СОДЕРЖАНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ …… стр. 3
ГЛАВА 1. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ……...стр. 5
1.1. Этиология гипертонической болезни …… стр. 5
1.2. Факторы, способствующие развитию и прогрессированию гипертонической болезни ..... стр. 6
1.3. Классификация уровней артериального давления и степеней артериальной гипертензии …….. стр. 8
1.4. Клиническая картина гипертонической болезни …….. стр. 9
1.5. Возможные осложнения гипертонической болезни .....стр. 11
1.6. Диагностика гипертонической болезни…….. стр. 15
1.7. Лечение гипертонической болезни …….. стр. 17
1.8. Сестринский уход при гипертонической болезни …….. стр. 21
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВВЕДЕНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ..... стр. 24
2.1. Наблюдение и сестринский уход за пациентом в кардиологическом отделении Введенской больницы ..... стр. 24
2.2. Анкетирование и анализ анкет пациентов с гипертонической болезнью в кардиологическом отделении Введенской больницы... стр. 34
2.3. Составление памятки для пациентов …….. стр. 41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ …… стр. 43
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК……. стр. 45
ПРИЛОЖЕНИЯ …… стр. 46

ВВЕДЕНИЕ.

Гипертония является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно сосудистой системы в России. Правильное лечение гипертонической болезни и сестринский квалифицированный уход имеют большую роль в улучшении состояния пациента. Именно этим и обусловлена актуальность темы «Организация сестринского ухода за пациентами с гипертонической болезнью в стационаре». Значительная часть пациентов не соблюдает рекомендации врача по режиму, диете, приему медикаментов. Что приводит к ухудшению состояния и увеличивает объём сестринского ухода, а также нуждается в усилении просветительных работ. Гипертоническая болезнь часто приводит к развитию ИБС (ишемической болезни сердца) и мозгового инсульта, а они в свою очередь к инвалидности и смерти [4].

1-е место по причине смертности населения занимают сердечно-сосудистые заболевания. Выделив гипертоническую болезнь среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы, можно увидеть, что она занимает 3 место. По поводу болезней системы кровообращения в России неуклонно растет первичная обращаемость.

Более всего к развитию гипертонической болезни предрасположены мужчины старше 55 лет. Возраст женщин, когда они больше всего рискуют заболеть гипертонической болезнью, старше 65 лет [10].

Повышенное артериальное давление часто возникает уже и в подростковом возрасте. По данным Росстата до 38% молодых людей в той или иной степени страдают от гипертонии. Большинство заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе и гипертоническая болезнь, начинают поражать лиц всё более молодого возраста.

Основной причиной преждевременной смертности населения всё чаще

становится гипертоническая болезнь. Сложность заболевания заключается в том, что гипертония протекает очень длительный период, вследствие которого развиваются тяжелые осложнения (мозговой инсульт, почечная и сердечная недостаточность, а также, инфаркт миокарда).

Естественно, что сердечно-сосудистая патология в целом, включая гипертоническую болезнь, и являются первоочередной проблемой в здравоохранении, всё-таки можно достичь благоприятного успеха в профилактике и лечении заболевания. Для этого пациент должен осмысленно выполнять рекомендации, иметь чёткое представление о своей болезни и уметь самостоятельно контролировать течение заболевания [7].

Объект исследования: Пациенты с гипертонической болезнью.

Предмет исследования: Организация сестринского ухода за пациентами с гипертонической болезнью в стационаре.

Цель: Изучение организации сестринского ухода за пациентами с гипертонической болезнью на базе кардиологического отделения Введенской больницы.

Задачи:

1. Изучить современную медицинскую литературу и теоретические данные по гипертонической болезни;
2. Изучить особенности сестринского ухода за пациентами с гипертонической болезнью в стационаре;
3. Провести анкетирование пациентов с гипертонической болезнью;
4. Проработать и подготовить памятку для пациентов по правильному образу жизни и соблюдению диеты;
5. На основе полученных данных изложить сделанные выводы.

Методы исследования:

1) Научно-аналитический
2) Статистический (анкетирование пациентов)
3) Клинический

ГЛАВА 1. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ.

Медицинская сестра в обязательном порядке должна знать теоретические аспекты гипертонической болезни. Это необходимо для обеспечения качественной организации ухода за больными.

Гипертоническая болезнь – это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанной с наличием патологических процессов, при которых повышение артериального давления обусловлено известными причинами. Стресс является ведущей причиной развития гипертонической болезни [1]. Всемирная организация здравоохранения рекомендует считать нормальным такое артериальное давление, которое не превышает 139/89 мм рт. ст.

1.1 Этиология гипертонической болезни.

В современном мире этиология гипертонии изучена далеко не основательно. Артериальную гипертензию делят на два типа:

А) Эссенциальная гипертония. Её также называют «первичной», в которой повышение давления является основным, иногда даже единственным симптомом заболевания.

Б) Симптоматическая (вторичная) гипертония, при которой выявляются симптомы заболевания какого-либо внутреннего органа.

Выделяется несколько основных причин, приводящих к развитию гипертонической болезни: стрессовые ситуации и постоянное физическое или эмоциональное перенапряжение, ожирение, наличие заболевания у

родственников, работа ночью, повышенный уровень шума, курение и алкоголь, высокий уровень холестерина в крови и неправильное питание. Чем в более раннем возрасте отмечено повышение артериального давления, тем менее продолжительна будет жизнь больного, если своевременно не назначить лечение.

Прямым доказательством ведущей роли центральной нервной системы в развитии гипертонической болезни является то, что она возникает чаще всего у людей с повышенной психоэмоциональной нагрузкой и в высокоразвитых странах.

При гипертонической болезни артериальное давление поднимается в ответ на стресс и высшие центры головного мозга (продолговатый мозг и гипоталамус) начинают вырабатывать большее количество гормонов. Со временем утолщаются стенки сосудов, сужается их просвет и увеличивается вязкость крови. Все эти изменения приводят к тому, что сопротивление сосудов достигает стойкого высокого уровня, и артериальная гипертензия становится стабильной и необратимой. Из-за несвоевременного обращения к врачу гипертония, нередко, поздно выявляется и лечение начинают, когда болезнь уже прогрессирует [4].

Диспансеризация и установление групп риска позволяют своевременно принять меры профилактики и лечения.

1.2 Факторы, способствующие развитию и прогрессированию гипертонической болезни.

1. Возраст. Важно отметить, что хотя гипертония не является результатом физиологического процесса старения организма, но существуют определенные соотношения между гипертонической болезнью и возрастом. Также юношеская гипертония или климакс у женщин. В юном возрасте это результат бурного роста, а вот у женщин это последствия нарушения

гормонального баланса. Постоянное нервное и физическое напряжение. Длительное воздействие стресса не только вызывает заболевание, но и способствует его прогрессированию.

2. Наследственность. Это один из главных факторов в развитии гипертонии. Следовательно, чем больше родственников страдало этим заболеванием, тем больше шансов у человека заболеть им.

3. Профессиональные факторы. Немалое влияние на развитие гипертензии оказывают длительное умственное напряжение, постоянное воздействие шума, напряжение зрения.

4. Лишний вес. Способствует развитию гипертензии, сахарного диабета и прогрессированию осложнений атеросклероза. Все эти состояния приводят к ограничению физической активности, а это ограничение, в свою очередь, способствует увеличению избыточной массы тела, и опять к увеличению АД (артериального давления). Даже если вес больше нормы на 10 кг, то это уже приведет к повышению давления на 2-4 мм рт. ст.

5. Излишнее употребление соли. Норма в сутки для взрослого человека — 5 г.

6. Злоупотребление алкогольными напитками и курение повышает риск возникновения атеросклероза и гипертонической болезни.

7. Стресс. Постоянное нервное и физическое напряжение. Длительное воздействие стресса не только вызывает заболевание, но и способствует его прогрессированию.

8. Выделяются и другие этиологические факторы: травмы черепно-мозгового характера, любая форма гипоксии мозга, повышенный уровень холестерина, заболевания почек, атеросклероз.

Владея знаниями о причинах и факторах риска заболевания, медицинская сестра, при осуществлении сестринского ухода, может влиять на эти факторы. Следовательно, сестринский уход будет способствовать предотвращению ухудшения состояния, появлению осложнений [8].

1.3 Классификация уровней артериального давления и степеней артериальной гипертензии.

Категория	АДс (систолическое, мм рт. ст.)	АДд (диастолическое, мм рт. ст.)
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое нормальное	130-139	85-89
Артериальная гипертензия	АДс (систолическое, мм рт. ст.)	АДд (диастолическое, мм рт. ст.)
АГ I степени («мягкая»)	140-159	90-99
Подгруппа: пограничная	140-149	90-94
АГ II степени («умеренная»)	160-179	100-109
АГ III степени («тяжелая»)	>180 или =180	>110 или =110
Изолированная систолическая гипертензия	>140 или =140	<90
Подгруппа: пограничная	140-149	<90

1.4 Клиническая картина гипертонической болезни.

Медицинская сестра должна хорошо знать клиническую симптоматику гипертонической болезни, а также организацию квалифицированного сестринского ухода.

Главным основным симптом гипертонической болезни является повышение артериального давления.

В начальных стадиях заболевания клиника выражена не ярко. Больной может длительное время не знать о повышении артериального давления. Однако, уже в этот период есть выраженные в той или иной мере такие неспецифические жалобы, как быстрая утомляемость, раздражительность.
Выделяются следующие стадии и симптомы в течении гипертонической болезни:

1 стадия – функциональные изменения, увеличено артериальное давление, но повышение держится непостоянно и нормализуется под влиянием отдыха и приема лекарственных средств. Изменений внутренних органов не выявлено.

2 стадия – начинаются органические изменения, для снижения увеличенного артериального давления требуется применение специальных гипотензивных препаратов. Возможны гипертонические кризы. Есть изменения внутренних органов без нарушения функций, появляется поражение почек, глаз и других органов.

Выявляется, по крайней мере, один из следующих признаков поражения органов-мишеней: Гипертрофия левого желудочка по данным ЭКГ (электрокардиография) и Эхо КГ; протеинурия (20-200 мкг/мин или 30-300мг/л), креатинин более 130 ммоль/л (1,5-2 мг/% или 1,2-2,0 мг/л); ультразвуковые или ангиографические признаки атеросклеротического поражения аорты, коронарных, сонных, подвздошных или бедренных артерий.

3 стадия – ярко выражены органические изменения, артериальное давление стойко повышено, изменения внутренних органов и нарушения их функций. Возникновение таких осложнений, как: со стороны сердца это стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность; со стороны головного мозга это преходящее нарушение мозгового кровообращения, инсульт, гипертоническая энцефалопатия; со стороны глазного дна это кровоизлияния и экссудаты с отеком соска зрительного нерва; Почки имеют признаки хронической почечной недостаточности (креатинин более 2,0 мг/дл.); В ранний период чаше всего больные жалуются на невротические нарушения. Их беспокоят общая слабость, снижение работоспособности, невозможность сосредоточиться на работе, бессонница, преходящие головные боли, тяжесть в голове, головокружение шум в ушах, иногда сердцебиение. Позднее появляется одышка при физической нагрузке.

Головные боли — чаще в затылочной и височной области, нередко по утрам (так называемая тяжелая голова) или к концу рабочего дня. Обычно боли усиливаются в лежачем положении и ослабевают после не долгой ходьбы.

Часто боли сопровождаются головокружением и шумом в ушах, со - стоянием тревожности. Боли в области сердца — так как повышение артериального давления связано с усилением работы сердца. Часто это наблюдается при гипертонической болезни в старшем и пожилом возрасте.

Мелькание мушек перед глазами, пелена. Происхождение их связано со спазмом артериол сетчатки. Присутствуют симптомы нарушения ЦНС (центральная нервная система), которые могут, например, проявляться псевдоневротическим синдромом — быстрая утомляемость, снижение работоспособности, ослабление памяти, отмечаются явления раздражительности, слабости, преобладание тревожного настроения [5].

1.5. Возможные осложнения гипертонической болезни.

Медицинская сестра должна знать осложнения гипертонической болезни для их своевременного распознавания и оказания медицинской помощи.

Осложнения гипертонии связаны с поражением органов-мишеней.

Патологическим изменениям в первую очередь подвергается сосудистая система, а затем нарушается сердечная и мозговая деятельность. Также страдает выделительная система и зрение.

Дополнительную нагрузку на миокард оказывает повышенное давление, поэтому интенсивный режим способствует расстройству сердечной деятельности. Существует прямая зависимость в деятельности организма: чем больше уровень артериального давления, тем сложнее функционировать миокарду, вследствие чего происходит расстройство кровообращения. Поэтому при несвоевременном проведении терапевтических мероприятий увеличивается риск дисфункции сердечной мышцы и потеря эластичности кровеносных сосудов.

Самые тяжелые и распространенные последствия гипертонии:

1. Гипертонический криз - внезапное повышение артериального давления, сопровождающееся нарушениями вегетативной нервной системы и усилением расстройств мозгового, коронарного и почечного кровообращения. Основной причиной осложнения служит артериальная гипертензия, протекающая в хронической форме, когда пациент нарушает систему приема медикаментов. Существует два типа кризов. Криз 1 типа возникает в 1 стадию гипертонической болезни и сопровождается нейровегетативной симптоматикой. Криз 2 типа бывает во II и III стадии гипертонической болезни.

Симптомы криза: режущая головная боль, преходящие нарушения

зрения, слуха (оглушённость), сдавливающая боль в области грудины, потеря сознания, тошнота, рвота. Криз осложняется инфарктом миокарда, инсультом.

Факторы, провоцирующие развитие кризов: психоэмоциональные стрессы, физическая нагрузка, внезапная отмена анти гипертензивных средств, эмоциональное и психическое переутомление;

2. Из-за поражения сосудов головного мозга наступает недостаточность мозгового кровообращения. У таких пациентов может возникать тромбоз сосудов мозга, в результате чего отмечается потеря сознания, нарушение речи, глотания, дыхания, тромб-ишемический инсульт. Иногда происходит кровоизлияние в мозг. Негативное воздействие на сосуды головного мозга приводит к нарушению умственных способностей, ухудшению памяти, мигрени и головокружению;

3. Исследуя глазное дно, при гипертонии, обнаруживаются характерные изменения в сосудах сетчатки. Самым важным структурным изменением сосудов при артериальной гипертонии является гипертрофия центральной слизистой, а затем происходит остекление, сегментация, атрофия и фиброз внутренней мембраны. Просветы сосудов постепенно сужаются;

4. Вследствие развития атеросклеротических изменений в сосудах сердца начинаются признаки хронической недостаточности коронарного кровообращения со стенокардией напряжения и покоя или симптомы острого нарушения коронарного кровообращения (инфаркт миокарда), а также развитие сердечной недостаточности;

5. При гипертонической болезни поражаются сосуды почек, что приводит к развитию артериосклероза почек. Развиваются симптомы почечной недостаточности: низкая плотность мочи, появляется полиурия,

изо- и гипостенурия. В поздней стадии заболевания развивается синдром уремии и увеличивается содержание остаточного азота в крови.

На фоне гипертонического криза у пациента возникает инсульт, который может привести к смертельному исходу [1].

Чтобы предупредить появление осложнений пациенту необходимо придерживаться рекомендаций, указанных в памятке (Приложение Б).

При выборе медикамента специалист учитывает противопоказания и риск появления возможных осложнений.

Прогноз больных с артериальной гипертензией и решение о дальнейшей тактике введения зависит не только от уровня артериального давления. Наличие сопутствующих факторов риска, вовлечения в процесс «органов мишеней», а также наличия ассоциированных клинических состояний имеют не меньшее значение, чем степень артериальной гипертензии, в связи с чем в современную классификацию введена классификация больных в зависимости от степени риска.

Для оценки суммарного влияния нескольких факторов риска на прогноз заболевания используется классификация риска по четырем категориям – низкий, средний, высокий и очень высокий риск.

Таблица 2. Классификация больных в зависимости от степени риска:

Нет факторов риска, поражения органов мишеней, ассоциированные клинические состояния	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Один или два фактора риска (кроме сахарного диабета)	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
Три и более фактора риска или поражения органов мишеней и/или сахарный диабет	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Ассоциированные клинические состояния	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

1.6 Диагностика гипертонической болезни.

Медицинская сестра в обязательном порядке должна иметь четкое представление о диагностике гипертонической болезни, чтобы грамотно подготовить пациента к обследованиям и получить правильные результаты.

Обследование пациентов с подозрением на гипертоническую болезнь необходимо для того, чтобы: оценить стадию артериальной гипертонии и степень риска развития осложнений, подтвердить стабильное повышение артериального давления, исключить вторичную артериальную гипертензию, выявить наличие и степень повреждения органов-мишеней.

Диагностика гипертонической болезни и обследование пациентов с артериальной гипертонией проводится, строго следуя определенным задачам:

1. Определение стабильности повышения артериального давления и его степени;
2. Исключение вторичного характера артериальной гипертензии;
3. Выявление наличия других факторов риска, сердечно сосудистых заболеваний и клинических состояний, которые могут повлиять на лечение и прогноз;
4. Отношение больного к той или иной группе риска.

Определение стабильности артериального давления и его степени:

При первичном осмотре нужно измерить давление у пациента на обеих руках. В дальнейшем измерения делают на той руке, где артериальное давление выше. У больных старше 65 лет, больных сахарным диабетом и получающих анти гипертензивную терапию измерить артериальное давление, стоя через 2 мин. Целесообразно измерить давление на ногах, особенно у больных моложе 30 лет. Для диагностики заболевания должно быть выполнено не менее двух измерений с интервалом одна неделя [3].

Суточное мониторирование артериального давления способствует

получению важной информации о состоянии механизмов сердечно-сосудистой регуляции. При этом данные 24-часового измерения артериального давления имеют гораздо большую прогностическую ценность, чем разовые измерения.

Рекомендуемая программа суточного мониторирования артериального давления предполагает регистрацию артериального давления с интервалами 15 минут в период бодрствования и 30 минут в период сна. Ориентировочные нормальные значения артериального давления в состоянии бодрствования составляют 135/85 мм рт. ст., ночного сна - 120/70 мм рт. ст. со степенью снижения в ночные часы на 10-20%.

Врач должен обратить внимание на отсутствие ночного снижения артериального давления или наличие его чрезмерного снижения, т.к. такие состояния увеличивают риск поражений органов.

После выявления стабильной артериальной гипертензии следует провести обследование пациента, которое включает в себя 2 этапа.

Первый этап – это обязательные исследования, которые проводятся каждому больному при выявлении артериальной гипертензии. Этот этап содержит в себе оценку поражений органов-мишеней, диагностику сопутствующих клинических состояний, влияющих на риск сердечно-сосудистых осложнений.

1. Сбор анамнеза.
2. Объективное исследование.

Лабораторные и инструментальные исследования:

1) электрокардиография (ЭКГ);

2) определение липидного спектра крови, включая уровень холестерина ЛПВП (липопротеиды высокой плотности), ЛПНП (липопротеиды низкой плотности) и триглицеридов (ТГ);

3) определение в крови уровней гемоглобина, гематокрита, калия, кальция, глюкозы, креатина;

4) общий анализ мочи;

5) рентгенография грудной клетки;

6) осмотр глазного дна;

7) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Второй этап исследования нужен для уточнения формы симптоматической гипертонии, предполагаются дополнительные методы обследования, выявляются дополнительные факторы риска.

Специальные обследования для выявления вторичной артериальной гипертензии и дополнительные исследования для оценки сопутствующих факторов риска выполняются в тех случаях, когда они могут повлиять на тактику ведения пациента. Это значит, что их результаты могут привести к изменению уровня риска. Так, например, Эхо КГ, как наиболее точный метод выявления гипертрофии левого желудочка, если она не выявляется при ЭКГ, а ее диагностика повлияет на определение группы риска и, соответственно, на решение вопроса о назначении терапии [8].

1.7 Лечение гипертонической болезни.

Медицинская сестра должна знать основные принципы лечения пациента с гипертонической болезнью для контроля и своевременного выполнения назначений врача.

До начала лечения больного врач должен определить уровень артериального давления (5-10 измерений) в утренние часы, в течение и в конце рабочего дня, после эмоциональных и физических нагрузок. Наиболее целесообразно следует проводить лечение с учетом данных суточного мониторинга артериального давления.

Как правило, лечение больных с I стадией артериальной гипертензии, производится немедикаментозными методами. При отсутствии эффекта через 12-16 недель назначается медикаментозная терапия.

Медикаментозную антигипертензивная терапию обычно назначают ступенчато, начиная дифференцированной монотерапией, а при неэффективности её, назначается комбинация лекарственных антигипертензивных средств. Комбинированная антигипертензивная терапия назначается сразу при тяжелой артериальной гипертензии.

Артериальное давление нужно снижать постепенно, особенно у лиц пожилого возраста и при тяжелой артериальной гипертензии, т.к. быстрое снижение артериального давления у больных этой группы ухудшает мозговое, коронарное и почечное кровообращение.

Нельзя прекращать лечение и отменять гипотензивные средства, потому что это может вызвать "синдром отмены" и дальнейший рост артериального давления, а также ухудшение кровоснабжения жизненно важных органов [2].

Показания к стационарному лечению:

1. Гипертонические кризы тяжелые и средней степени тяжести.

2. Отсутствие снижения артериального давления, несмотря на комплексное лечение в амбулаторных условиях.

3. Учащение гипертонических кризов легкой степени на фоне активного лечения для уточнения причины кризов и подбора медикаментозной терапии.

4. Необходимость оценки трудоспособности больного и исключения симптоматической гипертензии.

Лечебная программа при гипертонической болезни:

1) Немедикаментозные методы лечения
2) Устранение отрицательных психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций.
3) Медикаментозная антигипертензивная терапия.

Лечение осложнений: купирование гипертонических кризов, хронической почечной недостаточности, застойной недостаточности

кровообращения, церебральных нарушений, левожелудочковой недостаточности.

Лечебным питанием при гипертонической болезни является гипонатриевая диета.

Основные принципы лечебного питания при гипертонической болезни:

1. Снижение употребления с пищей насыщенных жиров и обогащение рациона ненасыщенными жирами, что способствует умеренному снижению артериального давления;
2. При сопутствующем ожирении — ограничение суточной калорийности;
3. Антиатеросклеротическая направленность диеты;
4. Уменьшение приема свободной жидкости до 1-1.5 л в сутки;
5. Снижение содержания поваренной соли. Низким считается потребление 1-3 г соли в сутки, "идеальным" — 2-5 г, умеренным — 8-12 г, высоким — более 15 г;
6. Нормализация массы тела. Снижение массы тела у лиц, страдающих ожирением, должно привести к нормализации артериального давления при мягкой артериальной гипертензии. При умеренном и выраженном повышении артериального давления у лиц с ожирением нормализация массы тела повышает эффективность медикаментозной гипотензивной терапии и уменьшает гипертрофию левого желудочка;
7. Обогащение рациона продуктами, содержащими магний и калий, так как они быстрее выводятся из организма;
8. Включение в диету продуктов, богатых липотропными веществами и клеточными оболочками, а также продуктов моря (морская рыба, крабы, омары, креветки, морская капуста);

Фитотерапия: аронія (черноплодная рябина), боярышник, пустырник, листья березы, трава душицы, цветки липы, сушеница болотная (топянка).

Таблица 3. Медикаментозная антигипертензивная терапия.

Группа	Механизм действия	Названия препаратов
Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ)	Блокирование фермента, который превращает ангиотензин I в ангиотензин II	Энап, Прерстариум, Лизиноприл
Ингибиторы рецепторов ангиотензина II (сартаны)	Косвенное снижение спазма сосудов за счет воздействия на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему	Лозартан, Телмисартан, Эпросартан
В-адреноблокаторы	Уменьшает нагрузку на сердце, блокирует излишнее воздействие адреналина на сердце	Атенолол, Конкор, Обзидан
Блокаторы кальциевых каналов	Блокируют перенос кальция в клетку, уменьшают энергетические запасы к клетке	Нифедипин, Амлодипин
Тиазидные диуретики (мочегонные)	Выводят лишнюю жидкость и соль, препятствуют отеку	Гидрохлортиазид, Индапамид
Агонисты имидазолиновых рецепторов (АИР)	За счет связи этих веществ с рецепторами головного мозга и сосудов почек снижается обратное всасывание воды и соли.	Альбарел, Моксонидин

1.8 Сестринский уход при гипертонической болезни.

Особенно важно на ранней стадии развития заболевания медицинской сестре определить настоящие и потенциальные проблемы пациента с гипертонической болезнью для осуществления полноценного ухода и оказания ему помощи.

Настоящие (существующие) проблемы пациента:

1) повышение артериального давления;
2) несбалансированное питание;
3) тревожность головокружения;
4) головокружения;
5) раздражительность;
6) нарушения сна;
7) головные боли;
8) недостаток знаний о заболевании и его осложнениях;
9) необходимость постоянного приема лекарственных препаратов;

отсутствие серьезного отношения к данному вопросу.

Потенциальные (вероятные) проблемы пациента:

1. развитие гипертонического криза;
2. нарушение зрения;
3. развитие инфаркта или инсульта;
4. развитие почечной недостаточности;
5. сердечная недостаточность.

Медицинской сестре необходимо выяснить:

1. наличие гипертонической болезни у ближайших родственников;
2. наличие вредных привычек (курение, прием алкоголя);
3. отношения в семье;
4. условия профессиональной деятельности;
5. особенности питания;

6. отношения внутри коллектива с коллегами;
7. прием лекарственных препаратов: какие именно принимает, насколько регулярно, как переносит;
8. жалобы на момент опроса.

Медицинская сестра фиксирует:

1. уровень артериального давления;
2. частоту пульса;
3. положение пациента в постели;
4. цвет кожных покровов, в том числе наличие цианоза на отдельных участках.

Также сестринские вмешательства необходимы в уходе за больным при гипертонической болезни в следующих случаях:

Беседы с пациентом и его родственниками:

1. о значении своевременного систематического приема лекарственных препаратов;
2. о значении соблюдения диеты с пониженным содержанием холестерина;
3. о необходимости соблюдения режима труда и отдыха, улучшении условий труда и повышения качества отдыха;
4. о влиянии курения и алкоголя на повышения артериального давления.

Обучение пациента и членов его семьи:

1. распознаванию первых признаков гипертонического криза;
2. измерению артериального давления и частоты пульса;
3. оказанию доврачебной помощи при гипертоническом кризе;
4. методам релаксации и их применение в стрессовой ситуации и для профилактики.

Обеспечение пребывания пациента в стационаре:

1. медицинская сестра должна обеспечить и контролировать диету, а также контролировать передачи родственников, при необходимости кормить пациента для улучшения состояния пациента, диета и рекомендации к

питанию указана выше;

2. медицинская сестра должна обеспечивать и контролировать режим для стабилизации состояния пациента;

3. своевременно и правильно проводить подготовку к лабораторным и инструментальным методам исследования, назначенные врачом. Это позволит врачу эффективно проводить коррекцию фармакотерапии и отслеживание динамики лечения, правильная подготовка пациента позволяет получить точный результат;

4. медицинская сестра должна проводить беседы с пациентом и его родственниками о соблюдении режима, диеты, приёме лекарственных препаратов. Это позволит исключить возможность осложнений;

5. медицинская сестра должна строго и своевременно выполнять назначения врача для эффективности лечения пациента. Медикаментозная терапия указана выше;

6. постоянно контролировать общее состояние пациента: артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений, состояние кожи и слизистых оболочек для раннего выявления осложнений и оказания неотложной помощи.

7. для того чтобы эффективно проводить фармакотерапию медицинская сестра должна знать основные группы лекарственных препаратов, применяемых при лечении гипертонической болезни, знать возможные побочные эффекты, чтобы своевременно их заметить и сообщить врачу;

8. для соблюдения норм санитарно-эпидемического режима контролировать санитарно-гигиеническое состояние палаты (проветривание, уборка и т.д.) [9]

Таким образом, роль медицинской сестры заключается в своевременном и адекватном оказании качественной медицинской помощи пациенту.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГОУХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВВЕДЕНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

В период преддипломной практики, работая в кардиологическом отделении Введенской больницы, осуществляла уход за пациентами, а также наблюдала за организацией ухода медицинскими сестрами данного отделения. Сестринский уход при гипертонической болезни основывается на следующих действиях: проведение необходимых процедур по назначению врача, раздача и контроль над приемом выписанных препаратов; создание для больного всех условий, необходимых для стабилизации состояния, беседа с родственниками о соблюдении диеты и сроках и времени посещений, а также о разрешенных и запрещенных продуктах питания; направление всех своих действий на сохранение здоровья и предупреждение осложнений у пациента; облегчение страданий при болезни, а также помочь ему осуществить главные жизненные потребности и желания, которые в момент болезни он сам осуществить не может.

Работа медицинской сестры помогает обеспечивать своевременный прием выписанных медикаментов, снижает риск развития осложнений и поддерживает правильный режим у больных гипертонией.

2.1. Наблюдение и сестринский уход за пациентом в кардиологическом отделении Введенской больницы.

На практике среди больных была выделена пациентка Г. 66 лет с диагнозом «Гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 2 степени, гипертонический криз». Прием медикаментов не регулярный.

Было проведено сестринское обследование: субъективное и объективное. На момент госпитализации были жалобы артериальное

давление 200/100, на слабость, мелькание мушек перед глазами и шум в ушах, головокружение, интенсивную и «разрывающую» головную боль в височной и затылочной областях. Обычно пациентка не отмечала головных болей при повышении артериального давления, а теперь связывает её со значительным повышением артериального давления, так как головная боль развилась быстро и остро. Отмечает мелькания «мушек» перед глазами и головокружения, что связывает с эпизодами повышения АД.

Сердечно-сосудистая система. Отмечает наличие головных болей при значительном подъеме АД (САД более 160 мм рт. ст.).

Одышка во время физической нагрузки (подъем на 5 этаж), во время покоя одышки нет. Иногда замечает утомляемость и отеки по вечерам на нижних конечностях.

Опорно-двигательная система. Присутствуют боли в шейном отделе (поставлен диагноз «шейный остеохондроз»), периодические боли в коленных суставах и поясничном отделе.

Анамнез болезни: Считает себя больной в течение 20 лет. В первый раз повышение артериального давления было выявлено по месту работы во время ежегодного профосмотра. Повышение артериального давления не сопровождалось субъективными ощущениями, уровень АД – до 165/90 мм рт. ст.

В 2010 году проходила обследование, во время которого выявили нарушение работы сердца в виде AV-блокады I степени, полной блокады правой ножки пучка Гиса.

В 2012 году участковый кардиолог направил на обследование, во время которого показало, что эпизоды AV-блокады I, II степени, в сочетании с полной блокадой правой ножки пучка Гиса с развитием брадикардии до 35 ударов в мин. За последний год три раза была госпитализирована с ухудшением состояния на фоне гипертонической болезни. Данная госпитализация связана с быстрым, значительным и стойким повышением

уровня АД, на который не оказывало свое действие привычная терапия (гипертонический криз). Назначенную диету не соблюдала. За последний год прием медикаментов (индапа и коринфара) не регулярный. Вечером 20 апреля пациентка почувствовала недомогание, измерила АД - 180/90 мм рт. ст., затем приняла таблетку энап – эффекта не последовало и, вообще, состояние пациентки стало ухудшаться: усилилась головная боль, появились мушки перед глазами и шум в ушах – повторно измерила АД - 190/100 мм рт. ст. Сразу была вызвана скорая помощь (на момент прибытия бригады скорой АД - 200/100 мм рт. ст.), которая и доставила пациентку в приемное отделение Введенской больницы. В настоящий момент пациентка находится на лечении в кардиологическом отделении Введенской больницы.

Анамнез жизни: Родилась в 1950 году в Череповце, в полной семье, была вторым ребенком, имеет старшего брата. С раннего детства росла и развивалась нормально. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала. С 7 лет пошла в школу. После школы закончила училище, вышла замуж и переехала на ПМЖ в Санкт-Петербург. В течение 30 лет работает поваром-кондитером. На пенсии по возрасту. Инвалидности нет.

Отец умер от инфаркта миокарда, страдал гипертонической болезнью. Мать и брат повышением уровня АД не страдали. Замужем, имеет дочь 42 лет, гипертонической болезни не имеет.

Вредные привычки: курила с 20 лет, бросила в 45.

Аллергологический анамнез: непереносимость препарата «Новокаин» - учащение сердцебиения, аллергическая реакция на цитрусовые (покраснение и зуд кожи).

Объективное обследование: состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Пациентка контактна. Температура тела в норме, 36,6. Рост 168 см, вес 80 кг, присутствует избыток массы тела. Пигментация кожи, согласно возрасту, присутствует, потемнения кожных

покровов нет. Повышенной жажды пациент не испытывает.

Система дыхания. Форма грудной клетки правильная, без выпячивания и западения. Обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Чистота дыхательных движений – 18 в минуту. При пальпации безболезненная, умеренно резистентная, голосовое дрожание сохранено над всей поверхностью легких. Тип дыхания смешанный.

Область сердца не изменена. Видимых пульсаций артерий вен нет. Пульс симметричный, ритмичный хорошего наполнения и напряжения. Частота 76 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80мм рт. ст.

Аускультативно: тоны сердца ясные ритмичные. Акцент 2-го тона над аортой. Патологических шумов, расщепления и раздвоения тонов нет.

Пациентке было назначено обследование:

ЭКГ – для исключения инфаркта миокарда. Появление характерных изменений: депрессия ST, монофазная кривая – признаки острой и острейшей стадии;

Тропаниновый тест – для исключения инфаркта миокарда. Положительный тест говорит о наличии в крови тропонина, что является следствием повреждения миокардиоцитов;

ОАК (общий анализ крови) – клинический минимум – определить наличие анемии, признаков воспаления;

ОАМ (общий анализ мочи) – клинический минимум – позволяет заподозрить патологию со стороны почек, определить необходимость дальнейшего исследования почек;

БХК (биохимический анализ крови) – определение уровня глюкозы и общего холестерина крови, что является обязательным в связи с возрастом пациента и наличием у него поражения ССС (сердечно сосудистая система);

АЛТ (аланинаминотрансфераз), АСТ (аспартатаминотрансфераз), ЛДГ (лактатдегидрогеназ)– определение синдрома цитолиза в миокарде;

Коагулограмма – количество тромбоцитов, время свертывания и

длительность кровотечения, фибрин – для оценки гемостаза и риска развития тромбоэмболических осложнений;

Суточное мониторирование АД – определение колебаний АД в течение дня, уровень АД во время сна и бодрствования, покоя и нагрузке; Эхокардиография – определить изменения в строении (толщина стенок, клапаны) и функции (сократительная: наличие очагов гипокинезии, определение фракции выброса и остаточного диастолического объема) сердца;

УЗИ (ультразвуковое исследование) сердца – визуальное исследование сердца и допплеровское картирование – для определения кровотока и наличия регургитации;

УЗДГ БЦА (ультразвуковая допплерография брахиоцефальных артерий) – определение нарушения мозгового кровообращения и степени нарушения;

Осмотр глазного дна – консультация окулиста – определить специфические изменения сосудов сетчатки.

Результаты обследования.

Тропаниновый тест - отрицателен

ОАК: Эритроциты 4,72 х 1012/л (4,5-5,5 х 1012/л); Гемоглобин 145 г/л.; Цветной показатель 31 пг.; Лейкоциты 5,1 х 109/л (4-6 х 109/л); Сегментоядерные 46% (63%); Лимфоциты 47% (23%); Моноциты 3%; СОЭ 9 мм\ч.

ОАМ: Цвет светло-желтый. Реакция кислая. Удельный вес 1015. Белок отрицательный. Сахар отрицательный. Лейкоциты 1-2 в поле зрения. Эритроциты 0-1 в поле зрения. Эпителий плоский 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: Холестерин общий 7,0 ммоль/л (0,00-5,2).

Глюкоза 5,8 ммоль/л (3,89-5,83). Креатинин 80,7 ммоль/л (63,6-110,5)

ЭКГ: Заключение: ритм синусовый, брадикардия, AV блокада I степени, выраженное отклонение ЭОС влево. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Блокада передневерхнего разветвления левой ножки пучка Гиса. Не исключены очаговые изменения на нижней стенке левого желудочка.

ЭхоКГ сердца. Заключение: УЗ признаки атеросклероза аорты, гипертрофия ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Фиброзные изменения створок АК и МК.

Назначено немедикаментозное лечение: диета с ограничением поваренной соли (менее 6 г/сут.), ограничение жиров и легко усваиваемых углеводов, коррекция массы тела, избегать употребления цельномолочных продуктов, мяса с жировыми прослойками, кондитерских изделий, исключить твердые жиры, такие как сливочное масло, плавленые сыры, животные жиры, шоколад; показаны блюда из рыбы, особенно морской. Полный отказ от употребления алкоголя и курения. Физические нагрузки в тренирующем режиме. Соблюдение режима труда и отдыха, а так же другие методы немедикаментозного лечения: аутотренинг, акупунктура, физиотерапия (электросон), фитотерапия. Немедикаментозное лечение рекомендовано всем больным.

Лекарственная терапия гипертонической болезни представлена следующими медикаментами:

1. Ингибиторы АПФ. 1 поколение. Rp: Captoprili 0,025 №30 (Capoten) Ds: по 1 таб. 2 раза в сутки.
2. Диуретики. Тиазидные и тиазидоподобные с умеренным диуретическим действием. Rp: Tab. Hipothiazidi 0,025 №20 Ds: по 1 таб. 1 раз утром.
3. Антагонисты кальция. Rp: Tab. Verapamili SR 0,24 №20 Ds: по 1 таб. в 8.00.
4. В-адреноблокаторы. Кардиоселективные: Rp: Tab. Atenololi 0,05 №30

DS: по ½ таб. в сутки.

Выявление проблем пациента.

Настоящие:

1. Повышение артериального давления;
2. Головные боли; головокружение;
3. Нарушение сна; раздражительность;
4. Мелькание ,,мушек,, перед глазами;
5. Одышка;
6. Отсутствие соблюдения диеты;
7. Отсутствие постоянного приема лекарственных препаратов;
8. Недостаток знаний о факторах, способствующих повышению АД.

Приоритетные:

1. Головная боль в затылочной области, связанная с повышением АД.

Потенциальные:

1. Риск развития гипертонического криза;
2. Риск развития острого инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения;
3. Раннее ухудшение зрения;
4. Риск развития хронической почечной недостаточности.

За пациентом осуществлялся сестринский уход:

1. Для уменьшения нагрузки на сосуды и сердце обеспечивался и контролировался постельный режим, был создан физический комфорт и психологический покой. В палате проводилось проветривание и влажная уборка;
2. Для пациента была обеспечена и проконтролирована диета с ограничением соли до 5 грамм, ограничением жидкости до 1,5 л в сутки, а также атеросклеротическая диета с ограничением употребления животных жиров, жирных сортов мяса, копченостей, колбасных изделий. Также была проведена беседа с пациентом и

родственниками о правильности соблюдения питания. Для пациента была выдана памятка о диете при гипертонической болезни, которая требует соблюдения основных правил: Принимать пищу дробно (5 и более раз) и небольшими порциями. Готовить нужно практически без применения соли. Объем потребляемой за сутки жидкости не более 1,5 литра. Вторые блюда готовить методом варки, запекания или на пару.

Требования к продуктам во время диеты при гипертонии: Сбалансированная по составу пища. Количество животных жиров (мясо, яйца, маргарин) и углеводов (сладости, макароны, сахар) сводится к минимуму. Необходимо наличие в меню продуктов с повышенным содержанием холина и метионина — они расщепляют жиры. Нужно стараться чаще есть рыбу и продукты, богатые магнием и калием. Важно знать перечень продуктов с повышенным содержанием соли: окунь, судак; свекла, капуста, морковь, кабачки; рис, овсянка; крольчатина, говядина.

При гипертонии предусматривается употребление следующих продуктов:

-подсушенный хлеб в виде сухарей или из муки грубого помола, отрубей;

-нежирные мясные и рыбные продукты — индейка и курица без кожи, щука, треска;

-первые блюда на овощном бульоне либо на молоке;

-йодсодержащие дары моря — кальмары, креветки, морская капуста;

-кисломолочная продукция с низким процентом жирности - кефир, молоко, йогурт, творог;

-сметана и масло сливочное - 20 г непосредственно в блюдо;

-омлет из белков или яйца всмятку - 4 шт. в неделю;

-несоленый и нежирный сыр;

-зелень и овощи вроде кабачков и тыквы, снижающие холестерин;

-масла растительные в виде заправки к овощным салатам;

-сухие и свежие фрукты и ягоды;

-напитки из цикория и ячменя, отвар шиповника, компот;

-фруктовые муссы и желе, мед, мармелад.

Следует исключить из диеты продукты с содержанием холестерина, потому что он снижает эластичность сосудов и не только вызывает скачки давления, но и может привести к атеросклерозу. Перечень нерекомендуемых продуктов следующий: сало и жиры, копчености, жирный майонез, маринады, жирное мясо, крепкие чай и кофе, перец и горчица, какао и шоколад, соленья, сдоба, газировка, алкоголь.

Иногда в меню можно включать допустимые к употреблению продукты (1 раз в неделю): макароны твердых сортов, грибы, редис, репа, бобовые, сливочное масло 20 г в день, сыр плавленый, сладкое 50-70 г в день, если вес нормальный, соль 3 г при одобрении лечащего врача.

3. Медицинскими сестрами отделения строго и своевременно выполнялись медикаментозные назначения, велось ежедневное наблюдение за возможными побочными действиями от приема медикаментов. Учитывая, что у пациентки Г. периодический возникает брадикардия, а ей назначены В-блокаторы, проводился строгий контроль не только за артериальным давлением, но и пульсом для раннего выявления брадикардии, эпизоды которой у пациентки в анамнезе отмечались. Пациентке были объяснены правила и условия приема назначенных лекарственных препаратов, делая акцент на важности соблюдения приема их в сочетании с диетой. Для своевременной диагностики осложнений и оказания неотложной доврачебной помощи медицинскими сестрами проводился регулярный контроль за состоянием пациента: измерение АД два раза в день, измерение пульса, ЧДД, температуры, суточного диуреза. Все данные

регистрировались в лист динамического наблюдения;

4. С пациентом и родственниками была проведена беседа о недопущении психоэмоциональных нагрузок и о создании психологического комфорта. Для предотвращения влияния стрессовых факторов. Было рассказано родственникам и пациенту о методах повышения стрессоустойчивости, релаксации для профилактики осложнений. Также были даны ответы на возникшие вопросы у пациента и родственников;
5. Была проведена беседа с пациентом о его заболевании, о причинах возникновения, осложнениях, методах лечения, об их значении для положительного исхода заболевания и профилактики осложнений. Также были даны ответы на возникшие у пациента вопросы;
6. Была проведена беседа с родственниками пациента о необходимости постоянного контроля АД, приема назначенных врачом гипотензивных препаратов, соблюдения диетического питания и психоэмоционального благополучия. Было рассказано родственникам пациента о возможных осложнениях и их профилактике, мероприятиях первой помощи. Заданы им вопросы, чтобы проверить усвоение знаний, понимание важности обсуждаемых вопросов для эффективного лечения гипертонической болезни и профилактики осложнений;
7. Выполнены требования СанПиН при работе с биоматериалами пациента и при проведении инъекций. Обеспечена правильная утилизация отходов в контейнеры с желтыми пакетами, нарушений санитарно-эпидемиологического режима отмечено не было. Для обработки рук использовался Санимед-экспресс (кожный антисептик). Для мытья рук использовалось мыло Клиндезин-Софт. Дезинфекция и ПСО пинцетов 3% раствором БебиДез. Экспозиция 60 минут. Срок годности раствора 14 дней. Текущая уборка процедурного кабинета проводится ежедневно, а генеральная по четвергам дезинфицирующим

средством 0,015% раствором «септохлораль» (1 таблетка на 10 литров воды).

В результате правильного лечения и проведения качественного сестринского ухода состояния пациентки улучшилось, артериальное давление нормализовалось. Головные боли и головокружения перестали беспокоить.

Из наблюдения за данной пациенткой можно сделать вывод, что на ряду с лечением, квалифицированный сестринский уход является также чрезвычайно важным и способствует улучшению состояния.

В кардиологическом отделении Введенской больницы уход за другими пациентами с гипертонической болезнью осуществляется также правильно и квалифицировано, что способствует наступлению ремиссии, стабилизации артериального давления и отсутствию осложнений.

Осуществляя уход, я неоднократно беседовала с пациентами и могу сделать вывод, что пациенты понимают важность и необходимость сестринского ухода и оценивают работу медицинских сестер отделения хорошей и квалифицированной.

2.2 Анкетирование и анализ анкет пациентов с гипертонической болезнью в кардиологическом отделении Введенской больницы.

Для выявления количества пациентов с гипертонической болезнью, соблюдающих лечебное питание и другие рекомендации врача, мною была разработана анкета (Приложение В). Целью анкетирования было выявить, соблюдают ли пациенты диету и регулярно ли контролируют свое состояние. Так как соблюдение диеты является одним из элементов лечения, а грубое нарушение диеты приводит к ухудшению состояния и повторной госпитализации. Гипертонической болезнью пациент болеет долгие годы и должен уметь контролировать свое состояние.

В анкетировании приняли участие пациенты в возрасте от 58 до 74 лет в количестве 20 человек, из них 40% - 8 мужчин и 60% - 12 женщин.

Ответы на вопрос «Как часто Вы измеряете давление?». Большинство респондентов (70%) следят за своим давлением только при ухудшении самочувствия, из них 10 женщин и 4 мужчин, чуть меньшее количество респондентов (30%) 2 женщины и 4 мужчин из опрошенных измеряют его 2 раза в день.



Очень важно контролировать артериальное давление во избежание гипертонического криза и, как следствие, инфаркта.

На вопрос: «Контролируете ли Вы свой вес?» Большинство респондентов - 75% ответили, что свой вес не контролируют, комментируя ответ на этот вопрос тем, что не считают свое питание настолько вредным. Из опрошенных это 6 мужчин и 9 женщин. Однако 25% респондентов свой вес контролируют. Так ответило 2 мужчин и 3 женщин.



При гипертонической болезни очень важно осуществлять контроль за

своим весом, потому что лишние килограммы негативно влияют на работу сердца.

На вопрос анкеты, который звучал: «Соблюдаете ли Вы рекомендуемую диету?» 60% респондентов, это 9 женщин и 3 мужчины, ответили, что не придерживаются рекомендуемой диеты, комментируя ответ тем, что не считают употребляемые продукты влияющими на их заболевание. 30% опрошенных, 4 мужчин и 2 женщины, диету соблюдают иногда и 10% - 1 мужчина и 1 женщина соблюдают всегда (имеют диабет)



На вопрос анкеты - «Курите ли Вы?» - 80% респондентов - 5 мужчин и 11 женщин ответили, что не курят вообще или бросили, но 20% - это 3 мужчин и 1 женщина из опрошенных, которые, несмотря на заболевание, курят, комментируя это тем что просто не хотят или не могут бросить курить по неопределённой причине.



Людям с повышенным артериальным давление необходимо

немедленно бросить курить, так как никотин обладает сосудосуживающим действием, следовательно, повышает артериальное давление.

На вопрос: «Едите ли Вы овощи каждый день», что необходимо при данном заболевании, 70% респондентов - 8 женщин и 6 мужчин ответили, что ежедневно включают в свой рацион овощи, а 30% 4 женщины и 2 мужчин ответило – нет, комментируя свой ответ тем что не очень любят овощи, заменяя их кашами и макаронными изделиями.

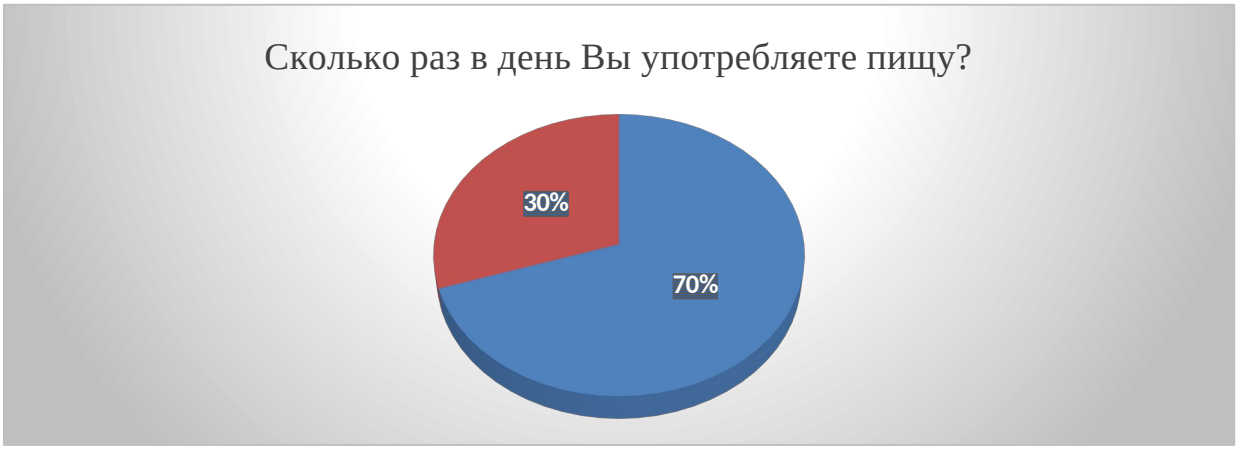


На вопрос: «Какие алкогольные напитки Вы употребляете?»: 80% респондентов – 11 женщин и 5 мужчин ответили, что вообще не употребляют алкоголь, 10% - 1 мужчина и 1 женщина ответили – употребляют крепкие напитки иногда, 10% - 2 мужчин употребляет все перечисленные в анкете напитки говоря, что без этого они не могут, следовательно, не задумываются о возможном прогрессировании заболевания и возможных осложнениях, связанных с употреблением алкоголя.



При артериальной гипертонии правильно употреблять пищу дробно 5 -

6 раз в день небольшими порциями. Ответы на вопрос: «Сколько раз в день Вы принимаете пищу?» следующие: 70% респондентов ответило, что употребляют пищу 3 - 4 раза в день, и 30% - 1 мужчина и 5 женщин ответили - 5 раз в день. То есть, 7 женщин и 7 мужчин не придерживаются дробного питания, комментируя это тем, что не информированы о пользе такого способа приема пищи.



Большинство опрошенных, 10 женщин и 7 мужчин (85%) ответили на вопрос «Часто ли Вы пьете крепкий чай или кофе?», что не злоупотребляют этими напитками и это является правильным шагом в лечении гипертонической болезни. А вот 15% - 2 женщины и 1 мужчина, несмотря на то, что знают о вреде этих напитков при гипертонической болезни, всё-таки ими злоупотребляют, объясняя свой ответ, тем, что не могут отказать себе в чашке кофе ли крепкого чая в течении дня.

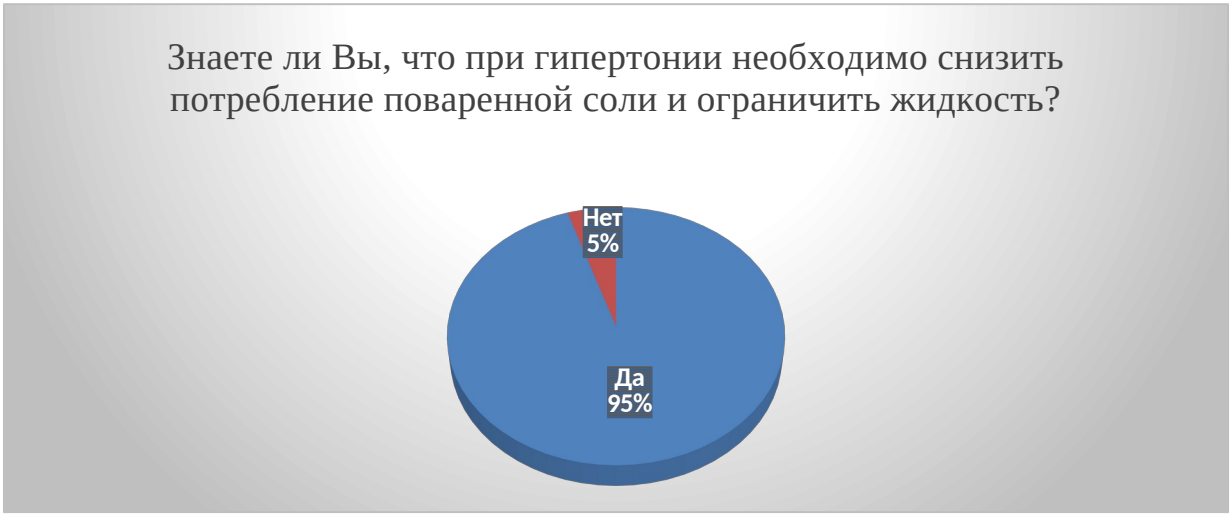


На вопрос анкеты: «Часто ли Вы употребляете жирные сорта мяса, копчености?», 75% респондентов - 5 мужчин и 10 женщин ответили, что часто включают в свой рацион жирные сорта мяса и копчёности, комментируя свой ответ не информированностью о диете. Ответ 25% респондентов был отрицательный.

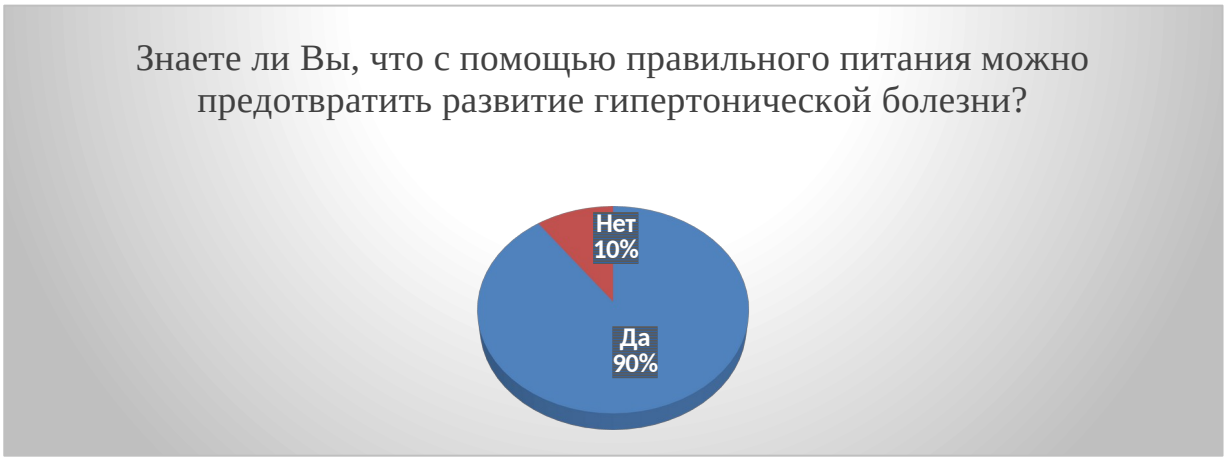


Чтобы понизить уровень холестерина в крови при гипертонической болезни все эти продукты необходимо срочно убрать из рациона. Это очень важный этап в лечении гипертонической болезни.

«Знаете ли Вы, что при гипертонии необходимо снизить потребление поваренной соли и ограничить жидкость?» 95% - 12 женщин и 1 мужчина - ответили, что знают. Но все-таки 5% - 1 мужчина этого не знает, так как никогда не слышал о таком ограничении.



«Знаете ли Вы, что с помощью правильного питания можно предотвратить развитие гипертонической болезни?» 90% - 12 женщин и 6 мужчин – дали положительный ответ. 10% - 2 мужчин – дали отрицательный ответ, комментируя это тем, что не имели возможности ознакомиться с пользой правильного питания. Такие данные говорят о том, что не все пациенты достаточно информированы и не все изучают литературу о своем заболевании. Правильное питание помогает стабилизировать показатели кровяного давления и уменьшить риск гипертонического криза.



Столько же человек из числа опрошенных считает, что причина, по которой они не соблюдают правильное диетическое питание - они сами и их неинформированность о сути диеты, отвечая на вопрос «Причины, которые препятствуют соблюдению правильного питания?».



Из анкетирования пациентов можно сделать вывод что большая часть пациентов после выписки продолжит соблюдать рекомендации врача и выполнять назначения.

Но достаточная часть пациентов, по выписке домой, не соблюдает рекомендации по режиму и диете, не всегда правильно принимают лекарственные средства, назначенные врачом. Не контролируют артериальное давление и пульс. Гипертоническая болезнь такое заболевание, которое нуждается в правильном приеме препаратов, в соблюдении диеты и режима на протяжении всей жизни.

Такое отношение к своему здоровью и к лечению гипертонической болезни способствует ухудшению состояния, повторной госпитализации. Следовательно, нужно. В результате проведённого мной исследования можно сделать следующие выводы:

1. Лечебное питание является важным фактором в комплексном лечении гипертонии.

2. Для того чтобы предупредить заболевание необходимо знать основные правила питания при гипертонической болезни, не только больным, но и здоровым людям.

3. Учитывая недостаток информации о гипертонической болезни и нежелание соблюдать рекомендуемую диету, необходимо, улучшить разъяснительно-просветительные беседы и мотивировать пациентов на соблюдение диеты.

2.3 Составление памятки для пациентов.

Для пациентов с гипертонической болезнью мной была разработана и составлена памятка (Приложение Б), в которой наглядно представлены правила, как следить за своим здоровьем при этом заболевании. Помимо информации общего характера о гипертонии, памятка содержит в себе и

обучающую информацию – как правильно измерять свое артериальное давление.

Соблюдая диету и рекомендуемые меры, указанные в данной памятке, можно значительно улучшить качество жизни при гипертонии и добиться стойкой нормализации артериального давления на долгое время и избежать кризов. При составлении памятки учитывалось отсутствие навыков и медицинских знаний пациентов, поэтому информация изложена максимально доступно и доходчиво.

Руководствуясь этой памяткой, пациенты с гипертонической болезнью должны знать и понимать, для чего необходимо соблюдать диету и вести здоровый образ жизни, следить за своим артериальным давлением и регулярно принимать назначенные лекарственные препараты.

Пациентам была объяснена необходимость соблюдения данной памятки во избежание ухудшения здоровья и повторных госпитализаций. Также больные были обучены правильному измерению артериального давления, подсчету пульса и строгому выполнению рекомендаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Целью выпускной квалифицированной работой было изучить роль медицинской сестры в организации ухода за больными с гипертонической болезнью в условиях стационара. Для этого в теоретической части работы были рассмотрены этиология, клиническая картина, осложнения, методы диагностики, принципы лечения и особенности сестринского ухода. Без знания этих теоретических аспектов гипертонической болезни невозможно выполнение качественного сестринского ухода.

Сестринский уход играет важную роль в лечении больных с гипертонической болезнью. Хоть медицинская сестра самостоятельно не лечит больного, а только выполняет назначения врача, ее роль очень важна, так как, находясь возле больного, она замечает все изменения, происходящие в его состоянии. Роль медсестры во время пребывания пациента в стационаре заключается в умении правильно и своевременно оценить изменения состояния больного, правильно построить отношения с каждым пациентом, в зависимости от его личностей качеств и организовать квалифицированный уход.

В практической части было проведено наблюдение и детально рассмотрен сестринский уход за конкретным пациентом с гипертонической болезнью, проходившим лечение в кардиологическом отделении Введенской больницы. Из данной части работы можно сделать вывод что пока больной лечится в стационаре, он находится под наблюдением медицинской сестры, выполняя все назначения врача. Но как только пациент выписывается из стационара, все может измениться. Некоторые пациенты не выполняют рекомендации врачей, нерегулярно принимают лекарственные средства, совершают грубые нарушения в диете и не контролируют свое состояние. Поэтому медицинским сестрам отводится ведущая роль в обучении и самих пациентов, и их родственников навыкам ухода в домашних условиях. В

кардиологическом отделении Введенской больницы медицинские сестры относятся к своей работе серьезно, квалифицировано осуществляя сестринский уход, что позволяет пациентам улучшить свое состояние.

Сами пациенты понимают важность и необходимость сестринского ухода. Также пациенты оценивают работу медицинских сестер как хорошую и квалифицированную.

В практической части было проведено анкетирование и анализ анкет пациентов кардиологического отделения Введенской больницы, страдающих гипертонической болезнью. В результате этого исследования были сделаны выводы о том, что сестринский уход в стационаре является неотъемлемой частью лечения. Медицинскими сестрами кардиологического отделения Введенской больницы он проводился на должном профессиональном уровне. Но, к сожалению, некоторая часть пациентов, выписавшись из больницы, перестают соблюдать назначенные им врачом рекомендации, не соблюдают диету, не контролируют уровень артериального давления, не регулярно принимают лекарства, тем самым усугубляя свое состояние. Потому, как уже было сказано ранее, необходимо продолжать просветительные работы и беседы о ведении здорового образа жизни, а также мотивировать пациентов продолжать соблюдать после выписки все медицинские рекомендации.

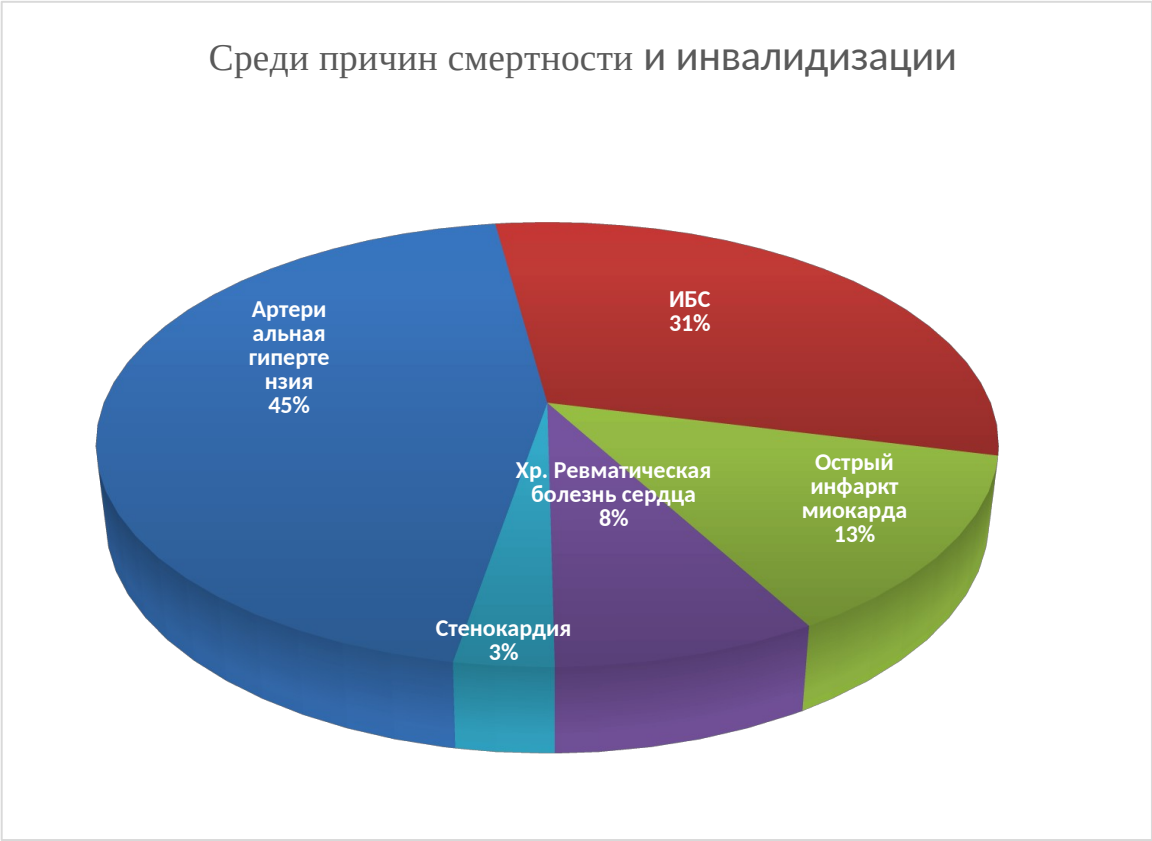
Данная выпускная работа, раскрывая особенности сестринского ухода за пациентами с гипертонической болезнью, может быть использована в виде теоретического материала для студентов медицинских колледжей, а также применена в практической деятельности медицинскими сестрами.

БИБЛИОГРАФИЯ.

1. Аверьянов А.З. Гипертония. Диагностика, профилактика и методы лечения / Москва «ЦПГ», 2015г., 191 стр.
2. Адамян И.В. Участие медицинской сестры в организации медицинской помощи при гипертонической болезни / И.В. Адамян // Медсестра. – 2016. - № 1 – с. 39-42
3. Камынина Н.Н. Теория сестринского дела. Учебник / Н.Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. – М.: ИНФРА-М, 2016г., 224 стр.
4. Лычев В.Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / В.Г. Лычев, В.К. Карманов – М.: Форум, 2016г., 544 стр.
5. Медицинская энциклопедия. Перевод с англ. Луппо; Москва: «КРОН-ПРЕСС», 2018г., 969 стр.
6. Обуховец Т.П., Чернова О.В. Основы сестринского дела: учебное пособие / Ростов-на-Дону: Феникс, 2016г., 768 стр.
7. Сединкина Р.Г. Сестринское дело в терапии. Кардиология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016г., 272 стр.
8. Сердюков Александр ,,Настольная книга гипертоника,, 2016г., 240 стр.
9. Смолева Э.В. Сестринский уход в терапии МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях / «Феникс», 2015г., 366 стр.
10. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Ростов–на-Дону «Феникс», 2017г., 473 стр.
11. Сорокина В.Н. Прогностическая модель развития артериальной гипертензии / Медицинский журнал, 2016г, № 2, с. 115-118
12. Статистический сборник здравоохранение в России 2017 / Москва «КРОН-ПРЕСС», 2017г., 355 стр.

ПРИЛОЖЕНИЕ А





ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Памятка.

Этих рекомендаций необходимо придерживаться пациенту, чтобы предупредить появление осложнений и повторной госпитализации:

1. Снижение массы тела путем отказа от высококалорийных продуктов; каждый лишний килограмм повышает давление на 1 мм рт. ст. Гипертоническая болезнь протекает на фоне атеросклероза. Уменьшается сосудистый просвет, образуются из пищевого низкоплотного холестерина и животных жиров.
2. Выполнение лечебного гимнастического комплекса, в результате которого уменьшится дефицит микровибрации, из организма станут быстрее выводиться поврежденные клетки, токсины (яды), уменьшится необходимость почек в высоком давлении, активизируется работа иммунитета, а на сосудах перестанут появляться атеросклеротические бляшки.
3. Соблюдение специальной диеты, которая включает снижение количества потребляемой соли; Накопление солей натрия в стенках сосудов повреждает их и оказывает плохое влияние на их тонус, избыточное употребление соли способствует накоплению жидкости, как в сосудах, так и в тканях.
4. Регулярный пожизненный прием препаратов, назначенных врачом; Постоянный ежедневный прием гипотензивных препаратов и регулярный контроль уровня артериального давления гарантируют реальную профилактику инфаркта миокарда и инсульта.
5. Отказ от курения и приема алкогольных напитков. Токсичные вещества, входящие в состав любых сигарет, дают толчок в развитии заболевания, вызывают спазм кровеносных сосудов, который и

приводит к повышению АД, приступам стенокардии, инсульту, инфаркту.

6. Стабилизация эмоционального и психического состояния. Следует давать отдыхать своему организму от тяжелой работы и мыслительных процессов. Очень полезно почаще находиться среди своих друзей, занимаясь любимым делом.
7. Внедрение дыхательных упражнений в ежедневный ритм жизни. Если дышать правильно, то кровь будет насыщена кислородом, что снимает нагрузку на сердце и давление нормализуется.
8. Параллельно с немедикаментозными принципами лечения должен осуществляться систематический прием гипотензивных средств.
9. Регулярные профилактические осмотры у специалистов.
10. Постоянный мониторинг показателей артериального давления пульса в течение дня. Измерять давление минимум дважды в день (утром после пробуждения и вечером перед сном) на обеих руках, в положении сидя, после 5 минут отдыха. Если на одной руке давление стабильно выше - учитывать цифры именно с этой руки.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета для пациентов с гипертонической болезнью.

1. Укажите Ваш пол:

а) Муж □

б) Жен □

2. Укажите возраст: _____лет

3. Как часто Вы измеряете артериальное давление?

а) 1 раз в день □

б) 2 раза в день □

в) только при плохом самочувствии □

г) вообще не измеряю □ Почему_____

4. Следите ли Вы за своим весом?

а) Да □

б) Нет □ Почему_____

5. Рекомендуемую диету соблюдаете?

а) Да □

б) Иногда □ Почему_____

в) Не соблюдаю □ Почему_____

7. Курите ли Вы?

а) Да □ Почему_____

б) Нет (и не курил) □

в) Бросил □ Почему_____

8. Едите ли Вы овощи каждый день?

а) да □

б) нет □ Почему_____

9. Какие алкогольные напитки Вы употребляете?

а) водку □

б) белое вино □

в) красное вино □

г) пиво □

д) никакие □

е) все вышеперечисленные □

10. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?

а) 1-2 □ Почему_____

б) 3-4 □

г) 5 □

11. Часто ли Вы пьете крепкий чай или кофе?

а) да □ Почему_____

б) нет □

12. Часто ли Вы употребляете в пищу жирные сорта мяса, копчёности?

а) да □ Почему_____

б) нет □

в) иногда □

13. Знаете ли Вы, что при гипертонии необходимо снизить потребление поваренной соли и ограничить жидкость?

а) да □

б) нет □ Почему_____

14. Знаете ли Вы, что с помощью правильного питания можно предотвратить развитие гипертонической болезни?

а) да □

б) нет □ Почему_____

15. Что препятствует соблюдению правильного питания?

а) Вы сами □ Почему_____

б) общество □ Почему_____

в) Ваш ответ_____