**ВВЕДЕНИЕ**

Среди заболеваний сердечнососудистой системы особое место занимает гипертоническая болезнь, в связи с тем, что она часто приводит к развитию ИБС, мозгового инсульта, а они в свою очередь к инвалидности и смерти.

Гипертония одно из самых распространенных заболеваний сердечнососудистой системы. Установлено, что ей страдает 20-30 % взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65 % у лиц старше 65 лет.

По данным статистики, в России неуклонно растет первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения. За последние 13 лет она выросла в 2 раза - с 1044 до 2113 случаев на 100 тыс. населения. При этом на фоне гипертонической болезни у больных отмечается рост таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт (рост в 2,5 раза). Так же заболевание поражает лиц всё более молодого возраста.

В нашей стране положение усугубляется тем, что только 37% мужчин и 58% женщин информированы о наличии у них заболевания, а из них лечатся лишь 21% и 46%, в том числе эффективно 6% и 18% соответственно. Многочисленными исследованиями ВНОК убедительно показано, что снижение повышенного систолического и диастолического АД даже на 5-10 мм рт. ст. приводит к уменьшению частоты мозговых инсультов у мужчин на 34% и у женщин на 56%, а ИБС на 21% и 37% соответственно. Благоприятного успеха в лечении и профилактике гипертонической болезни можно достичь, если пациент будет иметь четкое представление о своей болезни, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания и осмысленно выполнять рекомендации лечащего врача по изменению образа жизни.

**Предмет изучения**: Сестринский процесс при гипертонической болезни.

**Объект исследования**: Сестринский процесс.

**Целью исследования** служит исследование сестринского процесса при гипертонической болезни.

Следует **изучить:**

Ш этиологию и способствующие факторы возникновения гипертонической болезни;

Ш клиническую картину и особенность диагностики данного заболевания;

Ш методы обследования и подготовку к ним;

Ш принципы лечения и профилактики гипертонической болезни;

Ш осложнения;

Ш манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

Ш особенности сестринского процесса при данной патологии.

Для достижения данной цели исследования необходимо **проанализировать**:

v два случая, описывающие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациента с данным заболеванием;

v основные результаты обследования и лечения пациентов с ГБ, необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

**Для проведения исследования использовались следующие методы:**

ь научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

ь эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования:

ь организационный (сравнительный, комплексный) метод;

ь субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);

ь объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);

ь биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

ь психодиагностический (беседа).

**Практическая значимость:** Подробное раскрытие материала по теме курсовой работы «Сестринский процесс при гипертонической болезни» позволит повысить качество сестринской помощи, ознакомится с причинами этого заболевания, его течением, принципами обследования и лечения, особенностями ухода.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

гипертонический заболевание профилактика сестринский

АД - артериальное давление

АПФ - ангиотензин-превращающий фермент

ВНОК - Всероссийское Научное Общество Кардиологов

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГБ - гипертоническая болезнь

ИБС - ишемическая болезнь сердца

НС - нервная система

ОЦК - объем циркулирующей крови

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЭКГ - электрокардиография

Эхо-КГ - эхокардиография

**1. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

**Гипертония** (артериальная или истинная гипертензия) - это хроническое заболевание, поражающее различные системы организма, характеризующееся повышением артериального давления выше нормы, наиболее распространенное заболевание сердечнососудистой системы.

Различают первичную и вторичную артериальную гипертензию.

Эссенциальная (первичная) артериальная гипертония или гипертоническая болезнь - хронически протекающее заболевание, основным признаком которого является повышение артериального давления, обусловленное нарушением регуляции тонуса сосудов и работы сердца и не связанное с первичными органическими повреждениями органов и систем.

Симптоматические (вторичные) артериальные гипертонии - это формы повышения артериального давления, причинно связанные с определенными заболеваниями внутренних органов (заболевания почек, эндокринной системы и пр.). Вторичная артериальная гипертензия нуждается в ином лечении, нежели первичная.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает повышенным артериальное давление (независимо от возраста) более 139/89 мм рт. ст.

**1.1 Этиология и патогенез**

Этиология данного заболевания еще не до конца изучена.

Существуют провоцирующие и способствующие факторы гипертонической болезни:

**\*** стрессы;

**\*** особенности профессии (требующие большой ответственности и повышенного внимания);

**\*** систематическое употребление алкоголя;

**\*** курение;

**\*** избыток соли;

**\*** алиментарное ожирение;

**\*** наследственность;

**\*** травмы черепа;

**\*** чрезмерное употребление крепкого кофе.

**Патогенез.** Стресс приводит к повышению в крови уровня адреналина и норадреналина, это ведет к высокому сердечному выбросу, спазму сосудов, росту периферического сопротивления в сосудах. В почках высокая активность симпатической НС стимулирует высвобождение ренина. Ренин переводит ангиотензионоген в ангиотензин I, который превращается в ангиотензин под влиянием АПФ (ангиотензинпревращий фермент). Ангиотензин II стимулирует секрецию альдестерона (гормона надпочечников) и вазопрессина (антидиуретического гормона в гипоталямусе). Под их влиянием усиливается реабсорбция натрия и воды в почечных канальцах и снижается реабсорбция калия, что ведет к отеку стенки сосудов, повышению объема циркулирующей крови (ОЦК). Это факторы, повышающие АД. Ангиотензин II вызывает гипертрофию миокарда, мышечной оболочки артерий и еще больше повышает АД. Активность депрессорной системы почек снижается вследствие снижения синтеза вазодилятирующих простагландинов, что приводит к стабилизации высокого АД.

**1.2 Клиника**

По данным ВОЗ различают 3 стадии гипертонической болезни.

**Стадия I** - повышенное артериальное давление держится непостоянно, часто под влиянием отдыха, при отсутствии неблагоприятных факторов оно самостоятельно нормализуется. Изменений внутренних органов не обнаруживается.

**Стадия II** - артериальное давление повышено более стабильно, для его снижения требуется применение лекарственных препаратов. Выявляется увеличение левого желудочка, признаки поражения почек, сосудов сердца, глазного дна.

**Стадия III** - артериальное давление стойко повышено. **Возможны осложнения:** нарушение мозгового кровообращения, сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, реже - почечная недостаточность. Артериальная давление после развития осложнений может нормализоваться, поэтому артериальная гипертония не является признаком 3 стадии болезни.

**Жалобы пациента:**

Ш **Головная боль**, сопровождается головокружением, пошатыванием, шумом в ушах.

Ш **Невротические нарушения**: эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость.

Ш **Боли в области сердца** по типу стенокардии.

Ш **Сердцебиение**, перебои в сердце (экстрасистолия).

Ш **Нарушение зрения** - туман перед глазами, появление кругов, пятен, мелькание мушек, потеря зрения.

Ш **Сопутствующие жалобы** - слабость, снижение умственной и физической работоспособности.

Симптоматика. Основная жалоба - головная боль в связи с повышением артериального давления. Чаще всего головная боль появляется по утрам, локализуется в затылочной области и сочетается с ощущением «тяжелой, несвежей головы». Больные могут жаловаться на плохой сон, повышенную раздражительность, снижение памяти и умственной работоспособности. Со временем появляются жалобы на боли в сердце, перебои, одышку при физической нагрузке. У некоторых больных на фоне постоянно повышенного артериального давления возникают нарушения зрения. Однако у части больных до развития осложнений жалоб может не быть, несмотря на то, что повышенное артериальное давление у них существовало длительное время.

При обследовании больного, прежде всего, выявляется повышенное артериальное давление. **В I стадии** болезни отмечают только повышенное артериальное давление, изменений во внутренних органах нет. Во II стадии, кроме повышенного артериального давления, выявляют увеличение левого желудочка (при непосредственном обследовании больного, при рентгенологическом исследовании или ЭКГ). В это время могут отмечаться и признаки вовлечения в патологический процесс почек - в моче появляются следы белка, единичные эритроциты (развивается артериосклероз почек). Изменения сосудов почек, на фоне регулярно проводимого медикаментозного лечения развиваются значительно реже.

**Во II стадии** развивается также атеросклероз коронарных артерий. Он проявляется приступами стенокардии: приступы сжимающих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки и проходящих после прекращения нагрузки (например, ходьбы) или приема нитроглицерина.

**В III стадии** гипертонической болезни возможны развитие инфаркта миокарда, а также нарушения мозгового кровообращения (преходящее или с органическими признаками в виде парезов и параличей). Возможно резкое снижение зрения, вплоть до полной его потери.

**1.3 Течение гипертонической болезни**

**Доброкачественный вариант**

Доброкачественный вариант течения гипертонической болезни характеризуется: медленным прогрессированием; волнообразным чередованием периодов ухудшения и улучшения; медленным поражением сердца; сосудов головного мозга, почек, сетчатки глаз; эффективностью лечения, поздним развитием осложнений.

**Злокачественный вариант**

Злокачественный вариант течения гипертонической болезни характеризуется: повышением АД 230/130 мм рт. ст., резистентностью к гипотензивной терапии, быстрым развитием осложнений со стороны почек, головного мозга, сосудов глазного дна.

**1.4 Методы диагностики и подготовка к ним**

У больного с гипертонией необходимо провести следующий комплекс обследования:

. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Измерение АД

. Анализ крови на сахар

. Биохимический анализ крови

. ЭКГ

. Фонокардиография

. Осмотр глазного дна (при поступлении и в дальнейшем по показаниям)

. УЗИ сердца и почек

. Рентгенография органов грудной клетки

**Техника измерения АД**

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка, бумага, температурный лист, салфетка со спиртом.

**I. Подготовка к процедуре**

1.Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 15 минут до его начала.

.Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие на проведение.

.Выбрать правильный размер манжеты.

.Попросить пациента лечь или сесть к столу

**II. Выполнение процедуры**

5.Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх. Помочь сдвинуть или снять одежду с руки.

.Наложить манжету на обнажённое плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; закрепить манжету так, чтобы проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией.

.Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.

.Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану фонендоскопа.

.Другой рукой закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, этой же рукой быстро нагнетать в манжету воздух до тех пор, пока давление в ней не превысит 30 ммрт.ст. - уровень, при котором исчезают тоны Короткова.

.Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1с, повернув вентиль влево. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показанием шкалы манометра: при появлении первых звуков «отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению.

.Продолжая выпускать воздух из манжеты, отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению и полному исчезновению тонов Короткова.

.Сообщить пациенту результат измерения.

.Повторить процедуру через 2-3 минуты.

**III. Завершение процедуры**

14.Данные измерения округлить до 0 или 5, записать в виде дроби (в числители систолическое давление, а в знаменателе диастолическое).

.Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.

.Записать данные исследования в необходимую документацию.

.Вымыть руки.

**Техника сбора общего анализа мочи**

- накануне пациенту необходимо воздержать от употребления больших количеств моркови и свеклы, от приёма мочегонных средств;

нельзя менять питьевой режим за сутки до исследования;

вымыть область уретры непосредственно перед сбором мочи;

начать мочеиспускание в унитаз, продолжить в подготовленную ёмкость (для исследования нужно 100 - 150 мл мочи);

емкость закрыть крышкой;

вымыть руки.

**1.5 Особенности лечения**

Лечение ГБ амбулаторное, при ухудшении состояния необходима госпитализация.

**1. Двигательная активность**

В первые дни пациент должен соблюдать постельный режим для уменьшения нагрузки на сердце. При переводе на полупостельный режим проводятся занятия лечебной физкультурой индивидуально или в группах сидя и стоя в медленном, а затем среднем темпе. Больной выполняет элементарные физические упражнения преимущественно для суставов верхних и нижних конечностей с полной амплитудой, в сочетании с дыханием. Назначается массаж воротниковой зоны.

**2. Диетотерапия.**

При гипертонической болезни назначают диету №10. Строгость соблюдения зависит от стадии заболевания. Для диеты характерно небольшое снижение энергоценности за счет жиров и отчасти углеводов; значительное ограничение количества поваренной соли, уменьшение потребления жидкостей. Кулинарная обработка с умеренным механическим щажением. Мясо и рыбу отваривают. Исключены трудноперевариваемые блюда. Пищу готовят без соли. Температура обычная. Режим питания: 5 раз в день относительно равномерными порциями.

**3. Медикаментозная терапия.**

Основной принцип лечения больных гипертонической болезнью заключается в последовательном (ступенчатом) использовании препаратов основных групп: диуретиков, бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, вазодилататоров и ингибиторов АПФ.

**1. Бета-адреноблокаторы**: атенолол, метопролол, бисопролол, карведилол, бетаксолол, пропранолол и др.

§ уменьшают частоту сердечных сокращений,

§ снижают энергозатраты для работы сердца.

**!** Следует помнить, что при внезапном прекращении приема этих средств может развиться «синдром отмены», проявляющийся резким повышением АД. Поэтому дозу бета - блокаторов надо снижать постепенно.

**2. Диуретики**: верошпион (спиронолактон), индапамид, триампур, фуросемид, гипотиазид и др.

§ вызывают уменьшение объема циркулирующей крови,

§ способствуют выделению солей и воды, что приводит к снижению АД.

Больным, получающим диуретики (фуросемид, гипотиазид, индапамид) рекомендуется увеличить содержание калия с пищей.

**3. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)**: диротон, эналаприл, рамиприл, каптоприи, капотн и др.

§ блокируют образование биологически активных веществ, обладающих выраженным сосудосуживающим действием,

§ благоприятно влияют на липидный и углеводный обмены.

**4. Антагонисты кальция**: кордовлекс, фелодипин, дилтиазем, нифедипин, коринфар и др.

§ действуют как сосудорасширяющие средства, увеличивая диаметр артерий,

§ для лечения предпочтительнее использовать препараты длительного действия: фелодипин, амплодипин,

§ медикаменты короткого действия (кордавлекс,коринфар,кордипин) следует использовать только для купирования гипертонического криза.

**5. Периферические вазодилататоры**: нитроглицерин, апрессин, натрия нитропруссид и др.

Обязательно под контролем АД.

**1.6 Помощь при неотложных состояниях**

В любой стадии гипертонической болезни может наступить резкое повышение артериального давления - гипертонический криз, сопровождающийся обострением симптомов болезни. В результате различных внешних воздействий возникают резкая головная боль, головокружение; могут появиться тошнота, расстройство зрения. Вследствие возникающего одновременно с повышением артериального давления нарушения мозгового кровообращения появляются нарушение речи, расстройство движений. Осложнения гипертонического криза - инфаркт миокарда или острая левожелудочковая недостаточность - приступ сердечной астмы. В тяжелых случаях происходит кровоизлияние в мозг - инсульт.

**Причины**:

Ш стресс;

Ш физическое или психическое перенапряжение;

Ш недостаточный сон;

Ш неумеренное употребление алкоголя;

Ш избыточное потребление соленой пищи;

Ш нарушение приема лекарственных средств.

**Симптоматика:**

1. Церебральные симптомы: резкая головная боль, особенно в затылочной области, головокружение, шум в голове мелькание «мушек», пятен перед глазами, двоение в глазах, расстройства зрения, преходящая слепота.

. Кардиальные симптомы: боли и перебои в области сердца, сердцебиение, одышка.

. Нейровегетативные: озноб, дрожь, потливость, страх смерти, чувство жара и тд.

Различают гипертонические кризы **двух типов**.

Гипертонический криз 1 типа - (нейровегетативная форма): характерно внезапное начало; возбуждение, гиперемия и влажность кожи, тахикардия, дрожь в теле, тремор рук, учащенное обильное мочеиспускание, преимущественно повышение систолического давления. Такие кризы кратковременны, протекают относительно благоприятно, возникают на ранних стадиях артериальной гипертонии.

Гипертонический криз 2 типа (водно-солевая форма): возникает постепенно. Ухудшение зрения, мелькание мушек, туман перед глазами, ощущение пелены, сонливость, адинамия, вялость, бледность, одутловатость, отечность, головная боль до рвоты, боли в сердце, перебои, состояние оглушенности, преходящие парезы, парастезии по всему телу, повышение времени свертываемости крови. Систолическое и диастолическое давление повышается равномерно или с преобладанием последнего. Протекает тяжело и может осложниться инфарктом миокарда, инсультом, острой левожелудочковой недостаточностью.

**Лечение гипертонического криза.**

Первая помощь:

. Вызвать врача через третье лицо

2. Пациента уложить с высоко поднятым изголовьем, успокоить

. При рвоте повернуть голову набок, дать лоток

. Обеспечить доступ свежего воздуха

. Положить холод на голову, поставить горчичники на шейные и икроножные мышцы (отвлекающая терапия)

. По назначению врача парентеральное введение короткодействующих гипотензивных средств в/в, в/м при невозможности парентерального введения препараты могут вводиться перорально под язык -1таблетку клофелина (нифедипина, каптоприла) для ускорения всасывания таблетку следует разжевать или измельчить.

После купирования неосложненного гипертонического криза пациент должен находиться под наблюдением медицинской сестры. Важно измерять АД, в положении лежа, чтобы избежать развития ортостатической гипотензии.

**1.7 Профилактика, реабилитация, прогноз**

**Первичная**: устранение психоэмоциональных перегрузок, рациональное питание, уменьшение потребления соли, здоровый образ жизни, двигательная активность.

**Вторичная**: нелекарственные методы коррекции факторов риска, отдых в горизонтальном положении ежедневно не менее 30 минут, систематическая гипотензивная терапия.

Обучение больных.

Успешное лечение пациентов с АГ невозможно без активного их участия. Необходимо обучить пациентов технике и правилам измерения АД, ранней диагностике осложнений заболевания, тактике поведения при их возникновении. Больному необходимо дать рекомендации по режиму, диете, двигательной активности, методам и способам приема антигипертензивных лекарственных средств, контролю АД при проведении медикаментозной терапии.

Пациенты ведут дневники по оценке эффективности проводимой лекарственной терапии (по итогам самостоятельного мониторирования АД), контроля эффективности физических нагрузок, оценке качества жизни и т.д.

Для обучения пациентов в лечебно-профилактических учреждениях создаются школы больных гипертонической болезнью.

**2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**.1 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой**

**Техника взятия крови на исследование.**

Цель: диагностическая.

Оснащение: вакуумная пробирка, вакуумная система, резиновый жгут, клеёнчатая подушечка штатив для пробирок, контейнер для транспортировки крови, стерильные салфетки, ватные стерильные шарики, пинцет, спирт этиловый 70 %, перчатки, очки или пластиковый экран; стерильная маска, стерильный лоток, аптечка «АнтиСПИД», ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Места инъекции: вены локтевого сгиба, вены кистей рук, вены предплечья.

**Подготовка к процедуре:**

1. Вымыть руки, высушить, надеть маску, очки или пластиковый экран, перчатки, обработав их спиртом.

. Собрать вакуумную пробирку, вакуумную систему и положить на стерильный лоток.

. Уточнить у пациента, не принимал ли он пищу.

**Выполнение процедуры**

4. Выше локтевого сгиба, поверх одежды или салфетки, наложить резиновый жгут.

. Прощупать пульс на лучевой артерии (он должен быть сохранен).

. Предложить пациенту сжать-разжать кулак, затем зажать.

. Пропальпировать вену и обработать левой рукой стерильным спиртовым шариком снизу вверх широко, затем другим - узко.

. Третий шарик со спиртом зажать в левой руке.

. Большим пальцем левой руки натяните кожу вниз, ниже места пункции, зафиксируйте вену

. Взять иглу и снять защитный колпачок со стороны, закрытой резиновой мембраной

. Вставить иглу в держатель и завинтить до упора. Подготовить все необходимые пробирки.

. Снять защитный колпачок со второй стороны иглы, вставить выбранную пробирку крышкой в держатель

. Не прокалывая резиновую заглушку в крышке пробирки, ввести систему держатель-игла в вену пациента, как это делается при обычной процедуре взятия крови шприцем.

. В этот момент кровь не проходит по игле, так как второй ее конец закрыт резиновой мембраной.

. Вставить пробирку в держатель до упора.

. При этом игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую пробку в крышке пробирки - образуется канал между пробиркой с вакуумом и полостью вены. Кровь проходит в пробирку до тех пор, пока не компенсируется созданный в пробирке вакуум (если кровь не идет - это значит, что игла прошла вену насквозь - в этом случае нужно немного вытянуть иглу (но не вынимать!), пока кровь не пойдет в пробирку).

. После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя.

. Резиновая мембрана возвращается в исходное положение, перекрывая ток крови по игле. При необходимости в держатель вставляется ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований.

. Повторно вводить иглу для этого не нужно.

. При использовании пробирок с добавками необходимо аккуратно перевернуть пробирку 8-10 раз для полного смешения крови с реагентами или активатором образования сгустка.

. После того как последняя пробирка заполнилась, вынуть держатель с иглой из вены.

. Для полной безопасности рекомендуется аккуратно снять иглу с держателя

. Слегка прижать к месту пункции третий ватный шарик, смоченный спиртом, и быстрым движением извлечь иглу из вены.

. Предложить пациенту согнуть руку в локтевом сгибе на 3-5 минут. **Окончание процедуры**

25. Написать на пробирке номер пациента, соответствующий в направлении.

26. Продезинфицировать использованные ватные шарики, шприц, иглу.

. Пробирки с кровью поместить в штатив, а затем в контейнер. Отдельно положить в полиэтиленовый пакет направления.

. Снять перчатки, замочить в дезинфицирующем растворе

. Вымыть руки.

. Материал для исследования доставить в лабораторию.

**.2 Особенности сестринского процесса**

При первичной оценке пациента необходимо провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить его физическое и психическое состояние, а так же выявить проблемы и заподозрить заболевания сердечнососудистой системы, в том числе гипертоническую болезнь, сформировать план ухода.

Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента - сестринский диагноз. Такие как:

**\*** неосведомлённость о наличии повышения АД;

**\*** незнание факторов, способствующих повышению АД;

**\*** незнание осложнений, к которым приводит повышение АД;

**\*** головная боль;

**\*** раздражительность, тревожные состояния;

**\*** нарушение сна;

**\*** снижение зрения;

**\*** необходимость соблюдения режима быта, труда и питания;

**\*** необходимость постоянного приема лекарственных препаратов.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер.

**Источниками субъективной информации являются**: сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья; близкие и родственники пациента.

**Источники объективной информации**: физическое исследование пациента по органам и системам; знакомство с медицинской историей болезни.

Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определённых инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.

Сестринский уход за больным ГБ включает в себя:

. Обучение пациента методам расслабления для снятия напряжения и тревоги;

2. Проведение бесед:

\* о значении режима труда и отдыха, пищевого режима; \* влиянии курения и алкоголя на повышение АД; \* значении приема лекарств и периодическом посещении врача.

. Обучение пациента и членов его семьи: \* определению частоты пульса и измерению АД;

\* распознанию первых признаков гипертонического криза;

\* оказанию первой доврачебной помощи при гипертоническом кризе.

. Контроль за питанием и передачами родственников;

5. Контроль массы тела пациента и его диуреза;

. Проведение процедуры постановки пиявок;

. Раздача лекарств пациентам, контроль за правилами и регулярностью их приема;

. Подготовка больных к обследованиям (анализ крови, мочи, ЭКГ, ФКГ, УЗИ и др.);

. Контроль за соблюдением пациентом двигательного режима;

. При нарушении мозгового кровообращения, приступе сердечной астмы уход осуществляется как за тяжелобольным пациентом при строгом постельном режиме.

**3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**.1 Наблюдение из практики 1**

Пациентка 40 лет поступила на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом - гипертоническая болезнь II стадии, обострение.

Пациентка предъявляет жалобы на периодические сильные головные боли в затылочной области, слабость, плохой сон. Болеет около 5 лет, ухудшение состояния последние 2 месяца, после стрессовой ситуации. Назначенные врачом лекарства принимает нерегулярно, в основном, когда плохо себя чувствует. Диету не соблюдает, злоупотребляет острой, соленой пищей, много пьет жидкости, особенно любит растворимый кофе. Не умеет самостоятельно измерять себе артериальное давление, но хотела бы научиться. Отмечает, что в последний год стало хуже, но старается не обращать внимания на болезнь и жить, как раньше.

Пациентка избыточного питания (при росте 162 см, вес 87 кг). ЧДД - 20 в минуту, пульс 80 в минуту, ритмичный, напряжен, АД - 180/100 мм рт. ст.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски.

. Проблемы пациентки:

Настоящие: не понимает, что необходимо изменить образ жизни при гипертонической болезни; не представляет, как правильно питаться при артериальной гипертензии; не понимает необходимости ограничения соли и жидкости, пьёт много кофе; не умеет измерять себе артериальное давление; не понимает, что важно регулярно принимать предписанные врачом лекарства; плохо спит

Потенциальные: риск развития гипертонического криза, инфаркта миокарда, инсульта.

Приоритетная проблема пациентки: не понимает, что необходимо изменить образ жизни при гипертонической болезни.

Цель: пациентка продемонстрирует знания о правильном образе жизни при гипертонической болезни к концу недели.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Беседа о необходимость соблюдения диеты № 10. | С целью ограничения соли и жидкости для снижения АД |
| 2. Беседа с пациенткой и родственниками об устранении факторов риска. | С целью нормализации АД |
| 3. Беседа с пациенткой и родственниками о необходимости постоянного приема лекарственных препаратов. | С целью поддержания АД на нормальных цифрах и профилактики осложнений |
| 4. Обучение пациентки правилам измерения артериального давления.  | Для постоянного самоконтроля АД |
| 6. Взвешивание пациентки и контроль суточного водного баланса. | С целью выявления задержки жидкости и контроля за массой тела. |

Оценка: пациентка демонстрирует знания о диете, борьбе с факторами риска, необходимости постоянного приема лекарственных препаратов. Цель достигнута.

**3.2 Наблюдение из практики 2**

В кардиологическом отделении пациент, страдающий гипертонической болезнью, пожаловался медсестре на то, что у него появилась одышка, чувство “нехватки воздуха”, кашель с выделением розовой пенистой мокроты.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианотичные. Дыхание шумное, клокочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, ЧДД 35 в мин. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, АД 210/110 мм рт. ст.

. У пациента на фоне гипертонического криза (АД 210/110) развилась острая левожелудочковая недостаточность - отёк легких.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

Ш одышка;

Ш шумное клокочущее дыхание;

Ш кашель с розовой пенистой мокротой.

2. Алгоритм действий медсестры:

ь вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;

ь обеспечить положение сидя, с опущенными ногами для уменьшения притока венозной крови к сердцу, создать абсолютный покой, освободить от стесняющей одежды для улучшения условий дыхания;

ь очистить ротовую полость от пены и слизи, с целью удаления механических препятствий прохождению воздуха;

ь дать одну дозу нитроглицерина под язык;

ь обеспечить ингаляцию кислорода, увлажненного пеногасителем (этиловый спирт) с целью улучшения условий оксигенации и профилактики пенообразования;

ь наложение венозных жгутов на конечности с целью депонирования крови;

ь обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧДД);

ь приготовить к приходу врача: гипотензивные препараты, мочегонные средства;

ь выполнить назначения врача.

**.3 Выводы**

Проанализировав литературу и клинические случаи заболевания гипертоническая болезнь, можно сделать выводы: медсестра самостоятельно не лечит больного, а выполняет назначения лечащего врача. Она лишь может заметить изменения, происходящие в состоянии пациента, так как находиться большую часть времени около больного.

Медсестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнить лечебные процедуры, ясно и четко представлять действие лекарственных средств на организм больного. Лечение гипертонии зависит от тщательного и правильного ухода, соблюдение режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медсестры в своевременном и эффективном лечении.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Углублённо изучив сестринский процесс при гипертонической болезни, проанализировав два случая из практики, сделано заключение, что цель работы достигнута. В ходе работы показано, что использование всех этапов сестринского процесс, а именно:

этап: оценка состояния (обследование) пациента;

этап: интерпретация полученных данных (определение проблем пациента);

этап: планирование предстоящей работы;

этап: реализация составленного плана (сестринских вмешательств);

этап: оценка результатов перечисленных этапов, позволяет повысить качество сестринской помощи

Итак, 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.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бычков А.А. - Диагностический справочник. - М.: -«Феникс» 2007.- 325 с.

2. Корягина Н.Ю., Широкова Н. В. - Организация специализированного сестринского ухода - М.: - ГЭОТАР - Медия, 2009. - 464 с.

. Лычев В. Г., Карманов В. К. - Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: - учебное методическое пособие М.: - Форум инфра, 2010. - 384 с.

. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н - Сестринское дело в терапии - М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008. - 544 с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И - Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 368 с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И - Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: - ГЭОТАР - Медиа 2009. - 512 с.

. Медсестра - Научно-практический журнал - «Медиздат»-.

. Медицинская сестра - Научно-практический и публицистический журнал - Издательский дом «Русский врач»-.

. Обуховец Т.П., Скляров Т.А., Чернова О.В.- Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. Ростов н/Д Феникс - 2009 - 552с

10. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008

11. Шапкин В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н. Пасиешвили - Справочник по терапии с основами реабилитации - М.: - Феникс- 2007.- 275 с.

**Интернет-ресурсы**

www.medlit.ru- официальный сайт издательства «Медицина»://ru.wikipedia.org - Википедия, свободная энциклопедия

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**



Рис. 1. Ультразвуковой метод исследования сердца.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

Таблица 1. Лист первичной сестринской оценки

ФИО пациента Мелихова Нина Петровна Адрес проживания ул. Большая Набережная д. 9, кв. 22 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон 89060349425\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лечащий врач Матвеева Ю. М. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Диагноз гипертоническая болезнь II стадии, обострение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата поступления 8. 03. 2012 время 19:02\_\_\_\_\_\_ первичное повторное

Поступил

по скорой помощи самостоятельно

направление поликлиники перевод

Способ транспортировки в отделение

на каталке на кресле пешком

Сознание

ясное контактен ориентирован

дезориентирован

спутанное сопор ступор

кома

Потребность в дыхании

Дыхание

свободное затруднено

Частота дыхательных движений 20 в мин

Частота пульса 80 в минуту

ритмичный аритмичный

АД 180/100 мм рт.ст.

Является курильщиком

да нет

Количество выкуриваемых сигарет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кашель

да сухой с мокротой нет

Потребность в адекватном питании и питье

Масса тела 87 кг рост 162 см

Принимает пищу и питье

самостоятельно нуждается в помощи

Аппетит

нормальный пониженный

повышенный отсутствует

Болеет ли сахарным диабетом

да нет

Если «да», то как регулирует заболевание

инсулин сахароснижающие таблетки

диета

Диета

соблюдает

аллергия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диспепсические расстройства

тошнота рвота

тяжесть, дискомфорт в области живота

Зубы сохранены отсутствуют

частично сохранены

Имеются ли съемные зубные протезы

да сверху снизу

нет

Принимает жидкость

ограниченно достаточно много

Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, личная гигиена

независим зависим полностью частично

Одевается, раздевается

самостоятельно

с посторонней помощью

Имеет ли выбор одежды да нет

Заботится ли о своей внешности

опрятен

неряшлив

не проявляет интереса

Может ли самостоятельно

самостоятельно частично не может

· мыть руки

· умываться

· чистить зубы

· ухаживать за

протезами

· бриться

· провести гигиену промежности

· причесываться

· принять ванну, душ

· мыть голову

· стричь ногти

Состояние полости рта санирована не санирована

Состояние кожи

сухая нормальная жирная

отечность

расчесы

язвы

высыпания

Способность поддерживать нормальную температуру тела

Температура тела в момент обследования 36,6°С

понижена нормальная повышена

Имеется

потливость озноб чувство жара

Физиологические отправления

Мочеиспускание

обычное по частоте учащенное

редкое болезненное

ночное (сколько раз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

недержание наличие катетера

Функционирование кишечника

Частота

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характер стула

обычной консистенции

жидкий твердый

недержание

стома

Потребность в движении

независим

зависим

полностью

частично

Ходьба пешком

самостоятельно

с посторонней помощью

использование дополнительных приспособлений

Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может · ходить по лестнице

· сидеть на стуле

· дойти до туалета

· перемещаться в

постели контрактуры

парез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паралич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Риск падения да нет

Риск развития пролежней да нет

Количество баллов по шкале Ватерлоу \_\_\_\_\_

нет риска - 1 - 9 баллов

есть риск - 10 баллов

высокая степень риска - 15 баллов

очень высокая степень риска - 20 баллов

Потребность во сне

использует снотворные

храпит

спит хорошо

Привычки сна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Факторы, нарушающие сон: сильные головные боли

Потребность трудится и отдыхать

работает

Бухгалтер в строительной фирме

не работает

пенсионер

учащийся

инвалидность

увлечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли возможность реализовать свои увлечения

да нет

Возможность общения

Разговорный язык русский

Трудности в общении

Слух

нормальный

тугоухость справа слева

глухой

слуховой аппарат

Зрение

нормальное

контактные линзы справа слева

очки

слепота справа слева полная

глазной протез справа слева

Способность поддерживать безопасную окружающую среду

Поддержание безопасности

самостоятельно

с посторонней помощью

не может

Двигательные и сенсорные отклонения

да нет

головокружение

шаткость походки

|  |  |
| --- | --- |
|  снижение чувствительности |  |

Таблица 2. Лист первичной сестринской оценки

ФИО пациента Юрцев Виктор Анатольевич Адрес проживания ул. Лодочная д. 17, кв. 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон 89164892499\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лечащий врач Матвеева Ю. М. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Диагноз: гипертоническая болезнь, отёк легких Дата поступления 10. 03. 2012 время 9:45\_\_\_\_\_\_ первичное повторное

Поступил

по скорой помощи самостоятельно

направление поликлиники перевод

Способ транспортировки в отделение

на каталке на кресле пешком

Сознание

ясное контактен ориентирован

дезориентирован

спутанное сопор ступор

кома

Потребность в дыхании

Дыхание

свободное затруднено

Частота дыхательных движений 35 в мин

Частота пульса 120 в минуту

ритмичный аритмичный

АД 210/110 мм рт.ст.

Является курильщиком

да нет

Количество выкуриваемых сигарет 5\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кашель

да сухой с мокротой нет

Потребность в адекватном питании и питье

Масса тела 75 кг рост 170 см

Принимает пищу и питье

самостоятельно нуждается в помощи

Аппетит

нормальный пониженный

повышенный отсутствует

Болеет ли сахарным диабетом

да нет

Если «да», то как регулирует заболевание

инсулин сахароснижающие таблетки

диета

Диета

соблюдает

аллергия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диспепсические расстройства

тошнота рвота

тяжесть, дискомфорт в области живота

Зубы сохранены отсутствуют

частично сохранены

Имеются ли съемные зубные протезы

да сверху снизу

нет

Принимает жидкость

ограниченно достаточно много

Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, личная гигиена

независим зависим полностью частично

Одевается, раздевается

самостоятельно

с посторонней помощью

Имеет ли выбор одежды да нет

Заботится ли о своей внешности

опрятен

неряшлив

не проявляет интереса

Может ли самостоятельно

самостоятельно частично не может

· мыть руки

· умываться

· чистить зубы

· ухаживать за

протезами

· бриться

· провести гигиену промежности

· причесываться

· принять ванну, душ

· мыть голову

· стричь ногти

Состояние полости рта санирована не санирована

Состояние кожи

сухая нормальная жирная

отечность

расчесы

язвы

высыпания

Способность поддерживать нормальную температуру тела

Температура тела в момент обследования 36,6°С

понижена нормальная повышена

Имеется

потливость озноб чувство жара

Физиологические отправления

Мочеиспускание

обычное по частоте учащенное

редкое болезненное

ночное (сколько раз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

недержание наличие катетера

Функционирование кишечника

Частота

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характер стула

обычной консистенции

жидкий твердый

недержание

стома

Потребность в движении

независим

зависим

полностью

частично

Ходьба пешком

самостоятельно

с посторонней помощью

использование дополнительных приспособлений

Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может · ходить по лестнице

· сидеть на стуле

· дойти до туалета

· перемещаться в

постели контрактуры

парез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паралич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Риск падения да нет

Риск развития пролежней да нет

Количество баллов по шкале Ватерлоу \_\_\_\_\_

нет риска - 1 - 9 баллов

есть риск - 10 баллов

высокая степень риска - 15 баллов

очень высокая степень риска - 20 баллов

Потребность во сне

использует снотворные

храпит

спит хорошо

Привычки сна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Факторы, нарушающие сон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребность трудится и отдыхать

работает

не работает

пенсионер

учащийся

инвалидность

увлечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли возможность реализовать свои увлечения

да нет

Возможность общения

Разговорный язык русский

Трудности в общении

Слух

нормальный

тугоухость справа слева

глухой

слуховой аппарат

Зрение

нормальное

контактные линзы справа слева

очки

слепота справа слева полная

глазной протез справа слева

Способность поддерживать безопасную окружающую среду

Поддержание безопасности

самостоятельно

с посторонней помощью

не может

Двигательные и сенсорные отклонения

да нет

головокружение

шаткость походки

|  |  |
| --- | --- |
|  снижение чувствительности |  |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

Таблица 3. Степени артериальной гипертензии на основании уровня АД.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень АД | Систолическое АД (мм рт. ст.) | Диастолическое АД (мм рт. ст.) |
| Оптимальное  | <120 | <80 |
| Нормальное | <130 | <85 |
| Повышенное нормальное | 130-139 | 85-89 |
| Артериальная гипертензия | Систолическое АД (мм рт. ст.) | Диастолическое АД (мм рт. ст.) |
| Пограничная гипертензия | 140-149 | 90-94 |
| 1 степень | 140-159 | 90-99 |
| 2 степень | 160-179 | 100-109 |
| 3 степень | ≥180 | ≥110 |
| Изолированная систолическая гипертензия | >140 | <90 |

Таблица 4. Факторы, влияющие на определение степени риска.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Факторы риска СС заболеваний | Поражение органов-мишеней | Сопутствующие клинические состояния |
| 1. Величина АД (степень 1-3) 2. Возраст: -мужчин >55 лет; -женщин >65 лет. 3. Курение 4. Уровень общего холестерина крови >6,5 ммоль/л (250 мг%). 5. Сахарный диабет 6. Семейные случаи раннего развития СС заболеваний. 7. Ожирение 8. Сидячий образ жизни 9. Повышенный уровень фибриногена в крови | 1. Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенография). 2. Протеинурия и/или небольшое повышение креатинина плазмы (106-177 мкмоль/л или 1,2-2,0 мг%) 3. Ультразвуковые или рентгенологическое признаки атеросклеротического поражения сонных, подвздошных, бедренных артерий, аорты. 4. Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки. | 1. Цереброваскулярные заболевания: - ишемический инсульт; - геморрагический инсульт; - динамическое нарушение мозгового кровообращения. 2. Заболевания сердца: - инфаркт миокарда; - стенокардия; - сердечная недостаточность. 3. Заболевания почек: - диабетическая нефропатия; -ХПН (креатинин > 177 мкмоль/л или >2мг%). 4. Заболевания сосудов: - расслаивающаяся аневризма; - поражение периферических артерий с клиническими проявлениями). 5. Выраженная гипертоническая ретинопатия. |

Таблица 5. Поражение органов-мишеней.

|  |  |
| --- | --- |
| Гипертоническое сердце  | гипертрофия левого желудочка. Верхушечный толчок усилен. Увеличение левой границы сердца. На УЗИ, ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. При аускультации - акцент второго тона над аортой, появления систолического шума в первой точке. |
| Первично сморщенная почка или гипертоническая нефропатия  | спазм сосудов почек ведет к развитию соединительной ткани, поражаются клубочки, канальцы, почки сморщиваются в размерах, развивается ХПН. |
| Поражение сосудов сетчатки глаз  | спазм артериол, их утолщение и, как следствие прогрессирующая потеря зрения. |
| Поражение головного мозга  | расширение мозговых артерий, пропотевание плазмы через стенки артериол - капилляров, очаговый отек мозга, что приводит к снижению мозгового кровообращения и развитию энцефалопатии. Из-за хронического нарушения питания мозга развивается деменция, паркинсонизм, нарушения памяти, шум, тяжесть в голове, пошатывание, недержание мочи, депрессия.  |