# Глава 2. Участие медицинской сестры в реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью

* 1. Организация сестринского процесса

Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.

Цель этого метода - обеспечение приемлемого качества жизни в болезни путем обеспечения максимально доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей.

В настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя пять этапов:

1. Первый этап – сестринское обследование. Цель обследования пациента - собрать, обосновать и связать полученную информацию о пациенте для создания информационной базы данных о нем и о его состоянии в момент обращения за помощью.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер. Источниками субъективной информации являются: сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья, а так же близкие и родственники пациента. Источники объективной информации: физическое исследование пациента по органам и системам и знакомство с медицинской историей болезни пациента.

1. Второй этап - сестринская диагностика. Основными методами сестринской диагностики являются наблюдение и беседа. Сестринская проблема определяет объем и характер ухода за пациентом и его окружением. Медсестра рассматривает не заболевание, а внешнюю реакцию пациента на заболевание.

Все сестринские проблемы делятся на:

* Настоящие - проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент;
* Потенциальные - это проблемы, которые пока не существуют, но могут появиться с течением времени

1. Третий этап - планирование сестринского вмешательства. После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приёмы, то есть сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей. Необходимо путём правильного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла своё естественное течение.

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода. Различают два вида целей:

* Краткосрочные цели должны быть выполнены за короткое время (несколько часов или дней).
* Долгосрочные цели достигаются за более длительный период времени, направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний.

После формулировки целей медсестра составляет собственно план ухода за пациентом, представляющий собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

Действуя таким образом, медсестра ориентирует пациента на успех, доказывая достижимость целей и совместно определяя пути их достижения.

1. Четвертый этап - реализация сестринских вмешательств. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства: независимое, зависимое, взаимозависимое. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

* Независимое вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от других специалистов (например, измерение температуры тела, артериального давления, частоты сердечных сокращений).
* Зависимое вмешательство выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований).
* Взаимозависимое вмешательство – это совместная деятельность медицинской сестры с врачом и другими специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

1. Пятый этап - определение степени достижения цели и оценка результата. Целью пятого этапа является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Систематический процесс оценки требует от медсестры навыка мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми. Если поставленные цели достигнуты, проблема решена, то медицинская сестра удостоверяет это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, расписывается и проставляет дату.

Круг обязанностей медсестры, куда входит и выполнение назначенных врачом вмешательств и ее самостоятельные действия, четко определен законом. Все выполненные манипуляции отражаются в сестринской документации.

* 1. Реабилитационные мероприятия при хронической сердечной недостаточности

Реабилитация пациента, имеющего хроническую сердечную недостаточность, заключается в организации адекватной физической нагрузки, применении соответствующей диеты и приеме медикаментозных препаратов.

Пациенту с хронической сердечной недостаточностью должны быть созданы оптимальные физические и эмоциональные условия. Продолжительность сна должна составлять не менее 8 часов в сутки. В I и во II А стадии ограничивается физическая нагрузка, во II Б и в III стадии должен соблюдаться постельный режим, а после выписки из стационара - домашний режим.

Пациенту с хронической сердечной недостаточностью назначается диета № 10 или 10а с ограничением жид­кости и поваренной соли. Приемы пищи должны быть регулярными, небольшими по объему и частыми (не реже 4-5 раз в день). Последний прием пищи за 2-3 часа до сна. Диетотерапия при хронической сердечной недостаточности направлена на улучшение функции сердца и уменьшение отеков. Все вопросы, связанные с длительностью назначения диеты, решает лечащий врач с учетом особенностей течения болезни.

Если у больного на данный момент нет несомненных признаков недостаточности кровообращения, то его рацион ограничивается не в полной мере. Поваренная соль употребляется в умеренных количествах (6-8 г в день). Количество жидкости ограничивается до 1-1,2 л. Следует учитывать, что резкое ограничение жидкости в рационе сердечного больного при отсутствии отеков является нерациональным, так как это может способствовать замедлению выделения из организма вредных продуктов обмена. Мясо рекомендуется употреблять в вареном виде, так как в этом случае в нем содержится меньше экстрактивных веществ, возбуждающих нервную и сердечно-сосудистую системы.

При возникновении же явных признаков расстройства кровообращения диетотерапия больного должна быть существенно изменена с учетом стадии заболевания.

Ограничение потребления поваренной соли с учетом функционального класса:

* I ФК - не более 3 грамм в сутки;
* II-III ФК - 1,2-1,8 грамм в сутки;
* IV ФК - 1 грамм в сутки.

Снижают потребление продуктов и блюд, возбуждающих сердечно-сосудистую систему (крепкий чай и кофе заменяют на чай с молоком, слабозаваренный чай и ненатуральный кофе с цикорием). А так же мясо, рыбу, грибы и приготовленных из них бульонов и отваров. Из рациона полностью исключают соленые, острые и копченые блюда.

Рекомендуется ввести в рацион больше продуктов, которые усиливают выведение жидкости из организма. Мочегонным действием прежде всего обладают молоко и продукты, содержащие соли калия. Также, много солей калия содержится в картофеле, капусте, зелени петрушке, черной смородине, персиках, абрикосах, винограде, бананах, вишне. Особенно богаты солями калия сухофрукты - курага, изюм, финики, чернослив, инжир, шиповник. Примерное меню диеты (Приложение 4).

Контролем за эффективностью диеты является ежедневное взвешивание пациента, измерение суточного количества мочи и водного баланса. Медицинская сестра должна делать записи в медицинской документации о результатах проведенных исследований и проинформировать врача о наличии отклонений от нормы для коррекции приема медикаментов и диетотерапии.

Оптимальный терапевтический эффект лекарственных средств зависит от многих факторов, среди которых одним из основных является характер питания. Пища влияет на фармакокинетику препарата, изменяет его активность, а также усиливает или ослабляет токсические свойства. Правильное сочетание лекарств и пищи с учетом времени их приема может не только повысить эффективность препаратов и уменьшить их дозы, но и избежать нежелательных побочных действий. Именно медицинская сестра, работая непосредственно с пациентом, раскладывает, раздает, помогает принять лекарственное средство и контролирует правильность его приема. Медицинская сестра должна понимать, что правильный прием препаратов имеет не меньшее значение, чем их правильный выбор, и ее обязанность знать и учитывать эти правила:

* Лекарства, назначенные до еды, принимают за 15 минут до приёма пищи. Лекарства, назначенные после приёма пищи - через 15 минут после приёма пищи, а средства, назначенные натощак, применяются за 20-60 минут до завтрака.
* Таблетки при приёме помещают на корень языка и запивают небольшим количеством воды (при необходимости таблетку можно разломить на мелкие кусочки).
* Драже, капсулы, пилюли принимают в неизмененном виде. Порошок высыпают на корень языка пациента, можно предварительно развести его в воде.

Для усиления сократитель­ной способности миокарда больным хронической сердечной недостаточностью назначают сердечные гликозиды (Строфантин, Коргликон, Дигоксин, Дигитоксин, Целанид).

Для борьбы с отечным синдромом назначают диурети­ки: Диакарб, Урегит, Буфенокс, Гипотиазид, Фуросемид и другие. При плановом лечении хронической сердечной недостаточности диуретики назначаются утром натощак и за 1 час до обеда, кроме калийсберегающих мочегонных (Верошпирон, Триампур, Альдактон), ко­торые можно назначать 3 раза в день.

Применяют для лечения хронической сердечной недостаточности и адреноблокаторы, ко­торые замедляют сердечный ритм: Спесикор, Атенолол и другие.

Немаловажную роль играет метаболическая терапия ана­болическими стероидными средствами (Ретаболил), поли­витаминными комплексами (Дуовит, Ундевит и другие), липоевой кислотой, фосфаденом, цитохромом-С (Цитомак), ри­боксином.

Начиная со II А стадии периодически проводится кис­лородная терапия, в I и II А - лечебная физкультура и санаторно-курортное лечение.

В основе лечебного действия физических упражнений на нарушенное кровообращение лежит использование различных механизмов, обеспечивающих нормальную гемодинамику. Используют в основном три вида физических упражнений:

1. Упражнения на гибкость используются до и после тренировки для растяжения мышц, предотвращения травм и напряжения, а также для улучшения баланса, координации и диапазона движений в суставе. Примером этого вида упражнений могут быть: растяжка, йога, гимнастика.
2. Аэробные «кардио» упражнения используются с целью более эффективного потребления кислорода организмом. Данные упражнения оказывают наибольшее влияние на функцию сердца – способствуют снижению артериального давления, частоты сердечных сокращений и одышки. К аэробным упражнениям относится: быстрая ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, прыжки со скакалкой.
3. Силовые тренировки включают в себя повторяющиеся движения мышц до появления усталости. С помощью данного вида упражнений увеличивается сила и тонус мышц, укрепляются кости и сжигаются калории, что важно для контроля за весом пациента при хронической сердечной недостаточности.

Тренировка должна включать три этапа:

1. Разминка помогает телу подготовиться к тренировкам, снижает нагрузку на сердце и мышцы и помогает предотвратить повреждение мышц. Разминка должна включать в себя упражнения на растяжку и амплитуду движений. Рекомендуется начинать с упражнений низкой интенсивности.
2. Основной этап тренировки включает в себя упражнения определенной интенсивности, которые подбираются индивидуально для каждого пациента. По мере увеличения переносимости физических нагрузок продолжительность и интенсивность тренировки возрастают.
3. Заминка помогает телу восстановиться после тренировки. На этом этапе рекомендуется выполнять упражнения низкой интенсивности, как и при разминке.

Для достижения положительного эффекта лечения и реабилитации пациентов, медицинская сестра должна пропагандировать здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек и минимизацию воздействия стрессов на организм больного.

Таким образом, внедрение программ физической активности в реабилитационный процесс для пациентов с хронической сердечной недостаточностью, совместно с медикаментозным лечением и диетотерапией, способствует улучшению состояния пациентов и качества их жизни.