

Выводы. Распространенность артериальной гипертонии зависит от этнической принадлежности и наличия европеоидной примеси.

НЕЗАВИСИМЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Пальчук Е.В.

Научный руководитель: доцент Журавлев Ю.И.

ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иосафа»
Белгородский государственный национальный исследовательский
университет

На рубеже XX и XXI веков мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только высокое медицинское, но и социально-экономическое значение – пандемией хронических болезней. Сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, сахарный диабет II типа, хроническая обструктивная болезнь легких, а также их различные сочетания отмечаются у каждого второго жителя планеты (Шевцов М.Ю. с соавт., 2011). Хронические неинфекционные социально обусловленные болезни (ХНСОБ) лидируют из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и требуют применения дорогостоящих методов. В то же время, развитие медицинской науки и фармакологии в конце XX века заложило основы для разработки ряда высокоэффективных и сравнительно не дорогих подходов к профилактике, позволяющих существенно замедлить прогрессирование ХНСОБ, снизить риск развития осложнений и затраты на лечение (Смирнов А.В. с соавт., 2011). Эффективность медицинской помощи пациентам с факторами риска и самими ХНСОБ во многом зависит от подготовки и качества работы медицинских кадров, в том числе – среднего звена (МРСЗ). Пропаганда здорового образа жизни и разработка программ по его модификации, активное выявление лиц с факторами риска, постоянное наблюдение за пациентами с ХНСОБ, в том числе с нестабильным течением заболевания; обучение пациентов приемам самопомощи – далеко не полный перечень видов деятельности, в том числе, - относящихся к независимым сестринским вмешательствам, которые способны осуществлять МРСЗ (Тимербулатов В.М., 2006, Павлов Ю.И. с соавт., 2009).

Многочисленными эпидемиологическими исследованиями в России и за рубежом доказано, что в предупреждении преждевременной заболеваемости и смертности от многих ХНСОБ эффективны регулярно осуществляемые профилактические, реабилитационные и психотерапевтические программы. Эффективность такой работы МС существенно возрастает при ее проведении в системе социальной защиты

населения (социальная диагностика, социальное консультирование, активный патронаж, стационар на дому, организация дневного пребывания в стационаре, ведение школ для пациентов) (Галстян Г.Р., 1993).

Большинство ХНСОБ в настоящее время не излечимы, однако специалисты могут осуществлять контроль над заболеванием, обеспечивать предупреждение осложнений, сохранять качество жизни больных. Однако успешный контроль над ХНСОБ даже с максимальным использованием арсенала современной медицины, но без активного участия пациента, невозможен. Участие пациента в этот процесс требует его обучения. (Павлов Ю.И. с соавт., 2009). Образовательные технологии постоянно совершенствуются. В настоящее время показано, что эффективность обучения пациента, направленного на модификацию образа жизни и контроль над ХНСОБ повышается при вовлечении в образовательный процесс членов его семьи (Журавлев Ю.И. с соавт., 2011).

В настоящее время работу МС можно рассматривать как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, целью которого является сохранение, укрепление и восстановление здоровья. С учетом того, что пациент проводит основную долю времени в ближайшем микроокружении (семье), такая деятельность медработников, прежде всего, должна быть сконцентрирована именно там.

Здоровое начало жизни, скорее всего, можно обеспечить в условиях здоровой семьи. Оно создает фундамент для хорошего здоровья на протяжении всей жизни. Ориентация медицинской помощи на семью представляется наиболее эффективным подходом к изменению образа жизни. Основными направлениями деятельности при этом являются оценка психологического микроклимата, повышение резистентности к болезням, осуществление санитарно-просветительной работы. Благодаря знаниям о семье и доверительным отношениям с членами семьи, МС сможет выявлять проблемы пациента на самом раннем этапе формирования ХНСОБ и будет содействовать принятию неотложных мер для того, чтобы свести к минимуму риски. При этом все действия МС должны быть основаны на высоких принципах нравственности и справедливости (Мельникова М.А. с соавт., 2011).

Роль МС определяется целями сестринского дела, которые в различной степени должны разделять и другие работники системы здравоохранения. К одной из важнейших целей МС относятся независимые сестринские вмешательства - действия, осуществляемые МС в рамках своей компетенции автономно, без прямого требования врача, по собственной инициативе (Перфильева Г.М., 2001). К ним относятся: физические тренировки, профилактическое обучение (обучение здоровому образу жизни), психологическая поддержка, собеседование с пациентами и/или их родственниками о само- и взаимопомощи, как в индивидуальном порядке, так и в рамках «Школ для пациентов», «Школ здоровья» и т.д. Организация и ведение школ для пациентов представляется ключевым звеном

профилактической работы МС. Конечной целью любой школы является подготовка больного к самостоятельному управлению своим здоровьем, сохранению качества жизни, достижению стабилизации течения заболевания, снижению числа осложнений (Атласова И.В. с соавт, 2008).

Независимая сестринская помощь, способствует вовлечению пациента в обучающий процесс, повышению его личного вклада в профилактику ХНСОБ, повышению степени удовлетворенности от лечения и общения с МС. Обучение в школе проходит в форме чередующихся теоретических и практических занятий, на которых МС играет роль наставника. Применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с ХНСОБ, что ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение (Поляков И.В. с соавт., 2009).

В силу ряда причин независимые сестринские вмешательства не получили в нашей стране широкого распространения, в то время когда в экономически развитых государствах Европы и США они являются основой системы здравоохранения, особенно его первичного звена. Сложившаяся ситуация является основанием для разработки научных основ использования независимых сестринских вмешательств и планомерному их внедрению в систему первичной медико-санитарной помощи населению с учетом последних достижений медицинского менеджмента и логистики.

ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ СПИРОНОЛАКТОНА И АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Камышникова Л.А.

Научный руководитель: Ефремова О.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет

Актуальность: Среди проблем современной кардиологии ведущее место занимает хроническая сердечная недостаточность (ХСН), определяющая структуру инвалидизации, летальности и смертности больных. Доля больных ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ССФ ЛЖ) в амбулаторной практике достигает 80%.

Спиронолактон препятствует в сердце активации фибробластов, росту коллагенового матрикса и развитию интерстициального миокардиального фиброза, приводит к остановке прогрессирования ХСН (Михайлов И.Б., 2010). Тем не менее, в первичном звене здравоохранения спиронолактон назначается редко, недостаточно изучено его применение на ранних стадиях и на рестриктивный тип диастолической дисфункции ЛЖ. Известно также,