# ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

# УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# КУРСОВАЯ РАБОТА

# «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях»

# Тема: «Сестринский уход за пациентами с нарушениями ритма сердца»

# Выполнила студентка

# Елисеева Инна

# Курс 3

# Группа И

# Специальность сестринское дело

# Руководитель: Евтушенко-Сигаева М.В.

# МОСКВА

# ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования: Нарушениями ритма сердца, или аритмиями, называют:

) изменение ЧСС выше или ниже нормального предела колебаний (60-90 в минуту);

) нерегулярность ритма сердца (неправильный ритм) любого происхождения;

) изменение локализации источника возбуждения (водителя ритма), т. е. любой несинусовый ритм;

) нарушение проводимости электрического импульса по различным участкам проводящей системы сердца.

Все аритмии - это результат изменения основных функций сердца: автоматизма, возбудимости и проводимости. По современным представлениям, в большинстве случаев в основе аритмии лежит различное сочетание нарушений этих функций.

Цель исследования: изучение сестринского процесса при нарушении ритма сердца

Задачи исследования: изучить: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, диагностику, лечение, осложнения и профилактику.

Проанализировать: тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса при нарушении ритма сердца. Сделать выводы по осуществлению сестринского процесса у данных пациентов.

Объект исследования: пациенты с нарушением ритма сердца.

Предмет исследования: сестринский процесс при нарушении ритма сердца.

Методы исследования: научно-теоретический, аналитический, наблюдение, сравнение.

# 1. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

## 1.1 Этиология

Причины возникновения НРС очень разнообразны. Они могут быть объединены в три группы:

· кардиальные

· экстракардиальные

· смешанные

Кардиальные причины возникновения НРС:

· Врожденные пороки сердца;

· Приобретенные пороки сердца.

· Миокардиты врожденные (особенно возникающие при персистирующих вирусных инфекциях), приобретенные миокардиты, перикардиты;

· Поражение миокарда при диффузных заболеваниях сердца, системных васкулитах, ревматизме;

· Миокардиодистрофии (при сахарном диабете, тиреотоксикозе, гипотиреозе, при проведении цитостатической терапии и пр.);

· Кардиомиопатии (дилатационные, гипертрофические);

· Опухоли сердца;

· Наличие малых аномалий развития сердца (например, дополнительные трабекулы, особенно расположенные в полости правого предсердия);

· Механическое воздействие при катетеризации сердца, ангиографии;

· Результат травмы сердца (сильный удар, ведущий к кровоизлиянию в области прохождения ПСС);

· Интоксикации различного генеза (алкоголь, кофеин, лекарственные препараты);

· Инфекционное воздействие (классический пример - дифтерийное поражение сердца, сепсис);

· Электролитный дисбаланс;

· Аномалии развития ПСС;

· Аритмогенная дисплазия правого желудочка.

Экстракардиальные причины. Это причины на фоне предшествующего повреждения ЦНС или ВНС вследствие патологического течения беременности, родов, внутриутробной гипотрофии, недоношенности, что приводит к незрелости ПСС и к нарушению иннервации сердца. У подростков - это нейрогенные аритмии, которые встречаются при нейроциркуляторной дистонии. Особое значение в возникновении аритмий придается нарушению взаимоотношений симпатического и парасимпатического отделов ВНС.

Однако и при органических заболеваниях сердца состоянию нервной системы придается огромное значение, то есть имеет место смешанный генез возникновения аритмий.

С электрофизиологических позиций по механизму развития аритмии различают: нарушения формирования импульса; нарушения проведения импульса; их комбинации.

Аритмии в детском возрасте возникают в результате сложных взаимодействий между ЦНС, ВНС и сердцем при опосредованном участии других факторов. Наличие дополнительных проводящих путей является обязательным, но не достаточным условием для возникновения аритмий. В возникновении аритмий при наличии дополнительных проводящих путей имеет значение снижение активности стресслимитирующих систем и состояние системы фактора роста нервов.

## 1.2 Патогенез

Среди факторов патогенеза аритмий выделяют изменение соотношения содержания ионов калия, магния, кальция внутри клеток миокарда и во внеклеточной среде, вызывающее нарушения возбудимости, рефрактерности и проводимости синусового узла, проводящей системы и сократительности миокарда.

Превалирует патология следующих функций: усиление или подавление активности синусового узла; повышение активности очагов автоматизма низшего порядка; укорочение или удлинение рефрактерного периода; снижение или прекращение проводимости по проводящей системе и сократительному миокарду, иногда проведение импульса по путям, не функционирующим в норме.

Эктопические ритмы и комплексы возникают при развитии механизма reentry - повторного входа, создающего круговую волну возбуждения. Эктопическая активность миокарда отмечается в случаях, когда пороговая величина внутриклеточного потенциала возникает преждевременно. Эктопическая активность и re-entry обуславливают выход отдельных участков из-под контроля синусового узла. Дискретные циклы эктопического возбуждения или круговой циркуляции вызывают развитие экстрасистолии.

Активность эктопического очага автоматизма или циркуляция круговой волны по миокарду на протяжении длительного времени приводит к пароксизмальной тахикардии, трепетанию и мерцанию предсердий.

## аритмия медикаментозный алгоритм симптоматический

## 1.3 Классификация

Этиологическая, патогенетическая, симптоматическая и прогностическая неоднородность аритмий вызывает дискуссии по поводу их единой классификации.

По анатомическому принципу аритмии подразделяются на предсердные, желудочковые, синусовые и атриовентрикулярные.

С учетом частоты и ритмичности сердечных сокращений предложено выделять три группы нарушений ритма: брадикардии, тахикардии и аритмии.

Наиболее полной является классификация, основанная на электрофизиологических параметрах нарушения ритма, согласно которой выделяют аритмии:. Вызванные нарушением образования электрического импульса.

В эту группу аритмий входят номотопные и гетеротопные (эктопические) нарушения ритма.

Номотопные аритмии обусловлены нарушением функции автоматизма синусового узла и включают синусовые тахикардию, брадикардию и аритмию.

Отдельно в этой группе выделяют синдром слабости синусового узла (СССУ).

Гетеротопные аритмии характеризуются формированием пассивных и активных эктопических комплексов возбуждения миокарда, располагающихся вне синусового узла.

При пассивных гетеротопных аритмиях возникновение эктопического импульса обусловлено замедлением или нарушением проведения основного импульса. К пассивным эктопическим комплексам и ритмам относятся предсердные, желудочковые, нарушения атриовентрикуоярного соединения, миграция суправентрикулярного водителя ритма, выскакивающие сокращения.

При активных гетеротопиях возникающий эктопический импульс возбуждает миокард раньше импульса, образующегося в основном водителе ритма, и эктопические сокращения «перебивают» синусовый ритм сердца. Активные комплексы и ритмы включают: экстрасистолию (предсердную, желудочковую, исходящую из атриовентрикулярного соединения), пароксизмальную и непароксизмальную тахикардию (исходящую из атриовентрикулярного соединения, предсердную и желудочковую формы), трепетание и мерцание (фибрилляцию) предсердий и желудочков.. Аритмии, вызванные нарушением функции внутрисердечной проводимости.

Данная группа аритмий возникает в результате снижения или прекращения распространения импульса по проводящей системе. Нарушения проводимости включают: синоатриальную, внутрипредсердную, атриовентрикулярную (I, II и III степени) блокады, синдромы преждевременного возбуждения желудочков, внутрижелудочковые блокады ножек пучка Гиса (одно-, двух- и трехпучковые).. Комбинированные аритмии.

К аритмиям, сочетающим нарушения проводимости и ритма относятся эктопические ритмы с блокадой выхода, парасистолия, атриовентрикулярные диссоциации.

## 1.4 Клиника

Проявления аритмий могут быть самыми различными и определяются частотой и ритмом сердечных сокращений, их влиянием на внутрисердечную, церебральную, почечную гемодинамику, а также функцию миокарда левого желудочка.

Встречаются, так называемые, «немые» аритмии, не проявляющие себя клинически. Они обычно выявляются при физикальном осмотре или электрокардиографии.

Основными проявлениями аритмий служат сердцебиение или ощущение перебоев, замирания при работе сердца. Течение аритмий может сопровождаться удушьем, стенокардией, головокружением, слабостью, обмороками, развитием кардиогенного шока.

Ощущения сердцебиения обычно связаны с синусовой тахикардией, приступы головокружения и обмороков - с синусовой брадикардией или синдромом слабости синусового узла, замирание сердечной деятельности и дискомфорт в области сердца - с синусовой аритмией.

При экстрасистолии пациенты жалуются на ощущения замирания, толчка и перебоев в работе сердца. Пароксизмальная тахикардия характеризуется внезапно развивающимися и прекращающимися приступами сердцебиения до 140-220 уд. в мин. Ощущения частого, нерегулярного сердцебиения отмечается при мерцательной аритмии.

## 1.5 Диагностика

Первичный этап диагностики аритмии может осуществляться терапевтом или кардиологом. Он включает анализ жалоб пациента и определение периферического пульса, характерных для нарушений сердечного ритма.

На следующем этапе проводятся инструментальные неинвазивные (ЭКГ, ЭКГ-мониторирование), и инвазивные (ЧпЭФИ, ВЭИ) методы исследования:

Электрокардиограмма записывает сердечный ритм и частоту на протяжении нескольких минут, поэтому посредством ЭКГ выявляются только постоянные, устойчивые аритмии. Нарушения ритма, носящие пароксизмальный (временный) характер, диагностируются методом Холтеровского суточного мониторирования ЭКГ, который регистрирует суточный ритм сердца.

Для выявления органических причин возникновения аритмии проводят Эхо-КГ и стресс Эхо-КГ.

Инвазивные методы диагностики позволяют искусственно вызвать развитие аритмии и определить механизм ее возникновения.

В ходе внутрисердечного электрофизиологического исследования к сердцу подводятся электроды-катетеры, регистрирующие эндокардиальную электрограмму в различных отделах сердца. Эндокардиальную ЭКГ сравнивают с результатом записи наружной электрокардиограммы, выполняемой одновременно.

Тилт-тест проводится на специальном ортостатическом столе и имитирует условия, которые могут вызывать аритмию. Пациента размещают на столе в горизонтальном положении, измеряют пульс и АД и затем после введения препарата наклоняют стол под углом 60-80° на 20 - 45 минут, определяя зависимость АД, частоты и ритма сердечных сокращений от изменения положения тела.

С помощью метода чреспищеводного электрофизиологического исследования (ЧпЭФИ) проводят электрическую стимуляцию сердца через пищевод и регистрируют чреспищеводную электрокардиограмму, фиксирующую сердечный ритм и проводимость.

Ряд вспомогательных диагностических тестов включает пробы с нагрузкой (степ-тесты, пробу с приседаниями, маршевую, холодовую и др. пробы), фармакологические пробы (с изопротеринолом, с дипиридомолом, с АТФ и др.) и выполняются для диагностики коронарной недостаточности и возможности суждения о связи нагрузки на сердце с возникновением аритмий.

## 1.6 Лечение

Выбор терапии при аритмиях определяется причинами, видом нарушения ритма и проводимости сердца, а также состоянием пациента. В некоторых случаях для восстановления нормального синусового ритма бывает достаточно провести лечение основного заболевания.

Иногда для лечения аритмий требуется специальное медикаментозное или кардиохирургические лечение. Подбор и назначение противоаритмической терапии проводится под систематическим ЭКГ-контролем. По механизму воздействия выделяют 4 класса противоаритмических препаратов:

класс - мембраностабилизирующие препараты, блокирующие натриевые каналы:

А - увеличивают время реполяризации (прокаинамид, хинидин, аймалин, дизопирамид)

B - уменьшают время реполяризации (тримекаин, лидокаин, токаинид, мексилетин)

C - не оказывают выраженного влияния на реполяризацию (флекаинид, пропафенон, энкаинид, этацизин, этмозин, аллапинин)

класс - β-адреноблокаторы (атенолол, пропранолол, эсмолол, метопролол, ацебутолол, надолол)

класс - удлиняют реполяризацию и блокируют калиевые каналы (соталол, амиодарон, дофетилид, ибутилид, бретилий)

класс - блокируют кальциевые каналы (дилтиазем, верапамил).

Немедикаментозные методы лечения аритмий включают электрокардиостимуляцию, имплантацию кардиовертера-дефибриллятора, радиочастотную аблацию и хирургию на открытом сердце. Они проводятся кардиохирургами в специализированных отделениях.

Имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) - искусственного водителя ритма направлена на поддержание нормального ритма у пациентов с брадикардией и атриовентрикулярными блокадами.

Имплантированный кардиовертер-дефибриллятор в профилактических целях подшивается пациентам, у которых высок риск внезапного возникновения желудочковой тахиаритмии и автоматически выполняет кардиостимуляцию и дефибрилляцию сразу после ее развития.

С помощью радиочастотной аблации (РЧА сердца) через небольшие проколы с помощью катетера проводят прижигание участка сердца, генерирующего эктопические импульсы, что позволяет блокировать импульсы и предотвратить развитие аритмии.

Хирургические операции на открытом сердце проводятся при кардиальных аритмиях, вызванных аневризмой левого желудочка, пороками клапанов сердца и т. д.

## 1.7 Осложнения

Течение любой аритмии может осложниться фибрилляцией и трепетанием желудочков, что равносильно остановке кровообращения, и привести к гибели пациента. Уже в первые секунды развиваются головокружение, слабость, затем - потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и судороги. АД и пульс не определяются, дыхание прекращается, зрачки расширяются - наступает состояние клинической смерти. У пациентов с хронической недостаточностью кровообращения (стенокардией, митральным стенозом), во время пароксизмов тахиаритмии возникает одышка и может развиться отек легких.

При полной атриовентрикулярной блокаде или асистолии возможно развитие синкопальных состояний (приступов Морганьи-Адемса-Стокса, характеризующихся эпизодами потери сознания), вызываемых резким снижение сердечного выброса и артериального давления и уменьшением кровоснабжения головного мозга.

Тромбоэмболические осложения при мерцательной аритмии в каждом шестом случае приводят к мозговому инсульту.

## 1.8 Профилактика

Основным направлением профилактики аритмий является лечение кардиальной патологии, практически всегда осложняющейся нарушением ритма и проводимости сердца. Также необходимо исключение экстракардиальных причин аритмии (тиреотоксикоза, интоксикаций и лихорадочных состояний, вегетативной дисфункции, электролитного дисбаланса, стрессов и др.). Рекомендуется ограничение приема стимулирующих средств (кофеина), исключение курения и алкоголя, самостоятельного подбора противоаритмических и иных препаратов.

# 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. СЕСТРИНСКИЙ УХОД

## 2.1 Измерение артериального давления

Цель: Измерить артериальное давление тонометром на плечевой артерии.

Показания: Всем больным и здоровым для оценки состояния сердечно-сосудистой системы (на профилактических осмотрах, при патологии сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем; при потере сознания пациента, при жалобах, на Головную боль, слабость, головокружение).

Противопоказания: Врожденные уродства, парез, перелом руки, на стороне удаленной грудной железы.

Оснащение: Тонометр, фонендоскоп, ручка, температурный лист.

Возможные проблемы пациента:

Психологические (не хочет знать величину артериального давления, боится и т.д.).

Эмоциональные (негативизм ко всему) и др.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2. Положите правильно руку пациента: в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы расслаблены. Если пациент находится в положении сидя, то для лучшего разгибания конечности попросите его подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки.

. Наложите манжетку на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки; закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец.

. Соедините манометр с манжеткой. Проверьте положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.

. Нащупайте пульс в области локтевой ямки и поставьте на это место фонендоскоп.

. Закройте вентиль на груше и накачивайте в манжетку воздух: нагнетайте воздух, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 25-30 мм рт столба уровень, при котором перестала определяться пульсация артерии. (См. рис 3)

. Откройте вентиль и медленно выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны и следите за показаниями шкалы манометра.

. Отметьте величину систолического давления при появлении над плечевой артерией первых отчетливых звуков,

. Отметьте величину диастолического давления, которая соответствует моменту полного исчезновения тонов.

. Запишите данные измерения артериального давления в виде дроби (в числителе - систолическое давление, а в знаменателе - диастолическое), например, 120\75 мм рт. ст.

. Помогите пациенту лечь или сесть удобно.

. Уберите все лишнее.

. Вымойте руки.

. Зарегистрируйте полученные данные в температурном листе.

Запомните! Артериальное давление нужно измерять 2-3 раза на обеих руках с промежутками в 1-2 минуты за достоверный брать наименьший результат. Воздух из манжетки надо выпускать каждый раз полностью.

Оценка достигнутых результатов: Артериальное давление измерено, данные занесены в температурный лист.

Примечание. В норме у здоровых людей цифры артериального давления зависят от возраста. Показания систолического давления колеблется в норме от 90 мм рт ст. до 149 мм рт ст., диастолическое давление - от 60 мм рт ст. до 90 мм рт ст. Повышение артериального давления называется артериальной гипертензией. Понижение артериального давления называется гипотензией.

## 2.2 Измерение пульса

Оснащение

· Часы или секундомер;

· Температурный лист;

· Ручка, бумага.

Подготовка к процедуре

. Объяснить пациенту цель и ход исследования.

. Получить согласие пациента на исследование.

. Вымыть и осушить руки.

Выполнение процедуры

. Во время процедуры пациент может сидеть или лежать (руки расслаблены, руки не должны быть на весу).

. Прижать 2, 3, 4 пальцами (1 палец должен находиться со стороны тыла кисти) лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию.

. Определить ритм пульса в течение 30 секунд.

. Выбрать одну удобную руку для дальнейшего исследования пульса.

. Взять часы или секундомер и исследовать пульсацию артерии в течение 30 секунд. Умножить на два (если пульс ритмичный). Если пульс не ритмичный - считать в течение 1 минуты.

. Прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости и определить напряжение пульса (если пульсация исчезает при умеренном нажатии - напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает - пульс напряжённый; если пульсация полностью прекратилась - напряжение слабое).

. Записать результат.

Окончание процедуры

Сообщить пациенту результат исследования.

Помочь пациенту занять удобное положение или встать.

Вымыть и осушить руки.

Записать результаты исследования в температурный лист (или план сестринского ухо­да).

## Пациент №1.

Паспортные данные

ФИО: Ф.Б.А.

Возраст: 76 лет

Образование: высшее военно-техническое

Профессия - специалист по радиолокации

Не работает, пенсионер по старости

Дата поступления в клинику - 28 марта 2016

Диагноз при поступлении - мерцательная аритмия

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Ишемическая болезнь сердца, аритмическая форма, нарушение сердечного ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии

Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность II a стадии, II ФК

Главные жалобы больного

. Боль за грудиной, иррадиирущая в правое плечо, сжимающая, давящая, умеренная по интенсивности, периодическая непродолжительная, не зависящая от физической нагрузки и психоэмоционального напряжения, купирующая приемом кордарона.

. Периодически появляющиеся непродолжительные (до 10 минут) неприятные ощущения в области сердца, описываемые больным, как «толчки, постукивания и перекатывания», появляющиеся при умеренной физической нагрузке, недосыпании, умеренные по интенсивности.

. Перебои в работе сердца, появляющиеся периодически, возникающие преимущественно в дневное время суток, особенно при физической нагрузке или психоэмоциональном напряжении.

. Общая слабость, повышенная утомляемость, снижение аппетита.

История настоящего заболевания

Пациент считает себя больным с 2003 года. Первые проявления заболевания - сжимающая боль за грудиной, появляющаяся внезапно; общая слабость, повышенная утомляемость, головная боль. Впервые обратился за медицинской помощью по поводу болей в ногах при ходьбе. Был госпитализирован. При обследовании был выявлен облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, а также признаки мерцательной аритмии, после чего больной был госпитализирован в кардиологическое отделение. В план лечения входили антикоагуляционная терапия (подкожное введение гепарина), инфузионная терапия, назначение бета-блокаторов. Состояние больного оценивалось как удовлетворительное.

Функциональный статус

Общие расстройства: имеется общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, увеличение массы тела. Лихорадка, ознобы, потливость отсутствуют.

Органы дыхания: кашель, выделение мокроты, кровохарканье, одышка и приступы удушья, боль в грудной клетке отсутствуют. Носовое дыхание не затруднено.

Органы пищеварения: боли в животе отсутствуют. Аппетит понижен. Извращения аппетита отсутствуют. Горечь во рту не появляется. Нарушения жевания, глотания, прохождения пищи по пищеводу, изжога, отрыжка, тошнота, рвота не наблюдаются.

Органы мочеотделения: болей в поясничной области и внизу живота нет; отмечаются дизурические расстройства (боль при мочеиспускании и его учащение).

Нервная система: головной боли нет. Периодически отмечаются головокружения и приступы кратковременной потери сознания. Нарушения сна, памяти, зрения, слуха, обоняния, кожной чувствительности (тактильной, болевой, температурной) отсутствуют. Состояние эмоциональной сферы не изменено (повышенная раздражительность, возбудимость, плаксивость отсутствуют). Нарушений координации движений, боли по ходу нервных стволов и корешков нет.

Эндокринная система: жажда, сухость во рту, чувство голода, ожирение, исхудание, ощущение чувства жара или зябкости, выпадение волос не отмечаются.

Опорно-двигательный аппарат: боли в суставах, мышцах, костях и по ходу позвоночника отсутствуют; мышечная слабость, утренняя скованность в движениях не отмечаются; изменений объёма суставов, цвета кожи над ними, ограничения их подвижности нет.

История жизни

Родился в деревне Матушки Дигичского р-на Херсонской области, Украина. Отклонений в физическом и умственном развитии не было.

Служил в армии, в войсках авиации, по окончании службы поступил в высшее военное училище. По увольнении в запас работал охранником. Ушел на пенсию в возрасте 65 лет

Материально-бытовые, жилищные и санитарно-гигиенические условия в течение жизни считает удовлетворительными. Женат, есть двое детей.

Состояние здоровья в течение жизни считает удовлетворительным. На протяжении всей жизни занимался физкультурой.

В течение жизни болел ОРВИ, гриппом, пневмонией (трижды), гепатитом А, малярией, ангиной; жалуется на появившиеся за последние 10 лет боли в ногах, связанные с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, повышение АД.

Родители умерли в пожилом возрасте, мать - от инфаркта миокарда, отец - от инсульта. Наследственность по артериальной гипертензии отягощена со стороны матери.

Курит в течение 56 лет, в настоящее время - по 8 сигарет в день.

Со слов больного, пищевой аллергией и лекарственной переносимостью не страдает.

Объективное исследование

Общее состояние больного: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение больного: активное

Телосложение: правильное

Масса тела 90 кг. Рост 175 см. Индекс массы тела 29,4 кг/м²

Кожа и видимые слизистые: цвет кожи бледный. Влажность нормальная. Тургор нормальный. Температура нормальная. На коже живота обширные кровоизлияния. Оволосение по мужскому типу.

Подкожно-жировой слой: выраженность жироотложения повышенная - абдоминальный тип.

Отеки: отсутствуют

Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, передние и задние шейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Суставы: конфигурация правильная, изменения величины, цвета тканей, кожной температуры над суставами отсутствуют, при движениях и пальпации болезненность отсутствует, активные движения и пассивные движения при отсутствии активных осуществляются в полном объеме.

Пальпация грудной клетки: тканевые структуры грудной клетки безболезненны, патологические изменения в них не пальпируются. Эластичность грудной клетки нормальная. Голосовое дрожание нормальное.

Перкуссия: перкуторный звук ясный легочный над всей поверхностью легких.

Осмотр и пальпация области сердца: сердечный горб отсутствует.

Верхушечный толчок локализуется в V межреберье по срединно-ключичной линии, «разлитой», слабой высоты и силы. Сердечного толчка нет. Эпигастральной пульсации нет. Пульсаций аорты, легочной артерии, предсердий, аневризм сердца нет. «Кошачье мурлыканье» не пальпируется.

Артериальное давление на правой плечевой артерии соответствует АД на левой плечевой артерии и равно 150/95 мм.рт.ст.

Поверхностная ориентировочная пальпация: Живот мягкий, безболезненный. Признаки раздражения брюшины отсутствуют. Грыжи и поверхностно расположенные опухоли отсутствуют.

Поведение адекватное, интеллект сохранен, нарушения речи и мимики отсутствуют. Нистагм и ригидность затылочных мышц не наблюдаются. Параличи и судороги отсутствуют. Болевая, тактильная, температурная чувствительность не изменены. Тремор рук, нарушение походки, устойчивости отсутствуют.

Тахикардия - ЧСС = 98/с, ритм неправильный, ЭОС отклонена влево, признаки гипертрофии левого желудочка,зубец P отсутствует, расстояния R-R различные.

Клинический диагноз:

основное заболевание: Ишемическая болезнь сердца, аритмическая форма, пароксизмальная мерцательная аритмия;

осложнения: Хроническая сердечная недостаточность IIa стадии, II функционального класса;

сопутствующие заболевания: атеросклероз, в том числе облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; артериальная гипертензия 1 стадии, II степени, высокий риск; глаукома; аденома простаты.

Обоснование основного диагноза

Диагноз поставлен на основании симптомов, выявленных:

при расспросе:

· Главные жалобы больного:

· Боли за грудиной, иррадиирующие в правое плечо, сжимающие, давящие, умеренные по интенсивности, периодически непродолжительные, не зависящие от физической нагрузки и психоэмоционального напряжения, купирующиеся приемом кордарона

· Периодически появляющиеся непродолжительные неприятные ощущения в области сердца, появляющиеся при умеренной физической нагрузке, недосыпании, умеренные по интенсивности;

· Перебои в работе сердца, появляющиеся периодически, возникающие преимущественно в дневное время суток, особенно при физической нагрузке или психоэмоциональном напряжении;

· Общая слабость, повышенная утомляемость, снижение аппетита.

При объективном исследовании:

· Изменение свойств пульса: пульс неритмичный, частый (ЧСС 98/мин), напряженный, скорый, дефицит пульса.

· Повышение АД до 150/98

· Увеличение левой границы относительной тупости сердца на 1,5 см

· Тахикардия (96/мин), признаки мерцательной аритмии, ослабление I тона на верхушке, акцент II тона над аортой при дополнительном обследовании:

· ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, пароксизмальной мерцательной аритмии

· Повышенный уровень холестерина крови (6,8 ммоль/л)

Принципы лечения

. Ограничение физической нагрузки

. Диета с ограничением употребления воды, поваренной соли, животных жиров, жареной и копченой пищи, быстро всасывающихся углеводов

. Назначение антиагрегантов и антикоакулянтов

. Назначение аниаритмических препаратов - бета-блокаторов, амиодарона

. Назначение холестеринснижающих препаратов

Принципы профилактики

. Регулярные занятия физкультурой и спортом

. Диета с небольшим количеством жирной животной пищи и углеводов

. Отказ от курения и систематического употребления алкоголя

. Контроль показателей АД, индекса массы тела, сахара крови; своевременное лечение артериальной гипертензии, а также своевременная ликвидация избыточной массы тела

. Соблюдение режима труда и отдыха

. Повышение психоэмоциональной устойчивости

## Пациент №2

Паспортные данные

ФИО: Ч.Е.П.

Возраст: 71 год

Образование: высшее

Место работы: Амур-торг, экспедитор

Дата поступления: 11.03.2016

Клинический диагноз:

Основной: ИБС, нарушение ритма сердца - мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, сердечная недостаточность II А стадия.

Главные жалобы больного

Сжимающие боли в области сердца, одышку при физической нагрузке и в покое, ощущение тяжести и прекардиальной области, сердцебиение.

История настоящего заболевания

Считает себя больной с 2013 года, когда впервые после перенесенного гриппа, появились сжимающие боли в области сердца, одышка при физической нагрузке, сердцебиение.

Обратилась в больницу по месту жительства, назначенного лечения не принимала. 10.03.16г. -после физической нагрузки почувствовала резкую сжимающую боль в области сердца.11.03.16г. -обратилась к участковому терапевту и была направлена на стационарное лечение в клиническую больницу №1.

История жизни

Родилась в г. Днепропетровске, развивалась согласно возрасту. Замужем с 71 года, имеет двоих детей; выкидышей, абортов не было. Перенесла брюшной тиф, частые простудные заболевания, операцию по удалению аппендикса.

Работает экспедитором в Амур - торге. За последний период времени условия работы - удовлетворительные. Больная большей частью ведет малоподвижный образ жизни, волнений и стрессовых ситуаций не было. Жилищные условия соответствуют гигиеническим нормам. Качество и характер питания удовлетворительные. Вредных привычек не имеет.

Функциональный статус

Общее состояние здоровья больной не удовлетворительное, сознание ясное.

Положение в постели активное.

Телосложение нормостеническое, рост- 160 см, вес- 70 кг.

Температура тела-36,7\*С, ознобов нет.

Кожные покровы чистые, бледные, потоотделение умеренное, видимых пигментаций и рубцов нет. Видимые слизистые бледные и влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются, симптом "глотка" отрицательный. Мышцы развиты слабо, суставы без особенностей, при пальпации безболезненны. Активные и пассивные движения в суставах сохранены в полном объеме.

Больная жалуется на сильную приступообразную боль за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующую в левое плечо, левую руку, межлопаточное пространство, возникающую после эмоциональной и физической нагрузки.

Боли сжимающего характера, уменьшаются при снятии нагрузки. Купируются приёмом 1-2 таблеток. Продолжительность болей 5-10 мин. Больная также жалуется на одышку, с преимущественным затруднением вдоха, усиливающуюся при физической нагрузке; больная предъявляет жалобы на ощущение сердцебиения.

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована. Ве

толчок визуально не определяется.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1см. симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют. Сердечный толчок не определяется.

ЧСС: 120 ударов минуту.

АД: 130\70.

Видимых пульсаций сонных, подключичных и других артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Надчревная пульсация отсутствует. При пальпации артерии и вены эластичные, упругие, безболезненные. Величина пульса на обеих руках одинакова, пульс слабого напряжения, аритмичный, частый.

Дыхание осуществляется через нос, в спокойном состоянии без напряжения, при физической нагрузке - затрудненное, появляется одышка, исчезающая в состоянии покоя. Отделяемого из носа нет. Обоняние не нарушено.

При аускультации над легочной тканью определяется ослабленное везикулярное дыхание. Бронхофония и голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки проводятся с одинаковой силой.

Живот правильной округлой формы, симметричен, передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения нет.

Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Патологических рефлексов не выявлено. Симптомы Кернига, Бабинского отрицательные. Кожная чувствительность сохранена в полном объеме.

Анализ крови без особенностей.

Анализ мочи в пределах нормы.

ЭКГ: пароксизмальная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, гипертрофия левого желудочка, дистрофические изменения миокарда.

Клинический диагноз

На основании симптомокомплекса патологических признаков курируемой больной и проведенного дифференциального диагноза мы можем поставить следующий клинический диагноз:

. Основное заболевание: ИБС, нарушение сердечного ритма - мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.

. Сопутствующее заболевание: отсутствует.

. Осложнения: отсутствует.

Лечение и профилактика.

Терапия должна быть направлена на:

. Устранение факторов риска - артериальной гипертензии, нарушение липидного обмена, тучность, гиподинамия, вредные привычки.

. Нормализация труда и отдыха больной.

Из медикаментозной терапии применяются следующие группы препаратов:. Увеличивающие поставку кислорода к сердцу:

. Средства улучшающие кровоснабжение и метаболизм миокарда:

Нитраты: Нитроглицерин, пролонгированные формы нитроглицерина (нитронг, сустак)

. Миотропные коронаролитики:

А) классические спазмолитики

Папаверин, Дибазол.

Б) Диметилксантины:

Эуфилин, Тенисал.. Средства, уменьшающие потребность миокарда в кислороде:

а).Бетта-адреноблкаторы: анаприлин

б).Антагонисты Са2+: верапамил, нифедипин. Средства, улучшающие микроциркуляцию:

Никотиновая кислота, Трентал

Также важен режим питания больной.

## 3. Действия медицинской сестры при аритмии

Алгоритм оказания медсестринской доврачебной помощи больному с аритмией:

. Уложить пациента, устранить стесняющую одежду, обеспечить свежий воздух.

. Устранить раздражающие физические и психоэмоциональные факторы, теплая ванночка на левую кисть, горчичники на область сердца.

. Нитраты - нитроглицерин (таблетки или аэрозоль), ацетилсалициловая кислота - 0,25 г разжевать.

. Контролировать показатели гемодинамики - артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхательных движений.

. Провести оксигенотерапию.

. При возможности зарегистрировать ЭКГ.

Роль медсестры состоит в поддержании жизненно важных показателей (артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений) до прибытия скорой помощи.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа в медицине подразумевает собой ответственность за жизни людей. Нужно не только помочь пациенту, но и, в первую очередь, не навредить ему.

Изучив теоретические вопросы нарушения ритма сердца, проанализировав наблюдения из практики, я пришла к заключению, что цель моей курсовой работы достигнута.

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценивать способность к самоуходу. Но пациенты с одинаковыми диагнозами имеют различные приоритетные проблемы, что продемонстрировано в практических наблюдениях, поэтому каждый из них нуждается в индивидуальном наблюдении.

При нарушении ритма сердца у пациентов нередко возникают неотложные состояния, поэтому медсестра в данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. В этом и заключается особенность сестринского процесса при нарушении ритма сердца.

С момента установления диагноза медсестре необходимо дать больному подробно информацию о сути заболевания, причинах обострения, механизмах действия основных лекарственных препаратов, побочных эффектах, правилах пользования лекарственными препаратами, методах самоконтроля, чтобы предотвратить развитие обострений.

Работа над курсовой помогла мне закрепить теоретические знания и применить практические умения и навыки при осуществлении сестринского процесса. Работая над ней, я получила бесценный опыт для работы по своей профессии.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Аронов Д.М., Боголюбов В.М., Воробьев А.И. и др. Болезни сердца и сосудов: рук. для врачей: в 4т.: т. 4. М.: Медицина, 2009. - 488 с.

. Бойцов С.А., Подлесов М.А. Нарушения ритма сердца при хронической сердечной недостаточности // Сердеч. недостаточность. -2010. -Т. 2, № 5.-С. 224-227.

. Дзяк Г.В., Локшин С.П. Мерцательная аритмия: современное состояние проблемы // Междунар. мед. журн. - 2014. - № 6. - С. 6-9.

. Канорский С.Г., Скибицкий В.В., Федоров А.В. Динамика ремоделирования левых отделов сердца у больных, получавших эффективное противорецидивное лечение пароксизмальной фибрилляции предсердий // Кардиология. 2013. - Т. 38, № 2. - С. 37-42.

. Кушаковский М.С., Журавлева Н.Б. Аритмии и блокады сердца: атлас электрокардиограмм. Л.: Медицина, 2012. - 340 с.

. Кушаковский М.С. (2014). Аритмии сердца. Санкт-Петербург: "ГИППОКРАТ".

. Локшин С.Л., Правосудович С.А., Дзяк В.Г. О возможности , устранения мерцательной аритмии у пациентов с синдромом WPW // Вестн. аритмологии. 2015. - Т. 7. - С. 36-41.

. Мазур Н.А. Основы клинической фармакологии и фармакотерапии в кардиологии. М.: Медицина, 2014. - 305 с.

. Обухова А.А., Бабанина О.А., Зубеева Г.Н. Мерцательная аритмия. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2013. - 215 с.

. Ривкин B.JI., Бронштейн А.С., Лишанский А.Д. Медицинский толковый словарь: ок. 10000 терминов. 4-е изд., доп. - М.: Медпрактика-М, 2012. - 295 с.

. Poмaновa И.A., Бepeжнoва E.А. (2011). Внутренние болезни. Диагностический справочник. Москва: АСТ.