Введение

Актуальность рассматриваемой проблемы обуславливается тем, что на текущий этап состояние заболеваемости и смертности от сердечнососудистых заболеваний в России, чрезвычайно велико. Причиной рассмотрения специфики сестринского процесса при ишемической болезни сердца в условиях стационара, обуславливается необходимостью совершенствования и модернизации специальных реабилитационных центров, непосредственно занимающихся профилактикой и лечением сердечнососудистых заболеваний. Ежегодно в мире регистрируются сердечнососудистые заболевания, более чем у 32 млн., человек, также ежегодно от сердечнососудистых заболеваний умирает более 15 миллионов человек, причем большинство из них - не дожив до 65 лет.

В России диагностируется самая наибольшая, в процентном соотношении, смертность от сердечнососудистых заболеваний. Правильная организация кардиологической помощи с применением современных технологий, прежде всего интервенционных методов, а так же профилактика этих заболеваний, поможет добиться снижения смертности и увеличение продолжительности жизни. Качество работы кардиологических, хирургических и терапевтических центров, занимающихся профилактикой и лечением сердечнососудистых заболеваний, напрямую зависит от профессионализма сестринского персонала, поэтому диагностика данной проблемы поможет выявить ряд факторов, обуславливающих методики оказания первой помощи при ишемической болезни сердца, а также способы лечения и предотвращения смертности от сердечнососудистых заболеваний, сестринским персоналом.

Согласно историческим данным, термин ишемической болезни был предложен в 1962 г. комитетом экспертов ВОЗ. Термин "ишемия" происходит от двух греческих слов ischo - задерживать, останавливать и haima - кровь (ischaemia - задержка крови).

Излагая суть данной концепции более простым языком, ишемия - это состояние организма, при котором на определенном участке сердца нарушается кровоснабжение мышцы сердца и появляется малокровие, вследствие этого, возникает несоответствие между потребностями миокарда в крови (точнее в кислороде и других питательных веществах, переносимых кровью) с одной стороны, и уровнем сердечного (вернее, коронарного) кровотока и количеством поступающего с кровью кислорода, с другой стороны.

Говоря об ишемической болезни сердца (или ИБС) - это достаточно собирательное понятие, включающее в себя различные симптоматические подтипы, а также многообразные клинические состояния различной степени тяжести: острые, хронические, обратимые и необратимые, а также состояния, при которых ИБС заканчивается повреждением или гибелью сердечных клеток.

Первые признаки проявления ИБС, возникают тогда, когда степень сужения (стенозирования) коронарной артерии достигает не менее 50%, а выраженные приступы стенокардии напряжения - при сужении просвета до 70-80% и более. Причем наиболее часто, в первую очередь передняя межжелудочковая артерия. Помимо атеросклеротического поражения артерий в патогенезе ИБС, особую роль зачастую играют другие факторы, к которым относятся состояние внутренней стенки сосудов (эндотелия) и тех химических соединений (эндотелиальных факторов), которые постоянно вырабатывает эндотелий в процессе своей жизнедеятельности.

В процессе протекания заболевания происходит множество физико-химических процессов, которые могут ухудшать или стабилизировать процесс течения заболевания: тромбоцитарные факторы, спазм сосудов, гормональный дисбаланс, и нарушение метаболических процессов (нарушения обмена липидов, белков, углеводов и т.д.). На данный момент, многие из этих факторов так и остаются до конца неизученными, поскольку ИБС зачастую проявляет себя совершенно по-разному. Основными же факторами патогенеза ИБС на сегодняшний момент считаются - атеросклероз сосудов, спазм коронарных артерий, преходящие тромбоцитарные агрегаты (скопления тромбоцитов).

Особую функцию в присмотре и уходу за больными, а также для оказания первой медицинской помощи при обострении сердечнососудистых заболеваний, в условиях стационарных учреждений и на дому, выполняет сестринский персонал.

Цель работы: Провести анализ методик оказания медицинской помощи и предотвращения смертности, сестринским персоналом, в случае ишемической болезни сердца.

Объект исследования: Сестринский процесс при ишемической болезни сердца.

Предмет исследования: Профилактика, оказание первой медицинской помощи, лечение ишемической болезни сердца, а также, методики предотвращения смертности от сердечнососудистых заболеваний в условиях стационара.

Задачи:

. Провести анализ специфики заболевания ишемической болезнью сердца.

. Рассмотреть факторы риска сердечнососудистых заболеваний, а также методики профилактики и лечения ишемической болезни сердца в условиях стационара.

. Провести анализ профилактических мероприятий, основной роли и принципов ухода за больными с ишемической болезнью сердца.

. Провести сравнительный анализ сестринского процесса при ишемической болезни сердца у пациентов кардиологического, терапевтического и хирургического отделений.

Методики исследования:

. Тщательное рассмотрение и анализ учебно-методической литературы.

. Изучение основ техники безопасности при рассмотрении вопроса работы сестринского персонала с больными ишемической болезни сердца в условиях стационара.

Перечень условных обозначений и символов

ИБС - ишемическая болезнь сердца

АД - артериальное давление

ВОЗ - всемирная организация здравоохранения

ЛС - лекарственное средство

ЛФК - лечебная физкультура

НПВС - нестероидное противовоспалительное средство

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

СРБ - С-реактивныйбелок

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЦНС - центральная нервная система

ЧДД - частота дыхательных движений

ЧСС - частота сердечных сокращений

ФКГ - фонокардиография

ЭКГ - электрокардио (грамма) графия

ЭХО КГ - эхокардиография

ТКД - транс краниальной допплерография

КФК - креатинфосфокиназ

АСТ - аспартатаминотрасферазы

ЛДГ - лактатдегидрогеназ

Глава 1. Теоретические основы заболевания ишемической болезни сердца

.1 Ишемическая болезнь сердца (ИБС): Стенокардия, Инфаркт миокарда

Ишемическая болезнь сердца характеризуется потребностью сердечной мышцы в кислороде и питательных веществах, которая не удовлетворяется из-за плохого поступления по коронарным артериям в результате снижения кровотока.

Болезнь наиболее часто поражает мужчин, нежели чем женщин и преобладает у белого населения, пожилого и среднего возраста. Прием оральных контрацептивов, злоупотребление курением и перегрузки на работе провоцируют это заболевание.

В основе развития ишемической болезни зачастую доминирует атеросклероз, при котором жировые и фиброзные бляшки сужают просвет коронарных артерий сердца. В данном случае, уменьшается объем крови, который может пропустить артерия, в результате чего образуется нехватка поступления крови в сердце. Образование бляшек предрасполагает к развитию тромбоза (сгустков крови), что может приводить к сердечным приступам.

Атеросклероз обычно поражает крупные и средние артерии (например, коронарные, почечные или артерии головного мозга), а также аорту. Факторами риска являются наследственная предрасположенность, высокое кровяное давление, тучность, курение, диабет, стресс, сидячий образ жизни, высокое содержание холестерина и триглицеридов.

Изредка причинами снижения объема крови, протекающей по коронарным артериям, бывают расслаивающаяся аневризма, инфекционный васкулит, сифилис и врожденные дефекты коронарных артерий. Кровоток может также снижаться в результате спазма коронарных артерий.

На текущий этап различают несколько видов ишемической болезни сердца. Первой формой ИБС является внезапная коронарная смерть (или первичная остановка кровообращения). К сожалению это достаточно распространенное происшествие среди молодых, активных и кажущихся здоровыми людей. По определению - это ненасильственная смерть, которая наступает внезапно в течение 6ти часов. В большинстве случаев эти люди ни на что не жалуются, но если возникает ощущение непредвиденного, то смерть можно предотвратить.

Вторичная форма проявления ИБС - это инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда проявляется следующим образом - вследствие нарушения кровообращения в той или иной зоне, развиваются необратимые изменения в сердечных клетках (кардиомиоцитах), с последующей гибелью этих клеток и образованием рубца в зоне некроза (гибели) кардиомиоцитов.

Одной из наиболее распространенных форм заболевания ИБС - является стенокардия. Стенокардия вызывается в результате воспалительных заболеваний миокарда, повышения содержания в крови стрессовых гормонов и еще многими факторами, но при ИБС их возникновение обусловлено именно наличием очагов ишемии миокарда, что делает эту проблему достаточно сложной для решения.

Стенокардия развивается в результате недостаточного снабжения сердцем кислородом и характеризуется жгущими, сжимающими или давящими болями в груди, которые могут иррадиировать в левую руку, шею, челюсть или лопатку. Больной стенокардией при описании мучающих его болей обычно прижимает руку к груди или потирает левое предплечье. Боли в груди могут сопровождаться тошнотой, рвотой, обморочным состоянием, потливостью, руки и ноги становятся холодными.

Сердечная недостаточность, или недостаточность кровообращения - это не только форма ИБС, но также и форма некоторых других заболеваний. Именно по этой причине, лечение производится достаточно неадекватно. Объясняется это тем, что в случае со стенокардией, существует масса методик её лечения, а в случае сердечной недостаточности, за последнее время подходы к лечению сильно изменились, причем достаточно современная информация о методиках лечения у врачей зачастую отсутствует.

На данный момент выявлено 3 формы стенокардии:

одной из форм проявления стенокардии является стабильная стенокардия, которая характеризуется предсказуемостью боли в груди и соответственно можно прогнозировать частоту и длительность приступов. Для лечения боли при стабильной стенокардии используется нитроглицерин.

второй формой стенокардии является нестабильная стенокардия, которая характеризуется прогрессирующими болями в груди и длительностью их протекания. Также боли при нестабильной стенокардии могут возникать даже по самым незначительным поводам.

третья и заключительная форма стенокардии - это стенокардия Принцметала, проявляющаяся при спазмах коронарных артерий и возникающая без определенных видимых причин.

Диагностика стенокардии основывается на общей клинической картине, включая частоту и длительность приступов, и наличие факторов риска, и на результатах диагностических исследований.

• Электрокардиограмма во время приступа стенокардии показывает, повреждено ли сердце, есть ли аритмия. Когда боль прекращается, электрокардиограмма становится нормальной.

• Велоэргометрия или другие методы физических нагрузок могут спровоцировать появление боли в груди и выявить наличие изменений в сердце.

• Коронарная ангиография позволяет обнаружить сужение или закупорку артерии.

• Получение изображения кровоснабжения во время физической нагрузки обнаруживает поврежденные участки сердца, которые визуально наблюдаются как «холодные пятна».

При первых симптомах стенокардии необходимо взять под контроль содержание холестерина в крови, путем ограничения в питании определенных продуктов. Особую степень контроля над снижением уровня холестерина в крови, должно в обязательном порядке регулироваться сестринским персоналом, в условиях стационарного режима.

В первую очередь необходимо исключить из рациона употребление некоторых видов продуктов: насыщенных жиров (яиц, молочных продуктов и жирного мяса), заменив их на птицу, рыбу, овощи, хлеб из муки грубого помола.

В случае заболеваемости стенокардией, необходимо научится щадящим способам поддержания физической формы, и снизить уровень активности. В условиях стационара не рекомендуется вести активный образ жизни. Физические нагрузки стоит распределять в соответствии с назначением врачей. Координировать дозирование физических нагрузок должно происходить под контролем сестринского персонала.

В том случае, если больной ИБС длительное время вел малоподвижный образ жизни, то физическую нагрузку необходимо наращивать постепенно. Показание к оздоровительным процессам при ИБС, включает в себя ряд следующих методик:

• Выберите оздоровительные физические занятия, например ходьбу или плавание, но никак не соревновательные виды спорта типа тенниса.

• После обильной еды выждите 2-3 ч и только затем приступайте к физическим занятиям. После легкой еды выждите 1-2 ч. Избегайте принимать холодный или горячий душ непосредственно до и после физических занятий.

• Носите удобную легкую одежду и обувь, обеспечивающую правильное положение ног при ходьбе. Одевайтесь многослойно и снимайте отдельные предметы одежды по мере согревания.

В случае проявления следующих признаков: болей в груди, холодном поте, дурноте, тошноте или рвоте, учащенном сердцебиении, изменении сердечного ритма следует немедленно прекратить занятия и обратиться к врачу.

Признаки проявления стенокардии обусловлены рядом следующих причин: возникают при физическом напряжении, но могут быть вызваны сильным волнением, холодом или обильной едой. Продолжительные боли в области груди при стенокардии, приравниваются к сердечному приступу.

Основными методиками лечения стенокардии и сердечнососудистых заболеваний ориентированы либо на снижение потребности сердца в кислороде, или на улучшение снабжения его кислородом.

В терапии лечения и профилактике ишемической болезни сердца, стенокардии или других сердечнососудистых заболеваний используются главным образом нитраты, например нитроглицерин (принимается перорально, под язык, наружно в виде специального пластыря или мази), Isordil (под язык или перорально), бета-блокаторы (перорально) или блокаторы кальциевых каналов (перорально).

При закупорке коронарных артерий может потребоваться хирургическая операция шунтирования артерии или замены ее участка протезом из вены. Самой современно методикой является лазерная ангиопластика, когда закупорку устраняют путем испарения жировых отложений, но в основном применяют другую, менее современную, но все, же оправдавшую себя и эффективную хирургическую процедуру ангиопластику, при которой для увеличения просвета используется катетер, с помощью которого жировые отложения уплотняют. Данная процедура характерна для больных с частичной закупоркой коронарных артерий.

Для профилактики ишемической болезни сердца, настоятельно рекомендуют: отказ от курения, снижение уровня стресса, размеренные и периодичные физические упражнения, снижение калорийности употребляемой пищи, уменьшение потребления соли, жиров, холестерина. Внимательное соблюдение профилактических мер эффективно помогает избежать риска проявления ишемической болезни сердца.

К иным медицинским профилактических мерам относят снижение высокого кровяного давления, содержания триглицеридов и ежедневный прием 2,5 зернышка аспирина (для уменьшения опасности формирования сгустков крови).

.2 Факторы риска сердечнососудистых заболеваний

Анамнез (от греч. ἀνάμνησις - Воспоминание) - совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц. Изучение анамнеза, как и расспрос в целом, не просто перечень вопросов и ответов на них. От стиля беседы врача и больного зависит та психологическая совместимость, которая во многом определяет конечную цель - облегчение состояния пациента.

Данные анамнеза (сведения о развитии болезни, условиях жизни, перенесённых заболеваниях, операциях, травмах, беременностях, хронической патологии, аллергических реакциях, наследственности и др.) медицинский работник выясняет с целью их использования для диагностики, выбора метода лечения и/или профилактики. Сбор анамнеза является одним из основных методов медицинских исследований. В некоторых случаях, в совокупности с общим осмотром, он позволяет точно поставить диагноз без дальнейших диагностических процедур. Сбор анамнеза - это универсальный метод диагностики, применяемый во всех областях медицины.

Семейный анамнез - это наличие подобных симптомов у кровных родственников, наследственные заболевания и т. п.

Семейным анамнезом при ишемической болезни сердца и иных сердечнососудистых заболеваниях является: курение, алкоголь, артериальная гипертензия, липидный профиль, гипергликемия и сахарный диабет, малоподвижный образ жизни, гипергомоцистеинемия, дефицит эстрогенов (отсутствие заместительной терапии в менопаузе), применение гормональных противозачаточных средств.

При наличии фактора семейного анамнеза риск заболеваемости ишемическими заболеваниями, а также иными сердечнососудистыми заболеваниями для родственников первой степени родства является наиболее вероятным пагубным фактором:

у близких родственников больного с заболеваниями сердечнососудистой системы (важнее для родственников первой степени родства - родители, братья, сестры, сыновья, дочери, чем родственники второй степени родства - дяди, тети, бабушки, дедушки);

при большом количестве больных с заболеваниями сердечнососудистой системы в семье;

при возникновении заболеваний сердечнососудистой системы у родственников в относительно молодом возрасте.

Одним из наиболее существенных факторов риска заболеваемости ишемической болезнью сердца и иными сердечнососудистыми заболеваниями, является возраст. Для лиц среднего и преклонного возрастов, риск заболеваемости ИБС является наиболее высоким.

Особую категорию фактора риска заболеваемостью ИБС, является пол. Для мужчин, возрастом до 55 лет, заболеваемость ИБС, значительно выше, нежели чем у женщин (исключение составляют женщины, страдающие артериальной гипертензией, гиперлипидемией, сахарным диабетом, при ранней менопаузе). Объясняется это следующими причинами: у людей возрастом до 55 лет, наблюдается высокая физическая активность, также доминирующей причиной является пренебрежение мужчинами правил здорового образа жизни (наблюдается склонность к злоупотреблению алкоголем и курения), женщины в этом плане являются наиболее стойкими к вредным привычкам и перегрузкам. Уже после 75 лет, заболеваемость у женщин и мужчин является одинаковой.

Склонность к злоупотреблению курением вызывает ряд побочных для здоровья организма процессов: увеличение содержания в крови фибриногена, сужение венечных артерий, агрегацию тромбоцитов, уменьшение содержания в крови холестерина ЛПВП и увеличению холестерина ЛПОНП. Особую опасность для здоровья, представляют вещества, содержащиеся в табачном дыме, которые могут повреждать эндотелий и способствовать пролиферации гладкомышечных клеток (в итоге образуются пенистые клетки). Атеросклероз венечных артерий, согласно исследованиям аутопсии, выражен в наибольшей степени у курильщиков, умерших от причин, не связанных с ИБС, чем у некурящих людей. Особо сильное влияние, курение оказывает на повышения фактора риска внезапной смертности. Если человек бросил курить, то риск смертности от ишемической болезни сердца, также снижается в значительной степени уменьшению частоты инфаркта миокарда в популяции на 50%. Уровень стабильного и нормального состояния, свойственного некурящему человеку, достигается уже в прошествии одного года с того момента как человек бросает курить.

У людей, злоупотребляющих алкоголем, происходят пагубные изменения функционирования внутренних органов. В частности: наблюдаются признаки высокого артериального давления (АД), специфическое поражение сердца (увеличение в размерах сердца, нарушение сердечного ритма, одышка), часто приводящая к внезапной смерти. Также приступы стенокардии и даже риска внезапной смерти, могут возникать и в период похмелья.

При наличии симптомов артериальной гипертензии, может повышаться артериальное давление (как систолическое, так и диастолическое), что фактически в три раза увеличивает риск развития ишемической болезни сердца и иных сердечнососудистых заболеваний.

Чрезмерная физическая активность, в безусловной степени повышает риск развития ИБС, но в случае постоянного мало активного образа жизни, также могут возникать сердечнососудистые заболевания, в том числе и ИБС.

Дефицит эстрогенов. Эстрогены дают вазопротективный эффект. До менопаузы у женщин наблюдают более высокое содержание холестерина ЛПВП, более низкую концентрацию холестерина ЛПНП и в 10 раз меньше риск ИБС, чем у мужчин того же возраста. В менопаузе защитное действие эстрогеновуменьшается и риск ИБС увеличивается (что часто диктует необходимость восполнения эстрогенов извне).

В 80 % случаев возникновения и смертности от ишемической болезни сердца, возникает в случае физической инертности, табака курения и алкоголизма. Также данные факторы могут влиять на возникновение болезни сосудов головного мозга и болезни сердечнососудистых органов. В случае инертности физической активности и неправильного питания, происходит провокация повышенного кровяного давления, повышенного уровня глюкозы в крови, повышенного содержания жиров в крови, излишнего веса и ожирения; данные проявления называются "промежуточными факторами риска".

Причины возникновения заболеваний сердечнососудистой системы обуславливаются различными факторами:

развитие воспалительных процессов,

интоксикация,

врожденные дефекты развития,

полученные травмы.

Ишемическая болезнь сердца и другие сердечнососудистые заболевания могут возникать в результате нарушения механизмов, регулирующих работу сердца и сосудов, а также патологического видоизменения обменных процессов. Остальные признаки проявления заболеваний сердца также имеют место и диагностируются, но многие из них до сих пор не изучены наукой. Физиологические отклонения, а также причины появления ишемической болезни сердца, диагностируются и подлежат современным методикам лечения и профилактики. Первичная задача диагностики сердечных заболеваний, это выявление следующих признаков:

Неизменяемые факторы риска - возраст, пол, семейный анамнез, наличие атеросклеротических проявлений.

Образ жизни пациента - курение, физическая активность, диетические особенности.

Наличие других факторов риска - избыточной массы тела, артериальной гипертензии, содержание липидов и глюкозы в крови.

1.3 Особенности психологического состояния пациентов с ишемической болезнью сердца

В соответствии с экспертной медицинской проверкой, которую организовывали многие исследователи, было выявлено, что фактически у 80% пациентов, больных ИБС, протекают психические изменения, которые зачастую выражаются в подавленности, тревоге, депрессии и страха перед преждевременной смертью, акцентируемое на потери само идентичности, чувства "Я".

В период протекания и возникновения приступа, больного охватывает паника и беспокойство, возникают мысли о преждевременной и внезапной смерти. Больные живут в страхе, что повторный приступ станет итогом протекания их жизни. Они реагируют на любые изменения сердечной деятельности и самой главной жизненно важной целью для них, становится здоровье.

Установленным фактом является то, что для больных с ишемической болезнью сердца, характерны депрессивно-ипохондрические расстройства, которые возникают из-за преморбидных особенностей личности больного, а также высокой степени тяжести сердечнососудистых заболеваний.

У больных ишемической болезнью сердца в значительной степени обеднено психологическое восприятия, а самой важной целью является стремление к тому, чтобы быть здоровым. На фоне этого проявления, искажается смысловое значение жизни, и перспективы дальнейшего будущего являются достаточно противоречивыми, становясь склонными исключительно к ситуативной тревожности, в зависимости от тяжести заболевания и страхе. Прогностически благоприятной является оценка личностной взаимосвязи больного в соответствии с совмещением понятий "здоровье", "счастье", "работа". Впервые дни болезни, на состояние больного влияют ряд актуальных для него факторов. Больных в первую очередь угнетает тот факт, что из полноценно развитых, здоровых, активных и физически сильных людей, они превратились в беспомощных, слабых и нуждающихся в посторонней помощи иждивенцев. Данное обстоятельство может повлечь за собой сильное угнетение и затяжную депрессию. Обычно, когда диагностируется улучшение состояния, страх смерти ослабевает, но учитывая сам факт возникновения заболевания, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи.

Стоит сказать, что в результате исследований, проведенных И.В. Алдошиной, у больных, которые перенесли инфаркт миокарда, на 7й день после проявления признаков болезни, характерно изменение психического состояния, которое проявляется в следующих признаках: для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Степень выраженности данных симптомов зависит от характера и степени тяжести заболевания.

Помимо эмоциональных и психологических изменений личности, в случае заболеваемости ишемической болезнью сердца, наблюдается также понижение умственной активности и работоспособности, также фиксируются динамические изменения познавательных процессов и нуждаются в условиях замедленного восприятия. Быстрая речь, смена сюжетных постановок при просмотре фильма, необходимость быстрой координации, переработка нового материала и прочие познавательные функции фактически дисфункционируют и темп мышления начинает замедляться.

Исследования показали, что больные с изначально замедленной реакцией, в соответствии с больными, перенесшими ИБС, у которых темп мышления был стабилен, при выполнении односложных операций, правильность ответов и реакция протекает стабильно и без изменений. В случае усложнения задания и необходимости выполнить более сложное действие, диагностируется резкое ухудшение познавательных процессов, и больные начинают допускать массу ошибок в тех местах, где здоровый человек реагирует быстрее и логичнее. Одновременное восприятие становится недостижимым фактором, или требующим длительной реабилитации, после протекания ИБС. Для больных ИБС, только перенесших приступ этого заболевания, доступным познавательным способом зачастую остается только замедленно последовательный тип восприятия.

Фактически у всех больных ишемической болезнью сердца ухудшается концентрация внимания и при наличии нескольких признаков, больному с трудом удается переключать свое внимание между ними. Зачастую человеку перенесшему ИБС, доступен только одномерный тип мышления. Зачастую диагностируются признаки психической недостаточности, при которых больной жалуется на ослабление внимания, снижение памяти и забывчивость.

Исследования показывают, что в основе этих жалоб также лежит сужение объема восприятия. Из-за суженного объема восприятия больные при заучивании 10 слов в первый раз успевают запомнить только несколько первых слов ряда. При повторении больные стараются фиксировать внимание на ранее пропущенных словах и забывают те, которые говорили в первый раз. Наращивание запоминаемого материала начинается с третьего - четвертого прослушивания. Продуктивность запоминания снижается за счет трудности охвата и фиксации многих элементов словесного ряда.

При выявлении первых признаков истощаемости психических процессов обычно дается группа инвалидности, в соответствии с которой законодательством устанавливается, облегченные условия труда, неполный рабочий день, возможность произвольного чередования труда и отдыха, предоставление дополнительных перерывов в работе. В случае психической недостаточности, снижения уровня внимания и памяти, больным не рекомендуется работать в условиях повышенной маневренности, где обязательным требованием является быстрая координация действий, запоминание различных факторов и быстрого переключения внимания с одного объекта на другой. В случае структурных изменений познавательных процессов, больным противопоказано работать на местах, где требуется высокоинтеллектуальная деятельность, а рекомендуется выполнять периодически определенные и стандартные действия, где требования к интеллектуальной ориентировке минимальны и приспособление к труду возможно при снижении интеллекта. В этом случае, смена профессиональной ориентации, где требуется приобретать новые навыки, умения и знания, является противопоказанной.

В качестве профилактики, для минимизации негативных изменений в эмоционально-личностной сфере больных, рекомендуется проводить психо-коррекционную работу, направленную на формирование адекватного отношения к болезни. Учитывая тот факт, что больные, перенесшие ИБС и другие сердечнососудистые заболевания, склонны на ориентации своих соматических отклонений, рекомендуется проходить психотерапию и под руководством профессионала, осваивать приемы аутогенной тренировки.

1.4 Лечение ишемической болезни сердца

Для лечения хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), используют разнообразное и достаточно большое количество лекарственных средств. Данное обстоятельство обусловлено отсутствием эффективных лекарственных средств, ввиду разно ступенчатости данного типа заболевания то есть большого многообразия патогенетических механизмов, лежащих в основе заболевания.

Среди лекарственных средств, для лечения ХИБС, существует несколько групп, распределяемых по механизму воздействия:. Сосудорасширяющие.

Блокаторы бета-адренергических рецепторов сердца.

Анаболики.

.Увеличевающие переносимость миокардом гипоксии.

.Антибрадикининового действия

Для лечения ишемической болезни сердца и иных сердечнососудистых заболеваний, в зависимости от степени тяжести, механизма воздействия и характера протекания заболевания, используют следующие препараты:. СОСУДОРАСШИРЯЮШИЕ СРЕДСТВА.

В терапии хронической ИБС наиболее распространены препараты, улучшающие коронарный кровоток. Лечение больных грудной жабой заключается в предупреждении и ликвидации приступов, а главное в воздействии на основные источники, вызывающие спазм венечных артерий с целью восстановления нарушений нервной регуляции и влияния на атеросклероз венечных артерий.

Помимо мероприятий, направленных против острых проявлений сердечной недостаточности, необходимо вести борьбу с прогрессирующей хронической коронарной недостаточности и атеросклерозом для предупреждения тромбоза венечных артерий и инфаркта или развития недостаточности миокарда. Меры борьбы с острой недостаточностью коронарного кровообращения должны быть направлены на снижение тонуса или преодоления спазма артерий сердца. Для этого служат сосудорасширяющие средства быстрого воздействия: нитроглицерин - механизм действия сводится к рефлекторному влиянию со слизистой рта через ЦНС непосредственно на венозное кровообращения.

НИТРОГЛИЦЕРИН - открыт в 1847г., применяется для лечения хронической коронарной недостаточностью с 1859г. Нитроглицерин тормозит активность АТ Фазы и, следовательно, замедляет разрушение АТФ. Между тем известно, что АТФ сама по себе является первичным вазодилататором Доказано, что нитраты способствует развитию коронарных коллатералей. Такое селективное действие нитроглицерина может быть, по-видимому, обусловлено или образованием или же расширением сосудов и ближайших коллатералей вне зоны ишемии. Нитроглицерин необходимо принимать тотчас же после появления болей, перед выходом на улицу или на ночь перед сном, назначается в виде 1% алкогольного раствора по 1-2 капли на кусочек сахара, а так же в таблетках.

Препараты ментола, в частности - валидол. Ментол вызывает расширение как периферических, так и венечных артерий. В качестве заменителя валидола Б.Е.ВОТЧАЛОМ был предложен спиртовой раствор ментола 5% спирт.р-р по 4-5 капель на кусочек сахара.

Основным лечением больных во время приступа грудной жабы является обеспечение полного покоя /уложить постель/. Кроме дачи медикаментов полезно прикладывать к межлопаточной области полотенце , смоченное в горячей воде , делать горячие ручные и ножные ванны / это способствует рефлекторному расширению сосудов и устранений спазма, венечных артерий.

ЭУФИЛЛИН - двойная соль теофилина и этилендиамина. Обычно эуфиллин назначают внутрь по 0,1-0,2г 2-3 раза в день до и после еды /в таблетках/, а для купирования приступов сердечной астмы - внутривенно до 5-10мл 2,4%раствора, разведенного в 10 -20мл 20 - 40% раствора глюкозы. Вводят эуфиллин медленно, в течении 4-6 минут, контролируя артериальное давления.

ПАПАВЕРИН - это производное изохинолина. Его часто применяют в лечении больных стенокардией. Используют дозы 0,04г 3 раза в день /таблетки/.Врачи применяет применяв препарат для купирования затяжных приступав стенокардии, прибегая обычно к комбинации 2мл 2% раствора папаверина с платифеллином и другими средствами, в частности с промедолом.

Другое производное изохинодина - венгерский препарат НО-ШПА был синтезирован в лаборатории завода "ХИНОИН" в 1961г. Он менее токсичен в 3-5 раз, чем папаверин, и более активен как коронарорасширяющее средство. Препарат достаточно эффективен при лечении больных ХИБС. Ценным свойством НОШПЫ является выраженное спазмолитическое действие на гладкомышечные органы желчные пути, кишечник. НОШПА в дозе 40 - 80мг 2-3 раза в день в таблетках или ампулах для в/мышечной инъекции широко применяется для лечения больных ХИ5С.

ГАЛИДОР - в2 -5 раз эффективнее папаверина . Вместе с тем галидор оказался полезным вспомогательным средством при спастических состояниях органов брюшной полости и при так называемой рефлекторной стенокардии. К сосудорасширяющим средствам относятся СЕГОНТИН /ФРГ/ и аналогичный препарат /КОРОНТИН/ Венгрия. В дозе 15мг 3 раза в день. Наблюдения показывают что применение коронтина в амбулаторных условиях должно проводится с осторожностью из-за возможных побочных действий , в частности из-за опасности развития выраженного нарушения атриовентрикулярной проводимости.

Сосудорасширяющие средства из хромонофлавинов - РЕКОДИЛ- по 30 60мг 3 раза в день;

ОКСИФЛАВИН- по 15-ЗОмг 3 раза в день оказывает спазмолитическое действие не только на сосуды но и на гладкую мускулатуру бронхов, пищеварительного тракта и желчных путей. Рекомендуют применять при нетяжелых и нечастых приступах, стенокардии напряжения.

ИЗОПТИН /веропамил, пировератрил/ Обладает свойством снижать уровень обмена веществ в сердце и соответственно потребление миокардом кислорода благодаря специфическому антагонизму по отношению к кальцию препятствуя проникновению ионов кальция в миофибрилы, изоптин как будто тормозит активность миофибриллярной АТФ - азы, что и приводит к снижению окислительных процессов в миокарде. Изоптин /производные веропамила/ в дозе 40-80 мг. 3-4 раза в день оказался эффективным при стенокардии, в 65%случаев.

ИНТЕНСАИН /производное вератрила/ в дозе 150мг. 3 раза в день. Курс лечения 6-8 -недель.. Положительный эффект был отмечен в 81% случаев, нужно отметить что эффект от лечения отмечался не сразу а на протяжении второй недели. Клинические и экспериментальные наблюдения показывают , что интесаин не только сосудорасширяющее средство, но что он действует также на метаболизм миокарда.

ЭУФИЛЛИН-НИКОТИНАТ -в дозе 0,25-0,5мг Зраза в день .Плохая переносимость в больших дозах.

ПЕРСАНЖИН - пирамидиновое производное - в дозах 25-75мг. З раза в день. Эффективность в 64,3%. Препарат хорошо переносится боль¬ными , однако при первых приемах лекарств лица, плохо переносящие нитроглицерин, жалуется на приливы к голове, которые исчезают при снижении дозы.

СУСТАК- представляет собой депо-нитроглицерина. В дозе 2,6 или 6,4 3-4 раза в день /эффективность в среднем - 76% случаев/ .Выраженный эффект наблюдается в течении 4-5 часов после приема внутрь

КУРАНТИН- аналогичный препарат в дозе 25мг. применяется по1-2 таблетки 3 раза в день. Курс лечения 3 недели. Рекомендуется применять его и в больших дозах: 75 - 150 мг .3 раза в. день. Однако, если мы имеем дело с больным, у которого значительно выраженный и распространенный атеросклероз коронарных артерий обуславливает ригидность сосудистой стенки, Коронарорасширяющие средства вряд ли могут оказать эффект.

Появления лекарственных средств иного механизма действия представляет большой интерес , расширяет возможности медикаментозной терапии. Такими препаратами в медикаментозной терапии ИБС являются: блокаторы бетаадренергических рецепторов сердца, анболические средства; средства, увеличивающие переносимость -миокардом гипоксии; средства антибрадикининового действия.

БЛОКАТОРЫ БЕТА-РЕЦЕПТОРОВ СЕРДЦА. В основе их применения лежат представления , выдвинутые еще в 1906г. и развитые в 1958г.о действии катехоламинов на миокард и коронарные сосуды посредством двух типов рецепторов - альфа и бета /понятие физиологическое, но не морфологические/. Активация коронарных альфарецепторов приводит к вазоконстрикции, тогда как активация бета-рецепторов увеличивает частоту и силу сокращений , а также вызывает вазодилатацию. Появление бетарецепторов сердца - ПРОПЕТАЛОЛА обнаружились его канцерогенные свойства и он был изъят из практики, а главное, ИНДЕРАЛА - крупный вклад фармакологов в лечении стенокардии, а также в терапию Предсердных и желудочковых аритмий. Терапевтический эффект их обусловлен способностью уменьшать работу сердца и , следовательно, понижать потребность миокарда в кислороде, а так же их отрицательным хронотропным хинидиноподобным эффектом, что позволяет применять эти средства при нарушении ритма.

ИНДЕРАЛ- 20 - 80 мг. 4 раза в день / 160 - 180 мг.в сутки/ в течении 3 недель и более. Дозу препарата увеличивают по 20мг. Через 3 - 5 дней.

ТРАСИКОР- по 20 - 40 мг /1-2/ таблетки 4 раза в дань в течении 3 и более недель /суточная доза 160 мг/.

ЛБ-46- по 5 - 10 мг. /I - 2 табл./ 3 раза в течении 2 недель и более.

ЭРАЛДИН - по 50 или 200 мг. 3 раза в день в течении 3 недель и более.

АНТИН- по 100 - 200 мг. в день. Курс лечения 3 недели. Однако следует учитывать , что индрал одновременно понижает сократительную способность миокарда и может вызвать развитие сердечной недостаточности, гипотонии коллапса. Сочетать лечение индералом с сердечными гликозидами.

АНАБОЛИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА - воздействуют на метаболизм миокарда, которые повышают его работоспособность и одновременно частично увеличивают коронарный кроветок. Среди анаболических средств интерес вызывают анаболические стероиды, действующие положительно на рост, миотропную активность и азотистое равновесие. По своей клинической структуре эти соединения представляют собой производные тестостерона, 'но обладают преимущественно анаболическими свойствами. Анаболические стероиды повышают работоспособность сердца, по-видимому, благодаря и способности увеличивать содержание гликогена, креатина, АТФ в сердечной мышце они повышают внутриклеточное содержания калия в миокарде,

НЕРОБОЛ - в дозе 5 мг 3 -4 раза в день внутрь или под язык в течении 3-х и более недель.

РЕТАБОЛИЛ- масляный раствор в дозе 50мг.в/мыш.1 - раз в 6 дней в течении 4 - 8 недель и более желательно сочетать с инъекциями АТФ по 1мл.- 1%-го раствора 2 - 1"раз в день в/мыш.

К анаболическим нестероидным средствам можно отнести оротат калия, фолиевую кислоту , препарат АТФ 0,5 - 3 раза в день в/мыш.

СРЕДСТВА, УВЕЛИЧИВАЮЩИЕ ПЕРЕНОСИМОСТЬ МИОКАРДОМ ГИПОКСИИ пока малочисленны, но им принадлежит не последнее место .Установлено, что в условиях гипоксии, миокард увеличивает работоспособность путем активации анаэробного гликолиза ,миокард больше потребляет молочной и пировиноградной кислоты.

ПИРИДОКСИН-ГЛЮКСИЛАТ. В условиях гипоксии его действие на ткани имеет защитный характер благадаря торможение анаэробных эффектов.

ГЛИО-СИЗ в дозе 100мг 3 раза в день, внутривенно или внутримышечно. Чаще назначают тяжелым больным со стенокардией напряжения и покоя.

СРЕДСТВА АНТИБРАДИКИНИНОВОГО ДЕЙСТВИЯ. Стали использоваться совсем недавно. хотя биохимики уже с 1949г. детально изучают в более широком плане - каллекриинкининовую систему ,а так же возможность изменять активность этой системы. Большие количества брадикинина в крови вызывает боль. В 1965г. синтезирован в ЯПОНИИ пиридилолкарбонатангинин. Ангинин уменьшает реакцию артериальной стенки на стресс /ее отечность/.обладает антибрадитромболитическим действием, Уменьшает агрегацию тромбоцитов и оказывает антиангинозное действие Препарат назначается в таблетках по 250мг.3 раза в день после еды .в течении 8 недель и более.

АНТИТИРЕОИДНЫЕ СРЕДСТВА. С успехом применяются при лечении упорных приступов стенокардии: 6-метидлттиоурацил, мерказолил, радиоактивный йод .

Снижение функции щитовидной железы вызывает уменьшение потребления кислорода миокардом и уменьшение работы сердца.

МЕРКАЗОЛИЛ в дозе 5мг. 3-4 раза в день, в течении длительного времени /3 месяца и более/, эффект от лечения наступали не ранее 2-й начала 3-й недели. Следить за состоянием белой крови, хотя лейкопения и агранулоцитоз, возникают очень редко. Вместе с тем надо учитывать возможность нарастания гиперхолестеринемии и известную связь гипофункции щитовидной железы с усилением атеросклероза, поэтому эти препараты рекомендуют при лечении ХИБС в амбулаторных условиях.

ВИТАМИН"С" Ослабляет холестериновый атеросклероз. По 0,5 - 1,0 мг день. Метионинхолин - повышают образование фосфолипидовтормозящих синтез холестерина.

ЛЕЦЕТИН. ЛИНЕТОЛ - специальный состав из ненасыщенных жирных кислот.

ДЕЛИПИН 0,3 , пиридоксин - 0,5 и метионин - 0,3, Люминал-0,02/.

МАО ИНГИБИТОРЫ МОНОАМИНООКСИДАЗЫ - используют для больных ХИБС с 1957г./И.А.Черногоров, 1964г. В.В.Закусов,1966в. БЛ.КушелевскиЙ, А.Н.Кокосов,1967г. /.К ним относятся: ипразид /ипрониазид, марсидщд/,марилан / изокарбоксазид / ,нуредад /ииаломид.марсилид/ фенезин и др.

Соединения этой группы ингибируют МАО, которая ответственна за окислительное дезаминирование серотонина, адреналина и норадреналин торможение реакции увеличивает содержание серотонина и катехоламиновв тканях.

Основанием для применения ингибиторов МАО при ХИБС считали их центральное действие - угнетение спастических сосудистых реакции и блокирование проведения болевых импульсов через свободные формы моноаминов непосредственно коронарорасширяющий эффект.

По классификации В.В. Закусова 'ингибиторы МАО относятся к фармакологическим средствам, оказывающим центральное влияние на нервную регуляцию коронарного кровообращения. Однако, согласно концепции 1960г. свойство ингибиторов МАО увеличивать содержания катехолааминов в миокарде должно приводить не к урежению, а к учащению приступов стенокардии .Кроме того при накоплении катехоламинов в миокарде неизбежно повышается потребление миокардом кислорода, увеличивается число сердечных сокращений, повышается артериальное давление.

Ингибиторы МАО вызывают внутриклеточное накопление катехоламинов с последующим понижением чувствительности к. циркулирующим в крови катехоламинамов. Ингибиторы-МАО не предотвращали появления "ишемических» признаков на ЭКГ после нагрузки. Специальные контрольные испытания двойным слепым методом показали, что их эффект равен эффекту плацебо и что они не могут быть рекомендованы для лечения ХИБС

Лечение больных ИБС проходит в обязательном порядке в специализированных отделениях, под контролем лечащего врача, при участии сестринского процесса при уходе за больными и выполнении обязательств по применению специализированных препаратов для лечения и профилактики ИБС, в соответствии с назначением лечащего врача.

1.5 Организация помощи кардиологическим пациентам

Неотложная кардиологическая помощь - комплекс экстренных мероприятий, включающий диагностику, лечение и предупреждение острых нарушений кровообращения при сердечнососудистых заболеваниях.

В ряде случаев, неотложная кардиологическая помощь включает замещение жизненно важных функций организма и носит синдромный характер, поэтому оказание первой медицинской помощи, медицинскими работниками неотложной кардиологической помощи, является жизненно важной. Потеря времени при оказании первой кардиологической помощи, может оказаться непоправимой. Основа неотложной кардиологической помощи - активная профилактика состояний, требующих проведения реанимации и интенсивной терапии, поэтому при ее оказании необходим традиционный клинический подход.

Факторы, определяющие принцип оказания первой кардиологической помощи, являются необходимыми в зависимости от механизма, причины, степени тяжести состояния больного, а также опасности возможных осложнений.

Факторы, оказывающие отрицательное влияние на результаты неотложной кардиологической помощи:

Внезапное начало, обуславливающее развитие большинства неотложных кардиологических состояний при до госпитальном этапе.

Резко выраженная зависимость непосредственных и отдаленных результатов лечения от сроков оказания помощи.

Неотложные лечебные мероприятия у больных с заболеваниями ИБС осуществляются вне специализированных подразделений и, как правило, не специалистами кардиологами. Медицинские учреждения до госпитального типа при оказании первой неотложной кардиологической помощи, проводят ряд мер по диагностике степени тяжести и характера текучести заболевания, выявляя необходимость госпитализации в учреждения стационара.

Стандарты неотложной кардиологической помощи - это перечень минимально достаточных диагностических и лечебных мероприятий соответствующего уровня в типичных клинических ситуациях.

Для того, чтобы оказание первой медицинской помощи было возможным, каждое лечебное учреждение должно быть оснащено всем необходимым: лечебно-диагностическим медицинским оборудованием, специализированными лекарствами и персоналом высокой квалификации.

В настоящее время условно можно выделить пять основных уровней оказания неотложной кардиологической помощи:

Помощь, доступная врачам линейных бригад скорой помощи; несколько выше возможности у врачей приемных отделений (дежурных врачей) стационаров.

Помощь, которую могут оказать врачи амбулаторно-поликлинических учреждений не терапевтического профиля (специализированные диспансеры, консультации и пр.).

Помощь, которую могут оказать врачи специализированных бригад скорой помощи; несколько выше возможности оказания первой помощи у врачей отделений (палат, блоков) интенсивной терапии.

Помощь, которую могут оказать врачи в амбулаторно-поликлинических учреждениях терапевтического профиля, многопрофильных поликлиниках, офисе врача общей практике.

Самопомощь, доступная больному в рамках индивидуальной программы, составленной лечащим врачом.

Вывод: В соответствии с проведенным мною в данной главе исследованием в области рассмотрения теоретических основ заболеваемости ишемической болезнью сердца, а также лечения ишемической болезни, психологических факторов и фактора риска заболеваемости ИБС, можно подвести следующие итоги:

ИБС (ишемическая болезнь сердца) - это понятие является достаточно собирательным, и включает в себя различные симптоматические подтипы, а также многообразные клинические состояния различной степени тяжести: острые, хронические, обратимые и необратимые, а также состояния, при которых ИБС заканчивается повреждением или гибелью сердечных клеток.

Факторы, определяющие принцип оказания первой кардиологической помощи, являются необходимыми в зависимости от механизма, причины, степени тяжести состояния больного, а также опасности возможных осложнений.

Для того, чтобы оказание первой медицинской помощи было возможным, каждое лечебное учреждение должно быть оснащено всем необходимым: лечебно-диагностическим медицинским оборудованием, специализированными лекарствами и персоналом высокой квалификации.

У больных ишемической болезнью сердца в значительной степени обеднено психологическое восприятия, а самой важной целью является стремление к тому, чтобы быть здоровым. На фоне этого проявления, искажается смысловое значение жизни, и перспективы дальнейшего будущего являются достаточно противоречивыми, становясь склонными исключительно к ситуативной тревожности, в зависимости от тяжести заболевания и страхе.

Для профилактики ишемической болезни сердца, настоятельно рекомендуют: отказ от курения, снижение уровня стресса, размеренные и периодичные физические упражнения, снижение калорийности употребляемой пищи, уменьшение потребления соли, жиров, холестерина. Внимательное соблюдение профилактических мер эффективно помогает избежать риска проявления ишемической болезни сердца.

Вывод: В соответствии с анализом исследований показателей и факторов заболеваемости ИБС, а также их особенностей, профилактики и лечения, проведенных в данной главе, можно подвести следующие итоги:

ишемия - это состояние организма, при котором на определенном участке сердца нарушается кровоснабжение мышцы сердца и появляется малокровие, вследствие этого, возникает несоответствие между потребностями миокарда в крови (точнее в кислороде и других питательных веществах, переносимых кровью) с одной стороны, и уровнем сердечного (вернее, коронарного) кровотока и количеством поступающего с кровью кислорода, с другой стороны.

Признаки проявления стенокардии обусловлены рядом следующих причин: возникают при физическом напряжении, но могут быть вызваны сильным волнением, холодом или обильной едой. Продолжительные боли в области груди при стенокардии, приравниваются к сердечному приступу.

Основными методиками лечения стенокардии и сердечнососудистых заболеваний ориентированы либо на снижение потребности сердца в кислороде, или на улучшение снабжения его кислородом.

Исследования показали, что больные с изначально замедленной реакцией, в соответствии с больными, перенесшими ИБС, у которых темп мышления был стабилен, при выполнении односложных операций, правильность ответов и реакция протекает стабильно и без изменений. В случае усложнения задания и необходимости выполнить более сложное действие, диагностируется резкое ухудшение познавательных процессов, и больные начинают допускать массу ошибок в тех местах, где здоровый человек реагирует быстрее и логичнее. Одновременное восприятие становится недостижимым фактором, или требующим длительной реабилитации, после протекания ИБС. Для больных ИБС, только перенесших приступ этого заболевания, доступным познавательным способом зачастую остается только замедленно последовательный тип восприятия.

Для лечения хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), используют разнообразное и достаточно большое количество лекарственных средств. Данное обстоятельство обусловлено отсутствием эффективных лекарственных средств, ввиду разно ступенчатости данного типа заболевания то есть большого многообразия патогенетических механизмов, лежащих в основе заболевания.

Лечение больных ИБС проходит в обязательном порядке в специализированных отделениях, под контролем лечащего врача, при участии сестринского процесса при уходе за больными и выполнении обязательств по применению специализированных препаратов для лечения и профилактики ИБС, в соответствии с назначением лечащего врача.

ишемический сердце сестринский кардиологический

Глава 2.Основы профилактического ухода сестринского персонала за больными ишемической болезни сердца

.1 Профилактические мероприятия при ишемической болезни сердца

В основе активной профилактики неотложных кардиологических заболеваний, выделяют 3 направления кардиологических состояний:

. Первичная профилактика сердечнососудистых заболеваний;

. Вторичная профилактика при имеющихся сердечнососудистых заболеваниях;

. Неотложная профилактика при обострении течения сердечнососудистых заболеваний.

Первичная профилактика сердечнососудистых заболеваний, является самой эффективной кардиологическим направлением и включает в себя здоровый образ жизни и интенсивную борьбу с факторами риска. Основополагающее значение, в борьбе и предупреждении сердечнососудистых заболеваний, представляет собой первичная профилактика, но порой не только пациенты, но и врачи, до конца не понимают её значимость для жизни, здоровья и благополучия, но при любых обстоятельствах недопустимо отказываться от нее.

В основу вторичной кардиологической профилактики, включено своевременное выявление и лечение сердечнососудистых заболеваний (ишемической болезни сердца в частности). Стоит сказать, что значение вторичной кардиологической профилактики и адекватной терапии для предупреждения тяжелых сердечнососудистых осложнений, например при артериальной гипертензии, не вызывает сомнения. Однако в Москве, по средним статистическим данным, только 12% населения, получают эффективную терапию.

Последнее из рассматриваемых направлений кардиологической профилактики, является неотложная кардиологическая профилактика, которая подразумевает комплекс экстренных мер по предупреждению и профилактике острых сердечнососудистых заболеваний. Адекватная оценка данного профилактического шанса также остается неудовлетворительной, поскольку рассматривая на примере профилактики фибрилляции желудочков при остром инфаркте миокарда, можно утверждать, что при её лечении, используют лидокаин. Однако стоит сказать, что в одних случаях лидокаин профилактически практически не применяют, в других - недифференцированно назначают всем пациентам, в третьих - используют неадекватные дозы и интервалы между инъекциями препарата.

Учитывая недостаточность имеющихся возможностей предупреждения неотложных кардиологических состояний, стоит заметить, что в последнее время происходит переоценка их эффективности и безопасности и разрабатываются новые профилактические мероприятия.

Стоит заметить, что в основном, сердечнососудистые заболевания (в том числе и ишемическая болезнь сердца), проявляются в результате нервно-психических расстройств и перенапряжения и если попытаться избежать их, не входя в стрессовые ситуации, или ведя спокойный и размеренный образ жизни, то это будет мощнейшем профилактическим средством.

В качестве профилактики нервно-психических расстройств, а соответственно и сердечнососудистых заболеваний, можно принять следующие меры: учиться прощать обиды, проявлять сочувствие, при этом избегая слишком перенасыщенных эмоциональных состояний, говорить ласковые слова не только близким, но и самому себе, просмотр хороших фильмов, чтение книг, проявление любой творческой жизни, активная и радостная интимная жизнь. Данные способы не требуют медицинского вмешательства, поэтому могут быть взяты на заметку абсолютно любым человеком.

В основе профилактического средства, можно вести активный и здоровый образ жизни: чаще гулять, бегать, периодично заниматься физическими упражнениями, принимать участие в туристических походах, плавать и заниматься спортом.

Одним из способов профилактического воздействия может быть закаливание: контрастный душ, походы в бани или сауны, обливание холодной водой, или хождение босиком по снегу.

Все выше перечисленные способы профилактики укрепляют стенки сосудов тем самым, предупреждая многие серьезные сердечные заболевания. Отдых должен быть нормированным и продолжительность сна не должна превышать 8-10 часов в сутки.

Нельзя обойти стороной и питание. Периодический прием жирной, соленой, острой пищи не только влияет на ожирение, но и нарушает кровоток и разрушает стенки сосудов. При большом употреблении соленой пищи происходит нарушения, связанные с выведением жидкости из почек, тем самым создавая лишнюю нагрузку на сердце и сосуды.

Подводя итоговые выводы можно сказать, что отказ от вредных привычек, правильное питание, избегание стрессовых ситуаций и неправильный образ жизни, влияющий на нарушения нервно-психических процессов и регулярное посещение кардиолога - это необходимый перечень профилактических средств, который может помочь вам избежать ишемической болезни сердца, а также любых других сердечнососудистых заболеваний.

2.2 Сестринский процесс при ишемической болезни сердца

Первая помощь, осуществляемая медицинской сестрой при ишемической болезни сердца, заключается в следующем: при проявлении первых симптомов тяжести, сдавливания, боли за грудиной, медицинская сестра обязано провести обезболивание.

Сам сестринский процесс подразделяется на 5 этапов:

. Сестринское обследование. Заключается в сборе необходимой информации об истории течения заболевания и внесение её в сестринскую карту.

. Сестринская диагностика. В результате обследования больного производится диагностика его состояния, а именно, выявление факторов влияющих на ухудшение его состояния. Также медицинская сестра применяет методики наблюдения и беседы. Стоит заметить, что сестринское обследование нельзя путать с врачебным диагнозом. Сестринский диагноз устанавливается в результате описания пациентов и их проблем которые связаны с здоровьем (психологические, физиологические, социальные), а врачебный на распознании патологических состояний.

. Планирование ухода. На данном этапе медицинская сестра формирует методы, сроки, ожидаемые результаты и способы, необходимые для выздоровления больного.

. Реализация плана. Сестринский уход при ишемической болезни сердца должен основываться на наблюдении и включать в себя следующее: следить за дыханием пульсом наблюдаемого, кормить больного, менять белье, выполнять лечение, назначенное врачом, постоянно контактировать с пациентом и его родственниками, проводить успокаивающие беседы.

. Оценка полученных результатов. Этот этап является завершающим и подводит итоги работы сестринского персонала и его результатов, посредством оценки состояния больного.

Экстренная помощь, которую оказывает сестринский персонал при проявлении признаков стенокардии, структурирован на следующие этапы:

Пациенту необходимо соблюдать покой. Необходимо помочь придать ему полусидящее или полулежащее состояние. Больной должен находиться в хорошо проветриваемом помещении. Необходимо помочь ему расслабиться, успокойте. Дать таблетку «Валидола», затем, если боль не прошла, вторую. Если через двадцать минут боль по-прежнему присутствует, то, возможно, поможет таблетка «Нитроглицерина», больной должен положить ее под язык. Если лекарственные препараты не помогли, и у пациента еще появились рвота, боль в подложечной области и тошнота, то необходимо вызвать врача. Медицинская сестра обязательно должна поставить больному горчичник на область сердца, а в руки дать теплую грелку. Все эти действия дадут временное облегчение. Неотложная помощь при приступе стенокардии направлена на устранение боли, которая распространяется под левую лопатку, в шею и левую руку. Медицинская сестра в этом случае обязана проявить выдержку и работать уверенно, быстро и без лишней суетливости.

Также при работе с кардиологическими пациентами, медсестра обязана учитывать жалобы на состояние больного: характер болей в области сердца, продолжительность, интенсивность, иррадиацию, отдышку, слабость и отеки. При доврачебном и периодичном осмотре медсестра должна обращать внимание на положение в постели, выражение лица больного, наличие объективных признаков отдышки, на общее состояние больного, выраженность отеков и на изменение цвета кожных покровов. Помимо анализа общих соматических признаков, медсестра должна проводить диагностику путем измерения температуры тела, артериального давления , пульса. Медсестра должна ознакомиться с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования. На основании общей диагностики состояния больного, медсестра делает заключительную оценку состояния пациента и определяет степень тяжести протекания заболевания. Медицинской сестре необходимо помнить симптомы застойных явлений в малом круге кровообращения: кровохарканье, удушье , кашель, цианоз, одышка; в большом круге кровообращения: асцит, отеки, тахикардия, тяжесть в правом подреберье.

Медицинская сестра обязана знать симптомы и основные жалобы при сердечнососудистых заболеваниях, основные принципы восстановления нарушенных функций и профилактики осложнений, принципы лечения и профилактики заболеваний сердечнососудистой системы, а также уметь осуществлять уход за больными с соматической патологией сердечнососудистой системы. Если говорить всецело, то медицинская сестра обязана владеть навыками по оказанию первой помощи, диагностированию состояния больного, уметь выявлять признаки смены характера степени тяжести заболевания, реабилитации и лечению больного, также состояние больного должно всегда быть под интенсивном наблюдении.

В случае лечения сердечнососудистых заболеваний , в некоторых случаях необходимо внутривенное капельное введение лекарственных средств, поэтому медицинская сестра обязана уметь быстро и правильно собрать систему для переливания кровезаменителей, уметь поставить ее пациенту, тщательно наблюдать за ее работой. При внутривенном введении лекарственных препаратов, медсестра обязана наблюдать за состоянием больного и в случае необходимости корригировать скорость введения раствора.

Медицинская сестра должна проводить подготовку пациента к лабораторным и инструментальным процедурам, а также давать исчерпывающую информация об особенностях их проведения и в случае нервного состояния пациента, успокаивать его. Также медсестра в случае необходимости проводит пациента к месту проведения обследования.

При возникновении болей в сердце, медсестра обязана незамедлительно вызвать врача и до его прихода оказывать неотложную медицинскую помощь. В данном случае медсестра использует следующую доврачебную медицинскую тактику:

успокоить больного, измерить АД, сосчитать и оценить характер пульса;

помочь принять положение полусидя или уложить больного, обеспечив ему полный физический и психический покой;

дать больному нитроглицерин (1 таблетку - 5 мг или 1 каплю 1% спиртового его раствора на кусочке сахара, или таблетку валидола под язык);

поставить горчичники на область сердца и на грудину, при затянувшемся приступе показаны пиявки на область сердца;

внутрь принять корвалол (или валокордин) 30-35 капель;

до прихода врача внимательно наблюдать за состоянием больного.

Медицинская сестра обязана знать механизм действия препарата под названием - нитроглицерин, который до сих пор используется во врачебной практики для устранения боли в грудной клетке. Чем раньше больной ишемической болезнью сердца примет нитроглицерин, тем быстрее у него пройдут приступы боли, поэтому ни при каких обстоятельствах нельзя отказываться от доврачебного приема этого препарата. Возникновение боли в грудной клетке при стенокардии, зачастую сопровождается головной болью, головокружением, шумом и распиранием в голове, поэтому в задачу медсестры входит не только убедить больного принять нитроглицерин, но также совместно с ним, дать анальгетическое средство от головной боли.

В связи со значительным периферическим сосудорасширяющим действием нитроглицерина в ряде случаев возможно развитие обморока и очень редко - коллапса, особенно если больной резко встал, принял вертикальное положение. Действие нитроглицерина наступает быстро, через 1-3 мин.

При отсутствии эффекта через 5 мин после однократного приема препарата его следует назначить повторно в той же дозе.

При болях, не снимаемых двукратным назначением нитроглицерина, дальнейший прием бесполезен и небезопасен. В этих случаях надо думать о развитии предынфарктного состояния или инфаркта миокарда, что требует назначения более сильных лекарственных средств, назначаемых врачом.

В случаях проявления эмоционального напряжения, рекомендуется дать седативное средство.

Больные с ишемической болезнью сердца (ИБС), различными видами стенокардии подлежат диспансеризации в кардиологических центрах или кардиологических кабинетах поликлиники пожизненно.

2.3 Основные принципы ухода за больными с ишемической болезнью сердца

Особо важную роль в реабилитации больного, осуществляет в первую очередь медсестра. Она проводит лечебно-тренировочные и диагностические мероприятия, занимается с пациентами на тренажерах, гимнастикой, в бассейне и отпускает физиотерапевтические процедуры, контролируя состояние пациента и все возможные его изменения. Медицинская сестра обучает пациента методам аутогенной тренировки, мышечной релаксации, разъясняет пути профилактики заболеваний сердечнососудистой системы, при этом медицинская сестра выясняет проблемы пациента и участвует в их решении.

В обязанности медицинской сестры входит: контроль за физиологическим питанием больного, а также за отеками, личной гигиеной и весом тела. Обо всех возможных изменениях состояния пациента, медсестра в обязательном порядке докладывает врачу.

Медсестра должна осуществлять следующие действия:

Проведение общего ухода за больным:

смена нательного и постельного белья, кормление пациента соответственно назначенной диете, проветривание палаты (следить, чтобы не было сквозняков);

выполнение всех назначений врача;

подготовка больного к диагностическим исследованиям.

Обучение пациента и его родственников правильному приему нитроглицерина во время приступа болей.

Обучение пациента и его родственников ведению дневника наблюдений

Проведение бесед:

закрепить в сознании больного факт, что при приступе стенокардии может развиться инфаркт миокарда, при отсутствии бережного отношения к своему здоровью приступ может закончиться летально;

убедить пациента в необходимости систематически принимать антиангинальные и гиполипидемические лекарства;

о необходимости изменения диеты;

о необходимости постоянного контроля за своим состоянием.

Беседа с родственниками в связи с необходимостью соблюдения диеты и контроля за своевременным приемом лекарств.

Мотивировать пациента к изменению образа жизни (уменьшению факторов риска).

Консультировать пациента/семью по вопросам профилактики.

Осложнения стенокардии:

острый инфаркт миокарда;

острые нарушения ритма и проводимости (вплоть до ВСС);

острая сердечная недостаточность.

Показания к госпитализации:

впервые возникшая стенокардия напряжения;

прогрессирующая стенокардия напряжения;

стенокардия, впервые возникшая в покое;

спонтанная (вазоспастическая) стенокардия.

Все больные с указанными выше видами стенокардии должны быть срочно госпитализированы в специализированные кардиологические отделения.

Медицинская сестра, даже при возникновении критических ситуаций, должна действовать быстро, решительно и стараясь избегать излишней эмоциональности, как это должно быть у профессиональной медсестры. Стоит помнить, что пациенты с нарушенным кровообращением, зачастую бывают мнительны, поэтому общение с ними должно быть осторожным, деликатным и тактичным. От действий медсестры зачастую зависит не только стабильное и адекватное состояние больного, но зачастую и жизнь больного.

Выводы: Подводя итог исследования проведенного в данной главе, в области изучения сестринского процесса, профилактических мероприятий и основных принципов ухода за больными с ишемической болезнью сердца, можно выделить несколько следующих итоговых пунктов:

Стоит заметить, что в основном, сердечнососудистые заболевания (в том числе и ишемическая болезнь сердца), проявляются в результате нервно-психических расстройств и перенапряжения и если попытаться избежать их, не входя в стрессовые ситуации, или ведя спокойный и размеренный образ жизни, то это будет мощнейшем профилактическим средством.

В качестве профилактики нервно-психических расстройств, а соответственно и сердечнососудистых заболеваний, можно принять следующие меры: учиться прощать обиды, проявлять сочувствие, при этом избегая слишком перенасыщенных эмоциональных состояний, говорить ласковые слова не только близким, но и самому себе, просмотр хороших фильмов, чтение книг, проявление любой творческой жизни, активная и радостная интимная жизнь. Данные способы не требуют медицинского вмешательства, поэтому могут быть взяты на заметку абсолютно любым человеком.

Медицинский персонал в специализированных центрах по лечению и профилактике сердечнососудистых заболеваний (в том числе и при ИБС), проводит специализированные процедуры и мероприятия, направленные на лечение и полную реабилитацию больного. Качество обслуживания, проводимое в стационаре, напрямую зависит не только от сил медицинского персонала, но и от качества аппаратного оснащения стационаров.

Вывод: В основе исследований, проведенных в области изучения и рассмотрения основ профилактического ухода сестринского персонала за больными ишемической болезнью сердца, лежат следующие смысловые аспекты:

В основном, сердечнососудистые заболевания (в том числе и ишемическая болезнь сердца), проявляются в результате нервно-психических расстройств и перенапряжения и если попытаться избежать их, не входя в стрессовые ситуации, или ведя спокойный и размеренный образ жизни, то это будет мощнейшем профилактическим средством.

Медицинская сестра обязана знать симптомы и основные жалобы при сердечнососудистых заболеваниях, основные принципы восстановления нарушенных функций и профилактики осложнений, принципы лечения и профилактики заболеваний сердечнососудистой системы, а также уметь осуществлять уход за больными с соматической патологией сердечнососудистой системы. Если говорить всецело, то медицинская сестра обязана владеть навыками по оказанию первой помощи, диагностированию состояния больного, уметь выявлять признаки смены характера степени тяжести заболевания, реабилитации и лечению больного, также состояние больного должно всегда быть под интенсивном наблюдении.

При работе с кардиологическими пациентами, медсестра обязана учитывать жалобы на состояние больного: характер болей в области сердца, продолжительность, интенсивность, иррадиацию, отдышку, слабость и отеки. При доврачебном и периодичном осмотре медсестра должна обращать внимание на положение в постели, выражение лица больного, наличие объективных признаков отдышки, на общее состояние больного, выраженность отеков и на изменение цвета кожных покровов. Помимо анализа общих соматических признаков, медсестра должна проводить диагностику путем измерения температуры тела, артериального давления , пульса. Медсестра должна ознакомиться с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования. На основании общей диагностики состояния больного, медсестра делает заключительную оценку состояния пациента и определяет степень тяжести протекания заболевания. Медицинской сестре необходимо помнить симптомы застойных явлений в малом круге кровообращения: кровохарканье, удушье , кашель, цианоз, одышка; в большом круге кровообращения: асцит, отеки, тахикардия, тяжесть в правом подреберье.

Стоит заметить , что отказ от вредных привычек, правильное питание, избегание стрессовых ситуаций и неправильный образ жизни, влияющий на нарушения нервно-психических процессов и регулярное посещение кардиолога - это необходимый перечень профилактических средств, который может помочь вам избежать ишемической болезни сердца, а также любых других сердечнососудистых заболеваний.

Глава 3. Сравнение сестринского процесса при ишемической болезни сердца в различных отделениях больницы

.1 Сестринский процесс при ишемической болезни сердца в условиях кардиологического отделения

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам. Это деятельность м/с, направленная на удовлетворение физических, биологических потребностей пациента, связанных с психологическим, духовным и социальным здоровьем, при которых надо оказать ПМСП имеющимися ресурсами приемлемыми для обеих сторон (м/с и пациента).

СП определяет конкретные потребности пациента в уходе, способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемым результатам ухода, кроме этого прогнозирует его последствия. СП определяет план действий медсестры. Стратегию, направленную удовлетворение нужд пациента, с его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой работы, профессионализм сестринского вмешательства. И самое главное, СП гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

При проявлении признаков инфаркта миокарда, стенокардии, артериальной гипертонии, нарушениями сердечного ритма и проводимости, сердечной недостаточности, или ишемической болезни сердца, больные подлежат неотложной госпитализации в кардиологическое отделение. В отделении, пациентам многих кардиологических центров оказываются самые современные методики диагностики заболеваний сердца: функциональная диагностика, электрофизиологическое исследование, УЗИ-диагностика сердца и магистральных артерий, магнитнорезонансная томография сердца и магистральных сосудов, коронарография, катетеризация полостей сердца.

Как показывает практика, около 50% пациентов госпитализируются в экстренном порядке.

Пациенты, поступающие в тяжелом состоянии, госпитализируются в палаты интенсивной терапии, где работают высококвалифицированные специалисты - кардиореаниматологи, после стабилизации состояния больные переводятся в обычные палаты.

При лечении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), используются такие методики, как баллонная коронарная ангиопластика со стентированием, ротационная эндартерэктомия при окклюзиях коронарных артерий. В тяжелых случаях для поддержки сердечной деятельности при проведении данных операций используется аппарат вспомогательного кровообращения - контрапульсатор.

Пациентам кардиологического отделения с нарушением проводимости сердца (блокады и брадиаритмии) производится установка электрокардиостимуляторов отечественного и импортного производства.

Внедрение данных высокотехнологичных методов лечения позволяет восстановить нашим пациентам трудоспособность и значительно улучшить качество жизни, избавить себя от приема множества лекарственных препаратов.

Кардиологическое лечебное отделение работает в тесном сотрудничестве с кардиохирургами, пациенты после коронарографии с показаниями для аорто-коронарного шунтирования консультируются хирургом, им назначается срок оперативного вмешательства.

Учитывая возможность оказания высокотехнологичных видов диагностики и лечения, в некоторых современных кардиологических центрах, показаниями для плановой госпитализации являются те формы ишемической болезни сердца, при которых консервативное лечение неэффективно и высок риск фатального инфаркта миокарда.

То есть госпитализируются пациенты, которым показано проведение коронарографии, аортографии (для исключения симптоматической вазоренальной артериальной гипертонии), а так же пациенты с показаниями к имплантации искусственного водителя ритма.

Палаты современных кардиологических центров должны быть оснащены самым современным оборудованием, к примеру инфузоматами Infutec, аппаратами ИВЛ , дефибриллятором, электрокардиостимуляторами для временной ЭКС, ультразвуковыми ингаляторами «Nebulizer», оборудована централизованной разводкой кислорода и вакуума и специализированными мониторами, отображающими состояние текущего диагностируемого состояния.

Медицинская сестра кардиологического отделения обязана не только ухаживать за пациентами отделения, но и обладать навыками первой медицинской доврачебной помощи и знать порядок и основные принципы работы диагностирующего и лечебного оборудования.

Нагрузка медицинского персонала напрямую зависит от количества поступающих пациентов, поскольку увеличивается количество внутривенных, внутримышечных и подкожных инъекций, выполняемых медсестрами.

Первые дни нахождения больного в кардиологическом стационаре, медицинские сестры выполняют основную функцию по лечению и уходу за пациентами, а если учесть то, что пациенты как правило, поступают ежедневно, то можно сказать что нагрузка медицинского персонала существенно, высока.

Одними из самых распространенных диагнозов, среди пациентов кардиологического отделения, является стенокардия, инфаркт миокарда и гипертоническая болезнь. Количество сестринских манипуляций при этих заболеваниях приведены в приложения, 1, 3 и 4 соответственно.

Кроме основных манипуляций, в должностные обязанности медицинской сестры кардиологического отделения входят:

. организация своевременного обследования больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории;

. наблюдение за состоянием больного, физиологическими оправлениями, сном;

. осуществление санитарно-гигиенического обслуживания физически ослабленных и тяжелобольных (умывание, кормление, дает питье и т. д.).

. подготовка трупов умерших для передачи в морг;

. контроль выполнения больными и их родственниками режима дня отделения;

. измерение температуры тела 2 раза в день всем больным;

. осуществление по назначению врача подсчета пульса, дыхания, измерение суточного количество мочи, мокроты и т. д.;

. ведение необходимой учетной документации.

Примерное количество дополнительных ежедневных манипуляций медицинской сестры отражены в таблице 2.

При том, что медицинская сестра обязана выполнить такое большое количество манипуляций, далеко не всё её рабочее время в силу существующей организации работы посвящено непосредственно больным. В течение недели я проводила хронометраж рабочего времени 5 медицинских сестер кардиологического отделения. Результаты учета времени и деятельности сестринского персонала отражены в таблице 3.

Нерациональная организация работа медицинской сестры приводит не только к высоким нагрузкам, необходимости вести работу, непосредственно не связанную с оказанием помощи больному, но и, как следствие, к недовольству пациентов, более частому возникновению у них различных осложнений.

Каждая медицинская сестра должна уметь работать на современной медицинской аппаратуре, обеспечивающей мониторинг состояния пациентов, владеть основами психологии, обеспечивающих всесторонний комплексный уход и реабилитацию пациента.

На каждого больного палатная медсестра должна заполнить сестринскую историю болезни (приложение 2).

Основная роль, выполняемая медицинской сестрой в кардиологическом отделении, заключается в совокупности мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих, быстрейшему выздоровлению и благоприятному течению болезни, облегчению страданий и предотвращению осложнений, а также выполнению врачебных назначений.

В обязанности процедурной медсестры водит подготовка пациентов к лабораторным методам исследования: забору крови на общий анализ, анализа крови на сахар, сбору мочи на общий анализ, для исследования мочи по методу Нечипоренко, по методу Земницкого; исследование кала на скрытую кровь, для бак. исследования; исследование мокроты на общий анализ, анализ мокроты на БК и т.д. Процедурная медсестра обязана своевременно доставляю материал в лабораторию для исследования и получения результатов.

Сестринский процесс, проводимый медицинским персоналом в кардиологическом отделении, заключается в поддержании надлежащего гигиенического состояния больного, оказании помощи при приеме пищи, туалете, четкое и своевременное выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывном наблюдение за динамикой самочувствия и состояния больного.

Согласно данным результатов проведенного анкетирования в кардиологическом отделении, 70% проблем пациентов составляют физиологические проблемы, 30% - психологические. Соответственно, физиологические проблемы являются доминирующими, поскольку пациенты отделения в основном находятся в тяжелом состоянии. И все же процент психологических проблем достаточно высок, что требует работы медицинской сестры с пациентами в этом аспекте.

Обязательным фактом, необходимым для работы и совершенствования качества обслуживания медицинского персонала при сестринском процессе, является стремление медсестры к повышению квалификации. Данная проблематика не стоит особо остро, в современных кардиологических центрах, но имеет существенное значение. Повышение квалификации медицинского персонала, должно проводиться различными методами: чтением современной медицинской литературы, обучение при непосредственной практике работы с больными, а также обязательное повышение уровня квалификации на специальных обучающих курсах и тренингах (не менее 1го раза в 5 лет). Повышению качества работы должна сопутствовать сплоченная профессиональная команда специалистов в области кардиологии и непосредственное стремление, желание и объективное мировоззрение медицинского работника.

Опыт развитых стран говорит о том, что для улучшения работы медицинских сестёр в лечебно-диагностических учреждениях необходимо внедрять сестринский процесс. Организация работы медицинских сестёр при этом, прежде всего, должна улучшить качество помощи, оказываемой пациентам. Хотя в России внедрять сестринский процесс начали почти 20 лет назад, далеко не во всех лечебных учреждениях его применят на практике. Связано это с недостаточной правовой обеспеченности этой отрасли, нехваткой специально обученных кадров, необходимостью вкладывать в реорганизацию дополнительные денежные средства.

3.2 Сестринский процесс при ишемической болезни сердца в условиях терапевтического отделения

В доступной отечественной и зарубежной литературе сведений о результатах внедрения сестринского процесса в операционном блоке нами не получено, поскольку введение сестринского процесса предусматривается, прежде всего, в терапевтических отделениях больниц.

В настоящее время в российском сестринском деле сестринская помощь осуществляется как вспомогательная для обеспечения работы врача-лечебника. Принятой модели оказания сестринской помощи по аналогии с зарубежными странами, где медицинская сестра осуществляет самостоятельно сестринский процесс, в Российской Федерации нет. В зависимости от состояния здравоохранения отдельных регионов страны, специфики лечебно-профилактических учреждений, их кадрового потенциала и уровня подготовки сестринского персонала, наличия медицинских учебных заведений делаются отдельные шаги по внедрению сестринского процесса в клиническую практику. Однако, сегодня в лечебно-профилактических учреждениях практически отсутствует целостная система профессионального сестринского ухода за пациентом в форме сестринского процесса.

С.И. Двойников, Л.А. Карасёва (1998) указывают, что сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам, который:

определяет конкретные потребности пациента в уходе;

выделяет из ряда существующих потребностей приоритеты по уходу и ожидаемые результаты ухода, кроме этого прогнозирует его последствия;

определяет план действий, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента;

оценивает эффективность сестринского вмешательства;

гарантирует качество оказание помощи, которое можно проконтролировать.

В большинстве стран сестринский процесс принято разделять на пять этапов.

Первый этап - обследование пациента, подразумевает текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента.

В «Записках об уходе» Флоренс Найтингейл в 1859 году написала: «Важнейший практический урок, который может быть дан медицинским сестрам - это научить их тому, за чем наблюдать, как наблюдать…»

В процессе обследования медицинская сестра собирает базу данных о пациенте, определяет нарушение человеческих потребностей.

Второй этап - формирование сестринского диагноза. На этом этапе очень важно выделить проблемы пациента по их приоритету. В первую очередь необходимо уделить внимание выявлению первичных проблем пациента и их решению. В результате анализа полученных в ходе обследования данных формируется сестринское диагностирование.

Следует отметить, что в мире нет единой классификации сестринских диагнозов. В Российской Федерации так же нет принятой международной и отечественной классификации сестринского диагноза. В связи с этим большинство стран и регионов России пользуются классификацией Североамериканской сестринской диагностической ассоциацией (NANDA). Некоторые из этих диагнозов громоздки и не слишком понятны для медицинских сестер России и других стран, поэтому имеются предложения адаптировать и упростить их практическое применение (Т.В. Рябчикова, Н.А. Назарова, 2000 г.).

Третий этап - планирование сестринской помощи - предполагает определение целей ухода и конкретное планирование сестринских вмешательств для достижения этих целей, с возможно более полным включением пациента в этот процесс.

Четвертый этап - реализация принятого плана сестринских вмешательств. На этом этапе важно разграничить вмешательства на независимые, зависимые и взаимозависимые. В первую очередь медицинская сестра должна акцентировать внимание на независимых сестринских вмешательствах, которые она осуществляет по своей инициативе в пределах сестринской автономии. При этом зависимые вмешательства осуществляются на основе распоряжений врача. Взаимозависимые сестринские вмешательства предусматривают совместную работу с другими членами медицинской бригады.

Пятый этап - оценка эффективности сестринского процесса. Этот этап проводится прежде всего, самой медицинской сестрой, пациентом и сестрой - руководителем. В случае отсутствия достижения цели медицинская сестра должна критически проанализировать свой план сестринских вмешательств и пересмотреть его.

В отделениях терапевтической клиники была введена должность медицинской сестры - координатора, основной задачей которой являлось управление и координация деятельности сестринского персонала по осуществлению сестринского процесса, организация взаимодействия с другими службами диспансера. Сами медицинские сестры стали получать больше удовлетворения от своей работы, повысилась их самооценка, возросло ощущение собственной значимости.

Рабочий день медицинской сестры - координатора, как правило, начинается с ее участия в сдаче дежурства ночной медицинской сестрой на утренней конференции, при этом уточнялось состояние пациентов, выполнение назначений. Обязательно уточнялась информация о вновь поступивших в отделение пациентах. На утренней конференции медицинская сестра - координатор информировала врачей и медицинских сестер о состоянии сестринского ухода за пациентами отделения. После этого медицинская сестра - координатор совместно с палатными медицинскими сестрами обходила вновь поступивших пациентов. На основе обхода заполнялся лист «Первичный осмотр пациента», позволяющий оценить тяжесть состояния пациента и его потребности в сестринском уходе. Затем медицинская сестра-координатор совместно с медицинской сестрой составляла «План сестринского ухода». Для получения объективной информации о состоянии пациента палатная медицинская сестра 8 раз в сутки отмечала в «Листе динамического наблюдения» основные параметры состояния пациента и выполнение важнейших лечебных мероприятий.

.3 Сестринский процесс при ишемической болезни сердца в условиях хирургического отделения

Десятилетиями терапевты и кардиологи пытались найти способ борьбы с этой болезнью, велись поиски лекарств, разрабатывались методы, позволяющие расширять коронарные артерии (ангиопластика). И только с внедрением хирургического способа лечения ИБС появилась реальная возможность радикального и адекватного лечения этого заболевания. Метод коронарного шунтирования (метод прямой реваскуляризации миокарда) за время своего существования в течении 40 лет неоднократно подтверждал свою высокую. И если еще несколько лет назад, риск операции оставался достаточно высоким, то благодаря последним достижениямкардиохирургии, его удалось свести к минимуму. Такой очевидный прогресс, прежде всего, связан с появлением в арсенале хирургов метода малоинвазивной прямой реваскуляризации миокарда.

Независимо от метода хирургического лечения, суть операции одинакова и заключается в создании пути кровотока (шунта) в обход стенозированного участка коронарной артерии. В традиционном варианте технически операция проводится следующим образом. Под общим наркозом, выполняется срединная стернотомия, одновременно, другая бригада хирургов выделяет, так называемую, большую подкожную вену голени, которая впоследствии и становится шунтом. Вены могут забираться как с одной ноги, так и при необходимости, с обеих ног. При проведении операции в условиях искусственного кровообращения следующим этапом является подключение аппарата искусственного кровообращение и остановка сердца. В этом случае, поддержание жизнедеятельности всего организма осуществляется исключительно за счет этого аппарата. В случае же проведения операции по новой методике, то есть, на работающем сердце, этот этап отсутствует, сердце не останавливается и, соответственно, все системы организма продолжают работать в обычном режиме. Основным этапом операции является выполнение, так называемых, анастомозов, соединений между шунтом (бывшей веной) и, с одной стороны, с аортой, а с другой стороны, с коронарной артерией. Количество шунтов соответствует количеству пораженных коронарных артерий.

Медицинская сестра хирургического отделения в первую очередь должна знать и соблюдать все ниже следующие предписания.

План работы на посту медсестры хирургического отделения.

. Осуществление ухода и наблюдения за больными на основе принципов мед. деонтологии.

. Своевременное и точное выполнение назначений врача.

. Организация своевременного обследования больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории.

. Наблюдение за состоянием больных, физиологическими отправлениями,сном.

. Участие в обходе врачей в закрепленных за ней палатах.

. Осуществление ухода за ослабленными и тяжелобольными.

. Прием и размещение в палате поступивших больных.

. Подготовка больных к операции.

. Ведение необходимой документации.

. Повышение своего проф. уровня и т.д.

Техника выполнения внутримышечной инъекции:

Оснащение: одноразовый шприц с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70оС спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.. Подготовка к процедуре.

. Подтвердить наличие информированного согласия пациента.

. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.

. Уточнить наличие аллергической реакции на лекарственное средство.

. Вымыть и осушить руки.

. Приготовить оснащение.

. Проверить название, срок годности лекарственного средства.

. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.

. Собрать одноразовый шприц.

. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.

. Надпилить ампулу с лекарственным средством, специальной пилочкой.

. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.

. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.

. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.

. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.

.Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку).

Выполнение процедуры.

. Определить место инъекции.

. Надеть перчатки.

.Обработать ватным шариком (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (в начале большую зону, затем непосредственно место инъекции).

. Вытеснить воздух из шприца не снимая колпачок, снять колпачок с иглы.

. Ввести иглу в мышцу под углом 90о, оставив 2 - 3 мм иглы над кожей.

. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство.

. Извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку).

. Положить использованный шприц в лоток для использованных материалов.

Окончание процедуры.

. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты (салфетки) от кожи.

. Поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов.

. Помочь пациенту занять удобное для него положение.

. Уточнить состояние пациента.

. Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.

. Снять перчатки, замочить их в растворе дез. средства на время экспозиции.

. Вымыть и осушить руки.

Техника внутривенного вливания:

Оснащение: одноразовый шприц с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70оС спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампулы с лекарственным средством, жгут, клеенчатая подушечка, бинт.. Подготовка к процедуре.

.Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве и его согласие на инъекцию. В случае не информированности уточнить дальнейшую тактику у врача.

. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.

. Уточнить наличие аллергической реакции на лекарственное средство.

. Вымыть руки.

. Приготовить оснащение.

. Проверить название, срок годности лекарственного средства.

. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.

. Собрать одноразовый шприц.

. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.

. Надпилить ампулу с лекарственным средством, специальной пилочкой.

. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.

. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.

. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.

. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.

.Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение.. Выполнение процедуры.

. Под локоть пациента положить клеёнчатую подушечку (для максимального разгибания конечности в локтевом суставе).

. Наложить резиновый жгут (на рубашку или салфетку) в средней трети плеча, при этом пульс на лучевой артерии не должен изменяться. Завязать жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз.

. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кисть.

. Надеть перчатки.

. Дважды обработать внутреннюю поверхность локтевого сгиба (в направлении от периферии к центру), определяя направление вены.

. Взять шприц: указательным пальцем фиксировать канюлю иглы, остальными - охватить цилиндр сверху.

.Проверить отсутствие воздуха в шприце (если в шприце много пузырьков, встряхнуть его, и мелкие пузырьки сольются в один большой, который легко вытеснить через иглу в колпачок, но не в воздух). Снять колпачок с иглы.

. Натянуть левой рукой кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее в периферии, чтобы фиксировать вену.

. Не меняя положения шприца в руке, держать иглу срезом вверх (почти параллельно коже), проколоть кожу, осторожно ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене.

. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену, пока не ощутится «попадание в пустоту».

. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя - в шприце должна появиться кровь.

. Развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов, попросить пациента разжать кисть.

.Не меняя положение шприца, левой рукой нажмите на поршень и медленно введите лекарственный раствор, оставив в шприце 1 - 2 мл.. Окончание процедуры.

. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком, извлечь иглу; попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом).

. Положить шприц в лоток, не надевая на иглу колпачок.

. Взять у пациента (через 5 - 7 мин) ватный шарик, которым он прижимал место инъекции. Не оставляйте ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента. Положить шарик в лоток для использованного материала.

. Уточнить состояние пациента.

. Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.

. Снять перчатки, замочить их в дез.растворе на время экспозиции.

. Вымыть и осушить руки.

Лечение больного с ИБС фактически должно быть направлено на достижение двух целей: во-первых, избавить больного от симптомов заболевания, в первую очередь от стенокардии, во-вторых, улучшить прогноз его заболевания, предотвратив возможность развития наиболее тяжелых осложнений - инфаркта миокарда и за счет этого продлить жизнь.

Знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики, методов обследования и лечения заболевания, профилактики осложнений, а так же знание манипуляций поможет медицинской сестре осуществлять все этапы сестринского процесса. Медицинская сестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнять назначения врача, четко и ясно представлять действие лекарственных средств на организм больного. Лечение стенокардии во многом зависит от тщательного и правильного ухода, соблюдения режима и диеты. Очень важное значение имеет благоприятный доброжелательный эмоциональный фон. Также немаловажное значение имеет просветительская работа. Медицинская сестра проводит беседу с пациентом и его родственниками о неблагоприятных факторах, таких как курение, злоупотребление алкоголем. Необходимо учитывать принципы рационального питания, умеренную физическую нагрузку и профилактическое медицинское обследование.

Вывод: В соответствии с исследованиями, проведенными в области сравнения и изучения сестринского процесса в различных стационарных отделениях (кардиологическом, терапевтическом и хирургическом), можно подвести следующие итоги:

В настоящее время в российском сестринском деле сестринская помощь осуществляется как вспомогательная для обеспечения работы врача-лечебника. Принятой модели оказания сестринской помощи по аналогии с зарубежными странами, где медицинская сестра осуществляет самостоятельно сестринский процесс, в Российской Федерации нет. В зависимости от состояния здравоохранения отдельных регионов страны, специфики лечебно-профилактических учреждений, их кадрового потенциала и уровня подготовки сестринского персонала, наличия медицинских учебных заведений делаются отдельные шаги по внедрению сестринского процесса в клиническую практику. Однако, сегодня в лечебно-профилактических учреждениях практически отсутствует целостная система профессионального сестринского ухода за пациентом в форме сестринского процесса.

Опыт развитых стран говорит о том, что для улучшения работы медицинских сестёр в лечебно-диагностических учреждениях необходимо внедрять сестринский процесс. Организация работы медицинских сестёр при этом, прежде всего, должна улучшить качество помощи, оказываемой пациентам. Хотя в России внедрять сестринский процесс начали почти 20 лет назад, далеко не во всех лечебных учреждениях его применят на практике. Связано это с недостаточной правовой обеспеченности этой отрасли, нехваткой специально обученных кадров, необходимостью вкладывать в реорганизацию дополнительные денежные средства.

Заключение

В данной выпускной квалификационной работе были рассмотрены все основные цели и задачи исследования. Актуальность темы выпускной квалификационной работы подтвердилась в результате проведенного мною исследования в области сестринского процесса при ишемической болезни сердца.

В 3х главах, написанной мною работы были рассмотрены все основные вопросы, связанные с исследованиями в области сестринского процесса при ишемической болезни сердца в стационаре и включенные в план работы.

Подводя итоги выпускной квалификационной работы по дисциплине - сестринское дело, можно сделать ряд последующих выводов:

Особо важную роль в реабилитации больного, осуществляет в первую очередь медсестра. Она проводит лечебно-тренировочные и диагностические мероприятия, занимается с пациентами на тренажерах, гимнастикой, в бассейне и отпускает физиотерапевтические процедуры, контролируя состояние пациента и все возможные его изменения. Медицинская сестра обучает пациента методам аутогенной тренировки, мышечной релаксации, разъясняет пути профилактики заболеваний сердечнососудистой системы, при этом медицинская сестра выясняет проблемы пациента и участвует в их решении.

Медицинская сестра, даже при возникновении критических ситуаций, должна действовать быстро, решительно и стараясь избегать излишней эмоциональности, как это должно быть у профессиональной медсестры. Стоит помнить, что пациенты с нарушенным кровообращением, зачастую бывают мнительны, поэтому общение с ними должно быть осторожным, деликатным и тактичным. От действий медсестры зачастую зависит не только стабильное и адекватное состояние больного, но зачастую и жизнь больного.

Согласно данным результатов проведенного анкетирования в кардиологическом отделении, 70% проблем пациентов составляют физиологические проблемы, 30% - психологические. Соответственно, физиологические проблемы являются доминирующими, поскольку пациенты отделения в основном находятся в тяжелом состоянии. И все же процент психологических проблем достаточно высок, что требует работы медицинской сестры с пациентами в этом аспекте.

Обязательным фактом, необходимым для работы и совершенствования качества обслуживания медицинского персонала при сестринском процессе, является стремление медсестры к повышению квалификации. Данная проблематика не стоит особо остро, в современных кардиологических центрах, но имеет существенное значение. Повышение квалификации медицинского персонала, должно проводиться различными методами: чтением современной медицинской литературы, обучение при непосредственной практике работы с больными, а также обязательное повышение уровня квалификации на специальных обучающих курсах и тренингах (не менее 1го раза в 5 лет). Повышению качества работы должна сопутствовать сплоченная профессиональная команда специалистов в области кардиологии и непосредственное стремление, желание и объективное мировоззрение медицинского работника.

Список использованной литературы

1. Серия докладов ВОЗ, № 347;

. Бойко Ю.М. Палатная медицинская сестра. Учеб. пособие.- Ростов н/Д: Феникс, 2001. - 160 с.;

. Гавриков Н.А. Сестринское дело в кардиологии. - Ростов н/Д: Феникс, 2003- 124 с.;

. Двойников, С.И. и Л.А. Карасева. Сестринское дело. Самара, 1998 г. - 36 c.

. Казьмин В.Д Справочник для медицинских сестер и санитарок (В вопросах и ответах). - Ростов н/Д: Феникс, 2001. - 246 с.;

. К. Хилл, К. Остин. Сестринский процесс: научный подход к сестринскому делу. // Сборник материалов первой Всероссийской научно - практической конференции по теории сестринского дела. - Голицино - 1993. С. 47 - 55.

. В.В. Канурина. Содержание и организация деятельности медицинской сестры - координатора в стационаре. // Главная медицинская сестра. - №10, 2001. - С. 16.

. Т.И. Карева. Опыт внедрения сестринского процесса в хирургическом отделении кардиодиспансера. // Главная медицинская сестра. - №5, 2003. - С. 31.

. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М.: Знание, 2009.- 284 с.;

. Матвеева. Г.П. Опыт внедрения сестринского процесса в неврологическом отделении для грудных детей. // Главная медицинская сестра. - 2003, №6. - С. 48

. Менджерицкий И.М. Справочник медицинской сестры. - Ростов н/Д: Феникс, 2001. - 456 с.;

. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела. Ч. I. - М., 2009 - 376 с.;

. Найтингейл. Записки об уходе. // Приложение к журналу «Медицинская сестра». - № - 2003 г. - С. 8

. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. - Ростов н/Дону: Феникс, 2002. - 446 с.;

. Отраслевая Программа развития сестринского дела в Российской Федерации, 2001 г.

. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России. - М.: 2008;

. Рябчиков Т.В., Н.А. Назарова. Сестринский процесс. - 2000. 40 с.

. Ракова Л.П., Н.Б. Иванова. Опыт реализации сестринского процесса в Курганской областной клинической больнице. // Главная медицинская сестра. - №11.2002. - С. 21.

. Резолюция 1 - го Всероссийского съезда средних медицинских работников, 1998 г.

. Решение коллегии Министерства здравоохранения, дата 2002 г.

. Романюк В.П. История сестринского дела в России. - СПб., 2011;

. Садиков Н.Б. Современный справочник медсестры.- Минск: Современный литератор, 2001. - 324 с.;

. Справочник главной (старшей) медицинской сестры. - М.: АГАР, 2001. - 496 с.;

. Фаулер М. Этика и сестринское дело. - М., 2001. - 196 с.;

. Чернявский В.Е. Сестринское дело. - М.. 2009 - 34c.

. Чуваков Г.И. Лапотников В.А. Вебер В.Р. Основы сестринского дела. - М.: Медицина, 2003. - 496 с.;

. Андреева О.В. Применение некоторых активных методов в сестринском деле // Мед. помощь. - 2006. - №7;

. Дружинина А. О сестринском деле //Сестринское дело. - 2007. - №3;

. Женнэр С. Для чего нужны научные исследования в сестринском деле? // Мед. помощь. - 2007. - №1;

. Калинина С.А. Сестринский процесс в восстановительном лечении // Сестринское дело. - 2010. - № 6;

. Островская И.В. Медсестра и пациент: общение для обмена полезной информацией. // Медицинская сестра. - 2000. - №4;

. Островская И.В. Сестринское дело: эволюция статуса // Мед. сестра. - 2005. - №4;

. Яровинский М.Я. Медицинский работник и общество // Мед. помощь. - 2006. - № 2;

Фаулер.Д.М. Философия сестринского дела // Теоретические основы сестринского дела. - М. - 1993. С. 4

Приложения 1

Таблица 1 Ежедневные манипуляции медсестры кардиологического отделения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Манипуляции | Количество |
| 1. | Промывание желудка (для экстренного эндоскопического исследования ФГДС) | 1 |
| 2 | Катетеризация мочевого пузыря | 1 |
| 3 | Снятие ЭКГ | 12 |
| 4 | Очистительные клизмы | 1 |
| 5 | Обработка пролежней | - |

Таблица 2 Распределение рабочего времени медицинских сестер

|  |  |
| --- | --- |
| Виды деятельности | Количество времени в % ко всему рабочему времени |
| Основная деятельность (наблюдение за пациентом, выполнение врачебных назначений, подготовка пациентов к исследованиям) | 35 |
| Уход за пациентами (личная гигиена больного, кормление, смена белья) | 21 |
| Ведение документации | 18 |
| Служебные разговоры (передача дежурства, обходы, планерки) | 3 |
| Необходимое личное время (личная гигиена, прием пищи) | 2 |
| Другая деятельность (контроль состояния палат, транспортировка пациентов, подготовка рабочего времени) | 21 |

Таблица 3. Почасовой график работы медсестры-координатора

|  |  |
| --- | --- |
| Время | Выполняемая работа |
| 7.45 | Приход на работу |
| 8.00-8.15 | Планёрка у заведующего отделением отчёт дежурной смены; планирование работы на предстоящий день разбор недостатков в работе |
| 8.15-8.25 | Контроль за ведением сестринских карт |
| 8.25-9.00 | Организация деятельности палатных медицинских сестёр |
| 9.00-11.00 | Обмен информацией со старшей медицинской сестрой |
| 11.00-11.15 | Контроль за выполнением сестринских манипуляций |
| 11.15-12.15 | Контроль за приёмом вновь поступивших пациентов |
| 12.15-15.00 | Проведение санитарно-просветительной работы с пациентами |
| 15.00-16.00 | Оценка эффективности сестринского ухода |

Таблица 4. Почасовой график работы палатной медсестры

|  |  |
| --- | --- |
| Время | Выполняемая работа |
| 8.00 | Приход на работу |
| 8.00-8.15 | Планёрка у заведующего отделением |
| 8.15-9.00 | Подготовка документов к обходу с врачом |
| 9.00-10.30 | Обход с врачом |
| 10.30-14.00 | Выполнение врачебных назначений |
| 14.00-15.00 | Приём вновь поступивших |
| 15.00-17..00 | Заполнение сестринских карт |
| 17.00-19.00 | Выполнение врачебных назначений |
| 19.00-20.00 | Подготовка документов к обходу дежурного врача |
| 20.00-20.30 | Обход с дежурным врачом |
| 20.30-6.00 | Вечерний туалет пациента, работа с медицинскими документами |
| 6.00-7.00 | Утренний туалет пациентов |
| 7.00-7.30 | Забор крови, мочи на анализы |
| 7.30-7.45 | Кварцевание палаты |
| 7.45-8.00 | Подготовка документов к сдаче смены |

Таблица 5. Алгоритм оказания доврачебной помощи при приступе стенокардии

|  |  |
| --- | --- |
| Этап | Обоснование |
| 1. Организовать вызов врача. | Своевременное оказание квалификационной помощи. |
| 2. Успокаивая, помочь занять горизонтальное положение, при невозможности усадить. | Уменьшение чувства страха. |
| 3. Расстегнуть стесняю одежду (ворот, ремень, пояс). Обеспечить доступ свежего воздуха. | Облегчение экскурсии легких. Уменьшении гипоксии мозга. |
| 4. Измерить АД. Обеспечить сублингвальный прием нитроглицерина 0,0005 или 0,4 мг нитроглицерина в ингаляции. При отсутствии эффекта повторить прием через 5 минут под контролем АД и ЧСС. Но не более 3 раз. | Для улучшения кровоснабжения миокарда. |
| 5. Поставить горчичники на область сердца. | Усилить приток крови к сердцу |
| 6. Дать разжевать 325 мг аспирина. | Снижения риска тромбообразования. |
| 7. Мониторинг состояния пациента (АД, пульс, ЧДД, состояние кожных покровов). | Для информирования врача о динамике состояния пациента. |
| 8. Поддерживать успокаивающее общение с пациентом, оставаться с ним до прихода врача. | Психоэмоциональная разгрузка. Уменьшение чувства страха. |

Таблица 6. Сестринские вмешательства

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Вызвать врача. | Для своевременного оказания квалифицированной помощи. |
| 2. Усадить, успокоить пациента. | С целью снятия нервного напряжения для создания комфорта. |
| 3. Расстегнуть стесняющую одежду. |  |
| 4. Дать таблетку нитроглицерина под язык. | С целью уменьшения потребности миокарда в кислороде за счет периферической вазодилятации под контролем АД. |
| 5. Дать таблетку аспирина. | С целью уменьшения агрегации тромбоцитов. |
| 6. Обеспечить доступ свежего воздуха. | Для улучшения оксигенации. |
| 7. Поставить горчичники на область сердца. | С отвлекающей целью. |
| 8. Обеспечить контроль за состоянием пациента в динамике. | ЧДД, АД, пульс. |

Приложения 2

Ситуационные задачи

Задача № 1

Вечером праздничного дня, вскоре после ужина, в доме престарелых к пациенту 68 лет, страдающему ИБС, была вызвана медсестра. Пациент испуган, его беспокоят боли за грудиной сжимающего характера, отдающие в затылок и левую руку, чувство стеснения в груди. ЧДД 20 в минуту, пульс 82 в минуту ритмичный, АД 150/90 мм рт. ст.

Задания

. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

. Какие факторы могут провоцировать данное неотложное состояние у лиц пожилого и старческого возраста?

Эталон ответа к задаче № 1

. У пациента, страдающего ИБС, возник приступ стенокардии, о чем свидетельствует боль сжимающего характера с иррадиацией в левую руку и затылок, чувство стеснения в груди, возникшие после еды, возможно обильной.

. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) успокоить пациента, с целью снятия нервного напряжения для создания комфорта;

б) придать пациенту удобное положение в постели;

в) расстегнуть стесняющую одежду для облегчения дыхания;

г) обеспечить доступ свежего воздуха для уменьшения явлений гипоксии;

д) поставить горчичники на область сердца с отвлекающей целью;

е) опустить левую руку пациента по локоть в таз с горячей водой с отвлекающей целью;

ж) дать таблетку нитроглицерина (0,0005) под язык с целью уменьшения потребности миокарда в кислороде за счет периферической вазодилятации, повторить до трех раз в течение 15 мин. при необходимости;

з) обеспечить контроль состояния пациента (АД, пульс, ЧДД) для определения эффективности лечения;

и) в случае отсутствия эффекта вызвать скорую помощь для оказания квалифицированной медицинской помощи;

к) выполнить назначения врача.

. Приступы стенокардии в пожилом и старческом возрасте может провоцировать чрезмерная физическая нагрузка, изменение метеоусловий, стрессовые ситуации, обильная, особенно жирная пища, интеркурентные заболевания и др.

Задача № 2

В кардиологическое отделение поступает пациентка 76 лет с диагнозом ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная аритмия. НК III стадии. Кахексия.

При сборе информации о пациентке медицинская сестра получила следующие данные: жалобы на выраженную общую слабость, значительное снижение аппетита, перебои в работе сердца, одышку в покое, похудание, невозможность ухаживать за собой. Считает себя больной в течение 7 лет после перенесенного инфаркта миокарда. Ухудшение началось 3 недели назад после гриппа, в течение последних 5 дней не встает с постели. Пациентка постоянно получает сердечные гликозиды, мочегонные.

Объективно: общее состояние тяжелое. Больная заторможена, в пространстве ориентирована. С трудом поворачивается в постели. Кожные покровы сухие, цианотичные. На коже в области крестца и пяток покраснение. Отеки на нижних конечностях, поясничной и крестцовой области. Тургор тканей снижен, состояние питания резко понижено. ЧДД 26 в минуту, в легких жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 92 в минуту аритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Стул 1 раз в двое суток. Мочеиспускание редкое, малыми порциями.

Пациентке назначено:

Постельный режим

Диета № 10

Контроль водного баланса

Электрокардиограмма

Лазикс 2 мл в/в

Дигоксин 0,025 % 1 мл в/в капельно на физиологическом р-ре

Оксигенотерапия по 20 мин 3 раза в день

Задания

Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, определите настоящие и потенциальные проблемы пациентки, установите приоритетную проблему.

Поставьте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Какие возрастные особенности сердечно-сосудистой системы способствуют развитию кардиологических заболеваний в старческом возрасте?

Каковы факторы, способствующие возникновению пролежней у данной пациентки?

Объясните родственникам пациентки, как контролировать водный баланс.

Обучите родственников пациентки мерам профилактики пролежней.

Окажите психологическую поддержку родственникам в случае утраты.

Эталон ответа к задаче № 2

Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, есть, пить, двигаться, быть чистым, спать, общаться, избегать опасности, поддерживать свое состояние.

Проблемы пациентки:

настоящие:

пониженное питание, не соответствующее потребностям организма

дискомфорт из-за одышки

ограничение подвижности

невозможность самоухода

пролежни I ст. в области крестца и обеих пяток

отеки периферические и полостные

потенциальные:

риск развития застойной пневмонии и отека легких

риск развития острой сердечной недостаточности

риск развития тяжелого нарушения ритма сердца

риск развития запора

риск развития инфекции мочевыводящих путей

риск развития побочных эффектов медикаментозной терапии

приоритетная

пролежни I ст. в области крестца и обеих пяток

Краткосрочная цель: у пациентки не будет пролежней через 5 дней

Долгосрочная цель: у пациентки не будет пролежней к моменту выписки из стационара, родственники будут демонстрировать знания по мерам правильного ухода за кожей к концу госпитализации.

План

Мотивация

. М/с обеспечит физический и психический покой

для уменьшения нагрузки на сердечно-сосудистую систему

. М/с будет оценивать состояние кожи пациентки ежедневно

для контроля состояния кожи

. М/с будет обрабатывать кожу в области гиперемии

для эффективного лечения пролежней

. М/с будет менять положение в постели каждые 3 часа

для уменьшения давления на одни и те же участки тела

. М/с использует противопролежневый матрас

для уменьшения трения выступающих частей тела

. М/с обеспечит смену постельного и нательного белья по мере загрязнения

для профилактики инфицирования кожи

. М/с обеспечит разглаживание постельного и нательного белья при каждом перекладывании пациентки

для предупреждения образования складок

. М/с обеспечит тщательную гигиену кожи и слизистых оболочек

для профилактики образования пролежней

. М/с обеспечит пациентку индивидуальными средствами ухода и отгородит ширмой

для создания комфортного состояния

. М/с обеспечит соблюдение диеты № 10

с целью улучшения кровообращения, нормализации обмена веществ, уменьшения отеков

. М/с проведет беседу с родственниками об обеспечении дополнительного питания с повышенным содержанием витаминов, солей калия и белка в соответствии со вкусом и потребностями пациентки

для улучшения трофики тканей, повышения защитных сил организма, профилактики гипокалиемии

. М/с обучит родственников пациентки правилам ухода за кожей в домашних условиях

для профилактики образования пролежней

. М/с обеспечит подачу увлажненного кислорода по 20 мин 3 раза в день

для уменьшения явлений гипоксии органов и тканей

. М/с будет выполнять назначения врача

для эффективного лечения

. М/с будет наблюдать за состоянием пациентки, внешним видом, измерять АД, пульс 2 раза в день, определять водный баланс

для контроля эффективности лечения, ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений

Развитию кардиологической патологии в старческом возрасте способствуют: уменьшение эластичности артериальных сосудов, повышение периферического сопротивления, уменьшение минутного и ударного объемов сердца, снижение сократительной способности миокарда, расстройство нейрогуморальной регуляции сердечно-сосудистой системы.

Возникновению пролежней у данной пациентки способствовали следующие факторы: постельный режим, выраженная недостаточность кровообращения, периферические отеки, дефицит белкового питания, кахексия, возрастные изменения кожи.

Студент доступно и грамотно объясняет родственникам пациентки, как контролировать водный баланс.

Студент демонстрирует процесс обучения родственников пациентки мерам профилактики пролежней.

Студент составляет тезисы беседы с родственниками пациентки в случае ее смерти.

Задача № 3

Участковая медсестра посетила на дому пациента 69 лет с целью приглашения на диспансерный осмотр по поводу ИБС: атеросклеротического кардиосклероза, недостаточности кровообращения I степени.

При сборе информации о пациенте медицинская сестра получила следующие данные: год назад выявлена аденома предстательной железы, в настоящее время пациент отмечает ухудшение состояния: болезненное, затрудненное мочеиспускание, временами задержка мочи, по ночам учащенное мочеиспускание, но слабый ток мочи, боли в области паха, промежности, запоры, ухудшение аппетита, слабость, плохой сон, апатию и частые мысли о смерти.

Уролога посещать отказывается, испытывает страх и застенчивость при урологическом осмотре.

Пациенту назначено:

общий анализ мочи

общий анализ крови

электрокардиограмма

консультация уролога

диета № 10.

Задания

Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, определите настоящие и потенциальные проблемы пациента, установите приоритетную проблему.

Поставьте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Объясните пациенту, как правильно собрать мочу на общий анализ. Выпишите направление.

Выпишите направление на ЭКГ.

Обучите пациента правилам питания в рамках диеты № 10.

Объясните пациенту необходимость получения консультации уролога.

Эталон ответа к задаче № 3

Нарушены потребности: есть, пить, выделять, спать, отдыхать, работать, быть здоровым.

Проблемы пациента

настоящие

учащенное мочеиспускание (особенно ночью)

болезненное, затрудненное мочеиспускание

запоры

страх перед манипуляциями

нарушение сна

общая слабость

хронические боли в промежности, паху

страх смерти

дефицит знаний о своем заболевании, прогнозе

отказ от консультации уролога

отказ от проведения диагностических манипуляций из-за стеснительности

потенциальные:

риск развития острой задержки мочи

риск развития пиелонефрита

риск развития рака предстательной железы

риск развития хронической почечной недостаточности

риск развития острой почечной недостаточности

приоритетная проблема:

частое, болезненное затрудненное мочеиспускание.

. Долгосрочная цель:

Пациент отметит уменьшение частоты и боли при мочеиспускании к концу 3-й недели.

План

Мотивация

М/с порекомендует пациенту ограничить физическую нагрузку, избегать переохлаждения

для профилактики осложнений

М/с порекомендует пациенту соблюдение диеты № 10 (ограничение соли, исключение острых и жирных блюд, достаточное количество белка, солей калия).

с целью улучшения кровообращения, нормализации обмена веществ

М/с порекомендует достаточное питье (компоты, клюквенный сок).

для профилактики воспалительных осложнений

М/с обучит пациента навыкам самоухода (подмывание, смена белья).

для профилактики вторичной инфекции.

М/с порекомендует пациенту в ночное время пользоваться мочеприемником.

для обеспечения комфортного сна

М/с будет наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, ЧДД, АД, поведение, физиологические отправления).

для ранней диагностики осложнений.

М/с обеспечит прием лекарственных препаратов по назначению врача.

для купирования воспалительного процесса.

М/с проведет беседы с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдения диеты № 10, личной гигиены, необходимости избегать приема алкоголя и переохлаждения.

для психологической поддержки пациента

Студент грамотно и доступно объясняет пациенту, как подготовиться к сдаче мочи на общий анализ.

Студент выписывает направление на ЭКГ.

Студент демонстрирует обучение пациента правилам рационального питания в рамках диеты № 10.

Студент составляет тезисы беседы с пациентом о необходимости получения консультации уролога.