**Методы профилактики гипертонической болезни у взрослого населения.**

**Лященко Валентина Николаевна,** преподаватель краевого государственного профессионального образовательного учреждения «Ачинский медицинский техникум»

Симптомы начинающейся гипертонической болезни во многом совпадают с признаками обычного переутомления. Поэтому около половины больных, впервые слышат о своем диагнозе лишь от врача «Скорой помощи». Только сочетание грамотной терапии с изменением образа жизни позволяет длительно поддерживать оптимальное артериальное давление. Установлено, что страдающие гипертонической болезнью составляют 15 - 20% взрослого населения по данным различных эпидемиологических исследований.

 ГБ довольно часто приводит к инвалидности и смерти. Согласно современным рекомендациям ВОЗ и Международного общества борьбы с артериальной гипертензией за нормальные значения принимают АД ниже 140/90 мм рт. ст. Артериальная гипертензия (АГ) – неоднократно фиксируемое повышение АД более 140/90 мм рт.ст. После первичного выявления повышенного давления больной должен в течение недели посещать доврачебный кабинет, в котором будут производиться замеры артериального давления. Определение представляется спорным, так как даже повышение диастолического АД до 85мм рт . ст. может привести к развитию сердечнососудистой патологии. Однако, все же чаще термин “артериальная гипертензия” используется в случаях достаточно длительного повышения АД от 140/90 мм рт. ст и больше, поскольку уже при таких “пограничных уровнях давления (140-160/90-95) увеличивается риск сердечнососудистых и цереброваскулярных осложнений. ГБ характеризуется высокой распространенностью, как у мужчин, так и у женщин. Приблизительно у каждого 4-5-го взрослого человека выявляется повышенное АД. В целом наличие ГБ констатируется у 15-20 % взрослого населения, и ее частота существенно нарастает с возрастом. Так, повышение АД наблюдается у 4 % лиц в возрасте 20-23 лет и достигает 50 % и более в возрасте 50-70 лет.

Есть заболевания которые лечатся легко. Но ГБ остается грозным заболеванием. Можно лишь добиться компенсации, но не излечения. Смолева Э.В. в своей книги «Сестринское дело в терапии» высказывает мысль, что факторами риска ГБ являются: стрессы, солеедство, курение и алкоголизм. Впервые термин «гипертоническая болезнь» ввел в медицинскую практику в 1922 году отечественный терапевт профессор Г.Ф. Ланг, который предложил стройную гипотезу развития гипертонии, описал ее симптомы и осложнения.

1.1.Понятие гипертонической болезни.

Гипертоническая болезнь(ГБ)- это хроническое заболевание, поражающее различные системы организма, характеризующееся повышением артериального давления выше нормы, это наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. Гипертония стенок артериол является одной из причин повышения АД - артериальной гипертонии, в том числе при гипертонической болезни.

1.2.Причина возникновения гипертонической болезни.

Причины возникновения гипертонической болезни являются атеросклеротические поражения периферических сосудов и нарушение нейроэндокринной регуляции. Полной ясности в понимании этиологии гипертонической болезни нет. Зато хорошо известны факторы, способствующие развитию заболевания. Их называют факторами риска(ФР):

-наследственно-конституционная особенность;

-профессиональные вредности (шум, напряжение зрения, повышенная и длительная концентрация внимания);

- «солевой фактор», по словам А.Н.Окорокова это очень важная причина гипертонической болезни.

Многие исследователи предполагают, что основным виновником гипертонии является нарушение проницаемости клеточных мембран для натрия. Усиленно приникая в клетки, он вносит с собой чрезмерное количество воды. Накопление воды в организме и увеличение объёма циркулирующей крови - наиболее вероятные причины гипертонической болезни, а избыток соли и воды являются её провоцирующими факторами. Учитывая, что ни одно живое существо за всю свою жизнь не съедает столько соли, сколько большинство из нас поглощает за обедом, можно понять, почему гипертония стала такой напастью цивилизации.

В своей книге «Дисфункция эндотелия и артериальная гипертензия» С.П. Власова считает, что фактором риска возникновения гипертонической болезни является чрезмерное употребление жиров и развитие атеросклероза - отложения липидов на стенках сосудов с катастрофическим сужением их просвета. Если раньше это было уделом стариков, то сегодня атеросклероз значительно помолодел. Уже не редкость, когда от инфаркта миокарда, инсульта и остановки сердца умирают люди в расцвете сил. Умирают, идя по улице, стоя в транспорте или сидя за рабочим столом. По данным последних исследований 25% молодых людей в возрасте от 18 до 20 лет находятся в группе риска по заболеванию атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Ряд авторов относят к разряду причин гипертонической болезни ожирение, злоупотребление курением и алкоголем . Очень важное значение имеют еще 2 аспекта - возраст и пол. Лабезник Л.И. в своей книге Артериальная гипертония у пожилых утверждает, что это еще одни из основных факторов риска ГБ. У мужчин в возрасте 20-29 лет гипертоническая болезнь встречается в 9,4% случаев, а в 40-49 лет уже в 35%. Когда же они достигают рубежа 60-69-летнего возраста, этот показатель возрастает до отметки 50%. Следует отметить, что в возрасте до 40 лет мужчины болеют гипертонией гораздо чаще, чем женщины, затем соотношение меняется в обратную сторону. И сегодня еще гипертонию называют «болезнью осени жизни человека», однако современная жизнь вносит свои коррективы: сейчас гипертония значительно помолодела, все чаще ею болеют совсем еще не старые люди .

Следующими факторами риска повышения АД:

-травмы черепа;

-гиперхолестеринемия;

-болезни почек;

-атеросклероз;

-аллергические заболевания;

-нервно-эмоциональные факторы.

Ананьева О.В в своей книге «Гипертония» утверждает, что особенно отрицательные эмоции оказывают очень большое влияние на уровень артериального давления. Само по себе кратковременное повышение артериального давления еще не является доказательством какой-либо болезни. Большинство здоровых людей обязаны отреагировать на стрессовую ситуацию повышением артериального давления и учащением пульса. Вопрос лишь в том, что для конкретного человека является стрессом.

Наличие сопутствующих заболеваний сосудов и сердца в значительной мере ухудшает ситуацию, а также степень развития гипертонической болезни. Обострение ишемической болезни сердца часто бывает связано именно с повышением АД. Возможно появление нестабильной стенокардии, развитие инфаркта миокарда. Это осложнение может возникнуть на фоне высокого АД, но иногда бывает и при умеренном повышении АД, при недлительно существующей гипертензии. Если ЭКГ уже была деформирована гипертрофией левого желудочка, то признаки ишемии могут быть неотчетливы. При стойком и значительном повышении АД эффективность коронароактивного лечения обычно ограничена .

Кушаковский М.С. в своей книге «Гипертоническая болезнь» пишет о клинических состояния сопутствующих развитию ГБ:

-Цереброваскулярные заболевания:

-Заболевания сердца:

-инфаркт миокарда;

-стенокардия;

-коронарная реваскуляризация;

-ХСН.

-Заболевания почек:

-диабетическая нефропатия;

-почечная недостаточность

-Заболевания периферических артерий:

-расслаивающая аневризма аорты;

-поражение периферических артерий.

-гипертоническая ретинопатия (кровоизлияния или экссудаты, отёк диска зрительного нерва).

-сахарный диабет: глюкоза плазмы крови натощак >7 ммоль/л);глюкоза плазмы крови после еды или через 2 ч после приёма 75 г глюкозы .

Поскольку уровень АД определяется соотношением сердечного (минутного) выброса крови и периферического сосудистого сопротивления, патогенез ГБ формируется вследствие изменения этих двух показателей, которые могут быть следующими:

* повышение периферического сопротивления, обусловленное либо спазмом, либо атеросклеротическим поражением периферических сосудов;
* увеличение минутного объёма сердца вследствие интенсификации его работы или возрастания внутрисосудистого объёма циркулирующей крови (увеличение плазмы крови из-за задержки натрия);
* сочетание увеличенного минутного объёма и повышение периферического сопротивления.

Независимо от клинического и патогенетического вариантов течения гипертонической болезни повышение АД приводит к развитию артериосклероза трех основных органов: сердца, головного мозга, почек. Именно от их функционального состояния зависят течение и исход гипертонической болезни.

1.3.Клиническая картина гипертонической болезни.

Клиническая картина: В I-й стадии болезни имеются в основном функциональные расстройства. Отсутствует поражение органов-мишеней. Пациенты жалуются на головную боль, которая связана с повышением АД. Чаще всего она появляется утром в затылочной области и сочетается с чувством «несвежей головы». Пациентов беспокоит плохой сон, ослабление умственной деятельности, ухудшение памяти, усталость, утомляемость. Артериальное давление повышается непостоянно, а цифры немного превышают нормальные. Для уверенности в объективности показателей АД надо измерять 2-3 раза с промежутком в пять минут и брать за основное средний результат.

Во II-й стадии по мере развития органических изменений в сердечно-сосудистой, нервной системе регистрируется наличие одного или нескольких изменений со стороны органов – мишеней. АД становится стойко повышенным (190-200/105-110 мм рт. ст.), а головная боль, головокружение и другие симптомы становятся постоянными.

Выявляется увеличение границ относительной тупости сердца влево за счет гипертрофии левого желудочка, акцент II тона над аортой, усилен I тон, пульс напряжен. При прогрессировании заболевания может появиться систолический шум мышечного характера на верхушке сердца и за счет относительной недостаточности митрального клапана. Вследствие развития атеросклероза коронарных сосудов появляются приступы болей в сердце. Выявляются изменения при осмотре глазного дна: артерии сетчатки узкие, извитые, вены расширены.

Карапата Алексей в своем справочнике «Диагностический справочник терапевта» утверждает, что в третей стадии ГБ в различных органах формируются атеросклеротические изменения. АД достигает высокого уровня: 200-230\115129 мм рт.ст. Спонтанной нормализации АД не бывает. Клиническая картина определяется степенью поражения органов: сердца (грудная жаба, инфаркт миокарда), мозга (геморрагические и ишемические инсульты, энцефалопатия), глазного дна (сужение сосудов), почек (снижение почечного кровотока, клубочковой фильтрации, белок и элементы крови в моче).

В III-й стадии имеется одно или несколько ассоциированных (сопутствующих) состояний. Жалобы на постоянные головные боли, головокружения, перебои и боли в сердце, снижение остроты зрения, мелькание пятен, мушек перед глазами. При развитии недостаточности кровообращения появляется одышка, акроцианоз, пастозность голеней и стоп, при левожелудочковой недостаточности – удушье, кровохарканье. АД стойко повышенно: АДс > 200мм рт.ст., АДд > 110мм рт.ст. Пульс напряженный, иногда аритмичен. Левая граница сердца увеличена, при аускультации – ослабление первого тона, выраженный акцент второго тона над аортой. В этой стадии чаще всего развиваются осложнения гипертонической болезни: сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, инсульты, почечная недостаточность, стойкие изменения на глазном дне (кровоизлияния в сетчатку, тромбозы, что сопровождается потерей зрения)

1.4.Формы и стадии гипертонической болезни.

Формы и стадии гипертонической болезни. В последнем варианте классификации артериальной гипертензии, рекомендованной экспертами ВОЗ (1996), предусматривается выделение трех стадий артериальной гипертензии (АГ), которым предшествует пограничная гипертензия (лабильная или транзиторная гипертензия.

1. Классификация АГ по уровню АД:

нормальное АД - ниже 140/90 мм рт. ст.;

пограничная АГ - АД находится в пределах 140/90 - 159/94 мм рт. ст.;

артериальная гипертензия(АГ) - АД равняется 160/95 мм рт. ст. и выше.

2. Классификация АГ (артериальная гипертензия) по этиологии:

-первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь);

-вторичная (симптоматическая) гипертензия.

По характеру прогрессирования симптомов и продолжительности гипертонической болезни (ГБ) выделяют: доброкачественную ГБ (медленно прогрессирующая, либо не прогрессирующая) и злокачественную ГБ (быстро прогрессирующая). Выделяют также ГБ кризового и некризового течения. Центральным симптомом артериальной гипертонии - является повышение АД, измеряемое слуховым методом по Короткову от 140/90 мм рт. ст. и выше.

-Клинико-морфологические формы гипертонической болезни

В зависимости от преобладания поражения тех или иных органов выделяют сердечную, мозговую и почечную клинико-морфологические формы гипертонической болезни.

Сердечная форма, как и сердечная форма атеросклероза, составляет сущность ишемической болезни сердца и рассматривается отдельно как самостоятельное заболевание.

Мозговая форма – одна из наиболее частых форм гипертонической болезни. Обычно она связана с разрывом гиалинизированного сосуда и развитием массивного кровоизлияния в мозг (геморрагический инсульт) по типу гематомы

Прорыв крови в желудочки мозга всегда заканчивается смертью больного. Если больной пережил геморрагический инсульт, то на месте кровоизлияния образуется киста. Ишемические инфаркты мозга тоже могут возникнуть при гипертонической болезни, хотя значительно реже, чем при атеросклерозе. Их развитие связано с тромбозом или спазмом атеросклеротических измененных средних мозговых артерий или артерий основания мозга.

Почечная форма может развиваться остро или хронически и характеризуется развитием почечной недостаточности. Острое поражение почек связано с инфарктом при тромбозе или тромбоэмболии почечной артерии.

**Гипертонический криз** – внезапное повышение АД у пациентов с артериальной гипертензией, сопровождается нарушениями вегетативной нервной системы и усилением расстройств мозгового, коронарного и почечного кровообращения. Не всякое повышение артериального давления клинически соответствует гипертоническому кризу. Лишь внезапное повышение артериального давления до индивидуально высоких цифр, сопровождающееся определенной симптоматикой и приводящее к нарушению кровообращения в жизненно важных органах (мозг, сердце, почки), можно отнести к гипертоническому кризу.

Неосложненные кризы. Развиваются обычно в I стадии гипертонической болезни. Протекают с выраженной вегетативной симптоматикой (головные боли, тошнота, сердцебиение, пульсация и дрожь во всем теле, тремор рук, появление пятен на коже лица, шеи, возбуждение и т.д)

Осложненные кризы. Протекают значительно тяжелее, более продолжительны, чем кризы первого типа. Они связаны с выбросом в кровь норадреналина. Развиваются обычно в поздние стадии гипертонической болезни. Симптомы: резкая головная боль, головокружение, переходящее нарушение зрения, слуха, сжимающие боли в области сердца, тошнота, рвота, парестезии, спутанность сознания.Эти кризы чреваты тяжелыми осложнениями-значительными поражениями органов-мишеней.

Автор Сединкина Р.Г. в своей книге «Сестринское дело в терапии. Раздел кардиологии», так определяет степени риска гипертонической болезни: на сегодняшний день существует официально установленная шкала, благодаря которой можно установить показатель степени риска гипертонической болезни .

Конечно, эти показатели являются условными, поскольку при определении степени в каждом конкретном случае учитывается целый ряд дополнительных и основных факторов риска. Но, тем не менее, такого рода данные позволяют специалистам при назначении лечения или профилактических мер обращать внимание на вероятность возникновения осложнений.
Существует 4 степени риска гипертонической болезни: низкая, средная, высокая и очень высокая (хотя некоторые специалисты признают только три основных степени, обычно не учитывая последнюю).
**Основными факторами риска** для определения соответствующей степени являются: возраст (для женщин свыше 65 лет, а для мужчин – 55 лет), избыточный вес, вредные привычки (особенно курение), поражение органов-мишеней, наличие сахарного диабета, а также иных сопутствующих заболеваний.

**Низкая степень риска** предполагает отсутствие вышеуказанных ФР при соответственно повышенном артериальном давлении (до 160/100).

**При средней (умеренной) степени риска** (давление не должно превышать 180/110) отмечается наличие одного-двух факторов.
Если число ФР более трех, и имеет место поражение органов-мишеней, или же гипертония осложняется течением сахарного диабета, то в данном случае риск является высоким (при показателях давления более 180/110).

Наличие сопутствующих заболеваний сосудов и сердца в значительной мере ухудшает ситуацию, степень риска при этом очень высокая.
С ростом степени этих показателей увеличивается и вероятность возникновения осложнений гипертензии. Поэтому при назначении лекарственной терапии гипертонической болезни и определении продолжительности курса лечения обязательно нужно учитывать такой показатель, как степень риска.

**Профилактика артериальной гипертонии** делится на первичную и вторичную.

В своей книге «Терапия» автор Рубан Э.Д. указывает, что первичная профилактика нужна здоровым - тем, чье давление пока не превышает нормальных цифр. Приведенный ниже комплекс оздоровительных мер поможет не только долгие годы удерживать давление в норме, но и избавиться от лишнего веса и значительно улучшить общее самочувствие .

**Физические упражнения**. Любые физические упражнения у лиц с легкой и умеренной АГ способствуют повышению физической работоспособности. Упражнения, направленные на тренировку выносливости (общеразвивающие, дыхательные упражнения, занятия на тренажерах, плавание, ходьба, бег), приводят к заметному антигипертензивному эффекту. Однако, во время сильной физической нагрузки систолическое давление резко увеличивается, поэтому лучше всего заниматься понемногу (30 минут) каждый день, постепенно увеличивая нагрузку от слабой до умеренной.

**Низкосолевая диета**. Количество поваренной соли следует ограничить до 5 грамм (1 чайная ложка) в день. Следует учесть, что многие продукты (сыры, копчености и соления, колбасные изделия, консервы, майонез, чипсы) сами по себе содержат много соли. Итак, уберите со стола солонку и никогда не досаливайте готовые блюда. Заменяйте соль пряными травами, чесноком. Если обходиться без соли трудно, можно приобрести соль с пониженным содержанием натрия, вкус которой почти не отличается от обычной.

**Ограничение животных жиров**. Постепенно вытесните из своей диеты сливочное масло, сыры, колбасы, сметану, сало и жареные котлеты дополнительным количеством овощей и фруктов, растительного масла и нежирной рыбы. Предпочитайте обезжиренные молочные продукты. Таким образом вы сможете контролировать содержание холестерина в крови (профилактика атеросклероза), нормализовать вес и одновременно обогатить свой рацион калием, который очень полезен при гипертонии.

**Психологическая разгрузка.** Стресс - одна из основных причин повышения давления. Поэтому так важно освоить методы психологической разгрузки - аутотренинг, самовнушение, медитацию. Важно стремиться видеть во всем положительные стороны, находить в жизни радости, работать над своим характером, меняя его в сторону большей терпимости к чужим недостаткам. Пешие прогулки, спорт, хобби и общение с домашними животными также помогают поддерживать душевное равновесие.

Автор Лычев В.Г. Карманов В.К. «Руководство по проведению практических занятий по предмету сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» рекомендуют отказ от вредных привычек. О вреде табака и алкоголя говорится достаточно. Однако, если Вы нашли у себя больше двух из перечисленных выше ФР гипертонии, знайте - настало время быть милосерднее к своему сердцу и сосудам. Вредные привычки и артериальная гипертония - страшное сочетание, которое в большинстве случаев ведет к трагическим последствиям .

Если диагноз “гипертоническая болезнь” уже прозвучал, к вышеперечисленным мерам должны быть добавлены еще несколько пунктов. **Вторичная профилактика.** Ее основная задача - защитить от негативных последствий органы-мишени и избежать грозных осложнений гипертонии - ишемической болезни сердца, инфаркта, мозгового инсульта.

Немедикаментозная терапия. Помимо уже неоднократно упоминавшийся диеты, терапия может включать дыхательные упражнения, легкий массаж, акупунктуру, иглоукалывание, рефлексотерапию, нормализацию сна, соблюдение режима дня, прием натуральных и синтетических витаминов, антиоксидантов, пищевых добавок и общеукрепляющих сборов трав. Словом, стоит максимально “оздоровить” свой образ жизни.Как правильно измерить давление, подробно рассказано в соответствующем разделе. Делайте это ежедневно, а полученные цифры записывайте в специальную тетрадь, которую нужно обязательно раз в 2-3 месяца показывать своему лечащему врачу.

Осложнения. Поражение сосудов головного мозга ведет к недостаточности мозгового кровообращения. у таких пациентов может возникать тромбоз сосудов, мозга, в результате чего отмечается потеря сознания, нарушение речи, глотания, дыхания, тромбоишемический инсульт. Иногда происходит кровоизлияние в мозг. В результате развития атеросклеротических изменений в сосудах сердца развиваются признаки либо хронической недостаточности коронарного кровообращения со стенокардией напряжения и покоя, либо симптомы острого нарушения коронарного кровообращения (инфаркт миокарда).

Поражение сосудов почек при гипертонической болезни приводит к развитию артериолосклероза почек. Развиваются симптомы почечной недостаточности: плотность мочи становится низкая, появляется полиурия, изо- и гипостенурия. В поздней стадии заболевания увеличивается содержание остаточного азота в крови, развивается синдром уремии.

По мнению Беркинбаева С.Ф. «Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение», не каждое повышение артериального давления может привести к возникновению гипертонического криза. Болезнь чаще протекает волнообразно, с периодами обострений, в части случаев - с кризами. Иногда болезнь может стабилизироваться на неопределенное время. Изредка артериальное давление может стойко нормализоваться, например, после инфаркта миокарда, с развитием сердечной недостаточности или даже вне связи с каким-либо осложнением .

Злокачественный вариант гипертонической болезни характеризуется быстрым течением, высоким артериальным давлением, 090бенно диастолическим, быстрым развитием почечной недостаточности и мозговых нарушений. Достаточно рано появляются изменения артерий глазного дна с очагами некроза вокруг соска зрительного нерва, слепота. При лечении злокачественной формы гипертонической болезни она может закончиться летально при отсутствии лечения.

**Лечение.** Немедикаментозные методы направлены на снижение артериального давления, уменьшение потребности в антигипертензивных средствах и усиление их эффекта, на первичную профилактику артериальной гипертонии и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний на популяционном уровне.

- отказ от курения

- снижение избыточной массы тела

- уменьшение употребления поваренной соли

- уменьшение употребления алкоголя

- Комплексная модификация диеты

- Увеличение физической активности

- Массаж

Если нет эффекта от немедикаментозного лечения в течение 12-16 недель, применяют медикаментозное лечение, которое назначается ступенчато (начинают с одного препарата, а при неэффективности - комбинация лекарств).

 Требуется длительная гипотензивная терапия индивидуальными поддерживающими дозами. У пожилых пациентов АД снижают постепенно, так как быстрое снижение ухудшает мозговое и коронарное кровообращение. Снижать АД надо до 140/90 мм рт. СТ. или до величин ниже исходных на 15%. Нельзя резко прекращать лечение, а начинать лечение надо с известных лекарств.

 Из множества групп лекарственных средств гипотензивного действия практическое применение получили 4 группы: в-адреноблокаторы (пропранолол, атенолол), диуретики (гипотиазид, фуросемид, урегит, верошпирон, арифон), антагонисты кальция (нифедипин, адаиат, верапамил, амлодипин и др.), ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл, сандоприл и др.).

         При гипертоническом кризе применяются лазикс внутривенно, каптоприл, нитроглицерин- 1 табл. под язык. При отсутствии эффекта - энап, дибазол внутривенно. Парентеральное лечение назначается врачом.

 Следует помнить, что снижать АД надо медленно, в течение 1 часа, при быстром снижении может развиться острая сердечно-сосудистая недостаточность, особенно у пожилых. Поэтому после 60 лет гипотензивные препараты вводятся только внутримышечно.

 Лечение гипертонической болезни проводят длительное время и отменяют гипотензивные препараты только в том случае, когда наблюдается стабилизация артериального давления до желаемого уровня в течение долгого времени.

Планирование сестринского ухода при гипертонической болезни.Цель работы медицинской сестры состоит в создании для больного всех условий, необходимых для его выздоровления, проводить гигиенические, профилактические мероприятия, направленные на сохранение здоровья, облегчение страданий при болезни, скорейшего выздоровления и предупреждения осложнений, а также помочь ему осуществить все потребности и желания, которые в момент болезни он сам осуществить не может.

Следующее, что необходимо знать пациенту, это факторы риска гипертонической болезни, которые делятся на обратимые и необратимые. Необратимые факторы риска: возраст (чем старше человек, тем больше риск), пол (мужской), раса (черная), наследственность. Обратимые факторы риска: ожирение, атеросклероз (в суженных сосудах увеличивается давление крови), курение (никотин суживает сосуды), склонность к употреблению продуктов,содержащих много соли (натрий задерживает воду и увеличивает объем циркулирующей крови), прием алкоголя.

Этот литературный обзор показывает, как многопланова и ответственна в наше время работа медицинских сестер по уходу и профилактике ГБ.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. В рамках сестринских вмешательств при гипертонии медсестре следует провести с пациентом и/или его родственниками беседу о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений или обострений. Она должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности.

В заключение можно сделать вывод, что современные представление о развитии сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы. Это требует от медсестры работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 708н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)" (Зарегистрировано в Минюсте России 23.01.2013 N 26700)
2. Андреева, Г. Ф. Сезонная динамика амбулаторных и клинических показателей артериального давления у больных со стабильной артериальной гипертензией (обзор литературы) [Текст] / Г. Ф. Андреева // Профилактическая медицина. - 2014. - № 4. - С. 33-38. - Библиогр.: с. 36-38 (80 назв.).
3. Антипова, И. И. Новые технологии бальнеотерапии с включением экстрактов лечебных грязей в лечении больных артериальной гипертонией [Текст] / И. И. Антипова, И. Н. Смирнова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2014. - № 1. - С. 8-12. -Библиогр.: с. 12 (9 назв.).
4. Аспекты медико-социальной реабилитации больных при гипертонической болезни [Текст] / С. Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2014. - №1. - С. 10-15.
5. Борисов, Л. А. Диагностика и лечение артериальной гипертензии [Текст] / Л. А. Борисов // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. - 2014. - №11. - С. 65-70.
6. Долгосрочная вариабельность артериального давления и факторы риска у мужчин со стресс-индуцированной артериальной гипертензией [Текст] / И. В. Осипова [и др.] // Артериальная гипертензия. - 2014. - № 2. - С. 92-100. - Библиогр.: с. 99-100 (18 назв.).
7. Кобалава, Ж. Д. Новые Европейские рекомендации по артериальной гипертонии: долгожданные ответы и новые вопросы [Текст] / Ж. Д. Кобалава // Артериальная гипертензия. - 2014. - № 1. - С. 19-26. - Библиогр.: с. 24-26 (37 назв.).
8. Мелехов, А. В. Ацетилсалициловая кислота для первичной профилактики у пациентов с артериальной гипертензией [Текст] / А. В. Мелехов, Е. Е. Рязанцева // Лечащий врач. -2014. - № 2. - С.21-26.
9. Напалков, Д. А. Тактика ведения пациентов с артериальной гипертензией и высоким сердечно-сосудистым риском [Текст] / Д. А. Напалков, А. В. Жиленко // Российские медицинские вести. - 2014. - № 2. - С. 4-11. - Библиогр.: с. 10-11 (19 назв.).
10. Рациональный подход к назначению комбинированной терапии при артериальной гипертензии: современные рекомендации и собственный опыт [Текст] / О. А. Кисляк [и др.] // Кардиология. - 2014. - № 6. - С. 81-85. - Библиогр.: с. 85 (13 назв.).
11. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013 [Текст] / рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского Общества Гипертонии и Европейского Общества Кардиологов // Российский кардиологический журнал. - 2014. - № 1. - С. 7-79. - Библиогр.: с. 79-94 (735 назв.).
12. Харченко, Е. П. Артериальная гипертония: расширяющийся патогенетический континуум и терапевтические ограничения [Текст] / Е. П. Харченко // Терапевтический архив. - 2015. - № 1. - С. 100-104. - Библиогр.: с. 103-104 (21 назв.).

1.<http://www.gipertonia.net/simptomy/oslozhnenia.php>

2.<http://www.hypertonia.ru/risk.html>

3.<http://www.hypertoniya.ru/>

4.<http://www.cem-thermo.ru/directory/g/gipertonia/>