

## № 14 Пневмоконіоз

**Пневмоконіози** - це хронічні захворювання, які викликаються тривалим вдиханням і відкладанням в легенях пилу з подальшим розвитком дифузного фіброзу.

### **Класифікація пневмоконіозів**

#### **За видом пилу:**

1. Силікоз (пил кварцу, тобто кремнезему).
2. Антракоз (пил вугільний).
3. Силікатоз (асбестоз, талькоз, цементний, недиференційований, Al, Mg, Fe).
4. Сидероз (пил заліза).
5. Алюміноз (пил алюмінію).
6. Карбоконіози (пил графіту).
7. Металоконіози (пил металу).
8. Пневмоконіози від змішаного пилу (добування і обробка руди та при інших виробничих процесах).
9. Пневмоконіози від органічного пилу (біосинози - пил бороша, зерна).

#### **За характером протікання:**

- 1) швидкопрогресуючі;
- 2) повільнопрогресуючі;
- 3) пізні.

#### **За формою ретгенологічних змін:**

- 1) вузликова;
- 2) вузлова;
- 3) інтерстиційна.

### **Силікоз**

**Силікоз** - найчастіше і найтяжче пилове захворювання легень, пов'язане з вдиханням агресивного двоокису кремнію (кварцу), що викликає розвиток вузликового фіброзу.

### **Етіологія**

#### **Зустрічається:**

- серед робітників гірничорудної промисловості, машинобудівної промисловості (дробоструйники, обрубники тощо); - у виробництві вогнестійких матеріалів, при розмолі піску, проходженні тунелів.

**Час розвитку** силікозу коливається в широких межах: у гірників силікоз може виникнути при стажі роботи 3-10 років, у обрубників порід - 1-4 роки, у формувальників - 10-30 років.

**Частота виникнення, швидкість розвитку захворювання і ступінь ураження легень** залежать від умов праці, дисперсності і концентрації кварцевого пилу й індивідуальної реактивності організму.

### **Медсестринський процес при силікозі**

#### **І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження**

Збирання інформації ведеться суб'єктивними, об'єктивними та додатковими методами обстеження.

#### **Суб'єктивні методами обстеження:**

### А. Скарги:

Клінічні прояви силікозу часто незначні, що великою мірою утруднює ранню діагностику захворювання.

**Скарги:** - *задишка* (часта скарга); - пізніше *напади ядухи*; - *біль* у грудній клітці (спочатку непостійний, і має характер поколювання, пізніше - стискаючого характеру, відчуття скованості в грудній клітці); - *загальна слабкість*; - *пітливість*; - *кашель* (спочатку сухий, стійкий з виділенням великої кількості гнійного харкотиння); - *кровохаркання* (рідко!) -10-20%.

### Б. Анамнестичні дані:

- прояви силікозу часто незначні; - дають можливість з'ясувати етіологічні моменти захворювання.

### В. Об'єктивні методи обстеження:

- *при огляді* грудної клітки - емфізематозна форма; - *при перкусії* - коробковий звук над ділянками емфіземи і притуплений - над ділянками фіброзу; - *при аускультатії легень*: над емфізематозними ділянками послаблене дихання, над ділянками притуплення - жорстке дихання, вологі хрипи; - *при аускультатії серця* - послаблені серцеві тони, акцент II тону над легеневою артерією, функціональні серцеві шуми над верхівкою; - *АТ* - гіпотонія; - *зміни з боку ШКТ*: порушення функцій печінки, моторної та секреторної функцій шлунка та кишок.

### Rg-дані:

**1 стадія** - легеневий малюнок переважно в середніх і нижніх відділах посилений і деформований, тіні вузликового характеру, корені легень помірно ущільнені;

**2 стадія** - легеневі поля емфізематозні, дифузна деформація легеневого малюнку, численні тіні вузликового характеру, корені розширені, ущільнені;

**3 стадія** - в верхніх і нижніх відділах масивні, не однорідні затемнення. в нижніх - емфізема, корені не диференціюються.

### Ускладнення:

- силіко-туберкульоз; - пневмонії; - спонтанний пневмоторакс; - легеневе серце; - бронхіальна астма; - рак легень; - емфізема легень тощо.

### Силікатози і інші пневмоконіози.

У даний час, крім силікозу, є досить багато інших пневмоконіозів: силікатози, пов'язані з дією пилу силікатів; антракоз (карбокониози) - з дією пилу вугілля, сажі, графіту; металоконоіози - пилу металу та біосинози - з дією органічного пилу (борошно, зерно, цукрова тростина тощо).

Між силікозом і іншими пневмоконіозами є багато спільного, особливо в клініко-рентгенологічних проявах хвороби, але є і відмінності. Як правило, при несилікатичних пневмоконіозах стаж роботи більший, ніж при силікозі, ступінь значного фіброзного процесу, за даними рентгенологічного дослідження, значно менший, рідше зустрічається II-а і, особливо III-я стадії хвороби. Деяко відрізняється і характер рентгенологічної картини. Майже для всіх некарцевих несилікатичних пневмоконіозів типова перевага інтерстиціальних змін над вогнищево-вузловими, рідко утворюються великі зливні затемнення. Рідкістю є великі силікатичні вузлики.

Є відмінності і в клінічних проявах. Як правило, несилікотичні пневмоконіози мають більш легкий клінічний перебіг (виключення - асбестоз), рідше і повільніше прогресують, але можуть мати зворотний розвиток. Слід відмітити також, що несилікотичний пневмоконіозний процес, порівнюючи з силікозом, менш схильний до ускладнень туберкульозом, при цьому перебіг останнього легший, ніж при силікотуберкульозі. Але більшість пневмоконіозів супроводжуються більш значними порівняно з силікозом ураженнями бронхіального дерева (розвиваються пилові бронхіти). Частіше, ніж при силікозі, спостерігається бронхіальна астма.

## **II етап сестринського процесу -**

### **Медсестринська діагностика**

**Наявні проблеми:** - задишка; - ядуха; - біль у грудній клітці; - загальна слабкість; - пітливість; - кашель; - кровохаркання.

**Потенційні проблеми:** - можливе виникнення легеневої кровотечі, силіко-туберкульозу, пневмонії, спонтанного пневмотораксу, легеневого серця, бронхіальної астми, раку легень, емфіземи легень тощо.

- **Складемо медсестринський діагноз:** - задишка; - ядуха; - біль у грудній клітці; - загальна слабкість; - пітливість; - кашель; - кровохаркання, можливе виникнення легеневої кровотечі, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

## **III етап медсестринського процесу -**

### **Планування медсестринських втручань**

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.
2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
4. Виконання лікарських призначень.
5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.
7. Навчання пацієнта та його оточення принципам співжиття при інфекційному захворюванні.

## **IV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань**

1. Підготовка пацієнта і взяття мокротиння для загальною аналізу, бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень.
2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів дослідження.
3. Створення комфортних умов для пацієнта.
4. Контроль за провітрюванням приміщення, його прибирання.
5. Контроль і допомога в дотриманні пацієнтом дієти (молочні продукти, які містять казеїн і ліпотропні речовини).
6. Контроль за збиранням мокротиння в плевальницю пацієнтів.
9. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта; загальний стан, вимірювання  $t^0$  тіла, АТ, Р, ЧДР.
10. Переодягання та обтирання у разі пітливості.

11. Тепле питво і содові інгаляції при кашлі.

12. Проведений оксигенотерапії при задишці, дихальна гімнастика.

13. Підвищене положення, холодне питво при кровохарканні.

Виконання призначень лікаря (терапія силікозу повинна бути комплексною і передбачати відновлення порушених функцій, попередження виникнення туберкульозу, а також спроби діяти на патогенетичні ланки хвороби з метою гальмування і прогресування):

- **вітамінотерапію** (аскорбінова кислота, вітамін Р, нікотинова кислота);

- **гормональна терапія** (кортизон, преднізолон);

- **антибіотики** (якщо є супутні запальні захворювання);

- **протеолітичні ферменти** (трипсин, хімотрипсин);

- **бронходилататори** (ефедрин, папаверин, еуфілін, платифілін);

- **протитуберкульозні засоби** (рифампіцин, ПАСК, фтівазид);

- **відхаркувальні засоби** (настій із корення алтеї, трави термопсису, листя подорожника, амброксол, бромгексин, мукалтин);

- **оксигенотерапію;**

- **фізіопроцедури** (УФО, електрофорез з адреналіном на ділянку шийних симпатичних вузлів, ультразвук на грудну клітку);

- **дихальна гімнастика;**

- **масаж;**

- **кисневмісні суміші.**

14. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта

15. Навчання пацієнта та його оточуючих само- і взаємодогляду.

16. Санаторно-курортне лікування лікування при 1-2 ст. (Казахстан, Євпаторія, Алушка, Лівадія, Ялта, Алушта, Феодосія, Массандра).

### **Профілактика:**

- провітрювання підземних виробок; - перехід на "вологе" буріння; - обладнання ефективною вентиляцією; - попередні і періодичні профілактичні медичні огляди робітників, які професійно стикаються з пилом; - застосування респіраторів; - контроль за дотриманням особистої гігієни; - профілактичні, підкріплюючі курси лікування (повторні курси інгаляцій, регулярна дихальна гімнастика, систематичне заняття спортом, ультрафіолетове опромінення грудної клітки в осінньо-зимовий період); - на роботи, де є контакт з пилом не приймають осіб, яким не виповнилося 18 років, а також осіб із захворюваннями верхніх дихальних шляхів і бронхів, різними формами туберкульозу та з захворюваннями серцево-судинної системи

## **Медсестринський процес при захворюваннях серцево-судинної системи**

### **Основні симптоми захворювань органів кровообігу:**

- **біль в ділянці серця і за грудниною** (біль може бути різним за характером, локалізацією, іррадіацією, умовами виникнення і локалізації больового синдрому);
- **ціаноз** (на пальцях рук, ніг, губ, кінчиках носа);
- **набряки** (частіше виникають на ногах, у поперековій ділянці, на передній черевній стінці, у тяжких випадках спостерігається анасарка);
- **серцебиття** (на початкових стадіях спостерігається тільки при фізичному навантаженні, а пізніше уже у стані спокою);
- **застійне збільшення печінки** (в результаті недостатності правого шлуночка);
- **задишка, кашель, вологі хрипи в нижніх частках легень з обох боків** - є наслідком недостатності лівих відділів серця (**хронічний застій крові в легенях**).

### Артеріальна гіпертензія

**Артеріальна гіпертензія**, за визначенням Комітету експертів ВООЗ, - це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск.

**Есенціальна гіпертензія** (первинна гіпертензія або гіпертонічна хвороба) — це підвищений артеріальний тиск при відсутності очевидної причини його підвищення.

**Вторинна гіпертензія** (симптоматична) — це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Артеріальна гіпертензія - одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Так, дослідження, проведені Інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска, виявили, що підвищений (>140/90 мм рт. ст.) артеріальний тиск мають майже 44% дорослого населення.

Стандартизований за віком показник поширеності АГ серед працездатного населення України становить 34,1%; серед чоловіків – 34,7%; серед жінок – 33,4%.

**Гіпертонічна хвороба** (первинна гіпертензія або есенціальна гіпертензія) - захворювання, головним признаком якого є підвищення АТ, обумовлене порушенням регуляції тону судин і роботи серця і не зв'язана з органічними захворюваннями яких-небудь органів або систем організму. Це одна із форм артеріальної гіпертензії (АГ).

25 % населення земної кулі хворіють на артеріальну гіпертензію (АГ), з них 40 % випадків становлять симптоматичні АГ.

За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12122512 хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ –більше, ніж удвічі в порівнянні з 1998 р. та на 170% у порівнянні з 2000 роком. Зростання поширеності АГ є свідченням ефективної роботи закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, з виявлення артеріальної гіпертензії.

Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу (ХСК) у дорослих (18 років і більше) становить 46,8% (найвищі показники в Львівській і Хмельницькій областях — 53,7 і 52,0% відповідно, найнижчі — у Київській і Чернігівській областях — 40,4 і 42,1% відповідно), тобто, майже половина пацієнтів з ХСК

має підвищений АТ. З практичної точки зору найбільше значення мають комбінація АГ з ішемічною хворобою серця (ІХС) та цереброваскулярними хворобами ЦВХ). У 2010 році поширеність комбінації АГ та ІХС, серед дорослого населення становила 63,3% випадків, захворюваність — 58,8%.

Серед осіб з підвищеним АТ знають про наявність захворювання 67,8% сільських і 80,8% міських мешканців, лікуються відповідно, 38,3% та 48,4%, ефективність лікування складає 8,1% та 18,7%.

Економічні збитки, зумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від АГ та пов'язаних з нею цеebro-васкулярних захворювань перевищують 2 млрд. грн. на рік.

Проблема АГ є нині національною. Указом Президента в Україні в 1999 р. введено національну програму «Профілактики і лікування АГ», метою якої є зниження захворюваності та смертності від ускладнень АГ, підвищення тривалості та якості життя пацієнта. Вона - одна з головних проблем медицини не лише через значну поширеність, а й тому, що є передумовою таких небезпечних наслідків, як інфаркт міокарда, інсульт, аритмії, раптова смерть. Усі вони є актуальними проблемами для медичної сестри на будь-якому місці роботи.

### **Етіологія**

#### **Фактори, які сприяють артеріальній гіпертензії:**

- **Вік.** Існує позитивна залежність між АТ і віком. Систолічний АТ постійно зростає з віком.
- **Стать.** Середні рівні АТ і поширеність АГ у жінок молодого і середнього віку дещо менші, ніж у чоловіків. Пізніше ця залежність змінюється аж до реверсії.
- **Спадковість** – один з найвпливовіших факторів майбутнього розвитку АГ. Виявлено тісну кореляцію між АТ найближчих родичів (батьки, брати, сестри).
- **Маса тіла.** Кореляція між масою тіла і рівнем АТ пряма, значна і стійка. Надлишкова маса асоціюється з 2-6 кратним підвищенням ризику виникнення АГ.
- **Аліментарні фактори:**
- **Кухонна сіль.** Її вживання понад фізіологічну норму позитивно корелює з рівнем АТ.
- **Інші мікроелементи.** Існує зворотний зв'язок між вживанням  $K^+$ ,  $Ca^{2+}$  та  $Mg^{2+}$  і рівнем АТ.
- **Макроелементи:** білки, жири, вуглеводи, харчові волокна. Переважання в харчовому раціоні овочів та фруктів, риби, білого курячого м'яса, обмеження вживання тваринних жирів, холестерину і солодоців сприяє зменшенню рівня АТ.
- **Кава та кофеїн.** Відновлення пресорного ефекту кофеїну відбувається через декілька годин після вживання кави. АГ виникає втричі частіше серед тих, хто вживає від 1 до 5 чашок кави на день порівняно з тими, хто не вживає кави взагалі. Кофеїн, що міститься в міцній каві, підвищує ДАТ у чоловіків з гіпертензією на 8 мм рт.ст., а у осіб з нормальним АТ – на 3 мм рт. ст.
- **Алкоголь.** Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем АТ, причому як епізодичне, так і хронічне. Залежність між вживанням алкоголю і поширеністю АГ має вигляд J-подібної кривої. Частота АГ найменша серед осіб, що вживають

алкоголь в окремих випадках, і поступово зростає в залежності від зростання щоденної кількості вживаних алкогольних напоїв.

- **Паління.** Нікотин різко підвищує АТ навіть у завзятих курців. Ефект кожної сигарети триває біля 30 хвилин. Вже на 1-й хвилині після її випалювання САТ підвищується на 15 мм рт. ст., а на 4-й – на 25 мм рт. ст. При однакових рівнях АТ мозковий інсульт та ІХС у осіб, що палять, виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не палить.
- **Психосоціальні фактори.** Стрес сприяє підвищенню АТ. Проте поки що невідомо, чи призводить тривалий стрес до довготривалого підвищення АТ.
- **Соціально-економічний статус.** В країнах із розвинутою економікою визначається зворотний зв'язок між АТ і рівнем освіти, доходів та професійним статусом. Разом з тим, в країнах перехідного і доперехідного періоду визначається значна розповсюдженість АГ серед забезпечених верств населення. Досвід більшості країн свідчить, що зі зростанням економіки в суспільстві реєструється неухильне підвищення рівнів АТ і поширеності АГ серед малозабезпечених верств населення.
- **Фізична активність.** У осіб, що ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20-50% вищий, ніж у фізично активних. Фізичні навантаження під час виконання професійних обов'язків сприяють підвищенню АТ, а фізична активність в години дозвілля – навпаки. Регулярні аеробні фізичні навантаження є досить ефективним засобом немедикаментозного лікування АГ.

#### Артеріальний тиск залежить від:

- хвилинного об'єму серця; - числа серцевих скорочень; - стану периферійного опору судин; - об'єму циркулюючої крові.

У здорових постійно функціонує декілька фізіологічних систем для підтримання артеріального тиску на нормальному рівні. Дисбаланс цих механізмів і приводять до підйому АТ.

**Нормальні показники АТ становлять** - від 90/60 до 139/89 мм рт. ст.

#### **Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем АТ**

Категорії	САТ мм.рт.ст.	ДАТ мм.рт.ст.
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130-139	85-89
<b>Гіпертензія:</b>		
<b>1 ступень (м'яка АГ)</b>	140-159	90-99
<b>2 ступень (помірна АГ)</b>	160-179	100-109
<b>3 ступень (тяжка АГ)</b>	≥ 180	≥ 110
<b>Ізольована систолічна АГ</b>	≥ 140	≤ 90

Згідно з цією класифікацією, артеріальною гіпертензією є підвищення САТ до 140 мм рт. ст. і вище або ДАТ до 90 мм рт. ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (не менш ніж 2–3 рази у різні дні протягом 4 тижнів).

Класифікація АГ за рівнем артеріального тиску вказує на ступінь його підвищення (не на стадію захворювання).

## Класифікація:

### 1. За періодами морфологічних змін:

1. Функціональні порушення.
2. Морфологічні зміни в артеріолах.
3. Морфологічні зміни в органах, які живляться зміненими артеріями і артеріолами.

### 2. Перебіг ГХ: (

#### Класифікація III стадій повільно прогресуючої гіпертонічної хвороби:

<b>Стадія I</b>	Об'єктивні ознаки органічних уражень органів-мішеней відсутні
<b>Стадія II</b>	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції: <i>Гіпертрофія лівого шлуночка</i> (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії), або <i>генералізоване звуження артерій сітківки</i> , або мікроальбумінурія чи <i>протеїнурія</i> та/або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі (у чоловіків 115-133 мкмоль/л, у жінок 107-124 мкмоль/л)
<b>Стадія III</b>	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушенням функції:
<b>Серце</b>	Інфаркт міокарда, серцева недостатність ІА – ІІІ ст.
<b>Мозок</b>	Інсульт, транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія. Хронічна гіпертензивна енцефалопатія ІІІ стадії. Судинна деменція.
<b>Очне дно</b>	
<b>Нирки</b>	Крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної фази артеріальної гіпертензії).
<b>Судини</b>	Концентрація креатиніну в плазмі у чоловіків >133 мкмоль/л, у жінок >124 мкмоль/л Розшарування аорти

#### Тактика м/с при виявленні артеріальної гіпертензії:

*якщо вперше виявлено підвищення АТ* – понад 140/85 мм рт. ст., насамперед необхідно виміряти АТ ще 2-3 рази протягом місяця. Люди, в яких при 1 вимірюванні виявлено достатньо високий АТ – 180/110 мм рт. ст. або вищий, або в них є інші захворювання ССС - таких пацієнтів без зволікань слід направити до сімейного лікаря.

#### Медсестринський процес:

##### І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження

Збирання інформації ведеться суб'єктивними, об'єктивними та додатковими методами обстеження.

##### Суб'єктивні методи обстеження:

###### А. Скарги:

Тривалий час ГХ перебігати без жодних клінічних ознак. Часто ГХ виявляють під час обстеження чи «Д» огляді з інших причин. Інші пацієнти відчують підвищення АТ під час або після фізичних чи психоемоційних навантажень.



**Клінічні прояви:** - *головний біль* - тупий, буває зранку після сну (локалізація болю - у потилиці, скронях, лобній чи тім'яній ділянках); - *тяжкість у голові*;

- *запаморочення* (внаслідок порушення тону судин мозку і розладу церебрального кровообігу); - *шум у вухах* (внаслідок спазму мозкових судин); - *стомлюваність*; - *безсоння*; - *підвищена психічна збудливість*; - *серцебиття*; - *тупий біль у ділянці серця*; *оніміння й похолодання кінцівок*; - *відчуття пересування мурашок по шкірі* (парастезії).

#### **В). Анамнестичні дані:**

- дія етіологічного фактора;

#### **перебіг:**

- *доброякісний*: повільне прогресування, тривала стадія стабілізації, лікування ефективне;

- *злаякісний*: перебіг швидкий з високим АТ, в тому числі діастолічним, швидко розвиваються ускладнення, тривалість життя значно зменшується.

#### **С). Об'єктивно:**

- *при огляді*: у багатьох хворих шкіра і видимі слизові оболонки мають звичайний колір. А в деяких при підвищенні АТ обличчя буває переважно червоним (червона гіпертензія), в інших унаслідок різкого спазму артеріол воно стає блідим (бліда гіпертензія);

- *АТ* - підвищений відповідно до ступені; - *PS* - твердий, частий;

- зміни з боку *серця* (глухість тонів, акцент II тону на верхівці)

- з боку очей – зниження зору на II – III стадіях.

#### **II етап медсестринського процесу -**

##### **Медсестринська діагностика**

**Наявні проблеми:** - головний біль; - тяжкість у голові; - стомлюваність; - шум у вухах; - тупий біль у ділянці серця; - запаморочення; - загальна слабкість тощо

**Потенційні проблеми:** - можливі нові загострення; - можливі гіпертонічні кризи; - можливі інші ускладнення: інфаркт міокарда, інсульт, ГСН, відшарування сітківки, гостра ниркова недостатність.

- **Складемо медсестринський діагноз:** - головний біль; - тяжкість у голові; - стомлюваність; - шум у вухах; - тупий біль у ділянці серця; - запаморочення; - загальна слабкість, можливі гіпертонічні кризи, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

#### **III етап медсестринського процесу -**

##### **Планування медсестринських втручань**

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.
2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
4. Виконання лікарських призначень.
5. Вирішення супутніх проблем.
6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогляду.

#### IV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК.
2. Підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проби за Зимницьким.
3. Підготовка пацієнта до ЕКГ, ФКГ, R-графії органів грудної клітки, УЗД серця, офтальмоскопії.
4. Створення пацієнтові комфортних умов. Режим - залежить від стадії та ускладнень.
5. Контроль та допомога пацієнтові у дотриманні правил особистої гігієни.
6. Допомога пацієнтові в дієтичному харчуванні, дієта № 10.
7. При головокружінні, загальній слабкості - ліжковий режим, підтримування під час пересування.
8. Догляд при кровотечі з носа - холод, тампонада носа, епсилон - амінокапронова кислота, дицинон.
9. При нудоті - ліжковий режим. Догляд за ротовою порожниною, положенням пацієнта під час блювання.
10. **Виконання призначень лікаря:**
  - 10.1. Допомога пацієнтові у проведенні **немедикаментозного лікування:**
    - усунення негативних, психоемоційних і психосоціальних стресових ситуацій;
    - нормалізація МТ, обмеження вживання алкоголю;
    - припинення куріння;
    - регулярні динамічні фізичні навантаження.
  - 10.2. Психорелаксація, раціональна психотерапія (прогресивна м'язева релаксація, аутотренінг, медитивна методика, лікування з використанням біологічного зворотного зв'язку).
  - 10.3. Голкорекфлексолікування.
  - 10.4. Точковий масаж, шіацу-терапія.
  - 10.5. Фізіотерапія: електросон,магнітотерапія, електрофорез, УВЧ на синокаротидну ділянку, діадинамічні струми, індуктотермія ділянок нирок диск-індуктором, дециметрові хвилі на ділянку нирок, ультразвук на ділянки нирок, СМС на ділянки нирок.
  - 10.6. Саунолікування.
  - 10.7. Гіпоксичні тренування в барокамері.
  - 10.8. Фітотерапія: магнолія біла, омела біла, кропива собача, сухоцвіт багновий, валеріана, горобина чорноплідна, астрагал пухнастий, береза, брусниця, глід, калина, меліса.
- 4.2 **Медикаментозне лікування:**
  - Препарати першої лінії (життєво-необхідні):**
    - 4.2.1. **β-адреноблокатори:** кардіоселективні (атенолол, метопролол, карведілол, бісопролол, небіволол).
    - 4.2.2. **Діуретики:** діхлотіазид, хлортіазид, гідрохлортіазид, фуросемід, спіронолактон, тріамтерен, амілорид, клопамід, індапамід, тикрипафен.
    - 4.2.3. **Антагоністи кальцію:** I покоління - ніфедипін, верапаміл, дилтіазем; II покоління - амлодипін, нікардипін, німодипін, лерканідипін.

4.2.4. **Інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту: середньої тривалості дії** - каптоприл; *продовженої дії* - еналаприл, периндоприл, трандолаприл, лізіноприл, раміприл.

4.2.5. **Блокатори постсимпатичних  $\alpha_1$ -адренорецепторів:** празозин, доксазозин.

4.2.6. **Антагоністи рецепторів ангіотензину II:** лозартан, ірбесартан, вальсартан.

**Препарати другої лінії:**

4.2.7. **Прямі вазодилатори:** гідралазин, дигідралазин, міноксиділ.

4.2.8.  **$\alpha_2$ - антагоністи центральної дії** (стимулятори  $\alpha_2$ - адренорецепторів): клонідина гідрохлорид, метилдопа.

4.2.9. **Симптоматичне:**

- **алкалоїди раувольфії** (резерпін);

- **гуанетидинові сполуки** (гуанетидин).

4.2.10. **Активатори калієвих каналів:** нікорандил, міноксидил, діазоксид.

4.2.11. **Простенон, циклетанін.**

4.2.12. **Гангліоблокатори:** арфонад, бензогексоній, пентамін.

4.3. **Екстракорпоральне лікування:** плазмаферез, низькооб'ємна гемофільтрація, ізольована ультрафільтрація крові.

4.4. Санаторно-курортне лікування (радонові, сірководневі, хлоридно-натрієві, йодо-бромні, вуглекислі, кисневі, жовті скипідарні ванни) - **курорти України:** Ялта, Одеса. Слов'янськ, Закарпаття.

**Пам'ятка!** Лікування гіпертонічної хвороби довготривале.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та його оточення само- та взаємодогляду. Мати самому терпеливості і привчати до терпеливості пацієнта

**Харчові компоненти DASH-дієти**

<b>Вид їжі</b>	<b>Приклади</b>
<b>Злаки та зернові продукти</b>	Цільний пшеничний хліб, хліб грубого помолу, крупи та рослинні волокна, вівсяна крупа <b>Забезпечує енергією та рослинними волокнами</b>
<b>Овочі</b>	Помідори, картопля, морква, горох, гарбуз (кабачок); брокколи, ріпа, листова капуста, шпінат, квасоля (боби) <b>Джерела калію, магнію і волокон</b>
<b>Фрукти</b>	Абрикоси, банани, фініки, виноград, апельсин, грейпфрути, манго, диня, персики, яблука, сливи (чорнослив), родзинки, суниця і мандарини <b>Джерела калію, магнію та волокон</b>
<b>Продукти з низьким вмістом жиру та знежирені молочні продукти</b>	Знежирене або 1 % молоко, знежирена сироватка або йогурт, частково знежирений сир <b>Багаті джерела кальцію та білків</b>
<b>М'ясо, домашня птиця, риба</b>	Брати тільки пісне, вилучати жир, тушкувати або варити, але не жарити, знімати шкіру з птиці

	<b>Багате джерело білків і магнію</b>
<b>Горіхи, боби, насіння</b>	Мигдаль, фундук, арахіс, грецький горіх, насіння соняшнику
	<b>Джерело білків і волокон</b>

**V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Прогноз**

Прогноз гіпертонічної хвороби при своєчасному і регулярному лікуванні, особливо на початкових стадіях хвороби, сприятливий. Прогноз погіршується при появі ускладнень (значних розмірах серця, серцевій недостатності, ураженні нирок, порушеннях мозкового та серцевого кровообігу), недостатньому контролі гіпертензії.

**Диспансеризація пацієнтів:**

- пацієнт знаходиться під постійним наглядом сімейного лікаря; дільнична медична сестра ЗПСМ повинна навчати пацієнта на ГХ дотримувати режиму дня, дієти;

- 1 раз на рік пацієнта повинен оглядати офтальмолог, двічі на рік пацієнта повинні оглядати невропатолог, уролог; рентгенологічне дослідження серця і органів грудної клітки. Періодичність огляду сімейного лікаря: I стадія – 1 раз на рік, при II стадії 1 раз на 6 місяців, при III стадії 1 раз на 3 місяці. При кожному огляді програма додаткового обстеження: загальний аналізи крові, сечі, цукор крові, ЕКГ, креатинін крові.

**Профілактика:**

- нормалізація режиму праці та відпочинку; - повноцінний сон; - дотримання режиму харчування; - виключення з раціону алкоголю, солодощів; - включення в раціон овочів, ягід, морських продуктів, сиру, олії; - дотримання дієти з розвантажувальними днями, голодуванням (під контролем лікаря); - дозоване фізичне навантаження (фізичні вправи, плавання, ходьба).

**Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування:**

<b>Категорії продуктів</b>	<b>Рекомендовані продукти та страви</b>	<b>Бажана кількість</b>	<b>Продукти обмеженого вибору</b>	<b>Продукти та страви, які слід уникати</b>
Жири	Олії: оливкова, соняшникова, кукурудзяна, льняна.	До 1-2 столових ложок загалом на день	Вершкове масло не більше 20 г на добу, спреди.	Тваринні жири (смалець, яловичий, баранячий жири, тверді маргарини), частково гідрогенізовані рослинні жири

				(трансжири).
М'ясо	Нежирна яловичина, кролик, індичка, курка без видимого жиру та шкірочки у відвареному вигляді.	1 порція на день, іноді 2 порції на день	Молода баранина, телятина, свинина, пісна шинка, страви із м'ясною начинкою, варені ковбаси, сосиски.	Жирне м'ясо та птиця, паштети, копчені та сирокопчені ковбасні вироби, смажені, копчені, мариновані м'ясні вироби.
Яйця	Яйця у стравах, білкові омлети.	2-3 яйця на тиждень	Яйця у відвареному вигляді.	Смажені, яєчня.
Риба та рибопродукти	Всі види риби, в тому числі жирна морська риба, приготовлена на пару, відварена.	1 порція (100 г) на день	Запечена риба без шкірочки, заливна, мідії, омари, креветки, кальмари.	Смажена риба, копчена, солонориба, оселедець, ікра.
Молочні продукти	Молоко та кисломолочні продукти до 1% жирності, йогурти натуральними наповнювачами, нежирна сметана у страви, кисломолочний сир до 5% жирності.	Кисломолочні напої – 1-2 порції на день, сир 70-100г на день	Знежирені сорти твердого сиру, сиркові десерти, ряжанка 2,5% жирності.	Жирна сметана, глазуровані сирки, жирний солоний твердий сир, згущене молоко, вершки, жирні кисломолочні продукти.
Фрукти, ягоди	Свіжі ягоди та фрукти, соки по сезону, сушені, заморожені фрукти та ягоди, соки без додавання цукру.	Не менше 3 порцій на день	Солодкі сорти яблук, соки без додавання цукру.	Фрукти у сиропі, консервовані та мариновані фрукти, джеми, варення.
Овочі	Овочі по сезону у свіжому, відвареному вигляді, приготовлені на пару, картопля із	Не менше 3 порцій на день	Консервовані овочі без використання оцту; овочі та картопля, присмажені на	Соління, мариновані овочі, смажені на тваринному жирі картопля та овочі, чіпси

	шкірочкою, бобові, заморожені овочі, зелень.		олії, вимочена квашена капуста.	картопляні, картопля фрі.
Злакові	Хліб із житнього борошна пшеничного борошна гатунку, страви із цільнозернових видів круп (вівсяна, гречана, пшоняна), нешліфований рис, макаронні вироби (із твердих сортів пшениці, гречані), пісні хлібобулочні вироби, галетне печиво.	До 5 скибочок хлібу на день та 1-2 порції каш (3 повних столових ложки) на день	Макаронні вироби із борошна вищого гатунку, солодкі каші, пісочні та бісквітні тістечка, здобні вироби, приготовлені на рекомендованих жирах.	Хлібобулочні вироби із борошна гатунку, смажені пиріжки, кондитерські вироби з додаванням рослинних жирів, сухарики промислового виробництва.
Супи	Вегетаріанські овочеві та круп'яні супи.	1 порція на день	Супи на незжиреному бульйоні, рибні супи із нежирної риби.	Супи на кісткових та м'ясних бульйонах, супи-пюре
Напої	Чай без цукру, німецька кава без кофеїну, мінеральна негазована вода.	В межах загальної кількості рідини на день	Алкогольні напої в перерахунку на 20 г алкоголю, солодкі та газовані напої.	Міцна кава, чай, кава з вершками, какао.
Десерти	Фруктові салати, фруктові неслодке морозиво, заморожені соки.	1-2 порції на день по сезону	Мед.	Вершкове морозиво, десерти з додавання цукру та вершків.
Кондитерські вироби	Лукум, нуга, карамельні цукерки, чорний шоколад.	До 30г на день	Мармелад, пастила, халва.	Ірис, кондитерські вироби з додавання вершкового масла та

				рослинних жирів, молочний шоколад.
Горіхи	Волоські, мигдаль, каштан, грецький горіх, кеш'ю, фундук, бразильський горіх.	1-2 цілісні горіхи на день	Фісташки, арахіс.	Солоні горіхи.
Приправи	Пряні трави.	У страви по сезону	Гірчиця, перець, соєвий соус, нежирні соуси на рекомендованих жирах.	Соуси на бульйонах, майонез.

Самостійні завдання: реферат

УБРАЗЕЦ