Содержание

1. Введение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2
2. Возрастные изменения в ССС у пожилых людей.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3
3. Роль медсестры в организации лечения и ухода

за больными с ревматизмом пожилого возраста\_\_\_\_\_ 9

4. Задача на сестринский процесс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_12

5. Литература\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_24

***Введение***

Старость представляет собой неизбежный и закономерный этап развития организма, один из периодов его онтогенеза, такой же закономерный и НЕИЗБЕЖНЫЙ этап развития организма, как детство, юность и зрелость, а болезнь - нарушение нормальной жизнедеятельности, наступающее в любом возрасте под влиянием вредных факторов внешней и внутренней среды. Старение же представляет собой длительный биологический процесс, развивающийся задолго до появления внешних признаков.

Развивающиеся по мере старения заболевания могут вызвать значительные изменения в организме и изменить ход естественного, физиологического процесса. Особенно существенное влияние на состояние здоровья и интенсивность возрастных изменений оказывает атеросклероз. Известно, что при нем происходит отложение липидов во внутренней оболочке артерий с последующим развитием соединительной ткани и снижением их эластичности, утолщение стенки сосуда, уменьшение его просвета, возникновение тромбов. Все это приводит к расстройству кровообращения, кислородному голоданию тканей, нарушению метаболических процессов. Исследования последних лет показали, что поражение сосудистой стенки при атеросклерозе происходит вследствие сложных нарушений, как белково-липидного обмена, так и нейрогуморальной регуляции и проницаемости артерий.

Большинство ученых рассматривают атеросклероз как болезнь, приобретающую особо интенсивное течение в определенном возрастном периоде. В то же время известно, что возрастные изменения являются предпосылкой для развития данной патологии. По мнению А. Л. Мясникова, возрастной фактор закономерно меняет не только структуру, но и химический состав артериальных стенок и должен рассматриваться как важное условие, способствующее развитию атеросклероза.

Установлено, что в процессе старения организма снижается интенсивность окислительных процессов в органах и тканях, а также функциональная активность ряда желез внутренней секреции и гипоталамуса, происходит перестройка регуляции функций и обмена веществ. Все это, несомненно, оказывает влияние на развитие и проявление ишемической болезни сердца у людей старших возрастных групп. Следовательно, недоучет возрастных изменений и взаимосвязи их с атеросклеротическими изменениями может привести врача к неправильным выводам при анализе и трактовке результатов исследования.

***Возрастные изменения системы кровообращения в пожилом возрасте.***

В старости сердечная мышца становится дряблой. В результате потери эластичности и растяжения мышечных волокон правый желудочек и особенно его выводной конус у человека в старости расширяется, обычно даже образуя выпячивание у верхушки сердца. Устья полых вен также значительно расширяются. Вход в левое ушко расширен. С возрастом усиливается наклон впадающих в правое предсердие обеих полых вен. С возрастом изменяется и строение сердца. Изменяется эндокард и клапаны сердца. Из рыхлой оболочки эндокард превращается в сравнительно плотную. Клапаны сердца из нежных становятся плотными за счет фиброзной ткани. Наблюдаемые на их краях утолщения (неровности) сглаживаются, в полулунных остается одно. Створки клапанов, вначале имеющие неясные очертания, приобретают более четкий дифференцированный характер. Створки в предсердно-желудочковых клапанах становятся ясно выделенными, постепенно выделяются добавочные створки

Размеры сердца и его вес уменьшаются, однако в силу общей атрофии мускулатуры тела вес сердца может и не падать. Мышечные волокна укорачиваются и утоньшаются. Они могут подвергаться дегенерации. Наблюдается прогрессивное развитие и огрубение соединительной ткани, которая с 60 лет подвержена дегенеративным процессам: утолщение коллагеновых волокон, потеря их структуры и, наконец, гиалинизация с последующим распадом. Дегенеративные изменения наблюдаются в старости и в эластической ткани. Процессы старения сердца сказываются отрицательно на состоянии его венечных артерий, - что ухудшает и нарушает питание его мышц (склеротические явления). Наблюдаются также отрицательные явления и в состоянии его лимфатических сосудов. Обычным возрастным артериосклерозом сосудов является большей частью склероз и гиалинизация внутренней оболочки с переходом в патологию.

**Изменения в сосудах**.

Структура сосудистой стенки меняется с возрастом у каждого человека. Постепенно атрофируется и уменьшается мышечный слой каждого сосуда, теряется его эластичность, и появляются склеротические уплотнения внутренней стенки. Это сильно ограничивает способности сосудов к расширению и сужению, что уже является патологией. В первую очередь страдают крупные артериальные стволы, особенно аорта. У пожилых и старых людей значительно уменьшается количество действующих капилляров на единицу площади. Ткани и органы перестают получать необходимое им количество питательных веществ и кислорода, а это ведет к их голоданию и развитию различных заболеваний.

С возрастом у каждого человека мелкие сосуды все более и более "закупориваются" известковыми отложениями, и возрастает периферическое сосудистое сопротивление. Это ведет к некоторому повышению артериального давления. Венозное давление снижается. Урежается частота сердечных сокращений. Но развитию гипертонии в значительной мере препятствует то обстоятельство, что с уменьшением тонуса мышечной стенки крупных сосудов расширяется просвет венозного русла. Это ведет к снижению минутного объема сердца (минутный объем - количество крови, выбрасываемое сердцем за одну минуту) и к активному перераспределению периферического кровообращения. Коронарное и сердечное кровообращение обычно почти не страдает от уменьшения минутного объема сердца, тогда как почечное и печеночное кровообращение сильно уменьшаются.

**Снижение сократительной способности сердечной мышцы.**

Чем старше становится человек, тем большее количество мышечных волокон сердечной мышцы атрофируется. Развивается так называемое "старческое сердце". Идет прогрессирующий склероз миокарда, и на месте атрофированных мышечных волокон сердечной ткани развиваются волокна нерабочей соединительной ткани. Сила сердечных сокращений постепенно снижается, происходит все более усиливающееся нарушение обменных процессов, что создает условия для энергетически-динамической недостаточности сердца в условиях напряженной деятельности. Увеличивается порог влияния симпатической нервной системы на сократительную способность миокарда, отмечается уменьшение инотропного действия катехоламинов. Снижается уровень процессов реполяризации в миокарде (уменьшается амплитуда зубца Т на ЭКГ, в I, II, а VI, V3- V6 зубец Т положительный, а в сегменте ST находится на изолинии). Изменяется процесс деполяризации: расширяется комплекс QRS, но не превышает 1 секунды. Электрическая ось сердца отклоняется влево. Удлиняется электрическая систола сердца. Ухудшаются условия распространения возбуждения в предсердиях. Замедляются атриовентрикулярная проводимость и распространение возбуждения по миокарду желудочков. Характерен правильный синусовый ритм. Происходит утолщение аортальных и митральных створок с прогрессирующей дегенеративной кальцификацией обоих клапанов. Увеличивается содержание интерстициального коллагена. Отмечается умеренное увеличение внутреннего систолического и диастолического диаметра левого желудочка

**Нейрогуморальная регуляция**

Кроме того, в пожилом возрасте ослабляются условные и безусловные рефлексы регуляции кровообращения, все больше выявляется инертность сосудистых реакций. Исследования показали, что при старении изменяются влияния на сердечно-сосудистую систему различных структур мозга. В свою очередь изменяется и обратная связь: ослабляются рефлексы, идущие с барорецепторов крупных сосудов. Это ведет к нарушению регуляции артериального давления.

В результате всех вышеперечисленных процессов с возрастом физическая работоспособность сердца падает. Это ведет к ограничению диапазона резервных возможностей организма и к снижению эффективности его работы. Под влиянием катехоламинов чаще происходят нарушения ритма, страдает энергетика миокарда. Ослабляются влияния блуждающего нерва на сердце; во многом это связано с деструктивными изменениями нервного аппарата и сдвигами в синтезе ацетилхолина. Снижается эффективная концентрация гормонов анаболического типа (инсулин, половые гормоны), что способствует развитию недостаточности обеспечения функции сократимости миокарда. С возрастом растет чувствительность организма к вазопрессину, другим гормональным веществам, в частности ангиотензину и гистамину. Таким образом, в регуляции сердечно-сосудистой системы с возрастом ослабевает роль нервных механизмов и повышается значимость гуморальных.

**Сдвиги на электрокардиограмме сердца влево у 80% людей старших возрастных групп.**

Возникновению эктопических очагов возбуждения в старости способствует появление в миокарде очагов нарушенного метаболизма, повышение чувствительности сердца к ряду гуморальных факторов и в первую очередь к катехоламинам. Многие исследователи отмечают у старых людей мерцательную аритмию, выявляемую в 22% случаев. Подчеркивают, что у стариков преобладает брадиаритмическая форма аритмии. Нарушение ритма П. Лисап и Г. Цеклеч считают обычным явлением для таких людей. С таким мнением вряд ли можно согласиться. У обследованных практически здоровых пожилых людей без выраженных проявлений коронарного атеросклероза мерцательная аритмия не отмечалась, лишь иногда регистрировались единичные желудочковые экстрасистолы.

У стариков характерно замедление проводимости по пучку Гиса и его ножкам, удлинение электрической систолы. По данным ряда ученых, В. Д. Михайлова-Лукашова, В.М. Яковлев отметили отрицательный зубец Т у 60% пациентов. При изучении электрокардиограмм в динамике установлено, что по мере старения организма количество изменений увеличивается. Как видно из приведенных данных, с возрастом происходит значительное нарушение ЭКГ. Это должно определенным образом сказаться на развитии и степени выраженности сдвигов при разных формах ишемической болезни сердца.

**Функциональные сдвиги в миокарде**

В настоящее время большинство исследователей сходятся на том, что по мере старения организма количество измененных баллистокардиограмм увеличивается. По данным В. Докка и соавторов, с возрастом функциональные сдвиги в миокарде, выявляемые с помощью метода баллистокардиографии, нарастают от 20% до 40 - 45% в 60-летнем возрасте. Ряд авторов указывают, что у людей старше 60 лет лишь в 20% случаев форма кардиограммы соответствовала таковой у молодых. Е. Беллини изменения выявил у 90% пациентов старше 60 лет. Также отметили снижение амплитуды волны J, усиление дыхательных колебаний, повышение волны L, увеличение степени изменений по Броуну. Величина сегмента IJ баллистокардиограммы отражает в первую очередь выраженность возрастных изменений в миокарде.

Таким образом, приведенные данные показывают, что с возрастом происходят существенные изменения кардиограммы. Среди многих причин, обусловливающих это, доминируют старческие изменения в сердце и снижение его сократительной способности. При оценке сократительной способности методом поликардиографии отмечено изменение фазовой структуры левого желудочка. У пожилых людей происходит нарушение отдельных фаз и периодов систолы сердца, что обусловлено изменением гемодинамики и функционального состояния сердечной мышцы. Так, по данным И. Н. Броновца, фаза напряжения у людей 20 - 29 лет составляет 0,0825 секунды, а у лиц 60 лет и старше - 0,104 секунды. Аналогичные сдвиги в фазе напряжения выявили и другие авторы. Отмеченные особенности объясняются развитием в миокарде по мере старения диффузных дистрофических и склеротических нарушения. По данным одних исследователей, с возрастом уменьшаются период изгнания, коэффициент Блюмбергера и внутренний систолический показатель, другие у практически здоровых людей находили удлинение периода изгнания.

На фонокардиограмме у старых людей отмечается уменьшение амплитуды I тона в области верхушки сердца и увеличение II тона - над аортой. Соотношение между I и II тоном на верхушке равно 1 к 1, в то время как у молодых оно составляет 2 к 1 или 2,5 к 1. Причина снижения обусловлена двумя факторами. Во-первых, дилатацией левого желудочка в результате снижения тонуса миокарда, что приводит к относительной недостаточности митрального клапана. В результате клапанный компонент постепенно теряет свое значение. Во-вторых, развивающийся возрастной миофиброз снижает участие мышечного компонента в образовании I тона.

***Роль медсестры в организации лечения и ухода за больными с ревматизмом пожилого возраста***

**Ревматизм** – инфекционно-аллергическое заболевание, поражающее соединительную ткань сердечно-сосудистой системы (эндокард, миокард, реже перикард) и крупных суставов. В результате развиваются деформации клапанного аппарата сердца и формируется порок сердца. Поражение суставов (преимущественно крупных) в настоящее время наблюдается редко, только в активной фазе болезни, а при ее ликвидации деформации суставов не остается.

Лечение ревматизма: старость - в радость!

Ревматизм относится к типу болезней, о которых мы стесняемся говорить. Мы ассоциируем недуг со «старостью-не-радостью», с дребезжащим креслом-качалкой, со старческим брюзжанием. Мы привыкли считать, что ревматизм - удел людей пожилых, что, обнаружив болезнь у себя, мы автоматически превращаемся в развалин.

**Это не так**.

Для успешного излечения от любого недуга важно относиться к нему как к проблеме, которую можно решить, а не как к неоспоримому вердикту. Ревматизм может коснуться каждого: стесняться тут нечего, теряться и расстраивать, тоже не стоит. Надо лечить.

**Прогноз**

* для жизни — удовлетворительный,
* для выздо­ровления — сомнительный,
* для трудоспособности — опре­деляется видом порока сердца и развитием недостаточно­сти кровообращения.

**Лечебно-реабилитационные мероприятия.**

Лечение ревматизма проводится в три этапа:

1) лечение активной фазы в стационаре;

2) продолжение лечения после выписки из стационара в поликлинике;

3) многолетнее диспансерное наблюдение и профилакти­ческое лечение в поликлинике.

**Показания к госпитализации:**

* первичноустановленный диагноз или по­дозрение на ревматизм;
* активность процесса у ранее наблю­давшихся больных;
* декомпенсация пороков сердца;
* присоединение вторичной инфекции (пневмонии, септического эндокардита и др.).

Лечебные мероприятия включают этиологическое и па­тогенетическое (подавление иммунного воспаления, кор­рекция иммунологических нарушений) лечение.

**Диета.**

В диете рекомендуется ограничить поваренную соль (до 3-4 г в сутки) и отчасти углеводы, увеличив количество белка. Важно соблюдать питьевой режим: жидкости не более 1,5 л в сутки, а при выраженной сердечной недостаточности прием жидкости следует ограничить до 1 л.

**Режим.**

Больные с активным ревматическим процессом подлежат госпитализации. Палата должна быть теплой, проветривание обязательно. В первые 7 - 10 дней заболевания больной должен соблюдать *полупо­стельный* режим (физиологические отправления разрешаются вне постели). Однако при наличии высокой активности патологического процесса следует соблюдать *постельный* режим, чтобы снизить нагрузку на сердечно-сосудистую систему.

**Медикаментозная реабилитация.**

При вышеперечислен­ных показаниях лечение проводится в стационаре с исполь­зованием этиологической (антибиотики пенициллинового ряда), патогенетической (НПВП) и симптоматической те­рапии.

При активной фазе с целью подавления стрептокок­ковой инфекции назначают антибиотикотерапию. Пред­почтение отдается пенициллину или полусинтетическим пенициллинам (ампициллин, оксациллин),назначенным в средних терапевтических дозах, внутримышечно, про­должительностью до 10 – 12 дней. Параллельно назнача­ются нестероидные противовоспалительные препараты различных групп: салицилаты (аспирин по 3 - 4 г/сут с по­степенным уменьшением дозы до 2 г курсом до 6—8 недель), индометацин по 0,025 г — 3 раза в сутки, до 4—5 не­дель, вольтарен и др. При ревмокардите, протекающем тяжело, а также при отсутствии эффекта от назначаемой терапии используется преднизолон, начиная с 20—30 мг/сут с последующим уменьшением дозы и отменой препарата (в течение 3—4 недель). Используются хинолиновые пре­параты: делагил по 0,25 г/сут или плаквенил по 0,2 г/сут в течение 3 - 4 месяцев для лечения затяжных форм заболе­вания. Традиционным является назначение антигистаминных препаратов, аскорбиновой кислоты и других вита­минов, препаратов калия, рибоксина.

При выписке из стационара курс лечения продолжа­ется в течение 1-2 месяцев (с учетом активности процесса и клинических проявлений).

При наличии порока сердца проводится симптоматическая терапия с учетом клинических прояв­лений ревматизма: витамины, сердечные гликозиды, моче­гонные препараты, антиаритмические средства и др.

При развитии недостаточности кровообращения про­водится соответствующая терапия.

**Физические методы реабилитации.**

Физиотерапию применяют с целью влияния на патогенетические механизмы заболевания:

* воспалительный процесс,
* иммунную пато­логию,
* нарушенную кардиогемодинамику.

Важной задачей примене­ния естественных и искусственных физических факторов является тренировка организма к различного рода воздействиям, способным ухудшить течение заболевания (температурные, физические и дру­гие факторы), а также стимулирование неспецифической реактив­ности для предупреждения рецидивов заболевания.

Тактику лечения определяют:

* выраженность воспалительного процесса (степень активности),
* характер клапанного поражения сердца,
* стадия недостаточности кровообращения,
* нарушения сер­дечного ритма,
* наличие поражений других органов и систем - су­ставов и внесуставных тканей, нервной системы, легких, почек и др.,
* наличие очагов хронической инфекции,
* сопутству­ющие заболевания.

В острой стадии ревматизма наряду с медикаментозной тера­пией, которая является основным видом лечения, можно применять некоторые виды физиотерапевтических воздействий.

При затянувшихся болях в суставах в активной и неактивной фазе могут применяться:

1. ультрафиолет;
2. электрофорез лекарств;
3. прогревание лампой соллюкс или лампой инфракрасных лучей;
4. УВЧ;
5. парафиновые аппликации.

6. бальнеотерапия

**Лечебная физкультура.**

Проведение ЛФК показано практически всем боль­ным ревматизмом (за исключением НК IIБ ст. — только дыхательная гимнастика с нефорсированным дыханием и III ст.). В остальных случаях проводится утренняя гигиени­ческая и лечебная гимнастика до 20 мин в положении стоя, дозированная ходьба, упражнения с нагрузкой при малой и средней подвижности.

**Социально-трудовая реабилитация.**

Трудоспособность больных устанавливается с учетом

* длительности активно­го процесса заболевания,
* наличия порока сердца,
* аритмии,
* недостаточности кровообращения,
* профессии больного.

Независимо от вида порока и его компенсации, больным противопоказана работа в условиях высокой или низкой температуры, повышенной влажности, на сквозняках, в ночную смену, со значительным нервно-психическим и физическим напряжением.

При I ст. активности процесса и латентном течении заболевания (при ликвидации обостре­ния) без наличия порока больные умственного труда — тру­доспособны; больные физического труда – с ограничением: противопоказаны ночные смены, длительные командиров­ки, тяжелый физический труд и др.

При пороке сердца 1-я категория лиц — трудоспособна, больные физического труда подлежат трудоустройству или могут быть направлены на ВТЭК, где с учетом степени недостаточности кровообраще­ния может быть дана группа инвалидности (чаще III).

При активности воспалительного процесса II или III ст. больнич­ный лист выдается на все время лечения, а вопрос о трудо­способности определяется степенью выраженности пато­логии сердца.

При недостаточности кровообращения IIА ст. больные физического труда нетрудоспособны по основ­ной профессии, при этом возможен перевод на более лег­кую работу; больным интеллектуального труда возможно его продолжение при создании облегченных условий. При недо­статочности кровообращения IIБ ст. все больные подлежат направлению на ВТЭК, где независимо от профессии им на­значается II группа инвалидности.

При неактивном ревма­тическом процессе вопрос о трудоспособности решается с учетом всех перечисленных ранее моментов.

Проведение оперативного лечения порока сердца явля­ется показанием для направления на ВТЭК — II группа ин­валидности в течение года с последующей перекомиссией.

**Санаторно-курортное лечение.**

При переходе заболевания в неактивную фазу возможно проведение реабилитацион­ного периода в условиях местных кардиологических сана­ториев (через 2—3 мес. после стихания активного процес­са). На климатические и бальнеологические курорты могут быть направлены больные с НК не выше I ст. Санаторно-курортное лечение не показано при НК IIБ и III ст.

**Профилактика.**

Первичная профилактика ревма­тизма:

* поддержание здорового образа жизни (у детей и взрослых);
* обязательная санация хронических очагов инфекции;
* полноценное своевременное лечение острых и хронических заболеваний носоглотки;
* общее закаливание.

Вторичная профилактика и диспансеризация.

При первичном ревмо­кардите в течение 3 лет - ежемесячная бициллинотерапия (бициллин-5 по 1,5 млн. ЕД в/м); в последующие 2 года - вес­ной и осенью.

При отсутствии порока сердца и активности процесса в течение всего этого времени больной может быть снят с «Д» учета или переведен в другую диспансерную груп­пу - лица с факторами риска.

При наличии порока серд­ца - «Д» учет пожизненный с проведением сезонныхпрофи­лактических курсов лечения в весенний и осенний период: бициллин-5 по 1,5 млн. ЕД однократно или бициллин-3 по 600 тыс. ЕД 1 раз в неделю, на курс - 4 инъекции.

При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда можно использовать НПВС (метиндол, индометацин, нимесулид и др.) в общепринятых дозировках 3 - 4 недели.

Также с уче­том клинических проявлений ревматизма возможно симпто­матическое лечение: витамины, сердечные гликозиды, моче­гонные препараты, антиаритмические средства и др.

При присоединении вторичной инфекции (грипп, ОРВИ и др.) необходимо осуществлять **текущую** профилактику - антибиотики пенициллинового ряда (пенициллин, ампи­циллин и др.) в общепринятых дозах в течение 10 дней.

При прогрессировании порока показана консультация кардиохирурга.

Профилактика ревматизма бициллином должна продолжаться и в период беременности. Конкрет­ные рекомендации по профилактике ревматизма оговари­ваются в специальных приказах по Министерству здраво­охранения, которые должны быть в медицинских учреж­дениях.

***Задача на сестринский процесс.***

Больной Кузнецов Олег Николаевич 71 год, обратился с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области после еды, изжогу, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что язва у него уже как 6-7 лет. Обострение обычно бывает весной и осенью. За медицинской помощью настояла обратиться дочь. Живет один, долго переживал смерть жены. Питается, когда чего приготовит (заменяет обед обычным бутербродом с чаем, любит соленые огурцы, аджику), курит по 1 пачке в день, как выяснилось любитель употреблять спиртные напитки. О своем здоровье много не беспокоится и не переживает, к лечению относится спокойно. Объективно: состояние удовлетворительное, у пациента съемные зубные протезы (за которыми он тщательно следит, так как долго копил на них деньги). Положение больного активное, походка шатающая (ходит с клюшкой. Отеков нет, ревматоидный артрит коленных суставов. Рост 167 см. вес 65 кг, Т тела 36,7 С, Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом, живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Пульс 70 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 150/ 90 мм.рт.ст. ЧДД 18 в минуту. Стул неустойчивый со склонностью к запорам. Мочеиспускание в норме, безболезненное. Над всей поверхностью грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание, есть изменения в голосовом дрожании. При пальпации живота во время обострения часто удается выявить локальную болезненность в эпигастральной области, нередко в сочетании с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки Перкуторно там же определяется ограниченная зона болезненности. Болезненность может отмечаться слева или справа от позвоночника при надавливании на него в области X грудного, I поясничного позвонков.

Выявленные синдромы: болевой синдром (боль в эпигастральной области)

Синдром желудочной диспепсии: изжога после еды через 30 минут

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС**

Способствуют развитию болезни и ее обострению:

1. длительное и часто повторяющееся нервно-эмоциональное

перенапряжение (стресс);

2. генетическая предрасположенность, в том числе стойкое

повышение кислотности желудочного сока конституционного

характера;

3. предъязвенное состояние: наличие хронического гастрита,

дуоденита, функциональных нарушений желудка и

двенадцатиперстной кишки гиперстенического типа;

4. нарушение режима питания;

5. курение;

6. употребление крепких алкогольных напитков, некоторых

медикаментозных средств (аспирин, бутадион, индометацин).

Медицинская сестра выясняет также следующую информацию:

1. Семейный анамнез (генетическая предрасположенность);

2. Наличие хронических заболеваний (хронический гастрит,

дуоденит);

3. Данные об окружающей среде (стрессовые ситуации, характер

работы пациента);

4. Наличие вредных привычек (курение, употребление крепких

алкогольных напитков);

5. Употребление некоторых медикаментозных средств

(ацетилсалициловая кислота, бутадион, индометацин);

6. Данные о питании пациента (неправильное питание).

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЖИЗНЕННО-ВАЖНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ: есть, отдыхать, иметь жизненные ценности, быть здоровым, выделять, в безопасности

**2 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА**

ВЫЯВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА.

Настоящие проблемы: боль в эпигастральной области, изжога, слабость, дефицит знаний о своем заболевании, утомляемость, дефицит знаний об особенностях питания (злоупотребление соленой, острой пищей, нарушение режима питания); курение, непонимание необходимости изменить свой образ жизни, незнание осложнений язвенной болезни.

Приоритетные проблемы 1 порядка: боль в эпигастральной области

Приоритеты 2 порядка: изжога

Потенциальные проблемы: желудочное кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз пилорического отдела, малигнизация

**3 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА**

**Проблема: боль в эпигастральной области**

|  |  |
| --- | --- |
| Цели | Планирование |
| Краткосрочная цель: боль уменьшится к концу недели  Долгосрочная цель: пациент не будет беспокоить боль к концу выписки | 1. Обеспечить соблюдение лечебного режима, предписанного врачом 2. разъяснить необходимость приема лекарственных средств и своевременное их принятие 3. обеспечить доступ свежего воздуха по 30 минут 2 раза в день 4. вести наблюдение за за внешним видом и состоянием (АД, ЧДД, пульс) 5. выполнять назначения врача |

**Проблема: изжога**

|  |  |
| --- | --- |
| Цели | Планирование |
| Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение изжоги к концу недели лечения  Долгосрочная цель: изжога исчезнет к концу выписки пациента | 1. обеспечить прием разнообразной, витаминизированной пищи, богатой витаминами. 2. обеспечить щелочное питье, не вызывающее изжогу (минеральная вода, некрепкий чай, овощные и фруктовые соки, за исключением цитрусовых ) 3. питание 5 раз в день: дробное, небольшими порциями. 4. прекратить курение |

**Проблема: слабость**

|  |  |
| --- | --- |
| Цели | Планирование |
| Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение слабости через неделю лечения.  Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалобы на слабость к моменту выписки | . Обеспечить:   * лечебно-охранительный режим, достаточный дневной и ночной сон; * достаточное питание с содержанием белков, витаминов, микроэлементов; * своевременный прием пищи; * доступ свежего воздуха, проветривание палаты;   2. проводить прогулки с умеренной физической нагрузкой на свежем воздухе;  3. Осуществлять контроль за выполнением дыхательных упражнений;  4. Правильно и своевременно выполнять назначения врача |

**Проблема: дефицит знаний о своем заболевании**

|  |  |
| --- | --- |
| Цели | Планирование |
| Краткосрочная цель: пациент продемонстрирует свои знания о язвенной болезни желудка после нескольких бесед с медсестрой.Пациент узнает факторы риска заболевания и научится их избегать  Долгосрочная цель: пациент применит свои знания на практике для улучшения качества жизни | 1.Медицинская сестра обеспечит достаточно времени для обсуждения проблемы  с пациентом ежедневно.  2.Медицинская сестра проведет беседу с родственниками о необходимости  психологической поддержки.  3.Медицинская сестра расскажет пациенту о вредном влиянии алкоголя,  никотина и некоторых лекарственных препаратов (аспирин, анальгин).  4.При наличии вредных привычек медицинская сестра продумает и обсудит с  пациентом пути избавления от них (например, посещение специальных групп).  5.Медицинская сестра порекомендует специальную литературу по язвенной болезни.  6.Медицинская сестра проведет беседу с пациентом и родственниками о характере питания:  а) принимать пищу 5-6 раз в день, небольшими порциями, тщательно  пережевывая;  б) избегать употребление продуктов, обладающих выраженным раздражающим  действием на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (острая,  соленая, жирная, спиртные напитки);  в) включить в рацион белковые продукты, продукты, богатые витаминами и  минералами, продукты, содержащие пищевые волокна.  7.Медицинская сестра объяснит пациенту необходимость диспансерного наблюдения: 2 раза в год.  8.Медицинская сестра познакомит пациента с человеком, адаптированным к  факторам риска язвенной болезни.   1. о методах дополнительного исследования и подготовке к ним;    1. ответит на вопросы возникшие у больного. подберет литературу о язвенной болезни желудка |

**Проблема:**Пациент не знает об осложнениях язвенной болезни

|  |  |
| --- | --- |
| Цели | Планирование |
| пациент продемонстрирует знания об осложнениях и их последствиях. | 1.Медицинская сестра обеспечит достаточно времени для обсуждения проблем с  пациентом.  2.Медицинская сестра расскажет пациенту о признаках, свидетельствующих о  кровотечении (рвота, падение артериального давления, холодная и липкая  кожа, дегтеобразный стул, беспокойность) и перфорации (внезапная резкая  боль в животе).  3.Медицинская сестра убедит пациента в важности своевременного обращения к  врачу.  4.Медицинская сестра обучит пациента необходимым правилам поведения при  язвенной болезни и будет убеждать в необходимости их соблюдения:  а) правила лекарственной терапии;  б) устранение вредных привычек (курение, алкоголь).  5.Медицинская сестра проведет беседу с пациентом об опасности самолечения  (употребление соды). |

**4 ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА**

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**.**

При проблемах пациента: боль в эпигастральной области, изжога, слабость

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| План | Реализация плана сестринских вмешательств  медицинской сестрой | |
| Обеспечить   * соблюдение предписанного лечебного врачом режима - * соблюдение диеты * обеспечение щелочного питья   для уменьшения изжоги | 1. Объясняет пациенту и его родственникам необходимость соблюдения лечебного режима назначенного врачом (постельный и полупостельный режим). Не следует спускаться по лестницам, выходить в холл для встречи с родственниками».  2. Диета №1механическое и термическое щажение слизистой желудка и 12 п кишки. Рассказывает пациенту о желательном обогащении пищи витаминами и белками. Пища должна быть вся в протертом виде, вареная, на пару. Прием 4-5 раз в сутки. Хлеб белый, серый, супы молочные. Протертые овощи (кроме капусты), паровые котлеты, отварная курица и рыба, яйца всмятку, паровой омлет. Сладкие фрукты, желе, молоко цельное, кисель, свежая сметана, творог, некрепкий чай. Исключаются: грубая растительная клетчатка, бульоны, пряности, кофе, грибы, приправы.  3. рассказывает о диете рекомендуемой врачом: обильное щелочное питье, прием минеральных вод щелочного состава (Боржоми, Ессентуки) | |
| Разъяснить правила приема лекарственных препаратов | 1. Рассказывает о назначенных препаратах. Ранитидин по 150 мг 2 раза в день. Группа Н 2 блокаторы гистаминовых рецепторов. Препарат 2-го поколения. Оказывает угнетающее действие на секрецию желудка, применяют при лечении язвенной болезни. Противопоказания: болезни почек, печени, эндокринной систем, беременность. Побочные: головные боли, головокружения, аллергические кожные высыпания, диарея.  Оксациллин по 0,5 4 раза в день – антибактериальный препарат активен против устойчивых к бензил-пенициллину стафилоккоков и других микроорганизмов. Стабилен в кислой среде желудка. Противопоказания: при аллергических реакциях, повышенной чувствительности к пениццилину, при заболеваниях почек. Побочные: сыпь на коже, боли в суставах, повышение температуры. | |
| Обеспечить доступ свежего воздуха (проветривание палаты в течение 30′ | Объясняет необходимость проветривания палаты 2 раза в день перед тихим часом и перед сном. Все должны выйти из палаты, после чего окно открыть на 30 минут. | |
| Провести беседы с родственниками об обес­печении больного питанием  с содержанием белка, углеводов и жиров | Рассказывает родственникам о необходимости обеспечить пациента полноценным питанием. Пациенту назначен стол №1 Необходимо обогатить в первую очередь белками. Белки содержатся в продуктах как животного, так и растительного происхождения. | |
| Вести наблюдение за внешним видом и состоянием пациента (артериальным давлением (АД), частотой дыхательных движений (ЧДД) и пульсом). | Наблюдает за динамикой:   * + ЧДД - подсчитывать каждые 3 часа: взять руку пациента, как для подсчета пульса, вместе со своей рукой положить ее на грудь больного, по экскурсии грудной клетки (вдох, выдох) подсчитать ЧДД за 1′ (в норме ЧДД составляет 16-20 в 1′ мин). При подсчете ЧДД больной не должен фиксировать внимание на этой процедуре. Результаты подсчета заносятся в температурный лист: по горизонтали точками зеленого цвета отмечается ЧДД а по вертикали — дату. При соединении этих точек получают кривую ЧДД.   + АД - измерять каждые 3 часа: положение больного сидя или лежа, рука лежит и разогнута ладонью вверх на одном уровне с аппаратом. Надеть манжету на плечо пациента выше локтя, клапан баллончика должен быть полностью закрыт (повернут до упора по часовой стрелке). Перед тем как накачивать воздух в манжету необходимо нащупать пульс на внутренней стороне локтевого сгиба, держать пальцы на пульсе и накачивать баллончиком воздух в манжету до тех пор, пока пульс не исчезнет. Вставить оливы стетофонендоскопа в уши и поместить его мембрану в ту точку, где нащупан пульс. Одной рукой плотно прижать мембрану, а другой продолжать накачивать воздух в манжету до тех пор, пока столбик ртути (на ртутном аппарате) или стрелка на циферблате анероидного аппарата не превысят примерно на 30 единиц ранее достигнутое систолическое давление, т. е. давление, при котором исчез пульс. Слегка открыть клапан, с тем чтобы давление стало медленно снижаться и одновременно внимательно вслуши­ваться в звуки пульса. Вскоре станут слышны отчетливые удары, которые, однако, будут весьма слабыми. Закрыть клапан, накачать воздух в манжету и определить давление, при котором появятся удары. Число на шкале, при котором появляются первые удары, озна­чает систолическое давление*.* Запомнив его, продолжать выпускать воздух из манжеты, пока удары пульса не исчезнут. Число на шкале, при котором был слышен последний удар пульса, является диастолическим давлением. Полностью открыть клапан и снять манжету.   + пульса: взять руки больного, свободно лежащие ладонями вниз (правой - левую, левой - правую); предплечье и кисть должны быть расслаблены. II, III, IV пальцами прижать лучевую артерию у основания большого пальца пациента. Нащупать пульс и слегка сдавить артерию пальцами так, чтобы он отчетливо пальпировался. Не давить слишком сильно, чтобы не пережать артерию полностью. Подсчитать количество ударов в минуту и записать результат в историю болезни. | |
| Своевременно и правильно выполнять назначения врача. | Контролирует:  - своевременность и правильность приема медикаментов;   * - приемы пищи пациентом; * - своевременность проведения дополнительных обследований,   - подготовку к ним. | |
| Обеспечить подготовку пациента к дополнительным исследованиям. | Объясняет пациенту, как подготовиться к исследованиям: кал на скрытую кровь -   1. объяснить пациенту ход и необходимость предстоящего исследования 2. исключить из пищи яйца, мясо, рыбу, яблоки, зеленые овощи, помидоры, лекарства, изменяющие цвет кала и содержащие железо, висмут в течение 3-4 дней перед исследованием, не чистить зубы. 3. дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии, в случае наличия иного источника кровотечения 4. обучить пациента технике сбора кала на исследование (опорожнить кишечник в судно, надеть перчатки перед взятием фекалий, взять шпателем 5-10 г фекалий и положить в сухую банку и отнести в клиническую лабораторию в течение часа.   Объяснит пациенту подготовку к ФГДС   1. обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры 2. исключить накануне утром прием пищи, лекарственных средств, не курить , не чистить зубы 3. взять с собой полотенце 4. предупредить, что нельзя разговаривать и глотать слюну 5. явиться в эндоскопический кабинет утром 6. выполнение: 1) уложить пациента на стол на левый бок с согнутыми ногами, грудь укрыть полотенцем   2) врач вводит гастродуоденоскоп через рот, медицинская сестра ассистирует  7. предупредить пациента, чтобы он не принимал пищу в течение 1-2 часов  8. провести дезинфекцию эндоскопа, инструментов, перчаток  Общему анализу крови - исследование крови проводится натощак. Завтра с утра к постели больного (или в отделение) придет лаборант и возьмет кровь из пальца.  Сбор мочи для общего клинического анализа   1. утром после подмывания выделить первую струю мочи в унитаз 2. задержать мочеиспускание 3. открыть сухую чистую банку 4. собрать 150-200 мл мочи 5. закрыть банку с крышкой 6. объяснить пациенту где он должен оставить банку с мочой   Метод определения желудочной секреции   1. обучить пациента методике «Ацидотеста» (не принимать пищу, жидкость, лекарственные средства за 8 часов до исследования 2. опорожнить мочу через 1 час в банку с этикеткой «Контрольная моча» 3. принять три желтых тест-драже с небольшим количеством жидкости 4. собрать мочу через 1,5 часа в банку с этикеткой «Полуторная моча» 5. отнести банки в клиническую лабораторию.   . Медсестра отвечает на все возникающие у пациента и его родственников вопросы. | |
| Рассказать о вреде курения и алкоголя | Объяснить пациенту о вреде курения в его случае. Никотин приводит к спазму кровеносных сосудов и нарушению кровоснабжения желудка, особенно вредно курить натощак. Злоупотребление алкоголем приводит к раздражению слизистой оболочки желудка  Советы пациенту и его семье:   * в течение всего периода обострения – режим физического и психического покоя * желателен постельный и полупостельный режим в течение 5-7 дней * исключается прием аспирина, глюкокортикоидв, средств от головной боли * исключить алкоголь, отказаться от курения   Немедикаментозное лечение включает в себя исключение основного фактора прогрессирования заболевания - отказ от курения. В настоящее время существуют средства, которые могут помочь бросить курить. К ним относятся:   * Бластеры (жевательная резинка), * Никоретте, дозированы по 2-4 мг. Средняя доза -2 мг каждые1-2 часа до 2-3 мес. * Трансдермальный пластырь Никотинелл ТТс площадью 30см2. Накладывается на грудную клетку 1 раз в сутки в течение 3-4 недель, затем на те же сроки накладывается пластырь площадью 20см2 , потом 10 см2 . |
|  |  |

**Памятка пациенту с язвенной болезнью по организации лечебного питания**

Рекомендуется готовить пищу на пару или варить.

Режим питания: пищу принимать 5-6 раз в сутки небольшими порциями, в теплом

виде (t=40-50°С), тщательно пережевывая.

Исключить: острое, соленое, консервированное, копченое, жирное, жареное.

**5 ЭТАП - ОЦЕНКА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**

Пациент отмечает значительное уменьшение боли в эпигастральной области и слабости, отсутствие изжоги после еды, демонстрирует знания о заболевании, правильном питании, курить не бросил, но уменьшил количество сигарет в день (пол пачки). Обязуется выполнять все требования врача и своевременно обращаться к врачу.

**Сестринский уход при язвенной болезни желудка**.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить соблюдение предписанной врачом, диеты №1 и с обильным щелочным питьем | Для уменьшения поражения слизистой желудка и прохождения изжоги. |
| 1. Разъяснить правила приема лекарственных препаратов | Для активного участия пациента в процессе лечения |
| 1. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течение 30 минут | Для обогащения воздуха кислородом |
| 1. Провести беседы с родственниками об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов | Для повышения защитных сил организма |
| 1. Вести наблюдение за внешним видом и состоянием (АД, ЧДД, пульс) | Контроль состояния |
| 1. Своевременно и правильно выполнять назначения врача | Для эффективного лечения |
| 1. Проводить беседы о вреде курения, о вреде алкоголя | Для эффективного лечения и вторичной профилактики |
| 1. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям | Для правильного выполнения исследований |

После лечения и в процессе ухода боль у пациента уменьшился, изжога пропала, чувствует себя хорошо, готовится к выписке.

Среди общих жалоб пропала слабость.

Состояние больного удовлетворительное, ЧДД 20 в 1 минуту.

АД 140/80мм рт ст. Пульс 80 в 1 минуту. При повторном ФГДС – уменьшение размеров язвы. При последующем лечении произойдет полное зарубцевание язвы.

Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный.

Отеков нет.

Получив сестринский уход пациент демонстрирует знания о заболевании и необходимости немедикаментозного лечения, правильном питании..

Булатова

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Справочное пособие «Клиника, классификация и этиопатогенетические принципы противорецидивного лечения больных язвенной болезнью», Смоленск, 1997г.

2. Журнал «Сестринское дело», №2, 2000г., стр.32-33

3. Журнал «Сестринское дело», №3, 1999г., стр.30

4. Газета «Аптека для вас», №21, стр.2-3

5. «Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела» под общей редакцией А.И.Шпирна, Москва, 2003г.

6. Терапия с основами реабилитации./Н.И.Артишевская, А.Н. Стожаров, Н.Н. Селиванчик, Т.В. Мохорт. – Минск: Вышэйшая школа, 1998.

7. В.А. Епифанов. Лечебная физкультура. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002