***Содержание***

Введение

Глава 1. Сердечно-сосудистые заболевания: понятие, симптомы

1.1 Понятие сердечно-сосудистых заболеваний, причины возникновения

1.2 Основные симптомы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Глава 2. Классификация сердечно-сосудистых заболеваний, их этиология и лечение

1.1 Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия)

2.2 Ишемическая болезнь сердца: стенокардия, инфаркт миокарда

2.3 Перикардиты

2.4 Миокардит

2.5 Кардиомиопатии

2.6 Пороки сердца

2.7 Хроническая недостаточность кровообращения

Глава 3. Роль сестринского персонала в профилактике и уходе за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями

3.1 Профилактические мероприятия при сердечно-сосудистых заболеваниях

3.2 Роль сестринского ухода в профилактике различных сердечно-сосудистых заболеваниях

Глава 4. Разработка плана ухода за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

4.1 Основные принципы ухода за больными с сердечно сосудистыми заболеваниями

4.2 Реализация и оценка эффективности проведенной работы в кардиологическом отделении ГБУ МЗСК "Кисловодская ЦГБ"

Заключение

Библиография

# ***Введение***

**Актуальность темы.** Не снижающийся рост заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране, от которой общество несет значительные людские потери и экономический ущерб.

По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания составляют 49% причин всех смертей населения Европейского региона. Для России патология сердечно-сосудистой системы является крайне актуальной проблемой, поскольку определяет более половины случаев инвалидности и смертности взрослого населения. Смертность трудоспособного населения от сердечнососудистых заболеваний в России в настоящее время превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза.

Актуальность исследований ишемической болезни сердца (ИБС) определяется высоким уровнем ее распространенности, смертности, временной утратой трудоспособности и инвалидности, вследствие чего общество несет большие экономические потери. Следует отметить, что на учете в лечебно-профилактических учреждений по поводу артериальной гипертензии состоит 4% больных, в то время как выявляемость данной патологии по данным скрининговых исследований составляет около 40% (В.П. Лупанов, Н.А. Павлов, 2001; Р.Г. Оганов, 2002; И.В. Фомин, 2002; Е.А. Шарова, 2004; Л.В. Солохина, 2004).

Слабая эффективность профилактической работы, проводимой в 90-е годы и первом десятилетии 21 века, определяется несколькими позициями: недостаточное внимание к профилактике в территориальных программах по охране здоровья, низкое бюджетное финансирование профилактических программ, отсутствие организационной структуры профилактической службы, плохая взаимосвязь в работе центров медицинской профилактики и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), практическое отсутствие профилактической работы в ЛПУ, низкая подготовка врачей и среднего медицинского персонала по вопросам профилактики, а также низкая информированность и отсутствие мотивации населения к сохранению своего здоровья.

Медицинские осмотры выявляют лишь 8-10% специфической патологии, низкая санитарно-просветительная работа не приводит к изменению поведения людей. В тоже время слабо используются специально выделенные для профилактики врачебные посещения. Одним из важных факторов, препятствующих профилактической работе в настоящее время, является отсутствие экономических стимулов для этой работы.

Результаты выполненных в России экспериментальных профилактических программ доказали возможность успешного снижения заболеваемости, смертности и инвалидности от сердечно-сосудистой патологии. Совершенствование некоторых организационных компонентов профилактики представляется актуальной медико-социальной проблемой современного здравоохранения (Н.Т. Творогова, Л.В. Чазова).

**Разработанность темы исследования.** Огромное значение имеют вопросы профилактики сердечно-сосудистой патологии, ориентированные на формирование здорового образа жизни населения. Заболеваемость и смертность от ССЗ можно снизить путем улучшения методов лечения в сочетании с проведением профилактических мероприятий. Огромную роль в профилактике данных заболеваний играет средний медицинский персонал. (В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, М.Ю. Потемкина, и др.).

В исследованиях некоторых авторов раскрывается значимость сестринской помощи и полноты использования средств профилактики и лечения в снижении риска возникновения заболевания и его исхода (Л.В. Чазова, И.Н. Денисов, Д.Ю. Платонов, В.А. Евдаков, А.М. Калинина, Ю.М. Поздняков, В.С. Волков и др.).

сестринский персонал сердечное заболевание

В связи с вышесказанным целью исследования являлось обоснование эффективности организационных форм профилактики сердечно-сосудистой патологии средним медицинским персоналом и уходом за больными.

**Задачи** исследования:

- определить понятие сердечно-сосудистых заболеваний;

- выявить причины их возникновения;

- охарактеризовать основные симптомы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;

- провести классификацию сердечно-сосудистых заболеваний и одновременно рассмотреть меры профилактики данных заболеваний;

- определить роль сестринского персонала в профилактике и уходе за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

- на примере ЦГБ г. Кисловодска рассмотреть вопросы разработки плана ухода и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

- сформулировать реализацию и оценку эффективности проделанной работы в кардиологическом отделении

**Предметом** работы является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

**Объектом** работы являются сестринский персонал лечебных учреждений.

# ***Глава 1. Сердечно-сосудистые заболевания: понятие, симптомы***

# ***1.1 Понятие сердечно-сосудистых заболеваний, причины возникновения***

Сердечно-сосудистые заболевания, наравне с онкологическими заболеваниями и диабетом, прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XX, а теперь уже и XXI века. Свирепствовавшие в прежние времена страшнейшие эпидемии чумы, оспы, тифа ушли в прошлое, но их место не осталось пустым. Новым временам соответствуют и новые заболевания. XX и начало XXI века медицина будущего с полным основанием назовет "эпохой сердечно-сосудистых заболеваний". Почему же именно эти болезни получили столь широкое распространение? Причин этому много, остановимся только на некоторых из них.

Сердечно-сосудистая система человека, которая сформировалась в процессе его биологической эволюции, на всем протяжении истории человечества ни в чем существенно не изменилась. А ведь наш образ жизни очень сильно отличается от образа жизни наших далеких, и даже не очень далеких, предков. Тогда передвижение, добывание пищи, создание жилья и все остальные виды деятельности требовали от человека постоянных и крупных затрат мышечной силы. И система кровообращения человека изначально ориентирована именно на такой интенсивно-подвижный образ жизни. Для нормального ее функционирования, например, человек должен проходить не менее 6 км в день, и это ежедневно! По нашим сегодняшним городским меркам пройти даже одну-две автобусных остановки многим бывает не под силу. Еще чаще на это нет времени.

Огромная часть заболеваний сердечно-сосудистой системы происходит не из-за излишних нагрузок на нее, а из-за хронической, постоянной ее недозагруженности. Каждый, конечно, прекрасно знает, как слабеют мышцы, если их не тренировать. А в сердце тоже есть мышца, и ей точно так же полезны высокие нагрузки, как и всем остальным мышцам в организме.

Собственно, смысл холодовых и контрастных процедур, а так же любимых в народе бань и саун именно в этом: сначала температура окружающей среды очень высокая, а потом она резко меняется на очень низкую. Сосуды расширяются и сужаются, то есть работают. В этом и состоит их тренировка. Начинать такие процедуры лучше с самого раннего возраста. Доказано, что дети, которых после теплой ванны обливают холодной водой, и чувствуют себя лучше, и болеют меньше.

Итак, мышечное бездействие не только делает человека физически слабым, но и снижает его природную выносливость, а отсюда уже только шаг до подверженности всяческим заболеваниям, бактериальным и вирусным. Кстати, инфекции могут распространяться и на сердце, например, грипп или ангина довольно часто при неправильном лечении дают осложнения в виде миокардита - воспаления той самой сердечной мышцы, миокарда, о которой уже шла речь. Люди, ведущие малоподвижный образ жизни, больше, чем остальные, склонны к ожирению, причиной которого обычно становится превышение потребностей организма в питательных веществах и энергии. При ожирении неизбежно возникают расстройства дыхания (одышка), которые приводят к легочной и сердечной недостаточности (сердечно - сосудистая недостаточность). Кроме того, у людей с избыточным весом значительно повышена опасность развития атеросклероза, потому что сосуды (как мы уже установили, чаще всего они нетренированны) не справляются с увеличивающимся объемом кровотока.

Нетренированность сердечно-сосудистой системы приводит и к проблемам другого рода. У большинства современных людей, особенно горожан, при глобальном уменьшении физических нагрузок непомерно возросли нагрузки нервно-психологические. Это в большой степени обусловлено тем количеством информации, которая ежедневно поступает к нам через телевидение, газеты, Интернет и прочие средства информации. Если еще учесть тот факт, что значительная часть этой информации вызывает у нас резко отрицательные эмоции, то становится понятным, насколько перегружена нервная система человека. А ведь нервная и сердечно-сосудистая система тесно взаимосвязаны. Любая сильная эмоция вызывает в организме ту или иную реакцию, а любая реакция организма связана с хотя бы минимальными изменениями в кровоснабжении органов. Например, нам стыдно, и у нас краснеет лицо от притока крови. Нам страшно, мы чувствуем озноб и дрожь в теле - это в кровь поступило большое количества гормона стресса, адреналина. Мы тревожимся, у нас учащается сердцебиение. И таких примеров можно привести множество. За каждым таким, пусть незначительным, изменением в кровообращении стоит сердечно-сосудистая система. Природа предусмотрела способ снять лишнее напряжение с организма: человек устроен так, что разрядка нервного напряжения наиболее естественно происходит в процессе повышенной физической активности. Но если баланс между физическими и нервно-психическими нагрузками нарушен, то реакция на эмоциональное напряжение оказывается чрезмерно выраженной, продолжительной, приобретает патологические черты. Таким образом в сердечно-сосудистой системе начинают развиваться такие заболевания, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, а за ним, увы, обычно следует развитие ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда.

Некоторые люди, в поисках заменителя для "чувства мышечной радости" (как называл его крупнейший физиолог прошлого века И.П. Павлов), обращаются к средствам искусственного взбадривания. Таким путем люди оказываются в плену вредных привычек, часто забывая о том, что употребление алкоголя, табака и, тем более, наркотиков могут спровоцировать возникновение многих сердечно-сосудистых заболеваний, особенно ишемической болезни сердца.

Все вышесказанное непосредственно относится к теме профилактики сердечно-сосудистых заболеваний еще до появления их симптомов, поэтому при осмотре пациентов необходимо обращать внимание на профилактические беседы, которые могут способствовать развитию у человека более подвижного ритма жизни, занятия физической культурой, отказа от вредных привычек. В последующих главах дипломного исследования будет дана классификация ССЗ, их диагностика и лечение.

# ***1.2 Основные симптомы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы***

Одышка - это нарушение ритма, частоты или глубины дыхания, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха. Причинами возникновения одышки у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются увеличение содержания углекислого газа и уменьшение содержания кислорода в крови вследствие застойных явлений в малом круге кровообращения. Вначале одышка возникает только во время физической нагрузки. По мере прогрессирования заболевания она становится постоянной и не исчезает в состоянии покоя.

Удушье - крайняя степень выраженности одышки. Возникает внезапно в состоянии покоя или через некоторое время после физической нагрузки или эмоционального перенапряжения.

Приступ удушья характерен для острой левожелудочковой недостаточности и сопровождает такие заболевания, как острый инфаркт миокарда, пороки сердца.

Учащенное сердцебиение - ощущение сильных и частых, иногда неритмичных сокращений сердца. Оно может сопровождать как нарушения сердечного ритма, так и возникать при нормальном ритме работы сердца, например во время физической нагрузки, эмоционального волнения, при злоупотреблении алкоголем, кофеинсодержащими напитками. Нередко больные жалуются на ощущения перебоев в работе сердце - это преимущественно связано с экстрасистолией.

Боль в области сердца при различных заболеваниях имеет определенный характер, поэтому при опросе больного необходимо детально выяснить ее точную локализацию, иррадиацию, причины и условия ее возникновения, характер боли, продолжительность, средства от которых боль проходит.

Кровохарканье - появление примеси крови в мокроте. Возникновение кровохарканья чаще всего связано с застоем крови в малом круге кровообращения, выходом эритроцитов из растянутых капилляров в просвет альвеол.

Причина возникновения отеков при сердечнососудистых заболеваниях - венозный застой в большом круге кровообращения. Характерно этапное появление отеков: вначале они возникают на нижних конечностях (стопах) во второй половине дня (преимущественно вечером), а к утру исчезают, затем постепенно распространяются на всю поверхность ног, выраженность их перестает зависеть от времени суток. По мере прогрессирования заболевания наблюдается накопление жидкости в животе, развивается асцит.

Частая причина возникновения головной боли при заболеваниях сердечно-сосудистой системы - повышение АД.

Вынужденное положение. Если у обследуемого имеется легкая форма сердечной недостаточности, он предпочитает принимать горизонтальное положение на правом боку, поскольку лежание на левом боку, как правило, вызывает у пациента неприятные ощущения в области сердца. Сидячее положение более предпочтительно для больного с недостаточностью левого желудочка сердца.

При развившейся хронической недостаточности II-III степеней, пациенту комфортнее сидеть со спущенными вниз ногами (ортопноэ). Как правило, в данном положении нарастает отечность ног, но одышка уменьшается. Человек, страдающий сосудистой недостаточностью, ощущает себя гораздо лучше, находясь в положении лежа.

Изменение цвета кожных покровов. Бледность лица часто отмечается при тяжелом ревмокардите и недостаточности клапанов аорты. При развитии коллапса кожные покровы больного бледные всегда. Цианоз (синюшность) губ, носа, кончика языка, конечностей (кисти, стопы), мочек ушей пациента в большинстве случаев свидетельствует о наличии тяжелой степени легочно-сердечной недостаточности.

Таким образом, мы рассмотрели основные симптомы, которые проявляются при некоторых серьезных сердечно-сосудистых заболеваниях

# ***Глава 2. Классификация сердечно-сосудистых заболеваний, их этиология и лечение***

# ***1.1 Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия)***

Гипертоническая болезнь - это заболевание, основной симптом которого - повышение артериального давления, обусловленное нарушением регуляции сосудистого тонуса.

Этиология. Выявляется нервно-психическое перенапряжение центральной нервной системы (ЦНС) как следствие эмоциональных стрессов, волнений, чрезмерных умственных нагрузок и т.д.

Существует наследственная предрасположенность к гипертонической болезни. Злоупотребление солью, перенесенные черепно-мозговые травмы повышают вероятность развития гипертонической болезни и относятся к факторам риска ее возникновения.

Клинические проявления. Основным симптомом гипертонической болезни является повышение АД выше 140/90 мм рт. ст.

На начальных этапах заболевания больные периодически жалуются на общую слабость, снижение трудоспособности, головную боль, головокружения, шум в ушах, нарушение сна. Артериальное давление на этом этапе повышается периодически, но его цифры, как правило, невысоки. По мере прогрессирования заболевания повышение АД становится стабильным и более выраженным. Больные отмечают частое возникновение и большую продолжительность приступов головной боли, появление болей в сердце и одышку при физической нагрузке. Отмечаются изменения со стороны сердца, почек, сосудов головного мозга и глазного дна.

Один из симптомов гипертонической болезни - гипертензивные кризы.

Осложнения. Гипертензивный криз опасен развитием таких тяжелых осложнений, как нарушение мозгового кровообращения, инсульт, инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность.

Лечение:

. Соблюдение режима труда и отдыха, нормализация ночного сна.

. Диетотерапия: ограничение употребления поваренной соли и жидкости.

. Медикаментозная терапия: β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ (ангиотензинпревращающего фермента), ингибиторы ангиотензиновых рецепторов, блокаторы кальциевых каналов, мочегонные, седативные препараты.

Профилактика:

. Ограничение потребления поваренной соли.

. Отказ от вредных привычек.

. Избегание стрессов и физических перегрузок.

. Полноценный ночной сон.

. Нормализация массы тела.

Провоцирующими факторами в развитии гипертензивных кризов выступают нервное и психическое перенапряжение, перемена погоды и т.д. Во время криза резкое и внезапное повышение АД сопровождается интенсивной головной болью, головокружением, мышечной дрожью, учащенным сердцебиением, шумом в ушах, нарушением зрения, покраснением или резким побледнением лица. Могут возникнуть боль в области сердца, тошнота, рвота.

# ***2.2 Ишемическая болезнь сердца: стенокардия, инфаркт миокарда***

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - это группа заболеваний, в основе которых лежит несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарным сосудам.

Этиология. Атеросклероз коронарных сосудов.

Клинические проявления. ИБС может проявляться в виде стенокардии, инфаркта миокарда, кардиосклероза.

Стенокардия (грудная жаба). Основным ее симптомом является боль в сердце, локализующаяся за грудиной, имеющая давящий, сжимающий характер, иррадиирующая в левые плечо, руку, лопатку, половину шеи. Чаще всего она возникает в ответ на физическую нагрузку и прекращается в покое. Продолжительность болевого приступа - от 2 до 15 мин. Боль быстро купируется приемом нитроглицерина. Во время тяжелых приступов стенокардии могут отмечаться резкая слабость, потливость, бледность кожных покровов.

Различают четыре функциональных класса стенокардии:

) больной хорошо переносит физические нагрузки, приступы стенокардии редкие, возникают только при очень интенсивных нагрузках - первый класс (латентная стенокардия);

) характерно небольшое ограничение физической активности, приступы возникают при ходьбе по ровной местности на расстояние более 500 м, при подъеме на лестницу более чем на один этаж; вероятность возникновения приступов повышается в холодную ветреную погоду, при ходьбе против ветра - второй класс;

) выраженное ограничение обычной физической нагрузки, приступы боли возникают при ходьбе по ровной местности на расстояние 100-500 м, при подъеме на один этаж - третий класс;

) приступ боли возникает даже при незначительных физических нагрузках, при ходьбе по ровному месту на расстояние меньше 100 м, характерно возникновение приступов стенокардии в покое - четвертый класс.

Инфаркт миокарда - заболевание, для которого характерно образование участка ишемического некроза в миокарде вследствие нарушения кровообращения в коронарных сосудах. Чаще всего инфаркт миокарда развивается у мужчин после 40 лет.

Инфаркт миокарда обычно наблюдается у больных, которые в течение некоторого времени страдали стенокардией. Основным симптомом заболевания является боль за грудиной и в области сердца с такой же иррадиацией, как и при стенокардии. Боль носит раздирающий характер, отличается большей интенсивностью и продолжительностью, чем при стенокардии. Она длится более 1 ч, иногда до нескольких суток, не исчезает после приема нитроглицерина. При инфаркте миокарда болевые ощущения часто сопровождаются страхом смерти. Эта патология может осложниться разрывом сердечной мышцы, аневризмой сердца, кардиогенным шоком, возникновением нарушений сердечного ритма.

При развитии кардиогенного шока отмечаются следующие признаки: бледность кожи, холодный пот, акроцианоз, возбуждение, сменяющееся апатией, резкое снижение АД, нитевидный пульс, уменьшение диуреза (олигурия, анурия).

Лечение:

. Соблюдение режима труда и отдыха.

. Рациональное питание (антиатеросклеротическая, гиполипидеми-ческая диета), нормализация массы тела.

. Рациональные физические нагрузки, занятия лечебной физкультурой.

. Отказ от вредных привычек (алкоголя, курения).

. Медикаментозная терапия: нитраты, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антиагреганты, антикоагулянты, диуретики (при развитии сердечной недостаточности), антиаритмические, гиполипидемические, метаболические препараты.

. При развитии острого инфаркта миокарда, кроме перечисленных групп лекарственных средств, назначаются наркотические анальгетики, ингаляции закиси азота.

. При неэффективном медикаментозном лечении ИБС больному показаны коронаропластика или аортокоронарное шунтирование.

Профилактика. Необходимо вести активный образ жизни, рационально питаться.

# ***2.3 Перикардиты***

Перикардит - это воспаление перикарда (серозной оболочки сердца).

Этиология. Возникновение часто связано с инфекционными и аллергическими заболеваниями пневмонией, ИБС.

Перикардит бывает острым и хроническим, сухим или выпотным (экссудативным).

Клинические проявления. Сухой перикардит. Основная жалоба - длительные боли в области сердца различного характера и интенсивности (от незначительной ноющей до мучительной). Боль не связана с физической нагрузкой, не купируется нитратами, иррадиирует в шею, левую лопатку, эпигастральную область. Боль усиливается на вдохе, при кашле, чиханьи, в положении лежа на спине (в положении сидя с наклоном туловища вперед боли нередко полностью исчезают). Болевой синдром сопровождается недомоганием, общей слабостью, субфебрильной температурой тела, потливостью. При аускультации области сердца отмечается шум трения перикарда (скребущий шум, который не зависит от фазы сердечной деятельности, усиливается при надавливании стетоскопом на поверхность грудной клетки).

Экссудативный перикардит. В зависимости от характера экссудата выделяют серозный, серозно-фибринозный, гнойный, геморрагический перикардиты. Для этой формы перикардита также характерна боль в области сердца, но по мере накопления выпота (экссудата) в перикардиальной полости интенсивность боли уменьшается. Отмечаются одышка, ортопноэ (больной предпочитает сидеть, наклонив туловище вперед), набухание вен шеи, отечность лица и шеи, учащенное сердцебиение. В результате сдавления пищевода могут появиться дисфагия, икота. При осмотре области сердца отмечаются выбухание околосердечной области, сглаженность межреберных промежутков.

Осложнения. Накопление большого количества жидкости может привести к тампонаде сердца и коллапсу.

Напряженный ритм и особенности уклада современной городской жизни, высокие профессиональные требования в сочетании со сложными взаимоотношениями, характерными для современного производства, являются основой психоэмоциональных перегрузок и относятся к причинным факторам развития сердечно-сосудистых патологий.

Лечение:

. Лечебный режим.

. Медикаментозная терапия: антибиотики, противовоспалительная терапия (нестероидные противовоспалительные средства и глюкокортикостероиды).

. Лечебная пункция перикардиальной полости с аспирацией выпота и последующим введением антибиотиков, глюкокортикостероидов.

. При отсутствии эффекта от консервативной терапии проводится хирургическое лечение.

Профилактика и своевременное лечение инфекционных заболеваний, сердечной патологии.

# ***2.4 Миокардит***

Миокардит - воспалительное поражение сердечной мышцы.

Этиология. Заболевание вызывают бактериальная, паразитарная, грибковая и вирусная инфекции, аллергии, интоксикации, ревматизм, воздействие ионизирующей радиации.

Различают острый (до 3 месяцев) и подострый (3-6 месяцев), очаговый и диффузный миокардиты.

Клинические проявления. Основные симптомы миокардита - сердечная недостаточность, нарушение сердечного ритма. Степень их выраженности зависит от тяжести заболевания. При легком течении больной жалуется на неинтенсивные боли в области сердца постоянного ноющего характера, периодически возникающие ощущения перебоев в работе сердца, небольшую одышку при физической нагрузке. Тяжелая форма миокардита проявляется интенсивными болями, выраженной одышкой в покое и при нагрузке, учащенным сердцебиением и перебоями в работе сердца, значительной слабостью. При осмотре больного обращают на себя внимание тяжелое общее состояние больного, бледность кожи и цианоз разной степени выраженности, отеки на ногах, иногда асцит. При исследовании пульса отмечаются его неритмичность, слабое наполнение, повышение температуры тела до субфебрильной, АД обычно снижено. Чаще всего миокардит заканчивается выздоровлением больного.

Осложнения. В тяжелых случаях миокардит может привести к возникновению миокардитического кардиосклероза (разрастанию соединительной ткани в сердечной мышце) и развитию хронической сердечной недостаточности.

Лечение:

. Лечебный режим.

. Лечебное питание (стол № 10 или 10 а).

. Медикаментозная терапия: антибиотики (обязательна санация всех очагов инфекции), нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды, антиагреганты, ангиопротекторы, антиоксиданты, гепарин, метаболическая терапия, при развитии недостаточности кровообращения - диуретики, сердечные гликозиды, при нарушениях сердечного ритма - антиаритмические средства.

Профилактика. Обязательны санация всех очагов инфекции, своевременное выявление и лечение инфекционных заболеваний.

Один из основных компонентов терапии миокардита - ограничение физической нагрузки, так как она оказывает неблагоприятное влияние на состояние сердца. Пациентам, перенесшим миокардит, физические нагрузки противопоказаны до полной нормализации ЭКГ и данных велоэргометрии (пробы с физической нагрузкой).

# ***2.5 Кардиомиопатии***

Кардиомиопатии - это заболевания миокарда, характеризующиеся кардиомегалией (увеличением размеров сердца).

Этиология. Эта группа заболеваний не связана ни с инфекционным, ни с каким-либо другим этиологическим фактором. В некоторых случаях в развитии заболевания имеет значение наследственость. Виды кардиомиопатий: гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная.

Клинические проявления.

Дилатационная кардиомиопатия характеризуется значительным расширением всех камер сердца, снижением сократительной функции миокарда, развитием сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца, тромбоэмболий.

Основные проявления заболевания:

) признаки недостаточности кровообращения (повышенная утомляемость, ортопноэ, одышка, приступы удушья, набухание вен шеи, акроцианоз, отеки на ногах, увеличение печени);

) нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия).

Характерный признак патологии - расширение границ сердца вправо и влево.

Гипертрофическая кардиомиопатия обусловлена очаговой или диффузной гипертрофией миокарда и уменьшением полостей желудочков. Заболевание обнаруживается в молодом и среднем возрасте. Основные проявления: боли в области сердца, ощущение учащенного сердцебиения и перебоев в работе сердца, головокружения; обмороки, одышка при физической нагрузке. При исследовании пульса отмечается высокий скачущий характер пульсовой волны. Границы сердца расширены влево.

Рестриктивнаякардиомиопатия характеризуется выраженным фиброзом и утратой эластичности миокарда, вследствие чего нарушается диастолическая функция (наполнение) одного или обоих желудочков сердца. Основные симптомы: нарастающие признаки сердечной недостаточности (одышка, цианоз, набухание вен шеи, увеличение печени, асцит), различные варианты нарушения ритма сердца, тромбоэмболические осложнения, смещение границ сердца (вправо, влево или во все стороны).

Осложнения. Сердечная недостаточность, аритмии, тромбоэмболии.

Инфекции у больных кардиомиопатией протекают тяжелее, чаще сопровождаются развитием осложнений, способствуют повышению нагрузки на сердце и декомпенсации основного заболевания. В этой связи обязательными являются профилактика инфекционных заболеваний, санация очагов хронической инфекции.

Лечение

. Лечебный режим.

. Лечебное питание (стол № 10 и 10 а).

. Медикаментозные препараты: при дилатационной кардиомиопатии - сердечные гликозиды, негликозидные инотропные средства, периферические вазодилататоры, диуретики, антиаритмики, антикоагулянты и антиагреганты, метаболическая терапия, хирургическое лечение (пересадка сердца); при гипертрофической кардиомиопатии добавляются β-адреноблокаторы и антагонисты кальция, хирургическое лечение предусматривает резекцию межжелудочковой перегородки и протезирование митрального клапана; при рестриктивной кардиомиопатии вводится терапия глюкокортикостероидами и цитостатиками. Хирургическое лечение подразумевает иссечение фиброзной ткани (при очаговой форме) и протезирование митрального клапана.

# ***2.6 Пороки сердца***

Пороки сердца - это стойкое патологическое изменение структуры клапанного аппарата сердца, сопровождающееся нарушением их функции, внутрисердечной и системной гемодинамики. Пороки сердца делятся на врожденные и приобретенные.

Этиология. Причинами возникновения приобретенных пороков являются ревматизм (в 90 %), инфекционный эндокардит, атеросклероз, травмы, сифилис.

Поражение клапана приводит к неполному смыканию его створок вследствие их деформации (к недостаточности клапана) или к сужению клапанного отверстия в результате сращения створок клапана и утолщения фиброзного кольца, к которому прикреплены клапаны (стенозу). Нередко имеет место сочетание недостаточности и стеноза на одном клапане. Чаще всего поражается митральный клапан сердца (между левым предсердием и левым желудочком), на втором месте по частоте поражения аортальный клапан (место выхода из левого желудочка аорты), реже всего поражается трикуспидальный клапан (между правым предсердием и правым желудочком). Если происходит одновременное поражение разных клапанов (чаще митрального и аортального), то такой порок называется комбинированным.

Клинические проявления. Недостаточность митрального клапана. Этот порок характеризуется неполным закрытием левого атриовентрикулярного отверстия створками клапана во время фазы систолы желудочков, в результате чего кровь частично возвращается в левое предсердие. При несильно выраженном дефекте клапана порок долгое время остается компенсированным. Больные чувствуют себя совершенно здоровыми, только в стадии декомпенсации появляются жалобы, обусловленные застойными явлениями в малом круге кровообращения, на одышку, учащенное сердцебиение, цианоз, отеки на ногах, чувство тяжести в правом подреберье. Характерны смещение границ сердца вверх и влево, усиленный и разлитой верхушечный толчок.

Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия (митральный стеноз). При этом пороке вследствие затруднения перехода крови из левого предсердия в левый желудочек развивается гипертрофия сердечной мышцы, потом дилатация левого предсердия, что ведет к повышению давления в сосудах малого круга кровообращения. Легочная гипертензия способствует развитию вначале гипертрофии, а затем и дилатации правого желудочка. Этот порок декомпенсируется быстрее недостаточности митрального клапана. Пока порок компенсирован, больной не предъявляет никаких жалоб, диагноз ставится на основании данных инструментальных исследований. Симптомы декомпенсированного порока - одышка и учащенное сердцебиение при физической нагрузке, приступы удушья по ночам, кровохарканье, кашель, акроцианоз, цианотичный румянец щек. Если порок развивается в детстве, то возможно отставание ребенка в физическом развитии. При осмотре области сердца выявляется заметный сердечный толчок, при пальпации этой области отмечается симптом "кошачьего мурлыканья" - дрожание грудной клетки. Границы сердца смещаются вверх и вправо. При исследовании пульса на обеих руках его характеристики различны.

Стеноз устья аорты (аортальный стеноз). Стенозированное устье аорты представляет собой значительное препятствие для изгнания крови в аорту во время фазы систолы левого желудочка. Повышенная нагрузка на левый желудочек ведет к его гипертрофии, а впоследствии и к дилатации, что проявляется клиникой левожелудочковой сердечной недостаточности. Основные симптомы: боли в сердце (по типу стенокардии), одышка, ощущения перебоев в работе сердца, головная боль, головокружения, склонность к обморокам. Характерно низкое систолическое давление при нормальном диастолическом давлении. Пульс малый, медленный. При осмотре области сердца выявляются разлитой, увеличенный верхушечный толчок и пульсация во II межреберье (аортальная пульсация). Границы сердца смещены влево.

Большое значение в профилактике пороков сердца имеют закаливание организма, осуществляемое с детства, а также санация очагов хронической инфекции, особенно при хроническом тонзиллите, отите, синусите, кариесе зубов.

Лечение:

. Лечебный режим.

. Лечение заболевания, которое вызвало возникновение порока.

. Лечение сердечной недостаточности.

. Хирургическое лечение: при митральной недостаточности - замена пораженного митрального клапана протезом; при митральном стенозе - митральная комиссуротомия; при недостаточности клапана аорты и стенозе устья аорты - имплантация искусственного клапана.

Профилактика. Для профилактики приобретенных пороков сердца имеет значение своевременное выявления и лечение инфекционных заболеваний и профилактическая антибактериальная терапия при ревматизме.

# ***2.7 Хроническая недостаточность кровообращения***

Хроническая недостаточность кровообращения (ХНК) - это патологическое состояние, при котором сердечно-сосудистая система не способна обеспечить органы и ткани достаточным для нормального функционирования объемом крови.

Этиология. Развитие патологии могут спровоцировать пороки сердца, гипертоническая болезнь, миокардиты, кардиосклероз (атеросклеротический, постинфарктный), легочные заболевания, протекающие с гипертензией малого круга кровообращения (обструктивный бронхит, эмфизема легких), хронические интоксикации, эндокринные заболевания (ожирение, тиреотоксикоз).

Классификация хронической сердечной недостаточности (по Стражеско-Василенко):

) начальная проявляется одышкой, сердцебиением, утомляемостью только при физической нагрузке - первая стадия;

) признаки недостаточности кровообращения в покое выражены умеренно, при физической нагрузке проявляются ярко, отмечаются незначительные гемодинамические нарушения в большом или малом кругах кровообращения - стадия 2А;

) отмечаются выраженные признаки сердечной недостаточности в покое, тяжелые гемодинамические нарушения в большом и малом кругах кровообращения - стадия 2Б;

) наблюдаются выраженные нарушения гемодинамики, обмена веществ, необратимые изменения в органах и тканях - третья стадия.

Клинические проявления. Одышка вначале возникает только при физической нагрузке, затем и в состоянии покоя. Периодически возникающая выраженная одышка называется сердечной астмой. Как правило, больной принимает вынужденное положение. Отмечается акроцианоз - цианоз на участках тела, удаленных от сердца (губах, пальцах рук и ног, ушах, кончике носа).

Наблюдаются отеки. Вначале накопление жидкости в организме проявляется увеличением массы тела больного и уменьшением диуреза (скрытые отеки). При накоплении большого объема жидкости обнаруживаются видимые отеки. Вначале они наблюдаются в конце дня на стопах, в области голеностопного сустава, на голенях, а после ночного отдыха исчезают. Затем отеки становятся постоянными, их площадь постепенно возрастает. К отекам присоединяется накопление жидкости в серозных полостях (асцит, гидроторакс, гидроперикард).

Больные жалуются на ощущение тяжести в правом подреберье вследствие застойных явлений в печени, сердцебиение и перебои в работе сердца, сухой или с отхождением слизистой мокроты кашель, иногда кровохарканье. Также отмечаются повышенная утомляемость, слабость, снижение трудоспособности, нарушения сна.

Осложнения. Тромбозы, эмболии, аритмии, поражения печени и почек, связанные с застойными явлениями.

Лечение:

. Лечение основного заболевания, которое стало причиной развития сердечной недостаточности.

. Лечебный режим.

. Лечебное питание (стол № 10 или № 10 а).

. Медикаментозная терапия: сердечные гликозиды и негликозидные инотропные препараты, диуретики, периферические вазодилататоры, β-адреноблокаторы, метаболическая терапия, антиоксиданты и антигипоксанты.

. Оптимальный кислородный режим.

. Лечебная физкультура и массаж.

Профилактика. Своевременное выявление и лечение заболеваний сердца, занятия ЛФК.

Пациентам с ХСН необходимо создать комфортные условия дома и на рабочем месте, оберегать их от психоэмоционального перенапряжения, физических нагрузок. Обязательной является кислородотерапия. На ранних стадиях ХНК рекомендуется как можно больше времени проводить на свежем воздухе, на конечных стадиях показана оксигенотерапия.

# ***Глава 3. Роль сестринского персонала в профилактике и уходе за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями***

# ***3.1 Профилактические мероприятия при сердечно-сосудистых заболеваниях***

Охрана здоровья и профилактическая помощь населению являются составляющими сферы здравоохранения. Провозглашение профилактики в качестве стратегического направления развития содержится во всех государственных законодательных актах последнего десятилетия, касающихся охраны здоровья населения. Это утверждается в "Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", об этом настойчиво прописывается в "Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" и ряде законодательных актов самого последнего времени. Тем не менее, приходится констатировать, что всё это зачастую носит декларативный характер, и не получает должного внедрения в повседневную практику деятельности лечебно-профилактической сети.

Выработанная стратегия медицинской помощи, основанная на проведении широких профилактических мероприятий, принесла быстрый и ощутимый результат, который, в конце - концов, проявился полным изменением структуры заболеваемости и причин смертности населения. На первое место вышла группа заболеваний неинфекционного происхождения, и, в частности, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Ожидается, что к 2020 году он превысит 80%.

На новом этапе развития стратегии охраны здоровья населения в международной практике, соотносимой с настоящим временем, возникла парадигма о рождении здорового ребёнка и воспитании здорового поколения.

Профилактика заболеваний в современной России возложена на центры профилактики, специальные подразделения ЛПУ и центры государственного санитарно - эпидемиологического надзора. Вместе с тем состояние этих подразделений нельзя признать благополучным. Основные проблемы заключаются в нехватке кадров, слабой материальной оснащённости и недостаточном финансовом обеспечении, что, в свою очередь, создаёт повод для формального исполнения обязанностей. Качество профилактической работы и уровень гигиенического воспитания населения не признаётся удовлетворительным и нуждается в повышении. Совершенствование системы профилактики видится в создании специальных структур в ЛПУ, которые бы оказывали медицинскую помощь практически здоровым людям с ФР и обеспечивали развитие санологического направления. В этой связи заслуживает внимания и одобрения инициатива Минздравсоцразвития, принявшего решение об организации в стране Центров здоровья, которые должны основные усилия сосредоточить на профилактической направленности своей деятельности.

По данным ВОЗ, в РФ лидирующие факторы риска смертности и заболеваемости - это высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь. ССЗ - основная причина преждевременной смерти в большинстве стран Европы. По данным Федеральной службы государственной статистики, смертность от ССЗ в России на протяжении последнего десятилетия постоянно растёт. Распространённость артериальной гипертензии (АГ) в РФ составляет 39,3% среди мужчин и 41,1% среди женщин, при этом должным образом артериальное давление (АД) контролируют только у 17,5% женщин и 5,7% мужчин. Число новых случаев ССЗ продолжает нарастать.

ССЗ - одна из главных причин потери трудоспособности. Они же в основном определяют и рост затрат на здравоохранение.

Современные представления о патогенезе атеросклероза и его осложнений размывают традиционное разделение профилактики на первичную и вторичную. В категорию высокого риска развития сосудистых катастроф входят как больные с клиническими проявлениями, так и лица без симптоматики, но обладающие набором факторов риска ССЗ.

Средний медицинский персонал является тем звеном здравоохранения, который наиболее близко контактирует с пациентами, которые находятся в зоне риска заболеваний ССЗ. Необходимо вести разъяснительную работу среди населения и пациентов клиник, лечебно-профилактических центров о вреде курения, употребления алкоголя, переедании. О необходимости здорового образа жизни, закаливании, занятии физическими упражнениями.

# ***3.2 Роль сестринского ухода в профилактике различных сердечно-сосудистых заболеваниях***

Сестринский уход при гипертонической болезни.

Следует научить больного гипертонической болезнью придерживаться щадящего режима, дать рекомендации по соблюдению рациональной диеты (ограничить потребление соли, исключить острые и жареные блюда, крепкие бульоны, стремиться к нормализации повышенной массы тела). Необходимо объяснить больному, что исключение вредных привычек является важным компонентом терапии заболевания, убедить в пользе закаливания и дозированных физических нагрузок (прогулок, утренней гимнастики, ЛФК).

Нужно также рассказать родственникам пациента о важности полноценного сна больного для нормализации АД. Они должны усвоить, что во время отдыха больному нельзя мешать (не рекомендуется громко разговаривать, смотреть телевизор, слушать радио). Те же самые условия должны соблюдаться при лечении в стационаре.

Предупредить пациента, что действие некоторых гипотензивных препаратов не наступает немедленно (например, при приеме ингибиторов АПФ), а накапливается в течение 7-10 дней, поэтому нельзя бросать прием лекарства, не получив сразу же желаемого эффекта. Больной должен усвоить, что терапия гипертонической болезни пожизненная. Самовольная отмена препаратов может привести к ухудшению состояния и возникновению серьезных осложнений.

Для контроля за АД необходимо 2 раза в день его измерять, контролировать количество выпитой жидкости и выделенной мочи. Методики этих измерений должны быть объяснены больному и родственникам во избежание получения ошибочных результатов. Медсестра должна разъяснить больному и его родственникам правила сбора мочи на анализы (ОАМ, пробы Нечипоренко, Зимницкого), а также правила подготовки больного к сдаче крови на общий и биохимический анализ, к УЗИ.

В поликлинике больные гипертонической болезнью находятся, как правило, на диспансерном учете. Не реже 2 раз в год такие больные должны быть вызваны на диспансерный осмотр к участковому врачу. Раз в год обязателен осмотр офтальмолога, кардиолога, невропатолога, уролога.

Сестринский уход при ИБС

Следует объяснить больному стенокардией правила приема лекарственных препаратов. Медсестра должна обратить внимание больного на то, что нитроглицерин надо принимать под язык, а не внутрь. Больной должен знать, что во время приема некоторых нитратов могут возникнуть головная боль, шум в голове, небольшое головокружение. Этих побочных эффектов можно избежать, если принимать нитроглицерин одновременно с валидолом. Если после приема 2-3 таблеток нитроглицерина боль не устраняется, то следует вызвать врача. Кроме того, больной должен понимать, что лечение ИБС пожизненное, его нужно убедить в необходимости продолжительного непрерывного лечения. Пациент должен знать, что рациональное питание и дозированные физические нагрузки приводят к улучшению кровоснабжения сердечной мышцы и, как следствие, уменьшению клинических проявлений ИБС. Для профилактики приступов стенокардии больной должен уметь рассчитывать физическую нагрузку, исходя из функционального класса стенокардии, стараться избегать психоэмоциональных стрессов, учиться владеть собой.

Учитывая, что основной причиной возникновения ИБС является атеросклеротический процесс в коронарных сосудах, одним из компонентов лечения заболевания должна быть антиатеросклеротическая диета (стол № 10 с). Основные положения диеты: снижение потребления жиров, продуктов, содержащих холестерин, насыщенные жирные кислоты (животных жиров, сливок, яиц), замена при приготовлении пищи сливочного масла на растительное, увеличение потребления продуктов, богатых полиненасыщенными жирными кислотами (рыбы, птицы, морепродуктов), овощей и фруктов, ограничение поваренной соли в пище (до 3-5 г в сутки).

Особое внимание больного необходимо обратить на частоту и продолжительность приступов стенокардии. Если приступы стали более частыми и более продолжительными, возникают при меньшей, чем раньше, физической нагрузке или в состоянии покоя, хуже купируются нитроглицерином, это указывает на прогрессирование коронарной недостаточности, увеличение риска развития инфаркта миокарда. В этом случае больной должен немедленно обратиться к врачу для решения вопроса о госпитализации.

Медсестра обязана знать в полном объеме правила оказания помощи больному во время приступа стенокардии:

) обеспечить больному полный покой, помочь ему сесть или лечь, обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть стягивающие части одежды (пояс, ремень, пуговицы рубашки, развязать галстук);

) дать больному таблетку нитроглицерина под язык (или накапать 1-2 капли капельного раствора нитроглицерина на кусочек сахара и также положить под язык);

) при отсутствии нитроглицерина можно использовать валидол (в таблетках или каплях);

) с отвлекающей целью можно поставить горчичники на область сердца и спину, использовать горячие ручные и ножные ванночки или грелки на стопы и кисти;

) больные ИБС находятся на пожизненном диспансерном наблюдении участкового врача и кардиолога.

Сестринский уход при перикардитах.

Больные с экссудативным перикардитом должны проходить лечение в стационаре. Им назначается строгий постельный режим на 3-4 недели (до исчезновения выпота в полости перикарда). При сухом перикардите строгий постельный режим не показан, но больной также нуждается в стационарном лечении, особенно при наличии тяжелого основного заболевания.

После выписки больного из стационара необходимо создать условия для его скорейшего полного выздоровления, восстановления трудоспособности. Рекомендуется избегать переохлаждений, физических перегрузок.

Обязательными являются меры по профилактике простудных заболеваний, санация очагов хронической инфекции. Рекомендуется отказ от вредных привычек (курения, алкоголя).

Питание больного, перенесшего перикардит, должно быть калорийным, сбалансированным по белкам, жирам, углеводам, витаминам, минеральным веществам. Для восстановления сил полезны мясо и мясные продукты, рыба, овощи, фрукты, соки. Прием пищи - 3-4 раза в день. При отсутствии осложнений перикардита прием жидкости не ограничивается.

Свежий воздух и дозированные физические нагрузки также являются немаловажным компонентом реабилитации. Рекомендуется регулярно проветривать помещение, где проживает больной, по мере восстановления сил показаны прогулки на свежем воздухе, лечебная гимнастика, плавание, занятия на тренажерах, спортивные игры.

Если перикардит развился на фоне другой патологии (системных заболеваний соединительной ткани, туберкулеза, аллергии, злокачественных новообразований), то необходимо организовать уход в соответствии с особенностями их течения.

Сестринский уход при миокардите.

Больным миокардитом назначается строгий постельный режим, продолжительность которого зависит от тяжести заболевания (от 3-4 недель до нескольких месяцев). Пациентам, выписанным из стационара, необходимо создать комфортные условия, не допускать их до физической работы, а также защищать от чрезмерных психических переживаний. Обязательно следует провести беседу с родственниками больного и объяснить им причину таких ограничений, подчеркнув их временный характер.

Питание должно осуществляться в соответствии с лечебным столом № 10. Эта диета предусматривает ограничение поваренной соли до 3-5 г в сутки, некоторое уменьшение калорийности рациона, ограничение употребление свободной жидкости (до 800 мл в сутки). Запрещаются продукты, оказывающие тонизирующее воздействие (натуральный кофе, крепкий чай, какао, пряности), а также копченые, маринованные, жареные блюда, крепкие мясные и рыбные бульоны, свиное сало, бараний и говяжий жиры, продукты и напитки, способные вызывать метеоризм (капуста, бобовые, газированные напитки). Рекомендуется увеличить потребление овощей, ягод и фруктов, так как они обогащают рацион витаминами. Кроме того, ряд фруктов (курага, изюм, абрикосы, инжир, бананы) содержат большое количество калия, полезного таким больным. Принимать пищу рекомендуется 4-5 раз в день, небольшими порциями, последний прием пищи должен быть не позднее 3 ч до сна.

По рекомендации врача (после нормализации всех показателей и выздоровления больного) назначается ЛФК. В занятиях используют всевозможные упражнения на все группы мышц. Постепенно присоединяют упражнения со снарядами (мячами, палками, на скамейке), занятия на тренажерах. По мере восстановления сил больному рекомендуются малоподвижные спортивные игры, упражнения на развитие силы. Обязательные компоненты ЛФК для пациентов, перенесших миокардит, - дозированная ходьба, утренняя гимнастика. Занятия ЛФК проводятся при контроле пульса, АД.

С целью профилактики обострений заболевания необходимы своевременное выявление и санация очагов хронической инфекции.

Следует регулярно беседовать с больным о вреде курения, приема алкогольных напитков.

В течение года после выздоровления больные находятся на диспансерном наблюдении.

Сестринский уход при кардиомиопатии.

Больным показан постельный режим в течение длительного времени, так как его соблюдение сокращает нагрузку на сердце, способствует уменьшению проявлений сердечно-сосудистой недостаточности. Продолжительность постельного режима - до нескольких месяцев, особенно при дилатационной кардиомиопатии.

Больному необходимо отказаться от курения и приема алкоголя, так как эти вредные привычки приводят к еще большему повреждению миокарда.

При наличии симптомов сердечной недостаточности питание больного должно проводиться в рамках лечебного стола № 10 (см. Миокардит) или № 10 а. Стол № 10 а предусматривает еще большее уменьшение нагрузки на сердечно-сосудистую систему, стимуляцию мочеотделения. По сравнению со столом № 10 в ней еще больше снижается калорийность рациона. Количество потребляемой жидкости ограничивается до 500-600 мл в сутки. Поваренная соль не добавляется при приготовлении блюда и не выдается для досаливания. Пища подается больному в перетертом или измельченном виде. Продукты отвариваются или готовятся на пару, реже запекаются. Питание должно быть частым - 6 раз в день, небольшими порциями.

Необходимо тщательно следить за состоянием больного, контролировать общее состояние, цвет кожных покровов, положение больного, подсчитывать пульс, измерять АД и суточный диурез.

При запорах ставятся очистительные клизмы, при выраженном метеоризме лежачим больным рекомендуется введение газоотводной трубки.

Лекарственные препараты должны выдаваться в строгом соответствии с указаниями врача. Необходимо тщательно следить за выполнением рекомендаций по режиму, питанию и терапии больного.

Сестринский уход за больными с сердечными пороками.

Уход за больными с сердечными пороками зависит от вида порока, степени компенсации, основного заболевания, вызвавшего развитие порока.

Питание больных в стадии компенсации сердечной деятельности проводится по тем же правилам, что и питание здоровых людей (стол № 15). При декомпенсированном состоянии питание осуществляется по общим принципам питания больных с сердечной недостаточностью (см. Хроническая сердечная недостаточность).

Больным показана кислородотерапия, поэтому при компенсированных пороках необходимы регулярные прогулки на свежем воздухе, при декомпенсированных - оксигенотерапия.

Уход за больными с декомпенсированными пороками, находящимися на постельном режиме, такой же, что и при хронической сердечной недостаточности.

Сестринский уход при хронической недостаточности кровообращения.

Рекомендуется обеспечить условия для продолжительного и полноценного ночного сна (не менее 8-10 ч), во время отдыха устранять все возможные раздражители (не разговаривать в комнате, где отдыхает больной, не слушать музыку). Полезен одно - или двухчасовой дневной отдых. Пациент должен находиться в чистой, проветренной комнате.

Больным первой и второй стадиями ХНК после выписки из стационара ограничения режима не требуются, с третьей стадией рекомендуется домашний режим, а при прогрессировании проявлений ХНК - постельный режим.

Питание осуществляется в зависимости от степени выраженности ХНК: при стадиях 1 и 2А - стол № 10, при стадиях 2Б и 3 - стол № 10 а. Стол № 10 предусматривает ограничение поваренной соли до 3-5 г в сутки, некоторое уменьшение калорийности рациона, ограничение употребления свободной жидкости (до 800 мл в сутки). Запрещаются продукты, оказывающие тонизирующее воздействие (натуральный кофе, крепкий чай, какао, пряности), а также копченые, маринованные, жареные блюда, крепкие мясные и рыбные бульоны, свиное сало, бараний и говяжий жиры, продукты и напитки, способные вызывать метеоризм (капуста, бобовые, газированные напитки). Следует увеличить потребление овощей, ягод и фруктов, так как они повышают витаминизированность рациона. Кроме того, ряд фруктов (курага, изюм, абрикосы, инжир, бананы) содержат большое количество калия, полезного таким больным. Принимать пищу нужно 4-5 раз в день небольшими порциями, последний прием пищи должен быть не позднее 3 ч до сна.

Стол № 10 а предусматривает дальнейшее уменьшение нагрузки на сердечно-сосудистую систему, стимуляцию мочеотделения. По сравнению со столом № 10 в ней еще больше ограничивается употребление белков, жиров, углеводов, снижается калорийность рациона. Количество потребляемой жидкости сокращается до 500-600 мл в сутки. Поваренная соль не добавляется при приготовлении блюда и не выдается для досаливания. Пища подается больному в протертом или измельченном виде. Продукты отвариваются или готовятся на пару, реже запекаются. Питание должно быть частым (6 раз в день) и небольшими порциями. В некоторых случаях (по назначению врача) больным показана специальная калиевая диета, стимулирующая мочевыделение. При назначении этой диеты в рацион больного включают следующие продукты: телятину, блюда из пшеничной, овсяной, ячневой круп, молоко, творог, растительное масло, капусту, картофель, персики, абрикосы, изюм, курагу, бананы, мандарины, шиповник.

ЛФК применяется только по назначению врача. При первой стадии ХНК рекомендуются утренняя гимнастика (из исходных положений лежа, стоя, сидя выполняются общеукрепляющие упражнения для всех групп мышц), прогулки на свежем воздухе, терренкуры. Показано сочетание ЛФК и общего массажа.

При стадии 2А показана лечебная гимнастика, упражнения выполняются из положения сидя и лежа, темп медленный, допускается сочетание активных и пассивных упражнений, их чередование с дыхательными упражнениями. ЛФК может сочетаться с массажем нижних конечностей.

При стадии 2Б упражнения проводятся в исходном положении лежа, выполняются в медленном темпе, чередуются с дыхательными упражнениями. Массаж не назначается. Третья стадия ХНК является противопоказанием для ЛФК и массажа.

Уход за больным с третьей стадией ХНК, находящимся на постельном режиме:

) постель должна быть мягкой и удобной, необходимо регулярно менять постельное белье, следить, чтобы на простыне не образовывались складки. Больного укладывают с приподнятым подголовником и подложенными под голову и под спину подушками (в таком положении облегчается дыхание); необходимо каждые 2 ч менять положение больного в кровати;

) обязательным является профилактика пролежней (подкладывание под крестец, локти, пятки, затылок резиновых кругов, мешочков с песком, ежедневное растирание этих же областей водкой или камфорным спиртом);

) нужно следить за чистотой ротовой полости, ушей, глаз, носа;

) при отеках ног кожа становится сухой и при малейшем раздражении на ней образуются ранки и язвы, которые быстро инфицируются и долго не заживают. Для профилактики таких осложнений рекомендуется регулярно смазывать сухую кожу ног вазелином, при выраженных отеках присыпать детским тальком или крахмалом;

) при запорах больным ставятся очистительные клизмы, при метеоризме - газоотводные трубки.

Таким образом, можно сделать вывод, что каждое сердечно-сосудистое заболевание специфично и если средства профилактики достаточно схожи для всех заболеваний: это прежде всего активный образ жизни, физические упражнения, закаливание и т.п., то за каждым больным необходим индивидуальный сестринский уход.

# ***Глава 4. Разработка плана ухода за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы***

# ***4.1 Основные принципы ухода за больными с сердечно сосудистыми заболеваниями***

Уход это совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению, облегчению страданий и предотвращению осложнений, выполнению врачебных назначений. Правильный уход предполагает создание благоприятной бытовой и психологической обстановки на всех этапах лечения. Он строится на принципах охранительного режима, оберегающего и щадящего психику больного.

Общий уход включает гигиеническое содержание помещения, в котором находится больной, поддержание надлежащего гигиенического состояния самого больного, заботу об удобной постели, ее чистоте и одежде больного, организацию питания больного, оказание помощи при приеме пищи, туалете, физиологических отправлениях, четкое и своевременное выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за динамикой самочувствия и состояния больного.

Устранение всякого рода чрезмерных раздражителей, обеспечение тишины, покоя, создание обстановки уюта способствуют поддержанию у больного оптимистического настроения, уверенности в благоприятном исходе болезни. Успешное выполнение многочисленных мероприятий по уходу требует не только соответствующих навыков, но и сострадательного отношения к больному, душевной щедрости.

Болезни, физические страдания порождают повышенную раздражительность, чувство тревоги, ощущение неудовлетворенности, иногда даже безысходности, недовольство, обращенное к медперсоналу или близким. Противопоставить этому тягостному мироощущению нужно чуткость, такт, умение ободрить, поддержать больного.

Заболевания сердечно-сосудистой системы по тем или иным причинам сопровождаются затруднением работы различных отделов сердца, что в конечном итоге приводит к развитию сердечной недостаточности и возникновению венозного застоя. Важнейшими симптомами заболеваний сердечно-сосудистой системы являются сердцебиение, боли в области сердца, одышка, отеки.

Увеличение частоты сердечных сокращений, тахикардия, воспринимаемая больными как сердцебиение, часто является первым признаком сердечной недостаточности.

При появлении сердцебиения у больного сестра должна сообщить об этом врачу, чтобы он уточнил причину тахикардии и назначил соответствующий режим и лечение. Иногда сердцебиение может возникнуть у практически здоровых людей с неустойчивой нервной регуляцией. В таких случаях эффективными оказываются препараты валерианового корня, рациональная физкультура.

При уходе за больными с артериальной гипертензией необходимо уделять пристальное внимание соблюдению больным всех требований лечебно-охранительноrо режима, так как отрицательные эмоции, нервно-психические нагрузки, плохой сон могут усугубить течение болезни.

Гипертонический криз требует срочного врачебного вмешательства и введения антигипертензивных препаратов, так как он может осложниться нарушением мозгового и коронарного кровообращения.

До прихода врача больному необходимо обеспечить полный покой, доступ свежего воздуха, можно сделать горячие ножные ванны и теплые ванны для рук (с температурой воды 37 - 40? С). Больного с остро возникшей артериальной гипотензией необходимо уложить, приподнять ножной конец кровати, для улучшения притока крови головному мозгу, ввести по назначению врача соответствуют лекарственные препараты.

Острая боль в груди является симптомом таких грозных заболеваний как инфаркт миокарда, стенокардия и др. и поэтому требует оказания неотложной помощи.

Стенокардия - приступ сжимающей боли за грудиной или слева от нее, возникающий при физической нагрузке или в покое. Боль обычно длится несколько минут и снимается нитроглицерином. Для снятия приступа нужно дать больному одну таблетку или 2 - 3 капли 1% -го раствора нитроглицерина под язык. Препарат снимает боль в течение 2 - 3 минут. При отсутствии эффекта в течение 5 минут нитроглицерин в той же дозе следует дать повторно. В некоторых случаях болевые приступы снимаются валидолом (по 2-5 капель или 1 таблетка под язык), однако эффект валидола значительно меньше, чем нитроглицерина.

Помощь больному при приступе стенокардии заключается в обеспечении полного покоя, приёме нитроглицерина под язык (при этом целесообразно придать больному возвышенное положение) и реже в постановке горчичников на область сердца.

Инфаркт миокарда - некроз участка сердечной мышцы, развивающийся в результате острого нарушения кровоснабжения миокарда. Наиболее часто встречающийся, так называемый типичный (болевой, ангинозный) вариант инфаркта миокарда характеризуется появлением болей за грудиной чрезвычайно сильных, не купируемых (не устраняемых) покоем или приёмом нитроглицерина, длящихся более 30 мин (до нескольких часов). Эти боли сопровождаются чувством страха смерти, удушьем, резкой слабостью, падением АД и т.д. Таким больным, в первые же часы заболевания необходима срочная госпитализация в палату интенсивной терапии, снабжённую всей необходимой аппаратурой для мониторирования (автоматического постоянного слежения) их состояния и проведения возможных реанимационных мероприятий. В течение первых дней больным назначают строгий постельный режим; в этот период необходимы контроль над состоянием постели, нательного и постельного белья, выполнение всех гигиенических процедур, кормление больного, подача судна, мочеприёмника и т.д.

Отёки при сердечной недостаточности - результат застоя крови в большом кpyгe кровообращения и задержки жидкости в организме. Сердечные отёки локализуются чаще всего на ногах, если больной ходит, или в области крестца, поясницы, лопаток, если больной лежит. Кожа в области отёка становится гладкой, блестящей, натянутой, при надавливании на ней образуется долго не расправляющаяся ямка.

Отеки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы возникают вследствие недостаточности преимущественно правого желудочка сердца, переполнения вен большого круга кровообращения кровью. У больного увеличивается печень, появляются отеки подкожной клетчатки, возникает водянка полостей (брюшной, плевральной). Развитию явных отеков предшествует период задержки жидкости, который проявляется уменьшением количества выделяемой мочи (олигурия). При наличии отеков больной нуждается в нестрогом постельном режиме. Медицинская сестра следит за соблюдением пищевого и питьевого режима, ежесуточно измеряет диурез, записывает данные измерений в историю болезни.

Состояние водного баланса можно контролировать и путём взвешивания больного: быстрое увеличение массы тела свидетельствует о задержке жидкости. Следует помнить, что больные, находящиеся на постельном режиме и получающие мочегонные средства, должны быть обеспечены мочеприемниками, суднами.

Обычно развитие сердечной недостаточности сопровождается застоем в органах брюшной полости, что ведет к различным диспептическим расстройствам - снижению аппетита, тошноте, чувству распирания в верхних отделах живота, запорам. В круг обязанностей медсестры входит наблюдение за физиологическими отправлениями больного. По назначению врача сестра дает больному слабительное, делает очистительную клизму.

Весь уход при заболеваниях сердечно-сосудистой системы должен быть направлен на максимальное облегчение работы сердца. Естественно, больному должен быть обеспечен психический покой. Это особенно важно для больных, страдающих стенокардией, так как любое волнение у них может быть причиной спазма венечных сосудов.

У больных с хронической сердечной недостаточностью, вынужденных находиться на постельном режиме, часто развиваются трофические изменения в местах образования отёков в области крестца, поясницы, лопаток, что может привести к образованию пролежней. В связи с этим особенно важны меры профилактики образования пролежней.

Итак, в качестве основных рекомендаций по уходу за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы можно сформулировать следующие:

. Регулярное измерение основных гемодинамических показателей артериального давления и пульса.

. Контроль за регулярным приемом сердечно-сосудистых препаратов, их дозировкой в строгом соответствии с предписаниями врача (т.к. многие пожилые больные привыкли ориентироваться на собственное самочувствие: если ничего не беспокоит - самовольно отменяют препараты, уменьшают дозу, "экономят" таблетки, делятся с соседями. Больные преклонного возраста с явлениями сенильной деменции просто могут отказаться от лекарств).

. Необходимо обращать внимание на необычные 'нетипичные' жалобы, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, т.к. у лиц пожилого возраста в большинстве случаев даже острые состояния, например, инфаркт миокарда, подъем артериального давления, нарушение ритма, начинаются атипично, 'стёрто', развиваются постепенно, зачастую имитируя заболевания других органов и систем (например, остеохондроз).

. Одним из грозных осложнений длительного постельного режима являются тромбозы и тромбоэмболии. Неподвижное состояние конечностей сжатых собственной тяжестью или давящими предметами, даже подушкой, подложенной под колени, приводят к застою венозной крови. Полезно в целях профилактики применять физические упражнения на сгибание, разгибание в суставах, неглубокий массаж ног, периодическое их поднятие с помощью подушки, частое изменение положения тела.

. Необходимо владеть навыками неотложной доврачебной помощи.

. В питании необходимо: ограничение соли - исходя из реальных условий жизни больного, рекомендовать больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы диету:

со снижением количества поваренной соли (готовить без нее, лишь слегка подсаливать перед подачей на стол);

уменьшение количества потребляемой жидкости;

снижение употребления жиров животного происхождения;

увеличение употребления продуктов, богатых калием.

# ***4.2 Реализация и оценка эффективности проведенной работы в кардиологическом отделении ГБУ МЗСК "Кисловодская ЦГБ"***

Реализации плана ухода включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства: независимое, зависимое, взаимозависимое. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Независимое - предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от др. специалистов (например, в течение дня мной проводилось измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.).

Зависимое - выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (В присутствии медицинской сестры я проводил инъекции, ставил капельницы, по предписанию врача сопровождал больного в специализированные кабинеты: для проведения УЗИ сердца, рентгена легких, и др.).

Взаимозависимое - совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами (например, утренний осмотр больного, запись назначений, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей.

Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода.

Реабилитирующая помощь - длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом. После осмотра лечащим врачом и выписки пациента, медицинская сестра рекомендует больному посещать кабинет ЛФК, плавательный бассейн. Мы еще раз провели беседу с больными о вреде курения и избыточного веса.

Проводя данный этап сестринского ухода медицинская сестра решает две стратегические задачи:

. наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории (карте) болезни;

2. наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу, связанных с постановкой сестринского диагноза и регистрация полученных данных в сестринской истории (карте) болезни.

Заключительном этапом является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

- оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;

- оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;

- оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента;

- активный поиск и оценка новых проблем пациента.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского ухода приводит в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Систематический процесс оценки требует от медсестры навыка мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми. Если поставленные цели достигнуты, проблема решена, то медицинская сестра удостоверяет это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, расписывается и проставляет дату.

# ***Заключение***

Итак, нами был поставлен ряд задач, которые необходимо было решить в ходе дипломного исследования.

. Мы определили понятие сердечно-сосудистых заболеваний. Выявили причины их возникновения.

Огромная часть заболеваний сердечно-сосудистой системы происходит не из-за излишних нагрузок на нее, а из-за хронической, постоянной ее недозагруженности. Каждый, конечно, прекрасно знает, как слабеют мышцы, если их не тренировать. А в сердце тоже есть мышца, и ей точно так же полезны высокие нагрузки, как и всем остальным мышцам в организме. Разумеется, сейчас мы говорим о здоровом сердце. Более того, мышечная ткань есть и в кровеносных сосудах, тренировки нужны и им.

Нетренированность сердечно-сосудистой системы приводит и к проблемам другого рода. У большинства современных людей, особенно горожан, при глобальном уменьшении физических нагрузок непомерно возросли нагрузки нервно-психологические. Это в большой степени обусловлено тем количеством информации, которая ежедневно поступает к нам через телевидение, газеты, Интернет и прочие средства информации.

Сердечно-сосудистые заболевания многочисленны и протекают по-разному. Некоторые из них, такие как ревматизм или миокардит, являются болезнями преимущественно сердца. Другие болезни, например атеросклероз или флебиты, поражают, прежде всего, артерии и вены. Наконец, от третьей группы заболеваний страдает сердечно-сосудистая система в целом. К последнему классу болезней относится в первую очередь гипертоническая болезнь. Хотя часто провести такую четкую границу между заболеваниями сердца и заболеваниями сосудов бывает сложно. Например, атеросклероз - заболевание артерий, но когда он развивается в коронарной артерии, то атеросклероз такого типа называется ишемической болезнью и уже относится к болезням сердца.

. Дали характеристику основным симптомам при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

При развитии ССЗ развивается ряд симптомов, которые указывают на то или иное заболевание.

Одышка - это нарушение ритма, частоты или глубины дыхания, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха.

Удушье - крайняя степень выраженности одышки.

Учащенное сердцебиение - ощущение сильных и частых, иногда неритмичных сокращений сердца.

Боль в области сердца при различных заболеваниях имеет определенный характер.

Кровохарканье - появление примеси крови в мокроте.

Причина возникновения отеков при сердечнососудистых заболеваниях - венозный застой в большом круге кровообращения.

В каждом отдельном случае необходима тщательная диагностика заболевания, соответствующий уход за больным и лечение.

. Провели классификацию сердечно-сосудистых заболеваний с возможными мерами профилактики.

ССЗ классифицируются по ряду признаков. Это могут быть врожденные пороки сердца, Инфекционные заболевания и т.п.

На фоне повышенного артериального давления может развиться ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и т.д.

. Определили роль сестринского персонала в профилактике и уходе за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системе.

Огромную роль в недопущении развития ССЗ играют профилактические меры. Это в первую очередь отказ от вредных привычек, отказ от переедания, занятия физической культурой, плаванием, проведением профилактических бесед с населением и пациентами.

Уход за больными с ССЗ должен быть индивидуальным и при каждом конкретном заболевании необходимо проводить комплекс мероприятий направленных на быстрое выздоровление пациента, а также ряд профилактических мероприятий во избежание возникновения осложнений.

. В практической части работы мы рассмотрели практические действия и обязанности медицинской сестры.

Так же практика помогла нам:

- определить понятие сердечно-сосудистых заболеваний;

- выявить причины их возникновения;

- охарактеризовать основные симптомы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;

- провести классификацию сердечно-сосудистых заболеваний и одновременно рассмотреть меры профилактики данных заболеваний;

- определить роль сестринского персонала в профилактике и уходе за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Профилактику сердечно - сосудистых заболеваний надо начинать с детского возраста, когда закладываются основы образа жизни. В семье и в школе нужно прививать детям здоровый образ жизни, чтобы предупредить у них появление привычек, являющихся фактором риска сердечно - сосудистых заболеваний (курение, переедание, низкая физическая активность и т.д.) для здравоохранения очень важно, что некоторые факторы риска являются общими для ряда заболеваний, поэтому борьба с ними приведет вообще к улучшению здоровья населения.

Большинство медицинских работников понимают важность и необходимость профилактики, однако мало занимаются ею в повседневной деятельности.

Многих распространенных в настоящее время сердечно - сосудистых заболеваний можно было бы избежать лишь строго соблюдая режим труда и отдыха, правильно питаясь. Исследования ученых о роли влияния образа жизни на здоровье, проведенные за последние годы на больших группах людей показали, что мужчины в среднем могут продлить жизнь на 13, а женщины на 9 лет, если не будут употреблять алкоголь, не будут курить, будут регулярно правильно питаться и спать 8 часов в ночное время, заниматься спортом. Тот, кто всерьез хочет заняться своим здоровьем, быть красивым, с хорошим настроением и жизненной активностью - тот несомненно добьется успеха и распрощается со многими болезнями. Здоровый образ жизни, спокойная и благожелательная атмосфера в семье и на работе, регулярные профилактические осмотры у кардиолога - вот и вся профилактика и сердечно-сосудистых заболеваний.

За здоровым образом жизни - будущее!

# ***Библиография***

1. Артюнина Г.П. Основы медицинских знаний: учеб. пособе для студентов медицинских вузов. / Г.П. Артюнина. - М.: Академический проект, 2009. - 766 с.

2. Асмолов А.Г. Психология личности. - М.: Владос, 2010. - 382 с.

. Бубнов В.Г. Основы медицинских знаний: учеб. пособие для высшей школы / В.Г. Бубнов - М.: АСТ: Астрель, 2009. - 256 с.

. Булич Э.Г., Муравов И.В. Здоровье человека. - М.: Олимпийская литература, 2003. - 12 - 14 с.

. Внутренние Болезни: Учебник: в 2 т. / Под ред.А. И Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.С. Галявича (отв. Ред.). - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - Т.1. - 600 с.

. Гасилин В.С., Куликова Н.М. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда. - М.: Медицина, 2010. - 174 с

. Гребнев А.Л., Шейгиулин А.Л. Основы общего ухода за больными. - М.: Медицина, 2012. - 311 с.

. Гусев Л.И., Барскова Т.Ю. Квантовая терапия в кардиологии и ангиологии / Методическое пособие для врачей - М.: ЗАО "МИЛТА-ПКП ГИТ", 2008. - 492 с.

. Журнал "Сестринское дело", №2. - 2010. - С.26-28.

. Иванова В.И. Организация медицинского просвещения в "школах пациентов"/В.И. Иванова, Т.В. Матвейчик // Медицинские знания. - 2009. - №3. - С.41-45.

. Ильинский Б.В. - ИБС и наследственность. - М.: Медицина, 2011. - 176 с.

. Иньков А.Н. ИБС. - Ростов н/д: Феникс, 2010. - 96 с

. Кардиология в вопросах и ответах / Под редакцией профессора Ю.Р. Ковалева. - СПб: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2012. - 456 с.

. Кардиология в таблицах и схемах. Под ред. М. Фрида и С. Грайнс. Пер. с англ. - М.: Практика. - 2009. - 736 с.

. Козлов И.Д. Роль среднего медицинского персонала в ведении пациентов с артериальной гипертензией (сообщение 1) /И.Д. Козлов // Медицинские знания. - 2008. - №5. - С.52-54.

. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: Учеб. пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М. - 2010. - 544 с.

. Матвейчик Т.В. Введение в основы сестринской педагогики/ Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Медицинские знания. - 2011. - №1. - С.17-22.

. Никитин А.В., Переверзев Б.М., Гусманов В.А. Основы диагностики заболеваний внутренних органов, Учеб. пособие. - Воронеж: Изд-во Воронежского гос. ун-та, 2009. - 519 с.

. Оганов Р.Г. Профилактика ССЗ в работе врача общей практики. - статья www.zdorove.ru, - 2013.

. Плащинская Л.И. Опыт работы по профилактике артериальной гипертензии/ Л.И. Плащинская // Медицинские знания. - 2008. - №2. - С.51-54.

. Пшеничная Л.Ф. Педагогика в сестринском деле/ Л.Ф. Пшеничная. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 512 с.

. Рекомендации Европейского кардиологического общества, Европейского общества по изучению атеросклероза, Европейского общества по изучению гипертонии. Профилактика ИБС в Клинической практике. - интернет сайт www.nedug.ru, 2013.

. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб.: Питер 2011. - 592 с.

. Руксин В.В. Неотложная кардиология. - СПб: Невский диалект, 2009. - 471 с.

. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учеб. пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-е изд., перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. - 668 с.

. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство/ Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова и др. Под ред. Ю.П. Лисицына. - М.: КМК, 2009. - 387 с.

. Справочник медицинской сестры по уходу за больными с ИБС. - М.: Изд. МГУ, 2010. - 311 с.

. Степанов В.В. Организация работы лечебно-профилактического учреждения / Под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В.И. Стародубова. - М: МЦФЭР. - 2008. - 464 с.

. Туркина Н.В. Общий уход за больными: (учеб. для мед. вузов) / Н.В. Туркина, А.Б. Филенко. - М.: КМК. - 2012. - 550 c.

. Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела / Под общей редакцией А.И. Шпирна. - М.: Крокус, 2011. - 492 с.

. Шевченко Н.М. Кардиология/ Н.М. Шевченко. - М.: Медицина, 2011. - 318 с.

. Яковлева Н.Г. Гипертония: жизнь без страха/ Н.Г. Яковлева. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб: ИК "Невский проспект", 2011.