**КАЗАНСКИЙ ГОУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра внутренних болезней №2

*Контрольная работа*

*По дисциплине «Сестринское дело в терапии, ВПТ»*

По теме**: Синдром кардиалгии при различных формах ИБС**

 Выполнил:

 Студент 4 курса, группы 843

 Гайнетдинова Л.Ф.

 Проверил:

 Доцент Ахмерова Р.И.

Казань 2005

 1 Современные представления об этиопатогенезе развития синдрома, эпидемиология.

 Синдром кардиалгии является ведущим в кардиологии. Он может являться одним из ведущих симптомов при многих заболеваниях.

 Рассмотрим синдром кардиалгии (боль в сердце) при ишемической болезни сердца (ИБС).

 Ишемическая болезнь сердца является основной проблемой в клинике внутренних болезней. , В материалах ВОЗ характеризуется как эпидемия ХХ века. Основанием для этого послужила возрастающая частота заболеваний ишемической болезнью сердца людей в различных возрастных группах, высокий процент потери трудоспособности, а также то, что она является одной из ведущих причин летальности. Ишемическая болезнь сердца стяжала печальную известность, получив почти эпидемическое распространение в современном обществе.

 Ишемическая болезнь сердца - важнейшая проблема современного здравоохранения. По целому ряду причин она - одна из главных причин смерти среди населения промышленно развитых стран. Она поражает работоспособных мужчин (в большей степени, чем женщин) неожиданно, в разгар самой активной деятельности. Те, кто не умирает, часто становятся инвалидами.

 В год стенокардию фиксируют у 0,2-0,6 % населения с преобладанием у мужчин в возрасте 55-64 лет. Она возникает у 30 000-40 000 на 1 млн населения в год. До инфаркта миокарда стенокардию отмечают у 20 %, после инфаркта – у 50 % пациентов.

 Под ***ишемической болезнью сердца***понимают заболевание, развивающееся при нарушении соответствия между потребностью в кровоснабжении сердца и его реальным осуществлением. Это несоответствие может возникать при сохраняющемся на определенном уровне кровоснабжении миокарда, но резко возросшей потребности в нем, при сохраняющейся потребности, но упавшем кровоснабжении. Особенно выражено несоответствие в случаях снижения уровня кровоснабжения и возрастающей потребности миокарда в притоке крови.

 Различают несколько вариантов ишемической болезни сердца

1) первичная остановка кровообращения (внезапная смерть);

2) стенокардия;

3) инфаркт миокарда;

4) сердечная недостаточность;

5) аритмии.

 11. Причины и факторы риска развития основных симптомов.

 Причина нарушения коронарного кровотока, снижения его возможностей, в большинстве случаев связана с органическим поражением венечных артерий: чаще всего (92%) атеросклероз; реже васкулиты: ревматические, сифилитические, при коллагенозах (узелковый периартериит); иногда функциональные нарушения гемодинамики: артериальные пороки сердца, стенокардия при тиреотоксикозе; в редких случаях стенокардия возможна при ГБ. К причинам возникновения вазоспазма также можно отнести и эмоциональные перегрузки.

 Факторами риска являются малоподвижный образ жизни, ожирение, нарушение диеты, курение, употребление алкоголя, нервные перегрузки, высокий холестерин, отягощенный наследственный анамнез, сопутствующие заболевания сердца.

 111. Клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики на современном этапе, необходимое медицинское оборудование, инструменты.

 К методам объективизации ИБС относят ЭКГ, желательно записанная во время приступа, суточное мониторирование ЭКГ, стресс-тесты – велоэргометрия, тредмил, Эхо-КГ, стресс- Эхо-КГ, сцинтиграфию миокарда, коронарную артериографию.

 Лабораторные методы в диагностике стенокардии имеют лишь вспомагательное значение, т.к. позволяют выявить лишь дислипидимию, сопутствующие заболеванияи ряд факторов риска либо исключить другие причины болевого синдрома. При инфаркте же миокарда имеются сдвиги – в ОАК находят неспецифические изменения. Кроме того определяют сывороточные маркеры специфичные для ОИМ – КФК, миоглобин, тропонин, и менее специфичные – АЛТ, АСТ, ЛДГ.

 Исходя из выше сказанного мы получаем, что для диагностики ИБС должно быть оснащение следующего характера – электрокардиограф, аппарат для Эхо-ЭГ, аппаратура для проведения нагрузочных тестов, сцинтиографии, коронароной артериографии, оснащение для проведения реанимационных мероприятий; биохимическая лаборатория.

**1V.** Основные клинические симптомы, проявления.

 Основынм клиническим симптомом, как уже было суазано выше, является боль. При этом есть некоторая разница в приступе боли при стенокардии и при инфаркте миокарда – она более длительная и практически не отвечает на прием нитратов.

 Приступ стенокардии может проявляться в разнообразных формах, но при анализе жалоб больного и расспросе важно уметь выделить черты, основные для диагноза. Важное диагностическое значение могут иметь также те особенности приступа стенокардии, которые не являются обязательными компонентами ангинозного синдрома, но их наличие может подтвердить диагноз. И, наконец, могут быть выявлены такие черты болевых ощущений, которые не свойственны ишемии миокарда и помогают исключить диагноз стенокардии.

 Характер болевых ощущений заслуживает специального рассмотрения. Больные описывают приступ стенокардии как боль режущую, давящую, как бы обжигающую сердце, сжимающую горло. Однако часто ангинозный приступ больными воспринимается не как явная боль, а как трудновыразимый дискомфорт, который может быть охарактеризован как тяжесть, сжатие, стеснение, сдавление или тупая боль. Если врач ограничивается в таких случаях вопросом, испытывает ли больной боль в груди, этот важный симптом может оставаться незамеченным. Иногда больной с явной стенокардией может отрицать наличие у него болей, что ведет к диагностической ошибке.

 Загрудинная локализация болевых ощущений с иррадиацией в левое плечо и руку наиболее типична. В большинстве случаев боль начинается внутри грудной клетки за грудиной и отсюда распространяется во все стороны. Боль чаще начинается за верхней частью грудины, чем за нижней ее частью. Реже она начинается слева около грудины, в эпигастрии, в области левой лопатки или левого плеча.

 Хорошо известна иррадиация ангинозных болей в лопатку, шею, лицо, челюсть, зубы, а также в правое плечо и правую лопатку. Описаны редкие случаи иррадиации болей в левую половину поясницы и левую часть живота, в нижние конечности. Чем тяжелее приступ стенокардии, тем обширнее может оказываться зона иррадиации боли.

Хотя иррадиация болевых ощущений - важный признак стенокардии, ее наличие не обязательно для установления диагноза.

 Обычно по продолжительности до 15 мин, прекращающиеся после приема нитратов. Прекращаются после физической нагрузки.

Для инфаркта, как уже было сказано выше, характерно длительность болей более 15 минут, Типичным считается анамнез при наличии тяжелого и продолжительного приступа загрудинной боли. Иногда анамнез атипичен, и часто на первый план выступают аритмии и сердечная недостаточность. При этом боли могут сопровождаться страхом смерти.

При ОИМ могут также возникнуть следующие симптомы кроме боли – одышка, потливость, тошнота, боли в животе, потеря сознания, аритмии. Симптомы сердечной недостаточности.

 Но все же основным признаком ИБС является боль – синдром кардиалгии.

V. Возможные осложнения и исходы.

 К возможным осложнениям можно отнести развитие прогрессирующей стенокардии, ОИМ, сердечной недостаточности, кардиогенного шока, ПИКСа, аритмий, отека легких, аневризм сердца, смерти.

 Прогноз зависит от того на какой стадии заболевания находится пациент. При стенокардии с адекватной терапией и наблюдением за больным, с условием выполнения им всех предписаний, исход благоприятный: смертность составляет 2-3 % в год, фатальный ИМ – у 2-3 % больных. Менее благоприятен при сопутствующей патологии. При ОИМ около 30 % заканчивается летально.

V1. Формулировка клинического сестринского диагноза

 Сестринский диагноз ставится на основании данных сестринского обследования, опроса. Целью сестринского диагноза является установка существующих или потенциальных проблем, факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем, сильные стороны, которые способствовали бы предупреждению или разрешению этих проблем.

 В данном случае сестринский диагноз будет следующий: синдром кардиалгии. Так как ведущим признаком при ИБС является боль, вследствие

нарушения соответствия между потребностью в кровоснабжении сердца и его реальным осуществлением.

 Кроме этого в зависимости от тяжести заболевания могут присоединиться следующие синдромы – синдром сердечной недостаточности, синдром отека легких и др.

V1. Тактика лечения на догоспитальном и госпитальном этапах.

 Цель лечения при ИБС – улучшение прогноза и уменьшение выраженности, устранение симптомов заболевания.

 На догоспитальном этапе ведения больным с синдрором кардиалгии нет разницы различные ли это варианты стенокардии или же это инфаркт миокарда. Необходимо постараться успокоить больного, т.к. эмоциональная нагрузка ведет к еще большему спазмированию коронарных сосудов. Необходимо дать пациенту нитроглицерин под язык, аспирин разжевать. Обеспечить подачу свежего воздуха.

 На госпитальном этапе при инфаркте миокарда и при прогрессирующей стенокрдии необходима дача наркотических анальгетиков с целью купирования болевого синдрома.

Кроме того проводится в/в введение нитратов, так же для снятия болевого приступа. Оксигенотерапия. Тромболитическая терапия – стрептокиназа 1,5 млн ЕД в/в кап, алтеплаза до суммарной дозы 100 мг.

 Кроме того проводится терапия препаратами из группы В-блокаторов, блокаторов кальциевых каналов, препаратов, улучшающих метаболизм миокарда (предуктал) по назначению врача.

 Должен решаться вопрос о необходимости хирургических методов лечения.

К задачам медицинской сестры при лечении можно отнести следующее: обеспечение проведение неотложных мероприятий, обеспечение слаженной работы совместно с врачом, контроль приема пациентом лекарственных препаратов и прохождение исследований, умение принимать самостоятельные решения, достаточная квалификация,

умение выявлять первостепенные проблемы и их решение, профессиональная подготовка.

 V111. План сестринского ухода.

 В плане сестринского ухода необходимо определить время проведения инъекций и приема препаратов, контроль режима пациента, диеты. Обеспечение прохождения лабораторных и инструментальных методов исследования. Обеспечение личной гигиены пациента. Немаловажным фактором является создание психологического и физического покоя.

1X. Неотложные мероприятия, методика их проведения.

 К неотложным мероприятиям в данном случае отнесем купирование болевого синдрома. В случае отсутствия эффекта от сублингвального приема – необходимо в/в введение препарата – т.е. необходимы хорошие навыки в проведение в/в инъекций.

 В случае развития остановки сердца и дыхания – проведение искусственной вентиляции легких и массажа сердца.

*А*. Пострадавшего укладывают на спину, голову его максимально запрокидывают назад, нижнюю челюсть выдвигают вперед. Убедившись, что дыхательные пути свободны, переходят к выполнению пункта В.

*В.* Искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос».

При проведении дыхания «рот в рот» необходимо сжимать двумя пальцами нос больного, чтобы вдуваемый воздух достигал легких и не выходил наружу. На рот пострадавшего рекомендуется предварительно положить платок или салфетку с гигиенический целью. Плотно прижав свой рот через носовой платок ко рту пострадавшего, производится энергичный выдох с вдуванием воздуха в его рот. После этого оказывающий помощь отрывает свой рот ото рта пострадавшего для обеспечения пассивного выдоха. При дыхании «рот в нос» одной рукой, лежащей на теменной области головы, запрокидывают ее, а другой рукой приподнимают челюсть и закрывают рот. Сделав глубокий вдох и охватив губами нос пострадавшего, вдувают в него воздух

С.Наружный массаж сердца. Скрещенные ладони рук размещают посредине в нижней части грудины, ритмично и энергично надавливая на нее. Наружный массаж будет эффективным, если при этом грудина будет опускаться на 5-6 см у взрослого При этом сердце сдавливается между грудиной и позвоночником, и кровь изгоняется из сердца. Во время паузы грудная клетка расправляется, и сердце вновь заполняется кровью.

Кроме правильной техники массажа, необходимо соблюдать определенное соотношение частоты дыхания и массажа. В идеальном варианте оно соответствует 1:5. То есть один из оказывающих помощь делает одно (два) вдувания воздуха в легкие, затем другой производит пять (десять) сдавлений грудной клетки.

 X. Принципы первичной и вторичной профилактики.

 Первичная профилактика направлена на предупреждение появления болезни. Она заключается в ведение здорового образа жизни – занятие портом, соблюдение диеты,

отказ от курения, алкоголя, хорошее настроение. Необходимо избегать чрезмерных эмоциональных переживаний.

 Вторичная профилактика направлена на предупреждение появления симптомов у уже заболевшего человека. Это соблюдение диеты, дозированность физических нагрузок.

Кроме того обязательный прием препаратов, назначенных врачом, которые так же направлены на предупреждение симптомов. Прием нитроглицерина при первых признаках болевого синдрома.

X1. Реабилитация пациентов с данной патологией.

 Реабилитация представляет собой комплекс координировано проводимых медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характеров, направленных на наиболее полное восстановление пациента.

В фазе стационарной реабилитации необходимо добиться купирования болевого синдрома, улучшения его психологического статуса. Обучение пациента правилам приема препаратов, дозированности физических нагрузок, диетотерапии, принципам ЛФК

 Затем положительный эффект дает прохождение реабилитации в реабилитационных центрах. Где пациент обучается жить со своей болезнью, знакомится с ней. Т.е.идет возвращение пациента к нормальной жизни. Важное значение имеет диспансерное наблюдение за пациентом.

Х11. Задачи главной и старшей медсестры по обеспечению, организации и соблюдению всех этапов оказания медицинской помощи.

Это контроль уровня знаний и квалификационных характеристик медицинских сестер. Обеспечение слаженности работы медицинских сестер. Контроль за практическими навыками и умениями. Все это говорит о том, что старшая медсестра должна обладать организационными способностями. Проходить постоянные курсы повышения своей квалификации.

Хороший эффект может дать проведение коротких семинаров на месте по ознакомлению медсестер с синдромом кардиалгии, с методами лечения и предупреждения заболевания.

Необходимо контролировать закупки препаратов. Для оптимального обеспечения контроля болевого синдрома необходимо постоянное наличие нитратов.

Сестринская история болезни по синдрому кардиалгии при ИБС.

ФИО Шна Ахмет Ринатович

Отделение терапевтическое отд-е 9 г.б.

Время поступления 08.03.05, 10 ч 25м

Кем направлен 11 поликлиника

Дата роджения 12.04.52

Адрес г. Казань, ул. Восстания д54, кв5

Место работы «Татэнерго», водитель

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Пациента беспокоят боли в левой половине грудной клетки сжимающего характера, с иррадиацией в левую руку. Боль появляется при физической нагрузке (когда поднимается на 2 этаж). Одышка при физической нагрузке. Утомляемость, усталость.

История болезни: Считает себя больным около 7 лет. Когда впервые появились боли в области сердца после физических нагрузок. Обратился к врачу, был поставлен диагноз ИБС, стенокардия напряжения 1 ФК. Принимал нитроглицерин, нитросорбид. Состояние было удовлетворительное. Около 4 лет назад было учащение, усиление болей, был доставлен в стационар, откуда был выписан с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения 11 ФК.

Данная госпитализация проведена в плановом порядке, для корректировки лечения. Пациент надеется, что в результате лечения самочувствие улучшится, уменьшится одышка, боли.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился и рос здоровым ребенком. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Женат, имеет 3 детей.

Вредные привычки: курит, алкоголь «по праздникам»

Аллергологический анамнез не отягощен.

Операции, гемотрансфузии отрицает.

Гепатит, туберкулез, вен. заболевания отрицает.

Перенесенные заболевания – ОРВИ, бронхит, гастрит

Наследственность – у отца болело сердце

Эпид. анамнез не отягощен.

Флюорография от 11.2004

Работает водителем, особой физической нагрузки не отмечает, иногда бывают сильные эмоциональные нагрузки.

Объективный осмотр

Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы и видимая слизистая физиологической окраски, нормальной влажности. Чистые, высыпаний нет.

Умеренного питания. Рост 172 см, вес 75 кг. Нормостеник.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зев спокоен, зубы санированы. Язык влажный, чистый.

Костно-мышечная система без особенностей, без видимой патологии. Суставы правильной формы, безболезненны.

Грудная клетка симметричная. Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания.

Участие дополнительной мускулатуры в акте дыхания не наблюдается. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин, дыхание носовое

Сердечно-сосудистая система. АД 135/80 мм рт ст. пульс 72 уд /мин.

Тоны сердца ритмичные, ясные.

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Стул, диурез без особенностей. Периферических отеков нет.

Сестринский диагноз**: *синдром кардиалгии.***

План и результаты обследований

RW, ВИЧ отр от о9.02.05

ОАК Нв 132 г/л, Er 4,2\*1012, Lei 6,1\*109, СОЭ 6 мм/ч

Глюкоза крови 3,7 ммоль/л

ОАМ с/ж, прозр, уд.вес 1017, белок отр, Lei ед в п/з, окс ++

Биохимия АСТ 0,32 мкмоль/ч\*мл; АЛТ 0,45 мкмоль/ч\*мл; КФК 30 ЕД/л

 холестерин 5,1 ммоль/л; общ.белок 75 г/л;

 билирубин 14 мкмоль/л;

 К+ 4 ммоль/л

ЭКГ ритм синусовый, правильный с ЧСС 76 в мин. Отклонение Эос влево. Угол

 Альфа +15. признаки неполной блокады ЛНПГ.

Велоэргометрия при ее проведение отметилось горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм в отведения V1 ,V2. в ходе проведения пробы боли зафиксированы в момент изменений на ЭКГ.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

* Диета № 10
* Контроль АД, пульса
* Моночинкве 40 мг 2 раза в день
* Нитроглицерин при болях
* Метопролол 12,5 мг 2 раза в день
* Предуктал 1 табл 2 раза в день

План сестринских манипуляций включает в себя

* Ежедневный 2разовый контроль АД и пульса
* Контроль приема препаратов
* Контроль самочувстия и возможных побочных эффектов
* Контроль психологического статуса пациента.
* Проведение профилактических бесед

 В результате всех манипуляции ожидаемые результаты в ближайшее время – уменьшение одышки, уменьшение симптома кардиалгии, улучшение самочувствия. Отсроченные результаты – уменьшение частоты приступов кардиалгии, их контроль.