

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С
ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Турановой Мадины Ахмаджоновны

Научный руководитель
преподаватель Абрамова Е.В.

Рецензент
старшая медицинская сестра
отделения сердечно-
сосудистой хирургии
ОГБУЗ «Белгородская
областная клиническая
больница Святителя Иоасафа»
Гладких И.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗНАНИЙ ОБ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	5
1.2. Факторы риска ишемической болезни сердца.....	5
1.2. Этиология и патогенез ишемической болезни сердца.....	6
1.3. Клиническая картина и лечение ишемической болезни сердца.....	9
1.4. Профилактика ишемической болезни сердца.....	13
1.5. Сестринский уход при ишемической болезни сердца.....	18
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	22
2.1. Организационная структура ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	22
2.2. Анализ социального исследования пациентов ИБС.....	23
2.3. Рекомендации пациентам с ишемической болезнью сердца.....	36
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	41

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы лечения сердечно - сосудистых заболеваний ишемического генеза и предупреждения фатальных осложнений на сегодняшний день является одним из самых важных направлений современной медицины. Данное заболевание представляет собой одну из причин смертности среди населения.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), развивается вследствие атеросклероза коронарных артерий.

В настоящее время по данным ВОЗ в мире ежегодно умирает от сердечно-сосудистых заболеваний более 15 миллионов человек: большинство из них не доживают до 65 лет. На западе от данного заболевания смертность постепенно снижается, что связывают в первую очередь с возросшей эффективностью лечения, в том числе и хирургического, в России, к сожалению, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний растет. Среди российских мужчин 35-74 лет смертность составляет 1447 на 100 тысяч человек, для этой же популяции США-458, Франции-250, Японии-212. Россия занимает одно из последних мест по средней ожидаемой продолжительности жизни. Факторами риска развития данного заболевания являются: артериальная гипертония (даже умеренная), курение, сахарный диабет, ожирение, недостаточная физическая активность, напряженная умственная или ответственная работа и другие занятия, требующие непрерывного нервного напряжения.

Цель работы: исследование профессиональной деятельности медсестры с пациентами, страдающими ишемической болезнью сердца.

Объект исследования: пациенты с ишемической болезнью сердца кардиологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Предмет исследования: сестринский процесс при ишемической болезни сердца.

Задачи исследования:

- изучить литературу по теме исследования;
- определить факторы риска ишемической болезни сердца у пациентов;
- рассмотреть профессиональную деятельность медицинской сестры с пациентами, страдающими ишемической болезнью сердца;
- провести анкетирование;
- составить рекомендации по профилактике данных заболеваний.

Методы исследования: эмпирические, практические, изучение научной литературы, социологический.

База исследования: кардиологическое отделение ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Время исследования: 2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗНАНИЙ ОБ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ишемическая болезнь сердца – патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий.

Ишемическая болезнь сердца представляет собой обусловленное расстройством коронарного кровообращения поражение миокарда, возникающее в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы. Иными словами, миокард нуждается в большем количестве кислорода, чем его поступает с кровью.

1.2. Факторы риска ишемической болезни сердца

Факторами риска являются характерные для данного индивидуума или популяции факторы, значительно увеличивающие риск развития ишемической болезни сердца по сравнению с лицами, которые этих факторов не имеют.

Согласно результатам современных клинических исследований, выполненных в соответствии с требованиями доказательной медицины, устранение или коррекция некоторых факторов риска позволяет снизить заболеваемость и смертность при ишемической болезни сердца.

Факторы риска разделяют на: управляемые и неконтролируемые.

1. Управляемые – те, на которые человек может повлиять:

- алкоголь,
- курение,
- низкая физическая активность (гиподинамия),
- ожирение,
- психосоциологический стресс,

- еда с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров,

- артериальное давление,
- сахарный диабет.

2. Неконтролируемые – те показатели, на которые человек повлиять не может:

- мужской пол,
- преклонный возраст,
- преждевременное развитие ишемической болезни сердца в семейном анамнезе.

Комбинация нескольких факторов риска увеличивает вероятность развития ишемической болезни сердца в большей степени, чем существование одного фактора.

В последнее время существенное внимание уделяется изучению таких факторов риска развития ишемической болезни сердца и ее осложнений, как воспаления, происходящие в организме, учащенная частота сердечных сокращений, состояния, провоцирующие и усугубляющие ишемию миокарда – заболевания щитовидной железы, анемия, хронические инфекции [1, с. 106].

1.2. Этиология и патогенез ишемической болезни сердца

Три главных клинических формы ИБС:

1. Стенокардия.
2. Инфаркт миокарда.
3. Постинфарктный кардиосклероз.

Среди всех пациентов с заболеванием ИБС можно выделить две основные группы:

1. Пациенты, у которых возникают внезапно острые осложнения ИБС – острые коронарные синдромы: инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, внезапная смерть.

2. Пациенты с постепенным развитием прогрессирования стенокардии напряжения [3, с. 84].

Стенокардия.

«Стенокардия - клинический синдром ишемической болезни сердца, характеризующийся таким клиническим показателем как приступообразная боль, сжимающего характера с локализацией за грудиной, иррадиирующей в левую руку, плечо и сопровождающейся чувством страха и тревоги.

Этиология. В основном это заболевание происходит по причине нарушения тока крови по венечным сосудам, которые снабжают кровью миокард, что приводит к болевым ощущениям в области сердца или за грудиной.

Возникновение болевых (ангинозных) приступов определяется двумя показателями сложившимися взаимоотношениями двух основных факторов: анатомического и функционального. Доказано, что в подавляющем большинстве случаев при типичной стенокардии речь идет об атеросклерозе коронарных артерий, приводящем к сужению их просвета и развитию коронарной недостаточности. Приступ стенокардии возникает в результате несоответствия между потребностью сердечной мышцы в кислороде и способностью питающих ее сосудов доставить необходимое его количество. В результате возникает ишемия, выражающаяся болью» [9, с. 98].

Патогенез. Недостаточность тока крови по венечным артериям может развиваться по разным причинам: атеросклеротические бляшки, спазм венечных артерий, перенапряжение миокарда при больших физических и нервных нагрузках.

По степени напряжения стенокардии различают на:

- 1) впервые возникшая;
- 2) стабильная (с указанием функционального класса- I,II,III, IV);

- 3) прогрессирующая;
- 4) спонтанная (особая);
- 5) постинфарктная ранняя.

Инфаркт миокарда – поражение сердечной мышцы характеризуется развитием некроза, в результате нарушения коронарного кровообращения, возникающего вследствие сужения сосудов атеросклеротической бляшкой или тромбоза коронарной артерии.

Этиология. В 95% этиологическим фактором инфаркта миокарда является атеросклероз коронарных артерий, в развитии которого играют роль факторы риска ишемической болезни сердца (пол, возраст, ожирение, артериальная гипертензия).

Причиной развития данного заболевания, в редких случаях, может быть спазм коронарных артерий, без признаков атеросклероза или воспалительные изменения коронарных сосудов ревматической этиологии. Сосудистые поражения приводят к возникновению некроза участка сердца. По завершению этого процесса, омертвевшие кардиомиоциты замещаются соединительной тканью, и происходит формирование плотного рубца. [9, с 48].

Постинфарктный кардиосклероз – патологическое состояние, характеризующееся образованием фиброзного рубца в зоне участка некроза мышцы сердца. Полное формирование рубца заканчивается через три-четыре месяца от момента развития инфаркта миокарда. Однако его дальнейшая эволюция может продолжаться значительно дольше.

Этиология. Застойная сердечная недостаточность, развивающаяся на фоне постинфарктного кардиосклероза, является основной причиной инвалидизации больных. Она резко ухудшает прогноз заболевания. Хроническая сердечная недостаточность у больных постинфарктным кардиосклерозом может явиться исходом острой недостаточности, но у большинства пациентов ее развитие происходит медленно - по мере структурных и функциональных изменений сердечной мышцы. Существует мнение, что первые проявления застоя могут возникнуть в период активизации

больных при увеличении физической нагрузки. В настоящее время сложилось обоснованное мнение, что первичным звеном в развитии сердечной недостаточности у больных постинфарктным кардиосклерозом является ослабление деятельности миокарда, приводящего к нарушению как систолической, так и диастолической функций сердца [6,с. 208].

1.3. Клиническая картина и лечение ишемической болезни сердца

Клиническая картина стенокардии.

«Типичными симптомами болезни являются, приступообразный характер боли сжимающего характера, локализация боли в области сердца и за грудиной, иррадиация в левую половину грудной клетки, левую руку, нижнюю челюсть. Больные ощущают сдавливание, тяжесть, жжение за грудиной. Во время приступа пациент ощущает чувство страха, замирает, боясь двигаться и прижав кулак к области сердца. Приступ продолжается 5 минут. Более продолжительный приступ должен рассматриваться как вероятность инфаркта миокарда. Течение заболевания носит волнообразный характер - периоды ремиссий чередуются с периодом учащения приступов.

Наличие только двух из трех перечисленных признаков указывает на атипичную возможную стенокардию, а присутствие лишь одного признака не дает оснований установить диагноз стенокардии.

Главным признаком стенокардии является внезапно возникающая боль, которая за несколько секунд достигает определенной, не изменяющейся в течение всего приступа интенсивности. Наиболее часто боль локализуется за грудиной или в области сердца, значительно реже - в надчревной области. По своему характеру боль, как правило, бывает сжимающей, реже - тянущей, давящей или ощущается больным в виде жжения. Типичной считается иррадиация боли в левую руку область левой лопатки и плеча. В ряде случаев боль ощущается в области шеи и нижней челюсти, редко - в правом плече,

правой лопатке и даже в поясничной области. Некоторые больные отмечают в области иррадиации боли чувство онемения или похолодания.

В ряде случаев больных беспокоит боль только под левой лопаткой, в плече, нижней челюсти или в надчревной области.

У отдельных больных стенокардия может проявляться приступом удушья, обусловленным возникающим в результате коронарной недостаточности снижением сократительной функции сердца и развитием застоя крови в малом круге кровообращения» [10, с. 108].

Лечение.

В момент приступа больному важно обеспечить физический и психический покой. Для снятия приступа стенокардии применяют нитроглицерин в таблетках по 0,0005 г под язык или 1-3 капли 1% спиртового раствора на кусочке сахара. Действие нитроглицерина обусловлено снижением спазма коронарных сосудов, в результате этого улучшаются кровоснабжение миокарда и боль исчезает. Действие нитроглицерина проявляются через 1-2 минуты, и длится 20-30 минут. В это время может появиться головная боль, так как действие нитроглицерина распространяется и на сосуды головного мозга.

Для купирования легких приступов стенокардии может применяться валидол в таблетках по 0,06 г под язык, который оказывает рефлекторное сосудорасширяющее, успокаивающее и противорвотное действие.

Рефлекторное влияние на купирование приступа стенокардии оказывает погружение рук в горячую воду, а также применение горчичников на область сердца [2, с. 216].

Клиническая картина инфаркта миокарда.

«Основным клиническим симптомом инфаркта миокарда является резкая боль в области сердца или за грудиной, которая может иррадиировать в левое плечо, левую лопатку. Боль длительная, не купирующаяся нитроглицерином. В этот момент пациент взволнован, недооценивает тяжесть своего состояния, иногда испытывает страх смерти. Отмечается бледность кожных покровов, на лице выступает холодный пот.

Важным признаком инфаркта миокарда является сердечно – сосудистая недостаточность: резкая слабость, учащение сердцебиения, понижение артериального давления, нитевидный пульс. При аускультации выявлены глухость тонов сердца, аритмия. Одним из наиболее важных клинических симптомов инфаркта миокарда является шум трения перикарда, который обнаруживается при аускультации. Шум трения передней стенки левого желудочка сердца, при котором развивается реактивный перикардит» [1, с. 80].

Лечение.

Лечить больных инфарктом миокарда можно полноценно только в условиях стационара. Основной задачей лечения является купирование болевого синдрома, для этого применяют наркотические анальгетики – вводят 1 мл 1% раствора морфина или 1-2 мл 1-2% раствора промедола с 0,5 мл 0,1% раствора атропина, используют ингаляции закиси азота с кислородом и другие анальгетики.

В первые 5-7 дней после инфаркта миокарда важно соблюдать строгий постельный режим. В дальнейшем режим постепенно расширяют, начиная с движений в постели, желательно под руководством инструктора лечебной физической культуры. При отсутствии серьезных осложнений и при условии стабилизации электрокардиограммы обычно с 10-20-го дня разрешают сидеть. При неосложненном инфаркте режим расширяют быстрее. Важно создать для больного удобную и спокойную обстановку, хорошее влияние оказывает применение седативных средств. Ежедневного стула добиваются легкими слабительными и, если это не удастся, клизмами. Питание должно быть легким, суточный рацион рассчитывают на 1500- 1800 ккал и 2-3 г поваренной соли.

Лечение антикоагулянтами в большинстве случаев признается существенным. С первого дня назначают антикоагулянт прямого действия, обычно гепарин в количестве 15 000 ЕД внутривенно и далее по 7500-10 000 ЕД внутривенно или внутримышечно каждые 4-6 ч, контролируя время свертывания крови перед каждым введением. Лечение антикоагулянтами

заканчивают, как правило, сразу после выписки из стационара, снижая дозу в течение 10-15 дней [7, с. 224].

Клиническая картина постинфарктного кардиосклероза.

Клинические проявления заболевания зависят от состояния коронарного кровообращения, обширности рубцовой зоны, дилатации левого желудочка. Ведущим симптомом постинфарктного кардиосклерозом являются ангинозные приступы, обусловленные ишемией зон миокарда, не подвергшихся выраженному фиброзу. Боли могут возникать как при физической нагрузке, так и при психоэмоциональном напряжении. Провоцировать боли способны холод, прием пищи, курение и обострение таких заболеваний, как желчнокаменная болезнь, панкреатиты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Сравнительно ранним симптомом постинфарктного кардиосклероза является одышка, которая долгое время возникает только при физической нагрузке, позже - после еды и затем - по ночам. Нередко возникают приступы сердечной астмы. Выраженность одышки и скорость ее прогрессирования зависят от степени тренированности больных, достигнутой в процессе физической реабилитации. По мере прогрессирования сердечной недостаточности появляется тахикардия. Но следует отметить, что этот симптом, весьма характерный для декомпенсации хронической сердечной недостаточности, при постинфарктном кардиосклерозе наблюдается редко [9, с. 166].

Лечение.

Лечение постинфарктного кардиосклероза обычно направлено на устранение его проявлений (сердечная недостаточность и аритмии), так как восстановить функцию пораженного миокарда не представляется возможным.

При медикаментозном лечении больным назначают следующие классы препаратов:

- ингибиторы АПФ (эналаприл, каптоприл) снижают артериальное давление в случае его повышения;
- бета-блокаторы (конкор, эгилок) уменьшают частоту сердечных сокращений, тем самым повышая фракцию выброса;

- мочегонные (лазикс, гипотиазид, индапамид) выводят накопившуюся жидкость и уменьшают признаки сердечной недостаточности.
- для улучшения метаболических процессов хорошо помогает мексикор, рибоксин и АТФ.
- классические лекарства для лечения ИБС (аспирин, нитроглицерин и др.).

Важно при постинфарктном кардиосклерозе соблюдать определенную диету. Количество выпиваемой жидкости сокращают до полутора литров в сутки, ограничения требует соль. Потребление соли должно составлять не более 3 граммов за сутки.

Периодически проводится контрольное взвешивание пациента. Увеличение массы тела является свидетельством задержки лишней жидкости в организме. В этом случае следует увеличить дозу мочегонных препаратов.

Ограничить в питании надо продукты, содержащие животные жиры, холестерин, соль. Кроме того, следует увеличить поступление в организм клетчатки, которая содержится в горохе, бобах, фасоли, свекле, капусте. Продукты, богатые полиненасыщенными жирными кислотами употреблять надо обязательно. Это морская рыба, морепродукты, морские водоросли, растительные масла (лучше оливковое и горчичное), ягоды, овощи, фрукты [10, с. 122].

1.4. Профилактика ишемической болезни сердца

Первичная профилактика – борьба с факторами риска.

Вторичная профилактика – адекватное лечение ишемической болезни сердца.

Оздоровление образа жизни больных ишемической болезнью сердца является важнейшим лечебно – профилактическим мероприятием наряду с коррекцией факторов риска.

Рекомендации по профилактике:

1. Уменьшение индекса массы тела у больных с ишемической болезнью сердца имеет не только профилактическое, но и лечебное значение. При ее снижении у них уменьшается одышка при физической нагрузке, значительно реже возникают приступы стенокардии, повышается физическая работоспособность согласно субъективным ощущениям и результатам нагрузочных проб, наблюдается антигипертензивный эффект, улучшаются настроение, трудоспособность, сон. Для того чтобы снизить вес необходимо придерживаться низкой калорийной диеты, так как это снижает нагрузку на сердечную мышцу. При сбалансированном питании калорийность суточного рациона должна быть снижена в среднем на 400 – 500 ккал. Для достижения должного эффекта в диетотерапию необходимо снизить потребление соли, которое препятствует задержке жидкости в организме и снижает артериальное давление.

2. Пациент должен стремиться к прекращению курения. С пациентами необходимо проводить беседу о вреде курения. Отказ от сигарет у людей, перенесшими инфаркт миокарда, снижает риск его повторного развития и внезапной сердечной смерти на 20 – 50%. В целях борьбы с курением пациентом могут быть рекомендованы антитабачные препараты, а также специальная аутогенная тренировка, цель которой – выработать отвращение к табаку и самому акту курения.

3. С целью предотвращения рецидивов необходимо контролировать уровень артериального давления. Особое внимание должно быть обращено на сопутствующую артериальную гипертензию. Необходимо стремиться, чтобы артериальное давление у больных стабильной стенокардией было не выше 140/90 мм рт. ст. Уменьшение избыточной массы тела, увеличение физической активности, ограничение потребления поваренной соли снижают артериальное давление у многих больных артериальной гипертензией. При неэффективности данных методов назначается медикаментозная терапия. Препаратами выбора у таких больных являются бета – адреноблокаторы, антагонисты кальция длительного действия.

4. Физическая активность. Основным методом физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца являются дозированные физические нагрузки. Существуют групповые и индивидуальные занятия. Групповые проводятся в условиях стационара, индивидуальные на дому. Но и те и другие должны проводиться под наблюдением специалиста по лечебной физкультуре. В результате индивидуально подобранных тренировок можно прогнозировать улучшение у 60 – 65% больных стенокардией. Оно проявляется урежением приступов стенокардии и увеличением повседневной физической активности, уменьшением количества потребляемых таблеток нитроглицерина, принимаемых больными в течение суток, существенно повышается толерантность к физической нагрузке.

5. Психологическая реабилитация. Для успешного лечения важно создать благоприятную эмоциональную обстановку для адаптации пациента к своему состоянию после перенесенного заболевания. Это особенно важно, когда у больного имеются психоневротические нарушения. Фактически каждый пациент с ишемической болезнью сердца нуждается в психологической реабилитации.

6. Трудоспособность. Важным этапом реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца принято считать оценку их трудоспособности и рациональное трудоустройство. Допустимые для больного виды труда, выполняемые в соответствующих условиях, положительно влияют на течение и прогноз заболевания.

Трудоспособность людей, перенесших ишемическую болезнь, определяется результатом проведения нагрузочных проб. Для правильного определения интенсивности физической деятельности следует учитывать состояние сократительной способности сердца, возможное наличие признаков сердечной недостаточности, указания на перенесенный инфаркт миокарда, результаты кардиографии, свидетельствующие о числе и степени выраженности поражения коронарных артерий [3, с. 60].

Профилактика стенокардии:

- правильное питание: чтобы избежать проблем с лишним весом, нормализовать уровень холестерина в крови и обеспечить организм необходимыми витаминами и микроэлементами;
- отказаться от вредных привычек. Злоупотребление алкоголем и сигаретами оказывает разрушительное воздействие на весь организм;
- активный образ жизни. Люди, ведущие малоподвижный образ жизни, рано или поздно вызовут проблемы с кровообращением. Активный образ жизни предполагает регулярные и умеренные физические нагрузки. Если проблемы с сердцем и кровеносными сосудами уже заявили о себе, вам следует обратиться за помощью к специалисту по лечебной физкультуре, который подберет для вас оптимальную нагрузку;
- не запускайте здоровье. Повышенное артериальное давление, сахарный диабет, заболевания легких и бронхов при отсутствии своевременного грамотного лечения - все это может вызвать развитие стенокардии;
- лучше всего начинать профилактику стенокардии с раннего возраста. Чаще рассказывайте детям о том, насколько опасно курение, не перекармливайте детей, приобщайте их к спорту [11, с. 243].

Профилактика инфаркта миокарда

Стенка кровеносных сосудов в своём составе имеет мышечный слой. Соответственно сердечно - сосудистая система, как любой мышечный орган, нуждается в нагрузках и постоянных тренировках. Здесь подойдут процедуры, которые будут стимулировать сокращения сосудов: водные физиопроцедуры (контрастный душ, обливания холодной водой, обтирания, посещения бань). На первом месте в ряду профилактики инфаркта миокарда находится тренировка мышцы сердца и кровеносных сосудов. Необходимо учитывать, поступательный характер занятий физической культурой, следует придерживаться принципа: от простого к сложному. При наличии заболеваний, проблем со здоровьем следует обратиться за консультацией к специалисту.

Одним из факторов риска возникновения сердечно - сосудистых заболеваний является избыточный вес, следствием которого будет дисбаланс в дыхании, что создаёт проблемы и с бронхо-легочной, и с сердечно-сосудистой системами. Дозированные физические нагрузки создают эффект общего закаливания организма и приводят к эмоциональной разгрузке.

Отказ от никотиновой зависимости избавит курящего и окружающих его людей от целого ряда вредоносных воздействий всей «смеси» компонентов сигареты. Уйдут проблемы дефицита кислорода, пропадет спазмолитическая никотиновая нагрузка, снизятся риски возникновения атеросклеротических бляшек, нарушения обмена веществ. Все это позволит продлить жизнь и сделать её более полноценной.

Следует соблюдать умеренность в потреблении алкогольных напитков.

Риску возникновения инфаркта миокарда в большей степени подвержены впечатлительные, нервно-возбудимые люди. Позитивный настрой, доброжелательная обстановка, консультация психолога помогут избавляться от накопившегося стресса. [4, с. 240].

Профилактика постинфарктного кардиосклероза:

1. Важно придерживаться здорового и сбалансированного питания. В частности, кушать нужно дробно, но часто, примерно 5-6 раз в день. Продукты должны подбираться богатые калием и магнием
2. Физическая активность должна быть регулярной, но без перегрузок.
3. Большое значение имеет полноценный отдых и достаточный сон.
4. Нужно сохранять эмоциональную стабильность, для чего следует избегать стрессов.
5. Полезны умеренные СПА - процедуры.
6. Хорошее воздействие на организм имеет лечебный массаж.
7. Стоит придерживаться положительного настроения.
8. Полезно отказаться от кофе и алкоголя.
9. Необходимо свести к минимуму употребление тонизирующих напитков какао, черного чая.

10. Соль нужно употреблять в ограниченном количестве.
11. Не следует усиленно употреблять чеснок и лук.
12. Сорта рыбы должны быть нежирные.

Скопление газа в кишечнике также может плохо повлиять на состояние человека, поэтому важно ограничить в употреблении бобы, молоко, свежую капусту любых сортов. Также в профилактических целях развития атеросклероза, приводящего к постинфарктному кардиосклерозу, нужно исключить из питания легкие, печень, мозг животных. Лучше вместо этого больше употреблять зелени и фруктов [8, с. 70].

1.5. Сестринский уход при ишемической болезни сердца

Сестринский уход важен при заболевании ишемической болезни сердца, от качества оказываемого сестринского ухода зависит самочувствие пациента. Грамотно осуществленный сестринский уход влияет на течение заболевания.

Тактика медицинской сестры до прихода врача:

- успокоить больного, измерить артериальное давление, посчитать и оценить характер пульса;
- помочь занять положение, полусидя или уложить больного, обеспечив ему полный физический и психический покой;
- дать пациенту нитроглицерин (1 таблетка – 5 мг или 1 капля 1% спиртового раствора на кусочек сахара или таблетку валидола под язык);
- поставить горчичники на область сердца и на грудную клетку, при длительном приступе пиявки на область сердца;
- помочь пациенту принять внутрь корвалол (или валокордин) по 30 – 35 капель;
- медицинская сестра должна внимательно следить за состоянием пациента [2].

Кроме того, нужно убедить больного в том, что после тяжелого приступа стенокардии ему необходимо следовать следующим рекомендациям:

- избегать стрессовых ситуаций;
- полноценно отдыхать (достаточный сон);
- спать в ночное время, но ни в коем случае не работать;
- прекратить работу, связанную с эмоциональным напряжением и значительной концентрацией внимания [9, с. 260].

Сестринский уход заключается в следующих действиях:

1. следите за соблюдением постельного режима, не позволяйте много читать, смотреть телевизор или работать,
2. попросите пациента рассказать обо всех его чувствах, связанных с болью и другим дискомфортом. Это необходимо для правильного лечения и его изменения при необходимости,
3. убедитесь, что пациент получает лекарства, назначенные врачом своевременно. Все лекарства всегда должны находиться в непосредственной близости от пациента, например, на тумбочке,
4. периодически измеряйте артериальное давление, пульс, температуру, частоту дыхательных движений,
5. обеспечить пациента правильным питанием. В этот период не рекомендуется есть жирное и жареное,
6. создать больному обстановку душевного и физического покоя,
7. в случае если приступы становятся все более частыми, нитроглицерин помогает все хуже, вам следует обратиться к врачу. Возможно, что пациент находится в предынфарктном состоянии, продолжительность которого может составлять несколько дней или даже несколько недель. Желательно поместить человека в стационар,
8. для улучшения самочувствия пациента медсестра должна дать ему препарат нитроглицерин. Пациент принимает препарат, сидя, таблетку не следует разжевывать, рассасывать или глотать, она должна полностью раствориться под языком. Медицинская сестра должна знать механизм

действия данного препарата и возможные побочные симптомы: головная боль, головокружение, шум в ушах, ощущение жара, покраснение лица, учащенное сердцебиение. После приема данного препарата медсестра должна дать пациенту некоторые рекомендации:

- после приема данного препарата пациент должен принять горизонтальное положение, так как нитроглицерин вызывает резкое снижение давления,
- если у пациента одновременно присутствуют головные боли, то медсестра должна дать анальгетик.

Если после проведенных мероприятий состояние пациента не улучшается, то есть подозрение на развитие предынфарктного состояния. Данное состояние требует врачебного вмешательства. Согласно назначениям врача медсестра дает пациенту более сильные препараты.

При развитии критических ситуаций медсестра должна действовать быстро, уверенно и без паники. При общении с такими пациентами очень важно быть тактичным и деликатным, т.к. пациенты с заболеванием сердечно-сосудистой системы более подвержены волнению и панике [10, с. 189].

Сестринский уход при инфаркте миокарда.

Все пациенты с подозрением на инфаркт миокарда должны быть госпитализированы. Большинство пациентов умирают в течение первого часа после развития клинических проявлений инфаркта миокарда, в то время как в среднем пациенты обращаются за медицинской помощью через 2 часа после начала заболевания. В острый период назначают строгий постельный режим, диету исключают продукты, способствующие метеоризму. В это время пациенту можно придавать пассивное положение полусидя, приподнимая головной конец кровати. Довольно рано можно назначить лечебную гимнастику. Медсестра оценивает общее состояние пациента, следит за температурой, артериальным давлением, пульсом. По назначению врача расширяет двигательный режим, следит за состоянием кожи, постели, проводит физиотерапию, проветривает палату и строго выполняет назначения врача. На догоспитальном этапе

начинается психологическая подготовка пациента к уверенности в благоприятном исходе при соблюдении всех назначений, особенно в отношении режима [9, с. 270].

При сердечно-сосудистых заболеваниях назначается специальная диета № 10, направленная на ограничение жирного мяса, рафинированных углеводов с преобладанием овощей, фруктов, нежирных сортов рыбы (желательно морской). Питание дробное, до 4 – 5 раз в день. Необходимо следить за стулом, избегать запоров.

Важное место в лечении инфаркта миокарда занимают: кислородотерапия; обезболивание, длительная терапия нитратами (внутривенно инфузии изосорбида динитрата 10 – 20 мг 2 – 3 раза в день).

Сестринский уход при постинфарктном кардиосклерозе:

- замена постельных и нательных принадлежностей,
- санация помещения ультрафиолетовыми лучами,
- проветривание палаты,
- выполнение предписаний лечащего доктора,
- проведение подготовительных мероприятий перед диагностическими исследованиями или оперативным вмешательством,
- обучение больного и его родни правильному вводу нитроглицерина в период болевого приступа.
- обучение ведению дневника наблюдений позволит впоследствии лечащему доктору проследить динамику заболевания [3, с. 169].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

2.1. Организационная структура ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – ведущее многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение Белгородской области. В её состав входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специализированных отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 524 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические подразделения, отделение санитарной авиации, инженерные службы жизнеобеспечения больницы.

Ежегодно в больнице получают амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь свыше 170 тыс. жителей области, выполняется более 39 тыс. операционных вмешательств, принимается свыше 5 тыс. родов.

На базе больницы функционируют шесть кафедр медицинского факультета и Института последипломного медицинского образования НИУ БелГУ.

В больнице работают 3056 сотрудников, в том числе 11 докторов и 85 кандидатов медицинских наук; 24 сотрудника удостоены высокого звания «Заслуженный врач РФ», 15 сотрудников стали победителями Всероссийского конкурса на звание лучшего врача года в различных номинациях. 45 врачей и 4 медицинские сестры награждены отраслевым знаком «Отличник здравоохранения», 255 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 36 врачей являются главными внештатными специалистами области.

В Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа 2 кардиологических отделения:

Кардиологическое отделение №1 – предназначено для обследования и лечения больных с заболеваниями сердца: стенокардией, хронической

сердечной недостаточностью, перенесенным инфарктом миокарда, нарушением ритма и проводимости сердца, перикардитами, эндокардитами, врожденными и приобретенными пороками сердца, артериальной гипертензией. В отделении проводят подготовку к операциям больных с ишемической болезнью сердца, врожденными и приобретенными пороками сердца, перикардитами, инфекционными эндокардитами. При диагностике сердечнососудистых заболеваний используют высоко технологические методы исследования. Штат отделения состоит из высококвалифицированных врачей кардиологов и медицинских сестер, имеющих высшую и первую квалификационную категорию.

Кардиологическое отделение №2 – организовано в 2006 году, специализируется на лечении больных с острой коронарной недостаточностью, инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. В настоящее время в своем составе 6 реанимационных коек и 20 коек интенсивного контроля для больных перенесших острый инфаркт миокарда. Кроме того, сюда поступают больные с острой недостаточностью кровообращения и опасными для жизни нарушениями ритма сердца. В состав отдела входит блок интенсивного наблюдения, рассчитанный на 6 больных, а так же палаты отделения. Каждый больной находится под постоянным мониторным электрокардиографическим контролем. Для лечения больных используют современные высокоэффективные лекарственные препараты.

2.2. Анализ социального исследования пациентов ИБС

Для решения поставленных в исследовании задач методом анонимного анкетирования нами было проведено исследование среди 30 пациентов кардиологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Каждый респондент ответил на 17 вопросов. Нами были выявлены следующие результаты.

Анализ возрастной структуры позволил определить наиболее предрасположенные к развитию ишемической болезни сердца возрастные группы – это от 18 до 28 лет – 10%; от 29 до 39 лет – 10%; от 40 до 50 лет – 30%; от 51 до 65 лет – 30%; старше 65 лет – 20% опрошенных (Рис. 1).

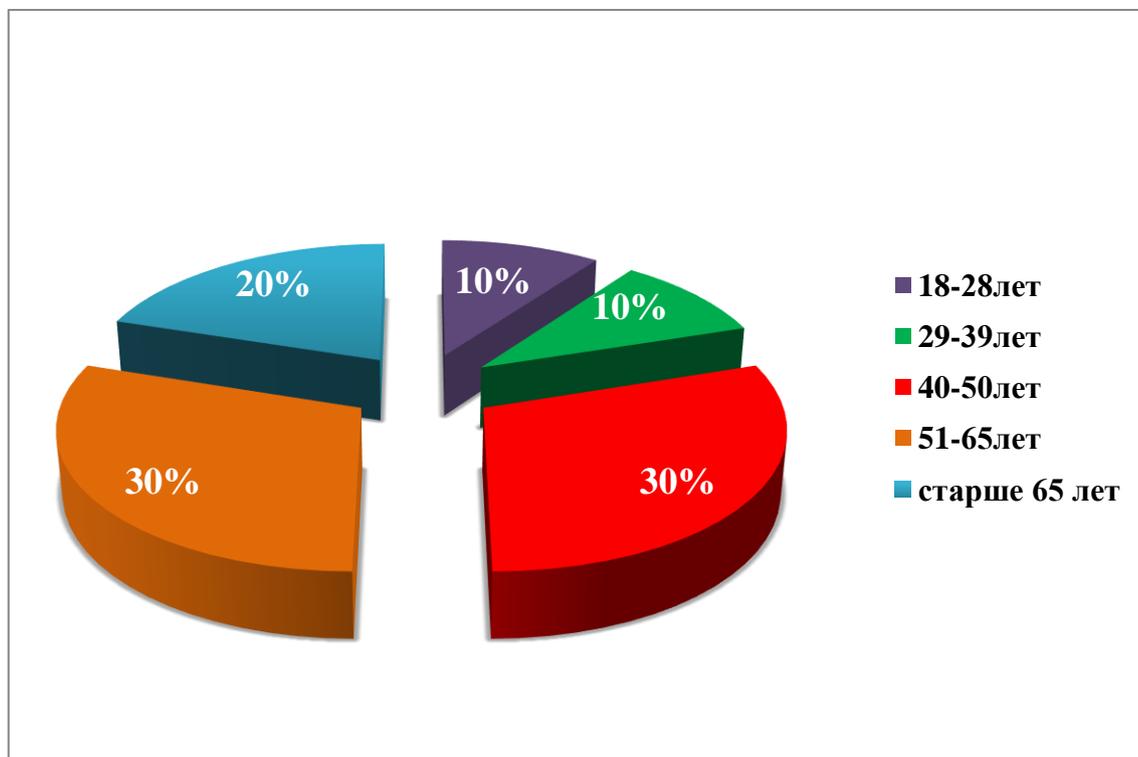


Рис. 1. Возраст пациентов

По распределению респондентов по половому признаку, мы получили следующие результаты: мужчины – 64%; женщины – 36%. Проанализировав литературные источники, мы выяснили, что заболеванию чаще подвержены мужчины (Рис. 2).

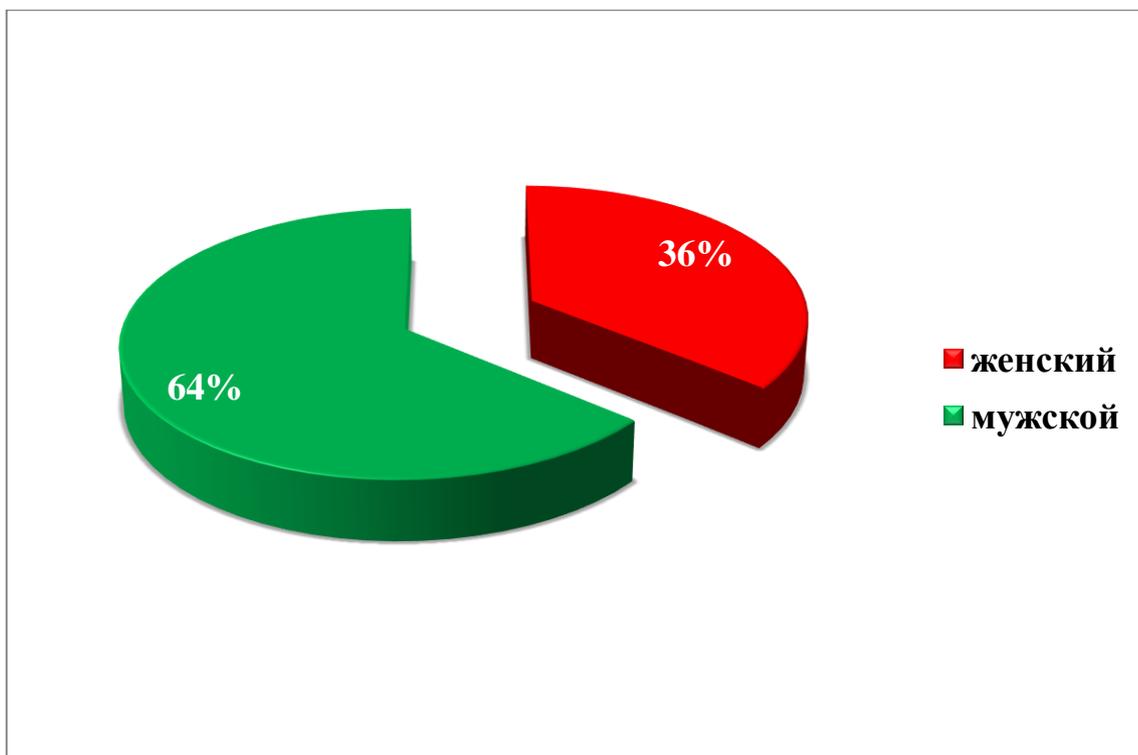


Рис. 2. Распределение пациентов по полу

По месту проживания респонденты разделились следующим образом, 36% анкетированных проживают в городе, 34% – районный центр, и 30% сельской местности (Рис. 3).

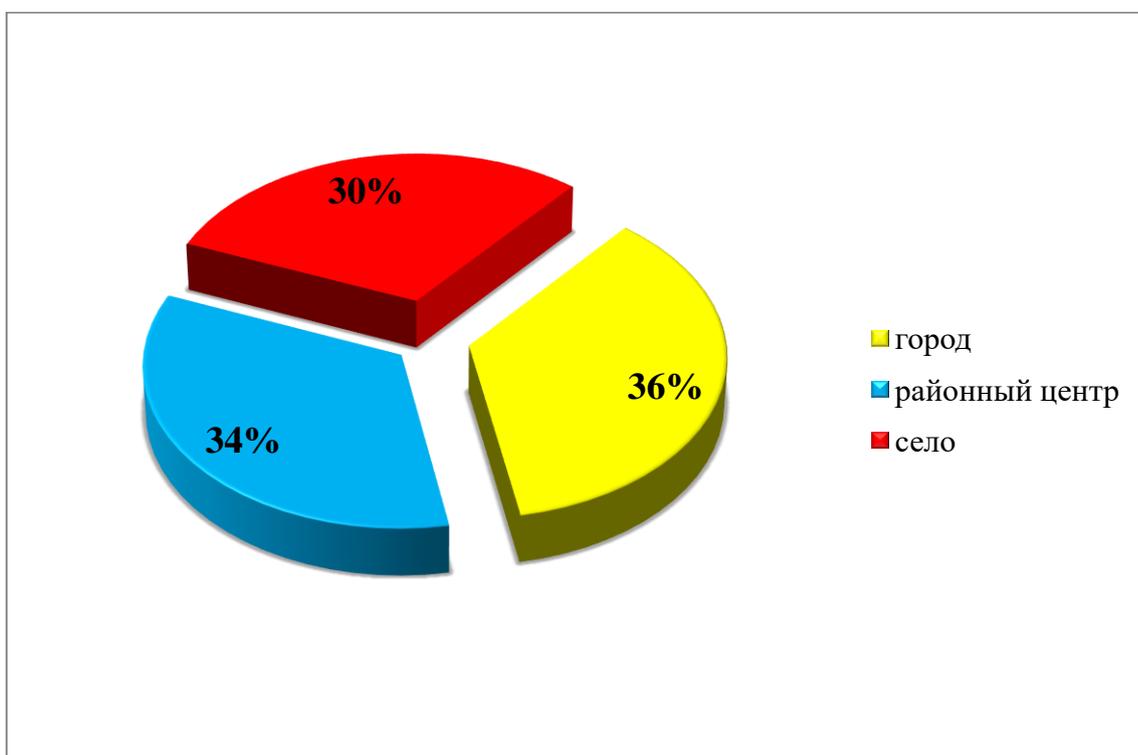


Рис. 3. Распределение по месту жительства

Выявлено, что у 70% опрошенных есть родственники с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а 30 % не имеется. По результатам можно сделать вывод, что наследственность - предрасполагающий фактор развития ишемической болезни сердца (Рис. 4).

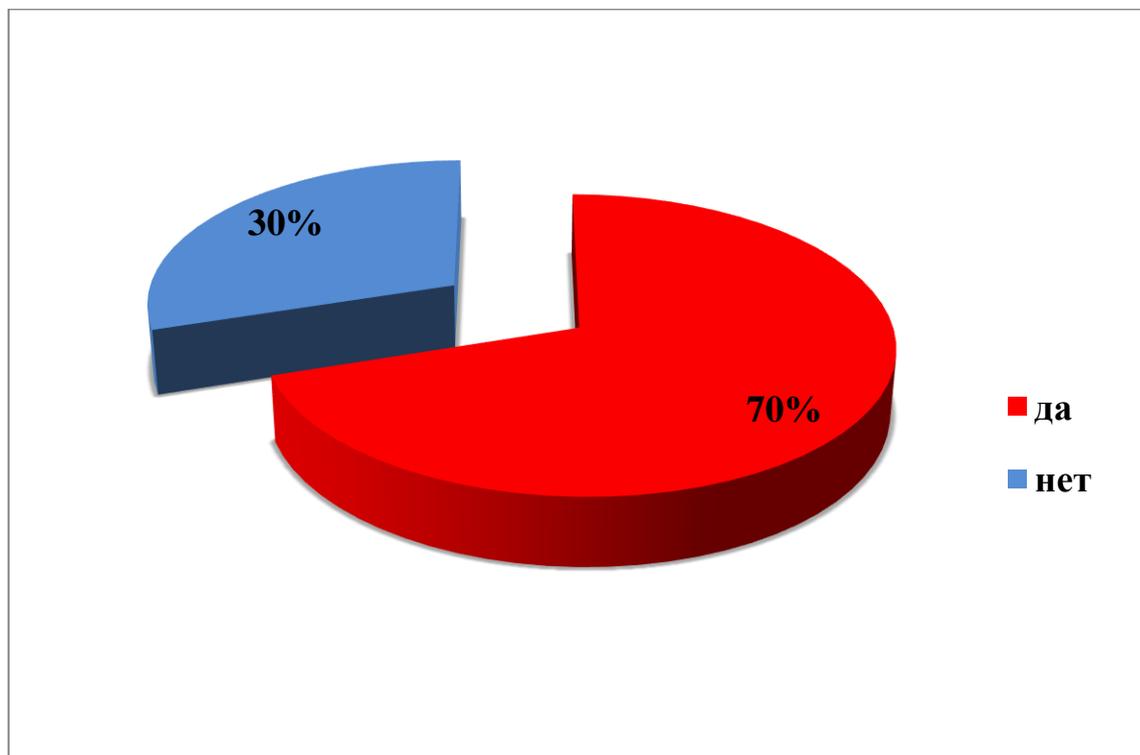


Рис. 4. Заболевания сердечно – сосудистой системы у родственников

Выявлено, что 40% опрошенных подвержены никотиновой зависимости, 50% не курящих, 10% курят иногда. Проанализировав литературные источники, мы пришли к выводу, что курение приводит к хроническому кислородному голоданию всего организма и многократно увеличивает нагрузку на сердце (Рис. 5).

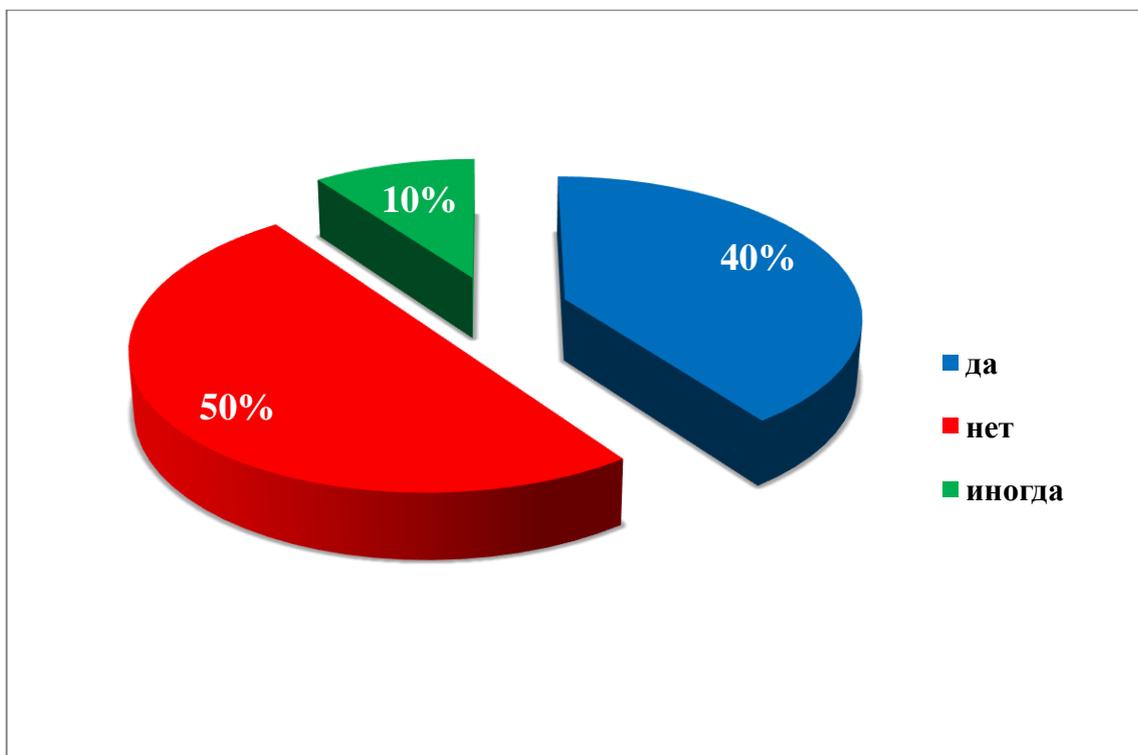


Рис. 5. Отношение к курению

По данным анкетирования выяснили, что наличие стресса у респондентов отмечается у 60%, отсутствует у 10%, и иногда имеется стресс – 30% (Рис. 6).

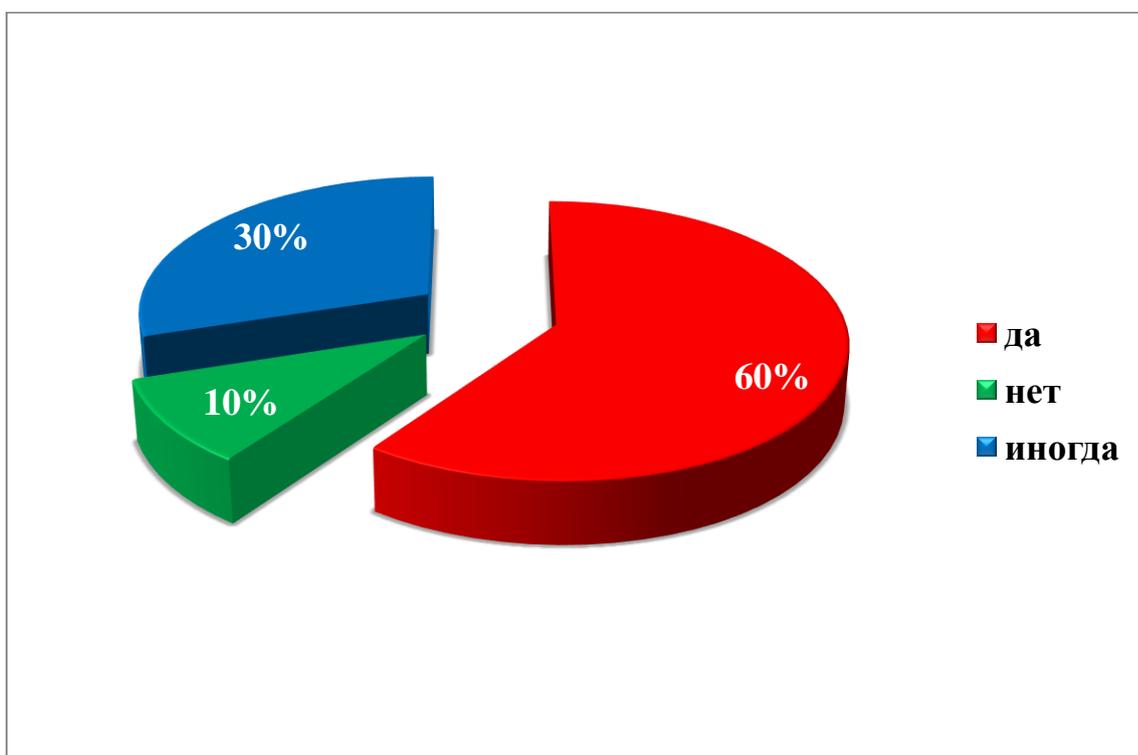


Рис. 6. Наличие стресса

Прием алкоголя: систематически – 14%; совсем не употребляют алкоголь – 36%; эпизодически составляют 50% (Рис. 7).

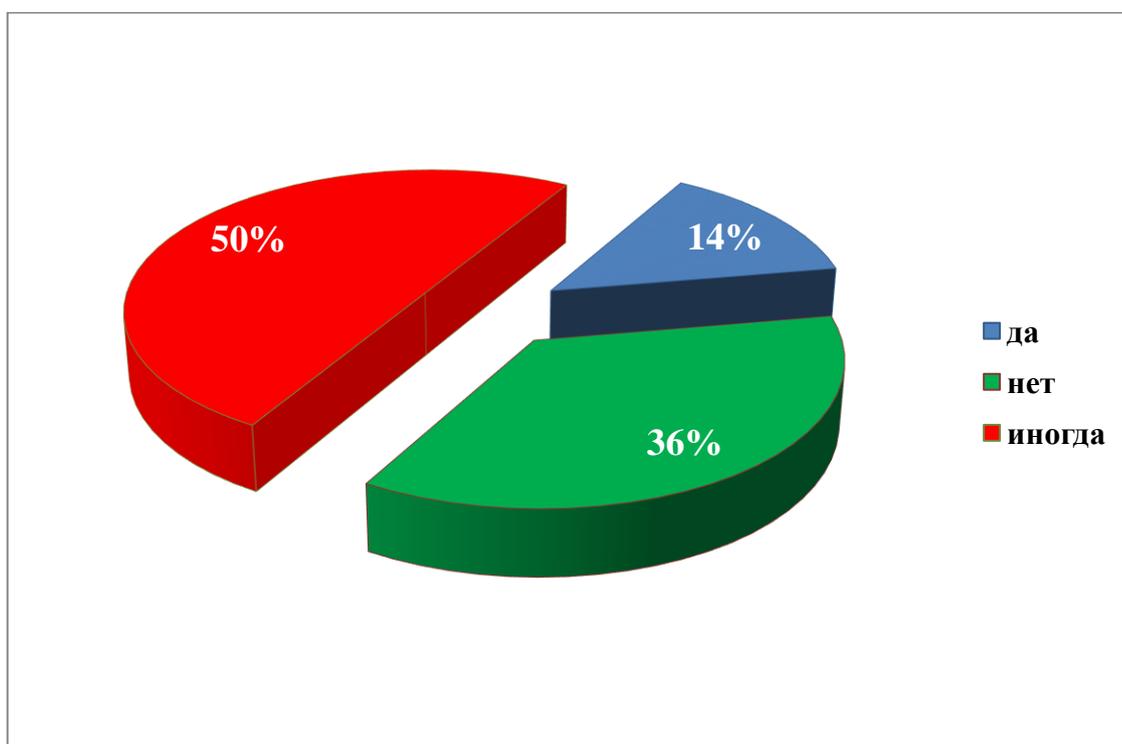


Рис. 7. Употребление алкоголя

Приём пищи: умеренное употребление мяса, жиров, мучного – 50%; избыточное употребление, мяса, жиров, мучного – 24%; растительная пища – 16% опрошенных, правильное сбалансированное питание среди 10% опрошенных (Рис. 8).



Рис. 8. Питание

Занятия физической культурой: занимаются регулярно – 16%; вообще не занимаются спортом – 60%; занимаются спортом иногда – 24% (Рис. 9).

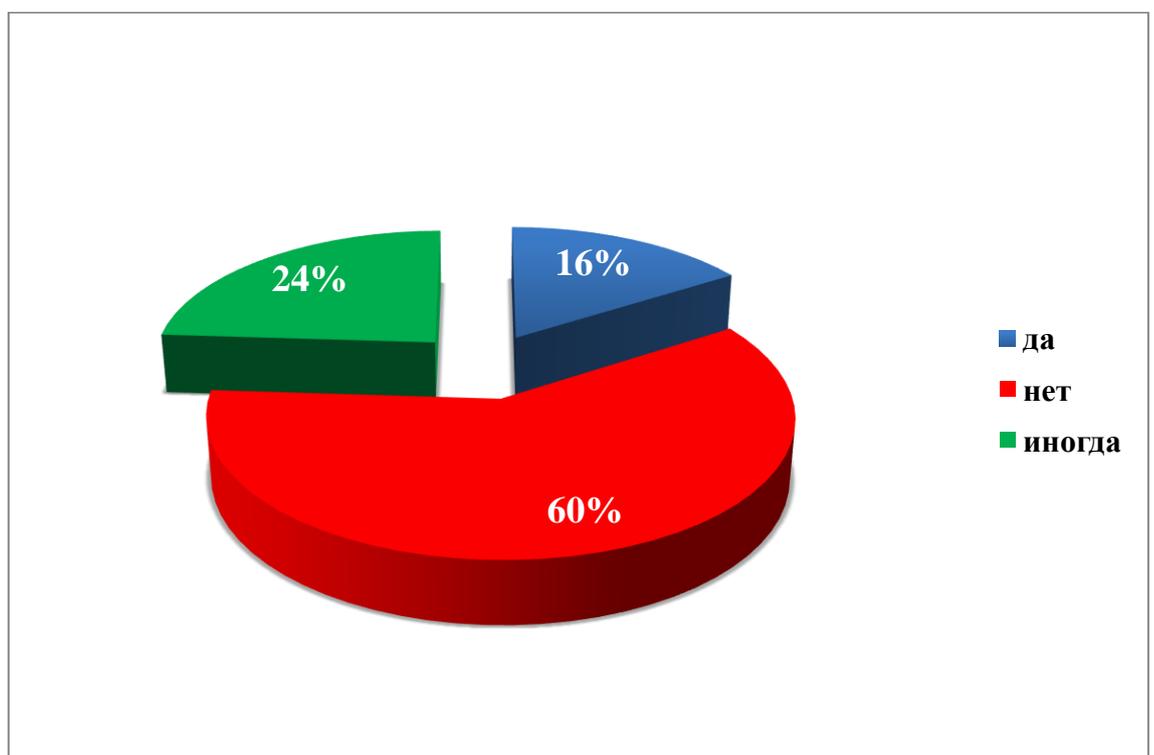


Рис. 9. Занятия физической культурой

Жалобы на дискомфорт и боли в области сердца: беспокоят у 61% опрошенных; не беспокоят у 10% опрошенных; и беспокоят иногда у 29% опрошенных (Рис. 10).

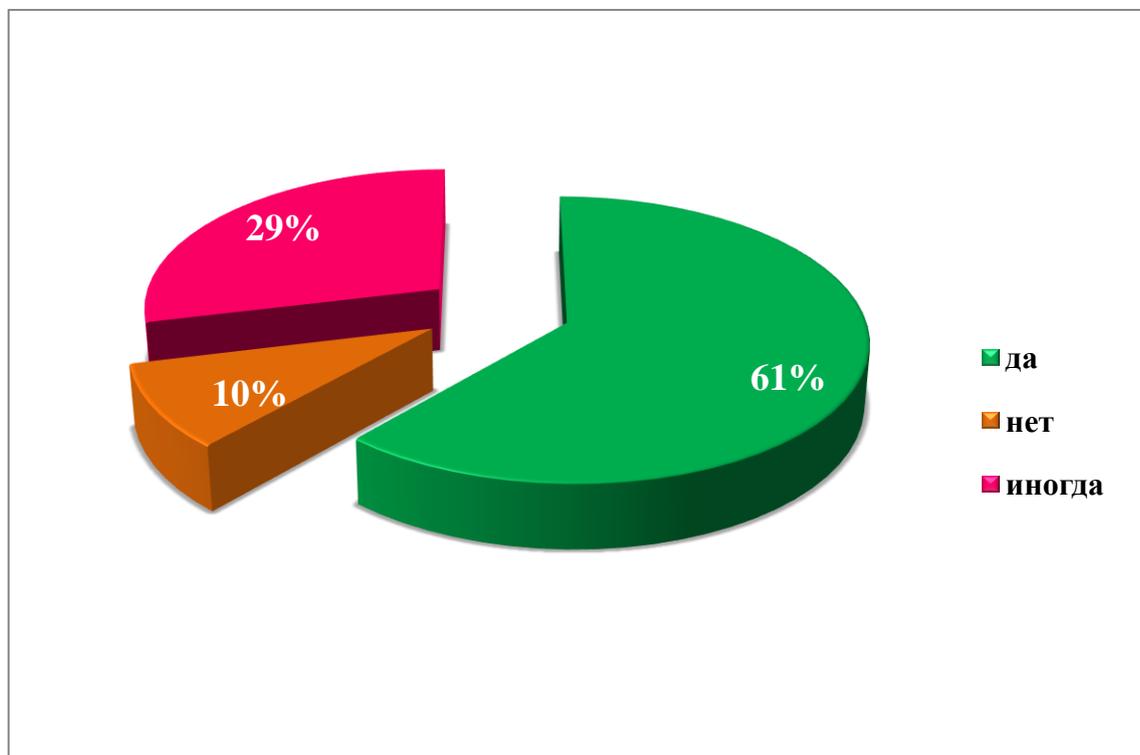


Рис. 10. Жалобы на дискомфорт и боли в области сердца

Обращение за медицинской помощью по поводу сердечно – сосудистых заболеваний: обращались часто – 62%; не обращались – 24%; обращались иногда – 14% (Рис. 11).

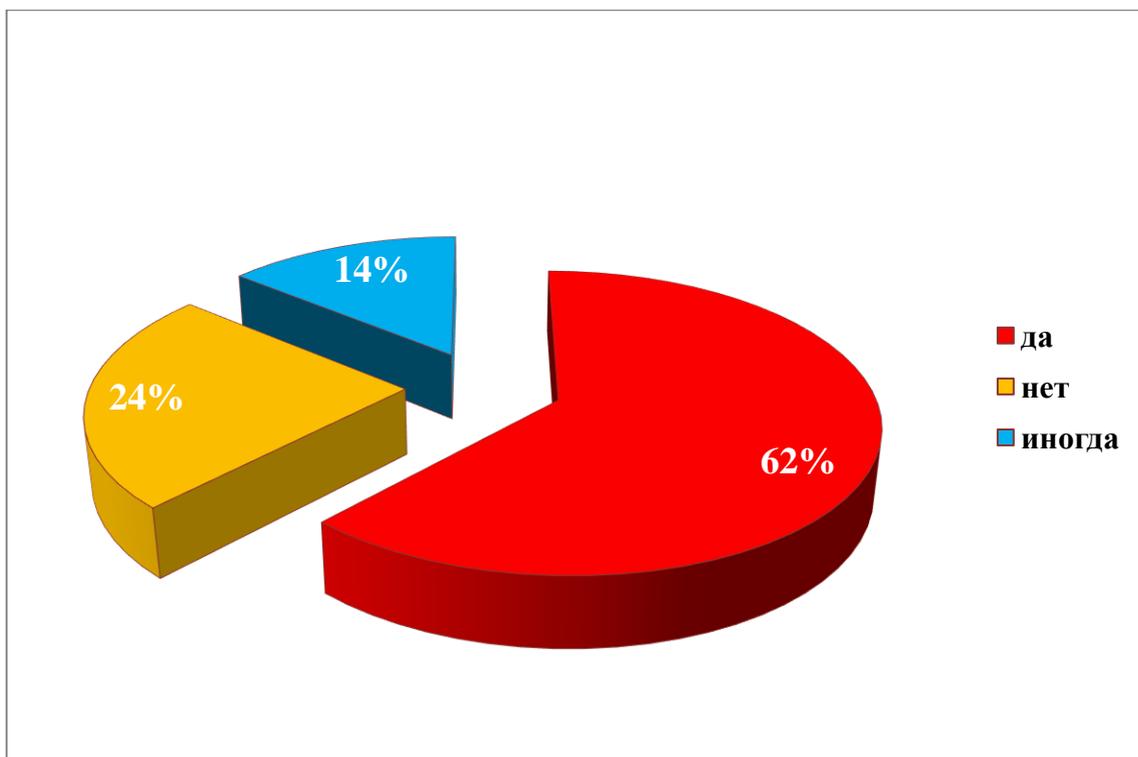


Рис. 11. Обращение за медицинской помощью

Вес пациентов составляет: ниже 55кг – 10%; от 50 кг до 80 кг – 40%; от 85 кг до 99 кг – 40%; 100 кг и более – 10% (Рис. 12).

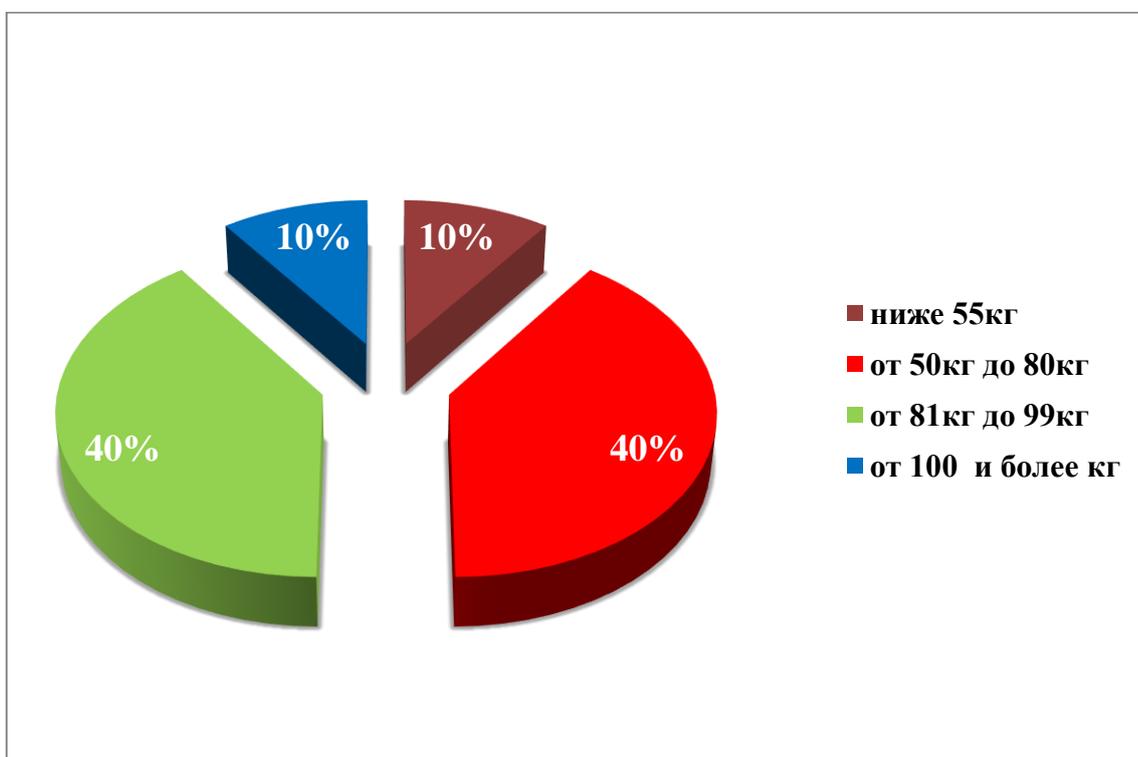


Рис. 12. Масса тела пациентов

Жалобы на высокое артериальное давление: часто повышается – 44%; не повышается – 10%; иногда повышается – 16% опрошенных. По результатам мы делаем вывод, что повышение артериального давления является составляющей частью сердечно - сосудистых заболеваний (Рис. 13).

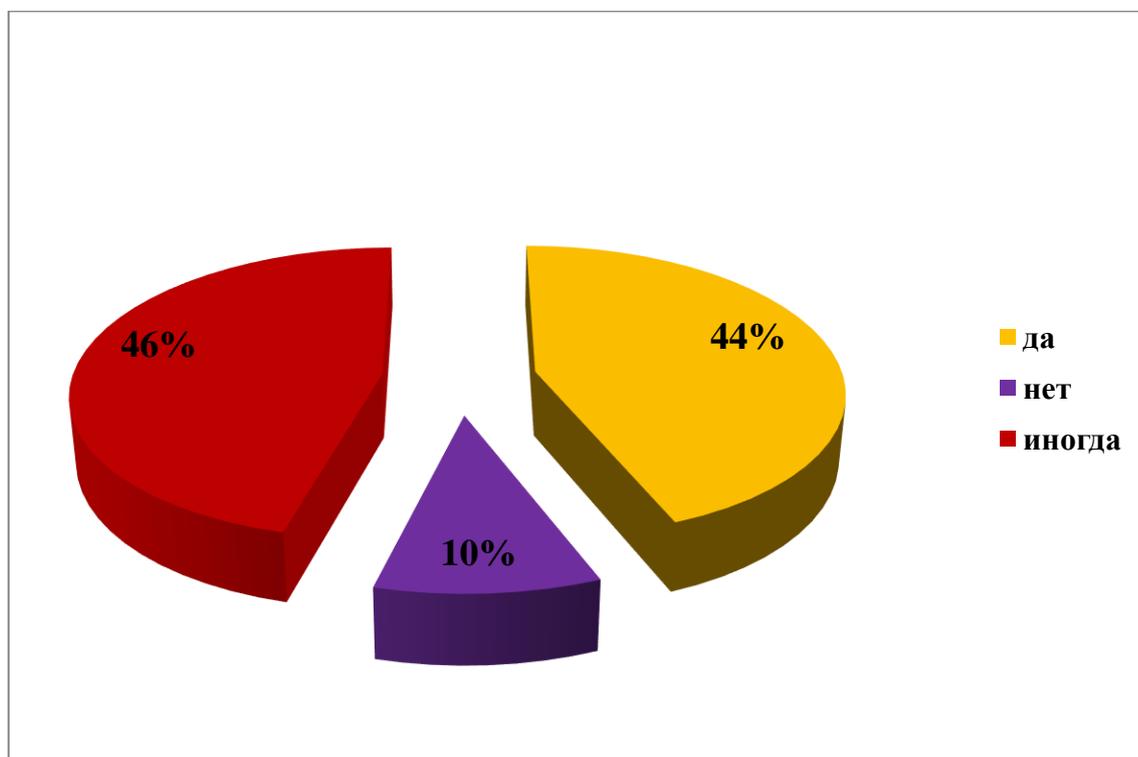


Рис. 13. Высокое артериальное давление

Нахождение на амбулаторном лечении: находились – 44%; не находились 40%; находились иногда 16% опрошенных (Рис. 14).

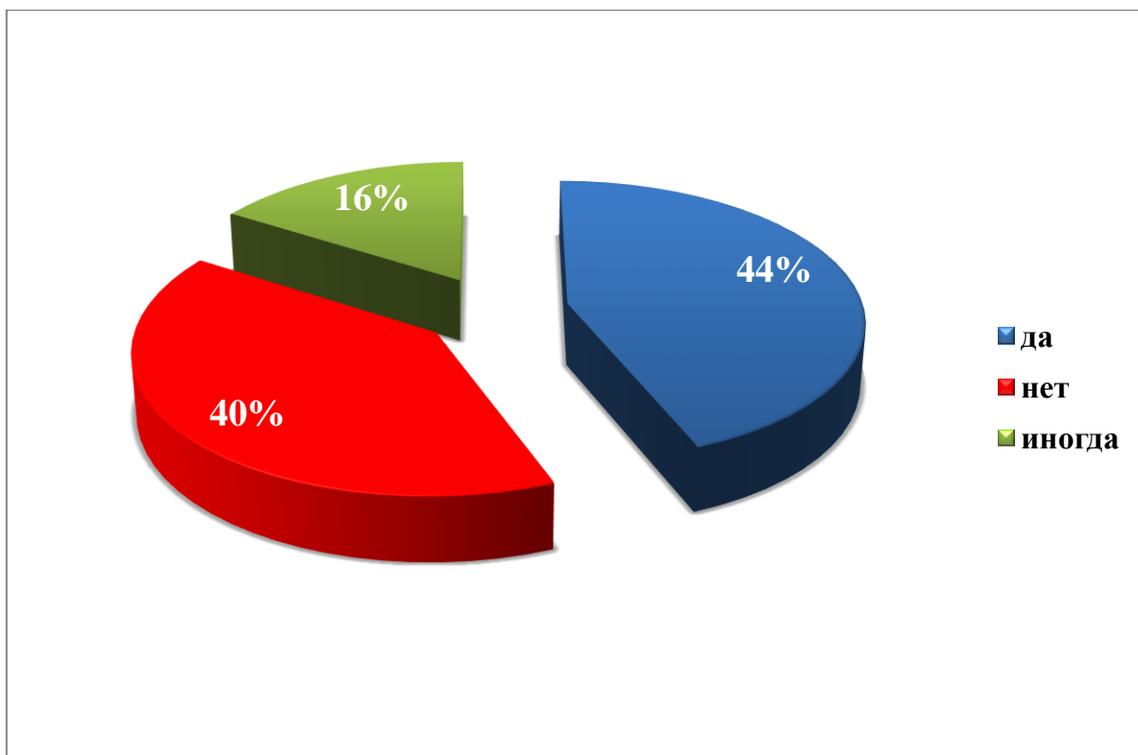


Рис. 14. Амбулаторное лечение

На стационарном лечении находились – 60%; не находились – 24%; находились иногда – 16% (Рис. 15).

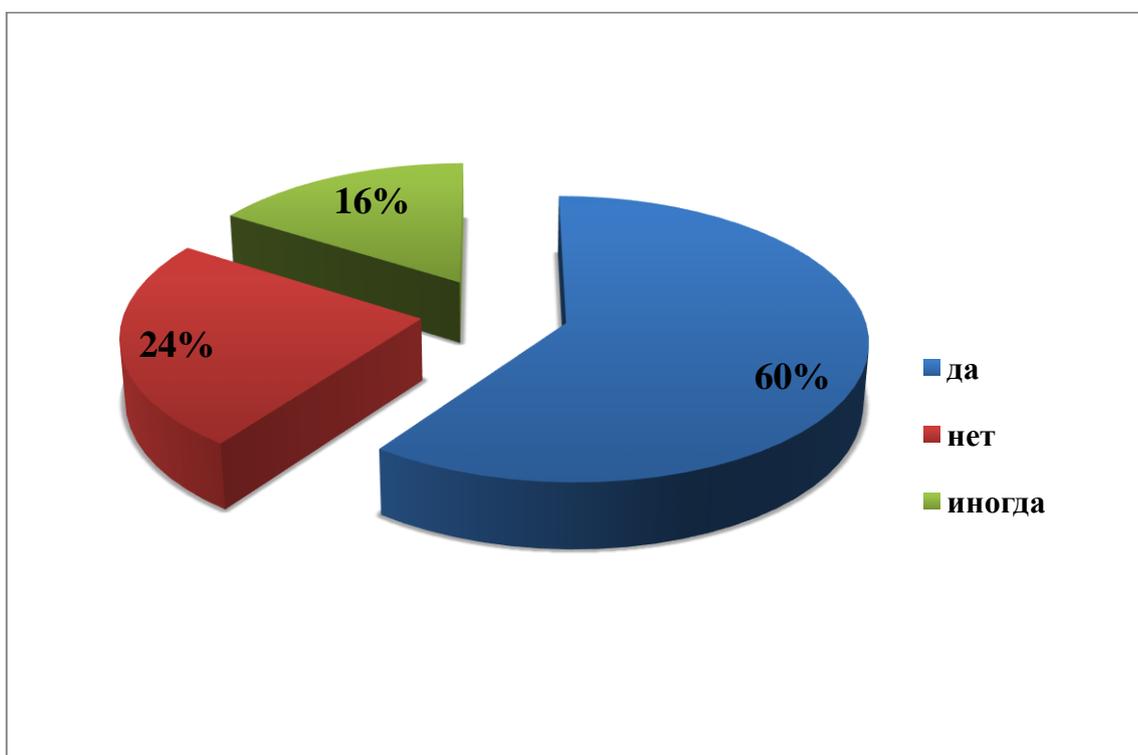


Рис. 15. Стационарное лечение

Удовлетворенность информацией о заболевании среди опрошенных: удовлетворены – 70%; не удовлетворены – 10%; иногда удовлетворены – 20% (Рис. 16).

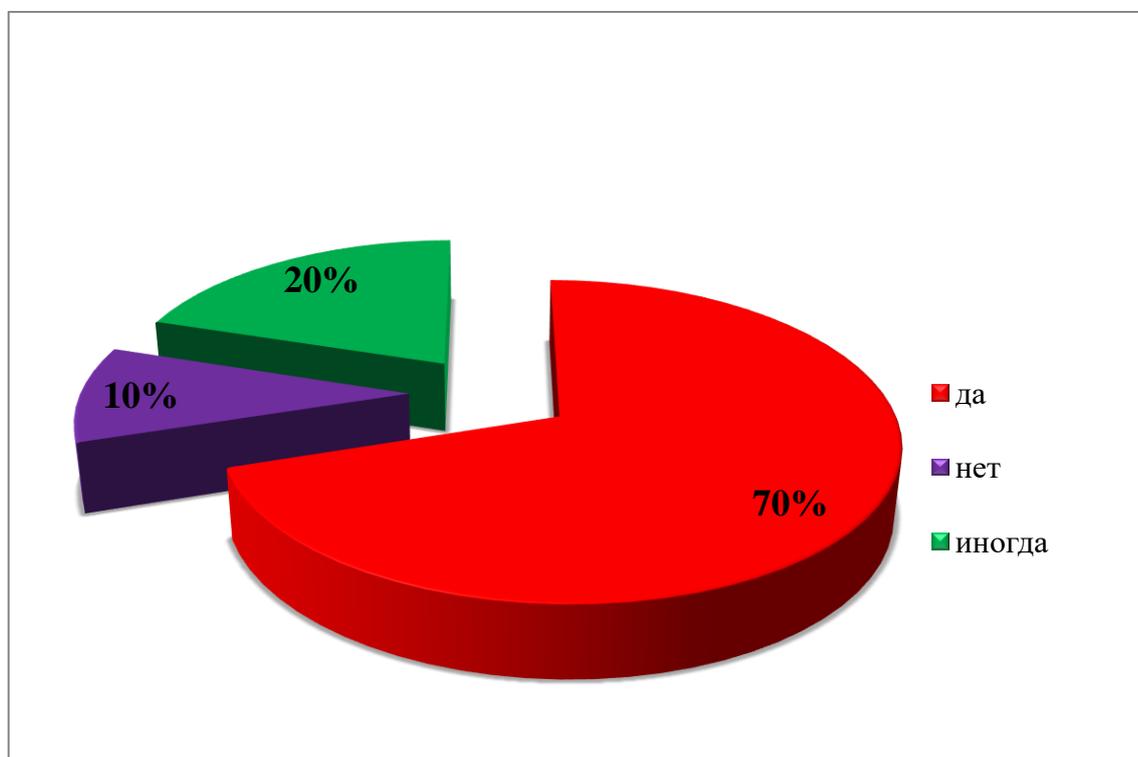


Рис. 16. Удовлетворенность информацией о заболевании

Удовлетворенность сестринским уходом при обращении в лечебно – профилактическое учреждение: удовлетворены – 70%; не удовлетворены – 10%; удовлетворены иногда – 20% (Рис. 17).

Успех медицинской помощи при таком серьезном заболевании, как ИБС, во многом зависит от удовлетворенности пациентов оказанным лечением, от информированности и мотивированности пациента в отношении реабилитации и профилактики.

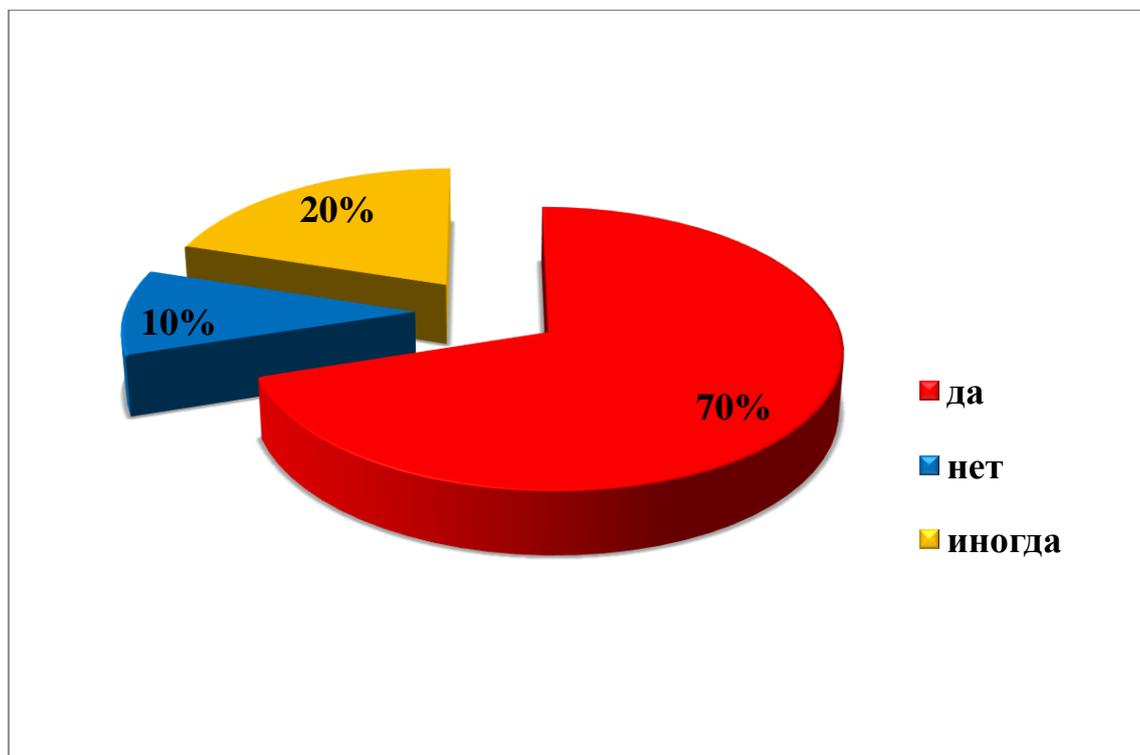


Рис. 17. Удовлетворенность сестринским уходом

Подводя итоги данного исследования, нами были сформулированы выводы:

1. В ходе исследования было выявлено, что ведущими этиологическими факторами возникновения ишемической болезни сердца являются: вес – в промежутке (от 80 до 100 килограммов), а так же вредные привычки и наследственная предрасположенность.

2. В результате собственного исследования выявлены следующие результаты: среди пациентов с избыточной массой тела и нарушениями со стороны артериального давления в 50% это возраст от 40 до 65 лет, в 64% опрошенных это мужской пол, что в 36% это жители города, а наименьший показатель (30%) – жители сельской местности.

3. Больше количество респондентов (60%) не занимаются– физкультурой или спортом. 50% анкетированных указали, что имеют в своем рационе питания жирную пищу, 24% из них употребляют ее регулярно, что играет немаловажную роль в профилактике ожирения и развития ишемической болезни сердца.

4. 60% анкетированных не придерживаются мнения того, что здоровое питание и достаточная двигательная активность помогают поддерживать вес в норме, но в то же время 70% респондентов были удовлетворены помощью медработника в вопросах питания и недопустимости развития ишемической болезни сердца.

2.3. Рекомендации пациентам с ишемической болезнью сердца

Проводя исследование и обработав полученные данные, мы составили рекомендации для пациентов с ишемической болезнью сердца:

1. Отказ от вредных привычек.
2. Соблюдать рекомендации по полноценному и рациональному питанию (диета №10, которая включает в себя пищу содержащую клетчатку и исключает большое количество соли и жиров).
3. Проводить закаливание организма (ванны с прохладной водой).
4. Заниматься физической культурой и спортом (не менее 30 минут в день).
5. Вести подвижный образ жизни (регулярные прогулки на свежем воздухе, пробежки, скандинавка ходьба).
6. Своевременно лечить хронические заболевания (не заниматься самолечением).
7. Постоянный контроль за артериальным давлением.
8. Регулярно посещать врача-кардиолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания сердечно – сосудистой системы на сегодняшний день являются актуальной проблемой здравоохранения и инвалидизации лиц трудоспособного возраста, которая в России усугубляется высокими показателями смертности от заболевания данной этиологии.

От качества сестринского ухода за пациентами с данной патологией зависит течение заболевания и его дальнейшее развитие. Медицинская сестра должна уметь правильно построить отношения с каждым пациентом, в зависимости от его личностных качеств и состояния здоровья, правильно и своевременно оценить изменения состояния больного и совместно с врачом провести адекватное лечение и неотложные мероприятия по профилактике осложнений. Дать рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четких выполнений назначений врача и профилактических мероприятий дальнейшего развития ишемической болезни сердца и ее осложнений.

Проделанная дипломная работа позволили мне расширить свои знания по данному заболеванию.

Мы изучили роль медицинской сестры при уходе за пациентами с ишемической болезнью сердца и пришли к выводу, что больные, имеющие данное заболевание не могут справиться со всем сами. Существуют действия, которые они не могут сами произвести, например, такие как встать или даже повернуться в постели (в тяжелых случаях) и в данной ситуации медицинская сестра имеет важное значение.

Проанализировав материал дипломной работы, приходим к выводу, что роль медицинской сестры очень велика и является неотъемлемой частью выздоровления пациентов с данным заболеванием.

Из проделанной работы можно сделать следующий вывод, что основная роль медицинской сестры направлена на улучшение качества жизни пациента, облегчение состояния и адаптация человека в социуме после

приобретения данного заболевания. Рассматриваемая дипломной работе проблема является актуальной в наше время.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беялова, Ф.И. Ишемическая болезнь сердца. Стабильная стенокардия. Рекомендации по диагностике и лечению [Текст] / Ф.И. Беялова. – Иркутск, 2015. – 211 с.
2. Верткин, А.Л. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] / А.Л. Вёрткин, Л.А. Алексанян, М. В. Балабанова. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2017. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440964.html>
3. Гавриков, Н.А. Сестринское дело в кардиологии. Теоретические и практические основы [Текст] / Н.А. Гавриков. – Ростов – на – Дону, 2015. – 191с.
4. Денисова, И.Н. Общая врачебная практика: национальное руководство [Электронный ресурс] / И.Н. Денисова, О.М. Лесняк – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439067.html>
5. Корягина, Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. Ю. Корягина, З.Е. Сопиной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431979.html>
6. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно – диагностическом процессе [Электронный ресурс] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 544 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
7. Николаев, Л.А. Доврачебная помощь при забелеваниях и отравлениях и уход за больными [Текст] / Л.А. Николаев. – Москва, 2016. – 504с.
8. Островская, И.В. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] / И.В Островская, Н.В. Широкова - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 320 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425053.html>

9. Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при патологии сердечно – сосудистой системы [Электронный ресурс] / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446157.html>

10. Сединкина, Р.Г., Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Р.Г. Сединкина – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 272 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425077.html>

11. Сопина, З.Е. Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учебное пособие / З.Е. Сопиной - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426203.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Уважаемые пациенты!

Данное социологическое анкетирование проводится с целью повышения качества жизни.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить проблемы пациента при данной патологии и определить мероприятия по повышению качества лечебно – диагностического процесса.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1.Возраст_____

2.Пол:а) женский, б) мужской;

3.Место жительства: а) город, б) районный центр, в) село;

4.Заболевания сердечно - сосудистой системы у родственников: а) да, б) нет;

5.Курение:а) да, б) нет, в) иногда;

6.Наличие стресса: а) да, б) нет, в) иногда;

7.Алкоголь: а) да, б) нет, в) иногда;

8.Питание: а) умеренное употребления мяса, жиров, мучного, б) избыточное употребление мяса, жиров, мучного, в) растительная пища, г) сторонник правильного, сбалансированного питания;

9.Физическая активность:а) да, б) нет, в) иногда;

10.Дискомфорт или боли в области сердца:а) да, б) нет, в) иногда;

11.Обращение за мед.помощью по поводу заболеваний ССС: а) да, б) нет, в) иногда;**12.Вес: _____**

13.Высокое артериальное давление:а)да, б) нет, в)иногда;

14.Амбулаторное лечение:а) да, б) нет, в) иногда;

15.Стационарное лечение:а) да, б) нет, в) иногда;

16. Удовлетворенность информацией о заболевании:а) да, б) нет, в) иногда;

17. Удовлетворенность сестринским уходом при обращении в ЛПУ:а) да, б) нет, в) иногда;

Спасибо за участие в опросе!

Ишемическая болезнь сердца – патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий.



Белгород, ул. Попова, 26/25
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
(НИУ «БелГУ»)

Факторы риска ишемической болезни сердца подразделяются на две группы:

1. Управляемые:

- алкогольное потребление;
- курение;
- низкая физическая активность (гиподинамия);
- избыточный вес тела (ожирение);
- психосоциологический стресс;
- еда с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров;
- артериальное давление;
- сахарный диабет.

2. Неконтролируемые:

- мужской пол;
- преклонный возраст;
- наследственность.



Профилактика ИБС выражается двумя вариантами: **первичной и вторичной**. В первом случае профилактические меры направлены на то, чтобы исключить возможность появления такого заболевания. Во втором случае, меры профилактики направлены на избежание обострения уже сформированной болезни.

Первичная профилактика:

- правильное питание: чтобы избежать проблем с лишним весом, нормализовать уровень холестерина в крови и обеспечить организм необходимыми витаминами и микроэлементами;
- отказаться от вредных привычек., злоупотребление алкоголем и сигаретами оказывает разрушительное воздействие на весь организм;
- активный образ жизни предполагает регулярные и умеренные физические нагрузки. если проблемы с сердцем и кровеносными сосудами уже заявили о себе, вам следует обратиться за помощью к специалисту по лечебной физкультуре.



Вторичная профилактика:

- соблюдение всех пунктов, входящих в состав первичной профилактики;
- профилактика спазмов коронарных сосудов с помощью лекарственных препаратов;
- принятие мер для профилактики сердечной недостаточности;
- хирургические меры, к которым приходится прибегать в крайних случаях.

