

## ОТЗЫВ РУКОВОДИТЕЛЯ

На дипломную работу  
«СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ»  
по специальности 34.02.01 – Сестринское дело  
студентки группы СД – 18-8 Антонова Айгыына

Дипломная работа Антоновой Айгыыны

написана на актуальную тему: в настоящее время всё чаще происходят случаи, в которых люди нуждаются в оказании неотложной медицинской помощи. И только в реанимационном отделении, своевременное оказание неотложной помощи человеку спасает ему жизнь. Для ухода за пациентами необходимо осваивать все более сложные медицинские и технические знания и овладевать новыми навыками, а также совершенствовать уже приобретенные.

Отличительные положительные стороны работы: изучение сестринского ухода за детьми в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии; проведен анализ заболеваемости по годам на примере РС (Я), ГАУ РС (Я) «РБ №1 – НЦМ».

Практическое значение: совместно с медицинскими сестрами отделения проведено хронометраж сестринского ухода в условиях ГАУ РС (Я) «РБ №1 - НЦМ».

Недостатков и замечаний нет. Дипломная работа написана в срок, студентка проявила заинтересованность и грамотность.

Выводы:

Дипломная работа Ефимовой Натальи на тему «Сестринский уход за детьми в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии» по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» представляет собой законченную научно – исследовательскую работу и может быть представлена к защите.

Руководитель: Алексеева Елена Геннадиевна, преподаватель, ГБПОУ РС (Я) «ЯМК» \_\_\_\_\_

«14» июня 2020г.

## РЕЦЕНЗИЯ

на дипломную работу Антоновой Айгыыны, на тему: СЕСТРИНСКИЙ

УХОД ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

Структура дипломной работы Антоновой А.П. представлена введением, двумя главами, выводами, приложениями. Объем работы – 38 страниц печатного текста, имеются таблицы и диаграммы.

Актуальность темы дипломной работы в том, что в настоящее время всё чаще происходят случаи, в которых люди нуждаются в оказании неотложной медицинской помощи. И только в реанимационном отделении, своевременное оказание неотложной помощи человеку спасает ему жизнь.

В главе I рассмотрены теоретические аспекты сестринского ухода за детьми в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. Уход за детьми, находящимися в отделении реанимации и в палатах интенсивной терапии, представляет сложный комплекс мероприятий, от которого во многом зависит исход заболевания. Проведение большинства из этих мероприятий вменяется в обязанности среднего медицинского персонала. Особое внимание обращают на то, чтобы ребенок находился в функционально выгодном положении. Наиболее частым является положение на спине. При этом, однако, надо помнить, что в случае недостаточного ухода это положение быстро может привести к развитию пролежней в области крестца, расстройству дыхания.

Для предупреждения пролежней, а также развития застоя в легких медперсонал каждые 2 часа должен изменять положение тела больного (как правило, в последовательности бок – спина – бок), протирать кожу дубящими веществами (камфарным спиртом, этиловым спиртом), подкладывать под костные выступы марлевые кольцевые прокладки, надутые воздухом резиновые круги.

В главе II представлены результаты исследования: проанализировав анализ по статистическим данным по годам, видно, что в Республике Саха

(Якутия) 40% поступают экстренно, 60% плановые пациенты. Общая заболеваемость детей в Кобяйском районе, низкая заболеваемость в Мегино – Кангаласском районе. Рассмотрев, сестринский уход в отделении я пришла к выводу, что основная задача медицинской сестры заключается в уходе пациента с момента поступления до перевода. 24 часа следят, чтобы не было осложнений и именно от них зависит жизнь ребенка.

Примененные автором методы исследований и статистической обработки материалов являются достоверными, а выводы вполне обоснованными. Список использованной литературы является достаточным, содержит 25 наименований.

Содержание работы соответствует специальности – 31.01.02 «Сестринское дело».

Представленная к защите, представляет собой завершенную научно – исследовательскую работу и может быть представлена к защите.

Рецензент:

п/п

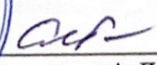
\_\_\_\_\_ /ФИО/

« \_\_\_\_\_ » .06.2020г.

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ГБПОУ РС(Я)  
«ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Допущена к защите  
Зам. директора по УР

  
Степанова А.Д.

Антонова Айгыына Павловна

**ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
ПОСРЕДСТВОМ ДИЕТЫ**

Выпускная квалификационная работа  
по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

Студент отделения «Сестринское дело»

Группы СД– 18-8

Антонова А.П

Руководитель – Алексеева Елена Геннадьевна

Якутск – 2021 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОНЯТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	5
1.1. Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы.....	5
1.2 Диета при артериальной гипертонии.....	9
1.3 Современные подходы к коррекции избыточной массы тела у больных с ожирением и артериальной гипертонией.....	12
ГЛАВА II. ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСРЕДСТВОМ ДИЕТЫ.....	17
2.1 Уровень знаний и соблюдения диеты у пациентов с артериальной гипертонией.....	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	24
ВЫВОДЫ.....	26
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	27
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	28

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность.** Гипертензию с полным на то основанием называют "бичом" XXI века. Это одно из самых распространенных в мире человеческих хронических недугов, с которым после 40 лет сталкивается каждый 10-й, после 50 лет – каждый 5-й, а после 60 лет – чуть ли не каждый третий человек.

По оценке специалистов различных стран мира, 20-25% взрослого населения индустриально развитых стран страдает артериальной гипертензией. Ежегодно выявляется до 500 тыс. больных, 30-40% которых не знают о своем заболевании.

АГ является основной причиной возникновения сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии.

К сожалению, многие больные даже не знают, что у них повышенное давление; другие знают, но относятся к этому легкомысленно и не желают лечиться, потому что нормально себя чувствуют; третьи лечатся, но неправильно и нерегулярно. Однако гипертоническую болезнь недаром называют "молчаливым убийцей", многие годы она повреждает сердце и сосуды и, если не проводить своевременное и грамотное лечение, неотвратимо ведет свою жертву к инсульту, инфаркту, слепоте, почечной недостаточности, слабости сердечной мышцы. Это как раз те осложнения гипертонической болезни, которые делают больного инвалидом или даже являются причиной смерти.

К счастью, на сегодняшний день с помощью современного лечения можно избежать перечисленных выше осложнений и обеспечить себе хорошее качество жизни.

**Цель работы:** выявить влияние лечения артериальной гипертензии посредством диеты.

**Для достижения цели, поставлены следующие задачи:**

1. Исследовать теоретический аспект профилактики и лечения артериальной гипертензии путем диеты;

2. Изучить характеристику питания при артериальной гипертензии.
3. Определить уровень знаний и соблюдения диеты у пациентов с артериальной гипертензией.

**Предмет исследования:** изучение влияния диеты у пациентов с артериальной гипертензией.

**Объект исследования:** больные артериальной гипертензией.

Структура работы состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

# ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОНЯТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

## 1.1 Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы

Кровеносная система состоит из сердца, выполняющего функцию насоса, и двух замкнутых кругов кровообращения кровеносных сосудов с заполняющей их жидкой тканью: кровью. В состав сердечно-сосудистой системы входит также лимфатическая система. Благодаря работе сердца как нагнетающего насоса кровь находится в непрерывном движении. Малый круг кровообращения берет свое начало в правых отделах сердца, проходит через легкие, где кровь освобождается от углекислого газа и насыщается кислородом, превращаясь из венозной в артериальную, и заканчивается в левых отделах сердца.

Большой круг кровообращения начинается в левых отделах сердца, точнее в левом желудочке, из которого берет свое начало аорта, делящаяся затем на все более мелкие сосуды – артерии, артериолы, капилляры – несущие по всем органам и тканям обогащенную кислородом и питательными веществами кровь.

Клетки органов и тканей, получив кислород и питательные вещества, выделяют в кровь шлаки. При этом артериальная кровь превращается в венозную и сначала по мельчайшим венам, а затем по все более крупным возвращается в правый желудочек, откуда вновь поступает в малый круг кровообращения. Таким образом, система кровообращения является замкнутой, состоящей из насоса в виде сердца и системы трубок в виде сосудов.

### **Что такое артериальное давление?**

*Артериальное давление (АД)* – это давление крови на стенки кровеносных (артериальных) сосудов организма.

Так как система кровообращения замкнута, давление в ней зависит, во-первых, от силы сокращения сердца, во-вторых, от силы сопротивления сосудистых стенок, в-третьих, от объема циркулирующей крови.



*Систолическое*, «верхнее» давление обусловлено выбросом крови в аорту во время сокращения левого желудочка; *диастолическое*, «нижнее», давление – сопротивлением сосудистых стенок во время его расслабления. Чем сильнее сокращается сердце, чем больше крови оно выбрасывает в аорту во время систолы, тем выше систолическое давление.

У здорового человека с нормальным сердечным выбросом, нормальным просветом сосудов и эластичными сосудистыми стенками АД в покое не превышает 140/90 мм рт. ст.

Сердечный выброс может повышаться при сильных и быстрых сокращениях сердца под влиянием выброса адреналина на фоне стресса, чрезмерной физической нагрузки и т.п. Просвет сосудов может сузиться под воздействием того же адреналина, но самая главная причина сужения сосудов и потери их эластичности – это атеросклеротические бляшки, расположенные в сосудистой стенке.

У молодых больных артериальная гипертония обусловлена в основном повышенным тонусом симпатической нервной системы, главным гормоном которой является адреналин, а у лиц старших возрастов – повышенным сосудистым сопротивлением на фоне атеросклеротического поражения сосудов.

### **Этиология возникновения артериальной гипертонии**

Артериальная гипертония является проявлением не одного заболевания, а достаточно многих болезней. Этот недуг у одних пациентов связан с заболеваниями почек и надпочечников, а других – с более глубинными первичными причинами, среди которых имеется патологическое поражение мембран клеток и сосудов.

### **Понятие о факторах риска**

Гипертоническая болезнь – сложное заболевание, в основе которого лежит сочетание многих факторов. Это так называемые факторы риска, которые можно разделить на неизменяемые и изменяемые.

### **Неизменяемые факторы риска:**

- *Наследственность* (указание на наличие у кровных родственников гипертонической болезни).
- *Возраст* (у лиц старше 50 лет вероятность возникновения ГБ значительно возрастает).
- *Сахарный диабет* (у больных сахарным диабетом риск развития гипертонии возрастает).

**К изменяемым факторам риска, связанным с образом жизни, относятся:**

- Избыточная масса тела.
- Повышенное потребление поваренной соли (более 5-6 г в сутки).
- Курение.
- Злоупотребление алкоголем.
- Малоактивный образ жизни.
- Длительное употребление гормональных контрацептивов.

### **Возможные механизмы развития АГ**

Сейчас все больше ученых склоняются к мысли, что в основе возникновения АГ лежит наследственный полигенный генетический дефект. Так, повышенное АД наблюдается значительно чаще у людей, у которых родители страдают гипертонией.

Другим важным этиологическим фактором является атеросклероз. Развивающееся при атеросклерозе снижение эластических свойств восходящей части аорты и ее дуги, поражение почечных артерий предрасполагают к развитию ГБ. Атеросклеротическое сужение внутричерепных и внечерепных сосудов головного мозга, приводя к гипоксии сосудодвигательных центров, также может способствовать развитию гипертонии.

Роль гормональных нарушений, эндокринных сдвигов как предрасполагающих факторов особенно четко выявляется у женщин в виде

климактерического невроза. При снижении эстрогенной и андрогенной функций половых желез наблюдается гипертрофия, а затем компенсаторное повышение функции коры надпочечников, что, вероятно, и может способствовать развитию гипертензии во время климакса.

В последнее время ученые вновь обратили внимание на отчетливую связь между ожирением и уровнем артериального давления. Действительно, не менее 60% людей старше 40 лет, имеющих ожирение 2-4 степени, страдают артериальной гипертензией. С другой стороны, не менее 80% всех гипертоников имеют избыточный вес и ожирение.

Появились доказательства, позволяющие нам утверждать, что связь эта носит причинный характер. Доказано, что в развитии артериальной гипертензии принимают участие гиперинсулинизм и инсулинрезистентность – метаболические нарушения, закономерно наблюдающиеся у больных с ожирением. Установлено, что контроль артериальной гипертензии значительно улучшается при снижении избыточной массы тела хотя бы на 5-10% от исходного уровня.

### **Основные клинические проявления**

#### **Симптомы органичных поражений:**

- **головной мозг и глаза:** головные боли, головокружение, снижение зрения, транзиторные ишемические атаки, нарушения чувствительности и двигательной сферы;
- **сердце:** сердцебиение, боль в грудной клетке, одышка, отеки ног;
- **почки:** жажда, полиурия, никтурия, гематурия;
- **периферические артерии:** зябкость конечностей, перемежающаяся хромота.

### **Возможные осложнения АГ**

#### **Признаки поражения органов-мишеней:**

- **головной мозг** – шумы над артериями шеи, нарушения чувствительности и движения;

- **сетчатка** – изменения глазного дна;
- **сердце** – окализация и характеристика верхушечного толчка, нарушения ритма сердца, ритм галопа, хрипы в легких, отеки;
- **периферические артерии** – отсутствие, снижение или асимметрия пульса, холодные конечности, поражения кожи ишемического генеза.

## **1.2 Диета при артериальной гипертонии**

### **Общие положения**

Диета для больных АГ должна быть полноценной, сбалансированной, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей и микроэлементов. В диете следует значительно ограничивать потребление поваренной соли, азотистых экстрактивных веществ, а также уменьшить содержание животных жиров и легко всасываемых углеводов. Рацион должен быть обогащен солями калия и магния, витаминами С и Р и группы В, растительными маслами, липотропными веществами (метионин, холин), клеточными оболочками и продуктами моря, содержащими в себе различные минеральные вещества и микроэлементы, в том числе и органический йод, витамины группы В.

С помощью диеты можно влиять на основные факторы риска развития АГ: нарушение водно-электролитного баланса; дислипидемия и атеросклероз, повышенная масса тела, неумеренное потребление тонизирующих напитков, алкоголя и никотина.

### **Коррекция водно-электролитного баланса**

В патогенезе АГ одним из первых факторов являются задержка солей натрия, воды, повышение ОЦК. Это приводит к задержке жидкости не только в сосудистом русле, но и в тканях, усугубляя их ишемию, что может спровоцировать рефлекторный спазм сосудов – повышение АД. При подробной беседе с больными неоднократно выявлялись анамнестические данные о повышении АД после допущения погрешности в диете

(употребление большого количества соленостей и воды). Этого можно избежать, если больные будут придерживаться элементарных правил.

**Первое правило больного гипертонической болезнью – необходимо уменьшить употребление поваренной соли до 3-5 г в сутки.**

На практике это достигается уменьшением или полным отказом от подсаливания при приготовлении пищи, но по согласованию с врачом разрешается добавлять в пищу не более 3-5 г поваренной соли в день.

Для улучшения вкусовых качеств несоленой пищи можно употреблять клюкву, лимон, чернослив, варенье, мед, сахар, уксус, петрушку, укроп, корицу, лимонную кислоту, цукаты, овощные и фруктово-ягодные соки. В тесто для бессолевого хлеба можно добавлять простоквашу, тмин, анис.

**В регуляции сосудистого тонуса и водно-солевого обмена помимо натрия, принимают участие калий и магний.**

*Калий* способен снизить тонус сосудов за счет конкурирующего действия с кальцием, который способствует сокращению гладкой мускулатуры сосудистой стенки. Не менее важным является содержание в пище больного АГ *магния*, обладающего не только гипотензивным, но и диуретическим свойством.

**Продукты, содержащие повышенное количество калия:** курага, изюм, орехи, картофель печеный, жареный, капуста, шиповник, апельсины, мандарины, персики, ячневая, овсяная, пшеничные крупы, крыжовник, чернослив, черная смородина, молоко, творог, телятина.

**Продукты с повышенным содержанием магния:** фасоль, горох, соя, изюм, инжир, финики, шиповник, пшеница, рожь, кукуруза, курага, картофель, овсяная и гречневые крупы, хлеб из муки грубого помола, орехи.

## Комплекс мер, направленных на коррекцию проявлений дислипидемии

Известно, что явления дислипидемии часто наблюдаются у больных с артериальной гипертонией и значительно усиливают риск развития инфаркта миокарда и ишемического инсульта.

Для нормализации спектра липидов можно рекомендовать:

- Уменьшение потребления продуктов богатых животными жирами и холестерином
- увеличение потребления пищевых волокон
- относительное увеличение потребления омега-3- и омега-6-полиненасыщенных жирных кислот.

Увеличение потребления *пищевых волокон* до 40 г в день (в пересчете на сухое вещество) благоприятно действует на содержание холестерина в крови, уменьшение содержания общего холестерина, а так же холестерина, связанного с липопротеидами низкой и очень низкой плотности.

Обогатить пищу волокнами можно, увеличив потребление отрубей, круп, хлеба, ягод типа малины, а так же овощей, фруктов и зелени.

Ниже приведены данные о продуктах, богатых пищевыми волокнами (на 100 г продукта):

Пшеничные отруби – 41; хлебцы зерновые – 16,4; овсяные хлопья – 6,8; зерновой хлеб – 8,6; хлеб с отрубями – 6,5; ржаной хлеб – 3,2; хлеб пшеничный – 2,1; чечевица – 12,5; сухие бобы, горох, соя, фасоль - 5,2-5,7; зеленый горошек – 4,1; кукурузные хлопья - 4,0; белокочанная капуста - 4,2; картофель – 2,3; малина – 5,0; апельсины – 2,0; яблоки и груши – 2,5; яблоки сушеные – 5,0.

Относительное увеличение содержания в пище омега-3- и омега-6-полиненасыщенных жирных кислот так же способствует снижению содержания в крови атерогенных фракций липидов. Это достигается путем увеличения доли в питании рыбы, особенно морской и соответствующего

уменьшения доли животного мяса и жирных сортов птицы, а так же путем замены животного масла и животных жиров растительными маслами.

### **1.3 Современные подходы к коррекции избыточной массы тела у больных с ожирением и артериальной гипертензией**

Своевременная коррекция избыточной массы тела у больных с АГ улучшает течение этого заболевания. Причем значительное улучшение состояния можно получить уже при небольшом снижении избыточного веса порядка 5-10% от исходного. Достоверно известно, что человеку, страдающему ГБ, иногда достаточно избавиться от излишней массы тела, чтобы АД нормализовалось без лекарственных препаратов.

Для больных артериальными гипертензиями – противопоказано столь модное сейчас голодание, особенно сухое голодание, так как это стрессовая ситуация для организма, и она может привести к рефлекторному повышению АД. Особенно осторожно к голоданию должны относиться пациенты, у которых уже имеются осложнения артериальных гипертензий (стенокардия, инфаркт, выраженный атеросклероз).

В последние годы все большее применение находят новые «гуманные» методы лечения ожирения и профилактики последующего нарастания веса, основой для которых послужили недавние находки в области диетологии и физиологии обмена веществ и энергии:

- При ограничении потребления жиров до 40-45 г в день суточная калорийность питания снижается на 15-20% без существенного снижения качества питания и качества жизни. Некоторое снижение суточной калорийности питания можно наблюдать и при увеличении частоты приемов пищи до 5-6 раз в день, вместо традиционных двух-трех.
- Аэробные нагрузки средней интенсивности (оздоровительная ходьба и аналогичные по интенсивности виды нагрузки) предпочтительнее для похудения, чем интенсивные утомительные спортивные занятия. Непосредственные эффекты таких нагрузок: повышение тонуса,

гармонизация настроения, увеличение умственной и физической работоспособности, а часто и снижение аппетита.

- Для успешного снижения веса оптимален так называемый комплексный подход, то есть, одновременное применение диеты и тонизирующих упражнений. Желательно так же, что бы пациент имел мотив для снижения веса и был позитивно настроен. В этом случае для успеха вполне достаточно сравнительно небольших и легко переносимых ограничений в питании и не утомительных физических упражнений.
- В полной мере оправдывает себя так называемая импульсная тактика снижения веса. Она предполагает поочередное применение двух режимов питания. Один из них направлен исключительно на поддержание веса. Он применяется длительно и представляет собой чаще всего маложирное питание с посильным ограничением сахаров. Второй режим, более жесткий, призван снижать вес. Он применяется время от времени, когда обстоятельства жизни и стремления пациента позволяют ему соблюдать этот режим.
- Длительное поддержание веса обеспечивается соблюдением пациентом маложирного режима питания. Установлено, что этот режим обладает и самостоятельным оздоровительным действием. Он способствует снижению артериального давления, повышению толерантности к углеводам, уменьшению в крови концентрации общего холестерина, а так же холестерина, связанного с липопротеидами низкой и очень низкой плотности.

В соответствии с импульсным принципом построения диеты пациенту с артериальной гипертонией желательно назначать сразу два режима питания, один в качестве поддерживающего, а второй в качестве разгрузочного.

#### **Построение поддерживающего режима питания**

Поддерживающий режим питания, это:

1. Ограничение жиров до 40-45 г в день в первую очередь за счет животных
2. Посильное ограничение сахаров



3. Рациональное использование лакомств – продуктов с высокой концентрацией жиров и сахаров.
4. Более частое питание – до 5 – 6 приемов пищи в день.
5. Более медленное питание.
6. Использование более мелкой посуды для питания.

### **Основные подходы, направленные на уменьшение жирности питания**

#### **1. Статистический подход**

Жирность рациона будет значительно ниже, если использовать в пищу больше хлеба, макарон и круп, то есть, тех продуктов, жирность которых невысока. Имеются прямые исследования, показывающие, что сложные углеводы защищают человека от набора веса. Сюда же можно отнести и пожелание кушать побольше нежирной рыбы и молочных продуктов. А увеличение в пище отварных и тушеных блюд приведет к уменьшению доли жареной пищи, и соответственно масел, которые используются при жарке.

#### **2. Аналоговый подход**

В ряду аналогов следует отдавать предпочтение менее жирным продуктам. Использовать нежирный творог и молочные продукты, нежирные сорта мяса и рыбы, заменить стандартный майонез маложирными сортами и так далее.

#### **3. Кулинарный подход**

Построен на уменьшении жирности в блюдах в процессе приготовления. При разделке мяса можно удалить видимый жир. Так, жирность птичьего мяса уменьшается в 2,5-3 раза, если просто удалить кожу. Можно удалить жир, поднявшийся при охлаждении мясного бульона. Жирность жареных блюд значительно снижается, если использовать не пригорающие поверхности или угли.

#### **4. Гастрономический подход.**

Удаление жира из блюда возможно и в процессе еды.

#### **5. Гедонистический подход**

Этот подход предполагает рациональное отношение к жирным лакомствам. Нежелательно использовать лакомства в качестве самостоятельного приема пищи. Лучше употреблять их после основной еды, когда уже достигнуто состояние сытости. Лакомства следует есть медленно, наслаждаясь вкусом.

Ориентироваться в жирности привычных продуктов питания можно с помощью таблицы, приведенной ниже.

**Содержание жира в наиболее часто употребляемых продуктах (на 100 граммов продукта):**

Говядина не жирная - 5-10; говядина жирная – до 30; свинина мясная - 25-35; сало - 70-75; вареные колбасы (останкинская, докторская и др.) - 25-30 и более; копченые свиные колбасы - 35-45; сосиски и сардельки - 25-30  
Пельмени с добавлением свиного фарша - 18-25; сливочное масло и маргарины - 75-80; топленое масло и кулинарные жиры - 92-98; растительное масло - 95-98; майонез – 70; сметана – 25-40; твердые и плавленые сыры – 30-50; семена подсолнечника, тыквы, орехи – 30-50; шоколад – 40; сливочное мороженое – 15; песочное печенье – 15-25.

**Приемы, позволяющие замедлить процесс еды**

- Замедление процесса питания достигается тем, что пациент во время еды концентрирует свое внимание на приеме пищи и воздерживается в это время от разговоров, чтения или просмотра передач. Пациент ест медленно, как бы пробуя каждую новую порцию пищи.
- Питание естественным образом замедляется, если в одном блюде объединяются несколько видов гарнира, консервированные горошек или фасоль, зелень, нарезки овощей.

Согласно ряду независимых исследований, применение приведенных выше правил питания не снижает у пациента качества жизни и само по себе может вести к небольшому снижению веса у большинства пациентов. Это снижение веса составляет в среднем 4,5 – 5 килограммов за 3 месяца

наблюдения, но результат сохраняет стойкость при условии последующего соблюдения режима маложирного питания.

Снижение веса несколько ускоряется, а поддержание результата становится более надежным, если пациенты применяют в комплексе тонизирующие упражнения, занятия оздоровительной ходьбой и другими видами двигательной активности.

### **Разгрузочный режим питания**

Иногда, если пациент настроен на более быстрое снижение веса и хорошо переносит ограничения в питании, ему может быть предложен разгрузочный режим питания, построенный на применении диетических модификаторов – питательных смесей для приготовления коктейлей типа Оптифаст, Ультрадайттрим, Доктор Слим и других или питательной смеси домашнего приготовления, порция которой готовится по следующему рецепту:

*Одну столовую ложку нежирного творога непосредственно перед употреблением размешать в одном стакане нежирного молока.*

В течение разгрузочного дня (до ужина) допускается применение 4-5 порций коктейля, 800-900 граммов овощей (кроме картофеля), 2-3 небольших ломтиков отрубного хлеба. Еще одна порция коктейля употребляется перед ужином. Ужин строится преимущественно из нежирных продуктов. Если требуется, пациент может принять еще одну порцию коктейля с небольшим ломтиком отрубного хлеба за 30-60 минут до сна.

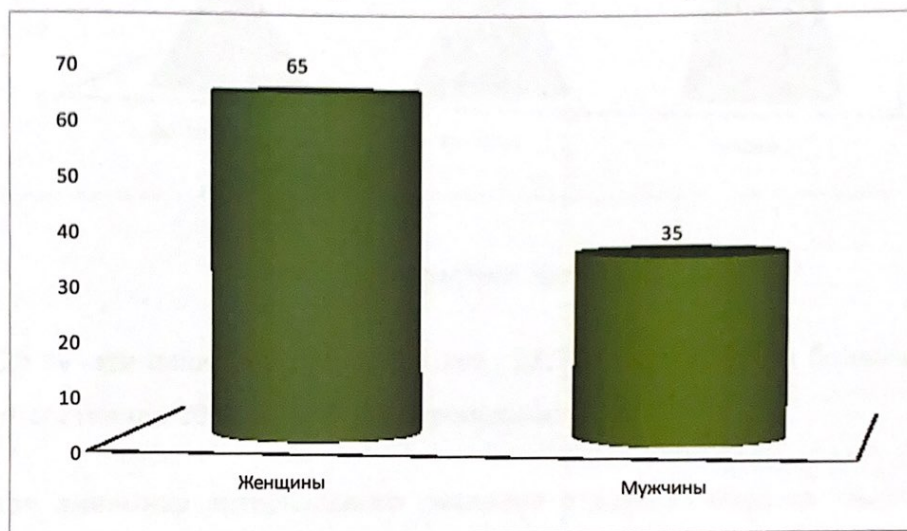
Рецепт проведения каждого следующего дня (разгрузочный или поддерживающий) пациент определяет самостоятельно, ориентируясь на свое самочувствие, настрой на похудение и жизненные обстоятельства.

Согласно данным, при соблюдении разгрузочного режима хотя бы 5 дней в неделю, отмечается уменьшения избыточного веса в среднем на 10-12% от исходного в течение трех месяцев.

## ГЛАВА II. ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСРЕДСТВОМ ДИЕТЫ

### 2.1 Уровень знаний и соблюдения диеты у пациентов с артериальной гипертензией

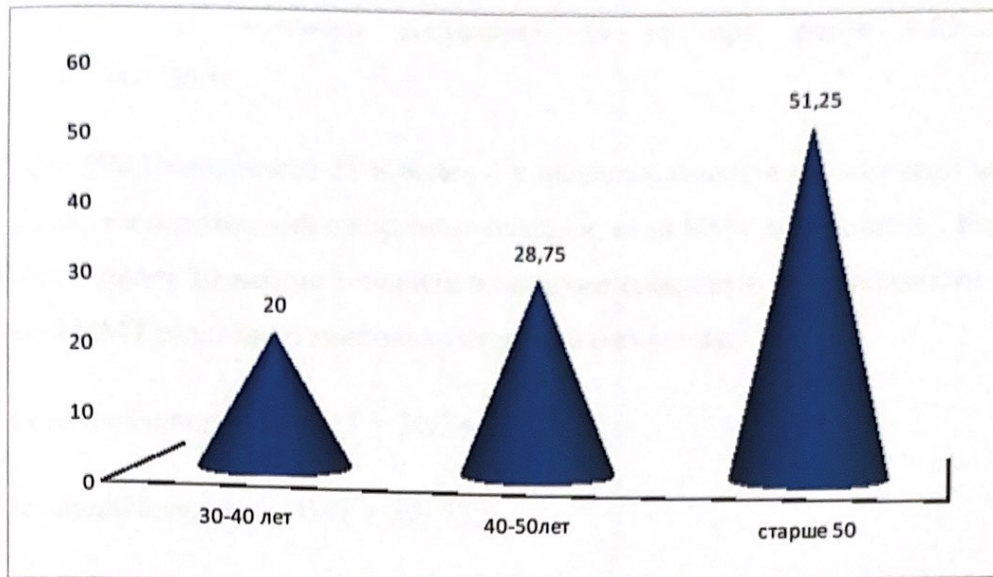
С целью определения влияния лечения артериальной гипертензии посредством диеты, нами было проведено анкетирование 45 человек страдающих артериальной гипертензией. Выявлены следующие показатели:



(Рис.1) Половая принадлежность

Распространенность артериальной гипертензии чаще встречается у женщин чем у мужчин. 65% опрошенных были женщины, а остальные 35% мужчины (Рис.1).

Мужчины чаще болеют гипертонией в возрасте до 50 лет, но с наступлением этого возраста количество случаев повышенного артериального давления у женщин стремительно растет. Процент гипертоников среди женщин старше 50 лет становится даже выше, чем среди мужчин.



(Рис.2) Возрастная категория

51,25 % -это пациенты старше 50 лет , 28,75% 40-50 лет, и больных 30 до 40 лет составило 20 % из всех 45 опрошенных (Рис.2).

Такая динамика артериального давления в первую очередь связана с возрастными изменениями в сердечно-сосудистой системе. Одновременно прогрессируют изменения и в мелких сосудах, питающих различные органы. Все это приводит к потере сосудами способности реагировать на изменение АД в систолу и диастолу.

#### **Выявление избыточного веса**

Избыточный вес и ожирение является причиной раннего развития артериальной гипертензии.

Существует множество различных методов выявления избыточного веса и ожирения. Наиболее простым и распространенным способом является определение индексы тела (ИМТ), который вычисляется по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{вес в кг} / \text{рост в метрах в квадрате (м}^2\text{)}$$

Пример: вес человека составляет 54 кг при росте 1,65 м.  
 $ИМТ=54/1,642=20,1$

Если ИМТ составляет 25 и более – у человека имеется избыточный вес. Риск развития осложнений ожирения повышен, если ИМТ достигает 27. Если ИМТ превышает 30 можно говорить о наличии ожирения. В зависимости от значений ИМТ различают несколько степеней ожирения:

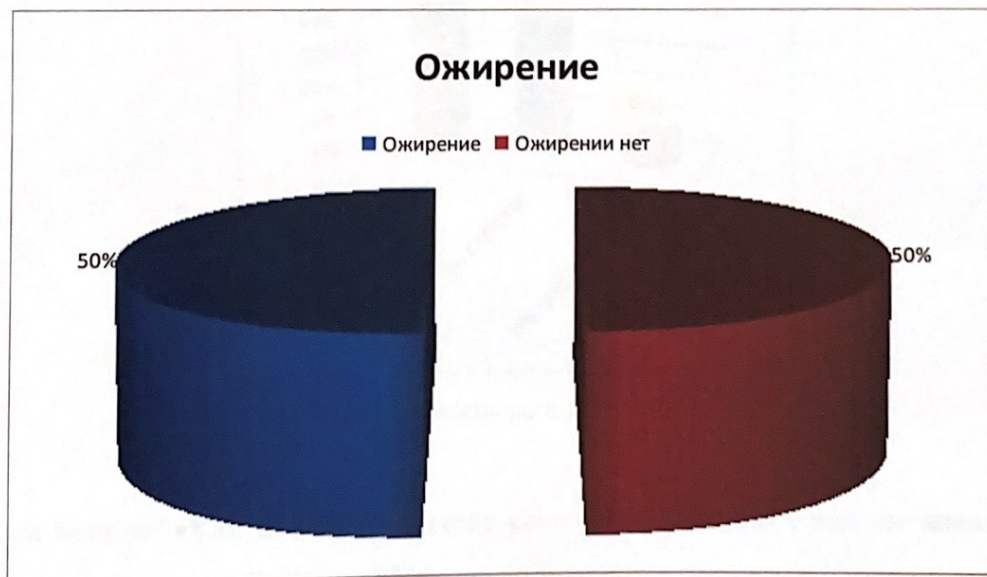
1 степень ожирения ИМТ = 30-34,9

2 степень ожирения ИМТ = 35- 39,9

3 степень ожирения ИМТ более 40

4 степень ожирения ИМТ более 50

Чем выше степень ожирения, тем выше риск развития серьезных осложнений.



(Рис.3)Выявление избыточного веса

У 50% респондентов наблюдается ожирение, у второй половины опрошенных нормальный вес (Рис.3).

39 человек среди опрошенных знают, какую диету соблюдать, что составляет 86%, а не знают 17 человек (38%).

На вопрос: «Придерживаетесь ли вы диеты № 10» - 51% ответил, что строго; 40% - не строго и 9% - не соблюдают диету, связывают это с тем, что нет денег, не хотят отказывать себе в еде. (Рис.4).

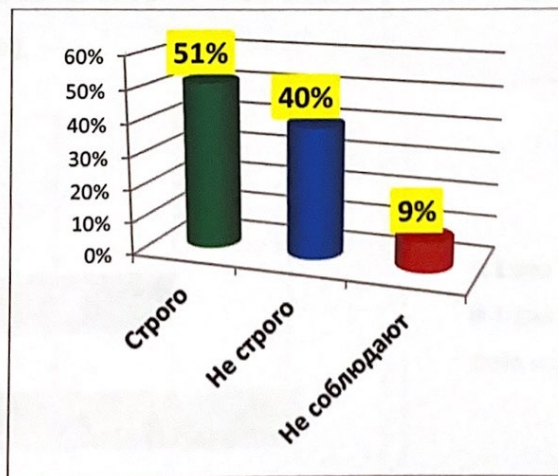
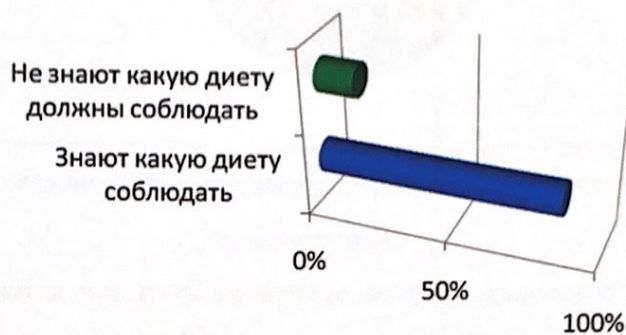


Рис.4. Соблюдение диеты №10.

На вопрос: «Как изменилось ваше состояние с тех пор, как вы начали соблюдать диету №10» - 75% респондентов отметили улучшение самочувствия; у 25% - состояние не изменилось; случаев ухудшения состояния не наблюдалось (Рис.5).



Рис.5. Влияние диеты на самочувствие пациентов с артериальной гипертензией.

На вопрос: «Как часто вы измеряете свое артериальное давление» 32% ответили, что 1 раз в день; 21% - 1 раз в неделю; 45% - 1 раз в месяц; 2% - не контролируют (Рис.6).

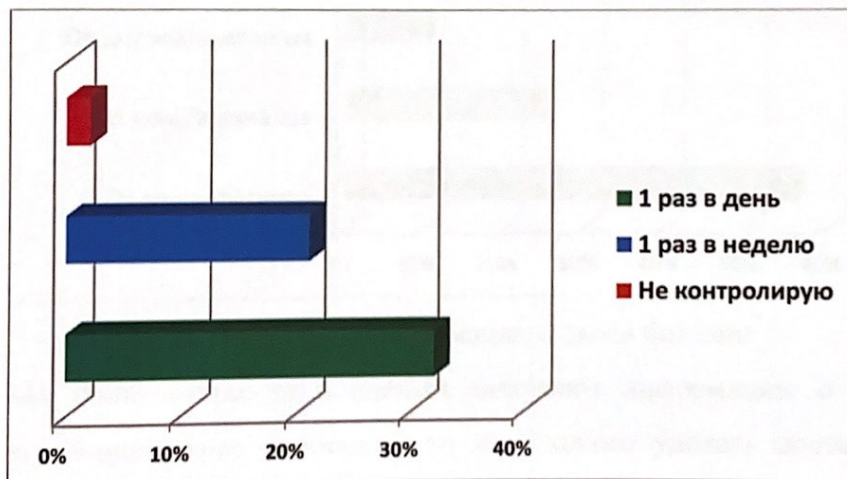


Рис.6. Измерение АД

Для регулярного измерения артериального давления необходим тонометр, но он имеется лишь у 68% опрошенных. Это может стать дополнительным фактором риска развития осложнений у пациентов с артериальной гипертензией (Рис.7).



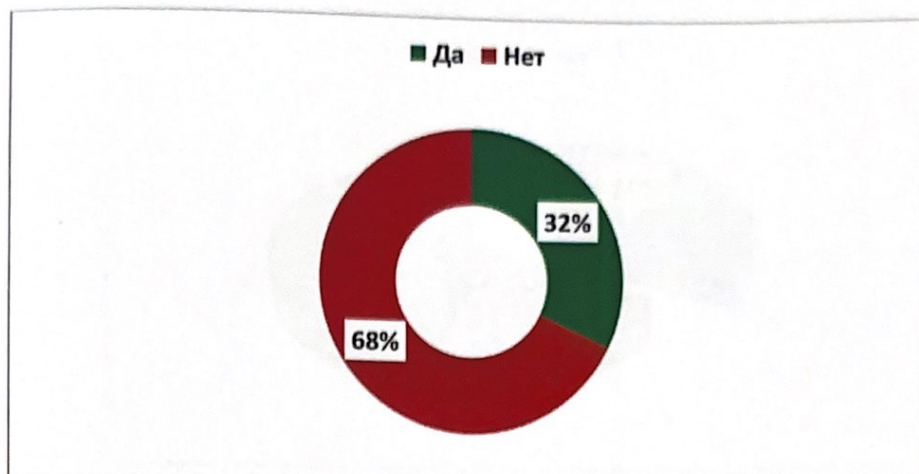


Рис.7. Наличие тонометра у пациентов с артериальной гипертензией

На вопрос: «Откуда вы получаете информацию о своей болезни» мы наблюдаем, что 56% от медицинского работника; 25% - из книг/ журналов; 10% - от друзей/ знакомых и 9% - из интернета/телепередач (Рис.8).

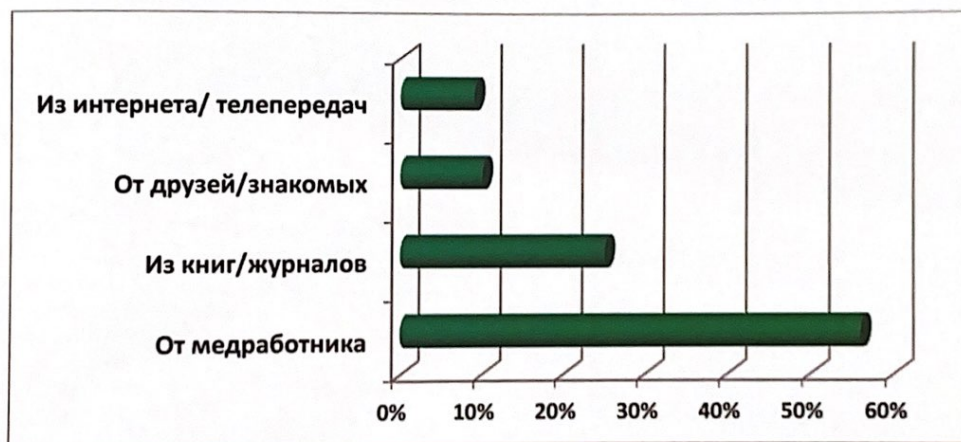


Рис.8. Получение информации о своей болезни

Так как большинство респондентов получают информацию о своей болезни от медицинского работника, то необходимо уделять достаточно внимания санпросвет работе среди населения.

На вопрос: «Посещаете ли вы школу гипертоников» -34% респондентов ответили, что «да»; 66% - «нет» (Рис.9).

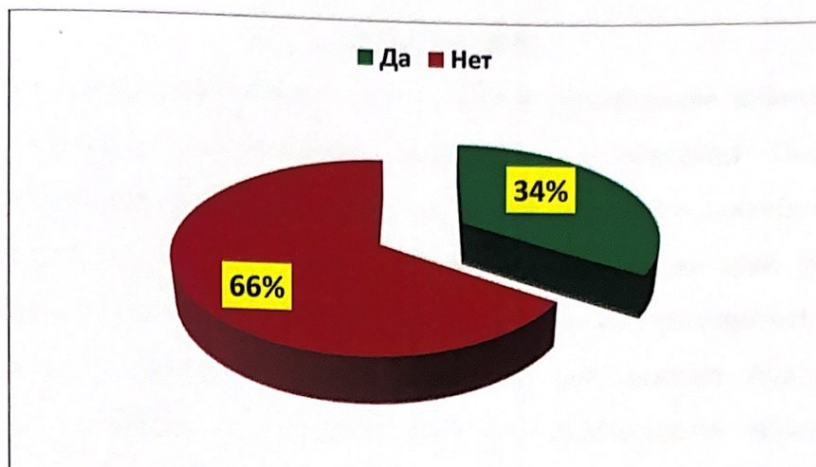


Рис.9. Посещение школы гипертоника

Опрос выявил низкую посещаемость школ гипертоника, что может быть обусловлено недостаточным количеством и плохой информированностью населения об их пользе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Артериальная гипертензия** - самое частое хроническое заболевание у взрослых, связанное с повышением артериального давления. Полностью вылечить это заболевание невозможно, однако артериальное давление можно держать под контролем. Повышенное давление – один из трех факторов риска ишемической болезни сердца, которые можно контролировать (риск в данном случае подразумевает не только то, как высоко поднимается давление, но и время, в течение которого наблюдается повышенное давление). Своевременный контроль над давлением поможет снизить риск заболеваний почек. Чем раньше выявят артериальную гипертензию и начнут за ней наблюдать в динамике, тем меньше риск развития осложнений гипертонической болезни в будущем.

Снизить артериальное давление и тем самым снизить риск ишемической болезни сердца можно следующими способами:

Если человек страдает от избыточного веса, следует сбросить его, хотя бы частично, поскольку излишний вес повышает риск развития гипертонии. Похудев на 3-5 кг, могут снизить давление и в последующем хорошо контролировать его. Снижение веса также снижает уровень холестерина, триглицеридов и сахара в крови. Нормализация веса остается по-прежнему самым эффективным безмедикаментозным методом контроля давления.

Регулярные упражнения на свежем воздухе, такие как ходьба, бег, езда на велосипеде, плавание могут предотвратить повышение артериального давления. Более энергичная физическая активность поможет также снизить вес и уменьшить влияние стресса на организм. Специалисты рекомендуют делать зарядку от 30 до 60 минут 3-5 раз в неделю.

Пища должна быть не очень соленая. Следует ограничить суточное потребление соли до 2,4 мг. Добиться этого можно, если меньше солить пищу, отказаться от употребления консервов, полуфабрикатов, продуктов быстрого питания.

Пациенты с артериальной гипертензией должны употребить больше калия, поскольку таким образом можно также снизить артериальное давление. Источниками калия являются различные фрукты и овощи. Желательно есть не менее пяти порций овощных или фруктовых салатов, десертов в день.

Пища должна быть не очень жирная. Наблюдения показывают, что маложирная диета помогает снизить уровень холестерина в крови и тем самым снизить риск заболевания коронарных сосудов. К тому же маложирная диета способствует похудению.

Проанализировав анкету, мы выявили уровень самоконтроля у респондентов. Большинство опрошенных – это женщины 80%. Пациенты, имеющие нормальную массу тела 36%, выше нормы – 62%, ниже нормы – 2%. 39 человек среди опрошенных знают какую диету соблюдать, что составляет 86%. Но диету строго соблюдают лишь 51%. Большинство респондентов 75% отметили улучшение самочувствия во время соблюдения диеты; у 25% - состояние не изменилось; случаев ухудшения состояния не наблюдалось. Свое артериальное давление контролируют регулярно 1 раз в день только 32%; 21% - 1 раз в неделю; 45% - 1 раз в месяц; 2% - не контролируют (Рис.6).

Для регулярного измерения артериального давления необходим тонометр, но он имеется лишь у 68% опрошенных. Это может стать дополнительным фактором риска развития осложнений у пациентов с артериальной гипертензией 56% опрошенных ответили что, информацию о своем заболевании получают от медицинского работника; 25% - из книг/журналов; 10% - от друзей/ знакомых и 9% - из интернета/телепередач. Опрос выявил низкую посещаемость школ для гипертоников 34%, что может быть обусловлено недостаточным количеством и плохой информированностью населения об их пользе.

## ВЫВОДЫ:

1. Диета при лечении сахарного диабета играет огромную роль, так как при соблюдении правильного питания, здоровье пациентов значительно улучшается. Нормализация веса остается по-прежнему самым эффективным безмедикаментозным методом контроля давления.

2. При гипертонии некоторые продукты должны быть обязательными в дневном рационе (нежирное мясо, а также рыба, желативно отварная, молочные продукты, сыры, каши различных видов, вареные, сырые овощи, фрукты), а вот некоторые из меню необходимо полностью или частично исключить (кофе, чай и другие продукты с высоким содержанием кофеина, солености, копчености, пряности, а также консервы и острые блюда, жирное и мучное, субпродукты, алкоголь).

3. Среди опрошенных большинство женщины 80%. Пациенты, имеющие избыточную массу тела – 62%, ниже нормы – 2%. 39 человек среди опрошенных знают какую диету соблюдать, что составляет 86%. Но в то же время диету строго соблюдают лишь 51%. Большинство респондентов 75% отметили улучшение самочувствия во время соблюдения диеты. Половина респондентов 56% ответили что, информацию о своем заболевании получают от медицинского работника; 25% - из книг/ журналов; 10% - от друзей/ знакомых и 9% - из интернета/телепередач. Опрос выявил низкую посещаемость школ для гипертоников 34%, что может быть обусловлено недостаточным количеством и плохой информированностью населения об их пользе.

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Брэгг П.Э. Здоровье и долголетие. СПб.:2005.
2. Воробьев Р.И. Исцеление пищей. — М.: Грегори, 2006.
3. Губа Н.И., Смолянский Б.Л. Диетическое питание и кулинария в домашних условиях. — Днепропетровск, 2002.
4. Гурвич М.М. Диетология для всех. — М.: Медицина, 2002.
5. Дубровский В.И. Валеология здоровый образ жизни. — М.: Retorika-A, 2008.
6. Зинец И.И. Здоровье и диета. — Пермь: Пермская книга, Алгос-Пресс, 2005.
7. Корягина Н.Ю., Широкова Н. В. – Организация специализированного сестринского ухода – М.: – ГЭОТАР – Медия, 2009. – 464 с.
8. Лычев В.Г., Карманов В.К. - Основы сестринского дела в терапии – Ростов н/Д Феникс 2007 – 512 с.
9. Маколкин В.И. «Внутренние болезни», Медицина, 1998.
10. Подколзина В.А. «Гипертония» - М.; Эксмо – 2006.
11. Сединкина Р.Г. «Сестринское дело в терапии. Раздел: Кардиология» учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.
12. Смолева Э.В. «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи», Феникс, 2011.
13. Смолева Э.В., Аподиакос Е.Л. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: Учебник. - Феникс.2005
14. Филиппова А. «Сестринское дело в терапии», Ростов н/Д: Феникс, 2000.
15. Ярцева Т.Н. «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи», М., «АНМИ» 2005. 2 часть

АНКЕТА

1. Ваш пол: Муж Жен
2. Ваш возраст: \_\_\_\_\_
3. Ваш рост: \_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_;
4. Знаете ли Вы, какую диету соблюдать при артериальной гипертензии?  
Да Нет
5. Соблюдаете ли Вы диету №10?  
Да Нет
6. Если нет, то по какой причине?
  - Нет времени;
  - Не хватает денег;
  - Не знаю, что должен соблюдать диету;
  - Мне все равно;
  - Другое: \_\_\_\_\_
7. Как изменилось ваше состояние с тех пор, как вы начали соблюдать диету №10?
  - Улучшилось состояние;
  - Не изменилось;
  - Стало хуже.
8. Как часто Вы измеряете артериальное давление?
  - 1 раз в день и более;
  - 1 раз в неделю;
  - Не контролирую.
9. Есть ли у Вас дома тонометр?
10. Откуда вы получаете информацию о своей болезни?
  - от медицинского работника;
  - из книг/ журналов;
  - от друзей/ знакомых;
  - из интернета/телепередач.
11. Посещаете ли Вы школу гипертоников?  
Да Нет

Спасибо за ответы!