

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Дипломная работа

**студента очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051504
Ахматхузина Антона Хаитбоевича**

Научный руководитель:
преподаватель Кравцова Т. В.

Рецензент: старшая медицинская
сестра кардиологического отделения
№2 ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя
Иоасафа»
Н.А. Генералова

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	5
1.1. Понятие артериальной гипертензии.....	5
1.2. Причины, основные симптомы, диагностика артериальной гипертензии... 8	8
1.3. Основные направления профилактики артериальной гипертензии.....	17
1.4. Деятельность медицинской сестры в профилактике артериальной гипертензии у людей пожилого возраста.....	20
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖИТЕЛЕЙ ОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	23
2.1. Характеристика базы исследования.....	23
2.1. Анализ результата анкетирования пациентов.....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	39

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Артериальная гипертензия - самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы [3]. Артериальной гипертензией на сегодняшний день (АГ) страдает около 30-40% взрослого населения. С возрастом распространённость увеличивается и достигает 60-70% у лиц старше 65 лет. До 50-летнего возраста АГ чаще бывает у мужчин, а после 50 лет - у женщин. Среди всех форм АГ на долю мягкой и умеренной приходится около 70-80%, в остальных случаях наблюдают выраженную АГ. Вторичные АГ составляют 5-10% всех случаев АГ. Вместе с тем по данным специализированных клиник, где концентрируются больные с высокой и стойкой АГ, с помощью сложных и дорогостоящих методов исследования вторичные АГ можно выявить в 30-35% случаев [2]. Артериальная гипертензия (АГ) одна из крупнейших проблем современности [6]. Артериальные гипертензии входят в число одной из наиболее частых причин потери трудоспособности, инвалидности и смертности населения практически во всех странах мира. Они приводит к тяжелым осложнениям, способствует развитию мозгового инсульта и ишемической болезни сердца.

По статистике (ВОЗ), в 2005 г. на долю смертей от хронических неинфекционных болезней, фактором риска которых является повышенное артериальное давление, приходилось 7,1 млн случаев, т.е. 20,3% [1].

Цель исследования – оптимизировать работу медицинской сестры по профилактике артериальной гипертензии у людей пожилого возраста.

Для достижения указанной цели были определены следующие задачи:

- провести теоретический анализ данных по проблеме;
- провести анкетирование среди населения г. Шебекино на предмет информированности об артериальной гипертензии;
- выработать рекомендации по профилактике артериальной гипертензии;

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный) метод;
- социологический – анкетирование;
- статистический – статическая обработка информации;

Предмет исследования – деятельность медицинской сестры по профилактике артериальной гипертензии у людей пожилого возраста в современном ЛПУ.

Объект исследования: пациенты Шебекинской центральной районной больницы (60 человек).

База исследования: Шебекинская центральная районная больница.

Теоретическая значимость состоит в более глубоком изучении теоретических источников информации о проблеме артериальной гипертензии.

Практическая значимость работы – состоит в определении наиболее оптимальных способов профилактики артериальной гипертензии у людей пожилого возраста, используемых медицинской сестрой, и проведении пропаганды здорового образа жизни.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1.1. Понятие артериальной гипертензии.

Сердце обеспечивает постоянное кровообращение через замкнутую сердечно-сосудистую систему. Сердце при жизни человека сокращается около 4 миллиарда раз, выбрасывая в аорту и способствуя притоку к органам и тканям до 200 миллионов литров крови. В физиологических условиях, сердечный выброс колеблется от 3 до 30 л/мин [5]. Нарушенная деятельность сердца, сосудистого тонуса или изменения в системе крови могут привести к недостаточности кровообращения. Заболевания ССС часто приводят к снижению эффективности пациента, требуют дорогостоящих анализов и медикаментов, что необходимо учитывать при планировании и организации медицинской помощи, однако, большие материальные затраты могут быть восстановлены (в первую очередь за счет профилактики заболеваний ССС), так как есть возможность улучшить качество и увеличить продолжительность жизни пациента. Повышенное артериальное давление оказывает патологическое воздействие на сосуды и их органы: мозг, сердце, почки, глаза. В связи с длительным течением артериальной гипертензии патологические процессы, происходящие в этих органах (органах-мишенях), могут приводить к сосудистым катастрофам: мозговому инсульту (смертность до 80%), сердечной и почечной недостаточности, нарушению зрения [3].

Основной признак артериальной гипертензии - повышенное артериальное давление. В кровеносных сосудах кровь движется под давлением в результате непрерывной работы сердца. Как правило, кровяное давление в желудочках сердца колеблется от 120 в левом и 25 в правом в систолу до 0 мм рт.ст в диастолу. При измерении артериального давления в кровеносных сосудах

(например, на уровне плечевой артерии), систолическое артериальное давление (САД) соответствует артериальному давлению сердца, а диастолическое артериальное давление (ДАД) не равно 0. Среднее ДАД равно 70-80мм рт.ст. Поэтому в артериях артериальное давление колеблется в гораздо меньшей степени, чем в желудочках сердца. Такая разница в колебаниях артериального давления и сохранении высокого артериального давления (по сравнению с аналогичными в желудочковых полостях) обусловлена прежде всего структурно-функциональными характеристиками сосудов аорты и крупных артериальных сосудов. Стенки последних состоят примерно из равного количества коллагена, эластических волокон и гладкомышечных клеток. Эластичный компонент растягивается, вызывая отложение систолического объема крови, а коллагеновые волокна и сокращающиеся гладкомышечные клетки предотвращают разрастание и разрыв стенок.

Другая группа сосудов включает сосуды-распределители шунты, капилляры, венулы и мелкие вены. Именно мелкие артерии и артериолы вносят основной вклад в регуляцию артериального давления. Они составляют около 50% от общего объема ОПСС, так как могут уменьшаться, расслабляться и значительно изменять просвет сосудов. Артериальная гипертензия - симптом повышенного артериального давления (АД) при различных заболеваниях, которые исчезают после их излечения. Артериальная гипертензия может быть, как первичной, так и вторичной. Первичная артериальная гипертензия (гипертония) - стойкое повышение артериального давления, не связанное с органическим поражением органов и систем, регулирующих сосудистый тонус. Первичная артериальная гипертензия это – «болезнь осени жизни человека, которая лишает его возможности дожить до зимы». Но часто первичная артериальная гипертензия развивается в молодом возрасте (гипертония в молодые годы). Важно отметить, что до 40 лет, мужчины болеют чаще, чем женщины, а после 40 лет соотношение обратное [8]. Общее название первичной артериальной гипертензии – «эссенциальная гипертензия», что означает неоднозначность ее этиологии [7]. Если причина артериальной гипертензии

выявлена, то она считается вторичной (симптоматической). Если поднимается только систолическое кровяное давление (140 мм рт.ст. и выше), говорят об изолированной систолической артериальной гипертензии. Злокачественная форма гипертонии характеризуется выраженным стойким повышением артериального давления (диастолическое артериальное давление не менее 120 мм рт.ст.), которое не уменьшается в течение дня, даже ночью [5]. Такое резкое и высокое повышение артериального давления называется гипертоническим кризом [2]. Обычно он характеризуется выраженными изменениями глазного дна с отеком зрительного нерва, кровоизлияниями в глазное дно, а также признаками прогрессирующего повреждения сердца, головного мозга, почек. Если гипертонические кризы появляются часто и диастолическое давление превышает 120 мм рт.ст. то пациент может умереть через 2-5 лет [2].

У одного и того же человека в течение дня отмечаются значительные колебания артериального давления, которые происходят под влиянием эмоционального и физического напряжения. Более низкие показатели давления фиксируются ночью, а максимальные - в конце рабочего дня. В редких случаях артериальное давление может достигать высоких значений, но у здоровых людей в покое через несколько минут давление становится нормальным [5].

Выделяют следующие стадии гипертонии:

I стадия - отсутствуют объективные признаки повреждения органа-мишени. Повышение артериального давления не достигает высоких показателей, иногда оно выявляется случайно, например, при медицинском осмотре.

II стадия - развитие поражения органов-мишеней с признаками гипертрофии левого желудочка, сужения сосудов сетчатки, альбуминурии, атеросклеротического поражения крупных сосудов (аортального, сонного, подвздошного, бедренного) [4].

III стадия - характеризуется детальной клинической картиной поражения органа-мишени:

- сердце - коронарная болезнь сердца, сердечный приступ, сердечная недостаточность;
- мозг - нарушение мозгового кровообращения, гипертоническая (ишемическая) энцефалопатия, инсульт;
- почки - почечная недостаточность, азотемия;
- сосуды - расслаивающаяся аневризма аорты, обструктивные поражения сосудов с соответствующей клинической картиной;
- сетчатка - ретинопатия с кровоизлияниями в сетчатку.

1.2. Причины, основные симптомы, диагностика артериальной гипертензии.

Несмотря на то, что эссенциальная и вторичная гипертензии существенно различаются по этиологическим факторам, механизмы ее развития являются общими [8]. Наиболее важным в развитии гипертонии является длительное психоэмоциональное напряжение. Об этом свидетельствуют частые случаи у тех, кто пережил блокаду Ленинграда, а также людей, работающих на «стрессовых» профессиях. Отрицательные эмоции играют особую роль. Современный цивилизованный человек часто не имеет возможности погасить свое эмоциональное возбуждение двигательной активностью. Это способствует длительному сохранению в коре головного мозга очага застойного возбуждения и развитию гипертонии. Согласно концепции, разработанной Г. Ф. Лангом и А. Л. Мясниковым, «нервное перенапряжение при гипертонической болезни реализуется в трофическом расстройстве определенных структур мозга, контролирующего артериальное давление», прежде всего тех областей коры головного мозга и подкорковых центров, экспериментальное раздражение которых вызывает повышение артериального давления. Развитие артериальной гипертензии зависит от взаимодействия генетических и экологических факторов. Известно, что гипертония сопровождается функциональными

изменениями симпатической нервной системы, ренин-ангиотензиновой системы и других гуморальных факторов [3].

При артериальной гипертензии происходит реконструкция барорецепторов что приводит к нарушению прессорного и депрессорного баланса с преобладанием первого (симпатической нервной системы) [3]. Почки часто участвуют в патогенезе гипертонической болезни вызывают нарушение натрийуреза, которое приводит к задержке соли в организме, либо через нарушение прессорного высвобождения (ренин), либо через депрессорные (простагландин и медулипин) факторы [3]. Основные факторы, определяющие уровень артериального давления - сердечный выброс и общее периферическое сосудистое сопротивление. Существуют факторы риска, влияющие на эти параметры. Большинство из них совпадают с факторами риска атеросклероза:

1. Пол. Известно, что мужчины 35-55 лет имеют более высокую предрасположенность к развитию артериальной гипертензии, чем женщины. У женщин повышенный риск развития гипертонии отмечается в климактерический период и с наступлением менопаузы;

2. Возраст. В течение жизни, наблюдается постепенное снижение функциональной активности основных регуляторных систем, контролирующих уровень артериального давления. Чем старше становится человек, тем выше уровень артериального давления;

3. Генетические факторы (гипертония часто имеет семейный характер и полигенную форму наследования). Считается, что артериальная гипертензия имеет наследственную предрасположенность в 30% случаев. Возникновение гипертонии наиболее вероятно, когда у родственников первой степени (родителей, сестер, братьев) имеется повышенное артериальное давление;

4. Ожирение. Существует определенная зависимость артериального давления от массы тела. Так, у пациентов с ожирением гипертония встречается в 2-6 раз чаще, чем в общей популяции. Это связано с наличием метаболического синдрома, развивающегося на фоне ожирения. При этом возникает эндотелиальная дисфункция, способствующая возникновению

вазоспастических реакций. Кроме того, тяжелые нарушения липидного обмена приводят к атеросклерозу сосудистой стенки;

5. Гиподинамия. Риск развития артериальной гипертензии при недостаточной двигательной активности на 20-30% выше, что обусловлено снижением адаптационных возможностей системы кровообращения;

6. Алкоголь. Ежедневное потребление алкогольных напитков приводит к повышению артериального давления на 5-6 мм рт.ст. в год. Злоупотребление алкоголем способствует снижению чувствительности барорецепторов в аорте и синокаротидной зоне, с последующим нарушением центральной регуляции АД;

7. Курение. Провоцирует активацию вазоконстрикторных эндотелиальных факторов, курение способствует нарушению функционального состояния эндотелия с склонностью к спазмам;

8. Гиперлипидемия. Способствует возникновению структурных и функциональных нарушений в артериях большого круга кровообращения, развитию атеросклероза и стабилизации высокого артериального давления [7].

9. Эмоциональные стрессы (особенно длительные нервно-психические расстройства);

10. Чрезмерное потребление поваренной соли. Как правило, на фоне генетической предрасположенности к гипертонии. Кроме того, высокие уровни натрия в пище часто сопровождаются недостатком калия, кальция и магния, что играет определенную роль в патогенезе гипертонической болезни;

11. Гормональный фактор - увеличение угнетающего действия гипоталамо-гипофизарной системы, избыточное высвобождение катехоламинов, активация ренин-гипертензивной системы;

12. Почечные факторы имеют большое значение. При высокой активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы развивается сосудосуживающая гипертензия, а при низкой активности-гиперволемическая гипертензия;

13. Расовые факторы (чернокожие мужчины умирают от высокого кровяного давления в 6 раз чаще, чем белые);

14. Профессиональные факторы: чрезмерное длительное напряжение внимания, сдерживание негативных эмоций (например, учителя, врачи), вибрация, электромагнитные поля, постоянный шум и др. [2].

В клинической картине артериальной гипертензии нет специфических симптомов. В течение многих лет больной может не знать о болезни. Повышение артериального давления является самым ранним и постоянным проявлением артериальной гипертензии. Трудность распознавания I фазы заболевания заключается в том, что единственным специфическим симптомом является периодическое повышение артериального давления. Характерны морфологические признаки спазма артериол, плазморрагия, связанная с гипоксией сосудистой стенки, постепенное развитие гиперплазии гладкомышечных клеток, гипертрофия и гиперэластичностью стенок артериол [2]. Субъективные ощущения сводятся в основном к функциональным нарушениям нервной системы: снижение умственной работоспособности, раздражительность, головные боли, нарушения сна. Часто субъективных симптомов вообще нет. Жалобы возникают, когда многие органы и системы затронуты и наиболее уязвимы для артериальной гипертензии (органов-мишеней).

II стадия заболевания также может протекать бессимптомно, иногда пациенты жалуются на головные боли, головокружение, сердцебиение, мелькание мушек перед глазами, одышку, дискомфорт в груди. Отличительной особенностью II стадии является выявление при обследовании повреждения органа-мишени. Характеризуется стойким повышением артериального давления и типичными изменениями сосудов, особенно артериол, аорты и средних артерий, а также сердца. Постоянный спазм и гипоксия стенок артериол вызывает их плазменный пропитки, в результате чего они вызывают гиалиноз или атериолосклероз. Это наиболее характерный признак гипертензии.

Артериолосклероз развивается во всех органах, но наиболее выражен в артериолах почек, сетчатки, головного мозга, поджелудочной железы [2].

III стадия заболевания-ступенчатое проявление поражения органа-мишени. Сосуды и органы-мишени претерпевают необратимые изменения и выявляются сопутствующие клинические состояния:

- Сердце: инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, стенокардия;
- ЦНС: инсульт, транзиторный инсульт, энцефалопатия, сосудистая деменция;
- Сетчатка: кровоизлияния на глазном дне и дегенеративные изменения, отек и / или атрофия зрительного нерва;
- Почки: клинические признаки хронической почечной недостаточности, креатинин плазмы $\geq 2,0$ мг/дл;
- Сосуды: рассечение аневризмы аорты, закупорка артерии с клиническими симптомами (перемежающаяся хромота и др.) [3].

Диагностика гипертонической болезни и обследование гипертоников проводится в строгой последовательности, соответствующей определенным задачам:

- Определение стабильности повышения АД и его степени;
- Устранение симптоматической гипертензии или выявление ее форм;
- Наличие других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и лечение, а также выявление классификации пациентов к определенной группе риска.;
- Оценка наличия поражений "органа-мишени" и их тяжести.

При осмотре и физическом осмотре обычно не выявляется каких-либо специфических симптомов, но можно выявить признаки вторичной гипертензии и поражения органов-мишеней. При обследовании можно выявить симптомы несколько эндокринных заболеваний, сопровождающихся

повышенным артериальным давлением: гипотиреоз, тиреотоксикоз, синдром Кушинга, феохромоцитома, акромегалия. Пальпация периферических артерий, аускультация сосудов, сердца, груди, живота, повреждение сосудов как причина гипертонии, подозрение на аортальную болезнь, реноваскулярную гипертензию (аускультация почечных артерий немного выше и ниже). Однако, основным методом исследования и диагностики артериальной гипертензии является измерение артериального давления [9]. Точность измерения артериального давления, а, следовательно, и правильная диагностика артериальной гипертензии зависит от соблюдения правил измерения артериального давления, в числе которых можно указать следующие:

1. Измерение артериального давления следует проводить с помощью ртутного или недавно откалиброванного жидкостного anerоидного сфигмоманометра.

2. Расположение пациента: сидя в удобном положении, опираясь на спинку стула (при особых показаниях-в лежачем положении и далее стоя), рука освобождается от одежды, располагается на столе и позволяет измерить артериальное давление; камера манжеты накладывается на плечевую артерию на уровне сердца, нижний край расположен выше 2 см локтевого сгиба.

3. Обстоятельства: исключение употребление кофе и чая перед измерением артериального давления в течение 1 часа; исключение курение (как минимум за 30 минут до измерения артериального давления); отменить симпатомиметики, включая назальные и глазные капли; артериальное давление измеряется в покое после 5 мин отдыха. При измерении артериального давления после перенесенных тяжелых физических или эмоциональных нагрузок, период отдыха следует увеличить до 15-30 минут.

4. Оборудование: вам нужно выбрать манжету нужного размера; длина камеры манжеты должна быть около 80%вокруг плеч (почти достаточная длина для покрытия плеч); для взрослых манжета 12-13 см в ширину и 30-35 см в длину (средний размер); перед началом измерения ртутная колонка или стрелка тонометра должны находиться на нуле.

5. Кратность измерений: в каждой руке необходимо определить артериальное давление с интервалом не менее 2 раз, 1-2 минуты; с разницей в 5 мм рт.ст.1. проведите еще одну дополнительное измерение; для диагностики артериальной гипертензии необходимо провести не менее двух измерений с интервалом не менее недели между ними.

6. Измерительная техника: контролировать пульс лучевой артерии одной рукой и сразу с 20 мм рт. ст., нагнетать воздух в манжету до уровня давления; избыточное систолическое артериальное давление (САД) определяется исчезновением пульса; медленно опустите давления в манжете на 2 мм рт.ст.; уровень давления, при котором появляется 1 тон, соответствует САД (1-я фаза тона Короткова); во время первоначального осмотра пациента необходимо измерить давление на обе руки; дальнейшие измерения производятся на руке, где АД выше;

Трудности с которыми может столкнуться медицинский работник при измерении артериального давления:

- волнующийся больной. Беспокойство является частой причиной повышения артериального давления, особенно когда больной впервые идет к врачу. Необходимо расслабить пациента и повторить измерение после этого;

- тучный больной. Используйте широкую манжету (15 см). Если окружность плеча больше 41см, то используется манжета бедра шириной 18см;

- слабые или неслышные тоны Короткова. Тоны Короткова могут ослабить неправильное положение стетоскопа, недостаточно плотное прилегание воронки стетоскопа к коже, а также венозный застой на верхней конечности вследствие повторных надуваний манжеты. Если тон очень слабый, пациент должен поднять руки вверх и выполнить несколько компрессионных движений кистью. Затем измерение повторяют.

- аритмия. Неправильный ритм сердечных сокращений является причиной нестабильности АД, и следовательно ненадежных показателей. В случае частых экстрасистол, средняя величина должна рассчитываться после

нескольких измерений и необходимо учитывать, что полученные данные являются приблизительными;

- тяжелый атеросклероз периферических артерий (кальцификация). В пожилом возрасте она сопровождается выраженным атеросклеротическим поражением лучевой артерии, что приводит к ее ригидности, из-за чего она не полностью сдавливается при надутой манжете. В этих случаях для исключения псевдогипертензии необходимо использовать прием Ослера: после введения воздуха в манжету (до уровня АД, на 20 мм рт.ст. превышающего определяемое САД) пульс на уплотненной склерозированной лучевой артерии сохраняется после исчезновения тонов Короткова.

Измерение артериального давления дома. Динамический самоконтроль АД пациента или его семьи очень важен, и в то же время, чтобы врач контролировал заболевание и своевременно корректировал лечение при «ускользании» АГ из-под лечебного контроля терапии. В тоже время "домашние" показатели АД, как правило, ниже показателей, полученных в медицинских учреждениях. Известно, что давление крови равно 140/90мм рт.ст., измеренное врачом, часто соответствует в среднем артериальное давление 135/85 мм рт.ст. при измерении дома. Эта разница в артериальном давлении обусловлена тем, что пациент имеет недостаточную способность точно измерять артериальное давление, ошибки в автоматических (полуавтоматических) тонометрах, которыми часто пользуется пациент, и более спокойный эмоциональный фон (отсутствие гипертензивной реакции на «белый халат»). Поэтому данные самоконтроля артериального давления могут быть использованы только для дополнения данных, полученных врачом при измерении в поликлинике (стационаре) [3].

Способы измерения артериального давления в домашних условиях:

1. Измерения должны быть сделаны в течение 7 дней—2 раза в день, утром и вечером;
2. Необходимо измерять перед едой и приемом антигипертензивных препаратов;

3. Для оценки среднего значения измеряемых величин с интервалом 1-2 минуты необходимо произвести не менее двух измерений;

4. Среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений записываются пациентом в дневник, если устройство не обеспечивает функцию памяти;

5. Результаты измерений в первый день не рекомендуется включать в последующие медицинские анализы [6].

В неосложненных случаях достаточно провести небольшое количество исследований для исключения симптоматической гипертензии и выявления факторов риска и степени повреждения органа-мишени. Необходимо провести следующие методы обследования:

- общий анализ крови. Анемия, эритроцитоз, лейкоцитоз, ускорение СОЭ являются признаками вторичной гипертензии;

- общий анализ мочи на выявление лейкоцитурии, гематурии, протеинурии (симптоматическая АГ), сахарного диабета (СД);

- определение концентрации калия, креатинина, глюкозы, холестерина в биохимический анализ крови для исключения вторичной гипертензии и факторов риска; следует помнить, что быстрое снижение артериального давления вследствие длительной гипертензии любой этиологии может привести к увеличению креатинина в крови.

Инструментальные методы исследования:

- ЭКГ может обнаружить гипертрофию левого желудочка, аритмии и проводимость, признаки сопутствующей ишемической болезни сердца, заподозрить электролитные нарушения;

- Эхокардиография выполняется для диагностики гипертрофии левого желудочка, оценки сократимости миокарда, выявления клапанных пороков как причины артериальной гипертензии;

- Для исключения вторичной гипертензии необходимо провести ультразвуковое исследование сосудов, почек, надпочечников, почечных артерий;

- Исследование глазного дна.

Воз и Международное общество гипертонии считают необходимым ввести дополнительные методы обследования для гипертоников.

- Определение липидного спектра (ЛПВП, ЛПНП, Триглицериды), концентрации мочевой кислоты, гормонов (альдостерон, катехоламины мочи);
- Детальное обследование в специализированном стационаре со сложной артериальной гипертензией или для выявления вторичной гипертензии [11].

1.3. Основные направления профилактики артериальной гипертензии.

Профилактика артериальной гипертонии, как и любого заболевания подразделяется на первичную и вторичную.

Первичная профилактика артериальной гипертензии – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения данного заболевания. Данной профилактике могут придерживаться вполне здоровые люди, чей уровень артериального давления соответствует норме, или те люди, которые находятся в группе риска возникновения артериальной гипертензии. Ниже представлены основные профилактические советы, которые позволят в дальнейшем поддерживать артериальное давление в норме.

1. Ограничение употребления поваренной соли. Самый простой способ начать регуляцию артериального давления – снизить потребление соли. В среднем в сутки человек вместе с пищей потребляет около 9-12 граммов соли. Избыточное содержание натрия в организме может привести к задержке жидкости во внеклеточном пространстве, что также способствует увеличению объема циркулирующей крови и общего периферического сопротивления. Рекомендуемый ежедневный прием соли для больных артериальной гипертензией, а также для здорового человека составляет не более 5г, а 2-3г -

это доля так называемых скрытых солей, которые добавляются при приготовлении хлеба, полуфабрикатов, колбасных изделий и других продуктов, приобретаемых в готовом виде. [14].

Для этой цели рекомендуется исключить продукты, богатые NaCl (фастфуд, приправы, консервированные продукты, соусы). Можно заменить соль пряными травами, чесноком, морской капустой. Если без соли очень трудно обойтись, то можно использовать соль с пониженным содержанием натрия [11].

2. Ограничение потребления алкоголя. Строго говоря, относительно безопасная суточная доза алкоголя на этанол составляет 20-30 г для мужчин, 10-20 г для женщин. Если доза пересчитывается для традиционно потребляемого напитка, максимальное безопасное количество алкоголя, потребляемое в день, для мужчин будет составлять 75 мл крепких напитков, 200 мл вина, 500 мл пива. При превышении этой дозы уже может наблюдаться линейная зависимость с повышением артериального давления. Часто пациенты спрашивают, какой алкоголь предпочтительнее? Следует отметить, что многие врачи обычно отвечают на этот вопрос исходя из собственных предпочтений. Если строго следовать научным данным, то наиболее наблюдательные исследования в этой области проводились в странах с длительной культурой потребления сухого красного вина. Действительно, для гипертоников наименее желательным напитком является пиво. Употребление пива почти неизбежно приводит к соленым закускам, что приводит к перегрузке объема и повышению артериального давления [14].

3. Увеличение физической активности. Влияние физической активности на уровень артериального давления изучалось у большого количества небольшого числа участников. Физическая активность понижает систолическое артериальное давление на 3.84 мм рт. ст., а диастолическое на 2.58 мм рт. ст. Уменьшенное значение систолического артериального давления после физической активности составило 0,8-13.00 мм рт. ст., а диастолического 3,7-8,0 мм рт. ст. В среднем, систолическое и диастолическое артериальное

давление снижается на 3 мм рт.ст. после проведения статистической нагрузки. Было установлено, что чем выше начальное артериальное давление, тем выше гипотензивный эффект аэробных упражнений. Наиболее крупный анализ влияния физической активности на кровяное давление в различных возрастных группах показывает, что гипотензивный эффект выше на 0.3. мм рт.ст [11].

Для этой цели рекомендуются упражнения, направленные на тренировку выносливости (общеукрепляющие, дыхательные упражнения, занятия на тренажерах, плавание, ходьба, бег, езда на велосипеде) приводят к заметному антигипертензивному эффекту. Рекомендуется уделять физическим упражнениям по 30 минут в день, постепенно увеличивая нагрузку от слабой до умеренной (3–5 раз в неделю).

4. Нормализация массы тела. Считается, что влияние избыточной массы тела на уровень артериального давления осуществляется следующими механизмами: увеличение массы тела провоцирует увеличение объема внеклеточной жидкости, увеличение сердечного выброса, повышает активность симпатической нервной системы, формирует инсулинорезистентность, повышает активность РААС. Снижения веса на 1 кг понижает систолическое артериальное давление у лиц с исходно высоким нормальным значениям артериального давления примерно на 1 мм рт.ст. [11]. Нужно постараться постепенно вытеснить из своего рациона сливочное масло, сыры, колбасы, сметану, сало и жареные котлеты дополнительным количеством овощей и фруктов, растительного масла и нежирной рыбы. Желательно отдавать предпочтение обезжиренным молочным продуктам. Таким образом, Вы сможете контролировать содержание холестерина в крови (профилактика атеросклероза), нормализовать вес и одновременно обогатить свой рацион калием, который очень полезен при артериальной гипертонии. Источниками калия являются различные фрукты и овощи. Желательно есть не менее 5 порций овощных или фруктовых салатов, десертов в день.

5. Исключение стрессовых ситуаций, организация полноценного отдыха, сна. Стресс – одна из основных причин повышения АД. Поэтому очень важно

освоить методы психологической разгрузки – аутотренинг, самовнушение, медитацию. Важно стремиться видеть во всём положительные стороны, находить в жизни радость, работать над своим характером, меняя его в сторону большей терпимости к чужим недостаткам, оптимизма, уравновешенности. Пешие прогулки, спорт, хобби и общение с домашними животными также помогают поддерживать душевное равновесие.

6. Отказ от курения. Никотин, содержащийся в сигаретном дыме, возбуждает, увеличивает нагрузку на сердце, вызывает сужение сосудов, и тем самым повышая артериальное давление.

Вторичная профилактика артериальной гипертензии, направлена на устранение тех факторов, которые могут способствовать рецидивированию и/или прогрессированию уже возникшей гипертонии, и проводится она в рамках диспансерного наблюдения. Меры вторичной профилактики направлены на снижение негативного влияния болезни на органы-мишени, предотвращение таких осложнений, как инсульт, ишемия и прочие. Вторичная профилактика – это: немедикаментозная терапия (изменение образа жизни, соблюдение правильного питания, гимнастика, полноценный отдых); медикаментозная терапия, назначаемая пожизненно (моно-, комбинированная терапия, назначаемая врачом на основании многих факторов).

1.4. Деятельность медицинской сестры в профилактике артериальной гипертензии у людей пожилого возраста.

Профилактика высокого кровяного давления включает ряд направлений, описанных в предыдущем параграфе

- Ограничение употребления поваренной соли до 5 г/сут.
- Ограничение употребления алкоголя (менее 30 г/сут для мужчин и менее 20 г/сут для женщин);

- Увеличение физической активности (не менее 30-40 минут 4 раза в неделю);
- Отказ от курения;
- Нормализация массы тела [10].

Основное направление в профессиональной деятельности медицинской сестры по профилактике заболеваний – максимальное исключение факторов риска и ранняя постановка на диспансерный учет пациентов с уже выявленными признаками артериальной гипертензии.

Деятельность медицинской сестры в профилактике артериальной гипертензии подразумевает несколько пунктов. Медицинская сестра принимает участие в проведении первичной профилактики. В ее основные обязанности входит:

1. формирование у населения представлений о здоровом образе жизни как о единственно верном способе надолго сохранить здоровье; повышение знаний населения о влиянии на здоровье экзогенных и эндогенных факторов, способствующих развитию артериальной гипертензии; формирование интереса к занятиям спортом, ЛФК, туризмом; борьба с курением, употреблением спиртных напитков; санитарно-гигиеническое воспитание населения – привитие навыков сбалансированного питания.

2. участие в специальных программах по предупреждению отдельных заболеваний, способствующих развитию артериальной гипертензии: профилактика заболеваний сердца, легких, почек и сосудов различных органов.

3. участие в общеоздоровительных мероприятиях. Медицинская сестра также принимает активное участие в мероприятиях, связанных с вторичной профилактикой артериальной гипертензии:

4. создание Школ здоровья для пациентов и их родственников, предполагающих непосредственное участие в мероприятиях, направленных на оздоровление населения, их организация и проведение; пропаганда здорового образа жизни; информирование больных об их заболевании, факторах риска, осложнениях; формирование у пациента активного и разумного отношения к

своему заболеванию, мотивация его к выздоровлению; обучение пациента правилам здорового образа жизни; формирование у пациента и его близких необходимых навыков и умений для снижения негативного воздействия на здоровье факторов риска, а также для оказания доврачебной помощи в случае гипертонического криза, или обострения заболевания.

5. оказание психологической помощи пациенту;

6. участие в диспансеризации.

Медицинская сестра должна доводить до сведения пациентов необходимость участия в регулярных медицинских осмотрах, диспансеризации. Также в обязанности медицинской сестры входит знакомство пациента с первыми симптомами заболеваний, признаками и возможными следствиями.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖИТЕЛЕЙ ОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

2.1. Характеристика базы исследования.

Исследование проводилось на базе Шебекинской центральной районной больницы, расположенной по адресу: г. Шебекино, ул. Ленина, д. 46. ЦРБ представлена круглосуточным стационаром на более чем триста двадцать коек, взрослой поликлиникой с дневным стационаром, детской поликлиникой, женской консультацией с дневным стационаром, станцией скорой помощи. Сельским жителям медицинская помощь оказывается Масловопристанской, Купинской, Стрелицкой, Ржевской, Графовской, Бемянской, Новотаволжанской амбулаториях и ФАПах. Есть и Муромский ЦВОП. Персонал больницы приветливый, вежливый и доброжелательный. Больница состоит из 3 корпусов, 2 из которых имеют более старую историю постройки, хирургический корпус более новый. На всей территории больницы отмечается чистота и ухоженность, что обеспечивается силами сотрудников ЛПУ. Рядом с больницей расположена остановка общественного транспорта, также имеется достаточно удобная парковка для личного транспорта. Больница расположена достаточно близко к жилым домам, что очень удобно для пенсионеров и для людей с ограниченными возможностями. Также, стоит отметить, что Шебекинская центральная районная больница расположена возле большого хвойного леса, что является экологически чистой зоной, которая благоприятно сказывается на здоровье пациентов, как на физическое, так и на умственное, способствует снятию стресса и повышению настроения. Также рядом с больницей находится красивый парк, где имеется много детских и спортивных площадок, беговые дорожки и дорожки для поездок на велосипеде.

В Шебекинской ЦРБ осуществляется:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях;
- первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара;
- первичная специализированная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара;
- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях;
- проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз;
- обращение донорской крови и (или) её компонентов в медицинских целях;
- скорая медицинская помощь вне медицинской организации и в амбулаторных условиях.

Также в больнице предусмотрены кабинеты для проведения инструментальных исследований методом функциональной диагностики, рентген, УЗИ, и кабинеты для забора анализов на лабораторные исследования. Запись на прием к врачу осуществляется в регистратуре по просьбе пациента.

2.1. Анализ результата анкетирования пациентов.

Исследование проводилось методом обработки данных, полученных в ходе письменного анкетирования. Для этого мы разработали небольшую анкету (Приложение 1). Анкетирование проводилось анонимно. В качестве респондентов выступили пациенты больницы, которые на момент исследования

обратились за медицинской помощью. Всего нами было проанализировано 60 анкет, заполненных жителями г. Шебекино и близлежащих населенных пунктов, которые в момент исследования приехали на прием к врачу. Возраст респондентов распределился следующим образом (Рис. 1):

- от 18 до 25 лет – 8%,
- от 26 года до 40 лет – 27%,
- от 41 года до 55 лет – 39%,
- от 56 года до 70 лет – 20%,
- от 71 года до 75 лет – 6%

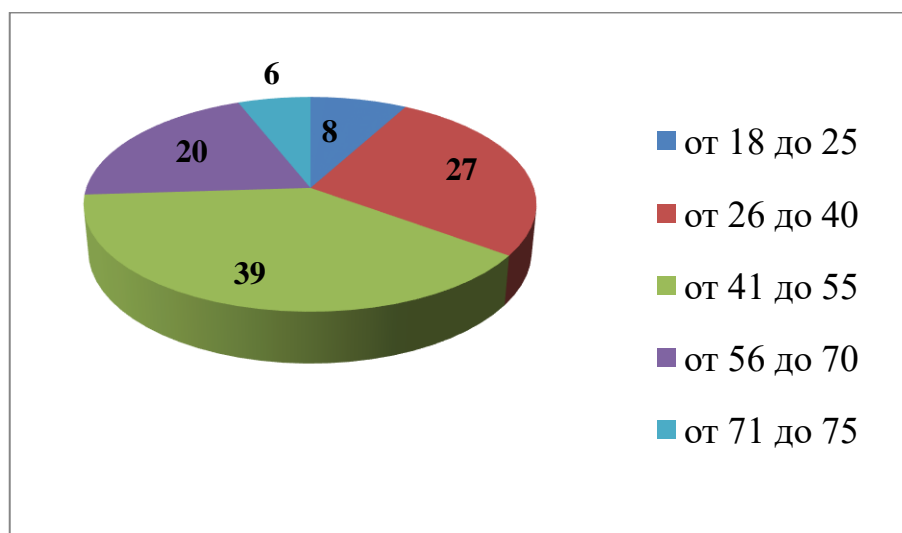


Рис. 1 Возраст респондентов

Таким образом, большая часть опрошенного населения относится к людям среднего возраста. Лица от 41 года до 55 лет составили 39%, то есть 23 человека.

По половому признаку среди наших респондентов оказалось больше мужчин – 62%, чем женщин – 38% (Рис. 2)



Рис. 2 Пол респондентов

В своем опросе изначально мы решили выявить характер деятельности наших респондентов. Как уже было сказано в предыдущей главе, артериальная гипертензия в равной степени характерна для людей, занимающихся как умственным, так и физическим трудом. Анализ ответов респондентов показал, что умственным трудом занимается 67% опрошенных, физическим – 33% (Рис. 3). Причём, мы проанализировали дополнительно информацию и выявили, что большинство опрошенных нами пациентов, занимающихся физическим трудом, относятся к мужскому полу.

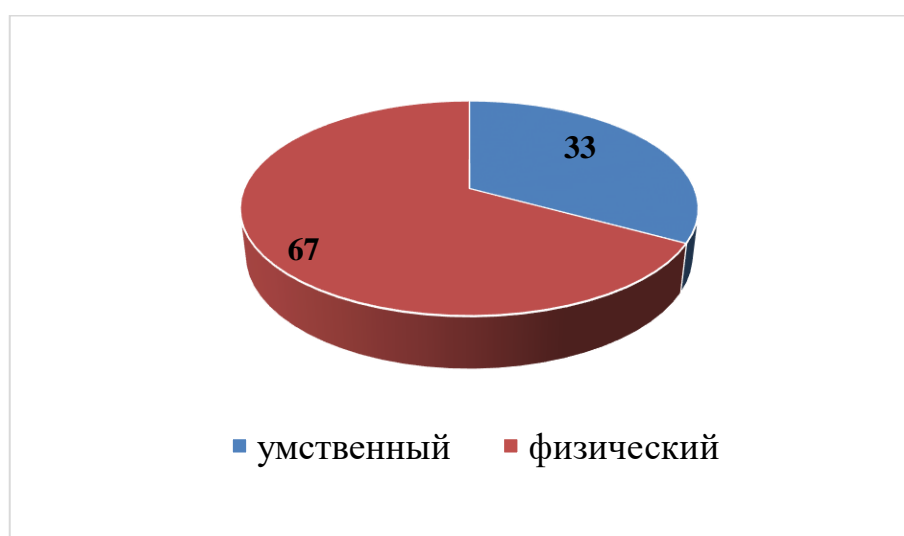


Рис. 3 Характер деятельности респондентов

Как уже было сказано ранее артериальная гипертензия на сегодняшний день является весьма распространенным заболеванием, охватывающим разные возрастные категории населения. Можно предположить, что большая часть населения в той или иной степени сталкивалась с данным заболеванием. В ходе своего опроса мы попытались выяснить, насколько ознакомлены с данным заболеванием наши респонденты. Исходя анализа из полученных нами ответов (Рис. 4) число опрошиваемых, которые впервые столкнулись с данным названием заболевания составило 0%, указали, что хорошо знают о том, что такое артериальная гипертензия 38% опрошенных. Также мы увидели группу респондентов, которые в своей анкете отметили, что о том, что такое артериальная гипертензия они знают поверхностно – 62%. Ответов, указывающих на то, что пациентам вообще не знакомо это заболевание в анкете не оказалось. Из этого можно сделать вывод, что большая часть наших респондентов осведомлена о данном заболевании.



Рис. 4 Знаете ли Вы, что такое артериальная гипертензия?

Также в ходе анкетирования мы увидели, что 43% опрошенных уверены, что у них нет родственников или знакомых с артериальной гипертензией, 38% указали, что у них есть родственники с артериальной гипертензией, а 19% предпочли воздержаться от ответа на данный вопрос (**Ошибка! Источник**

ссылки не найден.). К сожалению, этот показатель не означает, что болезнь так мало распространена. Можно предположить, что наши респонденты не имеют на данный момент установленного диагноза «артериальная гипертензия». При анализе теоретической информации мы обратили внимание на тот факт, что часто данное заболевание называют «молчаливый и таинственный убийца», потому что первые симптомы данного заболевания не всегда для человека являются сигналом для визита к врачу.



Рис. 5 Есть ли у Вас родственники или знакомые с таким заболеванием?

К сожалению, на сегодняшний день установлено, что значительная часть населения РФ имеет вредные привычки, такие как частое употребление крепких алкогольных напитков, курение. В 1 главе мы указывали, что алкоголь является одним из наиболее распространенных факторов риска возникновения данного заболевания. Исходя из результатов нашего дальнейшего опроса (Рис. 6) нами было выяснено, что 73% опрошенных употребляют алкоголь, 18% респондентов дали отрицательный ответ и указали, что они не употребляют алкоголь. 9% опрошенных ответили, что иногда употребляют алкоголь. Можно сделать вывод, что большинство респондентов мало осведомлены о том, что употребление алкоголя, считается одним из факторов риска развития артериальной гипертензии.

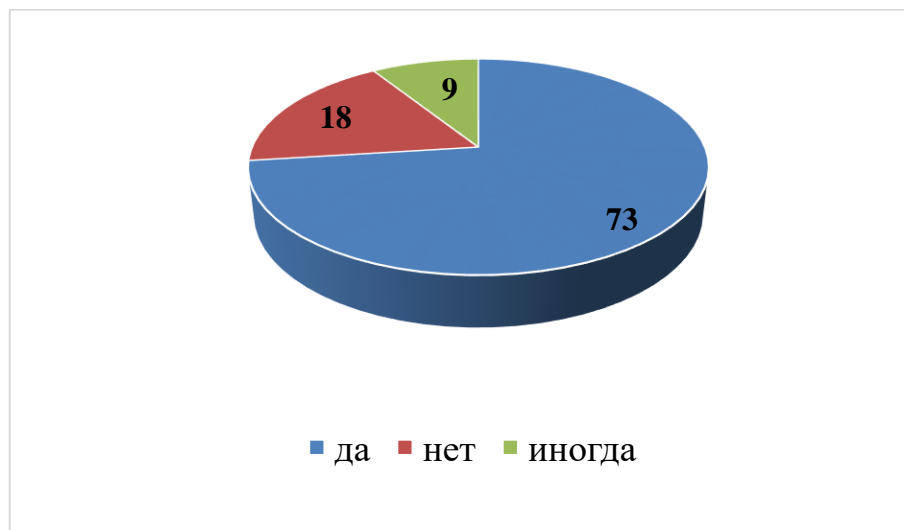


Рис. 6 Употребляете ли вы алкоголь?

Меню современного человека содержит достаточное и даже в отдельных случаях избыточное количество поваренной соли. Соль входит в состав всех полуфабрикатов, квашеных, маринованных овощей, копченостей и соусов. Мы в своем опросе попытались узнать как обстоит картина с количественным употреблением поваренной соли у наших респондентов. Исходя из полученных нами ответов на вопрос о количестве употребляемой поваренной соли (Рис. 7) большинство (44%) опрошенных затруднились ответить, 25% опрошенных указали, что употребляют много соли, а 31% опрошенных уверены, что они мало потребляют соли. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что значительная часть наших респондентов отражает существующую статистику.



Рис. 7 Много ли вы употребляете поваренной соли?

На вопрос о характере своей физической активности (Рис. 8) половина опрошенных ответили, что занимаются спортом лишь иногда, а 38% вообще охарактеризовали свой образ жизни как сидячий. Респондентов, которые ведут спортивный образ жизни оказалось 13%. Таким образом, мы видим, что для значительной части опрошенных характерна гиподинамия, которая также является фактором риска возникновения артериальной гипертензии.



Рис. 8 Какой вы ведете образ жизни?

Исходя из ответов на вопрос о подверженности стрессам (Рис. 9) большинство участников (62%) ответили, что часто сталкиваются со стрессовыми

ситуациями, 13% респондентов ответили, что не испытывают стрессовых ситуаций, и 25% ответили, что иногда испытывают стресс. К сожалению нужно отметить тот факт, что избежать стрессовых ситуаций в современном мире достаточно непросто, но свести к минимальному значению степень их воздействия на организм в силах каждого человека.

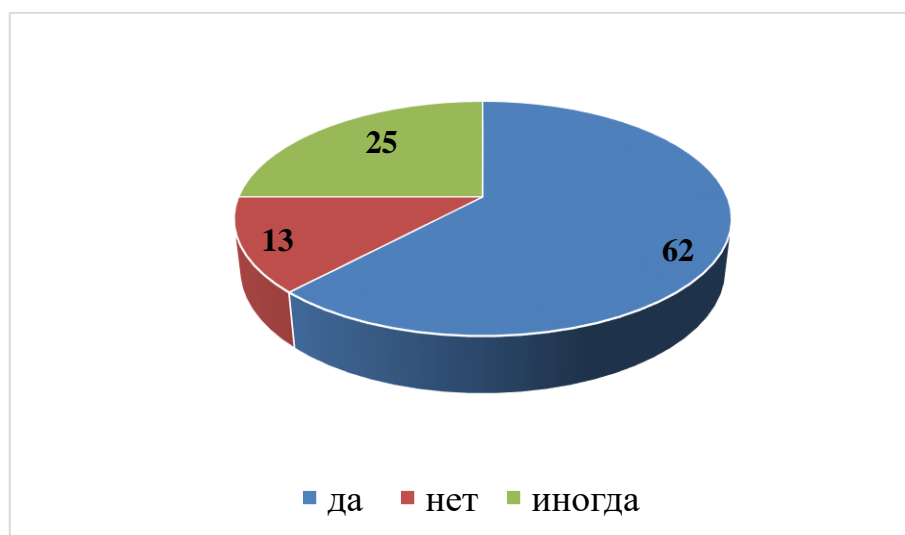


Рис. 9 Испытываете ли вы стресс?

Анализ ответов пациентов на вопрос о имеющемся лишнем весе (Рис. 10) показал, что лишний вес имеется у 45% опрошенных. Опрошенные, которые считают, что они не имеют лишнего веса, оказалось 55%.

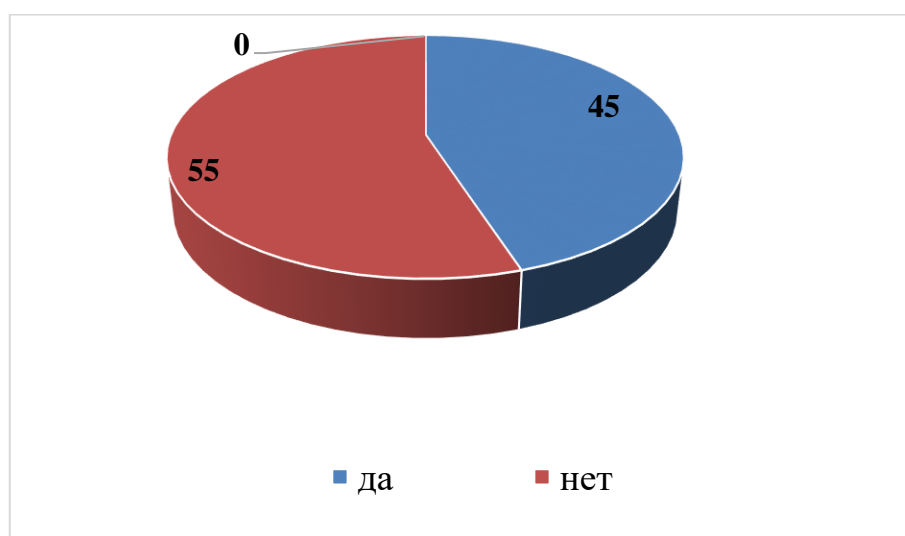


Рис. 10 Имеется ли у вас лишний вес?

На профилактику болезни готовы тратить время:

- каждый день – 8% респондентов,
- каждую неделю – 7%,
- каждый месяц – 35%,
- 47 % считают, что им не нужно этим заниматься,
- 3% воздержались от ответа (Рис. 11).



Рис.11 Как часто Вы готовы тратить время на профилактику артериальной гипертензии?

Таким образом, на основе результатов опроса, мы видим, что подавляющее большинство опрошиваемых не готовы регулярно уделять внимание профилактике артериальной гипертензии (82%). Мы также проанализировали возрастную категорию лиц, указавших ежедневную профилактику заболевания. В результате мы увидели, что больше других оказались, заинтересованы в профилактической деятельности лица в возрасте от 41 до 65 лет (56%). Исходя из данных, можно сделать вывод, что большая часть опрошенных либо недооценивает важность профилактики в молодом возрасте, либо считает, что она требует много времени. Считаем, что одной из причин указанной ситуации является низкая степень информированности населения в данном вопросе. На вопрос о том, интересна ли дополнительная

информация о профилактике артериальной гипертензии, положительно ответили 68%, 7% - указали отрицательный ответ, и 25% не смогли ответить на данный вопрос (Рис. 12). Таким образом мы видим, что для подавляющего большинства наших респондентов в своей жизни дополнительная информация о профилактике заболевания является интересной и необходимой.

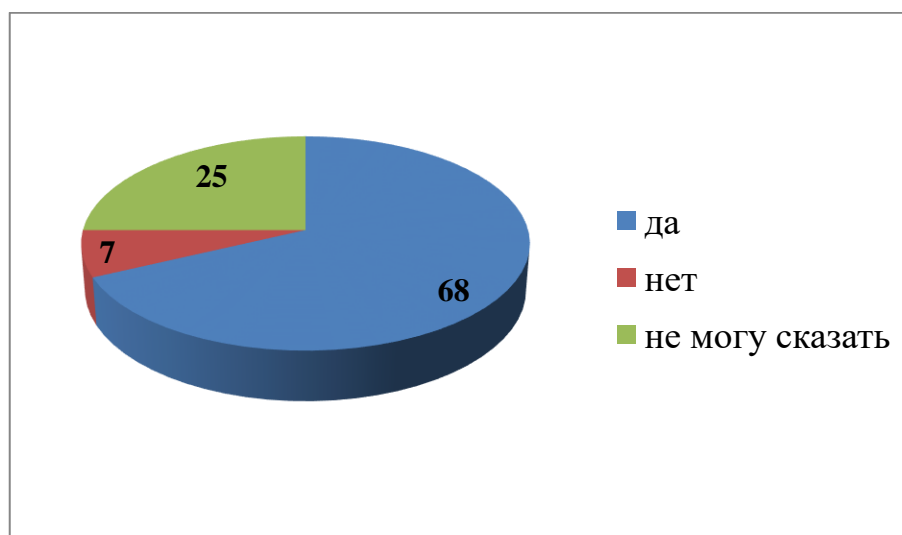


Рис.12 Интересна ли Вам дополнительная информация о профилактике артериальной гипертензии?

Опираясь на результаты проведенного исследования, стало ясно, что определенная часть опрошенных респондентов составляют группу риска. Артериальная гипертензия на данный момент в силу различных причин у них не установлена, но данная группа достаточно часто сталкивается с факторами риска, которые могут привести к данному заболеванию. Артериальную гипертензию намного легче предупредить, чем лечить, поэтому профилактика гипертонии нужна, даже если признаки болезни еще не проявились. Основные направления её профилактики – это умственная, физическая и социальная активность, рекомендации по питанию с высоким уровнем доказательной базы и другие моменты (в том числе, отказ от курения). Для того чтобы не доводить легкую форму до поздней тяжелой, гипертензию, как и все другие заболевания, нужно лечить сразу, как только человек у себя обнаружил склонность к

повышенному давлению. Самое главное — это избавиться от всех вредных привычек, как можно больше гулять пешком на улице или устраивать велопрогулки, дышать свежим воздухом. Важно поменьше нервничать, не перегружать свой организм ненужными волнениями, научиться управлять стрессом, нормализовать вес, отказаться полностью от курения и употребления спиртных напитков, поменьше употреблять в пищу поваренной соли, приветствуется занятие любым видом спорта. На основании проведенного анкетирования были сделаны следующие выводы: значительная часть опрошенных нами респондентов употребляют алкоголь, часто подвергаются стрессовым ситуациям, имеют лишний вес и отличаются избыточным потреблением соли, а это является прямым фактором риска развития артериальной гипертензии. Поэтому считаем, что профессиональная деятельность медицинской сестры должна включать приоритетные направления в профилактической работе с данной категорией населения. Для этого необходимо более широкое информирование населения о возможных факторах риска возникновения данного заболевания, направлениями профилактики, первыми симптомами заболевания. Необходимо включить в профилактическую работу беседы подчеркивающие отказ от самодиагностики и самолечения, которые могут вызвать усугубление заболевания. Кроме того важнейшее место в профессиональной деятельности медицинской сестры занимает популяризация здорового образа жизни среди населения. Установлена теснейшая зависимость между образом жизни человека и развитием гипертонии в последующем. Поэтому важно доводить до сведения всех возрастных категорий граждан, что правильное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, правильный режим дня являются залогом крепкого здоровья в будущем. Особенно важной данная информация является для пациентов подросткового возраста, когда происходит физиологическая перестройка всего организма, активный рост и развитие всех органов и систем. Медицинская сестра в своей профессиональной деятельности может использовать различные формы работы: беседы с

элементами лекции, создание информационных буклетов, памяток, санбюллетеней. Также это может быть электронная информация, размещенная на официальном сайте ЛПУ, где можно создать раздел «Профилактика заболеваний» или «Информация для пациента». С целью оптимизации деятельности медицинской сестры, основываясь на результаты проведенного исследования нами была разработана памятка «СТОП артериальной гипертензии!!!!» (Приложение 2). Памятка может быть размещена на столике возле кабинета врача, на стенде или может раздаваться пациентам на участке во время планового патронажа медицинской сестрой. В конце исследования мы предложили памятку главной медицинской сестре больницы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериальная гипертензия – это тяжелое заболевание, способное сильно ухудшить жизнь человека. Американские кардиологи окрестили гипертонию "молчаливым и таинственным убийцей". Такими эпитетами она характеризуется в связи с тем, что очень часто, особенно на начальных стадиях, протекает бессимптомно. У врачей даже есть такое выражение – «закон половинок», означающее, что из всех людей с гипертонией половина не знает о своем заболевании, из тех, кто знает, только половина лечится, а из тех, кто лечится, только половина лечится эффективно. Меры профилактики артериальной гипертензии в настоящее время активно изучаются и разрабатываются. Регулярно публикуются результаты новых исследований, освещающие данный вопрос. Учитывая заметную тенденцию продления жизни населения, важность этого не может быть переоценена. Исходя из анализа литературных источников, были определены основные модифицируемые факторы риска, на которые должна быть направлена профилактика: низкий уровень образования, и ожирение в среднем возрасте, употребление алкоголя, курение, эмоциональные стрессы, низкая физическая активность, и избыточное потребление поваренной соли. Чем раньше начать осуществление профилактических мер, тем выше вероятность предотвращения возникновения данного заболевания. Установлено, что начинать профилактику никогда не поздно, но намного большего эффекта можно достичь, начав её ещё в молодом возрасте и продолжая придерживаться на протяжении всей жизни. Профилактика данного заболевания теснейшим образом связана с образом жизни человека.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Люсов, В.А. Госпитальная терапия [Электронный ресурс] / В.А. Люсова, О.А. Байкова, Е.М. Евсиков и др; / под ред. В.А. Люсова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413098.html>
2. Пальцев, М.А. Патология [Электронный ресурс] / М.А. Пальцева, В.С. Паукова; / под ред. М.А. Пальцева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-1280-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970412800.html>
3. Сторожаков, Г.И. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2501-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425015.html>
4. Порядин Г.В., Патфизиология: курс лекций [Электронный ресурс]: учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечеб. дело", 060105.65 "Мед.-профилакт. дело", 060201.65 "Стоматология", 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Патофизиология. Клин. патофизиология" / под ред. Г. В. Порядина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-2139-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421390.html>
5. Мухин Н.А., Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебник / Мухин Н.А., Моисеев В.С. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 848 с. - ISBN 978-5-9704-3470-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html>
6. Пристром М.С., Артериальная гипертензия у пожилых : особенности терапии и реабилитации [Электронный ресурс] / М.С. Пристром, С.Л. Пристром, В.Э. Сушинский - Минск : Белорус. наука, 2012. - 267 с. - ISBN 978-985-08-1428-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789850814289.html>

7. Новицкий В.В., Патофизиология. Т. 2 [Электронный ресурс] / под ред. В.В. Новицкого, О. И. Уразовой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-3996-8 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439968.html>

8. Новицкий В.В., Патофизиология. В 2 т. Том 2 [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-3520-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435205.html>

9. Мухина Н.А., Внутренние болезни [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1264 с. - ISBN 978-5-9704-1421-7 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414217.html>

10. Рубан Э.Д., Современный справочник терапевта [Электронный ресурс] / Э.Д. Рубан. - Ростов н/Д : Феникс, 2013. - 603 с. (Медицина) - ISBN 978-5-222-20693-5 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222206935.html>

11. Арутюнов Г.П., Терапевтические аспекты диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов [Электронный ресурс] / Г. П. Арутюнов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-3356-0 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433560.html>

12. Родионов А. В., Артериальная гипертензия : разговор с коллегой [Электронный ресурс] / А. В. Родионов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-4282-1 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442821.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Уважаемый респондент! просим Вас ответить на несколько вопросов нашей анкеты.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты проведения профилактических мероприятий и определить методы их улучшения.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. Возраст _____ 2. Пол _____

3. Укажите характер вашей деятельности: 1 – физический, 2 – умственный.

4. Знаете ли вы что такое артериальная гипертензия: 1 – да, хорошо знаю, 2 – знаю поверхностно, 3 – впервые слышу такое название.

5. Есть ли у Вас родственники или знакомые с таким заболеванием: 1 – да, 2 – нет, 3 – затрудняюсь ответить.

6. Употребляете ли вы алкоголь: 1 – да, 2 – нет, 3 – иногда.

7. Много ли вы употребляете поваренной соли: 1 – да, 2 – нет, 3 – не могу ответить.

8. Какой вы ведете образ жизни: 1 – веду спортивный образ жизни, 2 – иногда занимаюсь спортом, 3 – веду сидячий образ жизни.

9. Испытываете ли вы стресс: 1 – да, 2 – нет, 3 – иногда.

10. Имеется ли у вас лишний вес: 1 – да, 2 – нет.

11. Как часто Вы готовы тратить время на профилактику артериальной гипертензии: 1 – каждый день, 2 – каждую неделю, 3 – каждый месяц, 4 – мне не нужно этим заниматься.

12. Интересна ли Вам дополнительная информация о профилактике артериальной гипертензии: 1 – да, 2 – нет, 3 – не могу сказать.

СТОП артериальной гипертензии!!!!

Артериальная гипертензия (гипертония) — симптом повышенного артериального давления (АД) при различных заболеваниях.



Основные признаки заболевания - повышенное артериальное давление!!!!

Начать профилактику артериальной гипертензии на начальной стадии ее развития, будет, единственным способом быстро избавиться от мучительных симптомов повышения кровяного давления.

Для этого необходимо:

- ограничить потребление алкоголя;
- повысить физическую активность;
- ограничить употребление поваренной соли;
- отказаться от табакокурения;
- научиться справляться со стрессом



Чтобы выявить проблему, нужно регулярно измерять кровяное давление.
Медикаментозную терапию подбирает лечащий врач!!!!

Основной способ предотвращения проблем с сердечно-сосудистой системы и смертности больных с высоким АД — это постоянный контроль показателей артериального давления.

Только при постоянном контроле можно будет:

- оценить степень прогрессирования заболевания;
- определить риск поражения органов-мишеней;
- определить наличие иных заболеваний;
- оценить опасность развития осложнений сердечно-сосудистой системы.



Важно! Следует помнить, что риск развития осложнений можно снизить при постоянном контроле за уровнем артериального давления и следовании рекомендациям лечащего врача. Тщательная диагностика и профилактика артериальной гипертензии может спасти человеку жизнь. При первых симптомах артериальной гипертензии необходимо сразу же обратиться к врачу!!!!

ПОМНИТЕ, ЧТО НАЧАТЬ ПРОФИЛАКТИКУ НИКОГДА НЕ ПОЗДНО!!!