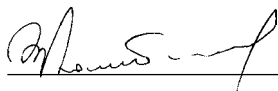


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

14 июля 2005 г.

Регистрационный № 61-0604

**СТРУКТУРИРОВАННОЕ ТЕМАТИЧЕСКОЕ
ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
СВОЕВРЕМЕННОМУ ОБРАЩЕНИЮ
ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

Авторы: С.П. Соловей, д-р мед. наук, проф. Н.А. Манак

Структурированная тематическая программа обучения разработана с целью повышения медицинских знаний больных ишемической болезнью сердца (ИБС) для сокращения потерь времени обращения за медицинской помощью в случае развития инфаркта миокарда или обострения ИБС. Изложенная программа используется не только как информационный массив, но и как средство психологического воздействия, превращающее больных из пассивных пациентов в активных партнеров, осознающих ответственность за сохранение своего здоровья и всю важность получения и сохранения медицинских знаний. Программа предназначена для врачей-кардиологов и терапевтов поликлиник, стационаров кардиологического профиля, городского кардиологического диспансера в рамках работы «Школ для больных ИБС».

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СТРУКТУРИРОВАННОГО ТЕМАТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Обучающая программа рекомендуется для больных хронической ИБС с установленным диагнозом стенокардии напряжения и покоя, нарушений ритма, инфаркта миокарда, с сопутствующей артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

ТЕХНОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТРУКТУРИРОВАННОГО ТЕМАТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Организация и проведение структурированного тематического обучения больных

Наиболее простой формой проведения обучения является форма школы. Главным методическим приемом школы является переход отношений между врачом и пациентом от авторитарной модели к партнерской. Последнее достигается с помощью вовлечения пациентов в дискуссию.

Формируется группа больных, которая проходит весь курс обучения в виде повторяющихся занятий с фиксированной тематикой. Численность человек в группе не ограничена. Пациент сам выбирает количество посещаемых занятий — от одного до четырех,

является на повторное обучение при наличии неясных вопросов. Рекомендуемая периодичность курса — один раз в три месяца.

Методическим приемом, вызывающим дискуссию и повышение активности членов группы, является анализ проблем каждого пациента. Например, при наличии в группе больных с перенесенным ранее инфарктом, врач обсуждает клинические проявления заболевания и их интерпретацию самим пациентом. Далее выявляет ошибки, которые могли способствовать неправильной оценке и дальнейшим действиям больного, если таковые имелись. При наличии же правильного алгоритма действий врач акцентирует внимание на нем и закрепляет положительной оценкой.

Целесообразно часть занятия проводить в форме дискуссий и обсуждений всех мнений. С этой целью в завершение каждого занятия проводится опрос больных на предмет наличия неясных вопросов по тематике обучения, на которые врач отвечает.

При повторном посещении занятия проводится контроль предоставленной информации. Для этого врач задает вопросы соответствующие названиям разделов программы. После этого необходимо начать обучение, предоставив устную обучающую информацию.

Цель обучения — не просто передача суммы знаний, а формирование мотивации и новых психологических установок, изменения поведения для того, чтобы пациенты смогли проводить грамотное, длительное, самостоятельное управление ходом течения заболевания.

Программа проведения структурированного тематического обучения больных

План урока:

1. Факторы риска развития инфаркта миокарда.
2. Клинические признаки инфаркта миокарда.
3. Тактика больного при приступе стенокардии.
4. Тактика больного при подозрении на возникновение инфаркта миокарда.

Факторы риска развития инфаркта миокарда

В возникновении инфаркта миокарда большое значение имеют следующие факторы риска, первые три из которых считаются основными:

1. Гиперхолестеринемия.

Необходимо рассказать больному о наличии в сосудах сердца атеросклеротических бляшек, которые при увеличении своих размеров сужают просвет и становятся более ранимыми и склонными к разрыву. Привести упрощенную модель возникновения инфаркта миокарда (разрыв бляшки, тромбообразование, полное прекращение доступа крови к соответствующему участку сердечной мышцы).

Далее следует остановиться на роли холестерина в формировании атеросклеротических бляшек. Перечислить продукты, в которых его содержание высоко и указать на роль диетотерапии в снижении риска возникновения заболевания. Нацелить больных на контроль своего уровня холестерина при посещении участкового терапевта или кардиолога и знание показателей нормы (не более 5,2 ммоль/л).

2. Артериальная гипертензия.

Информировать больного о том, что артериальная гипертензия является одним из основных и управляемых факторов риска ИБС и в частности инфаркта миокарда: повышение давления на 6 мм рт. ст. означает увеличение риска частоты инфарктов на 20%. Привести больным показатели нормы артериального давления. При наличии пациентов с артериальной гипертензией необходимо нацелить на постоянный систематический контроль ее уровня, так как длительное и устойчивое снижение давления снижет риск сосудистых осложнений. Рекомендовать больному приобрести тонометр и обучить самостоятельно измерять давление в домашних условиях.

3. Курение.

Разъяснить патофизиологические аспекты негативного влияния курения: атеросклероз сосудов сердца у курящих выражен в значительно большей степени, окись углерода и никотин оказывают повреждающее воздействие на выстилку сосудов, изменяют уровень холестерина и увеличивают слипание тромбоцитов в крови, что способствует тромбообразованию.

Привести эпидемиологические данные относительно риска: у лиц, выкуривающих пачку сигарет в день, смертность на 70% выше, чем у некурящих; даже выкуривание одной сигареты в сутки не устраняет этот фактор риска. Настойчиво рекомендовать боль-

ному прекратить курение и указать возможные пути отвыкания от курения.

4. Сахарный диабет.

Врач должен дать больному информацию о норме сахара в крови и рекомендовать при наличии у пациента сахарного диабета строгий контроль его уровня под наблюдением эндокринолога.

5. Ожирение (избыточная масса тела).

Информировать больного о показателях нормы массы тела. При наличии избыточной массы тела рекомендовать ее снижение.

6. Малоподвижный образ жизни.

Привести патофизиологический механизм влияния физической активности на развитие атеросклероза: замедляется развитие атеросклероза, в крови возрастает содержание полезных жиров (липопротеинов высокой плотности), повышается ее фибринолитическая активность (растворение тромба) и снижается способность тромбоцитов к прилипанию (что в дальнейшем ведет к образованию тромбов), кроме того, снижается давление и психоэмоциональное напряжение, расширяются сосуды и развиваются обходные пути, компенсирующие недостаточный кровоток в областях пораженных атеросклерозом сосудов. Объяснить больным принципы дозированной физической нагрузки.

7. Психоэмоциональное и физическое перенапряжение.

Разъяснить действие психоэмоционального и физического перенапряжения на сердечно-сосудистую систему.

8. Злоупотребление алкоголем.

Объяснить больному механизмы отрицательного воздействия алкоголя: после приема чрезмерной дозы алкоголя в дальнейшем наступает спазм сосудов, в том числе и сердца, провоцируются гипертонические кризы. На неизбежно возникающий у пациентов вопрос о том, сколько алкоголя все-таки можно принимать или же следует отказаться полностью, следует привести допустимые нормы: 30–60 мл 40–43% водки либо аналогичного напитка или 240 мл сухого вина в сутки.

9. Наследственная предрасположенность.

Привести критерии наследственной отягощенности по ИБС и инфаркту миокарда: наличие у близких родственников (у мужчин моложе 55 лет, у женщин моложе 65 лет) ИБС или других заболева-

ний, связанных с атеросклерозом. Необходимо особо подчеркнуть, что сама по себе наследственность еще не означает, что болезнь обязательно разовьется. Наследуется предрасположенность к ней. Следует разъяснить больному, что знание своего наследственного анамнеза должно настраивать на серьезное отношение к здоровью, а образ жизни должен быть направлен на исключение всех возможных факторов риска.

В заключение следует информировать пациентов о том, что одной из важнейших закономерностей, характерных для вышеперечисленных факторов риска, является их взаимодействие друг с другом, ведущее к увеличению общего риска в геометрической прогрессии. Так сочетание двух, а особенно трех основных факторов риска резко увеличивает (в 3 раза и более) вероятность возникновения инфаркта. В то же время их наличие отнюдь не означает, что заболевание неизбежно. Это следует упомянуть ввиду того, что очень часто наши больные приводят примеры благоприятного течения жизни некоторых окружающих или знакомых, имеющих несколько факторов риска развития инфаркта миокарда. Данный факт в некоторой степени снижает «бдительность» пациента. Необходимо объяснить, что уровень каждого из имеющихся фактора риска может быть увеличен умеренно, а вот их комбинация дает основание отнести данного пациента к группе высокого риска. Учитывая это, оценка общего риска должна проводиться, исходя из значений всех перечисленных параметров у конкретного человека.

Клинические признаки инфаркта миокарда

При описании клиники инфаркта миокарда необходимо обязательно разъяснить больному, что существуют два варианта течения: типичное (чаще всего встречается) и атипичное. Далее следует излагать клинические варианты.

1. Болевой вариант.

Наиболее частый, возникающий у подавляющего большинства больных. При его описании необходимо четко формулировать характеристики боли: сила, продолжительность, локализация, иррадиация и ответ на устранение.

Этот вариант инфаркта миокарда характеризуется давящей, сжимающей, жгучей, распирающей, режущей болью, интенсивность которой может быть от сравнительно нетяжелой, хотя и превосходя-

щей по силе обычный для данного больного приступ стенокардии, до чрезвычайно сильной. Продолжается не менее 20–30 мин, может иметь характер нескольких приступов, разделенных периодами значительного ослабления. Локализуется за грудиной, в области сердца или по всей передней поверхности грудной клетки. Боль иррадирует обычно в левые руку, лопатку, плечо, шею, нижнюю челюсть, реже — в правую руку, обе руки, эпигастрий. Прием нитроглицерина не оказывает эффекта, если помогают какие-либо анальгетики, то эффект оказывается неполным и непродолжительным.

Следует указать симптомы, которые могут сопровождать болевой приступ: остро возникшая общая слабость, тошнота, рвота, возбуждение, чувство страха смерти, нехватки воздуха, потливость. В первые часы может повышаться артериальное давление, а в дальнейшем происходить его падение.

При ощущении боли лишь в местах иррадиации такие ситуации считают атипичными болевыми вариантами начала инфаркта миокарда. К ним же относят и малоинтенсивный болевой приступ или же вообще его отсутствие. На первый план в таких случаях выступают другие симптомы. Далее необходимо остановиться на них.

2. Астматический вариант.

Беспокоит приступ одышки, удушья, нехватки воздуха. Боли могут отсутствовать или быть незначительными.

3. Гастралгический вариант.

Характерно сочетание болей в верхних отделах живота с тошнотой, неоднократной рвотой, почти не приносящей облегчения, икотой, отрыжкой воздухом, вздутием живота. Боли могут иррадиировать в лопатки, межлопаточное пространство, передние отделы грудной клетки. Живот напряжен и нередко болезнен при пальпации.

4. Аритмический вариант.

Больного беспокоят перебои в работе сердца, которые часто сопровождаются потерей сознания.

5. Церебральный вариант.

Боли в грудной клетке слабо выражены или отсутствуют. На первый план выступает головокружение, тошнота, рвота, потеря сознания, нарушение речи, памяти, движений и чувствительности конечностей.

6. Малосимптомный или бессимптомный вариант.

Интенсивность боли относительно небольшая, иногда серия обычных для больного, но частых приступов стенокардии, кратковременный эпизод одышки, обморок. Следует предупредить пациента о возможности развития инфаркта миокарда без каких-либо проявлений.

Действия больного при приступе стенокардии

Больной должен четко знать следующее. Если болевой симптом появился в момент выполнения какой-либо физической нагрузки или при ходьбе, необходимо ее прекратить или остановиться. Если боль не проходит через 5 мин самостоятельно, следует принять 1 таблетку нитроглицерина под язык. Обычно после этого болевой симптом купируется. При отсутствии эффекта прием нитроглицерина повторяется с интервалом в 5 мин дважды. Как правило, если боль обусловлена приступом стенокардии, достигается положительный эффект. При его отсутствии следует заподозрить возможность развития инфаркта или прединфарктного состояния и вызвать «скорую помощь».

Действия больного при подозрении на возникновение инфаркта миокарда

При возникновении болевого синдрома начальные действия больного должны быть такими же, как при приступе стенокардии, т.е. трехкратный прием нитроглицерина с интервалом в 5 мин. Если же по прошествии 15–20 мин приступ не купирован, следует заподозрить возможность инфаркта и обратиться за медицинской помощью.

Следует акцентировать внимание пациента на то, куда обращаться. Пунктом первичного обращения больного или родственников должна служить служба «скорой помощи». Необходимо особо разъяснить обоснование такого выбора. Оно заключается в сокращении потерь времени от начала заболевания до начала лечения, поскольку в данном случае дорога в буквальном смысле каждая минута, а «скорая помощь» является наиболее оперативным пунктом обращения. Затем отметить, что при разговоре с диспетчером жалобы должны формулироваться максимально четко и полно.

Осложнений и противопоказаний у предлагаемого метода нет.