

Диспансеризация пациентов с АГ. Медико-социальная экспертиза при АГ.



Выполнила: **Каменецкая Ек.О.**,
студентка 4 курса, 25 группы,
лечебного факультета.

Определение АГ

Артериальная гипертензия (АГ) – *хроническое стабильное* повышение артериального давления (АД), при котором систолическое АД больше или равно 140 мм рт.ст. и диастолическое АД больше или равно 90 мм рт.ст.

С патоанатомической точки зрения АГ – заболевание сердечно-сосудистой системы, развивающееся из-за первичной дисфункции (невроза) высших сосудорегулирующих центров и последующих нейрогормональных и почечных механизмов, характеризующихся повышением АД, функциональными, а при выраженных стадиях – органическими изменениями почек, сердца, центральной нервной системы.

Статистика пациентов с АГ в Беларуси

Сегодня в Беларуси АГ страдают **1 млн 700 тыс. человек**. При этом количество заболевших увеличивается ежегодно на 25-30 тысяч. По прогнозам европейских экспертов к 2025 году 29,0% мужчин и 29,5% женщин в мире будут иметь АГ.

Поэтому остро стоит вопрос о диспансеризации таких пациентов.



Диспансеризация

Диспансеризация населения занимает ведущее место в работе учреждений здравоохранения и представляет собой систему медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина РБ.

Пациенты с АГ относятся к третьей диспансерной группе (Д III).

Д (III) динамического наблюдения – граждане, имеющие хронические заболевания, с нарушениями функции органов и систем организма и (или) периодическими обострениями.



Осмотр производится 2-3 раза в год (в зависимости от степени АГ) при подборе гипотензивных препаратов:

I степень (140/90 мм – 159/99) – 1 раз в 6 месяцев

II степень (160/100 – 179/109) – 1 раз в квартал года (1 раз в 3 месяца)

III степень (180/110 и более) –1 раз в квартал.

Затем – 1 раз в 6 месяцев.

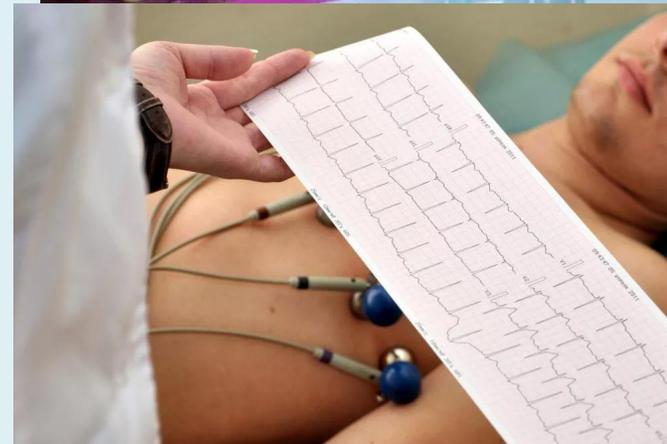


В связи с поражением органов-мишеней дополнительно **не реже 1 раза в год** пациенты должны быть осмотрены **кардиологом, неврологом, психоневрологом, офтальмологом.**



Дополнительные исследования:

- Общий анализ мочи (2-4 раза в год);
- Биохимический анализ крови на глюкозу;
- Креатинин, мочевина;
- Калий;
- Холестерин, триглицериды;
- Исследования глазного дна;
- ЭКГ.



Меры по первичной и вторичной профилактики АГ

Первичная профилактика направлена на здоровый образ жизни, т.е. борьбу с модифицируемыми факторами риска. Такая профилактика позволяет избежать в будущем развития осложнений АГ.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение прогрессирования заболевания, осложнений. Достигается путем назначения рациональной, адекватной гипотензивной терапии. Меры вторичной профилактики предусматривают использование всего комплекса мероприятий, применяемых для первичной профилактики артериальной гипертензии, в том числе и организацию «школ больных АГ» в поликлинических учреждениях.

Определение **эффективности** первичной и вторичной профилактики:

- показатели временной и стойкой утраты трудоспособности,
- показатели летальности,
- наличие или отсутствие обострений заболевания и их частота,
- нормализация или значительное снижение и стабилизация АД,
- наличие или отсутствие осложнений,
- переход заболевания из более тяжелого течения в более легкое.

Лечебно-оздоровительные мероприятия

1. Обучение навыкам здорового образа жизни.
2. Коррекция факторов риска развития артериальной гипертензии, ограничение в пищи поваренной соли (до 5 г) и насыщенных жиров.
3. Проведение психотерапии.
4. Использование физиотерапевтических методов и ЛФК.
5. Медикаментозная профилактика и терапия с использованием гипотензивных средств.
6. Санаторно-курортное лечение.
7. Оздоровление в санатории-профилактории.
8. Дача трудовых рекомендаций и наблюдение за их выполнением.

Санаторно-курортное лечение

Пациентам с АГ III ст. санаторно-курортное лечение противопоказано!

При направлении на санаторно-курортное лечение врач должен учитывать наличие сопутствующих этой патологии заболеваний.

Решая вопрос о целесообразности проведения санаторно-курортного лечения, врачу необходимо помнить о том, что многие виды физиотерапевтического лечения могут получить в поликлиниках по месту жительства.



Медико-социальная экспертиза при АГ

Основанием для временной нетрудоспособности (ВН) при АГ являются:

- гипертонический криз 2 типа,
Связан с выбросом в кровь *норадреналина*, характеризуется более постепенным развитием (по сравнению с 1 типом), тяжелым течением, большой длительностью (до нескольких дней), развивается преимущественно в поздних стадиях гипертонической болезни.
- появление или учащение нарушений ритма и проводимости сердца,
- нарастание признаков сердечной или почечной недостаточности,
- появление клинических симптомов, указывающих на ухудшение регионарного кровообращения (например, головокружение, учащение приступов стенокардии).

Если у больных во время криза 2-го типа развиваются **осложнения со стороны сердца** (стенокардия, сердечная недостаточность, аритмия и др.) **и головного мозга** (транзиторная очаговая неврологическая симптоматика), сроки временной нетрудоспособности удлиняются до устранения возникших нарушений и стабилизации состояния (в среднем на 2-3 дня).

После криза критерием выписки больных на работу является стойкая компенсация патологического процесса. При этом врач должен учитывать, что больным АГ I и II степени без повреждения органов-мишеней не рекомендуется работа, связанная со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, а также пребыванием в неблагоприятных метеорологических и производственных условиях (в жарком, влажном, холодном, сыром помещении с производственным шумом, вибрацией, ночными сменами, дежурствами и др.).

Этим пациентам показано трудоустройство через ВКК.

Основанием для направления больного с АГ на МРЭК является:

1. Длительная временная нетрудоспособность (4 месяца подряд или 5 месяцев с перерывами за последние 12 месяцев) с целью выявления признаков инвалидности или решения вопроса о продлении лечения. Если МРЭК не находит признаков инвалидности и рекомендует продление лечения, ВН по решению ВКК продляется свыше указанных сроков.

2. Наличие признаков инвалидности.

Инвалидность определяется лицам с ограничением разных сторон жизнедеятельности, вызванных нарушением функции органов и систем.

К ограничению жизнедеятельности при АГ приводят:

1. Повторные гипертонические кризы на фоне лечения.

2. Выраженные нарушения функции органов-мишеней (сердечный, почечный, мозговой синдром, нарушение зрительных функций).

3. Неблагоприятное течение АГ с утяжелением ее степени несмотря на лечение, нарастанием поражений органов-мишеней.

4. Наличие синдрома взаимного отягощения заболеваний (при сопутствующей ИБС, сахарном диабете, хронической мозговой сосудистой недостаточности, хроническом обструктивном бронхите, бронхиальной астме и др.) вследствие чего ограничение жизнедеятельности возникает при меньшей степени нарушения функций, обусловленных отдельными заболеваниями.



У больных с АГ чаще возникает ограничение способности к трудовой деятельности, реже ограничение самостоятельного передвижения и самообслуживания.

Другие стороны жизнедеятельности (ориентация, общение, контроль поведения) при АГ нарушаются редко, главным образом, при мозговых осложнениях.



Берегите себя и будьте здоровы!

