Министерство здравоохранения Пензенской области
ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Выпускная квалификационная работа
по специальности 34.02.01 Сестринское дело

Выполнила: *Попова Виктория Александровна. Гр. 043*

Руководитель: *Пигузова Наталья Николаевна, преподаватель высшей квалификационной категории*

Рецензент: *Красикова Ольга Федоровна, врач высшей квалификационной категории, заведующая I терапевтическим отделением ГБУЗ «Кузнецкая МРБ»*

Работа защищена с оценкой_____

Дата защиты «_____»_____2023 год

Кузнецк, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....3-6
Глава 1. Теоретические аспекты изучения роли медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью.....7-22
1.1 Понятие «Болезнь».....7-9
1.2 Понятие «Доврачебная медицинская помощь».....9-10
1.3 Понятие «Гипертоническая болезнь».....10-16
1.4 Роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью.....16-22
Глава 2. Экспериментальное исследование.....23-29
2.1 Описание и результаты исследования.....23-29
Заключение.....30-32
Список используемой литературы.....33
Приложения.....34-38

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) определяется ее высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения [1].

Гипертоническая болезнь является широко распространённой в мире эпидемией, поражающей страны, с напряжённым нервно-эмоциональным жизненным фоном. Распространённость гипертонии чрезвычайно велика. В мире ежегодно 7 млн. человек умирают и 15 млн. страдают из-за высокого артериального давления или гипертонии. Это наиболее значимый фактор риска смерти в мире.

Более 50% людей в возрасте свыше 60 лет имеют повышенное артериальное давление. Примерно 12% из их числа находится под медицинским контролем, а около 45% не знают, что они имеют высокие цифры артериального давления.

Гипертоническая болезнь - это хроническое заболевание, относящееся к болезням системы кровообращения и сопровождающееся стойким повышением артериального давления выше допустимых пределов (систолическое давление выше 140 мм рт. ст. и диастолическое давление выше 90 мм рт. ст.).

Артериальное давление чаще повышается у людей, злоупотребляющих солёной, жирной пищей, алкоголем, при стрессовых ситуациях, повышении уровня холестерина, курении, низкой физической активности, отягощённой наследственности. Лица с повышенным артериальным давлением употребляют с пищей в 3 раза больше поваренной соли, чем люди с нормальным давлением.

Выкуриваемая сигарета может вызвать подъём артериального давления на 10-30 мм рт. ст. Давление возрастает при увеличении массы тела: лишний килограмм повышает давление на 1-3 мм рт. ст. К повышению артериального давления может привести высокий уровень холестерина крови (более 5,0 ммоль/л). У лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, риск развития артериальной гипертонии на 20-50% выше, чем у тех, кто занимаются физическими упражнениями.

Многие люди подвержены стрессовым влияниям в повседневной жизни, на работе, в семье. Эти факторы способствуют повышению артериального давления, переходу болезни в тяжёлую форму.

Стабильное повышение артериального давления впервые может быть выявлено в любом возрасте. У пожилых выявляется гораздо чаще, чем у молодых людей. У лиц 20-30 лет повышенное артериальное давление выявляют у каждого десятого человека, у лиц 40-50 лет — у каждого пятого, среди людей старше 60 лет двое из трёх имеют повышенное артериальное давление.

Болезни системы кровообращения занимают ведущее место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых странах мира, в том числе и в России. В нашей стране болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности.

А болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, занимают лидирующее место среди болезней системы кровообращения.

Широкая распространённость заболеваний системы кровообращения, в том числе болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, среди населения нашей страны обосновывают чрезвычайную актуальность этой проблемы и необходимость решения вопросов профилактики, выявления факторов риска, лечения и реабилитации больных.

С 2005 года во всем мире во вторую субботу мая по инициативе Всемирной организации здравоохранения в тесном сотрудничестве со Всемирной Лигой борьбы с гипертонией и Международным обществом гипертонии официально отмечается Всемирный День борьбы с артериальной гипертонией.

Целью проведения Дня является доведение информации до широких кругов общественности об опасности данного патологического состояния и серьёзности его медицинских осложнений, а также повышение знаний о методах профилактики и ранней диагностики.

Необходимо помнить, что гипертония — это «тихий убийца». У гипертонии нет явных симптомов, кроме высокого артериального давления. Она поражает

жизненно важные органы – органы мишени: головной мозг, сердце, кровеносные сосуды, сетчатку глаз, почки.

Артериальная гипертония является одним из наиболее распространённых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, таких как инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения.

Цель исследования: проанализировать роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью для разработки рекомендаций в данном направлении.

Задачи исследования:

1. Проанализировать зарубежную и отечественную литературу по проблеме исследования.
2. Проанализировать причины и факторы риска, способствующие развитию гипертонической болезни.
3. Проанализировать роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью сердца.
4. Проанализировать статистические данные по заболеваемости гипертонической болезнью за 2020-2022 годы.
5. Разработать рекомендации для среднего медицинского персонала по оказанию доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью и оформить в виде памятки.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью.

Объём исследования: 50 амбулаторных карт больных с гипертонической болезнью.

Единицы исследования:

1. Амбулаторная карта больных с гипертонической болезнью.
2. Статистические данные.

Методы исследования:

1. Метод от статистики.

2. Метод сравнительного анализа.
3. Метод социологического опроса (анкетирование).
4. Частично-поисковый метод.

База исследования: ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница»: поликлиники №1, №3; отделение статистики.

Гипотеза исследования: можно предполагать, что работа среднего медицинского персонала по оказанию доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью проводится достаточно эффективно.

Практическая значимость: разработаны рекомендации по деятельности медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью, которые будут способствовать повышению качества сестринской помощи,и, как следствие, сохранению качества жизни пациентов.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

1.1Понятие «Болезнь»

Болезнь - реакция организма на патологический фактор, сопровождаемая расстройством нормальной жизнедеятельности, снижением приспособляемости к внешней среде, ограничением трудоспособности. Болезнь и здоровье являются проявлениями жизни и характеризуются обменом веществ и связью с окружающей средой.

Организм человека в течение жизни постоянно подвергается различным воздействиям внешней среды: климатические условия, радиационные изменения, инфекции, питание, социальные условия. Организм приспосабливается, адаптируется к постоянно меняющимся условиям среды; некоторые из них становятся для него необходимыми.

Здоровье - физическое, психическое и социальное благополучие, характеризующееся наилучшей адаптацией организма к изменениям внешней и внутренней среды.

Чрезмерные воздействия привычных или не встречавшихся ранее факторов вызывают новые адаптационные реакции. Не всегда организм преодолевает такие факторы - наступает расстройство функций, срыв реакций адаптации, и человек заболевает.

Больной организм отличается от здорового признаками - симптомами, которые определяются на основании объективного обследования - комплекса лабораторных и инструментальных методов и субъективных жалоб больного на слабость, боль, тошноту и т.д.

Симптомы классифицируют на главные (при постановке диагноза являются определяющими) и общие (недомогание и пр.). Совокупность симптомов, характеризующих болезнь, называют синдромом.

В течении болезни выделяют периоды болезни.

Скрытый период

Скрытый период (латентный, инкубационный) - время от начала воздействия болезнетворного агента до возникновения болезненных явлений, первых симптомов.

Видимые проявления отсутствуют. Организм мобилизует защитные механизмы, которые препятствуют влиянию
патологического фактора на организм, предупреждают возникновение повреждений, приводящих к клиническим проявлениям болезни.

При достаточной активности компенсаторно-приспособительных механизмов патологический фактор может быть уничтожен, и болезнь не развивается.

В случае недостаточности механизмов болезнь переходит во второй период развития - продромальный.

Продромальный период.

Продромальный период (период предвестников) начинается с появления первых признаков болезни, неспецифических признаков в виде недомогания, слабости, усталости. Проявления свидетельствуют о расстройствах механизмов регуляции работы ЦНС.

Период выраженных проявлений.

Для периода выраженных проявлений болезни характерны специфические симптомы.

Например, продолжительность кори составляет 8-10 сут, сыпного тифа - 13-16 сут. Многие болезни не имеют определенного срока (сифилис, СПИД).
Выделяют острые формы заболевания (фиксированная продолжительность) и хронические (затяжное течение). Для некоторых болезней характерны рецидивы (возврат болезни) в результате осложнений.

Завершающая стадия.

Исходом заболевания может стать полное выздоровление, неполное выздоровление и смерть.

Полное выздоровление - процесс восстановления нормальных функций организма, формирование нового состояния равновесия организма с окружающей средой.

Неполное выздоровление - ситуация, когда нарушение функций, вызванное болезнью, исчезает не полностью, наблюдаются остаточные явления (например, кашель). При неполном выздоровлении возможно повторение болезни, ее рецидив. Рецидив возникает, если патогенный раздражитель не элиминирован, а лишь ослаблен. Возврат болезни провоцируют охлаждение организма, перенапряжение, авитаминоз, голодание. В неблагоприятных условиях, при ослаблении защитных сил организма болезнь может иметь затяжной характер: острые проявления исчезают, и она переходит в хроническую форму. Смерть. Смерть наступает при неспособности организма приспособиться к патогенному фактору. Возникают необратимые изменения и прекращение функций организма. Смерть может быть клинической и биологической.

Клиническая смерть - обратимый процесс умирания. Для нее характерны остановка дыхания.

и кровообращения, но сохранение в течение некоторого времени обмена веществ в мозге с возможностью восстановления жизнедеятельности в течение 5-6 мин. В большинстве случаев клинической смерти предшествует агония (греч. agonia - борьба) - расстройство всех жизненно важных функций.

Биологическая смерть - необратимая стадия смерти, характеризуется прекращением метаболизма в мозге, а в дальнейшем и в других органах. В тканях развиваются необратимые, несовместимые с жизнью изменения.

1.2Понятие «Доврачебная медицинская помощь»

Доврачебная медицинская помощь – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Она оказывается на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу.

Понятие доврачебной помощи предусмотрено ст.33 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ: первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Таким образом, доврачебная помощь является разновидностью медицинской помощи и относится к первичной медико-санитарной помощи. Соответственно, и оказываться она может только медиками. Лица, не имеющие медицинского образования, не имеют права оказывать доврачебную медицинскую помощь.

Доврачебная медико-санитарная помощь предусматривает более широкий круг манипуляций в отличие от первой помощи и требует уже профессиональной медицинской подготовки. Для оказания первой помощи медицинского образования не требуется.[11]

1.3 Понятие «Гипертоническая болезнь»

Гипертоническая болезнь – состояние, при котором давление в кровеносных сосудах превышает нормальные показатели (140/90 мм рт. ст. или выше). Гипертония широко распространена, но при отсутствии лечения может приводить к серьезным последствиям.

Человек может не ощущать симптомов высокого артериального давления. Его можно выявить только путём измерения давления.

К факторам, повышающим риск высокого артериального давления, относятся:

старение, наследственность, избыточная масса тела или ожирение, отсутствие физической активности, избыточное потребление соли в продуктах питания, чрезмерное употребление алкоголя.[4,200]

Снизить артериальное давление помогает изменение образа жизни, в частности переход на более здоровое питание, отказ от табака и повышение физической активности. При этом некоторым людям все равно может потребоваться приём лекарственных препаратов.

Кровяное давление регистрируется в виде двух показателей. Первый показатель (систолическое давление) представляет собой давление в кровеносных сосудах в момент сжатия, или сокращения, сердечной мышцы. Второй показатель (диастолическое давление) представляет собой давление в сосудах в момент, когда сердце находится в состоянии покоя между двумя сокращениями.

Диагноз «гипертония» ставится в тех случаях, когда, по данным измерений давления, произведённых в два различных дня, значение систолического давления в тот и другой день составляет 140 мм рт. ст. и более и/или значение диастолического давления в тот и другой день равно или превышает 90 мм рт. ст.

Факторы риска, способствующие развитию гипертонической болезни.

К изменяемым факторам риска относятся нездоровое питание (чрезмерное потребление соли, значительное содержание насыщенных жиров и транжиров в пище, недостаток овощей и фруктов в рационе), недостаточная физическая активность, употребление табака и алкоголя, а также избыточная масса тела и ожирение и сопутствующие заболевания, такие как диабет или заболевания почек.

Неизменяемые факторы риска включают в себя наличие гипертонии у прямых родственников, женский пол, возраст старше 65 лет.

Симптомы.

Большинство людей с гипертонией не ощущают никаких симптомов. Очень высокое артериальное давление может вызывать головную боль, помутнение зрения, боль в груди и другие симптомы.

Наилучшим способом узнать, повышено ли у вас артериальное давление, является измерение давления. Если гипертонию не лечить, она может приводить к другим проблемам со здоровьем, таким как заболевания почек, сердца и инсульт.

При очень высоком артериальном давлении (как правило, 180/120 или выше) могут ощущаться такие симптомы, как: сильная головная боль, боль в груди, головокружение, затруднение дыхания, тошнота, рвота, помутнение в глазах и другие нарушения зрения, чувство тревоги, замутненность сознания, шум в ушах, носовое кровотечение, нарушение сердечного ритма.

Если на фоне высокого артериального давления у вас имеется какой-либо из этих симптомов, необходимо немедленно обратиться за помощью.

Единственном способом выявления гипертонии является измерение артериального давления медицинским специалистом. Измерение кровяного давления производится быстро и безболезненно. Хотя измерять кровяное давление можно и самостоятельно при помощи автоматических устройств, для оценки риска и возможных осложнений важно пройти обследование у медицинского специалиста.

Лечение.

Снижению высокого артериального давления может способствовать изменение образа жизни.

Оно предполагает, здоровое питание с низким содержанием соли, снижение веса, физическую активность, отказ от табака.

Если у вас высокое артериальное давление, врач может рекомендовать вам одно или несколько лекарственных препаратов. Рекомендованный целевой уровень артериального давления может зависеть от наличия у вас других заболеваний.

Целевые показатели артериального давления на уровне ниже 130/80 рекомендуются в том случае, если у вас имеются: сердечно-сосудистые заболевания (болезни сердца или перенесенный инсульт), диабет (высокий уровень сахара в крови), хроническая почечная недостаточность, высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Для большинства людей целевой показатель артериального давления – менее 140/90.

Существует несколько лекарственных препаратов, широко применяемых при повышенном артериальном давлении: ингибиторы АПФ вызывают расслабление кровеносных сосудов и предотвращают нарушение работы почек. Примеры: эналаприл, лизиноприл; блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) вызывают расслабление кровеносных сосудов и предотвращают нарушение работы почек. Примеры: лозартан и телмисартан; блокаторы кальциевых каналов расслабляют кровеносные сосуды. Примеры: амлодипин, фелодипин; диуретики выводят лишнюю воду из организма, снижая артериальное давление. Примеры: гидрохлоротиазид, хлорталидон.

Профилактика.

Изменение образа жизни способствует снижению высокого артериального давления и полезно для любого человека с гипертонией. Многим людям даже при изменении образа жизни все равно требуются лекарственные препараты.

Указанные ниже корректировки образа жизни помогают предупредить высокое артериальное давление и способствуют его снижению.

Рекомендуется: есть больше овощей и фруктов, проводить меньше времени в сидячем положении, повысить уровень физической активности, которая может включать ходьбу, бег, плавание, танцы или упражнения на увеличение мышечной силы, например поднятие тяжестей, уделять не менее 150 минут в неделю физической активности умеренной интенсивности или 75 минут в неделю физической активности высокой интенсивности, два или более дней в неделю выполнять силовые упражнения, при наличии избыточного веса или ожирения снизить массу тела, принимать лекарства по назначению врача, не пропускать назначенные посещения врача.

Не рекомендуется: употреблять слишком много солёной пищи (по возможности не более 2 граммов соли в день), употреблять продукты с высоким содержанием насыщенных жиров и транжиров, курить или употреблять табак;
злоупотреблять алкоголем (максимум – 1 стандартная доза в день для женщин, 2 стандартных дозы в день для мужчин), пропускать приём лекарств или передавать свои лекарства другим людям.

Снижение повышенного кровяного давления предотвращает инфаркты, инсульты и поражения почек, а также другие проблемы со здоровьем.

Способы уменьшения риска гипертонии: сокращение уровня стресса и коррекция стрессовых состояний, регулярная проверка артериального давления; лечение высокого артериального давления, лечение других заболеваний.[6,640]

Осложнения неконтролируемой гипертонии.

Гипертония, помимо других осложнений, может наносить серьёзный вред сердцу. Избыточное давление может привести к потери стенками артерий своей эластичности и уменьшению притока крови и кислорода к сердечной мышце. Такое повышенное давление и уменьшение притока крови могут вызывать: боль в области груди, также называемую стенокардией, инфаркт, происходящий при блокировании поступления крови к сердцу, в результате чего клетки сердечной мышцы умирают от кислородного голодания. Чем дольше блокируется кровоток, тем серьёзнее ущерб для сердца, сердечную недостаточность, при которой насосная функция сердечной мышцы не может полностью обеспечить другие важнейшие органы кровью и кислородом; и сердечную аритмию, которая может привести к внезапной смерти.

Гипертония может также вызывать инсульт, приводя к разрыву или закупорке артерий, снабжающих кровью и кислородом головной мозг. Кроме того, гипертония может вызывать поражения почек, приводя к почечной недостаточности.

Гипертония в странах с низким или средним уровнем дохода.

Распространённость гипертонии неодинакова в различных регионах и странах различных категорий дохода. Гипертония больше всего распространена в Африканском регионе ВОЗ (27%), а меньше всего – в Регионе стран Америки (18%). Число взрослых с гипертонией увеличилось с 594 млн в 1975 г. до 1,13 млрд в 2015 г., причём преимущественно за счёт стран с низким или средним уровнем дохода. Это повышение в основном обусловлено усилением факторов риска гипертонии среди населения этих стран.

Деятельность Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) оказывает поддержку странам в снижении распространённости гипертонии как проблемы общественного здравоохранения.

В 2021 г. ВОЗ выпустила новые руководящие принципы фармакологического лечения гипертонии у взрослых. В публикации представлены научно обоснованные рекомендации о том, когда начинать лечение гипертонии, а также рекомендуемые интервалы последующего наблюдения за пациентом. В документе указаны также целевые показатели артериального давления, которые должны быть достигнуты для контроля гипертонии, и приведена информация о субъектах системы здравоохранения, которые могут инициировать лечение.

В сентябре 2016 г. в целях содействия правительствам в повышении эффективности профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний ВОЗ и Центры Соединённых Штатов Америки по контролю и профилактике заболеваний (ЦКПЗ США) представили инициативу Global Hearts, в рамках которой был разработан пакет технических мер HEARTS. Шесть модулей технического пакета HEARTS (консультирование в отношении здорового образа жизни, протоколы лечения на основе фактических данных, доступ к основным лекарственным средствам и технологиям, ведение пациентов с учётом факторов риска, бригадный метод оказания помощи и системы мониторинга) обеспечивают стратегический подход к укреплению здоровья сердечно-сосудистой системы в самых различных странах мира.[8]

В сентябре 2017 г. ВОЗ приступила к партнерскому взаимодействию с инициативой Resolve to Save Lives («Решимость спасать жизни») организации Vital Strategies для оказания правительствам стран поддержки по осуществлению инициативы Global Hearts. Другими партнёрами, участвующими в реализации инициативы Global Hearts, являются Фонд ЦКПЗ США, организация Global Health Advocacy Incubator, Школа общественного здравоохранения им. Блумберга при Университете Джонса Хопкинса, Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) и ЦКПЗ США. С момента внедрения программы в 2017 г. 7,5 млн человек в

31 стране начали получать лечение гипертонии по соответствующим протоколам в рамках моделей оказания помощи, ориентированных на потребности пациента. Эти программы являются наглядным подтверждением осуществимости и эффективности стандартизированных программ контроля гипертонии.

Основные факты.

Согласно оценкам, гипертония имеется у 1,28 млрд взрослых людей в возрасте 30–79 лет во всем мире, большинство из которых (две трети) проживают в странах с низким или средним уровнем дохода.

Согласно оценкам, 46% взрослых с гипертонией не подозревают о наличии у себя заболевания.

Диагностикой и лечением охвачено менее половины (42%) взрослых пациентов с гипертонией.

Примерно каждый пятый (21%) взрослый гипертоник контролирует заболевание.

Гипертония – одна из ведущих причин смертности во всем мире.

Сокращение распространённости гипертонии на 33% в период с 2010 по 2030 г. входит в число глобальных целей в области борьбы с неинфекционными заболеваниями.[1,600]

1.4Роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью

Роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным гипертонической болезни заключается в установлении причин и факторов риска, способствующих возникновению гипертонической болезни.

Причины возникновения гипертонической болезни.

У развития гипертонической болезни человека несколько причин. Так, спровоцировать заболевание может неправильный образ жизни (лишний вес, «сидячая» работа, злоупотребление алкоголем, курение). Нередко гипертонии

способствует приём лекарственных средств (например, гормональных оральных контрацептивов).

Следует учесть, что существует гипертония первичная и вторичная. При первичной гипертонической болезни нельзя точно выявить причину заболевания. О вторичной гипертензии говорят тогда, когда гипертензия не является самостоятельной болезнью, а выступает в качестве симптома другого заболевания.

В этой ситуации причиной гипертонии у женщин и мужчин могут стать болезни эндокринной системы, почек и почечных сосудов, врождённые патологии сосудов, опухоли головного мозга, отравление свинцом и др. При вторичной гипертонии артериальное давление стабилизируется, когда устраняют причину основного заболевания.[3,600]

Факторы риска, способствующие развитию гипертонической болезни.

К изменяемым факторам риска относятся нездоровое питание (чрезмерное потребление соли, значительное содержание насыщенных жиров и транжиров в пище, недостаток овощей и фруктов в рационе), недостаточная физическая активность, употребление табака и алкоголя, а также избыточная масса тела и ожирение.

Неизменяемые факторы риска включают в себя наличие гипертонии у прямых родственников, возраст старше 65 лет и сопутствующие заболевания, такие как диабет или заболевания почек.

Так же медицинская сестра способствует выяснению жалоб и симптомов гипертонической болезни.

Большинство людей с гипертонией не ощущают никаких симптомов. Очень высокое артериальное давление может вызывать головную боль, помутнение зрения, боль в груди и другие симптомы.

Наилучшим способом узнать, повышено ли у вас артериальное давление, является измерение давления.

При очень высоком артериальном давлении (как правило, 180/120 или выше) могут ощущаться такие симптомы, как: сильная головная боль, боль в груди, головокружение, затруднение дыхания, тошнота, рвота, помутнение в глазах и

другие нарушения зрения, чувство тревоги, замутненность сознания, шум в ушах, носовое кровотечение, нарушение сердечного ритма.

Кроме того медицинская сестра способствует выявлению осложнений гипертонической болезни.[9]

Осложнения гипертонической болезни.

Гипертония, помимо других осложнений, может наносить серьёзный вред сердцу. Избыточное давление может привести к потери стенками артерий своей эластичности и уменьшению притока крови и кислорода к сердечной мышце. Такое повышенное давление и уменьшение притока крови могут вызывать: боль в области груди, также называемую стенокардией, инфаркт, происходящий при блокировании поступления крови к сердцу, в результате чего клетки сердечной мышцы умирают от кислородного голодания. Чем дольше блокируется кровоток, тем серьёзнее ущерб для сердца, сердечную недостаточность, при которой насосная функция сердечной мышцы не может полностью обеспечить другие важнейшие органы кровью и кислородом; и сердечную аритмию, которая может привести к внезапной смерти.

Гипертония может также вызывать инсульт, приводя к разрыву или закупорке артерий, снабжающих кровью и кислородом головной мозг. Кроме того, гипертония может вызывать поражения почек, приводя к почечной недостаточности.[7,710]

Таким образом медицинская сестра так же оказывает неотложную помощь при гипертоническом кризе.

Гипертонический криз (ГК) — это состояние, проявляющееся высоким артериальным давлением (систолическое «верхнее» АД, как правило, более 180 мм рт.ст.; диастолическое «нижнее» АД — более 120 мм рт.ст.) и следующими симптомами: головной болью, чаще в затылочной области, или тяжестью и шумом в голове, мельканием «мушек», пеленой или сеткой перед глазами, тошнотой, чувством разбитости, переутомления, внутреннего напряжения, одышкой, слабостью, постоянными монотонными ноющими болями/дискомфортом в области сердца, появлением или нарастанием пастозности/отёчности кожи лица, рук, ног.

Доврачебной медицинской неотложная помощь.

Неосложненный гипертонический криз.

При высоком АД снижение его необходимо осуществлять постепенно в течение 1 часа.

1. Таблетка коринфара 0,01 внутрь под язык (под контролем АД), повторить через 20-30 минут;

2. Таблетка клофелина 0,00015 под язык, при сохраняющемся высоком АД, приём можно повторить через 15 минут;

3. При плановом употреблении больным препаратов группы ИАПФ, возможно употребление капотена 0,025 под язык;

4. Возможен приём вышеперечисленных препаратов в сочетании (например, клофелин 0,00015, через 15 минут – коринфар 0,01, через 15 минут – при сохраняющемся высоком АД – капотен 0,025);

5. При тахикардии (ЧСС выше 90 ударов в минуту) – таблетка обзидана 0,04 внутрь (если больной не страдает бронхиальной астмой);

6. Дроперидол 0,25 % - 2 млв/в или в/м;

При не осложнённых гипертонических кризах после стабилизации состояния консультация терапевта.

Осложнённые гипертонические кризы.

При появлении клиники сердечной астмы или отёка лёгких, необходимо быстрое снижение АД в течение 30-60 минут.

1.Больного усадить с опущенными ногами, обеспечить подачу кислорода через спирт;

2. Таблетка нитроглицерина 0,0005 под язык;

3. Пентамин 5%- 0,5-1 мл в/м;

4. Лазикс 40 мг (1%-4 мл) в/м.

При клинике мозговых проявлений (постепенное снижение АД в течение 30-120 минут не более 15%).

1.Раствор сульфата магния 25%-10 мл в/м;

2. Лазикс 40 мг (1% -4 мл) в/в, при необходимости больше;

3. Эуфиллин 2,4 %- 10 мл на 200 мл физ.раствора в/в капельно;

Во всех случаях – реланиум 0,5%- 2 мл в/в;

При осложнённых гипертонических кризах необходима консультация реаниматолога. Госпитализация.[5,35]

Всем больным с гипертонической болезнью необходимо сформировать индивидуальную миниаптечку первой помощи при гипертоническом кризе и постоянно носить её с собой, так как гипертонический криз может развиться в любое время и в любом месте.

Измерение артериального давления.

Для диагностики гипертонического криза необходимо измерение артериального давления, которое производится ручным методом, с использованием стетоскопа (стетофонендоскопа) и специальной надувной манжетки, оснащённой насосом-грушей и сфигмаманометром, а также автоматическим (полуавтоматическим) методом с использованием различных моделей тонометров, специально разработанных для этих целей.

Точность измерения АД и, соответственно, гарантия правильной диагностики и степени выраженности гипертонического криза зависят от соблюдения правил по его измерению.

Измерение нужно проводить сидя (опираясь на спинку стула, с расслабленными и не скрещёнными ногами, рука лежит на столе, на уровне сердца), в спокойной обстановке, после 5 минутного отдыха. Во время измерения не следует активно двигаться и разговаривать. Измерение АД в особых случаях можно проводить лежа или стоя.

Манжета накладывается на плечо, нижний край её на 2 см выше локтевого сгиба. Размер манжеты должен соответствовать размеру руки: резиновая раздуваемая часть манжеты должна охватывать не менее 80% окружности плеча; для взрослых лиц применяется манжета шириной 12–13 см и длиной 30–35 см (средний размер); необходимо иметь в наличии большую и маленькую манжеты для полных и худых рук, соответственно.

Столбик ртути или стрелка сфигмоманометра перед началом измерения должны находиться на нулевой отметке и перед глазами исследователя.

Техника измерения АД.

Установить головку фонендоскопа в локтевую ямку над проходящей по ней плечевой артерии.

Быстро накачать воздух в манжету до величины давления на 20–30 мм рт.ст. превышающего обычный для данного человека уровень «верхнего» систолического АД (если измерение производится впервые, то уровень давления в манжете обычно поднимают до 160 мм рт.ст.). Если при этом уровне давления пульсация сосуда в локтевой ямке сохраняется, то давление в манжете продолжают повышать до уровня на 20 мм рт.ст. превышающего уровень давления при котором исчезла пульсация артерии в локтевой ямке).

Открыть кран сброса воздуха из манжеты, расположенного рядом с грушей-насосом и проводить снижение давление в манжете со скоростью примерно 2–3 мм рт.ст. в секунду.

В процессе выпуска воздуха из манжеты одновременно контролируют два параметра:

Уровень давления по шкале манометра.

Появление звуков пульсации (называемых тонами Короткова) артерии в локтевой ямке.

Уровень давления в момент появления тонов пульсации соответствует уровню «верхнего» систолического АД, а уровень давления в момент полного исчезновения тонов пульсации артерии — соответствует «нижнему» диастолическому АД (у детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых тоны пульсации артерии не исчезают, тогда следует определять «нижнее» диастолическое АД по моменту значительного ослабления тонов).

Если тоны пульсации артерии в локтевой ямке очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем

измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.

При измерении АД самому себе, головку фонендоскопа фиксируют над локтевой ямкой с помощью манжеты.

Для достоверной оценки величины АД необходимо выполнить не менее двух измерений АД на каждой руке с интервалом не менее минуты (в паузах между измерениями необходимо полностью ослабить манжету). При выявлении разницы уровня давлений более 5 мм рт.ст., производят одно дополнительное измерение — за конечное (регистрируемое) значение принимается среднее из двух последних измерений.[10]

Чему необходимо обучить пациента:

Мерам самопомощи при гипертоническом кризе;

Правилам измерения артериального давления (нормативы, целевые уровни АД, в том числе и с учетом возраста пациента и особенностей течения заболевания);

Режиму самоконтроля артериального давления в домашних условиях;

Таким образом роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью актуальна и важна.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

2.1Описание и результаты исследования

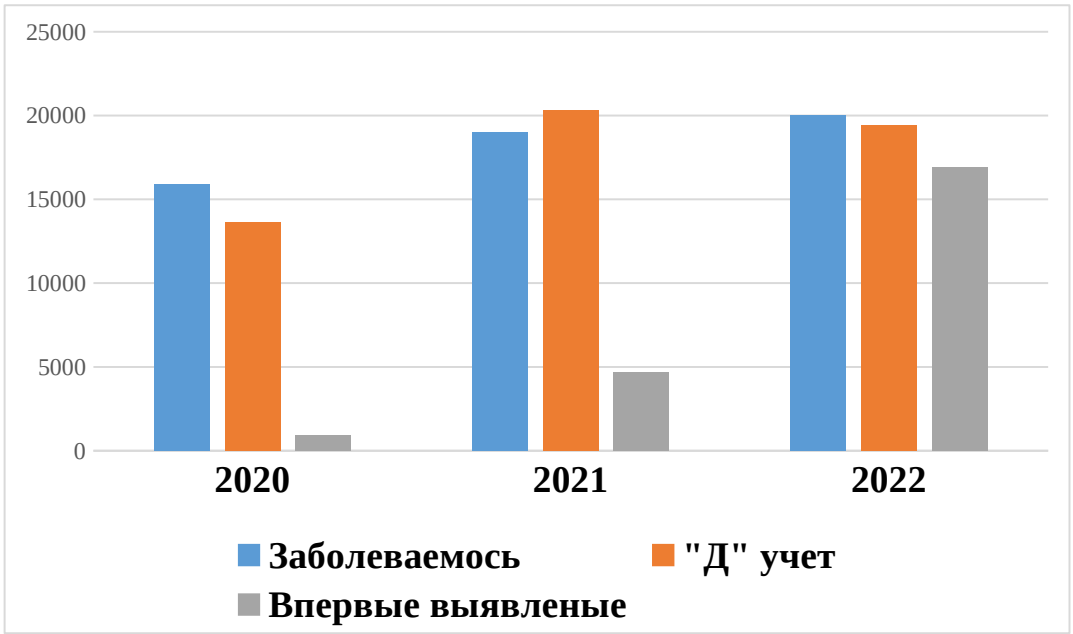
На начальном этапе работа велась в архиве, статистическом кабинете поликлиник №1, №3 ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница». Статистические и архивные данные были проанализированы и оформлены в виде таблиц и диаграмм.

На данном этапе проведён сбор и анализ заболеваемости гипертонической болезнью по данным статистики г. Кузнецка за 2020-2022 годы.

Таблица 1. Заболеваемость гипертонической болезнью по данным статистики г. Кузнецка за 2020-2022 гг.

Год	Заболеваемость	"Д" учет	Впервые выявленные
2020	15914	13609	898
2021	19028	19435	4681
2022	20000	20340	16897

Рисунок 1- Заболеваемость гипертонической болезнью по данным статистики г. Кузнецка за 2020-2022 гг.

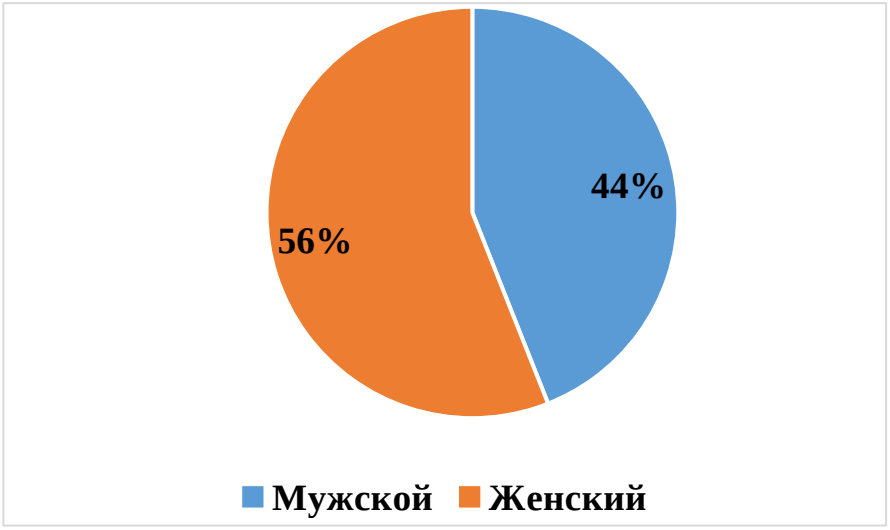


Вывод: Таким образом заболеваемость в 2020 году составила 15914, в 2021 году 19028, в 2022 году 20000,что значит заболеваемость выросла. «Д» учет в 2020 году составил 13609, в 2021 году составил 19435, в 2022 составил 20340, что значит «Д» учёт с каждым годом возрастает. Впервые выявленные в 2020 году составили 898, в 2021 году составили 4681, в 2022 году составили 16897, что значит с каждым годом так же увеличивается.

На втором этапе исследования был проведён анализ 50 амбулаторных карт больных с гипертонической болезнью, находящихся на лечении в поликлиниках №1 и №3 ГБУЗ «Кузнецкая МРБ» за текущий год, с целью выявления роли медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью.

В соответствии с рисунком 2, 22 человека, были мужчины что составило 44%, женщин - 28 человек, 56%.

Рисунок 2 - Половой признак



Вывод: Таким образом в соответствии с рисунком 2, 22 человека, были мужчины что составило 44%, женщин - 28 человек, 56%, что значит женщины больше подвержены гипертонической болезни.

По данным рисунка 3, представлены возрастные группы исследуемых амбулаторных карт:

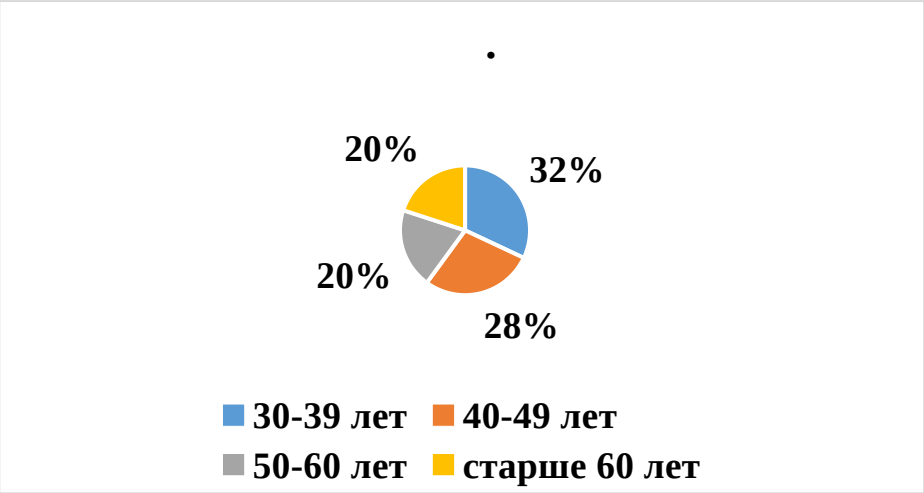
-лица в возрасте 30-39 лет - составили 16 человек (32%);

-в возрастной группе 40-49 лет - 14 человек(28%);

-в возрастной группе 50-59 лет - 10 человек (20%);

-количество респондентов старше 60 лет составило 10 человек (20%).

Рисунок 3 - Возрастные группы



Вывод: Лица в возрасте 30-39 лет - составили 16 человек (32%), в возрастной группе 40-49 лет - 14 человек(28%), в возрастной группе 50-59 лет - 10 человек (20%), количество респондентов старше 60 лет составило 10 человек (20%), таким образом лица в возрасте 30-39 лет - составили 16 человек (32%), чаще заьолевают гипертонической болезнью.

Анализ причин и факторов риска, способствующих развитию гипертонической болезни, согласно амбулаторных карт.

По данным рисунка 4, представлены причины и факторы риска, способствующие развитию гипертонической болезни, согласно амбулаторных карт:

-ожирение составило - 9 человек (18%);

-гиподинамия - 8 человек (16%);

-наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение) - 12 человек (24%);

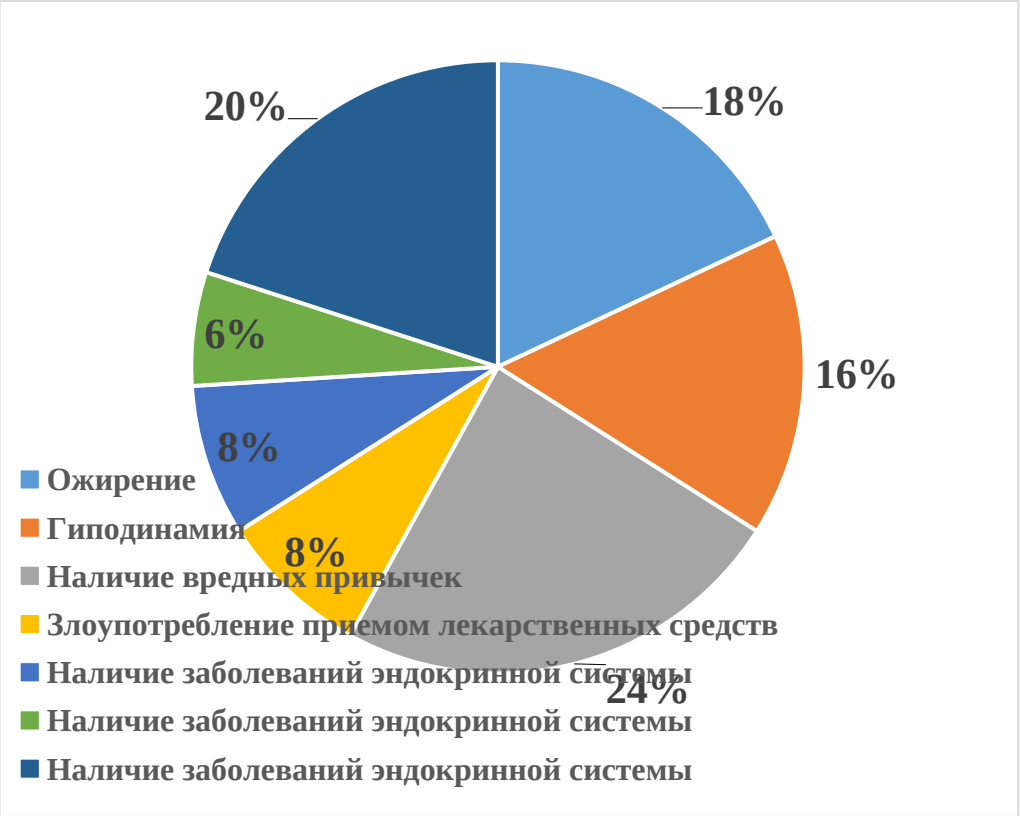
-злоупотребление приёмом лекарственных средств (гормональных оральных контрацептивов) - составило 4 человек (8%);

-наличие в анамнезе заболеваний эндокринной системы - 4 человек (8%);

-наличие в анамнезе заболеваний почек и почечных сосудов - 3 человек (6%);

-нарушения питания (избыточное потребление соли в продуктах) - составило 10 человек (20%).

Рисунок 4 - Причины и факоры риска , способствующие развитию гипертонической болезни



Вывод: Изучив анализ причин и факторов риска, способствующих развитию гипертонической болезни, согласно амбулаторных карт выяснили, что

-ожирение составило - 9 человек (18%);

-гиподинамия - 8 человек (16%);

-наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение) - 12 человек (24%);

-злоупотребление приёмом лекарственных средств (гормональных оральных контрацептивов) - составило 4 человек (8%);

-наличие в анамнезе заболеваний эндокринной системы - 4 человек (8%);

-наличие в анамнезе заболеваний почек и почечных сосудов - 3 человек (6%);

-нарушения питания (избыточное потребление соли в продуктах) - составило 10 человек (20%).

Таким образом наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение) чаще становится причиной и фактором риска, способствующим развитию гипертонической болезни.

Анализ наличия осложнений у больных с гипертонической болезнью.

По данным рисунка 5, представлены осложнения у больных с гипертонической болезнью:

-ИБС. Стенокардия составило - составило 15 человек (30%);

-ИБС. Острый инфаркт миокарда - 13 человек (26%);

-гемморагический инсульт (острое нарушения мозгового кровообращения) - 12 человек (24%);

-хроническая почечная недостаточность - 10 человек (20%).

Рисунок 5 - Осложнения у больных с гипертонической болезнью



Вывод: Изучив анализ наличия осложнений у больных с гипертонической болезнью выяснили, что

-ИБС. Стенокардия составило - составило 15 человек (30%);

-ИБС. Острый инфаркт миокарда - 13 человек (26%);

-гемморагический инсульт (острое нарушения мозгового кровообращения) - 12 человек (24%);

-хроническая почечная недостаточность - 10 человек (20%).

Таким образом частым осложнением гипертонической болезни является ИБС. Стенокардия.

Оценка качества доврачебной медицинской помощи складывается из мнения амбулаторных больных с гипертонической болезнью по данным анкетирования (в соответствии с приложением 2.) находящихся на приёме в поликлиниках №1 и №3 ГБУЗ «Кузнецкой МРБ», в количестве 50 респондентов.

По данным рисунка 6 изучая уровень удовлетворённости пациентами качества доврачебной медицинской помощи необходимо отметить, что 86% (43 респондентов) удовлетворены оказанием помощи и лишь 14% (7 респондентов) остались, не довольны отношением медицинской сестры.

Рисунок 6 - Уровень удовлетворённости пациентов качеством доврачебной медицинской помощи



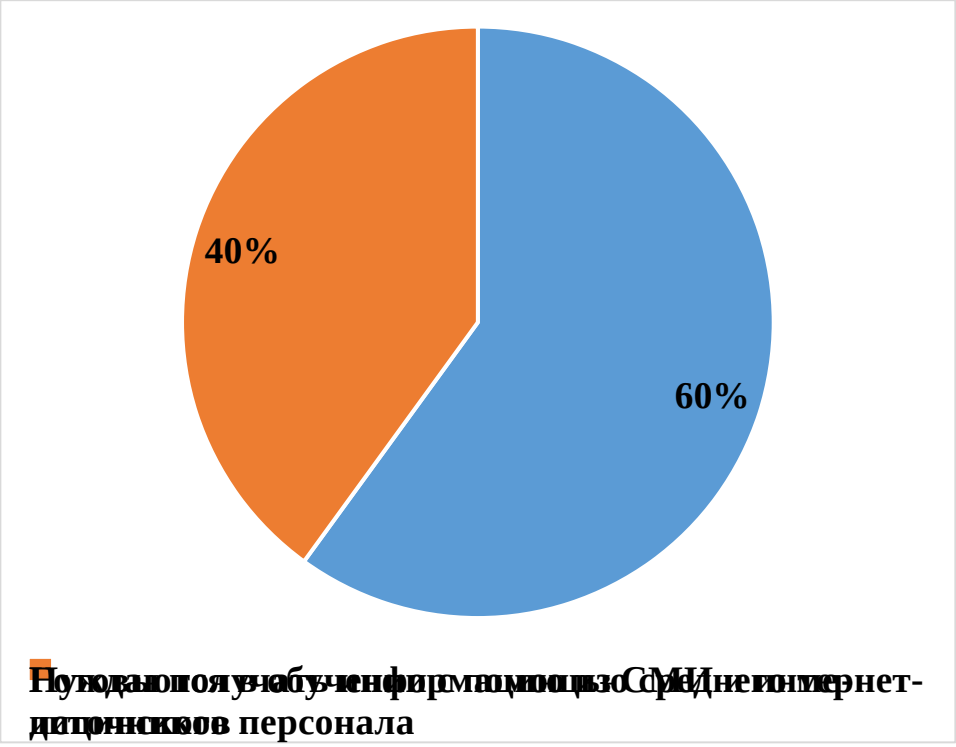
Вывод: Изучав уровень удовлетворённости пациентами качества доврачебной медицинской помощи необходимо отметить, что 86% (43 респондентов) удовлетворены оказанием помощи и лишь 14% (7 респондентов) остались, не довольны отношением медицинской сестры, что значит большинство удовлетворены качеством оказания доврачебной медицинской помощи.

Оценка желаемых источников получения информации по самоконтролю заболевания складывается из мнения амбулаторных больных с гипертонической болезнью по данным анкетирования (в соответствии с приложением 2.)

находящихся на приёме в поликлиниках №1 и №3 ГБУЗ «Кузнецкой МРБ», в количестве 50 респондентов.

По данным рисунка 7, изучая желаемые источники получения информации по самоконтролю заболевания показал, что 30 анкетируемых (60%) нуждаются в обучении с помощью бесед, листовок и памяток от среднего медицинского персонала. При этом, 20 анкетируемых(40%) готовы получать информацию самостоятельно из СМИ и интернет - источников.

Рисунок 7 - Желаемые источники получения информации по самоконтролю заболевания



Вывод: Изучив желаемые источники получения информации по самоконтролю заболевания выяснили, что 30 анкетируемых (60%) нуждаются в обучении с помощью бесед, листовок и памяток от среднего медицинского персонала. При этом, 20 анкетируемых (40%) готовы получать информацию самостоятельно из СМИ и интернет - источников, таким образом большинство нуждаются в обучении с помощью бесед, листовок и памяток от среднего медицинского персонала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гипертоническая болезнь — заболевание, ведущим симптомом которого является повышение артериального давления. Это заболевание широко распространено и встречается одинаково часто и у мужчин, и у женщин, чаще – после 40 лет.

Гипертоническая болезнь является широко распространённой в мире эпидемией, поражающей страны, с напряжённым нервно-эмоциональным жизненным фоном. Распространённость гипертонии чрезвычайно велика. В мире ежегодно 7 млн. человек умирают и 15 млн. страдают из-за высокого артериального давления или гипертонии. Это наиболее значимый фактор риска смерти в мире.

Изучив роль медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью выяснили, что она велика. Данная роль основана на выяснении причин, способствующих факторов риска, предупреждения осложнений гипертонической болезни. Так же не мало важно оказать неотложную адекватную доврачебную медицинскую помощь при гипертоническом кризе.

Проанализировав заболеваемость гипертонической болезнью по данным статистики г. Кузнецка за 2020-2022 гг., выяснили, что заболеваемость в 2020 году составила 15914, в 2021 году 19028, в 2022 году 20000,что значит заболеваемость выросла. «Д» учет в 2020 году составил 13609, в 2021 году составил 19435, в 2022 составил 20340, что значит «Д» учёт с каждым годом возрастает. Впервые выявленные в 2020 году составили 898, в 2021 году составили 4681, в 2022 году составили 16897, что значит с каждым годом так же увеличивается.

С целью выявления роли медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью проанализированы амбулаторные карты больных с гипертонической болезнью, находящихся на лечении в поликлиниках №1 и №3 ГБУЗ «Кузнецкая МРБ» за текущий год.

Таким образом в соответствии с рисунком 2, 22 человека, были мужчины что составило 44%, женщин - 28 человек, 56%, что значит женщины больше подвержены гипертонической болезни.

Проанализировав возрастные группы выяснили, что лица в возрасте 30-39 лет - составили 16 человек (32%), в возрастной группе 40-49 лет - 14 человек(28%), в возрастной группе 50-59 лет - 10 человек (20%), количество респондентов старше 60 лет составило 10 человек (20%), таким образом лица в возрасте 30-39 лет - составили 16 человек (32%), чаще заьолевают гипертонической болезнью.

Изучив анализ причин и факторов риска, способствующих развитию гипертонической болезни, согласно амбулаторных карт выяснили, что

-ожирение составило - 9 человек (18%);

-гиподинамия - 8 человек (16%);

-наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение) - 12 человек (24%);

-злоупотребление приёмом лекарственных средств (гормональных оральных контрацептивов) - составило 4 человек (8%);

-наличие в анамнезе заболеваний эндокринной системы - 4 человек (8%);

-наличие в анамнезе заболеваний почек и почечных сосудов - 3 человек (6%);

-нарушения питания (избыточное потребление соли в продуктах) - соствило 10 человек (20%).

Таким образом наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение) чаще становится причиной и фактором риска, способствующим развитию гипертонической болезни.

Изучив анализ наличия осложнений у больных с гипертонической болезнью выяснили, что

-ИБС. Стенокардия составило - составило 15 человек (30%);

-ИБС. Острый инфаркт миокарда - 13 человек (26%);

-гемморагический инсульт (острое нарушения мозгового кровообращения) - 12 человек (24%);

-хроническая почечная недостаточность - 10 человек (20%).

Таким образом частым осложнением гипертонической болезни является ИБС. Стенокардия.

Изучив уровень удовлетворённости пациентами качества доврачебной медицинской помощи необходимо отметить, что 86% (43 респондентов) удовлетворены оказанием помощи и лишь 14% (7 респондентов) остались, не довольны отношением медицинской сестры, что значит большинство удовлетворены качеством оказания доврачебной медицинской помощи.

Изучив желаемые источники получения информации по самоконтролю заболевания выяснили, что 30 анкетируемых (60%) нуждаются в обучении с помощью бесед, листовок и памяток от среднего медицинского персонала. При этом, 20 анкетируемых (40%) готовы получать информацию самостоятельно из СМИ и интернет - источников, таким образом большинство

Таким образом цель исследования достигнута. Гипотеза доказана.

Действительно, можно предположить, что работа среднего медицинского персонала по оказанию доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью проводится достаточно эффективно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов Г.П., Терапевтические аспекты диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов [Электронный ресурс] / Г. П. Арутюнов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 608 с.

2. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь. Москва: Медицина. 2017-50-60 с.

3. Основы сестринского дела: практикум./ Т.П.Обуховец. –- Изд. 9-е. –- Ростов н/Д: Феникс,2009. –- 603 с.

4. Родионов А. В., Артериальная гипертензия : разговор с коллегой [Электронный ресурс] / А. В. Родионов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.

5. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Изд.13-е. Серия "Среднее профессиональное образование". Ростов-на-Дону: Феникс. 2017-34-36 с.

6. Новицкий В.В., Патофизиология. В 2 т. Том 2 [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с.

7. Лебедь В.С. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с гипертонической болезнью // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11-4. – С. 710-711.

8. https://plk32.ru

9. https://studfile.net

10. https://mhk-lipetsk.ru

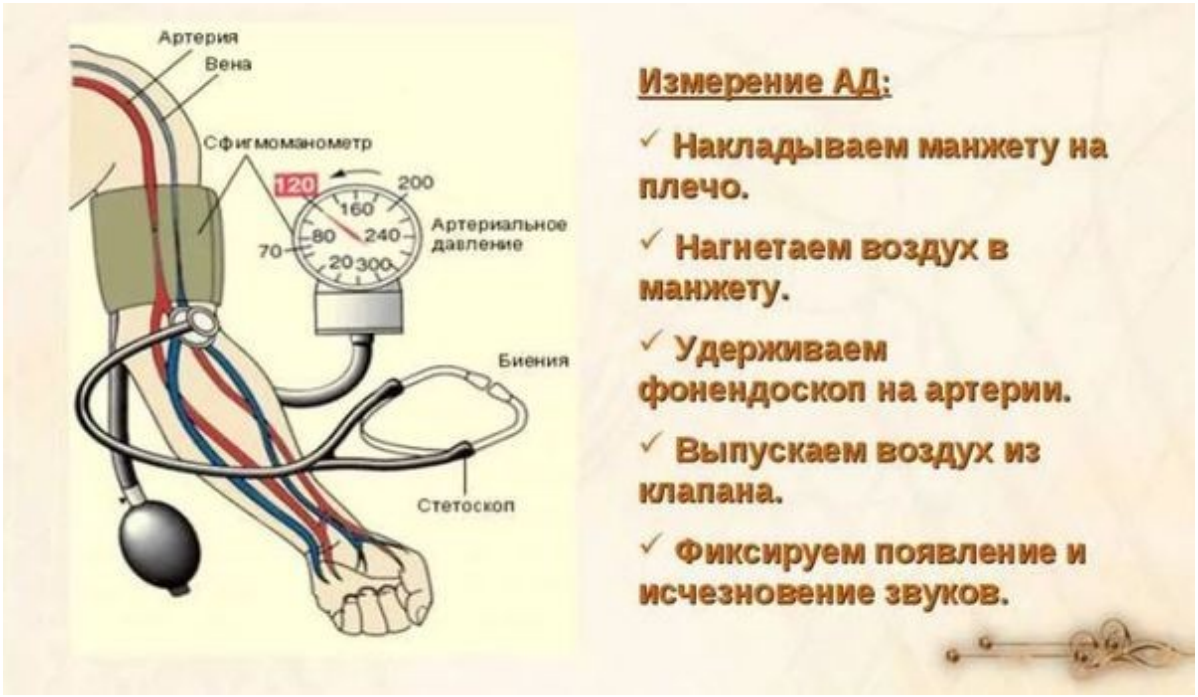
11. https://gkb11.medgis.ru

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Иллюстрации и таблицы вспомогательного характера

Рисунок 1 - Методика измерения артериального давления.



Приложение 2.

Анкеты для респондентов по выявлению роли медицинской сестры в оказании доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью и анализа амбулаторных карт.

1. Пол

- мужской

- женский

2. Возраст

- 30-39

- 40-49

- 50-59

- старше 60

3. Занимаетесь ли вы спортом?

- да

- нет

4. Страдаете ли вы ожирением?

- да

- нет

5. Злоупотребляете ли вы алкоголем?

- да

- нет

6. Есть ли пристрастие к поваренной соли?

- да

- нет

7. Болел ли кто-то из ваших родственников гипертонической болезнью?

- да

- нет

8. Вы часто испытываете стресс?

- да

- нет

9. Есть ли заболевания эндокринной системы?

- да

- нет

10. Удовлетворены ли вы качеством доврачебной медицинской помощи?

- да

- нет

11. Желаемые источники получения информации по самоконтролю заболевания?

- нуждаетесь в обучении с помощью бесед, листовок и памяток от среднего медицинского персонала

- готовы получать информацию самостоятельно из СМИ и интернет - источников

Приложение 3.

Рекомендации для населения по оказанию доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью.

1. Нормализация функции центральной нервной системы (предотвращение стрессов).
2. Чёткий распорядок дня (постоянное время подъёма и отхода ко сну).
3. Упражнения на свежем воздухе и лечебная физкультура (длительные прогулки на свежем воздухе, езда на велосипеде, умеренная работа на огороде).
4. Ежедневные нагрузки в зале и дома.
5. Нормализация сна (сон длительностью до 8 часов).
6. Рациональное питание. Тщательно считайте потреблённые с пищей килокалории, не допускайте излишнего потребления жиров. Жиров можно употреблять в сутки не более 50 –60 граммов, причём 2/3 из них должны составлять жиры растительного происхождения: кукурузное, подсолнечное масло. Ограничить продукты, содержащие большое количество животных жиров – цельное молоко, сливочное масло, сметана. В рационе должно быть достаточное количество белков: нежирные сорта рыбы, птицы, снятое молоко, творог, кефир и др. Необходимо ограничить приём легкоусвояемых углеводов: сахар, мёд, изделия из сдобного теста, шоколад, манную, рисовую крупы.
7. Снижение веса (при ожирении). Без снижения веса, говорить о профилактике гипертонии не приходится. Нельзя пытаться резко похудеть, снижать массу тела можно на 5 – 10 % в месяц.
8. Отказ от курения.
9. Снижение употребления поваренной соли (употреблять не более6 граммовв день).
10. Потребление продуктов питания с большим содержанием солей калия, кальция и магния (нежирный творог, петрушка, фасоль, чернослив, свекла, запечённый картофель, курага, изюм без косточек).
11. Ограничение потребления спиртных напитков.

Приложение 4.

Рекомендации для среднего медперсонала по оказанию доврачебной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью.

1. Определение самочувствия больного.
2. Измерения артериального давления с рекомендованной частотой врачом, но не реже одного раза в день.
3. Измерение количества выпитой и выделенной жидкости.
4. Контроль за постоянным, своевременным и в полном объёме принятием назначенных врачом препаратов.
5. Профилактика ортостатического коллапса на фоне приёма препаратов снижающих артериальное давление.
6. Осторожное изменение положения тела больного из лежачего или сидячего положения.