

**Тернопільський національний медичний
університет ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України**

На правах рукопису

УДК :

Лопатенко Кристина Олегівна

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**«ВПРОВАДЖЕННЯ СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ У КОМПЛЕКСНУ
ПРОГРАМУ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ПАЦІЄНТІВ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ
КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ»**

223 – медсестринство

Науковий керівник: доцент кафедри
внутрішньої медицини №1 Радецька Л.В.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРИ.	6
1.1. Ішемічна хвороба серця: етіологія, патогенез, діагностика, принципи лікування.....	6
1.2. Фізіотерапевтичне лікування ІХС.....	16
1.3. Лікування та реабілітація хворих на ІХС після кардіохірургічних інтервенцій.....	22
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	33
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	37

3.1. Моделювання впровадження сестринського процесу в практику реабілітації хворих після операцій на серці.....	37
3.2. Результати впровадження сестринського процесу в реабілітацію хворих, які перенесли операцію на серці.....	47
3.3 Організація практичного етапу впровадження сестринського процесу та його результати.....	48
ВИСНОВКИ	62
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	63
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	64
ДОДАТКИ	70

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АТ - артеріальний тиск
ІХС - ішемічна хвороба серця
ІМ - інфаркт міокарда
КА - коронарні артерії
ЯЖ - якість життя
ОГ - основна група
ГІМ - гострий інфаркт міокарда
ЦД - цукровий діабет
СН - стенокардія напруги
ССЗ - серцево-судинні захворювання
ТФН - тест з фізичним навантаженням
ФК - функціональний клас
ЕКГ – електрокардіографія
6-ХКТ – шестихвилинний кроковий тест

ВСТУП

Актуальність роботи. У всьому світі, ішемічна хвороба серця (ІХС) є найчастішою причиною смерті. Більше семи мільйонів людей вмирають щороку від ІХС, що складає 12,8 % всіх смертельних випадків [1, 5]. Кожний шостий чоловік і кожна сьома жінка в Європі помирають від інфаркту міокарда. Кілька останніх досліджень показали зменшення летальності після інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST при одночасному збільшенні використання реперфузійної терапії, первинного черезшкірного коронарного втручання, сучасної антитромботичної терапії і проведенні вторинної профілактики [2, 3, 4]. Утім, летальність при ГКС залишається високою, що обґрунтовує необхідність в постійному докладанні зусиль до покращення якості догляду та медичної допомоги таких хворих.

Сестринський процес - науковий метод професійного вирішення проблем пацієнта. Він спрямований на зміцнення, збереження здоров'я і запобігання захворюванням, планування і надання допомоги під час хвороби і реабілітації з урахуванням всіх складових здоров'я для забезпечення максимальної фізичної, психічної і соціальної незалежності людини. Мета його - так організувати сестринську допомогу, включити в план своєї роботи такі заходи і так виконати їх, щоб, незважаючи на хворобу, людина і його родина могли реалізувати себе, підвищити якість життя.

Мета роботи – впровадити медсестринський процес у комплексну програму відновного лікування та фізичної реабілітації пацієнтів на ішемічну хворобу серця після кардіохірургічних інтервенцій.

Завдання дослідження:

1. Вивчити і проаналізувати доступні джерела літератури з проблеми ІХС та її кардіохірургічного лікування.
2. Дослідити ефективність впровадження сестринського процесу у комплексну програму відновного лікування та фізичної реабілітації пацієнтів на ІХС після кардіохірургічних інтервенцій.
3. Вивчити вплив сучасних технологій сестринського догляду у процесі реабілітації хворих, які перенесли кардіо-хірургічне лікування, на показники толерантності до фізичних навантажень та їх якість життя.
4. Обґрунтувати ефективність організаційних форм діяльності сестринського персоналу у процесі кардіореабілітації, виявити ступінь задоволеності пацієнтів наданням сестринської допомоги.

Об'єкт дослідження - пацієнти на ІХС після кардіохірургічних інтервенцій.

Практична цінність роботи. Вивчено вплив впровадження медсестринського процесу у комплексну програму відновного лікування та фізичної реабілітації пацієнтів після кардіохірургічних інтервенцій.

Магістерська робота представлена на 79 сторінках, складається з вступу, трьох розділів, висновків, додатків та переліків посилань, які містять 51 літературне джерело, з них 10 - іноземною мовою. Робота ілюстрована 9 таблицями.

РОЗДІЛ I. АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРИ.

1. 1. Ішемічна хвороба серця: етіологія, патогенез, принципи лікування.

Комітет експертів ВООЗ визначає: "Ішемічна хвороба серця - це гостра або хронічна дисфункція міокарда, що є наслідком відносного або повного зменшення коронарного кровопостачання міокардіальної артерії". Слово ішемія походить від грецьких слів *ischo stop* і *haima* крові, що означає зменшення артеріального приливу крові до органу. ІХС розвивається при порушенні балансу між коронарним кровотоком та потребою міокарда в кисні. [1,2,42-44].

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) - одна з найважливіших медичних, біологічних та соціальних проблем в Україні та світі [3-6], а серед населення України є основною причиною смерті, і складають 67% смертей [5-7].

В даний час серцево-судинні захворювання є причиною майже 40% усіх смертей серед населення найбільш розвинених країн Європи. У той же час рівень смертності вищий у більшості країн Центральної та Східної Європи, ніж в інших країнах [4, 8].

З причин смерті від серцево-судинних захворювань приблизно 53% - це ІХС. Люди середнього та похилого віку хворіють і помирають саме від ішемічної хвороби серця [1-6]. У США це спричиняє понад 1 000 000 смертей щороку [44-48].

Атеросклероз – захворювання, при якому відбувається зміна будови стінки артерій та аорти, що призводить до звуження судин [6,9]. В результаті погіршується кровообіг тих органів і ділянок тіла, які ці судини живлять, в них розвиваються дистрофічні зміни, розростається сполучна тканина.

При атеросклерозі внаслідок порушення механізмів, що регулюють обмін речовин, в крові збільшується вміст холестерину та інших ліпідів, які разом із солями кальцію відкладаються на внутрішній оболонці артерії, де надалі розростається щільна сполучна тканина [6, 10, 47, 48]. Знижується еластичність стінки судини, вона стає щільною, а внутрішня оболонка втрачає свою гладкість. Склеротичні судини із зниженою еластичністю легше піддаються розриву (особливо при підвищенні артеріального тиску внаслідок гіпертонічної хвороби), що спричиняє крововиливи. Втрата гладкості внутрішньої оболонки артерії і утворення атеросклеротичних бляшок у поєднанні із порушенням згортання крові може стати причиною утворення тромбу, який робить судину непрохідною.

Як виникає атеросклероз? Виникненню захворювання і його розвитку сприяють так звані чинники ризику (особливості внутрішнього середовища організму та умов життя): підвищений вміст в крові ліпідів, підвищений артеріальний тиск, надмірна вага, цукровий діабет, несприятлива спадковість (атеросклероз у батьків або близьких родичів), надмірне споживання їжі, багатої на жири і холестерин, недостатня фізична активність, паління, психоемоційна напруга [10,11,13,16]. Важкі ускладнення та захворювання, викликані атеросклерозом, важко піддаються лікуванню. Тому бажано починати лікування якомога раніше при початкових проявах захворювання. Тим паче, що атеросклероз зазвичай розвивається поступово і може тривалий час протікати майже безсимптомно, не викликаючи погіршення працездатності та самопочуття. Перебіг захворювання має доклінічний і клінічний періоди [12,13].

Перший протікає непомітно, безсимптомно і лише тоді, коли ступінь звуження судини атеросклеротичною бляшкою досягає 50 % і більше, виникають клінічні симптоми захворювання – при ураженні вінцевих артерій (коронарний атеросклероз) виникає

порушення коронарного кровообігу, стенокардія та інші, з'являються болі в ділянці серця і порушується функція серця.

Тому коронарний атеросклероз може супроводжуватися різними ускладненнями: інфарктом міокарда, порушеннями серцевого ритму та регуляторних механізмів, у зв'язку з чим замість розширення судин у відповідь на фізичне навантаження може бути їх спазм, що погіршує кровопостачання і викликає хворобу [15,16].

Процес починається з відкладення на внутрішній поверхні стінки великих артерій, перш за все аорти, холестерину (жироподібної речовини, що знаходиться в крові і проникаючих в судинну стінку у складі складних біохімічних комплексів – ліпопротеїдів, що містять також білкові речовини і жирні кислоти). З накопиченням в судинній стінці холестерину (ліпопротеїдів) відбувається реактивне розростання сполучної тканини, а на внутрішній поверхні судини з'являються округлі або овальні утворення – атеросклеротичні бляшки, які можуть залишатися окремими, поодинокими, або зливатися в суцільні поля [6, 49]. У ці змінені ділянки на певному етапі можуть відкладатися і солі кальцію, що особливо робить судину нездатною в необхідних умовах навіть до невеликого розширення. Атеросклероз вражає тільки артерії еластичного типу – великі артеріальні стовбури, перш за все аорту (з неї завжди і починається цей процес), а також всі великі артерії, що відходять безпосередньо від аорти (коронарні судини, плечові, сонні, ниркові, клубові та інші), нарешті, гілки цих артерій.

Відомі групи чинників, які роблять «агресивним» холестерин та ліпопротеїди, змінюють хімізм крові, обмін речовин, і, перш за все, обмін жирів та жироподібних речовин, білків і вітамінів, порушують регуляцію обміну речовин. Це залежить і від стану самої судинної стінки, і нервовогормональної регуляції її проникності. З підвищенням рівня холестерину (ХС) в крові (*загального холестерину*) внаслідок порушення регуляції обміну (а рівень підвищується іноді у 1,5 і 2 рази вище за норму) шанси інфільтрації судин істотно зростають [6,14,18,48]. Проте складний механізм формування і розвитку атеросклерозу цим не вичерпується: на попадання холестерину в судинні стінки або ж на його стабілізацію в кров'яному руслі (без проникнення в них) впливають багато інших речовин, що стабілізують обмін жирів і жироподібних речовин. Таким ліпотропним чинником є, наприклад, достатній рівень в крові ненасичених жирних кислот, дія деяких речовин з групи вітамінів, речовин класу фосфоліпідів, а також групи речовин, які сприяють енергетичній переробці холестерину, перетворенню його на інші речовини.

Всі ці складні обмінні процеси, якими до певної міри визначається ступінь ризику розвитку атеросклерозу, у свою чергу тісно залежать від функцій головної хімічної фабрики організму – *печінки* і особливо від стану *нервової* і *гормональної регуляції*, – що погоджує та координує обмін речовин [6, 48,50]. Це також пов'язано з такими зовнішніми умовами і обставинами в житті людини, як особливості харчування, фізичною активністю, рівнем і частотою нервово-емоційних стресів, що порушують нервову регуляцію та координацію обмінних процесів.

Що ж знижує стійкість судинної стінки по відношенню до «десанту» холестерину? По-перше, підвищений артеріальний тиск (*артеріальна гіпертензія*), викликаючи посилення механічного навантаження та мікротравматизацію судинної стінки, призводить до патологічно підвищеної проникності стінки артерій до

холестерину. При артеріальній гіпертонії порушується і навіть пригнічується активність деяких ферментів в самій судинній стінці (наприклад, ліпопротеїнової ліпази), від яких залежить розщеплення холестерину і ліпопротеїдів, що накопичилися в судинній стінці [6, 17,18,43]. Також, артеріальна гіпертонія пов'язана з *підвищенням здатності крові до згортання*, тобто до тромбоутворення, до підвищеної здатності клітин до *агрегації*. Дуже сильно *атерогенно* діє через пошкодження судинної стінки, згубна звичка багатьох людей до паління. Так, паління призводить до збільшення загального холестерину та бета-холестерину. Було показано, що стійкість судинної стінки по відношенню до ліпопротеїдів залежить від співвідношення двох біологічно активних речовин, що відносяться до класу простагландинів, – тромбоксана (що міститься головним чином в тромбоцитах крові) і простацикліна (що знаходиться в стінках великих артерій). Перший з цих агентів діє атерогенно, другий навпаки антиатерогенно, граючи роль захисного агента, що блокує інфільтрацію холестерину в судини (простациклін одночасно сприяє і стабілізації підвищеного артеріального тиску).

Так от, паління викликає різке зниження активності простациклінового захисного чинника. Не можна не враховувати і те, що нікотин – це отрута одночасно для судинної і нервової систем, тому глибокі розлади нервової регуляції, викликані палінням, посилюють дискоординацію обмінних процесів, сприяючи атеросклерозу, та, з іншого боку, підсилюють порушення проникності судинної стінки, яка також регулюється нервовою системою [6,14].

Лікувальна дія фізичних вправ в першу чергу проявляється в позитивному впливі на обмін речовин, діяльність нервової та ендокринної систем, які регулюють всі види обміну речовин [6,14, 51]. Проведені дослідження переконують, що систематичні заняття фізичними вправами нормалізують вміст ліпідів в крові. Численні спостереження за хворими на атеросклероз та людьми літнього віку також свідчать про сприятливу дію різної м'язової активності. Так, при підвищенні холестерину в крові курс ЛФК часто знижує його до нормальних величин. Застосування фізичних вправ спеціальної лікувальної дії, наприклад, поліпшують периферійний кровообіг, сприяють відновленню моторно-вісцеральних зв'язків, порушених внаслідок захворювання. В результаті реакції серцево-судинної системи стають адекватними, зменшується кількість спотворених реакцій. Спеціальні фізичні вправи покращують кровообіг тієї ділянки або органу, живлення яких порушене внаслідок ураження судин. Рухова активність здатна протидіяти перерозподілу солей кальцію в організмі, властивому старінню, тобто дає антисклеротичний ефект. Систематичні фізичні вправи зменшують ризик ішемічної хвороби серця [15-18]. Припускають також наявність іншого виду антисклеротичного ефекту тренування – механічного. При руховій активності можливості відкладення солей кальцію в м'язах, сухожилках і суглобах знижуються. Фізичні вправи із змінами положення тіла та різноспрямованими прискореннями, що вимагають швидких змін тону судин у зв'язку із зміщенням маси крові є антисклеротичною гімнастикою для кровоносних судин. Систематичні заняття розвивають колатеральний (обхідний) кровообіг. Під впливом фізичних навантажень нормалізується вага. При початкових ознаках атеросклерозу та наявності факторів ризику для профілактики подальшого розвитку захворювання необхідно усунути ті з них, на які можливо впливати. Тому так ефективні заняття фізичними вправами, дієта із зниженням продуктів, багатих на холестерин та жир, і відмова від паління.

Основними завданнями занять фізичними вправами для профілактики атеросклерозу є активізація обміну речовин, поліпшення нервової та ендокринної систем регуляції обмінних процесів, підвищення функціональних можливостей серцево-судинної та інших систем організму. Для занять підходять більшість фізичних вправ: тривалі прогулянки, гімнастичні вправи, плавання, ходьба на лижах, біг, веслування, спортивні ігри. Особливо корисні фізичні вправи, які виконуються в аеробному режимі, коли потреба працюючих м'язів в кисні повністю задовольняється [6,18,48].

Фізичні навантаження дозуються в залежності від функціонального стану хворого. Зазвичай вони спочатку відповідають фізичним навантаженням, що застосовують для хворих, віднесених до I функціонального класу. Потім заняття слід продовжити в групі здоров'я, в клубі любителів бігу або самотійно. Такі заняття проводяться 3–4 рази на тиждень по 1–2 год. Вони повинні продовжуватися постійно, оскільки атеросклероз має хронічний перебіг, а фізичні вправи для всіх м'язових груп попереджають його подальший розвиток. Вправи загальнотонізуючого характеру чергуються з дихальними вправами і для дрібних м'язових груп. При недостатності кровопостачання головного мозку обмежуються швидкі нахили і різкі повороти тулуба і голови.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – гостре або хронічне ураження серцевого м'яза, викликане недостатністю кровопостачання міокарда внаслідок патологічних процесів у вінцевих артеріях. Серед захворювань серцево-судинної системи вона найбільш розповсюджена, супроводжується втратою працездатності та високою смертністю. Виникненню цього захворювання сприяють фактори ризику. Особливо несприятлива наявність одночасно декількох факторів ризику: наприклад, малорухливий спосіб життя та паління збільшують можливість захворювання у 2–3 рази [6,14,18,19,21,48].

Основою ІХС – є дисбаланс між постачанням міокарда киснем і потребою серця в ньому. Найчастіше причиною ІХС буває атеросклероз вінцевих артерій, рідше – спазм їх [6,20,45].

Найхарактерніші клінічні прояви цієї недуги: первинна зупинка серця, стенокардія, інфаркт міокарда та його безбольові форми, які проявляються порушенням ритму серця або серцевою недостатністю чи одночасно і першим і другим [14,18,44]. Основні фактори ризику виникнення цього захворювання такі: ожиріння, збільшення рівня ліпідів у крові, артеріальна гіпертензія, мала фізична активність, паління тютюну. Мають значення також спадковість, робота, пов'язана з великим психоемоційним напруженням, наявність цукрового діабету. Жінки, які застосовують гормональні протизаплідні засоби, повинні знати, що паління тютюну збільшує у них ризик виникнення інфаркту міокарда більш як у 4 рази [6,19,43].

Особам молодого віку, котрі мають спадкову обтяженість, надмірну масу тіла, нейроциркуляторну дистонію по гіпертензивному типу, радять не обирати професію, пов'язану з малою фізичною активністю та великим психічним напруженням. Особи, які вже захворіли на ІХС, повинні бути обізнані із заходами вторинної профілактики, бо додержання їх допоможе загальмувати прогресування хвороби, уникнути ускладнень. Вони мусять знаходитися під постійним наглядом дільничного лікаря, а в необхідних випадках – і спеціаліста-кардіолога.

Стенокардія, або грудна жаба, є одним із найпоширеніших проявів ІХС [16, 18, 20, 42]. Стенокардія – клінічна форма ішемічної хвороби, при якій виникають напади

раптового болю в грудях, зумовлені гострою недостатністю кровообігу серцевого м'яза, в більшості випадків є наслідком атеросклерозу вінцевих артерій. Болі локалізуються за грудиною або зліва від неї, віддають у ліву руку, ліву лопатку, шию і бувають стискаючого, тиснучого або пекучого характеру та можуть супроводжуватися відчуттям страху, неспокою. Біль найчастіше виникає при фізичному напруженні, підйомах, швидкій ході, хвилюванні, негативних емоціях, отже, хворому на ІХС слід уникати цих негативних чинників. Значно рідше спостерігається інша локалізація болю.

Розрізняють *стенокардію напруги*, коли напади болю виникають при фізичному навантаженні (ходьба, підйом по сходинках, перенесення вантажів), і *стенокардію спокою*, при якій напад виникає без фізичних зусиль, наприклад, під час сну. За перебігом буває декілька варіантів (форм) стенокардії: *рідкісні напади стенокардії*, *стабільна стенокардія* (напади в одних і тих же умовах), *нестабільна стенокардія* (почастішання нападів, які виникають при меншій, ніж раніше, нарузі), *передінфарктний стан* (напади зростають по частоті, інтенсивності і тривалості, з'являється стенокардія спокою) [6,21,41].

Пацієнт повинен знати, що звична робота, навіть відносно важка, переноситься краще, ніж нова, незвична, а також те, що напади стенокардії часто виникають ранком, при переході від стану спокою до активного життя. Особливо небезпечна робота, під час виконання якої руки піднімають над головою. Якщо у хворого, який довгий час страждає стабільною стенокардією напруження, при тому ж фізичному та емоційному навантаженні напади частішають, стають тяжчими, то це може бути ознакою передінфарктного стану і такому пацієнтові треба рекомендувати відповідний режим та лікування [22,39]. Особливо загрозові в цьому відношенні напади, які виникають вночі або ранком, до вставання з ліжка, і які до кінця не знімаються нітрогліцерином. Атеросклеротичні зміни вінцевих артерій серця погіршують приток крові, що є причиною розростання сполучної тканини і зниження кількості м'язової, оскільки остання дуже чутлива до нестачі живлення. Часткове заміщення м'язової тканини серця на сполучну у вигляді рубців називається кардіосклерозом і викликає зниження скоротливої функції серця, швидко втому при фізичній праці, задишку, серцебиття. З'являються болі за грудиною і в лівій половині грудної клітки, знижується працездатність.

У лікуванні стенокардії важливе значення має регламентація рухового режиму: необхідно уникати фізичних навантажень, що призводять до нападу при нестабільній стенокардії та передінфарктному стані. Режим обмежують аж до ліжкового. Дієта повинна бути з обмеженням об'єму та калорійності їжі. Необхідно приймати медикаменти, що поліпшують вінцевий кровообіг та знімають емоційну напругу [6,23,38].

План лікування стенокардії включає декілька істотних компонентів. Перш за все потрібно заспокоїти хворого, переконати його, що загроза життю відсутня. Слід також домагатися усунення або принаймні зменшення факторів ризику ІХС. Це, якщо і не припинить, то в усякому разі загальмує її прогресування. Треба виробити для пацієнта і рекомендувати йому такий режим життя та праці, завдяки якому напади стенокардії або зовсім не виникатимуть, або будуть зведені до мінімуму. Серйозну увагу потрібно звернути на лікування супутніх захворювань, котрі рефлексорним шляхом можуть підсилювати напади стенокардії [6,25,34].

Найкращий засіб швидкої допомоги при нападі стенокардії – нітрогліцерин (1 таблетка або аерозоль 2-3 дози під язик), який завжди повинен бути у хворого. Нітрогліцерин краще приймати лежачи чи сидячи, бо він може знижувати артеріальний тиск, викликати запаморочення. В разі відсутності ефекту через 5 хв приймають другу таблетку. Якщо вона не допомагає, ще через 5 хв – третю. Коли біль не проходить і після неї, то треба викликати швидку допомогу, а до прибуття її ввести внутрішньом'язово – 2 мл 50 % розчину анальгіну та 1 мл 1 % розчину димедролу, дати таблетку аспірину [1-5].

Лікар підбирає найефективніший для кожного хворого антиангінальний засіб та оптимальну разову дозу його, а краще – їх комбінацію, бо лікування одним препаратом – це лише перший ступінь, який допомагає далеко не завжди. Іноді для підбору разової дози доводиться, за відсутності протипоказань, призначити хворому велоергометрію, попередньо обґрунтувавши її необхідність.

Враховуючи побічні дії антиангінальних препаратів, розвиток толерантності до нітратів, наявність синдрому відміни після тривалого прийому бета-блокаторів, треба по можливості обмежувати їх прийом. З іншого боку, не менш небезпечним є пізні їх призначення, особливо у недостатній дозі. Коли напади стенокардії напруження виникають рідко і лише при значному або незвичному фізичному чи психічному навантаженні (I функціональний клас), то іноді урегулювання режиму праці, раціональне працевлаштування, призначення транквілізаторів сприятимуть їх ліквідації. Якщо ж цього недостатньо, то пацієнтові рекомендують так звану спорадичну схему прийому нітратів пролонгованої дії, а саме: призначення їх лише у період значного фізичного чи емоційного навантаження.

У разі розвитку більш тяжких форм стенокардії напруження (II–IV функціональні класи) хворий мусить приймати антиангінальні препарати тривалий час, а іноді й постійно. Щоб уникнути розвитку толерантності до нітратів, їх треба приймати по можливості не частіше ніж 2 рази на день, комбінуючи з бета-блокаторами. Якщо після 5–7 тиж. прийому нітратів зробити 3–5-денну перерву, то ефективність їх поновиться [1-5].

При тяжкій стенокардії (IV функціональний клас) кожен наступну дозу слід приймати за півгодини до закінчення дії попередньої або навіть і раніше, якщо серце починає «нити». Звичайно такі хворі мусять прийняти першу таблетку нітрату вранці за півгодини до вставання, щоб створити оптимальні умови для перенесення ранкового фізичного і психічного навантаження, а далі приймати їх кожні 4–6 год. до їди, запиваючи водою. Останню таблетку бажано прийняти в ліжку, перед сном, або замінити її прийом накладанням на верхню частину грудної клітки нітрогліцеринової мазі, нанесеної на поліетиленову плівку.

2. 2. Фізіотерапевтичне лікування ІХС

Поряд із медикаментозним лікуванням ІХС можна застосовувати фізіотерапію [31-35].

Завдання фізіотерапії: розширити вінцеві судини, поліпшити циркуляцію крові в них, нормалізувати реактивність нервової системи, вплинути на атеросклеротичний процес; блокувати вплив виникаючих патологічних рефлексів; поліпшити кровопостачання та живлення серцевого м'яза та зміцнити його.

Разом із судинорозширювальними засобами під час нападу рекомендується ванна ручна (ножна), 39–40°, 15–20 хв. Між нападами на початковій стадії захворювання на тлі створення лікувально-охоронного режиму, психотерапії, лікувального харчування і медикаментозної терапії призначаються [31-35]:

- 1) ванни з поступовим підвищенням температури (по Гауффе), від 37 до 42°, 20–25 хв, через день або щодня;
- 2) діатермія на ділянку серця, 6–12 хв, через день (при відсутності вираженого коронаросклерозу). Після процедури відпочинок лежачи протягом 40–60 хв;
- 3) кальцій-електрофорез загальний по Вермелю. Анод – на міжлопаткову ділянку, 20–30 хв, через день;
- 4) новокаїн-електрофорез на ділянку серця. Активний електрод з прокладкою 8x12 см кладуть на зону гіперальгезії, а за відсутності її – на зону іррадіації стенокардійного болю. Другий електрод з прокладкою 12x17 см розміщують на попереку. Сила струму – 5–8 мА, 6–10–15 хв, щодня або через день (при атеросклерозі вінцевих судин і кардіосклерозі з метою блокади патологічної імпульсації);
- 5) дарсонвалізація на ділянку серця, 5 хв., щодня (при ангіоневротичній формі);
- 6) ультрафіолетове опромінення ділянки серця і хребта від шкірного метамера (С6– Д4) полями, 2 біодози, через 1–2 дні, або опромінення ділянки серця через перфорований локалізатор, 2–3 біодози, щодня, всього 4–6 сеансів;
- 7) мікрохвильова терапія ділянки серця 10 хв, щодня або через день;
- 8) діадинамотерапія ділянки лівого зірчастого вузла, щодня або через день;
- 9) електросон (3–5 імпульсів в 1 с), 20–40 хв, щодня;
- 10) УВЧ-поле на ділянку шийних симпатичних вузлів, доза нетеплова, 5–8 хв, через день або
- 11) платифілін-йод-електрофорез загальний по Вермелю. Анод розташовують в міжлопатковій ділянці, 20 – 30 хв, через день або
- 12) калій-магній-електрофорез на ліву підключичну ділянку. Катод розташовують в поперековій ділянці. Сила струму – 10 мА, 10–15 хв, щодня або через день;
- 13) новокаїн-електрофорез на ділянку серця і верхньогрудних хребців (роздвоєним анодом). Катод розташовують в поперековій ділянці, 10–15 хв, щодня або через день (при стенокардії, що поєднується із деформуючим спондиліозом та вторинним радикулітом);
- 14) кисневі, азотні або хвойні ванни (35–36°), 10– 15 хв, через день (при ангіоневротичній формі стенокардії);
- 15) лікувальна гімнастика за спеціальним комплексом, прогулянки у поєднанні із пасивним відпочинком на повітрі, загальні та часткові обливання;
- 16) аеротерапія у всі пори року. У осінньо-зимовий період рекомендується лежання в спальних мішках, в літній час дозволяються повітряні ванни при ефективно-еквівалентній температурі не вище 22°, 20–40– 60 хв, щодня.

При хронічній коронарній недостатності призначають електрофорез на ділянку серця нікотинової кислоти. Активний електрод з прокладкою 8x12 см – з катода,

електрод з прокладкою 2x1 см – на міжлопаткову ділянку. Сила струму – 5–10 мА, 10–15 хв, 3 сеанси через день, потім щодня.

Призначають електрофорез спиртового розчину нітрогліцерину, ампліпульс на ділянку серця та шийний відділ хребта, електросон, лікування дециметровими мікрохвилями, магнітотерапію, лазеротерапію.

Фізіотерапія дозволяє знизити дозу антиангінальних лікарських засобів і тим самим зменшити ризик їхньої побічної дії. Систематичне адекватне лікування ІХС треба проводити під постійним наглядом лікаря. За цих умов ризик трансформування стенокардії в інфаркт міокарда істотно зменшується.

У разі неефективності консервативного лікування потрібна консультація кардіохірурга для вирішення питання про можливість хірургічного лікування (аортокоронарне шунтування, балонне розширення звуженої вінцевої артерії).

До цієї консультації хворого потрібно психологічно підготувати [31-35].

Завдання ЛФК: стимулювати нейрогуморальні регуляторні механізми для відновлення нормальних судинних реакцій при м'язовій роботі та поліпшити функцію серцево-судинної системи, активізувати обмін речовин (боротьба з атеросклерозом), поліпшити емоційно-психічний стан, забезпечити адаптацію до фізичних навантажень.

В умовах стаціонарного лікування при нестабільній стенокардії та передінфарктному стані до занять лікувальною гімнастикою приступають після припинення сильних нападів у ліжковому режимі. При інших варіантах стенокардії хворий знаходиться на палатному режимі. Проводиться поступове розширення рухової активності і проходження всіх подальших режимів [31-35]..

Методика ЛФК така ж, як при інфаркті міокарда. Перехід з режиму на режим здійснюється в ранні терміни. Нові початкові положення (сидячи, стоячи) включаються в заняття відразу ж, без попередньої обережної адаптації. Ходьба на палатному режимі починається з 30–50 м і доводиться до 200–300 м, на вільному режимі – до 1–1,5 км і більше. Темп ходьби повільний, з перервами для відпочинку [31-35].

На санаторному або поліклінічному етапі відновного лікування руховий режим призначається залежно від функціонального класу, до якого відносять хворого. Тому доцільно розглянути методику визначення функціонального класу на основі оцінки толерантності хворого до фізичного навантаження.

Визначення толерантності до фізичного навантаження (ТФН) і функціонального класу хворого на ІХС

Дослідження проводиться на велоергометрі в положенні сидячи під електрокардіографічним контролем. Хворий виконує 3–5-хвилинні фізичні навантаження, які поступово підвищують, починаючи з 150 кгм/хв – I ступінь, потім при кожному новому ступеню навантаження підвищується на 150 кгм/хв: II ступінь – 300, III ступінь – 450 кгм/хв і т.д. – до визначення граничного навантаження, що переносить хворий. При визначенні ТФН використовуються клінічні та електрокардіографічні критерії припинення навантаження [31-35].

До клінічних критеріїв відносяться: досягнення субмаксимальної (75– 80 %) вікової ЧСС, напад стенокардії, зниження АТ на 20–30 % або його підвищення до 230/130 мм рт. ст., напад задухи, виражена задишка, різка слабкість, відмова хворого від подальшого проведення проби. До електрокардіографічних критеріїв відносяться зниження або підйом сегменту ST електрокардіограми на 1 мм і більше, часті (4:40)

екстрасистоли та інші порушення збудливості міокарда (пароксизмальна тахікардія, миготлива аритмія, порушення атріо-вентрикулярної, або внутрішньошлуночкової провідності, різке зниження величин зубця R). Пробу припиняють при появі хоча б однієї з вище перелічених ознак. Припинення проби на самому її початку (1–2-а хвилина першого ступеня навантаження) свідчить про вкрай низький функціональний резерв коронарного кровообігу, воно властиве хворим IV функціонального класу (150 кгм/хв або менше). Припинення проби в межах 300–450 кгм/хв також говорить про невисокі резерви вінцевого кровообігу – III функціональний клас. Поява критерію припинення проби в межах 600 кгм/хв – II функціональний клас, 750 кгм/хв і більше – I функціональний клас.

Методика фізичної реабілітації хворих ІХС на санаторному етапі [31-35].

Хворі I функціонального класу займаються за програмою тренуючого режиму. У заняттях лікувальною гімнастикою, окрім вправ помірної інтенсивності, допускаються 2–3 короточасні навантаження великої інтенсивності. Тренування в дозований ходьбі починається з проходження 5 км, дистанція поступово збільшується і доводиться до 8–10 км при швидкості ходьби 4–5 км/год. Під час ходьби виконуються прискорення, ділянки маршруту можуть мати підйом 10–17°. Після того, як хворі добре оволодіють дистанцією в 10 км, вони можуть приступити до тренування бігом підтюпцем в чергуванні з ходьбою. За наявності басейну проводяться заняття в басейні, тривалість їх поступово збільшується з 30 до 45–60 хв. Використовуються також рухливі та спортивні ігри (волейбол, настільний теніс та ін.). ЧСС при заняттях може досягати 140 скорочень/хв.

Хворі II функціонального класу займаються за програмою щаднотренуючого режиму. У заняттях лікувальною гімнастикою використовуються навантаження помірної інтенсивності, хоча допускаються короточасні фізичні навантаження великої інтенсивності. Дозована ходьба починається з дистанції в 3 км і поступово доводиться до 5–6. Швидкість ходьби спочатку 3 км/год., потім 4, частина маршруту може мати підйом 5–10°. При заняттях в басейні поступово збільшується час знаходження у воді, а тривалість всього заняття доводиться до 30–45 хв. Прогулянки на лижах здійснюються у повільному темпі. Максимальні збільшення ЧСС – до 130 скорочень/хв.

Хворі III функціонального класу займаються за програмою щадного режиму санаторію. Тренування в дозований ходьбі починається з дистанції 500 м, яка щодня збільшується на 200–500 м і поступово доводиться до 3 км із швидкістю 2–3 км/год. При плаванні використовується брас, проводиться навчання правильному диханню з подовженим видихом у воду. Тривалість заняття 30 хв. При будь-яких формах заняття використовуються тільки мало інтенсивні фізичні навантаження. Максимальні збільшення ЧСС під час занять до 110 скорочень/хв.

Слід зазначити, що засоби і методика занять фізичними вправами в санаторіях можуть значно відрізнитися внаслідок відмінностей умов, обладнання, підготовки методистів. Багато санаторіїв мають в даний час різні тренажери, перш за все велоергометри, тредбани, на яких дуже легко дозувати навантаження з електрокардіографічним контролем. Наявність водоймища і човнів дозволяє успішно використовувати дозоване веслування. У зимовий час дозована ходьба на лижах – прекрасний засіб реабілітації.

До недавнього часу хворим на ІХС IV класу лікувальна фізкультура практично не призначалася, оскільки вважалося, що вона може викликати ускладнення. Проте успіхи медикаментозної терапії і реабілітації хворих ІХС дозволили розробити спеціальну методику для цього важкого контингенту хворих.

3. 3. Лікування та реабілітація хворих на ІХС після кардіохірургічних інтервенцій

Відразу після закінчення операції пацієнт переводиться в блок інтенсивного спостереження, де підключається до кардіомонітору [1-5, 36].

Спостерігають за ним постійно - це необхідно для того, щоб негайно розпізнати розвиток ускладнень: раптовий розвиток ішемії міокарда і аритмії. Також постійно контролюють артеріальний тиск - його прогресивне зниження дозволяє швидко виявити почалася внутрішня кровотеча чи ні. Виписка пацієнта проводиться зазвичай на 3-4 день після операції. У деяких випадках при вкрай низькому прорахованому ризику ускладнень можна виписати прооперованого навіть через добу, однак, для цього пацієнт повинен бути ретельно обстежений перед тим, як покинути лікарню. У ранньому післяопераційному періоді єдине, що пацієнтові не рекомендовано - посилені фізичні навантаження. До роботи він може повернутися відразу після виписки, однак, тут грають роль кілька факторів:

- як важко займається хворий - розумово або фізично;
- наскільки повно була досягнута мета хірурга по відновленню кровотоку;
- наскільки сильні залишкові явища стенокардії;
- які результати навантажувальних проб (чи не провокує дозована фізична активність розвитку нападів стенокардії).

Сучасні методи лікування інфарктів міокарда та передінфарктних станів дозволяють знизити ризик важкого перебігу цих захворювань. Тривалість життя після стентування судин серця і при відсутності ускладнень практично така ж, як і у здорових людей. Однак успіх буде залежати не тільки від успішності проведеної операції, але і від регулярності прийому виписаних антитромботических препаратів і спостереження в кардіолога. Не ігноруйте вказівки свого лікаря, і тоді ризик повторного звуження артерій буде мінімальним [14,20, 37]

Основою лікування хронічної ІХС є модифікація усунених факторів ризику і комплексна медикаментозна терапія. Як правило, їх проводять невизначено довго.

До немедикаментозних методів лікування відносять хірургічну реваскуляризацію міокарда: коронарне шунтування і балонну ангіопластику зі стентуванням коронарних артерій. Рішення про вибір хірургічного лікування приймають лікуючий лікар, рентгеноендоваскулярний хірург і серцево-судинний хірург з урахуванням сумарного ризику ускладнень, стану міокарда та коронарних артерій, бажання хворого і можливостей лікувального закладу.

Інформування та навчання [38-40].

Це необхідний компонент лікування, оскільки правильно поінформоване і навчений хворий ретельно виконує лікарські рекомендації і може самостійно приймати важливі рішення.

Хворому в доступній для нього формі розповідають про суть ІХС та особливості виявленої у нього клінічної форми захворювання. Слід підкреслити, що при належному дотриманні лікарських рекомендацій симптоми хвороби можна контролювати, покращуючи, таким чином, якість і тривалість життя і зберігаючи працездатність.

Слід обговорити з пацієнтом перспективи медикаментозного і хірургічного лікування виявленої у нього форми ІХС, а також домовитися про необхідність і періодичність подальших інструментальних і лабораторних досліджень.

Хворим розповідають про типові симптоми захворювання, вчать правильно приймати планову і екстрену медикаментозну терапію для профілактики і купірування нападів стенокардії. Обов'язково слід розповісти хворому про можливі побічні ефекти призначених йому препаратів і можливе лікарському взаємодії.

Також розповідають про показання для екстреного виклику «Швидкої допомоги» і звернення до лікаря поліклініки. Нагадують про необхідність постійно мати з собою препарат нітрогліцерину швидкої дії (в таблетках або у вигляді аерозолю), а також про регулярної заміні препаратів із закінченим терміном дії на свіжі. хворий повинен зберігати вдома записані ЕКГ для порівняння з наступними записами. корисно також зберігання на дому копій виписок з стаціонарів і санаторіїв, результатів проводилися досліджень і переліку призначалися раніше лікарських засобів.

У бесіді з хворим слід розповісти про найтипівіших симптомах нестабільної стенокардії, гострого інфаркту міокарда та наголосити на важливості швидкості обігу за допомогою при їх появі [21,24]

На випадок розвитку гострого коронарного синдрому пацієнт повинен мати чіткий план дій, що включає в себе:

- Негайний прийом аспірину і нітрогліцерину (краще в положенні сидячи);
- Способи звернення за екстреною медичною допомогою;
- Адреса та телефонні номери найближчого медичного стаціонару з цілодобовою кардіологічної службою.

Припинення куріння [2,4 31-35].

Відмова від куріння пацієнта ІХС - одне із завдань лікаря. Дослідження показали, що навіть проста порада лікаря, у багатьох випадках допомагає пацієнтові відмовитися від куріння. Що б допомогти хворому справитися зі шкідливою звичкою, лікар повинен:

- розпитати про стаж куріння;
- оцінити ступінь нікотинової залежності і бажання пацієнта кинути курити;
- допомогти пацієнтові скласти план відмови від куріння (при необхідності зробити це з ним спільно);
- обговорити з пацієнтом дати і терміни наступних контрольних візитів;

-при необхідності запросити близьких родичів пацієнта і провести з ними бесіду з метою забезпечити підтримку членів сім'ї в припиненні куріння.

При відсутності ефекту від роз'яснювальної роботи може бути застосована нікотінзаместительной терапія. Препарати бупропіон (велбітрін, Зибан) і варениклин, застосовувані для лікування нікотинової залежності, вважаються ефективними і

відносно безпечними засобами при призначенні їх хворим ІХС, проте варениклин може спровокувати загострення стенокардії.

Дієта і контроль маси тіла [39].

Основна мета дієтотерапії при ІХС - зниження надмірної ваги і концентрації ХС плазми. Основні вимоги до дієти: 1) енергетична цінність до 2000 ккал / добу; 2) зміст ХС до 300 мг / добу; 3) забезпечення за рахунок жирів не більше 30% енергетичної цінності їжі. Строгою дієтою можна домогтися зниження рівня ЗХС плазми на 10-15%. Для зниження гіпертриглицеридемії можна рекомендувати збагачення раціону жирними сортами риби або N-3 поліненасичені жирні кислоти в харчових добавках в дозі 1 г / добу.

Споживання алкоголю обмежують до помірних доз (50 мл етанолу на добу). Споживання алкоголю у великих дозах (як регулярне, так і епізодичне) може привести до серйозних ускладнень. При супутніх серцевої недостатності, цукровому діабеті та артеріальній гіпертонії - рекомендують відмова від алкоголю.

Ожиріння і надмірна вага поєднуються з підвищеним ризиком смерті у хворих зі СС. Ступінь надлишкової маси тіла (МТ) оцінюється за індексом Кетле (ІМТ): $ІМТ = \frac{\text{Маса тіла (кг)}}{\text{зріст (м)}^2}$.

Корекція ваги у хворих, які страждають, поряд з ІХС, ожирінням і надлишковою масою, супроводжується зниженням артеріального тиску, нормалізацією рівня ліпідів і цукру в крові. Лікування рекомендується починати з призначення дієти, що має наступні особливості:

- дотримання балансу між енергією споживаної з їжею і енергією, витрачається в повсякденній діяльності;
- обмеження споживання жирів;
- обмеження споживання алкоголю, (наприклад, в 100 г горілки міститься 280ккал; крім того споживання алкоголю «розгальмовує» харчової рефлекс, просто кажучи істотно підвищує апетит);
- обмеження, а в ряді випадків, виняток легкозасвоюваних вуглеводів (цукор); частка вуглеводів повинна складати 50-60% добової калорійності, переважно за рахунок овочів і фруктів з обмеженням картоплі і фруктів з високим вмістом глюкози - виноград, родзинки, дині, груші, солодкі сливи, абрикоси, банани;
- обмежене споживання солодоців, солодких неалкогольних напоїв, гострих приправ, прянощів;

Дієтотерапія, спрямована на зниження ваги тіла, проводиться під наглядом лікаря з урахуванням медичних показань і протипоказань. Темп зниження маси тіла повинен становити 0,5-1 кг в тиждень. Фармакотерапія ожиріння призначається при індексі $ІМТ \geq 30$ і неефективності дієти, і проводиться, як правило, в спеціалізованих стаціонарах.

Одна з основних труднощів в лікуванні ожиріння - утримання досягнутого результату в зниженні ваги. Тому зниження маси - це не «разова» міра, а формування мотивації, спрямованої на підтримку досягнутого результату в зменшенні маси тіла протягом усього життя.

У будь-яких програмах, спрямованих на зниження маси тіла, важливе місце відводиться фізичним навантаженням, які рекомендуються в комплексі з дієтотерапією, але обов'язково після консультації з лікарем.

Ожиріння часто поєднується з таким станом, як нічне апное – зупинка дихання під час сну. Пацієнти, які страждають нічним апное, мають підвищений ризик розвитку важких ускладнень ІХС та коронарної смерті. Сьогодні існують методи лікування нічного апное за допомогою методу СИПАП-терапії (від англ. Constant Positive Airway Pressure, CPAP), під час якої створюється постійне позитивний тиск в дихальних шляхах пацієнта, яке попереджає зупинку дихання увісні. При виявленні у хворого з ІХС та надмірною вагою нічного апное рекомендується направити його до медичного закладу, в якому проводять СИПАП-терапію.[25,31]

Фізична активність

Пацієнта інформують про допустимих фізичних навантаженнях. Дуже корисно навчити зіставляти максимальну ЧСС під час навантажувального тесту (якщо він проводився) з ЧСС при повсякденних фізичних навантаженнях. особливо важлива інформація про дозованих фізичних навантаженнях особам, що відновлює рухову активність після інфаркту міокарда. У постінфарктний періоді проведена фахівцями фізична реабілітація безпечна і покращує якість життя. Пацієнтам зі стенокардією рекомендують позачерговий прийом нітрогліцерину перед очікуваною фізичним навантаженням - це часто дозволяє уникнути ангінозного нападу.

Особливо корисна дозована фізична активність пацієнтам з ожирінням і на цукровий діабет, тому що на тлі фізичних вправ у них поліпшується вуглеводний і ліпідний метаболізм.

Всім пацієнтам з діагнозом ішемічна хвороба серця (з дозволу лікаря) рекомендується щоденна ходьба в середньому темпі 30-40 хв.[23,26]

Психологічний аспект реабілітації .

На госпітальному етапі реабілітації до 80% хворих мають різні невротичні реакції. Через рік тільки у 76% хворих досягаються стійка нормалізація психічного статусу і досить висока толерантність до фізичних навантажень, а у 24% пацієнтів відзначаються підвищений рівень тривоги, низька мотивація до праці, зниження якості життя. Мабуть, у частини хворих «криза особистості», спровокований хворобою і операцією, що не долається на етапах реабілітації, а в умовах амбулаторного спостереження часом посилюється, що, безсумнівно, вимагає інтенсивної психологічної допомоги.

Психологічний аспект відновного лікування хворих негайно - як після перенесеного інфаркту міокарда, так і після хірургічної ревазуляризації міокарда - має ряд особливостей. В цьому періоді відзначається певне погіршення психологічного стану у багатьох хворих, що відображає труднощі адаптації до нової в результаті хвороби і її лікування життєвої ситуації.

Відкриті операції на серці є вельми стресовим фактором. Динаміка психоемоційного статусу хворих, які перенесли коронарне шунтування, така, що до операції пацієнти починають відчувати великі психологічні навантаження. Передопераційна фаза буває відзначена коливаннями між страхом смерті і нереалістичними очікуваннями. Після операції психологічний статус хворих, як

правило, дещо змінюється. Рання післяопераційна фаза характеризується коливаннями між ейфоричним і депресивним настроєм, фізичним болем і полегшенням, ясністю думки і затуманений свідомості. За кілька днів до виписки зі стаціонару у більшості хворих з'являється «предот'ездное занепокоєння». У деяких з них може посилитися психопатологічна симптоматика. Тому перед від'їздом додому хворим дають конкретні психосоціальні поради, рекомендують їм повернутися до трудової діяльності з урахуванням функціональних можливостей організму [27,29].

Фізичний аспект реабілітації

Завданням цього етапу є розвиток і підтримка фізичної працездатності, а на амбулаторно-поліклінічному етапі - реадaptaція до побутових і виробничих навантажень.

1. Стаціонарний етап реабілітації. Більшість прооперованих хворих через 48 - 72 години після переведення в реанімаційне відділення переводиться в кардіохірургічне відділення або відділення судинної хірургії, де їх активізація інтенсифікується (при відсутності істотних ускладнень в перебіг післяопераційного періоду). В подальшому темпи активізації визначаються результатами проби з фізичним навантаженням (велоергометричної проби - ЗЕП). Через 2 тижні після операції хворому повинна бути виконана ЗЕП, більш раннє виконання ЗЕП неможливо через незагоєних ран на гомілці (внаслідок забору вен при аортокоронарне шунтування), грудині.

Одним з провідних принципів побудови програми фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда та після операцій на серці та магістральних судинах є поступове розширення рухових режимів. Для підвищення ефективності відновного лікування доцільно призначати фізичні тренування (ФТ) малих м'язових груп спочатку без використання еспандерів, потім з використанням еспандерів, а також тренує дозовану ходьбу і заняття на велотренажерах (протипоказання для ФТ на велотренажерах визначає лікар). Загальною вимогою є адекватність виконуваних фізичних навантажень для даного хворого. Важливо пам'ятати, що якщо на будь-якому з етапів відновного лікування виникають ознаки поганої переносимості навантаження, необхідно тимчасово зменшити її обсяг і інтенсивність. Повністю відмовлятися від продовження реабілітаційних заходів недоцільно. Фізичні тренування проводяться методистами ЛФК в тісній співпраці з лікарем.

Практичні лікарі повинні мати у своєму розпорядженні задокументованим алгоритмом ведення хворих на інфаркт міокарда, а також після операції на серці - докладним переліком необхідних інструментальних обстежень, результати яких дозволять запропонувати індивідуальну програму реабілітації та диференційоване застосування медикаментозних і немедикаментозних лікувальних факторів.

2. Амбулаторно-поліклінічний етап реабілітації. Його метою є підтримка і розвиток фізичної працездатності, реадaptaція хворого до побутових і виробничих навантажень. На даному етапі фізична активність включає в себе: заняття лікувально-гігієнічної гімнастикою, ЛФК, дозовану ходьбу, різні спортивні ігри; інтенсивні фізичні тренування (за показаннями); фізичну активність в зв'язку з повсякденними побутовими навантаженнями, в подальшому, після виходу на роботу, - в зв'язку з професійними обов'язками. Слід дотримуватися наступність з попередніми етапами відновного лікування.

Що стосується використання фізіотерапевтичних чинників у віддаленому періоді, то для таких хворих застосовуються кліматотерапія (аеротерапія і геліотерапія), бальнеотерапія (чотирикамерні мінеральні ванни - вуглекислі, сульфідні, родонові, кисневі, йодобромні і ін.), Електролікування, електросон, лікарський електрофорез і гальванізація строго за показаннями, які визначаються лікарями. Масаж застосовують диференційовано, керуючись клінічною картиною захворювання, як до, так і після фізичних тренувань.[25,27]

Застосування будь-якого лікувального фактора так само, як прийом їжі, розглядається як вплив на систему кровообігу. У зв'язку з цим і після прийому їжі, і після будь-якої процедури потрібно певний відрізок часу (1 - 2 години) для відпочинку, необхідний для відновлення функції серцевосудинної системи. Рекомендується всі види фізичної реабілітації (лікувальна гімнастика, дозована ходьба, тренування малих м'язових груп, тренування на велоергометрі) проводити до їди або через 1 - 1,5 години після прийому їжі. Процедури бальнеотерапії проводяться також через 1 - 1,5 години після їжі і фізичних тренувань.

Контроль за проведенням лікувальних заходів здійснюється лікуючим лікарем (кардіологом, кардіологом-реабітологом, допускається - медичною сестрою і / або методистом ЛФК). Координує всі лікувальні заходи лікуючий лікар (кардіолог). Обов'язково слід враховувати дані самоконтролю хворого: хворим можна рекомендувати вести спеціальний щоденник. Самоконтроль при фізичних тренуваннях включає підрахунок пульсу до і після навантаження, на висоті навантаження, в щоденнику фіксуються їх інтенсивність і тривалість.[17,19,20]

* Ізометрична навантаження - це таке навантаження, при якій сила одномоментно впливає на точку прикладання (скелетні м'язи) більше 30 секунд. Приклади ізометричного навантаження - нести воду у відрі, підштовхувати машину плечем, піднімати гирі, штангу, копати землю лопатою і т.д.

* динамічне навантаження - навантаження, при якій сила одномоментно впливає на точку прикладання (скелетні м'язи) менше 30 секунд. Приклади динамічного навантаження - ходьба, біг, плавання, катання на лижах, їзда на велосипеді і т.д.

Отже, аналіз літературних та інформаційних джерел свідчить, що програма фізичної реабілітації включає комплексний та індивідуальний підхід.

На сьогодні у реабілітації після стентування коронарних артерій у хворих на ішемічну хворобу серця включає ЛФК, масаж, психологічну підтримку.

При складанні програми необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта, перебіг захворювання, психоемоційний стан. Також при проведенні консультації необхідно провести фізичне обстеження і вже після цього скласти програму фізичної реабілітації з використанням фізичних вправ, масажу, дієтотерапії та сучасними методами та засобами реабілітації.

РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведене двомісячне проспективне спостереження хворих на ІХС, які перенесли кардіохірургічне лікування, що дозволило оцінити ефективність розробленої програми фізичної реабілітації.

Дослідження було проведено на базі кардіологічного відділення

комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня».

До складу контрольної групи увійшли 20 (14 чол. та 6 жін.) пацієнтів з ІХС та кардіохірургічним втручанням, яким активна фізична реабілітація не проводилась, окрім загальноприйнятих процедур та медикаментозного лікування.

З дослідною групою (50 пацієнтів – (26 чол. та 24 жін.) з ІХС та кардіохірургічним втручанням проведена комплексна фізична реабілітація.

Наприклад, до експериментальної групи був включений хворий А., 48 р., проходив скринінгове обстеження з приводу вперше зафіксованих під час професійного огляду підвищених показників АТ - до 150/90 - 160/100 мм рт. ст. Скарг у хворого не було. На звичайній ЕКГ - ознаки синдрому ранньої реполяризації міокарда шлуночків. За даними змішаного моніторингу, у хворого виявлено: артеріальну гіпертензію (вдень - помірну; вночі - виражену), а також епізоди елевації та депресії сегмента ST - (23 епізоди загальною протягом 189 хв. за добу, переважно вдень, прогностично несприятливі), що дало підстави запідозрити "синдром основного стовбура".

Хворий був направлений на коронарографію, під час якої виявлено велику бляшку в основному стовбурі коронарної артерії зі стенозуванням до 90%. Хворого прооперували, було вживлено 1 стент. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Через 14 днів хворий був залучений до програми ФР спочатку в умовах стаціонару потім в поліклініці, яка тривала загалом 51 день. Після цього хворому повторно провели змішаний моніторинг ЕКГ та АТ на фоні постійної планової медикаментозної терапії. Гемодинамічні показники протягом доби без особливостей. Змін на ЕКГ за звичайних навантажень не було виявлено. При значних навантаженнях (ходьба 5 і більше сходових маршів) - виявляється депресія ST до 1мм.

Під час проведення фізичної реабілітації усі хворі лікувались медикаментозними лікарськими середниками, згідно протоколів лікування та останніх рекомендацій Європейського товариства кардіологів та Американської кардіологічної асоціації.

Таблиця 1. Медикаментозна терапія хворих

Нітрати	18 (90%)	40 (80%)
Антиагрегати	19 (95%)	42 (85%)
Антикоагулянти	12 (60%)	32 (65%)
Статини	15 (75%)	42 (85%)
Інгібітори АПФ або БРА II	12 (60%)	30 (60%)
Б-адреноблокатори	20 (100%)	45 (90%)
Діуретики	10 (50%)	10 (20%)
Метаболічні препарати	14 (70%)	10 (20%)

Методи дослідження:

Дослідження проводилося в три етапи.

На першому етапі проводився збір і обробка інформації.

На другому етапі проводився аналіз отриманих даних з подальшою розробкою моделі сестринського догляду в кардіореабілітації.

На третьому етапі вивчався процес впровадження адміністративної технології та її ефективність.

Програма збору інформації передбачає:

- вивчення проблем пацієнта для оптимізації технологій догляду;
- вивчення рівня професійної підготовки сестринського персоналу, його готовність до реалізації нових сестринських технологій в умовах кардіореабілітації.

В якості досліджуваного явища розглянута професійна діяльність фахівців сестринської справи в кардіореабілітації.

Дослідження проводилося методом суцільного і вибіркового статистичного спостереження: в цілому була вивчена діяльність усіх медичних сестер кардіологічного відділення – учасників проведення кардіореабілітації та вивчені проблеми 50 пацієнтів з ІХС після операції на серці, для виявлення функціональних порушень під час перебування у стаціонарі та через 2 місяці після виписки.

Методика експерименту передбачала вдосконалення діяльності медсестер кардіологічного відділення для вирішення проблем пацієнтів, які перенесли операцію на серці.

Методом суцільного статистичного спостереження медичних сестер з використанням методики експертного аналізу досліджено ступінь підготовленості з питань реабілітації.

Методика експертизи включала:

1. Одномоментне тестування сестринського персоналу на робочих місцях.
2. Проведення експертного аналізу результатів тестування.

Усім хворим проведено стандартне клінічне, лабораторне та функціональне обстеження.

Оцінку фізичної активності здійснювали за допомогою 6-хвилинного крокового тесту (6 ХКТ). 6 ХКТ проводили за 30 хвилин до або через 2 год після їжі. Тест передбачав вимірювання дистанції, яку хворий пройшов за 6 хв у помірному темпі. Отримана відстань зіставлялася з належною величиною, яку обчислювали за формулою [1]:

$$6\text{ХКТ (чоловіки)} = (7,57 \cdot \text{зріст, см}) - (5,02 \cdot \text{вік}) - (1,76 \cdot \text{вага, кг}) - 309;$$

$$6\text{ХКТ (жінки)} = (2,11 \cdot \text{зріст, см}) - (5,78 \cdot \text{вік}) - (2,29 \cdot \text{вага, кг}) + 667.$$

Підсумковий результат тесту виражали у відсотках від належної величини (НВ).

Додатково проаналізували показники органів дихання й кровообігу, які прямо пов'язані з фізичною активністю хворих: частота дихання (ЧД), частота серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск (АТ) – систолічний (АТс) і діастолічний (АТд).

Усі хворі лікувалися згідно з нормативним протоколом МОЗ України [9]. Хворі контрольної групи проходили реабілітацію відповідно до рекомендацій того самого нормативного документа МОЗ України [9] (додаток 9), а основної групи – за

запропонованою методикою. Тривалість фізичної реабілітації в середньому становила 30 днів і включала стаціонарний та поліклінічний етапи.

Для статистичної обробки була створена комп'ютерна база даних за допомогою програмного забезпечення Excel XP (Microsoft Office, USA) і статистичної програми Statistica for Windows v. 6.0 (Statsoft, USA). Вираховували середню величину (M), похибку середньої величини (m), критерій достовірності (t) і значення достовірності (p). Для оцінки достовірності відмінностей в різних клінічних групах використовували тест Ст'юдента.

Всі хворі були забезпечені щоденниками самоконтролю для АТ, кількості нападів стенокардії і реєстрації побічних дій.

3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Моделювання впровадження сестринського процесу в практику реабілітації хворих після операцій на серці

Нами була проведена робота по створенню організаційної моделі впровадження сестринського процесу в практику реабілітації хворих після проведення операцій на серці у кардіологічному відділенні.

Базою для створення моделі впровадження сестринського процесу послужили:

- Сучасна концепція розвитку сестринської справи
- Теорія сестринської справи
- Існуючі моделі сестринського догляду

Умовами для реалізації даної моделі є:

- Формування середовища, здатної прийняти встановлену модель сестринського догляду
- Навчання медичного персоналу теорії сестринської справи
- Практика сестринської справи
- Управління та координація сестринської допомоги у відділенні.

Були визначені етапи реалізації моделі впровадження сестринського процесу:

- підготовчий
- практичний
- дослідницький

Відповідно до цілей етапів розроблені етапні механізми впровадження моделі:

1. Підготовчий етап

- Теоретична підготовка медичного персоналу відділення кардіології з теорії сестринської справи
- Поділ сфер професійної діяльності і взаємодій за посадами - розробка посадових інструкцій ("Палатна медична сестра", "Сестра - координатор")
- Розробка пакету сестринської документації (карта сестринського стаціонарного хворого, лист реабілітаційних заходів, маршрутний лист пацієнта, сестринський етапний епікриз).
- Розробка медико-технологічного протоколу сестринського догляду за пацієнтом після операції на серці

2. Практичний етап ·

Впровадження етапів внутрішньої атестації з метою підвищення професійного зростання:

Первинна атестація (визначення вихідного рівня знань, умінь, навичок при прийомі на роботу)

Поточна атестація (динаміка зростання рівня знань, умінь, навичок в процесі роботи - щорічно) ·

Реалізація схеми сестринського процесу ·

- Адаптація етапів сестринського процесу до умов відділення реабілітації ·
- Впровадження медико-технологічного протоколу сестринського догляду за пацієнтом після оперативного втручання ·
- Впровадження стандартів діяльності медичної сестри по відновленню навичок щоденної активності пацієнтів

3. Дослідницький етап

- Аналіз і статистична обробка даних сестринського процесу з метою попередньої оцінки ефективності роботи ·
- Проведення дослідницької роботи.

Визначено критерії ефективності дії моделі: ·

- Задоволеність пацієнта ·
- Задоволеність сестринського персоналу ·
- Підвищення професіоналізму медичних сестер ·

Закріплення сестринських кадрів у відділенні розрахований очікуваний результат впровадження:

- Підвищення якості сестринського догляду
- Підвищення якості життя пацієнта
- Підвищення професіоналізму сестринського персоналу
- Підвищення значущості фахівця сестринської справи. в суспільній свідомості

Нова форма сестринської допомоги була впроваджена на базі кардіологічного відділення. Робота палатних медичних сестер відділення вимагала вдосконалення організаційних методів в здійсненні заходів, що сприяють усуненню функціональної недостатності у пацієнта. Таким чином, організаційні рішення даної проблеми є значущими, покликаними підвищити якість медичної допомоги.

Були визначені умови проведення організаційного експерименту з впровадження сестринського процесу в практику:

- теоретична і практична підготовленість медичного персоналу лікарні до реалізації концепції сестринської справи;
- моральна готовність адміністративного апарату лікарні до реалізації концепції сестринської справи;
- наявність системи професійного удосконалення.

Дослідження проводилося в три етапи.

На першому етапі проводився збір і обробка інформації.

На другому етапі проводився аналіз отриманих даних з подальшою розробкою моделі сестринського догляду в кардіореабілітації.

На третьому етапі вивчався процес впровадження адміністративної технології та її ефективність.

Програма збору інформації передбачає:

- вивчення проблем пацієнта для оптимізації технологій догляду;
- вивчення рівня професійної підготовки сестринського персоналу, його готовність до реалізації нових сестринських технологій в умовах кардіореабілітації.

В якості досліджуваного явища розглянута професійна діяльність фахівців сестринської справи в кардіореабілітації.

Дослідження проводилося методом суцільного і вибіркового статистичного спостереження: в цілому була вивчена діяльність усіх медичних сестер кардіологічного відділення – учасників проведення кардіореабілітації та вивчені проблеми 50 пацієнтів з ІХС після операції на серці, для виявлення функціональних і психологічних порушень.

У своєму складі лікарня має наступні функціональні підрозділи: кабінети функціональної діагностики; фізіотерапевтичне відділення з кабінетами електростимуляції; водолікування; відділення лікувальної гімнастики з кабінетом кінезотерапії, з фізкультурними залами; кабінети психолога, масажу. Комплексність реабілітації визначається різноманіттям методів по відновленню рухових порушень, а саме: лікувальну фізкультуру, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні методи, гідрокінезотерапію, побутову реабілітацію.

Кардіологічне відділення розраховане на 60 ліжок, розташованих в 10 палатах. На поверсі відділення є їдальня, процедурний кабінет, ординаторська, сестринська, кабінет старшої медичної сестри, духова, два туалети.

Протипоказанням для проведення фізичної реабілітації були:

- значні порушення гемодинамічних показників;
- супутня онкопатологія;
- обмеження за віком до 70 років (у зв'язку обмеження методів ЛП, фізіотерапії);
- неможливість самостійного пересування і самообслуговування.

Аналізуючи діяльність відділення, слід зазначити, що відсоток виконання плану ліжко-днів становить 100%, середнє перебування на ліжку стабільно 6,1 до 14,3 днів.

У відділенні трудиться 15 лікарів і 23 медичні сестри. 100 % лікарів мають сертифікати і кваліфікаційну категорію. Серед медичних сестер 100 % мають сертифікат фахівця, всі пройшли навчання на курсах підвищення кваліфікації, 80 % підготовлені за програмою "Інноваційні технології в сестринській справі".

Усі медсестри мають вищу кваліфікаційну категорію. Рівень професійної підготовки сестринського персоналу дозволяє надавати якісну медичну допомогу. У переважній більшості - це грамотні фахівці, що володіють певним досвідом роботи в якості постових сестер кардіології (стаж за фахом в середньому склав 16,3 року), що займаються самоосвітою за допомогою вивчення періодичної та спеціальної літератури, відвідування конференцій, семінарів та ін..

Для координації роботи, узагальнення та аналізу інформації, що надходить, формування проекту нормативних документів з подальшим впровадженням в практичну діяльність в лікарні створена **Координаційна Рада**. До складу Координаційної Ради увійшли: головний лікар; заступник головного лікаря з

лікувальної роботи; головна медична сестра; завідувачі та старші медичні сестри усіх підрозділів лікарні.

На першому етапі роботи, з метою впровадження науково-практичних розробок в практику і навчання кадрів, проводились конференції, тематичні семінари, практичні заняття, реалізована освітня програма додаткової підготовки постових медичних сестер з питань реабілітації хворого по відновленню навичок щоденної активності.

Методика експерименту передбачала **вдосконалення діяльності палатних медсестер для вирішення проблем пацієнтів, які перенесли операцію на серці.**

Методом суцільного статистичного спостереження у медичних сестер з використанням методики експертного аналізу досліджено ступінь підготовленості з питань реабілітації.

За результатами дослідження встановлено: професійний стаж до 10 років мають 45,5% респондентів, від 10 до 15 - 18,1%, більше 15 років - 36,4%; базову освіту "сестринська справа" - 81,8%, "лікувальна справа" - 18,2%; підвищений рівень освіти - 18,2%.

Відповідаючи на запитання анкети щодо мотивації вибору професії всі медичні сестри одноставні - вибір професії пояснюється покликанням. Приступаючи до професійної діяльності, 82% спеціалістів сестринської справи пройшли курси підвищення кваліфікації. Удосконалення професійної кар'єри, оцінка своєї діяльності, обсягу і характеру роботи визначали високий відсоток респондентів. Основними труднощами у своїй роботі 73% медичних сестер вважають - великий обсяг роботи. Оцінка тестових завдань проводилася за п'ятибальною системою з наступним визначенням середнього балу в групі.

Проблеми, з якими стикається медсестра при веденні пацієнта після кардіохірургічних втручань на I ЕТАП: догляд за шкірою; профілактика пролежнів у хворих похилого віку; ризик розвитку пневмонії та аспірації; гідратація; контроль функції тазових органів. У ранньому післяопераційному періоді реабілітація вирішує наступні завдання - попередження і організація лікування ускладнень, пов'язаних з іммобілізацією, та наявністю супутніх захворювань, визначення функціональних можливостей самого пацієнта, а також поліпшення його загального фізичного стану, виявлення та лікування психоемоційних розладів на ґрунті боязні повторного гострого порушення коронарного кровообігу.

Нерухомість хворого в гострому постопераційному періоді, особливо у хворих похилого віку, служить причиною розвитку багатьох ускладнень - пролежнів, тромбозу глибоких вен, пневмонії, депресії.

Правильний догляд і рання активізація хворого багато в чому сприяють попередженню цих явищ.

Роль медичної сестри:

- виконання лікарських призначень;
- динамічне спостереження за станом пацієнта;
- функціональна оцінка стану пацієнта;
- задоволення потреб пацієнта в харчуванні і рідині;
- адекватне харчування адекватне споживання рідини;
- контроль терморегуляції;
- підтримання гемодинаміки;

- зведення до мінімуму проявів емоційного стресу;
- регулярна санація ротоглотки;
- контроль положення пацієнта;
- зміна положення тіла;
- пасивна дихальна гімнастика;
- адекватне харчування пацієнта .

Психоемоційні розлади можуть істотно порушувати мотивації і адекватність поведінки хворого, значно ускладнюючи тим самим процес реабілітації.

Медична сестра повинна:

- за погодженням з лікарем обмежити спілкування пацієнта при вираженій емоційній лабільності і стомлюваності;
- при необхідності багаторазово повторювати інструкції і відповідати на питання пацієнта;
- підключити до лікування і реабілітації осіб, що викликають позитивні емоції;
- не квапити пацієнта;
- мотивувати пацієнта до одужання;
- підтримання достатнього обсягу пасивних рухів;
- профілактика тромбозу глибоких вен.

Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок і пов'язана з ним тромбоемболія легеневої артерії представляють серйозну проблему догляду за післяопераційними хворими. У лежачих хворих сповільнюється швидкість кровотоку по судинах, що сприяє підвищенню згортання крові і розвитку тромбозу вен ніг.

Медична сестра повинна:

- забинтувати хвору ногу еластичним бинтом, якщо у хворого є варикозне розширення вен;
- проводити ручний масаж (погладжування і розминання) від стопи до стегна.

Роль медичної сестри по відновленню рухових навичок:

- заняття з хворими за вказівками методиста лікувальної фізкультури, особливо у вечірній час;
- дозована ходьба.

Проблеми, з якими стикається медсестра при веденні пацієнта після операції на серці на 2 та 3 ЕТАПАХ:

- проблеми сім'ї;
- психологічна і соціальна адаптація.

В даний час для визначення ефективності лікувальних і реабілітаційних заходів використовується такий показник, як "якість життя", пов'язане зі здоров'ям, із захворюванням; характеризує результат лікування при багатьох захворюваннях, особливо хронічних. Правильне уявлення про наслідки хвороби має принципове значення для розуміння суті реабілітації та визначення спрямованості реабілітаційних впливів. В останні роки в реабілітології введено також поняття "якість життя", пов'язане зі здоров'ям, при цьому саме якість життя розглядають як інтегральну характеристику, на яку треба орієнтуватися при оцінці ефективності реабілітації хворих, які перенесли порушення мозкового кровообігу. Поняття "якість життя", пов'язане зі здоров'ям

відображає групи критеріїв, що характеризують здоров'я: фізичні, психологічні і соціальні, причому кожна з цих груп включає набір показників, які можна оцінити як об'єктивно, так і на рівні суб'єктивного сприйняття.

Показник якості життя має інтегральний характер, відбиваючи фізичне, психічне стан пацієнта, а так само рівень його життєдіяльності і соціальної активності. Підвищена увага фахівців сестринської справи до оцінки якості життя пов'язане з тим, що при такому підході в найбільшою мірою враховуються інтереси хворого. Разом з тим є переконливі дані про те, що більш досконалі стратегії сестринського ведення і реабілітації хворих, які перенесли операцію на серці, можуть сприяти збереженню якості життя пацієнтів, які перенесли порушення мозкового кровообігу.

Оскільки, медсестра несе відповідальність за адекватність і безпеку догляду, оцінку і спостереження за фізичним і психологічним станом пацієнта, прийняття необхідних заходів і своєчасне інформування інших фахівців бригади, надання постійної фізичної психологічної підтримки пацієнту і доглядають за ним особам, впливає, що медична сестра здатна координувати реабілітаційний процес з моменту надходження хворого до його виписки. Це дуже важлива, унікальна роль. Протягом останніх трьох років активно створювалися стандарти надання медичної допомоги пацієнтам з різними захворюваннями, в тому числі і з гострими судинними ураженнями серця, але в них не виділені дії сестринського процесу, не визначений спектр простих медичних послуг (ПМУ), які входять до компетенції СП.

3.2. Результати впровадження сестринського процесу в реабілітацію хворих, які перенесли операцію на серці

Основною метою підготовчого етапу є навчання медичних сестер індивідуальним і творчому підходу до своєї діяльності для підвищення якості надання медичної допомоги. Для реалізації моделі впровадження сестринського процесу проводилася навчання медичного персоналу з питань організації сестринського догляду в сучасних умовах, за затвердженим планом навчання, на робочому місці. Це навчання дозволила систематизувати вже мають знання, значно їх поповнити.

Для оцінки ефективності проведеної навчання персоналу проведено дослідження рівня знань медичних сестри з питань реабілітації Показник "зрізу знань" вийшов досить високим - 4,6 - 4,8 бала. Цей факт є закономірним, оскільки сестринський персонал відділення навчений на циклі удосконалення за програмою "Інноваційні технології в сестринській справі". З огляду на стаж роботи за фахом і навчання відповідно до освітнього стандарту, коефіцієнт засвоєння знань, як було сказано, виявився високим. Особливу увагу приділено консультативно навчальної допомоги сестринського персоналу пацієнтам.

На допомогу медичній сестрі були розроблені приблизні бесіди з пацієнтами, присвячені механізмам захворювання, вторинній профілактиці. Моральна готовність, сформований світогляд - це важлива і необхідна умова готовності медичного персоналу до роботи в нових умовах.

Підготовчий етап. Дана модель побудована на підставі існуючих моделей, схвалених світової сестринської практикою: В. Хендерсон, "лікарської моделі", а так само на роботі сучасного фахівця сестринської справи. У людини є природні людські потреби, які є однаковими для всіх, незалежно від того хворий чоловік або здоровий. Усвідомлене участь хворого в процесі своєї реабілітації займає важливе місце в

планованих заходах і переводить стосунки сестра - хворий на якісно новий рівень, який відповідає сучасним уявленням про сестринській справі і сестринського процесу. Оскільки кожен пацієнт неадекватно реагує на життєві різні ситуації, проблеми пацієнта і цілі догляду унікальні для кожного, але система протоколу ведення (стандарту) допомагає сестрі скласти індивідуальний план догляду і полегшує їй роботу.

У сестринському процесі реабілітації хворих медична сестра - координатор здійснює планування сестринських втручань і формує маршрутний лист пацієнта, визначає при цьому конкретні терміни реалізації призначень, відображає режимні моменти.

Палатна медична сестра здійснює сестринський догляд за пацієнтами. Лікар-кардіолог та лікар-фізіотерапевт визначають перелік лікувальних реабілітаційних впливів, призначають додаткові діагностичні процедури. Завідуючий відділенням - координує діяльність відділення з іншими структурними підрозділами, забезпечує взаємозв'язок в роботі, контролює роботу персоналу відділення, якість ведення медичної документації. Старша медсестра - забезпечує раціональну організацію праці середнього і молодшого персоналу відділення, здійснює своєчасну виписку, розподіл і зберігання медикаментів, веде їх облік витрачання. Далі, контролює роботу персоналу з прийому і виписці пацієнтів, організацію маршрутів пацієнтів всередині відділення, виконання персоналом лікарських призначень, кваліфікованим доглядом за хворими.

Була розроблена і впроваджена карта сестринського спостереження стаціонарного хворого, який переніс операцію на серці (Додаток №1).

В основу оцінки стану пацієнта покладені фундаментальні потреби пацієнта (за моделлю В. Хендерсон) і показники рівня життєдіяльності пацієнта (Додаток №2).

Лист реабілітаційних заходів, призначений виконання призначень по відновленню порушених функцій і побутової, соціальної активності (лікування положенням, дозована ходьба) (Додаток №3).

Ведення повної сестринської історії полегшує роботу сестри з пацієнтом, сприяє більш повному аналізу проблем пацієнта і шляхів їх вирішення.

3.3 Організація практичного етапу впровадження сестринського процесу та його результати

На етапі практичної реалізації програми здійснюються загальні принципи організації кардіореабілітації на стаціонарному етапі.

Метою даного етапу є безпосереднє впровадження розробленої документації та практична робота з пацієнтами, що перенесли операцію в умовах кардіореабілітації.

Оцінка стану пацієнта і запис отриманої інформації проводиться при надходженні пацієнта у відділення, після чого медична сестра узагальнює її, аналізує і робить певні висновки. Вони і стають тими проблемами, які є предметом сестринського догляду. На підставі всебічного обстеження хворого формується план сестринської допомоги на підставі програми відновного лікування.

Планування визначається в наступній послідовності: · Визначаються потреби пацієнта для сестринських дій · Встановлюються пріоритети для сестринського втручання · Намічаються цілі, які необхідно досягти · Враховуються і оцінюються можливі сестринські дії · Розробляються методи сестринського втручання.

Лікуючий лікар-кардіолог оцінює план сестринської допомоги і стверджує його. Реалізація плану є четвертим етапом сестринського процесу.

Дослідницький етап. Цей етап визначає напрямок розвитку практики сестринської справи, пояснюючи багато дій сестри, вказуючи області подальшого вивчення, дослідження, поліпшення.

Даний етап включав: · Аналіз і статистичну обробку даних спостережуваного контингенту за оцінкою функціональної незалежності в момент надходження і при виписці · Дослідження психологічних аспектів соціальної інтеграції пацієнтів на момент надходження і при виписці · Аналіз і статистичну обробку соціального опитування пацієнтів з задоволеності пацієнтів, наданої сестринської допомогою · Аналіз і статистичну обробку соціального опитування сестринського персоналу наданої допомогою, умовами і характером праці - Ступінь участі пацієнта в здійсненні сестринського догляду (процесу) залежить від кількох факторів: Взаємовідносини сестри і пацієнта, ступінь довіри; Відносини пацієнта до здоров'я; Рівня знань, культури; Усвідомлення потреб у догляді.

Участь пацієнта в цьому процесі дозволяє йому усвідомити необхідність самопомоги, навчитися і оцінити якість сестринської допомоги. Нами були реалізовані технології сестринського догляду за пацієнтами в різні фази відновного періоду (Таблиця №2).

Серед спостережуваних 24 жінки та 26 чоловіків різних вікових груп, які перенесли операцію на серці з приводу гострого порушення коронарного кровообігу. Серед пацієнтів переважали особи працездатного віку, в основному в інтервалі з 46 - 55 років (як серед чоловіків, так і серед жінок).

Таблиця 2. Основні клініко-демографічні показники, характеристика супутніх захворювань та проведеної терапії у пацієнтів контрольної та дослідної груп

Параметри	Контрольна група, (n=20)	Дослідна група, (n=50)
Стать	Ж-3 (15%), Ч-17 (85%)	Ж-24 (49%), Ч-26 (51%)
Вік	58,6±1,9	60,2± 1,8
ФК стенокардії	II - 11 (55%), III- 9 (45%)	II- 30 (60%) III-20 (40%)
ГІМ	14 (70%)	32 (65%)
Стентування	7 (35%)	30 (60%)
АКШ в анамнезі	3 (15%)	5 (10%)
ГХ	16 (80%)	30 (60%)
ЦД	3 (15%)	15 (30%)
ХОЗЛ	7 (35%)	3 (15%)
Хвороби ШКТ	5 (25%)	10 (20%)

При використанні шкали Бартела проведена оцінка рівня побутової активності пацієнтів (Таблиця № 3), яка дозволяє отримати, як кількісні показники рівня життєдіяльності, так і оцінити незалежність індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті.

Таблиця № 3. Оцінка функціональної незалежності пацієнтів на момент надходження (%)

№	Відповіді пацієнтів з функціональної незалежності	Чоловіки			Жінки		
		не потребує допомоги	потребує часткової підтримки	потребує підтримки	не потребує допомоги	потребує часткової підтримки	потребує підтримки
1	Приймання їжі	90,5	9,5	-	68,7	31,3	-
2	Персональний туалет	40,5	51,2	8,3	52,1	43,7	4,2
3	Одягання	50,0	47,1	2,9	56,2	39,6	4,2
4	Вмивання	40,3	59,7	1,0	43,8	52	4,2
5	Контроль тазових функцій	91,4	8,6	-	60,4	39,6	-
6	Відвідування туалету	76,0	24,0	-	60,4	39,6	-
7	Вставання з ліжка	98,2	1,8	-	89,6	10,4	-
8	Ходьба	68,1	31,9	-	47,9	52,1	-
9	Підйом по сходах	48,0	38,2	13,8	33,3	65,2	4,5

На момент надходження у пацієнтів чоловічої статі провідними проблемами є: вмивання 59,7%, персональний туалет (умивання особи, причісування, чистка зубів) 51,2%, одягання 47,1%; у пацієнтів жіночої статі під час вступу провідними проблемами виявлена наступна залежність: ходьба 52,1%, підйом по сходах - 62,5%, прийом ванни 52%, персональний туалет 43,7%. Таким чином, провідні функціональні проблеми значної різниці за статевою ознакою не мають.

Поряд з функціональною оцінкою пацієнта нами досліджувалися психологічні аспекти соціальної інтеграції пацієнтів (взаємодії з членами сім'ї; медичним персоналом, оточуючими) (Таблиця № 4).

Таблиця 4. Оцінка рівня психоемоційного стану на момент надходження (%)

№	Відповіді пацієнтів з функціональної незалежності	Чоловіки			Жінки		
		так	періодично	немає	так	періодично	немає
1	Зниження настрою	44,2	26,9	28,9	37,5	47,9	14,6
2	Почуття безнадії	53,8	36,5	9,7	41,8	39,6	18,5
3	Апатія	44,2	32,7	23,1	31,3	54,2	14,4
4	Небажання діяти	53,8	23,1	23,1	22,9	58,3	18,8
5	Почуття тривоги	44,2	26,9	28,9	22,9	58,3	18,8
6	Нав'язливі думки, страх	53,8	23,1	23,1	37,5	47,9	14,6
7	Звуження кола спілкування	48,1	-	32,7	41,7	-	58,3
Разом		48,9	24,1	24,2	33,7	43,7	21,7

Динамічний контроль за процесами відновлення і об'єктивна оцінка досягнутих результатів дуже важливі для лікаря та медсестри, оскільки на підставі одержуваних даних робляться висновки про ефективність чи неефективність реабілітаційної програми.

Фізична реабілітація хворих основної групи ґрунтувалася на тих самих засадах, проводилася за запропонованою методикою, включала оцінку стану пацієнта, навчання хворого, заходи з корекції маси тіла, фізичні тренувальні програми, психологічну підтримку. Головна мета застосування фізичної реабілітації – зменшення інтенсивності задишки, покращення функції зовнішнього дихання, підвищення толерантності до фізичного навантаження, зменшення занепокоєння й депресії, пов'язаних із

захворюванням, що повинно призвести до зменшення кількості та тривалості госпіталізацій, поліпшення якості життя. Розроблена програма фізичної реабілітації для кожного пацієнта передбачала врахування вікових особливостей, клінічної картини захворювання та механізму його розвитку, наявних протипоказів і застережень, специфічних фізіологічних та психопатологічних порушень, функціонального стану й рівня фізичної підготовленості, чіткого визначення мети та механізму впливу кожної вправи на організм пацієнта. На всіх етапах реабілітації проводили навчання пацієнтів, спрямоване на формування розуміння виконувати рекомендації лікаря й фізичного терапевта. Важливим моментом була відмова хворого від тютюнопаління, навчання правильного харчування, активного способу життя, правильного дихання. Програму фізичної реабілітації розробляли для кожного хворого на довготривалий термін.

Для оцінки якості та ефективності реабілітаційних впливів повторно (перед випискою пацієнта) проведена оцінка функціональної незалежності та психоемоційного стану пацієнтів (Таблиця №5).

Таблиця № 5. Оцінка функціональної незалежності пацієнтів на момент виписки (%)

№	Відповіді пацієнтів з функціональної незалежності	Чоловіки			Жінки		
		Не потребує допомоги	потребує часткової підтримки	потребує підтримки	Не потребує допомоги	потребує часткової підтримки	потребує підтримки
1	Прийом їжі	96,2	3,8	-	87,5	12,5	-
2	Персональний туалет	75	25	-	83,3	16,7	-
3	Одягання	88,5	11,5	-	83,3	16,7	-
4	Вмивання	76,9	23,1	-	87,5	12,5	-
5	Контроль тазових функцій	96,2	3,8	-	83,3	16,7	-
6	Відвідування туалету	88,5	11,5	-	87,5	12,5	-
7	Вставання з ліжка	100	-	-	100	-	-
8	Ходьба	100	-	-	100	-	-
9	Підйом по сходах	88,5	11,5	-	87,5	12,5	-
	Разом	90	10	-	88,9	11,1	-

Структура проблем пацієнта залишаються незмінною: персональний туалет, прийом ванни, одягання. При цьому необхідно відзначити зниження рівня їх вираженості: при надходженні 2,6% пацієнтів потребували повної підтримки, 31,2% пацієнтів потребували часткової підтримки. На момент виписки потребують повної підтримки відсутні, в часткової підтримки потребують 10% пацієнтів чоловічої статі і 11% жіночої статі. Скоротилося рівня вираженості проблем у чоловіків на 21%, у жінок 30,1%.

Так само сталося зниження рівня вираженості проблем психоемоційного стану (з 48,9% - до 28,1%) (Таблиця №6).

Таблиця № 6. Оцінка рівня психоемоційного стану на момент виписки (%)

№	Відповіді пацієнтів з функціональної незалежності	Чоловіки			Жінки		
		так	періодично	немає	так	періодично	немає
1	Зниження настрою	26,9	13,5	59,6	18,8	20,8	60,4
2	Почуття безнадії	58,8	15,3	55,9	16,7	22,9	60,4
3	Апатія	13,5	17,3	69,2	12,5	37,5	50
4	Небажання діяти	17,3	21,1	59,6	8,3	22,9	60,4
5	Почуття тривоги	21,2	15,4	63,4	16,7	20,8	60,4
6	Нав'язливі думки, страх	34,6	13,5	51,9	18,8	20,8	60,46
7	Звуження кола спілкування	53,8	-	46,2	41,7	-	58,3
	Разом	28,1	14,1	58,0	19,1	21,7	59,2

Застосування запропонованої програми фізичної реабілітації хворих після кардіохірургічних інтервенцій із застосуванням сестринського процесу призвело до формування кращих фізичних можливостей хворих, порівняно зі стандартним лікуванням.

Так, у цілому в основній групі пройдена дистанція ($511,2 \pm 9,38$ м; $100,9 \pm 1,96$ % від НВ) була статистично значимо більшою, ніж у контрольній групі ($481,5 \pm 10,59$ м ($p < 0,01$); $94,57 \pm 1,99$ % від НВ). Це стосується й жінок, які в основній групі після фізичної реабілітації пройшли більшу дистанцію – $503,1 \pm 13,76$ м ($106,3 \pm 2,55$ % від НВ), ніж у контрольній групі – $463,0 \pm 9,90$ м ($97,82 \pm 2,61$ % від НВ), що було статистично значимим ($p < 0,05$).

Про кращий вплив запропонованої фізичної реабілітації на фізичні можливості хворих свідчить досягнута динаміка 6ХКТ, наведена в табл. 7. Різниця між значеннями після й до реабілітації в чоловіків основної групи становила $104,66 \pm 9,24$ м, що було значно більшим значенням, ніж у контрольній групі – $57,07 \pm 8,99$ м ($p < 0,001$). Така сама динаміка 6ХКТ встановлена і в жінок (в основній групі становила $81,17 \pm 8,35$ м, а в контрольній – $44,97 \pm 6,67$ м ($p < 0,001$)). Тобто застосування фізичної реабілітації дало змогу суттєво збільшити фізичні можливості хворих, порівняно зі стандартним лікуванням: у чоловіків – в 1,8 раза, у жінок – в 1,8 раза, у цілому – в 1,7 раза.

Таблиця 7. Динаміка (різниця між значеннями після й до реабілітації) 6ХКТ у хворих обох груп за результатами реабілітації (пройдена дистанція в метрах, $M \pm m$)

Група хворих	Чоловіки	Жінки
Контрольна група	$57,07 \pm 8,99$	$44,97 \pm 6,67$
Дослідна група	$104,66 \pm 9,24^*$	$81,17 \pm 8,35^*$

Примітка. * – Статистично значимі відмінності між групами (* – $p < 0,001$).

Застосування стандартного лікування та на його тлі фізичної реабілітації з застосуванням сестринського процесу призвело до покращення й інших показників функціонального стану хворих на ІХС після оперативного втручання. У хворих як контрольної, так і основної груп суттєво зменшилися частота дихання та серцевих скорочень, знизився артеріальний тиск, що продемонстровано в табл. 8 і 9. Відмінностей між досягнутими значеннями вказаних показників хворих контрольної й основної груп не встановлено.

Таблиця 8. Значення гемодинамічних показників у хворих на ІХС після кардіохірургічних інтервенцій обох груп до та після реабілітації ($M \pm m$)

Показник	Контрольна група		Дослідна група	
	До	Після	До	Після
ЧСС/хв	$84,44 \pm 2,03$	$76,63 \pm 1,31^{**}$	$83,94 \pm 2,34$	$74,91 \pm 1,40^{**}$
АТ, систолічний	$133,3 \pm 3,65$	$125,6 \pm 1,82^*$	$136,7 \pm 3,59$	$127,4 \pm 1,54^*$
АТ, діастолічний	$82,03 \pm 1,97$	$80,00 \pm 0,98$	$84,22 \pm 1,80$	$79,77 \pm 0,91^*$

Примітка. * – Статистично значимі відмінності між значеннями до й після реабілітації (* – $p < 0,01$; $p < 0,001$).

** –

Наведені дані вказують, що як стандартне лікування, так і застосування на його тлі фізичної реабілітації призвело до нарощування функціональних можливостей хворих, що виразилось у збільшенні їхньої фізичної активності наприкінці дослідження. За даними лікарського нагляду, також встановлено покращення клінічного стану хворих: у них зменшилась кількість нападів стенокардії, зменшилася задишка, покращились гемодинамічні показники.

У відділенні кардіології питання соціальної і професійної реабілітації у хворих після операцій на серці вирішуються лише частково, в основному в плані інформаційного забезпечення пацієнта. Налагодження взаємодії з дільничної медичною сестрою і органами соціального захисту здійснює медична сестра - координатор, яка передає відомості про пацієнта на первинну ланку.

Оцінка якості сестринського догляду складається з думки пацієнта і його реакції на якість наданої допомоги і наявності ускладнень після проведених втручань, а також задоволеності сестринського персоналу наданої допомоги.

Вивчаючи рівень задоволеності пацієнтів якістю сестринської допомоги (Таблиця № 9) необхідно зазначити: 98% пацієнтів задоволені (51,6 - пацієнта чоловічої статі і 46,4% жіночої статі) наданням сестринської допомоги, 3% - залишилися, не зовсім незадоволені, ставленням медичної сестри і відзначають незадовільний санітарний стан, не задоволені ставленням медичної сестри 3% пацієнтів (1% - чоловічої статі і 2% жіночої статі).

Таблиця № 9. Задоволеність пацієнтів якістю сестринської допомоги (%)

%	Показники якості сестринської допомоги	Задоволені		Задоволені не вповні		Не задоволені	
		Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж
1	Ставлення медичної сестри до пацієнтів	51	45	1	2	1	-
2	Кваліфікація медичної сестри	52	48	-	-	-	-
3	Виконання вимог СЕР	51	46	1	2	-	-
4	Безпека виконання маніпуляцій	52	48	-	-	-	-
5	Виконання обсягу призначених процедур	52	48	-	-	-	-
6	Своєчасність виконання призначених процедур	52	48	-	-	-	-
7	Задоволення пацієнта сестринською допомогою	51	46	1	2	-	-

Вивчення показало, що 92% респондентів вважають сестринську допомогу ефективною. На думку пацієнтів, медичні сестри:

- мають високу медичної кваліфікацією;
- здійснення процедур є безпечним;
- уважно ставляться до проблем пацієнта;
- задовільний санітарний стан відділення.

З цього випливає, що медичні сестри мають високий професійний рівень, сумлінні, дотримуються принципів етики і деонтології, що сприяє поведінкової установки пацієнта у відділенні.

Вважаємо, що отримані дані є одним з індикаторів якості роботи сестринського персоналу, так як задоволеність пацієнтів багато в чому піднімає престиж сестринського персоналу. Одним з показників якості та ефективності сестринського процесу є задоволеність сестринського персоналу наданими послугами. Вивчивши професійну думку медичних сестер, можна відзначити досить високий рівень професійної підготовки, негативним критерієм необхідно вважати високе навантаження на сестринський персонал. Таким чином, медичні сестри в цілому задоволені характером і умовами праці при реалізації нових технологій догляду.

Реабілітація хворих, які перенесли операцію на серці, має значення, і ні у кого не викликає сумнівів. Загальна особливість більшості добре документованих стратегій реабілітації пацієнтів, які перенесли оперативне втручання, - це те, що реабілітація починається на самому ранньому етапі після його проведення.

Кращою є максимально рання реабілітація, що дозволяє зменшити функціональну недостатність. На нашу думку, за призначенням лікаря сестринські реабілітаційні технології можна проводити з 1- го дня операції на серці. Кваліфікована сестринська допомога включає заходи щодо задоволення потреб пацієнта в харчуванні і рідині; спроби, спрямовані на зведення до мінімуму фізичного та емоційного дистресу; а також сестринські дії, спрямовані на зниження ризику вторинних ускладнень, таких, як інфекції, аспірація, пролежні, депресія.

Після проведеної програми фізичної реабілітації усі пацієнти відмічали зменшення вираженості і таких симптомів:

- біль в післяопераційній рані та дискомфорт в грудній клітині при глибоких рухах та вдихах;
- зменшилось запаморочення в голові;
- нормалізувалось ЧСС та АТ;
- збільшилась рухливість хворого в цілому та грудної клітки при запропонованих вправах фізичної реабілітації;
- підвищилась працездатність пацієнта;
- відмічається підвищення толерантності до фізичних навантажень та покращення якості життя;
- також у хворих нормалізувався сон, зникло загальне відчуття тривоги та нервозності.

Таким чином, розроблена та запропонована нами програма фізичної реабілітації хворих у пізній післяопераційний період після операції на серці дала не тільки ефективні результати, але й покращила загальний стан хворого, що є позитивним прогнозом для подальшого життя.

ВИСНОВКИ

1. Впровадження сестринського процесу в програму реабілітації пацієнтів на ІХС, які перенесли кардіохірургічне лікування, в даний час є необхідною умовою для здійснення професійного догляду за пацієнтами.
2. Вдосконалення стратегії сестринського ведення і реабілітації хворих, які перенесли кардіо-хірургічне лікування, можуть сприяти покращенню толерантності до фізичних навантажень та покращення якості життя пацієнтів.
3. Застосування комплексного підходу у процесі кардіореабілітації дозволило обґрунтувати найбільш ефективні організаційні форми діяльності сестринського персоналу кардіореабілітації, виявити ступінь задоволеності пацієнтів наданням сестринської допомоги.
4. Реалізація сучасних технологій сестринського догляду дозволяє підвищити задоволеність учасників реабілітаційного процесу (сестринський персонал - пацієнт - лікарський персонал) і зробити його більш ефективним.
5. Отримані дані забезпечують обґрунтованість пропозицій щодо подальшого вдосконалення сестринської допомоги пацієнтам, які перенесли операцію на серці.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Позитивними аспектами сестринського процесу в кардіореабілітації хворих, які перенесли кардіо-хірургічне лікування, є:

- підвищення професійного і соціального статусу медичної сестри;
- підвищення ефективності організаційних форм і технологій сестринської допомоги за рахунок формування інформаційного блоку для членів професійної бригади, стандартизації сестринських маніпуляцій, чіткого планування і організації робочого часу, документального підтвердження догляду за хворими, дозволяє встановити внесок кожного учасника лікувального процесу в реабілітацію конкретного пацієнта.

Додатки

Додаток 1.

КАРТА СЕСТРИНСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА СЕСТРИНСЬКА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Відділення _____
Палата _____

Прізвище _____ Дата народження _____ Ім'я _____
_____ Дата госпіталізації _____
По батькові _____ Дата виписування _____ Стать _____

Хто направив _____
Лікувальний діагноз _____
Близькі родичі (прізвище, ім'я, по батькові, адреса, телефон) _____

Соціальні відомості _____
Страховка _____
Сімейний стан _____

Матеріальне становище: добре € , задовільне € , незадовільне €
Професія _____
Місце роботи _____ Стаж _____
роботи _____

Фактори ризику: професійні € , екологічні € , спадкові €

Шкідливі звички €

Інші звички €

Умови життя (тип квартири, поверх, ліфт та інше) _____

Віросповідання _____
Захоплення _____

Основні скарги _____

Історія теперішньої проблеми _____

Історія здоров'я пацієнта _____

Дитячі захворювання _____

Захворювання в дорослому віці _____

Проведені щеплення (імунізація) _____

Алергія: медикаментозна € , харчова € , побутова € , інша €

Проведені переливання _____

Проведені госпіталізації _____

Нещасні випадки (травми) _____

Інформація, що стосується акушерства (кількість вагітностей, пологів, абортів):

Які медикаменти пацієнт приймає і які методи лікування застосовує _____

Історія сім'ї (генеграма)

Фізичне обстеження пацієнта (обстеження органів та систем органів)

Загальний огляд

Загальний стан хворого: добрий , задовільний € , незадовільний €

Свідомість: збережена € , затьмарена €

Положення у ліжку: активне € , вимушене € , пасивне €

Конституція тіла: нормостенічна € , гіперстенічна € , астенична €
Стан живлення: задовільне € , знижене € , надмірне €
Зріст _____ Вага _____ Температура тіла _____ Артеріальний тиск _____ мм
рт.ст. Пульс _____
Розвиток м'язової системи: добрий € , атрофічний € , гіпертрофічний €
Кісткова система (наявність болочості при пальпації): так € , ні €
Обличчя: симетричне € , асиметричне €
Вираз обличчя: пасивний € , маскоподібний € , страх € , гнів € , страждання € Колір шкіри обличчя: тілесного
кольору € , блідий € , землистий € , ціанотичний € жовтий €
Очі: очна щілина звужена € , розширена €
Екзофтальм € , ендофтальм €
Повіки: птоз € , набряклість €
Склери: звичайні € , жовтяничні € , гіперемовані €
Кон'юнктива: звичайна € , жовтянична €
Реакція на акомодацию: жвава € , відсутня € , сповільнена €
Ніс: величина звичайна € , збільшена € Дихання носом: вільне € ,
утруднене €
Вуха: колір звичайний € , червоний € , ціанотичний € Наявність вузликів: так € ,
ні € **1. Дихання.**

Форма грудної клітки: нормостенічна € , астенична € , гіперстенічна € , інші види
Симетричність обох половин грудної клітки: так € , ні €
Кількість дихальних рухів за хв: _____
Чи є проблеми з органами дихання: так € , ні € Кашель: так € , ні €
Чи потребує кисню: так € , ні €
Чи потребує спеціального положення у ліжку: так € , ні € **2. Серцево-судинна
система.**

Чи є біль в ділянці серця: локалізація _____
ірадіація _____
інтенсивність _____
характер _____ , частота появи _____
тривалість _____ , з чим пов'язаний _____ що
зменшує біль _____
Серцебиття: частота _____ , тривалість _____ умови
виникнення: при фізичному навантаженні € , при зміні положення тіла € ,
в спокої € , при хвилюванні € , без видимої причини € Задишка: при фізичному
навантаженні € , в спокої €
Тривалість _____ , характер: нападopodobна € , постійна € , утруднений вдих € , чи видих €
Набряки: де з'являються _____ , коли з'являються _____ , з
чим пов'язані _____ , як довго тримаються _____ , після
чого зникають _____

3. Харчування та вживання рідини. Чи хороший апетит: так € ,
ні € Чи вживає достатньо рідини: так € , ні €

Водний баланс: _____

Чи потрібно звертатись до дієтолога: так € , ні €

Чи потрібні спеціальні поради з приводу дієти: так € , ні €

Чи є зуби: так € , ні € , верх _____ , низ _____ , протези: так € , ні €

Чи є сухість в роті: так € , ні €

Чи збережений смак: так € , ні €

Чи хворий на діабет: так € , ні €

Ковтання: вільне € , болоче € , утруднене € , неможливе € . Біль в животі: локалізація

ірадіація _____ ,
інтенсивність _____ , характер _____ , час
появи _____ тривалість _____ , зв'язок з
прийманням їжі _____ , що зменшує біль _____

Диспептичні явища: нудота € , блювання € , печія € , відрижка € Чи полегшує блювання
стан хворого: так € , ні € Чи є здуття живота: так € , ні €

4. Фізіологічні потреби.

Функціонування сечового міхура: добова кількість сечі _____, співвідношення денного _____ і нічного _____ діурезу. Запах _____, колір _____, осад _____.

Болючість при _____ сечовипусканні: так €, ні €

Біль в поперековій чи надлобковій ділянках: так , ні Чи стоїть постійний катетер: так €, ні €

Чи є нетримання сечі: так €, ні €

Випорожнення: частота _____, кількість _____, консистенція: рідке €, оформлене €, кашоподібне€.

Запор: так €, ні €

Колір _____, запах _____, домішки слизу _____, домішки крові _____

Чи використовуються легкі проносні засоби: так €, ні €

Вказати які _____

Наявність штучного отвору (колоностома, цистостома): так €, ні €

Зауваження (вказати, яке обладнання використовується) _____

_____ Нетримання калу: так €,

ні € **5. Рухова активність.**

Пацієнт залежний: повністю €, частково €; незалежний: так €, ні €

Чи застосовуються пристрої для ходьби: так €, ні €

Зауваження (які саме) _____ Як далеко може ходити пішки _____ Пересування за допомогою: однієї € чи двох € осіб

Ходьба за допомогою: однієї € чи двох € осіб

Ходьба без сторонньої допомоги: так €, ні €

Чи є варикозне розширення вен: так €, ні € Чи є зміна конфігурації суглобів: так € ні € **6. Сон, відпочинок.**

Картина сну: тривалість _____, вживання снодійних: так €, ні € Спить у ліжку: так €, ні €; у кріслі: так €, ні €

Кількість подушок _____

Чи є безсоння: так €, ні €

Чи потрібний денний відпочинок у ліжку: так €, ні € Як довго _____

7. Здатність одягатися та роздягатися. Особиста гігієна.

Чи здатний одягатися і роздягатися самостійно: так €, ні € Чи є складності під час роздягання: так €, ні € одягання: так €, ні €

Пацієнт: залежний €, не залежний €

Чи користується допомогою: так € ні €

Зауваження (яка допомога необхідна) _____

Чи піклується про свій зовнішній вигляд: так €, ні € Здатність самостійно мити все тіло: так €, ні €; ванна: так€, ні €; гігієна ротової порожнини: так €, ні € Стан шкіри: виразки: так €, ні €; сухість: так €, ні €

Чи є ймовірність виникнення пролежнів: так €, ні €

Чи є тиск на кісткові виступи: так €, ні €

Зауваження _____

8. Здатність підтримувати нормальну температуру тіла. Температура тіла _____

При підвищеній температурі: чи знижують температуру тіла жарознижуючі засоби: так €, ні €; як надовго _____

які жарознижуючі засоби використовуються _____

9. Здатність підтримувати безпечно навколишнє середовище.

Чи може самостійно підтримувати свою безпеку: так €, ні €

Чи є які-небудь рухові або сенсорні відхилення (вади): так €, ні €

Чи є які-небудь складності в розумінні: так €, ні €

Зауваження _____

Чи має здатність орієнтуватися в часі і просторі: так €, ні €

Зауваження _____

При необхідності проведіть оцінку ризику падіння: так €, ні €

Зауваження _____

10. Потреба в праці та відпочинку.

Працездатність збережена: так €, ні € Чи є потреба в праці: так €, ні €

Чи приносить праця задоволення: так €, ні €

Чи є можливість відпочинку: так €, ні €

Якому відпочинку надається перевага _____

Захоплення _____

Чи є можливість реалізації своїх захоплень: так € ні€

11. Можливість спілкування.

Мова, якою розмовляє _____

Чи є які-небудь складності при спілкуванні: так €ні€

Чи є які-небудь складності зі слухом: так €, ні€

Зауваження _____

Чи потрібний слуховий апарат: так €, ні € На яке вухо _____

Чи є які-небудь порушення зору: так €, ні€

Зауваження _____

Окуляри: так €, ні €; контактні лінзи: так €, ні €

Чи є які-небудь відхилення від норми: так €, ні €

Зауваження _____

Додаток 2

Хендерсон представляє 14 елементів і розглядає їх як частину основного догляду:

1. допомогти пацієнтові нормально дихати
 2. допомогти в прийомі їжі
 3. допомогти в процесі виділень
 4. допомогти у свідомості зручного положення або в його зміні (лежачи, сидячи, стоячи і при ходьбі)
 5. допомогти в задоволенні потреби сну і відпочинку
 6. допомогти у виборі зручного одягу
 7. допомогти підтримувати нормальну температуру тіла
 8. допомогти утримувати тіло в чистоті і захищати шкіру та слизові від пошкоджень
 9. допомогти уникати небезпек навколишнього середовища і заподіяння шкоди іншим
 10. допомогти спілкуватися з іншими, щоб він міг висловлювати свої запити і думки
 11. допомогти задовольняти релігійні потреби і діяти так, як він вважає правильним для себе
 12. допомогти знайти для себе корисну діяльність, роботу
 13. допомогти в задоволенні потреби відпочинку та розваг
 14. допомогти в оволодінні знаннями
- Сестра повинна володіти достатньою ініціативою у своїй діяльності і обов'язково враховувати думку пацієнта.

Лікувальний режим

Зміст режиму:

- Вправи для кінцівок і тулуба (великих і малих груп м'язів), що виконуються з повною амплітудою і з помірною напругою, зусиллям.

-Разом із загальнорозвиваючими до них входять дихальні вправи для поліпшення функції зовнішнього дихання і зниження загального навантаження, вправи з дозованим зусиллям, що сприяють розвитку компенсаторних механізмів організму.

Фізіологічна крива процедури ЛГ багатoverшинна, з найбільшим підйомом в другій половині основного розділу комплексу, тривалість виконання якого (залежно від ступеня фізичної підготовки) не більше 15–20 хв.

Комплекс ЛГ (щадний)

1. Вихідне положення (в. п.) – лежачи на спині, руки уздовж тулуба. Глибокий вдих, подовжений видих, губи складені трубочкою.

2. В. п. – сидячи на стільці, руки на поясі. Перекочування стоп з п'яти на носок і назад. Дихання довільне.

3. В. п. – сидячи на стільці, руки на колінах. На рахунок 1–2 – розвести руки в сторони – вдих; 3–4 – в. п. – видих.

4. В. п. – сидячи на стільці. Кисті до плечей. Кругові рухи ліктями поперемінно в кожену сторону. Лікті вгору - вдих, вниз - видих.

5. В. п. – стоячи обличчям до сидіння стільця, ноги разом. На рахунок 1 – 2 – поставити ліву ногу на сидіння, руки розвести в сторони – вдих; 3-4 в. п. – видих.

6. В. п. – стоячи за стільцем, руки зверху на спинці стільця.

Напівприсісти, розвести коліна в сторони – видих; в. п. – вдих.

7. В. п. – сидячи на краю стільця, руки опущені. На рахунок 1–3 – взятися за сидіння стільця, прогнутися – вдих; 4–6 – в. п. – видих.

8. В. п. – сидячи на стільці, руки опущені. У руках гантелі (500 г). На рахунок 1–3 – зігнути руки в ліктях, підняти вгору - вдих; 4–6 – опустити через сторони вниз -- видих.

9. В. п. – основна стійка (о. с.) ноги разом. На рахунок 1–2 – відвести ліву ногу в сторону на носок, правою рукою торкнутися лівого плеча, голову повернути вправо – видих; 3–4 – в. п. – вдих. Те ж в інший бік.

10. В. п. – стоячи, тримаючись за спинку стільця ззаду. На рахунок 1–2 – відвести ліву руку і ногу в сторону – вдих; 3–4 – в. п. – видих. Те ж в інший бік.

11. В. п. – о. с, ноги на ширині плечей. Нахилитися вперед до 45° – видих, повернутися у в. п. – вдих.

12. В. п. – о. с. На рахунок 1–2 – руки через сторони вгору, права нога назад на носок – вдих; 3–4 – в. п. – видих. Те ж іншою ногою.

13. В. п. – лежачи на спині. На рахунок 1–3 – зігнути ноги в колінах – видих; випрямити ноги – вдих.

14. В. п. – сидячи на стільці, руки на поясі. На рахунок 1–2 – руки вгору – вдих; 3–4 – розслаблено опустити через сторони, нахилившись вперед, - видих.

15. В. п. – лежачи на спині. Випрямлені руки вперед-вгору, стискати і розтискати пальці в кулак – вдих; опускаючи руки, розслабити кисті, передпліччя, плечі – видих.

Комплекс ЛГ № 2 (перехідний)

1. В. п. – основна стійка (о. с.). На рахунок 1 – покласти ліву руку на пояс; 2 – змінити положення рук, 3 – змінити положення рук; 4 – в. п., 5–8 – те ж з правої руки.

2. В. п. – о. с., руки до плечей. На рахунок 1–2 – руки в сторони долонями догори, прогнутися – вдих; 3–4 – в. п.– видих.

3. В. п. – о. с. При ходьбі, на рахунок 1–4 – руки вперед, в сторони – вдих; 5–8 – руки вниз – видих.

4. В. п. – о. с., гімнастичну палицю на груди (хвратом зверху за кінці). На рахунок 1 – 2 – крок лівою ногою убік, палицю вгору – вдих; 3–4 – в. п.– видих. Те ж з іншої ноги.

5. В. п. – о. з. На рахунок 1–2 – лівою ногою вперед, руки в сторони – вдих; 3–4 – в. п.– видих; 5–8 – з іншої ноги.

6. В. п. – о. с. ноги на ширині плечей. На рахунок 1–2 – вдих; 3–5 – нахил тулуба вбік (насос) – видих; 6–8 – в. п.– вдих. Те ж в інший бік.

7. В. п. – сидячи на стільці, в опущених руках гантелі (1–2 кг). На рахунок 1–2 – зігнути руки до плечей; 3–4 – руки вгору – вдих; 5–8 – в. п.– видих.

8. В. п. – о. с. ноги нарізно. На рахунок 1–4 – ліву руку струшуючи вгору – вдих; 5–8 – руку вниз струшуючи – видих. Те ж іншою рукою.

9. В. п. – о. с. На рахунок 1 – руки в сторони – вдих; 2 – мах лівою ногою вперед, руки вперед – видих; 3 – ліву ногу приставити, руки в сторони – вдих; 4 – в. п.– видих; 5–8 – те ж з іншої ноги.

10. В. п. – о. с. ноги нарізно. На рахунок 1–4 – руки в сторони долонями догори, голову і плечі назад – глибокий вдих; 5–8 – в. п.– видих.

11. В. п. – о. с. На рахунок 1–2 – напівприсідання на носках, руки в сторони – видих; 3–4 – в. п.– вдих.

12. В. п. – сидячи на стільці, кисті рук на колінах. На рахунок 1 – руки в сторони – вдих; 2 – руками підтягти праве коліно до грудей – видих; 3–4 – в. п. Те ж іншою ногою.

13. В. п. – сидячи, руки на задніх ніжках стільця. На рахунок 1–2 – нахил вправо, права рука ковзає на ніжці стільця вниз, ліва – по спинці вгору – видих; 3–4 – в. п.– вдих. Те ж в інший бік.

14. В. п. – лежачи на спині, руки за голову. На рахунок 1–8 – згинаючи ліву ногу, поставити її на підлогу і струсити – видих; повернутися у в. п. – вдих. Те ж з іншої ноги.

15. В. п. – лежачи на спині, ноги зігнути, долоні покласти на живіт. На рахунок 1–4 – глибокий вдих, живіт підвести; 5–8 – глибокий видих, живіт опустити.



