Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Соликамский социально-педагогический колледж имени А.П. Раменского»

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

По ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

**тема*:* Деятельность медицинской сестры при организации сестринского ухода пациентам с артериальной гипертензией**

**Выполнила:** Шамсунова Алина Альбертовна СД-45

**34.02.01 Сестринское дело**

**Руководитель:** Соловьева Светлана Игоревна, преподаватель

Защита состоялась:« »2021г.

Оценка:( )

Соликамск, 2021

**Оглавление**

|  |
| --- |
| Список сокращений..........................................................................................................3Введение............................................................................................................................4Глава 1.Теоретические аспекты изучения деятельности медицинской сестры при организации сестринского ухода пациентам с артериальной гипертензией.....................................................................................................................61.1 Деятельность медицинской сестры в изучение этиологии и патогенеза артериальной гипертензией.............................................................................................61.2 Деятельность медицинской сестры в изучение клинической картины и диагностики артериальной гипертензией....................................................................141.3 Деятельность медицинской сестры в организации сестринского ухода при изучении артериальной гипертензией.........................................................................191.4 Деятельность медицинской сестры в организации профилактики, прогнозе пациентов с артериальной гипертензией.....................................................................22Глава 2. Деятельность медицинской сестры в организации сестринского ухода пациентам с артериальной гипертензией.....................................................................252.1. Анализ статистических данных.............................................................................252.2. Сестринский уход за пациентами с артериальной гипертензией.......................272.3. Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой, при уходе за пациентами с артериальной гипертензией...........................................................................................312.4. Практические рекомендации по предупреждению профилактики артериальной гипертензии.............................................................................................29Заключение......................................................................................................................43Список литературы.........................................................................................................44Приложение.....................................................................................................................46 |

**Список сокращений**

**АГ** - Артериальная гипертензия

**АД** - Артериальное давление

**СД** - Сестринский уход

**ВОЗ -** Всемирная организация здравоохранения

**СУ -** Сестринский уход

# Введение

**Актуальность исследования.** Артериальная гипертензия - одно из самых распространенных заболеваний сердечно - сосудистой системы. Установлено, что 20-30% взрослого населения страдают артериальной гипертензией. С возрастом распространенность заболевания увеличивается и достигает 50-65% у людей старше 65 лет.

Артериальная гипертензия-это стойкое повышение артериального давления (АД) выше 130/80 мм рт ст. в состоянии физического и эмоционального спокойствия, а также без влияния других внешних факторов. Гипертония является одним из наиболее распространенных хронических неспецифических заболеваний человека, на долю которого приходится 30% всех смертей в целом, по данным ВОЗ.

Имеющиеся статистические данные по России свидетельствуют о том, что не менее 40% населения страдают артериальной гипертензией, 58% женщин и 37% мужчин страдают артериальной гипертензией, только 48% женщин и 21% мужчин проходят лечение, но только 17,5% женщин и 5,7% мужчин достигают целевого значения артериального давления. Более того, гипертония теперь встречается даже у детей. 3,5 % современных детей и подростков в России страдают артериальной гипертензией [12].

История изучения артериальной гипертензии восходит к 40-м годам XVIII века. Затем англичанин С. Хейлз определил высоту столба крови в стеклянной трубке, введенной в сонную артерию животных и человека. 100 лет спустя Карл Фридрих Вильгельм Людвиг изобрел ртутный манометр для регистрации кровяного давления, а Гольдблат создал модель хронической гипертонии на собаке. В 1922 году Г. Ф. Ланг создал нейрогенную теорию артериальной гипертензии, в 1948 году он же предложил термин "гипертония". Артериальная гипертензия- социально значимое заболевание и важнейший фактор риска сердечно- сосудистых осложнений. Заболеваемость этим заболеванием в Российской Федерации составляет 39% у мужчин и 46% у женщин. В то же время артериальная гипертензия чаще наблюдается у мужчин в возрасте до 40 лет, а у женщин старше 50 лет. А. Л. Мясников назвал гипертонию "болезнью ХХ века", в этом есть доля правды, так как в районах современного мира, где сохранились примитивные черты хозяйства, наблюдается низкий уровень распространенности гипертонии.

**Объект исследования:** организация сестринского ухода при артериальной гипертензии.

**Предмет исследования:** деятельность медицинской сестры при организации сестринского ухода пациента с артериальной гипертензией.

**Цель исследования:** изучение роли медицинской сестры при организации сестринского ухода пациентам с артериальной гипертензией и разработка

профилактических мероприятий (памятка)

**Задачи исследования:**

1.изучить этиологию и патогенез артериальной гипертензии

2.рассмотреть клинические проявления и методы лечения артериальной гипертензии

3.выявить особенности сестринского процесса при артериальной

гипертензии

**Методы исследования:**

-теоретический (анализ литературы по проблеме исследования);

-статистический;

-наблюдение

Изучив актуальность данной темы и структуру исследования деятельности, автор данного исследования пришел к выводу, что для лучшего понимания сестринского ухода пациентам с артериальной гипертензией, необходимо изучить и проанализировать теоретический материал данной темы и показать теоретическую значимость, для изучения практической деятельности медицинской сестры.

ГЛАВА 1. Теоретические аспекты изучения деятельности медицинской сестры в организации сестринского ухода пациентам с артериальной гипертензией.

В данном параграфе будет рассмотрено изучение этиологии, патогенеза, факторы развития, стадии и классификация артериальной гипертензии.

**1.1 Деятельность медицинской сестры в изучение этиологии и патогенеза артериальной гипертензией.**

**Этиология**. Этиология-это раздел медицины, изучающий причины и условия возникновения заболеваний. В профессиональной медицинской среде термин "этиология" также используется как синоним "причины". Рассматривая этиологические факторы артериальной гипертензии, многие исследователи отмечают роль психоэмоционального стресса в возникновении и прогрессировании заболевания. Стресс вызывает изменения в физиологических реакциях организма, которые в ряде случаев становятся достаточно сильными и могут выступать в качестве повреждающих факторов. Роль психоэмоционального стресса и стресса в повышении артериального давления была доказана, но в настоящее время существует понимание того, что без наличия других факторов риска и генетической предрасположенности к заболеванию развитие самого стресса с меньшей вероятностью способствовало бы повышению артериального давления и развитию гипертонии. В нейрогуморальных механизмах артериального давления значительная роль принадлежит гормонам гипоталамо-гипофизарно- надпочечниковой системы, увеличение продукции которых патогенетически значимо для развития артериальной гипертензии, в том числе при стрессе - при хроническом эмоциональном стрессе [2].Считается, что умеренный и умеренный физический труд может выступать в качестве антигипертензивного фактора, в то время как в отношении тяжелых физических нагрузок имеются данные о его гипертензивном действии [9]. Однако роль тяжелого физического труда как прогипертензивного фактора до сих пор полностью не раскрыта.Во-вторых, четко определено, что гиподинамия и связанные с ней профессии действуют как прогипертензивные факторы[4]. Факторами, тесно связанными с гиподинамией, являются ожирение, гиперлипидемия и нарушение толерантности к углеводам. Имеются данные о том, что физическая активность способствует снижению концентрации атерогенных фракций липопротеидов толерантности к глюкозе [20]. Нарушения в этих сложных регуляторных механизмах приводят, в целом, к снижению способности всей системы тонко приспосабливаться к постоянно меняющимся потребностям органов и тканей в кровоснабжении. Со временем развивается стойкий спазм мелких артерий, а позже их стенки изменяются настолько, что уже не в состоянии вернуться в исходное состояние. В более крупных сосудах из-за постоянно высокого кровяного давления атеросклероз развивается ускоренными темпами. Стенки сердца становятся толще, развивается гипертрофия миокарда, а затем расширяются полости левого предсердия и левого желудочка. Высокое кровяное давление повреждает почечные клубочки, их количество уменьшается и, как следствие, снижается способность почек фильтровать кровь. В головном мозге из-за изменений питающих его сосудов происходят и негативные изменения - появляются небольшие очаги кровоизлияний, а также небольшие участки некроза (гибели) клеток мозга. При разрыве атеросклеротической бляшки в сосуде достаточно большого размера, возникает тромбоз, просвет сосуда блокируется, это приводит к инсульту. Таким образом, в настоящее время артериальная гипертензия рассматривается как сложный комплекс взаимосвязанных метаболических нарушений. Влияние ряда внешних причин, а также отклонений от биологически запрограммированного образа жизни, нарушающих устойчивость системы кровообращения.

**Факторы, способствующие развитию артериальной гипертензии:**

1. Наследственность; наследственные полигенные факторы, вызывающие высокую активность длительно действующих прессорных механизмов и / или снижение активности депрессорных механизмов. возраст (у мужчин старше 45 лет, у женщин старше 65 лет);[23]

2. Гиподинамия - состояние, характеризующееся недостаточной физической активностью и уменьшением мышечной силы;

3. Ожирение - исследования показали, что люди с повышенным весом очень часто страдают повышенным артериальным давлением, лишний килограмм веса повышает давление в среднем на 1–3 мм рт ст.

4. Увеличивает риск развития артериальной гипертензии в 5-6 раз, что связано с возникновением метаболического синдрома. Избыточный вес также способствует возникновению атеросклероза, что приводит к сужению сосудов и повышению артериального давления;

5. Повышенное потребление хлорида натрия (поваренной соли) более 6 г в сутки способствует повышению артериального давления. Натрий повышает осмотическое давление, что увеличивает объем циркулирующей крови и сердечный выброс;

6. Гипокалиемия - это дефицит калия в организме. Гипокалиемия может быть обусловлена чрезмерной минералокортикоидной активностью, обусловленной, например, лечением диуретиками;

7. Чрезмерное употребление алкоголя нарушает центральную регуляцию артериального давления;

8. Никотин способствует повреждению эндотелия сосудов и активации местных сосудосуживающих факторов.

**Внешние факторы:**

1.Климат - это долговременный погодный режим, одна из основных географических характеристик той или иной местности. Она образуется в этой местности в результате многообразного влияния климатообразующих факторов (географическая долгота и широта, состояние атмосферной циркуляции, солнечная радиация, рельеф местности и характер подстилающей поверхности).

С древних времен люди замечали влияние погоды на свое здоровье. Так, основатель медицины Гиппократ писал о влиянии погоды на течение болезней человека. Он связывал возникновение болезней с временами года, климатом, влажностью, температурой воздуха и т. д. Из его трактата звучит: "Болезни возникают по-разному в разных странах и условиях жизни. Сухие времена менее опасны для здоровья, чем дождливые. Есть некоторые болезни, которые более распространены или хуже в определенное время"

2.Плохое питание, особенно чрезмерное потребление соли плохое потребление воды;

3.Вредные условия труда;

4.Микроклимат жилого помещения; неправильный отдых;

5.Звуковые и электромагнитные поля, радиация; дефицит витаминов, незаменимых биоэлементов;

6.Отношения с людьми.

В настоящее время ученые, начиная с Г. Ф. Ланга в России и позднее известного физиолога Г. Селье в Канаде, установили, что важной составляющей патогенетических механизмов, приводящих к развитию артериальной гипертензии и влияющих на прогноз, являются условия труда, быта, социальные факторы и психоэмоциональный стресс. Длительная психическая травма играет важную роль.

**Патогенез.** Это изучение механизмов развития, течения и исхода заболевания.

Развитие гипертонической болезни по Г. Ф. Лангу (по учебнику "Внутренние болезни" под редакцией А. С. Сметнева) объясняется тремя основными положениями:

1.Гипертоническая болезнь возникает как невроз высших центров нейрогуморальной регуляции артериального давления;

2.Развивающийся невроз-это проявление застоя раздражительных процессов в соответствующих нервных центрах гипоталамической области или коры больших полушарий.

3.Застой раздражительных процессов в этих центрах развивается под влиянием отрицательных эмоций и воздействий.

В патогенезе артериальной гипертензии одновременно наблюдаются повышение тонуса симпатоадреналовой системы, изменение морфологического строения сосудов, отсутствие депрессивных механизмов простагландиновой, кининовой и барорецепторной систем. Одним из последствий длительного повышения артериального давления является поражение внутренних органов, так называемых органов-мишеней. К ним относятся:

1.сердце;

2.мозг;

3.почки;

4.сосуды.

Поражение сердца при гипертонической болезни может проявляться гипертрофией левого желудочка, стенокардией, инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью и внезапной сердечной смертью; поражение головного мозга - тромбозами и кровоизлияниями, гипертонической энцефалопатией и поражением перфорирующих артерий; почек-микроальбуминурией, протеинурией, ХПН; сосудов-поражением сосудов сетчатки, сонных артерий, аорты (аневризмой). У нелеченных больных артериальной гипертензией 80% смертей приходится на патологию сердечно - сосудистой системы (ССС): у 43% - ХСН, у 36% - коронарная недостаточность. Цереброваскулярные и почечные причины встречаются реже - 14% и 7% соответственно.

**Сердце при артериальной гипертензии**

В связи с тяжестью и высокой частотой изменений сердца при артериальной гипертензии (у 50% больных) в последнее время стали употребляться термины "гипертоническая болезнь сердца" и "гипертоническое сердце", под которыми понимается весь комплекс морфофункциональных изменений.

**Таблица №1. Стадии Артериальной гипертензии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1 стадия артериальной гипертензии** | **2 стадия артериальной гипертензии** | **3 стадия** **артериальной гипертензии** | **4 стадия****артериальной гипертензии** |
| Нет явных изменений сердца, но, по данным ЭхоКГ, имеютсяпризнаки нарушения диастолической функции. Нарушение диастолической функции левого желудочка при АГ может развиться раньше нарушения систолической и быть самостоятельным фактором риска развития сердечной недостаточности. |  Увеличение левого предсердия (по данным ЭхоКГ и ЭКГ). | Наличие гипертрофии левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии). Гипертрофия левогожелудочка -наиболее частое осложнение АГ, причём это осложнение служит крайненеблагоприятным прогностическимпризнаком. Риск смерти от сердечно- сосудистых заболеваний в 3 раза по сравнению с больными с АГ без гипертрофиилевого желудочка.ЭхоКГ -наиболее точныйметод выявлениягипертрофии левогожелудочка. Гипертрофия левого желудочкаразвивается более чем у 50% больных АГ. |  Развитие ХСН, возможно присоединение ИБС. ХСН - "классический" исход АГ, т.е. состояние, неизбежно возникающее при АГ (если больной неумираетраньше) иприводящее витоге клетальномуисходу.  |

Таким образом, мы можем увидеть, что лечение начальной стадии артериальной гипертензии, главным образом, направлено на изменение образа жизни, так как ещё нет значительного поражения органов и тканей, и на данной стадии можно предупредить развитие опасных осложнений. Тогда как артериальная гипертензия 2 и 3 стадии уже более серьёзная и грозит возникновением опасных изменений в организме и может привести к серьёзным сосудистым изменениям.

**Таблица № 2. Классификация Артериальной гипертензии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **категория АД** | **систолическое давление (мм рт. ст.)** | **диастолическое давление (мм рт. ст.)** |
| гипотония | менее 100 | менее 60 |
| оптимальное АД | 100-119 | 60-79 |
| нормальное АД | 120-129 | 80-84 |
| высокое нормальное АД | 130-139 | 85-89 |
| умеренная гипертония | 140-159 | 90-99 |
| гипертония средней тяжести | 160-179 | 100-109 |
| Тяжелая гипертония | Более 180 | Более 110 |

## Проанализировав данную таблицу, мы можем увидеть, что нормальное артериальное давление у человека находится в пределах 120-129/80-84 мм рт. Ст, показатели выше этих цифр могут помочь нам заподозрить у человека артериальную гипертензию.

## Доступные статистические данные по России указывают на то, что у нас гипертонией страдают не менее 40 % населения 58 % женщин и 37 % мужчин болеют артериальной гипертензией, лечится только 48 % женщин и 21 % мужчин, но целевого значения артериальное давление достигает лишь у 17,5 % женщин и 5,7 % мужчин. Причем, гипертония встречается сейчас даже у детей. 5 % нынешних детей и подростков в России имеют гипертонию[12].

## Таблица№3.Расспротсраненность артериальной гипертензии в России

Таким образом, в настоящее время Артериальная гипертензия - одно из самых распространенных заболеваний сердечно - сосудистой системы. Установлено, что 20-30% взрослого населения страдают артериальной гипертензией. С возрастом распространенность заболевания увеличивается и достигает 50-65% у людей старше 65 лет.

 Длительная повышение артериального давления приводит к поражению органов-мишеней и развитию сердечно-сосудистых осложнений (сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, мозгового инсульта и почечной недостаточности). Таким образом, главным показателем эффективности терапии артериальной гипертензии является достижение и поддержание контроля над заболеванием (достижение целевого уровня артериального давления). Высокая распространённость и социально-экономическое влияние артериальной гипертензии на жизнь общества и каждого пациентаобуславливают необходимость предупреждения и своевременного выявления факторов риска, адекватность проводимой терапии, профилактики осложнений.

**1.2 Деятельность медицинской сестры в изучение клинической картины и диагностики артериальной гипертензией.**

В данном параграфе будут рассмотрены основные симптомы, клинические варианты течения болезни, особенности сбора анамнеза, факторы риска развития артериальной гипертензии, осмотр и физическое обследование пациентов с подозрением на артериальную гипертензию.

Основным симптомом АГ среди субъективных жалоб является головная боль, связанная с увеличением артериального давления. В большинстве случаев, головная боль появляется утром в затылочной области. Больных беспокоит плохой сон, появляется повышенная раздражительность, снижение памяти, ослабление умственной деятельности. В последствии возникают жалобы на боли и перебои сердца, одышку при физической нагрузке, ухудшается зрение.

Различают клинические варианты течения заболевания:

1. Гипертонический вариант развивается чаще всего на ранних стадиях заболевания, когда увеличивается минутный выброс крови при низком общем периферическом сопротивлении. Характеризуется сердцебиением, болями в

 области сердца, чувством пульсации в голове, головными болями, потоотделением, покраснением лица; высоким, но лабильным артериальным давлением.

2. Объемный (натрий) зависимый гипоренинный вариант проявляется отечностью век, пастозностью рук; постоянными болями в затылочной области, онемением пальцев рук и ног; повышением артериального давления в

зависимости от приема значительного количества воды и соли; выраженным терапевтическим эффектом от приема мочегонных средств.

3. Гиперренинный (ангиотензивный) вариант проявляется высоким уровнем артериального давления, носящий стабильный характер, высокое содержание в крови ренина, альдостерона, ангиотензина.

II. Больных беспокоят резкие головные боли, головокружение, рвота.

4.Злокачественный вариант АГ проявляется крайне высоким артериальным давлением, быстрым развитием тяжелых осложнений со стороны почек (развитие хронической почечной недостаточности), головного мозга (энцефалопатия, инсульт), поражением сосудов глазного дна.

5.Доброкачественному варианту свойствен медленно прогрессирующий, волнообразный характер течения. Наблюдается чередование периодов ухудшения и улучшения состояния больного. Значительно меньше возникает осложнений со стороны головного мозга, почек, сетчатки глаза. Наблюдается стабилизация артериального давления под воздействием медикаментозной терапии. Осложнения возникают на более поздних стадиях.

**Жалобы и анамнез**

"тихий убийца" - это то, что часто называют ГБ, потому что обычно она развивается постепенно, с незначительными симптомами, пациент может годами иметь высокое кровяное давление и даже не подозревать об этом. Повышение артериального давления является самым ранним и постоянным проявлением ГБ.

Основным симптомом гипертонии, но следует подчеркнуть, что появление головной боли характерно только для тяжелых, запущенных случаев гипертонии. Чаще всего боль локализуется в затылочной области и появляется утром после сна, а затем постепенно (в течение нескольких часов) исчезает. Другие важные жалобы при АГ могут включать головокружение, сердцебиение и легкую усталость. Жалобы, вызванные сосудистыми нарушениями, включают носовые кровотечения, гематурию, нарушение зрения из-за повреждения сетчатки, эпизоды слабости и головокружения из-за транзиторной ишемии головного мозга, стенокардию и одышку как проявления ишемической болезни сердца. Иногда возникает боль, вызванная рассечением аорты или разрывом ее аневризмы. Примерами симптомов, связанных с основным заболеванием при симптоматической гипертензии, являются полиурия, полидипсия и мышечная слабость вследствие гипокалиемии у пациентов с повышенной массой тела и эмоциональной лабильностью. у пациентов с синдромом Кушинга. Пациенты с феохромоцитомой могут иногда испытывать головные боли, сердцебиение, потливость и постуральное головокружение. Как правило, первые жалобы больного возникают при наличии поражения органов-мишеней и сопутствующих клинических состояний, а также при случайном обнаружении повышенного артериального давления в домашних условиях или на приеме у врача.

**Особенности сбора анамнеза у больных с подозрением на артериальную гипертонию**.

При опросе пациента необходимо выяснить следующие минимальные данные:

1 Продолжительность и предыдущие показатели повышенного артериального давления, включая домашние значения

2. Вторичная гипертензия:

а) Семейный анамнез ХБП (поликистоз почек)

б) заболевания почек в анамнезе, инфекции мочевыводящих путей, гематурия, злоупотребление обезболивающими средствами (паренхиматозные заболевания почек)

в) лекарственные средства, такие как оральные контрацептивы, лакрица, карбеноксолон, сосудосуживающие назальные капли, кокаин, амфетамины, глюко - и минералокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты, эритропоэтин, циклоспорин

г) Повторяющиеся эпизоды потливости, головной боли, беспокойства, сердцебиения (феохромоцитома)

д) Периодическая мышечная слабость и судороги (гиперальдостеронизм)

е) Симптомы, указывающие на заболевание щитовидной железы

**3. Факторы риска:**

а) Семейный и личный анамнез гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний

б) Семейный и личный анамнез дислипидемии

в) Семейный и личный анамнез сахарного диабета (лекарственные препараты, гликемические показатели, полиурия)

г) Курение

д) Диетические характеристики

е) Динамика массы тела, ожирение

ж) Уровень физической активности

з) Храп, апноэ во сне (сбор информации также от партнера) и низкий вес при рождении.

4.Анамнез и симптомы поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистых заболеваний:

а) головной мозг и глаза: головная боль, головокружение, помутнение зрения, ТИА, нарушение чувствительности или двигательных навыков, инсульт, реваскуляризация сонных артерий

б) Сердце: боль в груди, одышка, отек лодыжек, инфаркт миокарда, реваскуляризация, обморок, сердцебиение, аритмии в анамнезе, особенно мерцательная аритмия

в) Почки: жажда, полиурия, никтурия, гематурия

г) Периферические артерии: холодные конечности, прерывистая хромота, безболезненная ходьба, периферическая реваскуляризация

д) Храп, хронические заболевания легких, апноэ во сне

е) Когнитивная дисфункция

5. Лечение гипертонии:

а) Текущая антигипертензивная терапия

б) Предшествующая антигипертензивная терапия

в) Доказательства приверженности или недостаточной приверженности лечению

г) Эффективность и побочные эффекты лекарственных средств

**Осмотр и физическое обследование**

При осмотре и физическом обследовании пациента обычно не обнаруживают каких-либо специфических симптомов, но возможно выявление признаков вторичной АГ и поражения органов-мишеней.

1.При проведении осмотра можно выявить проявления некоторых эндокринных заболеваний, сопровождающихся артериальной гипертензией: гипотиреоза, тиреотоксикоза, синдрома Кушинга, феохромоцитомы, акромегалии.

2.Пальпация периферических артерий, аускультация сосудов, сердца, грудной клетки, живота позволяют предположить поражение сосудов как причину артериальной гипертензии, заподозрить заболевания аорты, реноваскулярную АГ (аускультацию почечных артерий проводят немного выше и латеральнее пупка).

3.Однако основным методом исследования и диагностики артериальной гипертензии остаётся измерение артериального давления.

 Таким образом, в отношении артериальной гипертензии можно сказать, что, поскольку известны факторы риска ее развития, то все изменения образа жизни, уменьшающие воздействие этих факторов, снижают и риск развития артериальной гипертензии.

Людям имеющим генетической предрасположенность к артериальной гипертензии необходимо знать, что такой неблагоприятный фактор внешней среды, как шум, приводит к длительному сужению сосудов и повышению уровня артериального давления. Регулярный прием препаратов для снижения артериального давления, устранение всех модифицируемых фактов риска, устранение такого неблагоприятного фактора внешней среды, как сильный шум, могут предотвратить все опасные для жизни осложнения, приводящие у людей с артериальной гипертензией к инвалидности или к более печальным исходам. Для достижения успеха в лечении надо изменить образ мыслей и образ жизни.

**1.3 Деятельность медицинской сестры в организации сестринского ухода при изучении артериальной гипертензией.**

В данном параграфе будут рассмотрены реальные и потенциальные проблемы пациента с артериальной гипертензии, сестринские вмешательства и сбор анамнеза у пациента и его родственников.

Сестринское дело (СУ) - это научный метод организации и оказания сестринской помощи, реализующий план ухода за терапевтическими больными, основанный на конкретной ситуации, в которой находятся пациент и медсестра. План ухода составляется медсестрой по согласованию с пациентом для решения его проблем.

Целью сестринского ухода является сохранение и восстановление самостоятельности пациента в удовлетворении основных потребностей организма, что требует комплексного подхода к личности пациента.

Существует 5 стадий СУ:

Этап 1. сестринское обследование (сбор информации). На этом этапе медсестра собирает данные о состоянии здоровья пациента и заполняет сестринскую карточку стационарного больного. Данные опроса могут быть субъективными или объективными.

**Сбор анамнеза у больного и его родственников с предварительным диагнозом: "Артериальная гипертензия":**

1) Паспортные данные, семейное положение; социальное положение (рабочий, пенсионер и т. д)

2) Имеются ли вредные привычки; длительность гипертонической болезни, предшествующее лечение, при госпитализации, какое лечение больной в настоящее время получает.

Источники объективной информации: физикальное обследование пациента по органам и системам; ознакомление с анамнезом заболевания; оценка ситуации, конкретных потребностей пациента и необходимых ресурсов; сбор/получение объективных данных.

Этап 2: Выявление проблем пациента. На этом этапе медсестра выявляет реальные и потенциальные проблемы пациента, которые она должна устранить в силу своей профессиональной компетентности. После выявления обоих типов проблем медсестра определяет факторы, которые способствуют или вызывают развитие этих проблем.

Нарушаются потребности в зависимости от тяжести состояния;

1. Общение (изоляция во время госпитализации);

2.Иметь жизненные ценности (сниженная трудоспособность, ограниченные возможности для достижения успеха в жизни);

3. Самореализация (учеба, работа);

4. Избегайте опасности.

**Реальные проблемы пациента:**

1. Физиологические: головная боль; головокружение; тошнота, рвота, боли в сердце; нарушение зрения; носовые кровотечения; бессонница; отеки.

2. Психологические: недостаточная адаптация к болезни; тревога по поводу исхода; отсутствие знаний о болезни, тревога по поводу нарушения зрения; снижение работоспособности.

3. Социальные: утрата социальных и производственных связей; изоляция при госпитализации; инвалидность (инвалидность при осложнениях).

4. Духовное: отсутствие духовного участия и сопереживания; отсутствие самореализации.

**Потенциальные проблемы:**

1.Риск развития гипертонического криза;

2.Риск острого инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения;

3.Ранние нарушения зрения;

4.Риск развития хронической почечной недостаточности.

Приоритетная проблема: выбор приоритетной проблемы зависит от течения заболевания.

Этап 3:планирование сестринских вмешательств. В процессе планирования для каждого приоритетного вопроса формулируются цели и план ухода. После постановки целей и составления плана ухода медсестра должна согласовать действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием.

Этап 4:осуществление сестринских вмешательств.

**Сестринское вмешательство:**

1.Зависимый: (выполняется медицинской бригадой) - обеспечение лекарствами, выполнение инъекций и т. д.;

2.Независимое: (выполняется медсестрой без разрешения врача) - измерение артериального давления, пульса;

3.Взаимозависимые: (выполняемые медицинской бригадой) - обеспечение проведения исследований.

Этап 5:оценка эффективности сестринских вмешательств. Медсестра оценивает результат сестринских вмешательств, реакцию пациента на меры ухода и ухода.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода являются следующие факторы:

1.Оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;

2.Оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, на медицинский персонал, лечение, удовлетворенность фактом пребывания в стационаре, пожелания;

3.Оценка эффективности воздействия сестринского ухода на состояние больного; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Подводя итоги, можно увидеть, что осуществляя сестринский уход, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, владеть достаточным уровнем знаний, уметь выполнять все необходимые манипуляции, выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, из них выявить приоритетную и оказать необходимый уход пациенту.

**1.4 Деятельность медицинской сестры в организации профилактики, прогнозе пациентов с артериальной гипертензией.**

В данном параграфе будут рассмотрены профилактические мероприятия и их цели при артериальной гипертензии.

Профилактические мероприятия при артериальной гипертензии различают только три вида.

Цель - предотвратить развитие осложнений в виде сердечно - сосудистых проблем и снизить количество смертей, связанных с повышенным артериальным давлением.

Первичная профилактика. Важнейшей целью является выявление факторов риска и минимизация их влияния на развитие артериальной гипертензии. Профилактические мероприятия должны быть направлены на предотвращение появления опасных симптомов.

1.Умеренные тренировки. При легкой и умеренной гипертонии правильно подобранный комплекс упражнений способствует общему укреплению организма, повышению работоспособности и нормализации артериального давления. Начинать тренировки рекомендуется со слабой нагрузки с постепенным увеличением. Достаточно заниматься 3-5 раз в неделю по полчаса ходьбой, бегом, плаванием, тренировками на тренажерах или ездой на велосипеде.

2. Здоровое питание. Соленое, жареное, острое- запрещено. Суточная норма потребления соли не должна превышать 5 граммов. Об этом стоит помнить, если в рационе содержатся копчености, майонез, колбасы, консервы, соленые огурцы, сыры, в которых содержится много натрия.

Достаточно времени, чтобы отдохнуть. Чтобы справиться со стрессом, который чаще всего является причиной высокого кровяного давления, врачи рекомендуют освоить некоторые техники релаксации. Это может быть аутотренинг, медитация, самовнушение. Мы должны стремиться, во всем находить что-то хорошее и приятное. Смотрите на жизнь с оптимизмом.

3.Отказ от вредных привычек. В большинстве случаев курение и алкоголь приводят к трагическим последствиям. Рекомендуется полностью отказаться от сигарет и сократить потребление алкоголя.

Целью вторичной профилактики артериальной гипертензии является диагностика заболевания на ранней стадии. Чаще всего патология долгое время не проявляется никакими симптомами. Чтобы выявить проблему, нужно регулярно измерять свое кровяное давление.

Если диагноз установлен, то давление приводят в норму с помощью медикаментов. Медикаментозная терапия подбирается врачом в соответствии с международными стандартами. В период медикаментозной терапии важно записывать показатели артериального давления в специальный дневник. Раз в месяц вам нужно показывать записи своему врачу, чтобы скорректировать лечение и профилактику.

Третичная профилактика артериальной гипертензии направлена на предупреждение осложнений в виде сердечно - сосудистых заболеваний, инвалидности и смертности. Основным способом профилактики проблем сердечно - сосудистой системы и смертности у больных с повышенным артериальным давлением является постоянный контроль уровня артериального давления.

**Постоянный контроль позволяет:**

1.оценить степень прогрессирования заболевания;

2.определить риск поражения органов-мишеней;

3.определить наличие иных заболеваний;

4.оценить опасность развития осложнений сердечно - сосудистой системы.

При высокой степени риска показано немедикаментозное лечение в сочетании с лекарственной терапией.

 Таким образом, изучив теоретический материал по теме «Деятельность медицинской сестры при организации сестринского ухода пациента с артериальной гипертензией» можно сделать вывод, что Артериальная гипертензия, как и любое хроническое прогрессирующее заболевание легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика имеет особо важное значение для людей с отягощенной наследственностью. Введение здорового образа жизни и регулярное наблюдение у врача-кардиолога помогают отсрочить или смягчить проявления Артериальной гипертензии. В первую очередь стоит задуматься всем, у кого артериальное давление находится в пределах высокой или пограничной нормы, особенно это касается молодежи и подростков. Каждому нужно обладать информацией о случаях артериальной гипертензии в семье, особенно среди ближайших родственников. Эти данные помогут с большой вероятностью предположить, входит ли человек в группу риска по гипертонии. Человеку с предрасположенностью к артериальной гипертонии, в качестве профилактики необходимо пересмотреть свой образ жизни. Это касается увеличения физической нагрузки. Особенно хороши регулярные занятия на свежем воздухе, например, бег, ходьба, плавание, лыжи.

**Глава 2. Деятельность медицинской сестры при организации сестринского ухода пациентам с артериальной гипертензией**

В данной главе мы рассмотрим анализ статистических данных по заболеваемости артериальной гипертензии в городе Соликамск, сестринский процесс, алгоритмы манипуляций проводимых при артериальной гипертензии, практические рекомендации по предупреждению и профилактики артериальной гипертензии.

**2.1. Анализ статистических данных**

В ходе прохождения преддипломной производственной практики на базе ГБУЗ ПК «ССМП г. Соликамска»  была взята статистическая информация о динамики заболеваемости населения артериальной гипертензией. При этом использовалась такая документация, как Карты вызова медицинской помощи ГБУЗ ПК «ССМП г. Соликамска». По информации отдела статистики ГБУЗ ПК«ССМП г. Соликамска» за период с 2018 по 2019 г.г.количество вызовов бригады СМП к пациентам с артериальной гипертензией имеет следующую картину:

**Таблица №4. Динамика заболеваемости артериальной гипертензии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **год** | **всего пациентов с артериальной гипертензией** | **госпитализированы с артериальной гипертензией** | **количество пациентов, находящихся на амбулаторном лечении** |
| 2018 | 6755 | 790 | 5965 |
| 2019 | 7068 | 744 | 6324 |
| 2020 | 8152 | 794 | 7126 |
| Всего | 21975 | 2328 | 19415 |

На основании статистических данных, полученных за период с 2018 по 2020 год, можно сделать вывод, что количество вызовов бригады СМП пациентам с артериальной гипертензией значительно выросло. В период за 2020 год пациентов с АГ выросло на 15%, по сравнению с 2018 годом.

Во время прохождения преддипломной практики на ССМП г. Соликамска в период с 29.03.21 г. по 24.04.2021 г. мы вели учет посуточного количества вызовов и вызовов к пациентам с артериальной гипертензией. В результате проведенного нами исследования получили следующие результаты:

**Таблица №5. Учет посуточного количества вызовов и вызовов к пациентам с артериальной гипертензией**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **период** | **количество вызовов за сутки** | **количество вызовов бригады СМП пациентам с артериальной гипертензией** | **%-ое отношение количества вызовов бригады СМП к пациентам с артериальной****гипертензией к****общему****количеству вызовов** |
| 29.03 | 125 | 17 | 13,6 |
| 30.03 | 128 | 13 | 10,2 |
| 31.03 | 118 | 16 | 13,5 |
| 01.04 | 121 | 19 | 15,7 |
| 02.03 | 103 | 14 | 13,5 |
| 03.04 | 124 | 13 | 10,4 |
| 05.04 | 122 | 13 | 10,6 |
| 06.04 | 127 | 16 | 12,5 |
| 07.04 | 115 | 19 | 16,5 |
| 08.04 | 108 | 14 | 12,9 |
| 09.04 | 112 | 13 | 11,6 |
| 10.04 | 115 | 13 | 11,3 |
| 11.04 | 125 | 23 | 18,4 |
| 12.04 | 130 | 16 | 12,3 |
| 13.04 | 110 | 11 | 10,0 |
| 14.04 | 125 | 16 | 12,8 |
| 15.04 | 122 | 13 | 10,6 |
| 16.04 | 107 | 15 | 14,0 |
| 17.04 | 118 | 17 | 14,4 |
| 18.04 | 109 | 13 | 11,9 |
| 19.04 | 121 | 23 | 19,0 |
| 20.04 | 110 | 12 | 10,9 |
| 21.04 | 121 | 15 | 12,4 |
| 22.04 | 102 | 18 | 17,6 |
| 23.04 | 107 | 13 | 12,1 |
| 24.04 | 116 | 17 | 14,6 |

На основании проведенного нами исследования было выявлено, что в период с 29.03.2021 г. по 24.04.2021 г. количество вызовов, бригады ССМП г.Соликамск, пациентам с артериальной гипертензией, варьируется от 10 до 19 % случаев от общего количества вызовов за сутки.

Подведя итоги можно отметить, что рост заболеваемости артериальной гипертензией имеет такую же тенденцию к росту как и во всем мире. С каждым годом количество случаев выявления артериальной гипертензии растёт. Что говорит о том, что данная проблема действительно носит социально угрожающий характер для здоровья и жизни населения, которая требует определенных мер по ее решению.

**2.2 Сестринский процесс за пациентами с артериальной гипертензией**

Понятие о сестринском процессе родилось в США в середине 5Ох годов. В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования.

 Сестринский процесс - научный метод организации и исполнения системного ухода за пациентами, ориентированный на удовлетворение универсальных потребностей человека, связанных со здоровьем. Суть сестринского дела состоит в уходе за человеком и в том, каким образом сестра осуществляет этот уход. В основе сестринского процесса находится пациент как личность, требующая комплексного подхода. Одним из важных условий осуществления сестринского процесса является участие пациента и членов его семьи в принятии решения относительно целей ухода, плана и способов сестринского вмешательства.

**Сестринский процесс состоит из 5-ти последовательных основных этапов:**

1. оценка состояния пациента (сбор информации о состоянии здоровья пациента);

2. Интерпретация полученных данных (определение и обозначение

существующих и потенциальных проблем пациента, т.е. сестринский диагноз);

3. планирование предстоящей работы (определение программы действий);

4.реализация составленного плана (дальнейшие действия медицинской сестры);

5.оценка результатов эффективности перечисленных этапов (коррекция ухода в случае необходимости).

 Во время производственной практики мы обследовали пациента, обратившегося за помощью на ССМП г. Соликамска.

Мужчина, 48 лет. Повод: "Повышенное артериальное давление, боль в грудной клетке, онемение рук".

Ds: "артериальная гипертензия; дорсопатия грудного отдела позвоночника, неосложненный гипертонический криз".

Жалобы на головную боль, которая локализуется в затылочной области, сильную, интенсивную; боль в грудной клетке сжимающего и колющего характера без иррадиации. Боль усиливается при движении туловища, глубоком вдохе; звон в ушах; чувство онемения в конечностях. Со слов больного, самочувствие ухудшалось постепенное, в течении трех дней. Подобное состояние раньше не случалось, периодически отмечает повышение АД на фоне физической нагрузки. После приёма гипотензивных препаратов, отмечает значительное улучшение самочувствия.  В ЛПУ не обращался.

**Анамнез:** Артериальная гипертензия.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, сознание ясное; миндалины не увеличены, кожные покровы сухие, бледные, Температура 36,5; ЧДД 18, патологического дыхания нет, крепитации не отмечается, перкуторный звук легочный, кашля нет; ЧСС 90, АД 190/110, привычное 130/80, максимальное 190/110, тоны сердца приглушены, шумов нет, печень не пальпируется, селезенка не пальпируется, менингеальные симптомы отрицательные, очаговые симптомы отрицательные, Сатурация О2=98%; Глюкометрия=4.7; ЭКГ (ЭКП): ритм синусовый, ЧСС=90. В сравнении с архивом ЭКГ от 10.02.2016 г отрицательной динамики нет.

**Таблица №6.Проблемы пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **настоящие проблемы пациента** | **потенциальные проблемы пациента** | **приоритетная проблема пациента** |
| головная боль | развитие гипертонического криза | Повышенное артериальное давление |
| боль в грудной клетке | развитие инфаркта миокарда |
| чувство нехватки воздуха | ранее ухудшение зрения  |
| чувство онемения в конечностях |

**Таблица №7.Сестринский уход**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | регулярно измерять пациенту артериальное давление |
| 2 | наблюдать за изменениями в самочувствии больного |
| По назначению врача: |
| 3 | Снятие экг по назначению врача |
| 4 | Tab. Corinfari 20 mg. s. l. Через 20 минут, на фоне терапии, общее состояние больного улучшилось. АД=170/100, Ps=90, ЧД=18, SO2=98%, головная боль сохраняется, ангинозного статуса нет.  |
| 5 | Sol. Furosemidi 20 mg i/v |
| 6 | Sol. Ketoroli 30 mg. i/mНа фоне проведенной терапии общее состояние больного улучшилось, головная боль купирована, чувство дискомфорта в груди отсутствует, АД=150/90, Ps=84, ЧД=16, SO2=98%.  |
| 7 | Оставлен актив в ЛПУ |

Подведя итоги, можно сказать, чтоосуществляя сестринский уход, медицинская сестра должна владеть достаточным уровнем знаний, уметь выполнять все необходимые манипуляции, быть коммуникабельным, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, объективно оценить способность к самоуходу. При артериальной гипертензии медицинская сестра в данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента

**2.3 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой, при уходе за пациентами с артериальной гипертензией.**

В данном разделе будут рассматриваться алгоритмы манипуляций их цели, показания, противопоказания, проводимых медицинской сестрой при уходе за пациентом с артериальной гипертензией.

Манипуляция - комплекс мероприятий выполняемых медицинской сестрой, для достижения лечебного или диагностического эффекта при воздействии рук на какую-либо часть тела человека.

Алгоритм манипуляций - это порядок действий, выполняемых по строго определенным правилам.

**Алгоритм измерения артериального давления**

Для того, что бы поставить диагноз артериальной гипертензии и контролировать результаты лечения, существуют всего три варианта исследования:
-Измерение артериального давления врачом или медсестрой
-Суточный мониторинг артериального давления (СМАД). Используется специальное устройство, которое крепится на пациенте и с заранее заданной частотой фиксирует артериальное давление.

-Измерение артериального давления в домашних условиях как полностью самостоятельно, так и с помощью близких.

В настоящее время самоконтроль артериального давления является лучшим методом как диагностики, так и контроля лечения артериальной гипертензии.

**Цель:** оценка состояния сердечно - сосудистой системы и общего состояния пациента

**Показания:** контроль за состоянием пациента

**Противопоказания:** нет

**Подготовка пациента:**

1.психологическая подготовка пациента

2.объяснить пациенту смысл манипуляции

**Алгоритм выполнения манипуляции:**

1.Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие.

2.Вымыть, осушить руки.

3.Приготовить все необходимое.

4.Усадить пациента к столу или придать удобное положение, лежа на спине.

5.Уложить руку пациента в разогнутом положении, ладонью вверх.

6.Подложить под локоть сжатую в кулак кисть его свободной руки или полотенце, свернутое в валик.

7.Освободить плечо пациента от рукава одежды.

8.Наложить манжету тонометра на обнаженное плечо на 2-3 см выше локтевого сгиба (на уровне сердца) так, чтобы между ней и плечом проходил 1-2 пальца.

9.Трубки манжеты направить вниз.

10.Проверить положение стрелки тонометра (должна совпадать с «0» отметкой), расположить его на уровне глаз.

11.Пропальпировать пульс в локтевой ямке на плечевой или лучевой артерии.

12.Приложить на  место пульсации артерии фонендоскоп, слегка прижимая.

13.Закрыть вентиль на грушевидном баллоне тонометра.

14.Нагнетать в манжету воздух (сжимая грушевидный баллон), пока давление в манжете по показаниям манометра не превысит на 20-30 мм. рт. ст. тот уровень, при котором перестает определяться (выслушиваться) пульсация артерии.

15.Открыть вентиль грушевидного баллона и с постоянной скоростью 2-3 мм рт. ст выпускать воздух из манжеты, одновременно выслушивать фонендоскопом тоны (шумы) Короткова.

16.Отметить показания манометра в момент появления первых последовательных тонов – это соответствует величине систолического артериального давления.

17.Выпускать далее с той же скоростью воздух из манжеты, выслушивать ослабевающие тоны Короткова.

18.Отметить момент исчезновения (а не их приглушения) тонов Короткова – это соответствует величине диастолического артериального давления.

19.Выпускать воздух из манжеты, выслушивая тоны Короткова, до уровня давления в манжете равному «0».

20.Дать возможность пациенту отдохнуть 1-2 мин.

21.Измерить артериальное давление повторно.

22.Снять манжету, придать пациенту удобное положение (сидя или лежа).

23.Записать полученные данные в постовой температурный лист (дробью), сообщить их пациенту.

24.Вымыть, осушить руки.

**Алгоритм измерения глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра**

Значительная часть больных АГ страдают одновременно и сахарным диабетом, развитию которого может способствовать высокий уровень артериального давления (АД) при эссенциальной АГ, приводящий к нарушению инсулиновой регуляции с последующей гипергликемией. При сочетании АГ и сахарного диабета риск сердечно-сосудистых осложнений повышается в 2-3 раза. Поэтому актуальной научной и практической задачей является ранняя диагностика нарушений углеводного обмена и контроль уровня глюкозы крови при АГ.

**Цель:** Определить уровень глюкозы крови и оценить компенсацию диабета.

**Показания:**  по назначению врача для оценки компенсации диабета и коррекции сахароснижающей терапии, для самоконтроля.

**Оснащение:**

**1.**Глюкометр (прощедший ежегодную проверку, соответствующий стандартам iso 15197:2003)

2.Тест-полоски.

3. Ручка для прокалывания

4.Ланцеты

5.Контрольный раствор

6.Дезинфицирующие салфетки

**Подготовка к процедуре:**

Провести обработку рук гигиеническим способом.

Подготовить прибор для исследования (глюкометр, [тест-полоски](http://xn--80achgm7d.xn--p1ai/dictionary/term-151), ланцет для прокалывания подушечки пальца).

Перед измерением убедитесь, что код на флаконе с тест-полосками совпадает с кодом на дисплее глюкометра. Если это не так, то перекодируйте прибор.

Убедиться, что в устройство для прокалывания пальца вставлен новый ланцет.

**Выполнение процедуры:**

1.Подготовить набор для тестирования.

2.Тщательно вымыть и высушить руки.

3.Поместить тест-полоску в глюкометр.

4.Проколоть ланцетом подушечку пальца сбоку, где расположено меньше нервных окончаний, нежели посередине подушечки пальца.

5.Вероятно, придется сжать палец для того, чтобы появилась кровь. Если кровь не появляется, необходимо проткнуть палец еще раз.

6.После появления крови необходимо поместить каплю на тест полоску, подождать несколько секунд. Обычно результат появляется уже через 5–10 секунд.

7.Если проверка не удалась, необходимо повторить процедуру заново с третьего шага.

**Окончание процедуры:**

1.В случае успешной процедуры необходимо удалить с помощью дезенфицирующей салфетки кровь с пальца.

2.Обработать руки гигиеническим способом.

3.Записать результаты в [дневник](http://xn--80achgm7d.xn--p1ai/diary/).

4.Удалить тест-полоску из глюкометра.

5.Удалить использованный ланцет из устройства для прокалывания.

6.Утилизировать использованный ланцет и тест-полоску.

7.О результатах измерения сообщить врачу.

**Алгоритм исследования пульса**

Пульс – это колебание стенки артерии в результате поступления крови при сокращении сердца. Пульс в норме отражает частоту сокращений сердца, которая в покое равна 60-80 ударов в минуту. Оценка пульсации артерий – простой метод диагностики, которым активно пользуются врачи. При артериальной гипертензии часто происходит нарушение сердечного ритма, при котором частота сердечных сокращений в покое превышает 100 ударов в минуту.

**Подготовка к процедуре:**

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры по исследованию пульса. Получить согласие пациента на процедуру.

2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3. Предложить пациенту или придать ему удобное положение.

**Выполнение процедуры:**

4. Положить первый палец руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а второй, третий и четвертый пальцы- по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента.

5. Прижать слегка артерию к лучевой кости и почувствовать её пульсацию.

6. Взять часы с секундомером.

7. Провести подсчет пульсовых волн на артерии в течение 1 мин.

8. Определить интервалы между пульсовыми волнами (ритм пульса).

9. Определить наполнение пульса (объем артериальной крови, образующей пульсовую волну).

10. Сдавить лучевую артерию и оценить напряжение пульса.

Окончание процедуры:

11. Провести регистрацию частоты пульса в температурном листе графическим способом, а в листе наблюдения - цифровым способом.

12. Сообщить пациенту результаты исследования.

13. Вымыть и осушить руки.

14. Руки обработать антисептическим средством.

**Техника снятия ЭКГ: алгоритм**

Электрокардиография - методика регистрации и исследования электрических полей, образующихся при работе сердца.

Непосредственно перед плановой регистрацией ЭКГ пациент не должен принимать пищу, курить, употреблять возбуждающие напитки (чай, кофе, «энергетики»), нагружать организм физически.

Фиксируем в необходимой документации персональные данные пациента, номер истории болезни, дату и время снятия ЭКГ.

Укладываем пациента на кушетку в положение лежа на спине. Обезжириваем те участки кожи, куда будем накладывать электроды - протираем их салфеткой, смоченной в изотоническом растворе хлорида натрия (0,9%).
Накладываем электроды: 4 пластинчатых- на нижние трети внутренней поверхности голеней и предплечий, а на грудь- грудные электроды, снабженные присосками-грушами. При одноканальной записи используют 1 грудной электрод, при многоканальной- несколько.

К каждому электроду присоединяем провода определенного цвета, идущие от электрокардиографа.

**Общепринятая маркировка проводов электрокардиографа:**

красный -правая рука;

желтый - левая рука;

зеленый - левая нога;

черный - правая нога (заземление пациента);

белый - грудной электрод.

При регистрации ЭКГ в 6 грудных отведениях при наличии шестиканального электрокардиографа используют следующую маркировку наконечников:

красный- для подключения к электроду V1;

желтый к V2;

зеленый к V3;

коричневый к V4;

черный к V5;

синий или фиолетовый к V6.

**Чаще всего ЭКГ регистрируют в 12 отведениях:**

стандартных (двухполюсных) отведения (I, II, III);

3 усиленных однополюсных отведения;

6 грудных отведений.

**Стандартные (двухполюсные) отведения ЭКГ**

Регистрация стандартных отведений от конечностей проводится при попарном подключении электродов:

I стандартное отведение- левая рука (+) и правая рука (-);

II стандартное отведение- левая нога(+) и правая рука (-);

III стандартное отведение- левая нога (+) и левая нога (-).

Электроды накладываются на левой руке, правой руке и левой ноге (смотрите маркировку на рисунке). На правую ногу накладывается 4-й электрод для подключения к заземляющему проводу.

Формирование трех стандартных электрокардиографи­ческих отведений от конечностей. Внизу- треугольник Эйнтховена, каждая сторона которого является осью того или иного стандартного отведения

**Усиленные однополюсные отведения от конечностей**

Однополюсные отведения характеризуются наличием только одного активного- положительного- электрода, отрицательный электрод индифферентен и представляет собой «объединенный электрод Гольберга», который образуется при соединении через дополнительное сопротивление двух конечностей.

**Усиленные однополюсные отведения имеют следующие обозначения:**

aVR- отведение от правой руки;

aVL- от левой руки;

aVF- от левой ноги.

Формирование трех усиленных однополюсных отведе­ний от конечностей. Внизу- треугольник Эйнтховена и расположение осей трех усиленных однополюсных отведений от конечностей.

**Грудные отведения**

Грудные отведения в ЭКГ являются однополюсными. Активный электрод присоединяется к положительному полюсу электрокардиографа, а объединенный от конечностей тройной индифферентный электрод — к отрицательному полюсу аппарата. Грудные отведения принято обозначать буквой V:

V1- активный электрод располагают в IV межреберье у правого края грудины;

V2- в IV межреберье у левого края грудины;

V3- между IV и V межреберьями по левой окологрудинной линии;

V4- в V межреберье по левой среднеключичной линии;

V5 -в V межреберье по передней подмышечной линии;

V6- и V межреберье по средней подмышечной линии.(см.приложение №1)

**Выбор усиления электрокардиографа**

При подборе усиления каждого канала электрокардиографа необходимо, чтобы напряжение в 1 mV вызывало отклонение гальванометра и регистрирующей системы в 10 мм. В положении переключателя отведений «0» регулируют усиление аппарата и регистрируют калибровочный милливольт. При слишком большой амплитуде зубцов (1 mV = 5 мм) можно уменьшить усиление, при малой (1 mV = 15-20 мм) — увеличить.

**Регистрация ЭКГ**

Запись электрокардиограммы проводится при спокойном дыхании пациента. Сначала- в I, II, III стандартных отведениях, далее- в усиленных однополюсных отведениях от конечностей (aVR, aVL, aVF), затем- в грудных отведениях V1. V2, V3, V4, V5, V6. В каждом из отведений следует регистрировать не менее 4-х сердечных циклов.

Как можно заключить из представленного, при необходимых знаниях и навыках техника снятия ЭКГ не должна представлять для медицинской сестры никаких сложностей.

**2.4 Практические рекомендации по предупреждению и**

**профилактики артериальной гипертензии.**

Первые действия после диагностики повышенного кровяного давления:

•Похудение- уменьшение массы тела, особенно у людей, у которых жироткладывается в область живота

•Отказ от натрия- ограничив себя в употреблении поваренной соли до 4 грамм в сутки, можно забыть о скачках АД.

•Исключение алкоголя- исключив из своей жизни спиртные напитки, можно рассчитывать на правильную работу сердечно - сосудистой системы.

•Физические упражнения- ходьба, зарядка, ЛФК улучшают кровообращение и нормализуют АД.

•Употребление продуктов, богатых калием - можно употреблять биологически активные добавки к пище. Много калия в кураге, изюме, черносливе.

Излечиться полностью от гипертонии невозможно. А вот поддерживать уровень артериального давления в пределах нормы под силу каждому. Нужно только помнить, чтоvсвоевременная диагностика и контроль помогает предотвратить развитие серьезныхvосложнений.

**Основные методы борьбы с болезнью.**

Методы профилактики артериальной гипертензии начинаются со сбора анамнеза. Каждый человек должен знать, есть ли среди ближайших родственников те, которые страдают гипертонией. Эта информация дает возможность определить, находится ли человек в группе риска. Гипертония передается, прежде всего, по материнской линии. Это значит, что дети, рожденные у матери, страдающей гипертонией, могут столкнуться с той же проблемой в зрелом возрасте. Родители таких детей должны приложить все свои силы для того, чтобы наследственность подобного рода не переросла со временем в заболевание.

Выделяют всего три вида профилактических мероприятий для людей с высоким уровнем артериального давления. Их цель- предотвратить развитие осложнений в виде проблем сердечно - сосудистой системы, а значит, и снизить количество смертей, связанных с гипертонией.

**Первичная профилактика гипертензии**

Определить факторы риска и максимально ослабить их влияние на развитие гипертонии- важнейшая цель пациентов, склонных к заболеванию.

Меры профилактики должны быть направлены на предотвращение появления опасных симптомов.

Профилактические мероприятия:

**1.Физическая нагрузка.** При мягкой и умеренной гипертензии правильно подобранный комплекс упражнений способствует общему укреплению организма, повышению работоспособности, нормализации давления. Рекомендуется начинать тренировки со слабой нагрузки с постепенным увеличением. Достаточно заниматься 3- 5 раз в неделю по полчаса ходьбой, бегом, плаванием, занятиями на тренажерах или ездой на велосипеде.

**2.Правильное питание**. Соленое, жареное, острое- под запретом. Ежедневное потребление соли не должно превышать 5 грамм. Об этом стоит помнить, если в рационе присутствуют копчености, майонез, колбасные изделия, консервы, соления, сыры, в которых содержится много соли. Достаточного количества времени на отдых. Чтобы справиться со стрессом, который чаще всего является причиной повышения давления, врачи рекомендуют освоить некоторые техники релаксации. Это может быть аутотренинг, медитация, самовнушение. Нужно стремиться во всем, находить что-то хорошее, приятное, смотреть на жизнь с оптимизмом.

**3.Отказ от вредных привычек**. В большинстве случаев курение и алкоголь ведут к трагическим последствиям. Рекомендуется полный отказ от сигарет, а употребление алкоголя сократить до 50 г в сутки.

**Вторичная профилактика гипертензии**

Целью вторичной профилактики гипертензии является диагностика заболевания на ранней стадии. Чтобы выявить проблему, нужно регулярно измерять артериальное давление. Если диагноз установлен, то давление приводят в норму с помощью лекарственных средств.

Медикаментозную терапию подбирает врач в соответствии с международными стандартами. Для лечения артериальной гипертензии применяют в первую очередь ß-блокаторыитиазидные диуретики. Если у пациента для них есть противопоказания, то лечащий доктор подбирает другие препараты. В период медикаментозной терапии важно записывать показатели давления в специальный дневник. Раз в месяц нужно показывать записи лечащему врачу для корректировки лечения и профилактики.

**Третичная профилактика тяжелой гипертензии**

Третичная профилактика гипертензии направлена на избежание осложнений в виде сердечно - сосудистых заболеваний, инвалидности, смертности. Основной способ предотвращения проблем сердечно- сосудистой системы и смертности больных гипертонией- это постоянный контроль уровня артериального давления.

**Постоянный контроль позволяет:**

1.правильно оценить степень прогрессирования заболевания;

2.возможность определить риск поражения органов-мишеней;

3.определить наличие иных заболеваний;

4.оценить опасность развития осложнений сердечно - сосудистой системы.

Немедикаментозное лечение назначают при малых рисках. При высокой степени риска показано немедикаментозное лечение в сочетании с лекарственной терапией. Высокий риск дает право лечащему доктору назначить лечение пациенту в условиях стационара.

 В домашних условиях пациент должен четко следовать советам врача:

принимать гипотензивные средства строго в назначенных дозах и режиме; для профилактики осложнений принимать дезагреганты (Кардиомагнил, ТромбоАСС,Аспирин).

**Заключение**

Изучив теоретический материал по изучаемой теме (этиологию, патогенез, клиническую картину, осложнения, методы диагностики, особенности лечения и профилактики), проанализировав наблюдения из практики, автор данного исследования пришла к заключению, что знание теоретических аспектов является необходимым при организации сестринского процесса при артериальной гипертензии. Осуществляя сестринский уход, медицинская сестра должна владеть достаточным уровнем знаний, уметь выполнять все необходимые манипуляции, быть коммуникабельным, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, объективно оценить способность к самоуходу. При артериальной гипертензии медицинская сестра в данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. В этом и заключается особенность сестринского ухода при заболеваниях артериальной гипертензии. Работа над дипломной работой помогла автору закрепить теоретические знания, применить практические умения и навыки при осуществлении сестринского процесса. Работая над ней, автор данного исследования получил бесценный опыт для работы по своей профессии.

**Список литературы**

1. Алгоритм исследования пульса // [электронный ресурс]/ https://infopedia.su/15x8a01.html

2.Артериальная гипертензия// [электронный ресурс]/ http://infomed.by/zabolevania/sel/11417.html. [20.04.2021]

3. Артюхов И.П., Гаас Е.Н., Модестов А.А. Профилактика сердечно- сосудистых заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи // Сибирское медицинское обозрение. - 2010. - Т. 62, № 2. - С. 3-9.

4. Бова А.А. Гипертоническая болезнь: состояние проблемы и принципы лечения/ А.А.Бова// Медицинские новости.- 2016.- №1.- С.25 - 34.

5. Влияние погоды на артериальную гипертензию // [электронный ресурс]/ https://knowledge.allbest.ru/medicine/3c0b65625b3bc79b4c43b88421206d37\_0.html

6. Вялков А.И. Медицинская профилактика. Современные технологии / под ред. А.И.Вялкова. – СПб.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240 с.

7. Гипертоническая болезнь [Текст]: учебное пособие/А. Н. Окороков, Н. А. Базенко [и др.]. – М.: Медицинская литература, 2015. – 336 с.

8.Гурина Н.А., Плавинский С.Л., Фролова Е.В. Научное обоснование эффективности профилактической программы при заболеваниях системы кровообращения // Вестник семейной медицины. - 2008. - № 7. - С.37–38.

9. Ефремова, Ю.Е. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с высоким нормальным артериальным давлением в Российской Федерации (по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ). / Ю.Е. Ефремова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова, и др. // Системные гипертензии. - 2017. - Т. 14. - №1. - С. 6–11.

10. Затейщиков Д.А., Минушкина Л.О., Преображенский Д.В., Алехин М.Н. Обследование больных с артериальной гипертонией. Методические рекомендации. – М., 2006. – 48 с.

11. Инструкция по измерению уровня глюкозы// [электронный ресурс]/ http://diabet-kuban.ru/инструкция-по-измерению-уровня-глюко/

12. Климов, А. В. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения / А. В. Климов, Е. Н. Денисов, О. В. Иванова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 50 (236). — С. 86-90. — URL: [https://moluch.ru/archive/236/54737/[29.03.2021](https://moluch.ru/archive/236/54737/%5B29.03.2021)]

13.Клиническая кардиология: диагностика и лечение / Под ред. Л.А. Бокерия, Е.З.Голуховой. В 3-х т. Т2. – М.: Издательство НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН, 2011. – 288 с.

14. Козлов И.Д. Роль среднего медицинского персонала в ведении пациентов с артериальной гипертензией (сообщение 1)/ И.Д.Козлов// Медицинские знания.- 2016.- №5.- С.7 - 9; №6.- С.13 - 19.

15. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 512 с.

16. Манвелов Л., Кадыков А., Шведков В. Сосудистые заболевания головного мозга: профилактика и лечение //Врач, 2016. № 7. С. 28-31.

17. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. М.: Медгиз, 2014

18. Правильная техника снятия ЭКГ// [электронный ресурс]/ <https://cardioline.moscow/pravilnaya-tehnika-snyatiya-ekg>

19. Профилактика артериальной гипертензии пульса // [электронный ресурс] /[http://gb3szr.ru/images/profartdav.pdf[20.04.2020](http://gb3szr.ru/images/profartdav.pdf%5B20.04.2020)]

20. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии; Ростов-на-Дону: "Феникс", 2017.

21.Техника снятия ЭКГ // [электронный ресурс]/ https://mtdiagnostica.ru/readpage\_technika-sniatiia-iekg.html [20/04/2021]

22. Чазова, И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Клинические рекомендации 2017г. / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова// Кардиологический вестник. - 2015. - №1. – С.3-30.

23. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. и др. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией // Кардиология. – 2014. – № 10. – С.4–12.

24. Чазова, И.Е. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. / И.Е. Чазова, Ю.В. Жернакова от имени экспертов. // Системные гипертензии. – 2019. – Т. 16. - №1. – С. 6–31.

25. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 592 с.

**Приложение 1**

**Приложение 2**