «Ульяновский фармацевтический колледж» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность темы обусловлена тем, что медицинская сестра является важнейшим участником лечебного, диагностического, профилактического процесса, помогающая врачу решать многие задачи, в том числе задачи лекарственной терапии. Сердечно-сосудистые заболевания на сегодняшний день - наиболее часто встречающаяся патология, как за рубежом, так и в нашей стране. По данным Всемирной Организации Здравоохранения число возникновений и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний стоят на первом месте. Исследование проводилось в рамках подготовки и защиты курсовой работы Петровой Т.Д., студентки 3 курса отделения «Сестринское дело» на тему «Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с ишемической болезнью сердца».

Цель исследования: изучение особенностей фармакотерапии в сестринской практике.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу и систематизировать знания, необходимые медицинской сестре при проведении лекарственной терапии сердечно-сосудистыми препаратами.

2. Проанализировать результаты опроса медицинских сестер, участвующих в фармакотерапии сердечно-сосудистыми препаратами.

3. Сделать выводы об особенностях фармакотерапии в сестринской практике.

Объект исследования: участие медицинской сестры в фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Предмет исследования: особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при участии в фармакотерапии сердечно-сосудистыми препаратами.

Здравоохранение в России не может развиваться в обществе и быть свободным от него. Здоровье нации есть следствие социального и политического строя общества и как зеркало отражает все его успехи и невзгоды. В связи с этим для российского здравоохранения становится актуальна проблема повышения эффективности медицинской помощи населению. Фармакология относится к числу общемедицинских знаний и в работе медицинской сестры занимает особое место, так как закладывает фундамент для понимания и применения клинических дисциплин. Медицинская сестра – специалист, не только строго выполняющий назначения врача, но эрудированный и грамотный во всех отношениях, в том

числе и в области фармакотерапии. Поэтому необходимо знать особенности лекарств, уметь обоснованно применять их.

Миссия медицинской сестры заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в изменяющихся условиях окружающей среды, в которой они живут и работают.

В курсовой работе студентки Петровой Т.Д. отражены функции медицинской сестры, которые следуют из миссии сестринского дела в обществе. Они имеют огромное значение независимо от места и времени оказания помощи, тяжести состояния пациента, его финансового положения.

Функции сестринского персонала определяются целями сестринского дела, которые в различной степени должны разделять и другие работники системы здравоохранения.

Первая функция – осуществление сестринского ухода. Это могут быть профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека или его семьи.

Вторая функция – обучение пациентов и их близких навыкам, связанным с сохранением и поддержанием здоровья на определённом уровне.

Третья функция – исполнение медицинской сестрой как зависимой, так и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента.

Четвёртая функция – исследовательская деятельность в области сестринской практики и последующее её изменение в соответствии с новыми научными фактами также начинает реализовываться в нашей стране [2].

Медикаментозное лечение занимает одно из ведущих мест в лечебных мероприятиях. К лекарственным средствам относятся различные химические соединения естественного и искусственного происхождения, применяемые для диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Использование лекарственных препаратов в лечебных целях называют фармакотерапией. Различают лечение:

1. Этиотропное – устраняет причины возникновения заболевания (например, антибактериальные средства при инфекционной патологии).

2. Патогенетическое – влияет на различные звенья механизма формирования заболевания.

3. Симптоматическое – воздействует на отдельные симптомы болезни (например, обезболивающие, противосудорожные, сосудосуживающие средства).

4. Заместительное – восполняет дефицит различных биологических активных веществ в организме (гормонов, ферментов, витаминов) [5].

Лекарственные препараты оказывают на организм как местное, так и общее (резорбтивное, системное) действие. Для подавляющего большинства лекарственных средств фармакологический эффект рассматривается в рамках рецепторной теории, предполагающей более или менее избирательное взаимодействие молекулы препарата с биомолекулами, осуществляющими специфическую функцию в обмене веществ или регуляции определенной деятельности [6].

Концентрация лекарственного средства в зоне его реагирования с рецепторами, а также его распределение в организме и выведение зависят от дозы препарата, его биодоступности при избранном пути введения в организм (т.е. способности проникать на пути к месту действия через различные барьеры – стенки желудочно-кишечного тракта, кровеносных капилляров, среды, мембраны клеток и др.), от особенностей транспорта, способности связываться с белками плазмы и подвергаться метаболизму.

Транспорт лекарственных средств через различные барьеры может быть пассивным (по градиенту концентрации вещества) и активным (с затратой энергии на перенос молекул лекарства через мембраны). Пассивно транспортируется большинство жирорастворимых лекарственных средств, легко проникающих в липидный слой клеточных мембран, а также неэлектролиты и неионизированные молекулы кислот и оснований. Распределение лекарственного средства в организме зависит от проницаемости для него гистогематических барьеров и так называемого объема распределения [6].

Целью комбинации лекарственных средств могут быть усиление терапевтического эффекта (при недостаточной эффективности одного препарата) или повышение его вероятности (при неполном этиологическом или патогенетическом диагнозе у тяжелобольного), снижение дозы токсического или обладающего нежелательными действиями препарата, а также нейтрализация нежелательного действия основного лекарственного средства [3].

При проведении фармакотерапии сердечной недостаточности используются сердечные гликозиды (дигитоксин, целанид, коргликон, строфантин) и негликозидные кардиотонические средства (допамин, добутамин). Сердечная недостаточность – это неспособность сердца в полной мере выполнять свою насосную (сократительную) функцию и также обеспечивать организм необходимым количеством кислорода, содержащегося в крови. Основными клиническими признаками сердечной недостаточности являются нарушение кровообращения, нарастающее кислородное голодание, цианоз кожных покровов.

При проведении фармакотерапии сердечными гликозидами, как показал анализ результатов опроса, медицинские сестры знают, что сердечные гликозиды кумулируют, что на первый прием пациенту назначается насыщающая доза, далее поддерживающая доза и необходимо следить за появлением признаков гликозидной интоксикации и незамедлительно информировать об этом врача.

Высокое давление (гипертония) выступает в качестве основной причины всех инфарктов и инсультов. Именно гипертония и вызываемые ею перепады давления выступает тем спусковым крючком, который отправляет человека на тот свет.

Классификация антигипертензивных препаратов:

- диуретики (гипотиазид, фуросемид. верошпирон);
- бета-блокаторы (анаприлин, эгилок, тенорик);
- блокаторы кальция (нифедипин, дилтиазем) ;
- ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл);
- блокаторы аденозиновых рецепторов (ирбесартан, валсартан);
- альфа-адреноблокаторы (празозин).

При купировании приступа стенокардии медицинская сестра должна действовать быстро и профессионально - дать пациенту принять сублингвально нитроглицерин или валидол (только при отчетливо выраженном эффекте ранее), наблюдать за пациентом и при необходимости дать принять еще одну дозу, при использовании нитроглицерина следует измерить у пациента артериальное давление, обратить внимание на нитратную головную боль после принятия нитроглицерина, объяснить пациенту причину головной боли и успокоить его [1].

Медицинская сестра, участвующая в фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний обязана:

- внимательно изучать инструкции по применению назначенных пациентам лекарственных препаратов;
- обращать особое внимание на возможные побочные эффекты препаратов и, по указанию врача, проводить профилактику их проявления;
- следить за соблюдением пациентами всех рекомендаций врача;
- следить за соблюдением назначенной диеты при приеме лекарств;
- незамедлительно ставить в известность врача о возникших у пациентов осложнениях от назначенных препаратов;
- уметь оказывать помощь пациентам при нестандартных ситуациях, соблюдая главный принцип клятвы Гиппократа «Не навреди!»

Введение лекарств пациенту – зависимое сестринское вмешательство – включает подготовку лекарства, назначенного врачом, и его введению пациенту. Реакция на лекарственные препараты зависит от индивидуальных особенностей организма, степени чувствительности его тканей и органов. Проведенное исследование также показывает, что безопасное и точное введение лекарств – одна из главных обязанностей медсестры.

Тактика применения лекарственного средства обосновывается данными о механизме его действия, биодоступности (всасывании), распределении в тканях и элиминации из организма.

Сестринское дело представляет собой науку и искусство, воплощение милосердия и проявление неустанной заботы о больном, а сестринский уход – образ мышления и действий по отношению к основным субъектам сестринского дела – людям, окружающей среде, здоровью. Это метод организации и оказания сестринской помощи, который включает в себя пациента и медицинскую сестру как взаимодействующих лиц.

Работа Петровой Т.Д. показала, что в профессии медицинской сестры фармакотерапия, наука изучающая совокупность методов лечения, основанных на применении лекарственных средств, занимает важное место.

Таким образом, проведенное исследование деятельности медицинской сестры в лекарственной терапии сердечно – сосудистых заболеваний, позволяет сделать вывод, что от профессиональных действий медицинской сестры во многом зависит результат лечения заболеваний сердечно-сосудистой патологии, частота осложнений и, в целом, положительная динамика статистики по заболеваниям.

Список литературы:

1. Бурбелло А.Т., Шабров А.Т., П.П. Денисенко. Современные лекарственные средства. – «Нева, Олма-Пресс», 2002. – 800 с.

2. Двойников С.И. и др. Теория сестринского дела: Учеб. пособие для студентов ВСО. – Самара: ГП «Перспектива», 2002. - 160 с.

3. Крыжановский С.А. Клиническая фармакология: Учеб. для студ. сред. мед. учеб. заведений. – М.: Мастерство, 2001. – 400 с.

4. Мухина С.А., Тарановская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебное пособие. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР - Медиа», 2010. – 366 с.

5. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. Серия «Медицина для вас». – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 512 с.

6. [Электронный ресурс] Клиническая фармакология для специальности «Сестринское дело» https://infourok.ru/vvedenie-klinicheskaya-farmakologiya- (дата обращения 19.10.19)

Роль медицинской сестры в фармакотерапии хронической сердечной недостаточности

Никифоров И. Н.

специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель: Крапивина О.И., преподаватель ОМК – структурное подразделение ОрИПС – филиала СамГУПС

Согласно определению, изложенному в клинических рекомендациях Российского кардиологического общества, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой «патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания сердечно-сосудистой системы или под влиянием других этиологических причин происходит нарушение способности сердца к наполнению или опорожнению, сопровождающееся дисбалансом нейрогуморальных систем (РААС, симпатоадреналовой системы, системы натрийуретических пептидов), с развитием вазоконстрикции и задержкой жидкости, что приводит к дальнейшему нарушению функции сердца (ремоделированию) и других органов-мишеней (пролиферации), а также к несоответствию между обеспечением органов и тканей организма кровью и кислородом с их метаболическими потребностями».

В настоящее время актуальность проблемы ХСН для здравоохранения обусловлена распространенностью патологии и значительными экономическими затратами, обусловленными тяжелым прогрессирующим течением заболевания, многократными госпитализациями, ранней инвалидизацией, дорогостоящим кардиохирургическим и продолжительным медикаментозным лечением, комплексной программной реабилитацией и высоким уровнем смертности. Одним из основных стратегических направлений в эффективном лечении больных с ХСН, улучшении качества их жизни, снижении смертности и продолжении жизни пациентов является выявление этой патологии на максимально ранних стадиях лежащего в основе заболевания и своевременно начатом фармакологическом воздействии.

Длительное время одним из основных направлений в кардиологии являлось изучение проблем фармакотерапии атеросклероза, ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, это связано с их высокой медико-социальной значимостью для общества, однако новое понимание сути ХСН, рассмотрение этого синдрома как крупнейшей неинфекционной пандемии привели к более глубокому осознанию международным медицинским сообществом проблемы ХСН[1,2].

Цель: показать практическую значимость роли медицинской сестры в фармакотерапии пациентов с ХСН.

Задачи:

1) Изучить группы лекарственных средств используемых в ХСН.

2) Определить эффективную комбинацию препаратов для лечения и улучшения качества жизни больных ХСН.

3) Обозначить роль медицинской сестры в фармакотерапии ХСН.

Согласно классификации Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко (1935) в развитии ХСН наблюдаются три стадии. В последние годы получила распространение классификация ХСН Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), состоящая из четырех функциональных классов (ФК) (таблица 1).

Таблица 1. Классификация хронической сердечной недостаточности (Общество специалистов по сердечной недостаточности) [5].

Стадия	Объективные признаки	Функциональный класс	Функциональный статус
I	Скрытая недостаточность кровообращения (НК) проявляющаяся одышкой, сердцебиениями проявляющаяся одышкой, сердцебиениямии утомляемостью. В покое эти явления исчезают. Гемодинамика не нарушена	I	Легкое ограничение физической активности. Обычная нагрузка. не вызывает чрезмерной усталости, сердцебиения, одышки.
IIA	Признаки НК в покое выражены умеренно. Толерантность к нагрузке снижена. Нарушения гемодинамики в большом или малом круге выражены умеренно	II	В покое самочувствие хорошее. Обычная физическая активность
IIБ	Выраженные гемодинамические нарушения в которые вовлечена вся сердечно сосудистая система (большой и малый круги кровообращения)	III	Значительное ограничение физической активности. В покое самочувствие хорошее. Небольшая физическая активность приводит к усталости, учащенному сердцебиению, одышке.
IIA	Выраженные клинические и гемодинамические признаки НК в покое, но при активном лечении	IV	Любая физическая активность вызывает ощущение дискомфорта. Симптомы сердечной недостаточности могут быть даже в покое.
IIIБ	Конечная дистрофическая стадия НК с выраженными нарушениями гемодинамики, обмена веществ и необратимыми изменениями органов и тканей.		

Цели лечения ХСН: устранение симптомов ХСН; замедление прогрессирования болезни путем защиты органов мишеней (головной мозг, сердце, почки, сосуды); улучшение качества жизни больных; уменьшение частоты и длительности госпитализаций (и расходов); улучшение прогноза [1]. Успех в достижении целей лечения у больных ХСН возможен при совместной, координированной работе с участием пациента и членов его семьи, врача, медсестры, психотерапевта и социального работника. К компетенции медсестры относятся не только планирование и осуществление ухода с соблюдением всех его этапов, но и информирование больных и их родственников об основных методах лечения и действии фармакологических препаратов.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности направлено на повышение функций сокращения и избавления организма от избытка жидкости. Современные требования к терапии ХСН предусматривают как можно более раннее начало лечения – до того, как сформировались тяжелые и необратимые изменения сердца и можно предотвратить прогрессирование заболевания. Лекарственные средства для лечения ХСН можно разделить на 3 категории: основные (А), дополнительные (В) и вспомогательные (С) (таблица 2) [8].

Таблица 2. Препараты для лечения ХСН.

Основные (А)	Дополнительные (В)	Вспомогательные (С)
• Ингибиторы АПФ • β-Адреноблокаторы Антагонисты альдостерона (спиронолактон) • Диуретики • Гликозиды • Антагонисты рецепторов к ангиотензину	• Статины • Антикоагулянты (при мерцательной аритмии)	• Вазодилататоры • Блокаторы кальциевых каналов • Антиаритмики • Ацетилсалициловая кислота • Негликозидные инотропные средства

Примечание. Категория А – воздействие на проявления заболевания, качество жизни и прогноз доказано и сомнений не вызывает; категория В – эффективность и безопасность препаратов исследованы, но требуется их уточнение; категория С – влияние на прогноз неизвестно; применение диктуется клиникой.

Ингибиторы АПФ (эналаприл, каптоприл, лизиноприл, периндоприл, рамиприл) – понижают тонус сосудов, расширяют вены и артерии, уменьшая тем самым сопротивление сосудов во время сердечных сокращений и способствуя увеличению сердечного выброса. Для

каптоприла, эналаприла, рамиприла, лизиноприла и фозиноприла полностью доказана способность улучшать прогноз у больных с ХСН. Во избежание гипотонии при приеме первой дозы ингибитор АПФ следует назначать не ранее чем через 24 ч после обильного диуреза, предварительно отменив вазодилататоры. Следует избегать одновременного назначения нестероидных противовоспалительных препаратов. Контролировать артериальное давление (АД) и электролиты крови надо через 1–2 недели после каждого повышения дозы. При развитии побочных эффектов (в 1–2% случаев – азотемия, в 2–3% – сухой кашель, в 3–4% – гипотония) ингибиторы АПФ могут быть заменены на АРА II.

Медицинская сестра контролирует соблюдение больным назначенного врачом лечения, так как низкие дозы лекарственных препаратов могут привести к декомпенсации сердечной деятельности, а высокие – к осложнениям. Следует уточнить, принимал ли больной в прошлом какие-либо препараты из группы ингибиторов АПФ и не вызывали ли они развития ангионевротического отека (отек Квинке) или появления сухого кашля. Необходимо помнить, что после приема первой дозы ингибитора АПФ больной ХСН должен в течение нескольких часов находиться под медицинским наблюдением, включающим повторное измерение артериального давления (АД). В начале терапии этими препаратами содержание креатинина и калия в сыворотке крови определяют через 3–5 дней, в дальнейшем – с интервалом в 3–6 мес. Отменяют ингибиторы АПФ постепенно, в течение 1–2 нед. Быстрая отмена может привести к усилению проявлений СН [6].

В-адреноблокаторы (карведилол) – уменьшают частоту сердечных сокращений, улучшают кровенаполнение сердца, повышают сердечный выброс [7,8].

Только для трех β-адреноблокаторов доказаны эффективность, безопасность и способность улучшать прогноз при ХСН: бисопролола (исследование CIBIS II, более 2600 больных, снижение риска смерти на 34%); метопролола с замедленным высвобождением (исследование MERIT-HF, 4000 больных, снижение риска смерти на 34%); карведилола (исследование COPERNI-CUS, более 2200 больных, снижение риска смерти на 35%) [7].

Диуретики (фуросемид, спиронолактон) – Диуретики при ХСН применяют с целью устранения отечного синдрома и улучшения симптоматики. Их правильное применение позволяет также уменьшить количество госпитализаций. Вместе с тем диуретики не замедляют прогрессирование ХСН и не оказывают благоприятного влияния на прогноз. Поэтому их назначают только при задержке жидкости в организме (отеки, застой в малом круге кровообращения В ходе лечения мочегонными препаратами могут возникнуть побочные реакции: обезвоживание, гипокалиемия, ортостатическая гипотония, азотемия, нарушения микроциркуляции и развитие тромбоэмболических осложнений.

Медсестра контролирует признаки обезвоживания (жажда, сухость слизистых оболочек и кожи, снижение диуреза, повышение гематокрита) и гипокалиемии – стойкое снижение сывороточной концентрации калия до уровня менее 3,5 мэкв/л, мышечные боли и слабость, снижение интенсивности перистальтики кишечника, запоры. Для предупреждения гипокалиемии рекомендуют продукты, богатые калием (курага, печеный картофель, овощи, фрукты), а также прием панангина или аспаркама. (по 1–2 таблетке 3 раза в день) [4,8].

Сердечные гликозиды (дигоксин, строфантин и др.) – повышают сократимость миокарда, увеличивают его насосную функцию и диурез, способствуют удовлетворительной переносимости физических нагрузок. Они не замедляют прогрессирование болезни, но улучшают клиническую симптоматику, качество жизни, уменьшают количество госпитализаций, связанных с декомпенсацией. Бесконтрольный прием сердечных глюкозидов (дигоксин) может провоцировать развитие нарушений сердечного ритма, интоксикации (снижение аппетита, тошнота, рвота и поносы) и ухудшение зрения (больные начинают видеть окружающее в желтом цвете). Нередко появляются головная боль, головокружение, возбуждение, бессонница.

Медицинская сестра контролирует правильность приема препаратов данной группы с целю недопущения передозировки и гликозидной интоксикации [6].

Антикоагулянты (аспирин, варфарин) – препятствуют тромбообразованию в сосудах.

Их прием может вызвать желудочно-кишечное, носовое и геморроидальное кровотечения, особенно у больных с указаниями на кровотечения в анамнезе. Необходимо следить за состоянием кожных покровов (синяки, геморрагические высыпания) и окраской кала (черный стул, мелена). Для контроля эффективности и безопасности лечения непрямыми антикоагулянтами используется показатель международного нормализованного отношения – МНО, который при подборе дозы определяют ежедневно или через день, а после стабилизации оптимального его значения (МНО – 2,0–3,0) – 1 раз в 1–3 мес.

Монотерапия при лечении ХСН применяется редко, и в этом качестве могут быть использованы только иАПФ при начальных стадиях ХСН.

Тройная терапия (иАПФ + диуретик + гликозид) – была стандартом в лечении ХСН в 80-х годах, и сейчас остается действенной схемой в лечении ХСН, однако для пациентов с синусовым ритмом рекомендуется замена гликозида на бета-адреноблокатор. Золотой стандарт с начала 90-х годов по настоящее время – комбинация четырех препаратов – иАПФ + диуретик + гликозид + бета-адреноблокатор.

В настоящее время рекомендации по медикаментозному лечению ХСН строятся на доказательствах эффективности и безопасности лекарственных средств (таблица 3), в

соответствии с проектом Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН в зависимости от того, насколько доказаны их эффективность и безопасность [7].

Таблица 3. Влияние препаратов на качество жизни и выживаемость больных с ХСН

Препараты	Качество жизни	Выживаемость
Диуретики	++++	0
Ингибиторы АПФ	++	++
β-адреноблокаторы	+	++
Ингибиторы АПФ + β-адреноблокаторы	++	+++
Дигоксин	+++	0
Обозначения:“+”–“++++” – выраженность положительного эффекта; “–” – отрицательный эффект; 0 – влияние отсутствует; “?” – достоверные сведения отсутствуют		

Одним из эффективных методов улучшения качества лечения пациентов с ХСН стали программы лечения сердечной недостаточности, важнейшей частью которых является обучение пациентов и их родственников. Как показывают данные многочисленных международных исследований, внедрение программ обучения и амбулаторного мониторирования больных ХСН является эффективным и экономически выгодным механизмом повышения качества лечебной помощи. Первым крупным российским многоцентровым исследованием эффективности использования обучения и мониторинга пациентов с ХСН стало исследование «Шанс» (Школа и Амбулаторное Наблюдение больных с Сердечной недостаточностью). Проводимая программа обучения и амбулаторного наблюдения у больных с ХСН, способствует повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии и улучшению прогноза. Использование иАПФ в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата. Показана экономическая эффективность используемой программы, что подтверждается снижением числа госпитализаций.[3]

Медсестра должна удостовериться в том, что пациент и его родственники правильно понимают все детали назначенной ему медикаментозной терапии: знают, как и когда принимать лекарства; имеют понятный им перечень рекомендаций, включающий название, дозу и частоту приема каждого препарата; знают наиболее частые побочные эффекты принимаемых препаратов и понимают необходимость обращения к врачу и медсестре в случае их появления.

Вывод:

В ходе работы были изучены группы лекарственных средств, используемые в лечении пациентов с ХСН; также была определена эффективная комбинация групп препаратов для

лечения пациентов с различными проявлениями ХСН, которая способствует уменьшению числа госпитализаций и снижению риска смертности пациентов.

А также была обозначена роль медицинской сестры в фармакотерапии ХСН, которая заключается в предоставлении информации пациентам о действии лекарственных средств, обучении приему препаратов, в контроле за эффективностью и побочными проявлениями.

Список использованных источников:

1. Акимов А. Г. Лечение хронической сердечной недостаточности: современные российские и международные рекомендации: руководство для врачей / А.Г. Акимов, А. Г. Обрезан. - СПб.: ИнформМед, 2016. - 360 с.
2. Бабанская Е. Б. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в городе Иркутске / Е. Б. Бабанская, Л. В. Меньшикова, Л. С. Дац // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2015. - № 5. - С. 25–28.
3. Беленков Ю. Н. Влияние специализированных форм активного амбулаторного ведения на функциональный статус, качество жизни и показатели гемодинамики больных с выраженной сердечной недостаточностью. Результаты Российской программы «Шанс» / Ю.Н. Беленков и др. // Сердечная недостаточность. - 2017. - №3. – С. 112–116.
4. Ведение пациентов с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе: Методические рекомендации для врачей амбулаторной практики. – М.: ООО «Медиком», 2015. – 32 с.
5. Гуревич М. А. Хроническая сердечная недостаточность: руководство для врачей / М.А. Гуревич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: Практическая медицина, 2018. - 414 с.
6. Самойленко В.В. Паллиативная помощь в кардиологии / В.В. Самойленко // Кардиология: национальное руководство / под. ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1232с.
7. Упницкий А.А. Фармакотерапия хронической сердечной недостаточности с позиций медицины, основанной на доказательствах / А.А. Упницкий // Клиническая фармакология. - 2016. - №6. – С. 18-25.
8. Упницкий А. А. Современные подходы к фармакотерапии хронической сердечной недостаточности / А.А. Упницкий // Медицина и здравоохранение: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Казань, март 2018 г.). — Казань: Молодой ученый, 2018. — С. 46-49.

Современная монотерапия и комбинированная терапия артериальной гипертензии

Михеева Ю.С.

специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель: Ярош Л.А., преподаватель ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной» Филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

Актуальность определяется высокой степенью применения монотерапии и комбинированной терапии при артериальной гипертензии.

Объект исследования: группа лекарственных препаратов ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и их место в терапии артериальной гипертензии.

Предмет исследования: ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) Лизиноприл (Диротон).

Цель исследования: изучить современную комбинированную терапию и монотерапию при артериальной гипертензии.

Задачи исследования:

- изучить теоретические аспекты монотерапии и комбинированной терапии и особенности действия ингибиторов АПФ на организм при артериальной гипертензии;
- изучить варианты применения монотерапии и комбинированной терапии при артериальной гипертензии.

Методы исследования:

- изучение и анализ научно-медицинской литературы по применению современной комбинированной терапии и монотерапии при артериальной гипертензии;
- изучение и анализ информации, полученной при исследованиях действия лекарственного средства.

Важной задачей современного кардиолога и терапевта является обеспечение эффективной и безопасной фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, следуя современным стандартам и рекомендациям и учитывая

индивидуальные особенности пациента и персонализированный подход. Наличие у больного нескольких заболеваний, комплексность их патогенеза, а также недостаточная эффективность и безопасность монотерапии заставляют врача применять комбинации лекарственных средств (ЛС). Именно при проведении комбинированной фармакотерапии ее эффективность и безопасность зависят от возможности возникновения межлекарственного взаимодействия.

По данным эпидемиологических исследований, распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения в развитых странах мира колеблется от 20 до 40% и увеличивается с возрастом. Повышенное артериальное давление обнаруживается более чем у 50% мужчин и женщин старше 60 лет. Актуальность проблемы поддерживается возрастающими процессами урбанизации общества, создающими предпосылки для возникновения факторов риска, таких как стресс, гиподинамия, ожирение, вредные привычки и нарушенная экология. Согласно современным национальным рекомендациям, рекомендациям Европейского общества по артериальной гипертонии (ЕОГ) и Европейского общества кардиологов (ЕОК), тактика лечения эссенциальной артериальной гипертензии зависит от уровня артериальное давление и степени риска кардиоваскулярных осложнений. Основными задачами лечения являются нормализация уровня артериального давления, с целью предупреждения осложнений, при отсутствии или минимальном уровне нежелательных лекарственных реакций, коррекция всех модифицируемых факторов риска (курение, дислипидемия, гипергликемия, ожирение), предупреждение, замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение поражения органов-мишеней, а также лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний – ИБС, сахарный диабет и т.д.

При лечении больных с артериальной гипертензией величина артериального давления должна быть менее 140 и 90 мм рт. ст., что является его целевым уровнем. У пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений необходимо снизить артериальное давление до 140 и 90 мм рт. ст. и менее в течение 4 недель. У больных ИБС уровень артериального давления необходимо снижать до целевого значения 130 и 85 мм рт. ст. У больных сахарным диабетом и/или с заболеванием почек целевой уровень артериального давления должен составлять менее 130 и 85 мм. рт. ст.

Лечение артериальной гипертензии следует начинать с изменения образа жизни: снижение избыточной массы тела, ограничение потребления поваренной соли и спиртных напитков, увеличение физической активности и др. Одним из важнейших условий обеспечения адекватного контроля артериального давления и повышения приверженности пациентов к лечению является оптимальный выбор антигипертензивного средства в составе моно- или комбинированной фармакотерапии.

С позиции современного представления о механизмах формирования высоких цифр артериального давления, назначаемые антигипертензивные препараты должны обладать следующими свойствами:

- эффективно снижать артериальное давление (достижение целевого уровня);
- предупреждать (уменьшать) поражение органов «мишеней»;
- не вызывать метаболические нарушения;
- быть безопасными в применении и не оказывать побочных эффектов;
- обладать пролонгированным гипотензивным действием (уменьшение кратности приема).

В настоящее время для лечения артериальной гипертензии рекомендованы пять основных классов антигипертензивных препаратов:

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (каптоприл, эналаприл, периндоприл, лизиноприл, фозиноприл, квинаприл, трандолаприл и др.);
- блокаторы рецепторов АТ1 (БРА) (валсартан, лозартан, телмисартан, кандесартан, ирбесартан и др.);
- блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) (нифедипин, амлодипин и др.);
- бета-адреноблокаторы (БАБ) (карведилол, бисопролол, небиволол, метопролола тартрат, метопролола сукцинат, атенолол и др.);
- тиазидные и тиазидоподобные диуретики (гидрохлоротиазид (ГХТЗ), индапамид).

При выборе антигипертензивного препарата необходимо в первую очередь оценить эффективность, вероятность развития побочных эффектов и преимущества лекарственного средства в определенной клинической ситуации.

На выбор препарата оказывают влияние многие факторы, наиболее важными из которых являются:

- наличие у больного факторов риска;
- поражение органов-мишеней;
- сопутствующие клинические состояния, поражения почек, сахарный диабет;
- сопутствующие заболевания, при которых необходимы назначение или ограничение применения антигипертензивных препаратов различных классов;
- предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов;
- вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам;
- социально-экономические факторы, включая стоимость лечения.

Лидирующие позиции по числу показаний к назначению препаратов при артериальной гипертензии занимают ингибиторы АПФ, которые являются мощными блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Ингибиторы АПФ являются в настоящее время одним из главных средств гипотензивной терапии у больных артериальными гипертензиями при практически всех гемодинамических типах и рекомендуются экспертами Комитета по борьбе с артериальной гипертензией Всемирной Организации Здравоохранения в качестве препаратов первого ряда. По литературным данным, эти препараты увеличивают показатели выживаемости больных с хронической артериальной гипертензией, снижают риск развития инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, уменьшая гиперплазию интимы артерий, они способны предотвращать развитие атеросклероза и повышать качество жизни больных гипертензией.

Одним из наиболее часто применяемых ингибиторов АПФ является Лизиноприл (Диротон). Лизиноприл является гидрофильным препаратом, который не подвергается метаболизму в организме больного. Он циркулирует в крови в несвязанной с белками плазмы форме и подвергается элиминации через почки в неизмененном виде. Концентрацию Лизиноприла в плазме крови определяют величина дозы, принятой внутрь, а также скорость абсорбции и экскреции через почки. Он является исходно активной лекарственной формой, а

не пролекарством, в связи с чем, может применяться у пациентов с нарушениями функции печени.

Лизиноприл (Диротон) оказывает пролонгированный антигипертензивный эффект. Начало антигипертензивного эффекта – через 1–3 ч после приема внутрь, пик действия – через 6 ч, продолжительность действия – 24 ч со стабильным действием через 2–4 нед. лечения. Антигипертензивный эффект длится более 1 сут. В случае резкого прекращения терапии Лизиноприлом не происходит внезапного повышения артериального давления, а также значительного превышения значений артериального давления до начала лечения. Лизиноприл вызывает дилатацию артериол и вен, что приводит к снижению артериального давления приблизительно на 15% вследствие снижения общего периферического сопротивления сосудов. Биодоступность Лизиноприла после приема внутрь составляет 25–29%. Функциональное состояние печени не влияет на его биодоступность. Прием пищи не изменяет абсорбцию препарата из желудочно–кишечного тракта. Период полувыведения равен 12,6 ч. Лизиноприл можно сочетать с другими сердечно–сосудистыми средствами, в частности сердечными гликозидами, антикоагулянтами, антиаритмиками, так как он, не связываясь с белками плазмы крови, не меняет фармакокинетику других препаратов.

Препарат доказал высокую клиническую эффективность, что обосновало возможности его применения не только при артериальной гипертензии, но и при ХСН, инфаркта миокарда, диабетической нефропатии.

При монотерапии Лизиноприлом хороший клинический эффект наблюдается у 50–80% больных с артериальной гипертензией I–II степени тяжести. Терапия артериальной гипертензии предполагает не только снижение цифр артериального давления, но и защиту органов–мишеней и коррекцию метаболических расстройств, обусловленных сопутствующими артериальной гипертензии состояниями. Доказана способность Лизиноприла, как и некоторых других ингибиторов АПФ, уменьшать гипертрофию левого желудочка у больных артериальной гипертензией при длительном приеме.

Выводы. Ингибиторы АПФ показаны больным с артериальной гипертонией в виде монотерапии или в сочетании с другими препаратами. Положительные класс–эффекты ингибиторов АПФ дают им полное право занимать первое место в лечении артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Лизиноприл обладает хорошим антигипертензивным эффектом, доказанным благоприятным влиянием на органы–мишени и факторы риска сердечно–сосудистых осложнений при различных сопутствующих заболеваниях. Необходимо отметить удобство дозирования, отсутствие серьезных побочных эффектов в ходе длительного приема препарата. Лизиноприл является предпочтительным лекарственным препаратом как ингибитор АПФ для монотерапии и комбинированного лечения артериальной гипертензии.

Источники информации

1. Евдокимова А.Г., Евдокимов В.В., Сметанин А.В., Юнко С.А. Артериальная гипертензия и высокий риск сердечно–сосудистых осложнений: фокус на лизиноприл // Трудный пациент. 2010, № 11. - С. 4–9.
2. Карпов Ю.А. Новые рекомендации по артериальной гипертензии РМОАГ/ВНОК 2010 г.: вопросы комбинированной терапии // РМЖ. 2010. - С. 1290–1298.
3. Кисляк О.А. Ингибитор АПФ Лизиноприл в лечении пожилых пациентов с изолированной систолической и систоло– диастолической артериальной гипертензией // Лечебное дело. 2007, № 2. - С. 2–7.
4. Поздняков Ю.М., Волков В.С., Милягин В.А., Якушин С.С. Монотерапия артериальной гипертонии I–II степени. Опыт применения лизиноприла (результаты многоцентрового исследования) // Болезни сердца и сосудов. 2006. Т. 01, №4. - С. 47–50.
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 13.06.2007 № 419 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным эссенциальной первичной артериальной гипертензией (при оказании специализированной помощи)».
6. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 13(6):4-11.
7. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии. 2019; 16 (1): 6–31.

Современные аспекты лечения гипертонической болезни

Ваняшкина Д. С.

Лечебное дело

Научный руководитель: Ермакова С.Н., преподаватель ГБПОУ РМ « Саранский медицинский колледж»

Актуальность. На сегодняшний день артериальная гипертензия является одним из актуальных и важных заболеваний кардиологического профиля. Актуальность данного заболевания в том, что чаще болеют женщины, но именно у мужчин гипертоническая болезнь протекает тяжелее, так как они более склонны к развитию атеросклероза кровеносных сосудов.

Цель исследования – изучить современные аспекты лечения гипертонической болезни и принципы подбора антигипертензивной терапии.

Задачи исследования:

1.Определить методы и принципы лечения гипертонической болезни.

2.Изучить современные лекарственные препараты для лечения гипертонической болезни.

3. Выявить наиболее эффективные комбинации антигипертензивных средств.

4.Разработать профилактические мероприятия по предотвращению гипертонии и ее осложнений.

Объект исследования – пациенты с гипертонической болезнью.

Предмет исследования – современные аспекты лечения гипертонической болезни.

Методы исследования обусловлены поставленными целями и задачами исследования – это изучение теоретических, статистических, документальных материалов и методической литературы.

Эффективные комбинации препаратов, снижающих давление.

В настоящее время большую распространенность приобрели комбинированные препараты. Часто применяют сразу несколько групп препаратов, что позволяет усилить эффект и снизить дозировку.

иАПФ+диуретик. Показания: хроническая сердечная недостаточность, гипертония, изолированная систолическая гипертония, сахарный диабет, люди пожилого возраста с запущенной формой гипертонии. Перечисленные состояния и заболевания в наилучшей степени поддаются излечению с помощью сочетания тиазидных диуретиков и ингибиторов АПФ. иАПФ+АК. Данная комбинация может рекомендоваться для лечения больных с

артериальной гипертонией при наличии нефропатии, ИБС или подтвержденного атеросклероза. Эта комбинация обладает выраженным антигипертензивным эффектом БРА+диуретик. Показано при лечении артериальной гипертензии в сочетании с гипертрофией левого желудочка, оказывает благоприятное действие у больных с артериальной гипертонией в сочетании с ХСН. Данная комбинация более эффективна, чем комбинация β-АБ +диуретик.

БРА+АК. Наиболее действенным данное сочетание показало себя в устранении повышенного артериального давления на фоне имеющейся подагры, при нарушении ритмов сердца и после перенесенной ишемической болезни. Также данное сочетание показало положительные результаты в устранении признаков диабетической нефропатии, при сахарном диабете.

АК+диуретик. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда являются сильными вазодилататорами и могут применяться при комбинации с диуретиками у больных с ИСГ, большинство из которых - это лица пожилого возраста.

АК дигидропиридиновый (нифедипин, амлодипин и др)+ β-АБ. Данная комбинация может назначаться у больных с артериальной гипертензией при наличии ИБС. Эти два класса препаратов, помимо того, что они являются эффективными антигипертензивными средствами, проявляют выраженное благоприятное действие у больных ИБС.

β-АБ+диуретик. Показано для лечении неосложненной гипертонии. Противопоказанием к применению данного сочетания следует считать подагру, физическую активность больного (например, спортсмены), а также состояние атриовентрикулярной блокады 2 и 3 степеней.

β-АБ+α-АБ: Карведилол (Дилатренд®, Акридилол). Данная комбинация может применяться при злокачественной гипертонии, однако эффективность ее применения недостаточно изучена.

иАПФ + антагонист кальция + диуретик. Потенциально благоприятная комбинация при лечении больных с гипертонией и сахарным диабетом, у которых имеется ИСГ или злокачественная гипертония иАПФ + бета-блокатор + диуретик. Очень мощная комбинация, которая может применяться при лечении злокачественной гипертензии.

Преимущества комбинированной терапии.

Больной принимает действующие вещества в низких дозах. Благодаря этому частота и выраженность побочных эффектов падает. Комбинированные лекарства блокируют одновременно несколько механизмов, через которые повышается артериальное давление. Активные вещества в комбинированных таблетках от давления дополняют друг друга по действию, иногда даже взаимно нейтрализуют побочные эффекты. Терапия гипертонии с

помощью комбинированных препаратов дает лучшую защиту для сердца, почек и кровеносных сосудов. Удобнее принимать одну таблетку от давления, которая содержит 2-3 действующих вещества, чем несколько лекарств одновременно. Как правило, это еще и оказывается дешевле.

Современные комбинированные лекарства от гипертонии достаточно принимать один раз в сутки, независимо от приемов пищи. Снижается вероятность, что пациент бросит принимать назначенные ему лекарства от давления.

Нерациональные комбинации гипотензивных препаратов

Использование двух препаратов одной группы, а также сочетаний препаратов, указанных ниже, недопустимо, поскольку препараты в таких комбинациях усиливают побочные эффекты, но не дают положительные эффекты друг друга.

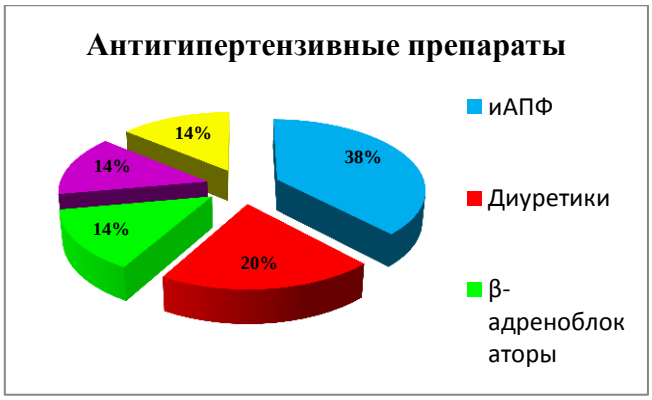
- иАПФ + калийсберегающий диуретик (Верошпирон);
- β-АБ + недигидропиридиновый АК (Верапамил, Дилтиазем);
- β-АБ + препарат центрального действия.

Практическая часть.

Исследование проводилось на базе «ГБУЗ РМ Рузаевская Межрайонная больница», в кардиологическом отделении в апреле, мае 2019 года.В исследование было включено 20 историй болезни с ГБ, где выявлялось назначенное лечение с данной патологией.

Проанализировав истории болезни, мною были получены следующие данные, которые представлены в диаграмме.

Из представленной диаграммы можно отметить, что заболеванию более подвержены женщины 60 % и 40% мужчин.



Основная медикаментозная терапия включала в себя прием иАПФ (часто эналаприл в дозе 5, 10 мг) , В- блокаторы (метопролол 50 мг , бисопролол 5, 10 мг). Часто назначалась комбинированная антигипертензивная терапия в сочетании этих или других препаратов из нескольких групп (часто в комбинации использовались мочегонные препараты –гипотиазид).

При появлении сухого мучительного кашля, как побочное действие, иАПФ заменяют на блокаторы рецепторов ангиотензина – лозартан, но так как они не обладают выраженным эффектом, чем иАПФ, его назначают в комбинации с гидрохлортиазидом (тиазидный диуретик) и амлодипином (блокатор кальциевых каналов).

Так же применяют в дополнение к вышеперечисленным лекарственным средствам – ингибиторы ренина - алискирен. У больных монотерапия даже самыми мощными препаратами не способна стабилизировать АД на необходимом уровне (130/85 мм рт.ст). В этом случае для достижения поставленной цели показано назначение комбинации нескольких антигинпертензивных препаратов различных групп.

К наиболее эффективным комбинациям препаратов при лечении артериальной гипертонии при сахарном диабете относят сочетание и-АПФ и диуретика, и-АПФ и антагонинста кальция.

Дополнительно для профилактики осложнений ГБ больным назначались препараты из группы антиагреганты в 100% случаев , чаще это ацекардол в дозе 100 мг вечером (аналоги-аспирин-кардио, кардиомагнил и др) и 80 % больных получали статины (чаще аторвастатин, симвастатин вечером), так как ГБ у больных сочеталась с ИБС, где одной из главных причин является атеросклероз и он же способствует развитию и прогрессированию артериальной гипертензии.

Выводы

1) Цель лечения больных с ГБ – достичь оптимальных цифр АД для больного и максимальное снижение риска развития осложнение со стороны сердечно-сосудистой системы, таких как инсульт, инфаркт миокарда, почечная недостаточность и др. При высоком риске медикаментозную терапию начинают немедленно. Недопустимо курсовое, прерывистое лечение АГ.

2) Изучив современные гипотензивные препараты можно сделать вывод, что данные препараты, включают широкий спектр лекарственных средств, призванных снижать артериальное давление. Препаратами последнего поколения можно считать алискирен (расилез), олмесартан из группы антагонистов рецепторов ангиотензина II. Среди диуретиков хорошо зарекомендовал себя торасемид, который пригоден для длительного применения, безопасен для пожилых пациентов и больных сахарным диабетом. Препараты из группы иАПФ довольно популярны и широко назначаются самым разным категориям пациентов с повышенным давлением.

3) Комбинированная терапия все более широко признается в качестве основного подхода в лечении больных с артериальной гипертонией, поскольку в значительной доле больных данное заболевание более эффективно контролируется при назначении двух или, в

некоторых случаях, трех антигипертензивных препаратов. Наиболее часто используются такие комбинации как иАПФ + АК, иАПФ + диуретики.

4) В целях профилактики гипертонической болезни и ее осложнениям рекомендованы следующие мероприятия: вести здоровый образ жизни, необходимо отказаться от вредных привычек, увеличить физическую активность.

Список использованной литературы

1. А.Н. Окороков «Лечение внутренних болезней» 2014 г.
2. С.А. Крус Мендоса, Гипертония. Самые эффективные методы лечения, 2016 г.
3. Комаров Ф. И. Диагностика и лечение внутренних болезней 2015 г.
4. Шальнова С., Кукушкин С., Маношкина Е., Тимофеева Т. Артериальная гипертензия и приверженность терапии 2016 г.
5. Денисов И.Г. , Мухин Н.А., Терапевтический справочник, 2014 г.
6. М.А. Лис, Ю.Т. Солоненко, К.Н. Соколов, Пропедевтика внутренних болезней, 2016 г.

Интернет источники:

1. https://ru.wikipedia.org/wiki/ Эссенциальная_гипертензия
2. https://med.wikireading.ru/5859
3. https://studfiles.net/preview/4106328/
4. https://poddavleniem.ru/gipertoniya/profilaktika-gipertonii-pamyatka.html
5. https://praviloserdca.ru/gipertoniya/sovremennye-metody-lecheniya-gipertonii

Современные подходы к лечению стабильной стенокардии

Сангрукова Е. А.

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Научный руководитель: Кацемба Л.А., преподаватель ОГБПОУ «Ангарский медицинский колледж»

Стенокардия - это клиническая форма ишемической болезни сердца, проявляющаяся приступами внезапной боли за грудиной, вследствие острого недостатка кровоснабжения миокарда. ИБС в течение многих лет остаётся ведущей причиной смертности в экономически развитых странах. Вероятность заболеть стенокардией резко повышается с возрастом. Так, в возрасте от 45 до 54 лет заболеваемость составляет 0, 1–1% у женщин и 2–5% у мужчин, тогда как в интервале от 65 до 74 лет 10–15% и 10–20% соответственно. В России почти 10 млн. трудоспособного населения страдают ИБС, более трети из них имеют стабильную стенокардию [1].

Актуальность проблемы заключается в том, что несмотря на широкий арсенал лекарственных средств, использующихся сегодня в кардиологической практике, и накопленный опыт их применения, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной инвалидизации и смертности в экономически развитых странах. Уровень ежегодной смертности больных стабильной стенокардией, самой многочисленной группы больных ИБС, составляет 2–3% [4]. Качество жизни этих больных, как правило, находится на низком уровне со значительными ограничениями в повседневной жизни, главным образом из-за возникающих приступов стенокардии. В связи с этим, поиск путей лечения больных стабильной стенокардией по-прежнему остается одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии и находится в центре внимания практических врачей.

Целью исследования являлось изучение и анализ информационных материалов о современных подходах к лечению стабильной стенокардии. Для достижения поставленной цели были поставлены задачи: изучить и проанализировать теоретический материал о стенокардии как заболевании, стратегию медикаментозного лечения пациентов со стабильной стенокардией, исследования в области фармакотерапии данной патологии и их результаты, механизмы действия лекарственных препаратов, применение которых является актуальным на современном этапе.

Основной целью фармакотерапии больных со стабильной стенокардией является, в первую очередь, предотвращение возникновения инфаркта миокарда и внезапной смерти (улучшение прогноза), а также улучшение качества жизни за счет полного купирования или,

по крайней мере, уменьшение частоты приступов. Эта цель достигается путем рационального использования комплекса медикаментозных и инвазивных методов лечения [3]. Основу медикаментозной терапии стабильной стенокардии формируют три группы антиангинальных препаратов (нитраты, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция), антитромботические средства, гиполипидемические и метаболические препараты.

Медикаментозная терапия, направленная на улучшение сердечно-сосудистого прогноза (профилактика событий) включает в себя применение антитромбоцитарных препаратов и гиполипидемических средств. Прием антитромбоцитарных средств является обязательным компонентом лечения стабильной стенокардии. Основным антитромбоцитарным препаратом остается ацетилсалициловая кислота (АСК). При невозможности назначения АСК может использоваться клопидогрел. На сегодняшний день наилучшие показатели в плане достижения оптимальных значений липидограммы и улучшения сердечно-сосудистого прогноза установлены у статинов. На фармацевтическом рынке имеется большое количество статинов – розувастатин, аторвастатин, симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, успешное применение которых подтверждено рядом крупномасштабных исследований.

Антиангинальная терапия у пациентов со стенокардией требует особого внимания и тщательного, индивидуального подбора, ввиду низкого качества жизни таких пациентов и социальной ограниченности. Правильное назначение антиангинальных препаратов позволяет существенно снизить количество приступов стенокардии, повысив тем самым толерантность к физическим нагрузкам. Антиангинальная терапия является очень важной составляющей успешного лечения, поскольку в ряде случаев является единственным средством избавления пациентов от приступов стенокардии. Используемые для предупреждения симптомов антиангинальные, антиишемические препараты делятся на две группы: препараты первой линии (β-адреноблокаторы и блокаторы кальциевых каналов), которые можно использовать как в виде монотерапии, так и в комбинации и препараты второй линии, которые чаще всего добавляются к препаратам первой линии для усиления эффективности, но при определенных клинических ситуациях они могут стать препаратами первой линии: пролонгированные нитраты, ивабрадин, никорандил, ранолазин, триметазидин [3]. Нитраты является поставщиками эндогенного оксида азота, решая главную проблему стенокардитических приступов – ликвидацию коронарного вазоспазма. Существует три представителя нитратов – изосорбида динитрат (ИД), изосорбида-5-мононитрат (И-5-М) и нитроглицерин. Среди всех бета-адреноблокаторов (БАБ) рекомендовано к применению у пациентов со стенокардией напряжения: небивалол, бисопролол, метопролола сукцинат в форме замедленного высвобождения. Выбор этих препаратов позволяет достичь сразу две цели в стратегии

лечения пациентов со стенокардией напряжения – улучшение прогноза и качества жизни. Блокаторы медленных кальциевых каналов (амлодипин, фелодипин, нифедипин и др.) способствуют снижению постнагрузки, обеспечению периферической вазодилатации, а также расслаблению самих коронарных артерий.

Сравнительно новым классом антиангинальной терапии являются ингибиторы If каналов, представленный единственным, на сегодняшний день, препаратом ивабрадин. Уникальностью ивабрадина является эффект снижения ЧСС без влияния на уровень АД. Крупномасштабное исследование BEAUTIFUL показало достоверное влияние назначения ивабрадина на снижение вероятности развития инфаркта миокарда, а также комбинированной конечной точки (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность) у пациентов стабильной стенокардией напряжения [5].

Оптимальной считается терапия, включающая как минимум один препарат первой линии для облегчения симптомов, снятия боли и препарат второй линии для предупреждения осложнений. Одним из таких препаратов является никорандил, который является активатором кальциевых каналов и одновременно обладает тремя свойствами: облегчать боль, снимать симптомы и предупреждать осложнения. Этот препарат увеличивает коронарный кровоток, одновременно снижая пред- и постнагрузку на сердце, что сопровождается антиангинальным, кардиопротективным эффектами. Антиангинальная, антиишемическая эффективность никорандила составляет 71%, что доказано при лечении различных типов стабильной и нестабильной стенокардии. Это проявлялось уменьшением или прекращением приступов стенокардии, снижением частоты и длительности эпизодов ишемии, улучшением переносимости физических нагрузок и улучшением качества жизни. Назначение никорандила в качестве антиангинального, антиишемического препарата рекомендовано в руководствах по лечению стенокардии Европейского общества кардиологов, Национального института здоровья и качества медицинской помощи (Великобритания), Всероссийского научного общества кардиологов и ряде других. Проводимые многочисленные исследования доказали, никорандил соответствует критериям оптимального препарата для лечения больных стенокардией, так как одновременно облегчает симптомы, улучшает качество жизни и снижает частоту осложнений, увеличивает продолжительность жизни. При этом можно отметить некоторые дополнительные преимущества никорандила по сравнению с препаратами первой линии, выделенными в рекомендациях Европейского общества кардиологов: применяется как для профилактики приступов стенокардии, так и для их купирования; не оказывает существенного влияния на артериальное давление; не влияет на силу и частоту сердечных сокращений, автоматизм сердца, проводимость миокарда; не ухудшает липидный и углеводный обмен; отсутствует

синдром отмены. Все эти факторы свидетельствуют о целесообразности более частого использования никорандила. В России препарат называется Кординик и применяется для лечения больных с различными клиническими проявлениями ИБС [2].

И в заключение хотелось бы подчеркнуть, что применение у больных со стенокардией лекарственных веществ, которые не оказывают влияния на прогноз жизни, нередко вызывающих серьезные побочные эффекты, не может считаться оптимальной терапией. Поэтому афоризм немецкого философа XVIII века Йоганна Ламберта «Есть больные, которым нельзя помочь, но нет больных, которым нельзя не навредить» и по сей день актуален.

Список литературы

1 Карпов Ю.А., Кухарчук В.В., Лякишев А.А., Лупанов В.П., Панченко Е.П., Комаров А.Л., Ежов М.В., Ширяев А.А., Самко А.Н., Соболева Г.Н., Сорокин Е.В. "Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца (Практические рекомендации) [Электронный ресурс] Кардиологический вестник, 2015; №3: 3 – 33. Режим доступа: http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/fedcad.pdf

2. Карпов Ю.А. Активатор калиевых каналов никорандил: новые возможности терапии ишемической болезни сердца // Атмосфера. Новости кардиологии. 2012. № 3. С. 29–33.

3. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Стенокардия. Клинические рекомендации для врачей общей практики (семейных врачей) Приняты на IV Конгрессе врачей первичного звена здравоохранения Юга России, IX Конференции врачей общей практики (семейных врачей) Юга России 7 ноября 2014 г., г. Ростов-на-Дону

4. Чазов Е.И., Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс] / под общ. ред. Е.И. Чазова, Ю.А. Карпова - М.: Литтерра, 2016. - 784 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия: Compendium) - ISBN 978-5-4235-0243-0 - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502430.html

5. Шаваров А. А., Кобалава Ж. Д., Киякбаев Г. К. Клиническая эффективность и безопасность раннего назначения ивабрадина у больных с острым коронарным синдромом // Кардиология. 2015; 12: 54–22.

Фармакотерапия гипертонической болезни в разных возрастных группах

Краснова Т.А.

специальность «Лечебное дело»

Научный руководитель: Клепикова А.В., преподаватель

ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»

Гипертоническая болезнь - это одно из самых распространенных в мире хронически протекающих заболеваний, основным проявлением которого является повышение артериального давления. По оценке специалистов различных стран мира, 20-25% взрослого населения развитых стран страдает артериальной гипертензией, ее так же называют "молчаливым убийцей", т.к. многие годы она повреждает сердце и сосуды. С гипертонической болезнью после 40 лет сталкивается каждый десятый, после 50 лет – каждый пятый, а после 60 лет – чуть ли не каждый третий человек [3]. В связи, с чем была проведена учебно-исследовательская работа.

Цель исследовательской работы: изучить фармакотерапию гипертонической болезни в разных возрастных группах.

Задачи исследования:

1. Изучить возрастные изменения сердечно-сосудистой системы;
2. Провести анализ статистических данных ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр в Курганской области» за 2015-2017гг. по заболеваемости гипертонической болезнью;
3. Проанализировать медицинские карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и выявить методы медикаментозного лечения гипертонической болезни у пациентов разных возрастных групп.

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения возраст делится на молодой (18-44 года), средний (45-59 лет), пожилой (60-74 года), старческий (75-89лет), люди старше 90 лет относятся к долгожителям [4]. С возрастом человеческий организм претерпевает множество изменений, не является исключением и сердечно-сосудистая система. У пациентов пожилого и старческого возраста:

- снижается эластичность сосудов, увеличивается периферическое сопротивление мелких сосудов, что приводит к повышению артериального давления;
- уменьшается количество действующих капилляров, при этом ткани и органы перестают получать необходимое им количество питательных веществ и кислорода;

- атрофируются волокна сердечной мышцы, происходит их замещение на нерабочую соединительную ткань, вследствие чего снижается сила сердечных сокращений;
- увеличивается частота и тяжесть атеросклеротического процесса [1].

Учитывая перечисленные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, у людей пожилого и старческого возраста увеличивается риск развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, атеросклероза.

Статистические данные ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр в Курганской области», свидетельствуют о тенденции увеличения числа пациентов разных возрастных групп, страдающих гипертонической болезнью, в 2015 году - 149988, 2016 году - 161670, 2017 году - 166201 (рис.1).

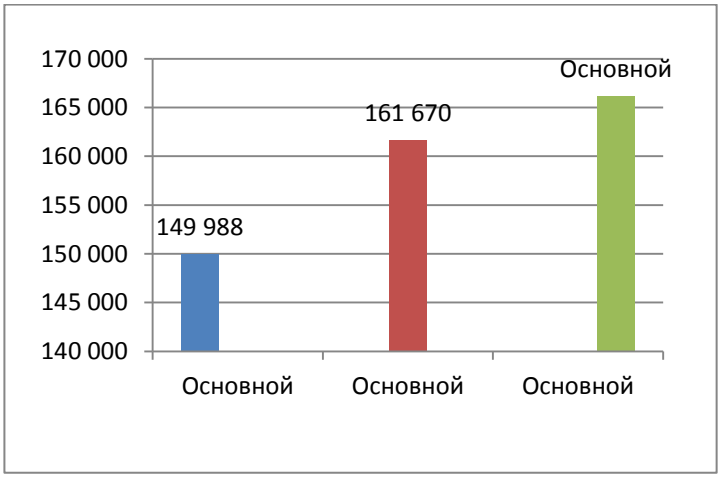


Рис.1. Статистические данные ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр в Курганской области» за 2015-2017гг.

В ходе исследования на базе ГБУ «Курганская поликлиника №1» были проанализированы 200 медицинских карт пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, страдающих гипертонической болезнью.

Наибольший процент заболеваемости встречается в пожилом возрасте - 52%. На втором месте по заболеваемости находятся пациенты среднего и старческого возраста, что составляет 22-23%, очень редко встречается гипертоническая болезнь в молодом возрасте (рис. 2).

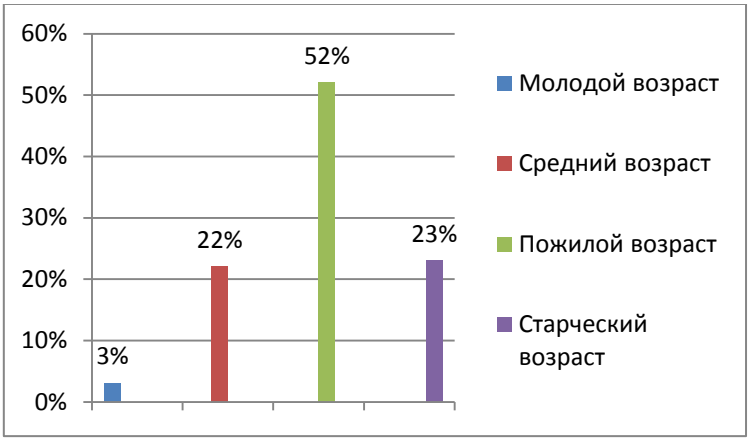


Рис.2. Заболеваемость гипертонической болезнью в разных возрастных группах

Полученные результаты свидетельствуют о том, что гипертоническая болезнь преимущественно является болезнью пожилых людей.

Анализ медицинских карт, свидетельствует о том, что пациентам, страдающим гипертонической болезнью, рекомендуют систематический прием гипотензивных препаратов различных групп – это ингибиторы АПФ (преимущественно назначают лизиноприл), диуретики (предпочтение отдают индапамиду), бета-адреноблокаторы

(назначают метопролол), антагонисты ионов кальция (амлодипин), блокаторы рецепторов ангиотензина II (лозап). Данные группы препаратов применяются в виде монотерапии, а также путем назначения рациональных комбинаций, которые отражены в таблице 1.

Таблица 1

Медикаментозное лечение гипертонической болезни

Группы гипотензивных препаратов (название препаратов)	Рациональные комбинации
Ингибиторы АПФ (лизиноприл)	Ингибитор АПФ + Диуретик
Диуретики (индапамид)	Ингибитор АПФ + Антагонист ионов Са
Антагонисты ионов Са (амлодипин)	Диуретик + Бета-адреноблокатор
Бета-адреноблокаторы (метопролол)	Диуретик + Антагонист рецепторов ангиотензина II
Антагонист рецепторов ангиотензина II (лозап)	Бета-адреноблокатор + Антагонист ионов Са

Рис.3. Гипотензивная терапия в молодом возрасте

В молодом возрасте пациентам в 100% случаев рекомендуется комбинированная гипотензивная терапия, 66% составляет назначение ингибиторов АПФ и диуретиков, 34% пациентам назначают сочетание диуретика с антагонистом рецепторов ангиотензина II (рис.3)

Сочетание этих групп препаратов способствует снижению общего периферического сосудистого сопротивления, и увеличению выведения натрия из организма, вследствие чего достигается гипотензивный эффект [2].

Рис.4. Гипотензивная терапия в среднем возрасте

В среднем возрасте предпочтение отдают назначению комбинаций групп гипотензивных препаратов, что составляет 90%. Преимущественно рекомендуются в 42% случаев ингибиторы АПФ и диуретики, 33% пациентам назначают сочетание бета-адреноблокаторов с антагонистами ионов кальция (рис.4).

Комбинация препаратов из групп бета-адреноблокаторов и антагонистов ионов кальция, кроме гипотензивного эффекта, обладает антиангинальным и антиатеросклеротическим действием, а также уменьшает агрегацию тромбоцитов – поэтому препараты этих групп преимущественно назначаются пациентам, имеющим сочетание гипертонической болезни с ишемической болезнью сердца, а также с повышенным уровнем холестерина в крови [2].

В пожилом возрасте не смотря на большой процент использования комбинированной терапии, отмечается увеличение частоты назначения монотерапии, что может объясняться увеличением числа пациентов страдающих гипертонической болезнью в пожилом возрасте, которым требуется постепенный подбор гипотензивных препаратов.

При проведении комбинированной терапии предпочтение отдают в 34% случаев назначению диуретиков и ингибиторов АПФ. (рис.5).

Рис.5. Гипотензивная терапия в пожилом возрасте

Отмечается тенденция к увеличению назначения и других групп препаратов, т.к. сердечно-сосудистая система претерпевает множество возрастных изменений, которые способствуют увеличению частоты сопутствующих заболеваний, что требует более тщательного подбора гипотензивной терапии.

В старческом возрасте в 95% случаев рекомендуют комбинированную гипотензивную терапию, предпочтение отдают в 50% назначению комбинации ингибиторов АПФ и антагонистов кальция (рис.6).

Рис.6. Гипотензивная терапия в старческом возрасте

Выбор данной комбинации у пациентов старческого возраста объясняется длительным гипотензивным эффектом, антиангинальным, антиатеросклеротическим действием, что способствует снижению развития осложнений гипертонической болезни [2].

С целью предупреждения развития осложнений гипертонической болезни, медикаментозное лечение включает не только проведение гипотензивной терапии, а также назначение препаратов группы статинов и антиагрегантов. Рекомендуют данные препараты пациентам среднего, пожилого и старческого возраста с повышенным уровнем холестерина в крови и сочетании гипертонической болезни с ишемической болезнью сердца.

Таким образом, на основании проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. С возрастом сердечно-сосудистая система претерпевает множество изменений, которые способствуют увеличению частоты сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Анализ статистических данных ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр в Курганской области» за 2015-2017 года свидетельствует об увеличении количества, пациентов страдающих гипертонической болезнью, наибольший процент заболеваемости встречается в пожилом возрасте.
3. Лечение гипертонической болезни включает назначение системной гипотензивной терапии. В молодом, среднем и пожилом возрасте предпочтение отдают комбинации препаратов из группы диуретиков и ингибиторов АПФ, в старческом возрасте преимущественно сочетанию ингибиторов АПФ и антагонистов ионов кальция.
4. Пациентам старше 45 лет с повышенным уровнем холестерина в крови рекомендуют принимать препараты группы статинов, а при сочетании гипертонической болезни с ишемической болезнью сердца назначают прием антиагрегантов.

Список используемых источников

1. Журавлев Т.П. Основы гериатрии: учебное пособие. – 2-ое изд., испр. и доп. –М.: ФОРУМ: ИНФРА – М, 2007. – 288 с. – (Профессиональное образование).
2. Машковский М. Д. Лекарственные средства: пособие для врачей/М.Д. Машковский. - 16-е изд., испр. и доп. - М.: Новая волна: 2016. - 1216 с. ил.
3. Бесплатная интернет библиотека [электронный ресурс]: «Актуальность проблемы артериальной гипертензии», режим доступа: www/doc/knigi-x.ru
4. Всемирная Организация Здравоохранения [электронный ресурс], режим доступа: http://www.who.int/ru/

Фармакотерапия хронической ИБС

Выстороп Т.А.

Научный руководитель: Федотьева Т.Я. преподаватель ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается важнейшей проблемой современной кардиологии. Распространенность ИБС высока и достигает 10% среди взрослого населения, а среди пожилых — 20% и более по данным НИИ: РАМН. Вероятно, в связи с процессами старения населения России эти цифры будут только увеличиваться.

Вместе с артериальной гипертензией (АГ) ИБС занимает главенствующее место среди причин смерти населения европейских стран. По данным ВОЗ, смертность от ИБС составляет более 21%, превосходя показатель летальности от всех онкологических заболеваний. В европейских странах ИБС — главная причина смерти лиц старше 45 лет. Согласно данным Европейского кардиологического общества, наивысшая смертность от ИБС среди всех европейских стран наблюдается именно в России (до 2 500 на 100 000 мужчин в возрасте старше 65 лет).

К сожалению, лечение этого заболевания не всегда проводится адекватно. Оценить истинное положение дел в этой области можно, опираясь на данные проведенного в 2001 г. международного эпидемиологического клинического исследования ATP survey (Angina Treatment Pattern Survey), в которое вошли 1653 российских пациента, отобранные 167 врачами из 17 регионов Российской Федерации. Недавно его результаты были впервые доложены академиком Р.Г. Огановым.

Целью данной статьи является: дать современные представления о фармакотерапии в кардиологии при лечении хронической ИБС.

Задачами является: изучить основные представления фармакотерапии хронической ИБС

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из клинических проявлений атеросклероза. Атеросклероз — патологический процесс, поражающий стенки артерий. В результате накопления липидов в сосудах образуются атеросклеротические бляшки, которые проходят несколько стадий развития и в итоге значительно сужают сосудистый просвет. Это вызывает ишемию органа, получающего кровь из соответствующей артерии. ИБС — это результат атеросклеротического поражения коронарных артерий [1].

Стенокардия — клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, локализующейся чаще всего за грудиной (может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область);

возникает при ФН, воздействии холода, обильном приеме пищи, эмоциональном стрессе и проходит в покое или после приема нитроглицерина в течение нескольких секунд или минут.

Основные причины приступов стабильной стенокардии: обструкция коронарных артерий, спазм коронарных артерий, нарушение тонуса коронарных артерий.

Состояния, способствующие развитию ишемии миокарда:

-Повышение потребности миокарда в кислороде.

-Несердечные причины: АГ, гипертермия, гипертиреоз, интоксикация симпатомиметиками, возбуждение, артериовенозная фистула.

-Сердечные причины: ГКМП, аортальный стеноз, тахикардия.

Снижение поступления кислорода.

−Несердечные причины: анемия, гипоксемия, пневмония, бронхиальная астма, ХОБЛ, ЛГ, синдром ночного апноэ, гиперкоагуляция, полицитемия, лейкоз, тромбоцитоз.

- Сердечные причины: аортальный стеноз, ГКМП

Признаки типичной стенокардии напряжения:

- Боль (или чувство дискомфорта) за грудиной, возникающая с иррадиацией влево и вверх (в левое плечо, руку, лопатку, реже в область нижней челюсти слева, в левое подреберье, в эпигастральную область, особенно при ишемии заднеди-афрагмальной стенки ЛЖ, и еще реже в правую часть грудины и правую руку). Боли при стенокардии обычно жгучие, сжимающие, давящие. Расположение боли больные часто указывают ладонью правой руки или кулаком, прижатым к грудине.
- Связь этой боли с нагрузкой [чаще всего ФН (ходьба, бег, подъем по лестнице), прием пищи, психоэмоциональное напряжение, воздействие холода, нередко боль может воз-никать в покое, особенно ночью во время сна].
- Исчезновение боли после прекращения нагрузки или приема нитроглицерина (как правило, в течение 1–1,5 мин).

Лечение хронической ИБС.

Цели терапии ИБС:

- Улучшение прогноза (предотвращение ИМ, ВСС и увеличение продолжительности жизни).
- Устранение симптомов болезни (предупреждение приступов стенокардии и улучшение переносимости ФН).

Немедикаментозное лечение

Немедикаментозное лечение заключается в изменении образа жизни (снижение избыточной массы тела, правильное питание, отказ от курения, достаточная физическая активность). Также проводят психологическую реабилитацию.

Медикаментозное лечение [4.488]

Антиагреганты, статины, ингибиторы АПФ (БРА) и β-адрено-блокаторы улучшают прогноз больных со стенокардией напряжения. Антиангинальные препараты (препараты, предупреждающие приступы стенокардии) за счет профилактики ишемии миокарда значительно улучшают самочувствие больных и повышают переносимость ФН. В настоящее время существует три основные группы антиангинальных препаратов: β-адреноблокаторы, нитраты, БКК, а также триметазидин, ивабрадин. Антиангинальную терапию считают эффективной, если удается полностью устранить стенокардию или перевести больного в ФК I из более высокого класса при сохранении хорошего качества жизни

1.Антиагреганты

АСК назначают в дозе 75–150 мг в сутки на постоянной основе (в среднем 100 мг в сутки). Ее сочетание с НАКГ усиливает профилактическое действие, однако при этом воз-растает риск кровотечения.

Клопидогрел (плавикс) назначают в дозе 75 мг в сутки лишь при наличии противопоказаний к приему АСК или ее плохой переносимости.

2. Непрямые антикоагулянты назначают только в особых случаях: больным, перенесшим обширный передний ИМ, при ФП, а также при наличии тромба в левом желудочке (по данным ЭхоКГ).

3. Гиполипидемические препараты. Назначение статинов больным со стабильной стенокардией существенно улучшает прогноз заболевания. Эти препараты следует назначать независимо от исходного уровня ХС в крови в целях достижения целевого уровня ХС ЛПНП (см. табл. 4-3). Для этого необходимо назначение высоких доз современных статинов.

4. β-Адреноблокаторы. Предпочтение следует отдавать препаратам избирательного действия (метопролол продленного действия, бисопролол, небиволол, карведилол). Их эффективность была доказана в крупных клинических исследованиях. На благоприятное в отношении прогноза действие можно рассчитывать при поддержании ЧСС в покое в пределах 55–60 в минуту. У больных с более выраженной стенокардией можно уменьшать ЧСС до 50 в минуту при условии, что такая брадикардия не вызывает неприятных ощущений и не развивается АВ-блокада. Препараты этой группы также обладают выраженным антиангинальным действием.

5. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Признаки сердечной недостаточности или перенесенный ИМ, сопровождающийся дисфункцией ЛЖ при хронической ИБС, — абсолютные показания к назначению ингибиторов АПФ (каптоприл, рамиприл, трандолаприл, зофеноприл, эналаприл).

У пациентов без ХСН и АГ (рамиприл и периндоприл).

6. Блокаторы рецепторов ангиотензина. При плохой переносимости ингибиторов АПФ их заменяют на БРА (кандесартан или валсартан).[4.491]

7. Блокаторы медленных кальциевых каналов**.** Антиангинальным действием обладают дигидропиридины (в первую очередь нифедипин и амлодипин) и недигидропиридины (верапамил, дилтиазем). Недигидропиридиновые БКК применяются при противопоказаниях к применению β-адреноблокаторов. Все БКК можно назначать только в виде форм продленного действия с однократным приемом в сутки.

Амлотоп (амлодипин, производитель ЗАО «Макиз-Фарма», Россия) — производное дигидропиридина — блокатор медлен-ных кальциевых каналов III поколения.

Амлотоп показан к применению:

-при артериальной гипертензии (монотерапия или в комбинации с другими АГ препаратами);

-при стенокардии напряжения, вазоспастической стенокардии (стенокардия Принцметала).

Амлотоп оказывает антиангинальное и гипотензивное действие.

Гипотензивное действие обусловлено прямым вазодилатирующим влиянием на гладкие мышцы сосудов. При артериальной гипертензии разовая доза обеспечивает клинически значимое снижение АД на протяжении 24 ч, не вызывает снижения толерантности к физической нагрузке, фракции выброса левого желудочка.

Антиангинальное действие обусловлено расширением коронарных и периферических артерий и артериол: при стенокардии уменьшает выраженность ишемии миокарда; расширяя периферические артериолы, снижает общее периферическое сосудистое сопротивление, уменьшает преднагрузку на сердце, снижает потребность миокарда в кислороде. Амлотоп также обладает антиатеросклеротическим и кардиопротекторным действием при ИБС.

Особенности препарата Амлотоп:

-не вызывает резкого снижения АД;

-уменьшает степень ГЛЖ;

-уменьшает частоту развития инсультов (первичных и по-вторных);

-тормозит агрегацию тромбоцитов;

-не влияет на проводимость и сократимость, увеличение ЧСС;

-не влияет на обмен веществ и липиды плазмы крови.

Амлотоп можно назначать для длительного применения пациентам:

Способ применения и дозы: внутрь, начальная доза для лечения АГ и стенокардии — 5 мг 1 раз в сутки. Максимальная доза — 10 мг в сутки однократно. При АГ поддерживающая доза может быть 2,5–5 мг в сутки. При стенокардии напряжения и вазоспастической

стенокардии — 5–10 мг в сутки однократно. Для профилактики приступов стенокардии – 10 мг/сут.

8. Нитраты. В настоящее время применяют три препарата этой группы: нитроглицерин, изосорбида динитрат и изосорбида мононитрат. Нитраты обладают выраженным антиангинальным действием, не уступающим β-адреноблокаторам и БКК; их можно назначать только прерывисто, чтобы обеспечить в течение суток период, свободный от действия препарата (этот период должен составлять не менее 6–8 ч). Такой прием нитратов обеспечивают назначением лекарственных форм значительно пролонгированного действия 1 раз в день утром или лекарственных форм умеренно пролонгированного действия 2–3 раза в день, не назначая их на ночь.

9. Препараты метаболического действия**.** Триметазидин можно назначать на любом этапе лечения стабильной стенокардии для усиления антиангинального действия β-адреноблокаторов, БКК и нитратов. Проведено многоцентровое исследование корректора метаболизма мельдонием (милдронат), подтвердившее его эффективность и хорошую переносимость при стабильной стенокардии.

10. Ингибиторы f-каналов синусового узла. Ивабрадин (кораксан). Препарат обладает антиишемическим и антиангинальным действием за счет снижения ЧСС. Показания к использованию этого препарата — стабильная стенокардия у больных с нормальным синусовым ритмом при непереносимости или противопоказаниях к β-адреноблокаторам.

Хирургическое лечение

1.Реваскуляризация миокарда

2.Коронарное шунтирование.

Показания (улучшение прогноза и устранение симптомов):

– стеноз ствола левой коронарной артерии более чем на 50%, устьевой стеноз передней нисходящей и огибающей артерий;
– проксимальный стеноз трех основных артерий, особенно у больных с рефрактерной стенокардией и нарушением функции ЛЖ;
– одно- и двухсосудистое поражение с тяжелым проксимальным стенозом передней нисходящей артерии у больных с обширной ишемией по данным неинвазивных исследований;
– многососудистое поражение у больных с нарушением функции ЛЖ и признаками жизнеспособного миокарда по данным неинвазивных исследований (стресс-ЭхоКГ с добутамином), СД и признаками ишемии по результатам функциональных исследований.

Дальнейшее ведение

Всем больным со стенокардией напряжения независимо от возраста и наличия сопутствующих заболеваний необходимо состоять на диспансерном учете. Диспансерное наблюдение подразумевает систематические посещения врача-кардиолога (терапевта) 1 раз в 6–12 мес с ежегодным проведением инструментальных обследований (ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочных исследований), определением липидного профиля, а также проведением по показаниям холтеровского мониторирования, СМАД. Большое значение придают назначению полноценного лечения и устранению ФР.

Коронарные клубы — новая форма амбулаторной реабилитации больных ИБС. В основе их создания и работы лежит образование больного и соучастие его в реабилитационном процессе. Коронарные клубы организуют при кардиологических отделениях районных (городских) больниц и поликлиниках в целях физической, психологической, медикаментозной реабилитации больных со стабильной стенокардией, в том числе перенесших ИМ.

Литература

1. Российские рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии (Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов) // Сердце. — Т. 5. — № 2. — С. 86-99.

2. Атрощенко Е. С. Новые ишемические синдромы — новая цель для кардиолога // Сердце. — 2016. — Т. 5. — № 2. — С. 73-78.

3. Фролова Е. В. Обучение пациента — современная технология амбулаторной медицины. — СПб.: СПбМАПО. — 2018. — 140 с.

4. Кардиология. Национальное руководство : краткое издание / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. —848с