

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Допущен (а) к защите

Зам директора по УР

Иванова М.Н.

ГРИГОРЬЕВА АЙЫЛГЫЛААНА ВАСИЛЬЕВНА
**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Выпускная квалификационная работа по специальности 34.02.01
«Сестринское дело»

Студент отделения «Сестринское дело»

Группа СД-35

Руководитель- преподаватель анатомии

Григорьева А.В.

Новгородова М.П.

Якутск 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	7
1.1. Причины развития патологии и факторы риска ее развития.....	7
1.2. Клиническая картина ишемической болезни сердца.....	9
1.3. Диагностика ишемической болезни сердца.....	11
ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	16
2.1. Сестринский уход при Ишемической болезни сердца	16
2.2. Результаты анкетирования пациентов с Ишемической Болезнью Сердца	19
2.3. Статистические данные.....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	19
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	27
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	30

ВВЕДЕНИЕ

Ишемическая болезнь сердца представляет собой эпидемически распространяющееся заболевание. Как причина летальных исходов она занимает первое место не только в России, но во многих развитых странах, в том числе и в России. Впервые признаки стенокардии были описаны англичанином В. Геберденом в 1772 году. В 1910 году российский терапевт Н.Д. Стражеско и американец Геррик (Herrick) в 1911 году дали ставшее позднее классическим описание симптоматики инфаркта миокарда [11].

Основными причинами смертности населения в России в настоящее время являются заболевания системы кровообращения – 56,1%, злокачественные новообразования – 24,4%. В Российской Федерации широкому распространению сердечно-сосудистых заболеваний и высокой смертности от них способствуют нестабильная экономическая обстановка, неэффективность системы здравоохранения. У россиян не выработана привычка заботиться о своем здоровье, широко распространено табакокурение, употребление спиртных напитков [16, 22].

Заболевания, приводящие к развитию этой грозной патологии, такие, как атеросклеротическое поражение коронарных сосудов, появляется и развивается абсолютно незаметно, поэтому к врачу пациент часто обращается уже на той стадии, когда радикально добиться обратного развития болезни практически невозможно.

Исход заболевания предсказать сложно. Он может закончиться выздоровлением пациента без врачебного вмешательства, и наоборот, даже титанические усилия врачей порой не могут спасти пациента от смерти. Между этими крайними точками находится огромная группа больных, судьба и жизнь которых зависит от современных методов лечения и своевременного вмешательства врача. Незаменимым помощником врача в этом случае является медицинская сестра. Грамотно и тщательно организованный сестринский уход является залогом улучшения состояния больного и стабилизации симптоматики [15].

Объект исследования – нозологическая форма – ишемическая болезнь сердца; больные, страдающие данным заболеванием.

Предмет исследования: особенности сестринского ухода за больными с Ишемической Болезнью Сердца.

Цель исследования – выполнение роли медицинских сестер при уходе за больными с ишемической болезнью сердца.

Задачи работы:

1. Изучить основные симптомы ишемической болезни сердца, факторы, способствующие ее развитию. Рассмотреть методы диагностики патологии.

2. Рассмотреть особенности сестринского процесса при Ишемической болезни сердца и провести анкетирование среди пациентов **XXXВСТАВИТЬ** с целью определить уровень знаний по проблемам Ишемической Болезни Сердца и проанализировать результаты анкетирования.

Методологическую основу данной работы составили анализ литературных источников, обобщение рассмотренных данных, системный подход.

Гипотеза работы: средний медицинский персонал в рамках своей профессиональной компетенции является полноправным участником лечебного процесса.

Структура работы: исследование изложено на 30 страницах компьютерной версии, иллюстрировано 1 рисунками. Работа состоит из введения, 2 глав (обзора литературы и результатов собственных наблюдений), заключения, списка литературы, 1 приложения. Библиографический указатель состоит из 27 отечественных источников.

ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. Причины развития патологии и факторы риска ее развития

Ишемическая болезнь сердца - патологическое состояние, развивающееся при несоответствии потребности в кровоснабжении сердца и его реального осуществления. Причины могут быть следующие: резкое увеличение потребности сердечной мышцы в кровоснабжении, что бывает при возрастающей физической и эмоциональной нагрузке, и ухудшение кровотока в коронарных сосудах, что может развиваться при многих заболеваниях, в частности, атеросклероза, гипертонической болезни и т.д. [2].

В норме отлаженная система регуляции венечного кровотока полностью обеспечивает адекватность коронарного кровообращения требованиям миокарда. Например, при увеличении нагрузки на сердце венечный кровоток нарастает не столько за счет роста давления в аорте, сколько за счет расширения венечных артерий. В результате воздействия этих двух факторов коронарный кровоток у здоровых людей при мощных физических нагрузках может в пять-шесть раз превысить значения покоя. Такое явление получило название «коронарный резерв» [9]. Еще одним резервом для регулировки адекватности коронарного кровотока требованиям мышцы сердца является число сердечных сокращений, поскольку существует закономерность: при урежении числа сердечных сокращений увеличивается коронарный кровоток.

В семьях с отягощенным в отношении ишемии миокарда анамнезом риск развития данной патологии у членов семьи выше, чем у лиц с неотягощенной наследственностью. Среди факторов, характеризующих образ жизни, наиболее значимыми являются табакокурение и употребление пищи с большим содержанием жира. Регулярные физические нагрузки, напротив,

снижают риск развития ОИМ, поскольку двигательная нагрузка является протекторным фактором в отношении ИБС [7].

В семьях с отягощенным в отношении ишемии миокарда анамнезом риск развития данной патологии у членов семьи выше, чем у лиц с неотягощенной наследственностью. Среди факторов, характеризующих образ жизни, наиболее значимыми являются табакокурение и употребление пищи с большим содержанием жира. Регулярные физические нагрузки, напротив, снижают риск развития острого инфаркта миокарда, поскольку двигательная нагрузка является протекторным фактором в отношении Ишемической болезни сердца.

Факторы риска развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда можно разделить на две большие группы: управляемые и неуправляемые (рис. 1).

В семьях с отягощенным в отношении ишемии миокарда анамнезом риск развития данной патологии у членов семьи выше, чем у лиц с неотягощенной наследственностью. Среди факторов, характеризующих образ жизни, наиболее значимыми являются табакокурение и употребление пищи с большим содержанием жира. Регулярные физические нагрузки, напротив, снижают риск развития ОИМ, поскольку двигательная нагрузка является протекторным фактором в отношении ИБС.

96 % лиц, страдающих ИБС, имеют морфологические признаки атеросклероза коронарных артерий. Но в тоже время имеет значение и степень сужения ветви венечной артерии. Если хотя бы одна из крупных ветвей коронарных артерий сужена более чем на 60 %, то появляются клинические симптомы ишемии. Если же сужение просвета коронарной артерии составляет менее 50–60 %, то венечный кровоток в покое достаточный, и признаки ишемии проявляются только при повышении потребности

сердечной мышцы в кислороде. Чем выше степень сужения, чем больше число пораженных артерий, тем выше вероятность развития ИБС.

Наиболее часто патология локализуется в центральных отделах крупных венечных артерий. Наиболее часто регистрируется патология левой коронарной артерии (передней межжелудочковой ветви), на втором месте в этом отношении стоит правая коронарная артерия и на третьем – огибающая ветвь левой коронарной артерии. Самым опасным является расположение атеросклеротической бляшки в стволе левой коронарной артерии. Однако в развитии ишемии даже при пораженных сосудах играет роль степень развития коллатерального кровообращения.

Исследованиями последних лет показано, что большую опасность для миокарда в бассейне пораженной коронарной артерии представляют так называемые мягкие атеросклеротические бляшки (нестабильные атеромы). Такие атеромы не вызывают значительного сужения просвета артерии, однако они имеют большую склонность к разрыву стенок, из-за чего в глубину атеромы попадают элементы крови. Это приводит к тому, что в ней образуются затеки, карманы, и на поверхность бляшки выбрасывается ее содержимое. Все это служит основой для тромбообразования. Однако иногда под влиянием пока еще не полностью выясненных обстоятельств покрывка мягкой бляшки уплотняется. Это приводит к тому, что общий объем бляшки уменьшается, следствием чего является увеличение кровотока в коронарной артерии.

1.2. Клиническая картина ишемической болезни сердца

Ишемическая болезнь сердца - патологическое состояние, развивающееся при несоответствии потребности в кровоснабжении сердца и его реального осуществления. Причины могут быть следующие: резкое увеличение потребности сердечной мышцы в кровоснабжении, что бывает при возрастающей физической и эмоциональной нагрузке, и ухудшение кровотока

в коронарных сосудах, что может развиваться при многих заболеваниях, в частности, атеросклероза, гипертонической болезни и т.д.

В норме отлаженная система регуляции венечного кровотока полностью обеспечивает адекватность коронарного кровообращения требованиям миокарда. Например, при увеличении нагрузки на сердце венечный кровоток нарастает не столько за счет роста давления в аорте, сколько за счет расширения венечных артерий. В результате воздействия этих двух факторов коронарный кровоток у здоровых людей при мощных физических нагрузках может в пять-шесть раз превысить значения покоя. Такое явление получило название «коронарный резерв». Еще одним резервом для регулировки адекватности коронарного кровотока требованиям мышцы сердца является число сердечных сокращений, поскольку существует закономерность: при урежении числа сердечных сокращений увеличивается коронарный кровоток.

ИБС имеет различные клинические проявления. *Внезапная сердечная смерть* (ВСС) - первичная остановка сердца. *Стенокардия*: стенокардия напряжения - впервые возникшая стенокардия напряжения; стабильная стенокардия; прогрессирующая стенокардия напряжения (нестабильная), в том числе стенокардия покоя; спонтанная стенокардия (синонимы: вариантная, вазоспастическая, стенокардия Принцметалл).

Классическая картина приступа стенокардии описывается так: приступ сжимающих болей за грудиной, провоцирующихся физической и/или физической нагрузкой, ослабляющихся или проходящих в покое, продолжительностью не более пятнадцати минут, снимающихся приемом нитроглицерина через 2-5 минут. Боли могут отдавать в левую руку, плечо, кисть, лопатку, нижнюю челюсть, эпигастральную область.

Наличие подобных жалоб должно заставить врача, в соответствии с имеющимися Стандартами, назначить обследование пациента.

Острый инфаркт миокарда редко развивается внезапно. Чаще всего его развитию предшествует стенокардия, которая может иметь различную

длительность течения, но, как правило, незадолго до развития кардионекроза приобретает прогрессирующий характер: учащаются приступы, меняются условия их возникновения и боли появляются при меньшей физической нагрузке. Одновременно приступы становятся более длительными, снижается реакция на нитроглицерин. Даже в тех случаях, когда, казалось бы, инфаркт возник без предвестников, тщательный опрос позволяет выявить ухудшение самочувствия за несколько дней до инфаркта: снизилось настроение, появились неприятные ощущения за грудиной, отмечались быстрая утомляемость, нарастающая слабость.

Наиболее типичными проявлениями инфаркта миокарда являются боли или сильное давление за грудиной либо несколько правее или левее от нее. Боль чаще воспринимается как давящая, сжимающая, жгучая, раздирающая. Часто звучит сравнение с колом в груди. Режущая или колющая боль нетипичны. Боль отдает в левые плечо, надплечье, руку, реже в нижнюю челюсть или шею, иногда в межлопаточное пространство или правую половину плеча. Достаточно редко, при локализации некроза в задней стенке левого желудочка, локализация боли - эпигастральная область.

1.3. Диагностика ишемической болезни сердца

Ишемическая болезнь сердца объединяет многие заболевания, и, соответственно, возникающие в ходе их развития биохимические изменения различны. Могут развиваться следующие изменения.

Для инфаркта миокарда характерно повышение концентраций специфических белков. Среди них:

креатинфосфокиназа (первые 4—8 часов);

миоглобин (первые сутки);

тропонин-Т (10—14 сут.);

тропонин-И (7—10 сут.);

аминотрансферазы;

лактатдегидрогеназа.

Все вышеперечисленные белки внутриклеточные. При массовой гибели клеток данные белки определяются лабораторно, поскольку попадают в общий кровоток. Это феномен назван резорбционно-некротическим синдромом [14].

Повреждение миокарда отражают также следующие неспецифические реакции: повышение СОЭ (1—2 недели), нейтрофильный лейкоцитоз (длится 3—7 сут.). Эти реакции являются отражением воспаления в ответ на некротические изменения и следствием изменений в количественном соотношении между фракциями белков. Неспецифическим маркером цитолиза является повышение уровня АЛТ и АСТ. Для диагностики атеросклероза необходимы данные о следующих показателях: общий холестерин; холестерин ЛВП (антиатерогенные); холестерин ЛНП (считается атерогенным); концентрация аполипопротеина А1; концентрация аполипопротеина В; концентрация триглицеридов; индекс атерогенности.

Наиболее часто используемым методом клинической диагностики стенокардии является *электрокардиография*. Данный метод очень простой, дешевый, он не требует специального сложного оборудования, техника снятия электрокардиограммы очень проста и не требует длительного обучения для персонала [21]. Метод применяется практически в любых условиях, т.е. на выезде, на дому. Кардиограмма может сниматься как в покое, так и при применении нагрузочных проб. Информативна электрокардиограмма будет только при снятии во время приступа. Вне приступа электрокардиографические признаки ишемии миокарда отсутствуют. Влияние ишемии распространяется только на процесс реполяризации, поэтому кривая ЭКГ при ишемии миокарда до зубца Т (QRS-комплекс, сегмент ST) будет неизменной.

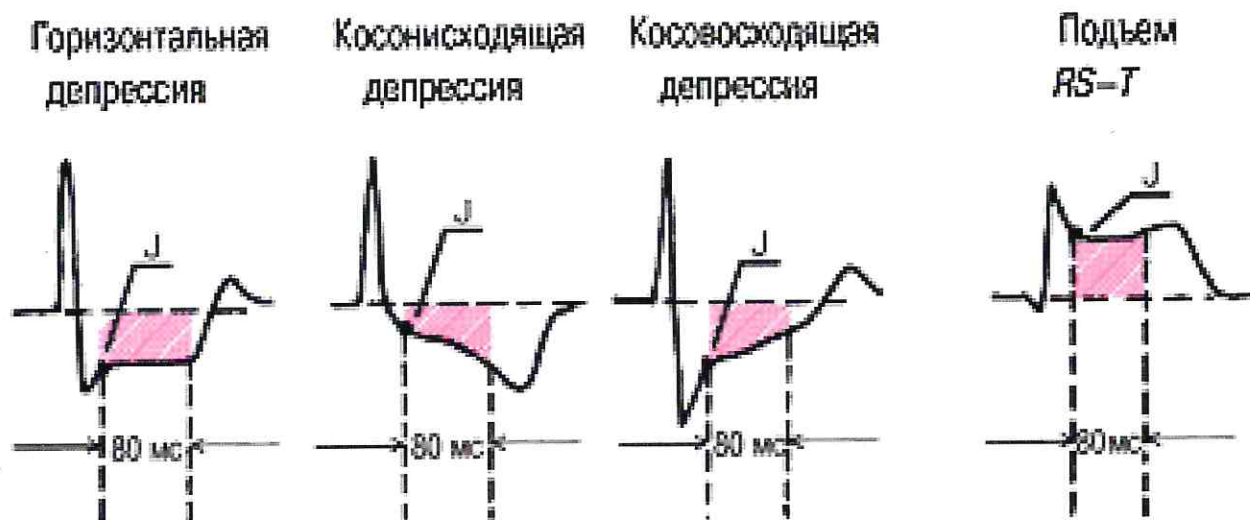


Рис. 6. Изменения интервала ST на электрокардиограмме при ишемии миокарда.

На рис.6 показаны варианты снижения и подъема сегмента ST при ишемии миокарда. Изменения зубца T не обязательно свидетельствуют о наличии ишемии - они могут наблюдаться и при ее отсутствии.

Одной из возможностей снятия ЭКГ в течение суток является *Холтеровское мониторирование*. Данный метод можно использовать при невозможности применять нагрузочные тесты (например, низкая тренированность, болезни суставов), для диагностики безболевых форм стенокардии. Такое исследование регистрирует преходящие изменения сегмента ST и зубца T по ишемическому типу и связывает их с ангинозными болями, учитывая эмоциональную или физическую нагрузку.

Нагрузочные тесты являются ценным неинвазивным методом диагностики стенокардии. При проведении таких тестов проводится дозированное повышение потребности миокарда в кислороде под строгим врачебным контролем.

1. Физические нагрузки на тредмилле или велоэргометре.
2. Электрокардиостимуляция — чрезпищеводная или предсердная.
3. Фармакологические пробы с изопроterenолом, увеличивающим сократимость миокарда и учащающем сердцебиение.

Коронарография

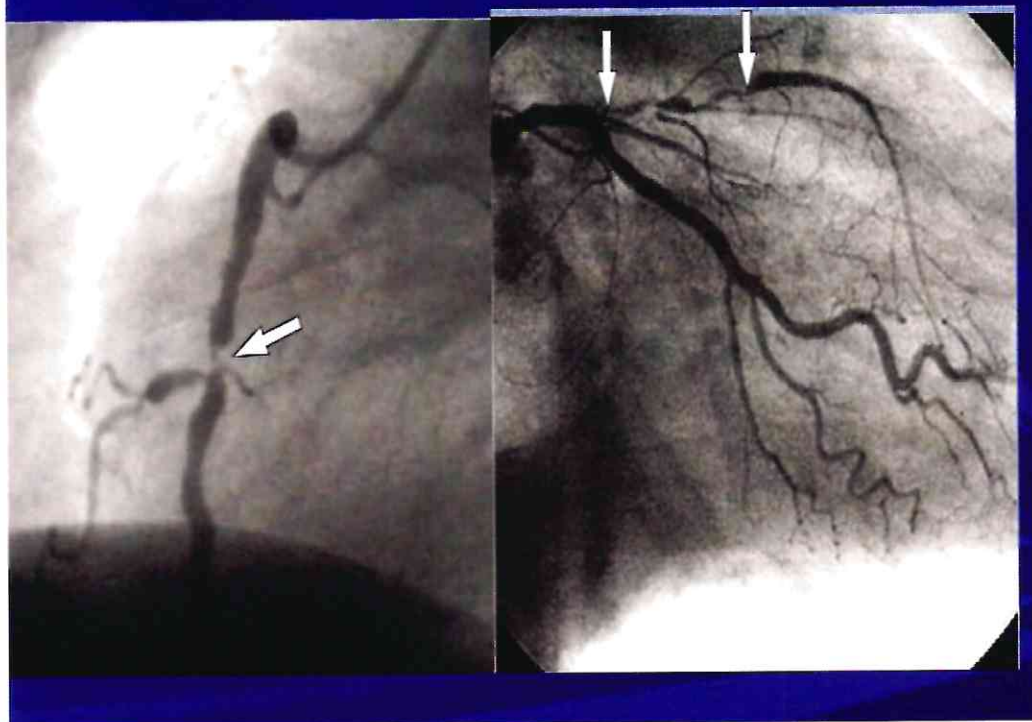


Рис. 7. Коронарографическая картина при стенозе коронарных артерий

Коронарография является одним из наиболее точных методов исключения или выявления ишемической болезни сердца. Она позволяет определить степень стенозирования венечных артерий, количество и локализацию таких сосудов у конкретного пациента. При ИБС можно выявить два вида изменений коронарного кровотока. Это нарушение проходимости коронарных артерий, вызванные их спазмом, сужением, окклюзией. Одновременно можно обнаружить признаки компенсации нарушенного кровообращения в виде компенсаторного развития коллатерального кровотока [13].

Суммируя изложенный материал, можно отметить, что ишемическая болезнь сердца является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Развитие данной патологии обусловлено несоответствием между возможностями коронарного кровотока и требованиями, которые предъявляются к нему при нагрузке или даже в покое. В зависимости от выраженности сосудистых нарушений выделяют несколько

форм ишемической болезни сердца, начиная от проявления заболевания при физической нагрузке (стенокардия напряжения) и кончая развитием некроза сердечной мышцы – инфаркта миокарда. Лечение заболевания проводится в двух направлениях: консервативное и оперативное. К применению каждого из видов существуют четкие показания. Спектр диагностических манипуляций, применяемых при ишемической болезни сердца, очень широк, и медицинская сестра, осуществляющая уход за пациентами с ИБС, должна иметь разностороннюю подготовку.

В последние годы в Российской Федерации делается упор на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, применение новейших методов диагностики и лечения. Все это заставляет разрабатывать инновации в сестринском обеспечении высокотехнологичной медицинской помощи.

Работа среднего медицинского звена включает в себя объемный подготовительный этап: участие в проведении манипуляций (с врачом или без него), приведение в порядок рабочих мест, большая работа по обеззараживанию предметов медицинского назначения, а также подготовку рабочего места к следующему дню. Значительная часть этой деятельности не подразумевает высокой профессиональной подготовки, поэтому дифференцировка профессиональных обязанностей в зависимости от уровня подготовки помогла бы освободить высококвалифицированный средний медицинский персонал от выполнения обязанностей, не требующих высокой квалификации.

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

2.1. Сестринский уход процесс в ишемической болезни сердца

Информацию о больном получают путем субъективного, объективного и дополнительных способов обследования.

Из **анамнеза жизни** необходимо выяснить следующие факторы: наследственность, факторы риска, перенесенные заболевания, условия быта, питания.

История заболевания позволяет уточнить причины и характер начала болезни (острое, постепенное), динамику появления симптомов и особенности течения заболевания, результаты обследования, проведенное лечение, его эффективность, имеющиеся осложнения.

При **объективном обследовании** оценивают внешний вид больного (положение лежа в кровати или сидя на стуле, выражение лица), исследуют системы органов, определяют функциональные показатели (массу тела, рост, артериальное давление, температуру тела, частоту дыхательных движений, частоту сердечных сокращений, жизненную емкость легких и т. д.).

Оценивают **результаты лабораторных методов диагностики** (амбулаторная карта или история болезни).

Вторым этапом является ***выявление проблем больного.***

При ишемической болезни сердца у пациента могут возникнуть следующие проблемы (рис. 8). Для разрешения этих проблем медицинская сестра постоянно контактирует с пациентом, проводит обучающие и успокаивающие беседы о необходимости соблюдения щадящего двигательного режима, о возможности возникновения осложнений при несоблюдении предписанного режима, о необходимости приема назначенных лекарств, о благоприятном прогнозе заболевания при соблюдении этих условий

Третьим этапом является *планирование и реализация сестринских вмешательств*. На третьем этапе основной задачей является индивидуальный подход к проведению сестринского ухода; осуществляется



Рис. 8. Проблемы пациента с ишемической болезнью сердца

ресурсов, которые направлены на решение основных потребностей и проблем пациента. Сестринский уход за больным со стенокардией включает следующие мероприятия:

- 1) обучение пациента методам расслабления для снятия напряжения и тревоги;
- 2) проведение бесед о значении режима труда и отдыха, режима питания, о принципах диетотерапии при артериальной гипертензии, влиянии вредных

привычек на развитие заболевания, значении приема лекарственных средств и регулярном посещении врача;

3) обучение пациента и членов его семьи определению частоты пульса и измерению АД.

Если пациент находится в стационаре, то медсестра:

- проводить контроль за питанием и передачами родственников;
- проводит контроль массы тела и антропометрических показателей пациента;
- производит раздачу лекарств пациентам, контроль правильности и регулярности их приема;
- осуществляет подготовку больных к обследованиям;
- производит контроль соблюдения пациентом назначенного двигательного режима;
- при наличии осложнений осуществляет уход за пациентом при строгом постельном режиме.

Медицинская сестра выполняет назначения врача, проверяет водный баланс, проводит термометрию, ухаживает за тяжелобольными, раздает медикаменты, записывает их в журнал назначений, подготавливает пациентов к исследованию, сопровождает больных на исследования, выполняет манипуляции. Некоторые манипуляции, выполняемые медицинской сестрой представлены в приложениях. В приложении 1 представлена методика записи ЭКГ [29;30].

4 этап - реализация поставленных целей. На этом этапе сестра принимает меры по профилактике различных заболеваний, а также обследованию, лечению и реабилитации больных стенокардией.

Оценка эффективности сестринского ухода является пятым этапом. Определяется на основе всех полученных данных и наблюдается в динамике совокупности: действие сестры – результат для пациента, страдающего стенокардией.

2.2. Результаты анкетирования пациентов с ИБС

Нами были проанкетированы пациенты **XXXXXXXXXXXX ВСТАВИТЬ**.
Всего было проанкетировано 40 человек, из них было 30 женщин и 10 мужчин.
Возрастной состав опрошенных отражен на рис. 9.

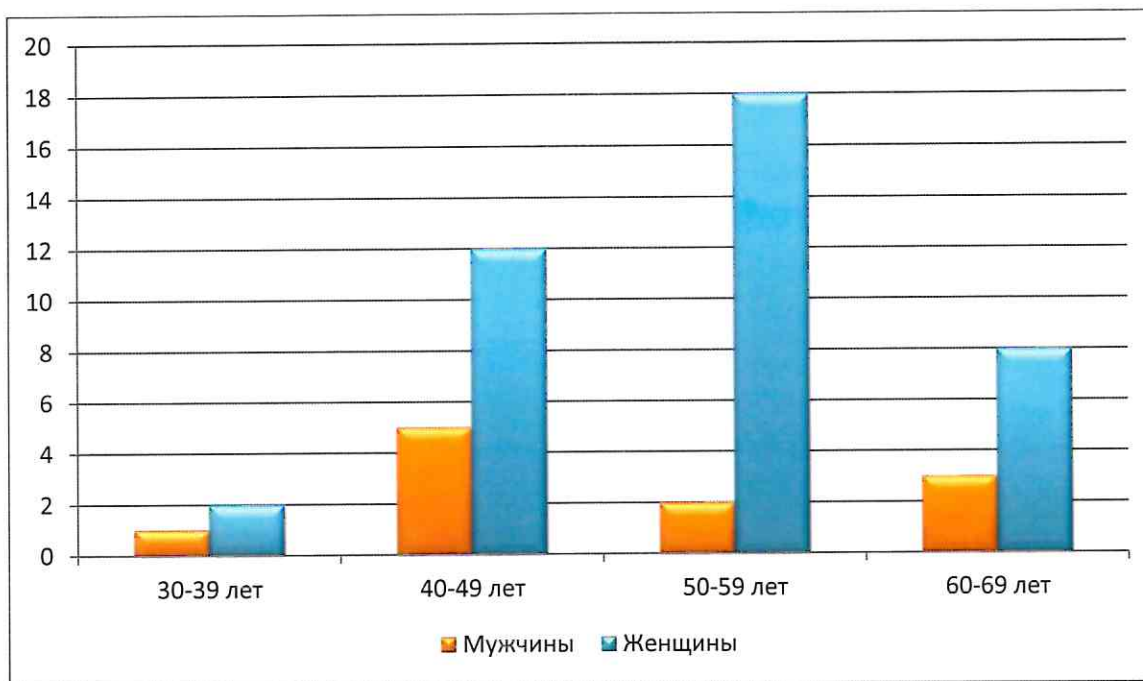


Рис.9. Возрастной состав опрошенных

Профессии опрошенных респондентов отражены на рис.10. Как видно из диаграммы, среди опрошенных преобладали служащие, неработающих пенсионеров было 7 человек.

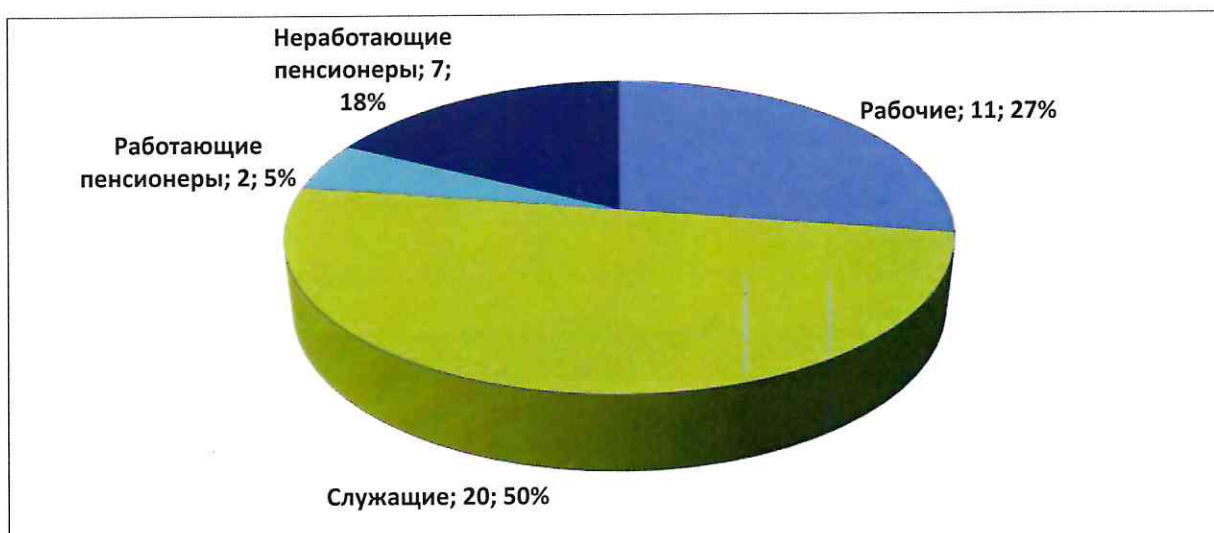


Рис. 10. Профессиональный состав опрошенных

Курят 6 человек, 1 женщина и 5 мужчин.

Свой уровень холестерина из 40 человек знают только 15 человек (37,5%).

Все опрошенные утверждают, что знают симптоматику ишемической болезни сердца, и проходят ежегодный профилактический осмотр.

На вопрос «назвать заболевания, относящиеся к ишемической болезни сердца», были получены следующие ответы (рис.11).

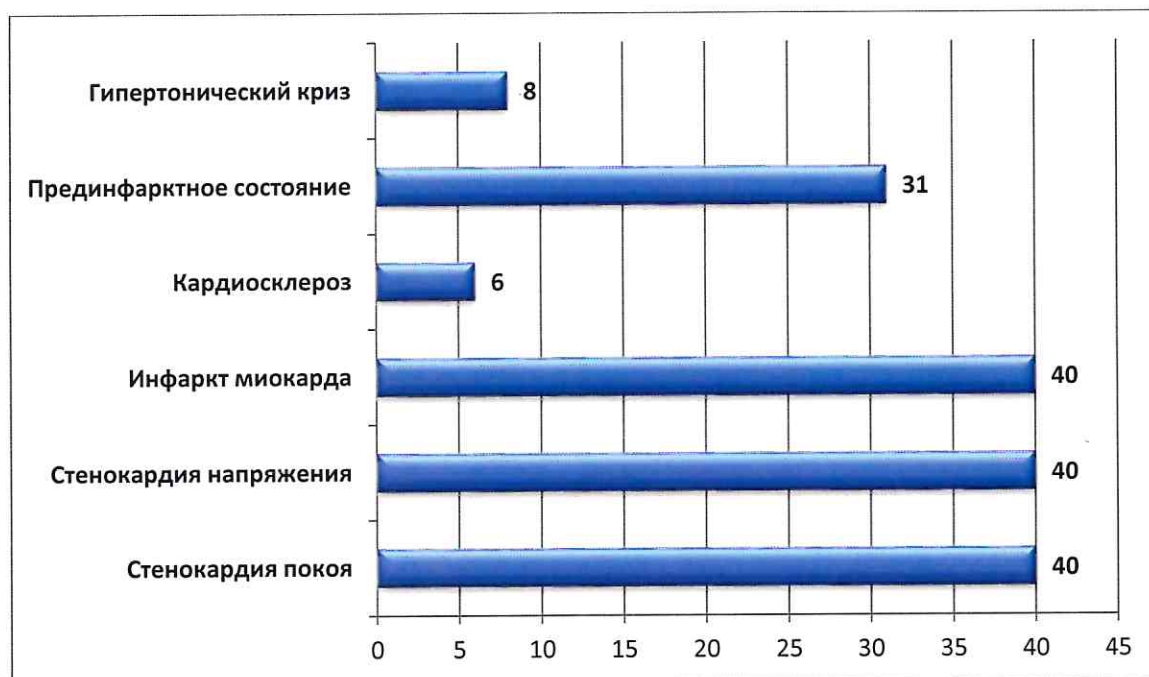


Рис. 11. Заболевания, относящиеся к ИБС, по мнению опрошенных

Как видно из приведенной диаграммы, опрошенные в ряде случаев отнесли к ИБС гипертонический криз (8 чел., 20%), прединфарктное состояние (31 чел., 77,5%), однако кардиосклероз относят к ишемической болезни сердца только 6 человек (7,5%). Таким образом, знания по нозологии оставляют желать лучшего.

Неточно представляют себе респонденты клиническую картину приступа стенокардии, полностью правильно назвали симптоматику только 15 человек (37,5%), причем в основном это были лица старшего возраста.

Факторы риска развития ИБС также были названы неточно, причем дислипидемии как фактор риска были названы только 5 респондентами

(12,5%). Скорее всего, в данном случае имело место незнание медицинской терминологии.

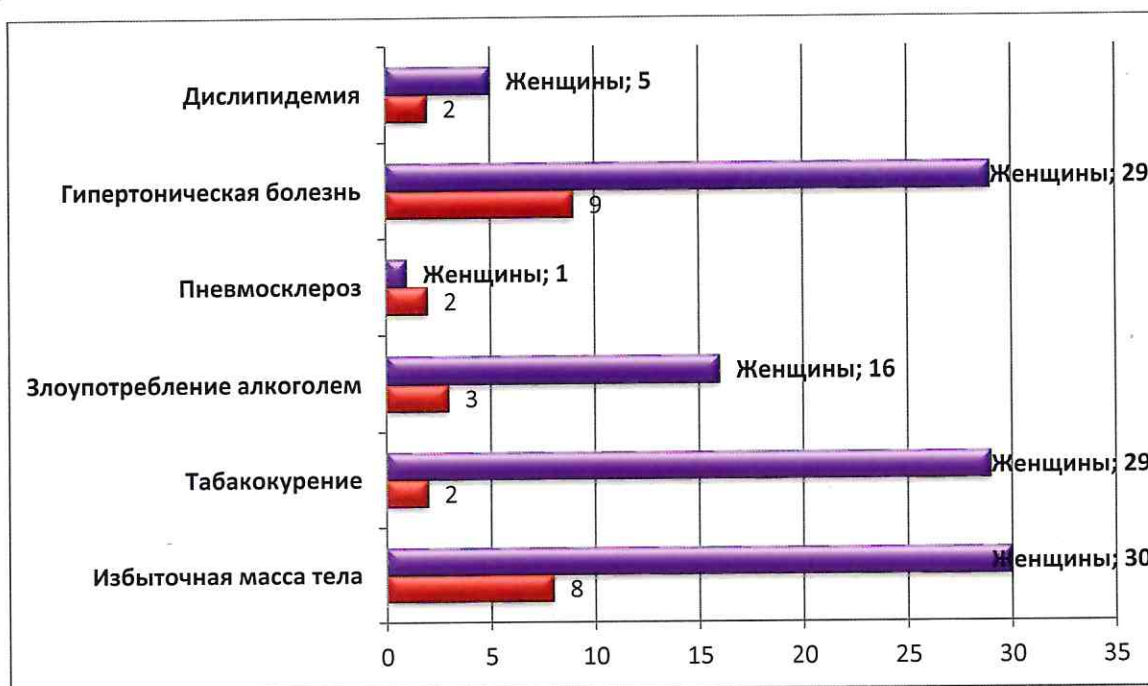


Рис.12. Факторы риска развития ИБС, по мнению опрошенных

Профилактика ИБС, по мнению опрошенных, включает в себя следующие факторы (рис. 13).

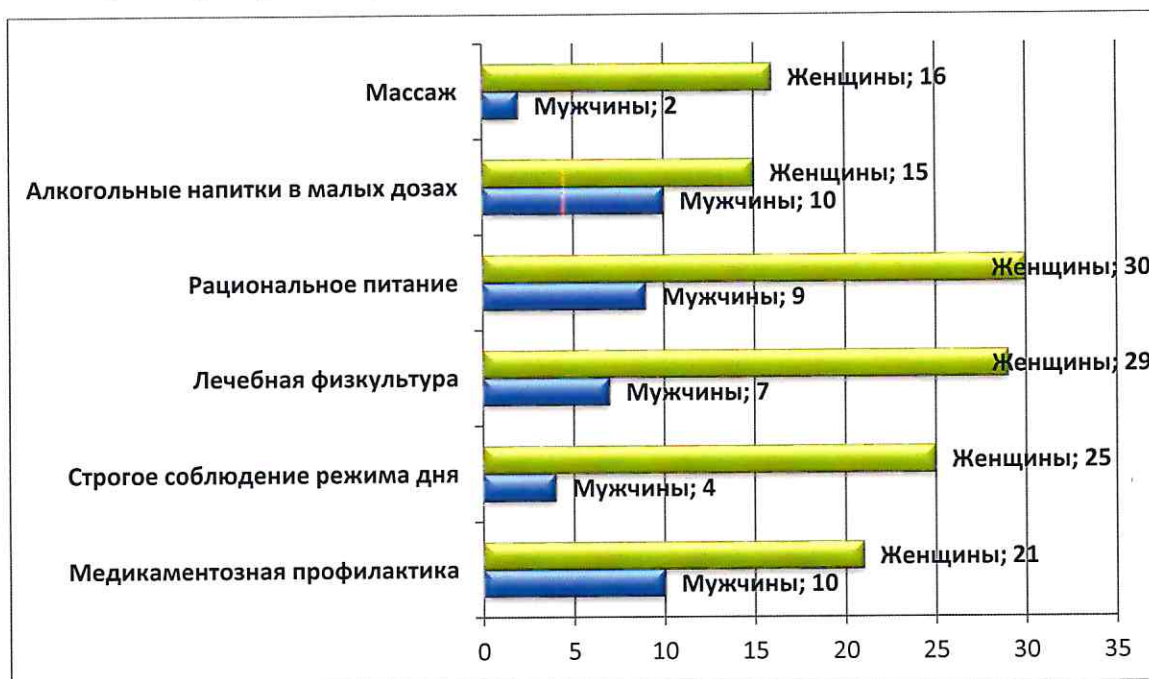


Рис. 13. Профилактика ИБС, по мнению респондентов

Как видно из приведенной диаграммы, мужчины и женщины представляют собой профилактику ИБС по-разному. Женщины отдают

предпочтение медикаментозной профилактике, рациональному питанию и лечебной физкультуре, мужчины уверены, что профилактическим действием обладают малые дозы алкогольных напитков и медикаментозная профилактика.

Таким образом, проведенное анкетирование среди пациентов **ВСТАВИТЬ XXXXX** показало, что респонденты имеют представление об ишемической болезни сердца, представляют себе клиническую картину приступа стенокардии. Факторы риска и профилактические мероприятия названы не совсем точно, но большая часть опрошенных ориентируется в ситуации и смогла назвать большую часть из них. Пациент четко должен понимать, что наблюдение у врача, соблюдение диеты, приверженность здоровому образу жизни даст возможность сохранить активность на долгие годы.

Имеют место различия в характере ответов на поставленные вопросы, обусловленные различием в поле и возрасте опрошенных: больше ориентируются в ситуации женщины в возрасте старше 40 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ишемическая болезнь сердца является серьезной патологией, уносящей ежегодно сотни тысяч жизней. Современная жизнь с ее постоянными стрессами, нерациональным питанием, малой физической нагрузкой, вредными привычками в виде табакокурения и злоупотребления спиртными напитками не прибавляет здоровья населению. Особенно это касается жителей промышленно развитых стран.

Наличие бессимптомных безболевых форм, выраженное поражение коронарных сосудов до появления первых клинических признаков, что делает дальнейшее лечение малоэффективным – все это ставит во главу угла возможности ранней и точной диагностики этого грозного заболевания.

Стенокардия развивается длительно во времени и без должного лечения приводит к серьезным проблемам со здоровьем. Знание причины развития, клинической картины, методов обследования, особенностей диагностики и лечения заболевания, профилактики осложнений, а так же знание манипуляций при заболевании, дает возможность медицинской сестре осуществлять все этапы сестринского процесса. Медицинская сестра должна правильно и умело выполнять назначения врача, четко и ясно проводить беседу с пациентом и его родственниками о факторах риска развития заболевания. Знание возможностей современных инструментальных методик, показаний и противопоказаний к их назначению, особенностей каждого диагностического метода и его чувствительности к тем или иным изменениям коронарного кровотока является очень важными для будущего врача и медицинской сестры. Сестринский уход при данной патологии даст возможность более быстрого восстановления пациента, снизит риск развития таких опасных для жизни осложнений как инфаркт миокарда и внезапная смерть.

Нами было проведено исследование, посвященное изучению деятельности медицинской сестры при ишемической болезни сердца. На основании изучения литературы определены факторы риска и причины

развития патологии, определен патогенез развития заболевания, уточнена клиническая картина. Проведенное среди пациентов анкетирование позволило выявить уровень знаний по проблемам ИБС.

Задачи, сформулированные в начале исследования, решены, поставленная цель достигнута.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие **ВЫВОДЫ:**

1. По данным литературы, распространение данной патологии в популяции носит эпидемический характер и обусловлено частотой факторов риска среди населения, особенностями образа жизни. Частота возникновения ИБС в промышленно развитых странах, в том числе и в Российской Федерации, нарастает.
2. Ишемическая болезнь сердца может протекать в нескольких клинических вариантах в зависимости от степени поражения венечных сосудов. Р
3. Сестринский уход при ишемической болезни сердца способствует решению проблем пациента, снижает риск развития осложнений и улучшает прогноз развития заболевания.
4. Проведенное среди пациентов **XXXВСТАВИТЬ** с целью определить уровень знаний по проблемам ИБС показало, что наиболее точно и полно о факторах риска развития ИБС, клинической картине, профилактических мероприятиях осведомлены женщины в возрасте старше 40 лет.

1.4. Статистические данные

По оценкам ВОЗ, «в 2012 году от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца и 6,7 миллиона человек в результате инсульта». По данным официальной статистики, в первом десятилетии XXI века в Российской Федерации наблюдается малая доля смертности от инфаркта миокарда в структуре

смертности от ИБС с относительно стабильным числом случаев ИМ и низкой вариабельностью заболеваемости ИМ.

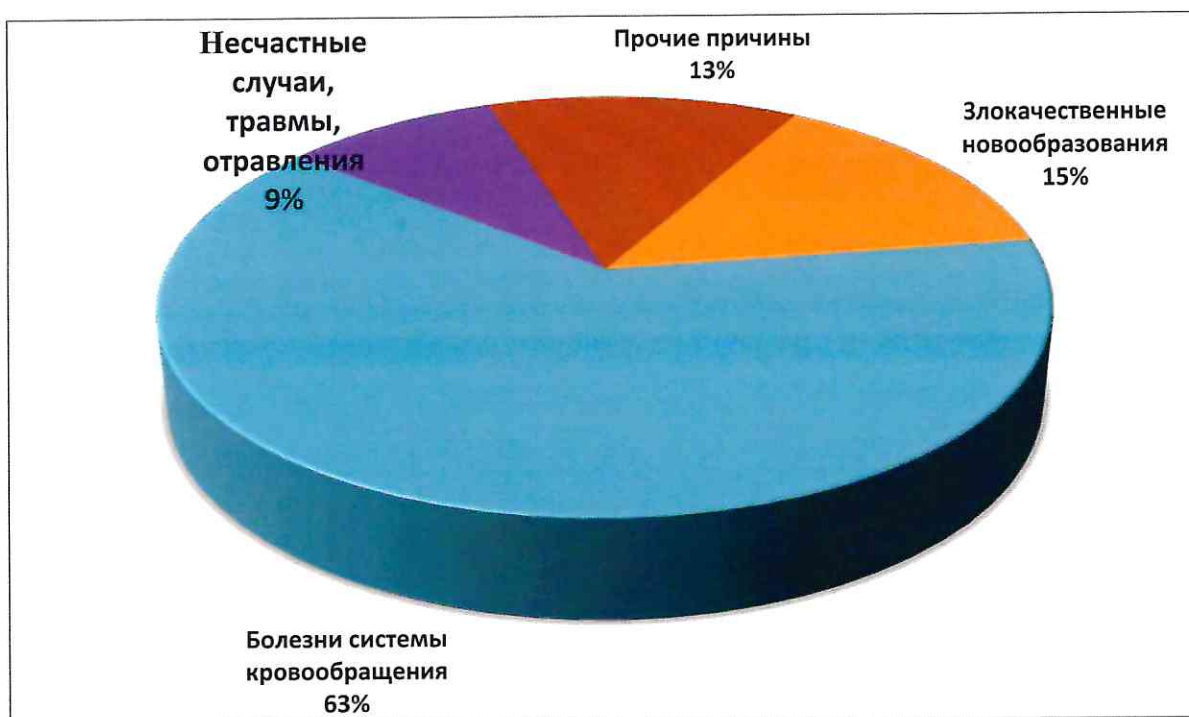


Рис. 1. Структура смертности населения Российской Федерации (на примере 2015 г. на 100 000 населения)

Структурный анализ причин смерти является одним из основных источников медицинской информации, который позволяет получить надежные данные о здоровье населения.

Как видно из рис.1, основными причинами смертности населения Российской Федерации являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, несчастные случаи, травмы и отравления.

Если же рассматривать структуру смертности населения трудоспособного возраста, т. е. мужчин в возрасте 16-59 лет, женщин – 16-54 лет, то картина выглядит несколько иной (рис. 2). Коэффициент смертности в категории «сердечно-сосудистые заболевания», которые дают максимальный «вклад» в причины смерти, - 282,8/100 000.

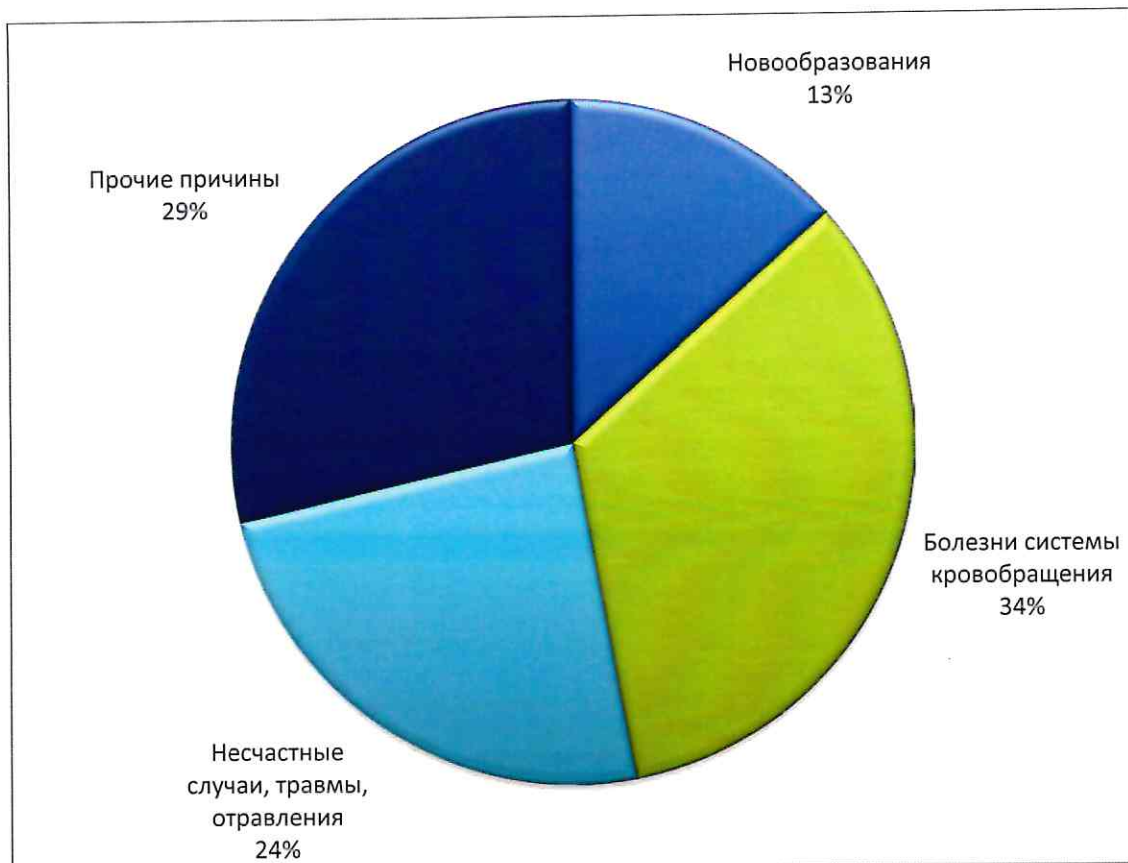


Рис. 2. Структура смертности трудоспособного населения Российской Федерации (на примере 2016 г., на 100 000 населения)

Если рассматривать структуру смертности в возрастных группах более детально, то вырисовывается следующая картина: сердечно-сосудистые заболевания с возрастом, как причина смерти, у мужчин выходят на первое место в возрастных когортах 45-54 года, и в когорте старше 65 лет [1, 6]. Несколько иначе группируются причины смерти у женщин в зависимости от возраста.

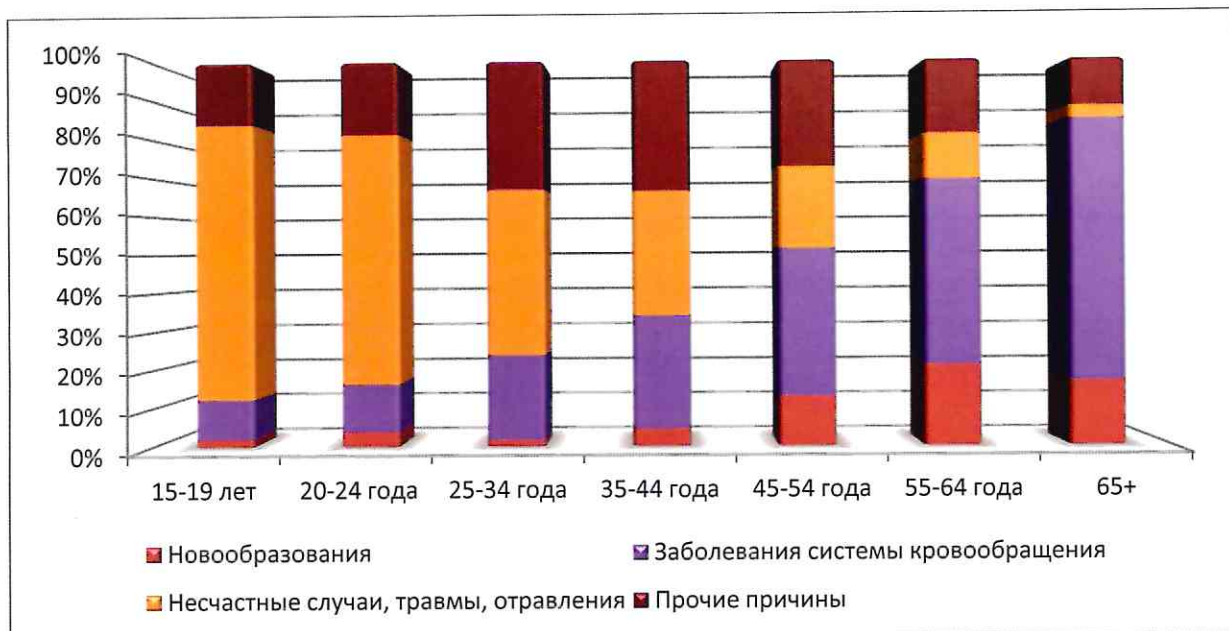


Рис. 3. Структура смертности мужчин Российской Федерации по возрастным группам (в %), на примере 2016 г.

С возрастом нарастает доля смертей, вызванных заболеваниями системы кровообращения, достигая максимума в возрастной группе 65 лет и старше – 77,4% (рис. 4).

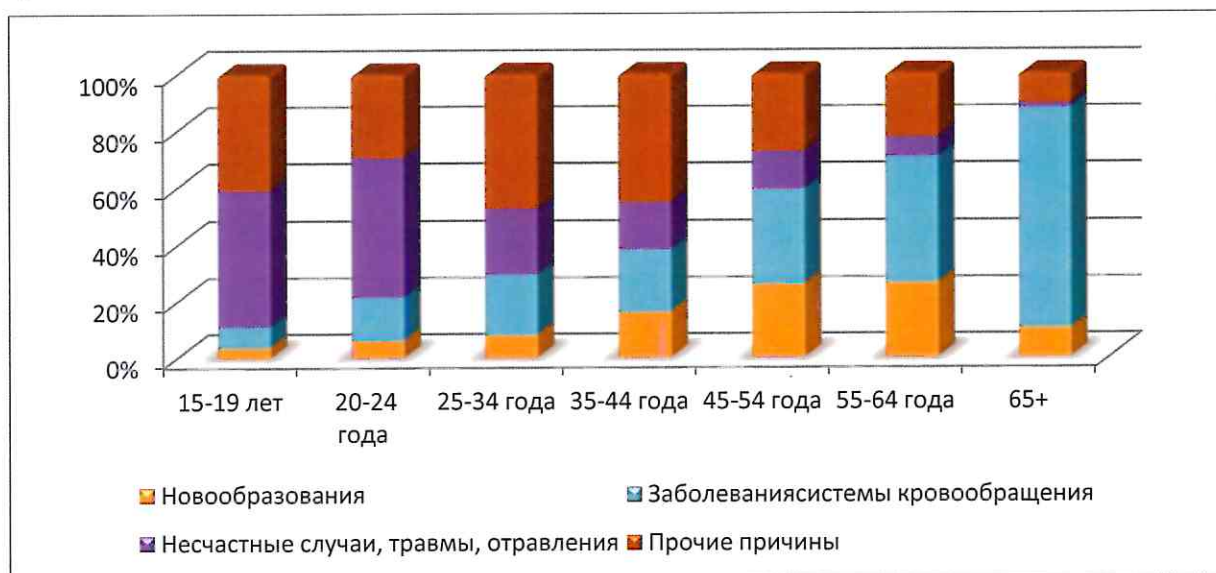


Рис. 4. Структура смертности женщин Российской Федерации по возрастным группам (в %), на примере 2015 г.

Таким образом, рассматривая структуру смертности населения Российской Федерации на примере 2016 года, можно констатировать, что патология сердечно-

сосудистой системы является основной причиной смерти как мужчин так и женщин в старших возрастных группах.

Исследованиями российских авторов показано, что больше половины мужчин (54,3%) и женщин (51,6%) умирает дома до прибытия врача. Дома, в присутствии врача (2% и 3,5%), в общественном месте (2,3% и 3%), при транспортировке в больницу (1,2% и 1,5%) умирает практически одинаковое число мужчин и женщин. На рабочем месте (8,2% и 6,5%), на улице (11,8% и 5%) смерть мужчин превышает таковую у женщин ($p < 0,001$). В то же время в стационаре женщин умирает больше (30,5%), чем мужчин (20,0%), $p < 0,05$ [12].

При 25-летнем изучении частоты инфаркта миокарда в среднеурбанизированном городе Западной Сибири выяснено, что ИМ преувалирует среди мужчин, причем во всех возрастных группах. Следует отметить, что у мужчин ИМ встречался уже в возрасте 30-34 лет, у женщин – в возрасте 45-49 лет. Стенокардия в анамнезе имела место одинаково часто как среди мужчин, так и среди женщин. У мужчин она регистрировалась, как и ИМ, начиная с возраста 30-34 лет, у женщин - в 40-44 лет, т. е. на 5 лет раньше, чем ИМ. Причем следует заметить, что у мужчин в молодых возрастных группах имеет место в основном стенокардия и АГ, у женщин же - в основном АГ. С возрастом нарастает количество заболеваний в анамнезе [6].

АНКЕТА

Мы просим Вас ответить на вопросы анкеты, которая поможет улучшить работу по профилактике ишемической болезни сердца. Просим Вас искренно отвечать на вопросы анкеты, т. к. анкета анонимная. Пожалуйста, ответьте на все вопросы, не пропуская ни одного. Благодарим Вас за оказанную помощь!

Полных лет?		
Ваша профессия?		
Курите ли Вы?		
Нет	Да	
Знаете ли Вы свой уровень холестерина?		
Нет	Да	
Знаете ли Вы симптоматику ишемической болезни сердца?		
Нет	Да	
Проходите ли Вы ежегодный профилактический осмотр?		
Нет	Да	
Назовите заболевания, относящиеся к ишемической болезни сердца (может быть несколько вариантов ответа)		
Стенокардия покоя	Стенокардия напряжения	Инфаркт миокарда
Прединфарктное состояние	Кардиосклероз	Гипертонический криз
Назовите, пожалуйста, симптоматику приступа стенокардии		
Боли сжимающего характера за грудиной, продолжительностью до 15 минут	Боли сжимающего характера за грудиной, снимаются приемом нитроглицерина	Общая слабость, обильное потоотделение,
Боли сжимающего характера за грудиной, не снимаются приемом нитроглицерина, продолжительностью более 15 минут	Колющие боли в области сердца, снимаются анальгетиками, без связи с физической нагрузкой	Судороги в ногах
Назовите факторы риска развития данного заболевания (может быть несколько вариантов ответа)		
Избыточная масса тела	Табакокурение	Злоупотребление алкоголем
Пневмосклероз	Гипертоническая болезнь	Дислипидемия
Назовите основные профилактические мероприятия, направленные на предупреждение осложнений инфаркта миокарда		
Медикаментозная профилактика	Лечебная физкультура	
Строгое соблюдение режима дня	Рациональное питание	
Алкогольные напитки в малых дозах	Массаж	

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов, Г. П. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / Г. П. Арутюнов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 672 с.
2. Аронсон, Ф. Наглядная кардиология [Текст] The Cardiovascular System at a Glance / Ф. Аронсон, Дж. Вард, Г. Винер ; пер. с англ. ; под ред. С. Л. Дземешкевича. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 120 с.
3. Барбараш Л. С., Шафранская К. С., Иванов С. В., и др. Возможность использования модифицированной шкалы euro score для оценки годового прогноза коронарного шунтирования у пациентов с мультифокальным атеросклерозом // ПКиК. 2010. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnost-ispolzovaniya-modifitsirovannoy-shkaly-euro-score-dlya-otsenki-godovogo-prognoza-koronarnogo-shuntirovaniya-u-patsientov-s> (дата обращения: 26.05.2018).
4. Болезни сердца и сосудов : руководство / под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серруиса, пер. с англ. под ред. Е. В. Шляхто ; ВНОК, Федер. Центр сердца, крови и эндокринологии им.В. А. Алмазова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1446 с.
5. Волков В. С. Фармакотерапия и стандарты лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы: руководство / В. С. Волков, Г. А. Базанов. - Москва : МИА, 2010. – 360 с.
6. Гарганеева А. А., Округин С. А., Зяблов Ю. И. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летнее эпидемиологическое изучение инфаркта миокарда в среднеурбанизированном городе Западной Сибири // СМЖ. 2010. №2-1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/programma-voz-registr-ostrogo-infarkta-miokarda-25-letnee-epidemiologicheskoe-izuchenie-infarkta-miokarda-v-sredneurbanizirovannom> (дата обращения: 25.-5.2018).
7. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: рос. рек. / Всерос. науч. о-во кардиологов. - 2-й пересмотр. - Москва : [б. и.], 2008. - 40 с. - (Секция хронической ишемической болезни сердца).

8. Долгополова Д.А., Попова М.А., Веденькина И.В. Оценка возможности применения шкалы score в прогнозировании сердечно-сосудистых событий у больных хронической обструктивной болезнью легких // Современные проблемы науки и образования. 2014. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-vozmozhnosti-primeneniya-shkaly-score-v-prognozirovanii-serdechno-sosudistyh-sobytiy-u-bolnyh-hronicheskoy-obstruktivnoy> (дата обращения: 26.05.2018).
9. Ишемическая болезнь сердца: руководство / Г. В. Погосова [и др.] ; под ред. Р. Г. Оганова ; ВНОК. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 112 с.
10. Кардиология: нац. рук. / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова ; АСМОК, Всерос. науч. о-во кардиологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1232 с.
11. Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY [Текст] / С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология. - 2016. - № 8. - С. 28-33.
12. Карасева, Л.Ю. Методологические аспекты совершенствования деятельности сестринского персонала в условиях современного лечебно-профилактического учреждения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2007. – 44 с.
13. Корягина, Н.Ю., Широкова, Н. В. Организация специализированного сестринского ухода/ Н.Ю. Корягина, Н.В. Широкова. - М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 464 с.
14. Лапотников, В. А. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия / В. А. Лапотников, В. Н. Петров // Медицинская сестра. - 2013. - № 6. - С. 22-31.
15. Лычев В.Г., Карманов В.К. Основы сестринского дела в терапии. - Ростов н/Д Феникс 2011. – 220 с.
16. Маколкин, В.И. и др. Сестринское дело в терапии/ В.И. Маколкин, С.И.Овчаренко, Н.Н. Семенов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 544 с.

17. Попова, Н.М. Стандартизация сестринских технологий – механизм повышения качества медицинской помощи / Н.М. Попова, К.А. Данилова, М.В. Макарова, О.Ю. Штундер // Экономика здравоохранения. 2009. — №3. — С.31-32.
18. Профессиональный стандарт «Сестринское дело» 2010.
URL http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwiB3sy2icDKAhUBqHIKHbwkCVsQFggnMAI&url=http%3A%2F%2Fproffi95.ru%2Fusers%2Ffiles%2Fdownload486.html&usg=AFQjCNGH8R2ZD DnwjKo0nd0d-M8gKrOnUQ&sig2=b7hxD26_0EyhwfJ0GZ-hQ&bvm=bv.112454388,d.bGQ&cad=rjt (дата обращения 24.05.2018).
19. Руководство по кардиологии: Учебное пособие в 3 т. / Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - Т. 1. - 672 с.
20. Сединкина, Р. Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» / Р. Г. Сединкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272 с.
21. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи/ Э.В. Смолева. – Ростов н/Д.: Феникс, 2012. - 473с.
22. Ширикова Н.В., Островская И.В. Основы сестринского дела (Алгоритмы манипуляций по сестринскому делу): Учебное пособие / Н.В. Ширикова, И.В. Островская. – М.: «АНМИ», 2012. – 110 с.