

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  
ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Дипломная работа студента

очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051582  
Вавилиной Ульяны Анатольевны

Научный руководитель  
преподаватель Беляева Л.Н.

Рецензент  
Врач-терапевт ОГБУЗ «Городская поликлиника  
г. Белгорода» поликлиническое отделение №1  
Пономарева И.П.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	1
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	6
1.1. Определение и классификация артериальной гипертензии .....	6
1.2. Клиническая картина болезни .....	9
1.3. Диагностика артериальной гипертензии .....	11
1.4. Лечебные и профилактические мероприятия .....	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ .....	17
2.1. Материалы и методы исследования.....	17
2.2. Результаты и обсуждение.....	18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	31
ВЫВОДЫ.....	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	34
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	36

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы заключается в том, что заболевания сердечно – сосудистой системы являются одними из распространенных среди населения всех стран. Они отрицательно сказываются на состоянии здоровья населения. Они приводят к снижению качества жизни человека, снижают ее продолжительность, могут спровоцировать развитие осложнений (ОНМК, ИМ и т.д.). Так же, в современном мире, данная категория болезней часто приводит к инвалидизации населения, что плохо для любой страны, так как сердечно – сосудистая патология молодеет с каждым годом и поражает трудоспособную часть населения.

Примерно, каждый 5-й человек имеет АГ, но, к сожалению, не все из них об этом знают. Причиной этого является: не посещение врачей, нерегулярного контроля за своим здоровьем (измерение АД, сахара крови и т.д.).

Отсюда следует, что далеко не все получают необходимое и в полном объеме лечение. А из тех, кто его получает, не все строго придерживаются рекомендаций и назначений врачей. Часть пациентов самостоятельно прекращают свое лечение, могут сами регулировать свои дозы, что не является правильным, так как приводит к ухудшению здоровья и прогрессированию болезни.

Артериальная гипертензия является широко распространенным заболеванием среди населения и приводит кразличного рода осложнениям, причем не, только со стороны ССС, но и мочевыделительной, дыхательной систем.

**Предмет исследования** – роль медицинской сестры в обеспечении качества жизни пациентов с артериальной гипертензией.

**Объект исследования** – пациенты ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода» Поликлиническое отделение №1, имеющие диагноз артериальная гипертензия.

**Цель исследования** -определить роль медицинской сестры в решении проблем пациента при артериальной гипертензии.

**Задачи:**

1.Дать характеристику артериальной гипертензии (определение и классификация, клиническая картина болезни, диагностика).

2.Изучить современные особенности лечения и профилактики при артериальной гипертензии.

3.Проанализировать опыт организации сестринского ухода при артериальной гипертензии на базе ЛПУ.

4. Сделать выводы и рекомендации по полученным данным в ходе исследования.

5. Разработать практические рекомендации для пациентов с АГ.

**Гипотеза:** рациональная организация работы медицинской сестры, основанная на утвержденных стандартах и порядках оказания медицинской помощи, способствует повышению качества медицинской помощи в ЛПУ.

**Методы исследования:**

1.Теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования.

2. Организационный метод исследования: анкетирование.

3. Математическая обработка данных: качественный, количественный анализ полученных данных.

**Теоретическая значимость:** теоретические аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры, организация работы

**Практическая значимость:** при помощи полученных данных оценить работу медицинской сестры, разработать предложения по повышению эффективности работы сестринского персонала.

База исследования: ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода» Поликлиническое отделение №1.

Структура исследования: список сокращений, введение (описана актуальность темы, цель исследования, объект и предмет исследования, задачи, необходимые для достижения цели работы, методы исследования, гипотеза и

практическая значимости работы, структура работы), основная часть (2-е главы), общие выводы и предложения по работе, заключение, список использованных источников и литературы, приложения.

# ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

## 1.1. Определение и классификация артериальной гипертензии

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) под артериальной гипертензией принято понимать повышение систолического артериального давления более чем на 140 мм рт. ст. при нормальном или незначительно сниженном диастолическом артериальном давлении – менее 90 мм рт. ст. [5; 10, с. 216]

Кардиологами России приняты рекомендации, разработанные на основе опыта Всемирной организации здравоохранения. Имеющаяся классификация включает определение:

- степени гипертензии;
- стадии заболевания;
- принадлежности к группе риска.

Термин «степень» определяет уровень повышения систолического и диастолического давления в артериальном русле для взрослых людей с впервые выявленной патологией или у лиц, не получающих лечения.

Степени гипертензии:

- артериальная гипертензия 1 степени, второе название «мягкая» — показатели систолического давления в промежутке от 140 до 160 мм рт. ст., а диастолического — с 90 до 99;

- при 2 степени или «умеренной» — цифры систолического уровня от 160 до 180 мм рт.ст., при диастолическом — от 100 до 109;

- при 3 степени или «тяжелой» — систолическое давление больше или равно 180, при диастолическом – 110 и выше [5].

Кроме трех степеней выделяют:

- пограничную группу, в которой систолическое артериальное давления 140–149, а диастолическое — до 95 мм рт. ст.;

- изолированную систолическую форму гипертонии, когда резко повышено систолическое давление (больше 140 мм рт. ст.), но диастолический уровень остается в пределах нормы (ниже 90).

Понятие «стадия» связано с временем продолжительности болезни, ее выраженностью, клиническими проявлениями и поражением внутренних органов. Известно, что максимальный урон гипертония наносит головному мозгу, сердцу и почкам. Поэтому эти органы названы «мишенями», и от степени их поражения зависит стадия заболевания.

Классификация предусматривает 3 этапа развития болезни:

- в I стадии — отсутствуют какие-либо изменения в органах-мишенях, судя по анализам и функциональным исследованиям, симптомы болезни проявляются слабо, о повышенном артериальном давлении человек узнает при профилактическом измерении;

- во II стадии — обнаруживают поражение одного или всех органов;

- в III стадии — появляются осложнения гипертонии в виде выраженной ишемии мозга, сердца, перенесенного инсульта, острого инфаркта, почечной недостаточности.

Принадлежность населения к определенной из приводимых групп риска (см. Приложение А) определяет:

- прогноз течения заболевания;
- вероятность тяжелых последствий, угрожающих жизни пациента;
- объем обязательных терапевтических мероприятий [4, с. 183; 6, с. 144].

Здесь учитываются суммарно и степень, и стадия заболевания, и повреждение органов-мишеней. Врачи-эксперты ВОЗ рекомендуют четыре категории факторов риска (см. Приложение А), в зависимости от вероятной смертности в ближайшие 10 лет от инсульта или острого инфаркта миокарда:

- Низкий — определение подходит для мужчин возраста до 55 лет, женщин моложе 65 с первой степенью гипертонии или из пограничной группы. Среди этих лиц риск острых осложнений и возникновения патологии сердца и сосудов составляет до 15%. Лекарственную терапию назначают только в тех

случаях, если через полгода соблюдения рекомендаций остается повышенное давление.

- Средний — установлен для пациентов с 1 и 2 степенями гипертензии, имеющих больше одного фактора риска (курение, ожирение, сахарный диабет, общий уровень холестерина 6,5 ммоль/л и выше, неблагоприятная наследственность и другие). Риск осложненного течения у этих пациентов в течение 10 лет приближается к 20%.

- Высокий — имеют пациенты с 1 и 2 степенями гипертензии, с тремя и более факторами риска + поражение органов-мишеней (установленную гипертрофию левого желудочка, повышенный уровень креатинина в крови, изменения сосудов на глазном дне), а также пациенты с третьей степенью гипертензии даже без факторов риска.

- Очень высокий — устанавливается для больных с третьей степенью артериальной гипертензии, с 1–2 степенями и нарушением мозгового кровообращения, ишемической болезнью сердца, расслоением аневризмы аорты, нефропатией при сахарном диабете. Риск летального исхода повышен до 30% и более.

Несмотря на введенную современную классификацию, в терминологии врачи со стажем продолжают пользоваться старыми классификациями Г. Ланга и А. Мясникова. Так, Ланг выделил стадии течения гипертонической болезни:

- неврогенную (выражена зависимость повышения давления от волнений, стрессов, снижение в покое);

- переходную (к процессам возбуждения коры головного мозга присоединяются атеросклеротические поражения сосудов, эндокринные факторы);

- нефрогенную (имеется склеротическое повреждение сосудов почек).

По Мясникову, следует выделять 3 периода в течении гипертензии:

- первый (неврогенный) — с непостоянными неврозоподобными симптомами;

- второй — присоединяются нерезкие атеросклеротические изменения сосудов;

- третий — наблюдаются симптомы и признаки изменений во внутренних органах.

Периоды предложено делить на стадии и фазы:

- Первая стадия: фаза А (скрытая или латентная), фаза Б (преходящая, непостоянная или транзиторная).

- Вторая стадия: фаза А (неустойчивая с колебаниями уровня гипертонии или лабильная), фаза Б (с устойчивым уровнем или стабильная).

- Третья стадия: фаза А (без признаков сердечной недостаточности, компенсированная), фаза Б (с явлениями сердечной недостаточности, декомпенсированная) [6, с. 148].

Подобные классификации больше подчеркивали причины развития заболевания, но неудобны для выделения факторов риска и стандартизации терапии.

Современная классификация позволила расширить возможности в привлечении к терапии больших групп населения с повышенной опасностью тяжелых осложнений. Стало возможно сравнивать международные исследования со статистическими данными в нашей стране.

Наблюдение за пациентами разного уровня риска выявили зависимость от своевременного лечения: снижение диастолического давления лишь на 2 мм рт. ст. ведет к уменьшению вероятности инсульта на 15%, а ишемии миокарда — на 6%. Это подтверждает правильность приложения усилий, целевое использование пропаганды здоровья.

## **1.2. Клиническая картина болезни**

Опасность повышения артериального давления в том, что оно обычно не сопровождается какими-либо симптомами, а медленно и тихо «убивает».

Постепенно заболевание, без проявления явных признаков, может прогрессировать и привести к таким фатальным осложнениям, как инсульт или инфаркт миокарда. При асимптомном течении артериальная гипертензия может оставаться незамеченной в течение десятилетий. Поэтому важно регулярно контролировать и измерять уровень артериального давления.

Наиболее распространенные симптомы артериальной гипертензии:

- головная боль;
- головокружение;
- помутнение в глазах;
- одышка;
- боль в области сердца;
- быстрая утомляемость;
- носовые кровотечения;
- отеки ног;
- нарушение зрения [17, с. 364; 21, с. 131].

При медицинском осмотре важнейший признак артериальной гипертензии – повышенное артериальное давление.

Головные боли могут проявляться ощущением сдавливания головы «обручем», сопровождаться тошнотой и головокружением. Возникают они на фоне психоэмоционального или физического перенапряжения. Если боль не проходит длительное время, появляется раздражительность, вспыльчивость, чувствительность к шуму.

Боли в области сердца при артериальной гипертензии наблюдаются в области верхушки сердца или слева от грудины, могут продолжаться длительное время и не купируются нитроглицерином. Возникают они, как правило, в состоянии покоя или при эмоциональном перенапряжении. Физические нагрузки при гипертензии не провоцируют боль в сердце.

В начальной стадии заболевания одышка может появляться после физической перегрузки. Впоследствии – даже в состоянии покоя. Эти признаки

могут указывать на поражение сердечной мышцы и прогрессирование сердечной недостаточности.

Появление отеков ног при артериальной гипертензии может указывать на развитие сердечной недостаточности. Небольшие отеки связаны, как правило, с нарушением работы почек на фоне повышенного давления или приемом некоторых лекарственных средств.

Часто повышение давления сопровождается нарушением зрения: перед глазами мелькают «мушки», появляется пелена или туман. Данные признаки объясняются функциональным нарушением кровообращения в сетчатке глаза.

### **1.3. Диагностика артериальной гипертензии**

Для диагностики артериальной гипертензии используются следующие методики:

- измерение артериального давления (АД) пациентом,
- измерение АД врачом,
- суточное мониторирование АД,
- нагрузочные пробы с исследованием АД,
- электрокардиография (ЭКГ),
- эхокардиография (Эхо-КГ, УЗИ сердца),
- исследование глазного дна, изменения сосудов на глазном дне такие же, как и во всем организме, и их можно увидеть [17, с. 369].

По этим изменениям можно говорить о стадии гипертонической болезни и косвенно судить о степени ее тяжести.

Для оценки риска развития кардиальных событий также необходимо исследование биохимических показателей крови (холестерин, липопротеины высокой, низкой и очень низкой плотности и т.д.) При подозрении на симптоматический характер гипертензии, особенно у лиц молодого возраста, может понадобиться дополнительное обследование, которое может включать в

себя: общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко и т.д. УЗИ почек и надпочечников, КТ надпочечников, УЗИ щитовидной железы, анализ крови на гормоны, рентгенография черепа, КТ черепа, консультации смежных специалистов (уролога, нефролога, эндокринолога и др.).

#### **1.4. Лечебные и профилактические мероприятия**

Цель лечения больного артериальной гипертензии - максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и летального исхода, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию выявленных факторов риска.

Немедикаментозные меры направлены на снижение АД, уменьшение потребности в антигипертензивных средствах и усиление их эффекта, первичную профилактику артериальной гипертензии и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний на популяционном уровне. Немедикаментозную программу снижения АД следует рекомендовать всем пациентам, независимо от тяжести артериальной гипертензии и медикаментозного лечения и при этом медицинская сестра должна непосредственно участвовать в организации такой программы. Она должна проводить санитарно просветительную работу с пациентами, выпускать брошюры, проводить беседы, лекции, или просто информировать пациента о его заболевании, факторах риска и методах их профилактики, о правильности режима питания, физической активности при артериальной гипертензии.

В свою очередь немедикаментозная программа для пациентов с АГ включает:

- борьба с курением;
- борьба с ожирением;
- снижение употребления поваренной соли;
- борьба с алкоголем;

- комплексную модификацию диеты;
- увеличение физической активности [20, с. 111].

Положительный эффект оказывают также организация режима труда и отдыха, полноценный ночной сон, уменьшение действия психологических стрессов, релаксация, аутогенная тренировка.

Принципы медикаментозного лечения артериальной гипертензии:

1. Применение минимальных дозировок в начале терапии с целью минимизации побочных эффектов.
2. При условии хорошей переносимости одного препарата, но недостаточно длительном контроле АД целесообразно повышение дозы.
3. Использование показанных комбинаций для усиления гипотензивного эффекта с минимумом побочного действия.
4. Смена препарата на гипотензивный препарат другого класса осуществляется в случае незначительного эффекта или плохой переносимости, до повышения дозы или дополнения терапии другим препаратом.
5. Использование препаратов длительного действия, обеспечивающих 24-часовой контроль при однократном приеме.

Основные группы антигипертензивных препаратов, применяемых для лечения артериальной гипертензии:

1. Диуретические препараты (фуросемид, индапамид и т.д.).
2. Бета-адреноблокаторы (анаприлин, атенолол, метопролол, бисопролол др.).
3. Ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл, периндоприл, лизиноприл, рамиприл, фозиноприл, квинаприл, моэксиприл, и др.).
4. Антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем, нифедипин, амлодипин др.).
5. Альфа-адреноблокаторы (празозин, даксазозон, теразозин и др.).
6. Блокаторы рецепторов ангиотензина II (лозартан, вальсартан, ирбесартан, кандесартан, телмисартан, эпросартан и др.).
7. Другие антигипертензивные препараты:

- агонисты центральных альфа<sub>2</sub>-адренергических рецепторов (гуанфацин, клонидин, метилдофа),
- агонисты II-имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилменидин),
- симпатолитики (резерпин, гуанетидин).
- прямые вазодилататоры (гидралазин, нитропруссид натрия, нитраты).

Помимо медикаментозной терапии при АГ можно применять санаторно-курортное лечение, и физиотерапевтические методы лечения.

Медицинская сестра должна осуществлять сбор материала для лабораторного исследования, уметь подготавливать пациента к разным методам исследования.

На первой встрече с пациентом медицинская сестра проводит сбор необходимой информации, затем выявляет проблемы пациента и составляет план вмешательств согласно с указаниями врача [17, с. 401].

Так же, медицинская сестра обязана давать необходимую информацию, как пациенту, так и его членам семьи о проведение манипуляций, об уходе. Она должна проводить беседы на разные темы, связанные со здоровым образом жизни.

Сестринские вмешательства состоят из таких пунктов, как проведение обучения пациента и его родственников необходимым манипуляциям, проведение бесед (например, на темы режима труда и отдыха, правильного питания, вредных привычек, физической активности, так же должны побуждать пациента регулярно посещать врача и придерживаться назначений).

По – мимо этого, медицинская сестра контролирует правильность питания пациента, следит за массой тела, диурезом, контролирует прием лекарственных средств, подготавливает к исследованиям, контролирует физическую активность пациента [17, с. 402].

Под первичной профилактикой подразумевается предупреждение возникновения болезни. Этих методов профилактики должны придерживаться здоровые люди, у которых есть высокий риск развития гипертонии (наследственность, работа). Но не только они, все должны жить в соответствии

с принципами первичной профилактики АГ, ведь эта болезнь зачастую наступает в самый неожиданный момент даже тех, у кого нет неблагоприятной наследственности и других факторов риска.

Первичная профилактика гипертонической болезни включает в себя немедикаментозные методы лечения, указанные выше.

Вторичная профилактика проводится у пациентов, у которых артериальная гипертензия установлена как диагноз. Ее цель - предотвращение возникновения осложнений. При этом данный вид профилактики включает в себя два компонента: немедикаментозное лечение артериальной гипертензии и антигипертензивную (лекарственную) терапию. Немедикаментозное лечение, в принципе, соответствует первичной профилактике, только с более жесткими требованиями. Если наследственность и окружающую среду каждый отдельный человек изменить не в состоянии, то образ жизни и питание - вполне. Лекарственная терапия - назначенные врачом препараты, которые целенаправленно действуют на высокий уровень давления, снижая его. Как и упоминалось ранее, пациенты с артериальной гипертензией должны принимать такие препараты пожизненно, предупреждая тем самым риск развития осложнений.

К профилактике артериальной гипертензии можно отнести систематический контроль уровня давления утром и вечером. Неотступное следование рекомендациям лечащего врача, своевременное обращение к нему в случае ухудшения состояния [3, с. 201]. В качестве профилактики АГ создаются специальные Школы здоровья для пациентов. Основная цель обучения пациентов в Школе:

- повышение информированности пациентов с АГ о заболевании и факторах риска (ФР) его развития, обострений и осложнений
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача

— формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, анализу причин и факторов, влияющих на индивидуальное здоровье

— обучение пациентов выбору цели, составлению плана индивидуальных действий по оздоровлению и контролю за их исполнением

— формирование у пациентов практических навыков по оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризов

— формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих ФР (рациональное питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек).

Третичная профилактика, или реабилитация, - это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса больного. Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений [6,20].

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 2.1. Материалы и методы исследования

В данной дипломной работе использовались следующие методы исследования: метод наблюдения, анкетирование, качественное сравнение, точное измерение.

Анкетирование - это процедура проведения опроса в письменной форме с помощью заранее подготовленных бланков.

Данный метод обладает следующими достоинствами:

- высокой оперативностью получения информации;
- возможностью организации массовых обследований;
- сравнительно малой трудоемкостью процедур подготовки и проведения исследований, обработки их результатов;
- отсутствием влияния личности и поведения, опрашиваемого на работу респондентов;
- не выраженностью у исследователя отношений субъективного пристрастия к кому-либо из отвечающих.

Однако анкетированию свойственны и существенные недостатки:

- отсутствие личного контакта не позволяет как, скажем, в свободном интервью изменять порядок и формулировки вопросов в зависимости от ответов или поведения респондентов;
- не всегда достаточна достоверность подобных «самоотчетов», на итоги которых влияют неосознаваемые установки и мотивы респондентов или желание их выглядеть в более выгодном свете, сознательно приукрасив реальное положение дел.

Наблюдение – это процесс, характеризующийся активностью и познавательностью. Он базируется на органах чувств, предметной деятельности человека, считается самым элементарным. Наблюдения приводят к

результатам, не опирающихся на желания, волю и чувства человека. Наблюдения информируют об отношениях, свойствах определённых и существующих реально явлений, предметов.

Сравнение способствует установлению сходств, различий явлений, предметов. Сравнение устанавливает сходства предметов, определяет их различия, выявляет общее, повторяющееся.

Измерение определяет численное значение искомой величины в её единицах измерения. Метод позволяет получить наиточнейшие сведения о мире.

Этапы исследования:

1. Установочный: состоит в выборе темы, определении основных характеристик курсовой работы и методов исследования, в поиске литературы по определённому направлению. В результате выполнения первого этапа составляются такие документы, как план исследования с указанием календарных сроков выполнения, структура дипломной работы (количество глав, параграфов, их названия), список литературы по выбранной теме.

2. Исследовательский: постановка методов исследования, этапов и организационная структура работы.

3. Обобщающий: проводится анализ полученных данных, построение диаграмм, написание выводов и рекомендаций.

## **2.2. Результаты и обсуждение**

**Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода»** поликлиническое отделение №1.

### **Результаты исследования**

1. По данным анкетирования возрастной состав исследуемых пациентов распределился следующим образом: 18-30 лет (6,3% -1 человек), 30-45 лет (18,7

% - 3 человека), 45-60 лет (43,8 % - 13 человек), старше 60 лет (31,2 % - 5 человек) (Рис. 1).

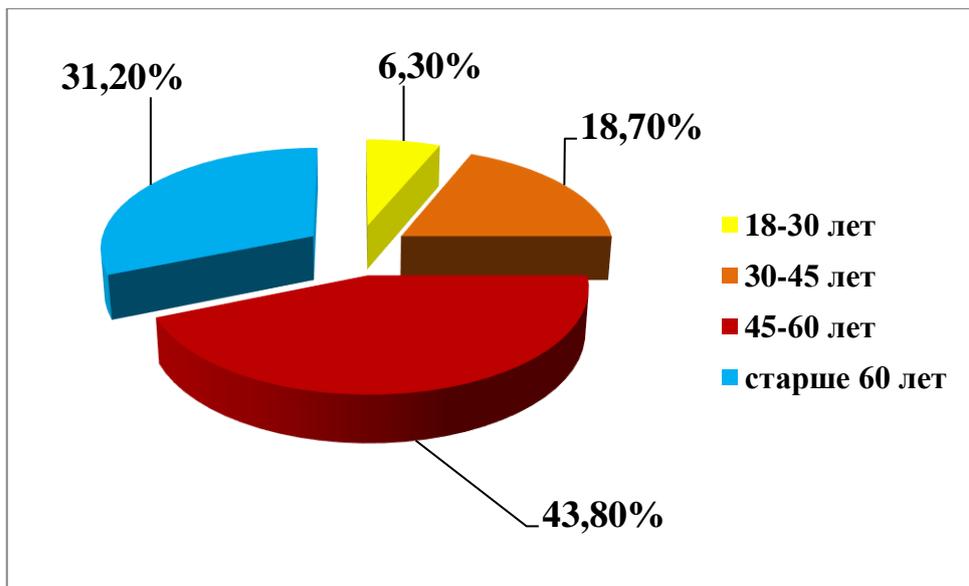


Рис. 1. Возрастной состав анкетированных пациентов

2. Пол пациентов, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику: мужчины 56,3% (13 человек), женщины 43,5% (11 человек) (Рис.2)



Рис. 2. Пол пациентов обратившихся в поликлинику

3. Состояние здоровья на момент обращения в поликлинику большинство оценивают, как удовлетворительное (56,2 % - 9 человек), остальные показатели распределились таким образом: отличное – 0 %, хорошее (12,5 % - 2 человека), плохое (31,3 % - 5 человек) (Рис. 3).

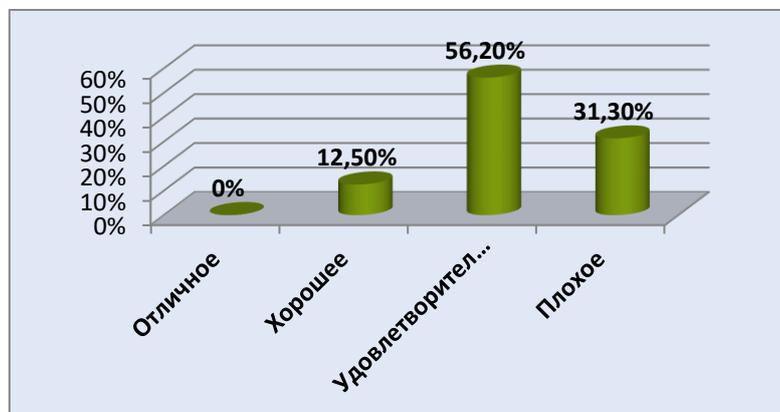


Рис. 3. Состояние здоровья пациентов на момент обращения в поликлинику

4. Что из перечисленного ниже Вас беспокоит больше всего (возможно несколько вариантов) (Рис. 4). Головная боль, головокружение – 23 человека (100 %), высокое артериальное давление – 23 человека (100 %), нарушение зрения, мелькание мушек перед глазами – 13 человек (56,5 %), шум в ушах – 11 человек (47,8 %), быстрая утомляемость – 12 человек (52,1%) (Рис. 4).



Рис. 4. Жалобы пациентов

5. Как бы Вы описали свое психоэмоциональное состояние: отчаяние – 11 человек (47,8 %), тревога – 16 человек (69,5 %), подавленность – 23 человека (100 %), другое (страх) - 16 человек (69,5 %) (Рис. 5).

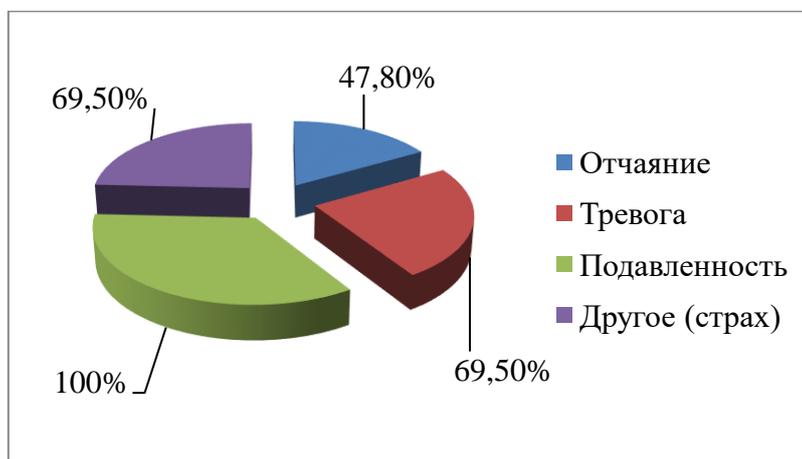


Рис.5. Психоэмоциональное состояние пациентов

6. Факторы риска, оказывающие отрицательное влияние на здоровье пациентов: курение 30,4% (7 человек), алкоголь 13,4% (3 человека), малоподвижный образ жизни 78,2% (18 человек), не рациональное питание 52,1% (12 человек), хронические заболевания 34,7% (8 человек), наследственность 8,6% (2 человека). (Рис.6).

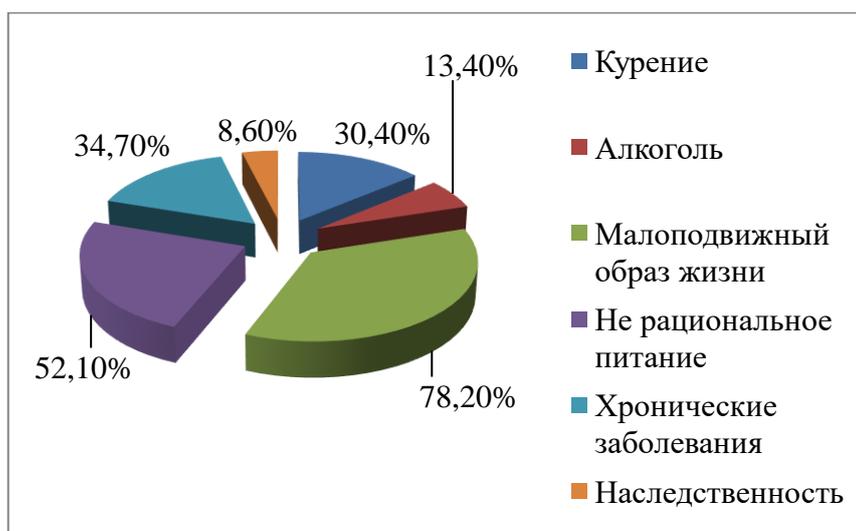


Рис. 6. Факторы риска, оказывающие отрицательное влияние на здоровье пациентов

7. Информированность о причинах возникновения заболевания: да полное – 18,7 % (5 человек), немного – 56,3 % (12 человек), не имел – 25 % (6 человек). (Рис. 7).

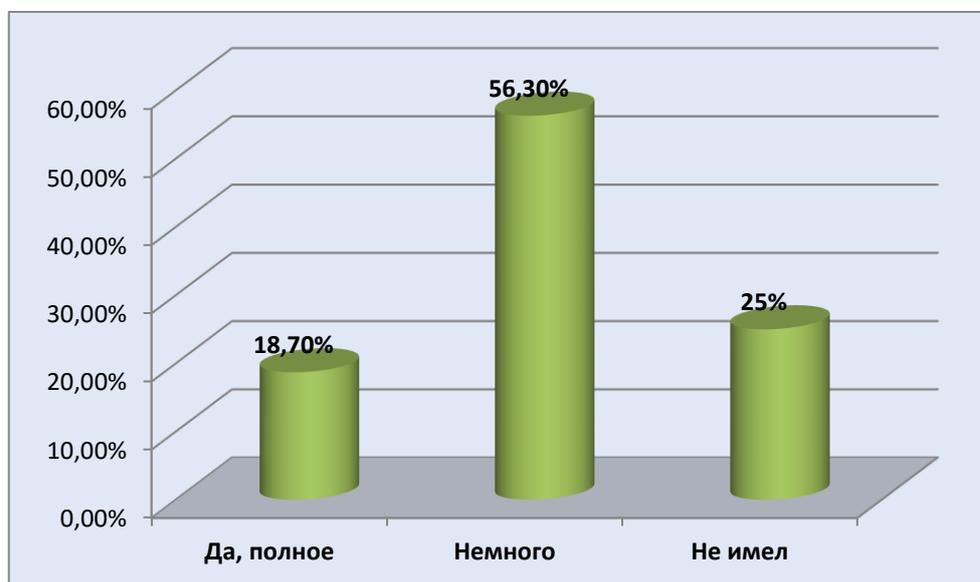


Рис. 7. Информированность о заболевании до обращения в поликлинику

8. Вы знали о том, что у Вас бывает повышенное давление? Да – 53% (12 человек), нет – 47% (11 человек). (Рис. 8).

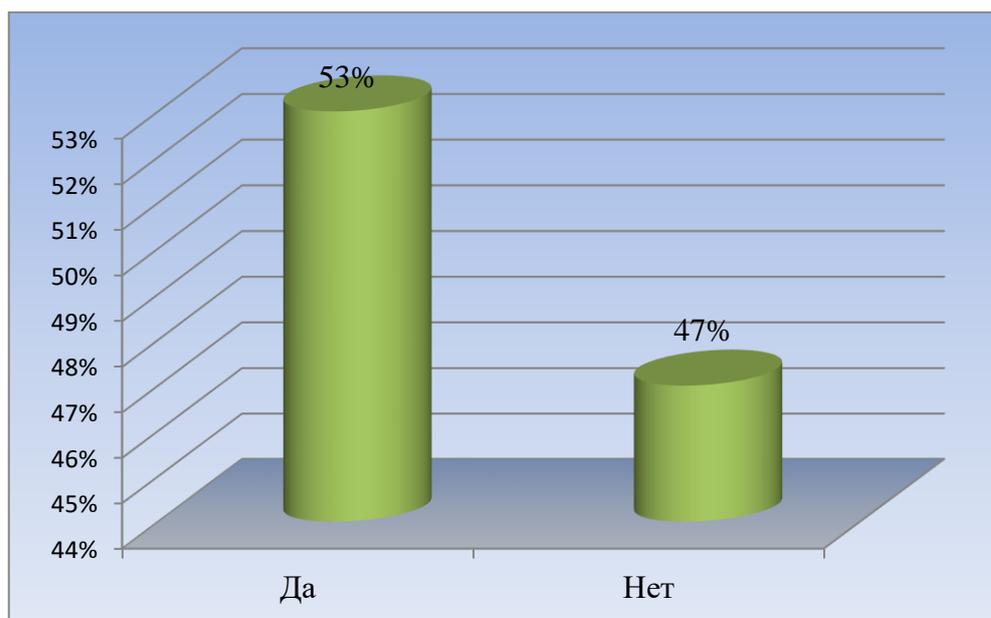


Рис. 8. Осведомленность о наличии заболевания

9. Умение самостоятельно пользоваться аппаратом для измерения артериального давления: умеют пользоваться 53% (12 человек), не умеют пользоваться 47% (11 человек). (Рис.9)

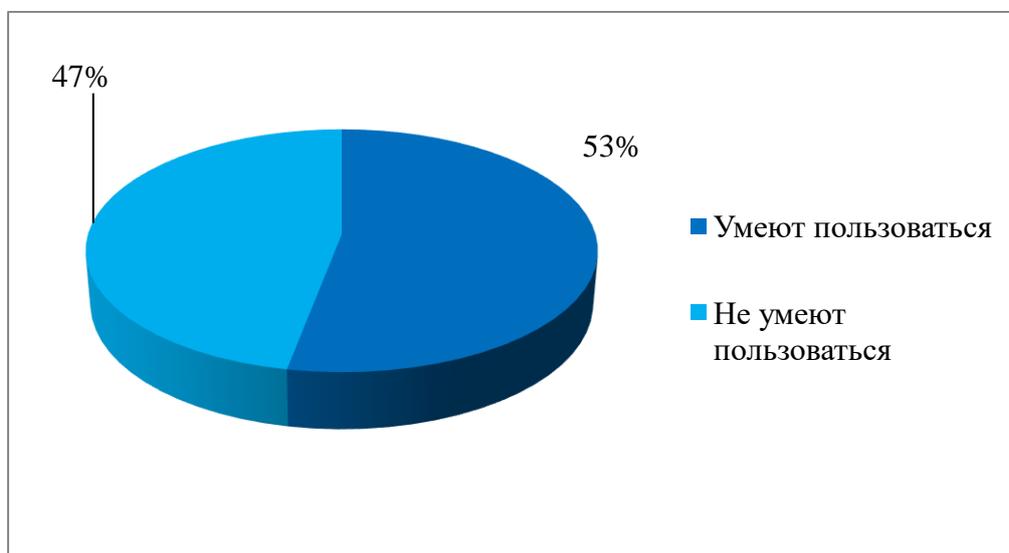


Рис. 9. Умение самостоятельного контроля артериального давления

10. Частота самоконтроля артериального давления: часто 21,7% (5 человек), редко 30,4% (7 человек), никогда (47,8%) 11 человек (Рис.10).

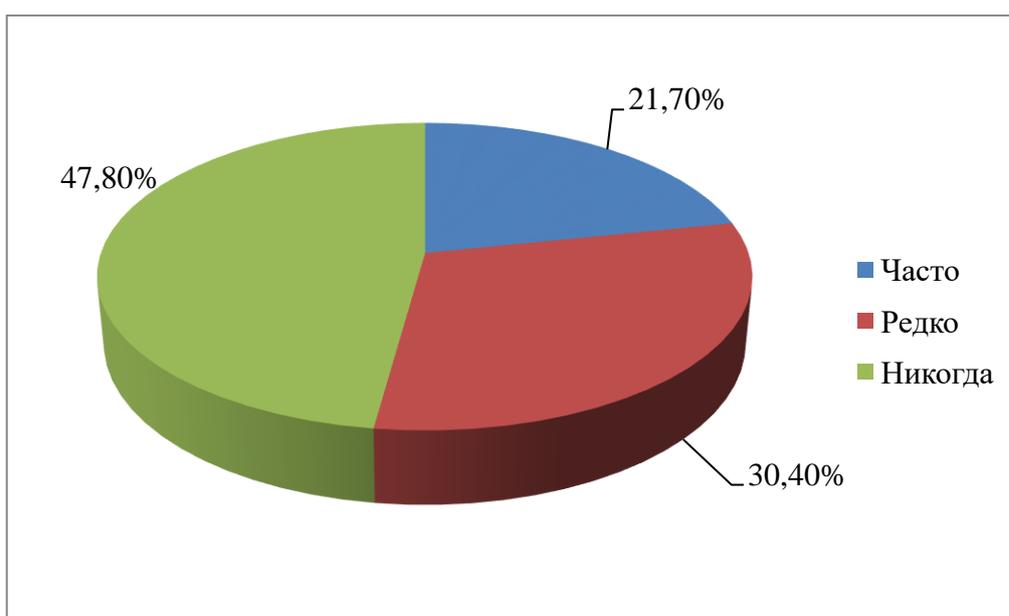


Рис. 10. Частота самостоятельного контроля артериального давления

11. Принимаете ли Вы медикаментозные препараты для снижения повышенного давления? Да – 47% (11 человек), нет – 53% (12 человек). (Рис. 11)

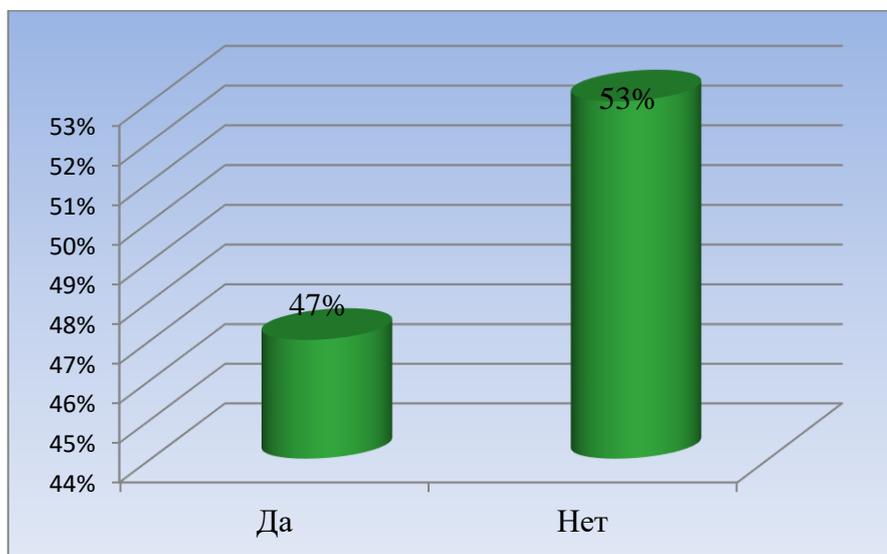


Рис. 11 Прием лекарственных средств, для снижения артериального давления

11. На вопрос: «Обращались ли Вы за дополнительной информацией о Вашем заболевании к медицинской сестре» были ли получены следующие данные: да – 23 человека (100%), нет – 0% (Рис. 11).

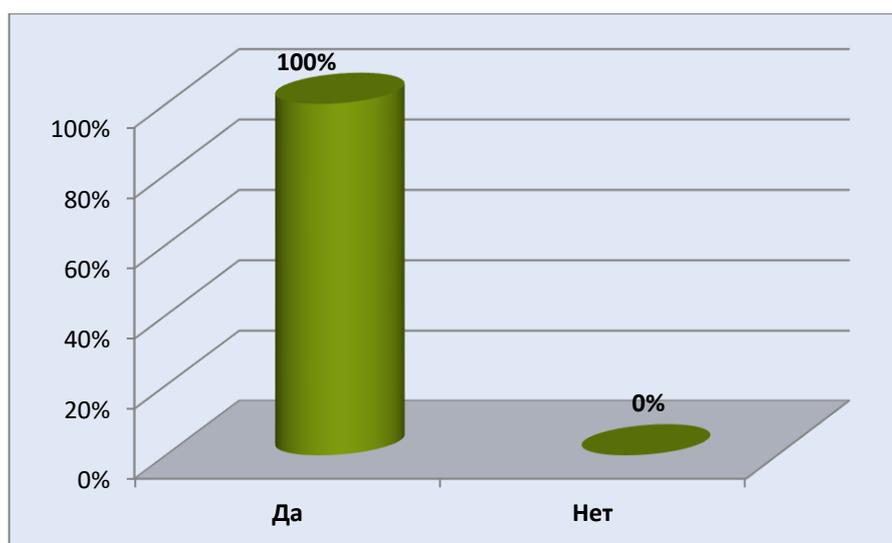


Рис. 11. Обращение за дополнительной информацией о своем заболевании к медицинским сестрам

12. На вопрос: «Получили ли Вы ответы на вопросы, которые задали медицинской сестре» были получены следующие данные: да – 56,2 % (12 человек), не полностью – 31,2 % (7 человек), нет – 12,5 % (4 человека). (Рис. 12).

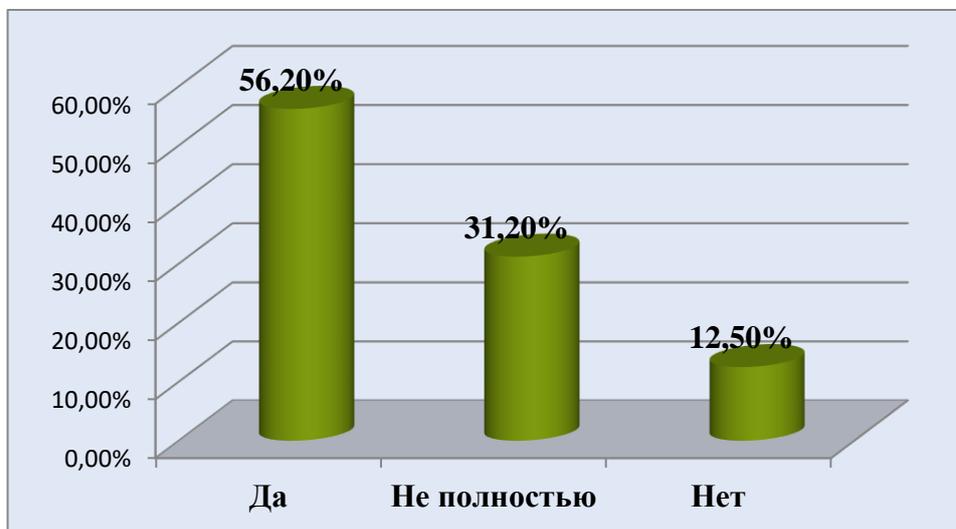


Рис. 12. «Получили ли Вы ответы на вопросы, которые задали медицинской сестре»

13. Оценка качества сестринской помощи, оказываемую при обращении в поликлинику, по данным анкетирования: отлично – 7 человек (30,4 %), хорошо – 10 человек (43,4 %), удовлетворительно – 6 человека (26 %), плохо – 0 человек. (Рис. 13).

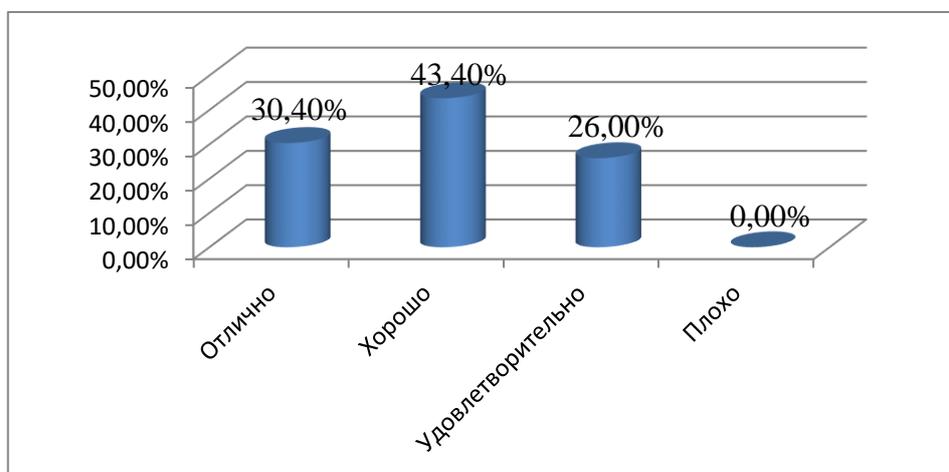


Рис.13. Качество сестринской помощи, оказываемой при обращении пациентов в поликлинику

14. На вопрос: «Возникали ли трудности во взаимопонимании со средним медицинским персоналом» пациенты ответили. (Рис. 14):

- Нет, не возникали – 8 человек (50 %),
- Возникали редко – 5 человек (31,2 %),
- Возникали довольно часто – 3 человека (18,7 %).



Рис. 14. Трудности во взаимопонимании со средним медицинским персоналом

15. На вопрос: «Если трудности возникали, удавалось ли найти совместное решение» пациенты ответили: Да, сразу – 6 человек (37,5 %), Да, через некоторое время – 10 человек (62,5 %), Нет (0 %) (Рис. 15).

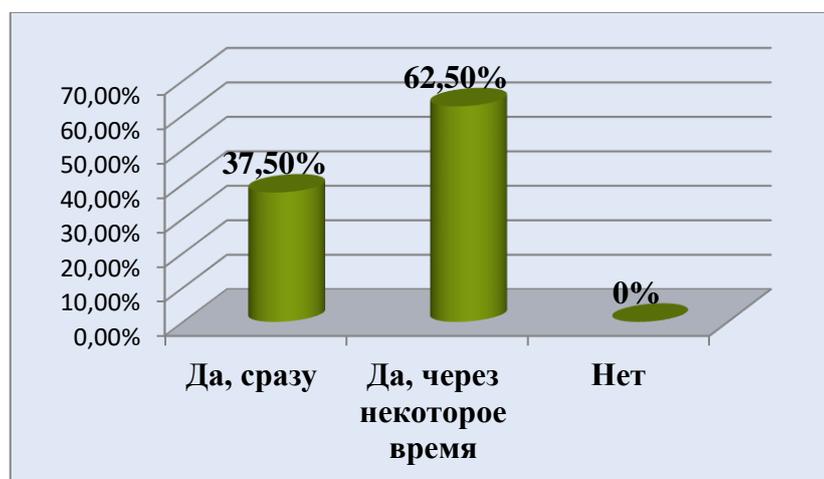


Рис.15. «Если трудности возникали, удавалось ли найти совместное решение»

16. На вопрос: «Вы удовлетворены компетентностью (профессионализмом) медсестер?» были получены следующие данные: Да – 18 человек (78,2 %), Нет – 5 человека (21,7 %) (Рис. 16).

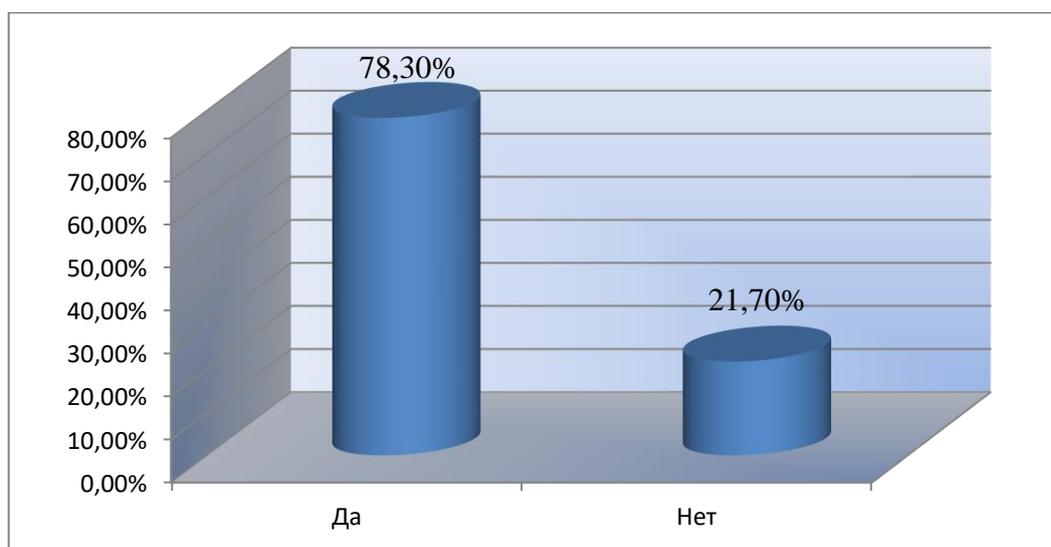


Рис.16. «Вы удовлетворены компетентностью (профессионализмом) медсестер?»

17. На вопрос: «Вы удовлетворены правилами приема поликлиники?» был получены следующие данные: Да – 15 человек (62,5 %), Нет – 7 человек (37,5 %) (Рис. 17).

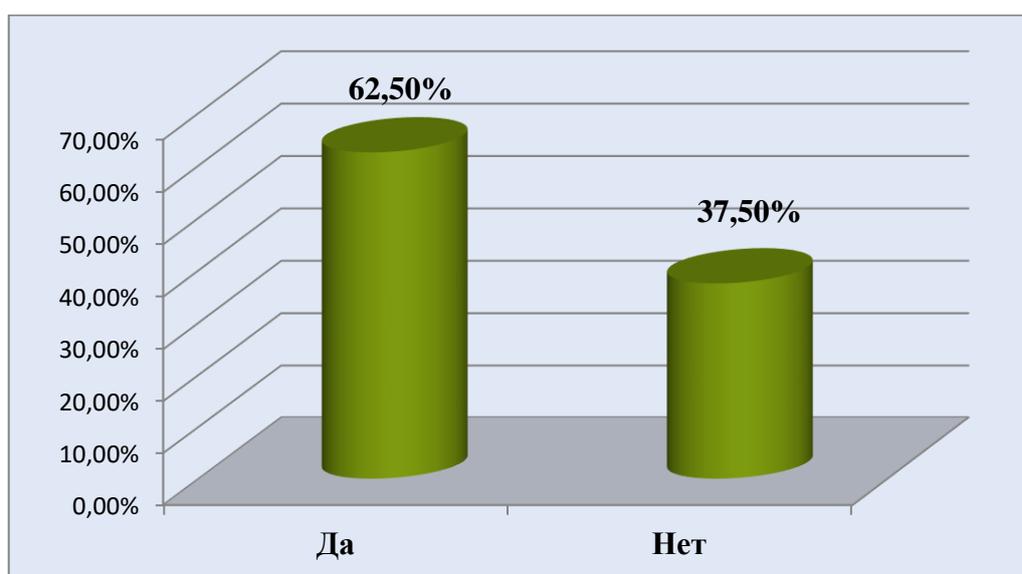


Рис.17. «Вы удовлетворены правилами приема поликлиники?»

18. На вопрос: «Как Вы в целом оцениваете работу медицинских сестер» были получены следующие данные: отличное – 5 человек (21,7 %), хорошее – 15 человек (65,2 %), удовлетворительное – 3 человека (13 %) (Рис. 18).

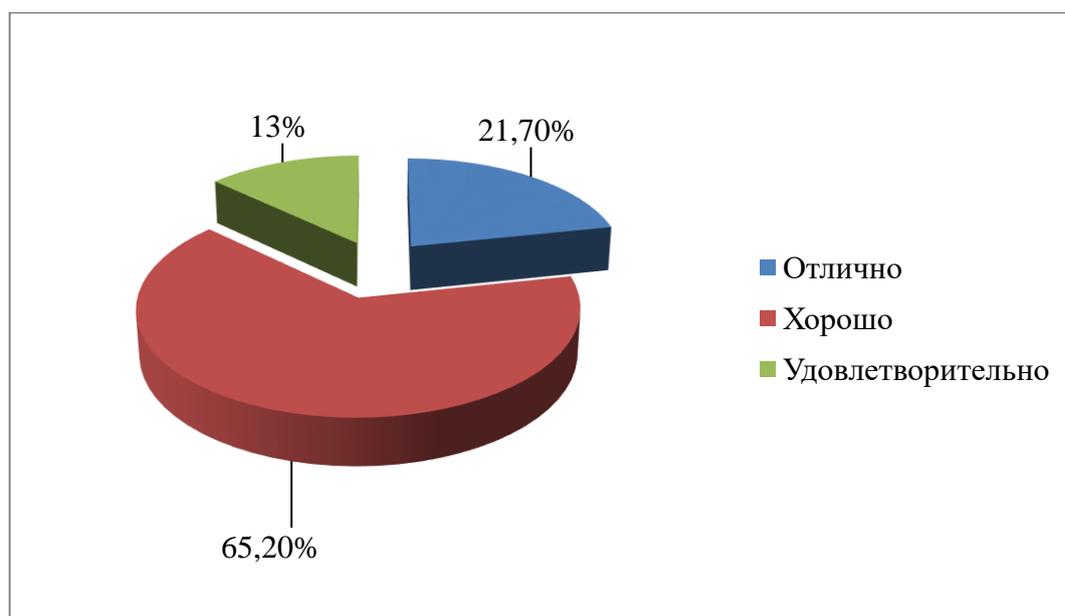


Рис. 18. «Как Вы в целом оцениваете работу медицинских сестер»

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. По данным анкетирования возрастной состав исследуемых пациентов распределился следующим образом: 18-30 лет (1 человек – 6,3 %), 30-45 лет (3 человека – 18,7 %), 45-60 лет (13 человек – 43,8 %), старше 60 лет (5 человек – 31,2 %).

2. Из анкеты видно, что с артериальной гипертензией в поликлинику за медицинской помощью обратилось 56,5 % мужчин (13 человек), 43,5% (11 человек). Это объясняется отсутствием у мужчин женских гормонов, которые оберегают женщин от этого заболевания.

3. Состояние здоровья на момент обращения в поликлинику большинство оценивают, как удовлетворительное (12 человек - 56,2 %), остальные показатели распределились таким образом: отличное – 0 %, хорошее – 4 человека (12,5 %), плохое – 7 человек (31,3 %).

4. При обращении пациенты испытывали отчаяние (47,8 %), тревогу (69,5 %), подавленность (100 %), другое (страх) (69,5 %).

Имели жалобы на головную боль, головокружение, высокое артериальное давление - (100%), быструю утомляемость - (52%), больше половины пациентов жаловались на нарушение зрения мелькание мушек перед глазами – (56,6%), шум в ушах – 47,8%.

5. В ходе анкетирования респонденты отметили факторы риска, оказывающие отрицательное влияние на их здоровье, из которых: курение 30,4% (7 человек), алкоголь 13,4% (3 человека), малоподвижный образ жизни 78,2% (18 человек), не рациональное питание 52,1% (12 человек), хронические заболевания 34,7% (8 человек), наследственность 8,6% (2 человека).

6. Информацию о причинах возникновения заболевания до обращения к специалисту не имели 25 % пациентов, а 75 % знали какую - то информацию о своем заболевании.

На вопрос: Вы знали о том, что у Вас бывает повышенное давление? Почти половина опрошенных не догадывалась о наличии у них артериальной гипертензии. Да – 53% (12 человек), нет – 47% (11 человек).

7. В ходе анкетирования, было выявлено, что почти половина опрошенных не умеет пользоваться аппаратом для измерения артериального давления. Из которых 53% (12 человек) умеют пользоваться, 47% (11 человек) не владеют навыками пользования тонометром.

8. На вопрос: как часто респонденты самостоятельно измеряют показатели артериального давления, ответы распределились следующим образом: ежедневно 5 человек (21,7%), редко 7 человек (30,4%), никогда 11 человек (47,8%). Это свидетельствует о том, что почти половина пациентов не связывает ухудшение своего состояния с повышенным артериальным давлением, и только на этапе обследования выявляются данные отклонения.

Менее половины опрошенных пациентов принимают медицинские препараты для снижения повышенного давления. Да – 47% (11 человек), нет – 53% (12 человек).

9. Все пациенты обращались за информацией о заболевании к медицинским сестрам. При этом лишь у 56,2 % были даны ответы на

интересующие их вопросы, а остальные пациенты (43,7 %) либо не полностью получали информацию, либо вообще не получали.

10. Профессионализмом медицинских сестер удовлетворены – 78,3 % пациентов. В целом правилами приема в поликлинике удовлетворены – 62,5 % пациентов.

11. В целом работу медицинских сестер оценили, как хорошую.

12. Пожелания пациентов по улучшению качества работы медицинских сестер: повышение профессионализма, улучшение личностных качеств медицинских сестер, повышение знаний по вопросам данного профиля, улучшение материального обеспечения медицинских работников.

13. 50 % пациентов имели трудности в общении с медицинскими сестрами. Проблемные ситуации разрешались сразу же у 37,5 % пациентов, у 62,5 % - лишь через какое – то время спустя. Качество сестринской помощи оказываемой при поступлении в поликлинику пациенты оценивают, как хорошую.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериальная гипертензия – это самое распространенное заболевание в мире, характеризуется стойким повышением давления выше 140/90 мм рт.ст. Артериальная гипертензия развивается вследствие перенапряжения психической деятельности под влиянием воздействия психоэмоциональных факторов, вызывающих нарушение корковой и подкорковой регуляции вазомоторной системы и гормональных механизмов контроля АД. Эксперты ВОЗ выделяют ряд факторов риска распространения артериальной гипертензии: возраст, пол, малоподвижный образ жизни, потребление с пищей поваренной соли, злоупотребление алкоголем, гипокальциевая диета, курение, сахарный диабет, ожирение, повышенный уровень атерогенных ЛП и триглицеридов, наследственность и др.

Артериальная гипертензия имеет несколько классификаций: в зависимости от стадий, степеней, групп риска.

Клинически проявляется головной болью на затылке или в области лба, головокружением, иногда возможны шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, общую слабость.

Диагностика заключается в сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни, осмотре больного, а также проведении лабораторных (клинический анализ мочи, крови, биохимический анализ крови) и инструментальных (ЭКГ, Рентген органов грудной клетки, УЗИ) методов исследования.

Среди осложнений можно выделить следующие: инсульт, инфаркт, нарушение зрения, сердечная и почечная недостаточность.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. В рамках сестринских вмешательств при гипертензии медсестре следует провести с пациентом и/или его родственниками беседу о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений или обострений. Она должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных

препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности.

Сестринский уход за пациентами с артериальными гипертензиями состоит в следующем:

1. Регулярный контроль артериального давления, пульса, ЧДД.
2. Медицинская сестра должна следить за общим состоянием больного.
3. Медицинская сестра должна сообщать врачу о всех сопутствующих заболеваниях пациента, для точного назначения препаратов.
4. Следить за регулярностью приёма лекарств больным.
5. Медицинская сестра обязана расспрашивать пациента о его самочувствии после приёма нового препарата.
6. Следить за тем, чтобы пациент соблюдал диету.
7. Медицинская сестра обязана помочь больному и его родственникам скорректировать нагрузку на больного так, чтобы пациент не подвергался стрессам и нервному напряжению.
8. Делать с больным лечебную гимнастику, проводить занятия на тренажерах, гулять.
9. Объяснить родственникам о необходимости регулярного анализа содержания холестерина, калия, креатинина и глюкозы. И разъяснить, что будет, если не следить за этими анализами.

Таким образом, уход медицинской сестрой за больным включает разнообразные мероприятия по медицинскому обслуживанию пациента: гигиенические процедуры, кормление, помощь при физиологических отправлениях, подготовку к лечебно-диагностическим манипуляциям и др. Все это позволяет улучшить физическое и психическое состояние пациента, способствует эффективному лечению и быстрому выздоровлению.

## ВЫВОДЫ

Цель исследовательской работы можно считать достигнутой, так как в полной мере раскрыты поставленные для этой задачи:

1. Дана характеристика артериальной гипертензии, а именно указано определение, подробно расписаны классификации болезни, в том числе степени, стадии, факторы риска и их стратификация. Наглядно, таблицы по стратификации риска и отдельно факторам риска представлены в приложении 1.

2. Изучены современные особенности лечения и профилактики при артериальной гипертензии, в том числе рассмотрены особенности сестринского ухода и медицинской помощи таким пациентам.

3. Проанализирована организация сестринского ухода за пациентами с артериальной гипертензией на базе ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода» Поликлиническое отделение №1.

4. Выводы и рекомендации по проведенному исследованию.

### **Рекомендации:**

1. Необходимо повышение квалификации средних медицинских работников по вопросам заболевания («Артериальной гипертензии и сопутствующей патологии») и связанных с ним особенностей, так же по вопросам этики и деонтологии общения с пациентами и особенностями общения с больными онкологического профиля.

2. Необходимо проводить беседы с пациентами о их заболевании, методах профилактики, питании, образе жизни.

3. Необходимо так организовывать сестринский процесс, чтобы удалось решить наиболее важные проблемы пациентов с артериальных гипертензий, что будет способствовать улучшению качества жизни.

5. Разработаны практические рекомендации для пациентов с артериальной гипертензией, которые так же указаны в приложении 2.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бычков, А.А. Диагностический справочник [Текст] / А.А. Бычков. – М.: «Феникс» 2013. - 325 с.
2. Дворецкий, Л.И. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Текст] / Л.И. Дворецкий. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 468 с.
3. Корягина, Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода / Н.Ю. Корягина, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОТАР – Медия, 2015. – 464 с.
4. Кобалав, Ж.Д. Пропедевтика внутренних болезней. Ключевые моменты / Ж.Д. Кобалов, В.С. Моисеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 400 с.
5. Клинические рекомендации / Диагностика и лечение артериальной гипертензии . – 2013. – 7- [Электронный источник] Режим доступа: - [http://cardioweb.ru/files/Klinicheskie\\_rekomendacii/Diagnostika\\_i\\_lechenie\\_arterialnoj\\_gipertonii.docx](http://cardioweb.ru/files/Klinicheskie_rekomendacii/Diagnostika_i_lechenie_arterialnoj_gipertonii.docx) 13 с. (Дата обращения 24.03.2016).
6. Лычев, В.Г. Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: – учебное методическое пособие / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - М.: Форум инфра, 2014. – 384 с.
7. Макаревич, А.Э. Внутренние болезни. В 3 томах. Том 2 / А.Э. Макаревич. – М.: Вышэйшая школа, 2014. - 448 с.
8. Маколкин, В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко. – М.: Медицина, 2013. - 592 с.
9. Маколкин, В.И. Сестринское дело в терапии / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенов. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2015. – 544 с.
10. Мухин, Н.А. Пропедевтика внутренних болезней / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 848 с.
11. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп. / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013. – 368 с.

12. Мухина, С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. / С.А. Мухина, И.И. Тарновская . - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 512 с.
13. Научно-практический рецензируемый журнал / Кардиологический вестник. - 2014. - №1. - 4 с.
14. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. / Т.П. Обуховец, Т.А. Скляр, О.В. Чернова. - Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 552с.
15. Островская, И.В. Основы сестринского дела: Учебник / И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 320 с.
16. Осложнения артериальной гипертензии [Электронный источник] Режим доступа: - <http://medtravel.ru/cardiology/hypertensioncomplications/>
17. Подзолков, В.И. Внутренние болезни[Текст]. Руководство к практическим занятиям по факультетской терапии / В.И. Подзолков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с.
18. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» / Р.Г. Сединкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 272 с.
19. Сестринский процесс при артериальной гипертензии [Электронный источник] Режим доступа: - <http://sestrinskoe-delo.ru/sestrinskoe-delo-v-terapii/sestrinskiy-protsess-pri-gipertonicheskoy-bolezni> (Дата обращения 24.03.2016).
20. Шапкин, В.Е. Справочник по терапии с основами реабилитации / В.Е. Шапкин, А.А. Заздравнов, Л.Н. - М.: –Феникс, 2013. - 275 с.
21. Шуленин, С.Н. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней / С.Н. Шуленин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2013. - 256 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

Таблица 1

Стратификация риска у больных артериальной гипертонией

Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания	Артериальное давление (ммрт.ст.)		
	АГ 1 степени САД 140-159 или ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 или ДАД 100-109	АГ 3 степени САД $\geq 180$ или ДАД $\geq 110$
Других факторов риска нет	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск
3 и более факторов риска	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ССЗ, ЦВБ, ХБП $\geq 4$ ст. или СД с ПОМ или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Таблица 2

Факторы риска, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

Факторы риска
Мужской пол
Возраст ( $\geq 55$ лет у мужчин, $\geq 65$ лет у женщин)
Курение
Дислипидемии (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена)
Общий холестерин $>4,9$ ммоль/л (190 мг/дл) и/или
Холестерин липопротеинов низкой плотности $>3,0$ ммоль/л (115 мг/дл) и/или
Холестерин липопротеинов высокой плотности у мужчин $<1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин $<1,2$ ммоль/л (46 мг/дл)
Триглицериды $>1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)
Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (101–125 мг/дл)
Нарушение толерантности к глюкозе 7,8 - 11,0 ммоль/л
Ожирение (ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> )
Абдоминальное ожирение (окружность талии: $\geq 102$ см у мужчин, $\geq 88$ см у женщин) (для лиц европейской расы)
Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний ( $<55$ лет у мужчин, $<65$ лет у женщин)
Субклиническое поражение органов-мишеней
Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) $\geq 60$ мм рт.ст.

Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона $SV_1+RV_{5-6}>35$ мм; Корнельский показатель ( $R_{AVL}+SV_3$ ) $\geq 20$ мм для женщин, ( $R_{AVL}+SV_3$ ) $\geq 28$ мм для мужчин; Корнельское произведение ( $R_{AVL}+SV_3$ ) мм x QRS мс $> 2440$ мм x мс
Эхокардиографические признаки ГЛЖ [индекс ММЛЖ: $>115$ г/м <sup>2</sup> у мужчин, $>95$ г/м <sup>2</sup> у женщин (ППТ)]
Утолщение стенки сонных артерий (комплекс интима-медиа $\geq 0,9$ мм) или бляшка в брахиоцефальных/почечных/подвздошно-бедренных артериях
Скорость пульсовой волны («каротидно-фemorальной») $>10$ м/сек
Лодыжечно-плечевой индекс систолического давления $< 0,9$
ХБП 3 стадии с рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (MDRD-формула) или низкий клиренс креатинина $<60$ мл/мин (формула Кокрофта-Гаулта) или рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (формула СКD-EPI)
Микроальбуминурия (30–300 мг/л) или отношение альбумина к креатину (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи)
Сахарный диабет
Глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) при двух измерениях подряд и/или HbA1c $>7\%$ (53 ммоль/моль) и/или
Глюкоза плазмы после нагрузки $\geq 11,1$ ммоль/л (198 мг/дл)
Сердечно-сосудистые, цереброваскулярные или почечные заболевания
Цереброваскулярная болезнь: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака
ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ
Сердечная недостаточность (2-3 стадии по Василенко-Стражеско)
Клинически значимое поражение периферических артерий
ХБП 4 стадии срСКФ $<30$ мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> ; протеинурия ( $>300$ мг в сутки)
Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва

## Практические рекомендации пациентам с АГ

Рекомендации пациентам, страдающим от повышенного давления

1. Диета для пациентов с АГ.
2. Физическая активность.
3. Листы самоконтроля АД и ЧСС
4. Тест SCORE

1. Специальная диета.

Для больных с повышенным артериальным давлением разработана специальная диета №10. Подобной диеты должны придерживаться все, кто страдает артериальной гипертензией.

Она подразумевает ограничение поваренной соли до 6 — 8 г/сут (3 — 4 г в продуктах и 3 — 4 г добавляется в пищу), свободной жидкости до 1,2 л (включая супы, кисели и т.д.), животных жиров, с заменой их на растительные, включение в рацион продуктов, богатых клеточными оболочками (овощи, фрукты, злаки), витаминами, ионами калия, кальция, магния. Энергетическая ценность не должна превышать 2600 ккал/сут.

Всем больным артериальной гипертензией, у которых вес тела превышает 15% от идеального, показано похудание. Считается, что уменьшение избыточной массы тела на 1 кг ведет к снижению АД в среднем на 2 мм рт. ст.

Индекс массы тела (ИМТ):

$$\text{ИМТ} = \text{Вес кг} : (\text{рост м})^2$$

Нормальный ИМТ — от 18,5 до 25. ИМТ более 25 означает избыточный вес или ожирение.

2. Физическая активность.

Регулярные физические тренировки в целом оказывают благоприятное влияние на течение ГБ. Они позволяют контролировать МТ, повышают адаптационные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, предотвращая чрезмерную активацию САС, увеличение сердечного выброса и ОПСС в ответ на обычные стрессовые ситуации. В результате снижается не только уровень АД, но и риск развития осложнений АГ.

Показаны умеренные динамические физические нагрузки, не связанные со статическим напряжением или чрезмерным психоэмоциональным возбуждением (например, участие в спортивных соревнованиях). Целесообразно постепенное медленное наращивание объема физических нагрузок, желательно под контролем основных гемодинамических показателей (ЧСС, системное АД и др.). Продолжительность физической нагрузки в большинстве случаев не должна превышать 30–60 мин 2–3 раза в неделю. Оптимальным является участие больных ГБ в занятиях, организуемых в специальных реабилитационных центрах, которые могут обеспечить должный врачебный контроль за состоянием пациентов и индивидуальный подбор наиболее приемлемой тренировочной программы.

Золотым стандартом лечения ГБ является уникальная методика профессора А.А. Ачилова. На данный момент она превосходит все существующие в мире способы консервативного лечения больных с сердечно-сосудистой патологией. Суть методики заключается в том, что используется определенный режим двигательной активности — «Каждого больного во время выполнения упражнений мы тестируем – сначала уровень разгрузки определяем, а потом его рекомендуем». Здесь движения подобраны так, что до 80% нагрузки с сердца берет на себя мышечная система. Расширяются сосуды, образуются новые капилляры, в 4 раза увеличивается емкость сердечно-сосудистой системы. При этом системный кровоток постепенно увеличивается и кровообмен на уровне капилляров тканей органов и систем по сравнению с исходным состоянием (в последующем) увеличивается до 1500 – 4000 раз в сутки и более. Ежедневная дозированная гимнастика и физическая активность способствует восстановлению и сохранению резервной и общей обменной поверхности капилляров, достоверно стимулируя развитие новых капилляров — ангионеогенез. Подбор и обучение режима двигательной активности больному и динамическое наблюдение занимает период до 2-х – 3-х недель. Перед выполнением сеанса физических разгрузочных упражнений больному проводится сеанс низкоинтенсивной лазерной терапии и искусственно в организме создается благоприятное метеоусловие для устранения метеозависимости и болевых ощущений, а также для повышения выносливости к физической активности. Курс лечения состоит из 10 или 15 процедур.

### 3. Листы самоконтроля АД и ЧСС.

#### Правила измерения артериального давления

Перед процедурой измерения необходимо воздержаться от употребления алкоголя и напитков, содержащих кофеин (чай, кофе, кола), до измерения АД не курить в течение 30 минут.

Измерять АД необходимо очень аккуратно, в покое, через 10 минут после прекращения физической нагрузки, т.е. начинать измерение, когда пациент сидит с наложенной манжетой на плече 10 минут.

Желательно измерения проводить на одной и той же руке, выбирать руку с большим уровнем АД (при разнице в цифрах АД), в одном и том же положении тела, лучше сидя. При использовании механического аппарата для измерения АД руку удобно расположить на столе, при этом плечо должно располагаться на уровне сердца, ладонь развернута кверху. Манжета прибора крепится, плотно облекая плечо, нижний ее край должен располагаться на 2 см выше внутреннего локтевого сгиба. При использовании автоматических аппаратов рекомендовано изучить инструкцию к прибору.

Больному артериальной гипертензией целесообразно вести дневник контроля АД. Ценны любые усилия со стороны больного. Хотя бы несколько дней (6-12 дней) необходимо следить за динамикой АД; измерять его несколько раз в день в определенные часы. Контролировать уровень АД необходимо через 4 часа, исключая ночное время.

Особенно важно измерять АД утром. Эта информация особенно важна для подбора адекватной дозы лекарственного препарата, кратности и времени приема препарата. Важно отмечать имеющийся пульс. Его считают на лучевой артерии предплечья в покое в течение 15 секунд, затем полученную цифру умножают на 4.

Характер трудовой деятельности и самочувствие (жалобы), диета, принимаемое лечение все показатели жизни больного, зафиксированные в дневнике, позволяют правильно корректировать лечение.

Анкета

1. Укажите Ваш возраст:
  - А. 18-30 лет
  - Б. 30-45 лет
  - В. 45-60 лет
  - Г. Старше 60 лет
2. Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья на момент поступления в больницу (обведите одну букву):
  - А. Отличное
  - Б. Хорошее
  - В. Удовлетворительное
  - Г. Плохое
3. Что из перечисленного ниже Вас беспокоит больше всего (возможно несколько вариантов)
  - А. Головная боль, головокружение
  - Б. Высокое артериальное давление
  - В. Нарушение зрения, мелькание мушек перед глазами
  - Г. Шум в ушах
  - Д. Быстрая утомляемость
4. Как бы Вы описали свое психоэмоциональное состояние:
  - А. отчаяние
  - Б. тревога
  - В. подавленность
  - Г. другое (страх)
5. Укажите факторы риска, оказывающие отрицательное влияние на Ваше здоровье:
  - А. курение
  - Б. алкоголь
  - В. малоподвижный образ жизни
  - Г. не рациональное питание
  - Д. хронические заболевания
  - Е. наследственность
6. Известны ли Вам причины возникновения артериальной гипертонии:
  - А. да полное
  - Б. немного
  - В. не имел
7. Умеете ли Вы самостоятельно пользоваться аппаратом для измерения артериального давления:
  - А. умею пользоваться
  - Б. не умеют пользоваться
8. Как часто Вы производите самоконтроль артериального давления:

- А. Часто
  - Б. Редко
  - В. Никогда
9. Обращались ли Вы за дополнительной информацией о Вашем заболевании к медицинской сестре»:
- А. да
  - Б. нет
10. Получили ли Вы ответы на вопросы, которые задали медицинской сестре:
- А. да
  - Б. не полностью
  - В. нет
11. Оцените качество сестринской помощи, оказываемую при обращении в поликлинику:
- А. отлично
  - Б. хорошо
  - В. удовлетворительно
  - Г. плохо
12. Возникали ли трудности во взаимопонимании со средним медицинским персоналом:
- А. Нет, не возникали
  - Б. Возникали редко
  - В. Возникали довольно часто
13. Если трудности возникали, удавалось ли найти совместное решение:
- А. Да
  - Б. Да, через некоторое время
  - В. Нет
14. Вы удовлетворены компетентностью (профессионализмом) медсестер?:
- А. Да
  - Б. Нет
15. Вы удовлетворены правилами приема поликлиники?
- А. Да
  - Б. Нет
16. Как Вы в целом оцениваете работу медицинских сестер:
- А. отличное
  - Б. хорошее
  - В. удовлетворительное
17. Ваши пожелания по улучшению сестринской помощи в отделении:
- 
- 

Спасибо Вам за участие в анкетировании. Ваши ответы очень важны для нас.  
Желаем Вам скорейшего выздоровления!