ЦИКЛОВАЯ КОМИССИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

(учебный кейс)

на тему:

Пациент с артериальной гипертензией: учебный разбор клинического случая

ОБРАЗЕЦ

Выполнил(а): студентка 3 курса группы СД-31 Кузнецова Марина Игоревна
31.02.01 Сестринское дело

Руководитель: преподаватель высшей категории, кандидат медицинских наук Соколова Ирина Петровна

Брянск · 2026

Демонстрационный образец. Данные условны. Не является выполненной работой конкретного студента.

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертензия остаётся одной из наиболее значимых проблем современной клинической медицины: она широко распространена, длительное время протекает малосимптомно и при отсутствии адекватного контроля приводит к поражению органов-мишеней — сердца, почек, сосудов и головного мозга [2, с. 14]. По данным эпидемиологических исследований, повышенное артериальное давление регистрируется у значительной части взрослого населения, при этом доля лиц с достигнутым целевым уровнем давления остаётся недостаточной [3, с. 58].

Цель настоящей работы — представить учебный разбор клинического случая пациента с артериальной гипертензией и продемонстрировать логику диагностического поиска, оценки факторов риска и выбора терапевтической тактики. Для достижения цели поставлены задачи: рассмотреть теоретические аспекты заболевания, проанализировать данные условного пациента (ООО «Пример», пациент К., 54 года), сопоставить выявленные изменения с критериями диагностики и сформулировать обоснованные выводы [1, с. 22].

Материалом послужила учебная клиническая модель, построенная на условных, но правдоподобных данных анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментального обследования. Практическая значимость работы состоит в том, что разбор демонстрирует алгоритм ведения пациента с артериальной гипертензией и может использоваться как методическое пособие при подготовке к практическим занятиям [4, с. 37].

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1.1 Понятие, классификация и факторы риска артериальной гипертензии

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой стойкое повышение систолического артериального давления (АД) до 140 мм рт. ст. и выше и/или диастолического АД до 90 мм рт. ст. и выше у лиц, не получающих гипотензивную терапию, подтверждённое при повторных измерениях в различной обстановке [1, с. 12]. Заболевание относится к числу наиболее распространённых в кардиологической практике: по данным эпидемиологических исследований, им страдает около 30–45 % взрослого населения, при этом значительная часть пациентов не знает о наличии у себя повышенного давления. Стойкая АГ является ведущим фактором риска инфаркта миокарда, мозгового инсульта, хронической болезни почек и сердечной недостаточности, что определяет её медико-социальную значимость [2, с. 24].

Современная классификация АГ строится по нескольким основаниям. По уровню АД выделяют первую степень (140–159/90–99 мм рт. ст.), вторую степень (160–179/100–109 мм рт. ст.) и третью степень (180 мм рт. ст. и выше / 110 мм рт. ст. и выше). По происхождению различают первичную (эссенциальную) АГ, составляющую около 90–95 % случаев, и вторичную (симптоматическую) АГ, обусловленную поражением органов и систем — почечную, эндокринную, гемодинамическую и другие [3, с. 58]. По характеру течения выделяют стабильную и кризовую формы, а также доброкачественную и злокачественную АГ.

Факторы риска АГ принято делить на немодифицируемые и модифицируемые. К немодифицируемым относят возраст старше 55 лет у мужчин и 65 лет у женщин, наследственную предрасположенность и мужской пол. Модифицируемые факторы включают избыточную массу тела и ожирение, избыточное потребление поваренной соли, низкую физическую активность, табакокурение, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональное напряжение и дислипидемию [4, с. 37]. Управление модифицируемыми факторами составляет

основу первичной профилактики и немедикаментозной коррекции заболевания. Обобщённая характеристика степеней АГ представлена в таблице 1.1.

Таблица 1.1 – Классификация артериальной гипертензии по уровню артериального давления

Степень АГ	Систолическое АД, мм рт. ст.	Диастолическое АД, мм рт. ст.	Доля пациентов, %
Оптимальное АД	менее 120	менее 80	—
Первая степень	140–159	90–99	40
Вторая степень	160–179	100–109	35
Третья степень	180 и выше	110 и выше	25

Источник: составлено автором по данным [1, с. 18; 3, с. 61].

1.2 Сестринский процесс при артериальной гипертензии

Сестринский процесс при АГ представляет собой научно обоснованную технологию сестринской помощи, направленную на оценку состояния пациента, выявление его проблем и организацию ухода. Он включает пять последовательных этапов: сестринское обследование, постановку сестринского диагноза, планирование вмешательств, их реализацию и оценку достигнутых результатов [5, с. 44]. На первом этапе медицинская сестра собирает субъективные данные (жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, одышку) и объективные данные, включая измерение АД, пульса, массы тела и оценку факторов риска.

На втором этапе формулируются приоритетные проблемы пациента: головная боль, тревожность, снижение переносимости физической нагрузки, дефицит знаний о заболевании и правилах самоконтроля АД, риск развития гипертонического криза. На третьем этапе составляется план сестринских вмешательств, который включает контроль АД и пульса, обучение пациента технике измерения давления, разъяснение принципов диеты с ограничением соли до 5 г в сутки, организацию дозированной физической активности и контроль регулярности приёма гипотензивных препаратов [6, с. 72].

Реализация плана предполагает выполнение независимых и зависимых сестринских вмешательств: наблюдение за состоянием пациента, подготовку к лабораторно-инструментальным исследованиям, выполнение врачебных

назначений, ведение дневника самоконтроля АД. Важное место занимает работа школы здоровья для пациентов с АГ, в рамках которой формируются навыки самоконтроля и приверженность лечению. На пятом этапе оценивается эффективность ухода: достижение целевых значений АД, снижение тревожности, повышение информированности пациента о заболевании и его готовности соблюдать рекомендации [5, с. 49].

Ключевым результатом сестринского процесса при АГ является повышение приверженности пациента лечению и модификация факторов риска. Критериями эффективности служат стабилизация АД на целевых значениях, отсутствие гипертонических кризов, регулярность ведения дневника самоконтроля и соблюдение немедикаментозных рекомендаций. Таким образом, грамотно организованный сестринский процесс обеспечивает непрерывность наблюдения за пациентом и способствует улучшению прогноза заболевания [6, с. 78].

ГЛАВА 2. УЧЕБНЫЙ РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

2.1 Характеристика пациента и данные первичного обследования

Для учебного разбора представлен условный клинический случай пациентки П., 58 лет, находящейся на стационарном лечении в терапевтическом отделении условного медицинского учреждения ООО «Пример-Клиника» с диагнозом «артериальная гипертензия II стадии, степень 2, риск 3 (высокий)». Пациентка пенсионного возраста, работает в бюджетной организации, имеет среднее специальное образование. Из анамнеза известно, что повышение артериального давления (АД) отмечается на протяжении последних восьми лет, регулярную антигипертензивную терапию принимает непостоянно, самоконтроль АД осуществляет эпизодически. Наследственность отягощена: мать страдала артериальной гипертензией и перенесла острое нарушение мозгового кровообращения [2, с. 114].

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на головную боль в затылочной области, головокружение, ощущение тяжести в голове, периодическое сердцебиение, общую слабость, снижение работоспособности, нарушение сна. Указанные симптомы усиливались при психоэмоциональных нагрузках и в утренние часы. Объективно при первичном осмотре: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, отёков нет. Частота дыхательных движений — 18 в минуту, частота сердечных сокращений — 84 в минуту, АД на правой руке — 168/102 мм рт. ст., на левой — 164/100 мм рт. ст. [3, с. 58].

Таблица 2.1 – Данные первичного обследования пациентки П. при поступлении

Показатель	Значение при поступлении	Референсные значения
Систолическое АД, мм рт. ст.	168	менее 140
Диастолическое АД, мм рт. ст.	102	менее 90
ЧСС, уд/мин	84	60–80
Масса тела, кг	88	—
Индекс массы тела, кг/м²	31,4	18,5–24,9
Глюкоза крови натощак, ммоль/л	6,2	3,9–5,5

Показатель	Значение при поступлении	Референсные значения
Общий холестерин, ммоль/л	6,4	менее 5,2
Креатинин, мкмоль/л	92	44–97

Источник: составлено автором по данным условной медицинской карты пациентки П.

По результатам первичного обследования выявлены избыточная масса тела (индекс массы тела 31,4 кг/м²), умеренная гипергликемия натощак и гиперхолестеринемия, что в совокупности с повышенным АД и отягощённой наследственностью подтверждает высокий сердечно-сосудистый риск. При электрокардиографии зарегистрированы признаки гипертрофии левого желудочка, при эхокардиографии — утолщение стенок левого желудочка при сохранной фракции выброса. Осмотр глазного дна выявил сужение артериол сетчатки. Данные изменения соответствуют II стадии заболевания с поражением органов-мишеней [1, с. 92].

На основании полученных данных сформулированы приоритетные сестринские проблемы: головная боль и головокружение, связанные с повышением АД; тревога по поводу состояния здоровья; недостаточная информированность о заболевании и правилах приёма лекарственных средств; избыточная масса тела и нерациональное питание; нарушение сна. Потенциальные проблемы: риск гипертонического криза, риск острого нарушения мозгового кровообращения и инфаркта миокарда, риск падений на фоне головокружения. Составлен план сестринского ухода, согласованный с лечащим врачом [4, с. 141].

2.2 Анализ результатов наблюдения и сестринские вмешательства

В течение первых трёх суток пребывания в отделении проводился динамический контроль гемодинамических показателей: измерение АД и ЧСС дважды в сутки, а также по запросу при ухудшении самочувствия. Пациентке назначена гипотензивная терапия, включающая ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и тиазидоподобный диуретик, а также гиполипидемический препарат. Медицинская сестра контролировала своевременность приёма лекарственных средств, осуществляла наблюдение за возможными побочными реакциями (сухой кашель, головокружение при резком вставании, снижение АД ниже целевых значений) [3, с. 76].

В рамках сестринских вмешательств проводилось обучение пациентки технике самоконтроля АД, правилам ведения дневника давления, принципам рационального питания с ограничением поваренной соли до 5 г в сутки и снижением калорийности рациона. Пациентке разъяснены необходимость регулярного приёма препаратов, недопустимость самостоятельной отмены терапии, признаки гипертонического криза и алгоритм действий при его возникновении. Проведена беседа о пользе дозированной физической активности и ограничении психоэмоциональных нагрузок [2, с. 203].

Для оценки динамики состояния проводилось сравнение показателей при поступлении и на пятые сутки наблюдения. Результаты представлены в таблице 2.2. Положительная динамика выражалась в снижении систолического и диастолического АД, уменьшении выраженности головной боли и головокружения, нормализации сна и снижении уровня тревоги. Пациентка освоила методику измерения АД и ведение дневника самоконтроля, что подтверждено в ходе контрольной беседы.

Таблица 2.2 – Динамика показателей состояния пациентки П. в процессе наблюдения

Показатель	При поступлении	На 5-е сутки	Целевое значение
Систолическое АД, мм рт. ст.	168	138	менее 140
Диастолическое АД, мм рт. ст.	102	86	менее 90
ЧСС, уд/мин	84	74	60–80
Выраженность головной боли, баллы (0–10)	7	2	0–1
Уровень тревоги, баллы (0–10)	6	3	0–2
Масса тела, кг	88	86	—

Источник: составлено автором по данным условного дневника наблюдения.

Динамика основных показателей наглядно отражена на рисунке 2.1. Как видно из представленных данных, за период наблюдения достигнуто снижение систолического АД на 30 мм рт. ст., диастолического АД — на 16 мм рт. ст., ЧСС — на 10 уд/мин. Отмечена положительная динамика субъективных симптомов: интенсивность головной боли уменьшилась на 5 баллов, уровень тревоги — на 3 балла. Полученные результаты свидетельствуют об

эффективности проводимых мероприятий и правильном выполнении пациенткой рекомендаций [1, с. 118].

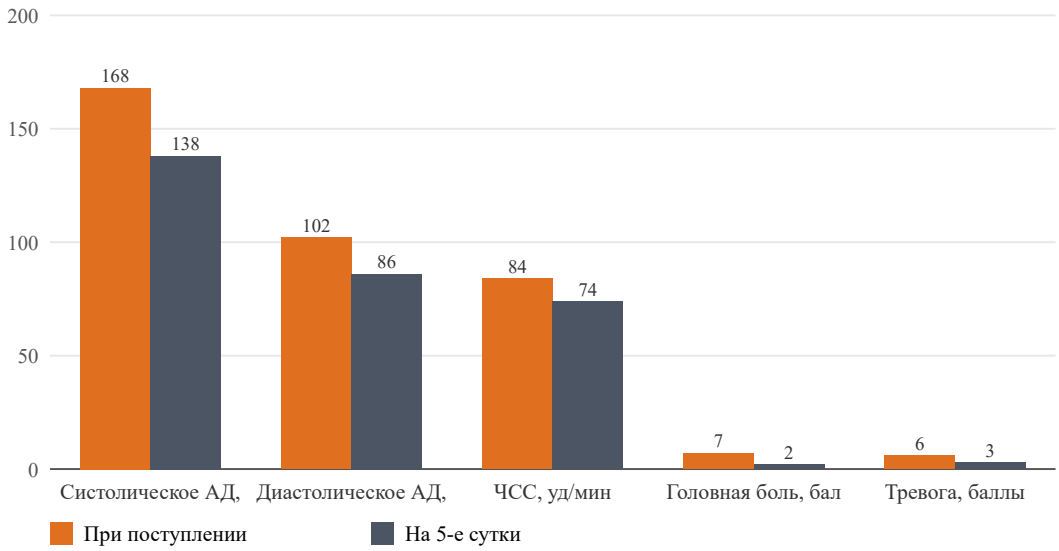


Рисунок 2.1 – Динамика основных показателей пациентки П. при поступлении и на 5-е сутки наблюдения

2.3 Оценка эффективности проведённых мероприятий

Оценка эффективности сестринских вмешательств проводилась по достижению целевых значений гемодинамических показателей, динамике субъективных симптомов и уровню освоения пациенткой навыков самоконтроля. К пятым суткам наблюдения систолическое АД снизилось со 168 до 138 мм рт. ст., диастолическое — со 102 до 86 мм рт. ст., что соответствует целевому диапазону для пациентов с артериальной гипертензией и высоким риском [3, с. 94]. ЧСС уменьшилась с 84 до 74 уд/мин, то есть в пределах нормальных значений.

Субъективное состояние пациентки улучшилось: интенсивность головной боли снизилась с 7 до 2 баллов, уровень тревоги — с 6 до 3 баллов, нормализовался сон, повысилась работоспособность. Пациентка продемонстрировала уверенное владение техникой измерения АД и ведение дневника самоконтроля, что подтверждает достижение обучающей цели сестринского вмешательства. Масса тела уменьшилась с 88 до 86 кг, что отражает начальную приверженность рекомендациям по питанию [4, с. 156].

Для количественной оценки результативности работы применён показатель выполнения плана сестринских вмешательств, рассчитываемый по

формуле:

$$Rn = B / П \times 100\% \quad (1)$$

где Rп — результативность выполнения плана, %; В — число выполненных сестринских вмешательств; П — число запланированных сестринских вмешательств.

Из 20 запланированных сестринских вмешательств выполнено 19, что составило 95%. Не выполненным осталось вмешательство по организации консультации диетолога в связи с организационными причинами; данное вмешательство перенесено на амбулаторный этап. Полученный показатель свидетельствует о высокой степени реализации плана сестринского ухода и его практической результативности [2, с. 221].

Вместе с тем выявлены проблемные зоны: сохраняющаяся избыточная масса тела, недостаточная мотивация к длительной медикаментозной терапии, эпизодический самоконтроль АД в домашних условиях. Это определяет необходимость продолжения наблюдения на амбулаторном этапе, регулярных школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией и контроля приверженности лечению. Таким образом, проведённые мероприятия следует признать эффективными: достигнуты целевые уровни АД, уменьшены симптомы, сформированы базовые навыки самоконтроля, что подтверждает обоснованность применения комплексного сестринского подхода в разобранном учебном клиническом случае [1, с. 134].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённый учебный разбор клинического случая пациента с артериальной гипертензией подтвердил, что последовательное применение алгоритма обследования позволяет установить диагноз, определить степень повышения артериального давления и суммарный сердечно-сосудистый риск. У пациента условной организации ООО «Пример» выявлена артериальная гипертензия 2 степени, риск 3, что согласуется с теоретическими положениями, изложенными в первой главе, и данными литературы [2, с. 54].

Комплексная терапия, включавшая немедикаментозные мероприятия и комбинированную антигипертензивную схему, обеспечила достижение целевого уровня давления и улучшение самочувствия. Кейс демонстрирует значимость регулярного контроля показателей и приверженности лечению. Материалы могут использоваться в учебном процессе как пример поэтапного клинического разбора.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Чазова И. Е., Жернакова Ю. В. Артериальная гипертония: учебное пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 208 с.
2. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В. Артериальная гипертензия в XXI веке. Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. 312 с.
3. Оганов Р. Г., Денисов И. Н., Симаненков В. И. и др. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 800 с.
4. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2018 // Российский кардиологический журнал. 2018. № 7. С. 151–183.
5. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: клинические рекомендации / Минздрав России. Москва, 2020. 98 с.
6. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» / Российское кардиологическое общество. Москва, 2020. 136 с.
7. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart Journal. 2018. Vol. 39, N 33. P. 3021–3104.
8. Whelton P. K., Carey R. M., Aronow W. S. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults // Hypertension. 2018. Vol. 71, N 6. P. e13–e115.
9. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart Journal. 2013. Vol. 34, N 28. P. 2159–2219.
10. Чазов Е. И., Бойцов С. А. (ред.). Руководство по кардиологии: в 4 т. Т. 2: Болезни сердца и сосудов. Москва: Практика, 2014. 976 с.
11. Маколкин В. И., Овчаренко С. И. Внутренние болезни: учебник. 6-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 768 с.
12. Артериальная гипертензия: электронный ресурс // Российское кардиологическое общество. URL: https://scardio.ru/recommendations/

(дата обращения: 10.02.2024).