

ПРИКАЗ от 30.06.2015г. №370

«Об утверждении клинического руководства для медицинских сестер по профилактике гипертонической болезни»

В целях улучшения качества сестринской помощи населению в соответствии с принципами доказательной медицины,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клиническое руководство «Сестринский уход и профилактика гипертонической болезни у взрослых» (приложение);
2. Начальнику УОМПиЛП (Ешходжаева А.С.), ректорам КГМА им И.К. Ахунбаева и КГМИПиПК (Зурдинов А.З., Чубаков Т.Ч.), директору Бишкекского медицинского колледжа (Усубалиева Ч.С.), исполнительным директорам АГСВиМС и АБ (Мукеева С.Т., Джемуратов К.А.) (по согласованию), председателю Ассоциации специалистов сестринского дела Кыргызской Республики (Кыдыралиева Г.Э.) обеспечить внедрение и распространение клинического протокола.
3. Директору Фонда ОМС при Правительстве КР (Шакирова Г.А. – по согласованию) при проведении экспертизы качества сестринской помощи населению принять к сведению рекомендации данного клинического руководства.
4. Начальнику УОМПиЛП (Ешходжаева А.С.) обеспечить тиражирование клинического руководства за счет средств SWAP-2 пакет № ИОС-1.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра А.Дж. Мурзалиева.

Министр

Т.А. Батыралиев

Приложение
Утверждено
приказом МЗ КР
от « 30 » 06 2015г.
№ 370

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика
Мирсаида Миррахимова при МЗ КР
Ассоциация врачей по внутренней медицине
Кыргызской Республики
ОЮЛ «Ассоциация специалистов сестринского дела в КР»

Сестринский уход и профилактика гипертонической болезни у
взрослых

Клиническое руководство для медицинских сестер

Клиническая проблема

Гипертоническая болезнь у взрослых.

Название документа

Клиническое руководство «Сестринский уход и профилактика гипертонической болезни у взрослых».

Этапы оказания помощи

На всех этапах оказания медицинской помощи.

Цель создания КР

Создание новой единой системы по выявлению, лечению, профилактике и уходу за больными с гипертонической болезнью на всех этапах оказания помощи населению, которая базируется на принципах доказательной медицины и отражает последние достижения мировой медицинской науки и практики. В свою очередь это будет способствовать улучшению выявляемости и качества получения своевременной медицинской помощи больными гипертонической болезнью, и снижать у этих пациентов риск развития сердечно-сосудистых осложнений и инвалидизации.

Целевые группы

Медсестры ГСВ/ЦСМ, медсестры кардиологических и терапевтических стационаров, преподаватели медицинских вузов и колледжей.

КР применимо

К пациентам, страдающим гипертонической болезнью старше 18 лет.

Дата создания

Создано в 2015 году

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в июне 2020 года, либо раньше при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к представленному КР будут опубликованы в периодической печати.

Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой

г.Бишкек, ул.Тоголок Молдо, 3

тел. 62-56-94

E-mail: tainazi@mail.ru

Данное КР может использоваться и воспроизводиться только с разрешения авторов и соответствующей ссылкой.

СОДЕРЖАНИЕ

1	Введение	4
	1.1 Состав рабочей группы по созданию клинического руководства	5
	1.2 Цели и задачи создания руководства	6
	1.3 Целевая группа руководства	7
	1.4 Список сокращений	8
	1.5 Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций	9
2	Определение артериальной гипертензии у взрослых	10
	2.1 Определение и классификация уровней артериального давления	11
	2.2 Группы риска	11
	2.3 Этиология	12
3	Алгоритм действий медсестры при работе с пациентом с ГБ	14
	3.1 Контроль АД	14
	3.2 Алгоритм измерения АД	15
	3.3 Методы измерения АД	17
	3.4 Частота измерения АД	18
4	Информирование и контроль пациента	19
	4.1 Отказ от курения	19
	4.2 Снижение потребления алкоголя	21
	4.3 Снижение массы тела	22
	4.4 Ограничение потребления поваренной соли	23
	4.5 Увеличение в рационе фруктов и овощей и уменьшение насыщенных жиров и жира в целом. Диета при гипертонии.	24
	4.6 Динамические физические тренировки	25
	4.7 Социально-экономические условия. Эмоциональные нагрузки. Стресс.	26
	4.8 Здоровый сон	27
	4.9 Активная санитарно-просветительская работа с населением	27
5	Медикаментозное лечение	28
	5.1 Наиболее распространенные лекарственные препараты, применяемые в условиях ЦСМ/ГСВ и в стационаре	28
	5.2 Рекомендации по приему лекарственных препаратов	29
6	Методы подготовки пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям	30
	6.1 Анализ крови	30
	6.2 Анализ мочи	31
	6.3 Электрокардиограмма	31
	6.4 Эхокардиограмма	31
	6.5 УЗИ внутренних органов	32
7	Гипертонический криз	33
	7.1 Алгоритм действий медсестры при гипертоническом кризе	33
8	Рисунки anerоидного и полуавтоматического тонометра	35
9	Библиография	35

1. ВВЕДЕНИЕ

Анализ статистических данных по заболеваемости, летальности и инвалидности в Кыргызской Республике показывает, что ведущее место в структуре общей смертности занимают сердечно-сосудистые заболевания, причем, начиная с 90-х годов XX века, регистрируется рост сердечно-сосудистой смертности среди лиц трудоспособного возраста и, особенно, среди молодых людей. Показано, что основной вклад (80%) в смертность и инвалидность населения республики от сердечно-сосудистых заболеваний вносят гипертоническая болезнь, особенно в сочетании с гиперлипидемией, и коронарная болезнь сердца.

Согласно данным эпидемиологических исследований, проведенных сотрудниками Национального Центра Кардиологии и Терапии в 2004 году, распространенность артериальной гипертензии среди взрослого (старше 18 лет) населения Кыргызстана составила 38,4%. Следовательно, за последние 15 лет частота встречаемости артериальной гипертензии в республике увеличилась в 1,6 раза (в 1990 году распространенность артериальной гипертензии составляла 24%). В настоящее время фактически каждый третий взрослый житель республики имеет повышенное АД, то есть в настоящее время повышенным артериальным давлением страдает около 800 тысяч кыргызстанцев.

Все вышеизложенное, а именно, высокая распространенность АГ, тяжесть вызываемых данной патологией кардиальных, цереброваскулярных и ренальных осложнений, а также низкая эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий диктуют необходимость создания клинического руководства, которое учитывало бы не только передовой мировой опыт и научные достижения в области диагностики, лечения и профилактики АГ, но и особенности работы сестринского персонала первичного звена здравоохранения республики.

Чтобы сестринский персонал мог определить, соответствует ли его деятельность требуемому уровню качества, он должен пользоваться клиническими руководствами. Внедрение клинических руководств в практическую деятельность позволят:

1. Контролировать правильность проведения сестринских вмешательств.
2. Сформировать единую систему организации выполнения сестринских манипуляций.
3. Введение протоколов, алгоритмов практического обучения, создает условия для сознательного усвоения навыков, умений, активизации мыслительной деятельности, что в конечном счете, ведет к повышению профессиональной ответственности медицинской сестры.

Данное клиническое руководство описывает вопросы профилактики, своевременного выявления и сестринского ухода за больными с артериальной гипертензией на первичном уровне здравоохранения.

Знание медсестрами критериев выявления артериальной гипертензии, факторов риска развития осложнений, а также вопросов немедикаментозного лечения и ухода будет способствовать адекватному оказанию квалифицированной медицинской помощи больным с артериальной гипертензией, улучшению качества жизни пациентов, влияя в конечном итоге на смертность и инвалидизацию населения.

1.1. Состав рабочей группы по созданию руководства

Для создания клинического руководства по выявлению, лечению и профилактике первичной артериальной гипертензии у взрослых в первичном звене здравоохранения была создана междисциплинарная группа разработчиков. Это было обусловлено следующими причинами:

1. Артериальная гипертензия – состояние, к выявлению, диагностике, лечению и профилактике которого привлекаются врачи и медсестры различных звеньев и отраслей медицины;

2. Создание междисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки рекомендаций все заинтересованные стороны и рассмотреть проблему с разных точек зрения;

3. Создание междисциплинарной группы позволило исключить личную заинтересованность разработчиков, что значительно снизило риск возникновения систематической ошибки.

В состав междисциплинарной группы, кроме руководителей проекта, вошли преподаватели медицинских вузов и медицинских колледжей, практикующие медсестры, эксперты по созданию клинических практических рекомендаций, больные, страдающие гипертонической болезнью, а также группа технической поддержки.

Руководитель группы

Юсупова Б.А. - ведущий специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Пирназарова Г.Ф. - заведующая кафедрой сестринского дела в семейной медицине Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации.

Руководители обеспечивали эффективную деятельность группы и координацию взаимодействия между членами рабочего коллектива.

Ответственные исполнители

Таймолдоева Н.К.	Главная медицинская сестра НЦКТ
Бокоева А.А.	Старшая медсестра отделения АГ НЦКТ
Бектемирова А.Н.	Старшая медсестра отделения КТиР НЦКТ
Семененко Г.М.	Заместитель главврача по сестринскому делу Национального госпиталя

Абдыбалиева Г.А.	Методист медицинского колледжа г.Бишкек
------------------	---

Медицинские консультанты

Полупанов А.Г.	Д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения артериальных гипертензий НЦКТ
Джунусова И.Д.	Старшая медсестра, кардиология
Блюмкина Д.Д.	Старшая медсестра, терапия
Умарбаева С.У.	Старшая медсестра, неврология
Назарова Н.Р.	Старшая медсестра, эндокринология
Рахимова Л.С.	Пенсионерка, пациентка

Приглашение медицинских консультантов в состав разработчиков позволило обсудить достоверность отдельных рекомендаций, для которых не было найдено доказательств, а также вопросы применимости руководства в учреждениях первичного звена здравоохранения Кыргызской Республики.

Методологическая экспертная поддержка

Барыктабасова Б.К.	Специалист по доказательной медицине
Бартон Смит	

Международным экспертом JSI проводились консультации с членами рабочей группы по методологии создания клинических практических руководств, основанной на принципах доказательной медицины.

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы в проекте по созданию данного клинического руководства, все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики артериальной гипертензии у взрослых.

1.2. Цели задачи создания руководства

Цель: профилактика, своевременное выявление, эффективное лечение и уход за больными с артериальной гипертензией для снижения риска развития осложнений заболевания, инвалидности и смертельных исходов.

Задача: создание новой, единой системы сестринского подхода к выявлению, уходу и профилактике гипертонической болезни на уровне первичного звена здравоохранения, которая бы базировалась на принципах доказательной медицины и отражала последние достижения мировой медицинской науки и практики.

1.3. Целевая группа руководства

Руководство разработано, в основном, для медсестер первичного и вторичного уровней здравоохранения и медсестер стационаров, преподавателей медицинских вузов и колледжей.

1.4. Список сокращений

АГ	артериальная гипертензия
АД	артериальное давление
ВОЗ	всемирная организация здравоохранения
ГБ	гипертоническая болезнь
ГК	гипертонический криз
ГСВ	группа семейных врачей
ДАД	диастолическое артериальное давление
ИМ	инфаркт миокарда
ИМТ	индекс массы тела
КБС	коронарная болезнь сердца
ЛЖ	левый желудочек
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НЦКТ	Национальный центр кардиологии и терапии
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОКС	острый коронарный синдром
САД	систолическое артериальное давление
СД	сахарный диабет
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХСН	хроническая сердечная недостаточность
ЧСС	частота сердечных сокращений
ЦСМ	центр семейной медицины
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭХОКГ	эхокардиография

1.5. Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

КР по диагностике и лечению гипертонической болезни разработано по результатам систематизированного поиска и оценки информации в специальной литературе с фокусированием данных на исходах, наиболее важных для пациентов. Методологическая оценка проводилась по каждому исследованию, с указанием уровня доказательности, по стандартной шкале с использованием определенных критериев. Рейтинг качества и тип построения исследования явились основой для определения уровня предлагаемого доказательства, которые устанавливались по рекомендациям SIGN, с учетом рекомендаций Американской Коллегии Кардиологов и Американской Ассоциации Сердца (ACC/AHA).

Классификация рекомендаций

Класс I

Состояния, для которых имеются доказательства и/или общее соглашение, что процедура или лечение является эффективным и полезным (т.е. данное вмешательство показано, эффективно, полезно и должно быть назначено/проведено: польза >>>риск)

Класс II

Состояния, для которых имеются спорные доказательства и/или мнения специалистов расходятся о полезности/эффективности процедуры или лечения

Класс II а: имеется больше доказательств в пользу полезности/эффективности процедуры (данное вмешательство может быть полезным и эффективным и может быть проведено/назначено: польза >>риск)

Класс IIв: Эффективность/полезность процедуры плохо изучена, имеется недостаточное количество доказательств в пользу полезности данного лечения/процедуры (данное вмешательство возможно будет полезным и эффективным или эффективность/полезность данного вмешательства не известна и плохо изучена: польза >=риск)

Класс III

Состояния, для которых имеются доказательства и/или общее соглашение, что процедура или лечение не является эффективным и полезным и в некоторых случаях может быть вредным (данное вмешательство не рекомендуется: риск>=польза).

2. Гипертоническая болезнь

Артериальная гипертензия (артериальная гипертония) - повышение гидростатического давления крови в артериях большого круга кровообращения. Нормальное артериальное давление создается при сокращении левого желудочка сердца, когда кровь выбрасывается в аорту и продвигается в более мелкие артерии. Величина этого давления зависит также от объема крови в сосудах и от степени напряжения стенок артерий и тонуса самых мелких артерий - артериол. В норме цифры давления могут колебаться в зависимости от состояния человека: повышаться при физической или психоэмоциональной нагрузке, снижаться во время сна. Артериальная гипертензия диагностируется при систолическом артериальном давлении (АД) 140 мм рт. ст. и более и/или диастолическом артериальном давлении (АД) 90 мм рт. ст. и более, зарегистрированные не менее, чем при двух медицинских осмотрах, при каждом из которых АД измеряется по крайней мере дважды, с соблюдением всех правил оценки уровня АД. При систолическом АД более 210 мм рт. ст. и/или диастолическом АД более 120 мм рт. ст. для постановки диагноза достаточно однократного измерения.

Артериальная гипертензия подразделяется на 2 группы:

I группа - **Гипертоническая болезнь (первичная (эссенциальная) артериальная гипертензия** (primary hypertension) – заболевание, при котором основным клиническим симптомом является повышение уровня систолического АД выше 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД выше 90 мм рт. ст., зарегистрированное в результате двух отдельных осмотров, в каждом из которых АД измерялось, как минимум, два раза. Распространённость первичной АГ среди всех случаев гипертонии составляет 90-95%.

II группа - **Вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия** (secondary hypertension) – артериальная гипертензия, обусловленная поражением других органов и систем (первичным) или влиянием других факторов. В связи с этим выделяют эндокринные, почечные, гемодинамические и лекарственные вторичные гипертензии. Распространённость вторичной АГ среди всех случаев гипертонии составляет 5% -10 %.

Изолированная систолическая артериальная гипертензия (isolated systolic hypertension) – уровень АД, при котором систолическое АД выше или равно 140 мм рт. ст., а диастолическое ниже 90 мм рт. ст. Эта форма встречается чаще у пожилых пациентов и обусловлена артериосклеротическим поражением сосудов.

2.1. Оценка степени повышения артериального давления (классификация артериальной гипертензии)

В настоящее время ГБ классифицируется по уровню АД и степени суммарного сердечно - сосудистого риска. Выделяют 3 степени повышения АД (ЕОК/ЕОАГ): (табл. 1).

При этом артериальную гипертензию следует классифицировать по уровню как систолического, так и диастолического АД (уровень А).

Таблица 1

Определение и классификация уровней
артериального давления (мм рт. ст.)

Категория	Систолическое	Диастолическое
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое-нормальное	130-139	85-89
I степень гипертензии	140-159	90-99
II степень гипертензии	160-179	100-109
III степень гипертензии	≥180	≥110

Примечание: если у больного уровни САД и ДАД попадают в разные категории, то следует ориентироваться на более высокий показатель. Изолированная систолическая гипертензия диагностируется по уровню систолического АД, при этом также различают три степени повышения АД.

2.2. Группы риска

В зависимости от степени повышения АД, наличия других факторов сердечно-сосудистого риска, характера вовлечения органов-мишеней, а также сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний больные гипертонической болезнью распределяются на четыре группы (табл.2):

Таблица 2

Группа	Описание
I группа (низкий риск)	Лица с АГ I степени при отсутствии факторов риска, поражения органов-мишеней и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития осложнений составляет менее 15%.
II группа (средний риск)	Пациенты с I или II степенью АГ, с факторами риска (у мужчин возраст старше 55 лет, у женщин – старше 65 лет, курение, повышенный холестерин, семейный анамнез ранних ССЗ), при отсутствии поражения органов-мишеней и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития осложнений составляет 15-20%.
III группа (высокий риск)	Пациенты I, II, III степенью АГ, имеющие поражение органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка по данным ЭКГ, эхокардиографии, протеинурия или снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60

	мг%). Риск развития осложнений составляет 20-30%.
IV группа (очень высокий риск)	Пациенты, у которых имеются ассоциированные заболевания (стенокардия и/или перенесенный инфаркт миокарда, перенесенная операция реваскуляризации, сердечная недостаточность, перенесенные мозговой инсульт или транзиторная ишемическая атака, нефропатия, ХПН, поражение периферических сосудов, ретинопатия III-IV степени), независимо от степени АГ. Риск развития осложнений составляет более 30%.

2.3. Этиология:

Причина развития ГБ к настоящему времени точно не установлена. Предполагается участие следующих факторов – риска в патогенезе ГБ:

1. Возраст - с возрастом стенки крупных артерий становятся более ригидными, отмечается увеличение количества коллагеновых волокон, в результате стенка артерий утолщается и они теряют эластичность, уменьшается диаметр их просвета, из-за этого повышается сопротивление сосудов кровотоку, следовательно, повышается давление.
2. Наследственная предрасположенность - семейный анамнез или наличие симптомов КБС, хронической сердечной недостаточности, болезни церебральных или периферических сосудов, сахарного диабета, подагры, дислипидемии у кровных родственников.
3. Пол - чаще артериальной гипертонией страдают мужчины. Уровень артериального давления в подростковом, молодом и среднем возрасте у мужчин выше, чем у женщин. В более поздний период жизни эти различия сглаживаются и после 50 лет средний уровень давления выше у женщин. Это объясняет более высокую преждевременную смертность мужчин среднего возраста с высоким уровнем артериального давления, а также изменениями, происходящими в организме женщин в постклимактерическом периоде.
4. Курение - закупоривает артерии и вызывает сердечные приступы и инсульт. ЧСС у курящего на 15000 ударов в сутки больше, чем у некурящего, а доставка кислорода к тканям значительно снижена, т.к. сосуды сужены.
5. Алкоголь - доказана связь между потреблением алкоголя и уровнем артериального давления. Установлено как кратковременное, так и долгосрочное влияние алкоголя на уровень артериального давления, причем это влияние не зависит от ожирения, курения, физической активности, пола и возраста. Систолическое и диастолическое давление у лиц, ежедневно употребляющих алкоголь, соответственно на 6,6 и 4,7 мм рт. ст. выше, чем у лиц, употребляющих алкоголь раз в неделю.
6. Чрезмерное употребление соли - употребление в количестве, превышающем физиологическую норму (более 5 г в сутки), приводит к повышению артериального давления.

7. Ожирение, недостаточная физическая активность. Физическая активность играет важную роль среди факторов риска артериальной гипертензии. У лиц, ведущих сидячий образ жизни или нетренированных, риск развития артериальной гипертензии на 20—50% выше по сравнению с теми, кто ведут более активный образ жизни или являются тренированными. Регулярные аэробные физические упражнения являются довольно эффективным средством профилактики и лечения артериальной гипертензии.
8. Социально-экономические условия - играют важную роль экзогенных факторов в реализации генетической предрасположенности к артериальной гипертензии. Основными экзогенными факторами развития гипертонии являются психоэмоциональный стресс, депрессия. Острые и хронические стрессы являются факторами риска артериальной гипертензии.

Общая клиническая картина

Гипертоническая болезнь является бессимптомным заболеванием.

Симптомы появляются только при наличии осложнений.

Больные могут жаловаться на головные боли, головокружение, боли в области сердца, шум в ушах, бессонницу, чувство онемения конечностей, «мелькание мушек» перед глазами, слабость, снижение работоспособности.

Роль медсестры своевременно оценить изменения состояния больного, правильно измерить АД (анероидным тонометром (рис.1)) и совместно с врачом провести адекватное лечение и неотложные мероприятия и обучить мерам по профилактике осложнений. Дать рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четких выполнений назначений врача и профилактических мероприятий по предотвращению развития сердечно - сосудистых осложнений.

Лечение:

Желаемый уровень артериального давления и снижение суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений у больных ГБ может быть достигнуто только изменением образа жизни и, при необходимости, лекарственной терапией. При этом, не менее важным направлением в повышении эффективности лечения больных ГБ мы считаем их **адекватное обучение** основным вопросам, касающимся причин возникновения артериальной гипертензии, принципам медикаментозных и нефармакологических вмешательств.

Цель лечения - максимальное уменьшение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию всех выявленных факторов риска. Эта цель может быть достигнута путем снижения систолического давления ниже 140 мм рт. ст., диастолического - ниже 90 мм рт. ст. с последующим поддержанием его на этом уровне. При сочетании ГБ с сахарным диабетом

целевым уровнем АД считается менее 140/85 мм рт. ст. Для пожилых пациентов старше 80 лет в качестве целевого рекомендуется уровень АД менее 150/90 мм рт. ст.

Помимо коррекции уровня АД, не менее важной является организация рациональной борьбы и с другими риск-факторами, негативно влияющими на течение и прогноз заболевания.

Немедикаментозное лечение – сестринский уход.

Принципы:

- Немедикаментозное лечение должно быть рекомендовано всем пациентам с ГБ, включая тех, кто нуждается в лекарственной терапии.
- Немедикаментозная терапия снижает потребность в медикаментозной терапии и повышает эффективность гипотензивных препаратов.
- Мероприятия по изменению образа жизни показаны не только пациентам с ГБ, но и лицам с высоким нормальным АД (130-139/85-89 мм рт. ст.).

При первом обращении пациента с артериальной гипертензией медицинской сестре следует провести тщательный опрос пациента.

3. Алгоритм действий медсестры при работе с пациентом с ГБ.

3.1. Контроль АД.

Главным условием для обеспечения надежности ранней диагностики артериальной гипертензии должно служить правильное регулярное измерение артериального давления (табл. 3). Как ни странно, об этой простой процедуре часто забывают все, включая самого больного. А между тем нужно постоянно следить за колебаниями артериального давления, поскольку именно они дают возможность определить состояние здоровья человека и вовремя отреагировать на тревожные изменения в нем.

Для пациентов с ГБ измерять АД необходимо не реже двух раз в день, а все полученные данные записывать. Следует поощрять пациентов с ГБ к самоизмерению АД с не менее 2 раз в день в дневнике самоконтроля.

Дневник самоконтроля

Ф.И.О. _____ Возраст _____ лет

Дата измерения	АД в мм рт. ст.	Симптомы	Кол-во выкуриваемых сигарет в сутки	Вес

Питание	Физическая активность	Рекомендации	Назначено явиться

Для контроля АД очень важно вовлечь пациента в процесс лечения. Активное вовлечение пациентов в процесс лечения позволяет наиболее полно и успешно контролировать хронические заболевания и их осложнения, в то время как опекающая модель отношения медицинского работника к пациентам делает их пассивными участниками лечебного процесса, не желающими нести ответственность за свое здоровье. Ответственное отношение к своему здоровью подразумевает также соблюдение предписанных рекомендаций.

Н.В.!: Необходимо быть уверенным в стандартизации измерительного аппарата. Аппарат должен проходить технический осмотр 2 раза в год. Аппаратом выбора является аппарат Короткова, при использовании полуавтоматических приборов обязательным является использование аппаратов с манжетой на плечо. Пальчиковые, цифровые аппараты дают высокую частоту ошибок поэтому их использование недопустимо.

3.2. Алгоритм измерения АД

Таблица 3

Действие	Описание
Положение пациента	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сидя в комфортных условиях 2. Рука на столе фиксирована 3. Манжета на уровне сердца, на 2 см выше локтевого сгиба
Обстоятельства	<ol style="list-style-type: none"> 1. Исключается употребление кофе и напитков, содержащих кофеин (Coca-Cola, какао, чай и др.) в течение 1 ч перед исследованием 2. Запрещается курить в течении не менее чем за 15 мин до измерения 3. Исключается применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли 4. В покое после 5-минутного отдыха
Оснащение	<ol style="list-style-type: none"> 1. Манжета – следует выбрать соответствующий размер (резиновая часть должна быть не менее $\frac{2}{3}$ длины предплечья и не менее $\frac{3}{4}$ окружности руки) 2. Тонометр должен каждые 6 месяцев подвергаться проверке, положение стрелки тонометра перед началом измерения должны находиться на нуле
Кратность измерения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Для оценки уровня артериального давления следует выполнить не менее 3

	<p>измерений с интервалом не менее 1 мин, при разнице более 5 мм рт. ст. проводятся дополнительные измерения. За конечное значение принимается среднее из 2 последних измерений</p> <p>2. Для диагностики заболевания должно быть выполнено не менее 2 измерений с разницей во времени</p>
Измерение	<ol style="list-style-type: none"> 1. Накачать воздух в манжеты до уровня давления, на 20 мм рт. ст. превышающего систолическое (по исчезновению пульса) 2. Снижать давление в манжете со скоростью 2-3 мм рт. ст. в 1 сек 3. Уровень давления, при котором появляется I тон Короткова, соответствует систолическому давлению 4. Уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5-я фаза тонов Короткова) принимают за диастолическое давление 5. Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и несколько раз согнуть и разогнуть, затем измерение повторяют. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа 6. Первоначально следует измерить давление на обеих руках, в дальнейшем измерения делаются на той руке, где АД выше 7. У больных старше 65 лет, больных сахарным диабетом и получающих антигипертензивную терапию, следует также произвести измерение, в ортостазе (через 3 мин после вертикализации)

Рекомендации:

- Измерение АД с помощью аускультативного метода (метода Н.С.Короткова) является базовым для диагностики артериальной гипертензии. При этом необходимо использовать правильную технику измерения АД и надежное оборудование.
- Медсестра **должна научить больного** измерять артериальное давление и регистрировать его в дневнике самоконтроля, где желательно отмечать самочувствие, суточные дозы принимаемых лекарств, их эффективность и побочные эффекты.

3.3. Методы измерения АД

1. Измерение АД в домашних условиях (обучение пациента и членов семьи).

Самоконтроль АД в домашних условиях помогает получить данные об уровне АД в различные дни в условиях, максимально приближенных к повседневным. Домашнее измерение АД может быть рекомендовано больным ГБ, так как этот относительно дешевый метод позволяет повысить приверженность к лечению.

При проведении измерения АД на дому следует соблюдать следующие условия:

1. Использовать только стандартизированные приборы. Ни один из приборов, измеряющих АД на запястье, сегодня не имеет соответствующей стандартизации и не может быть рекомендован для самоконтроля АД.
2. Следует рекомендовать полуавтоматические приборы, чтобы избежать затруднений при использовании anerоидных манометров, а также при наличии проблем со слухом у пожилых больных (рисунок 2).
3. Медсестре следует проинструктировать больного о необходимости выполнять измерения АД в положении сидя после нескольких минут отдыха и проинформировать его о том, что значения давления могут меняться от измерения к измерению за счет спонтанных колебаний АД.

Рекомендации:

- Самоизмерение АД в домашних условиях может быть рекомендовано всем обученным больным ГБ при условии использования стандартных полуавтоматических приборов.

2. Офисное измерение АД

АД должно измеряться anerоидными манометрами при условии исправности всех составляющих. Однако эти приборы должны проходить поверку по стандартным протоколам путем сравнения их показателей с измерениями, выполненными ртутным сфигмоманометром.

3. Амбулаторное измерение АД

С целью автоматического измерения АД у больных в повседневных условиях разработан целый ряд приборов, позволяющих мониторировать АД в течение суток. Такие системы обеспечивают получение информации о 24-часовом ритме АД, а также предоставляют средние показатели за сутки и по отдельным периодам (ночь, день, предутренние часы). **Эта информация не заменяет собой данные стандартного (офисного) измерения АД.**

Таким образом, суточное измерение АД не является обязательным методом исследования у больных с ГБ. Его следует считать необходимым в следующих клинических ситуациях:

- Необычные колебания АД во время одного или нескольких визитов.
- Подозрение на “гипертонию белого халата” у больных с низким риском сердечно-сосудистых осложнений.
- Появление симптомов, позволяющих заподозрить наличие гипотонических эпизодов.
- ГБ, устойчивая к лечению - не восприимчивая к медикаментозному лечению.

3.4. Частота измерения АД

АД характеризуется большой вариабельностью значений как в пределах одного дня, так и в различные дни. В связи с этим диагноз ГБ может быть установлен на основании неоднократных измерений АД, полученных в различное время. Срок повторного осмотра зависит от уровня АД, зарегистрированного при первом осмотре, и может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев (табл. 4). В тех случаях, когда уровень АД во время первого осмотра не превышает нормальных значений, срок повторного осмотра составляет 1 год.

Рекомендации медицинским работникам по проведению повторного осмотра (измерения АД) для установления диагноза артериальной гипертензии у пациентов с разными уровнями АД после первичного осмотра

Таблица 4

Уровень АД при первом осмотре (мм рт. ст.)*		Сроки проведения последующего измерения АД
САД	ДАД	
< 130	< 85	Повторите измерение АД через 1 год
130 – 139	85 – 89	Повторите измерение АД через 6 месяцев
140 – 159	90 – 99	Повторите измерение АД в течение 1 недели
160 – 179	100 – 109	Повторите измерение АД в тот же день или через день в зависимости от клинической ситуации
> 180	> 110	Повторите измерение АД в тот же день или через день в зависимости от клинической ситуации

*Если значения систолического и диастолического давления соответствуют разным уровням АД, то при планировании повторного осмотра следует учитывать более высокие цифры АД. Например, если уровень АД при первичном осмотре равен 140/100 мм рт.ст., то необходимо провести повторное измерение в течение одной недели.

Рекомендации:

- Диагноз артериальной гипертензии (АД \geq 140/90 мм рт.ст.) должен быть поставлен на основании, как минимум, двух медицинских осмотров, при каждом из которых АД измерялось по крайней мере дважды, поскольку диагноз, поставленный на основании одного измерения, не может считаться достоверным.
- При систолическом АД более 210 мм рт.ст. или диастолическом АД более 120 мм рт.ст. для постановки диагноза достаточно однократного измерения АД.

4. Информирование и контроль пациента.

Медсестра должна убедить пациента изменить образ жизни, проинформировать, обучить его, как уменьшить воздействие факторов риска:

4.1. Отказ от курения.

Отказ от курения является одним из наиболее значимых изменений образа жизни в плане предотвращения как сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь КБС и инсульта, так и заболеваний других органов. Лица, отказавшиеся от курения до достижения среднего возраста, как правило, имеют продолжительность жизни не отличающуюся от некурящих.

Кроме этого, есть данные о том, что курение может влиять на эффективность ряда антигипертензивных препаратов, в частности β -адреноблокаторов, а также устранять положительные эффекты лечения. При необходимости могут использоваться никотинзамещающие препараты, которые безопасны при ГБ и облегчают отказ от курения. Эти средства должны использоваться по соответствующей рекомендации врача. Довольно часто после прекращения курения больные начинают прибавлять в весе. Этим пациентам для предотвращения увеличения веса необходимы соответствующие диетические рекомендации и динамические физические нагрузки.

Медсестра должна рассказать пациенту, каким образом никотин действует на сосуды, и рекомендовать различные методики отвыкания от курения. Курение закупоривает артерии и вызывает сердечные приступы и инсульт. ЧСС у курящего на 15000 ударов в сутки больше, чем у некурящего, а доставка кислорода к тканям значительно снижена, т.к. сосуды сужены. Курение – основной фактор риска заболеваний органов дыхания: хронического обструктивного заболевания легких (хронический бронхит и эмфизема), пневмонии. Под влиянием курения снижается острота зрения, нарушается кровоснабжение сосудистой оболочки и сетчатки глаза. Существуют заболевания, вызываемые в основном только курением. Это - облитерирующий эндартериит (заболевание сосудов ног). Происходит сужение сосудов и приток крови к тканям и клеткам сильно нарушается. Самое страшное последствие – ампутация конечности или конечностей. Кожа у курящего человека стареет быстрее, чем у некурящего. Курильщики нервно истощены больше.

Способы отказа от курения:

В самом начале следует посчитать, сколько сигарет за целый день вы выкуриваете, а также определить, что вам служит причиной для того, чтобы покурить. Причины могут быть разные, это может быть: необходимость успокоиться после неприятного разговора, совещания, важной беседы или просто скука, нечего делать, а может просто, вы курите за компанию, или вы курите просто на «автомате». Потратьте пару дней для того, чтобы составить этот список перекуров, для вас это будет очень важно. Как только ваш список будет готов, уберите из него самые на ваш взгляд «лишние» перекуры, такие как сигаретка, на остановке, пока ждёте автобуса, или послеобеденные перекуры, в общем то, без чего вы сможете обойтись. Итак, мы отказались на первом этапе от лишних перекуров. Часто бывает так, что число выкуриваемых сигарет уменьшается в 2, а то и в 3 раза. Также, для того чтобы было проще не курить, вы можете перейти на другой сорт табака, на тот, который вам не нравится. Это тоже даст неплохие результаты.

Для того чтобы вам было полегче, найдите себе некий заменитель курению. Это может быть жвачка, сосательная конфетка, физические упражнения, приятный душ, интересная книга или телешоу. Найдите что-то свое и пользуйтесь этим для того, чтобы отвлечь себя от мыслей о курении. Также следует быть настроенным положительно, это считается неким психологическим секретом по борьбе с курением. Проще говоря, вы не должны себя напрягать, постоянно повторяя в голове «я больше не закурю», ведь тем самым вы будете постоянно думать о курении, а этого делать не надо! Сформулируйте мысль по другому, к примеру, говорите себе «я буду дышать чистым воздухом», перенастроив свои мысли таким образом, вы сможете добиться больших результатов.

Как только у вас получится добиться заметных результатов сокращения числа выкуриваемых сигарет в день, не останавливайтесь на этом, спокойно продолжайте двигаться в том же направлении. Далее, не выкуривайте сигарету до конца, затушите на половине. Замечайте ситуации, в которых курение не столь и важно, когда можно и не покурить. И последнее, не следует удерживать в своей голове мысль о том, что вы больше никогда не закурите, просто говорите себе, «Я этот перекур отложу на следующий день», и поверьте, это даст свои результаты. Попробуйте не покупать сигареты блоками.

Самый лучший способ - когда человек твёрдо решает больше не курить, вот просто больше нет затяжки, взял и бросил курение, насовсем. Этот метод хоть и перспективный, но далеко не для всех, так как он волевой. А как известно, не всем дана железная сила воли. Об этом говорит нам и статистика, так как процент тех, кто смог просто взять и бросить, очень мал.

Возможные искушения

Во время периода отказа от курения вас будет ожидать множество искушений, соблазнов в виде предложенной сигаретки вашим коллегой, знакомым или другом, в этот момент очень важно проявить свою силу воли и отказаться от сигареты. Главное - не устраивайте себе сами такие соблазны, не пытайтесь проверить себя тем, что захочется ли вам возвращаться к этой привычке после того, как вы выкурите сигарету.

Помните, что вы всегда сможете вернуться к выкуриванию по пачке в день, как раньше. Так что ставить на себе эксперименты лучше не надо. Девиз у того, кто действительно бросает курить, должен быть таков: «Не курить! Не курить никогда! Не может быть никакого оправдания для каждой выкуренной сигареты!». Никогда не ищите оправдание выкуренным сигаретам, потому что оправдания нет! И не должно быть! Выкиньте всевозможные напоминания о сигаретах, а именно спички, зажигалки, уберите подальше пепельницы. Если вам не будут попадаться соблазны на глаза, то и курить не будет хотеться.

Когда вы добьётесь уже хороших результатов и будете чувствовать себя на вершине, коварное желание покурить будет преследовать вас во сне. Существует такое утверждение, что есть так называемая прокурительная доминанта. Это одна очень маленькая часть мозга, которая отвечает за хранение информации из прошлого, когда вы курили. Вот именно эта маленькая часть мозга и не будет давать вам покоя какое-то время. Но постепенно такие сны вам будут сниться всё реже и реже, а потом исчезнут вовсе.

Окончательный результат

Через какое-то время после того, как вы бросили курить, вы почувствуете себя значительно здоровее, у вас будет совсем другое дыхание, и вы будете вспоминать то время из прошлого, как жуткий кошмар. И будет такое время, когда вы даже не будете знать цены на сигареты или папиросы. Уже создалось такое правило, что те люди, которые смогли бросить курить, советуют сделать то же самое другим. Кстати, бросать курить в компании таких людей гораздо проще, так как они уже всё это прошли, и могут помочь советом.

4.2. Снижение потребления алкоголя.

Ученые обнаружили, что умеренное потребление алкоголя повышает уровень липопротеинов (жиров) высокой плотности, способствующих выведению из организма избытка холестерина, вызывающего атеросклероз. Между потреблением алкоголя, уровнем АД и распространенностью ГБ в популяции существует линейная зависимость. Кроме этого, злоупотребление алкоголем ассоциировано с высоким риском инсульта, особенно при наличии запоев. Прием алкоголя снижает эффективность антигипертензивной терапии, но это влияние является по крайней мере частично обратимым и уменьшается через 1–2 нед после снижения потребления алкоголя на 80%. Поэтому больным с ГБ следует рекомендовать сокращение потребления алкоголя до

20–30 г чистого этанола в сутки для мужчин и 10–20 г для женщин. Следует также предупредить об увеличении риска инсульта при запойном пьянстве. Отметим, что прием алкоголя абсолютно противопоказан при повышенном уровне в крови триглицеридов, сахара или мочевой кислоты, при ожирении, поражении желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы.

Злоупотребление алкоголем вызывает сердечные болезни, и повышает риск заболеваний легких: аритмии, хронические болезни легких, гипертензии, туберкулез, воспаление легких. Могут возникнуть алкогольный гепатит, цирроз печени, рак пищевода, воспаление поджелудочной железы, варикоз пищевода, т.е. расширение вен в пищеводе, которое может спровоцировать кровотечение и привести к смерти, язва желудка. Длительное злоупотребление алкоголем может привести к алкогольным галлюцинациям, алкогольному бреду.

4.3. Снижение массы тела.

У людей с избыточной массой тела не только риск инфаркта миокарда выше, чем у худых, а и последствия инфаркта значительно серьезнее. Если сравнить худых и тучных людей, то получим примерно следующую картину, у тучных людей в среднем уровень артериального давления выше, уровень холестерина в крови выше и выше риск возникновения диабета, который сам по себе увеличивает риск инфаркта, большая вероятность рака молочной железы или толстой кишки. Избыточная масса тела, особенно при наличии абдоминального ожирения, сопровождается повышением АД. Снижение массы тела способствует снижению АД и благоприятно влияет на сопутствующие факторы риска, такие как инсулинорезистентность, диабет, гиперлипидемия и гипертрофия левого желудочка. Поэтому всем пациентам с гипертонией у которых вес тела более чем на 10% превышает желательный, необходимо рекомендовать ряд специальных, контролируемых мер по снижению веса, таких как ограничение пищевых калорий и увеличение физической активности. Диета больного гипертонией, сочетающейся с ожирением должна быть низкокалорийной со сниженным содержанием углеводов. Калорийность пищи должна составлять 1200-1600 ккал/день. Рекомендуется ограничить потребление легкоусваиваемых углеводов и увеличить потребление растительных продуктов. Необходимо убедить его не питаться "fast food" и снизить содержание насыщенных жиров в пище.

Индекс массы тела (англ. *body mass index (BMI)*, ИМТ) — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Расчёт ИМТ важен при определении показаний для необходимости лечения.

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}, \text{ где: } m \text{ — масса тела в килограммах}$$

$$h \text{ — рост в метрах, и измеряется в } \text{кг/м}^2.$$

Например, масса человека = 85 кг, рост = 164 см. Следовательно, индекс массы тела в этом случае равен:

$$\text{ИМТ} = 85 : (1,64 \times 1,64) = 31,6 \text{ кг/м}^2.$$

В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработана следующая интерпретация показателей ИМТ (табл. 5):

Таблица 5

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
16 и менее	Выраженный дефицит массы
16—18,5	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5—25	Норма
25—30	Избыточная масса тела
30—35	Ожирение первой степени
35—40	Ожирение второй степени
40 и более	Ожирение третьей степени (морбидное)

4.4. Ограничение потребления поваренной соли.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что потребление поваренной соли играет важную роль в повышении АД и увеличении распространенности гипертензии. Данные рандомизированных клинических исследований показали, что уменьшение потребления соли до 80–100 ммоль (4–5 г) в день с изначального уровня в 180 ммоль (10,5 г) в день приводит к среднему снижению АД на 4–6 мм рт. ст. и даже более при добавлении других диетических рекомендаций, а также усиливает антигипертензивный эффект лекарственной терапии. Больным следует рекомендовать избегать “досаливания” пищи, сильно соленых продуктов питания, особенно консервированных, и употреблять пищу, приготовленную непосредственно из натуральных продуктов, содержащую много калия. Для улучшения вкусовых качеств недосоленной пищи в нее можно добавлять лимонный сок, приправы и пряности (лавровый лист, укроп, петрушку, мяту и др.).

Перечень продуктов с высоким содержанием соли, которые следует исключать из рациона (табл.6):

Таблица 6

1	Чипсы 30 г	149 мг соли
2	Замороженные обеды (150 г курицы с рисом)	787 мг соли
3	Сухие завтраки	360 мг соли
4	Овощные соки	653 мг на кружку
5	Консервированные овощи	720 мг соли
6	Обработанные мясные продукты (2 кусочка)	362 мг соли
7	Готовые супы	900 мг соли
8	Соусы	Ст. ложка соевого соуса-1024 мг соли

		Ст. ложка кетчупа – 167 мг соли Готовый соус для спагетти – до 525 мг соли
9	Жареный арахис в маленькой упаковке	230 мг

4.5. Увеличение в рационе фруктов и овощей и уменьшение насыщенных жиров и жира в целом.

Больным с ГБ также следует рекомендовать употреблять больше фруктов, рыбы, пищи, богатой крахмалом (хлеб, картофель, крупы) и уменьшить потребление насыщенных жиров (маргарин, сливочное масло, нутряной жир, почечный жир, белый жир на мясе, кожа курицы, пальмовое и кокосовое масло), холестерина, легко усвояемых углеводов (сахар, конфеты, сладости, сдоба). Недавнее исследование DASH показало, что такая диета может оказать положительное влияние на сердечно-сосудистые факторы риска и снизить АД. Рекомендуется пища, богатая овощами и фруктами, так как они обладают желчегонным эффектом, т.е. стимулируют секрецию желез пищеварительного тракта, тем самым улучшают переваривание и усвоение пищи, а именно углеводов и жиров, также стимулируют моторную активность кишечника благодаря высокому содержанию клетчатки, которая, как известно, не всасывается из-за отсутствия ферментов.

Помимо этого, вышеуказанные продукты богаты витаминами, особенно аскорбиновой кислотой, солями калия (улучшается работа сердца), содержат мало натрия, следовательно, это способствует выведению воды, а вместе с ней ядовитых веществ, образующихся при анаэробных процессах в кишечнике, а также понижению внутрисосудистого давления за счет выведения солей натрия. Полезны также разгрузочные дни (молочные, арбузные) и некоторые дифференцированные диеты, а также продукты, обогащенные солями калия и магния.

Нарушение обмена веществ, в частности ожирение, является медико-социальной проблемой и в значительной степени оказывает влияние на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний (аритмии, атеросклероз, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда и т.д.).

Диета при гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваниях.

Категорический отказ от жиров животного происхождения и продуктов, содержащих холестерин.

Жиры животного происхождения и избыточный холестерин содержат следующие продукты: мясо баранины, внутренние органы животных (печень, мозги, почки, легкие), колбасы, сосиски, паштеты, сливочное масло, животный жир, икра (черная, красная), свинина, сало, шкурка птиц, яичный желток, наваристые мясные бульоны, сметана, сыры, сливки.

Хлебобулочные изделия из муки высшего сорта (белый хлеб), печенье, конфеты, сахар, варенье, кексы, пирожные, торты, а также шоколад, мороженное, макаронные изделия, виноград, изюм, картофельные чипсы.

Ограничить употребление поваренной соли до 5-ти гр. В сутки и жидкости до 1,5 литров в сутки (включая супы, бульоны и т. д.)

Показано употребление следующих продуктов питания: Мясо говядины нежирной, телятина, кролик, рыба, птица, желательно в отварном воде, без шкурки. Паровые котлеты, тефтели мясные паровые.

Молочные продукты – кефир 1%, молоко, творог обезжиренный.

Ржаной хлеб.

Готовить вегетарианские супы, щи, борщи, свекольник (из разных овощей с небольшим добавлением картофеля или крупы) на растительном масле; винегреты, окрошка, салаты.

Каши: гречневая, перловая, геркулесовая, овсяная; тушеная капуста, картофельное пюре, плов на растительном масле с фруктами.

Орехи – грецкие, миндаль.

Овощи: (капуста, морковь, свекла, редиска, редька, лук, чеснок, перец болгарский, огурцы, кабачки, баклажаны), орехи, зелень – петрушка, укроп, кинза, шпинат, морская капуста.

Фрукты: урюк, персики, абрикосы, яблоки, лимоны, апельсины, курага.

Все блюда готовить на растительном масле (подсолнечное, кукурузное, оливковое, горчичное).

Пищу лучше употреблять в свежем, отварном, пареном виде. Частое, дробное питание (4-5 раз в сутки).

Полезно употребление отвара шиповника, компотов из сухофруктов, вместо чая и кофе.

Семь «золотых» правил диеты:

1. Ограничить потребление общих жиров;
2. Уменьшить потребление насыщенных жирных кислот (животные жиры, масло, сливки, яйца, мясо)
3. Увеличить потребление продуктов, обогащенных полиненасыщенными жирными кислотами (жидкие растительные масла, рыба, птица, морские продукты);
4. Увеличить потребление клетчатки (овощи, фрукты);
5. Заменить в домашнем приготовлении пищи масло, маргарин растительными маслами;
6. Резко уменьшить потребление продуктов, богатых холестерином (яйца, почки, печень, животные жиры, сливочное масло, сыр, мозги, сметана);
7. Резко снизить количество поваренной соли в принимаемой пище.

4.6. Динамические физические тренировки.

Низкая физическая активность является важным предиктором сердечно-сосудистых осложнений независимо от уровня АД и других факторов риска. В связи с этим больным с сидячим образом жизни следует рекомендовать регулярные умеренные аэробные физические нагрузки, такие как ходьба, бег трусцой, плавание по 30–45 мин 5-7 раз в неделю. Объем

обследования перед назначением физических нагрузок зависит от программ упражнений, симптомов и физических данных больного. Даже небольшие физические нагрузки могут снизить АД на 4–8 мм рт. ст. При этом статические нагрузки, такие как поднятие тяжестей, не рекомендуются, поскольку могут способствовать повышению АД и развитию осложнений. У больных с неэффективным контролем АД и при тяжелой ГБ физические нагрузки могут рекомендоваться только после подбора адекватного лечения и достижения его эффективности.

Список дополнительных возможностей повысить двигательную активность:

- Ходите по лестнице вместо того, чтобы подниматься на лифте.
- Вовремя шопинга, из магазина в магазин идите пешком.
- Попробуйте ходить пешком на работу (хотя бы часть пути).
- На парковке оставляйте машину в самом дальнем конце.
- Выходите из автобуса на одну остановку раньше, прогуляйтесь до дома.
- Занимайтесь любой дополнительной работой по дому (можно лишний раз стереть пыль, пропылесосить, переложить вещи в шкафу).
- Найдите для себя занятие в саду или на огороде (лишний раз прополите, окучьте, вскопайте, полейте и т.д.).
- Попробуйте за покупками или на работу ездить на велосипеде.
- На работе вместо того, чтобы поговорить с коллегой по телефону, встретьтесь с ним где-нибудь в холле.
- Обедать ходите пешком.
- Начните регулярные тренировки сегодня, выбрав что-то из следующего списка: велосипед, ходьба, аэробика, бег, ручной мяч, велотренажер, бадминтон, теннис одиночный.

Сделайте занятия спортом вашей отличительной семейной чертой, наследственной только в том смысле, что младшие члены семьи вслед за старшими станут больше уделять внимания физическим упражнениям.

Вы поможете своим детям вырасти стройными, если приучите их:

1. больше двигаться;
2. есть в определенные часы, а не когда вздумается;
3. меньше есть всякой всячины, где много жира и сахара.

4.7. Социально-экономические условия. Эмоциональные нагрузки. Стресс.

Одним из этиологических факторов в возникновении артериальной гипертензии является нарушение деятельности центральной нервной системы, возникающее под влиянием тяжелых душевных переживаний, длительного нервного напряжения. Поэтому следует избегать психического, физического перенапряжения, конфликтных ситуаций. Отрицательно переживаемый хронический стресс принимает определенное участие как в возникновении, так и в прогрессировании ГБ. При стрессе, как известно,

активируется симпатический отдел нервной системы, при этом из мозгового слоя надпочечников освобождается преимущественно адреналин, который в свою очередь опосредованно облегчает освобождение норадреналина. Следовательно, надо следить за своим психо-эмоциональным статусом и, если необходимо, обратиться к врачу. Необходимо строго соблюдать режим труда, отдыха, сна, устранять иные факторы, способствующие развитию невроза. Важное значение имеет выбор профессии, чувство удовлетворенности работой, создание нормальных условий — рабочий день не более 8 ч, устранение неудобств как на работе, так и дома. Помогите подопечному и его родственникам скорректировать нагрузку на больного так, чтобы пациент не подвергался стрессам и нервному напряжению.

4.8. Здоровый сон.

Еще одна проблема гипертоников — сон. По ночам их часто мучает бессонница, а между тем им необходим хороший отдых. Именно поэтому так важно, чтобы вечером больной не перевозбуждался. Подъем и отход ко сну в одно и то же время. Ложиться желательно не позже 22-23 часов. Исключить прием пищи непосредственно перед сном. За 2 часа до сна можно принимать только легкую пищу (овощи, фрукты, кисломолочные продукты). Просмотр телевизора лучше закончить за 1,5—2 ч до сна. Перед тем как отправляться спать, человеку следует расслабиться. В этом помогут тихая музыка, приглушенный свет. При постоянной непрекращающейся бессоннице с **разрешения врача** можно использовать снотворные средства. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки. Необходим контроль за положением тела больного в кровати или в кресле. Если больному показан постельный режим, он должен находиться в кровати, у которой приподнят головной конец. Если больной сидит или полусидит в кресле, необходимо помочь ему принять удобное положение с помощью подушек. При сидячем положении больного подставьте ему под ноги скамейку или низкую табуретку, чтобы ноги были максимально приподняты, но так, чтобы это было удобно больному. При приподнятых ногах уменьшается отек нижних конечностей.

4.9. Активная санитарно-просветительская работа с населением.

Повышение уровня знаний пациента о своем заболевании, методах медикаментозной и не медикаментозной терапии потенциально может улучшить приверженность больных к лечению и повлиять на течение заболевания и прогноз больных ГБ.

В целом пациенты с артериальной гипертензией недостаточно ответственно относятся к своему здоровью. Одной из причин этого является их недостаточная информированность о своем заболевании и развитие возможных осложнений (гипертонический криз, нарушение мозгового кровообращения (геморрагический и ишемический инсульт), инфаркт миокарда, нефросклероз (первично сморщенная почка), сердечная недостаточность, расслаивающаяся аневризма аорты, отслойка сетчатки и др.). Для повышения уровня знаний пациента надо выпускать сан.бюллетни,

специальные брошюры, памятки, публикации в газетах и журналах, проводить беседы с пациентом, участие пациентом семинарских занятий в специально созданных школах.

5. Медикаментозное лечение.

Медикаментозная терапия является важнейшим компонентом эффективного контроля АД у пациентов с ГБ. Назначение медикаментозной терапии зависит от уровня АД, степени риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений и сопутствующих заболеваний. Для лечения ГБ в основном используют 5 групп лекарственных средств (табл. 7).

5.1. Наиболее распространённые лекарственные препараты, применяемые в условиях ЦСМ/ГСВ и в стационаре.

Таблица 7

Группы ЛС	Название препарата	Суточная доза (мг)	Кратность приема	Побочные эффекты	Противопоказания
Ингибиторы АПФ	Каптоприл	50-75	2-3 за час до еды	Гипотония, ангионевротический отек, повышение калия и креатинина в крови	Беременность, кормление грудью, гиперкалиемия
	Эналаприл	5-20	2		
	Лизиноприл	5-20	1		
Антагонист рецепторов ангиотензина	Лозартан	25-50	1-2	повышение калия и креатинина в крови	Беременность, кормление грудью, гиперкалиемия
Бета-адреноблокаторы	Бисопролол	2,5-10	1 утром	Брадикардия, гипотония, блокады, бронхоспазм	Бронхиальная астма, ав-блокада II, III степени
	Метопролол	25-50	2		
Блокатор кальциевых каналов	Нифедипин-ретард	40	2	Тахикардия, отеки голени, покраснение лица	Тахиаритмия, застойная сердечная недостаточность
	Амлодипин	5-10	1		
Диуретик	Гидрохлортиазид	12,5-25	1	Гипокалиемия повышение сахара и холестерина	Подагра, беременность

				в крови	
Диуретик	индапами д	2,5-5	1	Гипокалиеми я	Беременность

5.2. Рекомендации по приему лекарственных препаратов, которым должна следовать медсестра при работе с больным:

Чтобы уменьшить риск возможных осложнений, обратная связь с пациентом (переспросите пациента об усвоенном материале) медсестре необходимо во время беседы убедиться в понимании пациентом того факта, что отсутствие симптомов заболевания еще не является основанием для отказа от контроля АД.

Следует напомнить пациенту, что симптомы появляются уже в развернутой стадии заболевания.

1. Нужно предупредить пациента, что ему не следует внезапно прекращать прием лекарственных средств, так как это может вызвать повышение АД.
2. Медсестре следует стимулировать пациента к обсуждению побочных эффектов действия лекарственных средств и других терапевтических мероприятий (например, диеты).
3. Если пациент забывает принимать лекарства вовремя, можно обсудить с ним способы запоминания, например, связь с определенным приемом пищи (завтрак, обед и т.п.). Следите за регулярностью приёма лекарств больным (настроить моб. телефон по напоминанию о приеме препарата).
4. Расспрашивайте подопечного о его самочувствии после приёма нового препарата. Бывает так: больной думает, что ему плохо по причине его заболевания, а это может быть непереносимость нового лекарства.
5. Медсестра должна рассказать пациенту о правилах, которые необходимо соблюдать при приеме лекарственных средств. Пациенту с гипертонической болезнью при приеме лекарственных препаратов следует медленно вставать из положения лежа и сидя, исключить длительное пребывание в положении стоя, немедленно сесть или лечь, если он почувствовал слабость, и опустить изголовье; исключить применение очень горячего душа или ванны, так как эти процедуры вызывают расширение сосудов и, как следствие, падение АД.
6. Следует объяснить пациенту необходимость регулярного посещения врача, так как гипертония - это хроническое заболевание.
7. Медсестре нужно включить членов семьи и других социально значимых для пациента лиц в обучение и помощь в поддержании необходимого режима.

8. Медсестра должна объяснить больному как подготовиться к лабораторноинструментальным исследованиям. Лабораторно-инструментальные исследования направлены на выявление дополнительных факторов риска, поиск причин вторичной АГ и определение наличия или отсутствия поражения органов-мишеней. Предпочтение следует отдавать тем исследованиям, которые, с одной стороны, являются информативными, а с другой, максимально доступными в условиях первичного звена здравоохранения. Исследования необходимо выполнять от простых к более сложным. При этом объем исследований тем больше, чем моложе пациент и выше уровень АД.

6. Методы подготовки пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям.

Общий анализ крови и мочи (ОАК и ОАМ) – позволяет оценить состояние системы крови и работу почек

Глюкоза в крови – позволяет установить или опровергнуть наличие диабета

Биохимический анализ крови (креатинин, липидный спектр, трансаминазы) - дает ценную информацию относительно работы почек, печени, концентрации различных фракций жиров и холестерина в крови;

6.1. Кровь.

Кровь на общий анализ надо сдать утром натощак. Между последним приемом пищи и сдачей крови на анализ должно пройти не менее 8 часов. Желательно за 1-2 дня до обследования исключить из рациона жирное, жареное и алкоголь. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения.

Надо исключить факторы, влияющие на результаты исследований: физическое напряжение (бег, подъем по лестнице), эмоциональное возбуждение. Перед процедурой необходимо отдохнуть 10-15 минут, успокоиться. Кровь не следует сдавать после рентгенографии, ректального исследования или физиотерапевтических процедур.

Материалом для исследования биохимических анализов (глюкоза, холестерин, креатинин, электролиты, мочева кислота) является венозная кровь, которая берется из локтевой вены и помещается в чистую сухую пробирку без антикоагулянтов. Анализ сдается натощак. Между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее 8 ч (желательно - не менее 12 ч). Сок, чай, кофе, тем более с сахаром, пить нельзя! Можно пить воду. Желательно за 1-2 дня до обследования исключить из рациона жирное, жареное и алкоголь. Если накануне состоялось застолье – следует перенести лабораторное исследование на 1-2 дня. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения. Надо исключить факторы, влияющие на результаты исследований: физическое напряжение (бег, подъем по лестнице),

эмоциональное возбуждение. Перед процедурой необходимо отдохнуть 10-15 минут, успокоиться.

Кровь на анализ сдают до начала приема лекарственных препаратов (например, антибактериальных и химиотерапевтических) или не ранее чем через 10-14 дней после их отмены. О приеме лекарственных препаратов необходимо предупредить лечащего врача. Кровь не следует сдавать после рентгенографии, ректального исследования или физиотерапевтических процедур.

6.2. Моча

Перед сбором общего анализа мочи необходимо провести туалет наружных половых органов. В чистую банку собирается средняя порция утренней мочи в объеме 100-150 мл (первую часть мочеиспускания осуществить в унитаз, среднюю - в баночку, а третью - тоже в унитаз). Накануне не рекомендуется пить слишком много или слишком мало жидкости.

6.3. Электрокардиограмма (ЭКГ).

Электрокардиограмма – сообщает информацию о работе сердца. Метод исследования сердца, с помощью записи на бумагу электрических колебаний от сердечной мышцы во время ее обычной работы.

Электрокардиограмма является скринингом для выявления патологии сердца, то есть недорогим, простым в исполнении, быстрым и безвредным методом, входящим в стандарты обследования больных с подозрением на сердечную патологию.

Для проведения ЭКГ пациенту исследования не требуется специальная подготовка. Человек укладывается на кушетку. На руки, ноги и поверхность груди помещают специальные электроды в виде зажимов или присосок. Кожу предварительно обрабатывают физиологическим раствором или обычным гелем.

Манипуляция абсолютно безболезненная. От пациента требуется неподвижно полежать в течение 1-2 минут.

Результатом исследования является бумажная лента, на которой вычерчивается кривая — запись электрофизиологической активности сердца.

6.4. Эхокардиограмма (ЭХОКГ)

Эхокардиограмма (ЭХОКГ) выполняется врачом-диагностом в положении больного «лежа на спине» или «лежа на левом боку». ЭХОКГ не требует предварительной подготовки больного. Если при необходимости больному установлен ЭКГ-монитор, он не мешает проведению ультразвукового исследования сердца. Врач оценивает размеры сердца и его полостей в момент сокращения и в момент расслабления, оценивает толщину стенок сердца, их подвижность, далее выводит на экран сердечные клапаны. Последовательно исследует состояние аорты, легочной артерии и полости

сердца, перикард. На завершающем этапе обследования врач оценивает диастолическую функцию сердца, скорость и направление сердечных потоков. Продолжительность исследования 30-40 минут.

6.5. УЗИ внутренних органов

Ультразвуковое исследование внутренних органов – дает информацию относительно состояния внутренних органов.

Подготовка к УЗИ-исследованию органов брюшной полости: за три дня до обследования необходима несложная диета: отказ от белого хлеба, чеснока, гороха, фасоли, капусты, сырых фруктов и овощей, а также цельного молока. Принимать по одной или две таблетки активированного угля 2-3 раза в день или «Филтрум», «Эспумизан» и прочие подобные таблетки по схеме, указанной в аннотации. При нарушении пищеварения рекомендуется принимать во время еды по одной таблетке фестала, мезим-форте или другой препарат, который вам назначит врач. За два дня (не за один день и не накануне, а именно за два дня) при необходимости перед УЗИ сделать очистительную клизму. Исследование должно проводиться натощак. Если обследование назначено на утро, то последний приём пищи должен быть не позже семи часов вечера накануне исследования. Если УЗИ назначено на вторую половину дня, то рассчитывайте так, чтобы последний приём пищи был не раньше, чем за шесть часов до УЗИ, а лучше за десять.

Гипертоническая болезнь — заболевание хроническое, и поэтому она требует постоянного лечения, не однократного, а на протяжении многих лет. Поэтому без лекарственных препаратов во многих случаях обойтись никак нельзя. **Важно помнить, что назначать или отменять лекарства должен только врач!** Повышенное внимание нужно уделять людям, принимающим лекарственные препараты для снижения артериального давления, особенно если они используют большие дозы (например, при гипертоническом кризе). Дело в том, что эти препараты могут действовать слишком сильно, и когда человек почувствует себя лучше и встанет с постели, у него может резко закружиться голова, поскольку в этом случае артериальное давление падает ниже нормальных цифр. Иногда дело доходит до обморока, так что в это время необходимо присутствие кого-либо рядом, чтобы помочь больному в случае необходимости. Улучшение состояния, снижение артериального давления в результате лечения происходят довольно быстро, однако это лишь временный эффект, который не дает повода отменять лекарственные средства. Произвольные, без разрешения врача, перерывы в лечении могут приводить к еще большему усугублению заболевания, к появлению гипертонических кризов.

Человек, страдающий гипертонической болезнью, должен знать, что основная цель проводимого лечения — поддерживать артериальное давление на целевом уровне, не допуская ни его повышения, ни резкого понижения. А это возможно лишь в случае постоянного приема лекарственных препаратов.

7. Гипертонический криз

Гипертоническим кризом называют состояние, возникающее вследствие резкого внезапного повышения артериального давления. Это состояние является неотложным, поэтому оказание помощи при гипертоническом кризе должно происходить быстро и четко по алгоритму.

В некоторых случаях кризовое состояние может явиться первым симптомом наличия гипертонической болезни. Гипертонический криз опасен в связи с риском возникновения тяжелых нарушений со стороны нервной системы (инсульты), сердечно-сосудистой системы (инфаркты, отек легких).

Характерные симптомы гипертонического криза

- Резкая головная боль, часто в области затылка
 - Ощущение пульсации в височных областях
 - Тошнота, рвота, не приносящая облегчения
 - Учащенное сердцебиение
 - Чувство страха, тревоги
 - Гиперемия кожных покровов, чаще лица, шеи, передней поверхности грудной клетки
 - Резкое повышение артериального давления
 - Возможны боли в грудной клетке сжимающего характера, вегетативные явления и другие симптомы:
- Дрожь во всём теле, как при ознобе
 - Расстройство зрения
 - Нарушение сознания

7.1. Алгоритм действий медицинской сестры при гипертоническом кризе

- **Срочно!!!! Вызвать дежурного или лечащего врача!**
- Уложить пациента на поверхность с приподнятым головным концом, расстегнуть стесняющую одежду (ворот, пояс), при рвоте повернуть голову пациента набок.
- Обеспечить физический и психический покой — успокоить пациента.
- Обеспечить поступление свежего воздуха.
- Дать под язык каптоприл (капотен) в дозе 12,5-25 мг (1/2-1 таблетка) (до 3 раз с интервалом в 15 минут).
- При болях в области сердца дать под язык нитроглицерин 1 таб.

Важно! Узнайте, переносит ли Ваш подопечный нитроглицерин. Этот препарат может вызвать сильную головную боль. При непереносимости — изокет - спрей - 2 дозы.

- Мониторировать артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений каждые 2-5 минут.
- Обеспечить внутривенный доступ — пунктировать вену.
- Обеспечить регистрацию ЭКГ.
- Дальнейшие мероприятия осуществлять под контролем врача.
- Быть готовым к срочной госпитализации пациента в реанимационное отделение.

Во многом прогноз последствий гипертонического криза зависит от правильности и своевременности действий в самом начале его возникновения. Медицинская сестра должна уметь осуществлять оказание помощи при гипертоническом кризе и быть внимательной и собранной при неотложных мероприятиях.

После гипертонического криза больному требуется уход.

1. Строго следите за соблюдением постельного режима.
 2. Давайте назначенные врачом лекарства.
 3. Будьте внимательны, предупредительны. Подопечный может быть раздражён, а ему необходим психологический покой.
 4. Готовьте пищу без соли, согласно диете.
 5. Пациенту необходим продолжительный и глубокий сон. При бессоннице давайте ему на ночь снотворное или успокоительное (по назначению врача).
 6. Не допускайте, чтобы больной курил или принимал алкоголь.
- В случае ухода пациента домой, необходимо проинформировать и обучить родственников пациента необходимому уходу.

8. Рисунки тонометров

Рисунок 1 (анероидный тонометр)

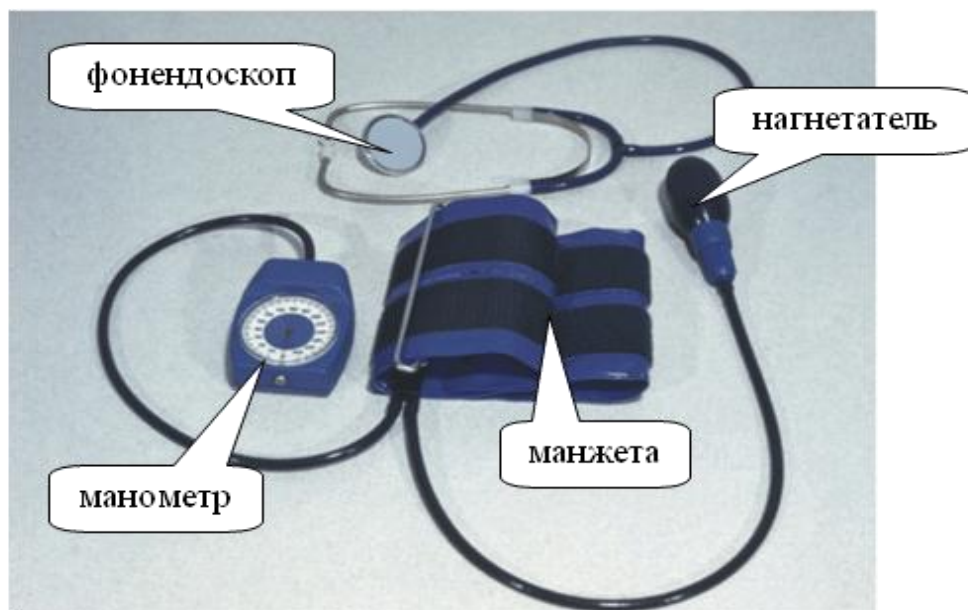


Рисунок 2 (полуавтоматический тонометр)



9. Библиография

1. Джумагулова А.С., Романова Т.А., Полупанов А.Г., Ческидова Н.Б. Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых. Декабрь 2009г.