

Департамент образования ЯНАО
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Ямало-Ненецкого автономного округа «Ямальский многопрофильный
колледж»
Отделение естественно-научного профиля

Допущена к защите в ГЭК:
Зам. директора
по учебно-методической работе
_____ Казановская Н.В
« ____ » _____ 2019 г

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

Выполнила:
студентка 404 группы
специальности 34.02.01
«Сестринское дело»
Кискагаджиева Анав Абдулласатовна.
Научный руководитель:
преподаватель высшей
квалификационной категории
Фадичева Алла Шандровна.

Салехард 2019 год

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	2-5
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	6
1.1. Этиология, патогенез, факторы риска гипертонии.....	6-8
1.2. Клиническая картина, осложнения гипертонии.....	8-12
1.3. Методы диагностики и лечения гипертонии.....	12-14
1.4. Профилактика гипертонии.....	14-19
1.5. Деятельность медицинской сестры по организации ухода за больным с гипертонической болезнью.....	19-23
ВЫВОД ПО ГЛАВЕ 1.....	24
ГЛАВА II СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.....	25
ВЫВОД ПО II ГЛАВЕ.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	40
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	41
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	44
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	51

Введение

Гипертоническая болезнь (ГБ) – это хроническое заболевание, главным клиническим признаком которого является стойкое и продолжительное повышение артериального давления (АД). Изменения органов и систем организма при ГБ отличаются в зависимости от ее стадии, но, прежде всего, касаются сердца и сосудов.

Актуальность: Гипертоническая болезнь в наши дни очень широко распространена, особенно в промышленно развитых странах. Наша страна не исключение, в России она также является самым распространенным заболеванием, с которым сталкиваются врачи, и медицинские сестры стационаров в повседневной работе.

Повышенное артериальное давление часто возникает уже в подростковом возрасте, болезнь стремительно молодеет, как и большинство заболеваний сердечно-сосудистой системы. Уже сейчас по данным Росстата до 38% молодых людей в той или иной степени страдают от гипертонии. Что же касается людей пожилого возраста, то статистика в данной области и вовсе не утешительная, гипертонической болезнью страдают до 75% пенсионеров. А также по данным статистики в ЯНАО гипертонической болезнью страдают 17% людей.

Гипертоническая болезнь становится основной причиной преждевременной смертности населения. Это заболевание отличается длительным и упорным течением, развитием тяжелых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, сердечная и почечная недостаточность), сопровождается снижением трудоспособности вплоть до инвалидности.

Коварство болезни в том, что она может протекать незаметно для самого больного. Человека беспокоят головные боли, раздражительность, головокружение, ухудшается память, снижается работоспособность. Отдохнув, он на время перестает ощущать эти симптомы и, принимая их за проявления обычной усталости, годами не обращается к врачу. С течением времени гипертония прогрессирует. Постоянными становятся головные боли и головокружения, перепады настроения, излишняя раздражительность. Возможны значительные ухудшения памяти и интеллекта, слабость в конечностях и резкое ухудшение зрения.

Учитывая опасность гипертонической болезни для современного человека, я считаю важным рассмотрение данного заболевания в рамках моей работы.

Цель исследования: проанализировать особенности сестринского процесса при гипертонической болезни и провести просветительскую работу с пациентом.

Объект исследования: пациент страдающий гипертонической болезнью.

Предмет исследования: Профессиональная деятельность медицинской сестры при гипертонической болезни..

Гипотеза: Мы предполагаем, что изучение теоретических аспектов проблем гипертонической болезни позволят улучшить качество сестринского процесса и предотвратить развития осложнений.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой определены **задачи** исследования:

1. Изучить теоретическую научную информацию о гипертонической болезни;
2. Собрать полную информационную базу о конкретном пациенте, страдающем гипертонической болезнью, поставить сестринский диагноз и сформулировать проблемы пациента, определить

приоритетные задачи, составить план сестринских вмешательств, реализовать на практике план сестринского ухода.

3. Провести просветительскую работу с пациентами по вопросам профилактики гипертонической болезни;

Практическая значимость работы состоит в изготовлении конечного продукта в виде памятки. Полученный комплекс профилактических мероприятий может использоваться пациентом и его родственниками.

Основные методы исследования: изучение и анализ научно-методической, справочной, специальной литературы.

Эмпирический метод: субъективное и объективное обследование пациента.

Место проведения исследования: Салехардская окружная клиническая больница, терапевтическое отделение.

1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

1.1.Этиология, патогенез, факторы риска гипертонии

Этиология данного заболевания до конца еще не изучена.

Существуют провоцирующие и способствующие факторы гипертонической болезни:

- 1) Стресс (в результате стресса в кровь выбрасывается огромное количество адреналина, что приводит к поднятию АД);
- 2) Возрастная перестройка эндокринных органов;
- 3) Прием некоторых медикаментов (оральные контрацептивы с высоким содержанием гормонов, лекарства для снижения аппетита, некоторые противовоспалительные препараты);
- 4) Курение, употребление крепкого кофе, систематическое употребление алкоголя;
- 5) Употребление избытка соли (вследствие которого в организме накапливается натрий, который приносит с собой лишнее количество воды сквозь оболочку клеток стенки артерии);
- 6) Алиментарное ожирение и малоподвижный образ жизни (вследствие чего происходит постоянное сдавливание сосудов и затруднение кровотока);
- 7) Наследственность - самый важный фактор. Наследуются следующие факторы развития артериальной гипертонии:
 - а) Мембранная патология (мембраны имеют избыточную проницаемость внутрь клетки ионов Са и Na)
 - б) Морфологически более активное развитие плотности симпатозергических клеток. Как следствие тенденция к редупликации гладкомышечных клеток, отвечающих за сокращение сосудов.
 - в) Повышенная активность нервных центров регуляции.

г) Ослабление регулирующей функции почек.

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

1) гипертоническая болезнь возникает как невроз высших центров нейрогуморальной регуляции АД;

2) развивающийся невроз - это проявление застойности раздражительных процессов в соответствующих нервных центрах гипоталамической области или коры больших полушарий;

3) застойность раздражительных процессов в этих центрах развивается под влиянием отрицательных эмоций и эффектов. В начальных стадиях заболевания повышение активности симпатoadреналовой системы способствует повышению минутного выброса, что само по себе вызывает гипертензию, способствует увеличению секреции нейrogормонов ренин-гипертензин-альдостеронового звена, в связи с чем отмечается тенденция к повышению сосудистого тонуса. Наблюдается значительная активация симпатической иннервации почек, приводящая к уменьшению почечного кровотока и умеренному снижению экскреции натрия и воды. В поздних стадиях большее значение приобретают почечно-прессорные механизмы. Усиленная секреция ренина ведет к образованию значительных количеств ангиотензина, который стимулирует выработку альдостерона. В патогенезе гипертонической болезни наблюдается параллельно повышение тонуса симпатoadреналовой системы, изменение морфологической структуры сосудов и недостаточность депрессорных механизмов простогландиновой, кининовой, барорецепторной систем.[27,9]

Можно выделить три звена патогенеза гипертонической болезни:

1) центральное - нарушение соотношения процессов возбуждения и торможения ЦНС;

2)гуморальное - продукция прессорных веществ и уменьшение депрессорных влияний;

3) вазомоторное - тонические сокращения артерий с наклонностью к спазму и ишемии органов.[30,6]

1.2.Клиническая картина, осложнения гипертонии

Гипертоническая болезнь протекает хронически, с периодами ухудшения и улучшения. Прогрессирование может быть различным по темпу. Различают медленно и быстро прогрессирующее течение заболевания. При медленном развитии заболевания гипертоническая болезнь проходит 3 стадии (по классификации, принятой ВОЗ). стадия гипертонической болезни характеризуется сравнительно небольшими подъемами артериального давления в пределах 160- 179/95-105 мм рт. ст.

Уровень артериального давления неустойчив, во время отдыха больного оно постепенно нормализуется, но повышение артериального давления неизбежно происходит вновь. Часть больных не испытывают никаких изменений в состоянии здоровья. Скудная и нестойкая симптоматика легко возникает и быстро проходит. Субъективные симптомы I стадии в основном сводятся к функциональным нарушениям со стороны нервной системы: снижается умственная работоспособность, появляются раздражительность, головная боль, нарушается сон. Иногда субъективные симптомы вообще отсутствуют. Повышение артериального давления обычно выявляется случайно.

Оно неустойчиво, может периодически повышаться под влиянием эмоциональных перегрузок. Обычно отсутствуют признаки гипертрофии левого желудочка, электрокардиограмма не изменена; вполне эффективна гемодинамика. Почечные функции не нарушены, глазное дно практически не изменено стадия гипертонической болезни характеризуется выраженной клинической картиной. Больные со средней по тяжести картиной составляют основную массу амбулаторных и в меньшей мере стационарных пациентов. Их часто беспокоят головные боли, головокружения, иногда приступы

стенокардии, одышка при физических усилиях, снижение работоспособности, нарушения сна. Артериальное давление у них постоянно повышено: систолическое составляет 180-199 мм рт. ст., диастолическое - 104-114. При этом в одних случаях гипертензия лабильна, то есть артериальное давление периодически спонтанно снижается, но не до нормы, а в других - стабильно держится на высоком уровне и снижается только под влиянием медикаментозного лечения. Для этой стадии заболевания типичны гипертензивные кризы.

Выявляются признаки поражения органов-мишеней: гипертрофия левого желудочка, ослабление I тона на верхушке сердца, акцент II тона на аорте, у части больных на электрокардиограмме отмечаются признаки субэндокардиальной ишемии. Сердечный выброс у большинства либо нормален, либо слегка снижен; при физической нагрузке он возрастает в меньшей степени, чем у здоровых людей. Показатели сосудистого периферического сопротивления заметно увеличены, отчетливо возрастает скорость распространения пульсовой волны по артериям. Однако в неосложненных случаях проявления недостаточности миокарда наблюдаются редко.[27,3]

Картина заболевания может резко измениться при ухудшении коронарного кровообращения, возникновении инфаркта миокарда, фибрилляции предсердий. Со стороны центральной нервной системы при II стадии заболевания отмечаются различные проявления сосудистой недостаточности, преходящие ишемии, чаще без последствий. Более серьезные нарушения мозгового кровообращения бывают результатом атеросклероза. На глазном дне, помимо сужения артериол, наблюдаются сдавление и расширение вен, геморрагии, экссудаты. Почечный кровоток и скорость клубочной фильтрации снижены; хотя в анализе мочи нет отклонений от нормы, но на рентгенограммах выделяются более или менее отчетливые признаки диффузного двустороннего понижения функции почек стадия гипертензивной болезни характеризуется устойчивым повышением

артериального давления. Систолическое артериальное давление достигает 200-230 мм рт. ст., диастолическое - 115-129. Однако на этой стадии артериальное давление может спонтанно снижаться, в некоторых случаях - довольно значительно, достигая меньшего уровня, чем во II стадии. Состояние резкого снижения систолического артериального давления в сочетании с повышенным диастолическим называется «обезглавленной» гипертензией. Оно обуславливается снижением сократительной функции миокарда. Если к этому присоединяется атеросклероз крупных сосудов, тогда снижается и уровень диастолического артериального давления.

На III стадии гипертонической болезни часто возникают гипертензивные кризы, сопровождающиеся расстройством мозгового кровообращения, парезами и параличами. Но особенно значительным изменениям подвергаются сосуды почек, в результате чего развивается артериологипертензия, артериолосклероз и, как следствие, формируется первично сморщенная почка, что приводит к хронической почечной недостаточности. Чаще в III стадии гипертонической болезни преобладает кардиальная или церебральная патология, которая приводит к летальному исходу раньше, чем разовьется хроническая почечная недостаточность. Клиническая картина поражения сердца - это стенокардия, инфаркт миокарда, аритмия, недостаточность кровообращения. Церебральные поражения - ишемические и геморрагические инфаркты, энцефалопатии. Что касается изменений со стороны глазного дна, то при его исследовании выявляется симптом «серебряной проволоки», иногда - острая ишемия сетчатки глаза с потерей зрения (это тяжелое осложнение может возникать в результате ангиоспазма, тромбоза, эмболии), отек сосков зрительного нерва, отек сетчатки и ее отслойка, геморрагии.

Поражение сосудов головного мозга ведет к недостаточности мозгового кровообращения. У таких пациентов может возникать тромбоз сосудов, мозга, в результате чего отмечается потеря сознания, нарушение речи, глотания, дыхания, тромбоишемический инсульт. Иногда происходит

кровоизлияние в мозг. В результате развития атеросклеротических изменений в сосудах сердца развиваются признаки либо хронической недостаточности коронарного кровообращения со стенокардией напряжения и покоя, либо симптомы острого нарушения коронарного кровообращения (инфаркт миокарда).

Поражение сосудов почек при гипертонической болезни приводит к развитию артериолосклероз почек. Развиваются симптомы почечной недостаточности: плотность мочи становится низкая, появляется полиурия, изо- и гипостенурия. В поздней стадии заболевания увеличивается содержание остаточного азота в крови, развивается синдром уремии.

Кроме указанных осложнений в любую стадию гипертонической болезни может возникнуть осложнение - гипертонический криз.

Гипертонический криз - внезапное повышение АД, сопровождающееся нарушениями вегетативной нервной системы и усилением расстройств мозгового, коронарного и почечного кровообращения. Имеет значение повышение АД до индивидуально высоких цифр. Различают кризы I и II типов. Криз I типа возникает в I стадию гипертонической болезни и сопровождается нейровегетативной симптоматикой. Криз II типа бывает во II и III стадии гипертонической болезни.

Симптомы криза: режущая головная боль, преходящие нарушения зрения, слуха (оглушённость), боли в сердце, спутанность сознания, тошнота, рвота. Криз осложняется инфарктом миокарда, инсультом. Факторы, провоцирующие развитие кризов: психоэмоциональные стрессы, физическая нагрузка, внезапная отмена антигипертензивных средств, применение контрацептивов, гипогликемия, климакс и др.[39,4]

Различают доброкачественное и злокачественное течение гипертонической болезни. Доброкачественный вариант характеризуется медленным прогрессированием, изменения в органах находятся на стадии стабилизации АД. Лечение эффективно. Осложнения развиваются только на поздних стадиях.

Злокачественный вариант гипертонической болезни характеризуется быстрым течением, высоким артериальным давлением, особенно диастолическим, быстрым развитием почечной недостаточности и мозговых нарушений. Достаточно рано появляются изменения артерий глазного дна с очагами некроза вокруг соска зрительного нерва, слепота. При лечении злокачественной формы гипертонической болезни она может закончиться летально при отсутствии лечения.[21,8]

1.3.Методы диагностики и лечения гипертонии

У больного с гипертонией необходимо провести следующий комплекс обследования:

- 1.Общий анализ крови
- 2.Общий анализ мочи
- 3.Измерение АД
- 4.Анализ крови на сахар
- 5.Биохимический анализ крови
- 6.ЭКГ
- 7.Фонокардиография

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

- 9.УЗИ сердца и почек
- 10.Рентгенография органов грудной клетки

Техника измерения АД

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

I. Подготовка к процедуре

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

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

3. Выбрать правильный размер манжеты.

4. Попросить пациента лечь или сесть к столу

II. Выполнение процедуры

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

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

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

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

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

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

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

12. Сообщить пациенту результат измерения.

13. Повторить процедуру через 2-3 минуты.

III. Завершение процедуры

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

15.Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.

16.Записать данные исследования в необходимую документацию.

17.Вымыть руки.

Техника сбора общего анализа мочи

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

нельзя менять питьевой режим за сутки до исследования;

вымыть область уретры непосредственно перед сбором мочи;

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

ёмкость закрыть крышкой;

вымыть руки.

1.4.Профилактика гипертонии

Меры профилактики гипертонической болезни являются предметом интенсивных и глубоких исследований. Гипертоническая болезнь, как показали наблюдения - одно из самых распространённых сердечно-сосудистых заболеваний в мире.

Больные гипертонической болезнью в большей мере предрасположены к возникновению атеросклероза, особенно артерий мозга, сердца, почек. Всё это указывает на необходимость систематического проведения мер личной и общественной профилактики данного заболевания, его своевременного лечения.

О роли нервных механизмов в происхождении гипертонической болезни свидетельствуют следующие факты: в подавляющем большинстве случаев у больных удаётся установить в прошлом, до начала болезни, наличие сильных нервных "встрясок", частых волнений, психических травм. Опыт показывает, что гипертоническая болезнь значительно чаще встречается у людей, подверженных многократным и длительным нервным

перенапряжениям. Таким образом, огромная роль нарушений нервно-психической сферы в развитии гипертонической болезни является бесспорной. Конечно, имеют значение особенности личности и реакция нервной системы на внешние воздействия.

Определённую роль в возникновении болезни играет и наследственность. В известных условиях способствовать развитию гипертонической болезни могут также нарушения питания; имеет значение пол, возраст. Так, женщины в период климакса (в 40-50 лет) болеют гипертонической болезнью чаще, чем мужчины того же возраста. Подъёмы артериального давления могут наблюдаться у женщин во время беременности, что может привести к серьёзным осложнениям во время родов. Поэтому в данном случае лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение токсикоза. Способствовать развитию гипертонической болезни может атеросклероз мозговых сосудов, особенно если он поражает определённые отделы, ведающие регуляцией сосудистого тонуса.

Весьма большое значение имеет нарушение деятельности почек. Уменьшение кровоснабжения почек вызывает выработку особого вещества - ренина, который способствует повышению кровяного давления. Но почки обладают и так называемой ренопривной функцией, которая состоит в том, что мозговая зона почек вырабатывает вещество, разрушающее в крови соединения, повышающие давление (прессорные амины). Если же по какой-то причине эта так называемая противогипертензионная функция почек будет нарушена, то кровяное давление повышается и упорно держится на высоком уровне, несмотря на проведение всестороннего лечения современными средствами. В таких случаях полагают, что развитие упорной гипертонии является следствием нарушения ренопривной функции почек.

Профилактика гипертонической болезни требует особого внимания вопросам питания. Рекомендуются избегать чрезмерного употребления мяса и жиров. Диета должна быть умеренно калорийной, с ограничением

содержания белков, жиров и холестерина. Это помогает предупредить развитие гипертонической болезни и атеросклероза.

У людей с избыточным весом следует периодически прибегать к разгрузочным диетам. Известное ограничение в диете должно соответствовать трудовой деятельности. Кроме того, существенное недоедание способствует развитию гипертонической болезни, вызывая изменение реактивности высших отделов центральной нервной системы. Правильный режим питания без образования избыточного веса должен быть достаточным для предупреждения функциональных расстройств высшей нервной системы. Систематический контроль веса - лучшая гарантия правильного пищевого режима.[17,5]

Человек, страдающий гипертонической болезнью, должен быть умерен в приёме жидкости. Нормальная суточная потребность в воде удовлетворяется 1,5 л всей воды, принятой за день в виде жидкостей, включая и жидкие блюда за обедом. Около 1 л жидкости, кроме того, человек получает из воды, входящей в состав продуктов. При отсутствии сердечной недостаточности больной может себе позволить приём жидкости в пределах 2-2,5 л (лучше не больше 1,2 л). Распределять питьё надо равномерно - нельзя выпивать сразу помногу. Дело в том, что жидкость быстро всасывается из кишечника, наводняя кровь, увеличивая её объём, что повышает нагрузку на сердце. Оно должно перемещать большую, чем обычно, массу крови до тех пор, пока избыток жидкости не будет удалён через почки, лёгкие и кожу.

Переутомление больного сердца вызывает склонность к отёкам, а избыток жидкости тем более усугубляет её. Следует исключить употребление солений, столовую соль ограничить до 5 г в сутки. Избыточное потребление соли ведёт к нарушению водно-солевого обмена, что способствует гипертонии. Спиртные напитки, курение также ускоряют развитие заболевания, поэтому они должны быть категорически запрещены больным гипертонией. Никотин является ядом для сосудов и нервов.

Большое значение имеет целесообразное распределение часов работы и отдыха. Длительная и напряжённая работа, чтение, умственное переутомление, особенно у лиц, предрасположенных к гипертонической болезни, способствует её возникновению и развитию.

Особое внимание следует уделять физической культуре. Она является своеобразной мерой защиты, тренирующей нервно-сосудистый аппарат больных гипертонической болезнью, уменьшает явления, связанные с нарушениями нервной системы, - головную боль, головокружения, шум и тяжесть в голове, бессонницу, общую слабость. Упражнения должны быть просты, ритмичны, выполняться в спокойном темпе. Особенно большую роль играют регулярная утренняя гигиеническая гимнастика и постоянные пешеходные прогулки, в особенности перед сном, продолжительностью не менее часа.

Вывод: Гипертония является страшным сосудистым заболеванием, способным вызывать необратимые нарушения в организме пациента. Как и любое хроническое заболевание легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика гипертонии необходима, особенно для людей с отягощенной наследственностью.

Лечение ГБ амбулаторное, при ухудшении состояния необходима госпитализация.

1. Двигательная активность

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

2. Диетотерапия.

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

3. Медикаментозная терапия.

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

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

- уменьшают частоту сердечных сокращений,

- снижают энергозатраты для работы сердца.

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

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

- вызывают уменьшение объема циркулирующей крови,

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

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

3. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ): диротон, эналаприл, рамиприл, каптоприл, каптоп и др.

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

-благоприятно влияют на липидный и углеводный обмены.

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

-действуют как сосудорасширяющие средства, увеличивая диаметр артерий,

-для лечения предпочтительнее использовать препараты длительного действия: фелодипин, амлодипин,

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

5. Периферические вазодилататоры: нитроглицерин, апрессин, натрия нитропруссид и др.[14,2]

Обязательно под контролем АД.

1.5.Деятельность медицинской сестры по организации ухода за больным с гипертонической болезнью

Техника взятия крови на исследование.

Цель: диагностическая.

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

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

Подготовка к процедуре:

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

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

3. Уточнить у пациента, не принимал ли он пищу.

Выполнение процедуры

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

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

6. Предложить пациенту сжать-разжать кулак, затем зажать.

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

8. Третий шарик со спиртом зажать в левой руке.

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

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

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

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

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

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

15. Вставить пробирку в держатель до упора.

16. При этом игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую пробку в крышке пробирки - образуется канал между пробиркой с вакуумом и полостью вены. Кровь проходит в пробирку до тех пор, пока не компенсируется созданный в пробирке вакуум (если кровь не идет - это

значит, что игла прошла вену насквозь - в этом случае нужно немного вытянуть иглу (но не вынимать!), пока кровь не пойдет в пробирку).

17. После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя.

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

19. Повторно вводить иглу для этого не нужно.

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

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

22. Для полной безопасности рекомендуется аккуратно снять иглу с держателя

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

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

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

26. Продезинфицировать использованные ватные шарики, шприц, иглу.

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

28. Снять перчатки, замочить в дезинфицирующем растворе

29. Вымыть руки.

30. Материал для исследования доставить в лабораторию.

При первичной оценке пациента необходимо провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить его физическое и психическое состояние, а так же выявить проблемы и заподозрить

заболевания сердечнососудистой системы, в том числе гипертоническую болезнь, сформировать план ухода.

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

- неосведомлённость о наличии повышения АД;
- незнание факторов, способствующих повышению АД;
- незнание осложнений, к которым приводит повышение АД;
- головная боль;
- раздражительность, тревожные состояния;
- нарушение сна;
- снижение зрения;
- необходимость соблюдения режима быта, труда и питания;
- необходимость постоянного приема лекарственных препаратов.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер.

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

Источники объективной информации: физическое исследование пациента по органам и системам; знакомство с медицинской историей болезни.[10,2]

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

Сестринский уход за больным ГБ включает в себя:

- 1.Обучение пациента методам расслабления для снятия напряжения и тревоги;
- 2.Проведение бесед:

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

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

2 распознаванию первых признаков гипертонического криза;

3 оказанию первой доврачебной помощи при гипертоническом кризе.

4.Контроль за питанием и передачами родственников;

5.Контроль массы тела пациента и его диуреза;

6.Проведение процедуры постановки пиявок;

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

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

9.Контроль за соблюдением пациентом двигательного режима;

10.При нарушении мозгового кровообращения, приступе сердечной астмы уход осуществляется как за тяжелобольным пациентом при строгом постельном режиме.[18,7]

ВЫВОД ПО I ГЛАВЕ

Таким образом, гипертоническая болезнь является достаточно распространенной среди сердечно-сосудистых заболеваний. Проводя анализ научно-методической, справочной, специальной литературы, рассмотрев этиологию, клиническую картину, диагностику и особенности течения гипертонической болезни можно сделать вывод, что гипертоническая болезнь продолжает оставаться актуальной медико-социальной проблемой, необходимой для исследования.

ГЛАВА II. СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Мы работали в ГБУЗ ЯНАО «Салехардская окружная клиническая больница» в терапевтическом отделении с 20.05.2019 по 25.05.2019 г. В отделении находится 24 человека с различной соматической патологией.

С 20.05.2019.г мы курировали пациентку С. 46л. с диагнозом Гипертоническая болезнь II ст.Сопутствующие:НК II ст.

Пациентка С. пришла в отделение самостоятельно по направлению участкового врача терапевта.

Группа крови: 0(I) Резус-принадлежность: Rh(+).

Побочное действие лекарств: отрицает.

Постоянное место жительства: Ямало-Ненецкий АО, г.Салехард,ул.Ангальский мыс 40Б

Место работы: ОПС МСП КДП ГБУЗ «СОКБ»,медсестра уролога.

I.Субъективное обследование

Жалобы при поступлении: на одышку, возникающую при незначительной нагрузке.Сильные головные боли в затылочной и височной областях,головкружение.Тошнота ,слабость. Повышение артериального давления до 200/100 мм. рт. ст.

Источники информации: пациент, семья, медицинские документы, медперсонал, медицинская литература.

Пациентка хорошо общается, речь нормальная, связная. Зрение, слух в норме.

Жалобы пациента в настоящий момент на одышку, возникающую при незначительной нагрузке. Сильные головные боли в затылочной и височной

областях, головкружение. Тошнота ,слабость. Повышение артериального давления до 200/100 мм. рт. ст.

Со слов пациентки, больная в возрасте 32 года в 2004 году перенесла операцию на яичники, по поводу чего находилась в стационаре. После этого больную жалобы не беспокоили, она вела обычный образ жизни. С возраста 37 лет состояние больной стало ухудшаться: появились подъемы артериального давления ,сильные головные боли, одышка, отеки. Считает себя больной в течение 10 лет. Больная стала наблюдаться в районной поликлинике. Последняя госпитализация в феврале 2012 года. Выше изложенные жалобы при госпитализации развились в течение 3 недель.

Ранее проводимые исследования: клинический минимум, электрокардиография, УЗИ сердца, ЭхоКГ ,КТ головного мозга. Лечение: приём бета-адреноблокаторов, диуретиков, , антагонистов кальция,ингибиторы АПФ,антиаритмических средств, периферических вазодилататоров, ЛФК, кислородной терапии. Положительная динамика.

С рождения проживает в условиях Крайнего севера. Условия проживания удовлетворительные, в четырехкомнатном доме проживает 5 человек.

Из перенесенных заболеваний отмечает корь, краснуху, паротит (без осложнений). Часто болела простудными заболеваниями. В 32 года была произведена операция на яичники.

Сексуальную жизнь начала вести с 19 лет, проблемы отрицает.

Аллергические проявления отрицает.

Гинекологический анамнез:менструации начались в 17 лет.Болезненные,обильные,периодичность 28 дней,длительность 7 дней.

Беременностей было 2.АбORTов не было,выкидышей не было. Наличие заболеваний передаваемых по наследству отрицает.

II. Объективное исследование

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное.

Положение в постели: при поступлении вынужденное, на момент курации активное. Рост 159 см. Вес 80 кг. Температура тела 36,6°C. Телосложение правильное. Подкожно-жировой слой умеренного развития, распределен равномерно, тургор сохранен. Кожные покровы чистые, обычной влажности, окраска видимых слизистых цианотичная. Кожа на нижних конечностях бледная, гладкая, напряженная. Лимфатические узлы не увеличены.

Костно-мышечный аппарат: со стороны суставов, костной и мышечной системы патологии нет.

Органы дыхания: изменения голоса нет; при осмотре дыхание через нос свободное; ЧДД 20.

Органы кровообращения: частота пульса 75 уд./мин напряжение-твердый; ритм-ритмичный; наполнение-полный; симметричность – симметричен. Число сердечных сокращений 75 уд./мин; АД левая рука 180/95 правая рука 195/100 мм рт. ст.

Органы пищеварения: аппетит снижен. Съёмные зубы и протезы отсутствуют. Миндалины не увеличены. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Живот обычной формы, не ассиметричен, не напряжен. Болезненность при пальпации отсутствует, аускультация живота активная, перистальтика прослушивается. Язык не обложен, рвота отсутствует, тошнота . Стул оформлен, без патологических примесей

Мочевыделительная система: мочеиспускание свободное, безболезненное.

цвет мочи: обычный, прозрачный.

Эндокринная система: характер оволосения женский; распределение подкожно-жировой клетчатки женский. Видимое увеличение щитовидной железы не обнаружено.

Нервная система: у пациента беспокойный сон, длительность сна 4-5 ч. Снотворные не требуются. Тремор, нарушения походки, парезы и параличи отсутствуют.

Нарушенные потребности у пациента: есть, двигаться, дышать, поддерживать состояние, быть здоровым, спать, отдыхать, избегать опасности, поклоняться, работать.

КАРТА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Проблемы пациента:

Настоящие: одышка, возникающая при незначительной нагрузке. Сильные головные боли в затылочной и височной областях, головокружение. Тошнота, слабость. Повышение артериального давления до 200/100 мм. рт. ст.

Потенциальные: риск развития ишемии сердца, риск развития инсульта, риск развития инфаркта миокарда, риск развития сердечной астмы, риск развития систолической дисфункции левого желудочка.

Приоритетные: повышение АД до 200/100 мм. рт. ст.

Планирование

Сестринский диагноз: повышение АД до 200/100 мм. рт. ст.

Цели:

Краткосрочная: в течении 2-х дней пациент отметит улучшения своего состояния на фоне проводимого лечения.

Долгосрочная: к моменту выписки пациент не будет предъявлять жалоб на повышение артериального давления на фоне проведённого лечения.

План сестринских вмешательств

1. Режим в период повышения АД - полупостельный; после – свободный/общий;
2. Диета стол № 10. (Калорийность не должна превышать 2600 ккал; блюда могут готовиться на пару, отвариваться либо запекаться, питание дробное, 5 раз в день, равномерными порциями);
3. По назначению врача:
 - ☐ Верапамил 120 мг. (таб.) 2р./сут.;
 - ☐ Кандесартан 8 мг. (таб.) 2р./сут.;
 - ☐ Каптоприл 25 мг. (таб.) 2р/сут.;
 - ☐ Атенолол 50 мг. (таб.) 1р/сут.
4. Обеспечить и проконтролировать проведение лабораторных и инструментальных исследований (клинический минимум, микробиологические исследования, биохимические исследования, анализ мочи на БК, ионограмма, ИФА на сифилис суммарные антитела ЭКГ, УЗИ сердца, ЭхоКГ, КТ головного мозга,);
5. Обеспечить и проконтролировать физический и психологический покой;

6. Обеспечить помощь при повышении АД (укладывание на высокую подушку, обеспечить доступ свежего воздуха, горячие ванны для ног, горчичники на икроножные мышцы и затылок);
7. Обеспечить и проконтролировать проветривание палат (2р/сут.) и смену постельного и нательного белья (по мере необходимости);
8. Придать удобное положение в постели;
9. Мониторинг за гемодинамикой (АД, ЧДД, ЧСС, температура тела, кожными покровами и слизистыми);
10. Контролировать физиологические отправления и общее состояние пациента;
11. Обучить пациента правильному приему лекарственных средств;
12. Контроль за регулярным, правильным приёмом лекарственных средств;
13. Создание комфортных условий для жизнедеятельности, с целью удовлетворения потребностей;
14. Обучить пациента самостоятельному физическому снятию боли для облегчения состояния (тёплые ножные ванны, гимнастика рук, ног);
15. Обеспечить и проконтролировать проведение занятий самостоятельного ухода и контроля течения болезни;
16. Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдения режима, диеты и приёме лекарственных средств;
17. Провести беседу с пациентом и его родственниками о заболевании, его особенностях и осложнениях;
18. Рекомендовать: правильное питание, адекватный/правильный режим дня, сон не менее 8 ч/сут., адекватную физическую нагрузку.

Реализация плана

1. Осуществляла контроль соблюдения полупостельного режима, диеты № 10.
2. Выполняла назначения врача:

- ☐ Верапамил 120 мг. (таб.) 2р./сут.;
- ☐ Кандесартан 8 мг. (таб.) 2р./сут.;
- ☐ Каптоприл 25 мг. (таб.) 2р./сут.;
- ☐ Атенолол 50мг. (таб.) 1р/сут.

3. Обеспечила и проконтролировала проведение лабораторных и инструментальных исследований.

4. Обеспечила и проконтролировала физический и психологический покой;

5. Обеспечила помощь при повышении АД.

6. Обеспечила проветривание палаты 2р в сут., и меняла постельное и нательное белье;

7. Придавала удобное положение в постели;

8. Осуществляла мониторинг за гемодинамикой: АД, пульс, ЧДД, температура тела 2 раза в день и регистрировала в динамическом листе наблюдения.

9. Контролировала физиологические отправления и общее состояние пациента;

10. Обучила пациента правильному приему лекарственных средств;

11. Контролировала регулярный, правильный приём лекарственных средств;

12. Создавала комфортные условия для жизнедеятельности;

13. Обучила пациента самостоятельному физическому снятию боли для облегчения состояния.

14. Обеспечила и проконтролировала проведение занятий самостоятельного ухода и контроля течения болезни;

15. Провела беседу с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдения режима, диеты и приёме лекарственных средств;

16. Провела беседу с пациентом и его родственниками о заболевании, его особенностях и осложнениях;

17. Рекомендовала: правильное питание, адекватный/правильный режим дня, сон не менее 8 ч/сут., адекватную физическую нагрузку.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР)

Кал на яйца гельминтов от 20.05.2019

Яйца гельминтов не обнаружены

Анализ мочи общий от 20.05.2019

Физико-химические свойства

Количество 50.0 мл

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная

Относительная плотность 1025 (1015-1025)

Глюкоза не обнаружено ммоль/л

Билирубин отрицательно

Кетоновые тела не обнаружено ммоль/л

Эритроциты отрицательный

Реакция 7.0 (5.0-7.0)

Белок не обнаружено г/л

Уробилиноген 0.0 ммоль/л(0.0-32.0)

Нитриты отрицательно

Лейкоциты отрицательно

Микроскопия осадка мочи

Эпителий плоскости 0-1-2 в п/зр.

Лейкоциты 0-1-2 в п/зр.

Микробиологические исследования от 20.05.2019

Анализ мочи на БК возбудители туберкулеза не обнаружены

Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой от 20.05.2019

СОЭ	22>	мм\час	(3-14)
Гемоглобин	102.0<	g\L	(120.0-140.0)
Эритроциты	2.53<	$[10]^{12}$	(3.7-4.7)
Цветовой показатель	0.87		(0.80-1.00)
Средний объем эритроцитов	85.3	$[mkm]^3$	(80.0-100.0)
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроц.	28.9	pg	(26.0-34.0)
Средняя концентрация гемоглобина в эритроц.	339	г\л	(300-380)
Гематокрит	37.1	%	(36.0-47.0)
Ширина распределения эритроцитов по объему	12.4	%	(11.5-14.5)
Тромбоциты	102<	$[10]^9\text{л}$	(140-392)
Средний объем тромбоцитов	8.9	$[mkm]^3$	(7.4-10.4)
Ширина распределения тромбоцитов по объему	15.8	%	(9.4-18.1)
Лейкоциты	16.0>	$[10]^9$	(4.5-13.0)

Лейкоцитарная формула(микроскопия)

Эозинофилы 2.0 % (0.0-5.0) 0.280 $[10]^3\text{л}$ $[mm]^3$ (0.020-0.300)

Нейтрофилы

палочкоядерные 9.0> % (1.0-6.0) 1.26> $[10]^3\text{л}$ $[mm]^3$ (0.04-0.50)

Нейтрофилы

сегментоядерные (2.00-5.50)	7.30>	%	(45.0-72.0)	10.22>	[[10]] ^3\ [[mm]] ^^3
Лимфоциты (1.20-3.20)	11<	%	(18-40)	1.54	[[10]] ^3\ [[mm]] ^^3
Моноциты (0.10-0.70)	5.0	%	(3.0-11.0)	0.70	[[10]] ^3\ [[mm]] ^^3

Примечание анализ выполнен из венозной крови

Биохимические исследования 20.05.2019

Ионограмма(K, Ca, Na, Cl)

Натрий	137.0<	ммоль\л	(138.0-148.0)
Калий	6.20>	ммоль\л	(3.70-5.30)
Хлор	112.0>	ммоль\л	(97.3-111.0)
Кальций	1.230	ммоль\л	(1.130-1.320)
Холестерин общий	6.6>	ммоль\л	(3.6-6.2)
Билирубин общий	2.9<	мкмоль\л	(3.4-20.5)

С-реактивный

белок(СРБ)	0.0	мг\л	(0.0-5.0)
Общий белок	70.0	г\л	(57.0-80.0)

Комментарий хилезная сыворотка крови

Мочевина	3.7	ммоль\л	(1.7-8.3)
Креатинин	0.067	ммоль\л	(0.053-0.097)
Глюкоза	5.23	ммоль\л	(4.20-6.40)
АСТ	34>	Е\л	(0-31)
АЛТ	35>	Е\л	(0-32)

ЭКГ от 20.05.2019

Заключение:ритм синусовый,брадикардия,AV блокада I степени,выраженное отклонение ЭОС влево.Полная блокада правой ножки пучка Гиса.Блокада передне-верхнего разветвления левой ножкипучка

Гиса.Не исключены очаговые изменения на нижней стенке левого желудочка.

ЭхоКГ от 21.05.2019

Заключение: УЗ признаки атеросклероза аорты,гипертрофия левого желудочка.Фиброзные изменения створок АК и МК.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ПОВТОРНЫЕ)

Кал на яйца гельминтов от 25.05.2018

Яйца гельминтов не обнаружены

Анализ мочи общий от 25.05.2018

Физико-химические свойства

Количество 50.0 мл

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная

Относительная плотность 1015 (1015-1025)

Глюкоза не обнаружено ммоль/л

Билирубин отрицательно

Кетоновые тела не обнаружено ммоль/л

Эритроциты отрицательный

Реакция 6.0 (5.0-7.0)

Белокне обнаружено г/л

Уробилиноген 0.0 ммоль/л(0.0-32.0)

Нитриты отрицательно

Лейкоциты отрицательно

Микроскопия осадка мочи

Эпителий плоскости 0-1-2 в п/зр.

Лейкоциты 0-1-2 в п/зр.

Микробиологические исследования от 25.05.2018

Анализ мочи на БК возбудители туберкулеза не обнаружены

Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой от 25.05.2018

СОЭ	17>	мм\час	(2-15)
Гемоглобин	102.0<	g\L	(120.0-140.0)
Эритроциты	3.53<	$[10]^{12}$	(3.7-4.7)
Цветовой показатель	0.87		(0.80-1.00)
Средний объем эритроцитов	85.3	$[\text{mkm}]^3$	(80.0-100.0)
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроц.	28.9	pg	(26.0-34.0)
Средняя концентрация гемоглобина в эритроц.	339	г\л	(300-380)
Гематокрит	37.1	%	(36.0-47.0)
Ширина распределения эритроцитов по объему	12.4	%	(11.5-14.5)
Тромбоциты	102	$[10]^9\text{л}$	(140-392)
Средний объем тромбоцитов	8.9	$[\text{mkm}]^3$	(7.4-10.4)
Ширина распределения тромбоцитов по объему	15.8	%	(9.4-18.1)

Лейкоциты	14.0>		[[10]] ^9	(4.5-13.0)
Лейкоцитарная формула(микроскопия)				
Эозинофилы	2.0	%	(0.0-5.0)	0.280
[[10]] ^3\ [[mm]] ^3 (0.020-0.300)				
Нейтрофилы				
палочкоядерные	6.0>	%	(1.0-6.0)	1.26>
[[10]] ^3\ [[mm]] ^3 (0.04-0.50)				
Нейтрофилы				
сегментоядерные	5.55>	%	(45.0-72.0)	10.22>
[[10]] ^3\ [[mm]] ^3 (2.00-5.50)				
Лимфоциты	3.20	%	(18-40)	1.54
[[10]] ^3\ [[mm]] ^3 (1.20-3.20)				
Моноциты	5.0	%	(3.0-11.0)	0.70
[[10]] ^3\ [[mm]] ^3 (0.10-0.70)				

Примечание анализ выполнен из венозной крови

Биохимические исследования от 25.05.2018

Ионограмма(K, Ca, Na, Cl)

Натрий	138.0	ммоль\л	(138.0-148.0)
Калий	5.30	ммоль\л	(3.70-5.30)
Хлор	111.0	ммоль\л	(97.3-111.0)
Кальций	1.230	ммоль\л	(1.130-1.320)
Холестерин общий	6.2	ммоль\л	(3.6-6.2)
Билирубин общий	3.4	мкмоль\л	(3.4-20.5)

С-реактивный

белок(СРБ)	0.0	мг\л	(0.0-5.0)
Общий белок	70.0	г\л	(57.0-80.0)

Комментарий хилезная сыворотка крови

Мочевина	3.7	ммоль\л	(1.7-8.3)
Креатинин	0.067	ммоль\л	(0.053-0.097)
Глюкоза	5.23	ммоль\л	(4.20-6.40)
АСТ	31	Е\л	(0-31)
АЛТ	32	Е\л	(0-32)

ЭКГ от 25.05.2019

Заключение: ритм синусовый, ЧСС 73 уд в мин, АВ блокада II степени, увеличение интервала QT. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Оценка: Состояние пациента улучшилось, артериальное давление 150/75. Цель достигнута.

Выписной эпикриз

Пациент С. поступила в терапевтическое отделение 20.05.2019г. в 07:30 ч. с жалобами на одышку, возникающую при незначительной нагрузке. Сильные головные боли в затылочной и височной областях, головокружение. Тошнота, слабость. Повышение артериального давления до 200/100 мм.рт. ст., за период обследования и лечения мы проводили диагностические и лабораторные назначения врача, выполнили уход за больным, реализовали план действий. Пациентка продолжает лечение в стационаре.

ВЫВОД ПО II ГЛАВЕ

Во второй главе нашей работы мы на примере конкретного пациента осуществили ситуационно-обоснованный сестринский уход, планирование эффективной сестринской помощи, реализовали план сестринского ухода, осуществили просветительскую работу с пациентом по вопросам профилактики осложнений острого бронхита. В процессе практической части работы мы пришли к следующим выводам: реабилитационный период очень важен для пациентов с гипертонической болезнью. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации ухода за пациентом, режимом питания, отдыха.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезни сердечно-сосудистой системы, особенно гипертоническая болезнь, являются проблемой мирового масштаба. От этих заболеваний, которые могут быть достаточно тяжелыми, страдают люди всех возрастов во всех странах мира. Важную роль в жизни и уходе за больными с гипертонической болезнью играет медицинская сестра.

В первом задании нами были рассмотрены теоретические аспекты темы. Изучены этиология, предрасполагающие факторы, патогенез, клиническая картина данного заболевания, методы исследования пациентов. Мы рассмотрели роль медицинской сестры в уходе за больным с гипертонической болезнью.

Во втором задании нами было проведено субъективное и объективное обследование пациента, определены нарушенные потребности пациента. На основании полученных данных о пациенте, поставлены цели и составлен план сестринских вмешательств.

В третьем задании мы провели просветительскую работу с пациентом, разработали памятку по профилактике гипертонической болезни..

В заключении хотелось бы отметить, что в борьбе с гипертонической болезнью и его осложнениями, большую роль играет осознание больным всей важности контроля артериального давления, соблюдение диеты и своевременном приеме медицинских препаратов. Пациенты, которые понимают все это тщательно следят за своим здоровьем, не только лучше себя чувствуют, но и продлевают свою жизнь без осложнений.

Список литературы:

- 1.https://illness.docdoc.ru/gipertonicheskaja_bolezn
- 2.<https://venlife.ru/arterii-i-veny/gipertoniya/gipertonicheskaya-bolezn-simptomy-lechenie-profilaktika.html>
- 3.<https://doctor-cardiologist.ru/gipertonicheskaya-bolezn-klassifikaciya-i-simptomy>
- 4.https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/hypertonic
- 5.<https://www.diagnos.ru/diseases/vasorum/artgipertonia>
- 6.<https://medportal.ru/enc/cardiology/giper/>
- 7.<http://gp1.ru/patsientu/profilaktika/profilaktika-arterialnoy-gipertenzii/>
- 8.<https://www.medglav.com/bolezni-serdca-i-sosudov/gipertonicheskaya-bolezn.html>
- 9.<https://progipertioniyu.ru/simptomiy/gipertonicheskaya-bolezn-oslozhneniya.html>
10. Адамян.И.В. Участие медицинской сестры в организации медицинской помощи при гипертонической болезни/ И.В.Адамян//Медсестра-2016.
11. Алмазов В.А., Чирейкин Л.В. «Трудности и ошибки диагностики заболеваний сердечнососудистой системы» Ленинград, «Медицина», 2015 г.
12. Андреева Г.Ф., Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью/ Г.Ф.Андреева,Р.Г. Оганов-Тер.архив.2016.
13. Бычков А.А. - Диагностический справочник. - М.: -«Феникс» 2017.-
14. Воронов А.В.,Профилактика,диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии/А.В.Воронов,Ю.Г.Лысенко-Москва,2015.
15. Гребнев.А.Л. Основы общего ухода за больными / А.Л.Гребнев,А.Л.Шейгиулин,-Москва 2017.

16.Корягина Н.Ю., Широкова Н. В. - Организация специализированного сестринского ухода - М.: - ГЭОТАР - Медия, 2015.

17.Крюков.Н.Н. Артериальная гипертония и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля// Н.Н.Крюков, П.И.Романчук-Самара 2017.

18.Лопатников.В.А. Уход за пациентом с артериальной гипертензией / В.А.Лопатников.// Медицинская сестра-2016.

19.Лычев В. Г., Карманов В. К. - Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: - учебное методическое пособие М.: - Форум инфра, 2015.

20.Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенов Н.Н - Сестринское дело в терапии - М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2015.

21.Маколкин В.И., Подзолоков В.И., Гипертоническая болезнь, Москва, Издательский дом «Русский врач»-2015.

22.Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. «Внутренние болезни» в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2014 г

23.Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 2013г

24.Медсестра - Научно-практический журнал - «Медиздат»-2015.

25.Медицинская сестра - Научно-практический и публицистический журнал - Издательский дом «Русский врач»-2016.

26.Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. «Электрокардиография и фонокардиография». М. «Медицина», 2015г

27.Мухина С.А., Тарновская И.И - Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2016.

28.Мухина С.А., Тарновская И.И - Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: - ГЭОТАР - Медиа 2016.г

29.Никитин Ю.П. «Все по уходу за больным», Москва, 2016г

- 30.Обуховец Т.П., Скляр Т.А., Чернова О.В.- Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. Ростов н/Д Феникс - 2016г
- 31.Окороков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов», Витебск, 2016г
- 32.Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016г
- 33.Пауков В.С., Хитров Н.К. Патология: Учебник. - М.:2013г
- 34.Смолева Э.В., Аподиакос Е.Л. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: Учебник. - Феникс.2015г
35. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств./Под ред. В.И. Метелица, МИА , 2015г
- 36.Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. - АстраФармСервис, 2015г
- 37.Трубников Г.В. «Методические основы познания терапии», Барнаул, 2016г
- 38.Фрид М., Грайнс С. Кардиология в таблицах и схемах. - Практика. М.: 2016г
- 39.Чазов Е И, «Болезни органов кровообращения», Медицина, 2014г
- 40.Шапкин В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н. Пасиешвили - Справочник по терапии с основами реабилитации - М.: - Феникс- 2017.г

Сестринский дневник наблюдения

Больной С. 46 лет.

Осмотр на педикулёз: нет; туберкулез: нет.

Группа крови: 0(I) Rh – принадлежность положительный.(+)

Дата и время поступления в стационар: 20.05.2019.г в 07:30

Диагноз врачебный: Гипертоническая болезнь II ст;

Сопутствующие: НК II ст.

№	Данные наблюдений		Физиологическая	Дата					
				20.05	21.05	22.05	23.05.	24.05.	25.05.
1.	Диета № стола		10	+	+	+	+	+	+
2.	Сознание								
	а) ясное			±	±	±	±	±	±
	б) спутанное								
	в) без сознания								
3.	Положение больного:								
	а) активное			±	±	±	±	±	±
	б) пассивное								
	в) вынужденное								
4.	Артериальное давление (мм.рт.ст)	У	100/60-140/90	180/95 180/85	170/90 165/85	165/85 160/85	150/80 150/75	150/75 145/70	150/75 145/75
		В	100/60 140/90	195/100 180/80	170/80 160/80	160/80 160/75	150/80 145/80	145/70 140/70	145/70 140/65
5.	Пульс:								
	а) наполнение	У	Полный	±	±	±	±	±	±
		В	полный	±	±	±	±	±	±
	б) напряжение	У	Твёрдый	±	±	±	±	±	±
		В	твёрдый	±	±	±	±	±	±
	в) частота уд. в 1 мин	У	60-80'	75	85	81	78	76	73
		В	60-80'	70	80	85	80	75	70
	г) ритм	У	ритмич.	±	±	±	±	±	±
В		Ритмич	±	±	±	±	±	±	
6.	Цвет кожных покровов								

7.	а) нормальный			+	+	+	+	+	+
	б) бледный								
	в) гиперемированный								
	г) цианоз								
	д) другой								
	Состояние								
	а) влажная			±	±	±	±	±	±
8.	б) сухая								
	в) наличие сыпи, пролежни								
8.	Тургор кожи:								
	а) нормальный			±	±	±	±	±	±
	б) эластичность		Эластичность	±	±	±	±	±	±
9.	Температура	У	36-37 ⁰ С	36,6°С	36,7°С	36,7°С	36,6°С	36,8°С	36,6°С
		В	36-37 °С	36,7°С	36,6°С	36,8°С	36,6°С	36,8°С	36,6°С
10.	Частота дыхательных движений	У	16-20'	22'	18'	17'	17'	17'	18'
		В	16-20'	20'	19'	18'	20'	21'	17'
11.	Тип дыхания:								
	а) брюшной								
	б) грудной			+	+	+	+	+	+
	в) смешанный								
	г) свободное			±	±	±	±	±	±
12.	Наличие олыпки:								
	а) инспираторная								
	б) экспираторная								
	в) смешанная			+	+	+	+	+	+
13.	Язык:								
	а) сухой								
	б) влажный			±	±	±	±	±	±
	в) наличие налёта								
14	Тошнота (да, нет)			±	±	±	±	±	±
15.	Рвота:								
	а) обильная								
	б) однократная								
	в) отсутствует			±	±	±	±	±	±

16.	Вздутие живота (да, нет)		±	±	±	±	±	±
17.	Перистальтика:							
	а) вялая							
	б) активная		±	±	±	±	±	±
	в) отсутствует							
18.	Стул:		О	О	О	О	О	О
19.	Отёки (да, нет)		+	+	+	+	+	+
20.	Локализация							
	а) лицо							
	б) туловище							
	в) конечности							
21.	Диурез: а) в норме		±	±	±	±	±	±
	б) снижен							
	в) повышен							
22.	Водный							
	а) выпито							
	б) введено в/в							
	в) выделено (по дренажу)							
	г) выделено (по							
	д) выделено							
23.	Медикаментозная терапия		±	±	±	±	±	±
24.	Инфузионная терапия							

ОЦЕНКА ПРИНИМАЕМОГО ЛЕКАРСТВА

Характеристика препарата	1	2	3	4
Название препарата	Верапамил	Кандесартан	Каптоприл	Атенолол
Фармакологическое действие	антиангинальное, антигипертензивное, антиаритмическое	антигипертензивное	гипотензивное, вазодилатирующее, натрийуретическое, кардиопротективное	Антиангинальное, гипотензивное, антиаритмическое.
Показания	пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, трепетание и мерцание предсердий, наджелудочковая экстрасистолия; хроническая стабильная стенокардия, нестабильная стенокардия, вазоспастическая стенокардия, артериальная гипертензия.	Артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность	Артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность	Артериальная гипертензия, стенокардия, острый инфаркт миокарда, тахикардия, экстрасистолия..
Побочные эффекты	окраснение лица, выраженная брадикардия, АВ блокада, артериальная гипотензия, тошнота, рвота, запор, головокружение, головная боль.	Головокружение, слабость, головная боль, боль в спине, респираторные инфекции	Утомляемость, головокружения, головная боль, гипотензия, инфаркт миокарда	Усталость, головокружение, головная боль, нарушение сна, сухость во рту, тошнота.
Способ применения (время)	Во время или после еды	1 раз в сутки, вне зависимости от приема пищи	За час до еды	_____
Доза	120мг	8мг	25мг 2 р/сутки	50 мг. 1р/сут
Особенности введения	Перорально	Перорально	Перорально	Перорально
Признаки передозировки	глубокое угнетение сознания, артериальная гипотензия, синусовая брадикардия, переходящая в АВ блокаду, иногда — асистолия	Снижение АД, головокружение, тошнота	острая артериальная гипотензия, нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, тромбоэмболия, ангионевротический отек.	Брадикардия, нарушение дыхания, бронхоспазм, гипогликемия.



Гипертония - это периодическое или стойкое повышение уровня артериального давления выше 140/90 мм рт.ст.

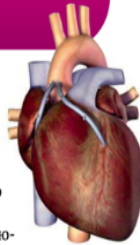


Что такое артериальное давление и артериальная гипертензия?

При сокращении сердца кровь выталкивается в сосуды, по которым продвигается ко всем органам и тканям организма, снабжая их питательными веществами и кислородом.

Артериальное давление (АД) — это сила, с которой поток крови давит на сосуды. Во время сокращения сердца развивается максимальное (**систолическое**) давление в артериях, во время расслабления сердца давление уменьшается, что соответствует **диастолическому** давлению.

Артериальная гипертензия (АГ) — состояние, характеризующееся стойким повышением АД — выше 140/90 мм рт.ст. При многолетнем течении АГ организм постепенно адаптируется к высоким цифрам АД. При этом может сохраняться удовлетворительное самочувствие.



ЭТО НАДО ЗНАТЬ!

Необходимо периодически контролировать своё давление, даже если Вы хорошо себя чувствуете!

Это поможет вовремя выявить АГ и начать лечение. Отсутствие информации об имеющемся повышенном АД приводит к тяжёлым последствиям: возрастает риск осложнений, таких, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт.



Основные принципы эффективного контроля АГ

- **Немедикаментозное лечение:** изменение режима питания, нормализацию массы тела, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут (чайная ложка), увеличение физической нагрузки, отказ от употребления алкоголя, отказ от курения
- **Строгое соблюдение регулярности приёма назначенных врачом препаратов,** снижающих уровень АД, нормализующих показатели холестерина, препаратов, влияющих на свёртываемость крови
- **Самоконтроль АД в домашних условиях**
- **Умение оказывать доврачебную помощь** при гипертоническом кризе
- **Устранение неблагоприятных факторов риска,** провоцирующих повышение АД и осложняющих лечение.

Каким должно быть питание при артериальной гипертензии?

Питание при АГ должно быть направлено на:

- предупреждение увеличения массы тела при нормальной её величине;
- нормализацию избыточной массы тела;
- коррекцию нарушений липидного обмена при избыточном уровне холестерина в крови

ЭТО ДОКАЗАНО!

↑ **Увеличение в рационе фруктов и овощей, уменьшение жиров - снижение АД на 10 мм рт.ст.**
Употребляйте 4-5 порций (500 граммов) фруктов и овощей в день (за исключением картофеля)

↓ **Ограничение соли - снижение АД на 5-10 мм рт.ст.**
В сутки не следует употреблять более 5 г поваренной соли (одна чайная ложка без верха). До 80% соли потребляется из готовых продуктов. Большинство людей досаливает пищу за столом и многим необходимо менять такую пищевую привычку.

Продукты с низким содержанием поваренной соли (менее 0,1 г на 100 г продукта) – самые полезные!

- Продукты растительного происхождения
- Молочные продукты
- Свежая и замороженная рыба, мясо (в натуральном мясе в 10-15 раз меньше соли, чем в колбасе)
- Зерновой хлеб с низким содержанием соли

Чтобы уменьшить потребление соли, соблюдайте простые правила:

- Консервированные, соленые, копченые продукты (мясо, рыба) рекомендуются потреблять только в малых количествах и не каждый день
- Готовьте пищу с минимальным количеством соли
- Для улучшения вкусовых качеств добавляйте пряности и травы
- Уберите солонку со стола
- Используйте йодированную соль

Увеличение потребления калия и магния является самостоятельным важным фактором снижения давления, с этой целью надо увеличить в рационе потребление следующих продуктов:

- курага, чернослив, изюм, финики
- картофель, фасоль, горох, томаты, свекла, редис, зеленый лук, морковь
- морская капуста
- говядина, свинина
- овсяная крупа
- смородина, виноград, абрикосы, персики, бананы, арбуз
- семена подсолнечника, арахис и другие орехи (несоленые)
- специальная соль со сниженным содержанием натрия хлорида и высоким содержанием калия



Артериальная гипертония

Артериальная гипертония - самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. В нашей стране гипертонией болеют до 40 процентов взрослых людей, у лиц старше 65 лет она достигает 60 процентов.

Гипертонией называют стойкое повышение артериального (кровенного) давления, то есть давления, которое оказывает кровь на стенки сосудов.

Это давление имеет верхнюю и нижнюю границы - (т.н. систолическое и диастолическое давление) и измеряется в миллиметрах ртутного столба.

Нормальным считается давление **120/80**.

Если давление выше **140/90**, то это уже повышенное давление, или гипертония.

Заболевания сердечно-сосудистой системы, в свою очередь, являются **основной причиной смерти** в нашей стране. 49 процентов всех смертельных случаев вызвано именно этими заболеваниями.

Что такое гипертония?



Артериальное давление - величина изменчивая. Причины, от которых оно зависит:



Время суток
(ночью давление обычно ниже)



Физические нагрузки
(повышают давление)



Психологическое состояние человека
(при стрессе давление повышается)



Прием различных стимулирующих веществ
(кофе, чай повышают давление)



Прием различных медикаментов



Факторы риска

Наследственность
Нервно-психическое перенапряжение
Малоподвижный образ жизни
Избыточный вес
Курение
Злоупотребление алкоголем
Злоупотребление поваренной солью



Симптомы

Утомляемость
Бессонница
Головные боли (особенно в затылочной части)
Боли в области сердца
Одышка
Неврологические нарушения



Последствия

Сердечно-сосудистые заболевания (в частности, инсульты и инфаркты):
риск удваивается при повышении давления на каждые 20/10 мм рт. ст.



Лечение

Борьба со стрессом
Правильный режим труда и отдыха (сон не менее 8 часов)
Отказ от курения
Соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, жиров, легкоусвояемых углеводов
Ежедневная умеренная физическая активность
Прием соответствующих медикаментов

ПОВЫШЕННОЕ ДАВЛЕНИЕ - ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:

«Подскок» артериального давления (АД) сопровождается шумом в ушах и в голове, головокружением, головной болью, слабостью, поташиванием. Может появиться неустойчивая походка, ощущение жара, сердцебиение, чувство сжатия за грудной, нехватки воздуха, нарушение слуха и зрения. Продолжается от нескольких часов до нескольких дней



1 ИЗМЕРЬТЕ АД
Нормальным можно считать значение не выше 140/90 мм.рт.ст.
Запишите цифры и отметьте время, когда проводилось измерение



2 СРОЧНО ВЫЗЫВАЙТЕ «СКОРУЮ ПОМОЩЬ»



3 УЛОЖИТЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛЬ
полусидя или с высокой подушкой под головой.
Голова и грудная клетка должны быть выше ног



4 ДАЙТЕ ЛЮБОЕ УСПОКОИТЕЛЬНОЕ
несколько капель корвалола,
настойки валерианы или пустырника



5 ОБЕСПЕЧЬТЕ ПРИТОК СВЕЖЕГО ВОЗДУХА,
расстегните на пациенте воротник,
ремень, карсет и другие
давящие элементы одежды



6 ПОСТАВЬТЕ ГОРЧИЧНИКИ
на затылок и икроножные мышцы



7 СДЕЛАЙТЕ
горячие или горчичные ножные ванны,
теплые ванны для рук, холодный компресс
в голову

ПОМНИТЕ!

Артериальная гипертония - коварная болезнь. Для снижения риска развития заболевания ведите здоровый образ жизни и регулярно измеряйте своё артериальное давление.



ГБУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики», Волгоград;
адрес: Волгоград, ул. Мухоморова, 5;
телефон: 8 (8442) 44-23-78
e-mail: vospromvolg@yandex.ru

ООО «Иллюстрация» ОГРН от 000 000000, Волгоград, ул. Нагорная, 3, этаж 3, корп. 3 (3842) 34-09-43, 35-55-02

Иллюстрация: Давление крови. 12.12.14

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

АД- артериальное давление

АПФ – ангиотензинпревращающий фермент

АС- аортальный стеноз

ВОЗ- Всемирная организация здравоохранения

ВПС- врожденные пороки сердца

ДЖМП- дефект межжелудочковой перегородки

ДМПП- дефект межпредсердной перегородки

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КА- коарктация аорты

МН- митральная недостаточность

МРТ – магнитно-резонансная томография

МС- митральный стеноз

МСКТ - мультиспиральная компьютерная томография

НАК- недостаточность митрального клапана

НМК- недостаточность митрального клапана

ОАН- острая аортальная недостаточность

ОАП- открытый аортальный проток

ППС- приобретенные пороки сердца

ПС- пороки сердца

САС- симпато-адреналовая система

СЛА- стеноз легочных артерий

СМК- стеноз митрального клапана

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СУА- стеноз устья аорты

ТМС- транспозиция магистральных сосудов

ТФ- ТетрадаФалло

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

ФГК-фонокардиография

ХРБС – хронические ревматические болезни сердца

ХСН- хроническая сердечная недостаточность

ЦНС- центральная нервная система

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ - электрокардиография

ЭхоКГ– эхокардиография

