

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ В ЧАСТНОСТИ ЗА ЮОЛЬНЫМИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**Ибрагимова Шоира Абдунабиевна****Турайев Бехзод Яшнарович****Европейский медицинский университет**

В данной работе изложены причины, общие принципы профилактики и лечения артериальной гипертензии у пожилых. Обсуждаются особенности ухода за пожилыми больными при этом заболевании.

Ключевые слова: артериальная гипертензия у пожилых, клинико-диагностические мероприятия, лечение, уход.

Артериальная гипертензия (АГ) — наиболее распространенное хроническое заболевание, характеризующееся устойчивым повышением систолического (более 140 мм рт. ст.) и/или диастолического (более 90 мм рт. ст.) артериального давления. Ее выявляют приблизительно у 30% населения планеты и значительно чаще — у 60–70% пожилых и старых людей. Высокое артериальное давление (АД) является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и их летальных осложнений, причем ведущая роль в причинах смертности населения принадлежит повышенному систолическому АД.

В пожилом и старческом возрасте выделяют два вида АГ: 1) первичную (гипертоническая болезнь) и вторичную (заболевания почек, желез внутренней секреции и др.) систоло-диастолическую, 2) изолированную систолическую (ИСГ).

Повышение АД чаще всего диагностируют при обращении пациента к врачу или во время профилактических осмотров. Последующие измерения АД желательно проводить в привычных для больного домашних условиях самостоятельно или с помощью родственников для исключения психоэмоциональной «гипертензии белого халата», обусловленной посещением врача. Снижение повышенного АД у пожилых пациентов способствует значительному уменьшению частоты нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда и сердечной недостаточности. Регулярно измерять АД следует не реже 1 раза в год — при однократном и нестойком повышении, 1 раза в месяц — при тенденции к частому или стабильному его повышению, 2 раз в день — при ухудшении самочувствия и стабильном повышении.

Факторы риска в той или иной степени нарушают нейрогуморальные механизмы регуляции аппарата кровообращения, нормальное (оптимальное) соотношение сосудорасширяющих и сосудосуживающих факторов в пользу последних и основных гемодинамических показателей с последующим повышением АД. Такой механизм развития АГ в сочетании с возрастными особенностями сердечно-сосудистой системы у пожилых наиболее характерен для гипертонической болезни (первичной АГ). Ведущими патогенетическими факторами изолированной систолической артериальной гипертензии, свойственной пожилому и старческому возрасту, является поражение (склероз) аорты и ее крупных ветвей с последующими увеличением их плотности и уменьшением эластичности, повышением нагрузки на левый желудочек сердца и систолического АД.

Уход: При опросе пожилого человека с подозрением на АГ медицинский персонал обращает внимание на следующие анамнестические факты: наличие эпизодов повышения АД, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета у пациента и его близких родственников, вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), хронических психоэмоциональных напряжений, уровень физической активности,

применение лекарственных препаратов, способных повышать АД (кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, препараты, содержащие сосудосуживающие вещества, капли для глаз и носа и др.).

Больному с ранее диагностированной АГ следует задать вопросы о длительности и возможных причинах (обстоятельствах) повышения АД, выполнении предписанных врачом режима физической активности, диетических мероприятий и лекарственного лечения, их эффективности.

При планировании ухода медицинский персонал информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, общих принципах его предупреждения и лечения, организации психологической, физической, социальной и экономической помощи больному со стороны родственников и мероприятиях по изменению привычного для него стиля жизни. Призывает больного к сотрудничеству, обучает его способам ухода за собой и сохранения личной безопасности, укрепляет веру в безопасность и эффективность лечебных мероприятий.

Благоприятным фоном, способствующим эффективности ухода, является исключение психоэмоциональных стрессовых ситуаций путем поддержания в палате и в домашних условиях (семье) доброжелательной, доверительной и спокойной обстановки. Наряду с ограничением физической активности, достаточным отдыхом и сном пациента эти мероприятия в определенной степени способствуют уменьшению общей слабости, утомляемости, одышки, сердцебиений, снижению АД. Для улучшения сна полезны проветривание помещений, спокойные прогулки на свежем воздухе, теплый чай с успокаивающими сборами, обеспечение пациента памперсами, назначение успокаивающих или снотворных лекарств.

В связи с склонностью пожилых и старых пациентов к ортостатическим и ночным обморокам, особенно на фоне гипотензивной терапии, им не рекомендуют пребывать в жарких и душных помещениях, принимать горячую ванну, их обучают навыкам осторожного перемещения из горизонтального положения в вертикальное, своевременного опорожнения кишечника и мочевого пузыря.

Медицинский персонал при стабильном повышении АД измеряет его не реже двух раз в день, следит за динамикой клинических проявлений заболевания, своевременно выявляет его осложнения и докладывает об этом врачу.

Главная роль в решении различных проблем пациента принадлежит немедикаментозному и медикаментозному лечению, направленному на нормализацию АД, уменьшение выраженности или исчезновение неблагоприятных клинических проявлений АГ и сопутствующих заболеваний, улучшение качества жизни и снижение смертности.

Суть профилактики развития и немедикаментозного лечения АГ — соблюдение правил здорового образа жизни, включающее рациональное питание, разумную и строго индивидуализированную физическую активность, уменьшение или исключение психоэмоционального напряжения и вредных профессиональных воздействий (шум, вибрация и др.), отказ от вредных привычек, снижение массы тела при наличии избыточной массы тела и ожирения, а также применение психотерапии, физиотерапии, фитотерапии и лечебной физкультуры.

Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ с ограничением легкоусвояемых углеводов, животных жиров, поваренной соли — не более 5 г/сут (1 чайная ложка) при калорийности 2000–2500 ккал/сут. Употребление жидкости ограничивают при отеках на

фоне хронической сердечной недостаточности. Желательно принимать пищу не реже 4–5 раз в день малыми порциями, в одно и то же время. Не рекомендуют употреблять жирное мясо, крепкие мясные бульоны, говяжий, бараний, свиной жир, субпродукты (печень, почки, мозги), сливочное масло, сало, острые, соленые и жирные закуски. Ограничивают употребление сливок, сметаны, жирного творога, яиц, кофе, какао и алкогольных напитков.

Следует отдавать предпочтение блюдам из нежирного мяса, рыбы и птицы, круп и макаронных изделий, вегетарианским, молочным и фруктовым супам, нежирному молоку, творогу, сыру. Увеличивают содержание в рационе растительных масел — кукурузного, подсолнечного и оливкового. В рационе должны быть достаточно широко представлены богатые минеральными веществами и витаминами овощи и фрукты. Для увеличения поступления в организм солей калия употребляют богатые ими изюм, урюк, чернослив, горох, фасоль, абрикосы, персики, морскую капусту, печеный картофель.

При неэффективности немедикаментозного лечения прибегают к медикаментозному лечению АГ. С этой целью врач назначает лекарственные препараты, которые эффективно снижают АД, защищают от поражения головной мозг, сердце, почки и другие органы, обладают наименьшими побочными (отрицательными) действиями, улучшают качество и увеличивают продолжительность жизни. Перечень этих гипотензивных средств выглядит следующим образом:

- мочегонные средства (диуретики): гипотиазид, арифон ретард и др.;
- антагонисты кальция (нифедипин, верапамил, дилтиазем, амлодипин и др.);
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ): эналаприл, периндоприл, лизиноприл и др.);
- бета-адреноблокаторы (пропранолол, атенолол, метопролол, бетаксолол и др.);
- блокаторы рецепторов ангиотензина II (валсартан, ирбесартан и др.).

Мочегонные средства и антагонисты кальция используют для начального лечения пожилых и старых больных АГ, в первую очередь — больных изолированной систолической гипертензией. Диуретики назначают в комбинации с другими препаратами, снижающими АД. Тактика лечения — назначение одного или нескольких гипотензивных средств и длительность их применения — зависит от выраженности (тяжести) клинического течения АГ, наличия сопутствующих заболеваний и риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Нередко возникает необходимость применения препаратов, снижающих уровень холестерина в крови (симвастатин, ловастатин, никотиновая кислота и др.), улучшающих реологические свойства крови и уменьшающих риск тромботических осложнений (аспирин, курантил, тиклид и др.), оптимизирующих обменные процессы в сердечной мышце (предуктал, милдронат, фосфокреатин и др.).

Снижение АД проводят осторожно и постепенно, применяют низкие начальные дозы желательно длительно действующих гипотензивных средств для предотвращения возможных ортостатических реакций. Медицинский персонал контролирует выполнение пациентом назначений врача, эффективность лечения и динамику показателей АД, выявляет побочное действие лекарственных средств. Больной должен быть ориентирован на регулярное и длительное применение лекарственных средств, способствующее стойкому снижению АД до нормального или пограничного уровня. Следует предостеречь его от самолечения и напомнить, что выбор препаратов, их комбинации и дозировки осуществляет врач.

Медицинский персонал обязана своевременно диагностировать гипертонический криз, оказать доврачебную медицинскую помощь и информировать об этом врача. Больному должен быть обеспечен полный покой: его надо успокоить, усадить или уложить в постель, ослабить стесняющую одежду. Следует безотлагательно измерить АД, узнать его обычные («рабочие») величины, названия и дозы используемых лекарственных препаратов и, если криз развился в домашних условиях, вызвать врача скорой помощи. Для внутреннего применения (под язык) используют препараты быстрого действия: 1–2 таблетки клофелина (0,075–0,15 мг), коринфара (10–20 мг), а при болях в области сердца — нитроглицерин (1,25–2,5 мг).

Лечение криза проводят поэтапно: сначала применяют таблетированные формы, затем препараты для внутримышечного и внутривенного введения. Важным принципом является постепенное снижение АД. Дальнейшие мероприятия по лечению криза определяет врач (внутривенные инъекции клофелина, эуфиллина, эналаприла, мочегонных средств — фуросемида, внутримышечные — сульфата магния и др.).

В дневнике отражают время наступления и симптомы гипертонического криза, цифры АД, частоту и ритмичность пульса, а также названия, дозы и время введения назначенных врачом гипотензивных препаратов. Через 30 мин и 1 ч после их введения медицинская сестра измеряет АД, определяет частоту и ритмичность пульса. В процессе дальнейшего наблюдения она оценивает динамику изменений АД, клинической картины заболевания, выявляет новые проблемы пациента и способствует их решению, оказывает ему психологическую поддержку.

Медицинский персонал совместно с врачом, пациентом и членами его семьи участвует в мероприятиях по предупреждению развития (первичная профилактика) и замедлению прогрессирования (вторичная профилактика) АГ. Способы первичной и вторичной профилактики почти идентичны и изложены выше при описании немедикаментозного лечения заболевания. Дополнительно отметим, что предупреждение прогрессирования АГ во многом зависит от желания и возможности пожилого человека изменить стиль жизни и соблюдать правила здорового образа жизни, от способности медицинских работников убедить пациента регулярно и длительно применять гипотензивные и другие лекарственные средства, научить его методам самоизмерения АД, организовать ему психологическую, физическую и экономическую поддержку в семье.

Литература:

1. Бейер П., Майерс Ю. Теория и практика сестринского дела в контексте здоровья взрослого человека / Под ред. С.В.Лапик.— М., 2001.— 650 с.
2. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь: новое в диагностике и лечении; клиническая оценка причин и механизмов развития.— М., 1997.— 339 с.
3. Комиссаренко И.А., Милюкова О.М., Лазебник Л.Б. Изолированная систолическая гипертония у пожилых. Этиология, патогенез, особенности диагностики и лечения // Клин. геронтология.— 2001.— № 1–2.— С. 36–41.
4. Кушаковский М.С. О систолической артериальной гипертензии // Кардиология.— 1997.— № 7.— С. 78–80.
5. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского ухода.— Ростов-на-Дону, 2000.— 448 с.
6. Пожилой пациент. Приложение к журналу «Медицинская сестра».— М., 2003.— 104 с.
7. Шулутко Б.И. Артериальные гипертензии.— СПб., 2001.— 223 с.