

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(НИУ «БелГУ»)**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

ЦМК Сестринского дела

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
Специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051508
Семиковой Дианы Романовны**

Научный руководитель
преподаватель Селина В. В.

Рецензент
старшая медицинская сестра
кардиологическое отделения №2
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя
Иоасафа» Генералова Н.А.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	5
1.1. Ишемическая болезнь сердца.....	5
1.1.1. Стенокардия.....	7
1.1.2. Инфаркт миокарда.....	11
1.2. Кардиомиопатии.....	14
1.3. Миокардиты.....	17
1.4. Пароксизмальная тахикардия.....	20
1.5. Фибрилляция и трепетание предсердий.....	22
1.6. Сестринский уход за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	23
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	25
2.1. Организационная характеристика «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгорода.....	25
2.2. Организационная характеристика кардиологического отделения №2.....	27
2.3. Анализ анкетирования и статистических данных кардиологического отделения №2.....	28
2.4. Рекомендации для улучшения качества жизни пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Сердце - уникальный орган, как по строению, так и по функционированию. Постоянно сокращаясь и расслабляясь, сердце вынуждает кровь циркулировать в кровеносной системе. Благодаря постоянной работе сердца ко всем нашим органам и тканям поступает кислород и питательные вещества, вследствие этого они нормально функционируют.

Актуальность исследования. В настоящее время именно сердечно-сосудистая патология является основной причиной смерти и инвалидизации населения во всем мире, в том числе и в России. По данным статистики, ежегодно в мире умирает более 17 миллионов людей, что составляет 31% всех случаев смерти, 85% этих смертей произошло в результате инфаркта миокарда и инсульта.

Цель исследования: изучить особенности сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми патологиями.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные источники по теме исследования.
2. Провести анкетирование пациентов с сердечно-сосудистой патологией.
3. Проанализировать полученные результаты, отобразить их наглядно, графически, сделать выводы.
4. Разработать рекомендации для пациентов с заболеваниями сердечно – сосудистой системы.

Объект исследования: пациенты, находящиеся на лечении в кардиологическом отделении №2 ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгорода.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской

сестры в уходе за пациентами с сердечно-сосудистыми патологиями.

Практическая значимость: исследования заключаются в разработке рекомендаций для повышения качества жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Теоретическая значимость: подробное раскрытие теоретического материала по теме дипломной работы поможет медицинским сестрам повысить качество сестринской помощи.

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение научной литературы, социологический опрос-анкетирование.

База исследования: Кардиологическое отделение №2 ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгорода.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Сердечно-сосудистые заболевания – это группа патологических состояний, которые затрагивают и нарушают нормальное функционирование сердца и сосудов. Начиная с 2015 года согласно данным от ВОЗ классификация заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы включает в себя:

1. Ишемическую болезнь сердца.
2. Цереброваскулярные заболевания.
3. Ревмокардиты.
4. Врожденные пороки сердца.
5. Заболевания периферических кровеносных сосудов.
6. Эмболия легких и тромбозы глубоких вен.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний:

1. Возраст.
2. Вредные привычки.
3. Избыточная масса тела.
4. Депрессии и стрессы.
5. Нерациональное питание.
6. Гиподинамия.
7. Наличие хронических заболеваний в анамнезе.
8. Перенесенные воспалительные и инфекционные патологии.

1.1. Ишемическая болезнь сердца

Термин «ишемическая болезнь сердца» - ИБС существует с 1962г. Ишемия миокарда – состояние, при котором нарушается кровообращение мышцы сердца, из-за чего появляется несоответствие между повышенной

потребностью миокарда в кислороде, переносимого кровью, и пониженным уровнем коронарного кровотока в данный момент с недостаточным количеством поступающего с кровью кислорода. В результате этого нарушаются обменные процессы, снижается образование энергии, необходимой для жизнедеятельности клеток. Поэтому в зоне ишемии ухудшается сократимость миокарда, появляются боли и нарушение ритма, сердечная недостаточность и другие признаки заболевания [1, с. 105].

Факторы риска ИБС:

Неустраняемые (немодифицируемые):

1. Возраст (мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет).
2. Пол (мужчины болеют чаще, чем женщины).
3. Наследственность.

Устраняемые (модифицируемые):

1. Нарушение липидного обмена.
2. Артериальная гипертензия.
3. Сахарный диабет.
4. Ожирение.
5. Малая физическая активность.
6. Курение.

Все перечисленные факторы риска ИБС влияют на липидный обмен и состояние сосудистой стенки в сторону прогрессирования атеросклероза.

ИБС включает разнообразные клинические формы и состояния, такие как: острые и хронические; обратимые, необратимые и переходящие, заканчивающиеся гибелью клеток мышцы сердца. Патогенез ИБС сложен и не до конца изучен, однако общепризнанно, что основным причинным фактором в большинстве случаев является атеросклеротическое поражение коронарных артерий [6, с. 107].

Так как термин «ИБС» включает в себя многообразные клинические формы и состояния, под ним понимают следующие заболевания:

1. Внезапная сердечная смерть.

2. Стенокардия.
3. Инфаркт миокарда.
4. Постинфарктный кардиосклероз нарушение сердечного ритма.
5. Сердечная недостаточность.

1.1.1. Стенокардия

Стенокардия – наиболее часто встречающаяся форма ИБС. В основе стенокардии лежит временное снижение притока крови к отдельным участкам сердечной мышцы. Если длительность недостаточного притока крови составляет менее 10 минут, то гибели клеток не происходит. Если приступ продолжается 15-20 минут и более, то часть клеток может погибнуть, в таких случаях возникает подозрение, что может развиваться инфаркт миокарда.

Клиника: во время приступа стенокардии у больного возникает чувство тяжести, давления в области грудины, слева от нее, в других отделах грудной клетки. Больные, у которых такой приступ возник впервые, часто не связывают его с заболеванием сердца. Они такой приступ иногда объясняют «спазмами пищевода», «спазмом бронхов» и т.д. Эти боли могут распространяться на левую руку, левый плечевой сустав, правую руку, обе руки, межлопаточную область, в верхнюю часть живота. При тяжелом приступе изменяется общее состояние больных: общая слабость, чувство нехватки воздуха, чувство страха, выступает обильный пот [4, с. 24] .

Классификация. Выделяют следующие формы стенокардии:

1. Стабильная.
2. Нестабильная.

Стабильная стенокардия характеризуется устойчивым течением в виде закономерного возникновения болевых приступов на физическую нагрузку определенного уровня за период не менее 3 месяцев. Продолжительность

более от 1 до 15 мин, если боли продолжаются более 15 мин, следует предположить развитие нестабильной стенокардии. Стабильная стенокардия является самой распространенной формой хронической ИБС и встречается в 70-80% всех случаев.

Стабильную стенокардию разделяют на 4 функциональных класса, в зависимости от тяжести приступов и от способности пациента выполнять физические нагрузки.

К I классу относятся пациенты с хорошей переносимостью обычной физической активности, при которой повседневная нагрузка (подъем по лестнице, ходьба и т.д.) не вызывает стенокардии. Но приступы могут возникать в результате интенсивной и(или) длительной нагрузки.

Ко II классу будут относиться больные с умеренным ограничением обычной физической активности. Приступ может возникнуть при ходьбе по ровному месту (расстояние более 200 м.), при подъеме по лестнице обычным шагом (более чем на 1 этаж). Возможность возникновения приступа повышается при ходьбе в холодную погоду, против ветра, при эмоциональном возбуждении или в первые часы после пробуждения.

В III класс входят больные с выраженным ограничением обычной физической нагрузки. Приступы образуются вследствие спокойной ходьбы по ровному месту на расстоянии 100-200 м, при подъеме на 1 этаж обычным шагом.

В IV классе резко ограничивают физическую нагрузку. Так как приступ может возникнуть под влиянием небольших физических нагрузок, при ходьбе по ровной местности на расстояние менее 100 м, при нетяжелых бытовых нагрузках. А также, невозможна любая физическая нагрузка без появления приступов, которые могут возникнуть и в покое [4, с. 158].

Если обычное течение стенокардии изменяется или приступ возник впервые в жизни, то такую стенокардию относят к нестабильной.

Нестабильная стенокардия – предвестник инфаркта миокарда. Специально проведенные исследования показали, что у больных с

нестабильной стенокардией гораздо выше риск возникновения инфаркта миокарда. Группа больных с нестабильной стенокардией непостоянна. В ней могут оказаться и больные с единственным приступом, у которых даже самое тщательное обследование не выявляет изменений в коронарных артериях и в миокарде.

Клинические формы нестабильной стенокардии:

1. Впервые возникшая стенокардия (ВВС) нестабильного течения. В течение месяца приступы стенокардии учащались, удлинялись во времени и нарастала их интенсивность, снижался эффект нитроглицерина, уменьшалась толерантность к физической нагрузке.
2. Прогрессирующая стенокардия напряжения. Внезапное увеличение частоты, тяжести или продолжительности приступов загрудинных болей в ответ на физическую нагрузку, которая ранее вызывала боли привычного для больного характера, снижение эффективности нитроглицерина, ранее оказывавший эффект. К стенокардии напряжения присоединяются приступы стенокардии покоя, если их не было до этого.
3. Стенокардия покоя. Это форма нестабильной стенокардии клинически проявляется повторными и тяжелыми приступами стенокардии покоя продолжительностью более 15-20 мин. Боль сопровождается слабостью, потливостью, одышкой, перебоями в работе сердца и внезапным снижением АД. Боль, как правило, появляется в покое и не купируется нитроглицерином. Для ее купирования нередко требуется применение наркотических анальгетиков. Возникновение ночных приступов, сопровождающихся слабостью, холодным потом, удушьем. Появление изменений на ЭКГ во время или после приступа, которые ранее не отмечались.

4. Ранняя постинфарктная стенокардия. Возникает в период от 48 ч до 2 недель от начала острого инфаркта миокарда. Клинически ангинозная боль иногда напоминает обычную стенокардию, но не купируется антиангинальной терапией. Все это расценивается как нестабильная стенокардия [4, с. 203].

Диагностика: в обычных случаях стенокардию диагностируют на основании уже детального сбора анамнеза (особенно детализация болевого синдрома), физиологического обследования больного и записи ЭКГ в состоянии покоя. Эти обследования достаточны для диагностики классического проявления в 70% случаев. При сомнениях в диагнозе проводят суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (обнаружение изменения). Для подтверждения диагноза ИБС проводят пробы с физической нагрузкой, коронароангиографию.

Лечение: больные с нестабильной стенокардией подлежат госпитализации в кардиологическое отделение. Им назначается постельный режим, диета ОВД (№ 10) и медикаментозное лечение [6, 179].

Неотложная помощь: вызвать врача! Приступ должен быть купирован как можно раньше. Основное средство - таблетки нитроглицерина 0,5 мг под язык. Если не помогло через 5 минут, повторять прием до 3-х таблеток. Правило дачи нитроглицерина – положение пациента сидя или лежа.

Если дать таблетку стоящему вертикально пациенту, может быть ортостатический коллапс из-за резкого прилива крови в головной мозг, нитроглицерин расширяет сосуды головного мозга. Больной ощущает прилив крови к голове, краснеет лицо. Побочное действие нитроглицерина: сильная головная боль.

1.1.2. Инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда – наиболее тяжелая форма ИБС, при которой в результате выраженной и продолжительной ишемии в миокарде происходит омертвление сердечной мышцы. Это происходит из-за полного прекращения или резкого уменьшения притока крови по артериям, которые стенозированы атеросклеротическими бляшками и(или) возникшими тромбами, а также иногда вследствие спазма артерий. Чаще всего инфаркт миокарда возникает в мышце левого желудочка.

Основной причиной инфаркта миокарда является тромбоз коронарной артерии, в том участке нестабильной атеросклеротической бляшки, поверхность которой повреждена.

Возникновению инфаркта миокарда могут способствовать стрессовые ситуации, эмоциональные перегрузки, физические перенапряжения, возникающие у больных ИБС. Бывают и такие случаи, когда неблагоприятное влияние оказывают простудные заболевания, которые способны привести к негативным изменениям в атеросклеротических бляшках, способствуя их нестабильности. Некоторое значение могут иметь внешние явления, в частности метеорологические факторы. Установлено, что частота инфарктов миокарда увеличивается в холодное время года, когда температура воздуха опускается ниже 4°C. Из выше перечисленных данных, мы можем сделать вывод – больным, у которых имеется стенокардия или другие формы ИБС, при наличии перечисленных неблагоприятных факторов следует уменьшить физическую нагрузку, а при появлении длительных болей, немедленно обратиться за медицинской помощью. Распространенность инфаркта миокарда в среднем составляет около 500 на 100 000 мужчин и 100 на 100 000 женщин в возрасте 40 - 70 лет [1, с. 95].

Классификация инфаркта миокарда:

- передний;

- задний;
- перегородочный.

Диагностика на основании ЭКГ.

По срокам развития:

- первичный;
- повторный;
- рецидивирующий.

Клинические формы:

1. Типичная (болевая, ангиозая).
2. Атипичные формы:
 - гастралгическая (абдоминальная) – нет болей в области сердца, а боли в животе;
 - астматическая;
 - аритмический;
 - церебральный (протекает по типу инсульта);
 - бессимптомный (без болевая).

Клиника: наиболее характерное проявление инфаркта миокарда - боль, похожая на болевой синдром при стенокардии напряжения, но выраженная значительно сильнее. Клинический диагностический критерий инфаркта миокарда - болевой синдром продолжительностью более 15 мин, не купирующийся нитроглицерином. Боль сжимающего, давящего, режущего характера возникает обычно за грудиной, быстро нарастает и часто бывает волнообразной.

Длительность болевого приступа превышает 30 мин и иногда продолжается несколько часов. Боль может сопровождаться симптомами нарушения функций ЖКТ - тошнотой, рвотой, метеоризмом. У некоторых больных боль может иметь преимущественную локализацию в эпигастральной области (абдоминальный вариант инфаркта миокарда). У некоторых больных пожилого возраста, пациентов с сахарным диабетом,

застойной сердечной недостаточностью, во время операций, проводимых под общим наркозом, у лиц в состоянии алкогольного опьянения болевой синдром при инфаркте миокарда может отсутствовать. В начальном периоде инфаркта миокарда в связи с психическим возбуждением больного отмечают увеличение АД, позже сменяющееся его снижением. При аускультации сердца отмечается приглушение I тона, может выслушиваться дополнительный III тон («ритм галопа»), мягкий мезосистолический шум вследствие дисфункции сосочковых мышц, шум трения перикарда. При развитии отека легких возникает тахипноэ, в нижних отделах легких выслушивают влажные мелкопузырчатые хрипы.

Осложнения инфаркта миокарда:

1. Кардиогенный шок.
2. Отёк лёгких.
3. Аритмии и блокады сердца.
4. Аневризма сердца - острая и хроническая.
5. Разрыв сердца на 4-11-й день.
6. Тромбоэмболии.
7. Желудочно-кишечное кровотечение.

Диагностика:

1. ОАК – лейкоцитоз и ускоренное СОЭ.
2. ЭКГ в покое и при нагрузке.
3. Биохимический анализ крови.
4. ОАМ.
5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
6. Эхокардиография.
7. Коронарография.

На догоспитальном этапе необходимо: полный физический покой, запретить всякие движения тела, уложить больного, расстегнуть стесняющую одежду, доступ свежего воздуха, таблетку нитроглицерина под язык. Если

АД высокое, то можно до 3 таб. нитроглицерина + разжевать таблетку аспирина.

Лечение:

1. Соблюдение режима труда и отдыха.
2. Рациональное питание (антиатеросклеротическая, гиполипидемическая диета), нормализация массы тела.
3. Рациональные физические нагрузки, занятия лечебной физкультурой.
4. Отказ от вредных привычек (алкоголя, курения).
5. Медикаментозная терапия: нитраты, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антиагреганты, антикоагулянты, диуретики (при развитии сердечной недостаточности), антиаритмические, гиполипидемические, метаболические препараты [3, с.148].

При развитии острого инфаркта миокарда, кроме перечисленных групп лекарственных средств, назначаются наркотические анальгетики, ингаляции закиси азота. При неэффективном медикаментозном лечении ИБС больному показаны коронаропластика или аортокоронарное шунтирование.

1.2. Кардиомиопатии

Кардиомиопатии – поражения миокарда, сопровождающиеся расстройством систолической и(или) диастолической функции сердца.

Классификация (ВОЗ, 1995г.):

I. Первичные кардиомиопатии (врожденные, неизвестной этиологии):

1. Дилатационная. Толщина стенок желудочков не увеличивается, но полости сердца расширяются, что приводит к систолической дисфункции, нарушению сердечного выброса и развитию сердечной недостаточности.

Иногда этот тип также включает ишемическую кардиомиопатию, которая встречается у людей с ишемической болезнью сердца.

Болеют чаще мужчины 30-50 лет. Среди предрасполагающих факторов выделяют перенесенные воспалительные заболевания миокарда, токсический (алкогольный) фактор, наследственную отягощенность [5, с. 221].

Клинические синдромы:

- прогрессирующая тяжелая застойная сердечная недостаточность;
- кардиалгии;
- нарушения сердечного ритма;
- тромбоэмболические осложнения.

Объективные признаки:

- проявления сердечной недостаточности по право- и левожелудочковому типу: выраженные периферические отеки (реже асцит), периферический цианоз, набухание шейных вен, влажные хрипы в легких, гепатомегалия;
- выраженная кардиомегалия;
- низкий уровень систолического артериального давления (вследствие низкого сердечного выброса), часто – мерцательная аритмия;
- ослабление и глухость тонов сердца, шум относительной митральной и трикуспидальной недостаточности, ритм галопа.

2. Гипертрофическая. Утолщение стенки 1-го из желудочков либо обоих, свыше 1,5 см. Это внутриутробный наследственный либо приобретенный недостаток; может быть симметричным либо асимметричным (встречается почаще), также обструктивным и необструктивным. Частота: 1 случай на 500 человек.

Клинические синдромы. Заболевание часто протекает бессимптомно или могут возникнуть:

- боли в сердце ангинозного характера, обусловленные относительной коронарной недостаточностью;
- нарушения сердечного ритма;
- одышка при физической нагрузке;
- тромбоэмболические осложнения.

3. Рестриктивная: эндомикардиальный фиброз, фибропластический эндокардит (болезнь Леффлера). Происходит нарушение сократительной функции миокарда, из-за чего наблюдается недостаточный объем крови в камерах сердца, нагрузка на предсердия при этом сильно увеличивается.

При рестриктивной кардиомиопатии отмечаются явления тяжелой, быстро прогрессирующей застойной недостаточности кровообращения: выраженная одышка, слабость при незначительных физических усилиях, нарастающие отеки, асцит, гепатомегалия, набухание вен шеи.

В размерах сердце обычно не увеличено, при аускультации выслушивается ритм галопа. На ЭКГ регистрируются мерцание предсердий, желудочковые аритмии, может определяться снижение ST-сегмента с инверсией зубца Т. Рентгенологически отмечаются явления венозного застоя в легких, несколько увеличенные или неизменные размеры сердца. Эхокардиографическая картина отражает недостаточность трикуспидального и митрального клапанов, уменьшение размеров облитерированной полости желудочка, нарушение насосной и диастолической функции сердца. В крови отмечается эозинофилия.

4. Аритмогенная дисплазия правого желудочка. Редкое наследственное заболевание, также носит название болезнь Фонтана. Некроз тканей миокарда из-за большого количества жировых отложений приводит к серьезным формам аритмии или остановке сердца.

Болеют чаще мужчины, заболевание проявляется к 40 – 50 годам.
Клинические синдромы:

- желудочковые нарушения ритма (экстрасистолия и правожелудочковая пароксизмальная тахикардия), резистентные к медикаментозной терапии;
- кардиалгии;
- правожелудочковая недостаточность.

II. Вторичные (приобретенные, известной этиологии):

1. Ишемическая.
2. Метаболическая.
3. Токсическая (алкогольная, лекарственная).
4. Смешанные.

Причины: если речь идет о вторичном заболевании, то этиология известна – как видно из классификации, это может быть алкоголь, сильная стрессовая ситуация, диабет и др. При первичном типе причина часто остается не установленной, среди возможных ученые называют следующие:

- генетическая предрасположенность;
- наследуемый дефект;
- мутации генов.

Экзогенные: вирусы (Коксаки, герпес, грипп, энтеровирусы и др.), бактерии, грибки, воздействие токсических веществ (алкоголь, медикаменты, тяжелые металлы) и др.

Аутоиммунные заболевания:

- нарушения обмена веществ, питания, эндокринные заболевания;
- мышечные дистрофии;
- феохромоцитомы.

1.3. Миокардиты

Миокардит – это воспаление миокарда, сопровождающееся его расстройством. В кардиологии, пожалуй, не найдется другого заболевания, в

отношении которого было бы столько неясностей, как при миокардите. Прежде всего не существует удовлетворяющей большинство врачей классификации этого заболевания. У женщин миокардит возникает в 1,5 раза реже чем у мужчин [5, с 217].

Этиология и патогенез.

Основные причины, которые способствуют появлению миокардитов:

1. Инфекционные и неинфекционные заболевания (коллагенозы, васкулиты).
2. Вирусы, бактерии, простейшие, паразиты, грибы.
3. Токсические вещества, радиоактивное излучение.
4. Аллергия.

В большинстве случаев миокардиты вызваны вирусами. После воздействия повреждающего фактора в миокарде может появиться воспалительный инфильтрат, который состоит в основном из лимфоцитов, но может также содержать нейтрофилы, эозинофилы и макрофаги. Предполагают, что при вирусном миокардите основное значение имеет иммунная реакция, предопределенная клеточными механизмами. При значительной степени поражения сердечной мышцы возможны нарушения систолической и диастолической функции сердца, нарушения ритма и проводимости. Миокардит может переходить в хроническую форму, что связано с развитием аутоиммунного процесса. В числе заболеваний, выражающихся только симптомами поражения сердечной мышцы, выделяют дистрофичные и воспалительные поражения, связанные с аллергической или иммунопатологической реакцией, к примеру, в ответ на прием лекарственных средств, а не с инфекцией [1, с. 136].

Клиническая картина: обуславливается распространенностью и локализацией поражения. Даже незначительный очаг в проводящей системе может привести к выраженным клиническим симптомам.

При инфекционном миокардите, чаще преобладают проявления основного инфекционного заболевания, например, лихорадка с общей

интоксикацией другими симптомами. Диагностика инфекционного процесса может определяться клинической картиной и данными специальных лабораторных методов.

Характерно развитие признаков миокардита в самый разгар инфекционного заболевания. Показатели изолированного острого миокардита чаще возникают в период выздоровления у больных. В легких случаях тахикардия, изменения на ЭКГ и одышка. А в тяжелых случаях развиваются застойная сердечная недостаточность и расширение камер сердца.

Миокардит может протекать малосимптомно или бессимптомно с последующим выздоровлением. У 60% больных при сборе анамнеза устанавливают предшествующее вирусное заболевание верхних дыхательных путей. При тяжелом течении миокардита полное выздоровление замечают реже. Миокардит чаще переходит в хроническое течение, а по клинической картине его сложно отличить от дилатационной кардиомиопатии [3, с. 305].

Лабораторные и инструментальные методы исследования: в общем анализе крови у 60% больных острым миокардитом наблюдается увеличение СОЭ. А лейкоцитоз возникает у 25% больных. На ЭКГ отмечают синусовую тахикардию, нарушения проводимости, наджелудочковые и желудочковые аритмии. При рентгенологическом исследовании в случае сильного поражения мышцы сердца могут отмечаться увеличение размеров сердца, появление признаков застоя в легких.

Лечение: необходимо ограничить физическую нагрузку. При выявлении причины проводят этиотропное лечение. При снижении сократимости левого желудочка лечение аналогично, как при дилатационной кардиомиопатии. Больные миокардитом обладают повышенной чувствительностью к сердечным гликозидам. В некоторых случаях может быть эффективной иммуносупрессивная терапия (циклоsporин, преднизолон) [7, с. 61].

Осложнения:

1. Дилатационная кардиомиопатия.
2. Внезапная сердечная смерть.

1.4. Пароксизмальная тахикардия

Пароксизмальной тахикардией (болезнь Бувре) называют приступы очень частых биений сердца (от 150 до 220 уд/мин. и более) с неожиданным началом и окончанием при сохранении правильного ритма. Приступ может длиться от нескольких секунд или минут до нескольких часов или дней. Болезнь Бувре – распространенное патологическое состояние. Разнообразные формы обнаруживаются у 20-30% больных, которым проводят долгое мониторирование ЭКГ. Это исследование в большинстве случаев назначают больным с возможными нарушениями ритма сердца [3, с. 124].

В клинической диагностике выделяют две основные формы:

1. Желудочковая (вентрикулярная).
2. Наджелудочковая (суправентрикулярную).

Этиология: наджелудочковая форма часто вызывается увеличением активации симпатического отдела нервной системы, а желудочковая – дистрофическими, склеротическими, некротическими, воспалительными поражениями сердечной мышцы.

Патогенез: неоднороден. Часто в его основе лежит механизм повторного входа возбуждения в миокард или патологической циркуляции возбуждения. Реже причиной болезни Бувре оказывается наличие патологического очага автоматизма.

Клиническая картина: начало приступа пароксизмальной тахикардии ощущается как толчок в груди, после которого наблюдается очень частое усиленное сердцебиение. Наджелудочковая тахикардия сопровождается вегетативными расстройствами – мышечный тремор, потливость,

головокружение, возбуждение, позывы на мочеиспускание с выделением большого количества мочи, чувство тревоги. Объективно устанавливается частый пульс малого наполнения, ритмичный. Первый тон сердца усилен. Вены шеи набухшие. Иногда повышено артериальное давление. При желудочковой тахикардии больные часто ощущают одышку, боли за грудиной, слабость, могут развиваться обморочные состояния, отек легких, аритмический шок [8, с. 214].

Лечение: у некоторых больных приступы пароксизмальной тахикардии прекращаются неожиданно. Во время приступа необходимо успокоить больного, уложить его, в анамнезе выявить тактику лечения предыдущих приступов (если они возникали). Спокойная обстановка, естественный или медикаментозный сон способствуют прекращению приступа.

В остальных случаях показан массаж каротидного синуса справа и слева по 15–20 с, надавливание на глазные яблоки и брюшной пресс. Эти действия иногда приводят к успеху, а в случае отсутствия результата их можно проводить на фоне медикаментозного лечения. Если приступ не купируется и состояние больного ухудшается, используют электроимпульсную терапию (которая противопоказана при интоксикации сердечными гликозидами). При частых и плохо купируемых приступах целесообразна временная или постоянная электрокардиостимуляция. При желудочковой тахикардии больного госпитализируют, назначают противоритмические средства (лидокаин 80 мг) под контролем ЭКГ и артериального давления, повторяя введение по 50 мг через каждые 10 мин до общей дозы 200–300 мг. Если приступ возник при инфаркте миокарда и состояние больного ухудшается, то используют электроимпульсную терапию. После приступа проводят противорецидивное лечение (используют новокаинамид, лидокаин и др. в течение нескольких дней и более длительно) [7, с. 160].

1.5. Фибрилляция и трепетание предсердий

Фибрилляцию предсердий (ФП) и трепетание предсердий (ТП), часто объединяют термином «мерцательная аритмия», так как обе эти аритмии имеют похожие этиологические факторы и часто встречаются у одних и тех же больных. Но все же, ФП и ТП представляют собой две индивидуальные патологические формы (каждая из которых имеет свои характерные подходы по диагностике и лечению). При комбинации ФП и ТП в диагнозе, нужно отдельно указывать обе формы аритмии.

Фибрилляция предсердий – наджелудочковая тахикардия, которая обладает беспорядочной электрической активностью предсердий с высокой частотой (от 300 до 700 в минуту) и нерегулярным ритмом желудочков.

Трепетание предсердий относится к предсердным тахикардиям. Частые, поверхностные, но правильного ритма сокращения предсердий (от 200 до 400 в минуту), появляющиеся в результате наличия патологического очага возбуждения в предсердиях [3, с. 248].

Этиология и патогенез: в основе возникновения ФП и ТП лежат похожие этиологические факторы и патогенетические механизмы. В основном все пациенты имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Ишемическая болезнь сердца.
3. Врожденные и приобретенные пороки сердца.
4. Генетическая предрасположенность к аритмиям.

Факторы риска возникновения ФП и ТП:

1. Гипертиреоз.
2. Сахарный диабет.
3. Алкоголь.
4. Избыточная масса тела.

5. Гипокалиемия.

Клиника: появляется общая слабость, сердцебиение, одышка.

Осложнения: возможно развитие тромбоэмболии.

Лечение: чтобы локализовать приступ используют седативные средства: пропранол внутрь; при продолжении приступа 4-8 г разведенного в воде хлорида калия, в/в 5-10 мл 10% раствора новокаинамида. При наличии сердечной недостаточности у пожилых пациентов, применяется строфантин. Для предупреждения приступов используют химидин 0,2 г 2-4 раза в день с пропранолом 10-40 мг 2-3 раза в день [5, с. 183].

1.6. Сестринский уход за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Уход за пациентами с сердечно-сосудистыми патологиями имеет свои особенности. Таким пациентам необходимо строго соблюдать назначенный режим, особенно в острой стадии заболевания, а также обеспечить им полный покой, как физический, так и психологический. У таких пациентов может возникать страх смерти, их нужно подбадривать и стараться развеять этот страх, но не быть навязчивым. Правильный уход, должен помочь больному преодолеть подобное состояние.

При уходе за кардиологическими больными следует постоянно контролировать их состояние, так как симптомы сердечной недостаточности - одышка, цианоз, кашель, кровохарканье, отеки - могут усиливаться или ослабевать, поэтому изменение степени их интенсивности всегда должно быть в центре внимания ухаживающего. Особую тревогу должен вызвать внезапный приступ удушья, сопровождающийся синюшностью лица и иногда выделением пенистой мокроты розового цвета. Это может свидетельствовать о приступе сердечной астмы, отеке легких, требующих безотлагательной врачебной помощи.

Необходимо регулярно измерять основные гемодинамические показатели - артериальное давление и пульс, а по указанию - центральное венозное давление, парциальное давление кислорода и углекислого газа, давление в легочных сосудах (чаще у больных с легочной гипертензией). Зачастую необходим мониторинг ЭКГ (особенно у больных с аритмиями), контроль биохимического состава крови (у пациентов с инфарктом миокарда, эндокринопатиями), проведение общих анализов крови и мочи.

Нужно строго следить, чтобы пациенты соблюдали назначенную им диету, так как правильное питание при сердечно-сосудистых патологиях напрямую влияет на эффективность лечения.

Необходимо тщательно следить за состоянием больного, контролировать общее состояние, цвет кожных покровов, положение больного. При запорах ставятся очистительные клизмы, при выраженном метеоризме лежачим больным рекомендуется введение газоотводной трубки. Лекарственные препараты должны выдаваться в строгом соответствии с указаниями врача.

Следует обращать внимание на нетипичные жалобы пожилых пациентов при уходе за ними, так как многие острые состояния у них начинаются атипично. Они могут развиваться постепенно, при этом часто имитируя заболевания других систем и органов.

После длительного постельного режима могут развиваться такие грозные осложнения, как тромбоз и тромбоэмболия. Они могут быть следствием застоя венозной крови, которому способствует длительное неподвижное состояние конечностей. Для профилактики подобных осложнений полезны физические упражнения. Нужно сгибать и разгибать ноги в суставах, стараться чаще изменять положение тела. Помочь может и неглубокий массаж ног. Полезно также поднятие ног с помощью подушки.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

2.1. Организационная характеристика «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгорода

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа является ведущим многопрофильным больничным комплексом Белгородской области, входящим в число ведущих медицинских учреждений Российской Федерации.

В структуру больницы входят консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 37 специализированных отделений круглосуточного стационара на 1601 койку (из них 54% составляют койки хирургического профиля), 14 специализированных отделений круглосуточного стационара перинатального центра на 716 коек, дневной стационар на 44 койки, консультативно-диагностический центр на 200 посещений, лечебно-диагностические и вспомогательные медицинские подразделения, параклинические подразделения, центр медицинской реабилитации, отделение санитарной авиации, службы жизнеобеспечения больницы. В 2017 году созданы новые структурные подразделения: диетологическая служба; отдел материально-технического обеспечения; отделение профессиональной уборки и транспортировки.

1 декабря 2018 г. в рамках реструктуризации службы родовспоможения Белгородской области произошло объединение перинатальных центров ОГБУЗ «БОКС Святителя Иоасафа» и ОГБУЗ «Городская больница 2». Коечный фонд перинатального центра доведен до 716 коек круглосуточного пребывания, в том числе 195 коек для новорожденных детей.

Терапевтическая служба больницы представлена 10 отделениями, развернутыми на 457 койках; Хирургическая служба больницы представлена 12 отделениями, развернутыми на 859 койках;

В 2018 г. впервые специалистами ОГБУЗ «БОКС Святителя Иоасафа» для врачей нашего региона начала оказываться консультативная помощь в дистанционном режиме по профилю «Анестезиология и реанимация».

Быстро и точно поставить диагноз позволяет наличие крупной диагностической службы. Это клиническая, иммунологическая, бактериологическая лаборатории, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, спирально-компьютерная томография, эндоскопическое отделение, отделение функциональной диагностики и электрокардиографии, рентгено-диагностическое отделение.

На 1 января 2019 года в больнице проведено 82 пересадки почек, 33 пересадки печени, 1 пересадка сердца.

В больнице работают 3416 человек: 641 врач, 1564 медицинских сестры, 178 человек младшего медицинского персонала и 1014 прочего персонала. Десять врачей имеют ученую степень доктора медицинских наук, 75 – кандидата медицинских наук. Знаком «Отличник здравоохранения» награждены 44 врача и 5 медсестер; 23 врача – заслуженные врачи Российской Федерации. Шестнадцать врачей были победителями всероссийских конкурсов «Лучший врач года»

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» входит в число лечебных учреждений, имеющих лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, и оказывает ее в 16 отделениях по профилям: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология, гастроэнтерология, нейрохирургия, неонатология, онкология, офтальмология, ревматология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия (в том числе эндопротезирование крупных суставов), трансплантация, урология, эндокринология.

2.2. Организационная характеристика кардиологического отделения №2

В 2012 году в БОКБ было организовано кардиологическое отделение №2 (отделение неотложной кардиологии) для лечения больных с острой коронарной патологией, больных, имеющих показания для проведения интенсивной терапии.

Отделение развернуто на двух этажах в правом крыле кардиохирургического центра БОКБ. Палатное отделение развернуто на 43 койки. Имеются 2-местные и 4-местные палаты с прикроватными консолями, оснащенными сигнальной системой вызова медперсонала, индивидуальным освещением, блоком розеток, точками кислорода и вакуума. Отделение имеет два круглосуточных поста медсестринского наблюдения, которые оснащены дефибрилляторами и аппаратами для регистрации ЭКГ. Имеется процедурный кабинет с полным оснащением для проведения необходимых манипуляций. В дневное время в отделении работают 4 врача-кардиолога, в ночное время необходимое наблюдение за пациентами осуществляется медицинским персоналом поста и дежурной сменой врачей интенсивной терапии и реанимации.

На третьем этаже развернут блок реанимации и интенсивной терапии, в составе которого имеются 3 палаты. Две палаты имеют по 6 коек, одна 2-коечная. Все койки оснащены в соответствии с табелем оснащения (приказ №918Н МЗ РФ). В каждой палате имеются санузелы, душевые для больных, каждая койка имеет поточную систему очищенного воздуха с кондиционированием. Все койки оснащены необходимым количеством инфузионных и перфузионных насосов, имеются аппараты ЭКГ на каждые 6 коек, один аппарат для проведения неинвазивных исследований и лечения нарушения ритма «Элкард-ЧПЭС», аппараты для проведения ИВЛ, дефибрилляторы с бифазным импульсом на каждые 6 коек.

Отделение работает в круглосуточном режиме и несет дежурства как первичный сосудистый центр по прикрепленной зоне обслуживания в ургентном порядке. Основным контингентом больных являются больные с ОКС, нарушением сердечного ритма, тяжелой сердечной недостаточностью и осложненным гипертоническим кризом, а также осуществляется наблюдение больных после проведенного эндоваскулярного лечения.

2.3. Анализ анкетирования и статистических данных кардиологического отделения №2

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгорода». Основным материалом для исследования послужили данные по заболеваемости сердечно-сосудистой системы пациентов специализированного кардиологического отделения №2.

В результате исследования, мы обработали статистические данные по заболеваемости сердечно-сосудистыми патологиями за 2018 год.

За 2018 год в кардиологическом отделении №2 было пролечено 1897 пациентов: с инфарктом миокарда – 797 человек (42%), с нестабильной стенокардией - 493 (26%), с стабильной стенокардией – 171 (9%), с ИБС – 133 (7%), с пароксизмальной тахикардией – 76 (4%), с миокардитами и кардиомиопатиями по 9 человек (по 0,50%), с прочими заболеваниями – 171 (9%) (Рис. 1).

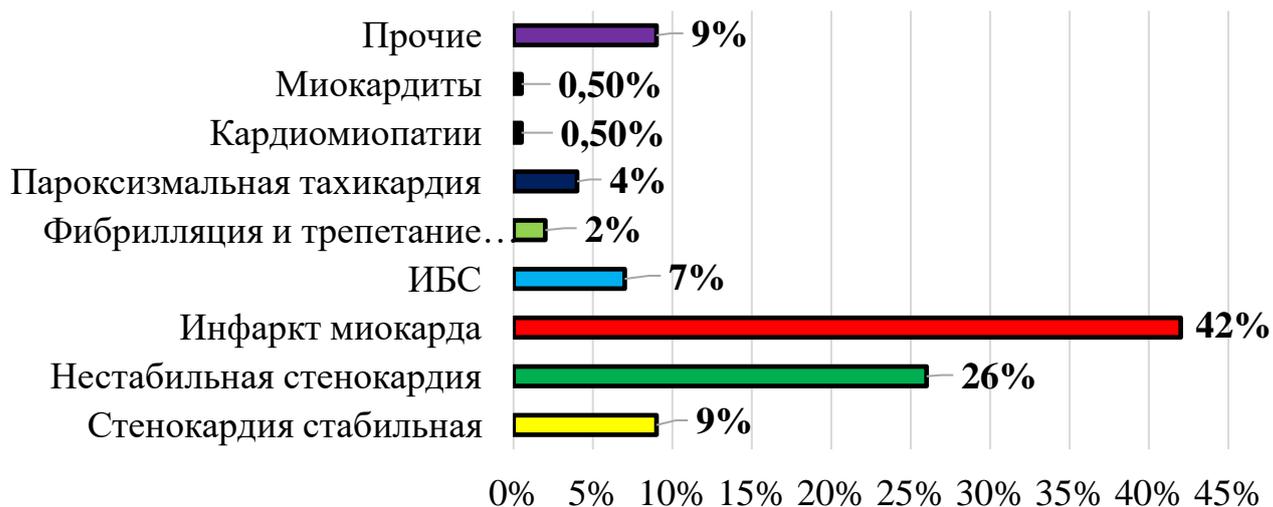


Рис. 1 Количество больных пролеченных в отделении за 2018 год

Распределение пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями по полу.

Среди пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями значительно преобладают мужчины – 1366 человек (72%); женщины – 531 человек (28%) (Рис. 2).

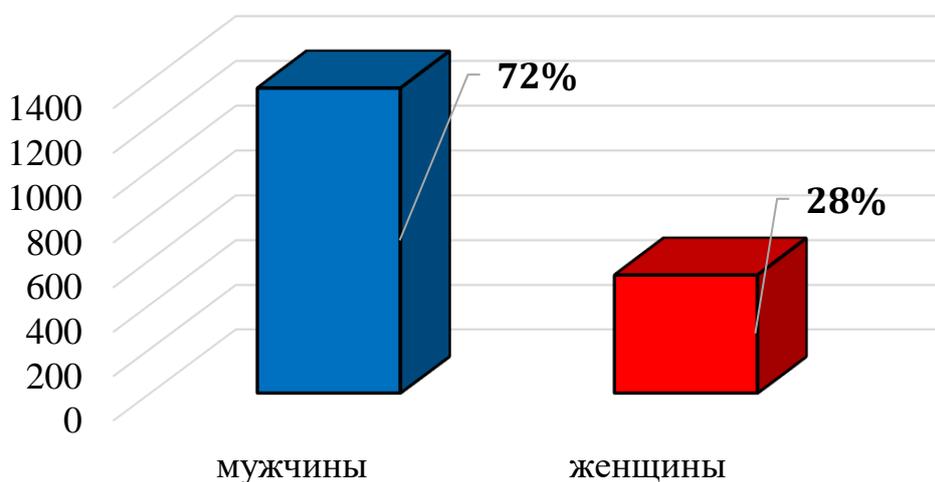


Рис. 2 Распределение пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями по полу

С каждым годом заболевания сердечно-сосудистой системы обнаруживаются у более молодого населения. Средний возраст заболеваемости от 50 и старше. 18 – 30 лет – 76 человек (4%), 30 – 40 лет – 152 человека (8%), 50 – 60 лет – 531 (28%), старше 60 лет – 1138 человек (60%) (Рис. 3).

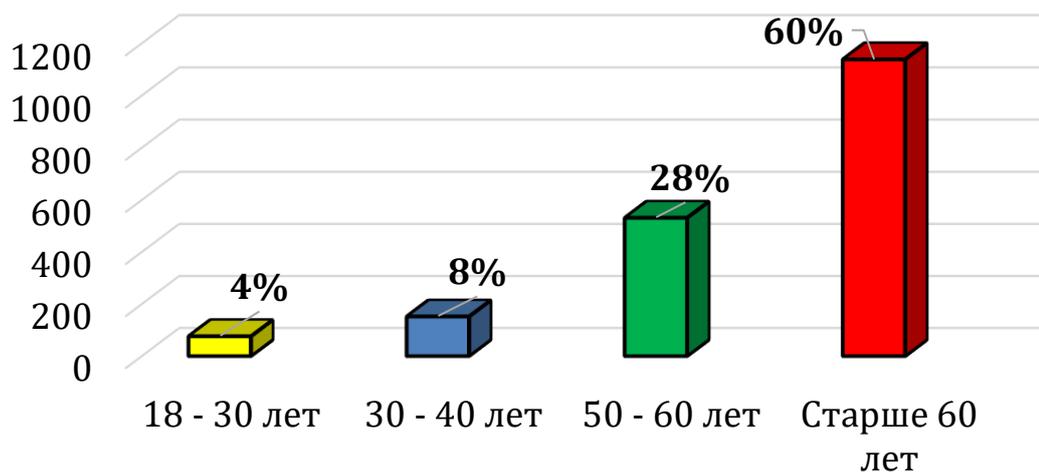


Рис. 3 Распределение пациентов по возрасту

Изучив данные статистики мы провели анкетирование, в котором приняли участие 50 респондентов, это пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями кардиологического отделения №2.

По полу и возрасту, пациенты распределились следующим образом.

Пол: мужчины 28 человек (56%), женщины 22 человека (44%) (Рис. 4).

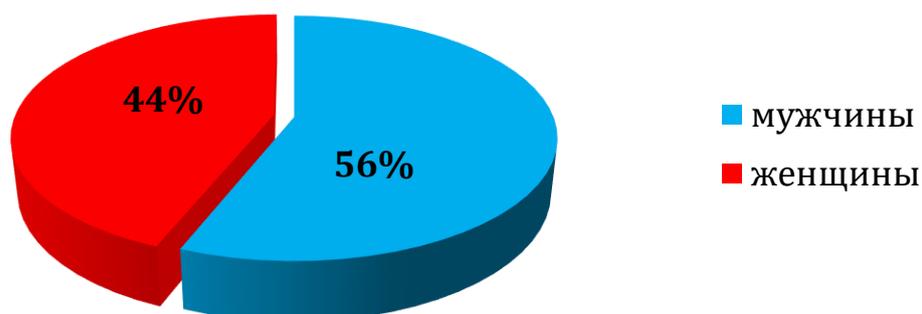


Рис. 4 Пол

Возраст: 18 – 30 лет – 3 человека (6%), 30 – 40 лет – 11 человек (22%), 50 – 60 лет – 20 человек (40%), старше 60 лет – 16 человек (32%) (Рис. 5).

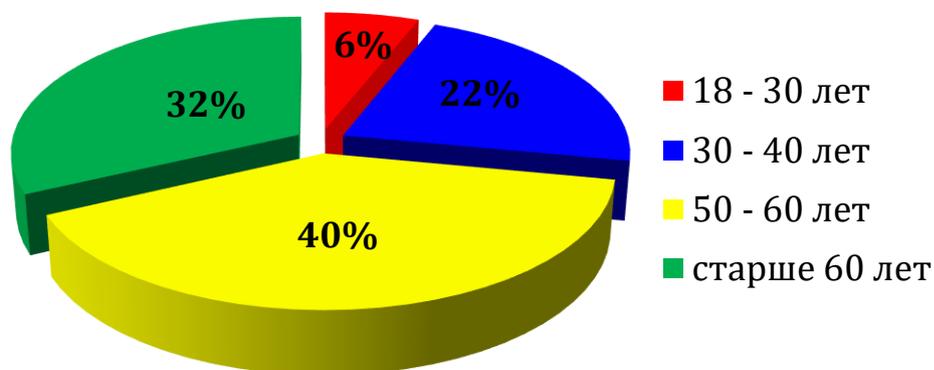


Рис. 5 Возраст

Практически все пациенты 48 человек (96%) в кардиологическом отделении знают с каким заболеванием находятся на лечении и только 2 человека (4%) не знают (Рис. 6).

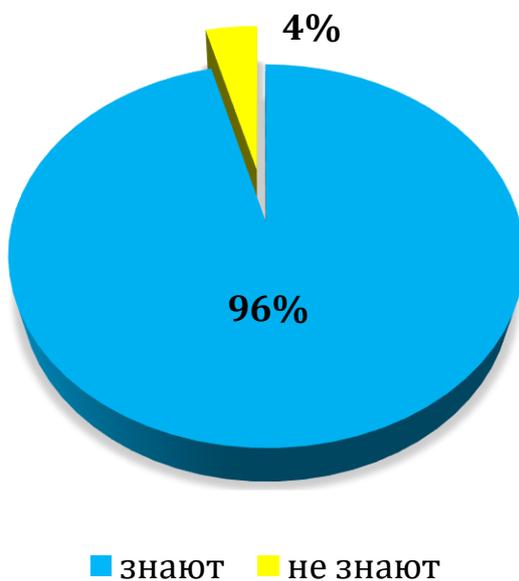


Рис. 6 Информированность пациентов

Опросив пациентов мы выяснили, что у 23 человек (46%) есть близкие родственники, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, у 22

человек (44%) нету и 3 человека (10%) не знают. Поэтому особенно тщательно люди должны следить за своим здоровьем в семьях, которых были случаи ранней сердечной смерти, поскольку у них возможна генетическая предрасположенность (Рис. 7).

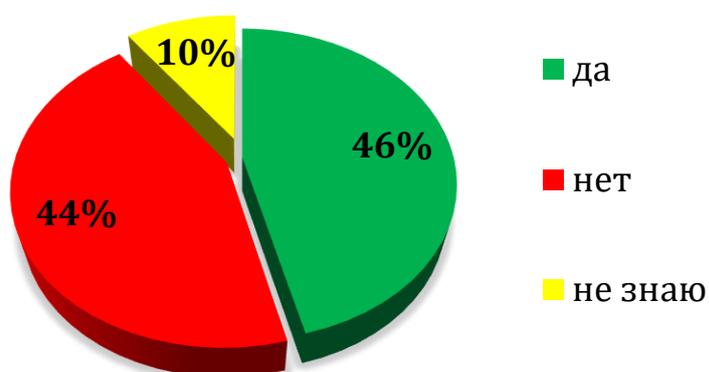


Рис. 7 Наличие сердечно-сосудистых заболеваний у близких родственников

На пути к здоровому образу жизни и к сохранению сердечно-сосудистой системы, очень важно найти в себе силы и отказаться от вредных привычек. В ходе исследования мы выяснили, что у 37 человек (75%), находящихся на лечении имеются вредные привычки, а у 13 человек (25%) их нет (Рис. 8).



Рис. 8 Наличие вредных привычек у пациентов

Питание больных с сердечно-сосудистыми патологиями является одним из основных наиболее важных и обязательных лечебных компонентов. Оно всегда должно соответствовать характеру обмена веществ данного пациента, а особенно при заболеваниях, сопровождающихся метаболическим обменом.

Из 50 опрошенных пациентов 39 человек (78%) не соблюдают диету, а 11 человек (22%) соблюдают (Рис. 9).

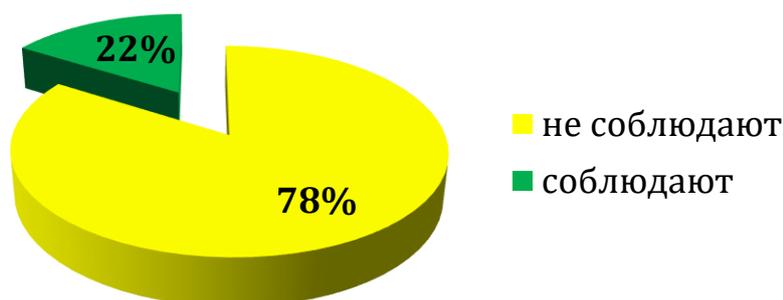


Рис. 9 Соблюдение диеты пациентами

На вопрос: «Занимаетесь ли Вы спортом и физическими нагрузками?» 35 пациентов (70 %) отметили, что не занимаются спортом и физическими нагрузками; 9 пациентов (17%) занимаются и 6 пациентов (13%) иногда занимаются (Рис. 10).

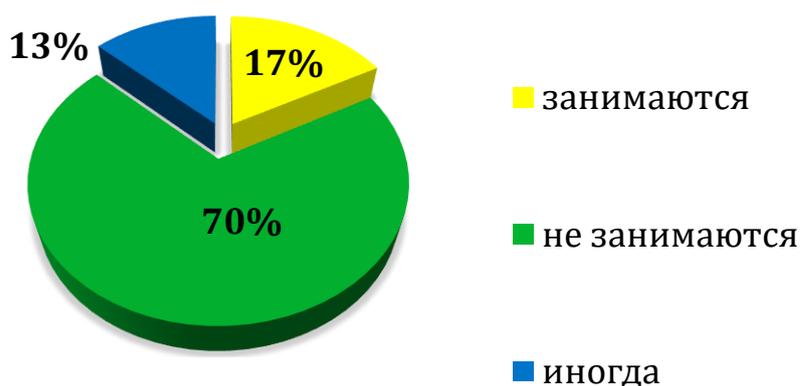


Рис. 10 Занятия спортом и физическими нагрузками

Изучив данные статистики и анкетирования мы узнали, что больше всего пациентов беспокоят такие симптомы, как: боли в области сердца и за грудиной – 12 человек (25%), понижение и повышение артериального давления – 10 человек (20%), одышка – 9 человек (18%), отеки – 8 человек (15%), учащение пульса – 6 человек (12%), головокружение и обмороки – 5 человек (10%) (Рис. 11).

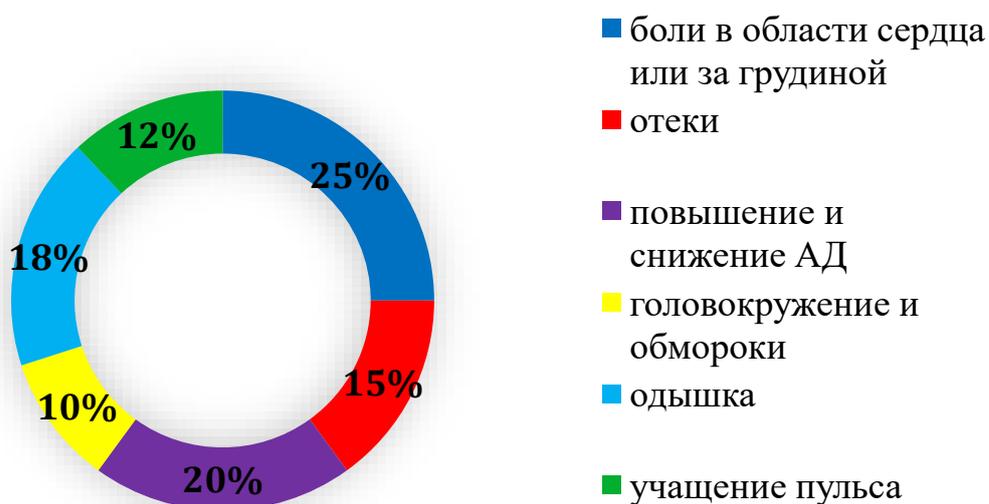


Рис. 11 Клинические симптомы заболеваний у пациентов

Так как большинство пациентов страдают от понижения и повышения артериального давления, мы задали им несколько вопросов про артериальное давление. На вопрос: «Умеете ли Вы самостоятельно измерять артериальное давление?» 40 человек (81%) ответили – нет, а 10 человек (19%) ответили - да (Рис. 12).

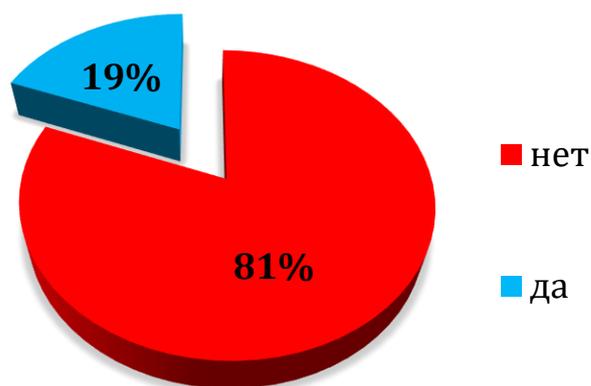


Рис. 12 Умение пациентами измерять артериальное давление

На вопрос: «Знаете ли Вы значения артериального давления в норме?», так же большинство пациентов – 30 человек (60%) ответило – нет, а 20 человек (40%) ответило да (Рис. 13).

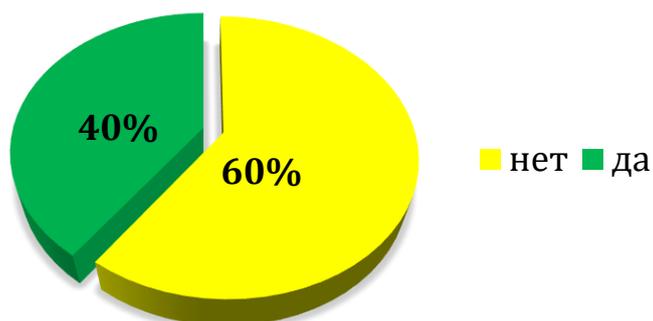


Рис. 13 Знание пациентов о норме артериального давления

На вопрос: «Как часто вы измеряете артериальное давление?», пациенты ответили 1 раз в день – 8 человек (17%), 2 раза в день – 15 человек (30%), по ухудшению самочувствия – 27 человек (53%). Следовательно, давление пациенты измеряют не регулярно, а большинство – лишь при ухудшении самочувствия, что, конечно, не допустимо для пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями. Так как повышение артериального давления является одним из факторов риска в возникновении такого острого

состояния, как инфаркт миокарда, который может стать причиной преждевременной и внезапной смерти (Рис. 14).

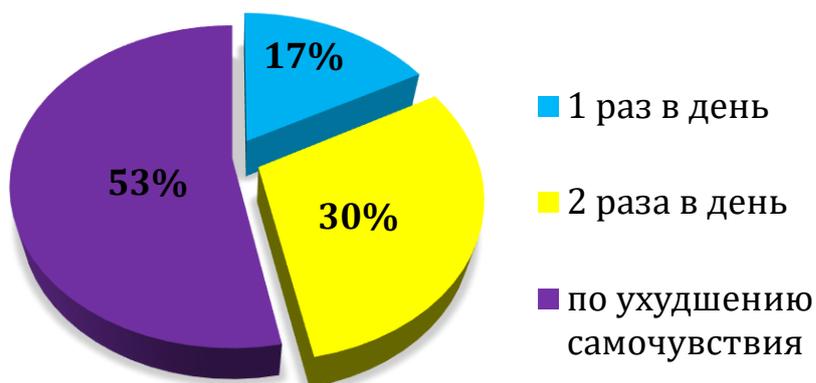


Рис. 14 Частота измерения артериального давления пациентами

На вопрос: «Как Вы оцениваете качество работы медицинской сестры?» 45 пациентов (90%) отметило хорошее качество работы, 4 пациента (9%) отметили удовлетворительное и только 1 пациент (1%) отметил неудовлетворительное качество работы (Рис. 15).

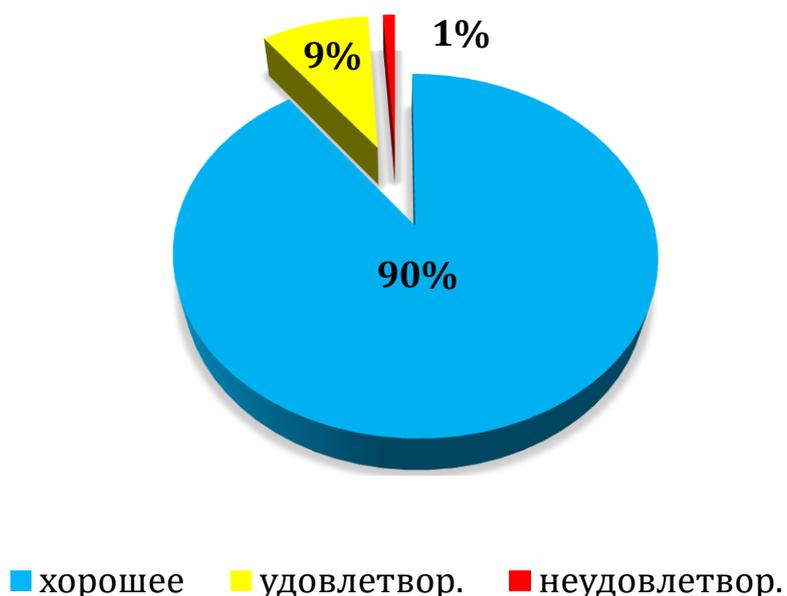


Рис. 15 Оценка качества работы медицинского персонала

На основании проведенной исследовательской работы, в которой приняли участие 50 респондентов с сердечно - сосудистыми патологиями, можно сделать следующие выводы:

1. Выявлено, что сердечно-сосудистыми заболеваниями болеют чаще мужчины (56%), чем женщины (44%), а средний возраст заболеваемости от 50 и старше.
2. 74% пациента имеют вредные привычки.
3. 96% пациентов знают с каким заболеванием они находятся на лечении в кардиологическом отделении №2.
4. У 46% есть близкие родственники с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
5. 78 % пациентов не соблюдают диету.
6. 70% пациентов не занимаются спортом и физическими нагрузками
7. Самыми распространенными клиническими симптомами сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов являются – боли в сердце и за грудиной (25%), повышение и снижение АД (20%), одышка (18%), отеки (15%).
8. 81% пациентов не умеют самостоятельно измерять АД.
9. 90% пациентов не знают значения АД в норме.
10. 53% пациентов измеряют АД по ухудшению состояния.
11. 90% пациентов отмечают хорошее качество работы медицинских сестер.

Таким образом, мы выяснили, что сердечно-сосудистыми заболеваниями чаще болеют мужчины, большинство пациентов не соблюдают назначенную им диету, имеют вредные привычки и ведут малоподвижный образ жизни.

Исходя из выводов мы разработали рекомендации для улучшения качества жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2.4. Рекомендации для улучшения качества жизни пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В основе профилактики сердечно-сосудистых патологий и их осложнений лежит здоровый образ жизни, устранение факторов риска, раннее выявление сердечно-сосудистых патологий и риска их развития, а также эффективное лечение.

Эти несложные рекомендации помогут Вам защитить себя не только от самой болезни, но и от развития осложнений. Это не так сложно как кажется с первого взгляда, главное не лениться!

1. Здоровое питание. Подразумевает уменьшение в ежедневном рационе жареных и жирных блюд, кофеина, соли, сахара, куриных яиц. А также введение в рацион морской рыбы, мяса птицы, бобовых, цельно зерновых круп, овощей, фруктов и ягод (см. Приложение 1).
2. Лишний вес. Все пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями должны следить за своим весом, при его повышении нужно пересмотреть свое питание и активность.
3. Гиподинамия. Пешие прогулки на свежем воздухе, занятия спортом и физическими нагрузками – все это снижает риск развития патологии сердца и сосудов.
4. Вредные привычки. Нужно самостоятельно отказаться от курения, алкоголя и наркотиков, или избавляться от этих вредных привычек при помощи специального лечения.
5. Стрессы. Умение адекватно реагировать на мелкие неприятные ситуации, приятное общение с единомышленниками, правильный режим работы и отдыха, нормальный сон – все эти меры позволяют уменьшить количество стрессовых ситуаций.
6. Самоконтроль артериального давления и своевременное его

снижения. Подразумевают регулярные измерения артериального давления, систематический прием назначенных врачом антигипертензивных препаратов.

7. Систематическое профилактическое обследование. Людям, находящимся в группе риска по развитию патологии сердца и сосудов или отмечающим повышение артериального давления при самостоятельном его измерении, необходимо своевременно посещать врача, выполнять его рекомендации и проводить профилактическое обследование (измерение артериального давления, пульса, ЭКГ, анализов крови и мочи).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе работы над темой «Особенности сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми патологиями», перед нами была поставлена цель исследования: изучить особенности сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми патологиями.

В своей работе мы ознакомились с медицинской и научно-методической литературой, раскрыли сущность понятия «сердечно-сосудистые патологии», рассмотрели этиологию и патогенез, изучили клинические проявления, диагностику, принципы лечения, оказание первой и неотложной помощи, уход за пациентами. Мы изучили различные источники информации, познакомились со структурой ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгорода, кардиологическим отделением №2, провели анализ анкетирования и статистических данных по сердечно-сосудистым патологиям.

Количество случаев с сердечно - сосудистыми заболеваниями в настоящее время прогрессивно увеличивается. Первыми признаками заболеваний являются боли в области сердце, одышка при незначительных физических нагрузках, плохой сон, сердцебиение и т.д. Нарушения кровоснабжения и метаболизма миокарда являются основной причиной наиболее распространенных заболеваний сердца: ИБС, инфаркт миокарда и приступы стенокардии.

Таким образом, грамотно организованная работа медицинской сестры с пациентами, способствует снижению развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Именно медицинские сестры ведут тщательный контроль за состоянием пациентов, оказывают неотложную помощь, постоянно информируют пациентов о заболеваниях и их осложнениях, объясняя важность соблюдения лечебно-охранительного режима, диеты, физической нагрузки и назначений врача. Для достижения положительного

результата медицинская сестра должна создавать мотивацию у пациентов к изменению образа жизни, только общими усилиями можно добиться повышения уровня качества их жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллилуев, И.Г. Боли в области сердца [Текст] / И.Г. Аллилуев, В.И.Маколкин, С.А. Аббакумов. – М.: Медицина, 2016. – 192 с.
2. Алперт, Дж. Лечение инфаркта миокарда [Текст]: практическое руководство: Пер. с англ. / Дж. Алперт, Г. Френсис. – М.: Практика, 2015. – 255 с.
3. Горбачев, Вл. Вас. Здоровое сердце [Текст] / Вл. Вас. Горбачев, Вл. Вл. Горбачев. – Мн.: Книжный дом, 2016. - 384с.
4. Гасилин, В.С. Стенокардия [Текст] / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2017. – 240 с.
5. Минкин, Р.Б. Болезни сердечно-сосудистой системы [Текст] / Р.Б. Минкин. - СПб.: Акация, 2016. – 273 с.
6. Селезнева, Л.М. Болезни сердца и сосудов [Текст] / Л.М. Селезнева. – СПб.: «Издательство «ДИЛЯ», 2016. – 256 с.
7. Тарасов, А.Н. Неотложная доврачебная помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях [Текст] / А.Н. Тарасов, Е.А. Гордиенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 2015. – 240 с.
8. Ужегов, Г.Н. Болезни сердца и сосудов [Текст] / Г.Н. Ужегов. – СПб.: «Издательство «ДИЛЯ», 2017. – 320 с.
9. Электронный ресурс: <https://serdec.ru/bolezni/zabolevaniya-serdechno-sosudistoy-sistemy>
10. Электронный ресурс: <https://cardiograf.com/bolezni/obschie/serdechno-sosudistye-zabolevaniya.html>
11. Электронный ресурс: https://neotlozhnaya-pomosch.info/cardiology/serdechno_sosudistye_zabolevaniya.php
12. Электронный ресурс: https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Сердечно-сосудистые_заболевания

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета для пациентов кардиологического отделения.

Уважаемые пациенты, просим Вас ответить на следующие вопросы. Ваши результаты будут полностью использованы в исследовательской работе. Мы гарантируем соблюдение конфиденциальности.

1. Ваш пол:

- Мужской
- Женский

2. Ваш возраст:

- 18-30 лет
- 30-40 лет
- 50-60 лет
- Старше 60 лет

3. С каким заболеванием на лечении, Вы находитесь в данном отделении? _____

4. Ваша профессия _____

5. Имеются ли у Вас вредные привычки (если да, то какие)?

6. Есть ли у Вас близкие родственники, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями?

- Да
- Нет
- Не знаю

7. Обращались ли Вы ранее за медицинской помощью в это отделение:

- Да
- Нет

8. Соблюдаете ли Вы диету, назначенную Вам?

- Да
- Нет

9. Занимаетесь ли Вы спортом и физическими нагрузками?

- Да
- Нет
- Иногда

10. Умеете ли Вы самостоятельно измерять артериальное давление?

- Да
- Нет

11. Знаете ли Вы значения артериального давления в норме?

- Да
- Нет

12. Как часто вы измеряете артериальное давление?

- раз в день
- раза в день
- по ухудшению состояния

13. Какие клинические симптомы вашего заболевания Вас часто беспокоят?

14. Объясняли ли Вам при поступлении правила внутреннего распорядка:

- Да, объясняла медицинская сестра
- Да, объяснял врач
- Никто не объяснял

15. Сколько раз в день Вам раздают таблетированные лекарственные средства:

- 1 раз на весь день
- На каждый прием отдельно
- Беспорядочно

16. Перед проведением различных процедур объясняли ли Вам, с какой целью, каким образом будет проводиться процедура:

- Да, объясняли
- Никто не объяснял
- Узнал(а) от соседей по палате

17. Проводит ли медицинская сестра ежедневное измерение температуры:

- Да, утром и вечером
- Только утром
- Только вечером
- Самому приходится просить измерить температуру

18. Как Вы оцениваете внешний вид медицинских сестер:

- Хороший
- Удовлетворительный
- Неудовлетворительный

19. Оцените этико-деонтологические и профессиональные качества медицинских сестер:

- Доброжелательность
- Грубость
- Милосердие
- Равнодушие
- Внимательность
- Тактичность
- Невнимательность
- Нетактичность
- Профессионализм, квалификация
- Плохое исполнение своих профессиональных обязанностей
- Другое

20. Возникали ли у Вас конфликтные ситуации с медицинскими сестрами:

- Да (указать причину)
- Нет

21. Своевременно ли выполняются назначения врача медицинскими сестрами:

- Да
- Не всегда
- Нет

22. Оцените качество работы медицинских сестер:

- Хорошее
- Удовлетворительное
- Неудовлетворительное

23. Какие рекомендации, Вы, могли бы дать для медицинской сестры?

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

Общий вариант диеты (ОВД, стол № 10)

Общий вариант диеты (ОВД, стол №10) – сбалансированное лечебное питание, предназначенное для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Рацион питания стола №10 укрепляет сердечную мышцу (миокард), повышает диурез и сокращает нагрузку на сердце при пищеварении.

Химический состав стола №10:

- белки 80-90 г (60% животного происхождения, 40% растительные);
- жиры 70 г (30% растительные, 70% животного происхождения);
- углеводы 350-400 г;
- соль 5-7 г (3-4 г для посоливания, 2-3 г для приготовления блюд);
- жидкость 1,2 л (включая супы, компоты, чай, кисели и т.д.).

Суточная норма диеты №10: 2300—2600 ккал.

Режим питания: 4-6 раз в день (последний прием пищи не позже, чем за 2 часа до сна).

Что можно есть при диете №10:

Супы: вегетарианские с различными крупами, с картофелем, овощами, свекольник, также молочные и фруктовые супы.

Крупы: любые, приготовленные на воде или на молоке, также можно макаронные изделия.

Овощи, зелень: отварные или запеченные овощи, редко в сыром виде: картофель, цветная капуста, салат, огурцы, томаты, морковь, свекла, кабачки, тыква. Ограничено белокочанная капуста и зеленый горошек. Можно добавлять в блюда укроп, петрушку и зеленый лук.

Мясо, рыба: нежирные сорта мяса (говядина, телятина, курица, индейка) и рыбы. Для приготовления мясо или рыбу необходимо отварить, а потом запечь или обжарить. Можно также готовить заливное.

Ограничено употребление диетической колбасы.

Яйца: 1 яйцо в день, но при условии его приготовления всмятку, омлета (паровой, запеченный или белковый) или в качестве добавки в блюда.

Свежие фрукты и ягоды: в свежем виде спелые фрукты и ягоды, также сухофрукты.

Молочные продукты: молоко, кефир, творог и блюда из него. Сметана, сливки и сыр – ограничено.

Сладости: желе, муссы, кисели, кремы, мед, варенье и не шоколадные конфеты.

Мучные изделия: пшеничный хлеб из муки 1 и 2 сорта, вчерашняя выпечка, диетический бессолевой хлеб, несдобное печенье и бисквит.

Жиры: растительное, сливочное и топленое масло.

Напитки: некрепкий чай, кофейные напитки с молоком, соки (фруктовые и овощные), отвар шиповника. Виноградный сок – ограниченно.