

# Артериальная гипертензия

Сестринский процесс при  
гипертонической болезни

0 Гипертоническая болезнь (ГБ) — первичная эссенциальная гипертензия — заболевание, характеризующееся снижением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы без какой-либо известной причины.

Вторичная, или симптоматическая, артериальная гипертензия является симптомом группы заболеваний: сердечно-сосудистых (аортальный порок сердца), эндокринных (диффузный токсический зоб), почечных (гломерулонефрит) и др.

- 0 **Этиология.** В развитии стойкой артериальной гипертензии принимают участие разнообразные факторы, регулирующие давление крови в физиологических условиях.
- 0 **Предрасполагающие факторы:** наследственность, эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, эндокринные факторы, ожирение, употребление алкоголя, курение, гиподинамия, перенесенные заболевания почек и др.
- 0 К патологическим факторам относятся нарушения функций гипоталамуса и продолговатого мозга.
- 0 Имеет значение и пищевой фактор — у лиц, употребляющих повышенное количество соли, регистрируются более высокие цифры АД. Под воздействием всех этих факторов происходит окончательное формирование гипертензивной болезни.

## Факторы риска гипертонической болезни (ФР)

Основные:

мужчины старше 55 лет;

- женщины старше 65 лет; курение;
- холестерин сыв. крови  $> 6,5$  ммоль/л;
- семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин  $< 55$  лет, у женщин  $< 65$  лет);
- сахарный диабет.

## **Дополнительные факторы риска, негативно влияющие на прогноз при ГБ:**

- снижение холестерина ЛПВП;
- повышение холестерина ЛПНП;
- микроальбуминурия при сахарном диабете;
- нарушение толерантности к глюкозе;
- ожирение;
- малоподвижный образ жизни;
- повышение фибриногена в БАК;
- социально-экономическая группа риска.

# Стадии ГБ

- 0 **I стадия ГБ** – есть факторы риска, но нет ПОМ ( поражение органов мишеней):
- 0 и АКС (осложнения со стороны органов – мишеней – ассоциированные клинические состояния)
- 0 **во II стадию ГБ** поражаются внутренние органы гипертрофия левого желудочка, подтвержденная рентгенологически, на ЭКГ, ЭХОКГ; протеинурия и/или креатининемия 1,2-2,0 мг/дл;
- 0 определение на УЗИ атеросклеротической бляшки;
- 0 сужение артерий сетчатки.
- 0 **III стадия** есть ПОМ и /или АКС ()

## Клиническая картина ГБ

- o* *Первая стадия* — начальный период гипертонической болезни, когда кровяное давление повышается на некоторое время под влиянием неблагоприятных воздействий. Болезнь в этой стадии обратима. Жалобы на головные боли (чаще в конце дня), временами головокружение, плохой сон. Артериальное давление повышается непостоянно, обычно это связано с волнением или переутомлением (140—160/90—100 мм рт. ст.).

*o* Во второй стадии устойчивое повышение артериального давления, которое не снижается без специального лечения. Склонность к гипертоническим кризам и изменения в органах-мишенях. Напряженный пульс.

Жалобы на постоянные головные боли в затылочной области, плохой сон, головокружения. Приступы болей в сердце. АД стойко повышено.

На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка сердца и недостаточности питания миокарда.

*o* В *третьей стадии* поражаются различные органы, в первую очередь мозг, сердце и почки. АД стойко повышено (более 200/110 мм рт. ст.). Чаще развиваются осложнения.

- Помимо этого, выделяют медленно прогрессирующий и быстро прогрессирующий (злокачественный) варианты течения гипертонической болезни.

**Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния при ГБ III стадии (АКС) сгруппированы (ВОЗ, 1993 г.):**

- цереброваскулярные заболевания (инсульты);
  - кардиальные (стенокардия, инфаркт миокарда, застойная сердечная недостаточность);
  - заболевания почек (диабетическая нефропатия, почечная недостаточность);
  - сосудистые заболевания (расслаивающаяся аневризма, поражение периферических артерий);
  - гипертоническая ретинопатия (геморрагии, отек зрительного нерва).
- Кроме указанных осложнений в любую стадию ГБ может возникнуть осложнение — **гипертонический криз.**

# Дополнительное обследование

- 0 Измерение АД
- 0 ОАК — увеличение эритроцитов, гемоглобина при длительном течении.
- 0 БАК — гиперлипидемия (вследствие атеросклероза).
- 0 ОАМ — протеинурия, цилиндрурия (при ХПН).
- 0 Проба по Зимницкому — изогипостенурия (при ХПН).
- 0 ЭКГ — признаки гипертрофии левого желудочка.
- 0 УЗИ сердца — увеличение стенки левого желудочка.
- 0 Осмотр глазного дна — сужение артерий, расширение вен, кровоизлияния, отек соска зрительного нерва.

# Гипертонический криз

- Это значительное, внезапное, несвойственное данному больному повышение АД на 30-40 мм рт. ст. выше привычных цифр, сопровождающееся яркими клиническими симптомами со стороны органов – мишеней, требующее немедленного и контролируемого его снижения для предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней
- *Провоцирующие факторы:* нервно-психическое или физическое перенапряжение; употребление алкоголя или соленой пищи, изменение метеоусловий; отмена гипотензивных препаратов.  
*Симптомы:* головные боли, чаще в затылочной области, ощущение «несвежей головы», мелькание «мушек» перед глазами, снижение зрения, тошнота. Могут быть: рвота, головокружение, одышка, онемение частей тела и загрудинные боли. В конце криза может быть обильное мочеиспускание

*По наличию осложнений выделяют:*

- Не осложненный криз* (не связанный с острым повреждением органов- мишеней, требует постепенного снижения АД в течение 12-24 часов).
- Осложненный криз* (с наличием острого поражения органов-мишеней, требующий немедленного, в течение 1-2 часов снижения АД).

По выраженности вегетативной симптоматики выделяют

- Гиперкинетический* ( АД повышено в основном за счет АДС, характерно возбуждение, красные пятна на лице и груди, сравнительно быстро купируется)
- гипокинетический* ( характерна пастозность, задержка жидкости, значительное повышение АДД, труднее поддается терапии)
- и*
- эукинетический кризы* (АДС и АДД повышены равномерно, вегетативная симптоматика не выражена)

## Осложнения:

- 0 инсульты,
- 0 стенокардия,
- 0 инфаркт миокарда,
- 0 острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма и отек легких).
- 0 гипертензионная энцефалопатия (судорожная форма),
- 0 тяжелое носовое кровотечение,

## ***Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе***

- 0 Общие мероприятия:***
- 0* оценить тяжесть состояния, АД, пульс и ЧДД
- 0* - обеспечить горизонтальное положение с приподнятым изголовьем,
- 0* обеспечить полный физический и психический покой;
- 0* обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
- 0* оказать помощь при рвоте
- 0* в домашних условиях применить отвлекающую терапию (горячие ножные и ручные ванны, горчичники на икроножные мышцы или на воротниковую зону);

## **Неосложненный криз:**

- с седативной целью дать настой валерианы или пустырника;
- по назначению врача дать для снижения АД один из быстродействующих антигипертензивных средств:
- коринфар (нифедипин) 5 - 10 мг под язык или в каплях внутрь (побочные эффекты – тахикардия, гиперемия лица) или капотен 12,5 - 25 мг под язык или клонидин (клофелин) 0,075 мг или физиотенз (моксонидин) 0,4 мг или пропранолол 10 мг
- контроль АД, пульса через 20 – 30 мин для оценки состояния пациента.
- При отсутствии эффекта вызвать врача. Переход на парентеральное применение антигипертензивных средств (эналаприлат, клонидин, эбрантил)

*0* **Осложненный криз:**

*0* **по назначению врача**

*0* спрей нитроминт 1-2 раза под язык, не вдыхать!  
ацетилсалициловую кислоту 1\2 (0,25 г) таб.  
под язык (разжевать)

*0* **приготовить и ввести** пропранолол 0,1% 1 мл  
или энап 12,5% 1,0 мл, клопидогрель 0,075,  
гепарин 5000ЕД.

0 с признаками сердечной астмы или отека легких: дать нитроминт сублингвально, лазикс (фуросемид) 1% - 2 мл и энап 12,5% 1,0 мл

0 - с признаками острой дисциркуляторной энцефалопатии: приготовить и ввести эналаприлат 12,5% - 0,5-1,0 мл; диазепам 0,5 % 2мл, сульфат магния 25% 10 мл

0 - при длительном приеме клофелина: клофелин (клонидин) 0,01% 1мл

0 - с признаками инсульта: эналаприлат 12,5% - 0,5-1,0 мл (0,625 - 1,25 мг), сульфат магния 25% , глицин в таблетках или капли семакс (1-2 капли в каждый носовой ход)

0 – госпитализация на носилках с приподнятым изголовьем.

0 Оценка: уменьшение жалоб, постепенное понижение АД до привычных цифр.

0

# Лечение ГБ

*o* Лечение I стадии ГБ проводится, как правило, немедикаментозными методами, которые должны применяться на любой стадии болезни. Используется гипонатриевая диета, нормализуется масса тела (разгрузочные диеты), ограничение приема алкоголя, отказ от курения, постоянные физические нагрузки, психорелаксация и рациональная психотерапия, иглорефлексотерапия, физиотерапевтическое лечение, фитотерапия.

- Если нет эффекта от немедикаментозного лечения в течение 6 месяцев, применяют медикаментозное лечение.
- Требуется длительная гипотензивная терапия индивидуальными поддерживающими дозами.
- Снижать АД надо до 140/90 мм рт. ст. или до величин ниже исходных на 15%. Нельзя резко прекращать лечение.

## группы лекарственных средств гипотензивного действия

практическое применение получили 4 группы:

- β-адреноблокаторы* (пропранолол, атенолол),
- антагонисты кальция* (нифедипин, адалат, верапамил, амлодипин и др.),
- диуретики* (гипотиазид, индапамид, урегит, верошпирон, арифон),
- ингибиторы АПФ* (каптоприл, эналаприл, сандоприл и др.).

Лечение гипертонической болезни проводят длительное время и отменяют гипотензивные препараты только в том случае, когда наблюдается стабилизация артериального давления до желаемого уровня в течение долгого времени (решает вопрос отмены врач).

# Особенности ухода за больными с ГБ

контроль соблюдения лечебно-охранительного режима.

контроль знания и соблюдения больным диетических рекомендаций (стол №10), контроль передач.

контроль АД, пульса.

оказание неотложной доврачебной помощи при гипертонических кризах по алгоритму

контроль водного баланса и веса с отметкой в истории болезни.

контроль ЭКГ

оксигенотерапия, проветривание палаты.

сбор мочи на исследования (общий анализ, проба Зимницкого).

подготовка больного к консультации окулиста (закапывание капель и т.д.)

контроль применения лекарственных препаратов, побочных эффектов, инструктирование больного по мерам профилактики ортостатического коллапса (после введения клофелина, эналаприлата, атенолола - лежать 2 часа).