

УДК 616.1

И.К. Явная, Е.В. Неврычева

Партисипативный подход в уходе за пациентом с артериальной гипертензией

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, г. Хабаровск

Контактная информация: И.К. Неврычева, e-mail: yavnaya.81@mail.ru

Резюме

Данная статья содержит описание основных принципов профилактики артериальной гипертензии в рамках партисипативного подхода при уходе за пациентом.

Ключевые слова: партисипативность, первичная, вторичная, третичная профилактика, факторы риска.

I.K. Yavnaya, E.V. Nevrychev

Participatory approach in the care of a patient with arterial hypertension

Institute for Advanced Training of Healthcare Professionals, Ministry of Health of the KhK, Khabarovsk

Summary

This article contains a description of the main principles for the prevention of arterial hypertension in the framework of a participatory approach to patient care.

Key words: participation, primary, secondary, tertiary prevention, risk factors.

Введение

Проблема заболеваемости артериальной гипертензией (АГ) в нашей стране является достаточно актуальной. Около половины населения РФ страдает данным заболеванием, причем показатель заболеваемости число пациентов АГ каждый год растет. По данным Росстата (2020 г.), заболеваемость артериальной гипертензией выросла за последние 8 лет на 5,4 миллионов человек в год (по состоянию на 2020 год составляет 16391,6 тыс. человек). При этом число случаев впервые выявленной

АГ в 2020 г. составляет 1368 тыс. человек [2]. Повышение АД может начаться в достаточно молодом возрасте. Так, около 7% мужчин в возрасте 20-29 лет уже имеют повышение АД в той или иной степени, и каждая пятая жительница РФ старше 20 лет страдает АГ. Кроме роста заболеваемости, в нашей стране имеет место также проблема информированности пациента о наличии у него заболевания, получение лечения АГ и его адекватности. Так, только половина пациентов информирована о наличии у них повышения АД в той или иной степени, из них лишь две трети получают

лечение, при этом адекватное лечение получают менее 20% пациентов.

В связи с этим, в уходе за пациентом и в лечении пациента с АГ партисипативный подход является очень важным. Партисипативность является одной из основных концепций 4П-медицины. Современное здравоохранение связано с активно разрабатываемым направлением 4П-медицины. Данное направление построено на принципах персонализированного подхода к здоровью человека. Модель 4П-медицины включает понятия персонализации (индивидуальный подход к каждому пациенту), предикции (создание вероятного прогноза здоровью), превентивности (предотвращение развития заболевания) и партисипативности (мотивирование участие самого пациента в процессе лечения) [9]. Принцип партисипативности предполагает активное самостоятельное участие пациента в лечении заболевания. Это достигается просветительской работой со стороны медицинского персонала и, в частности, медицинской сестры. Для повышения эффективности лечения, приверженности пациента к нему, активном участии больного в процессе лечения необходимо проведение просветительской работы, которая является основным способом повышения эффективности назначенного врачом лечения [4].

Участие пациента подразумевает выполнением мер первичной, вторичной и третичной профилактики. Первичная профилактика направлена на предотвращение заболевания у здоровых людей. Основные ее цели: выявление факторов риска и максимальное уменьшение их влияния на развитие заболевания. То есть действия медицинского персонала и пациента направлены на то, что заболевание развилось как можно позднее или не развилось совсем.

Вторичная профилактика проводится, как правило, у пациентов с впервые выявленной АГ или в начальных стадиях заболевания. Ее целью является как можно более ранняя диагностика заболевания. Мероприятия вторичной профилактики включают контроль АД и достижение его целевого уровня. Третичная профилактика имеет целью предотвращение развития возможных осложнений артериальной гипертонии. К ее мероприятиям относятся обучение пациента навыкам оказания себе неотложной помощи, а также правилам приема лекарственных препаратов.

Обсуждение результатов

Первичная профилактика артериальной гипертонии

Факторы риска артериальной гипертонии подразделяются на не модифицируемые (на которые невозможно повлиять) и модифицируемые (или изменяемые). К не модифицируемым факторам риска относятся пол (мужской), возраст (мужчины старше 55 лет, женщины стар-

ше 65 лет) и наследственная предрасположенность к развитию АГ (развитие АГ у родителей в молодом возрасте или развитием сердечно-сосудистых заболеваний у родственников в молодом возрасте – моложе 55 лет у мужчин и моложе 65 лет у женщин). К модифицируемым – наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), избыточная масса тела, повышение уровня холестерина и глюкозы в крови, низкая физическая активность. Таким образом, мероприятия первичной профилактики направлены на воздействие именно на модифицируемые факторы риска. Это достигается путем профилактического консультирования для формирования у пациента новых поведенческих навыков и снижения риска заболевания. Особенно

это важно у лиц с отягощенной наследственностью [5, 10].

К формированию новых поведенческих навыков относится следование принципам здорового образа жизни: отказ от вредных привычек, правильный режим труда и отдыха, соблюдение принципов рационального и питания и регулярная физическая активность.

При наличии у пациента вредных привычек, в первую очередь, необходимо установить степень зависимости (никотиновой и алкогольной). Для этого существуют шкалы оценки степени зависимости [8]. Шкала, на определение степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), которая широко применяется среди курящих пациентов представлена в Табл.1

Табл.1 Оценка степени никотиновой зависимости. Тест Фагерстрема

Вопрос	Ответ	Баллы
Как скоро, после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 5-30 минут	2
	В течение 30-60 минут	1
	Через час	0
Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты Вы не сможете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, или в течение остального дня?	Да	1
	Нет	0
Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Коэффициент: 0-2 – очень слабая зависимость 3-4 – слабая зависимость 5 – средняя зависимость 6-7 – высокая зависимость 8-10 – очень высокая зависимость

Шкала оценки степени алкогольной зависимости AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; переводится как «тест для выявления нарушений».)

Таблица 2. Шкала оценки отношения к алкоголю AUDIT

Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2-4 раза в месяц	(3) 2-3 раза в неделю	(4) 4 или более раз в неделю
Сколько рюмок* алкогольного напитка Вы выпиваете в тот день, когда употребляете алкоголь?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более
Как часто Вы выпиваете 6 или более рюмок?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день

Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?

(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
-------------	----------------------------	-------------------	--------------------	---------------------------------------

Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что вы были пьяны?

(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
-------------	----------------------------	-------------------	--------------------	---------------------------------------

Получали ли Вы или кто-то другой травму по причине чрезмерного употребления вами алкогольных напитков?

(0) Никогда	(2) Да, но не в прошлом году	(4) Да, в прошлом году
-------------	------------------------------	------------------------

Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?

(0) Никогда	(2) Да, но не в прошлом году	(4) Да, в прошлом году
-------------	------------------------------	------------------------

* В самом общем виде – это кружка пива, рюмка крепких спиртных напитков или бокал сухого вина.

Коэффициенты:

1-7 баллов - Безопасное употребление алкоголя (риск алкоголизма минимальный)

8-15 баллов - Опасное потребление алкоголя (установившийся тип потребления), несущий с собой высокий риск будущего ущерба здоровью, который еще не привел к зависимости

16-19 баллов - Вредное потребление алкоголя, он наносит ущерб Вашему физическому и психическому здоровью

20 баллов и выше - Синдром алкогольной зависимости

Рекомендуемый пороговый балл – 8. Люди с баллом больше 15, скорее всего, отвечают критериям имеющейся в настоящее время алкогольной зависимости.

Этот тест применяется для раннего выявления проблем, связанных с употреблением алкоголя. Медицинская сестра предлагает пациенту ответить на вопросы шкал и по сумме набранных бал-

лов определяет наличие зависимости от вредных привычек. При высокой степени зависимости пациенту сложно самостоятельно отказаться от курения или употребления алкоголя. В этом случае важно порекомендовать обра-

тяться за медицинской помощью к клиническому психологу или врачу-наркологу.

При профилактическом консультировании пациента по вопросам правильного питания важно обратить внимание на так называемый «светофор питания», представлен в Табл. 3. В нем перечислены предпочтительные продукты, те, употребление которых нужно сократить и те, которые не рекомендуются для приема в

пищу или должны быть резко ограничены. Так, к продуктам «красного цвета светофора» относят те, которые запрещены к употреблению или их прием рекомендуется резко ограничить. Продукты «желтого цвета светофора» можно употреблять в пищу, но делать это следует не регулярно, а как исключение. Продукты «зеленого цвета светофора» должны составлять основу пищевого рациона и употребляться пациентами ежедневно [1, 6].

Таблица 3. Рекомендуемые продукты питания по принципу «светофора».

СВЕТОФОР ПИТАНИЯ		
Зеленый свет: можно в любых количествах		
Огурцы	Перец	Капуста
Помидоры	Баклажаны	Минеральная вода
Укроп	Свекла	Чай и кофе
Петрушка	Морковь	Грибы 500 г
Лук	Репа	
Салат	Зеленые стручковая фасоль	
Редис	и горох	
кабачки		
Желтый цвет: делим пополам		
Макаронные изделия	Нежирные сорта мяса	Фрукты (кроме винограда, фиников)
Крупы	Творог	Ягоды
Картофель	Молочные продукты менее	Сухофрукты
Бобовые культуры	4% жирности	100 г
Хлеб с отрубями	Нежирные сорта сыра	
Рыба	100 г	
Курица		
100 г		
Красный цвет: отказаться или как исключение		
Сало	Любые животные и растительные масла и жиры	Субпродукты
Шпик		Белый хлеб и выпечка

Жирные сорта мяса	Майонез	Сахар и сладости
Молочные продукты, сыры более 30% жирности	Сметана	Мед
Кожа птицы	Колбасные изделия	Варенья
	Консервные изделия в масле	Сладкая газированная вода

Ежедневно проводите измерение глюкозы в крови для правильного подбора питания и лечения!

В здоровом рационе должны преобладать цельнозерновые продукты, овощи, фрукты, они составляют основу пищевой пирамиды. Молочные продукты предпочтительно выбирать с пониженным содержанием жира. И лишь незначительную часть составляют животные жиры, масла, легкоусваиваемые углеводы, в том числе сладости. Рекомендуется употреблять не более 5 грамм поваренной соли в сутки. Также важно, чтобы в рационе 1-2 раза в неделю присутствовала рыба.

Физическая активность для пациента также чрезвычайно важна. Необходимо совершать ежедневные пешие прогулки. Так, рекомендовано проходить ежедневно не менее 10000 шагов, которые можно подсчитывать с помощью современных шагомеров. Как отдельных, так и встроенных в мобильные телефоны и гаджеты. Несколько раз в неделю важно проводить аэробные нагрузки, заниматься игровыми видами спорта, а минимальное количество времени проводить в сидячем положении, при просмотре телевизора или за телефонами и гаджетами (Рис.1).



Рис.1. Распределение физической активности.

Вторичная профилактика артериальной гипертонии

Основная цель вторичной профилактики – контроль АД у пациентов с уже установленным диагнозом артериальной гипертонии. На данном этапе необходимо разъяснить пациенту необходимость ведения дневника АД, обучить правилам измерения АД, а также рассказать о правилах подготовки к назначенным врачом исследований.

Таблица. 4 Дневник ежедневного измерения артериального давления

Дата	Время суток	Артериальное давление	Частота сердечных сокращений	Жалобы, причины повышения АД
	Утро			
	Вечер			
	Утро			
	Вечер			
	Утро			
	Вечер			
	Утро			
	Вечер			

Кроме того, задачей медицинской сестры является обучение пациента правильному измерению АД.

Правила измерения АД [3, 7]:

1. Пациент должен находиться в положении сидя в спокойной комфортной обстановке в течение 5 минут до начала

Дневник АД представлен в Таблице 2 и выглядит следующим образом: в графах заполняется величина АД и ЧСС, измеренных утром и вечером, а также свое самочувствие, название и доза принятых лекарственных препаратов. Дневник АД важен для контроля эффективности антигипертензивной терапии. Пациент должен знать, что на каждый прием необходимо брать с собой дневник АД для правильного назначения лечения врачом.

измерения АД. Важно следить за тем, чтобы ноги пациента не были скрещены.

2. Следует произвести три измерения АД с интервалами в 1–2 минуты, дополнительное измерение необходимо только в том случае, если первые два результата отличаются друг от друга на >10 мм рт. ст. Регистрируется АД,

являющееся средним из двух последних измерений.

3. Дополнительные измерения АД могут потребоваться у пациентов с нестабильными показателями АД вследствие нарушений ритма (например, при наличии фибрилляции предсердий). В этих случаях следует использовать ручной аускультативный метод измерения АД.

4. Следует использовать стандартную манжету (12–13 см шириной и 35 см длиной) для большинства пациентов, однако необходимо иметь манжеты большего и меньшего размеров в зависимости от окружности плеча (большая (>32 см) и небольшая).

5. Манжета должна располагаться на уровне сердца, при этом необходимо обеспечить поддержку спины и руки пациента для избегания мышечного напряжения, что может привести к повышению АД.

6. Воздух в манжете нагнетается до уровня на 30 мм рт.ст. выше исчезновения пульсации на лучевой артерии. Спускать воздух из манжеты, проводя аускультацию с помощью фонендоскопа на локтевой ямке. Появление пульсации совпадает с уровнем систолического АД, исчезновение – с уровнем диастолического АД.

7. При первом посещении необходимо измерять АД на обеих руках для вы-

явления разницы. В дальнейшем следует измерять АД на той руке, на которой определяются более высокие значения.

8. Необходимо измерять АД на 1-й и 3-й минуте после перехода в вертикальное положение из положения сидя всем пациентам при первом посещении для исключения ортостатической гипотензии. Во время последующих посещений врача может быть целесообразным измерение АД в положениях лежа и стоя пожилым больным, пациентам с диабетом и пациентам, имеющим другие причины для развития ортостатической гипотензии.

9. Необходимо зарегистрировать частоту сердечных сокращений и оценить пульс с целью исключения нарушений ритма.

Нормальный уровень АД составляет от 120/70 до 139/89 мм рт.ст.

Существует необходимый минимум обязательных исследований при АГ, которые назначаются пациенту [3, 5, 10]:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- общий анализ мочи, определение микроальбуминурии;
- электрокардиография (ЭКГ);
- УЗИ сердца, почек и надпочечников;
- суточный мониторинг артериального давления (СМАД).

Остановимся на правилах подготовки к этим исследованиям.

Забор крови на общий и биохимический анализ проводится утром натощак.

Моча на исследование собирается в чистую баночку заводского производства после туалета наружных половых органов. Собирается средняя порция мочи.

Особой подготовки к ЭКГ, ультразвуковых исследованиям, а также СМАДу не требуется, однако пациенту необходимо разъяснить суть этих исследований. Кроме того, при суточном мониторинге АД пациент необходимо будет заполнять дневник самочувствия, отражая основные жалобы и физическую активность. Также во время проведения СМАДа нельзя принимать душ во избежание поломки прибора, поэтому душ рекомендуется принять пациенту заранее, перед исследованием.

Третичная профилактика артериальной гипертонии

Целью третичной профилактики АГ является профилактика развития осложнений данного заболевания. Ее задачами являются:

- выявление потенциальных проблем пациента;
- обучение пациента навыкам самопомощи при гипертоническом кризе;
- обучение пациента навыкам оказания себе помощи при развитии неотложных состояний;
- информирование пациента о правилах приема лекарственных препаратов, их основных побочных эффектах и пра-

вилах оказания себе помощи при их появлении.

Как известно, потенциальные проблемы пациента – это те, которые в настоящее время отсутствуют, но могут развиваться в виде осложнений. При АГ к ним относятся развитие гипертонического криза, развитие неотложных состояний, таких как острый инфаркт миокарда, инсульта, хроническая почечная недостаточность, разрыв аорты, поражение сетчатки, вплоть до слепоты. Об этом важно говорить пациенту для мотивации его к лечению. Таким образом, для формирования навыка самопомощи у пациента важно знать, какие осложнения могут развиваться при данном заболевании, уметь выявлять у себя первые проявления данных осложнений и владеть правилами оказания себе первой помощи при них.

Наиболее часто у пациентов с АГ развивается гипертонический криз. Он представляет собой резкое повышение АД до уровня, выше привычного для пациента с плохой его переносимостью. Гипертонический криз может возникнуть в результате нарушений диеты, употребления соленой пищи, вследствие изменения погоды, острых заболеваний, а также по причине прекращения приема лекарственных препаратов. Он может проявляться головной болью, часто в области затылка, появление «пелены» или «мушек» перед глазами, головокружением, тошнотой, одышкой, болью за грудиной.

Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе:

- вызвать врача;
- принять удобное полусидячее положение;
- обеспечить доступ свежего воздуха;
- расстегнуть стесняющую одежду;
- принять лекарственный препарат (каптоприл, нифедипин, анаприлин);
- через 30 минут оценить степень снижения АД;
- если АД не снижается, принять препарат снова, но всего не более 2 раз;
- при ознобе согреться теплым одеялом.

Острый инфаркт миокарда проявляется приступом сжимающей либо давящей боли за грудиной, которая может иррадиировать в левую руку, нижнюю челюсть, в спину, продолжительностью более 15-20 минут. Боль может сопровождаться общей слабостью, потливостью, одышкой или чувством нехватки воздуха, сердцебиением или замедлением сердечного ритма. В этом случае необходимо срочно вызвать СМП, принять горизонтальное положение, обеспечить доступ свежего воздуха, разжевать таблетку аспирина, использовать 1-2 дозы нитроглицерина (под контролем АД), не двигаться, исключить любую физическую нагрузку до приезда бригады СМП.

Первыми проявлениями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) могут быть внезапное падение и невоз-

можность подняться, появление асимметрии лица, слабость в руке или ноге, выраженное головокружение, невозможность говорить или заплетающийся язык (т.н. «каша во рту»). При появлении этих симптомов важно вызвать бригаду СМП, оставаясь в горизонтальном положении до ее приезда.

При разъяснении пациенту правил приема лекарственных препаратов необходимо остановиться на следующих моментах.

1. Лекарственные препараты необходимо принимать всю жизнь, не курсами, а постоянно.
2. Лекарственные препараты необходимо принимать в одно и то же время, ежедневно.
3. Нельзя самостоятельно отменять или изменять прием лекарственного препарата.
4. Нельзя самостоятельно прекращать лечение.
5. Нельзя суммировать назначенную дозу в случае пропуска приема лекарственного препарата.
6. При любых изменениях самочувствия во время лечения следует ставить в известность врача.

Выделяют 5 основных групп антигипертензивных препаратов:

- ИАПФ (эналаприл, лизиноприл, фозиноприл, периндоприл, рамиприл);
- блокаторы рецепторов ангиотензина (лозартан, валсартан, ирбесартан, кандесартан, азилсартан);
- диуретики (индапамид, гипотиазид, хлорталидон, фуросемид, торасемид);

- α -адреноблокаторы (бисопролол, небиволол, метопролола сукцинат, бетаксол); Основные побочные эффекты антигипертензивных препаратов и тактика пациента при их появлении представлены в Табл. 5
- антагонисты кальция (нифедипин, амлодипин, лерканидипин).

Таблица 5. Основные побочные эффекты антигипертензивных лекарственных препаратов

Группа препаратов	Основные побочные эффекты	Тактика при развитии побочных эффектов
Ингибиторы АПФ	Сухой кашель Аллергические реакции	Отменить прием препарата, незамедлительно обратиться к врачу
Блокаторы рецепторов ангиотензина-II (сартаны)	Аллергические реакции	Отменить прием препарата, обратиться к врачу
β -адреноблокаторы	Брадикардия (ЧСС менее 50 уд.в мин.)	Отменить прием препарата, незамедлительно обратиться к врачу
Антагонисты кальция	Периферические отеки	Обратиться к врачу
Диуретики	Снижение уровня калия в крови (мышечная слабость, судороги икроножных мышц, нарушения сердечного ритма, депрессия)	Обратиться к врачу

Заключение

Таким образом, задачами медицинской сестры при партисипативном подходе в уходе за пациентами с АГ являются выявление факторов риска заболевания и мотивация пациента к новому стилю поведения; контроль АД с обучением пациента, выявление потенциальных проблем пациента и обучению его тактике при их появлении, контроль за назначенным лечением и обучение пациента правилам лечения и навыкам оказания самопомощи при развитии побочных эффектов. И, конечно, самой главной зада-

чей медицинской сестры остается мотивация пациента участвовать в процессе лечения и профилактики.

Список литературы

1. Жмеренецкий К.В., Ловрикова М.А. Атеросклероз: современные представления, принципы диагностики, подходы к лечению дислипидемий (клиническая лекция) // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2015. - №2 (64). – С. 90–97.
2. *Здравоохранение в России*. 2021: Стат.сб./Росстат. – М., 2021. – 171 с.

3. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. – 2020. URL: https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf
4. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. - №9(3). – С.55-65
5. Неврычева Е.В. Артериальная гипертензия: основные понятия, клиника, диагностика, лечение (лекция для средних медицинских работников) // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2014. - №4 (62). – С. 84–89.
6. Неврычева Е.В. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (лекция) // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2015. - №1 (63). – С. 77–81.
7. Неврычева Е.В. Правила измерения артериального давления // Здоровоохранение Дал. Востока. – 2014. – № 4. – С. 90–92. – Библиогр.: с. 92 (1 назв.).
8. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии// Вопросы наркологии. – 2018. - №7(16). – С.46-70. URL: <https://psychiatr.ru/download/3782?view=1&name=046-071.pdf>
9. Пальцев М.А. 4П-медицина как новая модель здравоохранения//Вестник ВШОУЗ. – 2015. – №2. URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2015/4p-meditsina-kak-novaya-model-zdravookhraneniya/>
10. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (лекция для средних медицинских работников. Часть I). Здоровоохранение Дальнего Востока.- 2016.- №3.- С. 72-91
11. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (лекция для средних медицинских работников. Часть II) Здоровоохранение Дальнего Востока.- 2016.- №4.- С. 77-90
12. Сестринская помощь при артериальной гипертонии. Основные понятия, клиника, диагностика, лечение : рек. Коорд. советом по обл. образ. "Здравохр. и мед. науки": учеб. пособие по спец. 34.03.01 "Сестр. дело" / Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения, каф. сестр. дела ; сост. Е. В. Неврычева. - Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2018. - 94 с. : ил. - Библиогр.: с. 67 (10 назв.). - Текст : непосредственный.