Курсовая работа

Сестринский уход в терапии комплаенс в лечении гипертонической болезни

**Оглавление**

Введение

Глава 1.Гипертоническая болезнь

.1Определение понятий: Артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь

.2 Этиология артериальной гипертензии

.3 Патогенетические моменты артериальной гипертензии

.4Классификация гипертонической болезни

.6 Лечение гипертонической болезни. Профилактика

Глава 2. Уровень комплаенса при терапии больных гипертонической болезнью

.1 Анализ данных литературы

.2 Анализ основных моментов влияющих на комплаенс больного гипертонической болезнью

.3Анализ практических данных по исследованию комплаенса

Заключение

Литература

**Введение**

*Артериальная гипертония* - одно из распространенных проблем всей сердечно-сосудистой системы. Понятием «гипертония» обозначают стойкое повышенное артериального давления. В России около 40% взрослого населения имеют повышенные показатели артериального давления. О существовании проблемы знают только 37% мужчин и 58% женщин. Лечение получают- лишь 22 и 46% из них. Контролируют свое артериальное давление должным образом лишь 5,7% мужчин и 17,5% женщин.

Гипертоническая болезнь - заболевание, основным признаком которого является стойкое повышенное артериальное давление, от 140/90 мм.рт.ст и выше, так называемая гипертония. Гипертоническая болезнь является одним из самих распространенных заболеваний. Она развивается обычно после 40 лет. Нередко, однако, наблюдается начало болезни и в молодом возрасте, начиная с 20-25 лет. Гипертонией чаще заболевают женщины, причем за несколько лет до прекращения менструаций. Но у мужчин заболевание имеет более тяжелое течение; в частности они имеют большую склонность к заболеванию атеросклерозом венечных сосудов сердца очень распространенное заболевание, особенно среди людей старше 40 лет. Оно встречается в среднем у 10-20% взрослого населения.

Лечение гипертонической болезни обязательно должно быть комплексным, индивидуально подобранным и направленным на нормализацию артериального давления и постоянное поддержание его на оптимальном уровне.

Комплаенс (англ. compliance - согласие, соответствие) в медицине - это добровольное исследование пациента предписанному режиму лечения. Является одним из основополагающих условий требований и в то же время - краеугольной проблемой современной медицины. Это понятие описывает поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни. Основное внимание проблеме комплаенса уделяется в случае хронической патологии. При хронических заболеваниях медицинские рекомендации долгосрочны, порой пожизненны, и успех лечения достигается только при длительной терапии. Поэтому от больного требуется большое упорство в правильности выполнения назначений врача. При острой патологии лечение краткосрочно, терапия быстро приводит к улучшению состояния, и больные лучше соблюдают врачебные рекомендации.

Почему обязательно контролировать свое артериальное давление и при выявлении стабильно повышенного уровня обязательно стремиться привести его к нормальному?

Если *артериальную гипертонию* не лечить, не следовать предписаниям врача, это чревато серьезными осложнениями. Поражение органов-мишеней - одно из важнейших проявлений заболевания.

 К таким органам относятся:

· Сердце - возникает гипертрофия миокарда левого желудочка, развитие сердечной недостаточности, инфаркт миокарда;

· головной мозг - наличие дисциркуляторной энцефалопатии, транзиторная ишемическая атака, геморрагический и ишемический инсульты,

· почки поражаются в виде нефросклероза, почечной недостаточности

· поражение сосудов - расслаивающая аневризма аорты и др.

**Объект исследования**: больной гипертонической болезнью,.

Основной задачей лечения больных артериальной гипертонией является максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Это достигается путем длительной пожизненной терапией.

**Предмет исследования**: влияние комплаенса на качество жизни.

 **Цель данной работы**: проанализировать влияние комплаенса на качество жизни больных с гипертонической болезнью

**Задача исследования**:

· 1. Выявить степень взаимоотношения пациента с медицинской сестрой

· 2. Определить наиболее "слабое звено" в комплаенсе у данных больных

· 3.Проанализировать причины понижения комплаенса

· 4.Составить рекомендации для медицинской сестры с целью повышения комплаенса

Гипотеза: Для повышения уровня комплаенса необходим целый комплекс мер, которые могли бы привести к более четкому соблюдению пациентом врачебных рекомендаций по режимам фармакотерапии. Подобное повышение уровня комплаенса могло бы позволить снизить риск смерти от гипертонии, улучшить качество жизни.

**Глава 1. Гипертоническая болезнь**

### **1.1 Определение понятий: Артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь**

Стабильно повышенное артериальное давление обозначают словом «гипертония».

Гипертоническая болезнь - очень распространенное заболевание, особенно среди людей старше 40 лет. Оно встречается в среднем у 10-20% взрослого населения. Нередко, наблюдается начало болезни и в молодом возрасте, начиная с 20-25 лет. Гипертонией чаще заболевают женщины, причем за несколько лет до прекращения менструаций. Но у мужчин заболевание имеет более тяжелое течение; в частности они имеют большую склонность к заболеванию атеросклерозом венечных сосудов сердца -- стенокардией <http://www.medglav.com/bolezni-serdca-i-sosudov/ishemicheskaya-bolezn-serdca.html> и инфарктом миокарда. <http://www.medglav.com/bolezni-serdca-i-sosudov/infarkt-miokarda.html>

Должным образом контролируют свое артериальное давление лишь 5,7% мужчин и 17,5% женщин.

Гипертоническая болезнь - хроническое заболевание, характеризующееся длительным и стойким повышением артериального давления (АД), вызванное нарушением работы сердца и регуляции тонуса сосудов и не связанное с заболеваниями внутренних органов. Не следует путать гипертоническую болезнь с симптоматическим повышением АД, когда это является симптомом определенного заболевания (болезни эндокринной системы, заболевания почек и т.д.).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила границу АД, которое можно считать нормальным - 140/90 мм ртутного столба. Давление, превышающее эти цифры, считается повышенным.

**1.2 Этиология артериальной гипертензии**

*Артериальная гипертония имеет определенные факторы риска*

Любое заболевание внутренних органов имеет как меняющиеся, возможно модифицируемые, так и неизменные или немодифицируемые моменты риска развития. Данное заболевание не является исключением. На развитее артериальной гипертонии существуют факторы на которые мы можем повлиять - модифицируемые и факторы риска на которые мы не можем повлиять - неизменить (немодифицируемые).

*Эндогенные факторы риска:*

· При обязательном наличии наследственного предрасположения(ген депонирования норадреналина);

· Если среди родственников есть больные гипертонической болезнью, то на лицо наследственность - эти люди наиболее предрасположены к развитию этой патологии .

· Заболеваемость мужчин артериальной гипертонией достоверно выше (Мужской пол) - это установлено на практике. Женщин предохраняют эстрогены (женские половые гормоны), которые препятствуют развитию гипертонической болезни. Но такая защита, к сожалению, недолговечна. В момент климактерического периода заболеваемость у женщин растет.

· *Экзогенные факторы риска:*

· Нервное перенапряжение и психическая травматизация (жизненные ситуации, связанные с длительной или часто повторяющейся тревогой, страхом, неуверенностью в своем положении и пр.);

· Нерациональное, избыточное питание, особенно мясной, жирной пищи;

· Употребление большого количества соли в пищу - соленая еда влияет на повышение давления . говоря о суточной норме соли в рационе - можно употреблять в сутки 4,5 грамма или чайная ложка без верха.

· Прогрессированию диабета II типа в результате несбалансированного питания с избытком атерогенных липидов, излишней калорийностью, причинный фактор приводящей к ожирению и способствующей появлению гипертонии. Большое количество атерогенных липидов содержится во всех животных жирах, мясе, особенно свинине и баранине.

· Малоподвижный образ жизни;

· Избыточный вес - фактор риска развития артериальной гипертонии;

· Малоподвижный образ жизни (гиподинамия), низкая физическая активность, сидячий образ жизни ведут к ожирению, а это опять способствует развитию гипертонии;

· Употребление алкоголя - не стоит вообще употреблять алкогольные напитки. Этилового спирта в организме образуется и без того достаточное количество. По мнению исследователей, употребление красного вина действительно благоприятно действует на сердечно-сосудистую систему. Большие дозы, длительное использование, частое употребление вина под видом избавления и профилактики артериальной гипертонии можно легко привести к другому заболеванию - алкоголизм. Курение - еще один изменяемый и грозный фактор развития артериальной гипертонии и ее осложнений. Дело в том что вещества табака, в том числе и никотин, создают постоянный спазм артерий, который закрепляясь, приводит к жесткости артерий, что влечет за собой повышение давления в сосудах.

· К активации симпатической нервной системы ведут стрессы. Возникает функция мгновенного активатора всех систем организма, в том числе и сердечно сосудистой. Идет выброс в кровь прессорных, вызывающие спазм артерий, гормонов. Это приводит к нарушению гибкости артерий и развивается артериальная гипертония.

· Храп это по-настоящему бич почти всех мужчин и многих женщин. Грубые нарушения сна по типу синдрома ночного апноэ, или храпа - он дает повышение давления в грудной клетке и брюшной полости. Все это влияет на сосуды, приводя к их спазму. Развивается артериальная гипертония.

*Причины артериальной гипертонии*

Причина заболевания остается неизвестной у 90-95 % больных. Первичная - это эссенциальная артериальная гипертония. Симптоматическая (или вторичная) гипертония имеется в 5-10% случаев высокого артериального давления и имеет установленную причину.

Причины симптоматической (вторичной) артериальной гипертонии это другие заболевания

•может стать причиной вторичной артериальной гипертонии первичное поражение почек(гломерулонефрит) - самая частая причина.

•стеноз почечных артерий (одно- или двустороннее сужение).

•Врожденная коарктация аорты.

•новообразования в надпочечниках.

• тиреотоксикоз.

•прием лекарственных препаратов: гормональные препараты (здесь и пероральные контрацептивы), антидепрессанты, кокаин и другие.

### **1.3 Патогенетические моменты артериальной гипертензии.**

Пусковое звено гипертонии- этоповышение активности симпатико-адреналиновой системыпод влияниемповышения прессорныхи понижения депрессорных факторов**.**

Прессорные факторы:адреналин, норадреналин, ренин, альдостерон, эндотенин.

Депрессорные факторы:простогландины, вазокинин, вазопрессорный фактор**.**

Повышение активности симпатико-адреналиновой системы и нарушение гепато-ренальной системы в итоге приводит к спазму венул, увеличиваются сердечные сокращения, увеличивается минутный обьем крови, сосуды сужаются, происходит развитие ишемии почек, гибель надпочечников, повышается артериальное давление

Полагают, что причиной *первичной гипертонии* является то, что из сосудо-двигательного центра, находящемся в продолговатом мозгу, идет посылка нервных импульсов к стенкам артериол, вызывающие или повышение их тонуса и, стало быть, их сужение, или, наоборот, понижение тонуса и расширение артериол. Если сосудодвигательный центр находится в состоянии раздражения, то к артериям идут преимущественно импульсы, повышающие их тонус и ведущие к сужению просвета артерий. Влияние центральной нервной системы на регуляцию кровяного давления обьясняет связь этой регуляции с психической сферой, имеющей большое значение в развитии Гипертонической болезни.

В основе лежит повышенное напряжение (повышенный тонус) стенок всех мелких артерий (артериол) организма. Повышенный тонус стенок артериол приводит к их сужению, уменьшается их просвет. Становится затруднительным продвижение крови из одного участка сосудистой системы (артерии) в другой (вены). Повышается давление крови на стенки артерий, возникает гипертония.

В отдельных случаях артериолы суживаются, первоначально из-за спазма, а потом их просвет остается постоянно суженным от утолщения стенки. Для преодоления потоком крови этих сужений, усиливается работа сердца. Необходимо больше крови выбрасывать в сосудистое русло. В таком случае развивается стойкая гипертония.

Типы гемодинамии.

. Гиперкинетический тип **-** у молодых людей, повышение симпатико-адреналиновой системы. Повышение систолического давления, тахикардия, раздражительность, бессоница, чувство тревоги

2. Эукинетический тип **-** поражение одного из органов мишени. Гипертрофия левого желудочка. Бывают гипертонические кризы, приступы стенокардии. <http://www.medglav.com/bolezni-serdca-i-sosudov/ishemicheskaya-bolezn-serdca.html>

. Гипокинетический тип **-** признаки атеросклероза, <http://www.medglav.com/bolezni-serdca-i-sosudov/ateroskleroz.html>смещение границ сердца, помутнение дна глаза, инсульты, инфаркты, <http://www.medglav.com/bolezni-serdca-i-sosudov/infarkt-miokarda.html> отек легких. При вторичной гипертонии (натрийзависимая форма) -- отек, повышение систолического и диастолического давления, адинамичность, апатичность, мышечная слабость, мышечные боли.

### **1.4 Классификация гипертонической болезни**

Гипертония классифицируется по степени повышения артериального давления:

· 1 степень - 140-159/90-99 мм ртутного столба;

· 2 степень - 160-179/100-109 мм ртутного столба;

· 3 степень - выше 180/100 мм ртутного столба.

В развитии гипертонической болезни выделяют несколько стадий:

· 1 стадия - без нарушений функций сердечно-сосудистой системы. Незначительные и непостоянные изменения артериального давления,

· 2 стадия - Появляется гипертрофия левого желудочка на фоне постоянных изменений артериального давления, но без других органических изменений;

· 3 стадия - постоянное повышенное артериального давления с наличием изменений в сердце (ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность).

*Классификация по ВОЗ.*

Нормальное давление --- 120/80

Высоко-нормальное давление --- 130-139/85-90

Пограничное давление --- 140/90

*Поражение органов мишеней*.

**1 стадия** - отсутствие признаков повреждений органов мишени.

**2 стадия** - выявление одного из органов мишени (гипертрофия левого желудочка, сужение сетчатки, атеросклеротические бляшки).

**3 стадия** - энцефалопатия, инсульты, <http://www.medglav.com/sosudisto-nevrologicheskie-bolezni/insult.html> кровоизлияние глазного дна, отек зрительного нерва, изменение глазного дна по методу Кеса.

*Существует 2 типа гипертензии:*

**-ая форма** - доброкачественная, медленнотекущая.

**2-ая форма** - злокачественная.

При 1-ой форме симптомы нарастают в течение 20-30 лет. Фазы ремиссии, обострения. Поддается терапии.

При 2-ой форме резко повышается и систолическое и диастолическое давление, не поддается медикаментозному лечению. Чаще бывает у молодых, при почечной гипертензии, симптоматическая гипертензия. Злокачественной гипертонии сопутствуют заболевания почек. Резкое ухудшение зрения, повышение креатинина, азотемия.

**1.5 Клинические симптомы**

Болезненные признаки развиваются постепенно, только в редких случаях она начинается остро, быстро прогрессируя.

Гипертоническая болезнь в своем развитии проходит ряд этапов.

**1-ая стадия. Неврогенная, функциональная стадия.**

На этом этапе болезнь может проходить как без особых жалоб, так и проявляться утомляемостью, раздражительностью, периодическими головными болями, сердцебиениями, иногда болями в области сердца и ощущением тяжести в затылке. Артериальное давление доходит до 150/90, 160/95, 170/100мм.рт.ст., которое легко снижается до нормы. В этой стадии подьем артериального давления легко провоцируется психо-эмоциональными и физическими нагрузками.

**2-ая стадия. Склеротическая стадия.**

В дальнейшем болезнь прогрессирует. Жалобы усиливаются, головные боли становятся интенсивнее, бывают ночью, рано утром, не очень интенсивные, в затылочной области. Отмечаются головокружения, чувство онемения в пальцах рук и ног, приливы крови к голове, мелькание "мушек" перед глазами, плохой сон, быстрое утомление. Повышение артериального давления становится стойким в течение длительного времени. Во всех малых артериях обнаруживаются в большей или меньшей степени явления склероза и потери эластичности, главным образом мышечного слоя. Эта стадия обычно длится несколько лет.

Больные активны, подвижны. Однако нарушение питания органов и тканей вследствие склероза малых артерий приводит в итоге к глубоким расстройствам их функций.

**3-я стадия. Конечная стадия.**

В этой стадии обнаруживается недостаточность сердца или почек, нарушение мозгового кровообращения. В этой стадии заболевания его клинические проявления и исход в значительной мере определяются формой Гипертонической болезни. Характерны стойкие гипертонические кризы.
При сердечной форме развивается сердечная недостаточность <http://www.medglav.com/bolezni-serdca-i-sosudov/serdechnaya-nedostatochnost.html> (одышка, сердечная астма, отеки, увеличение печени).

При мозговой форме болезнь главным образом проявляется головными болями, головокружениями, шума в голове, расстройствами зрения.
При гипертонических кризах появляются головные боли по типу Ликворных болей, которые усиливается при малейшем движении, появляется тошнота, рвота, ухудшение слуха. В этой стадии подьемы артериального давления могут привести к нарушению мозгового кровообращения. Есть опасность кровоизлияния в мозг (инсульт <http://www.medglav.com/sosudisto-nevrologicheskie-bolezni/insult.html>).

Почечная форма гипертонической болезни приводит к почечной недостаточности, которая проявляется симптомами*уремии.*

У некоторых людей гипертоническая болезнь имеет длительный бессимптомный период. Чаще всего признаки заболевания проявляются во время гипертонических кризов, то есть резкого скачка АД. Тогда больные чувствуют головную боль, головокружение, боль в груди, одышку и чувство страха.

Большинство же людей при повышении давления чувствуют тяжесть в затылке, быструю утомляемость, мелькание перед глазами. Иногда возникают тошнота, головокружение, происходят носовые кровотечения, которые могут уменьшить головную боль. При многолетней гипертонии возможно образование одышки и стенокардии, увеличение левого желудочка, а также - нарушения зрения и нарушения работы почек.

Как у больных, так и у здоровых людей АД изменяется в течение суток. Оно достигает своего минимума обычно ночью, в состоянии покоя, между 23 и 3 часами ночи (базальное давление), и максимума - ближе к вечеру, с 17 до 20 часов. Дневное АД изменяется в зависимости от физических нагрузок, эмоционального состояния, температуры окружающей среды и других факторов. Поэтому для диагностики гипертонической болезни эффективнее всего использовать метод суточного мониторирования.

Симптоматика гипертонической болезни не имеет специфических проявлений. Пациенты не предъявляют жалоб многие годы, могут не знать о своей болезни, на фоне высокой жизненной активности, хотя иногда появляются приступы «дурноты», непродолжительной слабости и головокружения. Причиной этому полагают переутомление. Именно в этот момент необходимо думать об артериальном давлении и его измерить. Если поражаются органы-мишени, возникают жалобы, это органы, наиболее чувствительные к подъемам артериального давления. У пациента возникает головокружение, головная боль, шум в голове, нарушается память и работоспособность. Это говорит о начальных изменений мозгового кровообращения. В более позднем случае присоединяются двоение в глазах, мушки, слабость, онемение конечностей, затруднение речи. Первично изменения кровообращения носят приходящий характер. Осложниться инфарктом мозга или кровоизлиянием в мозг может далеко зашедшая стадия артериальной гипертонии.

Ранним и стабильным признаком стойкого повышенного артериального давления отмечается гипертрофия левого желудочка сердца. Рост массы идет за счет утолщения клеток сердца, кардиомиоцитов.

Первоначально увеличивается толщина стенки левого желудочка. Потом наступает увеличение расширение этой камеры сердца. Гипертрофия левого желудочка неблагоприятный признак в прогностическом плане. В отдельных исследованиях было доказано, что формирование гипертрофии левого желудочка значительно увеличивает риск развития ряда тяжелых осложнений - внезапной смерти, ИБС, сердечной недостаточности, желудочковых нарушений ритма.

При прогрессировании гипертрофии левого желудочка возникают такие симптомы, как: одышка появляющаяся при нагрузке, отек легких , сердечная астма - ночная пароксизмальная одышка, застояная хроническая сердечная недостаточность. Следствием таких состояний может стать инфаркт миокарда, фибрилляция желудочков.

При атеросклерозе когда возникают грубые морфологические изменения в аорте. она расширяется, может произойти расслоение, разрыв. Наличием белка в моче проявляется поражение почек - микрогематурия, цилиндрурия. При гипертонической болезни почечная недостаточность, если нет злокачественного течения, развивается редко. Ухудшением зрения, снижением световой чувствительности, развитием слепоты проявляется поражение глаз.

И так, каковы проявления гипертонической болезни?

*Головная боль,* основное проявление гипертонии, если идет прогрессирование болезни. Как правило головная боль в ночное время или рано утром, не имеет зависимости от времени суток, может появиться в любое время. Она ощущается в виде тяжести или распирания в затылке и может затрагивать другие области головы. Пациенты описывают головную боль при артериальной гипертонии обычно как ощущение «обруча». Головная боль усиливается при сильном кашле, наклоне головы, натуживании, сопровождается небольшой отечностью век, лица. Уменьшением или исчезновением головной боли происходит при улучшении венозного оттока (вертикальное положение больного, мышечная активность, массаж и т.п.).

*Боль в области сердца* в отличии от типичных приступов стенокардии при артериальной гипертонии имеет свои отличия:

•локализация в области верхушки сердца или слева от грудины;

•появляется в покое или при волнении;

•обычно не связана с физической нагрузкой;

•длительно продолжается (минуты, часы);

•не снимается премом нитроглицерина.

*Одышка*, сначала при физической нагрузке, в дальнейшем в покое, говорит о значительном вовлечении в процесс сердечной мышцы и идет развитие сердечной недостаточности.

О наличии сердечной недостаточности *свидетельствуют отеки ног.* Но незначительно выраженные периферические отеки могут быть при задержке натрия и воды при артериальной гипертонии, это обусловлено нарушением выделительной функции почек или зависит от приема некоторых медикаментов.

Для больных артериальной гипертонией характерно нарушение зрения. Часто в момент подъема артериального давления возникает туман, пелена или мелькание “мушек” перед глазами. Возникает функциональное нарушение кровообращения в сетчатке ведущее к таким симптомам. При возникновении грубых изменений сетчатки могут сопровождаться значительным снижением зрения, двоением в глазах (диплопией) и даже полной потерей зрения (тромбозы сосудов, кровоизлияния, отслойка сетчатки).

*Осложнения при артериальной гипертонии.*

Основные осложнения артериальной гипертонии это:

· гипертонические кризы,

· геморрагические или ишемические инсульты - нарушения мозгового кровообращения,

· сердечная недостаточность,

· сердечная недостаточность,

· расслаивающая аневризма аорты

· инфаркт миокарда,

· нефросклероз (первично сморщенная почка).

*Гипертонический криз* - внезапный подъем артериального давления, сопровождаетсянарушением мозгового, коронарного, почечного кровообращения. Это дает повод для риска тяжелых сердечно-сосудистых осложнений: инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, инфаркт миокарда, расслоения стенки аорты, отек легких, острая почечная недостаточность.

Происходит это при выраженном психоэмоциональном напряжении, алкогольных эксцессов, неправильного лечения артериальной гипертонии, прекращения приема медикаментов, из-за большого потребления соли, влияния метеорологических факторов.

Проявление гипертонического криза в виде возбуждения, беспокойства, чувства страха, учащается сердцебиение, ощущение дефицита воздуха. Появляется чувство “внутренней дрожи”, “гусиная” кожа, тремор рук, холодный пот, гиперемия лица. Нарушение мозгового кровообращения проявляется головокружением, возникновением тошноты, однократной рвоты. Появляется слабость в конечностях, онемение губ и языка, возникают проблемы речи. В тяжелых случаях гипертонического криза отмечаются признаки сердечной недостаточности (одышка, удушье), нестабильной стенокардии (загрудинные боли) или другие сосудистые нарушения.

### **1.6 Лечение гипертонической болезни. Профилактика**

Чем длительнее сосуды находятся под высоким давлением, тем быстрее в их стенках происходят необратимые изменения. Стенки артерий утолщаются и теряют эластичность, просвет сосуда значительно уменьшается. При гипертонии все сосуды подвергаются таким изменениям, возникает «гипертоническое сердце», «гипертоническая почка», гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки и другие подобные проявления болезни.

Лечение гипертонической болезни обязательно должно быть комплексным, индивидуально подобранным и направленным на нормализацию артериального давления и постоянное поддержание его на оптимальном уровне.

Лечение артериальной гипертонии следует проводить у всех больных, уровень артериального давления у которых устойчиво превышает 139/89 мм рт.ст.

Главной задачей лечения больных является снижение артериального давления насколько это максимально возможно - снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них.

*Современные гипотензивные препараты****.***

Альфа-адреноблокаторы , В-блокаторы, Са-антагонисты**,** АПФ-ингибиторы, диуретики.

· *Альфа-адреноблокаторы.*

*1. Празозин (пратсилол, минипресс, адверзутен)* **--** расширяет венозное русло, уменьшает периферическое сопротивление, снижает АД, уменьшает сердечную недостаточность. Благоприятно влияет на функцию почек, почечный кровоток и клубочковая фильтрация нарастают, мало влияет на электролитный баланс, что позволяет назначать при хронической почечной недостаточности (ХПН). Обладает легким антихолестеринемическим действием. Побочное действие -- постуральная гипотензивная головокружение, сонливость, сухость во рту, импотенция. 2.*Доксазозин (кардура)*-- обладает более долгим действием, чем празозин, в остальном его действие аналогично празозину; улучшает обмен липидов, углеводов. Назначается при сахарном диабете. Назначается 1-8 мг 1 раз в день.

· *В- блокаторы.*

Липофильные В-блокаторы -- всасываются из ЖКТ. Гидрофильные В-блокаторы,выделяются почками.

В-блокаторы показаны при гипертензии гиперкинетического типа. Сочетание АГ с ИБС, сочетание АГ с тахиаритмией, у больных с гипертиреозом, мигренью, глаукомой. Не изпользуется при AV- блокаде, брадикардии, при прогрессирующей стенокардии.

· 1. Пропранолол (анаприлин, индерал, обзидан)

· 2. Надолол (коргард)

· 3. Окспреналол (транзикор)

· 4. Пиндолол (вискен)

· 5. Атеналол (атенол, принорм)

· 6. Метапролол (беталок, снесикер)

· 7. Бетаксолол (локрен)

· 8. Талинокол (корданум)

· 9. Карведилол (дилатренд)

*Блокаторы Кальциевых Каналов. Са-антагонисты***.**

Обладают отрицательным инотропным действием, снижает сокращение миокарда, снижает постнагрузку , приводит тем самым к снижению общего периферического сопротивления, уменьшает реабсорбцию Na в почечных канальцах, расширяет почечные канальца, увеличивает почечный кровоток, уменьшьшает агрегацию тромбоцитов, имеет антисклеротическое действие, антиагрегатное действие.

Побочные действия --- тахикардия, покраснение лица, синдром «обкрадывания» с обострением стенокардии, запоры. Они пролонгированного действия, действуют на миокард 24 часа.

1. Нифедипин (Коринфар, Кордафен )

2. . Риодипин (Адалат)

. . Нифедипин ретард ( Форидон)

. . Фелодипин (Плендил)

. . Амлодипин (Норвакс, Нормодипин)

. . Верапамил (Изоптин)

. . Дилтиазем (Алтиазем)

. . Мифебрадил (Позинор).

*Диуретики.*

Они снижают содержание Na и воды в русле, тем самым снижается сердечный выброс, снижается отечность сосудистых стенок, снижается чувствительность к альдостерону.

*1. ТИАЗИДЫ* ***--*** действуют на уровне дистальных канальцев, подавляет реабсорбцию натрия. Устранение гипернатриемии приводит уменьшению сердечного выброса, периферического сопротивления. Тиазиды применяют у больных с сохранной функцией почек, применяют их у больных с почечной недостаточностью. Гипотиазид, Инданамид (Арифон), Диазоксид.

*2. ПЕТЛЕВЫЕ ДИУРЕТИКИ*-- действуют на уровне восходящей петли Генле, обладают мощным натрийуретическим эффектом; параллельно вывод из организма К, Мg, Са, показан при почечной недостаточности и у больных с диабетической нефропатией. Фуросемид - при гипертонических кризах, сердечной недостаточности, при тяжелой почечной недостаточности. Вызывает гипокалиемию, гипонатриемию**.** Урегит ( этакриновая кислота).

3. *КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИЕ ДИУРЕТИКИ*.Амилорид -- повышает выделение ионов Na, Cl, уменьшает выведение К. Противопоказан при ХПН из-за угрозы гиперкалиемии. Модуретик -- /Амилорид с Гидрохлортиазидом/.

Триамтерен **--** Увеличивает экскрецию Na, Mg, бикарбонатов, К удерживает. Диуретический и гипотензивный эффекты слабо выражены.

. *СПИРОНОЛАКТОН* (Верошпирон**)** -- блокирует рецепторы альдостерона, повышает выделение Na, но уменьшает выделение К. Противопоказан при ХПН с гиперкалиемией. Показан при гипокалиемии, развившейся при длительном применении других диуретиков.

*Немедикаментозное лечение артериальной гипертонии*

Немедикаментозное лечение *артериальной гипертонии* обращает внимание на устранение или снижение воздействия факторов риска, которые способствуют развитию заболевания и возникновению осложнений. Независимо от показателей артериального давления эти мероприятия обязательны. Немедикаментозное лечение должно быть всегда вне зависимости от количества факторов риска и сопутствующих заболеваний.

Основные немедикаментозные пути лечения включают в себя:

· Добровольный отказ от курения;

· Борьба с избыточным весом (индекс массы тела < 25 кг/м2);

· Уменьшение употребления алкогольных напитков < 30 г алкоголя в сутки у мужчин и 20 г/сут у женщин;

· Борьба с гиподинамией - увеличение физической нагрузки в виде регулярных мероприятий дозированной физические нагрузки по 30-40 мин. не менее 4 раз в неделю;

· Уменьшить употребление поваренной соли до 5 г/сут;

· Нормализация рациона питания за счет увеличения растительной пищи, уменьшения растительных жиров, увеличения в продуктах калия, кальция, которые имеются в овощах, фруктах, зерновых, и магния, содержащегося в достаточном количестве в молочных продуктах;

Достичь оптимального уровня артериального давления примерно у половины больных с мягкой артериальной гипертонией (АД 140/90 - 159/99 мм рт.ст.) удается только с помощью немедикаментозной терапии. При более высоких цифрах артериальной гипертензии немедикаментозное лечение, проводимое параллельно с приемом гипотензивных препаратов, дает возможность значительно снизить дозировку медикаментов и уменьшить риск возникновения осложнений.

Наиболее частая причина устойчивости к проводимой терапии - это отказ от проведения немедикаментозных мероприятий, направленных на изменение образа жизни.

*Причины устойчивости (рефрактерности) артериальной гипертонии к терапии*

Рефрактерной или резистентной к лечению называют артериальную гипертонию, при которой назначенное лечение - изменение образа жизни и применимая рациональная в должной комбинации терапия с применением достаточной дозировки не менее трех препаратов, включая диуретики, не дает достаточного снижения артериального давления.

Основные причины рефрактерной АГ :

· не выявленные вторичные формы артериальной гипертонии;

· отсутствие желания адекватно проводить лечение;

· продолжающийся прием лекарственных средств, повышающих артериальное давление;

· нарушение рекомендаций по изменению образа жизни: прибавление веса, злоупотребление алкоголем, продолжение курения;

· перегрузка объемом, обусловленная следующими причинами: неадекватной терапией диуретиками, прогрессированием хронической почечной недостаточности, избыточным потреблением поваренной соли;

Псевдорезистентность:

· изолированная офисная артериальная гипертония("гипертензия белого халата");

· использование при измерении артериального давления манжеты, несоответствующего размера.

*Неотложная терапия при артериальной гипертонии*

Если подъем артериального давления сопровождается следующими симптомами:

· выраженные загрудинные боли давящего характера (возможно, нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда),

· нарастание одышки, усиливающейся в горизонтальном положении (возможно, острая сердечная недостаточность),

· выраженное головокружение, тошнота, рвота, нарушение речи или нарушение подвижности конечностей (возможно, острое нарушение мозгового кровообращения),

· нарушение зрения, появление двоения в глазах (возможно, тромбоз сосудов сетчатки),

Осуществление незамедлительного (в течение минут и часов) снижения артериального давления при помощи парентерально вводимых препаратов (вазодилататоры, диуретики, ганглиоблокаторы, нейролептики).

Резкое повышение артериального давления, не сопровождающееся появлением симптомов со стороны других органов, может купироваться пероральным или сублингвальным (под язык) приемом препаратов с относительно быстрым действием. К ним относятся

· Анаприлин (группа β-адреноблокаторов, обычно, если подъем артериального давления сопровождается тахикардией),

· Нифедипин (его аналоги - Коринфар, Кордафлекс, Кордипин) (группа антагонистов кальция),

· Каптоприл (группа ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента),

· Клонидин (его аналог - Клофеллин) и другие.

Артериальное давление должно быть снижено на 25% в первые 2 часа и до 160/100 мм рт.ст. в течение последующих 2 - 6 часов. Не следует снижать артериальное давление слишком быстро во избежание ишемии головного мозга, почек и миокарда. При уровне артериального давления > 180/120 мм рт.ст. его следует измерять каждые 15 - 30 мин.

Вывод: Гипертоническая болезнь - заболевание, основным признаком которого является стойкое повышенное артериальное давление, от 140/90 мм.рт.ст и выше, так называемая гипертония. Гипертоническая болезнь является одним из самих распространенных заболеваний.

Причина заболевания остается неизвестной у 90-95 % больных - это эссенциальная (то есть первичная) артериальная гипертония. В 5-10% случаев повышение артериального давления имеет установленную причину - это симптоматическая (или вторичная) гипертония признаки болезни развиваются постепенно, только в редких случаях она начинается остро, быстро прогрессируя. Лечение гипертонической болезни обязательно должно быть комплексным, индивидуально подобранным и направленным на нормализацию артериального давления и постоянное поддержание его на оптимальном уровне.

Немедикаментозное лечение *артериальной гипертонии* направлено на устранение или уменьшение действия факторов риска, способствующих прогрессированию заболевания и развитию осложнений. Эти мероприятия обязательны, независимо от уровня артериального давления, количества факторов риска и сопутствующих заболеваний.

**Глава 2. Уровень комплаенса при терапии больных гипертонической болезнью**

### **2.1 Анализ данных литературы**

Комплаенс (*англ. compliance* - согласие, соответствие) в медицине - это добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения. Является одной из краеугольных проблем современной медицины, особенно российской.

Приверженность лечению, то есть этот самый комплаенс, едина в четырех проявлениях:

· пациент вовремя принимает лекарство;

· принимает лекарство в назначенной дозе;

· соблюдает прописанные рекомендации по правильному образу жизни и диете;

· при всем этом не говорит, что его лишили последней радости в жизни.

На комплаенс влияют наличие побочных реакций на препарат, так и нежелание менять свое поведение или нежелательные привычки при лечении. На основании специальных опросников для пациентов проводится анализ уровня комплаенса. При расчете величины комплаенса основным показателем является соблюдение правильного и в достаточной дозе лекарства, однако могут использоваться и другие показатели: желание придерживаться правильной рациональной диеты или образа жизни на фоне проводимой медикаментозной терапии, частота появления нежелательных реакции, стоимость проводимого основного лечения и лечения нежелательных реакций и т.д.

Пациенты получают препарат строго в указанное время при терапии с высоким уровнем комплаенса более чем в 80% случаев. При терапии со средними значениями комплаенса больные принимают медикаменты строго по времени ив должной дозе в 20-80% случаев. При низком уровне комплаенса этот показатель менее чем в 20% случаев [1]. Пациенты необоснованно отказываются от лечения при терапии с низким уровнем комплаенса, что вызывает ухудшение течения заболевания, появление осложнений. Так, в США ежегодно при условии правильного соблюдения пациентами предписанных режимов лекарственной терапии регистрируется порядка 125 тыс. случаев коронарной смерти, которые можно было бы предотвратить [2].

### **2.2 Анализ основных моментов влияющих на комплаенс больного гипертонической болезнью**

Комплаенс гипотензивных препаратов убывает в следующей последовательности: ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, антагонисты кальция, β-блокаторы, диуретики [3]. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений при гипертонии, связанных с нерегулярным приемом препаратов, снизился примерно в два раза если бы пациенты принимали антагонисты кальция и β-блокаторы в 80-99% предписанных случаев [4]. Невысокий уровень комплаенса при нерегулярном приеме препаратов возможно развитие неконтролируемой артериальной гипертензии при проведении гипотензивной терапии, что также опасно.[5].

Анализ данных литературы показывает, что невысокий уровень комплаенса гипотензивной терапии в первую очередь связан с нежелательными реакциями. Частота встречаемости побочных реакций гипотензивных препаратов прямо связана с их комплаенсом. Низкой частотой встречаемости нежелательных реакций и относительно высоким уровнем комплаенса характеризуются ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов и антагонисты кальция. Значительно более высокую частоту встречаемости нежелательных реакций и соответственно более низкий комплаенс имеют β-блокаторы и диуретики. Чаще всего пациентами отмечаются седатация, нарушения поведения и мышления, сексуальная дисфункция среди причин отказа от терапии адреноблокаторами центрального действия. Более часто встречается эректильная дисфункция среди причин нерегулярного приема периферических β-блокаторов. Обычно связан с никтурией и эректильной дисфункцией отказ от терапии тиазидными диуретиками [6].

Самая часто встречаемая причина отказа от гипотензивной терапии или нерегулярного приема ряда препаратов - сексуальная и эректильная дисфункции - Анализируя показатели нежелательной реакции надо помнить, что гипертония сама может вызывать развитие эректильной дисфункции. Кроме того, у пациентов среднего и пожилого возраста, частота встречаемости гипертонической болезни и риск возможности развития эректильной дисфункции на фоне гипертонии увеличивается, т. е. у тех лиц, у которых и без наличия гипертонии могут встречаться возрастные изменения эрекции. Считается, что должна проводится нефармакологическая гипотензивная терапия, направленная на снижение массы тела и отказ от курения, когда по каким-либо причинам не возможно получать антигипертензивные препараты [7].

Другой проблемой является относительно высокая стоимость лечения приводящая к отказу пациентов или нерегулярному приему медикаментов. При этом препараты последних поколений стоят существенно дороже, имеющие низкую частоту встречаемости нежелательных реакций, препаратов старых генераций. Поэтому для увеличения комплаенса рекомендуется начинать гипотензивную терапию с менее дорогих препаратов. Только при их плохой переносимости можно рекомендовать пациенту прием более дорогих и современных гипотензивных лекарственных средств, которые лучше переносятся [6].

Увеличение комплаенса с пролонгацией их терапевтического эффекта, пролонгированные препарат дают более высокий его комплаенс. Соблюдение предписанного режима гипотензивной терапии при однократном приеме препарата соблюдают 78,2% пациентов; при двукратном приеме - 76,6%; про более частом приеме -трехкратном - 69,34%; четырехкратном -59% пациентов [8].

От возраста пациента, пола и социально-экономического положения комплаенс гипотензивной терапии также зависим. Влияют и другие демографические факторы. Проведенное обследование комплаенса у 2173 пациентов, получающих трандолаприл, в группе лиц пожилго возраста врачебные рекомендации выполнялись более четко, чем среди больных моложе 60 лет. Чаще забывали принимать препарат мужчины, чем женщины. Некурящие пациенты чаще соблюдали предписанный режим приема, чем курильщики [9]. В похожем исследовании, проведенном во Франции, обнаружили наиболее низкий комплаенс гипотензивной терапии ингибиторами АПФ наблюдается у пациентов моложе 60 лет и курильщиков. Так , парижане чаще не соблюдали прописанный режим лечени, чем жители других французских городов или сельской местности [10].

Исследование Kim и соавт. (1998) выявило, что примерно 1/3 пациентов, получающих гипотензивную терапию, менее чем в 20% случаев соблюдает предписанный врачом режим приема антигипертензивных препаратов.

Наиболее часто безработица (46% случаев) являлась причиной низкого уровня комплаенса. На втором месте - разочарованность в жизни (29%), по мнению больного, низкая эффективность терапии составляет показатель комплаенса 67%, прием других препаратов 43%, алкоголизм 65%.

Четче выполняли предписания врача те, чем выше был образовательный и интеллектуальный уровень пациентов [11].

Более низким комплаенсом характеризуется комбинированная терапия, чем монотерапия. Лица, получающие только антигипертензивные препараты, имели существенно выше комплаенс, чем среди пациентов, получающих лечение по поводу ишемической болезни сердца и гипертонии[12].

**2.3 Анализ практических данных по исследованию комплаенса**

Для повышения уровня комплаенса больного гипертонической болезнью перед медицинской сестрой стоит задача выявить существования отрицательных моментов. Медицинская сестра начинает работать в этом направлении в тесном взаимоотношении с пациентом. Надо изучить и найти наличие теоретических моментов влияния на комплаенс у данного пациента.

Когда у пациента отсутствует субъективная убежденность в необходимости проводимого лечения, может возникнуть отказ от гипотензивной терапии.

Некоторые пациенты боятся длительного приема препаратов, якобы могут негативно сказаться на их состоянии здоровья, что вред от их приема может превысить возможную пользу. У части пациентов боязнь привыкания к препаратам, боятся отсутствия эффекта и в дальнейшем не смогут обходиться без лечения. В преждевременном прекращении приема лекарственного препарата в ряде случаев виноват врач, который не объяснил пациенту важность длительной непрерывной терапии. Склонны прекращать гипотензивную терапию примерно 60% больных после того, как достигли эффекта снижения артериального давления, и 70% пациентов, раньше срока прекративших лечение по данной причине, не были предварительно предупреждены врачом о длительности фармакотерапии даже после стабильной нормализации артериального давления [16].

В ряде случаев из-за сложностей доступа к лекарству пациенты преждевременно прекращают лечение. В 20.40% случаев необходимость сходить выписать рецепт является причиной самостоятельно прекратить лечение. На уровне комплаенса терапии неудобство приема некоторых лекарственных форм также сказывается. Низким уровнем комплаенса характеризуются порошки и препараты, которые необходимо предварительно растворять в воде. У лекарственных форм, которые не требуется запивать какой-либо жидкостью, более высокий уровень комплаенса [16].

Исследования показывают, что *трудности с приверженностью терапии могут возникнуть:*

· в любой возрастной группе (и молодые и пожилые);

· среди мужчин (эти вообще лечиться не хотят ни в какую, пока умирать не начнут, впрочем даже тогда продолжат качать права на еду пожирнее, баню пожарче и алкоголь повкуснее), так и среди женщин (нет времени, забыла, замоталась);

· по всему спектру образованности;

· среди пациентов любого социально-экономического статуса (экономить на здоровье пытаются и миллионеры и люди с достатком ниже прожиточного минимума).

Так почему же пациенты не хотят лечиться и исполнять рекомендации так, как от них этого ждут врачи?

Существуют *маркеры отсутствия приверженности лекарственной терапии:*

· наличие психологических проблем, особенно депрессий;

· наличие когнитивных нарушений, в результате которых пациент просто не может понять, зачем ему лечиться или забывает принять препарат;

· бессимптомное заболевание;

· отсутствие контакта с врачом, неадекватное наблюдение и рекомендации, написанные плохо читаемым почерком;

· побочные эффекты;

· плохая информированность о заболевании;

· сложность терапии;

· высокая стоимость лечения.

Стоит отметить, что все трудности, по большому счету связаны *с тремя основными причинами:*

· причинами, связанными с больным (неприятие лечения, страх перед большим количеством препаратов, и, как следствие, некорректный прием лекарств);

· высокой стоимостью терапии, особенно многокомпонентной;

· сложным режимом приема и, соответственно, большой вероятностью отклонения от схемы (например, при назначении 4-х препаратов вероятность комплаенса снижается вдвое).

артериальное давление терапия комплекс гипертензия

## **Литература**

1 Леонова М.В., Белоусов Д.Ю. Аналитическая группа исследования ПИФАГОР. Первое российское фармакоэпидемиологическое исследование артериальной гипертонии. Качественная клиническая практика №3 2002 г. стр.47.53

Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии. Всероссийское научное общество кардиологов. Российский национальный конгресс кардиологов, Москва, 11 октября 2001 г. www.cardiosite.ru/medical/recom-artgip.asp;

3 World Health Organization/International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension, WHO/ISH Guidelines Subcommittee, 1999;

The Seventh Report of Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute Report

Прайс-лист 'ЦВ Протек', за 27.02.2004 г., www.protek.ru

Крестинский Ю.А. 'Фармрынок России в 2003 г. Факторы развития. Основные тенденции'. 15-22 февраля 2004 г. Мальдивские острова. Международный семинар 'Российское здравоохранение и фармацевтический рынок: пути развития'. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК №9 (330) 9 марта 2004 г.

Проект Второго пересмотра рекомендаций ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2004; 3 (3), ч.1.

Dusing R. et al. Am J Hypertens 2001; 14 (4 Pt 2): 98A.

Insull W. J Inter Med 1997; 241 (4): 317-25.

McCarthy R. Business Health 1998; 16: 27-33.

Payne K.S., Esmonde.White S. Curr Hypertens Rep 2000;2: 515-24.

12 Cramer J.A. Am J Managed Care, 1998; 4(11): 1563-8.

Girvin B., Johnston G.D. J Hypertens 1998; 16(7): 1049-54.

Lynch J.C. Pharm Times 2000; Jan: 12-7.

Rosen R.C. Blood Press 1997; 6 Suppl 1: 47-51.

Christensen D.B. et al. Med Care 1997; 35(11): 1164-70.

Vaur L. et al. Am J Hypertens 1999; 12 (4 Pt 1): 374-80.

Vaisse B. et al. Am J Hypertens 1998; 11 (4 Pt 2): 79A.

Kim M.T. et al. Circulation 1997; 96 (8 Suppl 1): 1-351.

Monane M. et al. Am J Hypertens 1997;10(7): 697-704.