

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/410359>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина (другое)

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.1. Эпидемиология и этиопатогенез гипертонической болезни
- 1.2. Клиническая картина гипертонической болезни
- 1.3. Основные осложнения гипертонической болезни
- 1.4. Основы сестринской помощи больным с гипертонической болезнью

ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 2.1. Организация исследования
- 2.2. Методы исследования

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 3.1. Результаты исходного опроса медицинских сестер
- 3.2. Результаты анкетирования медицинских сестер после внедрения авторской методики
- 3.3. Результаты анкетирования пациентов до внедрения авторской методики
- 3.4. Результаты анкетирования пациентов после внедрения авторской методики

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВЫВОДЫ

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

ПРИЛОЖЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Гипертоническая болезнь – патология сердечно-сосудистого аппарата, развивающаяся в результате дисфункции высших центров сосудистой регуляции, нейрогуморального и почечного механизмов и ведущая к гипертонической болезни, функциональным и органическим изменениям сердца, ЦНС и почек [10].

Неэффективное лечение гипертонической болезни на амбулаторном этапе приводит к развитию тяжелых осложнений и, как следствие, к увеличению объемов стационарной помощи и инвалидизации населения. Активное развитие медицинских технологий способствует внедрению в медицинскую практику новых современных методик диагностики, лечения, контроля за течением ГБ, в том числе позволяющих контролировать пациентам уровень давления самостоятельно, а также определять другие важные параметры течения заболевания и управлять процедурой профилактических мероприятий [2].

Определяя меры, направленные на профилактику и лечение гипертонии, всегда отмечают высокий уровень рисков, которые несет это заболевание. По данным ВОЗ сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смертности и инвалидизации во всём мире. В частности, артериальная гипертония является особенно часто встречающимся заболеванием, которое значительно увеличивает риск сердечного приступа, инсульта, почечной недостаточности и слепоты. Роль медицинской сестры в ходе лечения этих пациентов приобретает особое значение. Именно мероприятия, реализуемые сестринским персоналом призваны предотвратить наступление катастрофических последствий, связанных с ростом артериального давления. Именно медицинская сестра обеспечивает у пациентов с признаками гипертонической болезни, реализацию назначенных врачом мероприятий, ведет разъяснительную работу и обучение навыкам здоровьесбережения [5].

Цель исследования – разработать и оценить эффективность авторского варианта участия медицинской сестры в лечебном процессе больных с гипертонической болезнью.

Для реализации данной цели, были поставлены следующие задачи:

1. Оценить мнение медицинских сестер на традиционный процесс в курации больных с гипертонической болезнью.
2. Выяснить мнение пациентов об эффективности сестринского процесса у пациентов с гипертонической

болезни.

3. Выявить мнение медицинских сестер о результатах внедрения авторских рекомендаций по усовершенствованию их роли в курации пациентов с гипертонической болезнью.

4. Установить изменения во мнении пациентов об эффективности сестринского процесса при гипертонической болезни после авторского внедрения.

Предмет исследования: оптимизация работы медицинского персонала в отделениях терапевтического профиля.

Объект исследования – процесс сестринской деятельности в уходе за пациентами с гипертонической болезнью.

Гипотеза исследования: предполагается, что при формировании эффективного алгоритма действий медицинской сестры при лечении пациентов с гипертонической болезнью удастся повысить эффективность этого процесса с большей удовлетворенностью пациентов.

Новизна исследования состоит в разработке авторских предложений по сестринскому процессу с пациентами с гипертонической болезнью и это позволит повысить его эффективность с точки зрения медицинской сестры и пациентов.

Практическая значимость исследования состоит в разработке предложений для работы медицинской сестры, с больными с гипертонической болезнью, которые могут быть применены в практической деятельности любого лечебного учреждения.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Эпидемиология и этиопатогенез гипертонической болезни

Гипертоническая болезнь — самая распространенная сердечно-сосудистая патология, которой страдает около 40 % взрослого населения Европы. Разумеется, это приводит и высокому спросу на антигипертензивные препараты независимо от сезона [2].

Гипертоническая болезнь (ГБ) занимает лидирующее место по распространенности среди заболеваний системы кровообращения. По данным ЭССЕ-РФ 48 % мужчин и 40 % женщин России страдают БГ, распространенность данного заболевания возросла до 44%. Многочисленные эпидемиологические исследования выделяют 7-9 основных факторов риска (ФР), имеющих преимущественное значение в развитии сердечно-сосудистых осложнений. Одним из важнейших факторов риска развития болезней системы кровообращения является повышение давления. Именно это – ведущий фактор риска болезней сердца и цереброваскулярных заболеваний, на 89 % определяет уровень сердечно-сосудистой смертности взрослого и на 74 % – трудоспособного населения России [3].

По результатам научных исследований, БГ выявляется почти у трети населения независимо от пола. В структуре доминирует БГ первой степени, удельный вес которой составляет 50 %. БГ второй степени диагностируют у каждого третьего (31 %) больного, а третьей степени – у 19 % лиц с повышенным артериальным давлением (АД). Среди городских жителей нашей страны 63 % лиц с гипертонической болезнью знают о повышении у них АД, 38 % принимают антигипертензивные средства. Эффективность лечения составляет лишь 14 %. В других странах невысокая эффективность антигипертензивного лечения также остается основной из нерешенных проблем контроля БГ среди населения: в Великобритании эффективно лечатся лишь 8–11 % больных, в России – 12 %, в Китае – 8 % [5].

Как уже отмечалось, гипертоническая болезнь является актуальной проблемой здравоохранения в связи с высокой распространенностью, частотой развития осложнений и смертностью. Правильная и своевременная диагностика является необходимым условием успешного лечения лиц с гипертонической болезнью [10].

История изучения гипертонической болезни отечественной кардиологической клиникой богата фактами выдающегося значения [3].

1905 г. – открытие Н.С. Коротковым и внедрение им совместно с М.Я. Яновским в клиническую практику звукового метода определения АД, получившее мировое признание [12].

1922 г. – разделение Г.Ф. Лангом гипертонической болезни на первичную форму – гипертоническую болезнь (ГБ) и вторичные, или симптоматические, гипертензии [5].

1936 г. – исследование Е.М. Тареевым злокачественной формы ГБ [6].

1948 г. – обоснование Г.Ф. Лангом центрогенно-нервной теории этиологии и патогенеза ГБ [10].

А.Л. Мясников и его коллеги (З.М. Волынский, Н.Н. Кипшидзе, Н.Р. Палеев, Е.И. Чазов, И.К. Шхвацабая, З.И.

Янушкевичус и др.) провели серию комплексных клинико-теоретических исследований по проблемам гипертонической болезни, атеросклероза, инфаркта миокарда и патологии печени, что сыграло важную роль в развитии кардиологии как отдельной научно-учебной дисциплины и медицинской специальности. Их работы по гипертонической болезни и атеросклерозу были широко признаны как национально, так и международно [32].

При нормальном состоянии здоровья у людей обычно наблюдается стабильное артериальное давление. Однако могут возникать ситуации или состояния, которые способствуют повышению артериального давления, такие как негативные эмоции, нервное напряжение, рефлекторные реакции, чрезмерное употребление соли и воды, возрастные изменения в гормональном фоне и другие. Сбалансированность этого важного показателя кровообращения обеспечивается функционированием ряда гемодинамических систем, а также центрального и периферического нейрогуморального контроля [11].

Следует учитывать и то, что JWG находится в тесной связи с объемом интерстициальной жидкости. В здоровом организме данное соотношение между данными объемами достаточно стабильно. Распределение внеклеточной жидкости между ее сосудистым и интерстициальным сектором контролируется, помимо прочих механизмов, симпатической нервной системой, воздействующей на пре- и посткапиллярное сопротивление и тем самым на уровень фильтрационного давления в капиллярах. Объем внеклеточной жидкости в организме человека определяется содержанием ионов натрия и, соответственно, тесным образом связан с регуляцией натриевого баланса [32].

ОПС зависит в большой мере от проходимости резистивных сосудов (артериол и прекапилляров), которые контролируются сложными нейрогуморальными механизмами [28].

Следовательно, АД определяется соотношением между артериолярной емкостью – проходимостью резистивных сосудов и внутрисосудистым объемом жидкости [2].

Существует определенная связь между балансом натрия в организме и секрецией ренина. Ограничение потребления натрия пищей стимулирует выделение ренина и приводит к образованию ангиотензина II (AII). В таких условиях система AII-ренин играет ключевую роль в регуляции артериального давления у здоровых людей. В случае избытка натрия в пище выделение ренина и образование AII замедляются [21].

Второй эффекторный гормон интегральной системы контроля АД – альдостерон – обеспечивает поддержание гомеостаза ионов натрия, калия и воды. Он присутствует в плазме крови здоровых людей в очень низкой концентрации. Даже незначительное повышение концентрации калия в плазме способно на длительное время усилить секрецию альдостерона [21].

Почечно-надпочечниковое гормональное взаимодействие ренин – ангиотензин – альдостерон хорошо прослеживается у здоровых людей при определении суточных колебаний компонентов данной системы [2].

АД характеризуется колебаниями в течении суток. Данные колебания присущи как больным ГБ, так и здоровым людям. Так, наиболее низкое АД фиксируется во время сна, отчетливо возрастает к утру, достигая своего максимума в часы дневной активности [7].

С возрастом АД, как правило, повышается. Причем, систолическое давление растет быстрее диастолического, особенно у женщин. У мужчин и женщин отмечается отчетливое увеличение БГ с возрастом. У женщин во всех возрастных группах до 45 лет показатели АД ниже, чем у мужчин (особенно в возрасте до 25 лет). В возрасте старше 50 лет существенно возрастает число женщин, страдающих ГБ. Данный факт связан с наступлением менопаузы. Согласно одной из статистик, у женщин в возрасте 40-49 лет частота ГБ равнялась 13%, а в возрасте 50-59 лет – уже 27%. Существует заметная тенденция более высокого процента заболевания у лиц, занимающихся умственным трудом [25].

Для длительного лечения гипертонической болезни на сегодняшний момент рекомендовано пять основных групп лекарственных препаратов. О двух из них — ингибиторах АПФ и антагонистах рецепторов ангиотензина II, влияющих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС). Рассмотрим три группы антигипертензивных средств и подскажем, на что обратить внимание первостольнику, обслуживающему рецепты на эти препараты, и о чем ему стоит предупредить покупателя. Итак, сегодня в фокусе внимания диуретики, бета-адреноблокаторы и блокаторы кальциевых каналов. Стратегия современной антигипертензивной терапии состоит в преимущественном использовании комбинаций лекарственных средств, что является основой рационального лечения БГ. Это основывается на большой доказательной базе [57].

Таблица 1 - Классификация артериального давления у взрослых людей [21]

В случае, когда значения систолического и диастолического артериального давления относятся к разным

категориям, степень повышения артериального давления определяется более высоким значением. Например, при артериальном давлении 150 и 100 мм рт.ст. устанавливается повышение артериального давления на 2 степени [12].

Зачастую начало ГБ остается незамеченным, в связи с тем, что ранние подъемы АД далеко не всегда сопровождаются проявлением специфической симптоматики. Зачастую заболевание выявляется при диспансеризации, профессиональном отборе, определении показаний к санаторно-курортному лечению [57].

В научной литературе выделяется 5 клинических периодов, отражающих процесс постепенного снижения сократительной функции миокарда при ГБ [24].

1 – компенсация кровообращения как в покое, так и во время нагрузки;

2 – снижение устойчивости миокарда к нагрузке, хотя в обычных условиях сердечная деятельность еще остается нормальной.

3 – хроническая левожелудочковая недостаточность;

4 – приступы сердечной астмы и отека легких;

5 – хроническая тотальная застойная недостаточность кровообращения [12].

Данная периодизация перекликается с количественной и качественной градацией физического состояния лиц с гипертонической болезнью с сердечно-сосудистыми заболеваниями, разработанной Н.М. Амосовым. Данная градация также разделяет лиц с гипертонической болезнью на 5 групп: работоспособную, умеренно ограниченную, значительно ограниченную, неработоспособную, требующую ухода [17].

По предложению Г.Ф. Ланга, в медицинской практике принято деление ГБ на 3 стадии, соответственно тяжести заболевания. В основу классификации ГБ ВОЗ (1962) положен клинический принцип. Согласно данной классификации:

I стадия – повышение АД от 160/95 мм.рт.ст. без органических изменений сердечно-сосудистой системы [32];

II стадия – высокое давление с гипертрофией левого желудочка сердца, но без признаков повреждения других органов;

III стадия – высокое давление с повреждением сердца и ряда других органов (мозг, сетчатка глаза, почки) [8].

Тем не менее, благоприятность начальной стадии гипертонической болезни весьма относительна по сравнению с ее долгосрочным прогнозом. Таким образом, у людей с артериальной гипертензией при умеренном повышении артериального давления вероятность развития застойной недостаточности кровообращения в будущем в 6 раз выше, мозговых инсультов – в 3-5 раз, смертельных случаев от инфаркта миокарда – в 2-3 раза выше, чем у людей с нормальным артериальным давлением. Мужчины молодого и среднего возраста с I стадией ГБ имеют более неблагоприятный прогноз, чем женщины: их смертность в течение 20 лет в 1,5 раза выше [42].

Длительность I стадии в различных случаях индивидуальна. Ее эволюция во II стадию протекает иногда на протяжении десятков лет. Причем, со временем, в связи с развитием медицинской науки, случаи медленной эволюции болезни встречаются все чаще [2].

Стадия II гипертонической болезни фиксируется в большинстве случаев заболеваний. Лиц, страдающих ГБ в данной стадии как правило беспокоят головная боль, головокружение, иногда приступы стенокардии, одышка при физических усилиях [18].

ГБ является широко распространенным заболеванием, основным симптомом которого является стойкое повышение артериального давления. В медицине различают три стадии заболевания. При заболевании ГБ I и II стадии, как правило, сохраняется достаточно высокий уровень трудоспособности. Кроме того, ГБ I и II стадии хорошо поддается воздействию коррекционных мер: как лекарственной терапии, так и мер физической реабилитации. Грамотно и эффективно организованная работа в данном направлении способна весьма существенно улучшить уровень жизни страдающих ГБ, содействовать увеличению периода работоспособности, снизить риск возникновения осложнений [18].

Отмечается существенное повышение риска возникновения ГБ среди женщин в период менопаузы (45-55 лет). В то же время данный возрастной период женщины характеризуется как период наибольшей социальной активности. В целях снижения уровня заболеваемости ГБ среди населения в целом, и в частности, среди женщин данной возрастной категории целесообразно производить целенаправленную работу по осуществлению комплекса мер по физической реабилитации женщин, страдающих гипертонической болезнью I и II стадии [27].

1.2. Клиническая картина гипертонической болезни

При наличии хронической стабильной гипертонии барорецепторный рефлекс существенно отличается от рефлексов людей со стабильным АД. У здоровых людей в ответ на снижение давления формируется прессорный ответ, на повышение – депрессорный. При длительной гипертонии прессорные реакции ослабевают, наоборот – депрессорные усиливаются. Подобное «переключение» барорецепторного рефлекса имеет чаще всего защитное значение, так как способствует усилению гипотензивных ответов и предотвращает резкие подъемы систолического давления. В случае отсутствия подобных защитных механизмов демпфирования, подъемы давления могут осложняться тяжелыми повреждениями сосудов мозга, что иногда можно наблюдать у лиц пожилого возраста [21].

Назначение второго механизма пропорциональной контрольной системы (ренин – Ang – ангиотензин) сводится в основном к противодействию острой гипотензии. Его активность проявляется в узком диапазоне сдвигов АД: от 100 до 65 мм рт. ст. [22].

На секрецию ренина влияют различные гуморальные вещества, входящие в состав крови: катехоламины, Ang, глюкагон, АДГ, ионы натрия и калия. Тк, повышение в плазме уровня Ang тормозит секрецию ренина по механизму обратной связи; секреция ренина снижается при увеличении объема внеклеточной жидкости и нарастании концентрации натрия в плазме [39].

В интегрированной системе долгосрочного контроля артериального давления многочисленные звенья, среди которых наиболее значимыми являются кора надпочечников и жидкая среда организма. В этой системе присутствуют два конечных эффекторных гормона [42].

Между балансом натрия в организме и секрецией ренина существует определенная взаимосвязь.

Ограничение натрия в пище стимулирует выделение ренина и образование ангиотензина II (Ang). В таких условиях система Ang-ренин у здоровых людей играет ведущую роль в регуляции артериального давления. В условиях избытка натрия в пище, секреция ренина и образование Ang, наоборот, замедляются [32].

Второй эффекторный гормон интегральной системы контроля АД – альдостерон – обеспечивает поддержание гомеостаза ионов натрия, калия и воды. Он присутствует в плазме крови здоровых людей в очень низкой концентрации. Даже незначительное повышение концентрации калия в плазме способно на длительное время усилить секрецию альдостерона [17].

Почечно-надпочечниковое гормональное взаимодействие ренин – ангиотензин – альдостерон хорошо прослеживается у здоровых людей при определении суточных колебаний компонентов данной системы [22].

Существуют также физиологические депрессорные гуморальные субстанции, обеспечивающие антигипертензивную функцию почек. Почками человека выделяются особые вещества – простагландины (PG). PG – ненасыщенные циклические жирные кислоты, продукты метаболизма арахидоновой кислоты, которые весьма широко распространены в организме и вызывают многообразные эффекты [12].

Механизмы, с помощью которых PG расширяют сосуды, сложны. Особенно большое количество PG синтезируется в почках. Данные PG выделяются с мочой, что позволяет судить об их синтезе [40].

Рассмотрим, как же действует система контроля давления в целом. Физиологической основой деятельности данной системы является влияние артериального давления на выделение почками ионов натрия и воды.

При артериальном давлении около 100 мм.рт.ст. выделение натрия и воды здоровой почкой увеличивается примерно в 3 раза. Такое действие почек поддерживается до тех пор, пока артериальное давление не снизится до 100 мм.рт.ст. В случае, если артериальное давление продолжает падать ниже 100 мм.рт.ст., выделение почками натрия и воды уменьшается.

Положительный натриевый и водный балансы сохраняются до момента нормализации АД. При АД 50 мм.рт.ст. – диурез практически прекращается [38].

Согласно мнению М.С. Кушаковского, интегральный почечный механизм начинает функционировать приблизительно через 3-4 ч. После возникновения сдвига АД и достигает высокой степени эффективности лишь к 4-му дню. В последующем его мощность не угнетается, а возрастает. Система ренин – Ang опережают почечный механизм, но в то же время, достаточно быстро утрачивают свою регуляторную активность [17].

Следовательно, мобильные нервные механизмы защищают систему кровообращения в период тяжелого стресса в течении первых дней. Позже функции контроля АД принимает на себя длительно действующая система «почки – жидкая среда организма» посредством регуляции баланса натрия и воды. Такая система способна функционировать бесконечно долго, восстанавливая равновесие АД тогда, когда оно временно нарушается. Данный механизм регуляции, конечно, возможен только в случае, если не повреждены интегральные почечные механизмы регуляции АД [47].

Несмотря на то, что в российской медицинской практике принято считать нормальным АД до величин 140 мм.рт.ст., на самом деле вопрос о нормативах АД весьма сложен, т.к. «в сущности нет ясной границы между величинами АД, которые надо считать для данного возраста физиологическими, и величинами АД, которые

следует считать для данного возраста патологическими» [59]

Особенно проблематичная дифференциация между нормотензией и гипертонией в старших возрастных группах. Так, установлено, что для здоровых людей в возрасте 17-18 лет верхняя нормальная граница обычного АД определяется, как 129/79 мм.рт.ст.; для 19-39 лет – 134/84 мм.рт.ст.; для 40-49 лет – 139/84 мм.рт.ст.; для 40-49 лет – 139/84 мм.рт.ст.; для 50-59 лет – 144/89 мм.рт.ст.; для 60 лет и старше – 149/89 мм.рт.ст [27].

С возрастом АД, как правило, повышается. Причем, систолическое давление растет быстрее диастолического, особенно у женщин [35].

АД характеризуется колебаниями в течении суток. Данные колебания присущи как больным ГБ, так и здоровым людям. Так, наиболее низкое АД фиксируется во время сна, отчетливо возрастает к утру, достигая своего максимума в часы дневной активности [23].

У мужчин и женщин отмечается отчетливое увеличение АД с возрастом. У женщин во всех возрастных группах до 45 лет показатели АД ниже, чем у мужчин (особенно в возрасте до 25 лет). В возрасте старше 50 лет существенно возрастает число женщин, страдающих ГБ. Данный факт связан с наступлением менопаузы. Согласно одной из статистик, у женщин в возрасте 40-49 лет частота ГБ равнялась 13%, а в возрасте 50-59 лет – уже 27%. Существует заметная тенденция более высокого процента заболевания у лиц, занимающихся умственным трудом [33].

Зачастую начало ГБ остается незамеченным, в связи с тем, что ранние подъемы АД далеко не всегда сопровождаются проявлением специфической симптоматики. Зачастую заболевание выявляется при диспансеризации, профессиональном отборе, определении показаний к санаторно-курортному лечению и т.д [24].

Как правило, хроническое течение ГБ характеризуется волнообразным чередованием периодов обострений и улучшений. Стабильно высокое АД вызывает серьезную опасность повреждения сосудов различных органов, среди которых особой угрозой подвергаются сердце, головной мозг, сетчатка глаза и почки. Иногда эти органы называют органами-мишенями [36].

При ГБ зачастую левый желудочек сердца испытывает нагрузку давлением, выполняя повышенную работу в течение всей систолы. Хроническая гиперфункция левого желудочка приводит к увеличению его мышечной массы. По словам Ф.З. Меерсона «процесс гипертрофии у человека обычно развивается в том же темпе, что и вызвавшая его болезнь, - он медленно прогрессирует при нарастающей гипертонии» [8].

Длительная гиперфункция и гипертрофия сопровождаются усилением интракардиальной васкуляризации и разнообразными сосудистыми приспособлениями, которые призваны адаптировать кровоток к потребностям миокарда [40]. Но данные механизмы адаптации приводят к нарастающим со временем атеросклеротическим изменениям венечных артерий. Формируется и прогрессирует кардиосклероз. Данные патологических процессов в организме, в результате которых происходит замещение рубцовой тканью участков инфаркта, развитие соединительной ткани на местах атрофии мышечных волокон и образование рубцов на месте угасающих дистрофических клеток свидетельствует о разнообразных механизмах репарации и регенерации тканей в ответ на повреждения и патологические изменения. [18].

Зачастую симптомами ГБ являются боли в области сердца. Некоторые больные не испытывают подобных болей, несмотря на то, что их АД длительное время поддерживается на высоком уровне. Среди клинических симптомов при ГБ отмечаются также боли в области соска, за грудиной, в левой половине грудной клетки. Чаще всего данные симптомы связаны с коронаросклерозом и недостаточностью венечного кровообращения [25].

Аритмии сердца у больных ГБ встречаются достаточно редко. Не всегда ГБ ведет и к недостаточности миокарда. У некоторых пациентов даже при стабильном повышенном артериальном давлении многие годы сохраняется физическая активность и высокий уровень работоспособности. Обычно эти люди в нормальных условиях мало страдают от одышки, слабости и нарушений сердечного ритма. Лишь присоединение инфаркта миокарда, стенозирующего коронаросклероза, фибрилляции предсердий, декомпенсация сахарного диабета, тяжелая инфекция либо переход ГБ в злокачественное течение часто приводят к развитию застойного синдрома с приступами сердечной астмы, увеличением печени, отеками, асцитом [28].

1. Аверьянов А.З. Гипертония. Диагностика, профилактика и методы лечения; Москва «ЦПГ», 2015, 191 с.

2. Адамян И.В. Участие медицинской сестры в организации медицинской помощи при гипертонической болезни; Медсестра, 2016. — № 1 – с. 39-42

3. Беленков Ю.Н., Сидоренко Б.А. Легочная гипертензия и правожелудочковая сердечная недостаточность; Ньюдиамонт-Москва, 2016. – 376 с.

4. Березин, И. И. Разработка рационов питания для больных артериальной гипертензией; Самара- Волга-бизнес, 2017. – 94 с.
5. Боголюбов, В. М., Г.Н. Пономаренко Артериальная гипертензия; Москва-Медицина, 2018. — 430 с.
6. Болотовский Г. В., Мутафьян О. А. Гипертоническая болезнь; Омега - Москва, 2016. - 176 с.
7. Гогин Е. Е., Сененко А. Н., Тюрин Е. И. Артериальная гипертензия; Медицина – Москва, 2016 – 153с.
8. Глезер, М.Г. Оценка антигипертензивной эффективности и приверженности пациентов к лечению при использовании новой лекарственной формы периндоприла аргинина в общей клинической практике: программа ОПТИМУМ ; Москва- Кардиология., 2016. - Т.56, №4. - с.36-41.
9. Глезер, М.Г. Оценка приверженности больных к антигипертензивной терапии комбинацией периндоприла А и индапамида по данным программы ФОРСАЖ / М.Г. Глезер // Кардиология. - 2021. - Т.57, №4. - С.33-37. правильно
10. Гринштейн Ю.И. , В. В. Шабалин Артериальная гипертензия; Красноярск- ДарМА, 2022. - 106 с.
11. Джанашия, П. Х. Артериальная гипертензия; Миклош-Москва, 2016 – 162 с.
12. Джанашия, П. Х. , Н. М. Шевченко, С. В. Олишево Неотложная кардиология: руководство для врачей; Москва: Бином, 2020. - 228 с.
13. Дряженкова, И., Шилкина И. Дезадаптивное ремоделирование миокарда левого желудочка при ревматических заболеваниях; Врач - 2021. - №3. - С.52-55
14. Дума, С.Н., Щербакова Л.В.. Диагностика и лечение психогенного головокружения у больных артериальной гипертензией ; Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 2016. - Т.116, №2. - С.62-66.
15. Зажом Л.Н. Опыт применения современных технологий организационных решений в работе медицинского персонала / Л.Н. Зажом // Главная медицинская сестра. - 2023 - №2. - С. 29-39.
16. Теплова Н.В. Изменение характера течения гипертонической болезни у больных с хронической артериальной недостаточностью конечностей при острой тромботической окклюзии / Теплова Н.В. // Кардиология. - 2021. - Т.57, №11. - С.19-22.
17. Ивашкин В. Г., Кузнецов Е. Н. Современные принципы антигипертензивной терапии; Нефрология-Москва, 2016 – 312с.
18. Каркищенко Н.Н. Фармакологические основы терапии;Тезаурус-Москва, 2016 – 517 с.
19. Карпов Ю.А. Новые рекомендации по артериальной гипертензии/ Карпов Ю.А. // Вопросы комбинированной терапии.- 2017 – 231 с.
20. Круглов В.А., Гипертоническая болезнь;ГЭОТАР-Медиа -Москва, 2021. - 80 с.
21. Кузнецов, С. И. Артериальная гипертензия и артериальная гипотония: инновации комбинированной терапии; Самара- Волга-Бизнес, 2014. – 288 с.
22. Кутько, И. Е. Пушкова, Ф. И. Плешкова, Е. А;Артериальная гипертензия; - Медицинская литература- Москва:, 2019. - 452 с.: ил.
23. Кучмин А.Н. Пропедевтика внутренних болезней: учебно-методическое пособие; Санкт-Петербург- ВМедА, 2021. - 127 с.
24. Климов, В. А. Современные гипотензивные препараты; Санкт-Петербург- ВМедА, 2017 – 149 с.
25. Комиссаренко И.А., Михеева О.М., Дроздов В.Н., Петраков А.В., Сильвестрова С. Ю. Применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента у больных артериальной гипертензией; Миклош- Москва, 2016 – 147 с.
26. Волобуев А.Е. Лодыжечно-плечевой индекс в диагностике первичной артериальной гипертензии / А. Волобуев // Врач. - 2021. - №1. - С.14-16.
27. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / В.Г. Лычев //- М.: Форум, 2016, 544С.
28. Макарова Н.В. Артериальная гипертензия: вопросы диагностики, лечения и профилактики: учебное пособие / Н. В. Макарова, А. В. Дубоава, И. А.
29. Немедикаментозная коррекция клинко-функциональных проявлений гипертонивной энцефалопатии у больных артериальной гипертензией / Т.А. Князева // ГлавВрач. - 2021. - №1. - С.35-41.
30. Николаенков Ю. В. Общая патология: артериальные гипертензии: электронное обучающе-контролирующее учебное пособие / Ю. В. Николаенков, Е. А. Конкина, В. И. Демидов; Ивановская гос. мед. акад. - Иваново: Центр качества и информатизации, 2022. – 158 с.
31. Обуховец Т.П., Чернова О.В. Основы сестринского дела: учебное пособие / Ростов-на-Дону: Феникс, 2016г., 768 стр.
32. Олесин А. И. Дифференциальная диагностика и лечение артериальных гипертензий: учебно-

- методическое пособие / А. И. Олесин, И. В. Константинова, Н. Н. Тютелева. - Санкт-Петербург: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. - 51 с.
33. Остроумова, О.Д. Вариабельность артериального давления. Межвизитная вариабельность артериального давления / О.Д. Остроумова, Е.В. Борисова, Е.Е. Павлеева // Кардиология. - 2021. - Т.57, №11. - С.68-75.
34. Оценка показателей жесткости сосудистой стенки у лиц с семейной гиперхолестеринемией без гипертонической болезни / В.А. Корнева // Кардиология. - 2022. - №2. - С.24-32.
35. Повышенный уровень натрийуретического пептида в популяции взрослого населения регионов - участников ЭССЕ - РФ и его ассоциации с сердечно-сосудистыми заболеваниями и факторами риска / С.А. Шальнова // Кардиология. - 2021. - Т.57, №12. - С.43-52.
36. Подзолков В.И. Артериальная гипертензия / В. И. Подзолков. - Москва: Мед. информационное агентство (МИА), 2023. - 421 с.
37. Рубан Э.Д. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи: учебное пособие / Э. Д. Рубан. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021. - 334 с.
38. Сатардинова, Э. Взаимовлияние когнитивного дефицита и синдрома мальнутриции при кардиологической патологии / Э. Сатардинова // Врач. - 2021. - №6. - С.60-62.
39. Сафонов Д. А. Артериальная гипертензия: долговременный стресс, патогенез и медикаментозная терапия // Молодой ученый. - 2021. - №10. - С. 43-46.
40. Столбина Д.Г. Сестринский процесс в кардиологии. Ишемическая боль сердца, артериальные гипертензии, миокардиты / Д. Г. Столбина, И. Ю. Титаренко, Е. В. Фурманенко. - Ростов-на-Дону: Мини Тайп, 2023. - 215 с.
41. Суслина, З. А. Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга / З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин. - Москва: МЕДпресс-информ, 2015. - 439 с.
42. Суточное мониторирование артериальной ригидности у коморбидных больных с сердечно-сосудистой патологией / Л.А. Панченкова // Казанский медицинский журнал. - 2016. - Т.97, №1. - С.5-12.
43. Тактика врача-терапевта участкового: практическое руководство / под редакцией членакорреспондента РАН О. М. Драпкиной, академика РАН А. И. Мартынова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с.
44. Титов, В. Н. Филогенетическая теория общей патологии. Патогенез метаболических пандемий. Артериальная гипертензия : монография / В. Н. Титов. - Москва: ИНФРА-М, 2015. - 204 с.
45. Томашевская Ю.А. Артериальная гипертензия: учебное пособие / Ю. А. Томашевская, В. А. Галимская, Л. И. Саламова; под редакцией В. Э. Олейникова. - Пенза: Изд-во ПГУ, 2021. - 116 с.
46. Тревожно-депрессивные расстройства у беременных с артериальной гипертензией / Ж.Р. Гарданова // Акушерство и гинекология. - 2016. - №8. - С.54-59.
47. Фармакотерапия резистентной гипертонической болезни / Н.Е. Шепелева, А.В. Родионова, Р.В. Фомин // Терапевтический архив. - 2022.-Т.90, №4. - С.4-7.
48. Федулаев Ю.Н., А.В. Фандеев, Н.В. Балтийская, О.Н. Андреева, Д.Д. Каминер, В.В. Ломайчиков. Артериальная гипертензия. - Москва: 2021. - 56 с.
49. Фонякин, А.В. Артериальная гипертензия и оптимизация медикаментозной профилактики ишемического инсульта / А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина // Кардиология. - 2016. - Т.56, №2. - С.73-78.
50. Хабибулина, М. Воздействие на ремоделирование сердца при БГ с гипозстрогенемией и дислипидемией / М. Хабибулина, А. Дмитриев // Врач. - 2021. - №1. - С.46-49.
51. Широкова Н.В. Основы сестринского дела: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Н. В. Широкова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 155 с.
52. Щербакова Т.С. Сестринское дело: справочник / Т. С. Щербакова. - Изд. 10-е, стер. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2022. - 603 с.
53. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redán J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F. Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC)// European heart journal.2013 - №13p.38-44
54. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey Jr DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation; and management of high blood pressure in adults // Hypertension.2018 - №18-р..57-63
55. Van den Born BH, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E, Mahfoud F, Amraoui F, Persu A, Kahan

- T, Agabiti Rosei E, de Simone G, Gosse P, Williams B. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies// European Heart Journal. 2019, №21 – p. 24-28
56. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I. Authors. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.//Hypertens, 2022 – №21. p. 204.
57. Pinna G, Pascale C, Fornengo P, Arras S, Piras C, Panzarasa P, Carmosino G, Franza O, Semeraro V, Lenti S, Pietrelli S, Panzone S, Bracco C, Fiorini R, Rastelli G, Bergandi D, Zampaglione B, Musso R, Marengo C, Santoro G, Zamboni S, Traversa B, Barattini M, Bruno G // PLoS One, 2014- №11. p.542-550.
58. Guiga H, Decroux C, Michelet P, Loundou A, Cornand D, Silhol F, Vaisse B, SarlonBartoli G.//J Clin Hypertens (Greenwich), 2017–42c.
59. Muesan ML, Salvetti M, Amadoro V, di Somma S, Perlini S, Semplicini A, Borghi C. Working Group on Hypertension, Prevention, Rehabilitation of the Italian Society of Cardiology // J Cardiovasc Med (Hagerstown), 2015–82 p.
60. Weder AB. Treating acute hypertension in the hospital // Hypertension, 2021 - № 12. p.18–20.
61. Bowry R, Navalkele DD, Gonzales NR. Blood pressure management in stroke: five new things// Neurol Clin Pract, 2014- № 6. p.26–32.
62. Sforza A, Mancusi C, Carlino MV, Buonauro A, Barozzi M, Romano G, Serra S, de Simone G. Diagnostic performance of multi-organ ultrasound with pocket-sized device in the management of acute dyspnea // Cardiovasc Ultrasound, 2017- №13. p.16–21.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/410359>