

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 Клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Дипломная работа студентки**

**очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051581  
Поповой Анастасии Борисовны**

Научный руководитель  
Самсонова А.В.

Рецензент: заведующая  
терапевтическим отделением,  
ОГБУЗ «Городская больница № 2 г.  
Белгорода»  
Стефанова М.С.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ЭТОЙ КАТЕГОРИЕЙ БОЛЬНЫХ .....	6
1.1. Проблема гипертонической болезни на современном этапе развития медицины .....	6
1.2. Современные подходы к лечению и профилактике гипертонической болезни .....	13
1.3. Профилактическая деятельность медицинской сестры при работе с категорией пациентов при гипертонической болезни.....	19
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	28
2.1. Анализ и доля гипертонической болезни в структуре заболеваний сердечно сосудистой системы на территории г. Белгорода за 2014-2018 гг. ...	28
2.2. Анализ анкет пациентов с гипертонической болезнью .....	34
2.3. Результаты профессиональной деятельности медицинской сестры при гипертонической болезни.....	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	42
ВЫВОДЫ.....	42
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	45
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	49

## ВВЕДЕНИЕ

Одним из ключевых факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы является гипертония. От артериальной гипертензии в мире по данным 2018 г. страдает миллиард человек, она является причиной сердечных приступов и инсультов. Артериальная гипертензия занимает лидирующее место среди главных причин сокращения жизни, поскольку способствует развитию таких опасных заболеваний, как стенокардия, инфаркт, инсульт. По оценкам исследователей, артериальная гипертензия ежегодно является причиной девяти миллионов смертельных случаев. Нормализация артериального давления (АД) ассоциирует со снижением инсульта на  $38\pm 4\%$ , инфаркта миокарда и внезапной смерти на  $16\pm 4\%$  [21].

Актуальность исследования заключается в том, что по статистике в России артериальной гипертензией страдают 20–30 % взрослого населения. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50–65 % у лиц старше 65 лет. В Белгородской области в 2018 г. зарегистрировано 169 348 больных артериальной гипертензией, ее распространённость составляет 9 275,2 на 100 000 чел. взрослого населения. Ежегодно при обращении в лечебно-профилактические учреждения в области выявляются около 16 861 больных с артериальной гипертензией. Учитывая, что она является одним из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, а у лиц с высоким АД в 3-4 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца и в 7 раз – нарушение мозгового кровообращения, проблема является крайне актуальной для регионального здравоохранения. Особую тревогу вызывает высокий показатель цереброваскулярной болезни. В Белгородской области он составляет 6 394,5 на 100 000 чел. населения (2018 г.), что свидетельствует о необходимости дальнейшей активизации работы по выявлению и адекватному лечению артериальной гипертензии [18].

В современной превентивной кардиологии общепринятым является представление о необходимости комплексного подхода к профилактике

сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с артериальной гипертензией: не только достижение целевых показателей АД и устранение факторов риска АД (избыточное потребление поваренной соли, недостаток регулярной физической активности, избыточная масса тела, избыточное потребление алкоголя), но и одновременное привлечение внимания к другим факторам риска (нездоровые стереотипы питания, курение, гиперлипидемия, нарушение углеводного обмена, стрессы и др.) и их коррекция и в этом большая роль отводится медицинской сестре и правильной организации сестринского ухода [5].

**Цель работы:** выявить особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при гипертонической болезни.

**Объект исследования:** пациенты с гипертонической болезнью.

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность медицинской сестры при гипертонической болезни.

**Задачи исследования:**

- Изучить литературные источники по теме исследования;
- Провести анкетирование среди пациентов с гипертонической болезнью;
- Определить факторы риска гипертонической болезни у пациентов;
- Выявить особенности сестринского ухода при гипертонической болезни;
- По итогам проведенного исследования составить рекомендации для пациентов с гипертонической болезнью.

**Методы исследования:**

1. Научно-теоретический анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости;
2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. Социологический: анкетирование, интервьюирование;
4. Биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

5. Психодиагностический (беседа);
6. Эмпирический наблюдение, дополнительные методы исследования;
7. Статистический – обработка информационного материала.

**Практическая значимость** данного исследования заключается в разработке конкретных рекомендаций пациентам по самоуходу, и медицинским работникам по организации и осуществлению сестринского ухода при гипертонической болезни.

**База исследования:** ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

**Время исследования:** 2018 - 2019 гг.

В первой главе исследования проведен теоретический анализ литературных источников по факторам риска, клиническим проявлениям, диагностике гипертонической болезни. Особое внимание уделено лечению и особенностям организации и осуществления сестринского ухода, участию медицинской сестры и пациента в диагностических исследованиях. Вторая глава посвящена результатам собственного исследования по факторам риска и особенностям профессиональной деятельности медицинской сестры при гипертонической болезни.

Работа представлена на 58 страницах, имеет список использованных источников и литературы, включающий 28 наименований, 13 рисунков.

В качестве приложения представлена программа Школы артериальной гипертензии, анкета пациента.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

## 1.1. Проблема гипертонической болезни на современном этапе развития медицины

Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространённых хронических неспецифических заболеваний человека, на долю которых в целом приходится по данным ВОЗ 30% всех смертельных исходов. Россия стоит на третьем месте по заболеваемости гипертонией, после США и Евросоюза. По статистике Минздравсоцразвития и РАМН в нашей стране гипертонией болеют около 63% всего населения. Доступные статистические данные по России указывают на то, что гипертонией страдают не менее 58% женщин и 37% мужчин, лечится только 48% женщин и 21% мужчин, но целевого значения артериальное давление достигает лишь у 17,5% женщин и 5,7% мужчин. Причем, гипертония встречается сейчас даже у детей. 3,5% нынешних детей и подростков в России имеют гипертонию [12].

Длительное течение артериальной гипертензии приводит к поражению органов-мишеней и, в дальнейшем, развитию таких осложнений, как мозговой инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность.

Артериальная гипертензия, по определению Комитета экспертов ВОЗ, - это синдром стойкого повышения артериального давления выше или равно 140/90 мм ртутного столба (табл. 1) [3]. В 90% случаев артериальная гипертензия является проявлением гипертонической болезни (ГБ) и в 10% - симптомом (признаком) целого ряда различных заболеваний: почек и почечных сосудов, врожденных или приобретенных пороков сердца, следствием употребления ряда лекарственных средств (нестероидных противовоспалительных, гормональных противозачаточных и др.), эндокринных заболеваний (надпочечников, щитовидной железы, гипоталамо-гипофизарной системы), повреждений центральной нервной системы (сотрясение головного мозга) и др. [7].

Современная градация показателей АД по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), рекомендациям Минздрава РФ, 2018

Категория АД	САД (мм рт.ст.)	ДАД (мм рт.ст.)
Гипотония	менее 100	менее 60
Оптимальное	<120	<90
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
АГ 1 степени	140-159	90-99
АГ 2 степени	160-179	100-109
АГ 3 степени	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия) – это заболевание, ведущим признаком которого является беспричинно повышенное артериальное давление, тогда как при симптоматических артериальных гипертензиях удается выяснить причину, которая привела или обусловила повышение систолического и/или диастолического давления [21]. Согласно классификации, которая предложена Комитетом экспертов ВОЗ [10], выделяют три стадии эссенциальной гипертензии:

I стадия – объективных признаков поражения органов-мишеней нет;

II стадия – имеются объективные признаки поражения органов-мишеней, но без симптомов с их стороны или нарушения функции (субклинические поражения органов-мишеней):

- гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ);
- почки: микроальбуминурия (30-300 мг / сут) или незначительный рост креатинина сыворотки (115-133 мкмоль / л у мужчин, 105-124 мкмоль / л у женщин);
- глазное дно: генерализованное сужение артерий сетчатки.

III стадия – имеются объективные признаки поражения органов-мишеней с симптомами с их стороны и нарушением функции:

- сердце: острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность II-III стадия;

- почки: протеинурия ( $>300$  мг / сут) или почечная недостаточность (креатинин сыворотки более  $133$  мкмоль / л у мужчин и более  $124$  мкмоль / л у женщин, или клиренс креатинина / скорость клубочковой фильтрации  $<60$  мл / мин. [мл/мин $\times 1,73$  м $^{-2}$ ]);

- головной мозг: транзиторная ишемическая атака, инсульт, острая гипертензивная энцефалопатия, хроническая гипертензивная энцефалопатия III стадии, сосудистая деменция;

- сосуды: расслоение аорты;

- глазное дно: кровоизлияния и экссудаты в сетчатке с отеком диска зрительного нерва или без него. Отек диска зрительного нерва – признак злокачественной артериальной гипертензии.

Результаты исследований доказали [19], что при росте уровней систолического и диастолического артериального давления выше  $120/80$  мм рт.ст. достоверно повышается риск возникновения нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда и почечной недостаточности. Поэтому Национальный Институт Здоровья США предлагает другую классификацию артериального давления [17]:

I степень (мягкая) -  $140-159/90-99$  мм рт. ст.;

II степень (умеренная) -  $160-179/100-109$  мм рт. ст.;

III степень (тяжелая) -  $180$  и более /  $110$  и более мм рт. ст.

Рост заболеваемости эссенциальной гипертензии тесно связан с экологическими, социально-экономическими условиями жизни, привычками, питанием, физической активностью [13]. Распространенность ее существенно колеблется в различных странах мира и зависит от профессиональной деятельности населения, характера питания, частоты факторов риска: избыточной массы тела, дислипидемии, уровня психоэмоционального

напряжения, и распространенности вредных привычек среди населения: курение, употребление алкогольных напитков и т. д. [11].

На скорость прогрессирования и осложнения эссенциальной гипертензии влияют факторы риска [7]. К ним относятся модифицированные: психоэмоциональное напряжение, избыточная масса тела, сахарный диабет, курение, чрезмерное употребление алкоголя, и не модифицированные: пол, возраст, наследственность [8]. При проведении профилактических мероприятий важное значение играют модифицированные факторы риска артериальной гипертензии, ведь именно они поддаются коррекции, и прямо или косвенно создают наибольшее влияние на частоту возникновения и скорость прогрессирования и осложнения эссенциальной гипертензии [4].

Существует положительная зависимость между артериальной гипертензией и возрастом. В целом уровень диастолического артериального давления возрастает до 55 лет, затем меняется мало, а систолическое артериальное давление с возрастом растет постоянно [3]. Гипертензия чаще регистрируется у тех пациентов, родители которых имели повышенное давление. Артериальная гипертензия у родственников первой степени достоверно означает повышенную вероятность развития болезни [12].

Одним из самых распространенных факторов риска эссенциальной гипертензии является избыточный вес, ожирение, метаболический синдром. Доказана зависимость между ростом уровня общего холестерина крови и смертностью у больных эссенциальной гипертензией [22]. Во многих перекрестных исследованиях установлена положительная корреляционная связь между повышенным артериальным давлением и весом тела, что также подтверждено данным Фремингемского исследования среди лиц в возрасте 20-39 лет, которые имели избыточный вес тела. У них частота эссенциальной гипертензии была в 2 раза выше, чем в той же возрастной группе с нормальными рост-весовыми показателями [12]. Ожирение положительно коррелирует с уровнем артериального давления. Рост веса на 10 кг сопровождается повышением артериального давления на 2-3 мм рт.ст. и

диастолического давления на 1-3 мм рт.ст. Ожирение часто связано с другими факторами артериальной гипертензии: гиперхолестеринемией, гиподинамией, сахарным диабетом, которые являются составляющими компонентами метаболического синдрома [5].

На протяжении последних 15-20 лет в результате механизации и автоматизации производства, низкая физическая активность (гиподинамия, гипокинезия) является одной из особенностей современной жизни [17]. По данным Всемирной организации здравоохранения гиподинамия внесла важный вклад в развитие хронических неинфекционных заболеваний, среди которых важное место занимает эссенциальная гипертензия. Доказано, что у физически активных лиц риск возникновения артериальной гипертензии в 2 раза меньше [24]. Доказано также положительное значение физических нагрузок при заболевании эссенциальной гипертензией, однако оно должно быть длительным и систематическим [21].

Важное значение играют и алиментарные факторы развития артериальной гипертензии. Так, чрезмерное потребление поваренной соли приводит к повышению систолического артериального давления, что прогрессивно увеличивается с возрастом [8]. Результаты исследования многоцентровых программ «Intersalt показали, что потребление натрия более 5,8 г/сут является фактором риска повышения артериального с возрастом и развития артериальной гипертензии [25]. Артериальная гипертензия возникает втрое чаще у тех, кто выпивает 1-5 чашек кофе в день. Восстановление прессорного эффекта кофеина происходит через несколько часов после употребления кофе. Выпитая чашка кофе повышает артериальное давление у лиц с нормальным давлением на 3 мм рт.ст., у лиц с гипертензией - на 8 мм рт. ст. [9]. Негативное влияние на возникновение, течение и осложнения артериальной гипертензии создают вредные привычки. Чрезмерное употребление алкоголя и курения способствует повышению систолического и диастолического артериального давления на 6-8 мм рт. ст. соответственно. В результате этого возникает риск развития

сердечно-сосудистых осложнений: острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и нарушение сердечного ритма регистрируются у курильщиков в 2-8 раз чаще [8]. Поэтому, правильная и своевременная коррекция факторов риска может обеспечить перевод пациента из группы высокого риска осложнений артериальной гипертензии к группе среднего или даже низкого [7].

Существует обратная связь между употреблением калия, кальция и магния и уровнем артериального давления. Преобладание в пищевом рационе овощей и фруктов, рыбы, белого куриного мяса, ограничение употребления животных жиров, холестерина и сладостей способствует уменьшению уровня артериального давления.

Доказана корреляционная связь между распространенностью артериальной гипертензии и образом жизни, условиями труда [3]. Гиподинамия (при работе сидя более 50 % рабочего времени). У лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, риск возникновения артериальной гипертензии на 20-50% выше, чем у физически активных [12]. При физической нагрузке происходит резкое увеличение расхода энергии, это стимулирует деятельность сердечно-сосудистой системы, тренирует сердце и сосуды. Мышечная нагрузка способствует механическому массажу стенок сосудов, что положительно выпивает на кровообращение. Благодаря физическим упражнениям кровеносные сосуды становятся эластичнее, снижается уровень холестерина в крови. Все это тормозит развитие в организме атеросклероза [9].

Среди факторов риска развития и прогрессирования артериальной гипертензии значительное место занимает характер трудовой деятельности. Условия труда связаны со значительными психоэмоциональными напряжениями, физическим перенапряжением, повышенной загазованностью, шумом, вибрацией, неблагоприятными микроклиматическими условиями влияют на развитие и прогрессирование артериальной гипертензии [22]. Стресс является адаптационной реакцией

организма, но и одной из причин возникновения преморбидных состояний и психосоматических заболеваний. При интенсивной интеллектуальной работы с нервно-эмоциональными перегрузками могут возникнуть некоторые формы общей соматической патологии: вегетососудистая дистония, артериальная гипертензия, невротические расстройства [22]. При частых психических травмах, негативных раздражителях гормон стресса адреналин заставляет сердце биться чаще, вследствие чего давление повышается. Если стресс продолжается длительное время, то повышение артериального давления становится хроническим [3].

Еще в 50-х годах XX века ученые рассматривали артериальную гипертензию как психосоматическое заболевание, возникающее в результате острого, длительного или хронического эмоционального стресса [12].

Сахарный диабет является достоверным и значимым фактором риска гипертонической болезни, атеросклероза, ишемической болезни сердца. Диабет приводит к глубоким расстройствам обмена веществ, повышению содержания холестерина и липопротеидов низкой плотности, снижению уровня защитных липопротеидов высокой плотности в крови.

По данным исследований [23], гипертоническая болезнь развивается в 60% случаев у женщин в климактерический период. Это связано с нарушением гормонального баланса в организме, обострением нервных и эмоциональных реакций. Дополнительными факторами риска развития артериальной гипертензии являются психосоциальные. К ним относят: степень удовлетворенности жизнью, перспективы, уровень мотивации, межличностные отношения, повышенную напряженность при нерациональном режиме труда и отдыха [26].

Таким образом, высокая распространенность и большой медико-социальный и экономический ущерб, причиняемый обществу в результате заболеваемости артериальной гипертензией, диктует необходимость принятия мер по снижению ее прогрессирования и уменьшению количества ее осложнений.

Единственным признаком и единственным диагностическим критерием артериальной гипертензии является повышение АД свыше 140/90 мм рт. ст., которое фиксируется при повторных (не менее трех) измерениях в течение как минимум нескольких недель. При гипертонической болезни III стадии возникают симптомы поражения органов-мишеней (боли в груди, одышка, отеки, симптомы неврологического дефицита и тому подобное). В связи с этим обязательное обследование должно проводиться всем больным с повышенным АД для определения генеза гипертензии (первичная или вторичная), оценки состояния органов-мишеней и факторов риска. Оно состоит из [5]:

- 1) анамнеза,
- 2) физикального обследования,
- 3) лабораторно-инструментального обследования.

Диагноз гипертонической болезни является диагнозом исключения. При объективном обследовании больных гипертонической болезнью можно не выявить никаких отклонений от нормы, за исключением повышенных цифр АД [25].

Стратегической задачей диагностического процесса при артериальной гипертензии является прогнозирование сердечно-сосудистых осложнений, или стратификация общего сердечно-сосудистого риска у конкретного пациента. Сердечно-сосудистый риск возрастает при наличии 2-3 и более факторов риска; он еще более возрастает при наличии субклинических поражений органов-мишеней и является самым высоким при сахарном диабете или клинически оформленном сердечно-сосудистом или почечном заболевании.

## **1.2. Современные подходы к лечению и профилактике гипертонической болезни**

Целью лечения гипертонической болезни является снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Мировой опыт борьбы с

артериальной гипертензией подтверждает возможность существенно снизить заболеваемость, инвалидность и смертность населения от основных осложнений артериальной гипертензии – инфаркта и инсульта. Диагностика заболевания и лечение больных в РФ проводят согласно рекомендациям по лечению больных с артериальной гипертензией 2018 ЕОК/ЕОАГ [2].

Первичная профилактика артериальной гипертензии представляет собой совокупность мероприятий, направленных на предупреждение ее возникновения, устранение факторов риска.

Вторичная профилактика – это выявление и эффективное лечение ранних стадий болезни, для предупреждения ее прогрессирования и возникновения осложнений. Вторичной профилактикой артериальной гипертензии является ее лечение, главной целью которого является достижение целевого уровня артериального давления. Лечение должно быть комплексным, индивидуализированным, систематическим и последовательным с учетом стадий артериальной гипертензии, наличия факторов риска. При назначении лечения нужно учитывать, как немедикаментозные (коррекция образа жизни), так и медикаментозные мероприятия.

Под коррекцией образа жизни (снижение АД немедикаментозными методами) понимают прекращение курения, снижение избыточной массы тела, повышение физической активности, ограничение употребления поваренной соли и алкоголя. Эти меры сами по себе дают возможность достичь значительного гипотензивного эффекта. Даже когда сами лишь меры по коррекции образа жизни не дают возможности достаточно снизить АД, то нередко способствуют росту эффективности гипотензивных медикаментов, а потому становится возможным уменьшение их доз [1].

Если немедикаментозные средства не дают достаточного эффекта и уровень АД продолжает превышать 140/90 мм рт. ст., считают целесообразным начать медикаментозную гипотензивную терапию. Назначает и контролирует эффективность медикаментозной терапии врач. В

подавляющем большинстве случаев подбор гипотензивной терапии можно и нужно проводить вне стационара, в амбулаторных условиях. Как обычно, лечение больных со стойкой артериальной гипертензией является пожизненным. Осторожное снижение дозы гипотензивных медикаментов допускают лишь в том случае, когда на фоне лечения нормальные цифры АД удерживаются в течение одного года. Уменьшение дозы становится возможным у тех пациентов, которые очень тщательно придерживаются рекомендаций по коррекции образа жизни. Однако полностью прекратить прием препаратов, как обычно, не удастся.

С целью терапии артериальной гипертензии рекомендованы к применению пять основных классов препаратов: иАПФ, БРА, бета-адреноблокаторы (ББ), БКК и диуретики.

Третичная профилактика артериальной гипертензии представляет собой предупреждение повторных осложнений, восстановление оптимальных функций организма после осложнения с целью снижения инвалидизации и преждевременной смертности [22].

Основные требования по вторичной профилактике артериальной гипертензии, которые базируются на принципах доказательной медицины, освещены в Рекомендациях Европейского общества кардиологов/Европейского общества гипертензии (ЕОК/ЕОАГ, 2018 г.) [2].

Первичная профилактика артериальной гипертензии заключается в воздействии на модифицирующие факторы риска: нормализация массы тела, отказ от курения и ограничение употребления алкоголя, уменьшение потребления поваренной соли, продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином, увеличение физической активности, психоэмоциональная разгрузка и релаксация. Большое значение для предупреждения развития осложнений артериальной гипертензии имеет постоянный прием антигипертензивных препаратов в эффективных дозах, с регулярным контролем артериального давления. Целесообразной является коррекция факторов риска:

- Активное выявление курящих лиц с рекомендациями по отказу от табакокурения и оказанию помощи при прекращении употребления табака.

- При наличии двух или более факторов риска развития гиперхолестеринемии следует определить уровни холестерина и триглицеридов, и рекомендовать пациенту поддерживать уровень холестерина менее 5,0 ммоль/л (для группы высокого и очень высокого риска – ниже 4,5 ммоль/л) путем соблюдения диеты и/или медикаментозной коррекции.

- Минимум 1 раз в год – проведение антропометрии с определением обхвата талии, индекса массы тела. В случае превышения нормальных показателей (ИМТ в пределах 18,5 - 24,9 кг/м<sup>2</sup>) больному рекомендуют соблюдение диеты и режима физической активности или направляют на второй уровень оказания медицинской помощи (консультация диетолога, специалиста по лечебной физкультуре).

- При условии комфортного самочувствия следует поощрять всех пациентов до выполнения ежедневной физической нагрузки в течение 30-45 минут в день.

- Для людей с наличием факторов риска артериальной гипертензии злоупотребление алкогольными напитками запрещено – суточное количество алкоголя не может превышать три дозы в день для мужчин и две дозы для женщин (1 доза составляет 10 мл чистого этанола) [2].

Вторичная профилактика артериальной гипертензии направляется исключительно на остановку прогрессирования патологии, снижение артериального давления и исключения риска развития осложнений. Кроме первичных мероприятий, пожизненно применяется медикаментозная и немедикаментозная терапия. Немедикаментозная терапия подразумевает проведение физиотерапевтических процедур, лечебную физкультуру, психологические тренинги, санаторно-курортное лечение [2].

В лечении артериальной гипертензии физическая реабилитация занимает значительное место. Реабилитация включает в себя

восстановительную терапию в условиях лечебно-профилактических учреждений с помощью средств активного воздействия на функциональные системы организма: лечебной физической культуры (ЛФК), физиотерапевтического лечения, трудотерапии, лечебного массажа, фитотерапии. Своевременные мероприятия адекватной активизации больных с помощью дозированных тренировочных режимов воздействуют непосредственно и опосредованно на сердечно-сосудистую систему, способствуют тренировке и укреплению органов кровообращения, что в свою очередь способствует повышению толерантности к физической нагрузке и восстанавливает физическую работоспособность больных гипертонической болезнью. Особенности течения гипертонической болезни, требующие длительного профилактического лечения, определяют необходимость более широкого использования средств физической реабилитации. Методика занятий физическими упражнениями при гипертонической болезни зависит от характера патологических изменений, вызванных заболеванием, стадии заболевания, степени недостаточности кровообращения, состояния коронарного кровообращения. Реабилитация больных артериальной гипертензией должна быть строго индивидуальной и планироваться в соответствии со следующими принципами:

1. Ведущая роль в лечении артериальной гипертензии I стадии принадлежит диетотерапии, средствам физической культуры, медикаментозной терапии.

2. Физическая нагрузка больных должна соответствовать состоянию больного, стадии процесса и форме заболевания.

3. В процессе физической реабилитации необходимо направленное тренировки больных для стимуляции восстановительных процессов в организме и постепенная адаптация организма больного к растущей физической нагрузке.

4. Двигательная активность больных должна осуществляться при тщательном и систематическом врачебном контроле.

5. Конечной целью физической реабилитации больных артериальной гипертензии должно стать повышение физической работоспособности больных [1].

Использование перечисленных принципов применения ЛФК является обязательным как при построении лечебного комплекса в каждом конкретном случае, так и при выработке программы реабилитации для группы одноплановых пациентов.

Таким образом, на сегодняшний день концепция первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии основывается на борьбе с факторами риска, влияющих на прогрессирование и осложнения артериальной гипертензии, взаимодействие между которыми является составляющими понятия суммарного сердечно-сосудистого риска. Эффективность профилактических мероприятий должна определяться на основании оценки индивидуального сердечно-сосудистого риска, поскольку он определяет интенсивность и способ лечения.

Модификация стиля жизни является первоочередным мероприятием для всех больных с артериальной гипертензией и включает борьбу с факторами риска, которые модифицируются, а именно: борьба с табакокурением и чрезмерным употреблением алкоголя, повышение физической активности, рациональное питание с ограничением употребления соли, нормализация массы тела, соблюдение режима труда и отдыха, разработку и внедрение мероприятий, направленных на снижение риска развития инфаркта миокарда и мозгового инсульта, временной и стойкой утраты трудоспособности вследствие артериальной гипертензии, обеспечение четкой стратегии взаимодействия врачей на различных этапах оказания медицинской помощи и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией [8]. Решение данных проблем представляется возможным с помощью внедрения организационно-методической технологии, которая заключается во взаимодействии терапевтической и специализированных служб на этапах оказания помощи больным с артериальной гипертензией.

Результаты проведенных исследований отечественных ученых демонстрируют высокую клиническую эффективность внедрения образовательных программ при борьбе с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях. В пользу результативности обучения свидетельствуют положительные изменения информированности и повышения мотивации пациентов с артериальной гипертензией к здоровому образу жизни. Показано, что внедрение образовательных программ для пациентов с артериальной гипертензией достоверно повышает (почти вдвое) приверженность пациентов к лечению, существенно улучшаются показатели качества жизни больных; сопровождается значительное (более чем в три раза) увеличением количества пациентов, достигших целевого уровня артериального давления (критерий адекватности терапии артериальной гипертензией). Образовательная технология с использованием программы школы больных гипертензией положительно влияет на снижение частоты осложнений артериальной гипертензией [18].

### **1.3. Профилактическая деятельность медицинской сестры при работе с категорией пациентов при гипертонической болезни**

В ряде публикаций подчеркивается важная роль среднего медперсонала в выявлении и распознавании гипертонической болезни [16]. При планировании ухода медсестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, общих принципах его предупреждения и лечения, организации психологической, физической, социальной и экономической помощи больному со стороны родственников и мероприятиях по изменению привычного для него стиля жизни. Она призывает больного к сотрудничеству, обучает его приемам самоухода и сохранения личной безопасности, укрепляет веру в безопасность и эффективность лечебных мероприятий.

Контроль артериального давления – один из основных моментов лечения артериальной гипертензии. В этом аспекте важная роль отводится

работе медицинской сестры с пациентами. Как указывается в новых европейских рекомендациях ESH/ESC 2018 по лечению гипертонической болезни распространенность «гипертонии» ниже в тех случаях, когда проводится повторное измерение артериального давления, в том числе, когда артериальное давление измеряет медицинская сестра или другой медицинский персонал [7].

Большинство аспектов снижения риска гипертонии не требуют осмотра врача, и артериальное давление может быть измерено в домашних условиях. Большая часть ухода по гипертонии может быть достигнута за пределами медицинских организаций с участием медсестер. Исследование, проведенное F.C. Colósimo и соавт., подчеркивает важность деятельности медсестер не только для улучшения контроля артериального давления, но и для смягчения эффекта «гипертонии белого халата» [26].

Учитывая большую распространенность гипертонической болезни и трудности достижения адекватного контроля артериального давления с использованием традиционных моделей оказания помощи, последнее время тестируются новые технологии телемедицины или удаленный мониторинг в домашних условиях для улучшения амбулаторной медицинской помощи. Телефонные контакты эффективны для коррекции поведения пациента и имеют дополнительные потенциальные преимущества, по сравнению с личными контактами [20], а именно:

- охват большего количества пациентов;
- малые или нулевые потери рабочего времени;
- более частые контакты, а, следовательно, большая вероятность своевременного решения проблем пациента, индивидуализации лечения и, в конечном счете, улучшения приверженности к нему.

В ряде исследований, опубликованных с 2015 по 2018, целевые значения артериального давления чаще достигались тогда, когда перечень мероприятий включал участие медицинских сестер в наблюдении за больными по телефону [26]. Эти модели организации лечебной помощи

служат потенциально полезным дополнением в процессе создания качественного взаимодействия между пациентом и работниками системы здравоохранения.

Медсестры имеют все возможности для эффективного использования устойчивых стратегий улучшения приверженности, тем самым уменьшая глобальное бремя гипертонии. В ряде работ подчеркивается эффективность консультаций, предоставляемых медсестрами, на адекватность лечения и улучшение приверженности к антигипертензивной терапии [7]. Организованные при поликлиниках «школы» облегчают задачи медсестры, помогают в работе с пациентами.

Этапы сестринского ухода при гипертонической болезни включают определенные действия, направленные на поддержание и улучшение состояния пациента.

#### 1 этап

Цель 1-го этапа – проведение сестринского опроса, включающий сбор субъективной информации, объективный анализ результатов и психосоциального состояния пациента. 1 этап процесса заключается в следующем:

- установление доверия пациента;
- получение ответа на вопрос: «Что ожидает человек от лечения?»;
- анализ всей необходимой информации для создания правильного плана ухода за больным.

#### 2 этап

Цель 2-го этапа сестринского процесса – выявление всех существующих потенциальных проблем пациента, больного гипертонией. Сестринские вмешательства включают в себя диагностику всех жалоб. Проблемы пациента могут быть физиологическими и психологическими, поэтому необходима диагностика каждой жалобы (табл. 2).

#### 3 этап

Тактика, которая определяет деятельность медсестры в работе школы артериальной гипертонии, помогает разработать индивидуальный план лечения. Задачи-краткосрочные, рассчитанные на неделю или чуть больше, и долгосрочные, применяемые на протяжении всего терапевтического курса [12].

Таблица 2

Физиологические проблемы пациента с артериальной гипертензией и их диагноз

Проблема	Диагноз
Расстройства сна	повреждения нервной системы из-за гипертонии
Сердцебиение	Повышенное влияние на сердце симпатoadренальной системы
Боль в области сердца	Повреждения коронарной системы
Повышенная усталость	вследствие гипертонии
Снижение производительности	
Носовое кровотечение	
Одышка	Астма, отек легких
Ухудшение зрения	Поражения сетчатки глаза
Ухудшение слуха	В результате гипертонии
Тревога	Отсутствие знаний о болезни, ее причинах, симптомах, характеристиках лечение и т. д.
	Отсутствие знаний и навыков самопомощи и уходе

Перед установлением конкретной цели вмешательства, медсестра должна определить:

- какие действия пациент способен делать самостоятельно;
- может ли пациент освоить особенности самообслуживания.

4 этап

Цель этого этапа сестринского процесса – разработка плана и стандарта сестринского вмешательства, их реализация. План содержит следующие пункты:

- первичная дата;
- проблема пациента;

- целевой результат;
- описание медицинской помощи;
- ответ пациента на сестринское вмешательство;
- целевая дата.

Этот план может содержать несколько потенциальных решений проблемы. Это обеспечивает высокий процент достижения эффективности лечения. При осуществлении плана медсестра должна соблюдать следующие правила:

- разработанный план должен осуществляться систематически;
- в процессе осуществления необходимо привлекать пациента и его родственников;
- при любых изменениях в состоянии пациента или появлении/устранение жалоб (симптомов), следует провести изменения плана;
- все запланированные процедуры должны выполняться точно в соответствии с алгоритмом сестринского процесса при гипертонической болезни.

#### 5 этап

Компетентный анализ и оценка результатов сестринского вмешательства – это важный этап в развитии дальнейшего образа жизни пациента, в профилактике гипертонической болезни. Во время оценки следует получить ответы на следующие вопросы:

- был во время лечения достигнут определенный прогресс;
- достигается ожидаемый результат;
- насколько эффективно вмешательство медсестры для каждого пациента;
- нужен пересмотр плана.

В результате ухода больной должен чувствовать улучшение состояние, он и его семья должны изучить основные этапы разработанного плана, получить рекомендации по предотвращению заболевания.

Сестринский процесс основывается на рисках заболевания – при подозрении на гипертонический криз состоит алгоритм, нацеленный на первую помощь при гипертоническом кризе. При паренхиматозной почечной (нефрогенной) артериальной гипертензии упор делается на контроль состояния почек.

Как и при другой болезни, основной обязанностью медсестры является получение личной, семейной, фармакологической, социальной, профессиональной истории (составление анамнеза). Собирается информация о генетической предрасположенности, принятых лекарствах, личных данных, проблемах со здоровьем, условиях труда, стиле жизни (курение, пищевых привычках, степени физической нагрузки), чувствительности к стрессу. Для диагностики очень важен семейный анамнез, поскольку генетическая предрасположенность – один из самых опасных факторов риска.

Также проводится медицинский осмотр в сотрудничестве с участковым (врачом) врачом (визуально, пальпацией, прослушиванием постукиванием). Наиболее важна роль медсестры и необходимая часть диагностики – это измерение артериального давления в нескольких положениях пациента (лежа, стоя). Необходимо соблюдение принципов и алгоритма измерения артериального давления.

Уход за больным с гипертонией обычно проводится амбулаторно. Госпитализация нужна лишь небольшому проценту пациентов. Стационарный уход рекомендуется при заболевании, устойчивом к амбулаторному лечению, гипертоническом кризе, коронарных осложнений, дифференциальной диагностике вторичной гипертензии. Медсестра информирует пациента с режимом лечения, оформляет медицинскую карту. Во время госпитализации медсестра в сотрудничестве с пациентом составляет сестринскую документацию, предоставляет необходимую сестринскую помощь в соответствии с потребностями больного.

Уход за больным, независимое сестринское вмешательство при гипертоническом кризе включает:

- информирование больного (в приемлемой форме) о его состоянии здоровья, возможных осложнениях и необходимых изменениях в рационе;
- мотивирование пациента активно заниматься лечением, соблюдать установленный терапевтический режим;
- оценка состояния больного в зависимости от степени его самодостаточности;
- введение пациенту лекарственных препаратов в соответствии с назначением врача;
- регулярный контроль физиологических функций больного (определение пульса, показателей давления и др), их запись;
- контроль питания;
- обеспечение безопасности пациента;
- ведение сестринской документации.

Важен психологический подход медсестры к пациенту, приведение его к позитивному отношению к жизни. При необходимости в процесс лечения вовлекается семья пациента. При переводе на домашнее лечение самого больного и членов его семьи подчеркивается необходимость регулярного использования лекарственных средств, регулярные визиты к врачу, соблюдения правильного питания, необходимое количество физических упражнений и активного отдыха, регулярные измерения артериального давления (используется любой подходящий для больного тонометр).

Возможные проблемы, которые предусматривают зависимое сестринское вмешательство при гипертоническом кризе введение в курс врача, проведения лечения под его непосредственным контролем:

- одышка при сердечной недостаточности;
- снижение сердечной деятельности сердечного расстройства;
- болезненные ощущения в органах из-за повышенного давления;
- нарушения адаптации к изменению образа жизни из-за невозможности принять болезнь;

- недостаточная осведомленность о болезнях и последующих осложнениях;
- страх, связанный с измерением значений при регулярных проверках;
- сексуальные расстройства, вызванные побочными эффектами лекарств;
- устранение синдрома белого халата, в случае его проявления.

При поражении органов, проведения сестринского процесса при гипертоническом кризе, диагностика, лечение исходят из фактического состояния заболевания, конкретного пораженного органа.

Образование пациентов с диагностированным заболеванием – это неотъемлемая часть любого собеседования больного с врачом или медсестрой после постановки диагноза. Проведение образования – это сложный процесс, включенный в виды сестринских вмешательств. Он требует прохождения поставленным целям, для обеспечения надлежащей информированности пациента. Процесс образования представляет собой систематический, последовательный, логичный, основанный на науке, планируемый процесс деятельности, где медсестра – это учитель, а больной – ученик. Они участвуют в учебных мероприятиях, которые приводят к желаемым изменениям. При общении между медсестрой и пациентом, медицинский работник должен знать о своем влиянии на больного человека. Поэтому необходимо подумать о том, что следует ему рассказывать. Процесс коммуникации состоит из пяти компонентов, каждый из которых должен быть включен в общение, иначе коммуникационный процесс не будет выполнен. Процесс образования несколько похож на процесс сестринского ухода, но с той разницей, что в уходе сосредоточен на диагностике физических и диагностических потребностей. Основная задача процесса образования – определение приоритетных потребностей в обучении пациентов, стилей обучения, готовности больного учиться.

Таким образом, своевременная диагностика, проведение мероприятий первичной и вторичной профилактики, своевременное назначение адекватной медикаментозной терапии, привлечение к участию в процессе лечения пациента и членов его семьи задерживает прогрессирование заболевания, снижает риск возникновения осложнений, способствует улучшению качества жизни и сохранению трудоспособности. Главная роль в решении проблем пациента с АГ принадлежит немедикаментозному и медикаментозному лечению, направленному на нормализацию артериального давления, изменение выраженности или исчезновение неблагоприятных клинических проявлений гипертонической болезни и сопутствующих заболеваний, улучшение качества жизни и снижение смертности. Медсестра вместе с врачом, пациентом и членами его семьи участвует в мероприятиях о предупреждении развития (первичная профилактика) и замедление прогрессирования (вторичная профилактика) гипертонической болезни. В выполнении ряда задач оздоровления и укрепления здоровья, особенно в поддержании изменений в привычках, образе жизни больных с артериальной гипертензией средний медицинский персонал может играть очень важную роль и в некоторых случаях может в этом деле заменить врача.

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

### 2.1. Анализ и доля гипертонической болезни в структуре заболеваний сердечно сосудистой системы на территории г. Белгорода за 2014-2018 гг.

Нами был проведен анализ отчетов Росстат по заболеваемости населения патологиями сердечно сосудистой системы на территории г. Белгорода за 2014-2018 гг.. Результаты анализа выявили, что показатель распространенности болезней системы кровообращения в г. Белгород за 2018 г. вырос на 3,00% по сравнению с 2017 г. У лиц трудоспособного возраста этот показатель за 2018 г. вырос на 3,7 % по сравнению с 2017 г. Показатель распространенности болезней системы кровообращения в г. Белгород на 100 тыс. населения составил в 2018 г. 63932,26; в 2017 г. – 62119,96; в 2016 г. – 61356,18. Среди лиц трудоспособного возраста этот показатель составил: 2018 г. – 23744,27; 2017 г. – 22903,57; 2016 г. – 21721,63 (табл. 3).

Таблица 3

Показатели болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)

	Общий показатель среди взрослого населения			Показатель среди лиц трудоспособного возраста		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Показатели распространенности болезней системы кровообращения	61356,18	62119,96	63932,26	21721,63	22903,57	23744,27
Показатели заболеваемости от болезней системы кровообращения	4026,2	4349,1	4558,3	2560,2	3023,7	3024,6
Показатели смертности от болезней системы кровообращения	8,5	7,9	6,7	0,59	0,89	0,90

По данным таблицы 3 показатель заболеваемости болезней системы кровообращения в г. Белгород за 2018 г. вырос на 4,8% по сравнению с 2017 г. Среди лиц трудоспособного возраста показатель заболеваемости болезней

системы кровообращения остался на уровне 2017 года. Болезни системы кровообращения занимают в структуре общей смертности больных в г. Белгород первое место и составили в 2018 г. 66,50 %. Среди лиц трудоспособного возраста этот показатель составляет 32,60 %. Показатель смертности от болезней системы кровообращения на 1000 населения в г. Белгород составил: в 2018 г. – 6,7; 2017 г. – 7,9; 2018 г. – 8,5. Среди лиц трудоспособного возраста этот показатель составил: в 2018 г. – 0,90; 2017 г. – 0,89; 2016 г. – 0,59. Общая смертность от болезней системы кровообращения в г. Белгород в 2018 г. уменьшилась на 15,00%. Среди лиц трудоспособного возраста в 2018 г. по сравнению с 2017 г. показатель смертности от болезней системы кровообращения в г. Белгород вырос на 1,10 %;

Показатель распространенности гипертонической болезни в г. Белгород в 2018 году вырос на 4,50% по сравнению с 2017 годом. Среди больных трудоспособного возраста этот показатель вырос на 10,20% по сравнению с 2017 г. В 2018 г. показатель распространенности гипертонической болезни в г. Белгород составлял на 100 тыс. населения 28849,56; в 2017 г. – 13644,77; в 2016 г. – 27348,64. Среди лиц трудоспособного возраста этот показатель составил в 2018 г. – 15038,11; в 2017 г. – 13644,77; в 2016 г. – 13189,03 (табл. 4).

Таблица 4

Показатели гипертонической болезни (на 100 тыс. населения)

	Общий показатель среди взрослого населения			Показатель среди лиц трудоспособного возраста		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Показатели распространенности и гипертонической болезни	27348,64	27615,93	28849,56	13189,03	13644,77	15038,11
Показатели заболеваемости гипертонической болезнью	1644,50	1863,24	2182,84	1090,92	1406,62	1658,87
Количество больных	25175,01	25647,02	25943,33	12236,92	12485,57	13119,18

гипертонической болезнью, состоящих под диспансерным наблюдением						
--	--	--	--	--	--	--

Показатель заболеваемости гипертонической болезнью в 2018 г. в г. Белгород вырос на 17,10 % по сравнению с 2017 г. Среди больных трудоспособного возраста наблюдается увеличение данного показателя на 17,90 % по сравнению с 2017 г. Так, показатель заболеваемости гипертонической болезнью в г. Белгород в 2018 году составил на 100 тыс. населения 2182,82; в 2017 г. – 1863,24; в 2016 г. – 1644,50. Показатель заболеваемости гипертонической болезнью среди лиц трудоспособного возраста составил в 2018 г. 1658,87; в 2017 – 1406,62; в 2016 г. – 1090,92. Количество больных с гипертонической болезнью в г. Белгород, находящиеся под диспансерным наблюдением, на 100 тыс. населения увеличилась на 1,20 % по сравнению с 2017 г; для лиц трудоспособного возраста – на 5,10 %. Поэтому можно сказать что контроль за гипертонической болезнью по диспансерному учёту увеличился. За 2018 г. в г. Белгород наблюдается снижение показателя первичного выхода на инвалидность от болезней системы кровообращения на 15,00%; показатель первичного выхода на инвалидность от гипертонической болезни вырос на 19,50%. Большинство пациентов с АГ проходят лечение в амбулаторно-поликлинических медицинских заведениях.

## **2.2. Результаты профессиональной деятельности медицинской сестры при гипертонической болезни**

Одним из наиболее перспективных направлений в профилактике и лечении неинфекционных заболеваний для достижения контроля над основными проявлениями заболеваний и предупреждения осложнений является обучение пациентов в форме Школ здоровья (Приложение 1). Школа здоровья – организационная форма группового консультирования,

гигиенического обучения и воспитания, являющаяся комплексной медицинской профилактической услугой. Школы здоровья создаются на базе лечебно-профилактических учреждений и представляют собой доверительную беседу между медработником, пациентом, родственниками больных гипертонией. Школа артериальной гипертензии ставит перед собой следующие цели:

- информирование больных с артериальной гипертензией, как развивается болезнь, какие факторы приводят к заболеванию, о возможных осложнениях и профилактики синдрома;

- привить ответственность за состояние собственного здоровья;

- обучение больных контролю и ответственности за состояние здоровья, учат как выполнить измерения АД в мм рт. столба;

- привить привычку придерживаться врачебных рекомендаций, с одновременным выполнением правил по лечению в домашних условиях. Получение рекомендаций по снижению АД;

- обучение оказанию помощи при гипертоническом кризе до приезда скорой медицинской помощи;

- ознакомления, как проводится медикаментозное лечение, и лечение АГ в домашних условиях;

- обучение больных правильному поведению, включая грамотный образ жизни, при высоком АД.

С помощью специально разработанных программ в школе артериальной гипертензии, специалисты находят индивидуальный подход к каждому ученику. Структура обучения в школе здоровья для пациентов с артериальной гипертензией, состоит из следующих взаимосвязанных занятий: вступительная часть. Ведущий за один раз рассказывает о цели обучения, и вкратце рассказывает, что представляет собой патология на разных стадиях развития, о том какими проявляется симптомами заболевания. Несколько минут отводится на вопросы и ответы. Рассматриваются различные случаи появления патологии; информационная

часть занятий. Проведенное занятие дает знания о факторах, которые увеличивают вероятность развития АГ. Специалист рассказывает о связи состояния артерий и сосудов на отметку АД, как системы организма реагируют на высокую оценку. Обучают правильному измерению кровяного давления, составляют индивидуальный метод для каждого, кто учится; активные занятия состоят из ответов на вопросы учеников. Проводятся семинары и индивидуальное консультирование; заключительные занятия. Подводятся итоги предыдущих занятий. Полный курс занятий состоит из 5 занятий. Средняя продолжительность каждого занятия составляет 90 минут. Программа занятий представлена в приложении 2.

На занятиях, организованных для людей с диагнозом АГ, на заключительных занятиях проверяются полученные знания. Проверка проводится несколькими способами:

- обучающимся предлагают ответить на вопросы. Таким образом проверяется, насколько пациент усвоил полученные знания;
- раздаются анкеты, где путем анонимного опроса, учащиеся ставят оценки полученному уровню обучения, пишут свои пожелания;
- курсантам предлагается решить специальные задачи по АГ, и затем предоставляется возможность свериться с ответами.

На активных занятиях для пациентов часто проводятся презентации на такие темы:

- что нужно знать о артериальной гипертензии;
- как должен питаться пациент с повышенным давлением;
- ожирение, как основная причина патологии;
- физические упражнения при высоком давлении;
- курение и АД. Презентация предназначена для курильщиков пациентов с гипертонией;
- стрессовые ситуации и их влияние на здоровье;
- медикаментозная и немедикаментозная терапия при гипертонии.

Мотивация больного к лечению.

На занятиях об артериальной гипертензии в школе здоровья, медработник рассказывает, как важно придерживаться определенных рекомендаций при повышенном давлении. Особое внимание уделяется профилактическим мерам, состоящим из следующих действий:

- контроль за массой тела и уровнем холестерина. Оптимальный вес является главным условием немедикаментозного лечения патологии;

- обязательная, ежедневная физическая нагрузка. Это пешие прогулки, зарядка, велосипед, плавание;

- грамотное питание, исключаящее из меню соленую, острую, жареную, пряную, сладкую пищу, алкоголь. Нужно отказаться от фастфуде, полуфабрикатах, консервированной продукции. По возможности следует отказаться от добавления соли во время приготовления пищи;

- при употреблении спиртосодержащих продуктов соблюдать минимально допустимую дозу, или полностью отказаться от выпивки;

- употреблять продукты с большим содержанием калия, которые помогают снижать параметры давления. Это различные овощи и фрукты;

- пытаться бросить курить;

- если после установления диагноза врач назначил медикаментозную терапию, то необходимо соблюдать назначения. Нельзя самостоятельно прекращать лечение, чтобы исключить гипертонический криз. При возникновении нежелательных эффектов от лекарств, в процессе лечения, нужно посоветоваться с врачом, чтобы скорректировать назначения. Многие пациенты допускают ошибку, прекращая прием гипотензивных препаратов после стабилизации АД. Но, частой причиной гипертонического криза является самовольное прекращение лечебного курса. Также нельзя пропускать прием прописанных препаратов. Несмотря на АГ, пациент может жить качественной жизнью. Для этого необходимо регулярно консультироваться со специалистом, постоянно контролировать показатели давления. Нужно научиться самостоятельно правильно измерять АД.

Справиться со всеми перечисленными задачами, необходимыми для стабилизации АД, помогут специальные занятия в школе для больных с артериальной гипертензией.

### **2.3. Результаты собственного исследования**

До и после прохождения курса обучения в Школе здоровья среди пациентов кардиологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» было проведено анкетирование. Данное анкетирование проводится с целью выявления факторов риска развития артериальной гипертензии на первом занятии и оценки эффективности учебы пациентов в школе больных артериальной гипертензией на последнем занятии. Пациентам предлагалось, заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомиться с формулировкой вопросов, обвести или подчеркнуть вариант ответа, наиболее полно отражающий их точку зрения. Данные анкетирования были использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашалось. Отмечалось, что мнение пациентов особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить эффективность профессиональной деятельности медсестры при артериальной гипертензии в виде повышения уровня знаний пациентов о факторах риска, методах контроля, самоухода, лечения и профилактики артериальной гипертензии. Обработка результатов проводилась по каждому вопросу анкеты.

В исследовании принимали участие 30 человек в возрасте от 30 до 70 лет, 12 женщины и 18 мужчин – пациентов кардиологического отделения, прошедших полный курс обучения в Школе здоровья. Анализ возрастной структуры респондентов позволил определить наиболее предрасположенные к развитию АГ возрастные группы – это от 30 до 35 лет – 10,0%; от 36 до 45 лет – 13 %; от 46 до 55 лет – 20%; от 56 до 65 лет – 27%; и старше 65 лет – 30% (Рис. 1).

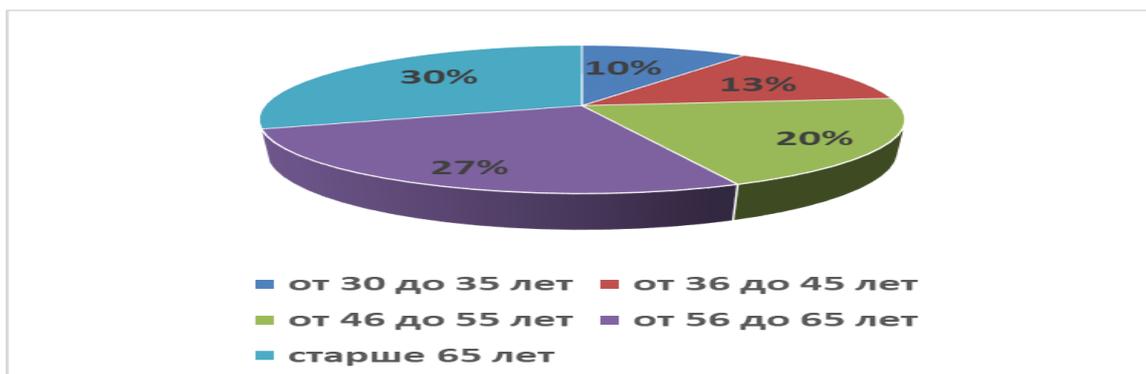


Рис. 1. Распределение по возрасту

Распределение по полу среди опрашиваемых пациентов: мужчины – 60%; женщины – 40% (Рис. 2).

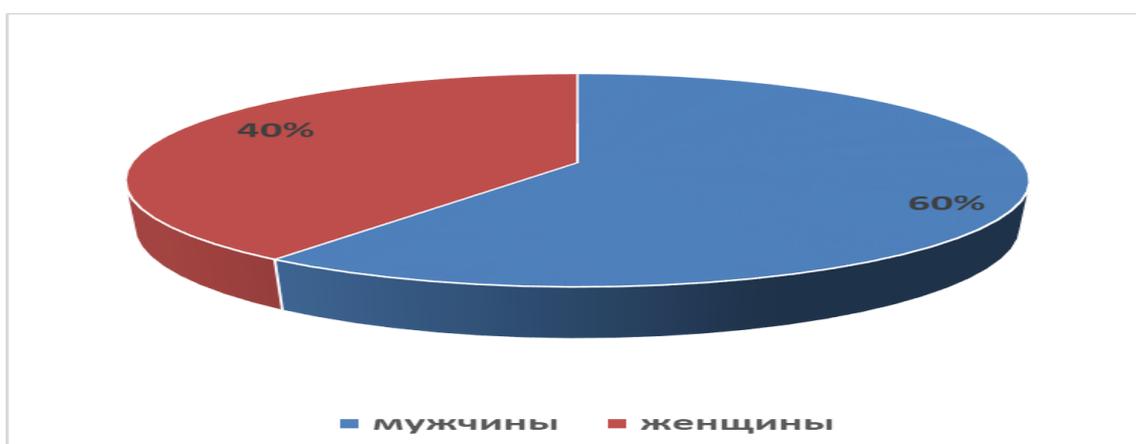


Рис. 2. Распределение по полу

Из 30 опрошенных 43% женаты, 7% холосты, 33% разведены и 17% вдовцы/вдовы (Рис. 3).

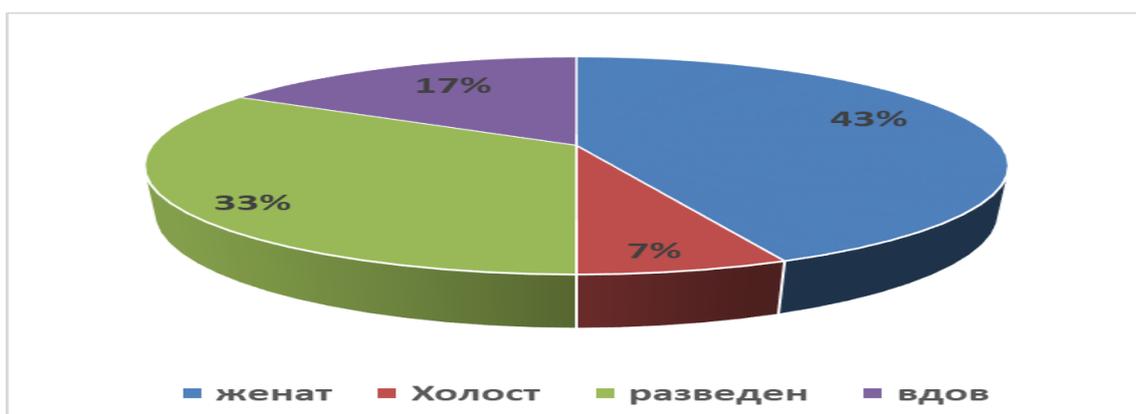


Рис. 3. Распределение по семейному положению

Из 30 опрошенных 43% среднее, 33% - среднее специальное и 7% высшее образование (Рис. 4).



Рис. 4. Распределение по уровню образования

До проведения занятий в Школе здоровья только 60% опрошенных смогли ответить на вопрос «Что такое гипертония», остальные 40% опрошенных не знают конкретно, что это за синдром (Рис. 5).

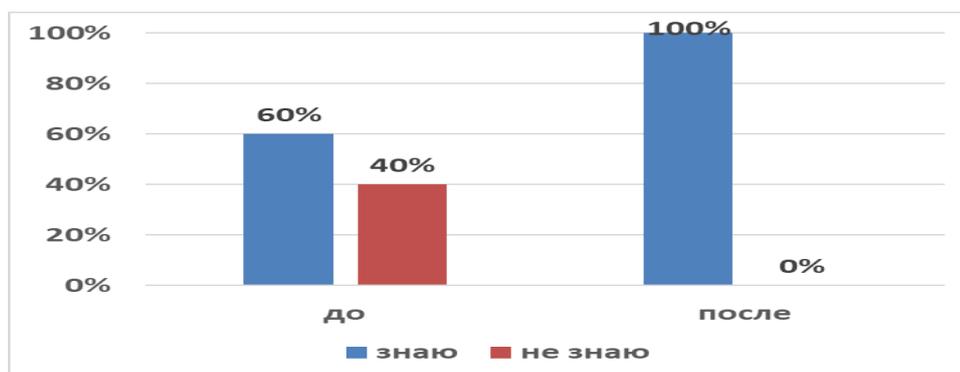


Рис. 5. Ответ на вопрос «Что такое гипертония» до и после обучения в Школе здоровья

После обучения в Школе здоровья все 100% пациентов ответили на этот вопрос утвердительно.

На вопрос о том, знают ли пациенты цифры их давления до проведения занятий в Школе здоровья только 17% опрошенных смогли ответить на вопрос, остальные 83,3% опрошенных не знают конкретно, какой уровень АД у них в данный момент (Рис. 6). После обучения в Школе здоровья все 100,0% пациентов ответили на этот вопрос утвердительно.

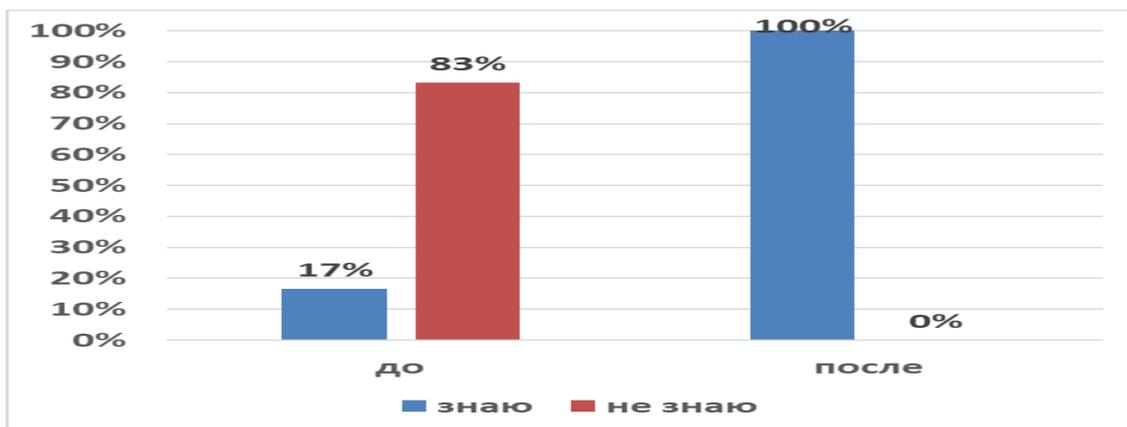


Рис. 6. Ответ на вопрос «Знаете ли Вы цифры Вашего давления» до и после обучения в Школе здоровья

На вопрос о том, как давно их беспокоит высокое давление большинство опрошенных пациентов (40%) не смогли ответить на вопрос, в течение 5 лет беспокоит высокое давление 33 % опрошенных, от 5 до 15 лет – 17%, свыше 15 лет – 10% (Рис. 7).

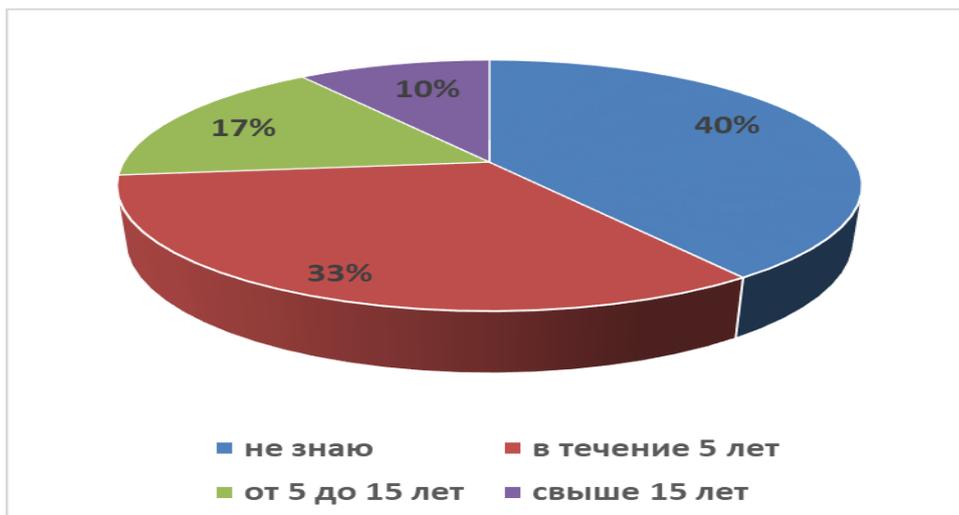


Рис. 7. Стаж болезни

Согласно ответам пациентов, у 57% опрошенных выявлены болезни сердца, у 13% - болезни почек, у 3% - болезни легких, у 17% - женские болезни, у 40% - болезни органов пищеварения, у 37% - сахарный диабет (Рис. 8).

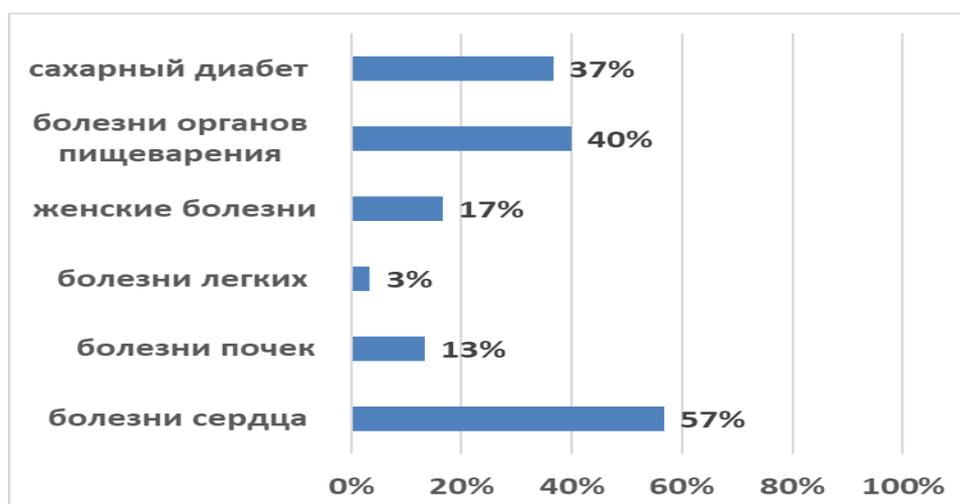


Рис. 8. Сопутствующие заболевания

На вопрос о том, какой у пациентов уровень физической активности до проведения занятий в Школе здоровья 70% опрошенных ответили, что в основном ведут малоподвижный образ жизни, 9% опрошенных занимаются ходьбой (Рис. 9). После обучения в Школе здоровья 50% пациентов ответили, что ходят, у 7% - активная физическая нагрузка, у 43% - умеренная физическая нагрузка.

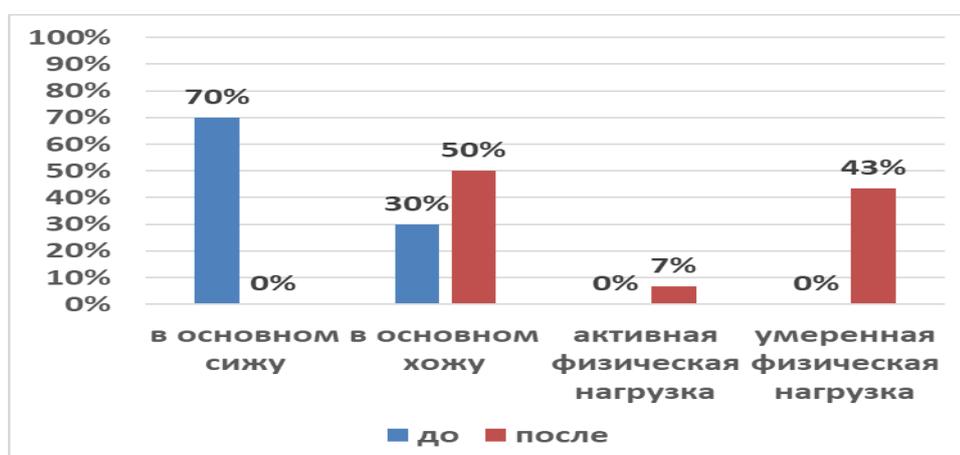


Рис. 9. Ответ на вопрос «Какой у Вас уровень физической активности» до и после обучения в Школе здоровья

На вопрос о том, часто ли пациенты употребляют фрукты и овощи, до проведения занятий в Школе здоровья только 17% опрошенных ответили, что употребляют фрукты и овощи ежедневно, 43% - раз в неделю, 23% - раз в месяц, 17% - практически не употребляют фрукты и овощи (Рис. 10).

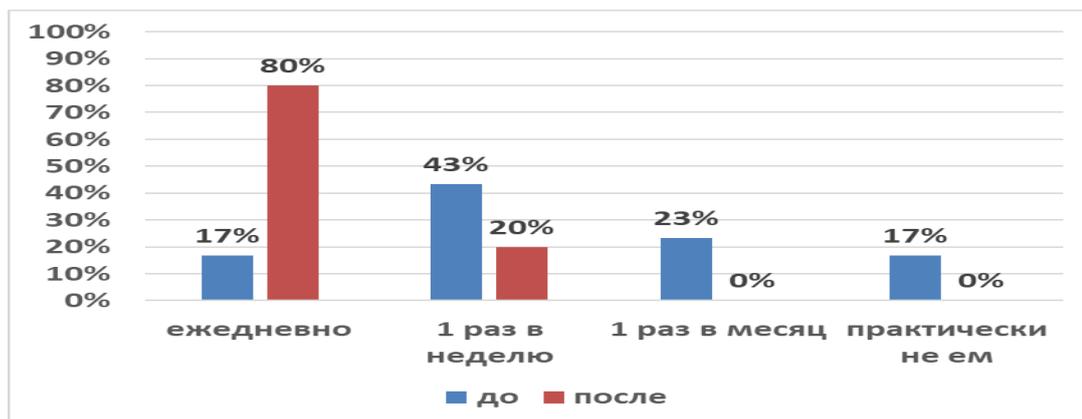


Рис. 10. Ответ на вопрос «Часто ли Вы употребляете фрукты и овощи» до и после обучения в Школе здоровья

После обучения в Школе здоровья 80,0% опрошенных ответили, что употребляют фрукты и овощи ежедневно, 20% - раз в неделю.

На вопрос о том, курят ли пациенты, до проведения занятий в Школе здоровья 60% опрошенных ответили утвердительно, 40% - не курят (Рис. 11). После обучения в Школе здоровья только 17% опрошенных ответили, что продолжают курить, но стараются бросить, остальные 83% не курят.

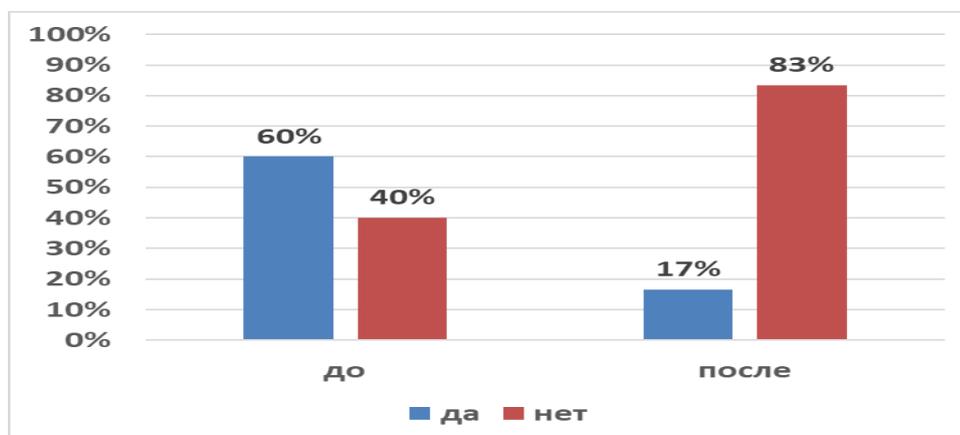


Рис. 11. Ответ на вопрос «Курите ли Вы» до и после обучения в Школе здоровья

На вопрос о том, часто ли пациенты употребляют алкоголь, до проведения занятий в Школе здоровья только 10% опрошенных ответили, что не употребляют алкогольные напитки, 17% - раз в месяц, 40% - раз в неделю, 33% - употребляют алкоголь ежедневно (Рис. 12).

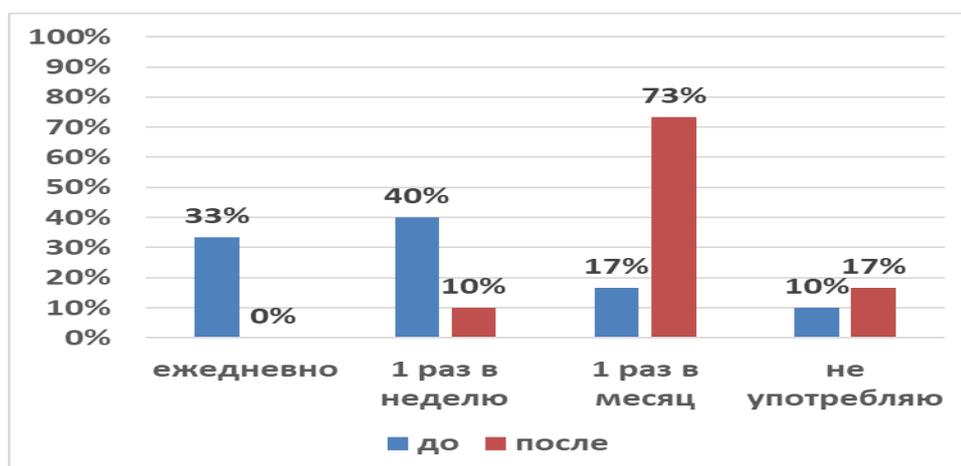


Рис. 12. Ответ на вопрос «Часто ли Вы употребляете алкоголь» до и после обучения в Школе здоровья

После обучения в Школе здоровья 17% опрошенных ответили, что не употребляют алкогольные напитки, 73% - раз в месяц, 10% - раз в неделю.

На вопрос о том, принимают ли пациенты гипотензивные средства, до проведения занятий в Школе здоровья только 7% опрошенных ответили, что принимают гипотензивные средства курсами, 57% - принимают по ухудшению состояния, остальные 37% - не принимают (Рис. 13).

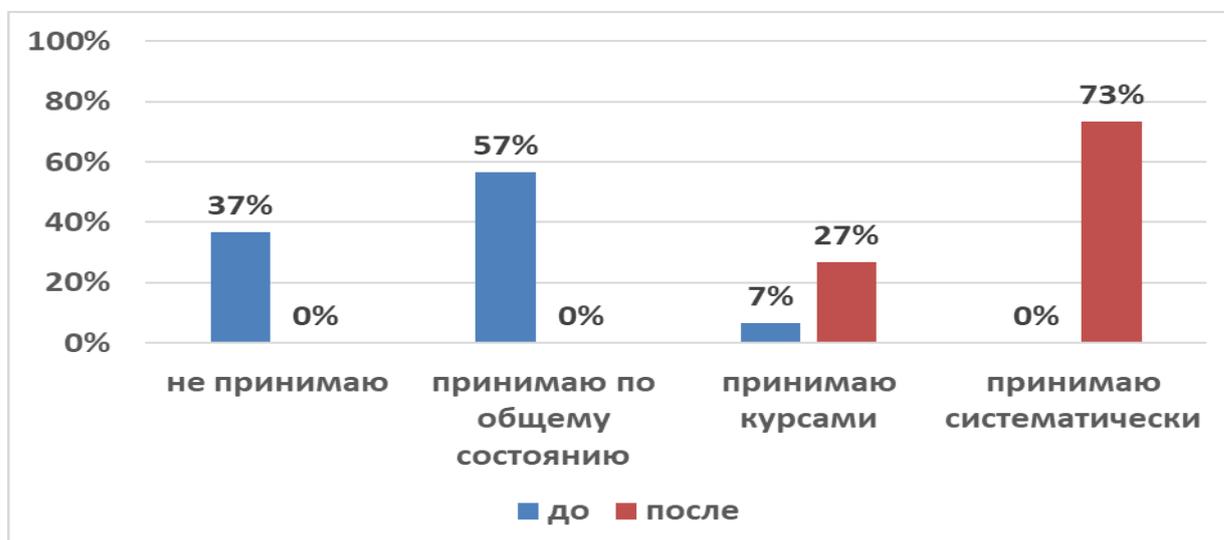


Рис. 13. Ответ на вопрос «Принимаете ли Вы гипотензивные средства» до и после обучения в Школе здоровья

После обучения в Школе здоровья 73% опрошенных ответили, что принимают гипотензивные средства регулярно, 27% - курсами.

После проведения занятий в Школе здоровья нами был проведен так же опрос о необходимости и эффективности проведенного курса обучения пациентов. Так, по результатам опроса все пациенты ответили, что обучение в Школе здоровья необходимо, все пациенты в процессе обучения освоили тактику снятия стресса, уменьшили потребление соли в пище, многие в процессе занятия в школе артериальной гипертензии бросили курить, уменьшили потребление алкоголя, повысили свою физическую активность. У многих пациентов отмечено снижение уровня АД, и они стали чувствовать себя лучше.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из анализа литературных источников выявлено, что под артериальной гипертензией принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические артериальные гипертензии). Артериальная гипертензия является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, инсульт, ИБС, хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных заболеваний (хроническая болезнь почек). Главная цель лечения артериальной гипертензии – предупреждение или обратное развитие поражения органов-мишеней, снижение смертности от сердечно-сосудистых осложнений и улучшение качества жизни пациентов.

### Выводы

1. Нами был проведен анализ отчетов Росстат по заболеваемости населения патологиями сердечно сосудистой системы на территории г. Белгорода за 2014-2018 гг., а также изучение статистических отчетных форм ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Результаты анализа выявили, что показатель распространенности болезней системы кровообращения в г. Белгород за 2018 г. вырос на 3,00% по сравнению с 2017 г. Показатель распространенности гипертонической болезни в г. Белгород в 2018 году вырос на 4,50% по сравнению с 2017 годом. Среди больных трудоспособного возраста этот показатель вырос на 10,20% по сравнению с 2017 г.

2. Нами был проведен цикл занятий в Школе здоровья для пациентов с АГ. Полный курс составил 5 занятий. Средняя продолжительность каждого занятия составила 90 минут. Во время занятий были рассмотрены вопросы питания, контроля АД, необходимость физических упражнений при высоком

давлении, устранение вредных привычек и стрессовых ситуаций, необходимость и правильность проведения медикаментозной и немедикаментозной терапии при гипертонии.

3. До и после прохождения курса обучения в Школе здоровья среди пациентов кардиологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» было проведено анкетирование. В исследовании принимали участие 30 человек в возрасте от 30 до 70 лет, 12 женщины и 18 мужчин – пациентов кардиологического отделения, прошедших полный курс обучения в Школе здоровья.

4. Анализ возрастной структуры респондентов позволил определить, что наиболее предрасположенными к развитию артериальной гипертензии являются возрастные группы от 46 до 65 лет и старше. В большинстве случаев – это мужчины. Для пациентов, которые не придерживаются основных требований здорового образа жизни в большей степени характерны нерегулярность приема антигипертензивных средств и недостаточная частота измерения артериального давления.

5. После проведения занятий в Школе здоровья нами был проведен так же опрос о необходимости и эффективности проведенного курса обучения пациентов. Так, по результатам опроса все пациенты ответили, что обучение в Школе здоровья необходимо, все пациенты в процессе обучения освоили тактику снятия стресса, уменьшили потребление соли в пище, многие в процессе занятия в школе артериальной гипертензии бросили курить, уменьшили потребление алкоголя, повысили свою физическую активность. У многих пациентов отмечено снижение уровня АД, и они стали чувствовать себя лучше.

#### Практические рекомендации

Подводя итоги нашего исследования можно дать следующие рекомендации наиболее предрасположенному к развитию артериальной гипертензии контингенту – это в основном мужчины возрастной группы от 46 и старше:

Рекомендовать им исключить или минимизировать воздействие стресса, потребления соли и пересмотреть меню.

Изменить свое отношение к вредным привычкам – полностью отказавшись от курения и приема алкоголя.

Принимать гипотензивные лекарственные средства строго по назначению врача и регулярно.

Вести активный и здоровый образ жизни.

Рекомендовать занятия физкультурой и регулярное посещение «Школы АГ».

Медицинским работникам рекомендовать более широко информировать население о факторах риска развития артериальной гипертензии через общедоступные источники информации.

В условиях стационара учитывать особенности сестринского ухода – практиковать тщательный сбор анамнеза, создание комфортной и благоприятной психологической обстановки, организовывать обучение пациента и его родственникам навыкам ухода и самоухода.

Усилить санитарно-просветительскую работу среди пациентов с артериальной гипертензией и их родственниками для предотвращения развития гипертонических кризов, осложнений, и для улучшения качества жизни.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 708н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)" (Зарегистрировано в Минюсте России 23.01.2013 N 26700) [Электронный ресурс] / [https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/pr\\_MZ\\_RF\\_708.pdf](https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/pr_MZ_RF_708.pdf)
2. Рекомендации по ведению артериальной гипертонии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертонии 2018 года [Электронный ресурс] / [http://spbcardio.org/guidelines\\_ESC/2018\\_eok\\_arterialnaja\\_gipertenzija.pdf](http://spbcardio.org/guidelines_ESC/2018_eok_arterialnaja_gipertenzija.pdf)
3. Бойцов, С.А. Артериальная гипертония среди лиц 25-64лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. [Текст] / Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. // По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 4: 4-14.
4. Долгалев, И.В. Естественная динамика показателей артериального давления, индекса массы тела и липидов крови у лиц пожилого возраста (результаты 17-летнего наблюдения) [Текст] / И.В. Долгалев, Р.С. Карпов // Кардиология. – 2014. – № 4. – С. 16-20.
5. Здравоохранение в России. Статистический сборник. [Текст] / М.: Росстат, 2018. - 355 с.
6. Злобина, Г.М. Опыт использования инновационной модели сестринского дела в обучении пациентов [Текст] / Злобина Г.М. // Главная медицинская сестра. – 2010. – №2. – С.16-27.
7. Зозуля, Н.С. Диагностика и неотложная помощь при артериальной гипертензии и ее осложнениях [Текст] / Зозуля Н.С., Ганджа Т.И., Супрун А.О. // Острые и неотложные состояния в практике врача. - 2016.- № 2.- С.5-11.

8. Козловский, В.И. Метод длительного самостоятельного контроля артериального давления. Фокус на повышение эффективности лечения. [Текст] / Козловский В.И., Симанович А.В. // Вестн. ВГМУ. 2016; 15 (1): 63–69.
9. Ланг, Г.Ф. Гипертоническая болезнь. [Текст] / Г.Ф. Ланг - СПб.: Медгиз, 2012. - 496 с.
10. Максикова, Т.М. Что сделать, чтобы артериальное давление было в норме? [Текст] / Максикова Т.М. // Альманах сестринского дела. – 2011. – Т. 4. №3-4. – С.33-37.
11. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии 2018г [Электронный ресурс] // Рабочая группа: Кобалава Ж.Д., Конради А, О., Недогада С, В, Российским кардиологический журнал. 2018;23(12):131-142
12. Наумова, Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний [Текст]: автореф . дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2014. – 42 с.
13. Новокрещенова, И.Г. Роль сестринского персонала в системе оказания качественной медико-социальной помощи пожилым [Текст] / Новокрещенова И.Г., Чунакова В.В. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – №4. – С.887-891.
14. Попельшева, А.Э. Артериальная гипертензия в остром периоде ишемического инсульта: нерешенные вопросы [Текст] / Попельшева А.Э., Калягин А.Н., Родиков М.В., Лебедева П.В. // Бюллетень ВосточноСибирского научного центра СО РАМН. – 2011. – №3. Ч. 2.– С.189-193.
15. Пулькина, В.П. Роль и эффективность работы медицинских сестер общей практики в реабилитации больных гипертонической болезнью

в условиях АТПК [Текст] / Пулькина В.П. // Главная медицинская сестра. – 2007. – №8. – С.97-106.

16. Решетников, В.А. Современные подходы к организации профилактических мероприятий при артериальной гипертензии. [Текст] / Решетников В.А., Козлов В.В., Роюк В.В. // Сибир.мед. обозрен. 2015; 5 (95): 22–29.

17. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» [Текст] / Сединкина, Р.Г. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 272 с.

18. Сестринская помощь при артериальной гипертензии: основные понятия, клиника, диагностика, лечение [Текст] / М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения», Каф. Сестринского дела; сост. Е.В. Неврычева – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2018. – 140 с.

19. Сиренко, Ю.Н. Гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия [Текст] / Сиренко Ю. Н. – Донецк : Изд. Заславский А. Ю., 2011. – 352 с.

20. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни [Текст] / Федюкович, Н.И. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 505 с.

21. Шестаков, Г.С. Роль информационного обеспечения организации медицинской помощи больным гипертонической болезнью при осуществлении профилактических мероприятий [Текст] / Г. С. Шестаков, О. Ю. Никилина // Здравоохранение Российской Федерации. - 2013. - N 6. - С. 24 - 26

22. Шокина, И. Ю. Профилактика осложнений гипертонической болезни [Текст] / И. Ю. Шокина, А. И. Петрова // Медицинская сестра. - 2011. - N 5. - С. 18 - 25.

23. Шулутко, Б.И. Артериальная гипертензия [Текст] / Б.И. Шулутко - СПб.: Медицина, 2014. - 302 с.

24. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in eight European countries [Text] / К.

Kotseva, D. Wood, G. DeBacker [et al.] // Lancet. – 2009. – Vol. 373. – P. 929–940.

25. Chang, A.K. Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome [Text] / Chang A.K., Fritschi C., Kim M.J. // Contemp Nurse. – 2012. – Vol. 42. №1. – P.118-128.

26. Charakida, M. The year in cardiology 2012: focus on cardiovascular disease prevention / M. Charakida, S. Masi, J. E. Deanfield [Text] // Eur.Heart J. – 2013. – Vol. 34. – P. 314–317.

27. Colysimo F.C. Nursing actions increases the control of hypertensive patients and reduces white-coat effect [Text] / Colysimo F.C., da Silva S.S., Toma Gde A., et al. // Rev Esc Enferm USP. – 2012 – Vol. 46. – P.10-15.

28. Forouzanfar, M.H. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. [Text] / Forouzanfar, MH, Liu P, Roth GA et al. // JAMA 2017; 317 (2): 165-82.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

АНКЕТА

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧЕБЫ ПАЦИЕНТОВ  
В ШКОЛЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Общие вопросы**

**1. ПОЛ**

**2. ВОЗРАСТ**

от 30 до 35 лет; от 36 до 45 лет; от 46 до 55 лет; от 56 до 65 лет; и старше 65 лет

**3. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ**

**4. ОБРАЗОВАНИЕ**

5. Вам известно, что такое гипертония?

Да нет

6. Знаете ли Вы цифры Вашего давления?

Да нет

**7. Как давно Вас беспокоит высокое давление?**

01 .в течение 5 лет 02.от 5 до 15 лет

03.свыше 15 лет

04.не знаю

**8. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

1. болезни сердца 4. болезни почек

2. болезни легких 5. женские болезни

3. болезни органов 6. сахарный диабет пищеварения 7. другие

**До и после курса**

**КАКОЙ У ВАС ХОЛЕСТЕРИН?**

0. не знаю

1. повышен (высокий)

2. нормальный

**КАКОЙ У ВАС САХАР КРОВИ?**

0. не знаю

1. повышен

2. нормальный

**Какой у Вас уровень физической активности?**

01.в основном сижу

02.в основном хожу

03 .поднимаю и переносу тяжести

04. занимаюсь тяжелой физической работой

05. другое

**Часто ли Вы употребляете фрукты и овощи?**

01 .ежедневно

02.1 раз в неделю

03.1 раз в месяц

04. другое

**Курите ли Вы?**

01. Да

02. Нет

**Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**

1. ежедневно

02.1 раз в неделю

03.1 раз в месяц

04. не употребляю

**ОТНОШЕНИЕ К ПОСТОЯННОМУ ПРИЕМУ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ:**

0. не принимаю

1. принимаю по общему состоянию

2. принимаю курсами

3. принимаю систематически

**После обучения**

**ОТНОШЕНИЕ К УЧЕБЕ В «ШКОЛЕ»:**

1. учеба достаточна

2. необходимо усовершенствование

3. «Школа» малоэффективна

**18. Освоили ли Вы тактику снятия стресса**

да- 1, нет-2

**19. Уменьшили ли Вы потребление соли в пище**

да - 1, нет - 2

**20. Бросили ли Вы курить в процессе занятия в школе АГ**

да - 1, нет – 2

**21. Уменьшили ли Вы потребление алкоголя?**

да-1, нет-2

**22. Повысили ли Вы свою физическую активность?**

да - 1, нет - 2

**23. Снизилась ли цифра Вашего АД?**

да- 1, нет-2

**24. Стали ли Вы чувствовать себя лучше?**

да - 1, нет - 2