

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

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Нездоровой Алины Владимировны**

Научный руководитель:
Преподаватель Усачева О. В.

Рецензент
Врач - невролог
ОГБУЗ «Городская больница
№ 2 г. Белгород»
Хорошилова У. Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	5
1.1. Определения. Классификация	5
1.2. Этиология. Факторы риска	7
1.3. Клиника. Лечение.....	8
1.4. Деятельность медицинской сестры в профилактике артериальной гипертензии.....	10
ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	17
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа»	17
2.2. Мониторинг профилактической деятельности медицинской сестры при артериальной гипертензии	18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность: Артериальная гипертензия – это одна из наиболее часто диагностируемых болезней сердечно сосудистой системы.

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущими причинами смертности населения Российской Федерации, на их долю в числе умерших от всех причин приходится более 55% смертей.

Медицинская сестра играет огромную роль в профилактике артериальной гипертензии. При соблюдении рекомендаций в отношении ведения здорового образа жизни, а также профилактике, возможно избежать тяжелые осложнения, поражение «органов-мишени» и риска развития внезапной смерти

Цель исследования: выявить влияние деятельности медицинской сестры в профилактике гипертонической болезни.

Задачи:

- раскрыть определения, классификацию и причины гипертонической болезни;
- обозначить факторы риска;
- рассмотреть клинику и методы лечения гипертензии;
- определить профилактическую деятельность медицинской сестры при гипертонии.
- разработать рекомендации для пациентов с данной болезнью.

Объект исследования: пациенты с гипертонической болезнью в БОКБ «Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа».

Предмет исследования: профилактическая деятельность медицинской сестры при гипертонической болезни.

Гипотеза исследования: состоит в том, что деятельность медицинской сестры очень важна при профилактике артериальной гипертензии.

Методы исследования:

- теоретический: анализ информации литературных источников по теме исследования;

– эмпирический: статистическая обработка данных, анкетирование, анализ, наблюдение.

Теоретическая значимость: заключается в углубленном изучении теоретического материала по вопросу профилактики медицинской сестры при гипертензии.

Практическая значимость: заключается в разработке рекомендаций для пациентов.

База: ОГБУЗ «Областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа».

Время: май 2019 г.

ГЛАВА 1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

1.1. Определения. Классификация

Гипертоническая болезнь – это заболевание, характеризующееся стойким и длительным повышением артериального давления. Оно обусловлено нарушением регуляции сосудистого тонуса, а также изменениями работы сердца. Наиболее частыми жалобами больных при повышении артериального давления являются: головная боль в затылочной области, возникающая утром при пробуждении, связана с эмоциональным напряжением, усиливается к концу рабочего дня; головокружение; мелькание «мушек» перед глазами; плохой сон; раздражительность; нарушение зрения; боли в области сердца [1].

Артериальная гипертензия – это синдром повышения систолического артериального давления ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления ≥ 90 мм рт.

Классификация уровня артериального давления по данным «Всемирной Организации Здравоохранения»:

- оптимальное – систолическое – <120 , диастолическое – <80 ;
- нормальное – систолическое – <130 , диастолическое – <85 ;
- высоко–нормальное – систолическое – $130–139$, диастолическое – $85–89$;
- артериальная гипертензия 1 степени – систолическое – $140–159$, диастолическое – $90–99$;
- артериальная гипертензия 2 степени – систолическое – $160–179$, диастолическое – $100–109$;
- артериальная гипертензия 3 степени – систолическое – >180 , диастолическое – >110 ;
- изолированная систолическая гипертензия – систолическое – >140 , диастолическое – <90 .

Диагноз «Артериальная гипертензия» ставится при обнаружении артериального давления свыше 140/90 мм рт. ст. [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Морфологические изменения при гипертонической болезни отличаются большим разнообразием, характером и длительностью ее течения.

Характер течения заболевания может быть доброкачественным и злокачественным. В связи с этим выделяют:

1. Доброкачественная гипертензия.

Учитывая длительность развития болезни, различают три стадии:

а) доклиническая – характеризуется эпизодом временного повышения артериального давления;

б) распространенных изменений артерий – характеризует период стойкого повышения артериального давления;

в) стадия изменений органов в связи с изменением артерий и нарушением внутриорганного кровообращения.

Эти стадии довольно хорошо согласуются со стадиями доброкачественной гипертонической болезнью, предложенными экспертами Всемирной Организации Здравоохранения:

- I стадия – легкое течение;
- II стадия – средней тяжести;
- III стадия – гипертоническая болезнь с тяжелым течением.

2. Злокачественная гипертензия.

Злокачественная гипертензия чаще возникает после периода доброкачественной гипертензии, продолжительность которого составляет около 10 лет.

В основном злокачественное течение наблюдается у мужчин в возрасте 35 – 50 лет [2].

Начальными клиническими проявлениями являются зрительные расстройства, резкие головные боли и гематурия. Изредка у пациента отмечается анурия. Диастолическое давление выше 130 мм рт. ст.

При злокачественной артериальной гипертензии возможны проявления, характерные для гипертонического криза, то есть резкое повышение артериального давления, что связано со спазмом артериол.

Основной признак, позволяющий дифференцировать злокачественную гипертензию от доброкачественной – наличие двустороннего отека диска зрительного нерва, сопровождающимся кровоизлиянием в сетчатку.

В настоящее время злокачественная гипертензия встречается редко, чаще всего преобладает доброкачественная гипертоническая болезнь.

1.2. Этиология. Факторы риска

Факторы риска делятся на управляемые и неуправляемые.

К неуправляемым относятся:

- возраст (чем старше человек, тем выше вероятность развития артериальной гипертензии);
- генетика (артериальная гипертензия у родственников первого типа);
- пол (после наступления менопаузы риск значительно увеличивается у женщин).

К управляемым относится:

- стресс и психическое перенапряжение (гормон стресса адреналин заставляет сердце биться, перекачивая большой объём крови в единицу времени, вследствие чего артериальное давление повышается);
- употребление алкоголя;
- атеросклероз (избыток холестерина ведёт к потере артериями эластичности, а атеросклеротические бляшки сужают просвет сосудов, что затрудняет работу сердца. Всё это ведёт к повышению артериального давления). Атеросклероз – хроническое заболевание, характеризующееся уплотнением и потерей эластичности стенок артерий, сужением их просвета с последующим нарушением кровоснабжения органов. Вследствие нарушения

липидного обмена во внутренней оболочке артерий, происходит отложение жироподобных веществ с последующим разрастанием в этих местах соединительной ткани, в связи с тем со временем в отдельных местах образуются тромбы, кровоток затрудняется.

Людей старшей возрастной группы мучают головная боль, головокружение, снижение памяти, перебои в области сердца, боли в голенях при ходьбе, приступы загрудинных болей. Причём больной очень переживает из – за своей болезни и возможности развития различных сосудистых осложнений, и часто не верит в эффективность лекарственных средств, которые могут остановить развитие болезни;

- курение (компоненты табачного дыма, попадая в кровь, вызывают спазм сосудов, что приводит к повышению артериального давления);
- избыток пищевого натрия (избыток соли в организме часто ведёт к спазму артерий, задержке жидкости в организме и, как следствие, к развитию артериальной гипертензии);
- гиподинамия (малоактивный образ жизни приводит к гипертонии);
- ожирение (люди с избыточной массой тела страдают гипертонией чаще, чем худые) [7].

1.3. Клиника. Лечение

Признаки артериальной гипертензии развиваются постепенно, только в редких случаях она начинается остро, быстро прогрессируя.

Для оценки уровня поражения внутренних органов, которые страдают от повышенного артериального давления, выделяют три стадии:

- I стадия – неврогенная.
Отсутствуют объективные проявления поражения органов–мишеней.
- II стадия – склеротическая.
Имеются поражения одного или нескольких органов–мишеней.

– III стадия – конечная.

Наряду с поражениями органов–мишеней имеются следующие клинические проявления:

- со стороны сердца: стенокардия, инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность;
- со стороны мозга: инсульт, транзиторные нарушения мозгового кровообращения, гипертензивная энцефалопатия;
- со стороны сетчатки: кровоизлияния или экссудаты с отеком (или без отека) зрительного нерва;
- со стороны почек: креатинин плазмы крови более 2 мг, почечная недостаточность;
- со стороны сосудов: расслаивающаяся аневризма аорты, окклюзивные поражения артерий [4].

При отсутствии лечения или его неэффективности гибель пациентов с быстро прогрессирующей артериальной гипертензией наступает в течение 6 – 12 месяцев.

Лечение. При лечении пациентов с артериальной гипертензией используется медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Немедикаментозное лечение включает в себя:

- рациональное питание;
- употребление не более 5 грамм соли в сутки;
- отказ от употребления алкоголя;
- отказ от курения;
- увеличение физической активности;
- снижение избыточной массы тела.

Медикаментозное лечение назначает врач–кардиолог. Основной целью лечения является поддержание артериального давления на оптимальном для пациента уровне [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Для этого применяются:

1. Антигипертензивные препараты – препараты снижающие

артериальное давление. Например, Альфа–адреноблокаторы (празозин, доксазозин). Эти препараты уменьшают периферическое сопротивление, снижают артериальное давление, уменьшают сердечную недостаточность.

2. Для снижения содержания натрия и воды в русле назначают диуретики (гипотиазид, амлоид, верошпирон и др.). Они снижают сердечный выброс и отечность сосудистых стенок.

3. Антагонисты кальция назначают, для блокирования поступления ионов кальция в мышечную клетку периферических артерий. Это приводит к расширению артериальных сосудов, снижению периферического сопротивления и систолического артериального давления.

4. При стенокардии, артериальной гипертонии и нарушении ритма сердца назначают бета–адреноблокаторы. В результате применения препарата падает сократительная способность миокарда, снижается число сердечных сокращений, уменьшается уровень систолического, а затем и диастолического давления.

5. Бета–адреноблокаторы [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

В период медикаментозной терапии важно записывать показатели давления в специальный дневник. Раз в месяц нужно показывать записи лечащему врачу для корректировки лечения и профилактики.

1.4. Деятельность медицинской сестры в профилактике артериальной гипертензии

Профилактика артериальной гипертензии делится на первичную и вторичную.

Первичная профилактика – это способ по предупреждению развития артериальной гипертензии у здоровых людей, имеющих факторы риска.

Первичная профилактика включает в себя:

1. Умеренную физическую нагрузку.

При физических нагрузках, необходимо измерять артериальное давление

до начала физической деятельности и после нее.

Пациентам с тяжелой гипертонией следует постепенно увеличивать объем физической деятельностью:

- начинать день с утренней гимнастики;
- по возможности больше ходить пешком;
- проводить больше времени на улице – прогулки, которые в дальнейшем при разрешении врача можно превратить в регулярные тренировки ходьбой;
- заняться плаванием;
- выполнять работу по дому, сопряженную с движением [**Ошибка!**

Источник ссылки не найден.]

Важная цель – включить в ежедневный распорядок дня 30 минут (или более) не слишком напряженной физической деятельности.

Следует знать, что появление при физических тренировках одышки, болевых ощущений в грудной клетке, в области сердца, перебоев в работе сердца требует незамедлительного прекращения нагрузок и обращения к врачу. Методика физических нагрузок и увеличение физической активности должны обязательно согласовываться с врачом и методистом по лечебной физкультуре.

2. Соблюдение гипонатриевой диеты (снижение количества соли в рационе).

Соленое, жареное, острое – под запретом. Ежедневное потребление соли не должно превышать 5 грамм. Об этом стоит помнить, если в рационе присутствуют копчености, майонез, колбасные изделия, консервы, соленья, сыры, в которых содержится много соли.

Данная диета снижает повышенную возбудимость центральной нервной системы, улучшает функциональное состояние почек, снижает артериальное давление. Диета обогащена продуктами, содержащими витамины, растительную клетчатку, вещества, расщепляющие жиры. Все блюда готовят без добавления соли, допускается легкое поджаривание мясных и рыбных блюд.

Число приемов пищи – 5–6 раз в день.

Примерное меню на день:

Первый прием пищи (первый завтрак): мясо отварное, винегрет на растительном масле, чай с молоком.

Второй прием пищи (второй завтрак): курица отварная с рисом, салат из овощей, чай, хлеб.

Третий прием пищи (обед): щи без мяса, отварной картофель, желе фруктовое.

Четвертый прием пищи (ужин): рыба запечённая, плов с фруктами, чай с молоком.

Пятый прием пищи (поздний ужин): кефир (Таблица 1).

При гипонатриевой диете разрешаются следующие продукты:

– Хлеб и хлебобулочные изделия из ржаной и пшеничной муки грубого помола; несдобное печенье

– Супы вегетарианские из овощей, круп, макаронных изделий на овощном отваре; супы молочные; свекольники, борщи, щи из свежей капусты (нежирный мясной суп 2 – 3 раза в неделю)

– Рассыпчатые и полувязкие каши из круп – гречки, овсяной крупы, риса, пшена; плов; отварные вермишель и макароны (при избыточном весе крупы и мучные изделия следует ограничить)

– Блюда из нежирной говядины, телятины, птицы в отварном или запеченном виде или слегка обжаренные после отваривания.

– Блюда из нежирной рыбы (судак, навага, карп, треска, окунь, мерлуза и др.). Рыба, запеченная или отварная, с последующим обжариванием.

– Картофель, морковь, свекла, тыква, кабачки, отварные и запеченные. Разрешаются хрен, лук, чеснок, петрушка, укроп, огурцы свежие, помидоры. Малосольные огурцы следует ограничить.

– Сахар (до 40г в день); мед; варенье (при избыточном весе сладости ограничиваются).

Запрещаются следующие продукты:

- Изделия из сдобного теста; мучные изделия с кремом.
- Крепкие мясные бульоны.
- Ограничиваются фасоль, горох, бобы, репа, редис, щавель, шпинат.
- Жирное мясо; внутренние органы животных; сало.
- Крепкие рыбные бульоны.
- Ограничиваются – щавель, шпинат; грибы.
- Виноград (ограничивается); шоколад.

3. Исключение стрессовых ситуаций, соблюдение режима труда и отдыха.

Незначительные стрессы неизбежны для человека, но проблему для здоровья создает чрезмерный стресс. Главное понимание, что полностью от стресса избавиться невозможно [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Чтобы справиться со стрессом, который чаще всего является причиной повышения давления, врачи рекомендуют освоить некоторые техники релаксации. Это может быть аутотренинг, медитация, самовнушение. Нужно стремиться во всем находить что-то хорошее, приятное, смотреть на жизнь с оптимизмом.

К управляемым стрессорам относятся ситуации, которые зависят от человека.

К неуправляемым факторам, вызывающим стресс, относятся ситуации или поведение людей, которые он не в состоянии изменить.

Следует избегать тяжелой физической нагрузки, а напряженную умственную деятельность лучше прекратить за 1,5 часа до отхода ко сну.

Развитие гипертонической болезни может вызываться часто повторяющимся нервным перенапряжением, длительными и сильными волнениями, частыми нервными потрясениями. Возникновению гипертонической болезни способствует излишнее напряжение, связанное с интеллектуальной деятельностью, работой по ночам, влиянием вибрации и шума [9].

4. Отказ от спиртных напитков.

Горячительные напитки при чрезмерном употреблении могут вызвать

серьезные нарушения в работе организма. Пить спиртное можно только в умеренных дозах, и при этом контролируя себя. При гипертонии можно выпивать 50 грамм спиртных напитков в день, и стоит помнить, что употреблять такие напитки можно только по соглашению с доктором.

Вино при гипертонии можно пить не больше одного бокала. Пить красное вино, можно только соблюдая суточную дозу. В случае сниженного давления также нельзя злоупотреблять спиртным.

На допустимую дозу спиртных напитков при гипертонии влияют и следующие показатели:

- нельзя превышать дозу;
- качество спиртного напитка должно быть на высоком уровне;
- не стоит смешивать разные напитки;
- не стоит принимать алкоголь систематично [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

5. Отказ от курения.

Регулярное курение вызывает стойкое повышение артериального давления и является главным фактором риска ишемической болезни сердца.

6. Контроль веса, холестерина в крови, измерение артериального давления.

Пациенту регулярно нужно следить за своим весом и держать его в норме. Для этого необходимо вычислить индекс массы тела:

$$\frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м}^2\text{)}}$$

В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработана следующая интерпретация показателей ИМТ:

- 16 и менее – выраженный дефицит массы тела;
- 16 – 18,5 – недостаточная (дефицит) масса тела;
- 18,5 – 24,99 – норма;
- 25 – 30 – избыточная масса тела (предожирение);
- 30 – 35 – ожирение;

- 35 – 40 – ожирение резкое;
- 40 и более – очень резкое ожирение.

Избыточная масса тела приводит к повышению риска образования холестериновых бляшек в сосудах, а также повышению артериального давления. Поэтому необходимо следить за весом, холестерином в крови и регулярно измерять артериальное давление [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Вторичная профилактика предназначена для пациентов с диагнозом артериальная гипертензия. Она направлена на снижение влияния на органы-мишени.

В нее входит:

- немедикаментозная терапия;
- медикаментозная терапия;
- контроль уровня артериального давления;
- контроль эмоционального напряжения.

Третичная профилактика гипертонии нацелена на избежание осложнений в виде сердечно - сосудистых заболеваний, инвалидности, смертности.

Основной способ предотвращения проблем сердечно-сосудистой системы и смертности больных гипертонией — это постоянный контроль уровня артериального давления. Постоянный контроль позволяет: оценить степень прогрессирования заболевания; определить риск поражения органов-мишеней; определить наличие иных заболеваний; оценить опасность развития осложнений сердечно - сосудистой системы.

Немедикаментозное лечение назначают при малых рисках. При высокой степени риска показано немедикаментозное лечение в сочетании с лекарственной терапией. Высокий риск дает право лечащему доктору назначить лечение пациенту в условиях стационара. В домашних условиях пациент должен четко следовать советам врача: принимать гипотензивные средства строго в назначенных дозах и режиме; для профилактики осложнений принимать дезагреганты (Кардиомагнил, Тромбо, Аспирин).

Анализ литературы по исследуемой теме и знаний, полученных при обучении в медицинском колледже, позволяет сделать следующие выводы:

1. Гипертоническая болезнь – это заболевание, характеризующееся стойким и длительным повышением артериального давления. Оно обусловлено нарушением регуляции сосудистого тонуса, а также изменениями работы сердца.

2. Морфологические изменения при гипертонической болезни отличаются большим разнообразием, характером и длительностью ее течения.

3. Начальными клиническими проявлениями при гипертонической болезни являются зрительные расстройства, резкие головные боли и гематурия. Изредка у пациента отмечается анурия. Диастолическое давление выше 130 мм рт. ст.

4. Признаки артериальной гипертензии развиваются постепенно, только в редких случаях она начинается остро, быстро прогрессируя.

5. При лечении пациентов с артериальной гипертензией используется медикаментозное и немедикаментозное лечение. При отсутствии лечения или его неэффективности гибель пациентов с быстро прогрессирующей артериальной гипертензией наступает в течение 6–12 мес.

6. Профилактика артериальной гипертензии делится на первичную и вторичную.

7. Первичная профилактика заключается в умеренной физической нагрузке, соблюдении гипонатриевой диеты, исключении стрессовых ситуаций, нормализации режима труда и отдыха, отказ от курения и употребления алкоголя, контроле веса, холестерина в крови и измерении артериального давления.

Изучив медицинскую и научно – методическую литературу и рассмотрев основные понятия по исследуемой теме, мы проведем анализ исследования профилактической деятельности медицинской сестры в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа».

ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа»

В своей структуре ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа» имеет поликлинику, стационар, перинатальный центр, центр медицинской реабилитации, региональный телемедицинский консультативный центр.

В составе больницы хирургическая и терапевтическая службы проводят обследование и плановое лечение жителей Белгородской области, оказывают экстренную специализированную помощь жителям области круглосуточно.

В ней созданы все условия для ранней и своевременной диагностики различных заболеваний, их консервативного и хирургического лечения с использованием малоинвазивных методик.

Кроме того, пациентам оказывается высокотехнологическая хирургическая помощь по профилям: кардиохирургия, травматология, нейрохирургия, онкология, трансплантация органов и тканей, офтальмология, абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология.

В больнице созданы все условия для углубленного амбулаторного и стационарного обследования пациентов с различной патологией, что позволяет оказывать своевременную специализированную медицинскую помощь пациентам.

Стационар «Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа» представлен 13 отделениями на 598 коек.

Наличие высококвалифицированных специалистов, современной медицинской аппаратуры и оборудования способствует динамичному развитию лечебно-диагностического процесса и позволяет оказать высокотехнологичную медицинскую помощь по многим профилям.

Сегодня «Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа» стабильно занимает позицию лидера среди медицинских учреждений, участвующих в оказании высококвалифицированной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

2.2. Мониторинг профилактической деятельности медицинской сестры при артериальной гипертензии

Нами были изучены статистические данные, проведен социальный опрос по разработанной анкете (Приложение 1). В ней были составлены два блока вопросов по первичной и вторичной профилактике. В анкетировании приняли участие 30 пациентов в возрасте от 18 лет и старше.

Ответы респондентов на блок вопросов по первичной профилактике.

Возраст респондентов распределился следующим образом: 10% (3 чел.) – в возрасте 18 – 25 лет, 27% (8 чел.) – 26 – 45 лет, 36% (11 чел.) – 46 – 60 лет, старше 60 лет – 27% (8 чел.) (Рис. 1).

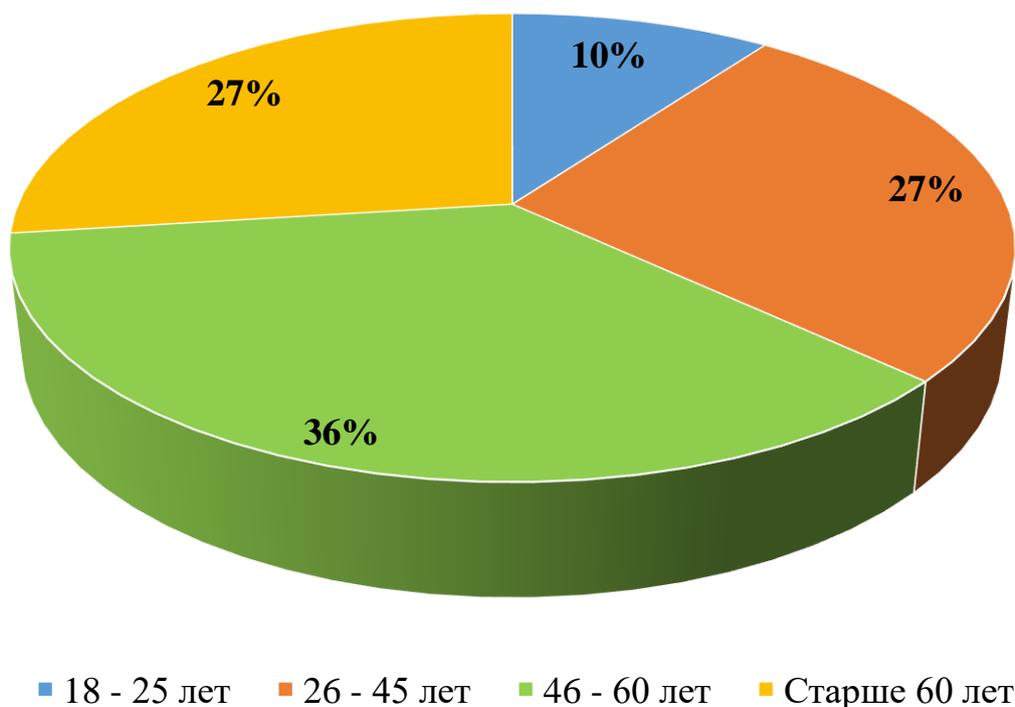


Рис. 1. Возрастные группы пациентов

По половому признаку опрошенные разделились таким образом: мужчин – 53% (16 чел.), женщин – 47% (14 чел.) (Рис. 2).

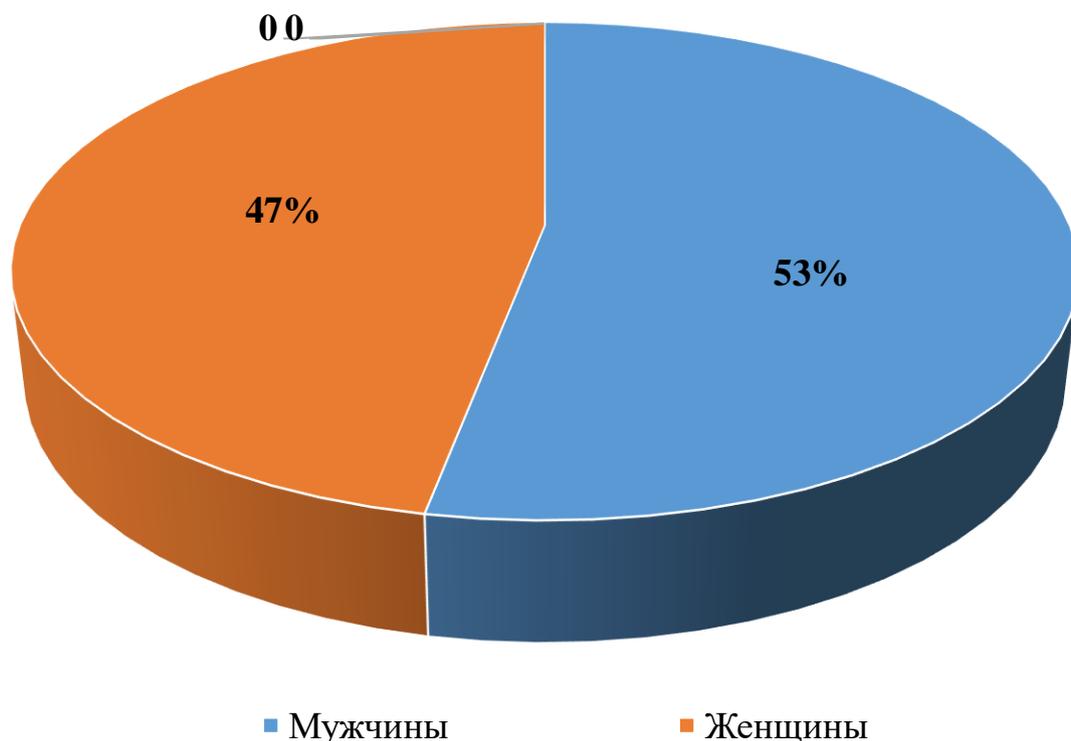


Рис. 2. Пол респондентов

Нервные перенапряжения, сильные и длительные волнения, нервные потрясения и непрерывная напряженная интеллектуальная деятельность являются признаками того, что человек находится в зоне риска. Все это сопровождается непрерывным состоянием тревоги, что проявляется постоянным повышенным артериальным давлением.

В основе гипертонической болезни лежит хроническая тревога, связанная с экзистенциальными проблемами – наиважнейшими проблемами, которые человек может сам себе поставить. Причем, зачастую самим человеком тревога не осознается. Тревога часто бывает связана с ожиданием неприятностей, которые могут придти из окружающего мира. Ее причинами могут быть личностные особенности, например, чрезмерная обидчивость, волнения, подавление гнева; чрезмерные амбиции, когда человек в карьере вкладывает все силы; семейные модели поведения, например, в родительской семье были очень строгие взаимоотношения между родителями и детьми, свободное

проявление эмоций, особенно гнева, было запрещено; потрясения, которые могут серьезно нарушить чувство безопасности.

Всё это ведет к повышению артериального давления, следовательно, повышается риск развития гипертонической болезни.

На вопрос «Как часто Вы испытываете стресс?» пациенты дали следующие ответы: всегда – 17% (5 чел.), часто – 60% (18 чел.), иногда – 23 (7 чел.) и никогда – 0% (Рис. 3).

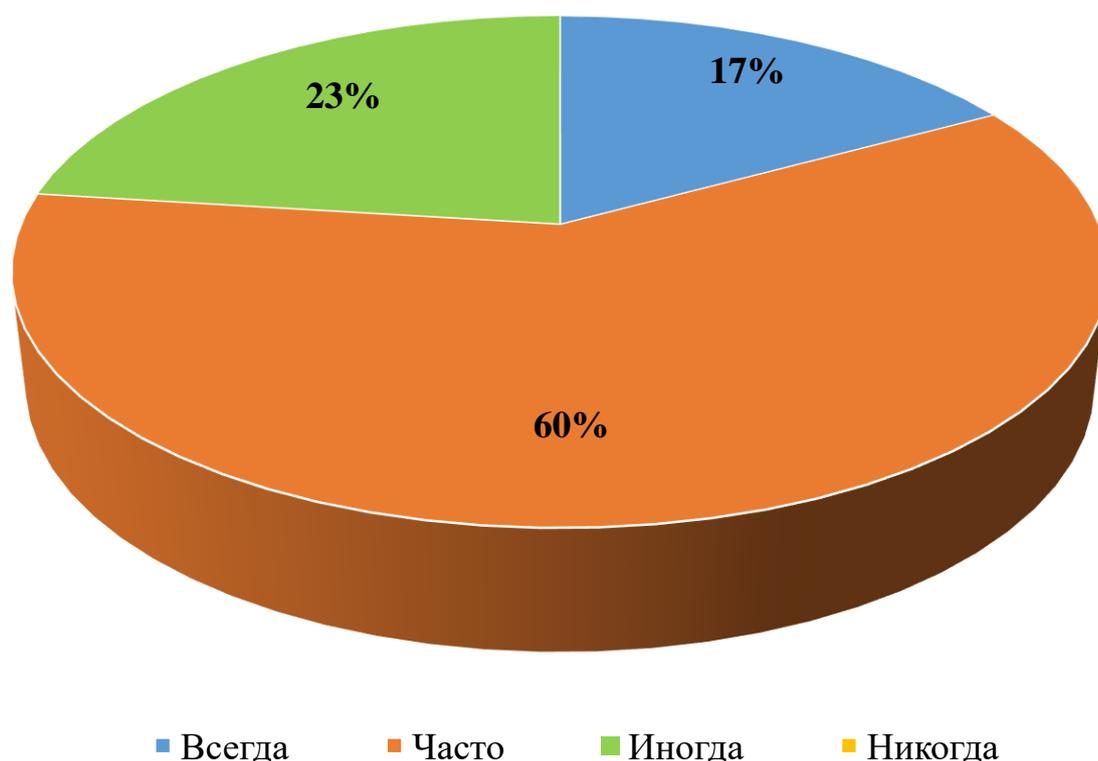


Рис. 3. Частота ощущения стресса

Анализируя данную диаграмму, можно сделать вывод, что все пациенты испытывают стресс в разной степени. В ходе исследования мы выявили, что 27% (8 чел.) пациентов медицинская сестра проводила беседу, с 33% (10 чел.) пациентов беседа не проводилась, 40% (12 чел.) пациентов получили информацию не полностью (Рис. 4).

При повышенном давлении, следует внимательней относиться к спиртным напиткам и следовать всем рекомендациям врача. Так как

употребление даже незначительного количества алкоголя приводит к повышению давления.

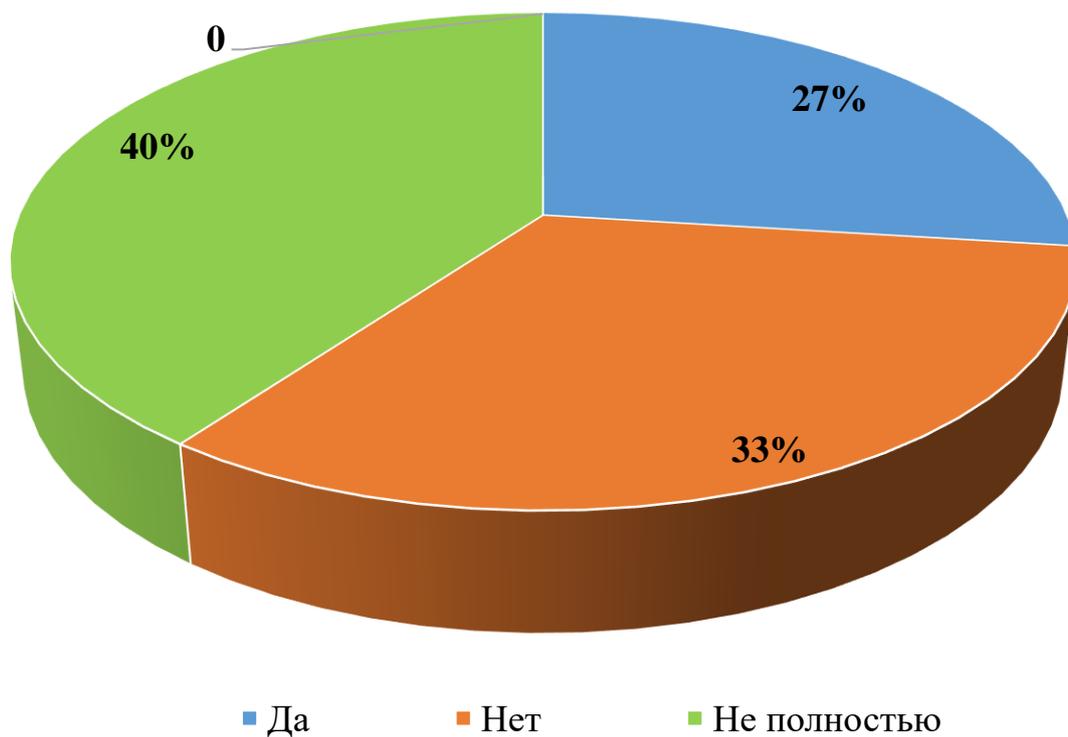


Рис. 4. Информирование о способах борьбы со стрессами

Ответы по употреблению алкоголя пациентами, распределились следующим образом: всегда употребляют алкоголь – 3% (1 чел.), часто – 20% (6

чел.), иногда – 67% (20 чел.) и никогда – 10% (3 чел.) (Рис. 5).

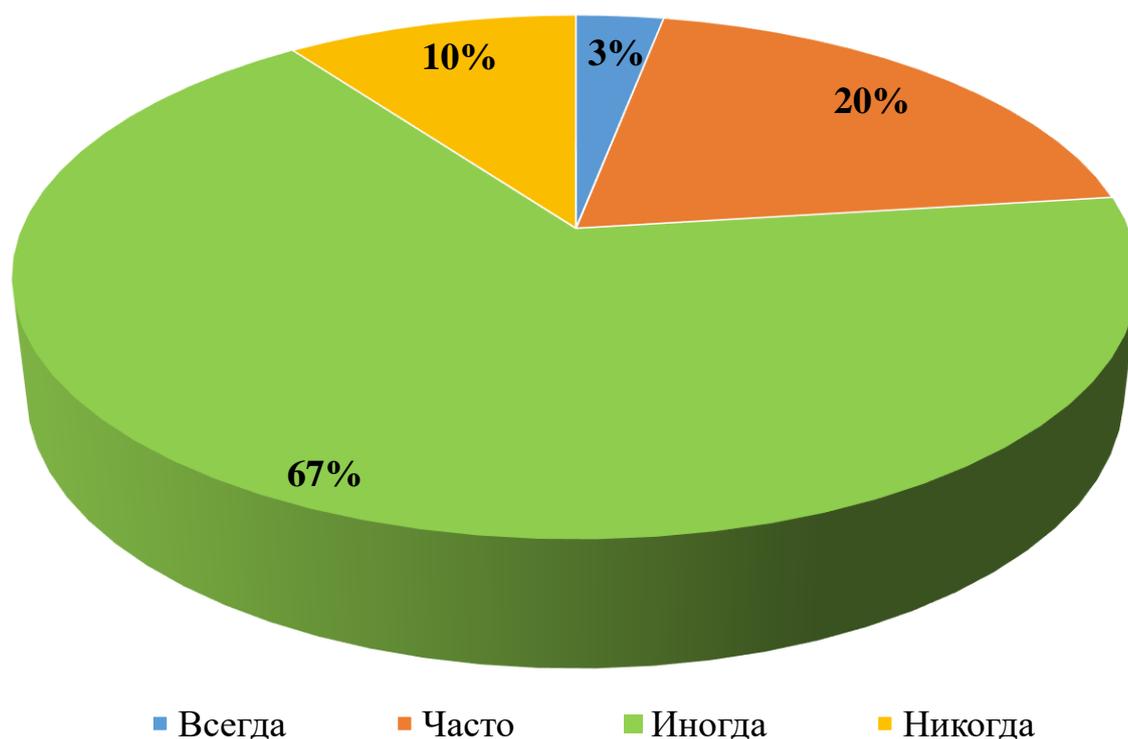


Рис. 5. Частота употребления алкоголя

Рассматривая данную диаграмму, можно сделать вывод, что большая часть респондентов употребляют алкоголь в том или ином количестве.

С целью профилактики гипертонической болезни медицинская сестра обязана информировать пациентов о вреде алкоголя. Анализируя ответы респондентов по этому вопросу анкеты, нами были получены следующие данные: 17% (5 чел.) пациентов были информированы, 50% были не осведомлены, 33% (10 чел.) донесли информацию не полностью (Рис. 6).

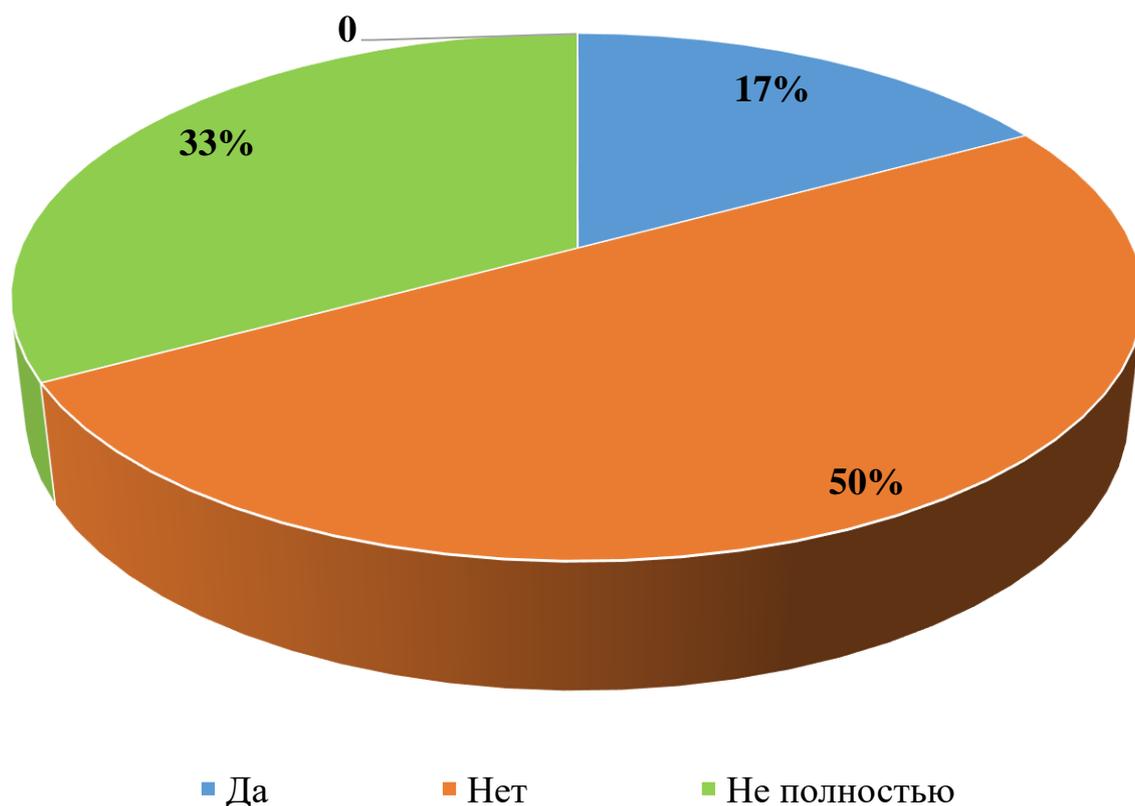


Рис. 6. Информирование о вреде алкоголя

Одной из причин развития артериальной гипертензии является атеросклероз. Прогрессирование атеросклероза может привести к деформации стенок сосудов и сужению просвета, а в самом худшем случае и к обтурации, то есть закупорке сосудов. Это в свою очередь приводит к возрастанию артериального давления.

На вопрос «Информировала ли Вас медицинская сестра о профилактике атеросклероза» нами были получены следующие ответы: да – 27% (8 чел.), нет – 30% (9 чел.), не полностью – 43% (13 чел.) (Рис. 7).

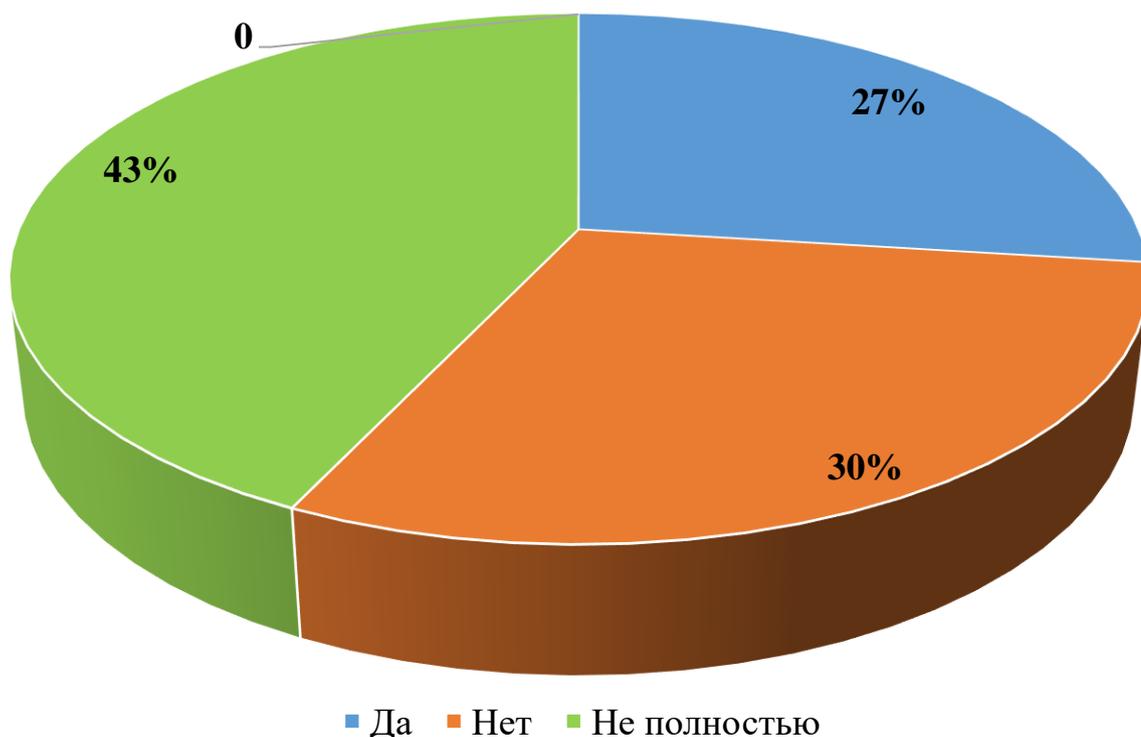


Рис. 7. Информирование о профилактике атеросклероза

Ответы опрошенных по употреблению табака распределились так: 33% (10 чел.) – не курят, 17% (5 чел.) – курят 2 – 5 сигарет в день, 43% (13 чел.) – больше 5 сигарет в день, 7% (2 чел.) – курят от пачки сигарет в день (Рис. 8).

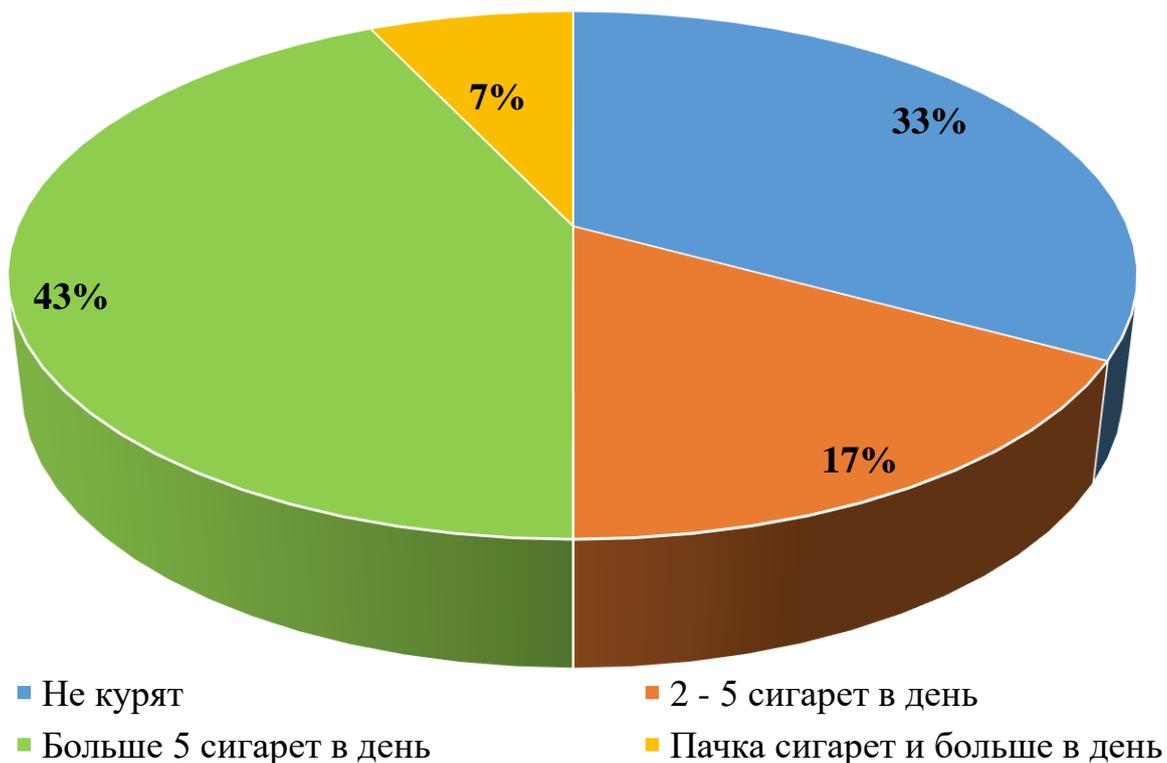


Рис. 8. Частота употребления табачной продукции

Медицинская сестра должна проводить беседу о вреде курения. Анализируя ответы респондентов, мы выяснили, что 23% (8 чел.) пациентов получали информацию от медицинской сестры, 36% (11 чел.) – не были информированы, 36% (11 чел.) – получили информацию не полностью (Рис. 9).

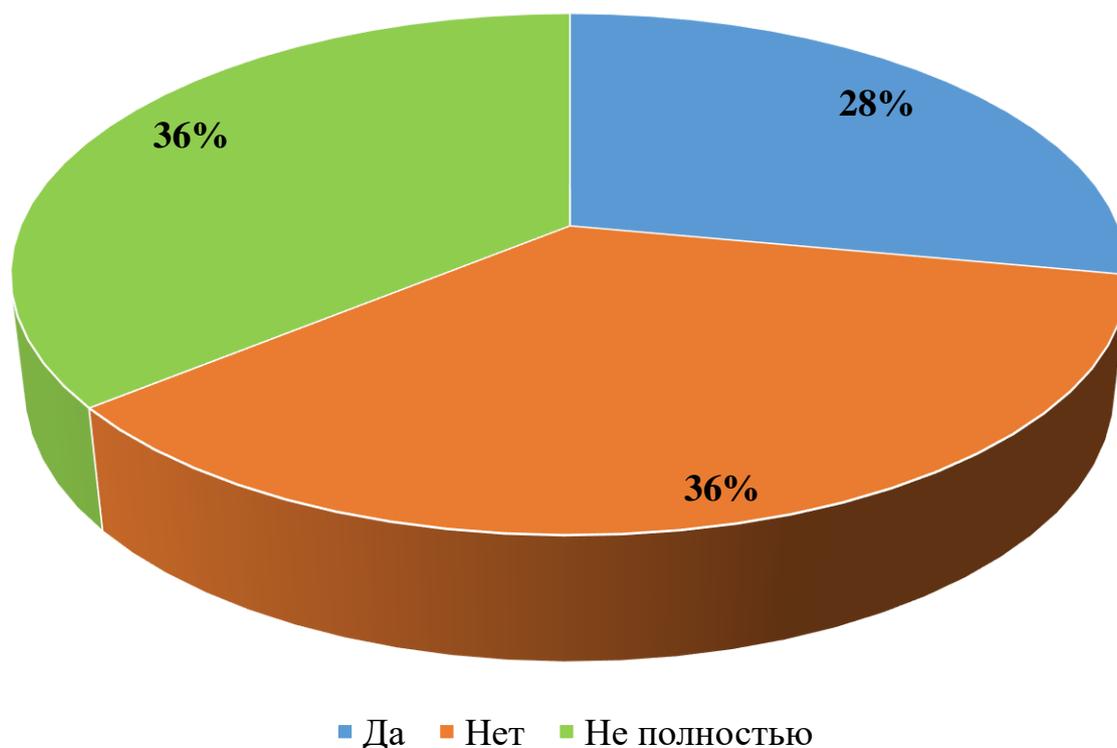


Рис. 9. Информирование о вреде курения

При малоподвижном образе жизни человека мышцы слабеют и теряют тонус, снижается выносливость и сила, ухудшается кровообращение, стенки сосудов теряют тонус. Гиподинамия сама по себе может привести к развитию гипертонической болезни, но при малоактивном образе жизни могут возникнуть также избыточный вес, депрессии и неврозы, что также является факторами, способствующими развитию артериальной гипертензии. А в сумме это увеличивает риск возникновения, развития и прогрессирования гипертонической болезни.

Люди ведущие малоактивный образ жизни страдают гипертонией чаще. На вопрос «Ведете ли Вы активный образ жизни?» были получены следующие данные: 30% (9 чел.) – всегда ведут активный образ жизни, 33% (10 чел.) – часто, 23% (7 чел.) – иногда и 14% (4 чел.) – никогда (Рис. 10).

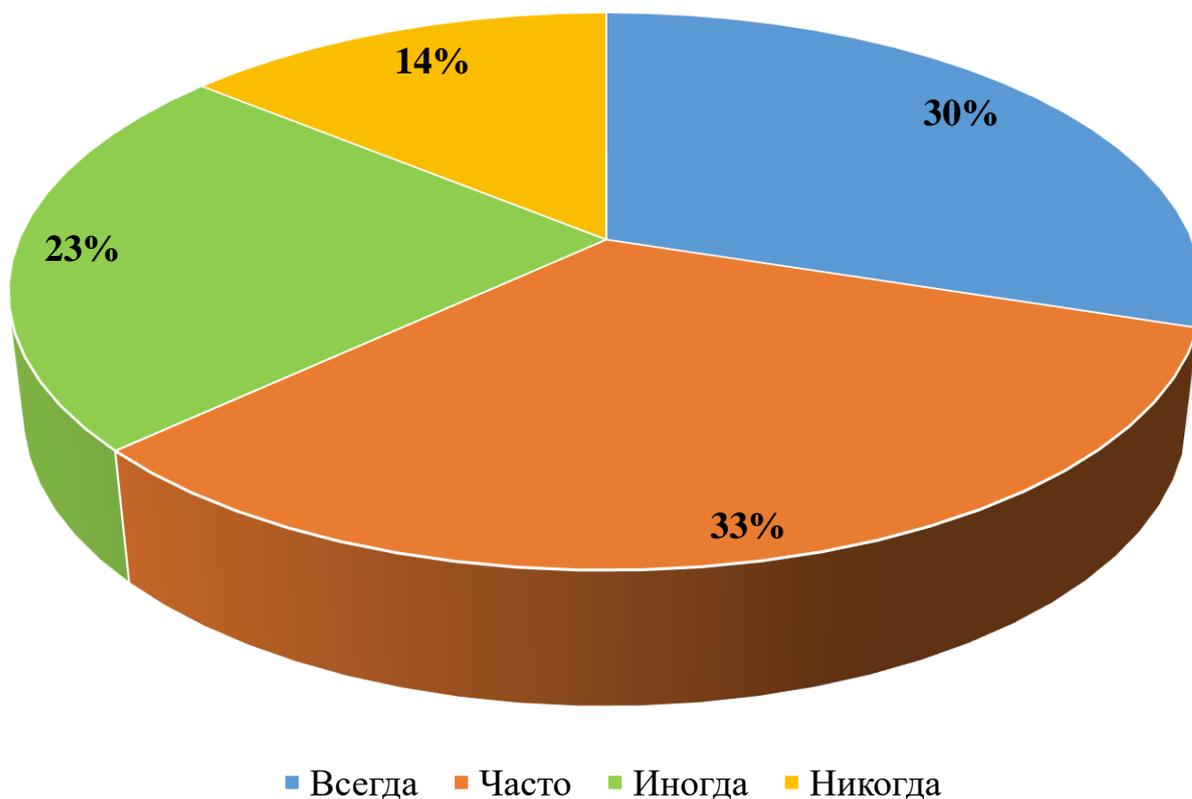


Рис. 10. Ведение активного образа жизни

Проанализировав ответы респондентов на вопросы первого блока по первичной профилактике, мы сделали следующие выводы:

1. Все пациенты испытывают стресс в разной степени, поэтому медицинская сестра должна проводить беседу о способах борьбы со стрессом. К сожалению большая часть пациентов были информированы не полностью или вообще не получили информацию.

2. 90% опрошенных в том или ином количестве употребляют алкоголь, что негативно влияет на организм. С целью профилактики повышения артериального давления медицинской сестре необходимо проводить беседу о вреде алкоголя.

3. Избыток холестерина ведет к потере артериями эластичности, а атеросклеротические бляшки затрудняют работу сердца. Все это приводит к повышению артериального давления. Поэтому нужно соблюдать меры профилактики атеросклероза, для этого медицинская сестра проводит профилактическую беседу.

4. Компоненты табачного дыма, попадая в кровь вызывают спазм сосудов. Чем больше человек курит, тем чаще поднимается артериальное давление. Но лишь малая часть пациентов была информирована медицинской сестрой о вреде курения.

5. Малоактивный образ жизни приводит к гипертонии. Поэтому большая часть пациентов ведет активный образ жизни.

Ответы респондентов на блок вопросов по вторичной профилактике.

Соблюдение немедикаментозного лечения является основополагающим принципом борьбы с артериальной гипертензией.

Рассматривая ответы по соблюдению немедикаментозного лечения, были получены следующие данные: соблюдают – 7% (2 чел.), не соблюдают – 10% (3 чел.), соблюдают не полностью – 83% (25 чел.) (Рис. 11).

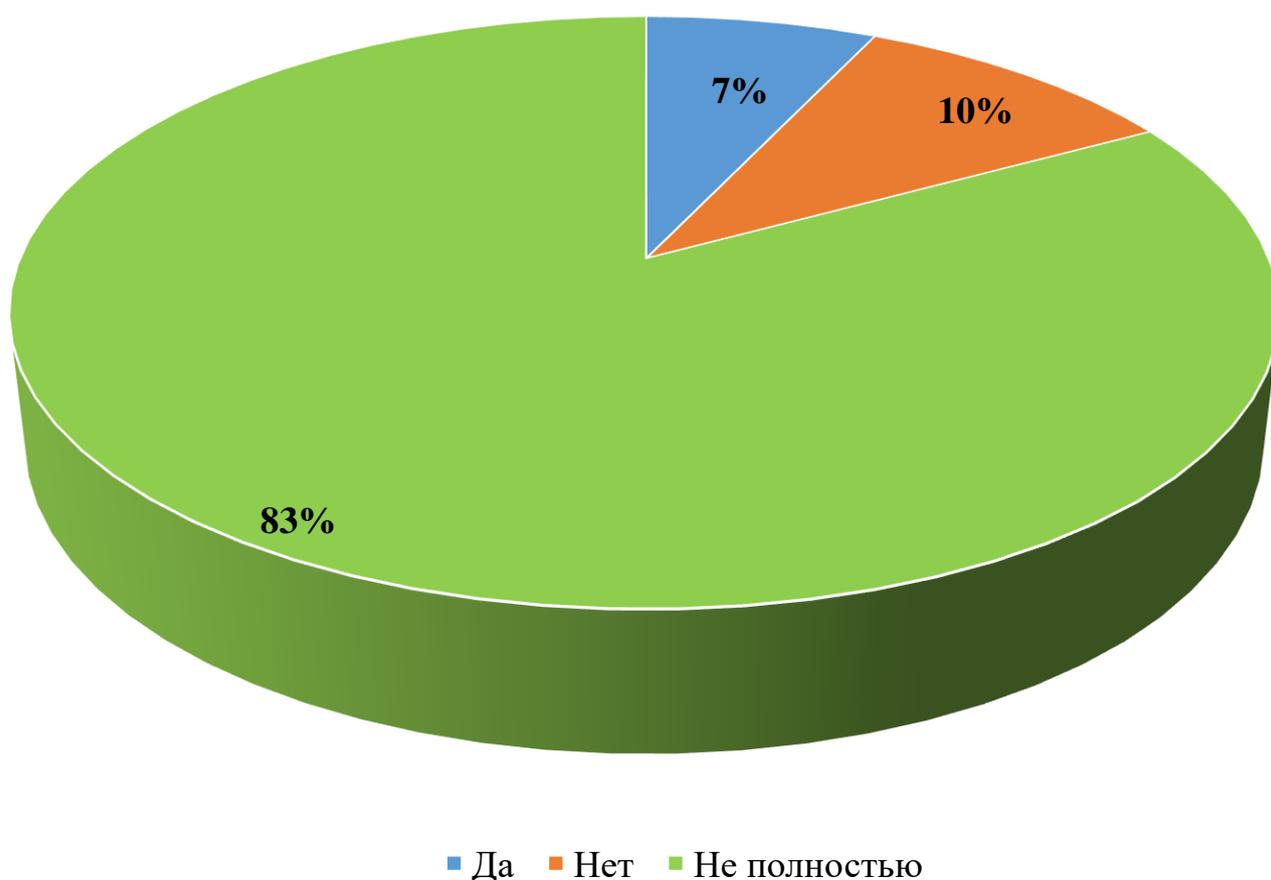


Рис. 11. Соблюдение немедикаментозного лечения

Один из принципов немедикаментозного лечения является коррекция

питания. Она подразумевает под собой соблюдение принципов гипонатриевой диеты.

Данная диета снижает повышенную возбудимость нервной системы, улучшает функциональное состояние почек, снижает артериальное давление. Вследствие чего снижается риск возникновения и развития гипертонической болезни.

На вопрос «Соблюдаете ли Вы гипонатриевую диету» респонденты дали следующие ответы: всегда соблюдают – 17% (5 чел.), часто – 40% (12 чел.), иногда – 20% (6 чел.), никогда – 23% (7 чел.) (Рис. 12).

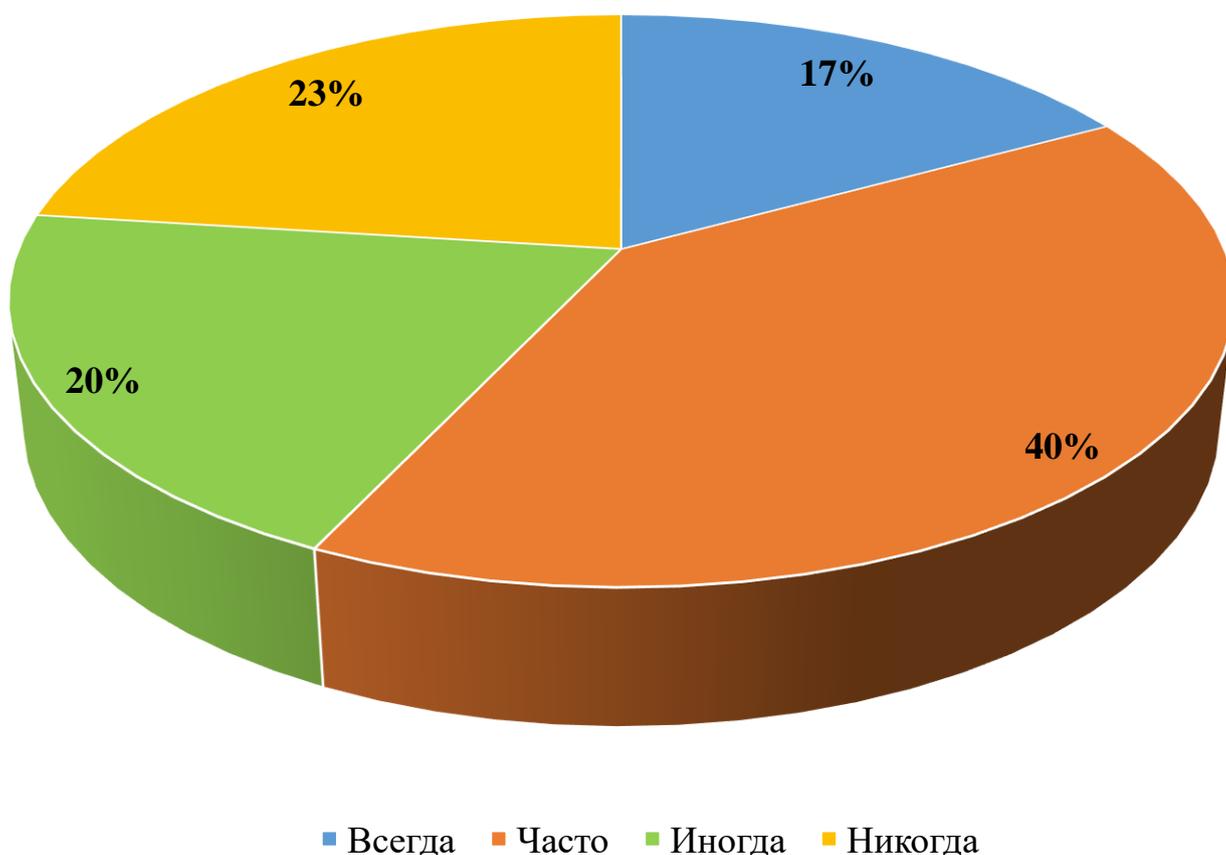


Рис. 12. Соблюдение гипонатриевой диеты

Анализируя данную диаграмму, мы выяснили, что лишь 17% респондентов соблюдают гипонатриевую диету. В ходе исследования нами было установлено, что 33% (10 чел.) пациентам медицинская сестра рассказывала о гипонатриевой диете, 31% (9 чел.) – были не информированы, 36% (11 чел.) – получили информацию не полностью (Рис. 13).

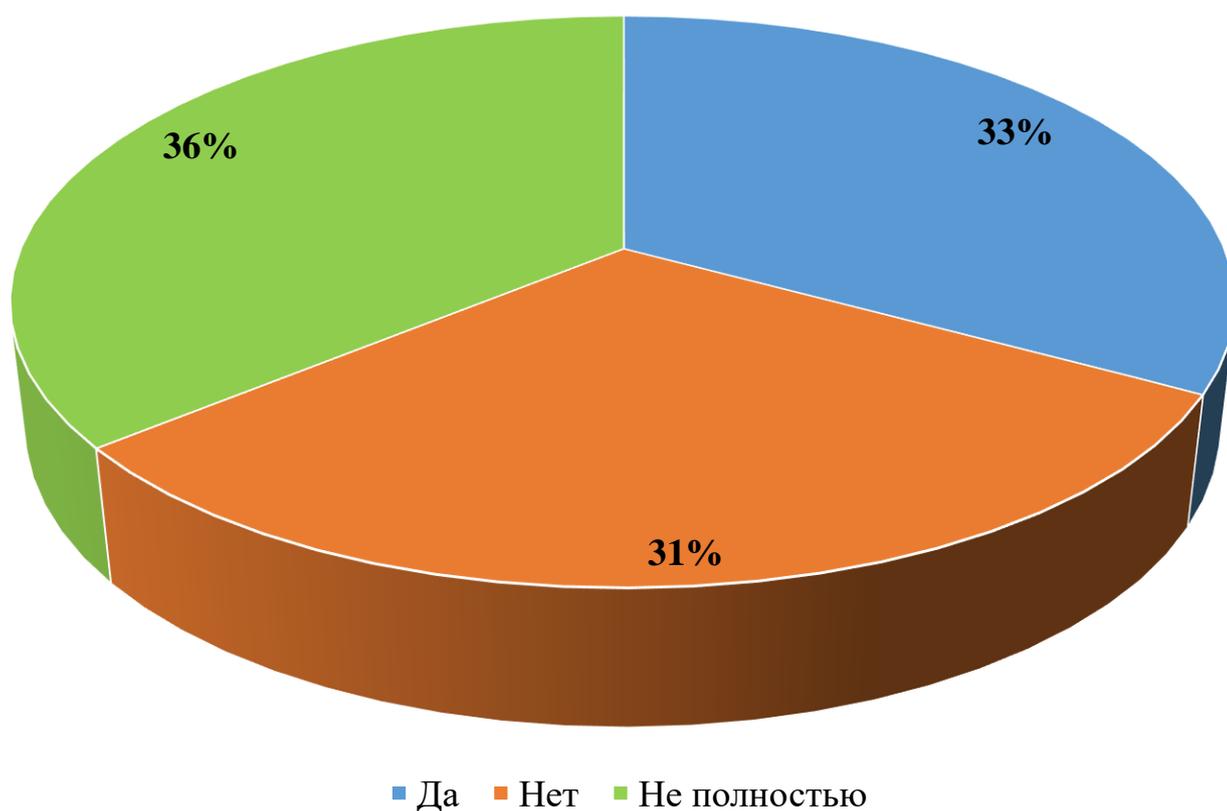


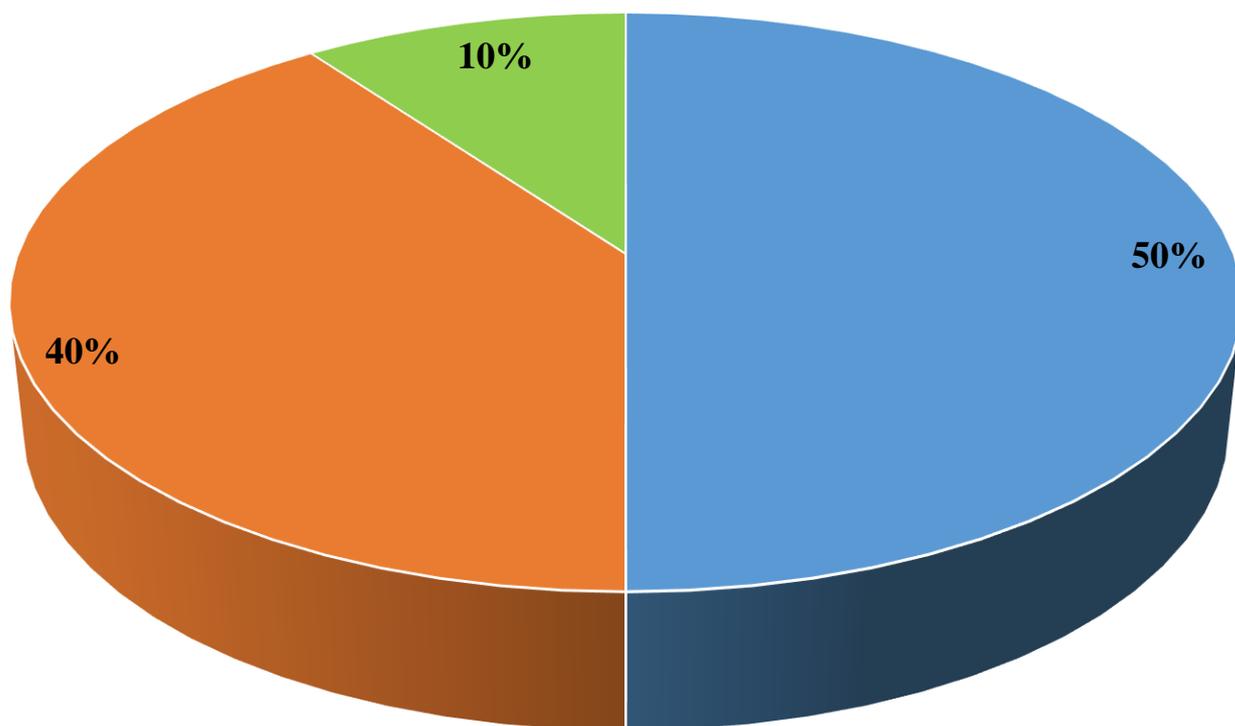
Рис. 13. Информирование о гипонатриевой диете

Каждый должен знать уровни своего давления. Но около половины людей не знают о наличии у них гипертензии. Они не чувствуют симптомов повышенного давления: тяжести или болей в затылочной области головы, периодической одышки, головокружения, шума в ушах. А некоторые люди просто не придают значения этим симптомам. Поэтому люди не измеряют его.

В этом и «коварство» гипертензии – при отсутствии симптомов повышенного давления болезнь постоянно прогрессирует, а значит, риск развития сосудистых катастроф очень возрастает.

При диагнозе артериальная гипертензия, необходим обязательный контроль артериального давления.

По вопросу анкеты «Как часто Вы измеряете артериальное давление?» ответы респондентов сложились таким образом: 50% (15 чел.) пациентов измеряют давление 1-2 раза в день, больше 2 раз в день давление контролируют – 40% (12 чел.), никогда не измеряют артериальное давление 10% (3 чел.) (Рис. 14).



■ 1-2 раза в день ■ Больше 2 раз в день ■ Никогда

Рис. 14. Контроль артериального давления

Делая вывод по этой диаграмме, мы выяснили, что 90% пациентов ведут контроль своего артериального давления.

Но в ходе устного опроса мы определили, что в основном пациенты пользуются электронным тонометром, поскольку он удобен в эксплуатации. Но не все они умеют правильно работать с механическим тонометром в случае отсутствия или выхода из строя электронного. Из-за чего показатели артериального давления при измерении таким тонометром могут быть неверными. В связи с этим пациенты могут считать, что их показатели давления находятся в пределах нормы, а именно систолическое давление 100 – 140 мм.рт.ст., диастолическое 60 – 90 мм.рт.ст., а на самом деле идет дальнейшее прогрессирование артериальной гипертензии.

Поэтому для контроля артериального давления пациентов медицинская сестра должна обучать их правильному измерению артериального давления с

помощью механического тонометра.

По результатам анкетирования на вопрос по обучению пациентов измерению давления мы определили, что 33% (10 чел.) респондентов медицинская сестра обучала этому действию, 36% (11 чел.) – не обучала, и 31% (9 чел.) – обучила не полностью (Рис. 15).

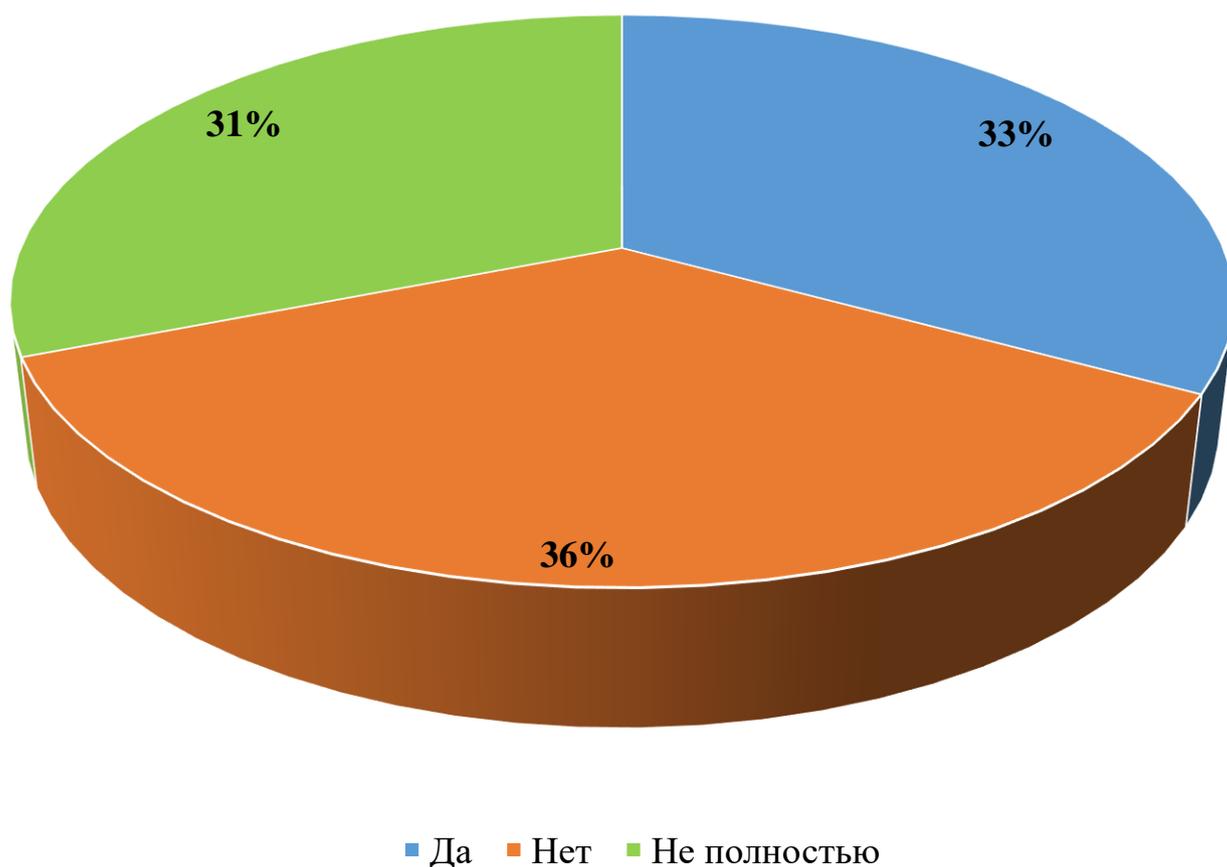


Рис. 15. Обучение измерению артериального давления

Контролировать артериальное давление помогает прием лекарственных средств, назначенных врачом. Для каждого пациента в зависимости от показателей артериального давления врачом подбираются индивидуальные лекарственные препараты, частота и количество их приема.

Соблюдение назначений врача строго и обязательно для пациентов. Поскольку прием лекарственных средств помогает поддерживать артериальное давление в пределах нормы и не дает болезни прогрессировать дальше.

Ответы по частоте приема лекарственных препаратов пациентами распределились таким образом: строго по назначению врача лекарственные средства принимают – 60% (18 чел.), только когда станет плохо – 14% (4 чел.), иногда – 26% (8 чел.) (Рис. 16).

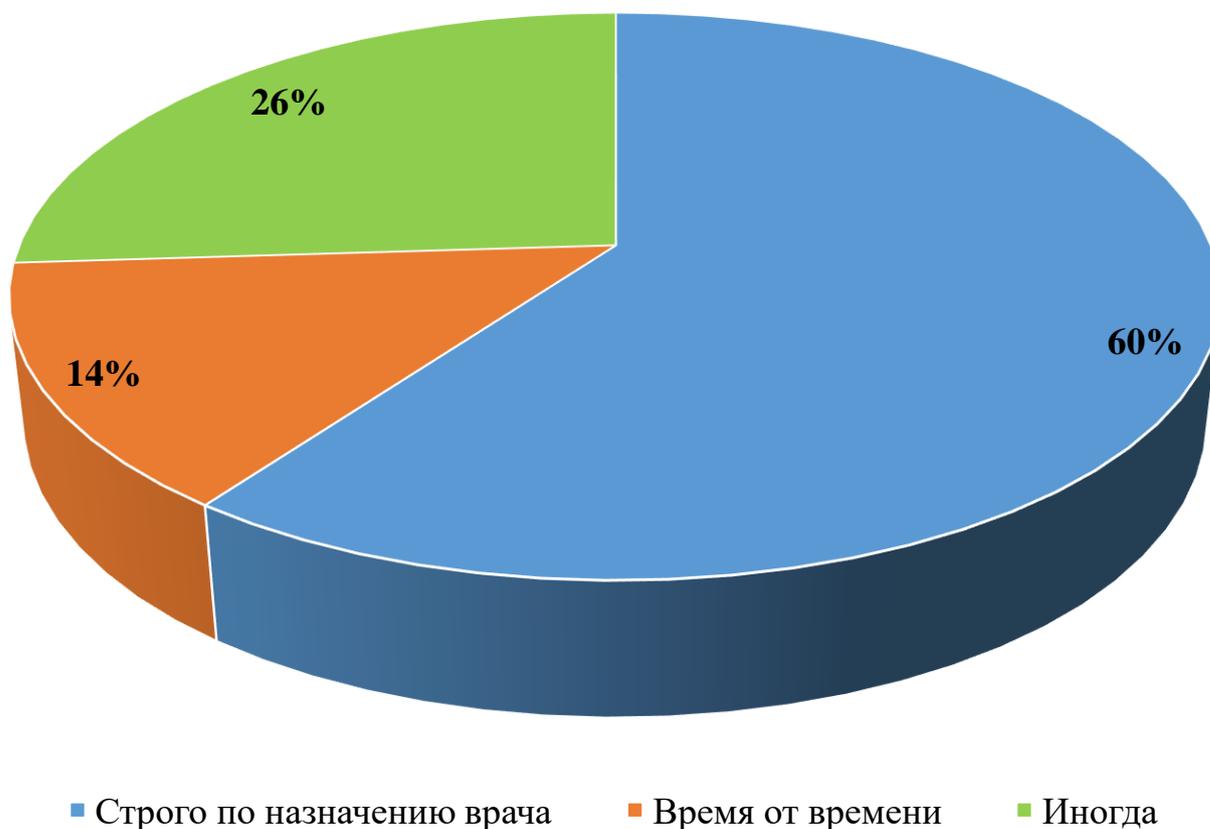


Рис. 16. Частота приема лекарственных средств

Анализируя данную диаграмму, можно сделать вывод, что не все пациенты осознают важность и обязательность приема лекарственных средств строго по назначению врача.

В следствие нерегулярного приема лекарственных препаратов общее состояние пациентов может ухудшаться, а гипертоническая болезнь прогрессировать дальше.

Поэтому медицинская сестра должна убедить пациентов в необходимости точного соблюдения назначений лечащего врача и объяснять пациентам принципы приема лекарственных средств.

На вопрос «Информировала ли Вас медицинская сестра о регулярном

приеме лекарственных препаратов» ответы респондентов распределились следующим образом: 57% (17 чел.) – получили информацию от медицинской сестры, 7% (2 чел.) – не были информированы, 36% (11 чел.) – были информированы не полностью (Рис. 17).

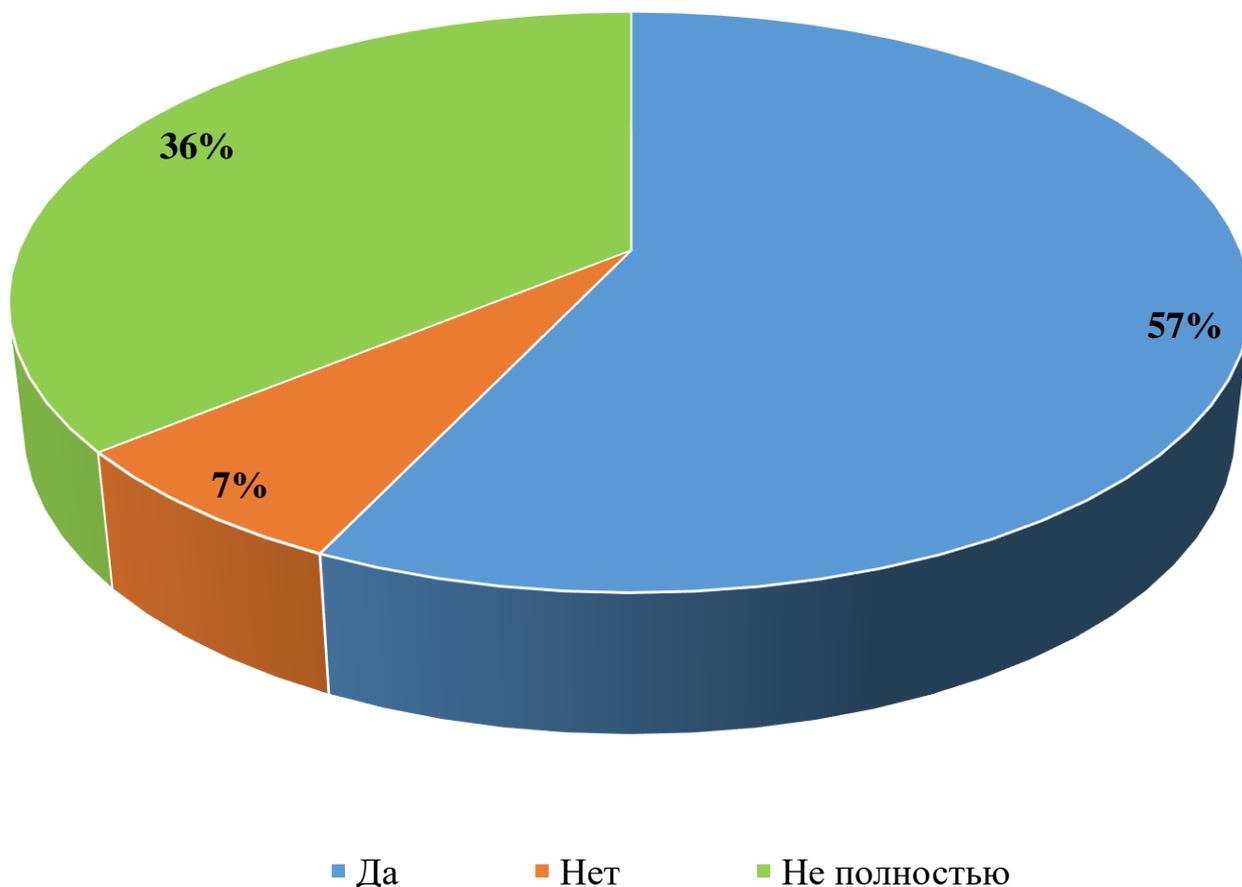


Рис. 17. Оценка информирования о приеме лекарственных средств

От компетентности и заинтересованности медицинской сестры в своей работе, зависит дальнейшая жизнь пациентов. Поскольку именно медицинская сестра проводит беседы с пациентами об их образе жизни.

Для того, чтобы выяснить, удовлетворены ли пациенты проведенной медицинской сестры работой, мы задали респондентам вопрос «На сколько вы оцениваете профилактическую деятельность медицинской сестры по пятибалльной шкале».

На что ответы респондентов сложились следующим образом: 1 балл – 7% (2 чел.), 2 балла – 10% (3 чел.), 3 балла – 10% (3 чел.), 4 балла – 40% (12 чел.), 5

баллов – 33% (10 чел.) (Рис. 18).

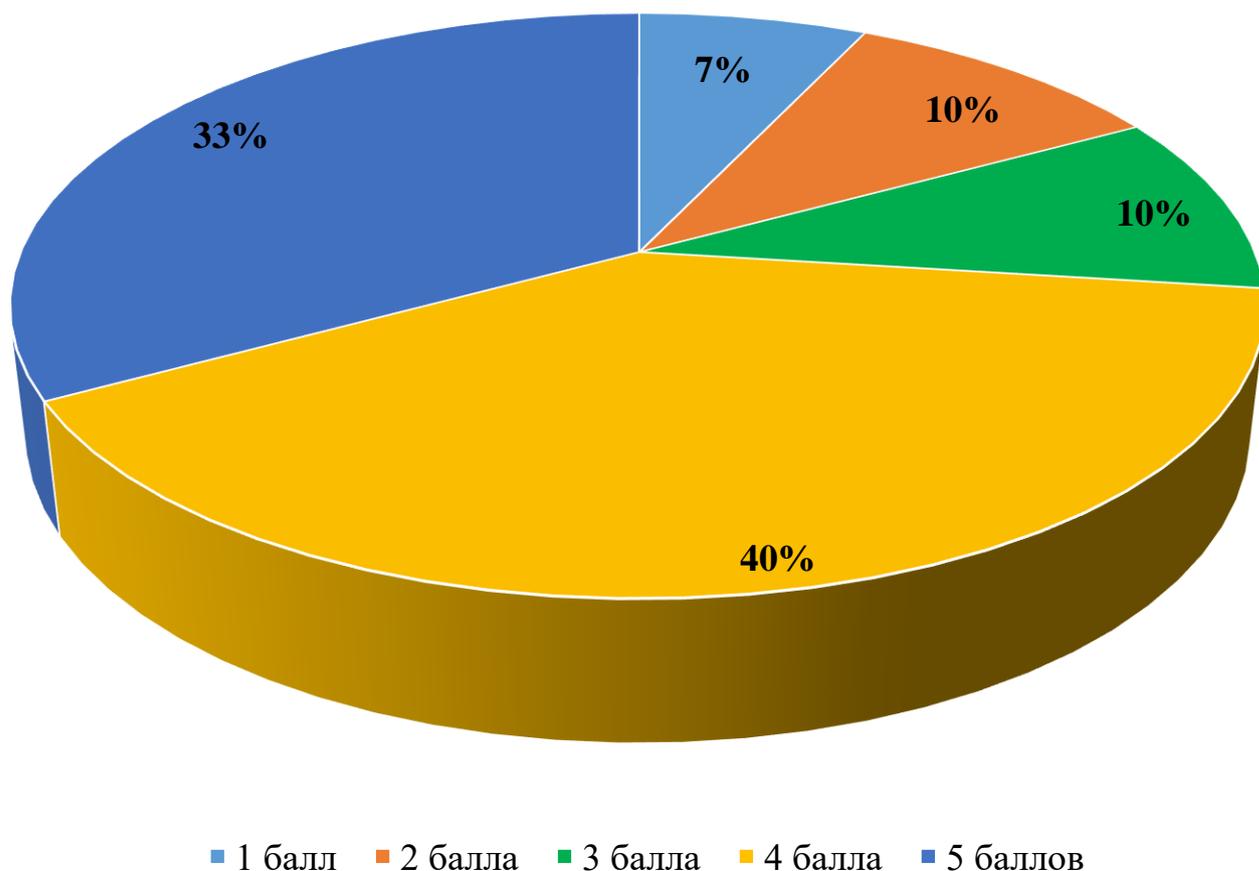


Рис. 18. Оценка деятельности медицинской сестры

Проанализировав ответы пациентов на второй блок по вторичной профилактике нами были сделаны следующие выводы:

1. 83% опрошенных не полностью соблюдают немедикаментозное лечение, что может привести к осложнениям и прогрессированию гипертензии.

2. Лишь 17% респондентов соблюдают гипонатриевую диету, следовательно, можно сделать вывод, что остальные 83% пациентов не хотят соблюдать диету или не полностью владеют информацией о питании. В связи с этим медицинская сестра должна убедить пациентов об обязательном соблюдении данной диеты и подробно рассказать о принципах питания.

3. При диагнозе артериальная гипертензия, необходим обязательный контроль артериального давления. Для этого медицинская сестра обязана обучать пациентов измерению артериального давления. Но лишь 33%

пациентов были правильно обучены этому.

4. Контролировать артериальное давление помогает прием лекарственных средств, назначенных врачом. Больше половины пациентов следуют назначению врача. И лишь 7% пациентов не получили информацию от медицинской сестры о правильном приеме препаратов.

По данным исследования нами были разработаны следующие рекомендации: «Принципы гипонатриевой диеты» (Приложение 2), «Алгоритм измерения артериального давления» (Приложение 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деятельность медицинской сестры имеет огромное значение в профилактике артериальной гипертензии. Вклад медицинской сестры может быть особенно важным при изменении образа жизни пациента, ведь именно она информирует и обучает пациента.

Анализируя данные проведенного исследования, мы сделали следующие **выводы:**

1. Возраст респондентов распределился следующим образом: 10% – в возрасте 18 – 25 лет, 27% – 26 – 45 лет, 36% – 46 – 60 лет, старше 60 лет – 27%.
2. Мужчин с артериальной гипертензией больше чем женщин.
3. Все пациенты испытывают стресс в разной степени – часто и всегда – 77%. Медицинская сестра проводила беседу о способах борьбы со стрессами с 33% пациентами.
4. 90% пациентов в том или ином количестве употребляют алкоголь. 17% (5 чел.) пациентов были информированы о вреде алкоголя.
5. 27% пациентам медицинская сестра дала информацию о профилактике атеросклероза.
6. 67% пациентов употребляют табачную продукцию. 23% пациентов получали информацию от медицинской сестры о вреде курения.
7. Большая часть пациентов ведут активный образ жизни – 86%. Беседа о профилактике гиподинамии проводилась с 27% пациентами.
8. Немедикаментозное лечение соблюдают – 7%.
9. Было установлено, что 33% пациентам медицинская сестра дала информацию о гипонатриевой диете, при этом, лишь 17% респондентов ее соблюдают.
10. 67% пациентов измеряют артериальное давление, но лишь 33% пациентов этому действию обучила медицинская сестра.
11. Строго по назначению врача лекарственные препараты принимают 60% пациентов.

12. Профилактическую деятельность медицинской сестры по пятибалльной шкале пациенты оценили следующим образом: 1 балл – 7%, 2 балла – 10%, 3 балла – 10%, 4 балла – 40%, 5 баллов – 33%.

По данным исследования нами были разработаны следующие **рекомендации** для медицинских сестер:

- усилить контроль за соблюдением пациентами гипонатриевой диеты;
- увеличить объем информации для пациентов о профилактике факторов риска;
- обучать каждого пациента правильному измерению артериального давления и соблюдению норм гипонатриевой диеты;
- для эффективной работы с пациентами медицинская сестра должна быть заинтересована в своей профессии.

В связи с этим для пациентов были разработаны следующие буклеты: «Принципы гипонатриевой диеты» (Приложение 2), «Алгоритм измерения артериального давления» (Приложение 3).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Сестринское дело в кардиологии. Теоретические и практические основы [Текст] / под ред. Н.А. Гавриков. – Ростов – на – Дону, 2014. – 191 с.

2. Крюков, Н. Н. Артериальная гипертензия и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля [Текст] / Н. Н. Крюков, П. И. Романчук; Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава. - Самара: Волга-Бизнес, 2007. - 24 с.

Ивашкин В.Т., Пропедевтика внутренних болезней. Кардиология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 272 с - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419632.html>

3. Лычев В.Г., Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно – диагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 544 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>

4. Маршалко О.В., Терапия. В 3 ч. Ч. 2. Кардиология [Электронный ресурс]: учеб. пособие. / О.В. Маршалко, А.И. Карпович - Минск : РИПО, 2016. - 367 с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036365.html>

5. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439067.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. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789850814289.html>

7. Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при патологии сердечно – сосудистой системы [Электронный ресурс]: учебник / Р.Г. Сединкина, Е.Р.

Демидова – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446157.html>

8. Сединкина, Р.Г., Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс]: учеб. пособие для медицинских училищ и колледжей / Р.Г. Сединкина – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 272 с. – Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425077.html>

9. Шелест, Б. А. Изменения стенок периферических сосудов у больных артериальной гипертонией с подагрой [Электронный ресурс] / Б. А. Шелест // Терапевтический архив. - 2016. – Режим доступа:
<http://gairb56.ru/node/196>

10. Шляхто Е.В., Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е.В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 816 с. – Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443873.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анонимная анкета для пациентов с гипертонической болезнью

Уважаемые пациенты!

С целью выявления профилактической деятельности медицинской сестры при артериальной гипертензии просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы.

Первичная профилактика артериальной гипертензии.

1. Ваш возраст:

- а) 18 - 25 лет;
- б) 26 - 45 лет;
- в) 46 – 60 лет;
- г) 60 лет и более.

2. Ваш пол:

- а) мужской;
- б) женский.

3. Как часто Вы испытываете стресс?

- а) всегда;
- б) часто;
- в) иногда;
- г) никогда.

4. Информировала ли Вас медицинская сестра о способах борьбы со стрессами?

- а) да;
- б) нет;
- в) не полностью.

5. Как часто Вы употребляете алкоголь?

- а) всегда;
- б) часто;
- в) иногда;
- г) никогда.

6. Проводила ли медицинская сестра беседу о вреде алкоголя?

а) да;

б) нет;

в) не полностью.

7. Информировала ли Вас медицинская сестра о профилактике атеросклероза?

а) да;

б) нет;

в) не полностью.

8. Как часто Вы курите?

а) не курю;

б) 2-5 сигареты в день;

в) больше 5 сигарет в день;

г) пачку сигарет в день и больше.

9. Информировала ли Вас медицинская сестра о том, что курение приводит к артериальной гипертензии?

а) да;

б) нет;

в) не полностью.

10. В каком количестве Вы употребляете пищевую соль в день?

а) не употребляю;

б) чайную ложку в день;

в) столовую ложку в день;

г) больше столовой ложки в день.

11. Ведете ли Вы активный образ жизни?

а) всегда;

б) часто;

в) иногда;

г) никогда.

12. Рассказывала ли Вам медицинская сестра о профилактике гиподинамии?

- а) да;
- б) нет;
- в) не полностью.

Вторичная профилактика артериальной гипертензии.

13. Соблюдаете ли Вы немедикаментозное лечение, а именно коррекцию питания, отказ от вредных привычек, противостояние стрессовым ситуациям, нормализация режима труда и отдыха?

- а) да;
- б) нет;
- в) не полностью.

14. Соблюдаете ли Вы гипонатриевую диету?

- а) всегда;
- б) часто;
- в) иногда;
- г) никогда.

15. Информировала ли Вас медицинская сестра о правильном приеме пищи и соблюдении гипонатриевой диеты?

- а) да;
- б) нет;
- в) не полностью.

16. Как часто Вы измеряете артериальное давление?

- а) 1-2 раза в день;
- б) больше 2 раз в день;
- в) никогда.

17. Обучала ли Вас медицинская сестра измерению артериального давления?

- а) да;
- б) нет;

в) не полностью.

18. Как часто Вы принимаете лекарственные препараты?

а) строго по назначению врача;

б) когда становится плохо;

г) иногда.

19. Информировала ли Вас медицинская сестра о регулярном приеме лекарственных препаратов?

а) да;

б) нет;

в) не полностью.

20. На сколько вы оцениваете профилактическую деятельность медицинской сестры по пятибалльной шкале?

а) 1 балл;

б) 2 балла;

в) 3 балла;

г) 4 балла;

д) 5 баллов.

Благодарим за внимание!

Артериальная гипертензия – это синдром повышения систолического артериального давления ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления ≥ 90 мм рт.

Одним из способов немедикаментозного лечения является гипонатриевая диета.



Белгород, 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
«Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет»
НИУ БелГУ
Медицинский колледж
Медицинского института

*Рекомендации по гипонатриевой
диете*



2019 год

Принципы гипонатриевой диеты

Гипонатриевая диета – это диета с низким содержанием натрия (поваренной соли), включающая не более 1500 – 2400 мг соли в сутки.



Данная диета снижает повышенную возбудимость нервной системы, улучшает функциональное состояние почек, снижает артериальное давление, а также характеризуется оптимальной

энергетической ценностью, достаточным содержанием белков, жиров и углеводов.

В гипонатриевой диете снижено количество простых углеводов, соли, а также веществ, обладающих возбуждающим действием на организм человека.

Число приемов пищи при данной диете – 5 – 6 раз в день.



Примерное меню на день:

Первый прием пищи (первый завтрак): мясо отварное, винегрет на растительном масле, чай с молоком.

Второй прием пищи (второй завтрак): курица отварная с рисом, салат из овощей, чай, хлеб.

Третий прием пищи (обед): щи без мяса, отварной картофель, желе фруктовое.

Четвертый прием пищи (ужин): рыба запечённая, плов с фруктами, чай с молоком.

Пятый прием пищи (поздний ужин): кефир.

8. Запомните по шкале на приборе первый тона Короткова - это систолическое давление и прекращение громкого последнего тона Короткова - это диастолическое давление.

9. Снимите манжету прибора для измерения артериального давления с руки.

10. Обработайте мембрану прибора для измерения артериального давления антисептическим или дезинфицирующим средством.



Белгород, 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

«Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет»
НИУ БелГУ
Медицинский колледж
Медицинского института

Алгоритм измерения артериального давления



2019 год.

Артериальная гипертензия –

это синдром повышения систолического артериального давления ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления ≥ 90 мм рт.

При артериальной гипертензии необходим контроль артериального давления.



Алгоритм измерения артериального давления

1. Проверить исправность прибора.
2. Принять удобное положение.
3. Обнажите руку, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца.
4. Наложите манжету прибора для измерения артериального давления.

Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца, а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.

5. Мембрану стетофонендоскопа поместите у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но не прилагая для этого усилий.



6. Накачайте манжету прибора для измерения артериального давления до уровня, превышающего на 30 мм рт.ст.

7. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начните спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст./с.