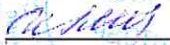


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущена к защите  
Зам.директора по УР  
 Иванова М.Н.  
\_\_\_\_\_ 2018 г.



КАРАТАЕВА МАРИНА ПЕТРОВНА

**«ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»  
(НА ПРИМЕРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РБ №1 –  
НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ)**

Выпускная квалификационная работа по специальности  
34.02.01 - Сестринское дело

Студентка отделения «Сестринское дело»

Каратаева М.П.

Руководитель

Филиппова Ф.С.

Якутск – 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические аспекты сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	5
1.1 Методы контроля за состоянием пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	5
1.2 Основные направления ухода за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы .....	11
1.3 Доврачебная помощь при неотложных состояниях .....	16
Глава 2. Особенности сестринского ухода за пациентами в кардиологическом отделении Республиканской Больницы №1 - Национального Центра Медицины.....	20
2.1 Анализ работы кардиологического отделения РБ№1-НЦМ.....	20
2.2 Особенности сестринского ухода за пациентами кардиологического отделения РБ№1-НЦМ.....	26
Выводы .....	34
Список источников и литературы.....	36
Приложения.....	37

## ВВЕДЕНИЕ

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности во всем мире. В настоящее время, с расширением возможностей кардиохирургической помощи населению, особенно остро встает вопрос обеспечения должного ухода за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Течение заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также эффективность их профилактики во многом определяется правильным осуществлением контроля за показателями гемодинамики, знанием симптомов заболеваний, умением своевременно и адекватно оказывать первую помощь при неотложных состояниях.

Физический уход за больным является одним из важнейших разделов сестринского дела и направлен на создание наиболее благоприятных условий пребывания пациента в больничной среде посредством восполнения у него дефицита самообслуживания. От правильности действий медицинской сестры нередко зависит жизнь больного.

Актуальность моей работы заключается в том, что по данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируются сердечно-сосудистые заболевания, более чем у 33 млн. человек, умирает более 15 млн. человек. В России каждый 16-й житель страдает ишемической болезнью сердца (ИБС), что позволяет говорить об эпидемии данного заболевания в стране [9].

В своем докладе заведующая кардиологическим отделением ГБУ РС(Я) «ЯГКБ», врач-кардиолог высшей квалификационной категории Мярина Лилия Михайловна отметила: «Что касается Якутии, немногочисленные эпидемиологические исследования показали сердечно-сосудистые заболевания сохраняют актуальность и для взрослого населения нашей республики. Так, по итогам 2016 г. в структуре общей заболеваемости взрослого населения сердечно-сосудистые заболевания занимали второе ранговое место – 14,5% (25085,89 случаев на 100 000 населения). Несмотря на ежегодную тенденцию снижения смертности, болезни сердечно-сосудистой системы сохраняют первенство в основных причинах летальных исходов населения нашей республики. Удельный вес болезней сердечно-сосудистой системы в причинах смертности составил 43,7%» [11].

**Цель** данной работы заключается в изучении особенностей сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Исходя из поставленной цели, можно выделить следующие **задачи** исследования:

1. Рассмотреть основные методы контроля за состоянием, направления ухода за пациентами с сердечно-сосудистой патологией и доврачебную помощь при неотложных состояниях.
2. Анализировать работу кардиологического отделения РБ №1-НЦМ
3. Выявить особенности сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями на примере кардиологического отделения РБ №1-НЦМ.



# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

## 1.1 Методы контроля за состоянием пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Основными методами контроля за состоянием кардиологических пациентов являются:

- Исследование периферического артериального пульса;
- Измерение артериального давления;
- Контроль суточного диуреза.

### Исследование периферического артериального пульса

Пульс (pulsus) представляет собой ритмические колебания стенки артерии, обусловленные изменением ее кровенаполнения в результате сокращения сердца - толчкообразное расширение артерии в систоле и спадение ее в диастоле. Различают центральный (определяется на крупных артериях - сонных, подключичных, бедренных) и периферический артериальный пульс. Артериальный пульс можно определить на любой поверхностно расположенной и лежащей на плотном основании артерии. В клинической практике чаще всего используют определение пульса на лучевых артериях в дистальной части предплечья. [9]

При методике определения пульса на лучевой артерии медицинская сестра прежде чем приступить к определению пульса и его характеристик, должна провести гигиеническую антисептику кожи рук и получить информированное согласие пациента. Для объективной оценки характеристик пульса пациент должен находиться в спокойном состоянии.

Необходимо усадить или уложить больного так, чтобы его рука находилась в расслабленном состоянии. Запястье больного захватывают так, чтобы ладонь медицинской сестры лежала на разгибательной поверхности предплечья больного, большой палец охватывал запястье с локтевой стороны, а сомкнутые кончики остальных пальцев располагались на сгибательной поверхности предплечья, вдоль внутреннего края лучевой кости вблизи ее шиловидного отростка. [9]

Основные свойства (характеристики) пульса:

1. Наполнение пульса зависит от величины сердечного выброса, объема циркулирующей крови, проходимости артерий. Для определения наполнения

пульса плавно придавливают артерию до исчезновения пульсации, а затем постепенно приподнимают кончики пальцев до появления едва ощутимой пульсации. Амплитуда движений кончиков пальцев характеризует наполнение пульса. В норме пульс имеет удовлетворительное наполнение. При увеличении сердечного выброса пульс становится полным (*pulsus plenus*); при снижении сердечного выброса, уменьшении объема циркулирующей крови (например, при гиповолемии вследствие кровотечения) - пустым (*pulsus vacuus*).

2. Напряжение пульса оценивается по той силе, с которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратить в ней пульсацию. Зависит от уровня систолического АД, сосудистого тонуса. При нормальных значениях АД пульс имеет нормальное напряжение. При высоком систолическом АД пульс твердый (*pulsus durus*), при низком АД - мягкий (*pulsus mollis*).

3. Ритмичность пульса оценивается по продолжительности промежутков времени между последовательными пульсовыми волнами. Пульс может быть ритмичным (*pulsus regularis*) и аритмичным (*pulsus irregularis*). Аритмичным пульс становится при нарушениях сердечного ритма (экстрасистолия, фибрилляция предсердий) и проводимости (атрио-вентрикулярные блокады II степени).

4. Частота пульса - количество пульсовых волн в минуту. В норме частота пульса составляет 60-90 пульсовых волн в минуту. При частоте пульса более 90 пульсовых волн в минуту его называют частым (*pulsus frequens*), при частоте менее 60 пульсовых волн в минуту - редким (*pulsus rarus*). Частоту пульса при условии его ритмичного характера можно подсчитать в течение 15 секунд и умножить затем на 4. Результат оценки частоты пульса вносится в соответствующую графу температурного листа в истории болезни.

5. Величина пульса зависит от наполнения и напряжения пульса. Пульс хорошего наполнения и напряжения - большой (*pulsus magnus*), слабого - малый (*pulsus parvus*). Пульс крайне низкого наполнения и напряжения (величина пульсовых волн определяется с трудом) - нитевидный пульс (*pulsus filiformis*). Нитевидный пульс наблюдается при шоке различной этиологии (например, кардиогенный шок при инфаркте миокарда) [6].

#### Исследование артериального давления

Артериальное давление (АД) - давление, которое кровь, находящаяся в артерии, оказывает на ее стенку. АД зависит от величины сердечного



выброса, общего периферического сосудистого сопротивления. Систолическое АД определяется в период систолы, при подъеме пульсовой волны. Диастолическое АД определяется в период диастолы, когда пульсовая волна спадает. Пульсовым давлением называют разность между систолическим и диастолическим АД.

Нормальным считается уровень систолического АД от 90 до 139 мм рт. ст., диастолического - от 60 до 89 мм рт. ст. Результат измерения записывают в виде дроби: 120/80 мм рт. ст. АД ниже 90/60 мм рт. ст. оценивают как артериальную гипотензию. АД 140/90 мм рт. ст. и выше оценивают как артериальную гипертензию.

Методы измерения АД. Существуют прямой (инвазивный) и непрямой (неинвазивный) методы измерения АД. При прямом методе используется специальная игла, соединенная с манометром, которая вводится непосредственно в кровеносный сосуд. Этот метод используется в кардиохирургической практике при проведении операций на сердце. При измерении АД непрямым методом используется сфигмоманометр, соединенный с манжетой, накладываемой на плечо больного. [9]

Впервые аппарат для измерения АД, включавший ртутный манометр и манжету, описал в 1896 г. С. Рива-Роччи. На плечо пациента накладывали манжету и постепенно, накачивая воздух, увеличивали в ней давление до тех пор, пока оно не превысит давление в плечевой артерии. Пульсация в плечевой артерии ниже манжеты прекращалась. Затем воздух из манжеты постепенно выпускали. Снижение давления в манжете приводило к восстановлению кровообращения в плечевой артерии, что можно было зарегистрировать, пальпируя пульс на лучевой артерии. Этот метод с использованием более безопасного механического манометра применяется иногда и в настоящее время. К сожалению, он позволяет оценить только уровень систолического АД. [9]

В 1905 г. русский врач Николай Сергеевич Коротков предложил аускультативный метод измерения АД, который используется сегодня во всем мире, а аускультативные феномены, выслушиваемые над плечевой артерией в процессе выпуска воздуха из манжеты и связанные с колебаниями расслабленной стенки артерии, называют тонами Короткова. [3]

Хронологически различают 5 фаз (тонов) Короткова:

- а) I фаза - появление постоянных, нарастающих по интенсивности тонов, интенсивность звука нарастает по мере сдувания манжеты; первый четкий тон определяют как показатель систолического АД;
- б) II фаза - появление шума и шуршащего звука;
- в) III фаза - звук напоминает хруст и нарастает по интенсивности;
- г) IV фаза - резкое приглушение звука и появление мягкого дующего; эта фаза используется для определения уровня диастолического АД;
- д) V фаза - исчезновение тонов.

Для измерения АД используются различные виды сфигмоманометров: [3]

механические - для осуществления измерения требуется механическое нагнетание воздуха в манжету и его постепенное стравливание с помощью резиновой груши

полуавтоматические - воздух нагнетается в манжету механически с помощью груши, а выпускается автоматически;

автоматические - нагнетание и выпускание воздуха осуществляется автоматически с помощью компрессора.

Результат измерений АД полуавтоматическими и автоматическими тонометрами выводится на экран дисплея одновременно с частотой пульса.

Для измерения АД необходимы: тонометр, фонендоскоп (стетоскоп), медицинская карта больного, ручка. Прежде, чем приступить к измерению АД, медицинская сестра должна провести гигиеническую антисептику кожи рук и получить информированное согласие пациента. [3]

АД измеряют в тихой, спокойной и удобной обстановке при комфортной температуре не ранее, чем через 5 минут отдыха. Желательно, чтобы после приема пищи прошло 1-2 часа. В течение 1 часа до измерения АД пациенту не следует курить и употреблять кофе. Пациент должен сидеть на стуле с прямой спинкой возле стола с расслабленными, нескрещенными ногами. При измерении АД рука должна быть обнажена. Наложение манжеты на одежду или закатывание рукава выше манжеты недопустимы. Пациент не должен разговаривать во время измерения АД. Нарушение перечисленных условий приводит к получению неправильных результатов измерений.



Ширина манжеты должна составлять не менее 40 % окружности плеча (в среднем 12-14 см); длина камеры - не менее 80 % окружности плеча. Использование узкой или короткой манжеты приводит к существенному ложному завышению АД (например, при ожирении). [3]

Перед наложением манжеты необходимо пропальпировать плечевую артерию в медиальной части локтевой ямки (при разогнутой в локтевом суставе руке). Манжету накладывают на 2-3 см выше локтевого сгиба. Середина резинового баллона, находящегося внутри текстильной манжеты, должна размещаться над плечевой артерией (часто имеется отметка на манжете - «arteria»). Между манжетой и поверхностью плеча свободное пространство должно быть равно толщине одного пальца. Если манжета наложена слабее или, напротив, более туго, следует поменять ее положение. Резиновые трубки, соединяющие манжету с тонометром, следует расположить кнаружи от локтевого сгиба во избежание касания ими головки стетоскопа. Не следует пытаться измерить АД на руке со стороны мастэктомии или на парализованной руке.

Перед нагнетанием воздуха в манжету необходимо проверить положение стрелки манометра («0»). Плотнo, но без сильного нажима приложить мембрану фонендоскопа к месту пульсации плечевой артерии на локтевом сгибе. Закрыть вентиль на баллоне. Быстро накачать воздух в манжету до 60 мм рт. ст., затем - по 10 мм рт. ст. с превышением на 20-30 мм того уровня, при котором исчезли тоны Короткова. Так пациент испытывает наименьший дискомфорт при измерении АД. Затем, приоткрыв вентиль, медленно спускать воздух по 2 мм рт. ст., выслушивая тоны Короткова и контролируя показания манометра. Появление первых тонов позволит оценить уровень систолического АД, последний отчетливый тон - диастолического АД.

Измерение повторяют дважды с интервалом 2-3 минуты, фиксируют среднее значение. Результат заносят в соответствующую графу температурного листа в истории болезни.

После измерения АД проводят дезинфекцию мембраны фонендоскопа с помощью антисептика. [3]

#### Контроль за суточным диурезом

Диурез - процесс образования и выделения мочи. Суточный диурез - общее количество мочи, выделяемой в сутки - составляет в среднем 1,5 л в сутки (может варьироваться от 0,8 до 2 л) и зависит от возраста, температуры и

влажности окружающей среды, условий питания, физических нагрузок и другие. Суточный диурез должен составлять 75-80% от количества выпитой жидкости, 20-25% выпитой жидкости выводится с потом, дыханием, стулом.

Соотношение между количеством введенной жидкости и количеством выведенной жидкости из организма в течение суток называют суточным водным балансом. При оценке количества введенной жидкости учитывается даже жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т.д., а также парентерально вводимых растворах. Например, твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80 % воды. Количество выведенной жидкости из организма соответствует суточному диурезу.

Методика измерения суточного диуреза и определение водного баланса. Используется при наблюдении за пациентом с отеками; для выявления скрытых отеков, нарастания отеков; для контроля за действием диуретических препаратов. [4]

Необходимое оснащение: мерная стеклянная градуированная емкость для сбора мочи; лист учета водного баланса.

Выполнение манипуляции:

Медицинская сестра должна объяснить больному, что в 6.00 мочу необходимо выпустить в унитаз. В последующем после каждого мочеиспускания больной собирает мочу в градуированную емкость, затем измеряется ее объем в каждой порции. Количество и время выделяемой и поступившей в организм жидкости фиксируется в листе учета водного баланса до 6.00 следующего дня. [4]

Используя данные, содержащиеся в листе учета водного баланса, медицинская сестра оценивает водный баланс:

1. Необходимо определить, какое количество жидкости должно было выделиться с мочой (в норме). Для этого количество принятой жидкости необходимо умножить на 0,8 (80%).
2. Сравнить количество выделенной больным жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).

Водный баланс считают отрицательным, если выделено меньше жидкости, чем рассчитано (в норме). Водный баланс считают положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано.

Положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения и схождении отеков. Отрицательный - о нарастании отеков и неэффективности диуретической терапии. [4]

## 1.2 Основные направления ухода за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Наблюдать и ухаживать за больными с заболеваниями сердца следует особенно внимательно. Кардиологические пациенты отличаются раздражительностью, неустойчивостью настроения, нарушением сна, наличием выраженного страха «за сердце», тревоги, боязни внезапной смерти. Пациенту следует разъяснить суть заболевания, помочь снять все его страхи и тревоги, успокоить, поддержать, объяснить, что при выполнении всех врачебных рекомендаций наступит скорейшее выздоровление. Необходимо найти подход к каждому пациенту, проявить терпение и такт, доброжелательность. Только доброта, внимание, улыбка помогут наладить контакт.

Медицинская сестра должна хорошо разбираться в современных лекарствах, чтобы объяснить пациенту время приема тех или иных медикаментов, разъяснить их действие.

Велика роль медицинской сестры в диетотерапии. Необходимо объяснить пациенту важность правильного питания, коррекции образа жизни, отказа от вредных привычек.

Средний медперсонал контролирует индивидуальные тренировки больных, проводит оценку динамики состояния (до и после физических нагрузок). [1]

Личная гигиена больного. Больной человек часто нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены и при выделении продуктов жизнедеятельности. В этой части процесса ухода руки сестры становятся руками пациента.

Для вытирания рук надо использовать бумажные полотенца, так как матерчатые полотенца могут стать резервуаром для скопления микроорганизмов. Необходимо мыть руки после посещения туалета и после приема пищи - эта простая мера поможет избежать возникновения и распространения различных инфекций. Кожа рук требует особого ухода: возникновение трещин повышает риск проникновения инфекции. У



тяжелобольного пациента правильный, рациональный уход за кожей с использованием современных косметических средств является основой профилактики пролежней и улучшения самочувствия, качества жизни.

Уход за промежностью (особенно важен для женщин) является необходимым не только для поддержания здоровья, но и для ощущения комфорта. При осуществлении интимной гигиены все движения необходимо выполнять по направлению от уретры к анальному отверстию. Это необходимо для профилактики инфекции мочевыводящих путей, возбудителями которой чаще всего становятся микроорганизмы - естественные обитатели кишечника. [5]

Частота процедуры ухода за волосами может колебаться от ежедневного мытья до 1 раза в неделю. Решается индивидуально - волосы моют так часто, как это необходимо.

При уходе за ногтями необходимо особое внимание уделять коже вокруг ногтевого ложа, так как заусеницы могут служить входными воротами для инфекции. Неотъемлемой частью всех профилактических мероприятий является уход за зубами и полостью рта. [5]

Таким образом, при уходе за тяжелобольным медицинская сестра должна помогать пациенту осуществлять следующие процедуры личной гигиены: [2]

1. Утренний и вечерний туалет: обработка глаз, носа, ушей, умывание, чистка зубов (при необходимости уход за протезами).
2. Мыть руки перед каждым приемом пищи и после физиологических отправлениях.
3. Обтирать пациента ежедневно или оказывать помощь в принятии ванны/душа 1 раз в неделю.
4. Ухаживать за промежностью утром, вечером и после подачи судна, мочеприемника.
5. Мыть голову не реже 1 раза в неделю и расчесывать волосы не реже 2 раз в день.
6. Полоскать рот после каждого приема пищи.
7. Ухаживать за зубными протезами (2 раза в день).
8. Брить пациента (1 раз в 1-2 дня).



9. Стричь ногти на руках и ногах (1 раз в неделю).
10. Мыть ноги (2-3 раза в неделю).
11. Профилактика пролежней.

Современные принципы осуществления ухода за больными: [2]

1. Безопасность - предупреждение травматизма пациента.
2. Конфиденциальность - подробности личной жизни больного не должны быть известны посторонним.
3. Уважение чувства достоинства - выполнение всех процедур с согласия пациента, обеспечение возможности уединения (при необходимости).
4. Независимость - моральное поощрение пациента при проявлении им самостоятельности.
5. Инфекционная безопасность.

Подготовка (и окончание) любой процедуры ухода должна учитывать основные принципы ухода за пациентами и включать нижеизложенные этапы

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить пациенту в доступной форме суть и ход предстоящей процедуры, учитывая психологические особенности. Такой разговор помогает снять эмоциональное напряжение, создать доверительную обстановку, мотивирует пациента к сотрудничеству.
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры (соблюдаются права пациента на получение информации).
3. Обеспечить пациенту возможность уединения (отгородить ширмой).
4. Вымыть и осушить руки - соблюдение инфекционной безопасности. При уходе за ослабленным пациентом используют кожные антисептики.
5. Использовать перчатки - соблюдение инфекционной безопасности.
6. Подготовить необходимое оснащение.

Окончание процедуры :

1. Помочь пациенту занять удобное положение - обеспечение безопасности (предупреждение травматизма).

2. Убрать и произвести дезинфекцию использованного оборудования - соблюдение инфекционной безопасности.
3. Снять перчатки, провести их дезинфекцию - соблюдение инфекционной безопасности.
4. Вымыть и осушить руки. [2]

Основные жалобы больных при заболеваниях сердечно-сосудистой системы  
Наиболее часто больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы предъявляют следующие жалобы:

1. Боли в области сердца или за грудиной.
2. Одышка или приступы удушья с затрудненным вдохом.
3. Появление отеков на ногах.
4. Сердцебиение (учащенное или усиленное).
5. Перебои в работе сердца (нарушение сердечного ритма).
6. Быстрая утомляемость - результат уменьшения кровотока в скелетных мышцах на фоне снижения сердечного выброса.
7. Эпизоды потери сознания.
8. Жалобы, связанные с изменением (повышением или понижением) АД: головная боль, шум в ушах или голове, головокружение.

Самая распространенная жалоба кардиологических больных - боли в области сердца или за грудиной. Причем, часто больные, плохо осведомленные об анатомическом расположении сердца, не связывают боли за грудиной, особенно ее нижней третью, с патологией сердца. Поэтому при жалобах больного на боли (или неприятные ощущения - дискомфорт) в грудной клетке целесообразно попросить его показать, где локализуется боль.

Боли в области сердца или за грудиной по происхождению могут быть ишемическими и неишемическими. Ишемические боли обусловлены недостаточностью коронарного кровообращения и возникают при ишемической болезни сердца - стенокардии, инфаркте миокарда. Для приступа стенокардии (*angina pectoris* - «грудное сжатие», «грудное стеснение», от лат. *ango* - сжимать) характерны следующие признаки: [2]

1. Боли локализуются за грудиной.
2. Боли возникают в виде приступов при физической нагрузке, действии холода, сильных эмоциях.



3. Боль носит сжимающий или давящий характер, иногда жгучий. Боль иррадирует (распространяется) под левую лопатку, в шею и левую руку.
4. Кратковременность боли - типичный приступ длится от 1-5 до 10 минут.
5. Боль быстро исчезает в состоянии покоя (при прекращении физической нагрузки) или при приеме нитроглицерина (под язык).

Неишемические боли (кардиалгии) связаны с неишемическими изменениями в сердце, патологией перикарда, нервно-мышечными заболеваниями грудной клетки. Эти боли чаще локализуются в области верхушки сердца (в области левого соска), носят ноющий или колющий характер, провоцируются самыми разнообразными факторами (глубоким дыханием, кашлем, движениями туловища), длятся от нескольких секунд до суток. Прием нитроглицерина при кардиалгиях, как правило, неэффективен. [2]

Одышка - нарушение частоты, ритма и глубины дыхания, сопровождающееся, как правило, субъективными ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания. Сердечная астма - острый приступ одышки, развивающийся вследствие нарушения работы сердца. Больной принимает вынужденное положение сидя со спущенными с постели ногами - ортопноэ. В таком положении часть крови передается в сосудах нижних конечностей, уменьшается возврат крови к правым отделам сердца, работа сердца облегчается. При несвоевременно оказанной помощи приступ сердечной астмы может усугубиться развитием отека легких с появлением kloкочущего шумного дыхания, выделением из дыхательных путей пенистой розовой мокроты.

Обморок (синкопе) - внезапная кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся резкой бледностью, значительным ослаблением дыхания и кровообращения. Это проявление острой гипоксии головного мозга в связи с временным снижением или прекращением мозгового кровотока. [2]

Отеки у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы появляются вследствие перемещения жидкости из сосудистого русла в межклеточное пространство, в связи с превышением системным гидростатическим венозным давлением показателей системного онкотического венозного давления. Гидростатическое давление повышается у больных с сердечной недостаточностью, в связи с ослаблением насосной функции

сердца и застоем крови в большом круге кровообращения. Онкотическое давление в сосудистом русле снижается за счет потери белка «застойной почкой», снижения выработки альбуминов «застойной печенью» и других факторов. Отеки кардиального происхождения локализуются в области лодыжек, на тыльной стороне стоп, голених. При постельном режиме они появляются на крестце, в поясничной области. Распространенные по всему телу отеки со скоплением отежной жидкости в полостях - брюшной полости (асцит), плевральной полости (гидроторакс), перикарде (гидроперикард) - называют анасаркой. [2]

### Принципы ухода за больными при отеках

Необходимо обеспечить больному нестрогий постельный режим, психологический покой с целью уменьшения нагрузки на сердечнососудистую систему.

При отеках защитные свойства кожи резко снижаются. Возможно появление трещин, опрелостей, пролежней, а это - входные ворота для инфекций. Пациент нуждается в удобной, ровной постели без швов.

Необходимо ежедневно измерять количество выпитой жидкости и выделенной мочи (диурез) с целью контроля за выполнением пациентом рекомендаций врача по ограничению объема потребляемой жидкости (при хронической сердечной недостаточности - до 1-1,5 л в сутки), оценки эффективности проводимой терапии и возможности коррекции дозы мочегонных препаратов (диуретиков).

Застой крови в органах брюшной полости влечет за собой нарушение их функций, что приводит к снижению аппетита, появлению тошноты, рвоты, чувства распирания в верхних отделах живота (метеоризм). Соблюдение диеты и режима питания, своевременное опорожнение кишечника улучшает самочувствие больных. [2]

### 1.3 Доврачебная помощь при неотложных состояниях

#### Первая доврачебная помощь при приступе стенокардии

При возникновении приступа стенокардии необходимо:

1. Обеспечить пациенту физический и психический покой.



2. Обеспечить приток свежего воздуха, расстегнуть стесняющую дыхание одежду.
3. Вызвать врача.
4. Измерить АД, определить характеристики пульса.
5. Дать одну таблетку нитроглицерина (0,0005 г) под язык (если систолическое АД > 100 мм рт. ст.). Предупредить больного, что прием нитроглицерина может вызвать головную боль, связанную с расширением церебральных вен, бояться которой не следует. Для уменьшения головной боли, связанной с приемом нитроглицерина, можно дать больному таблетку валидола - оказывает тонизирующее действие на вены головного мозга. Если боль не купировалась или при хорошей переносимости препарата, прием нитроглицерина повторяют дважды с интервалом в 3-5 минут.
6. Обеспечить контроль за пульсом, АД, частотой дыхания.
7. При приступе длительностью более 15 минут записать ЭКГ, так как возможно развитие инфаркта миокарда.
8. Подготовить подачу кислорода. [9]

#### Первая доврачебная помощь при сердечной астме

При развитии приступа сердечной астмы необходимо:

1. Успокоить пациента.
2. Усадить его в удобное положение, лежащего пациента перевести в полусидячее положение, приподняв изголовье.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от стесняющей одежды.
4. Подать ингаляцию увлажненного кислорода (при необходимости - с пеногасителем).
5. Больному в полусидячем положении наложить венозные жгуты на нижние конечности на 15 см ниже паховой складки с целью накопления крови в большом круге кровообращения и задержки ее притока к легким.
6. Вызвать врача. [9]

#### Первая доврачебная помощь при гипертоническом кризе

Гипертонический криз - осложнение гипертонической болезни, приступ резкого повышения АД с усилением головной боли, головокружением, тошнотой, рвотой. При гипертоническом кризе необходимо:

1. Обеспечить пациенту физический и психический покой, уложить горизонтально.
2. Обеспечить приток свежего воздуха.
3. Вызвать врача.
4. Поставить горчичники на икроножные мышцы, провести горячие ножные ванны, приложить холодный компресс ко лбу.
5. При болях в области сердца дать больному валидол или нитроглицерин (0,0005 г) под язык.
6. Постоянно контролировать АД и пульс пациента. [9]

#### Первая доврачебная помощь при острой сосудистой недостаточности

К проявлениям острой сосудистой недостаточности относят обморок, коллапс и шок.

Обморок (греч. *syncope*) - внезапная кратковременная потеря сознания. Причиной обморока чаще всего является кратковременное нарушение мозгового кровообращения в результате снижения тонуса сосудодвигательного центра. Обморок может возникнуть в результате сильного волнения, боли и других психоэмоциональных факторов, при нарушениях ритма и проведения. Обморок продолжается секунды, минуты, редко длится дольше. При осмотре больных отмечают бледность кожных покровов, пульс редкий, малого наполнения, АД понижено. [9]

Коллапс и шок - формы сосудистой недостаточности, в основе которых лежит уменьшение минутного объема сердца, его величина оказывается недостаточной для нормального кровоснабжения тканей. Более легкую форму сосудистой недостаточности, при которой в клинической картине доминирует гипотензивный синдром, называют коллапсом, а более тяжелую форму, при которой нарушается метаболизм, микроциркуляция, функция органов и систем организма - шоком. Причины коллапса или шока: массивная кровопотеря, инфаркт миокарда (самая частая причина шока в кардиологии), нарушение ритма сердца, острые инфекции, отравления, травма. При любом виде коллапса или шока возникает гипотония, кожные покровы становятся влажными, холодными и цианотичными, теряется блеск глаз, вокруг них образуются темные круги, черты лица заостренные («лицо



Гиппократ»), больной заторможен, пульс частый и малого наполнения (нитевидный), дыхание поверхностное.

При оказании первой доврачебной помощи больному с острой сосудистой недостаточностью необходимо:

1. Обеспечить больному полный покой;
2. Придать больному горизонтальное положение без подушки с несколько приподнятыми ногами - положение Тренделенбурга - для увеличения притока крови к головному мозгу.
3. Обеспечить приток свежего воздуха.
4. Освободить верхнюю часть туловища от стесняющей одежды.
5. Согреть больного (с помощью одеял).
6. Оценить и постоянно контролировать пульс и АД.
7. Для раздражения вазомоторных центров целесообразно вдыхание паров аммония хлорида (нашатырного спирта) или других нетоксичных резко пахнущих веществ, обтирание лица холодной водой.
8. Наладить вдыхание увлажненного кислорода.
9. Вызвать врача. [9]

В работе медицинской сестры нет мелочей. От точности и правильности действий зависит жизнь пациента, часто - успех лечения и, соответственно, прогноз на дальнейшую жизнь.

Профессиональный уход за тяжелобольным пациентом - это прежде всего максимально качественный уход. Искусство ухода заключается в том, что уход осуществляется не за пациентом с каким-либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, привычками, желаниями. Создание благоприятных условий для пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту - обязательные условия качественного сестринского ухода.

## ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РБ №1 – НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ

### 2.1 Анализ работы кардиологического отделения РБ№1-НЦМ.

Рис. 1.

Болезненность на 1000 взрослого населения РФ и РС(Я) за 2015-2017гг.



Рис. 2.

Заболеваемость на 1000 взрослого населения РФ и РС(Я) за 2015-2017гг.



Согласно данным рисунков 1 и 2 в болезненности и заболеваемости с сердечно-сосудистыми заболеваниями по РФ и РС(Я) видно, что в РФ число обратившихся данной проблемой увеличивается, а в РС(Я) наоборот уменьшается.

Клинический Центр является структурным подразделением ГБУ РС(Я) «РБ №1 – Национального Центра Медицины». Основной задачей КЦ является



оказание плановой специализированной лечебной помощи населению республики с применением новейших эффективных медицинских технологий, разработка, освоение и внедрение в практику современных, безопасных, экономически обоснованных, клинически эффективных методов диагностики и лечения.

В Центре 14 отделений, в составе которых работают 6 специализированных хирургических и 4 терапевтических отделений, операционный блок из 8 операционных залов, отделение анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии на 18 коек (экспресс-лаборатория), отделение анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (кардиологическое) на 6 коек и организационно-методический отдел.

В 2002 году создан отдел сердечно-сосудистой хирургии на функциональной основе 4-х отделений: кардиологии, кардиохирургии, сосудистой хирургии и отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (кардиологическое). Основным направлением отдела является совершенствование медицинской помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы посредством разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых технологий диагностики и хирургического лечения.

В 2004 году между Министерством здравоохранения РС(Я), РБ №1 – НЦМ и научно-исследовательским институтом трансплантологии и искусственных органов Министерства здравоохранения РФ (г.Москва) заключен договор о совместном сотрудничестве в научно-практической и учебно-методической деятельности с присвоением наименования Якутский филиал НИИТ и ИО Национальный Центр Медицины.

С 2000 года оказывается в республике высокотехнологичная кардиохирургическая медицинская помощь, трансплантация родственной почки.

С 2007 года ГАУ РС(Я) «РБ №1 – НЦМ» включен в список медицинских учреждений, допущенных к выполнению государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по двум направлениям: нейрохирургия и сердечно-сосудистая хирургия с охватом регионов РФ: Магаданская область, Камчатский край и активно участвует в настоящее время в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

С 2009 года в урологическом отделении внедрены и выполняются малоинвазивные эндоурологические операции и реконструктивно-пластические операции на органах мочеполовой системы при злокачественных образованиях (радикальная простатэктомия и энтероцистопластика).

Кардиологическое отделение было открыто 20 июля 2000 года. Отделение является неотъемлемым звеном в цепочке оказания высокотехнологичной помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Здесь выявляются показания к хирургическому лечению ИБС, приобретенных пороков сердца, сложных нарушений ритма, проводится предоперационная подготовка и I этап реабилитации после кардиохирургических операций. С 2014 года, в составе кардиологического отделения, функционируют диагностические койки кратковременного пребывания для проведения коронарографического исследования.

Медицинский персонал отделения состоит из 4 врачей-кардиологов высшей квалификационной категории, отличников здравоохранения РС(Я). Заведующая отделением Томская Татьяна Юрьевна – КМН, отличник здравоохранения РФ, врач высшей квалификационной категории. Старшая медсестра Уларова Туяра Михайловна – медсестра высшей квалификационной категории. 5 медсестер и 2 мембратов большинство имеют высшую квалификационную категорию, являются сертифицированными специалистами.

В отделении имеется 25 коек (палаты на 4-х, 3-х и 2-х пациентов). Ординаторская, кабинет зав.отделения, кабинет старшей медсестры, процедурный и перевязочный кабинет, приемный кабинет, пост и иные помещения, необходимые для осуществления медицинской деятельности отделением.

Средняя длительность лечения в кардиологическом отделении РБ №1 НЦМ составляет 12,4 дней (табл.3).

Таблица 1.

Средняя длительность лечения в отделении за 2015-2017 гг.

Показатель	2015	2016	2017
Все выбывшие, дней	10,6	11,2	12,4
Артериальная гипертония, дней	11,4	11,5	11,7



ИБС, дней	12,9	12,2	13,1
-----------	------	------	------

Согласно данным таблицы 1, максимальная длительность лечения в отделении за 2015-2017 гг. приходится на пациентов с ишемической болезнью сердца.

Согласно отчетным данным, в 2015 г. всего пролечено (выбыло) 935 пациентов (чел.), в 2016 г. - 851, в 2017 г. - 733. Исходя из динамики, можно сделать вывод, что количества пациентов ежегодно уменьшается (табл.2).

Таблица 2.

Количество и состав пациентов отделения за 2015-2017 гг.

№	Показатель	2015	2016	2017
1.	Всего пролечено пациентов (выбыло)	933	850	732
1.1	Из них всего пациентов ИБС: чел.	357	324	280
1.1.2.	В т.ч. хроническая ИБС: абс.ч.	211	168	151
1.2.	Из них артериальная гипертония: абс.ч.	176	179	183
1.3.	Другие болезни сердца	189	105	118

Состав пролеченных пациентов за 2015-2017 гг. в процентном соотношении представлен диаграммно на рис.3.

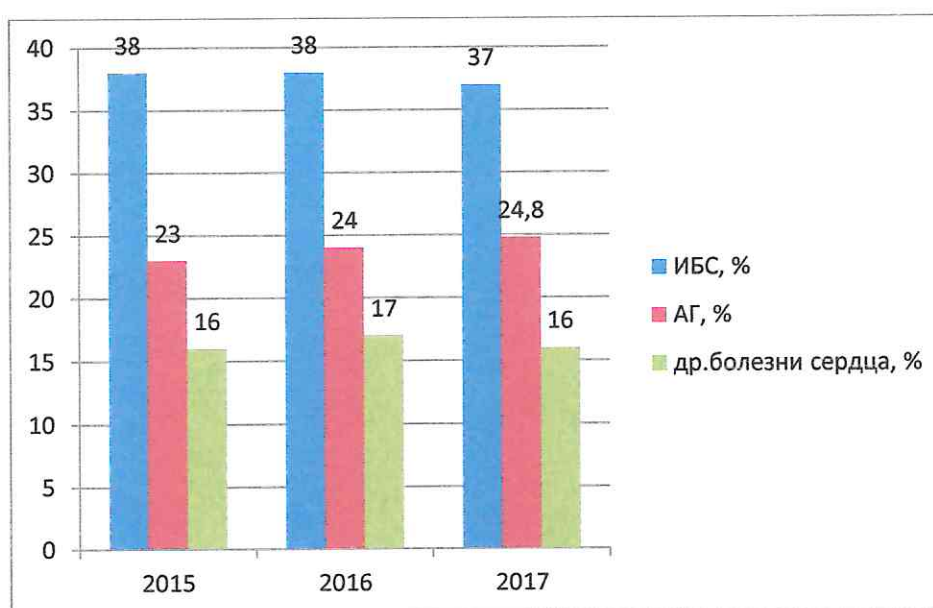


Рис.3.

Исходя из данных, представленных на рис.3, можно сделать вывод, что большинство пациентов отделения за 2015-2017 гг. составляют с ишемической болезнью сердца. Также выявлено, что в 2017 г. повысилось количество пациентов с артериальной гипертонией.

На рис.4 представлен состав пациентов отделения за 2015-2017 гг. по половому критерию.

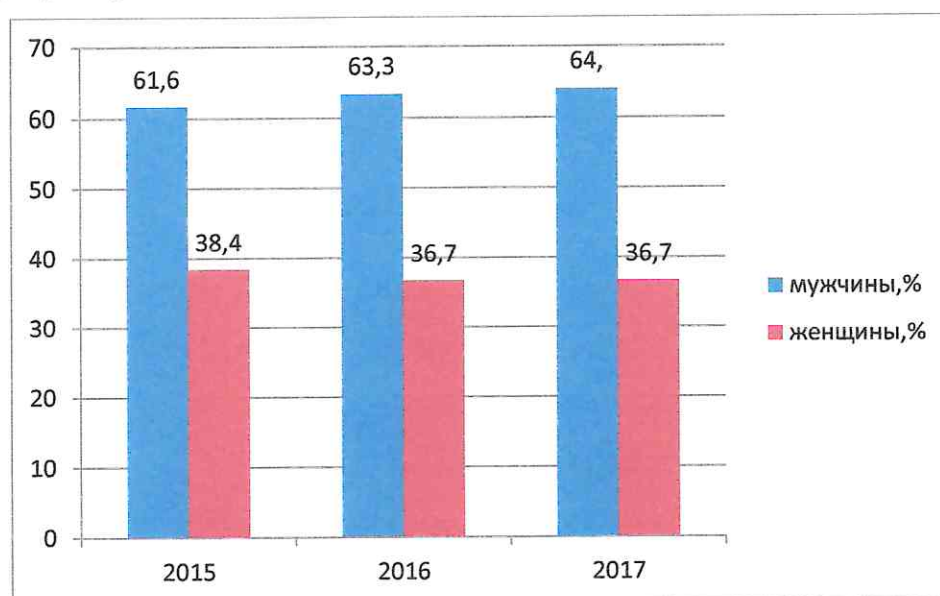


Рис.4.

Согласно данным, представленным на рис.4, можно сделать вывод, что за 2015-2017 гг. количество мужчин-пациентов увеличивается, количество женщин пациенток – стабильна в последние два года. В целом, подавляющее большинство пациентов отделения относятся к мужскому полу. Чаще всего этому подвержены злоупотребляющие вредными привычками, мужчины страдающие ожирением, мужчины старшего и пожилого возрастов. Обычно причиной инфаркта является повышенный уровень холестерина, который провоцирует отложение бляшек и закупорку сосудов. Женщины в отличие от мужчин имеют природный «регулятор» холестерина – эстроген, который не дает ему подняться выше нормы. В организме мужчины также присутствует гормон эстроген, но в малом количестве. Таким образом,



можно наглядно увидеть демографическую картину распространения ССЗ среди населения Республики Саха (Якутия).

На рис.5 представлен состав пациентов отделения за 2015-2017 гг. по возрастному критерию.

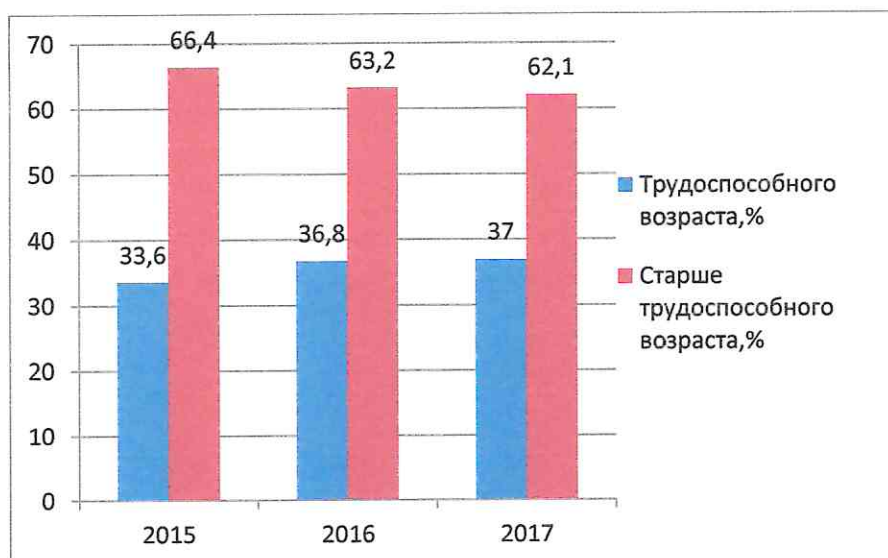


Рис.5.

Согласно данным, представленным на рисунке 5, можно сделать вывод, что в процентном соотношении за 2015-2017 гг. наблюдается тенденция снижения количества пациентов возрастной категории «старше трудоспособного возраста», и наоборот, за этот же период имеется тенденция увеличения количества пациентов более молодой возрастной группы.

Таблица 3.

Летальность в отделении за 2015-2017 гг.

Показатели	2015	2016	2017
Число умерших пациентов, всего	2	1	1
Летальность, %	0,21%	0,12%	0,12%

Анализ летальных случаев в отделении за 2015-2017 гг. (табл.3) показывает, что за последние 3 года количество смертей пациентов уменьшилась и 2 года стабильна.

Таким образом, на основе проведенного анализа работы кардиологической отделения КЦ РБ№1-НЦМ за 2015-2017 гг. можно сделать следующие выводы:

Изучение отчетных документов отделения показало, что за последние 3 года количества пациентов уменьшилось, в основном за счет пациентов с ИБС. При этом, следует отметить, что длительность лечения пациентов с ИБС больше, чем у пациентов с артериальной гипотонией.

Также, за рассматриваемый период, наблюдается тенденция снижения количества пациентов старше трудоспособного возраста, и наоборот, растет количество пациентов более молодой возрастной группы. В целом, возрастная картина болезни ССС не меняется. Кроме этого, выявлено, что подавляющее большинство пациентов отделения относятся к мужскому полу, количество женщин-пациенток стабильна.

## 2.2. Особенности сестринского ухода за пациентами кардиологического отделения РБ №1 – НЦМ

Выполняя врачебные назначения, медицинская сестра наибольшее количество манипуляций выполняет в первые дни болезни пациента. В приемно-диагностической палате отделения проводятся сбор жалоб, анамнеза, осмотр, оценивается общее состояние пациента, обследование пациента: электрокардиография, эхокардиография, лабораторные исследования. Проводит забор крови в 3 пробирки: биохимические анализы, коагулологию, исследование крови на групповую принадлежность, Rh-фактор и других биоматериалов для клинического (ОАК, ОАМ) исследования с указанием времени забора и доставки в лабораторию. Занимается подготовкой к инструментальным методам исследования, рассказывает пациентам о цели исследования и сопровождает их к месту обследования. Психологически подготавливает пациентов к предстоящему хирургическому вмешательству, объясняя ход и цель операции.

Основные манипуляции, выполняемые медицинской сестрой отделения

Техника подсчета пульса:

Оснащение: часы и секундомер, температурный лист, ручка, бумага.

I. Подготовка к процедуре.



1. Объяснить пациенту суть и ход исследования. Получить его согласие на процедуру.
2. Вымыть руки.

## II. Выполнение процедуры.

Примечание. Во время процедуры пациент может сидеть или лежать. Предложить расслабить руку, при этом кисть и предплечье не должны быть «на весу».

3. Прижать 2, 3, 4-м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию (1 палец находится со стороны тыла кости).
4. Определять ритм пульса в течение 30с.
5. Взять часы или секундомер и исследовать частоту пульсации артерии в течение 30с.: если пульс ритмичный, умножить на 2, если пульс не ритмичный - считать частоту в течение 1 мин.
6. Сообщить пациенту результат.
7. Записать результат определения ритма и частоты пульса.
8. Прижать артерию сильнее чем прежде лучевой кости и определить напряжение пульса(если пульсация исчезает при умеренном нажатии - напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает - пульс напряженный; если пульсация полностью прекратилась - напряжение слабое).
9. Сообщить пациенту результат исследования.
10. Записать результат.

## III. Завершение процедуры.

11. Помочь пациенту занять удобное положение или встать.
12. Вымыть руки.
13. Отметить результаты исследования в температурном листе (или в протоколе к плану по уходу).

Техника измерения артериального давления (АД):

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка, бумага, температурный лист, салфетка со спиртом.

I. Подготовка к процедуре.

1. Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 15 минут до его начала.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие на проведение.
3. Выбрать правильный размер манжеты.
4. Попросить пациента лечь (если предыдущие измерения проводились в положении «лежа») или сесть к столу.

II. Выполнение процедуры.

5. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх. Помочь сдвинуть или снять одежду с руки.
6. Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; закрепить манжету так, чтобы проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией.
7. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.
8. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану фонендоскопа.
9. Другой рукой закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, этой же рукой быстро нагнетать в манжету воздух до тех пор пока давление в ней не превысит 30 мм рт.ст. - уровень, при котором исчезают тоны Короткова.
10. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. в 1с, повернув вентиль влево. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показанием шкалы манометра: при появлении первых звуков «отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению.



11. Продолжая выпускать воздух из манжеты, отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению и полному исчезновению тонов Короткова.
12. Сообщить пациенту результат измерения.
13. Повторить процедуру через 2-3 минуты.

### III. Завершение процедуры.

14. Данные измерения округлить до 0 или 5, записать в виде дроби (в числителе систолическое давление, а в знаменателе диастолическое).
15. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.
16. Записать данные исследования в необходимую документацию.
17. Вымыть руки.

Техника ухода за постоянным венозным катетером:

Оснащение: стерильный латок, лоток для мусора, шприц с гепаринизированным раствором 10мл (1:10), шприц с физиологическим раствором, стерильные ватные шарики и салфетки, лейкопластырь, кожный антисептик, стерильные перчатки, ножницы, бинт.

#### I. Подготовка к процедуре.

1. Объяснить пациенту суть и ход исследования. Получить его согласие на процедуру.
2. Вымыть руки.

#### II. Выполнение процедуры.

1. Аккуратно снять повязку.
2. Осмотреть кожу вокруг катетера, обработать 70% спиртом.
3. Снять пробку, к катетеру присоединить шприц с физиологическим раствором, потянуть поршень на себя и убедиться в свободном поступлении крови в шприц. Подсоединить к катетеру систему для внутривенной инфузии, отрегулировать частоту капель.

#### III. Завершение процедуры.

4. После окончания инфузионной терапии необходимо поставить гепариновый замок следующим образом:

- через порт ввести гепаринизированный раствор

5. Наложить стерильную повязку для фиксации.
6. Вымыть руки.

Кроме основных манипуляций в должностные обязанности медицинской сестры отделения входят:

1. Организация своевременного обследования больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории;
2. Участие в предоперационной подготовке и I этапе реабилитации после кардиохирургических операций;
3. Наблюдение за состоянием больного, физиологическими отправлениями, сном;
4. Осуществление санитарно-гигиенического обслуживания физически ослабленных и тяжелобольных (умывание, кормление, дает питье и т. д.).
5. Контроль выполнения больными и их родственниками режима дня отделения;
6. Контроль за температурой тела пациентов;
7. Выполнение медицинских назначений;
8. Ведение необходимой учетной документации.

Пациенты, находящиеся в отделении, проходят коронарографическое исследование. Коронарография – рентгеноконтрастный метод исследования, который является наиболее точным и достоверным способом диагностики ИБС. Ее проводят в условиях рентген-хирургической операционной для выявления патологических изменений в артериях, качественной и количественной характеристики пораженных сосудов, оценки коронарного кровотока.

Медицинская сестра участвует в подготовке к данной исследованию. Она:

1. Объясняет ход и цель предстоящей манипуляции;
2. Устанавливает венозную канюлю;
3. По необходимости проводит капельную инфузию, чтобы уменьшить риск почечной недостаточности;
4. Психологически поддерживает пациента. Во избежание излишнего беспокойства, по назначению врача, перед коронарой дает успокаивающее средство;
5. Обрабатывает и обривает участок проведения пункции;



6. После исследования дает минимум жидкости, для выведения и очищения от контрастного вещества.

#### Учетно-отчетная документация медицинской сестры отделения

1. Журнал учета, сильнодействующих веществ.
2. Журнал учета дорогостоящих медикаментов.
3. Журнал заявок лекарственных средств и изделий медицинского назначения.
4. Журнал регистрации педикулеза среди пациентов.
5. Журнал регистрации выполненных манипуляций.
6. Журнал температурный.
7. Журнал движения больных.

Для дальнейшего изучения сестринского ухода за пациентами кардиологического отделения РБ№1-НЦМ рассмотрела конкретную ситуацию из практики.

#### Наблюдение из практики

Пациент, 56 лет, находится на лечении в отделении с диагнозом: ИБС, стенокардия стабильная, мерцательная аритмия.

Жалобы на приступы болей за грудиной давящего характера, возникающие при физической нагрузке, одышку, слабость. Ухудшение отмечает около 1 недели. Со слов 5 лет назад перенес инфаркт миокарда.

Объективно: общее состояние средней тяжести, заторможен. Кожные покровы бледные. ЧДД 24 в минуту. В легких влажные хрипы. Пульс 90 ударов в минуту, аритмичный, неравномерного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм. рт. ст. Сердце - тоны глухие, аритмичные. Живот мягкий, безболезненный. На ногах отеки.

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

Проблемы настоящие: приступы болей за грудиной при физической нагрузке, слабость, перебои в работе сердца, одышка при незначительной физической нагрузке.

Проблемы потенциальные: риск развития повторного инфаркта миокарда.

Приоритетная проблема: приступы болей за грудиной при физической нагрузке.

Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение приступов боли в конце недели.

Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие приступов боли за грудиной к выписке.

Таблица 4.

Сестринские вмешательства

<b>План</b>	<b>Мотивация</b>
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим и лечебное питание с ограничением жидкости (до 1 литра в сутки) и соли (5 граммов).	Для эффективного лечения.
2. Обеспечить смену постельного и нательного белья по мере загрязнения.	Для профилактики инфицирования кожи.
3. Расправлять складки на простынях и одежде ежедневно 2 раза в день.	Для предупреждения образования пролежней.
4. Обеспечить тщательную гигиену кожи и слизистых.	Для профилактики пролежней.
5. Обеспечить индивидуальными средствами ухода и отгородить ширмой.	Для создания комфортного состояния.
6. Обеспечить выполнение программы ЛФК.	Для эффективного лечения и предупреждения осложнений.
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении дополнительного питания.	Для повышения защитных сил организма.
8. Обучить пациента и родственников правилам ухода за кожей в домашних условиях.	Для профилактики пролежней.
9. Своевременно и правильно выполнять назначения врача.	Для эффективного лечения.
10. Провести беседы: о вреде курения; о рациональном питании; о необходимости регулярного приема лекарственных средств.	Для предупреждения повторного инфаркта миокарда.

Оценка: пациент отмечает отсутствие приступов болей за грудной клеткой. Цель достигнута.

Таким образом, исходя из наблюдения практики, можно сделать вывод, что особенность сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями заключается в том, что уход за такими пациентами должно быть направлено на достижение двух целей:

- во-первых, необходимо избавить больного от симптомов заболевания, в первую очередь от стенокардии,
- во-вторых, улучшить прогноз его заболевания, предотвратив возможность развития наиболее тяжелых осложнений - инфаркта миокарда и за счет этого продлить жизнь.



## ВЫВОДЫ

Физический уход за больным является одним из важнейших разделов сестринского дела и направлен на создание наиболее благоприятных условий пребывания пациента в больничной среде посредством восполнения у него дефицита самообслуживания. От правильности действий медицинской сестры нередко зависит жизнь больного.

Наблюдать и ухаживать за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует особенно внимательно. Они отличаются раздражительностью, неустойчивостью настроения, нарушением сна, наличием выраженного страха «за сердце», тревоги, боязни внезапной смерти. Пациенту следует разъяснить суть заболевания, помочь снять его страхи и тревоги, успокоить, поддержать, объяснить, что при выполнении всех врачебных рекомендаций наступит скорейшее выздоровление. Таким образом, создание благоприятных условий для пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту - обязательные условия качественного сестринского ухода. Практика показывает, что люди чувствуют себя лучше и восстанавливают силы намного быстрее, когда поощряется их желание самоухода. Если пациент имеет возможность участвовать в планировании ухода, получать объяснения, то он лучше воспринимает уход, у него поднимается настроение, улучшается качество жизни.

На основе проведенного анализа работы кардиологического отделения РБ№1-НЦМ за 2015-2017 гг. были сделаны следующие выводы:

- Изучение отчетных документов отделения показало, что за последние 3 года количества пациентов уменьшилось, в основном за счет пациентов с ИБС. При этом, следует отметить, что длительность лечения пациентов с ИБС больше, чем у пациентов с артериальной гипотонией.
- Также, за рассматриваемый период, наблюдается тенденция снижения количества пациентов старше трудоспособного

возраста, и наоборот, растет количество пациентов более молодой возрастной группы. В целом, возрастная картина болезни ССС не меняется. Кроме этого, выявлено, что подавляющее большинство пациентов отделения относятся к мужскому полу, количество женщин-пациенток стабильна.

Во время прохождения преддипломной практики в кардиологической отделении РБ№1-НЦМ было выявлено, что особенность сестринского ухода за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями заключается в том, что уход должно быть направлено на достижение двух целей:

- во-первых, необходимо избавить больного от симптомов заболевания;
- во-вторых, улучшить прогноз заболевания, предотвратив возможность развития наиболее тяжелых осложнений, и за счет этого продлить жизнь.

Медицинская сестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнять назначения врача, четко и ясно представлять действие лекарственных средств на организм больного. Лечение ССС во многом зависит от тщательного и правильного ухода, соблюдения режима и диеты.

На современном этапе развития сестринского дела они являются не только техническими исполнителями назначений врача, но и в определенном смысле психологом, поскольку именно медицинские сестры проводят больше всего времени с пациентами. Любое заболевание - это стресс для человека, особенно если лечение нужно проводить в стационарных условиях. И здесь необходимы знания психологии общения, этики и деонтологии. Даже безупречное выполнение манипуляций оставит негативное впечатление, если будет сопровождаться некорректным поведением медицинских сестер. Нужно больше времени уделять обучению сестринского персонала психологии, деонтологии, этике.



## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Громова, Ю.М. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: учеб.-метод. пособие / Ю.М. Громова. - Минск: БГМУ, 2011. - 23 с.
2. Заликина, Л.С. Уход за больными: учебник / Л.С. Заликина. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. - 208 с.
3. Кардиология: руководство для врачей в 2 т. / под ред. Н. Б. Перепеча, С.И. Рябова. - СПб.: Спецлит, 2016. - Т.2. - 405 с.
4. Манипуляции в сестринском деле / под общ. ред. А.Г. Чижа. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 318 с. - (Медицина).
5. Медицинский уход: полный справочник медицинской сестры / под ред. М.Г. Палеева. - М.: Эксмо, 2015. - 554 с. - (Новейший медицинский справочник).
6. Основы сестринского дела: учебное пособие / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников и др. - М., 2013. - 233 с.
7. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие / Н.Ю. Корягина [и др.] ; под ред. З.Е. Сопиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с.
8. Отчет заведующего кардиологическим отделением РБ №1-НЦМ за 2017 г. - Якутск, 2018. - 38 с.
9. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» / Р.Г. Сединкина, ред. Е.Ю. Куранова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.
10. Сестринский процесс при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: учебное пособие для студентов / сост. С.А. Гуцуляк. - Иркутск, 2015. - 20 с.
11. <https://minzdrav.sakha.gov.ru/news/front/view/id/2797959>
12. <http://mamont-creative.ru/stat/275-uhod-i-nablyudenie-za-pacientami-kardiologicheskogo-profilya.html>



## **Основные правила в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний**

Профилактика заболеваний – это мероприятия, направленные не только на предупреждение заболевания, но и на то, чтобы сдержать его развитие и уменьшить его последствия после установления факта заболевания.

Предупредить заболевания сердца – задача трудная, но выполнимая. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний заключается в обязательном выполнении следующих мероприятий:

1. Отказ от курения, алкоголя.
2. Соблюдение здорового сбалансированного питания.
3. Ведение активного образа жизни.
4. Недопущение появления ожирения.
5. Контроль АД и холестерина.
6. Избегание стрессов и напряжений.
7. Соблюдение режима работы и отдыха.
8. Частое пребывание на природе.
9. Своевременное лечение любых заболеваний.

### Лечебное питание и диета

**Стол № 10.** Показания: заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматизм и пороки сердца, гипертоническая болезнь, ИБС), недостаточность кровообращения I-IIА стадии, заболевания нервной системы, хронический нефрит и пиелонефрит только с изменениями в осадке мочи.

Общая характеристика: диета с ограничением поваренной соли до 6-8 г (3-4 г в продуктах и 3-4 г на руки больному), свободной жидкости 1,2 л (включая супы, кисели и т. п.). Исключаются вещества, возбуждающие ЦНС и сердечно-сосудистую систему, т.е. все виды алкогольных напитков, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад, мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености, продукты богатые холестерином. Ограничиваются продукты, вызывающие метеоризм. Рекомендуются продукты преимущественно щелочных валентностей (молоко и молочные изделия, фрукты, овощи и соки из них), и богатые липотропными веществами (творог, треска, овсяная каша и др.). Кулинарная обработка: с умеренным механическим щажением, все блюда готовят без соли, мясо и рыбу - в вареном виде или с последующим запеканием, поджариванием. Энергетическая ценность: 2 350-2 600 ккал (9 839-10 886 кДж). Состав: белков 90 г (из них 50 г животных), жиров 65-70 г (из них 20 г растительных), углеводов 350-400 г, поваренной соли до 6-8 г. Режим питания: прием пищи 5-6 р/сут в умеренном количестве, ужин за 3 ч до сна. При сердечно-сосудистых заболеваниях введение свободной жидкости ограничивают до 1 000-1 200 мл.

### **Физические тренировки как кардиореабилитация**

Физические упражнения, выполняемые в рамках программы кардиореабилитации – благотворно влияют на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и ее патологических последствиях. Они занимают важное место в профилактике и лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы. В результате гимнастики укрепляется сердечная мышца, повышается ее сократительная способность, усиливается кровообращение. Хороший кровоток, в свою очередь, способствует механическому массажу стенок сосудов, благодаря чему они становятся гораздо эластичнее. В крови снижается уровень холестерина, а значит, риск образования внутри сосудов кровяных сгустков-тромбов – уменьшается.

Программа реабилитации пациентов после кардиохирургического лечения должна соответствовать стадии тяжести заболевания, функциональному состоянию сердечно-сосудистой системы, толерантности организма к физическим нагрузкам, которая определяется по результатам нагрузочных проб, проводимых на велотренажере или беговом дорожке. Это помогает оценить максимальную ЧСС, физическую нагрузку, а также изменение АД в ответ на упражнения.



Основные физические упражнения для реабилитации

